

**Západočeská univerzita v Plzni**  
**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Vliv léčby mentální anorexie v pobytovém zařízení na  
jedince**

**Kateřina Klailová, DiS.**

Plzeň 2024

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie a sociální práce

Studijní program Sociální práce

**Bakalářská práce**

**Vliv léčby mentální anorexie v pobytovém zařízení na  
jedince**

**Kateřina Klailová, DiS.**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Alena Glajchová, Ph.D.

Katedra sociologie a sociální práce

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2024

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, 2024* .....

## **Poděkování**

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, a to Mgr. Aleně Glajchové, Ph.D. Děkuji za podporu, komentáře a rady, které jsem dostávala v průběhu psaní. Dále bych chtěla poděkovat všem mým respondentům za ochotu a důvěru realizovat se mnou rozhovor, i když se jednalo o citlivé téma.

# Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	7
Úvod .....	8
Teoretická část.....	9
1 Historie odmítání potravy a formování diagnózy mentální anorexie .....	10
2 Mentální anorexie: diagnostika a příčiny .....	11
2.1 Diagnostika .....	11
2.1.1 Kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí .....	12
2.1.2 Kritéria podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch .....	12
2.2 Příčiny vzniku mentální anorexie .....	13
2.2.1 Individuální a osobností determinanty .....	13
2.2.2 Rodinné prostředí jako determinanta .....	14
2.2.3 Sociokulturní prostředí jako determinanta .....	15
2.2.4 Gender, tvorba genderové identity a MA ve spojení s muži .....	16
2.2.5 Homosexualita u mužů v kontextu MA .....	17
3 Léčba mentální anorexie .....	18
3.1 Instituce.....	18
3.2 Totální instituce .....	18
3.3 Typologie totální instituce .....	19
3.3.1 Rysy totální instituce.....	19
3.4 MA a hospitalizace .....	20
4 Metodologická část .....	21
4.1 Cíl výzkumu.....	21
4.2 Pozicionalita vůči tématu výzkumu .....	22
4.3 Metoda sběru dat.....	22
4.4 Analýza a kódování dat.....	23
4.5 Etické faktory.....	23
4.6 Respondenti.....	23

5	Interpretace výsledků .....	25
5.1	Prostředí .....	25
5.2	Personál.....	26
5.3	Interakce s ostatními pacienty .....	27
5.4	Program a restrikce .....	28
5.5	Osobní názor na léčbu.....	29
5.6	Sociální práce.....	30
6	Shrnutí analytické části .....	31
	Závěr.....	34
	Zdroje .....	35
	Resumé .....	37
	Přílohy .....	38
	Příloha č. 1: Interview guide .....	38

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

DSM-IV – diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

MA – mentální anorexie

MKN-10 – mezinárodní klasifikace nemocí

PPP – porucha příjmu potravy

## Úvod

Mentální anorexie je komplexní psychiatrická porucha, která zahrnuje zkreslené vnímání vlastního těla, strach z přibývání na váze a odmítání přijímat potravu. Tento stav má vážné důsledky na zdraví jedince a často vede k sociální izolaci. Léčba této poruchy vyžaduje multidisciplinární přístup, zahrnující terapii, nutriční podporu a psychosociální intervence.

Mým zájmem o toto téma je jeho aktuálnost a široký dopad na různé skupiny lidí bez ohledu na pohlaví či věk. Dalším faktorem, který mě motivoval k výběru tohoto tématu, je osobní zkušenost s touto nemocí. Jsem si vědoma toho, že tento fakt může nést svá rizika, ale na druhou stranu jsem přesvědčena, že dokážu reflektovat své osobní pocity a přístupy a v práci je vynechat.

Ráda bych také zdůraznila potřebu většího zapojení sociálních pracovníků do léčby mentální anorexie. Jejich role spočívá v poskytování podpory nejen samotným jedincům s mentální anorexií, ale i jejich rodinám. Pomáhají budovat sociální síť, podporují reintegraci pacientů do společnosti po hospitalizaci a poskytují emocionální oporu.

Struktura mé práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a výzkumné. V teoretické části představím historický vývoj nemoci, současné poznatky a faktory ovlivňující vznik a diagnostiku mentální anorexie. Dále se zaměřím na pojem totální instituce a jeho význam v kontextu hospitalizace.

Cílem výzkumu je zodpovědět na výzkumnou otázku **“Jaká je zkušenost jedinců s léčbou mentální anorexie v pobytovém zařízení.”**

V rámci této části provedu kvalitativní výzkum, ve kterém se zaměřím na konkrétní zkušenosti jedinců s léčbou mentální anorexie v pobytovém zařízení. Cílem tohoto výzkumu je lépe porozumět, jak tito lidé prožívají svou hospitalizaci a jaký vliv má tato zkušenost na jejich nemoc a postoj k uzdravení.

Mým úmyslem je také poukázat na možné zapojení center duševního zdraví do léčby mentální anorexie, aby se zlepšila péče poskytovaná pacientům s touto poruchou.



## Teoretická část

Jindruchová (2020) ve své knize popisuje mentální anorexii jako strategii lákavou, avšak lstivou. Na začátku dovoluje jedinci okusit to, po čem touží, ale následně posune cíl o kousek dál a pobídne ho k ještě většímu úsilí. Postupně zvyšuje nároky a přitvrzuje v požadavcích. Toto postupné ovládnutí života jedince probíhá nenápadně, kdy každý krok posouvá kontrolu nad jeho životem. Nemoc zvaná mentální anorexie proniká do všech aspektů života jedince, zasahujíc do jeho fyzické, psychické a sociální roviny. Tato nemoc vážně omezuje schopnost fungování osoby v každodenním životě. V této části své práce představím historii mentální anorexie, její definici a odvětví, která mají vliv na rozvoj této nemoci. Závěrem představím pojem instituce a představím jednu z možností léčby mentální anorexie.

# 1 Historie odmítání potravy a formování diagnózy mentální anorexie

V průběhu času bylo dokumentováno několik typů poruch příjmu potravy, od nekontrolované touhy po jídlech nebo látkách, které nejsou určeny k lidské konzumaci a nikdy nebyly, až po obezitu.

Jak popisuje Novák (2010), odmítání potravy bylo vždy přítomné v lidské historii, ať už jako projev somatických nebo psychiatrických syndromů, stejně tak jako součást náboženských praktik, zejména ve formě půstů. Existuje mnoho příběhů, jak tuberkulóza ovlivňovala stravovací návyky dívek. Novák (2010) dále uvádí, že v 19. století se tuberkulóza stala jakýmsi ideálem, ovlivňujícím pohled na ženy. Obraz žen s tuberkulózou byl idealizován a jim přisuzovány vlastnosti spojené s jemností a citlivostí. Muži začali upřednostňovat bledé a křehké dívky, které se snažily dosáhnout tohoto ideálu pomocí bělicích prášků namísto běžné dekorativní kosmetiky. Některé z nich dokonce zneužívaly octu nebo citronové šťávy k potlačení chuti k jídlu, aby dosáhly této estetické normy. Krch (2005) je jedním z hlavních odborníků věnující se tématům poruch příjmu potravy (dále jen PPP) v České republice. Z jeho publikací vyplývá, že již v 18. století se vyskytují případy nemoci zvané Blednička, která svými příznaky značně podobá MA.

Morton (1689) ve svém díle "Phthysiologia" popsal tzv. nervové vyčerpání, které vzniká nejen z fyzických, ale i emocionálních faktorů. I když jeho popis naznačoval příznaky MA, nedostalo se mu pozornosti, i přes to, že jeho dílo bylo známé a přeloženo do různých jazyků. Psychická onemocnění podobná MA byla popsána i v průběhu dalších let. Věnoval se jim například Williamem Stoutem Chipleyem v roce 1859 či francouzský lékař Louis-Victor Marcé, který skutečně popsal první příklady MA, bohužel se jeho zjištění nedostalo takové pozornosti, jak uvádí Krch (2005) ve své publikaci.

I přesto, že byla MA opakovaně popsána, nikdo jí nepřikládal velkou míru. Teprve v počátcích 20. století začalo být o MA projevováno zájem v USA a Německu. V 40. letech 20. století byla MA znovuobjevena v kontextu psychoanalýzy a psychosomatické medicíny jako psychická porucha. Postupem času se její obraz stal komplexnější, přibyly nové klíčové charakteristiky, jako je touha po štíhlosti a narušené vnímání vlastního těla. Novák (2010) uvádí, že proti minulosti, kdy byla spojována pouze se somatickými příznaky a její diagnostika byla opomíjena, se v současné době stala zajímavou jak pro odborníky, tak veřejnost.

