

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Dopad pandemie COVID-19 na potřeby klientů s poruchami
příjmu potravy**

Mgr. Barbora Holasová

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii

vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Praha 2023

Prague College of Psychosocial Studies



**The impact of the COVID-19 pandemic on the needs of clients
with eating disorders**

Mgr. Barbora Holasová

Diploma Thesis

Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Praha 2023

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Mgr. Barbora Holasová

Poděkování

Ráda bych tímto velmi poděkovala paní doc. PhDr. Bc. Aleně Hricové, Ph.D. za odborné vedení této diplomové práce, zejména pak za cenné rady a průběžnou podporu. Děkuji také všem respondentkám za jejich ochotu sdílet svou zkušenost s onemocněním, bez níž by tato práce nemohla být napsána.

Anotace:

Diplomová práce se zabývá prožíváním žen s duševním onemocněním poruchou příjmu potravy v období pandemie COVID-19, které byly v uvedené době klientkami odborné sociální služby. Klade si za cíl popsat specifika jejich prožívání onemocnění v době pandemie a dále vystihnout takové faktory onemocnění, které ženy přisuzovaly pouze danému období.

V teoretické části jsou uvedeny odborné poznatky o poruchách příjmu potravy a o vlivu pandemie na jeho průběh. Dále je pojednáno o sociální práci zaměřené na osoby trpící poruchou příjmu potravy a o službách aktuálně dostupných pro tuto cílovou skupinu.

Empirická část diplomové práce se nejprve zabývá interpretativní fenomenologickou analýzou jednotlivých rozhovorů s respondentkami a dále pak analýzou společných témat, která se vyskytla napříč rozhovory. Výsledkem výzkumu je zprostředkování komplexního prožívání žen s duševním onemocněním poruchou příjmu potravy v období pandemie COVID-19 a dále pak identifikace fenoménů uvedeného onemocnění, které respondentky přisoudily období pandemie COVID-19.

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, prožívání, pandemie COVID-19, sociální práce

Abstract:

The diploma thesis deals with the experiences of women with mental illness and eating disorders during the COVID-19 pandemic, who were clients of professional social services at the time. It aims to describe the specifics of their experience of the disease during the pandemic and to further describe such factors of the disease that the women attributed only in the given period.

The theoretical part contains expert knowledge about eating disorders and the impact of the pandemic on its course. It also discusses social work focused on people suffering from eating disorders and the services currently available for this target group.

The practical part of the diploma thesis first deals with the interpretive phenomenological analysis of individual interviews with female respondents and then with the analysis of common themes that occurred across the interviews. The result of the research is the mediation of the complex experience of women with a mental illness with an eating disorder in the period of the COVID-19 pandemic, and then the identification of the phenomena of the aforementioned disease, which the respondents attributed to the period of the COVID-19 pandemic.

Key words:

Eating disorders, experiencing, the COVID-19 pandemic, social work

Obsah

Obsah	7
Úvod.....	9
A Teoretická část	11
1 Poruchy příjmu potravy	11
1.1 Mentální anorexie.....	13
1.2 Mentální bulimie	14
1.3 Psychogenní přejídání	14
1.4 Nespecifické formy poruch příjmu potravy	15
1.1 Komorbidita PPP s užíváním návykových látek	16
2 Vliv pandemie COVID-19 na vznik a průběh poruchy příjmu potravy	17
2.1 Dopady karanténních opatření na duševní zdraví populace.....	17
2.2 Význam stresu při vzniku PPP	18
3 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním poruchou příjmu potravy.....	20
3.1 Systém sociálních služeb poskytovaných osobám s PPP.....	20
3.1.1 Sociální poradenství v organizaci Centrum Anabell z. ú.....	22
3.1.2 Linka Anabell	24
3.2 Multidisciplinarita v léčbě poruch příjmu potravy.....	24
3.2.1 Vznik multidisciplinárních týmů v ambulantní péči o osoby s PPP v České republice.....	24
3.2.2 Multidisciplinarita v Centrum Anabell, z.ú.	25
3.2.3 Multidisciplinární tým pro léčbu klientů s poruchou příjmu potravy v Kontaktním Centru Anabell Praha.....	26
4 Poskytování sociálních služeb v průběhu pandemie COVID – 19.....	34
4.1 Poskytování sociálního poradenství v Kontaktních centrech Anabell v době pandemie COVID – 19	36
B Empirická část.....	37
5 Cíle práce a výzkumné otázky	37
6 Metodika	38
6.1 Výzkumná strategie a výzkumné nástroje.....	40
6.2 Výzkumný soubor, sběr dat a výzkumná etika	40
6.2.1 Výzkumný soubor a sběr dat	40
6.2.2 Výzkumná etika	42
6.2.3 Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu	42

