

Centrum Anabell, z. ú.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

 **Anabell**

Autorky:

PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková

Bc. Markéta Hermannová

Bc. Monika Turečková

Mgr. Eva Slezáková

Grafika a sazba:

Robert Donné

Jazyková korektura:

PhDr. Dita Křišťanová, Ph. D.

Neprodejný výtisk

Publikace ani její části nesmějí být publikovány ani šířeny jakýmkoliv způsobem a v jakékoliv podobě bez výslovného svolení Centra Anabell, z. ú.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

**Anabell**

Tato publikace vychází jako výstup projektu Služby následné péče v Anabell, reg. číslo:
CZ.03.2.60/0.0/0.0/16_048/0009015

© Centrum Anabell, z. ú., 2021

Obsah

ÚVOD	4
I. TEORETICKÁ ČÁST	5
1. ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	6
1.1 Dělení poruch příjmu potravy	7
1.1.1 Mentální anorexie.	7
1.1.2 Mentální bulimie	8
1.1.3 Záchvatové přejídání	8
1.1.4 Nespecifické formy poruch příjmu potravy	9
1.2 Sociální náhled na poruchy příjmu potravy	10
1.3 Dopady poruch příjmu potravy	10
1.4 Prevence poruch příjmu potravy	12
2. SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	14
2.1 Sociální práce a systém sociálních služeb	14
2.1.1 Sociální služby	14
2.2 Vybrané intervence sociální práce s osobami s poruchou příjmu potravy	17
2.2.1 Sociální práce s jednotlivcem	17
2.2.2 Skupinová sociální práce	17
2.2.3 Sociální práce s rodinou a rodinné terapie.	18
2.3 Služby následné péče v souvislosti s poruchou příjmu potravy	19
II. PRAKTICKÁ ČÁST	22
3. KAZUISTIKY	23
3.1 Kazuistika č. 1 – Vanda, 16 let	23
3.2 Kazuistika č. 2 – Eva, 16 let	30
3.3 Kazuistika č. 3 – Zorka, 27 let	37
3.4 Kazuistika č. 4 – Zita, 18 let	43
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM OBRÁZKŮ	54

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy patří k velmi závažným duševním onemocněním. Při jejich léčbě je odborníky vyzdvihována především důležitost spolupráce mezi odborníky různých oborů.

Z praxe je patrné, že kterákoliv péče o osoby s poruchou příjmu potravy poskytovaná samostatně nedokáže pokrýt veškeré oblasti, ve kterých osoby s poruchou příjmu potravy potřebují čerpat pomoc a podporu. Významné místo v péči o osoby s poruchou příjmu potravy sehrávají také Služby následné péče, které jsou součástí sociálních služeb Kontaktního centra Anabell Brno a osobám s poruchou příjmu potravy přináší jiné než jen dosavadní poradenské možnosti. Prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a projektu s názvem „Služby následné péče v Anabell“ byly tyto služby součástí nabídky Kontaktního centra Anabell Brno v období od července 2018 do srpna 2021. Od září 2021 služba vstupuje do celostátní sítě sociálních služeb spravované Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a bude již ve stálé nabídce služeb Kontaktního centra Anabell Brno. Výstupem uváděného projektu je Případová studie, kterou nyní máte před sebou. Obsahuje kazuistiky klientek, které v uvedeném období využívaly Služby následné péče.

Případová studie se skládá ze dvou základních částí. První část Případové studie je teoretická a nabízí základní informace o poruchách příjmu potravy a o sociální práci, kterou mohou osoby s poruchou příjmu potravy čerpat. Druhá, a tedy praktická část Případové studie, předkládá čtyři kazuistiky našich klientek, na nichž chceme ukázat smysluplnost sociální práce při znovuzačlenování klientek do společnosti.

Závěr Případové studie je věnován poznatkům, vzešlým ze spolupráce s osobami s poruchou příjmu potravy, které se svými příběhy podílely na Případové studii.

I. TEORETICKÁ ČÁST



1. ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy lze popsat jako nepřetržité chorobné jídelní chování, přičemž nejzávažnější poruchou je mentální anorexie, následovaná mentální bulimií, psychogenním přejídáním, nočním přejídáním a s nimi spojenou obezitou. (Papežová, 2010)

Společné znaky

Obecně mají poruchy příjmu potravy několik společných rysů. U lidí, kteří se potýkají s poruchami příjmu potravy, lze obecně najít několik společných rysů. Předtím, než lidé onemocní mentální anorexií nebo mentální bulimií, se u nich téměř vždy vyskytuje frustrace z jejich postavy a obava z tloušťky. (Jendruchová, 2020) Velmi častým společným rysem je nízké sebevědomí, perfekcionismus a negativní vztah k sobě i k vlastnímu tělu. (Papežová, 2010) V naší terapeutické praxi se často setkáváme s tím, že klienti vnímají, že byli v dětství často kritizováni a zřídka chváleni, byl na ně vyvíjen velký tlak na výkon a preciznost plnění úkolů. Toto si naši klienti převzali za své a dál na sebe kriticky nahlíží neschopni ocenit se za věci, které se jim podařily. Dále se často setkáváme s tím, že se klienti obtížně orientují v porozumění svým emocím. Nedaří se jim v dané chvíli porozumět tomu, jak se cítí, obtížně se jim regulují vlastní impulzivní emoce a zažívají velký vnitřní neklid.

Rizikové faktory

Při práci s klienty si často klademe otázku, co bylo příčinou vzniku poruchy příjmu potravy u konkrétního člověka. Z naší zkušenosti vyplývá, že se jedná o souhrn různých negativních faktorů, které člověka ovlivnily, a tak přispěly k tomu, aby se u něj porucha příjmu potravy mohla rozvinout. V odborné literatuře se setkáváme s vysvětlením, že neexistuje jediná příčina vzniku těchto poruch, ale že *„jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů“*. (Krch, 2005, s. 57) S podobným názorem se setkáváme v literatuře také u Papežové (2010), která kromě toho dále uvádí, že rizikovým faktorem pro vznik poruchy

příjmu potravy může být i jiné duševní onemocnění a negativní emocionalita.

Podle vědeckých studií je jedním z rozdílů mezi zdravými lidmi a lidmi, kteří se potýkají s poruchou příjmu potravy opakované zažívání traumatických událostí. (Papežová, 2010) Většinou „nestačí“ jedna traumatizující událost, po které se u člověka rozvine onemocnění, ale právě opakování traumatizujících zážitků spolu s tím, jak na ně člověk reaguje, se na rozvinutí nemoci významně podílí.

1.1 Dělení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se mezi sebou liší podle toho, jak se člověk s konkrétní poruchou stravuje, jaké pocity a chování následují po příjmu potravy a s jakou intenzitou se věnuje fyzické aktivitě. Existují tři nejrozšířenější poruchy příjmu potravy a několik dalších minoritně zastoupených poruch. Nyní si je blíže popíšeme.

1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je závažnou poruchou příjmu potravy a způsobuje značné zdravotní komplikace. „*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.*“ (Krch, 2005, s. 16) Lidé nemocní mentální anorexií mají velký strach z jídla a z následného tloustnutí. To se projevuje držením drastických diet, hladověním, často nadměrným cvičením. Mnohdy může tato nemoc začít důrazem na zdravou stravu, což doprovází vylučování tzv. „nezdravých“ potravin z jídelníčku a pokračuje snižováním počtu druhů potravin, které si člověk dovolí sníst. Celý tento proces končí redukcí jídelníčku na pár druhů „povolených jídel“ v malém množství.

Pro lidi zažívající mentální anorexií je typické zkreslené vnímání vlastního těla. Při pohledu do zrcadla se nevidí reálně, jak vypadají, ale vidí se rozměrnější, než ve skutečnosti jsou. To je dále podporuje v omezování konzumace jídla. Někdy může dojít k tomu, že na fotografiích se člověk vnímá realisticky, ale pod tíhou duševní nemoci uvěří tomu, že to bylo jen špatné vidění, a dál se vidí zkresleně.

U lidí s mentální anorexií obvykle dochází k výrazné podvaze, jejíž neléčení může mít smrtelné následky. Nicméně problémy s anorexií a jí ovlivněným

smýšlením o sobě a svém těle mohou mít i lidé s normální váhou. Proto není váha jediným ukazatelem této nemoci.

1.1.2 Mentální bulimie

Tak jako se mentální anorexie vyznačuje přehnanou schopností sebekontroly, pro mentální bulimii je typická nedostatečná kontrola v konzumaci jídla a přejídání je impulzivní. „*Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.*“ (Krch, 2005, s. 18) Literatura popisuje, že se jedná o silné a vůli neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je strach ze ztloustnutí. (Papežová, 2010) Další pohled přináší Stice (2002, dle Papežová, 2010), podle kterého může sloužit zvracení k očištění člověka od všeho špatného, co zažívá.

Po přejedení často následují výčitky svědomí a také znechucení. Toto chování je následováno zvracením, které může zpočátku přinést úlevu, ale později je také zdrojem výčitek a špatných pocitů.

Lidé s mentální bulimií se často přejídají, zvracejí a zneužívají projímadla, což se u nich ale může střídát i s obdobími výrazného omezení příjmu potravy. (Krch, 2005)

1.1.3 Záchvatovité přejídání

Ačkoli bylo psychogenní přejídání zařazeno mezi poruchy příjmu potravy mnohem později než mentální anorexie a mentální bulimie, výzkumy ukazují, že je v současnosti nejčastější poruchou příjmu potravy. (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016) Psychogenní přejídání lze popsat jako neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby, a to bez kompenzačních mechanismů, jako je zvracení, zneužívání laxativ, hladovění a užívání léků. (Papežová, 2010)

Člověk zkonzumuje velké množství jídla bez ohledu na to, zda má na něj chuť nebo cítí hlad. Nutkání k jezení je velmi silné a lidé se záchvatovitým přejídáním mají oslabenou schopnost sebeovládání.

Podle McCarthyho (1990, dle Papežová, 2010) může být příčinou záchvatovitého přejídání u lidí snaha o přehlušení jejich nepříjemných pocitů a často se

u nich objevují zároveň depresivní a úzkostné stavy. Bavíme se o tzv. zajídání emočních problémů, dlouhodobého stresu, vztahových konfliktů aj.

1.1.4 Nespecifické formy poruch příjmu potravy

Kromě výše popsaných nejčastěji rozšířených poruch příjmu potravy se lze setkat také s jinými formami, které se vyskytují méně často, jsou teprve nedávno popsány, ale rovněž nesou závažná zdravotní rizika.

1.1.4.1 Ortorexie

Ortorexií lze definovat jako patologickou posedlost zdravým stravováním. Lidé s ortorexií striktně a bez výjimek dodržují zásady zdravého stravování, které v jejich případě obsahuje restriktci mnoha druhů potravin a také snížení množství přijaté potravy. Nedodržení těchto zásad u nich může vést k depresi nebo snížené sebeúctě. Lidé s ortorexií staví na svém stravování svoji identitu, smysl života či vlastní ocenění. Nebezpečí ortorexie lze hledat v tom, že v dnešní době je soustředění na zdravý životní styl vnímáno jako přednost, tedy se lidem dostává podpory a ocenění v udržení tohoto způsobu života. Negativní důsledky se mohou objevit mnohem později. (Paulíčková, 2010)

1.1.4.2 Bigorexie

Pro bigorexii bývá často také užíván termín Adonisův komplex nebo svalová dysmorfie. S tímto komplexem se nejčastěji potýkají muži. Některé příznaky jsou shodné jako u mentální anorexie. Například zkrácené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky, obsedantní myšlení ohledně vlastního těla a excesivní cvičení. Toto chování může postupně vést stejně jako u mentální anorexie k sociální izolaci, ke snížení či zúžení jiných zájmů a k mezilidským potížím. (Papežová, 2010)

1.1.4.3 Drunkorexie

Drunkorexie je nově popsaný fenomén, který se vyskytuje zejména u mladých lidí. Jedná se o přístup, který je založen na opakovaném snižování příjmu potravy přes den, po němž následuje večerní konzumace alkoholu. Cílem toho-

to přístupu je snížit počet přijatých kalorií a možnost vypít více alkoholu. Toto chování může také doprovázet nadměrné cvičení nebo různé čisticí procedury, které předcházejí nebo následují užití alkoholu. Kromě dlouhodobých negativních důsledků tohoto chování, hrozí lidem, kteří pijí alkohol na lačný žaludek, akutní zdravotní potíže v podobě rychlého opití, zvracení nebo možné otravy alkoholem. (Olivíková, 2019)

1.2 Sociální náhled na poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy nejsou širokou veřejností považovány za nemoc. V důsledku zaměření na jídlo a hubnutí nemocné osoby postupně přichází o aktivity a společenské kontakty a dostávají se do izolace. Pro zdravého jedince je chování osoby, která se potýká s některou z poruch příjmu potravy, nepochopitelné. Přes veškeré snahy blízkých lidí, kteří jsou s nemocnou osobou v kontaktu, se jim nedaří situaci zvládat bez napětí. Nátlak a nepochopení okolí většinou vedou nemocnou osobu k podvádění a užívání praktik, které vedou k opačnému efektu, než je žádoucí. (Vágnerová, 2012)

Krch (2008, str. 36) ve své publikaci uvádí: „*Diety, hladovění, přejídání se a užívání různých prostředků „na hubnutí“*“, to vše způsobuje mnoho obtíží, které představují vážné ohrožení zdraví a kvality života postižených.“ Kvalitu života ovlivňují **objektivní podmínky** jako ekonomické, životní, společenské a sociální podmínky. Dále způsob péče o zdraví, způsob trávení volného času atd. Kvalita života je ovlivněná také **subjektivním stavem** hodnocení a postojem k vlastnímu životu v souvislosti se spokojeností. (Strieženec, 2006)

1.3 Dopady poruch příjmu potravy

Dlouhodobé hladovění, nedostatečná výživa, zvracení, zneužívání diuretik, stejně jako dlouhodobé přejídání se u lidí s poruchou příjmu potravy zákonitě odrazí na jejich zhoršeném zdravotním stavu. Toto chování může „*způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak u bulimie.*“ (Krch, 2005, s. 93) Nejobvyklejší jsou kardiovaskulární komplikace, dále záněty jícnu a poruchy trávicí soustavy, poškození zubní skloviny, dehydratace, avitaminóza, osteoporóza, poruchy

menstruačního cyklu, zhoršení regulace tělesné teploty, bolesti hlavy, závraťe a mnohé další. (Krch, 2005)

Kromě fyzického zdraví ohrožují poruchy příjmu potravy i psychické zdraví a mívají dopad na sociální život jedince. (Švédová a Míčová, 2010) Člověk s poruchou příjmu potravy se stahuje ze sociálních kontaktů se svými blízkými i přáteli, přestává se věnovat svým zálibám. Zpočátku se může cítit osamělý, ale později samotu vyhledává a komunikace s lidmi o jeho prožívání i potížích je pro něj obtížnější.