## 2 Mentální anorexie: diagnostika a příčiny

Krch (2010) popisuje mentální anorexii (MA) jako poruchu, která je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Tato porucha je spojena s řadou komplexních emocionálních a behaviorálních faktorů. Mnoho pacientů s MA projevuje zvýšený zájem o jídlo, což může být paradoxní. Namísto typického snižování chuti k jídlu, které se často spojuje s anorexií, se tito pacienti mohou zajímat o potravu, a dokonce pociťovat hlad.

Nicméně, i přes tyto signály hladu a případné chutě, pacienti s mentální anorexií jsou často zasaženi silným strachem z přibývání na váze. Tento strach je často přehlušující a převažuje nad fyzickými signály, jako je hlad. V důsledku toho pacienti vyvíjejí různé strategie, aby se vyhnuli jídlu. Mohou vytvářet výmluvy, ignorovat hlad nebo se intenzivně zaměřit na cvičení a jiné aktivity, které jim pomáhají spálit kalorie. MA může být klasifikována do dvou hlavních typů: nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní). V případě nebulimické mentální anorexie se pacienti primárně soustředí na omezení příjmu potravy. Neprožívají epizody záchvatového přejídání, ale spíše se snaží udržovat nízký příjem kalorií prostřednictvím dietních omezení.

Naopak, u bulimické mentální anorexie se pacienti střídají mezi obdobími záchvatového přejídání a obdobími omezování stravy. Během epizod záchvatového přejídání konzumují velké množství potravy a následně se snaží kompenzovat nadměrný příjem kalorií, například provokováním zvracení nebo užíváním projímadel.

### 2.1 Diagnostika

Diagnostická kritéria pro tuto poruchu zahrnují zkreslené vnímání vlastního těla a popírání skutečného stavu vlastní tělesné hmotnosti. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2023) je toto zkreslené vnímání zařazeno pod F45.2 Hypochondrické poruchy, specificky jako tělesnou dysmorfickou poruchu. Dalšími indikátory mohou být sklon k vyhýbání se určitým potravinám nebo užívání laxativních prostředků za účelem snížení tělesné hmotnosti.

Psychologické faktory hrají také důležitou roli. Mezi ně patří zhoršení nálady, které může vyústit až v depresi, a projevy úzkosti, paniky nebo úplného oddělení od okolí, včetně blízkých lidí. Tyto psychologické aspekty mohou ovlivňovat chování pacienta a jeho schopnost interagovat se světem kolem sebe.

Kromě toho jsou mezi somatické faktory, tedy fyzické projevy poruchy, zařazeny poruchy metabolismu, špatný stav pleti, vlasů a ztráta menstruačního cyklu. Tyto projevy mohou být důsledkem dlouhodobého nedostatku živin a energetického deficitu způsobeného omezováním stravy nebo záchvatovým přejídáním a následnou kompenzací. Jejich přítomnost může být důležitým signálem pro diagnostiku a léčbu mentální anorexie.

### 2.1.1 Kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí

MKN-10 (2023) uvádí, že hlavním kritériem pro diagnózu mentální anorexie je udržování tělesné hmotnosti alespoň 15 % pod předpokládanou úrovní nebo dosažení úrovně BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Toto kritérium je zásadní pro identifikaci a diagnostiku onemocnění.

Úbytek hmotnosti, který je jedním z klíčových příznaků mentální anorexie, je záměrný a je způsoben aktivním vyhýbáním se jídlům, která jsou považována za "nezdravá" nebo "špatná". Jedinci mohou využívat různé prostředky k dosažení úbytku hmotnosti, včetně užívání laxativ, anorektik, diuretik a nadměrného cvičení.

Dále je charakteristický přetrvávající strach z nadváhy a zkreslené vnímání vlastního těla. Tato zkreslená percepce těla může vést k tomu, že jedinci vidí své tělo jako větší nebo tlustší, než je ve skutečnosti.

Současně s obavami z přibírání si jedinec stanovují nízkou tělesnou hmotnost jako optimální nebo dokonce cílovou. Toto může vést k nebezpečnému cyklu snižování hmotnosti a neustálého srovnávání se s neuvěřitelně nízkými cíli. Dalšími fyziologické projevy mentální anorexie patří rozsáhlé endokrinní poruchy, jako je amenorea u žen (ztráta menstruačního cyklu) a ztráta sexuálního zájmu a potence u mužů. Těmito změnami může být narušen celkový hormonální systém.

Jedinci před dosažením puberty se projevuje nesplněním očekávaného přírůstku hmotnosti během růstu. To znamená, že tito jedinci jsou v nesouladu s normálním fyzickým vývojem v jejich věkové skupině. Dále může dojít k opoždění nebo zastavení fyzického vývoje spojeného s absencí menarche u dívek. Po uzdravení se může tento vývoj obnovit, ale může dojít k opožděnému nástupu menarche.

### 2.1.2 Kritéria podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch

Americká psychiatrická asociace (2022) definuje ve své publikaci DSM-V MA jako stav, při kterém jedinci udržují svou tělesnou hmotnost na úrovni nižší, než je považováno

za normální pro jejich danou věkovou skupinu a výšku. Tento stav je spojen s intenzivním strachem z přibývání na váze, i když jsou již podvyživeni, což představuje jednu z hlavních charakteristik této poruchy.

Rovněž je narušeno vnímání vlastního těla a zkreslenému posuzování vlastního vzhledu. Tito jedinci mohou vnímat svou postavu jako větší nebo tlustší, než ve skutečnosti je, což může vést k dalším problémům se sebevědomím a vztahem k vlastnímu tělu.

Kromě toho, pacienti s mentální anorexií často popírají vážnost své nízké tělesné hmotnosti. U žen může tento stav vést k absenci alespoň tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů, což je další důležitý diagnostický indikátor této poruchy. Absence menstruace je často spojena s hormonální nerovnováhou a ukazuje na závažné důsledky podvýživy pro tělesnou funkci.

## 2.2 Příčiny vzniku mentální anorexie

Mnoho lidí, kteří se potýkají s mentální anorexií, nebo kteří znají někoho s touto poruchou, se zamýšlí nad otázkou "proč?" Ladishová (2006) zmiňuje, že vznik MA není nikdy způsoben pouze jedním faktorem, ale spíše kombinací různých determinantů, které se navzájem ovlivňují. Tyto faktory mohou být různého charakteru, včetně individuálních a sociálních aspektů, a mohou také souviset s dynamikou rodinných vztahů. Kombinace těchto faktorů pak vytváří prostředí, ve kterém se jedinec stává více zranitelným vůči rozvoji MA.

Spouštěči této poruchy mohou být rozmanité a často se liší od jedince k jedinci. Mohou zahrnovat nevhodné komentáře nebo kritiku týkající se tělesné hmotnosti nebo vzhledu, stejně jako osobní události, jako je rozchod nebo rozvod, které mohou vyvolat emocionální stres a zvýšenou úzkost, což může vést k zhoršení stravovacích návyků a případně k rozvoji MA.

### 2.2.1 Individuální a osobnostní determinanty

Existuje řada faktorů, které spadají do kategorie individuálních a osobnostních determinantů, které přispívají k vývoji mentální anorexie. Některé z těchto faktorů jsou pevně zakořeněny v osobnosti jedince, zatímco jiné jsou formovány zkušenostmi, které jedinec získal během svého života, a které ovlivňují jeho postoje a chování.

Podle Nováka (2010) negativní emocionální stavy nejsou primárním spouštěčem MA, ale jsou spíše úzce spojeny s touto poruchou. Lidé potýkající se s MA často zažívají deprese, vztek, nespokojenost nebo závist, jak k sobě samým, tak k ostatním. Tyto negativní emocionální projevy vytvářejí pocit "těžkosti", který může podnítit touhu snížit tělesnou hmotnost, což může

vést k rozvoji MA. Tento emoční stav přispívá k nízkému sebevědomí a narušení schopnosti sebereflexe a seberegulace.

Orbacha (2005) uvádí, že jedinci s MA mohou vnímat tyto emocionální projevy jako ztrátu kontroly nad sebou samými. Zaměření na váhu a stravovací návyky pak může u těchto jedinců vyvolat pocit uspokojení a kontroly nad vlastním chováním v daný okamžik. Tento dočasný pocit kontroly a uspokojení může být pro jedince trpícího mentální anorexií velmi silným motivátorem a posilovat jejich chování.