6.3	Výzkumná data a způsob zpracování	43
7	Výsledky výzkumného šetření	45
7.1	Analýza a interpretace jednotlivých rozhovorů	45
7.2	Analýza společných témat	94
7.2.1	Hlavní výzkumná otázka: Jak prožívaly ženy s onemocněním PPP období pandemie?	95
I.	Obavy z nejistoty	95
II.	Těžší prožitek karantény než druzí	95
III.	Negativní prožívání soužití s rodinou	95
IV.	Prostor pro vzdělávání	97
V.	Obavy z nadváhy	97
VI.	Restrikce v jídle a excesivní cvičení	97
VII.	Zhoršení zdravotního stavu	98
VIII.	Zlehčování vážnosti svého onemocnění	98
IX.	Nepochopení okolím	99
X.	Rozporuplný postoj k léčbě	99
XI.	Bezpečná podpora peer konzultantky	100
XII.	Psychoterapie jako cesta ke změně	101
XIII.	Účinná pomoc nedirektivní nutriční terapie	102
7.2.2	Druhá výzkumná otázka: Jaké faktory svého duševního onemocnění přisuzují ženy s PPP výhradně období pandemie COVID - 19?	103
8	Diskuse	105
9	Závěr	110
	Seznam literatury	112
	Přílohy	116

Úvod

Onemocnění COVID - 19 bylo dne 11. března 2020 prohlášeno Světovou zdravotnickou organizací za pandemii. Pandemie zasáhla celý svět, a přinesla tak do života mnohých změny, které dlouhodobě působí na životní styl a duševní zdraví člověka. Přestože byla karanténní opatření v České republice (dále jen „ČR“) již zrušena, jejich dopad na společnost je i nadále velmi patrný. Těžko bychom hledali oblast, která jimi zůstala zcela nedotčena. Šeblová et al. (2020) v této souvislosti hovoří o vlivech pandemie na veškeré sféry života jednotlivců a společností: o dopadech ekonomických, sociálních, dopadech na vzdělávání, na prohloubení nerovností, dále o omezeném přístupu ke zdravotní péči a o dopadech na psychické zdraví. Šeblová et al. (2020) dále uvádí, že se v současné pandemii všechny vlivy v různé míře promítají do psychického stavu jednotlivců. K univerzálním stresorům patří například prodělání nemoci COVID-19, ekonomické obavy, ztráta zaměstnání či živnosti, nedostatek či nadbytek informací, sociální izolace aj. Winkler et al. uvádí, že ve srovnání s rokem 2017 došlo v ČR v době pandemie COVID-19 během karanténních opatření ke zvýšení prevalence alespoň jednoho ze sledovaných symptomů (úzkostné poruchy, příznaky deprese, riziko sebevraždy a poruchy spojené s konzumací alkoholu) u nehospitalizovaných dospělých osob. Prevalence příznaků těžké deprese i rizika sebevražedného chování se v době COVID-19 ztrojnásobila, prevalence úzkostných poruch téměř zdvojnásobila. (2020, dle Šeblová et al., 2020)

Dle Uhlíře (2021) postihlo uzavření škol v době pandemie celosvětově 87 % dětské a adolescentní populace (cca 1,6 miliardy studentů) a narušilo dětem jejich každodenní rutinu. Přišly tak nejen o kontakt se svými vrstevníky, učiteli a výukou, ale také o možnost organizovaných volnočasových aktivit. Dle Bínové a Havelky (2021) uzavření škol, ztráta sociálních kontaktů s vrstevníky a s širší rodinou, akutní stres rodičů, vliv médií a kontakt s nemocí nebo s úmrtím na COVID-19 ve vlastní rodině výrazně zhoršily duševní zdraví dětské a dorostové populace, a tím zvýšily poptávku po akutní pedopsychiatrické péči. Mezi nejčastěji sledované duševní poruchy u dětí byly kromě jiných zařazeny také poruchy příjmu potravy (dále jen „PPP“). V této souvislosti Uhlíř (2021) uvádí, že nejčastěji popisovaným problémem je zhoršení symptomů, zvýšený počet relapsů a příjmů dětských a adolescentních pacientů s mentální anorexií.