V sociálních oblastech se důsledky nemoci podílí především na změnách vztahů v rodině a dochází k jejich narušení mezi členy rodiny. Zaměstnání je další oblastí, kde nemoc může zasáhnout do života jedince v podobě pracovní neschopnosti nebo invalidity. Nemoc ovlivňuje také oblast trávení volného času a také se dotýká člověka v dalších situacích, například při volbě povolání. (Bártlová, 2005)

Důsledky poruch příjmu potravy lze zaznamenat také v oblasti únavy, kdy lidé s poruchou příjmu potravy vnímají nedostatek energie a rychle se unaví.

To se může projevit také na snížení jejich pracovního či studijního výkonu. Změnu lze zaznamenat také v prožívání emocí, zejména ve velkých emočních výkyvech v krátkém čase. Porucha příjmu potravy se podílí na vyšší posmutnělosti, plačtivosti i podrážděnosti. V dlouhodobějším horizontu člověk s poruchou příjmu potravy zažívá pocity bezmoci a bezvýchodnosti ze své situace.

Příznačným důsledkem poruch příjmu potravy jsou pro člověka i pocity viny. Ty se objevují hned na několika úrovních. Pod vlivem nemoci má člověk pocity viny z toho, že něco snědl, nebo se přejedl, či jídlo vyzvracel. Zároveň může cítit velký pocit viny vůči rodině, která se trápí pro jeho duševní i zdravotní stav. V neposlední řadě člověk může mít pocity viny spojené s tím, že ve svých očích pro sebe není dostatečný, ale ani není schopen se sám z nemoci dostat.

1.4 Prevence poruch příjmu potravy

V oblasti prevence poruch příjmu potravy se lze zaměřit hned několika směry. Jedním z významných způsobů zvyšování prevence je zlepšení informovanosti o problému ve společnosti, rodinách, ve školách i na sportovištích. Je snazší předcházet rozvoji nebezpečných postojů a návyků, než je zpětně měnit. Nestačí pouze varovat před mentální anorexií nebo mentální bulimií, ale je třeba srozumitelně vysvětlit riziko nevhodných stravovacích návyků a nebezpečných strategií kontroly tělesné hmotnosti. (Krch, 2005)

Na základních i středních školách probíhají programy primární prevence zaměřené na rizikové chování v několika různých oblastech a poruchy příjmu potravy patří do jednoho z nich. Pro rizikovou skupinu dospívajících může sloužit odstrašující popis nebezpečí jako návod k experimentu. Pro snížení tohoto rizika je vhodné edukovat dospívající o tom, že určité metody kontroly hmotnosti jsou nejen nebezpečné, ale i neúčinné z hlediska snížení hmotnosti (například zvracení vede ke zvyšování přejídání a v důsledku může vést ke zvýšení hmotnosti). (Krch, 2005)

Vhodněji se jeví zaměřit program primární prevence na oslabení rizika diet, nevhodných stravovacích i životních postojů. Jedná se o aktivity zaměřené na zdravé stravování, trávení volného času, přiměřené seberealizace a sebeprosazení mladistvých. (Krch, 2005)

Z výzkumů vyplývá, že v současnosti dochází v České republice k nárustu počtu případů onemocnění poruchami příjmu potravy. (Papežová, 2010) Významný podíl na zvyšování počtu nemocných nesou média a propagace „ideálu krásy“ spojeného s dokonale štíhlou postavou. Při propagaci tohoto ideálu některá média dokonce využívají úpravu fotografií, kde modelům některé tělesné partie zmenší, jiné zvětší nebo jakkoliv jinak upraví pro svoje účely. Jedná se o virtuální ideál, který je často zdravým životním stylem nedosažitelný. Bulvární noviny často velmi kriticky komentují tělesný vzhled známých osobností s důrazem na štíhlost u žen, případně svalnatost u mužů.

Tento tlak na dokonalou postavu se dále odráží na lidech, kteří i bez něho jsou se svou postavou nespokojení. Ve snaze dosáhnout „ideálu“ se u nich zvyšuje riziko onemocnění poruch příjmu potravy. (Papežová, 2010)

Velmi významný vliv na současnou mladou generaci mají mediální prostředky, především internet. (Papežová, 2010) V posledních letech zejména na sociálních sítích vznikají iniciativy lidí, kteří propagují krásu „nedokonalého“ těla. Povzbuzují čitatele k lásce ke svému tělu takovému, jaké je. To se snaží doložit vlastní nedokonalostí a dobrým vztahem k sobě samým. Rozšiřování těchto iniciativ může mít pozitivní dopad na mladistvé, kteří dnes více než před lety tráví hodně času na sociálních sítích.

Prevence poruch příjmu potravy nezahrnuje pouze boj proti nežádoucímu rizikovému chování, ale měla by se opírat o předávání pozitivních životních hodnot v rodině, které dokážou ovlivnit pozitivnější sebehodnocení člověka a orientaci na hodnoty, které nejsou založené na vzhledu. „Potřebujeme naučit děti samostatně hodnotit, srovnávat, vybírat, co je podstatné, a pomoci jim vytvořit hodnotový systém, který je bezpečný nebo zdravý. Měly by umět hájit svůj názor a mít možnost vytvářet svou individualitu pomocí vzoru blízkých osob. Základní vzorce chování se tvoří do pěti let života, potřebujeme tedy už v útlém věku posilovat dětem sebevědomí, dovolit jim rozhodovat se a nést následky svého rozhodnutí, respektovat a podporovat jejich názor, umět pochválit bez výhrad, vytvořit atmosféru důvěry a komunikovat.“ (Šmahel, in Papežová, 2010, s. 313–314)



2. SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Následující kapitola blíže vysvětluje teoretické pojmy týkající se oblasti sociální práce s klienty v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Je rozdělena na dva tematické okruhy. První část kapitoly nabízí vhled do problematiky poruch příjmu potravy skrze sociální práci a systém sociálních služeb. Ve druhé části kapitoly lze najít konkrétní intervence, které jsou v běžné praxi využívány při práci s osobami s poruchou příjmu potravy.

2.1 Sociální práce a systém sociálních služeb

Sociální práce je obecně vnímaná jako poskytování **sociálních služeb** jednotlivcům, rodinám, skupinám a také komunitám. (Řezníček, 1994) Nese charakter jedinečnosti a také komplexnosti. Jedinečnost spočívá v tom, že se ke každému klientovi přistupuje specificky. Komplexnost sociální práce je daná tím, že na řešení sociální situace klienta nahlíží z hlediska psychologického, sociologického, zdravotního, právního, ekonomického a pedagogického. (Mahrová a Venglářová, 2008)

2.1.1 Sociální služby

Sociální služby jsou specializované činnosti. Jsou zakotvené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabízí možnost pomoci a podpory osobám, které se ocitnou v tíživé situaci. „*Hlavním posláním sociálních služeb je chránit zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů a příčin.*“ (Vondrka, 2008, s. 40) Oslabení nebo ztrátu schopnosti zákon definuje jako **sociálně nepříznivou situaci**. Důvodem sociálně nepříznivé situace může být například nepříznivý zdravotní stav, nevhodné životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí atd. Tyto situace mohou vést k tomu, že klient danou situaci neumí, nebo také nemůže, řešit sám tak, aby řešení podporovalo jeho **sociální začlenění** a chránilo ho před **sociálním vyloučením**. (Vondrka, 2008)

Sociální začlenění se dotýká všech oblastí života. Principem sociálního začlenění je „*posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka*“ tak, aby byl schopen využívat přístup ke vzdělání, zaměstnání a také se účastnit kulturního a společenského života. (Vondrka, 2008, s. 40) Sociální začlenění člověka se úzce váže na určité prostředí, které by mělo být společensky přijatelné a pro daného jedince bezpečné. Se sociálním začleněním úzce souvisí pojem **přirozené sociální prostředí**, na které je třeba nahlížet v širším kontextu. Zákon o sociálních službách definuje jako přirozené sociální prostředí „*rodinu, domácnost a sociální vazby k blízkým osobám*“ a dále „*místa, kde lidé pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity*“. (Vondrka, 2008, s. 40) Pokud se v životě člověka vyskytnou bariéry, které mu komplikují nebo brání, aby žil způsobem, který je ve společnosti považován za běžný, lze mluvit o **sociálním vyloučení**. (Vondrka, 2008)

Obrázek 1: Naplnění potřeb člověka v základních oblastech jeho fungování



Zdroj: Centrum Anabell, z. ú.

Hlavním účelem **sociálních služeb** je pomoci klientům najít svoji cestu v životě, naučit se ponejvíce fungovat v životě tak, aby podpůrné služby nepotřebovali anebo potřebovali pouze v nezbytné míře, která podporuje jejich samostatnost a soběstačnost. (Řezníček, 1994) Sociální služby jsou poskytované skrze tři základní oblasti, tj. jako **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**.

Sociální poradenství zahrnuje dva druhy poradenství, a to základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytují podle zákona o sociálních službách všichni poskytovatelé sociálních služeb. Sociální poradenství zahrnuje informace týkající se možností, služeb a nároků, které by mohly pozitivně ovlivnit nelehkou situaci člověka. Sociální pracovník může rovněž skrze základní sociální poradenství zprostředkovat klientovi odbornou pomoc. (Hartl, 2003)

Na odborné sociální poradenství se zaměřují specializované poradny, které nabízejí praktické rady a podporu pro hledání řešení sociální situace člověka. Do odborného sociálního poradenství lze zahrnout i terapeutické činnosti, které mohou být součástí tzv. následné péče v různých oblastech sociální práce. (Hartl, 2003) Poradenství je jedna z cest, „*jak pomáhat lidem překonat jejich problémy*“, avšak odborníci se shodují, že „*pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami*“. (Hartl, 2003, s. 85)

Služby sociální péče jsou zaměřeny na intenzivnější podporu a pomoc lidem a podílejí se na zajištění jejich psychické a fyzické soběstačnosti v co nejméně omezujícím prostředí.

Služby sociální prevence se zaměřují na pomoc osobám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Služby sociální prevence mohou být poskytovány ambulantní, terénní nebo pobytovou formou v zařízeních sociálních služeb. Mezi služby sociální prevence patří i **služby následné péče**.

Služby následné péče řeší problematiku lidí zasažených chronickou duševní chorobou nebo jinou závislostí a napomáhají jejich návratu do běžného života po ukončení léčby. Také se zaměřují na prevenci relapsu v souvislosti s jejich onemocněním. (Vondrka, 2008)

2.2 Vybrané intervence sociální práce s osobami s poruchou příjmu potravy

V souvislosti s poruchou příjmu potravy lze při práci s klientem využívat následující intervence: sociální práci s jednotlivcem, skupinovou sociální práci a sociální práci s rodinou. Konkrétní volba intervence se odvíjí od sociálního a rodinného zázemí klienta. Následně také od dalších informací, které poskytne klient sociálnímu pracovníkovi v rámci rozhovoru. (Kuzníková, 2011) Pro rozhovor sociálního pracovníka s klientem „*je stejně důležité jak umění hovořit, tak umění naslouchat*“: (Kuzníková, 2011, s. 66)

2.2.1 Sociální práce s jednotlivcem

Individuální práce zaměřená na jednotlivce je v oblasti sociální práce nezastupitelným a často využívaným přístupem. (Kuzníková, 2011) Sociální pracovník má možnost podílet se na řešení sociálně nepříznivé situace klienta. Je přitom velmi důležité myslet na zachování jedinečnosti každé osobnosti a také citlivě vnímat, že každý jednatel je schopen rozhodovat o svých záležitostech sám. (Havránková, 2003) Sociální pracovník musí zastávat určité postoje a zásady, jako například zachování důvěrnosti ve vztahu ke klientovi a nehodnotící postoj. Sociální pracovník musí ke každému klientovi přistupovat individuálně a vytvořit klientovi bezpečné prostředí na vyjadřování svých pocitů, na které by měl umět adekvátním způsobem reagovat. (Navrátil, 2001) Je důležité vést klienta k samostatnosti, dodávat mu odvalu při řešení jeho problémů a poskytnout mu jiný úhel pohledu při řešení jeho situace. (Havránková, 2003)

2.2.2 Skupinová sociální práce

Termín skupinová sociální práce je „*obecný výraz k pojmenování různých typů profesionální práce se skupinami lidí*“: (Chytil a Mahrová, 2008, s. 22) Skupinová sociální práce má mnoho možností využití. V sociální práci lze uplatnit následující orientace práce se skupinou: skupinovou sociální práci, skupinovou terapii a sociální práci se skupinami. Matoušek (2003) je toho názoru, že zvláštní pozornost si zasluhují psychoterapeutické skupiny, a považuje skupinovou psychoterapii za metodologickou základnu sociální skupinové práce. Matoušek (2003, s. 157)

uvádí, že „sociální práce přebírá mnoho teoretických východisek, metod a technik z psychologie a psychoterapie, ale zároveň tyto obory obohacuje o své zkušenosti a zvláštnosti. Pokud je vnitřní konflikt vpředen do sociálního kontextu, pokud je člověk lapen do sítě bezradnosti a bezmoci ve vztahu nebo vztazích, skupinová terapie je tou nejvhodnější cestou k sobě i k druhým“.