## 2.2.2 Rodinné prostředí jako determinanta

Rodinné prostředí představuje důležitý faktor v rozvoji poruchy příjmu potravy. Novák (2010) uvádí, že predispozice k této poruše má dědičný charakter, ale samotný vývoj onemocnění není nevyhnutelný. Tendence k mentální anorexii se přenáší z rodiny a zahrnuje nejen genetické faktory, ale také poznatky, zvyky a postoje k tělu, váze a stravování. Rodiny s jedincem trpícím mentální anorexií nejsou plně vědomy toho, že svým chováním mohou nepřímo podporovat onemocnění. Podněcují své dítě k disciplíně a sebekontrolě, aniž by si byly vědomy možného vlivu na rozvoj mentální anorexie. Tato porucha často zůstává skrytá, a když se projeví, může být již pozdě a vyžadovat zásadní, dlouhodobou a obtížnou léčbu.

### 2.2.2.1 *Vztah mezi dítětem a rodiči*

Výzkum provedený Fallon, Katzman a Wooley (1994) poskytuje důležité poznatky o vztahu mezi rodinným prostředím a výskytem mentální anorexie (MA). Jejich studie naznačuje, že rodiny s jedincem trpícím MA často projevují hostilní chování a nedostatečně vnímají emocionální potřeby svých dětí.

Mezi rizikové faktory, které mohou přispět k vývoji MA, patří nedostatečná komunikace v rodině, zanedbávání nebo úplná absence rodičovské péče, nízká očekávání ze strany rodičů a možné případy zneužívání. Často se také objevuje rodinná historie deprese, emočních poruch, sociální izolace nebo alkoholismu. V rodinách se často kladou důraz na hodnoty jako je vzestup, výkon a morálka. Dále, prezentace ženské role v rodině může hrát roli ve vývoji mentální anorexie. Například některé dívky mohou pociťovat nedostatek uznání a zklamání, protože jejich úspěchy nejsou hodnoceny stejně jako u jejich bratrů. Mohou mít také pocit, že být ženou

je spojeno s negativními konotacemi, protože nikdy nedosáhnou stejné úrovně respektu jako muži.

Tato studie poukazuje na komplexnost interakcí mezi rodinným prostředím a vývojem mentální anorexie a zdůrazňuje důležitost porozumění těmto faktorům při prevenci a léčbě této poruchy.

#### 2.2.2.2 *Vztah se sourozenci*

Middleton a Smith (2013) zdůrazňují důležitost nezapomínat na sourozence pacientů s mentální anorexií a věnovat jim stejnou pozornost jako nemocným členům rodiny. Sourozenci často prožívají pocity viny a obavy z toho, zda jejich chování nebylo příčinou rozvoje nemoci. Mohou se cítit opomíjeni a nedostatečně podporováni, zatímco se pozornost soustředí na léčbu a péči o postiženého anorektika.

Je klíčové si uvědomit, že sourozenci mohou mít vlastní emocionální reakce a potřeby, které vyplývají ze situace, a je třeba jim věnovat stejnou pozornost a podporu jako pacientovi s MA. Mohou se potýkat s emocionálním stresem, pocitem izolace nebo ztráty identity ve stínu nemoci svého sourozence.

#### 2.2.3 Sociokulturní prostředí jako determinanta

Socializace a prostředí okolo jedinců značně ovlivňují problematiku vzniku MA. Prostředí, ve kterém se pohybujeme nás formuje a odnášíme si z něj poznatky. Učíme se od dalších, jak fungovat a utváříme si tak naše vlastní postoje a myšlenky. Jeden z přístupů, jak k tomuto tématu přistupovat je za použití animálního modelu, který zkoumá hierarchické vztahy ve společnosti. Při konfliktech mezi dominantními a submisivními jedinci může u těch submisivních vzniknout pocit bezmoci, úzkosti nebo pochybností o sobě, což jsou pocity často sdílené s jedinci trpícími mentální anorexií.

Dále sem patří sociální učení, která zdůrazňuje vliv opakujících se motivů prezentovaných v médiích, ideálů krásy a neustálých rad a tipů ohledně zdravého životního stylu a diety. Lidé ovlivnění těmito faktory mají tendenci je napodobovat a přijímat jako svá vlastní kritéria.

Harrison (2001) ve svém výzkumu zkoumala teorii self-diskrepance, která popisuje proces vnitřního přijetí stereotypu ideální postavy a sociálního srovnávání. Konflikty mezi vlastním Já a ideálním Já či nadjá (svědomí) mohou vést k rozporům a ovlivňovat rozvoj MA. Lowes a Tiggemann (2003) ve svém výzkumu zjistily, že kladné nebo záporné vnímání tělesné váhy

začíná již v nižším věku než v minulosti. Již v předškolním věku si jedinec osvojuje názory okolí ohledně toho, co je považováno za přijatelnou nebo nepřijatelnou hmotnost a tvar těla. Malé děti mají tendenci k stereotypnímu myšlení v kategorii "špatné versus dobré," což se projevuje preferencí štíhlosti a záporným hodnocením tloušťky. Tím dochází k stereotypizaci jedinců s vyšší tělesnou hmotností, a může se stát, že jsou jim nepřiměřeně připisovány charakteristiky, například lenost, hloupost nebo neobratnost, které neodpovídají jejich skutečným vlastnostem a schopnostem. Na toto navázali Caroli, Sagone, Licciardello a Hichy (2017) ve svém výzkumu o stereotypizaci obezity, kde uvádí, že již od nízkém věku života lidé více upřednostňují štíhlé postavy a vytvářejí si negativní či stereotypické postoje k lidem s obezitou.

Novák (2010) se ve své publikaci věnuje teorii sociálního srovnávání, poukazuje na to, že jedinci se srovnávají s důležitými osobami ze svého okolí, což může vyvolávat pocity deprese, zlosti nebo snížení sebeúcty, zejména pokud se srovnávají s těmi, kteří jsou považováni za silnější.

#### 2.2.4 Gender, tvorba genderové identity a MA ve spojení s muži

Proces budování (genderové) identity začíná již v dětství a je klíčovým prvkem socializace. V této fázi nás ovlivňují různí socializační agenti a učí nás o rozdílech mezi ženskostí a mužstvem. Tyto učení o pohlaví pocházejí z různých zdrojů, včetně rolí matek a otců, dětských příběhů a pohádek, které zdůrazňují ladnost a křehkost princezen, jež jsou zachraňovány silnými a odvážnými princem. Tato prezentace rolí může ovlivnit vnímání těla jedince s předpoklady k mentální anorexii a jejich představy o vzhledu.

Rozdíly v pohlaví se také projevují v postojích ke stravování, postavě a ideálech. Ženy často klade důraz na váhu a tvar těla, zatímco muži se více zaměřují na objem svalové hmoty. Na rozdíl od žen, které touží po štíhlé postavě, muži často aspirují na svalnaté, maskulinní tělo. Nicméně, tato touha může přinést rizika, zejména pokud jde o užívání anabolických steroidů, které mohou způsobit podobné škody jako užívání laxativ u jedinců s mentální anorexií.

Mentální anorexie u mužů byla popsána již od roku 1694, ačkoli se vyskytuje mnohem méně často než u žen. Odhaduje se, že asi 7,5 % lidí trpících touto poruchou je mužského pohlaví. Výskyt mentální anorexie u mužů je více než desetkrát nižší než u žen, což může být způsobeno i tím, že muži často skrývají svou nemoc kvůli společenskému stigma.



### 2.2.5 Homosexualita u mužů v kontextu MA

Robinson a Holden (1988) přinesli zajímavou hypotézu týkající se sklonu homosexuálních mužů k mentální anorexii. Jejich teorie vychází z předpokladu, že homosexuální muži často projevují větší obavy z tloušťky než heterosexuální muži. Tento zvýšený strach z nadváhy může vést k vyšší predispozici k rozvoji mentální anorexie u této skupiny jedinců. Naopak autor Hsu (1989) tvrdí, že muži jsou méně náchylní k mentální anorexii. Argumentuje tím, že ve srovnání se ženami drží muži méně často diety nebo půsty a že jejich tělesný tvar se mění méně dramaticky než u adolescentních dívek. Tato diskuse naznačuje, že genderové rozdíly mohou hrát významnou roli v rozvoji mentální anorexie, a přináší podnětnou debatu o tom, jaké faktory mohou ovlivňovat riziko této poruchy v různých populacích.

### 3 Léčba mentální anorexie

V posledních desetiletích došlo k výrazné expanzi nabídky léčebných možností pro mentální poruchy, zejména v oblasti různých psychoterapeutických přístupů. Výběr konkrétní terapeutické metody závisí na individuálních charakteristikách pacientů a jejich odezvě na daný typ léčby. V této kapitole se s ohledem na cíl práce zaměřím jen na léčebné postupy prováděné v institucionálních zařízeních specializujících se na léčbu MA.