Zhoršení symptomatiky v době pandemie je dle Uhlíře (2021) přičítáno hlavně sociální izolaci, snížené možnosti rozptýlení se a dostupnosti pohybových aktivit, nepravidelnosti v jídelním i běžném režimu, dále zvýšenému vystavení se stresujícím zprávám a omezené dostupnosti zdravotních služeb, včetně těch psychologických. U příležitosti konání Světového dne poruch příjmu potravy vyšla tisková zpráva České psychiatrické společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP, 2022), kde Papežová uvádí, že v období pandemie COVID-19 se významně zvýšil nárůst PPP, podobně jako úzkostné stavy, sebezpoškození nebo závislostní chování.

Ve své diplomové práci bych se ráda věnovala tématu dopadu pandemie COVID-19 na potřeby osob s PPP. Pandemie COVID-19 je v této práci chápána jako období, které započalo datem vyhlášení pandemie Světovou zdravotnickou organizací a trvá až do současnosti, do doby vzniku této práce, tedy do roku 2023. K volbě tohoto tématu mě vedlo opakované setkávání s lidmi s duševním onemocněním PPP, kteří hovořili o vlivu pandemie na jejich život a také na průběh, nebo dokonce vznik jejich onemocnění.

V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku onemocnění PPP a dále pak na vědecké poznatky, které byly k tématu dopadu pandemie COVID-19 na osoby s tímto onemocněním aktuálně dostupné. Věnovala jsem se také tématu sociální práce s touto cílovou skupinou a popsala konkrétní způsoby práce s osobami s poruchou příjmu potravy v nestátní neziskové organizaci Anabell Centrum, z.ú., která se jako jediná v České republice v současné době specializuje přímo na sociální práci s lidmi s poruchou příjmu potravy a jejich rodinné příslušníky.

V empirické části jsem se věnovala kvalitativnímu výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jaký dopad měla pandemie na potřeby žen s duševním onemocněním PPP, a zda se u nich vyskytl nějaký nový fenomén, který lze přisuzovat výhradně období pandemie COVID-19. Za tímto účelem jsem provedla interpretativní fenomenologickou analýzu polostrukturovaných rozhovorů s respondentkami, které byly v době trvání pandemie klientkami odborné sociální služby a poté čerpaly odbornou podporu multidisciplinárního týmu zaměřenou na podporu osob s PPP.

A Teoretická část

1 Poruchy příjmu potravy

Krch et al. (2005) uvádí, že v průběhu života získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Dle jeho názoru se tak stává odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit hranici mezi tím, co je ještě norma a kdy se již jedná o patologii, může být s ohledem na složitost tohoto biopsychosociálního kontextu obtížné.

Dle Papežové (2020) mohou být PPP interpretovány jako maladaptivní chování motivované snahou vyrovnat se s dlouhodobým stresem, frustrací nebo traumatem. Krch et al. (2005) uvádí, že na etiologii PPP se podílí celá řada faktorů, které je obtížné hodnotit a klasifikovat. Predisponující faktory PPP jsou dle některých odborníků jen málo objektivně známy, všeobecná shoda však panuje v tom, že neexistuje jeden rozhodující faktor, kterým by se dala uspokojivě vysvětlit etiologie mentální anorexie nebo bulimie. Ve většině případů se jedná o vliv sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a také biologických a genetických faktorů (Krch et al., 2005). Pugnerová a Kvitová (2016) například uvádějí, že konstelace biologických, sociálních a psychologických faktorů naruší v určitém věku psychickou stabilitu dospívajícího, což má za následek narušení sebevědomí a vede ke zvýšené citlivosti. To může v některých případech vyústit k nadměrnému soustředění se na vlastní tělo. Tomuto stavu většinou předchází obava z tloušťky a frustrace z postavy. Stejně tak u mentální bulimie je mnoho příčin, které mohou vyústit v propuknutí nemoci. Dle Pugnerové a Kvitové (2016) většina jedinců, u nichž propukla bulimie, pochází z rodin, kde nebyly dostatečně naplňovány emocionální, fyzické či duchovní potřeby. V rodinné anamnéze se může vyskytovat závislost na alkoholu, drogách, deprese nebo PPP. Autorky vyjadřují názor, že k hlavním příčinám vzniku PPP patří kombinace nízkého sebevědomí, psychických konfliktů z dětství a tlak ze strany společnosti.