Kuzníková (2008, s. 87) je toho názoru, že „jednotlivé skupinové aktivity vedou k lepšímu pochopení situace“ a sdílení ve skupině je pro každého člena skupiny přínosné, úlevné a posilující. Především v případě, když je na svoji situaci sám. Skupina je prostor pro výměnu zkušeností, názorů a myšlenek při řešení problémů. (Matoušek, 2003) Pro řadu klientů je skupinová práce přínosnější než individuální sociální práce. Jedním z důvodů je, že nabízí nedirektivní atmosféru a možnost absolvování modelových situací. Dalším pozitivem, které přináší působení ve skupině, je vzájemné poskytování zpětné vazby od členů skupiny.

Předpoklady sociálního pracovníka pro sociální práci se skupinami se odvíjí od účelu skupiny. Zejména pro práci se skupinovými metodami a určitou cílovou skupinou je žádoucí, aby sociální pracovník absolvoval „sebezkušenostní výcvik“ a měl možnost pracovat se skupinou ve dvojici. (Kuzníková, 2008)

2.2.3 Sociální práce s rodinou a rodinné terapie

Dle Matouška (2016) lze na rodinu nahlížet prostřednictvím užšího i širšího pojetí. Užší, tradičnější pojetí rodinu popisuje jako model, kde jednotliví členové rodiny jsou spojeni poutem „pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (snátek, adopce)“. Dle širšího pojetí lze za rodinu považovat i skupinu lidí, která se jako rodina „deklaruje na základě vzájemné náklonnosti“. (Matoušek, 2016, s. 177–178) V souvislosti s fungováním rodiny se sociální pracovník zaměřuje na vyhodnocení základních funkcí rodiny. Rodina by měla plnit ekonomickou, biologickou, výchovnou a emocionální funkci. Při sociální práci s rodinou se sociální pracovník zaměřuje na práci s celou rodinou anebo pracuje s její částí, například s jedním rodičem a dítětem. (Chrenková, 2011) Velmi významné jsou intervence sociální práce v souvislosti s dětmi a dospívajícími. (Kuzníková, 2011)

Sociální práce s rodinou působí v našich podmínkách jako samostatná disciplína. Základy a některé techniky přebrala sociální práce s rodinou z rodinné terapie. (Chrenková, 2011) Dle názoru Matouška (2016, s. 178) je rodinná terapie

„zaměřená na způsob interakce v rodině, v některých případech i na očekávání a motivy členů rodiny. Cílem rodinné terapie je obvykle dosáhnout jasného komunikování, jasné definice rolí jednotlivců a jejich odpovědnosti a jasných hranic mezi jednotlivci.“ Rodinná terapie může být dále zaměřená na „dosažení náhledu na potřeby jednotlivých členů rodiny, zvýšení empatie a ohledů“. (Matoušek, 2016, s. 179) Pro terapeutickou práci s rodinou je potřeba využívat činnosti spojené s výkonem profese terapeuta. (Chrenková, 2011)

Sociální pracovník v průběhu své praxe řeší nejrůznější problémy rodin. Při práci s rodinou by měl sociální pracovník kromě zásad jako empatie, vstřícnost, opravdovost atd. uplatňovat také neutralitu – nestrannost. Je to profesionální postoj, který vede k „respektujícímu, nedirektivnímu a nehodnotícímu přístupu“. (Chrenková, 2011, s. 76)

2.3 Služby následné péče v souvislosti s poruchou příjmu potravy

Léčba a uzdravování osob s poruchou příjmu potravy je obvykle dlouhodobější záležitost. Naše praxe ukazuje, že čím déle nemoc trvá, tím delší je uzdravování. Pro efektivní léčbu je žádoucí zapojení odborné pomoci z oblasti zdravotní, psychoterapeutické, sociální a nutričněterapeutické. Zdravotnická péče v rámci hospitalizace se zaměřuje především na akutní léčbu osob s poruchou příjmu potravy a může trvat několik týdnů až měsíců. Smyslem této léčby je zejména stabilizace osoby s poruchou příjmu potravy po stránce zdravotní. Po hospitalizaci obvykle následuje odborná ambulantní péče a je nutné zaměřit se na psychickou stabilizaci osoby s poruchou příjmu potravy. Dlouhé roky následné péči o osoby s poruchou příjmu potravy chybělo zapojení sociálních služeb, které by navazovaly na hospitalizaci a jejichž smyslem je pomoci osobám s poruchou příjmu potravy k návratu do běžného života, v němž dokáží plnohodnotně a co nejvíce samostatně fungovat. Tuto chybějící sociální službu doplnilo právě Centrum Anabell, které v roce 2018 zahájilo realizaci projektu „Služby následné péče v Anabell“ pro osoby s poruchou příjmu potravy. Tato sociální služba je pro danou cílovou skupinu jediná svého druhu v České republice.

Na realizaci služby se podílejí sociální pracovníce, psychologka a pracovníce v sociálních službách. Základem pro terapeutickou práci psychologky i sociální

pracovnice je terapeutický vztah s klientem. Pomocí definování jednotlivých kroků a kontinuální práce na nich, se klienti dopracovávají k naplnění vlastních cílů, které si na začátku spolupráce stanovili.

Služby následné péče jsou realizovány prostřednictvím **individuálních, skupinových a rodinných intervencí**, které lze vzájemně kombinovat. V našich službách poskytujeme **individuální konzultace** s psychologkou nebo sociální pracovnící nebo s oběma zároveň. Na základě přítomnosti psychologky se jedná o psychologickou konzultaci, sociální pracovníce vede s klienty socioterapeutickou konzultaci nebo při přítomnosti obou pracovníků se jedná o jejich kombinaci. Obě pracovníce jsou zároveň oprávněny vykonávat terapii ve své odbornosti.

Práci se skupinou klientů vede taktéž psychologka nebo sociální pracovníce nebo obě současně dle aktuálního programu skupinové práce. Ta je realizována jako otevřená či uzavřená terapeutická skupina. Na **otevřené terapeutické skupině** se obvykle nesetkává stálý okruh klientů. Probíhá formou psychosociální edukace klientů a jejich blízkých nebo také formou tematických workshopů využívajících práci s terapeutickými kartami, arteterapeutické, relaxační a imaginativní techniky. **Uzavřená terapeutická skupina** je určena pro stálý okruh klientů, kteří mají možnost se potkávat v průběhu určitého období; při práci s klienty jsou využívány různé druhy terapeutických přístupů, např. arteterapie, biblioterapie, tanečně pohybové terapie, muzikoterapie.

Každý klient může využít také **rodinnou terapii**, kam může přijít se svými rodiči, sourozenci, partnerem nebo dětmi.

Ve Službách následné péče v Anabell se zaměřujeme na několik oblastí práce s klienty, které jsou důležité pro jejich znovuzачlenění do společnosti. Prvním pilířem naší služby je **prevence relapsu** klientů. Hledáme s klienty spouštěče vedoucí ke znovupropuknutí jejich nemoci nebo ke zhoršení jejich fyzického a duševního stavu. Po jejich nalezení společně pracujeme na tom, aby klienti dokázali identifikované spouštěče včas rozpoznat. Na základě toho pak společně pracujeme na vytvoření funkčních zvládacích strategií, které klienty podrží, pokud jsou znovu vystaveni spouštěči. Hledáme s klienty jejich zdroje, ať už to jsou jejich blízcí lidé, organizace nebo činnosti, o které se mohou ve vypjatých

chvilích opřít. Otvíráme pro klienty bezpečný prostor, kde mohou sdílet svoje potíže a obavy, nabízíme náhled na jejich situaci, pomáháme jim udržet naději ve zlepšení jejich situace a podporujeme klienty v jejich motivaci k uzdravení.

Další oblastí spolupráce je **rozvíjení a udržení osobních, sociálních a pracovních schopností a dovedností klientů**. Využíváme širokou paletu (sociálně) terapeutických aktivit k posílení schopností a dovedností klientů. Dodáváme klientům odvalu pustit se do řešení svých problémů, pomáháme jim rozvíjet samostatnost a soběstačnost. Vedeme klienty k hlubšímu sebepoznání, rozpoznání vlastních silných a slabých stránek a následně k využití této znalosti v životě. Učíme klienty nehodnotit sebe ani ostatní, ale umět sebe i ostatní ocenit. Pomáháme klientům rozvíjet jejich komunikační dovednosti s důrazem na otevřené sdílení svých myšlenek a pocitů.

Třetí oblastí práce s klienty je **nácvik sebepěče**, kterému se věnujeme v oblastech stravování, oblékání a nakupování. Do této oblasti spadají také každodenní či pracovní návyky, které jsou důležité pro běžný život každého člověka. Nejčastěji se s klienty zaměřujeme na obnovu a rozšíření jejich jídelníčku, pracujeme s jejich strachy ze stravování a motivujeme klienty k využívání služeb nutričního terapeuta. Dále jim pomáháme s rozvrhnutím harmonogramu dne tak, aby v něm našli čas pro stravování a dokázali vyvážit aktivní činnosti, včetně práce, studia, sportu s odpočinkem. Pracujeme s klienty na tom, aby si dokázali obnovit vhodné životní návyky. V případě potřeby klientů s nimi nacvičujeme a přehráváme náročné situace z jejich života a věnujeme se také nácviku kratších i delších relaxačních technik, které pak klienti zařazují do svého života.

Klienti nás sami aktivně vyhledávají anebo do Služeb následné péče přicházejí na doporučení jiných odborníků. Blízkou spoluprací máme navázanou s Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno, kam pravidelně docházíme a informujeme hospitalizované osoby o možnosti využití Služeb následné péče. Při péči o naše klienty také spolupracujeme s dalšími odborníky, např. s lékaři, psychiatry, nutričními terapeuty, psychology, s třídními učiteli. Tuto spolupráci hodnotíme velice pozitivně, neboť se pozitivně zobrazuje na kvalitě života našich klientů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST



3. KAZUISTIKY

V této kapitole předkládáme čtyři kazuistiky našich klientek, které využívaly Služeb následné péče v průběhu tří let. Součástí každé kazuistiky je přehled oblastí fungování člověka, na kterých klientka v průběhu naší spolupráce pracovala a ve kterých došlo ke změnám v životě klientky.

S ohledem na ochranu našich klientek jsou jejich jména v kazuistikách změněna. Pro sepsání kazuistik nám klientky poskytly souhlas se zpracováním osobních údajů, dále souhlasily s písemným zněním kazuistik a s uveřejněním jejich příběhu v této publikaci.

3.1 Kazuistika č. 1 – Vanda, 16 let



Vandiny potíže začaly po jejích 14. narozeninách, kdy byla v osmé třídě. Ve škole měla Vanda problémy se spolužáky a byla ve své třídě slovně šikanovaná. Posměšky od spolužáků špatně nesla a začala se omezovat na jídle, navíc se jí objevily hlasy nabádající k tomu, aby si ublížila. Rodiče začali s Vandou docházet do služby Odborného sociálního poradenství v Anabell a současně Vandě zajistili individuální terapii u soukromé psycholožky. Po půl roce byla Vanda přesto hospitalizovaná na dětském psychiatrickém oddělení. Byla jí diagnostikována mentální anorexie. Hospitalizace jí pomohla přibrat a několik měsíců byla stabilizovaná. Před 15. narozeninami opět začala hubnout. Vanda se stala naší klientkou záhy po svých 15. narozeninách.

Osobní anamnéza

Vanda bývala aktivní a veselé dítě. Hrávala na kytaru, zpívala ve sboru a navštěvovala hasičský kroužek. V průběhu onemocnění mentální anorexií Vanda ztratila energii i chuť se svým zálibám věnovat a skončila s nimi. Udržela si jen malování, kterým se zkoušela odreagovat. Vanda má velmi vřelý vztah ke zvířatům. Pomáhalo jí v době nemoci povídat si se svým psem, kterému mohla říct cokoli, co potřebovala. Rodiče Vandě po hospitalizaci pořídili králíka, aby jí více psychicky podpořili. Obě zvířata jsou pro ni velkou oporou. Králíkovi se Vanda stále věnuje a v minulosti ho učila například skákat přes překážky. Vanda

popisuje svoje dětství jako pohodové, ráda vzpomíná na společné dovolené s rodinou. Utkvěl jí však v paměti zážitek, kdy se v šesti letech topila v rybníce. Naštěstí byla poblíž její matka a náhodný rybář, kteří okamžitě zasáhli. Měla poté strach z vody, ale tento zážitek již překonala.