#### 3.1 Instituce

Instituce má mnoho definic, dle Kellera (2024) se s pojmem instituce spojují dva přístupy a to, funkcionalistický a antropologický. Funkcionalistický přístup nahlíží na instituci jako na funkční mechanismus, který reguluje potřeby a normy ve společnosti. Tato regulace může být prováděna buď schvalováním příslušného chování, nebo udělováním sankcí za jeho nedodržení. Naopak antropologický přístup popisuje instituci jako soubor vzorců chování a interakcí mezi lidmi, které vede k naplnění specifických potřeb. V tomto pohledu každá kultura vykazuje své vlastní charakteristické vzorce chování a ty jsou předávány z generace na generaci.

Matoušek (1999) popisuje instituci jako formu veřejného zařízení, které je často spojována s konkrétní fyzickou budovou. Tato definice zdůrazňuje viditelný aspekt instituce a propojuje ji s materiálními strukturami, což zahrnuje například školy, nemocnice, věznice a další veřejná zařízení.

#### 3.2 Totální instituce

Keller (2007) ve své publikaci pojednává o konceptu "totální instituce", který poprvé definoval sociolog Goffman. Totální instituce je místo, které slouží jako bydliště i pracoviště pro skupinu jedinců s podobnými rysy, kteří tráví veškerý svůj čas společně s hlavním cílem, kterým je změna osobnosti. *„Totální instituce jsou zařízením specializovaným na změnu osobnosti. Goffman popisuje, jakými způsoby totální instituce potlačují v nově příchozích jejich koncepci sebe sama, kterou si vyvinuli ve svém domovském světě. V této souvislosti analyzuje především mechanismy procesu mortifikace, jemuž jsou nově příchozí podrobováni.“* (Keller, 2007, s. 122) Jedním z hlavních mechanismů, kterými totální instituce ovlivňují nové příchozí, je proces

"mortifikace", kterým jsou podrobováni. Tento proces směřuje k potlačení a změně negativního chování jedince. V tomto kontextu totální instituce aktivně pracují na přetváření osobnosti jednotlivce a potlačení předchozích identit.

Tato forma instituce vykazuje podobné znaky jako léčebné prostředí pro pacienty s mentální anorexií v pobytových zařízeních. Tato analogie umožňuje hlouběji porozumět povaze léčebného procesu v těchto zařízeních a jaké mechanismy jsou využívány k dosažení změny v chování a osobnosti pacientů s MA.

### 3.3 Typologie totální instituce

Keller (2007, s. 129) ve své publikaci popisuje pět typů totální instituce dle Goffmana. Jedná se o:

1. Instituce určené pro péči o jedince, kteří nejsou schopni se o sebe sami postarat bez pomoci další osoby. Tato zařízení poskytují podporu a péči těm, kteří jsou zranitelní nebo nemohou zvládnout každodenní životní aktivity.
  2. Instituce, které poskytují péči lidem, kteří vyžadují pomoc jiné osoby, a zároveň mohou představovat riziko pro společnost. Tyto zařízení se snaží kombinovat péči o jednotlivce s opatřeními na ochranu ostatních členů společnosti.
  3. Instituce zřízené s cílem chránit společnost před jedinci, kteří jsou považováni za nebezpečné. Jejich hlavním úkolem je zachovat bezpečnost a blaho ostatních občanů.
  4. Zařízení zaměřená na technické záležitosti, které slouží k podpoře provozu společnosti. Mohou to být například vzdělávací instituce, vědecká zařízení nebo průmyslová zařízení, která poskytují potřebné služby a know-how pro chod společnosti.
- Instituce umožňující jednotlivcům izolovat se od zbytku společnosti. Tyto zařízení mohou sloužit k oddělení jedinců od vnějšího světa z různých důvodů, jako je léčba, výkon trestu nebo ochrana jednotlivců před vnějšími vlivy.

#### 3.3.1 Rysy totální instituce

Goffman (1961) podrobně popisuje charakteristiky totální instituce, které definují prostředí, kde jedinec provádí všechny své aktivity na jednom místě pod dohledem ostatních. Klíčovým rysem je, že každá činnost, od spánku po práci či vzdělávání, se odehrává v rámci této instituce, kde platí jednotná pravidla a dohled. Rozvrh aktivit je přesně stanoven a porušení pravidel

či nesplnění úkolů může mít za následek sankce. Každá činnost má specifický účel, který slouží k naplnění poslání instituce.

Jedinec, nacházející se v totální instituci, se stává součástí tohoto institucionálního prostředí, kde má minimální míru zodpovědnosti, neboť instituce přebírá kontrolu nad jeho životem a péčí o něj. Tímto způsobem je jedinec plně ponořen do prostředí instituce, které formuje jeho chování a myšlení.

### 3.4 MA a hospitalizace

Krch (2005) podrobněji analyzuje důvody, proč se jedinec ocitne v nemocnici kvůli léčbě mentální anorexie. Jedním z hlavních důvodů je snaha o dosažení lékařské stability, což může být klíčové pro pacientovo zlepšení. I když může být hospitalizace pro některé pacienty nepříjemná nebo nežádoucí, může být nezbytná pro jejich zdravotní stav. Spolupráce pacienta během hospitalizace je nezbytná, ale často obtížná. Přimět pacienta, aby se aktivně zapojil do léčby, může vyžadovat významné úsilí ze strany lékařů a zdravotního personálu.

Je důležité si uvědomit, že cílem hospitalizace není pouze normalizace tělesné hmotnosti, ale také řešení dalších aspektů nemoci, jako je zastavení záchvatového přejídání, zvracení nebo zneužívání laxativ. Léčba zahrnuje také péči o přidružené zdravotní problémy a psychické stavy, jako jsou deprese nebo sebepoškozování.

Hospitalizace může být *dočasná* a po dosažení určité stability může být pacient převeden do ambulantní péče. Délka hospitalizace je obvykle stanovena podle potřeby dosažení alespoň 90 % cílové hmotnosti, přičemž průměrný přírůstek váhy je kolem 1–1,5 kg za týden.

Krch (2005) také popisuje alternativy k plné hospitalizaci, jako jsou *částečné hospitalizace*, kdy pacienti docházejí do nemocnice s podobným programem jako plně hospitalizovaní pacienti, ale nezůstávají tam přes noc. Další možností jsou denní stacionáře, které pacientům poskytují strukturu a řád, a zároveň umožňují setkávání s dalšími pacienty trpícími poruchami příjmu potravy. Takové alternativy mohou být vhodnější pro některé pacienty, kteří nepotřebují nebo nechtějí plnou hospitalizaci.

## 4 Metodologická část

V této části práce se zaměřím na samotný výzkum a interpretaci jeho výsledků. Je zde popsána výzkumná otázka, na kterou jsem se v průběhu výzkumu snažila najít odpověď. Stejně tak, je zde vysvětlena metoda sběru dat, etické faktory a charakteristika výběru respondentů.

### 4.1 Cíl výzkumu

Téma mé bakalářské práce je zaměřeno na faktory ovlivňující jedince během hospitalizace při léčbě mentální anorexie. Předchozí teoretické studie mě vedly k zájmu o to, jaká je skutečná zkušenost jednotlivců během tohoto procesu a jaký vliv má hospitalizace na jejich sociální sféru. Mentální anorexie se stala v dnešní době civilizační chorobou, která ovlivňuje mnoho lidí bez ohledu na pohlaví a věk. Současně s tím však nese i stigma a tabu, které mohou ovlivnit jak jedince, tak i způsob, jakým je jejich nemoc vnímána ve společnosti.

Hlavním cílem mé práce je zmapovat faktory, které ovlivňují jedince během léčby mentální anorexie a navrhnout možné alternativy k hospitalizaci ve spolupráci s psychiatry a sociálními pracovníky. Mým záměrem je také poukázat na to, jaké aspekty mají negativní či pozitivní vliv na jedince během tohoto procesu a jakým způsobem interagují s personálem a ostatními pacienty v pobytovém zařízení.

Hlavní výzkumnou otázkou je “ **Jaká je zkušenost jedinců s léčbou mentální anorexie v pobytovém zařízení.**”

Zaměřím se na několik klíčových oblastí, které mohou během léčby hrát důležitou roli. Jedním z hlavních bodů mého výzkumu je otázka, zda byly jedincům nabídnuty možnosti spolupráce se sociálními pracovníky nebo sociálními službami specializujícími se na pomoc lidem s poruchami příjmu potravy. Rovněž se budu zabývat otázkou, zda jsou tyto služby vůbec dostupné a jakým způsobem mohou být posíleny a zdokonaleny, aby lépe vyhovovaly potřebám pacientů s mentální anorexií.