Diagnostická kritéria PPP využívaná v klinické praxi i při výzkumu lze nalézt v 10. verzi mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN-10“) a v 5. verzi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále jen „DSM-V“). Pod pojem PPP bývají

nejčastěji zahrnovány dva nejzřetelněji vymezené syndromy, a to mentální anorexie a mentální bulimie, v posledních letech se však věnuje větší pozornost též tzv. psychogennímu přejídání.

I přes zdánlivou odlišnost spojuje dle Krcha et al. (2005) mentální anorexii a mentální bulimii podobnost, zejména pokud jde o strach z tloušťky a nadměrnou pozornost věnovanou vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Shodu lze dle Krcha et al. (2005) vysledovat také v oblasti obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže, závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost, přičemž zhruba u jedné třetiny případů mentální anorexie se časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. Obě zmiňované poruchy se také vyskytují v podobě, kdy u pacienta chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy. Na tuto možnost Mezinárodní klasifikace nemocí také pomýšlí, a nabízí tak stanovení diagnózy atypické mentální anorexie a atypické mentální bulimie.

V posledních letech je zvýšená pozornost věnována také psychogennímu přejídání. Jaššová et al. (2020) uvádí, že se jedná o nejčastější onemocnění ze spektra PPP s tím, že dle některých studií jeho prevalence dosahuje až 7,8 %. Dle Jaššové et al. (2020) jej s výše uvedenými poruchami spojuje zejména neustálé zaobírání se jídlem, strach z obezity a nespokojenost s vlastním tělem. Odlišnost naopak tkví v tom, že pacienti s touto poruchou nevyužívají žádné metody k zabránění přírůstku hmotnosti.

MKN-10 zahrnuje také Jiné poruchy příjmu potravy (F 50.8.), kam patří např. pica, při níž má dospělý jedinec nutkavou potřebu požívání látek, které nejsou určeny k jídlu (Krch et al., 2005), nebo psychogenní ztráta chuti k jídlu.

Níže se věnuji charakteristice nejčastějších PPP. Jedná se především o obecnější popis onemocnění, který vychází z některých diagnostických kritérií uvedených v MKN-10 nebo DSM-V, nikoli však jejich přesný a vyčerpávající výčet. Ten neuvádím z toho důvodu, jelikož jej nepovažuji s ohledem na zaměření a cíl této diplomové práce za relevantní.

1.1 Mentální anorexie

Krch et al. (2005) popisuje mentální anorexii jakožto poruchu, která je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který nemusí být u všech nemocných přítomen. Jídlo je dle Krcha et al. (2005) anorektickými pacienty odmítáno především proto, že jíst nechtějí, nikoli z důvodu absence chuti k jídlu. Jde tak o projev jejich narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Nemocný se úmyslně vyhýbá jídlům, která považuje z hlediska tloušťky za nebezpečná. Ke snížení váhy využívá laxativa, anorektika nebo diuretika, dochází také k nadměrnému cvičení a k provokování zvracení. Nemocní si stanoví velmi nízkou cílovou váhu, které chtějí dosáhnout. Jejich představa o vzhledu vlastního těla je zkreslená, přetrvává strach z tloušťky v podobě vtíravých myšlenek. U dívek a žen dochází ke ztrátě menstruace, u mužů ke ztrátě sexuálního zájmu a potence. Pokud dojde k začátku onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. (Krch et al., 2005)

Krch et al. (2005) uvádí, že anorexie bývá rozlišována na dva specifické typy, a to na tzv. restriktivní (nebulimický) typ, kdy u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, a dále na tzv. purgativní (bulimický) typ, kdy k naopak k opakovaným záchvatům přejídání dochází.

V MKN-10 pod kódem F50.0 nalezneme následující definici mentální anorexie:

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloušťnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládací myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.“

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je dle Krcha (2003) charakterizována jako porucha projevující se opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou spojeny s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Ta zahrnuje jednak vyvolané zvracení, ale také zneužívání projímadel a léků na odvodnění, opakující se hladovky a nadměrné cvičení. Pro nemocné je dále charakteristické sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti. Dochází k opakovaným epizodám přejídání, kdy nemocný zkonzumuje velké množství jídla. Doprovází jej neodolatelná touha po jídle, které je středem jeho zájmu. Zároveň trpí pocitem přílišné tloušťky a má neodbytné obavy z tloustnutí. (Krch et al., 2005)

Porucha bývá rozlišována na dva specifické typy, a to purgativní typ, kdy nemocný pravidelně zvrací, zneužívá laxativa a diuretika a nepurgativní typ, kdy používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, nikoli však pravidelné purgativní metody. (Krch et al., 2005)

V MKN-10 pod kódem F50.2 nalezneme následující definici mentální bulimie:

„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie, trvající od několika měsíců po několik let.