Rodinná anamnéza

Vanda je nejstarší dítě svých rodičů, jmenuje se po své matce a má o tři roky mladší sestru. Žije spolu se svými rodiči, sestrou a prarodiči v generačním domě na vesnici. Otec pracuje jako vedoucí zdravotnického oddělení a matka je zdravotní sestra v ambulanci.

V rodině spolu před onemocněním Vandy běžně fungovali, rodiče Vandu nikdy příliš nekritizovali, ani na ni neměli přehnané nároky. Vždy ji podporovali v jejích přáních a vedli ji k tomu, ať jde za svým srdcem. V období puberty se jejich vztahy zostřily vzhledem k tomuto vývojovému období. V době onemocnění se jejich vztahy výrazně změnily. Rodiče se s Vandou často hádali kvůli jejímu stravování, nutili ji jíst, což byl i jediný způsob, jak ji přimět více jíst, a jejich komunikace byla „*na ostří nože*“. Oba rodiče se vždy angažovali ve Vandině léčbě, docházeli s ní na rodinná sezení i k psychiatričce. Otec byl tím přísným a direktivním rodičem, který Vandu více hlídal, matka byla citlivější a pod vlivem emocí Vandě někdy ustoupila. Později po relapsu anorexie otec Vandu povzbudil k tomu, aby začala využívat podporu individuální terapie u nás ve Službách následné péče v Anabell, kam začala docházet.

Se sestrou měla Vanda vždy velmi pěkný vztah, vzájemně se podporují, občas se sestersky pošouchují, a když jsou delší dobu bez sebe, tak se jim stýská. Vandina nemoc je ještě více stmelila. To stejné vnímá dnes Vanda i ve vztahu ke svým rodičům, nemoc je vrátila k sobě a vzájemně podpoře.

V rodině nikdo jiný potíže s poruchami příjmu potravy neměl, ani nedržel diety. Jídlo bylo v rodině vnímáno jako nezbytná součást života a mají k němu pozitivní vztah. Před onemocněním se rodina stravovala většinou odděleně, ale po návratu Vandy z nemocnice se to změnilo. Všichni začali jíst společně a udrželi si to dodnes. Vanda to zpětně hodnotí velmi pozitivně a dnes jí společné stravování vyhovuje.

Průběh onemocnění

Počátek potíží Vanda zasazuje do školního prostředí. Ve třídě měla velké potíže se svými spolužáky, kteří se jí smáli kvůli její postavě, ačkoliv měla normální váhu. Bylo pro ni, jak sama uvádí, „strašné“ to snášet. Kromě posměšků o ní spolužáci nechávali kolovat také pomluvy. Kvůli tomu nejezdila na školní výlety. Svým dílem přispěli k trápení Vandy i starší kluci, kteří ji po internetu obtěžovali. K tomu se ještě přidalo rozhádání s kamarádkou a ztráta přátelství. Do urovnání některých konfliktů s vrstevníky se musel vložit i otec. Vanda se cítila velmi osamělá a zrazená. Svoji samotu začala řešit nejezením. Postupně začala ubírat na jídle, jídlo vyhazovala, soustředila se na to, aby získala štíhlou postavu. K tomu si pomáhala častým cvičením a častým vážením. Kromě toho se jí v hlavě začaly ozývat hlasy. Za začátku je vítala, chtěla, aby ji dohnaly ke štíhlosti. Později jí začaly nabádat k sebepoškození a párkrát se poškrábala nůžkami. Následně jí hlasy vnukly sebevražedné myšlenky. Eskalovalo to v den, kdy si chtěla cestou do školy něco udělat, zavolala to tátovi, a ten s ní jel okamžitě na krizové oddělení na psychiatrii, kde zůstala na hospitalizaci.

Hospitalizaci velice špatně snášela. Kolektiv dětí s odlišnými duševními potížemi jí byl velmi nepříjemný. Stýskalo se jí po rodině. Začala proto velmi rychle hodně jíst, aby se brzy dostala domů. Byla tam zhruba dva týdny. Doma se její stav dále zlepšil a vydrželo to zhruba 3–4 měsíce.

Ve škole mezitím Vanda vystoupila před třídou a přiznala jim, že má mentální anorexii. Odvážně mluvila také o tom, jak k tomu přispěla šikana jejích spolužáků. Na její spolužáky to velice emočně zapůsobilo, mnoho z nich plakalo a byli z toho smutní. Důvěru v ně to ale Vandě nevrátilo. Brzy poté došlo k uzavření denní výuky ve školách kvůli pandemii koronaviru a výuka probíhala dále online. Za to byla Vanda ráda, protože nechtěla se spolužáky trávit čas. Do konce docházky deváté třídy se do školy již nevrátila a byla za to velmi ráda.

K nám se Vanda dostala na jaře několik měsíců po hospitalizaci, kdy se její stav opět zhoršil. Strach z vlastních narozenin a narozeninové oslavy, která se měla pořádat, v ní znovu vzbudil obrovský strach z jídla, které by měla potenciálně sníst. Začala znovu hubnout, odmítat jídlo, obnovily se hlasy ve vyšší intenzitě. Nemohla si v té době dovolit něco sníst, neměla se ráda, samu sebe vi-

děla jako tlustou s potřebou hubnout a cítila velmi negativní emoce. Její duševní stav provázely myšlenky spojené s tím, že ji nikdo nemá rád, nikoho si v životě nenajde, nebude nikdy žít úspěšný život. Anorexie jí alespoň ze začátku dávala pocity radosti z toho, že něco dokázala tím, že zhubla. Jinak se vnímala jako bezcenná a „škaradá ježibaba“.

S Vandou jsme navázaly intenzivní spolupráci a každý týden docházela na terapii. Zpočátku šlo v terapii hlavně o to, aby Vanda získala motivaci zbavit se nemoci. Bylo pro ni velmi těžké vzdorovat svým hlasům, které jí přikazovaly nejíst. Vandě hrozila hospitalizace kvůli nízké hmotnosti. Protože ale nechtěla znovu do nemocnice a měla z toho obrovský strach, zafungovalo to úspěšně jako negativní motivace. Zároveň docházela ambulantně k psychiatrice; ta se jí velice věnovala a nastavila jí medikaci, která jí sedla, a hlasy postupně během několika měsíců utichaly. Rodiče dostali od psychiatričky také jasné instrukce, jak svoji dceru podpořit, jak se k ní chovat, co po ní vyžadovat, a to zejména co se týče stravování.

Nakonec se Vanda rozhodla, že si chce nechat pomoci. Sama říká, že „*se zapřela a pracovala na sobě*“. Čím lépe se Vandě dařilo stravovat, tím hlouběji a intenzivněji se mohla ponořit do terapie. Přinášela do terapie bolestivé vzpomínky, které bylo nutno ošetřit. Potřebovala se věnovat ventilaci svých negativních myšlenek, které se týkaly její osoby a jídla. Učila se rozeznávat našeptávající hlas anorexie od svého vlastního vnitřního monologu. Zároveň potrebovala povzbuzovat k dalším krokům a utvrzovat v tom, že jíst je správné a důležité. Věnovaly jsme se bourání starých nevhodných návyků a budování návyků nových vedoucích ke zdraví. Mnoho času jsme věnovaly aktivitám zaměřeným na podporu a rozvoj vztahu k sobě sama. Vanda se chtěla naučit mít se zase ráda, odnaučit se nesnášet a kritizovat svoje tělo. Posilovaly jsme ve Vandě pocit vlastní hodnoty a budovaly sebevědomí. Také jsme se věnovaly rozebírání krizových situací, které mohou nastat, a jak by je Vanda mohla řešit. V neposlední řadě jsme se věnovaly udržování a posilování vztahů v rodině, zejména s jejími rodiči.

Po několika týdnech až měsících intenzivní práce se začaly dostavovat první výsledky. Vandě se dařilo pomalu nabírat ztracenou hmotnost. Zvládla postup-

ně rozšiřovat jídelníček o další potraviny, o měsíce později přidala již i dříve zakázané potraviny. Vandě se začala vracet energie a postupně začala trávit i více času venku, aniž by ji to nesmírně vyčerpalo. Zvládla udělat přijímačky na svoji vysněnou střední školu ve zdravotnickém oboru a byla přijata ke studiu. Postupně se měnil i její vztah k ní samotné, vnímala se pozitivněji a učila se oceňovat za to, co se jí podařilo. Velmi výrazně se zlepšily její vztahy s rodiči. Přestali se hádat, začali spolu více mluvit a prohloubila se jejich důvěrná komunikace. Vanda se jim chodila svěřovat se svými myšlenkami a pocity, když si s nimi nevěděla rady, a nacházela u nich oporu.

Po půl roce spolupráce jsme mohly zvolnit intenzitu terapie z jednou týdně na jednou za dva týdny. Díky medikaci se podařilo utlumit Vandiny hlasy. Navíc se Vanda sama naučila s nimi pracovat. Zvládá je pomocí svých vlastních technik odehnat z hlavy. Například si vizualizuje, jak její negativní myšlenky z hlavy odcházejí. Po tři čtvrtě roce spolupráce Vanda stále dochází a prohlubuje naučené dovednosti, věnujeme se prevenci relapsu a posilování pozitivního vztahu k sobě. Vanda také nadále dochází k psychiatrice a užívá medikaci. Její současný stav považujeme my i Vanda sama za stabilizovaný.

Jak se na onemocnění dívá Vanda s odstupem času?

Vanda si uvědomuje, že je z toho nejhoršího venku. Velmi nerada na období nemoci vzpomíná. Je pro ni nepříjemné se k tomu vracet a vzpomínat na to, jak vypadala. Nyní říká, že kdyby tehdy věděla, jak se to bude celé vyvíjet, snažila by se zabránit tomu, aby se u ní anorexie rozvinula. Prožití anorexie považuje samo o sobě za traumatizující. Nejhorší pro ni bylo bojovat s hlasy. V průběhu léčení přišel moment, kdy už ji ty hlasy nebavily a chtěla se jich konečně zbavit. Vzhledem k jejich intenzitě považuje za zázrak, že se jí to podařilo.

Nemoc jí vzala spoustu kamarádů, sebelásku, sebejistotu, sebevědomí, skoro ztratila sebe sama. Dokáže ale s odstupem vidět i to, co jí nemoc dala. Během léčby se stmelila její rodina a táhli spolu za jeden provaz. Oceňuje, že jim doma vydrželo společné stolování. Naučila samu sebe podpořit v těžkých chvílích, naučila se si věřit. Nyní ví, že má tuhý kořínek, a říká, že „zvládla tohle, zvládne všechno“. Věří tomu, že ať je člověk jakýkoliv, musí se mít rád. Dokáže si nyní

vážit toho, že chodí, že vnímá všemi smysly, a je to pro ni, jako by začala znovu žít. Dneska se vůbec neváží a váhu si zásadně nehlídá. Má ještě obavy, že by jí to mohlo ublížit. Nehlídá si ani to, co jí, a dodává, že jí s radostí.

Jak se vidí Vanda dnes?

Vanda vidí samu sebe jako tolerantnější než ostatní a váží si toho na sobě. Obecně si více váží sebe sama. Má se nyní více ráda. Vybuodovala si sebelásku a dál ji v sobě prohlubuje. Svými slovy dodává: „*Jsem na světě proto, abych dávala lásku.*“ Je si vědoma, že toho v průběhu léčby hodně dokázala. Naučila se sama sebe povzbudit a uvolnit si hlavu od negativních myšlenek.

Vanda ví, že na sobě musí i tak dál pracovat. Posilovat i nadále sebelásku, sebejistotu, podporovat se, nebýt negativní a naučit se přemýšlet pozitivně.

Dneska má za sebou již první pololetí prvního ročníku střední zdravotnické školy, kde je velice spokojená. Ve třídě má hodně kamarádek a cítí se tam dobře, přijímaná. Přála by si po střední škole pokračovat na vyšší odbornou školu se zaměřením na práci s dětmi, aby mohla pracovat jako dětská zdravotní sestra.

Když se Vanda dívá do budoucnosti, myslí na to, že si přeje pomáhat druhým lidem, včetně vlastních rodičů. Těší se také na to, až bude jednou vychovávat svoje děti.

Oblasti sociálního začlenění člověka	Nenaplněné potřeby před zahájením poskytování služby	Naplnění potřeb během poskytování služby
Bydlení, rodina a domácnost	Klientka měla narušené vztahy k rodičům, často docházelo k neshodám především kvůli jídlu, zažívali potíže v komunikaci. Klientka byla odtažitá ve vztahu k prarodičům.	Klientka obnovila pozitivní a také důvěrný vztah k rodičům, znovu se jim svěřuje se svými pocity a myšlenkami. Je ochotná přijmout jejich pomoc a rodiče se aktivně podílejí na řadě oblastí vedoucích k uzdravení klientky. Klientka opět s radostí navštěvuje svoje prarodiče.