## 4.2 Pozicionalita vůči tématu výzkumu

Tématem poruch příjmu potravy a specificky mentální anorexii se věnuji již delší dobu. Již v minulosti jsem se tématu věnovala ve spojení boření mýtů, které sebou tahle nemoc nese. Nyní mě ale zajímá, jaké faktory sebou nese léčba nemoci v pobytovém zařízení. V neposlední řadě bych asi uvedla, že i já sama jsem touto nemocí poznamenána, a proto si myslím, že je důležité o ní vědět ještě víc, než zatím známe z odborné literatury. Myslím si, že je důležité brát v potaz i pohled jedinců, kterých se nemoc týká, nejen pohled a názor odborníků. Ráda bych poznamenala, že po uplynulé době dokážu rozeznat fakta od svých vlastních pocitů a názorů, které by výzkum mohly narušit či zkreslit. Ovšem, i mé pocity se na výzkumu můžou odrážet, často si vybíráme témata, které se nás nějak osobně dotýkají, ale pokusím se tyto faktory a pocity regulovat na minimum a doufám, že by tento výzkum mohl být přínosný pro zjištění nových poznatků, které o této nemoci zatím nevíme, nebo se jich dotýkáme jen minimálně.

## 4.3 Metoda sběru dat

Pro realizaci mého výzkumu jsem zvolila kvalitativní metodu sběru dat, konkrétně formu polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda mi poskytuje strukturu a současně flexibilitu, která je klíčová pro hlubší porozumění zkušeností respondentů s léčbou mentální anorexie v pobytovém zařízení.

Polostrukturovaný rozhovor mi umožňuje využít předem připravený interview guide (viz příloha č. 1), který obsahuje klíčová témata a otázky, jež chci během rozhovoru zmapovat. Avšak důležitou výhodou této metody je možnost, že respondenti mohou přijít i s dalšími tématy, která bych mohla opomenout. To mi umožňuje flexibilně reagovat na jejich sdělení a dále zkoumat téma z různých úhlů. Při hledání respondentů jsem uplatnila cílené oslovování, buď při osobním setkání, nebo formou zpráv prostřednictvím sociálních sítí. Díky své předchozí zkušenosti a působení v cílové skupině jsem měla relativně snadný přístup k respondentům. Již v minulosti jsem navázala kontakty a vztahy s lidmi z této skupiny, což mi nyní usnadnilo identifikaci vhodných respondentů pro můj výzkum.

#### 4.4 Analýza a kódování dat

Rozhovory jsem realizovala buď formou osobních setkání, nebo za pomoci video hovorů, přičemž každý z těchto rozhovorů nepřesáhl dobu jedné hodiny. Bylo pro mě důležité, aby se respondenti cítili co nejpohodlněji, zejména proto, že téma mentální anorexie je citlivé, a ne každý je ochoten o něm otevřeně hovořit v prostředí veřejného setkání. Snažila jsem se vytvořit prostředí, ve kterém se mohli cítit svobodně a bezpečně sdělit své zkušenosti.

Všechny rozhovory jsem pečlivě dokumentovala, a to buď nahráváním na diktafon či záznamem hovoru. Tyto nahrávky jsem poté podrobně a doslovně přepisovala, abych zachovala co nejvěrnější obraz jejich výpovědí. Před samotným průběhem rozhovoru jsem všem respondentům vysvětlila účel nahrávání a informovala je, že nahrávky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce a následnou analýzu dat pro výzkumný proces. Důrazně jsem zdůraznila, že jiná osoba nebude přístup k těmto nahrávkám, což mělo zajistit důvěru a otevřenost respondentů během průběhu rozhovorů.

#### 4.5 Etické faktory

Již při oslovování jsem se snažila zajistit, aby respondenti byli plně seznámeni s tím, o čem bude rozhovor pojednávat, a měli tak možnost rozhodnout se, zda se chtějí do výzkumu zapojit. Zdůraznila jsem, že jejich účast je zcela dobrovolná a že je naprosto v pořádku, pokud se rozhodnou neúčastnit. Dalším důležitým bodem bylo seznámení respondentů s faktem, že rozhovory budou nahrávány pro mé vlastní potřeby, a to s cílem následného přepisu a analýzy dat. Ujišťovala jsem je, že nahrávky budou použity pouze mnou a že po přepisu budou smazány. Toto opatření mělo zajistit jejich důvěru a otevřenost během rozhovorů. Kromě toho jsem se respondentům zavázala k zachování jejich anonymity a soukromí. Informovala jsem je o tom, že nebudu používat jejich jména ani jakékoliv další identifikační údaje, které by mohly vést k jejich identifikaci. Tím jsem chtěla zajistit, aby se respondenti cítili co nejvíce uvolněně a bez obav z možného odhalení jejich osobních informací.

#### 4.6 Respondenti

Všichni oslovení respondenti byly ženy ve věku od 18 do 24 let žijící v České republice. Celkem jsem oslovila patnáct respondentek, které projevíly zájem o účast na rozhovoru. Mým záměrem

bylo získat co nejvíce respondentek, abych měla rozmanitý soubor účastnic, které by mi mohly poskytnout různorodé perspektivy a zkušenosti.

Bohužel se však praxe lišila od mého plánu, a nakonec jsem realizovala samotné rozhovory pouze s pěti z oslovených respondentek. Tento omezený počet účastnic byl způsoben tím, že některé z respondentek přestaly reagovat na mé zprávy po textové komunikaci. I přesto, že jsem se snažila udržet komunikaci a motivovat je k účasti, nedostala jsem odezvu a nebylo možné s nimi realizovat rozhovory.

Tato situace mě vedla k reflexi nad možnými příčinami nedostatečné odezvy a k zamyšlení nad tím, jak bych mohla v budoucnu optimalizovat proces oslovení respondentů a zajistit vyšší míru účasti výzkumného souboru.



## 5 Interpretace výsledků

V této části se budu věnovat interpretaci dat, které jsem při výzkumu zjistila. Svůj text budu prokládat přímými citacemi respondentů, které budu z důvodu anonymity uvádět pouze číselně. Tyto citace respondentů budou v této části textu používat jako ilustraci jejich zkušeností a postojů.

### 5.1 Prostředí

Rodina, škola a přátelé hrají klíčovou roli ve formování osobnosti a názorů jedince, a jejich reakce mohou mít významný dopad. Proto jsem se na začátku svého výzkumu zaměřila právě na tuto problematiku. Postoj rodiny a okolí může buď podpořit, nebo zkomplikovat proces léčby. Většina respondentek však vyjádřila pozitivní zkušenosti s podporou ze strany rodiny, což jim pomohlo cítit se lépe a motivovalo je k aktivnímu se zapojení do léčby. R1: *“Myslím, že jsme se všichni shodli na tom, že to je ta nejlepší možná varianta. Protože jsem věděla, že si už sama pomoci nedokážu.”*, R4: *“Samozřejmě z toho nikdo nebyl nadšený, ale chtěli, abych byla v pořádku.”*. Ve výpovědích se objevovaly ale i negativní přístupy rodiny, které poukázaly na pocity nejistoty a nepochopení. R2: *“Většina členů rodiny reagovala spíše negativně... Psychické nemoci v naší rodině nejsou považovány za nemoci, a už vůbec ne PPP. Vyčítali mi to, dodnes občas vyčítají, považují to za moji blbost a schválnosti. Převážně reagovali slovy, že si mysleli, že jsem chytřejší, že jsem je zklamala, že jsem černá ovce rodiny, ...”* R3: *“Nebrali situaci vážně dokud nedošla do extrému. Zprvu mě dokonce podporovali a přehlíželi varovné signály.”* Tyto výpovědi poukazují na důležitost porozumění a podpory ze strany blízkých. Oproti tomu všechny respondenty pozitivně hodnotily podporu ze strany svých přátel, kteří jim poskytli emoční oporu a pomohli jim se vyrovnat s obtížnými situacemi. R1: *“...moji kamarádi byli velmi podporující a báli se o mě. Věděli, že už nejsem v pohodě. Můj nejlepší kamarád byl na mě našťvaný, když jsem mu řekla, že už to je vážný. Byla to ale taková ta našťvanost z toho, že měl o mě strach a nechtěl, aby se mi něco stalo...”*. Školní prostředí hodnotí také kladně, učitelé se snažily respondentkám vyjít vstříc a podporovali je v léčbě. R4: *“učitelé byli velmi vstřícní a snažili se mi pomáhat, jak to šlo. Jak během hospitalizace, tak i po ní.”*. R1: *“... Bylo z nich poznat, že o mně mají strach.”* R5: *“Ve škole mi nabídli individuál, neodsuzovali mě”* Další klíčovou zkušeností byla změna prostředí z domácího do nemocničního, což zprvu vyvolalo pocit izolace, hněvu a beznaděje. Postupně se tyto pocity transformovaly,

a respondentky přijaly tuto změnu a uvědomily si, že léčba je pro jejich vlastní dobro. R1: *“...z naštvání jsem přešla do rezignace. A až poté jsem přijala fakt, že to rodiče udělali pro moje dobro. Tohle ale říkám až teď, předtím bych to nepřiznala. Úplně ze začátku jsem byla jak hromádka neštěstí. Jelikož jsem byla v úplně cizím prostředí. Bez rodiny.”* Celkově tedy lze říci, že podpora ze strany rodiny, přátel a školního prostředí hraje klíčovou roli v motivaci respondentek k léčbě. Je důležité brát v úvahu citlivost jedinců, kteří odcházejí ze svého domácího prostředí do nemocničního zařízení, a poskytnout jim dostatečnou podporu a porozumění.