1.3 Psychogenní přejídání

Pro tuto poruchu je charakteristické neustálé zabývání se jídlem, bažení po jídle (craving), které lze přirovnat k touze po drogách a přejídání „binge eating“ jako u bulimických pacientů s trýznivým pocitem ztráty kontroly po přejedení (Papežová et al., 2010). Diagnostický manuál duševních poruch (dále jen „DSM – V“) uvádí, že množství jídla sněženého během jednoho záchvatu dosahuje dvojnásobku běžného denního příjmu

(1 500-4 500 kcal). Záchvatu předchází craving, přičemž následný záchvat je doprovázen pocitem ztráty kontroly. I přes enormní množství zkonsumovaného jídla se u pacientů neprojevují symptomy onemocnění v podobě eliminačních metod, které by bránily přírůstku hmotnosti. Až 63 % pacientů s psychogenním přejídáním trpí obezitou, která nejenže zhoršuje somatický stav nemocných, ale přispívá i k větší psychické nepohodě a nadměrnému zájmu pacientů o jejich tělesnou hmotnost a tělo. (Jaššová et al., 2020) V MKN-10 nalezneme psychogenní přejídání pod pojmem Přejídání spojené s psychologickými poruchami (F 50.4), definované jako „prejídání způsobené stresujícími událostmi, jako úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně.“ Toto vymezení je z pohledu současných poznatků a ve srovnání s DSM-V nedostatečné, jelikož nezahrnuje další charakteristiky, jimiž se toto duševní onemocnění vyznačuje.

1.4 Nespecifické formy poruch příjmu potravy

Kromě výše uvedených nejznámějších forem PPP existují také další, méně známé formy tohoto onemocnění, jejichž zdravotní rizika však nejsou o nic méně závažná.

Ševčíková et al. (2021) hovoří o ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Ortorexie bývá dle Ševčíkové et al. (2021) popisována jako patologická posedlost zdravým stravováním. Lidé trpící touto poruchou striktně dodržují zásady zdravého stravování, které zahrnuje jednak restrikcí mnoha druhů potravin, jednak také snížení množství přijímané potravy. Pokud dojde k porušení zásad zdravého stravování, dostavuje se deprese a snížení pocitu vlastní hodnoty. Stravování představuje pro osoby s touto poruchou smysl života, staví na něm svoji vlastní hodnotu. Ševčíková et al. (2021, dle Pavlíčková, 2010) poukazuje na rizika dnešní doby, kdy je zdravý životní styl vyzdvihován a kladně ceněn společností a jedinci trpící touto poruchou tak mohou být ve svém škodlivém jednání posilováni.

Bigorexie je další z forem méně častých PPP. Dle Ševčíkové et al. (2021) bývá někdy nazývána Adonisovým komplexem nebo svalovou dysmorfii a potýkají se s ním nejčastěji muži. Ševčíková et al. (2021) dále uvádí, že některé příznaky v podobě zkresleného vnímání vlastního těla, excesivního cvičení, abnormálních jídelních návyků a obsedantního myšlení ohledně vlastního těla mají shodné rysy s mentální anorexií

a stejně tak mohou vést k obdobným potížím, jimiž jsou například sociální izolace, zúžení zájmů na oblast stravování a narušení mezilidských vztahů.

Drunkorexie je dle Ševčíkové et al. (2021) nově popsáný fenomén, vyskytující se především u mladých lidí. Spočívá dle Ševčíkové et al. (2021) ve snižování příjmu potravy přes den, po němž následuje večerní konzumace alkoholu. Cílem tohoto jednání je snížit energetický příjem z jídla tak, aby mohl být navýšen příjem kalorií z alkoholu. Projevuje se někdy také excesivním cvičením a prováděním čistících procedur před nebo po požití alkoholu. Jedním z mnoha významných zdravotních rizik tohoto chování je rychlé opití, zvracení nebo otrava alkoholem v důsledku pití alkoholu na lačný žaludek. (Ševčíková et al., 2021)

1.5 Komorbidita PPP s užíváním návykových látek

Chládková a Miovský (2017) popisují komorbiditu jakožto závažný psychiatrický problém, který je definován jako výskyt více diagnóz u jedné osoby. Ve své studii uvádějí, že závislost na návykových látkách a PPP mají podobnou etiologii a jsou spolu úzce spjaty. Zabývají se tím, zda existuje souvislost mezi určitým typem PPP a preferencí určité drogy a také zda je pro některou z PPP typické užívání alkoholu. Kladou si kromě jiného za cíl upozornit na vzrůstající četnost výskytu komorbidit PPP a užívání návykových látek. Poukazují na to, že komorbidita výrazně zhoršuje prognózu a průběh onemocnění, odhalení komorbidit je pro proces léčby zásadní.