<p>Společenský život a uplatnění ve společnosti</p>	<p>Klientka byla šikanována v třídním kolektivu na základní škole. Klientka měla narušené vztahy s vrstevníky a izolovala se od nich.</p> <p>Klientka ztratila zájem o svoje záliby a trávila volný čas nadměrnou fyzickou aktivitou.</p>	<p>S nástupem na střední školu se klientka zapojila do třídního kolektivu a navazuje přátelské vztahy s vrstevníky ve třídním kolektivu i mimo něj.</p> <p>Klientka se vrátila k některým zálibám z období před propuknutím nemoci a projevuje zájem o nové záliby.</p>
<p>Vztahy s druhými, respekt a komunikace</p>	<p>Klientka měla narušený vztah k sobě sama a narušený sebeobraz, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení provázené negativním vnitřním monologem.</p>	<p>Klientka začala na sebe nahlížet pozitivně a začala k sobě pociťovat sebelásku. Posílila svoji sebedůvěru a zformovala si pozitivní sebehodnocení doprovázené pozitivním vnitřním monologem. Umí se sama pochválit, povzbudit se a laskavě k sobě promlouvat.</p>
<p>Zdraví a bezpečí, dostupnost služeb</p>	<p>Klientka byla psychicky nestabilní, měla závažné duševní problémy a pociťovala zvýšenou fyzickou únavu a slabost, nedokázala jít na krátkou procházku. Klientka si nastavila přísné restriktce ve stravování.</p>	<p>Klientčin duševní stav se výrazně zlepšil díky užívání psychiatrické medikace a intenzivní terapii spolu s nastavením vhodného stravování.</p> <p>Klientce se obnovilo zdraví a vrátila se jí fyzická síla. Oproti dřívějšímu klientka zvládne jít ven bez rychlého unavení.</p>
<p>Rozhodování, práva, oprávněné zájmy, finanční situace</p>	<p>V této oblasti klientka nepotřebovala pracovat na změnách.</p>	

Zdroj: Centrum Anabell, z. ú.



3.2 Kazuistika č. 2 – Eva, 16 let

Eva měla od malička ráda jídlo a slýchávala od rodiny, aby se v jídle hlídala, nebo bude mít vyšší váhu. Její dívčí tělo začalo dospívat v ženské dříve než u jejích spolužaček a její vyspělost se stala terčem posměchu spolužáků. Eva se sebou nebyla spokojená, přikládala to za vinu svému tělu, a v šesté třídě přestala jíst. Rozhodla se, že bude dle svých slov „*raději nemocná, než tlustá*“. Během následujících let byla třikrát hospitalizována kvůli mentální anorexii. V procesu zbavování se nemoci docházela Eva i s rodiči a sourozenci na rodinnou terapii. Po svých 15. narozeninách se stala naší klientkou. Zpočátku využívala možnosti skupinové terapie s dalšími klienty, ale později přešla na individuální způsob spolupráce.

Osobní anamnéza

Eva je velmi kreativní dívka. Věnuje se hudbě, zpěvu, kreslení, ráda čte v žánru fantasy a sci-fi, baví ji jóga a běh a má vřelý vztah ke zvířatům. K odregování jí pomáhají knížky a seriály. Samu sebe považuje za veselou, vtipnou a horlivou – má totiž ráda, když je všechno hned. Dokáže být ale i vytrvalá. K lidem je milá, ačkoliv umí být i výbušná, je hrdá, ale umí se omluvit. Ráda tráví čas sama, a pokud je v kolektivu, tak jí vadí, pokud je přehlížena. Zmiňuje, že „*má potřebu být druhými uznána*“. Dříve se považovala spíše za introvertní, neměla ve škole moc kamarádů i vlivem nemoci. Nyní na střední škole se zapojila do kolektivu a má v něm kamarády, je velmi komunikativní a uvědomuje si, že k udržení kamarádů přispívá to, že je nyní zdravá.

Rodinná anamnéza

Eva v současné době žije s matkou a svými třemi sourozenci. Její rodiče se rozvedli, když jí bylo 14 let. Nějakou dobu předtím již žili odděleně, ale otec se k rodině dvakrát vrátil. Napoprvé kvůli zdravotnímu stavu Evy, napodruhé kvůli všem dětem, protože matka na ně byla sama a bylo to pro ni náročné. Rodina se však nakonec rozpadla, když se otec úplně odstěhoval. Od té doby vídají Eva a její sourozenci svého otce jednou za 14 dní. První ze čtyř dětí je osmnáctiletý

Jindra, po něm šestnáctiletá Eva, dvanáctiletý Ondra a nakonec osmiletá Miša. Matka pracuje ve zdravotnictví, kde tráví hodně času, a Eva ji popisuje jako velmi svědomitou a pracující nad rámec svých povinností. Otec pracuje jako obchodní manažer.

Eva říká, že její vztah k rodičům je proměnlivý. Někdy si rozumí s jedním a pak s druhým. K matce pociťuje větší úctu, obdiv za péči o rodinu a také vděk za podporu v době, kdy se léčila z anorexie. Otce vnímá jako svůj názorový vzor, ačkoli se od něj někdy odkloní. Někdy ho vidí jako přísného. Eva nevnímá, že by na ni rodiče měli příliš vysoké nároky. Pouze v učení ji vedli k tomu, aby měla dobré známky. Pokud Eva donese domů horší známku, matka po ní vyžaduje, aby se učivo doučila a neměla v něm mezery.

Vztahy se sourozenci Eva popisuje jako na houpačce. Vzájemně na sebe někdy žárlí, pociťují mezi sebou sourozeneckou rivalitu. Tak jak je Eva přísná na sebe, je přísná i na svoje sourozence. Horší období se ale střídají s těmi lepšími, kdy je spolu sourozencům dobře. Eva říká, že nejkomplicovanější vztah má se svojí nejmladší sestrou.

Když byla Eva malá, tak byla dle svých slov „*trochu oplácaná*“ a matka jí říkala, že „*by měla cvičit a jíst zdravěji, aby neskončila tlustá jako tátova část rodiny*“. Pro Evu bylo velice nepříjemné takové věci slyšet. Ze strany otce nevnímala kritiku. Ta přišla až v období uzdravování z anorexie, kdy kritizoval Evin výběr jídla. Po překonání anorexie si Eva uvědomila, že ji rodiče přestali kritizovat.

Co si Eva pamatuje, tak doma stolovali společně jen když byla malá, ale i tak s nimi nejedla mamka. Dnes jí každý člen rodiny sám. Eva to popisuje tak, že každý má nachystanou svoji porci hlavního jídla na talíři, ale sní si ji, kdy sám chce. Její sourozenci mají k jídlu vřelý vztah, jídlo jim chutná, stejně jako Evě, její nejstarší bratr se přejídá. Matka drží přísnou zdravotní dietu kvůli svým zdravotním potížím. Podle Evy měla matka problémy se stravováním již v mládí. V současné době Eva pozoruje, že matka vstává v brzkých ranních hodinách a následně cvičí. V průběhu dne bývá často unavená.

V závěru Eva dodává, že vnímá své rané dětství jako dobré, věnovala se svým zálibám, chodila na kroužky, měla kamarády.

Průběh onemocnění

Eva si vzpomíná, že už od páté třídy jí rodiče říkali, ať se hlídá v jídle.

V těchto letech již byla fyzicky vyspělá, dostavila se u ní menstruace a její dívčí tělo se proměňovalo v ženské, jak říká „*narostly mi prsa a zadek*“. Děti se jí za to smály. Nebyla se sebou spokojená a chtěla zhubnout. Začala si hlídat váhu a cvičit. Zpětně si Eva uvědomuje, že v šesté třídě na lyžařském výcviku začala odmítat jídlo, protože tam tehdy vnímala, že vaří velmi nezdravě. Začala vynechávat jídla, stravovala se z vlastních zásob. Během lyžařského výcviku zhubla 2–3 kg. Po návratu z lyžáku pokračovala ve vynechávání jídel. Nejprve redukovala svačiny a později přestala chodit i na školní obědy. Jídlo také vyhazovala. V důsledku nevhodného stravování ji často páčila žába. Úlevu ji přinášely léky a výživové doplňky, které začala užívat v nadměrném množství, což vedlo k průjmům a dalšímu úbytku hmotnosti.

Za zhubnutí se jí dostávalo od okolí ocenění. Eva však časem zhubla natolik, že ji kamarádi upozorňovali, že je již hubená moc. To se jí nelíbilo a začala se jím vyhýbat.

Eva si zpětně uvědomuje, že v té době byla hodně přecitlivělá, smutná a často plakala. Bývala velmi unavená. Cítila v sobě „*prázdnou jako schránka bez náplně*“. Prožívala jen krátkodobou radost, a to z úspěchu spojenou s tím, že se jí daří zhubnout, ale zároveň na sebe měla stále vztek, že je pořád tlustá.

Nevhodné a nedostatečné stravování i pitný režim se začal postupně odrážet nejenom na jejím psychickém rozpoložení, ale také na jejím zdraví. Eva v té době trpěla zácpou, bolestmi kolenních kloubů, zhoršila se jí pleť, kvalita vlasů i nehtů. Později kvůli zdravotním problémům absolvovala také kardiologické vyšetření.

Zhruba po 2–3 měsících od počátku změny Eviných návyků si toho všimli rodiče. Více se na ni zaměřili a společně s praktickou lékařkou pro děti a dorost ji sledovali. Otec ji například v noci přistihl, jak cvičí. Kromě cvičení se snažila redukovat váhu tím, že si nesedala a pořád pochodovala po bytě. Po osmi měsících od lyžáku se její zdravotní stav natolik zhoršil, že byla hospitalizována na čtvrt roku v Motole. Eva vnímala hospitalizaci rozporuplně. Konstatovala, že tam okoukala některé praktiky, které by jí nenapadly. Od jiných dívek se tam

naučila zvracet a po návratu domů z Motola začala zvracet jídlo i doma. Potíže se stravováním přetrvávaly. Po roce byla nutná další hospitalizace, tentokrát v Havlíčkově Brodě. I po této hospitalizaci doma občasně zvracela a dosažené změny ve stravování i návycích nebyly trvalé.

Zhruba rok po druhé hospitalizaci začala docházet do naší služby nejprve na skupinová sezení, později na individuální. Předtím docházela Eva s celou rodinou na rodinnou terapii, ale ukázalo se jako důležité, aby dostala prostor i sama pro sebe. Ve skupinových sezeních se Eva projevovala velice přátelsky a komunikativně, bavilo ji společné sdílení s dalšími klienty. V individuální práci dostala konečně dostatek prostoru sama pro sebe, aby se mohla projevit a sdílet naplno svoje myšlenky i pocity. Dostalo se jí plné pozornosti, která jí chyběla. Eva pracovala na svém sebepoznání a rozpoznávání svých kvalit.

Snahu o uzdravování Evy zkomplikovala epidemiologická situace a vyhlášení nouzového stavu v souvislosti s Covid-19. Školy byly uzavřeny a děti i studenti přešli na online výuku. Také naše pobočka byla zavřena a náš kontakt byl přerušen. Nedlouho poté se Evin stav zhoršil natolik, že byla donucena nastoupit na třetí hospitalizaci, opět do Havlíčkova Brodu. Při tomto pobytu dospěla k rozhodnutí, že už se tam nechce vrátit a že se s anorexií musí poprat. Rozhodla se, že začne jíst tak, jak si v nemocnici přejí, a bude se snažit, aby si jídlo užila. Dělal vše pro to, aby přibrala, a mohla jít dříve domů. Dokázala díky tomu postupně akceptovat změny v jídle. Díky svému přístupu byla motivací i pro další hospitalizované dívky a bylo jí příjemné být jim oporou. Mohly v ní nalézat vzor, jak s anorexií bojovat.

Eva vnímala, že pro všechny, a tedy pro hospitalizované dívky s anorexií i pro ni samotnou bylo podpůrné, když některá dívka snědla všechno jídlo. Po návratu z hospitalizace Eva dále docházela do naší služby, kde dostávala podporu k udržení nově nastaveného režimu, prostor ke sdílení obtížných momentů a byla dále podporována k samostatnému řešení nových situací. Nyní Eva dochází pouze na občasná sezení. S většinou situací si umí již sama poradit.

Od poslední hospitalizace si drží získanou váhu. Začala také přiměřeně cvičit a posilovat tak, aby jí to bylo příjemné. Uvědomuje si, že je důležité, aby znovu nehubla. Pořád je pod intenzivním dohledem praktické lékařky pro děti a do-

rost. Eva je se sebou nyní spokojená, má více energie a lepší fyzickou kondici, z čehož má radost. Zaznamenala zlepšení zdravotního stavu v dalších směrech, například v kvalitě vlasů.

Jak se na onemocnění dívá Eva s odstupem času?

Eva si uvědomuje, že se pod vlivem nemoci nezachovala vždycky správně, že některé věci řešila nevhodným způsobem. Nedokázala poznat, co je jí příjemné a co ne, kdo je jejím přítelem. Anorexie také ovlivnila Eviny vztahy s rodinou a příbuznými. Myslí si, že oslabil jejich důvěru k ní, a že se na ni teď dívají jako na tu dívku se zkušeností s anorexií. Eva také vnímá, že nemoc jí vzala kamarády a bezstarostný přístup k jídlu. Dále Eva dodává, že *„jí nemoc vzala chvíle, které mohla prožít, ale neprožila“*.

V průběhu uzdravování Evě podkopávalo nohy, když jí někdo nachytil při podvádění s jídlem a vyhrožoval jí léčebnou, nebo jí říkal, že se dost nesnaží. Nepomáhaly jí ani magazíny a televize, kde se klade velký důraz na štíhlost a ideál krásy. Ubíralo jí na motivaci také to, pokud jí kamarádky vyprávěly o tom, jak samy cvičí nebo se zdravě stravují. Velkou podporou pro ni byla pomoc její matky, podpora a také to, když jí matka nachystala jídlo a Eva nemusela o jídle ani velikosti porce přemýšlet. Zároveň jí pomáhalo, když jí do jídla nikdo nenutil. Dále jí velmi pomohlo mluvení o svých potížích s lidmi, kteří si prošli také poruchou příjmu potravy.

Uvědomuje si ale také to, co jí nemoc dala. Poznala díky ní řadu lidí, ať už odborníků z řad lékařů, psychiatrů a psychologů, tak mnoho lidí hospitalizovaných pro duševní problémy. Ochutnala hodně nových jídel, naučila se víc vařit, dokáže rozeznat svoje limity v jídle a cvičení, a tak již pozná, když je něco špatně. Také se naučila projevovat svoje city. Uvědomila si, že *„život není o přežívání, ale o prožívání“*, a že *„ta nemoc za to nestojí“*.