## 5.2 Personál

Další důležitou kategorií je personál nemocnice, protože s nimi pacienti tráví většinu svého času. Jejich přístup k jedincům může ovlivnit jejich již nestabilní psychiku a také to, jak budou ochotni spolupracovat, protože vytvoření důvěry je v léčbě mentální anorexie klíčové. Respondentky měly během léčby možnost interagovat s různými zdravotnickými pracovníky, včetně lékařů, terapeutů a sester. R4: *“Co mi ještě uvízlo v paměti je, že když chyběla má psychiatricka, která byla mimochodem skvělá a měla jsem jí ráda, tak jsem byla přiřazená k jiné. Z téhle paní snad byl vyřízený každý, kdo k ní šel. Ta mě dokázala rozbřčet během pěti minut. Nesnášela jsem jí.”*, R5: *“Byli naprosto skvělí a vždy tu pro mě byli”*, R1: *“Personál byl naprosto katastrofální. Našla bych možná 2-3 výjimky. Jinak se jednalo o naprosto neprofesionální skupinu lidí. Ne z ohledu zdravotnických znalostí, ale z ohledu vztahu k pacientům.”* Z odpovědí respondentů se ukázalo, že k nim personál přistupoval rozdílně, ale v závěru hodnotí, že je personál i přes negativní zkušenost podporoval v léčbě, či jejich rozhodnutí, jak k léčbě přistupovaly, a vždy byl přítomen strávit s respondentkou nějaký čas. Dále se je personál nesnažil stresovat každodenním vážením a vždy byl ochoten zajistit individuální terapii či konzultaci s psychologem či psychiatrem. Jen jedna respondentka uvedla, že se personál až přehnaně zaměřoval na nemoc samotnou, tedy fyziologické projevy, ale ne na její osobní pohled na léčbu a celkovou psychickou sféru. R3: *“Řešili projevy, ale neřešili můj pohled na léčbu, nevěřila jsem, že mám problém a nechtěla jsem ho řešit.”*

### 5.3 Interakce s ostatními pacienty

Téma pocitu sounáležitosti a interakce s ostatními jedinci na oddělení během hospitalizace je klíčové pro porozumění prožitku pacientů. Rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat pozornost ve svém výzkumu, protože vím, jak důležité je pro každého z nás cítit se součástí komunity, zejména v náročných situacích jako je pobyt v nemocnici. Důležité pro mě bylo zjistit, jak respondenti vnímali ostatní pacienty a zda tyto interakce měly vliv na jejich pohled na sebe sama či na proces léčby. Z výpovědí respondentek vyplývá, že mnohé z nich našly podporu, a dokonce i přátelství během svého pobytu na oddělení. Některé z nich zdůraznily sílu vzájemného porozumění a podpory, které vzniklo díky sdílení podobné zkušenosti s mentální anorexií. Tyto vztahy byly pro ně klíčové při zvládnání obtížných okamžiků a poskytovaly jim pocit sounáležitosti a solidarity. R5:” *S některými jsme se navzájem podporovali, s některými jsme se jen respektovali navzájem*“, R2:” *Poznaly jsme se v nejnáročnějším období našich životů a vzniklo mezi námi velmi silné přátelské pouto. Nemáme potřebu před sebou něco skrývat, víme o sobě to „nejhorší“ už z dob hospitalizace, rozumíme si, zvládneme se perfektně podpořit, vžít se jedna do druhé.*“, R1:” *To byla asi nejhezčí věc na celé hospitalizaci. Protože v tom kolektivu jsme se brali jako „kamarádi“ a ne jako „diagnózy“. U některých lidí jsem ani nevěděla, proč tam jsou. Bylo nám to jedno. Brali jsme se jako normální lidi. Podporovali jsme se. Určitě asi jediná pozitivní věc na pobytu tam.*” Nicméně, z výpovědí také vyplývá, že některé respondentky měly tendenci porovnávat se s ostatními pacienty, kteří trpěli stejnou nemocí. Tento aspekt je považován za jeden z opomíjených projevů mentální anorexie, kdy pacienti neustále srovnávají svůj vzhled a chování s ostatními. Tento komparativní přístup může být zdrojem dalšího stresu a úzkosti v procesu léčby. R3:” *Tím, jak mě chválili, že jsem hezká, jsem jim chtěla dokázat, že budu ještě víc.*”, R4:” *Řekla bych, že jsme se mezi sebou dost porovnávaly. Nebo alespoň já. Některé z nich byly opravdu vychrlé, což já byla taky, ale to mi nezabránilo v tom abych se s nimi neporovnávala.*” Celkově lze konstatovat, že interakce s ostatními pacienty mohou mít jak pozitivní, tak negativní dopad na prožitek jedince během hospitalizace. Je důležité tyto vztahy a interakce zohlednit při navrhování podpůrných opatření pro pacienty s mentální anorexií.

## 5.4 Program a restrikce

Zajímalo mě, jak respondenti reagovali na pravidla a restrikce, které jsou běžnou součástí pobytových zařízení pro léčbu mentální anorexie. Tato zařízení mají často stanovené programy a pravidla, která mají pomoci jedincům v procesu léčby a zotavení. Mentální anorexie sama o sobě vyžaduje dodržování pravidel a restrikcí, které pacienti vnímají jako způsob kontroly nad svým životem.

Z výpovědí respondentek vyplývá, že některá pravidla a restrikce mohla být pro ně obtížně přijatelná. Například některé z respondentek se cítily poníženy, protože ztratily kontrolu nad svým životem, což je pro jedince s anorexií klíčové. Zákaz pohybu nebo změna režimu byla pro některé respondentky kontraproduktivní a mohla vyvolat stres. R4:” *Ze začátku jsem se cítila vlastně i poníženy. Protože jsem neměla kontrolu vlastně nad ničím. A anorexie je pouze o kontrole.*“, R4:” *Nikdy jsem neměla v lásce měnění režimů a tohle byl velký zásah do nějaké mé vlastní struktury dne.*“, R3:” *...měla jsem zakázaný pohyb, jinak se terapie nijak nelišily, ani se mnou neprobíraly můj vztah k jídlu*“. Nicméně, většina respondentek pozitivně hodnotila nabízené programy a aktivity v rámci zařízení. Arteterapie, ergoterapie a možnost vycházek do města byly vnímány jako přínosné a pomáhaly jim získat nové perspektivy a zkušenosti. Struktura a řád dne, který byl na začátku vnímán jako stresující, se po určité době ukázal jako užitečný nástroj, který jim pomáhal lépe porozumět sobě samým i své nemoci. R5:” *Uvědomila jsem si, kde mohl vzniknout problém...*“, R2:” *Zároveň to ale vneslo do našich dnů nějaký řád, kontrolu, jistotu... Což mi hodně pomohlo, protože to bylo právě to, co jsem se snažila najít v kontrole jídla, hmotnosti, ... Nějakou kontrolu, jistotu a bezpečí* V závěru tedy respondenti hodnotili programy a strukturu dne jako pozitivní faktor, který jim pomohl překonat jejich problémy a zaměřit se na aspekty života, které nebyly spojeny s jejich nemocí. Díky tomuto režimu měli možnost získat kontrolu a jistotu, což byly aspekty, které mnozí z nich dlouho hledali. Tato struktura jim také pomohla reflektovat své myšlenky a pocity a lépe porozumět sobě samým. R5:” *...pomohl mi režim.*“, R2:” *Obecně mi nejvíc pomohl celý ten režim na klinice obecně. Dodržování jídel, aktivit, odpočinku...*“, R3:” *Ze začátku mi přišlo, že nic nedává smysl, protože jsem měla hodně zkreslený náhled. Ale s odstupem času vidím, že vše bylo z nějakého důvodu a dává mi to smysl, když se nad tím zamyslím*”