Jak samu sebe vidí Eva dnes?

Eva dnes cítí, že „je v pohodě“, ale nedovolí si o sobě tvrdit, že se jí anorexie už nikdy nevrátí. Eva začala opět pociťovat dětskou radost ze života, jako měla dříve. Ačkoli je hodně citlivá, a i dnes ji některé věci dokážou rozhodit k pláči, tak se umí uklidnit. Konflikty v sobě spíše dusí a ty někdy vytrysknou ven. Přála by si některé věci tolik neřešit a mávnout nad nimi rukou.

Ke svému tělu si vytvořila pozitivní vztah a je za něho moc ráda, moc se jí líbí. Naučila se svému tělu naslouchat, dokáže už odpočívat i během dne, když je unavená. Umí si užít jídlo a dává si to, co má ráda a na co má chuť. Jídlo si už moc nehlídá. Ochutnává nové věci a v malém množství si dá i knedlíky. Vnímá jídlo jako doplněk, a ne jako smysl života.

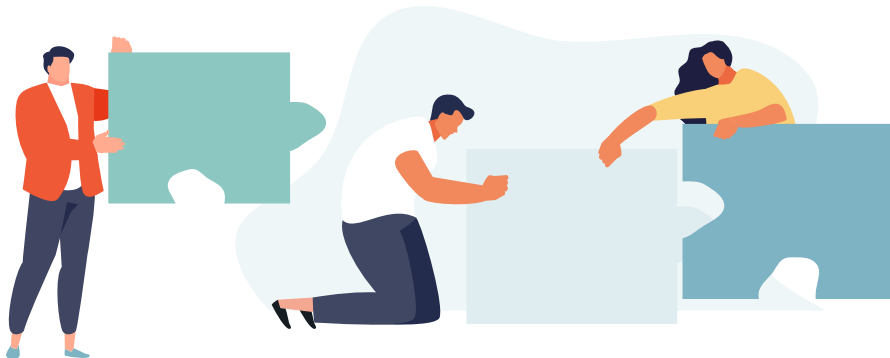
Myslí také na své blízké. Ráda by si upevnila vztahy se svými sourozenci. Přála by si urovnat některé příbuzenské vztahy, které se pokazily v době nemoci, a ještě je neurovnala.

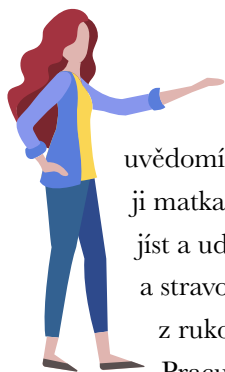
Chce se nyní věnovat věcem, které ji baví. Po střední škole by si přála jít na vysokou školu s humanitním zaměřením. Ráda by učila druhé, zejména motivované žáky, nebo by chtěla pomáhat lidem, například i s poruchami příjmu potravy.

Oblasti sociálního začlenění člověka	Nenaplněné potřeby před zahájením poskytování služby	Naplnění potřeb během poskytování služby
Bydlení, rodina a domácnost	Klientka měla narušené vztahy s rodiči a sourozenci. Měla emocionálně kolísavý vztah k matce i otci. Pociťovala nejistotu ve vztahu k otci. Často se hádala se svými sourozenci.	V průběhu uzdravování došlo k upevňování vazeb s rodiči. Dále dochází k nárůstu pochopení a respektu klientky k matce i otci. Klientka vnímá uznání ze strany otce, které jí chybělo. Snížilo se napětí mezi sourozenci a vzájemné neshody. Klientka lépe vnímá svoji pozici a roli v rodině.

<p>Společenský život a uplatnění ve společnosti</p>	<p>Klientka byla šikanována ve třídním kolektivu na základní škole. Zažívala neuspokojivé vztahy se spolužáky. Stranila se společnosti spolužáků i kamarádů.</p> <p>Klientka trávila volný čas nadměrnou fyzickou aktivitou.</p>	<p>Nástupem na střední školu se zlepšilo klientčino zapojení se do kolektivu. Klientka navazuje přátelské vztahy se spolužáky a s vrstevníky.</p> <p>Klientka více přemýšlí o zdravé míře pohybu v souvislosti s vyváženým stravováním.</p>
<p>Vztahy s druhými, respekt a komunikace</p>	<p>Klientka měla nezdravý vztah k sobě, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení.</p>	<p>Klientka vnímá sama sebe pozitivněji, dokáže ocenit svoje schopnosti a dovednosti, navýšila si sebevědomí a zlepšila svoje sebehodnocení.</p>
<p>Zdraví a bezpečí, dostupnost služeb</p>	<p>Klientka v důsledku nemoci nedokázala poznat bezpečnou hranici v oblasti stravování, přiměřené fyzické zátěže i užívání výživových doplňků.</p>	<p>Klientka normalizovala jídelní návyky. Díky narůstajícímu pozitivnímu přístupu k novým potravinám si rozšířila jídelníček a nové potraviny s radostí testuje. Lépe dokáže rozeznat a udržet hranici přiměřené fyzické zátěže.</p>
<p>Rozhodování, práva, oprávněné zájmy, finanční situace</p>	<p>V této oblasti klientka nepotřebovala pracovat na změnách.</p>	

Zdroj: Centrum Anabell, z. ú.





3.3 Kazuistika č. 3 – Zorka, 27 let

Když Zorka vzpomíná na počátek svých potíží s jídlem, uvědomí si, že jejich vzniku předcházely úzkosti a strachy. Ve 13 letech ji matka poprvé vzala k výživovému poradci, aby se naučila zdravě jíst a udržovala si zdravou váhu. Zorka si některá jídla musela odpírat a stravovat se kontrolovaně. Po nějaké době se jí kontrola jídla vymkla z rukou a začala zvracet. Nyní se potýká s bulimií zhruba 11 let.

Pracuje na sobě, dochází na terapie, vnímá, co všechno se v jejím životě již zlepšilo. Střídají se u ní období, kdy zvládá několik týdnů nezvracet s obdobími, kdy zvrací častěji, a také s obdobími, kdy zvrací maximálně párkrát do týdne. Uvědomuje si, že k častějšímu zvracení jí přispívá stres a nedostatek odpočinku, stejně jako využití možnosti potlačení emočního prožívání, které je pro ni občas náročné.

Osobní anamnéza

Zorka byla jako dítě velmi vnímavá. Při vzpomínce na Zorčino dětství se dostáváme k různým situacím, které u ní probouzely různé strachy a úzkosti. I teď si živě vzpomíná, jak ji ve třetí třídě vystrašil film Mumie, který jim pustil učitel. Jako dítě měla strach o svoje rodiče, měla strach, že umře její máma. O pár let později se jí zdával častokrát sen o smrti jejího otce. Na prvním stupni základní školy měla Zorka nepříjemný zážitek na škole v přírodě. Probudila se v noci s úzkostí, ale nedovolala se žádné pomoci. Od té doby nejezdila na školní akce, kde se nocovalo. Na základní škole pak kvůli strachům docházela k výchovnému poradci. Zpětně si uvědomuje, že si také hodně pouštěla k tělu strachy dospělých. Strachům se věnovala i v terapii. Nicméně její úzkosti přetrvávají v různé míře dodnes.

Zorce hodně záleží na tom, co si o ní lidé myslí. Považuje samu sebe za cílevědomou, někdy až umanutou. Ráda dosáhne svého a je schopna kvůli tomu vystoupit ze své komfortní zóny. Někdy je ráda za to, jaká je, a někdy ne. Nicméně má na sobě ráda, že „neodsuzuje druhé lidi a nedělit je na ty lepší a horší“. Má pár dobrých kamarádek, a i několik dobrých známých, častěji se baví se staršími lidmi.

Zorka je aktivní a kreativní žena. Věnovala se mnoha zálibám, například

malování, keramice, pěveckému sboru, aerobiku. Ráda peče, ačkoliv je to pro ni pokušení. V současné době na své koníčky nemá příliš mnoho času. Věnuje se především svému ročnímu synovi, svému partnerovi, studiu a také několik dnů v týdnu věnuje práci v oboru, který studuje. V současnosti se nejlépe odreguje u běhu, při jízdě tramvají s hudbou ve sluchátkách, něčím nenáročným na přemýšlení nebo brigádou v obchodě.

Zorka je velice výkonově zaměřená. Již od dětství vnímala ze strany rodičů velký tlak na dosažení vzdělání a na to, že by měla vystudovat vysokou školu. Při přípravě na zkoušky na gymnázium věnovala učení hodně času a přála si být nejlepší. Přijímačky na vysokou školu byly velmi náročné, avšak houževnatost a vytrvalost se Zorce vyplatily. Dnes Zorka studuje a není to s malým dítětem vůbec snadné především také proto, že chce být dobrou mámou. Dál se vytrvale učí, a i přes velký stres zvládá školu studovat.

Rodinná anamnéza

Zorka pochází z úplné rodiny a má dva starší bratry. Nejstaršího bratra považuje za chráněnce matky a nemá s ním příliš hluboký vztah. Druhý bratr se od rodiny rychle osamostatnil a od dětství k němu Zorka vzhlížela, více si s ním rozuměla a občas na něj i žárlila.

Matka pracuje na zeměměřičském úřadě, je ambiciózní a věnovala v Zorčině dětství hodně času své práci. Zorka ji vnímala jako odtažitou, dle slov Zorky je matka neuměla obejmout, ale je si vědoma, že jim dávala lásku najevo jinak. Otec se žíví jako podnikatel, je inovátorem a vynálezcem ve svém oboru. Také se hodně věnoval své práci. Se Zorkou a jejími bratry trávil hodně času babička, která o ně pečovala a chodila s nimi i k lékaři. Také děda se podílel na výchově dětí. Rodiče se věnovali dětem zejména o víkendy, kdy jezdili společně na výlety. Mezi rodiči však panovala neshoda a často se hádali. Zorka mívala v dětství často strach, že se rozvedou. Ve výchově dětí ale dokázali být soudržní.

Vztah s matkou vnímá Zorka jako otevřený, od začátku mohla s matkou mluvit o svých potížích s jídlem, ale matka jí v tom příliš nerozuměla. Zorka vnímá, že povahově je podobná svému otci. Má strach před ním projevit svůj názor, aby ho nezklamala.

Rodiče mívali na Zorku velké nároky především ve škole. Vedli ji také k tomu, aby se věnovala sportu a dovolené v jejich rodině probíhaly velmi aktivně. Matka Zorce také říkala, ať tolik nejí, nebo že bude tlustá. Zorka vzpomíná, že jí v dětství chyběla pochvala. Dneska po prodělaných rodinných terapiích ji již rodiče chválí za její úspěchy ve studiu.

Když byla Zorka a její bratři malí, doma stolovali společně. Později ale začali jíst odděleně a každý jedl navíc něco jiného. Otec ráno snídani vynechává, pije jen kávu a večer se více nají. Matka je vegetariánka a pečlivě si hlídá svoji váhu. I její matka, Zorčina babička, se přísně stravovala. Zorka vnímá, svoji matku jako fyzicky velmi aktivní a vedle ní si připadá líná. Zorčina matka pochází ze tří sester a je nejstarší. Jedna její mladší sestra se v minulosti potýkala s mentální bulimií a druhá matčina sestra trpí psychickými problémy. Zorčin otec užívá antidepresiva, jeho otec byl v minulosti hospitalizovaný pro duševní potíže a Zorčin nejstarší bratr užívá léky na úzkosti.

Průběh onemocnění

Ve čtvrté až páté třídě začali mít Zorčini spolužáci komentáře ohledně její postavy a smáli se jí. Byla z toho smutná.

Stravování začala Zorka více řešit ve svých 13 letech. Matka ji tehdy vzala na kurz hubnutí do sdružení STOB (stop obezitě). Záměrem bylo, aby se Zorka naučila zdravě jíst a také, aby zhubla. Ve STOBU se naučila hubnout a zároveň se naučila dělit potraviny zakázané a povolené. Přestala jíst sladké potraviny, pečivo a smažená jídla. Za 3 měsíce v programu zhubla 7 kilogramů, což způsobilo problémy s menstruací. Její okolí ji chválilo, říkali jí „že se vypařuje“. Nicméně Zorka byla vyhladovělá. Napadlo ji, že když bude zvracet, tak může jíst, jak chce, a nebude se to počítat. Zorka zařadila zvracení do svého života a pravidelně se ke zvracení vracela. Nejdříve to bylo méně často. První rok zvracela jednou týdně o víkendu. První zvracení proběhlo mezi prvním a druhým ročníkem na gymnáziu. V té době také její kluk odjížděl studovat do Ameriky, což pro ni byl velký stres. Duševně se cítila dle svých slov „*v háji*“. V té době se jí zhoršil prospěch, provalila se matčina nevěra a bylo to pro ni velmi náročné období.

Zorka se brzy matce sama přiznala, že zvrací, a spolu s ní navštívila Anabell. Otec dceřiny potíže tehdy špatně nesl. Půl roku po návštěvě Anabell vyhledala psychologa, ke kterému docházela dva roky na terapii. Mezi třetím a čtvrtým ročníkem gymnázia byla Zorka hospitalizovaná, ačkoliv příčinou nebyla bulimie, ale její duševní potíže. Později kvůli bulimii docházela opakovaně do stacionáře.

Během let Zorka zvracela, občas to střídala s nejedením. Pouze jednou užila projímadla a pak už se k nim nikdy nevrátila. K jídlu měla Zorka vždy pozitivní vztah, vždy ho měla ráda a bolelo ji si ho odpírat. Zorka na sobě zároveň pozoruje souvislost mezi zvracením a úzkostmi. Bez zvracení mnohem více prožívá situace, které se jí v životě stávají, je mnohem citlivější. Zvracení jí tlumí emoce a prožívá vše mnohem klidněji, je jí to víc jedno.

Když byla Zorka ve fázi hubnutí, povzbuzovalo ji, že si toho někdo všiml. Zpětně si uvědomuje, že svoji postavu nevnímala reálně, a tehdy si říkala: „*Tohle ještě nejsem já, směřuju k jiné postavě.*“

K negativnímu vnímání sebe sama Zorce také přispíval atopický ekzém, kvůli němu se cítila méněcenně.

Zorčina úzká rodina si rychle zvykla, že Zorka řeší potíže s jídlem a dneska se rodiče Zorky na její stravování a bulimii moc neptají. Pro Zorku bylo podpurné mluvit o svých potížích s tetou, která si bulimií sama prošla.

Po nějaké době Zorka opět vyhledala Anabell. Téměř půl roku využívala službu skupinové terapie, kde mohla sdílet svoje potíže a říct si o podporu. V novém městě si ještě nenašla dostatek přátel, se spolužáky si už tolik nerozumí, jako dříve. S partnerem nechce Zorka řešit svoje potíže se zvracením příliš do hloubky.

Když se narodil Zorce syn, všechno bylo pro ni nové a vnímala potřebu podpory. Požádala o obnovení využívání služby tentokrát individuální formou. Zorka mohla sdílet svoji situaci v bezpečném prostředí. Pomáhaly jsme jí posilovat její kompetence matky a partnerky, povzbuzovaly jsme ji ve studiu a společně jsme hledaly účelné nastavení režimu ve stravování i v běžném fungování.

Po roce a čtvrt je Zorka usazená ve svých rolích matky, partnerky a studentky. O něco méně bilancuje nad tím, zda se dá skloubit mateřství se studiem.

V průběhu našeho setkávání dokázala opakovaně vzdorovat bulimii a úplně ji na dva až tři měsíce vyřadit ze svého života. Byla na sebe velice pyšná. Vlivem stresu a úzkosti je pro Zorku těžké zvládat tyto situace bez zvracení, a bohužel se u Zorky zvracení zase objevilo. Důležité avšak je, že intenzita zvracení má slábnoucí tendenci.

Zorka si uvědomuje, co jí zvracení bere a že jí zároveň utlumuje v emočním prožívání. Svoji situaci ovšem nevzdává, hledá pro sebe cestu, jak svůj život vyvážit, a hledá vhodnou kompenzaci za zvracení.

Jak se na onemocnění dívá Zorka s odstupem času?

V uzdravování z bulimie Zorce pomohl odchod z rodného města. Také ji vždy pomáhalo, když někdo blízký držel nad ní ochrannou ruku a pomohl jí s udržení režimu, který byl pro ni velmi důležitý. Nečekané změny byly pro ni nevítané.

Zorka vnímá, že mentální bulimie změnila život nejenom jí, ale i jejím rodičům. Docházeli s ní do terapie a nyní vnímá svoji matku vřeleji a citlivěji. Vliv terapie v souvislosti s uzdravováním z mentální bulimie vnímá Zorka i na sobě. Naučila se více naslouchat lidem kolem sebe, ale také sobě.

Jak samu sebe vidí Zorka dnes?

Zorka si uvědomuje, že dnes má bulimie na její život menší dopad než dřív. Zároveň přiznává, že jí někdy vyplňuje její volný čas. Zorka je ráda, že bulimie nemá velký vliv na její partnerský život. Vnímá, že se na něm se odráží spíše její náročné studium. Zvracení je pro ni i nyní způsob, jak zvládnout náročné situace a psychický tlak, který souvisí především se studiem.

Dnes se na sebe Zorka dokáže podívat realisticky. Přála by si být hubenější, ale uvědomuje si, že není nutné, aby na sebe byla tak náročná. Svoje tělo teď vnímá neutrálně. Říká: „*Žiju se svým tělem a tím, co všechno vydrželo. V očích ostatních jsem asi normální ženská.*“

Poslední dva roky se Zorka vůbec neváží. Změny na sobě jí stačí sledovat dle oblečení.

V pohodě si Zorka však ještě nepřipadá. Vnímá se jako úzkostlivou a snadno si vztáhne na sebe i chyby jiných.

Budoucnost je pro Zorku „*velký otazník*“. Nicméně by se ráda vdala za svého partnera. Je pro ni důležité, že se mu líbí. Přála by si mít ještě jedno až dvě děti. Zorka by chtěla zdárně dostudovat, být úspěšná v práci a také se plánuje zaměřit více na sebe a postupně se vracet ke svým koníčkům.

Oblasti sociálního začlenění člověka	Nenaplněné potřeby před zahájením poskytování služby	Naplnění potřeb během poskytování služby
Bydlení, rodina a domácnost	V této oblasti klientka nepotřebovala pracovat na změnách.	
Společenský život a uplatnění ve společnosti	Klientka má vysoké nároky na výkon, což se projevovalo i při studiu vysoké školy. Klientka si nebyla jistá, zda zvládne studium vysoké školy a zároveň péči o malé dítě. Klientka měla tendenci vyhovět ostatním na úkor vlastních potřeb.	Klientka slevila ze svých nároků na studijní výkon, zvládla tak setrvat při studiu a zároveň ho skloubit s péčí o malé dítě. Klientka si uvědomuje, že nemusí vyhovět požadavku ostatních a postupně toto jednání zařazuje do pracovní, studijní a rodinné oblasti života.
Vztahy s druhými, respekt a komunikace	Klientka měla oslaben vztah se svojí matkou. Klientka potřebovala zlepšit komunikaci s partnerem směrem k vyšší otevřenosti a důvěře.	Na základě pomoci matky klientky s péčí o klientčino dítě, došlo k posílení vztahu mezi klientkou a matkou. Skrze postupné otevírání klientky směrem k partnerovi došlo k posílení jejich vztahu a prohloubení vzájemné důvěry.

<p>Zdraví a bezpečí, dostupnost služeb</p>	<p>Klientka má vysoké nároky na sebe sama v souvislosti se vzhledem.</p> <p>Klientka byla psychicky nestabilní, zažívala pocity úzkosti, nadměrné strachy o zdraví a bezpečí rodiny, někdy ji napadaly až katastrofické scénáře.</p>	<p>V souvislosti se změnou vztahu ke svému tělu klientka slevila z nároků na svůj vzhled. Pociťuje vděčnost ke svému tělu za to, co všechno vydrželo.</p> <p>Klientka se učí pracovat se svými emocemi a víc jim naslouchá. Vypjaté situace již v některých případech překonává skrze činnosti, které ji baví nebo jí v minulosti fungovaly jako odreagování.</p> <p>Klientka dále pracuje na zmírnění projevů úzkosti a nadměrných strachů skrze sdílení s blízkými osobami.</p>
<p>Rozhodování, práva, oprávněné zájmy, finanční situace</p>	<p>V této oblasti klientka nepotřebovala pracovat na změnách.</p>	

Zdroj: Centrum Anabell, z. ú.

3.4 Kazuistika č. 4 – Zita, 18 let



Nemoc vstoupila Zitě do cesty, když jí bylo 15 let. Mentální anorexie se usídlila u Zity nenápadně, plíživě a postupně si vyměnila místo s mentální bulimií. Po hospitalizaci byla Zita nějaký čas stabilizovaná, avšak vlivem stresu se nemoc v postupných vlnách začala vracet. Její síla různě kolísala a Zita se „jednou cítila nahoře a pak zase spadla na úplné dno“. Časem Zita začala pociťovat, jak moc jí nemoc omezuje. Neměla sílu a energii na svoje koníčky, byla často nemocná a cítila se pořád unavená. Během jarní karantény 2020 Zita výrazně zhubla. Necítila se dobře a uvědomila si, že potřebuje pomoc.

Rodinná anamnéza

Když se Zita narodila, měla již desetiletého bratra. Všichni se na ni velmi těšili. Když jí bylo patnáct let, její rodiče se rozvedli. Nesla to velmi těžce. Její

starší bratr tehdy studoval vysokou školu a po rozvodu rodičů bydlel u táty. Zita s bratrem vychází dobře, když je potřeba, vždy u něho najde oporu. Někdy má pocit, že velký věkový rozdíl je jejich sblížení na překážku. Po rozvodu rodičů bydlí Zita s matkou. Svého otce občas navštěvuje.

Zitina máma je učitelka. Je velmi citlivá a nastavená na práci s malými dětmi. Byla pro Zitu vždy největší oporou a zpětně Zita vnímá, že „*měly i špatné období, kdy si s mámou nerozuměly*“. Táta pracuje jako řemeslník a Zita si pamatuje z dětství, že býval dlouho v práci. Často se domů se vracel večer, když už Zita spala. Nikdy pro ni však nebylo příjemné, že její otec má problém s alkoholem. Jeho špatné nálady Zita vždy špatně snášela. Přesto má Zita oba rodiče moc ráda.

Když rodiče nebyli rozvedeni, tak se všichni scházeli ke společnému jídlu v neděli. Zita pamatuje, že jako dítě jedla pětkrát denně. Nyní si Zita zpětně uvědomuje, že na stravování obou rodičů se nedá nahlížet jako na pravidelné. Otec nikdy nesnídal, dodnes ráno pije pouze kávu a v průběhu dne moc nejí. Vše však dohání večer. Máma také nesnídá a dříve často držela diety. V současné době má svůj, i když dle slov Zity, nevšední způsob stravování, ve kterém je usazená a spokojená.

Zitino dětství a propuknutí nemoci

Zita jako dítě nikdy nevnímala, že by ji rodiče kritizovali a měli na ni nepřiměřené nároky. Do jejích deseti let bydleli s rodiči na venkově a při vzpomínkách na dětství se jí vybavují krásné a veselé chvíle protkané tancováním a hraním na klavír. V deseti letech vstoupili do jejího života koně a ve stáji začala trávit hodně času. Měla tam kamarády a byla spokojená.

Na základní škole se Zitě dařilo velmi dobře. Měla samé jedničky a do školy chodila ráda. Ve škole vnímala stres, ale docela dobře ho snášela. Vždy měla ve třídě nějakou kamarádku. Na střední školu již nahlíží jinak. Vztahy na gymnáziu byly složitější a nedařilo se jí mezi spolužáky spolehlivě usadit. Vždy se kamarádila spíše se staršími. Mezi patnáctým a šestnáctým rokem, když nastoupila na gymnázium, u Zity propukla mentální anorexie. Počátky nemoci vnímá nejjistě, myslí si, že na začátku onemocnění byla zaměřena na zdravé stravování a zdravý životní styl, který jí úplně ovládl. Zita si doma prosadila, že si bude jít

lo připravovat sama. Nechtěla, aby jí vařila máma. Záleželo jí na tom, aby vše bylo zdravé. Postupně se do sebe uzavírala a zajímala se jenom o sebe. Svět kolem sebe ani nechtěla vnímat, bylo jí tak nejlépe. Byla sama, „*byla to její bublina*“. Zpětně si Zita uvědomuje, že ani nepostřehla, že postupně jí méně a méně. Její tělo začalo vysílat signály, které Zita tenkrát nevnímala. Bývala často nemocná, emočně nevyrovnaná a nedokázala svoje pocity a emoce zpracovat. Ocitla se v situaci, že najednou nevěděla, jak si s tak intenzivními vjemy má poradit. Hlavu měla plnou myšlenek, které ji neustále zaměstnávaly. Měla tolik myšlenek, že si je musela psát.

Období, kdy jedla velmi málo, se začalo střídat s přejídáním a nastal „*boj s bulimií*“. Tušila, že „*je to špatně, ale nedokázala si poradit*“. Měla strach a opouštěla ji energie. Někdy mívala tak málo síly, že ani nemohla vylézt z postele. Po prvním ročníku gymnázia o prázdninách se Zita rozhodla, že svoji situaci bude řešit. Sama navštívila lékařku pro děti a dorost a po dohodě s ní nastoupila na hospitalizaci. Nemocnice na ni zapůsobila. Vzpomíná na vlídný přístup psycholožky, který jí moc pomohl. Intenzivně vnímala i jiné děti na oddělení a jejich příběhy. V této době ji byla oporou její máma. Dodnes ale nerozumí tomu, že u táty se v průběhu hospitalizace setkala s nepochopením. Vyčítal ji absenci ve škole. Návrat do školy byl velmi těžký a Zita se rozhodla, že přestoupí na gymnázium do jiného města. Nyní je Zita ve třetím ročníku a příští rok ji čeká maturita. V budoucnu by se chtěla zaměřit především na studium. Má ráda chemii a biologii, ale zatím nemá úplně jasno, jakou profesní dráhou by se chtěla vydat.

Jak Zita nahlíží na samu sebe i onemocnění dnes?