## 5.5 Osobní názor na léčbu

Další důležitou složkou mého výzkumu bylo zhodnocení respondentek samotných ohledně průběhu jejich hospitalizace a vlivu této zkušenosti na jejich pohled na nemoc. Chtěla jsem zjistit, zda jejich pohled na nemoc se během hospitalizace změnil, a zda byly nějaké klíčové momenty, které je motivovaly k léčbě, nebo naopak, zda se setkaly s něčím, s čím nesouhlasily. Z výpovědí respondentek vyplývá, že mnohdy měly pocit, že lékaři se zaměřovali pouze na otázky váhy a jídla, a zanedbávali tak psychické aspekty nemoci. Tento jednostranně zaměřený přístup lékařů respondentky vnímaly jako nedostatečný a neefektivní. Respondentky zdůrazňovaly, že léčba by měla být komplexní a zahrnovat i péči o psychické zdraví, nikoliv pouze fyzický aspekt nemoci. R4:” *Řekla bych že nijak, stále si stojím zatím, že mi to pomohlo akorát s tím, že jsem si uvědomila že mám problém.... Přijde mi vlastně že se nás snažili akorát vykrmit. To ale není cesta k uzdravení*”, R3:” *Vůbec nepracovali na tom, abych svou nemoc překonala.*”, R1:” *Obecně беру moji léčbu tam jako jeden velký nesmysl. To, že do člověka s PPP cpete jídlo několikrát za den, samotný problém neřeší. Není to efektivní. Přijde mi jako kdyby se toho pacienta chtěli co nejdříve zbavit. Ale samotnou podstatu problému neřeší.*”

Některé respondentky se také kriticky vyjadřovaly k motivaci personálu, který je motivoval k přibírání tělesné hmotnosti pouze za účelem rychlého propuštění domů či výhodou vycházek při hospitalizaci. I když tato motivace mohla být účinná z hlediska fyzického zdraví, opomíjela psychický aspekt nemoci a neřešila příčinu problému. R4:” *Přístup typu, pokud nepřiberu na určitou váhu, nebudu moci jet domů na víkend, nebudu moci odejít definitivně domů. Měla to být motivace, a do určité míry i byla, ale rozhodně mi to nepomohlo v léčbě. Jenom to byl prostě cíl. Přibrat abych mohla jít domů.*” Celkově lze tedy konstatovat, že pro respondentky byla hospitalizace spojena s tlakem na fyzickou obnovu, čímž se často opomíjela psychická složka onemocnění. Motivace k propuštění domů na základě dosažení určité váhy sice mohla být důležitá pro fyzické uzdravení, avšak nedostatečně zohledňovala psychické aspekty a potřeby pacientek.

Z toho vyplývá důležitost komplexního přístupu k léčbě mentální anorexie, který bere v úvahu jak fyzické, tak psychické složky onemocnění a umožňuje pacientkám skutečně uzdravit se.

## 5.6 Sociální práce

Ve svém výzkumu jsem se soustředila na poslední složku otázek, která se týkala sociální práce, zvláště proto, že tento obor studuji. Chtěla jsem zjistit, zda byly respondentkám nabídnuty možnosti spolupráce se sociální pracovníci nebo jim byly doporučeny specifické sociální služby, které se zaměřují na osoby s duševními onemocněními, jako je například organizace Ledovec z. s. v Plzeňském kraji či Centrum Anabell, které působí v Praze, Brně a Ostravě a nabízí širokou škálu služeb pro osoby s mentální anorexií, ale také pro jejich rodiny a blízké. Tyto služby zahrnují i možnost online konzultací. R2:” *Nespojil, ale měly jsme něco jako přednášku s vedoucí lékařkou z oddělení, kde padlo i doporučení právě třeba na centrum Anabell... dále jsme byly poučené, že si máme ještě před propuštěním zařídit psychiatra, psychologa a nutričního terapeuta, pokud ještě nemáme.*” Z výpovědí respondentek jsem zjistila, že žádná z nich nebyla aktivně nabídnuta spolupráce se sociální pracovníci, ani jim nebyly předány informace o takových sociálních službách, které by mohly navštěvovat po ukončení hospitalizace. Mnoho z nich uvádělo, že byly informovány pouze o psychiatrovi a v jednom případě bylo zmíněno Centrum Anabell. To naznačuje nedostatečnou informovanost respondentek o možnostech sociální podpory po skončení hospitalizace.

Taková situace je problematická, neboť sociální služby mohou hrát klíčovou roli v procesu rehabilitace a adaptace na život mimo pobytové zařízení. Zdá se, že absence informací o těchto službách může bránit respondentkám v získání potřebné podpory a řešení sociálních dopadů jejich nemoci. To ukazuje na důležitost lepšího propojení mezi zdravotnickými a sociálními službami a na potřebu zlepšení informovanosti a dostupnosti sociální podpory pro pacienty trpící mentální anorexií. R1:” *Sociální služby vůbec. Pouze psychiatr.*”

## 6 Shrnutí analytické části

Během mého výzkumu jsem se zaměřila na zkoumání zkušeností jedinců s léčbou mentální anorexie v pobytových zařízeních. Mé úsilí bylo zaměřeno na identifikaci faktorů, které hrají klíčovou roli v tomto procesu, a to včetně role rodiny, přátel, personálu, ostatních pacientů, programů a restrikcí, osobního názoru na léčbu a sociální práce.

Analýza ukázala, že pozitivní podpora ze strany rodiny a přátel může hrát klíčovou roli v motivaci jednotlivců k zapojení do léčby mentální anorexie. Respondenti zdůraznili, že projevy lásky, porozumění a povzbuzení ze strany blízkých jim dodávají sílu a odhodlání bojovat s touto nemocí. Zároveň však negativní reakce a neporozumění ze strany rodiny a přátel mohou negativně ovlivnit proces léčby. Pocity nechápavosti, kritiky nebo odmítnutí mohou způsobit další stres a zhoršit psychický stav jedince. Tyto negativní interakce vedou k pocitům osamělosti a izolace, což ztěžuje léčbu a podkopává motivaci k uzdravení. Stres pro respondentky představuje i samotný nástup do pobytového zařízení a s tím spojená změna sociálního prostředí. Tato změna prostředí a rozloučení se s dosavadním životem vyvolává pocity úzkosti, nejistoty a strachu z neznámého.

Během analýzy dat se ukázalo, že přístup personálu v pobytovém zařízení pro léčbu mentální anorexie hraje klíčovou roli v procesu uzdravování a podpoře jedinců. Zjištění naznačují, že respondentky měly různé zkušenosti s personálem, což ovlivňovalo jejich vnímání a pohled na léčbu. Navzdory rozdílným přístupům v personálu se respondentky shodly na tom, že personál hrál aktivní a podpůrnou roli v procesu léčby a uzdravování. Reakce personálu na individuální potřeby a snaha vytvořit respondentkám podporující a bezpečné prostředí pro léčbu.

Interakce s ostatními pacienty v zdravotnickém zařízení přinášela respondentkám významný vliv na jejich pocity a prožívání pobytu. Mnoho respondentek vyjádřilo, že kontakt s ostatními pacienty přinesl pocit sounáležitosti a porozumění. Ostatní pacienti byli často považováni za faktor, který usnadňoval hospitalizaci a poskytoval podporu a přijetí. Přestože většina respondentek vnímala interakce s ostatními pacienty pozitivně, některé vyjádřily negativní zkušenosti spojené s porovnáváním se s ostatními, kteří trpí mentální anorexií. Porovnávání se s ostatními je častým vedlejším projevem této nemoci, který může vést k dalším komplikacím.

V tomto kontextu je důležité, aby personál byl citlivý k těmto dynamikám a aktivně pracoval na minimalizaci negativních dopadů porovnávání se s ostatními pacienty. Tím by mohl předcházet možným komplikacím a vytvářet podmínky pro efektivní léčbu a uzdravování respondentek.

Programy a pravidla, která jsou součástí prostředí pobytového zařízení, mají dvojí povahu: mohou poskytnout jedincům pocit stability a řádu, ale současně mohou být i zdrojem stresu a nejistoty. Během analýzy dat se respondentky shodly na tom, že struktura a organizace dne přinášely klid a pocit kontroly, za což byly vděčné. Pro některé z nich byla pravidla a rutina vítanou oporou v prostředí, které bylo jinak plné nejistoty.

Dále respondentky zdůraznily, že aktivity, které byly součástí programů pobytového zařízení, byly různorodé a prospěšné pro efektivní využití volného času během hospitalizace. Tyto aktivity sloužily nejen k odvrácení nudy, ale také k podpoře psychického a fyzického zdraví pacientů.