Zita se již nějakou dobu snaží najít cestu z nemoci ven. Rozhodla se, že nebude na svoji nemoc sama. Snažila se nemoci vzdorovat nejenom skrze svoji obrovskou vůli a individuální terapii ve Službách následné péče. Vyhledala také nutričního terapeuta, který jí pomohl nastavit přiměřený a bezpečný způsob stravování. Důležitou součástí jejího uzdravování byl a je také psychiatr, který jí pomohl zvládnout její přemíru myšlenek, úzkosti, depresi a nastavit rovnoměrnou fyzickou zátěž. Propojením všech těchto složek se Zitě povedlo zavést do svého života důležité změny, avšak pořád nemá pocit, že je z nemoci úplně vyléčená. Každý

den je pro ni nový začátek. S každým dnem se učí mít se víc ráda, pozorněji naslouchat svému tělu a je upřímně ráda, že neztratila jeho přízeň. Důkazem toho je vnímání běžných smyslů jako hlad, chuť, žízeň a pro Zitu je odměnou schopnost na tyto potřeby svého těla reagovat. Pocituje vůči svému tělu vděčnost. Mentální anorexie i bulimie velmi ovlivnily její život. Dnes již ví, že „*nechtěně ubližovala sama sobě tím, že si myslela, že jí ubližuje okolí*“. Anorexie i bulimie dle její slov ovlivnily „*den co den a hodinu co hodinu*“ jejího života, vzaly jí „*spokojené dospívání, hrozně moc času, příležitosti a možná i řadu přátel*“. Zita však nenahlíží na nemoc pouze negativně. Nahlíží na nemoc jako na zkušenost či zkoušku, která jí dala možnost lépe poznat sebe a pozorněji vnímat svoje tělo. Uvědomuje si také, že nahlídla do toho „*co je závislost*“. Konstatovala: „*Jsem ráda, že jsem tam, kde jsem. Věřím na osud a také věřím, že to tak mělo být. Je to minulost a jedu dál*“. Zita se snaží z této životní lekce poučit a ví, že zkušenost s poruchou příjmu potravy se již nikdy z jejího života „*neztratí*“. S odstupem času si uvědomuje posuny ve svém myšlení, v psychice a dalších oblastech. Uvědomuje si, že „*zbatit se poruchy příjmu potravy je běh na dlouhou trať*“. Motivací je pro ni vidina „*zdravého, normálního života, který ji nebude komplikovat nemoc*“. S úlevou se dnes obrací do minulosti a ví, že „*to nejhorší má za sebou*“.

Oblasti sociálního začlenění člověka	Nenaplněné potřeby před zahájením poskytování služby	Naplnění potřeb během poskytování služby
Bydlení, rodina a domácnost	V této oblasti klientka nepotřebovala pracovat na změnách.	
Společenský život a uplatnění ve společnosti	Klientka se stranila společnosti spolužáků i kamarádů. Uzavírala se do sebe. Omezila své volnočasové aktivity, které ji naplňovaly.	V současné době se klientka snaží navazovat nové přátelské vztahy s kamarády mimo školní prostředí. Klientka již netráví svůj volný čas u koní jako dříve. Nyní má ale dostatek síly na to, aby se mohla vracet k jiným dřívějším koníčkům nebo také věnovat energii novým zájmům.

<p>Vztahy s druhými, respekt a komunikace</p>	<p>Klientka měla narušené vztahy s rodiči. S otcem již před propuknutím nemoci a vztah s matkou byl po rozvodu rodičů oslaben.</p>	<p>V průběhu uzdravování klientky došlo k postupnému znovunalezení a následně upevnění vazby především s matkou. Ve vztahu klientky a jejího otce k žádné změně nedošlo.</p>
<p>Zdraví a bezpečí, dostupnost služeb</p>	<p>Klientka se v důsledku onemocnění nedostatečně stravovala. V emočně vyjatých situacích kompenzovala nedostatek energie přejídáním.</p> <p>Klientka měla oslabené vnímání sebe sama a svého těla.</p>	<p>Klientka se v průběhu uzdravování vrátila ke vnímání signálů svého těla (hlad, chuť, žízeň, únava), začala jim naslouchat a více odpočívá. Cítí vůči svému tělu vděčnost a upřímně se z toho raduje.</p>
<p>Rozhodování, práva, oprávněné zájmy, finanční situace</p>	<p>V této oblasti klientka nepotřebovala pracovat na změnách.</p>	

Zdroj: Centrum Anabell, z. ú.



ZÁVĚR

Cílem Případové studie bylo přiblížit sociální práci s osobami s poruchou příjmu potravy. První část Případové studie obsahuje obecné informace týkající se sociální práce. Druhá část Případové studie nabízí příběhy čtyř klientek, které využívaly sociální službu Služby následné péče. Byly u nich vyhodnocovány následující oblasti sociálního fungování:

1. bydlení, rodina a domácnost,
2. společenský život a uplatnění ve společnosti,
3. vztahy s druhými, respekt a komunikace,
4. zdraví a bezpečí, dostupnost služeb,
5. rozhodování, práva, oprávněné zájmy, finanční situace.

V jednotlivých oblastech fungování si klientky vedly následovně:

Bydlení, rodina a domácnost

Klientka č. 1 obnovila pozitivní a také důvěrný vztah k rodičům, znovu se jim svěřuje se svými pocity a myšlenkami. Je ochotná přijmout jejich pomoc a rodiče se aktivně podílejí na řadě oblastí vedoucích k uzdravení klientky. Dále klientka opět s radostí navštěvuje svoje prarodiče. **U klientky č. 2** v průběhu uzdravování došlo k upevňování vazeb s rodiči, dochází k nárůstu pochopení a respektu klientky k matce i otci. **Klientka č. 2** vnímá uznání ze strany otce, které jí chybělo. Snížilo se napětí a vzájemné neshody mezi sourozenci a také klientka č. 2 lépe vnímá svoji pozici a roli v rodině. **Klientky č. 3 a č. 4** v této oblasti nepotřebovaly pracovat na změnách.

Společenský život a uplatnění ve společnosti

Klientka č. 1 se nástupem na střední školu zapojila do třídního kolektivu a navazuje přátelské vztahy s vrstevníky ve třídním kolektivu i mimo něj. Vrátila se k některým zálibám z období před propuknutím nemoci a také projevuje zájem o nové záliby. **Klientka č. 2** si v oblasti týkající se školy vedla podobně jako klientka č. 1. S nástupem na střední školu se zlepšilo její zapojení se do kolektivu, navazuje přátelské vztahy se spolužáky a s vrstevníky. Dále více

přemýšlí o zdravé míře pohybu v souvislosti s vyváženým stravováním. **Klientka č. 3** si vedla následovně: slevila ze svých nároků na studijní výkon. Zvládla tak setrvat při studiu a zároveň ho skloubit s péčí o malé dítě. Uvědomuje si, že nemusí vyhovět požadavku ostatních a postupně toto jednání zařazuje do pracovní, studijní a rodinné oblasti života. **Klientka č. 4** se v současné době snaží navazovat nové přátelské vztahy s kamarády mimo školní prostředí. Klientka již netráví svůj volný čas u koní jako dříve. Nyní má ale dostatek síly na to, aby se mohla vracet k jiným, dřívějším koníčkům nebo také věnovat energii novým zájmům.

Vztahy s druhými, respekt a komunikace

Klientka č. 1 začala na sebe nahlížet pozitivně a pociťovat k sobě sebelásku. Posílila svoji sebedůvěru a zformovala si pozitivní sebehodnocení doprovázené pozitivním vnitřním monologem. Umí se sama pochválit, povzbudit se a laskavě k sobě promlouvat. **Klientka č. 2** rovněž, jako klientka č. 1, sama sebe vnímá pozitivněji, dokáže ocenit svoje schopnosti a dovednosti, navýšila si sebevědomí a zlepšila svoje sebehodnocení.

U klientky č. 3 došlo na základě pomoci její matky s péčí o klientčino dítě k posílení vztahu mezi klientkou a matkou. Skrze postupné otevírání klientky č. 3 směrem k partnerovi byl posílen jejich vztah a prohloubená jejich vzájemná důvěra. V průběhu uzdravování **klientky č. 4** došlo k postupnému znovunalezení a následně upevnění vazby především s matkou. Ve vztahu klientky a jejího otce k žádné změně nedošlo.

Zdraví a bezpečí, dostupnost služeb

Duševní stav **klientky č. 1** se výrazně zlepšil díky užívání psychiatrické medikace a intenzivní terapii spolu s nastavením vhodného stravování. Obnovilo se její zdraví a vrátila se jí fyzická zdatnost. **Klientka č. 2** normalizovala svoje jídelní návyky. Díky narůstajícímu pozitivnímu přístupu k novým potravinám si rozšířila jídelníček a nové potraviny s radostí testuje. Lépe dokáže rozeznat a udržet hranici přiměřené fyzické zátěže. **Klientka č. 3** v souvislosti se změnou vztahu ke svému tělu klientka slevila z nároků na svůj vzhled. Poci-

túje vděčnost ke svému tělu za to, co všechno vydrželo. **Klientka č. 3** se učí pracovat se svými emocemi a víc jim naslouchá. Vypjaté situace již v některých případech překonává skrze činnosti, které ji baví nebo jí v minulosti fungovaly jako odreagování. **Klientka č. 3** dále pracuje na zmírnění projevů úzkosti a nadměrných strachů skrze sdílení s blízkými osobami. **Klientka č. 4** se v průběhu uzdravování vrátila ke vnímání signálů svého těla (hlad, chuť, žízeň, únava), začala jim naslouchat a více odpočívá. Cítí vůči svému tělu vděčnost a upřímně se z toho raduje.

Oblast **Rozhodování, práva, oprávněných zájmů, finanční situace** nebyla v rámci spolupráce ani u jedné klientky sledovaná.

Ve zpracování Případové studie vnímáme limity na naší straně i na straně klientek. Pro kazuistiku byly zpracovány pouze čtyři příběhy klientek a předkládaný text Případové studie je malou ukázkou práce s klienty s poruchou příjmu potravy ve vybraných oblastech jejich života. S klientkami jsme pracovali pouze po určitý čas, ne po celou dobu jejich uzdravování se z poruch příjmu potravy. Zároveň jsme každou potkali v jiné fázi jejího onemocnění i v jiném věku. V důsledku personálních změn jedna klientka využívala péči služby s jinou psychologičkou a sociální pracovnící a tím pádem jsou informace týkající se změn v jejím fungování částečně zprostředkované. Nelze proto na základě našich kazuistik vyvodit obecně platná doporučení pro sociální práci s jinými klienty s poruchou příjmu potravy. Zároveň musíme zdůraznit, že ačkoliv jsme v naší službě pracovali s několika desítkami klientů, vždy pracujeme s každým klientem odlišně na základě jeho potřeb a podporu mu přizpůsobujeme individuálně a přímo na míru. Do podoby naší sociální práce s klienty se také promítl vliv koronavirové epidemie, kvůli které jsme po určitou dobu neměli možnost se s klientkami setkávat osobně a také využívat skupinovou terapii.

Ze strany klientek vnímáme také možné limity. S každou klientkou zvlášť jsme vedli dlouhý rozhovor o jejím životě, její léčbě, o tom, jak sama vnímá svoje onemocnění. Ze strany klientek tedy mohlo dojít k nevědomému zkreslení vlivem efektu sociální žádoucnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 80-247-1197-4.
- [3] HAVRÁNKOVÁ, Olga, 2003. Případová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [4] HARTL, Pavel, 203. Poradenství. In: MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [5] CHRENKOVÁ, Monika, 2011. Sociální práce s rodinami. In: KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [6] CHYTIL, Oldřich a Gabriela MAHROVÁ, 2008. Metody sociální práce. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- [7] JENDRUCHOVÁ, Michala, 2020. Jídlo není nepřítel. Praha: Grada, 294 s. ISBN 978-80-271-0296-9.
- [8] KRCH, František David, 2008. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopln. a přepr. vyd. Praha: Grada Publishing, 200 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
- [9] KRCH, František David a kolektiv, 2005. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-0840-9.
- [10] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [11] KVIATKOVSKÁ, Katarína, ALBRECHT Jakub, PAPEŽOVÁ Hana, 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. In: Česká a slovenská psychiatrie, 112 (6), s. 275-279. [online]. ©2020 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf

- [12] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- [13] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [14] MATOUŠEK, Oldřich. 2016. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
- [15] OLIVÍKOVÁ, Lucie, 2019. Drunkorexie u studentů českých vysokých škol. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- [16] PAULÍČKOVÁ, Eva, 2010. Orthorexia Nervosa: Patologické zaujetí zdravým stravováním. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- [17] Portál MPSV. Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Copyright © 2006-2020 [cit. 2020-11-18]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do;jsessionid=3E9B4AB-8889646CB7FDCE02C5422CA4E.node1?756g=55eb38d-98c047991&736c=926b6697b922b672fc26e9f0737bbefd&736c=926b6697b922b672fc26e9f0737bbefd&SUBSESSION_ID=1605709042965_1
- [18] NAVRÁTIL, Pavel, 2001. Metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.
- [19] PAPEŽOVÁ Hana (Ed), 2010. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [20] ŘEZNÍČEK, Ivo, 1994. Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty, 75 s. ISBN 80-85850-00-1.
- [21] STRIEŽENEC, Štefan, 2006. Teória a metodológia sociálnej práce: vybrané problémy. Trnava: Tripsoft, 295. s. ISBN 80-969390-4-1.
- [22] ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MÍČOVÁ, Lenka, 2010. Manuál pro pedagogy. Brno: Občanské sdružení Anabell. [online]. ©2020 [cit. 2020-10-24]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/9>.

- [23] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. vyd. Praha: Portál, 780 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- [24] VONDRKA, Josef, 2008. Zákonná úprava systému sociálních služeb. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.



SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Naplnění potřeb člověka v základních oblastech jeho fungování 15





© Centrum Anabell, z. ú.
Masarykova 506/37, 602 00 Brno
telefon: +420 542 214 014
e-mail: posta@anabell.cz
www.anabell.cz
www.centrum-anabell.cz