Nicméně, názory respondentek na průběh léčby se lišily. Některé z respondentek viděly pozitivní výsledky a vnímaly, že přístup personálu je motivoval k dodržování stravovacích návyků po skončení hospitalizace. Na druhou stranu většina respondentek byla kritická k nedostatečné pozornosti, kterou personál věnoval psychickým aspektům nemoci, tedy kdy se personál zaměřoval pouze na fyzické aspekty nemoci a nebral v úvahu vnitřní pohled respondentek na nemoc a jejich psychiku.

V oblasti sociální práce jsem zjistila nedostatečnou informovanost respondentek o dostupných zdrojích podpory po ukončení hospitalizace. Personál nemocnic často opomíjel informovat respondentky o existenci sociálních služeb, které by mohly po propuštění kontaktovat a navázat s nimi spolupráci. Tato nedostatečná informovanost mohla respondentkám komplikovat proces reintegrace do běžného života a zvyšovat jejich pocit nejistoty a izolace.

Proto jsem se snažila upozornit na tuto skutečnost a navrhnout možné zlepšení zapojením sociálních služeb do procesu léčby mentální anorexie ve vyšší míře. Navrhla jsem posílení rolí Centřů duševního zdraví, které disponují multidisciplinárním týmem profesionálů. Jejich větší angažovanost by mohla vést k efektivnějšímu monitorování a podpoře pacientů po skončení hospitalizace. To by mohlo snížit potřebu opakovaných hospitalizací u pacientů, kteří trpí



především psychickými nebo sociálními aspekty nemoci v případě, že by byl jejich fyzický stav stabilizován a neohrožoval by žádné životně důležité funkce.

## Závěr

V rámci této práce jsme se zaměřila na to, jaká je zkušenost jedinců s léčbou mentální anorexie v pobytovém zařízení. Hlavním cílem bylo porozumět tomu, jak jedinci prožívají samotnou hospitalizaci a jaké faktory ovlivňují jejich léčbu. V teoretické části jsem se zabývala historickým vývojem této diagnózy, diagnostickými kritérii a determinanty vzniku nemoci. Dále jsem se zaměřila na koncept totální instituce a popisovala jsem formu léčby spočívající v hospitalizaci jedinců. Praktická část mé práce se zaměřila na provedení výzkumu, který analyzoval faktory ovlivňující pacienty během jejich pobytu v nemocnici a jak tyto faktory mohou ovlivnit proces léčby a jejich postoj k nemoci. Vzhledem k mému oboru studia sociální práce jsem zvláště zdůrazňovala roli sociální práce v průběhu léčby. Věřím, že sociální pracovníci mohou hrát klíčovou roli v poskytování podpory pacientům s mentální anorexií a jejich rodinám. Mohou pomoci budovat silné sociální sítě a podporovat reintegraci pacientů do společnosti po propuštění z nemocnice. Dále si myslím, že zapojení sociálních služeb může být klíčové pro zlepšení celkového procesu léčby i mimo pobytová zařízení. Tento faktor může významně přispět ke zlepšení životních podmínek pacientů s touto nemocí a celkově ke zvýšení účinnosti léčby. Umožňuje pacientům zůstat ve svém domácím prostředí, což může být pro ně velmi podpůrné a důležité.

Závěrem bych zde napsala větu jedné z mých respondentek: *“Zjistila jsem, že říct si o pomoc není slabost, ale síla. Že přijdou další pády, ale důležité je vždy vstát a jít dál. Že když se odhodlám říct o pomoc, vždy tu bude někdo, kdo mi tu pomoc poskytne.”*

## Zdroje

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR (TM)) (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

De Caroli, M. E., Sagone, E., Licciardello, O., a Hichy, Z. (2017). *Prejudicial and stereotypical attitudes about the issue of obesity: An action project*. *Psychology*, 08(13), 2174-2186. <https://doi.org/10.4236/psych.2017.813138>

Fallon, P., Katzman, M. A., & Wooley, S. C. (Eds.). (1994). *Feminist perspectives on eating disorders*. The Guilford Press.

Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books

Harrison, K. (2001). *Ourselves, our bodies: Thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 289-323. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.3.289.22303>

Holden, N. L., & Robinson, P. H. (1988). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa in British blacks*. *British Journal of Psychiatry*, 152(4), 544-549. <https://doi.org/10.1192/bjp.152.4.544>

Hsu, L. (1989). *The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women?* *Clinical Psychology Review*, 9(3), 393-407. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90063-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90063-9)

Jindruchová, M. (2020). *Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové*. Grada.

Keller, J. (2002). *Úvod do sociologie*. Vyd. 5. Slon.

Keller, J. (2007) *Sociologie organizace a byrokracie*. Vyd. 2. Slon

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Vyd. 2. Grada.

Ladishová, L. C. (2006). *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii*. EPOS

Lowes, J. a Tiggemann, M. (2003), *Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children*. British Journal of Health Psychology, 8: 135-147.  
<https://doi.org/10.1348/135910703321649123>

Matoušek, O. (1999) *Ústavní péče*.: Slon.

MKN-10 klasifikace. (2023) Dostupné 5.11.2023 z

<https://mkn10.uzis.cz/>

Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Akademické nakladatelství CERM

Orbach, S. (2018). *Hunger strike: The anorectic's struggle as a metaphor for our age*. Routledge.

Steppanová, E. (2017). *Anorexie: hlad po jiném světě*. nakladatelství Vodnář.

## Resumé

This bachelor thesis focuses on the impact of treatment for mental anorexia in residential facilities on an individual level. My main goal was to point out experiences which affect the individuals in their treatment by interviewing them. In the theoretical part, I explored current knowledge about mental anorexia, diagnosis, as well as the concept of total institutions. Later on, I used the knowledge that I gained from the interviews, which I conducted with five girls aged between eighteen and twenty-four from the Czech Republic who went through treatment for this illness. I also tried to add a point of view suggesting that we could integrate social services into the journey of treating this illness.

The results show that the way family and the close environment of these individuals take a main role in the way of treatment, as well as the workers and other patients in the hospital. The results also show that the hospital staff doesn't recommend social services that individuals can use after their hospitalization is over.

## Přílohy

### Příloha č. 1: Interview guide

<b>Téma</b>	<b>Okruh otázek</b>
<b>Úvod</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Představení sebe a tématu.</li><li>• Informovat respondenta o tom, že bude rozhovor nahráván a zajistit si informovaný souhlas.</li><li>• Otázky, které zajistí přátelské prostředí; cesta, aktuální stav nálady atd.</li></ul>
<b>Prostředí (rodina, škola a přátelé)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jak na situaci reagovala rodina?</li><li>• Reagovala na situaci škola či přátelé? Jak tyto reakce ovlivnily váš psychický stav?</li><li>• Zmínili se nějak tyto postoje v průběhu hospitalizace?</li><li>• Jak tyto změny prostředí ovlivnily váš stav (jak psychický na fyzický)</li></ul>
<b>Personál</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jak k vám přistupoval zdravotnický personál?</li><li>• Podporoval vaše rozhodnutí ohledně léčby?</li><li>• Jakým způsobem vám personál pomáhal/podporoval při obtížných situacích/chvilkách během hospitalizace?</li></ul>
<b>Interakce s ostatními pacienty</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jak na vás působili ostatní pacienti?</li><li>• Byl váš vztah s ostatními pacienty kladný či ne?</li><li>• Ovlivnili ostatní váš pohled na sebe a na vaši nemoc?</li></ul>
<b>Program a restrikce</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jak jste vnímali strukturu dne?</li><li>• Jak tyto strukturované aktivity ovlivnily náš psychický stav a stravovací návyky?</li><li>• Probíhaly při vaší hospitalizaci terapie či jiné aktivizační programy?</li><li>• Jak vám tyto aktivity pomohly porozumět nemoci a procesu léčby?</li><li>• Jaká omezení jste zpozorovali během léčby?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaký vliv měla omezení/pravidla na váš pocit kontroly nebo naopak pocit svobody?</li> <li>• Zpozorovali jste nějaké pravidlo, které vám osobně nedávalo smysl?</li> </ul>
<b>Osobní názor na léčbu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jak se změnil váš názor na léčbu během hospitalizace?</li> <li>• Byli zde nějaké aspekty, které vás ovlivnily? (kladně či záporně)</li> <li>• Bylo něco s čím jste nesouhlasili? (popřípadě navrhněte způsob, jakým by to šlo udělat jinak)</li> </ul>
<b>Sociální práce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Byla vám nabídnuta spolupráce se sociální pracovníci?</li> <li>• Spojil vás personál se sociální službou, která poskytuje služby osobám s duševním onemocněním? (denní stacionáře, centra duševního zdraví, Anabell aj.)</li> </ul>
<b>Závěr</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostor pro postřehy a otázky, které v tématech nezazněli.</li> <li>• Podkování</li> <li>• Rozloučení</li> </ul>