Chládková a Miovský (2017) uvádějí, že kombinace PPP a závislosti na alkoholu a drogách bývá poměrně častým jevem. Z výzkumů vyplývá, že užívání alkoholu a návykových látek je častější u žen trpících mentální bulimií, závislostní chování lze pozorovat u 30-37 % bulimických pacientek, a to především jako následek PPP. Další porucha, u které se vyskytují potíže s alkoholem, je psychogenní přejídání. Dle Chládkové a Miovského (2017) pacientky s mentální anorexií nejčastěji zneužívají látky podporující hubnutí. Výsledky jejich studie dále ukázaly, že mnoho žen, které se léčí s PPP, má zkušenosti s užíváním nějaké návykové látky nebo je na užívání návykové látky, alkoholu nebo léků přímo závislá. (Chládková & Miovský, 2017)

2 Vliv pandemie COVID-19 na vznik a průběh poruchy příjmu potravy

2.1 Dopady karanténních opatření na duševní zdraví populace

Uhlíř (2021) ve svém odborném článku věnovaném vlivu pandemie COVID-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů hovoří o závěru zahraničních studií, který prokázal, že karanténa vede ke zvýšenému riziku akutní i posttraumatické stresové poruchy, zvýšené prevalenci depresivních, úzkostných poruch a nespavosti. Dle Uhlíře (2021) se na výše uvedeném významně podílela také nižší dostupnost zdravotních služeb a nedostupnost služby školního psychologa. Uhlíř (2021) poukazuje na data prokazující nárůst symptomatiky depresí a úzkostných projevů, a to téměř o dvojnásobek – během pandemie se navýšila prevalence klinicky významně zvýšených symptomů deprese z původních 12,9 % na 25,2 %. Pokud jde o symptomy úzkostných poruch, pak data ukazují na nárůst z původních 11,6 % na 20,5 % během pandemie. U PPP je nejčastěji popisováno zhoršení symptomů, zvýšený počet relapsů a příjmů dětských a adolescentních pacientů s mentální anorexií. (Uhlíř, 2021)

Uhlíř (2021) uvádí, že pokud jde o zhoršení symptomů mentální anorexie v celkové populaci, pak je v souvislosti s pandemií zmiňováno především zabývání se vlastní postavou a jídlem a dále myšlenkami na cvičení. U některých pacientů také došlo ke snížení motivace k další léčbě PPP. Vedle klasických symptomů PPP se dle Uhlíře (2021) u pacientů zhoršily i komorbidní projevy, a to deprese u 73 % a úzkosti u 77 %. Výše uvedené zhoršení symptomatiky je přičítáno především sociální izolaci, významným změnám v režimu (jídelním i jiným) a zvýšené míře stresu. (Uhlíř, 2021)

Uhlíř (2021) však také uvádí, že u 16 % pacientů z celkové populace léčených pro PPP došlo ke zlepšení poruchy během pandemie. To je připisováno zmenšení míry stresu ze školního prostředí a také zlepšení možnosti kontroly pravidelnosti v jídelním chování. (Uhlíř, 2021)

Dopady pandemie COVID-19 na vývoj a léčbu PPP se zabývají i Koutek a Kocourková (2021). Kromě vlivu působení zvýšeného napětí v rodinách poukazují také na dopady v podobě úplného rozvratu jídelního režimu a omezení fyzických aktivit, které často

vedlo k obavě z nadváhy a následnému omezení příjmu potravy. Dle Koutka a Kocourkové (2021) došlo mnohdy v těchto případech k rozvoji mentální anorexie, popřípadě k jejímu zhoršení u pacientek, které byly pro toto onemocnění léčeny. Vytržení dětí a dospívajících z jejich běžného režimu v podobě izolace od školního kolektivu, trávení času u počítače na on-line výuce a nemožnost navštěvovat zájmové aktivity včetně sportovního tréninku má za následek snížení pohybové aktivity. Dochází tak k tomu, že dívky zvyklé na pravidelnou sportovní aktivitu trpí obavami z nárůstu hmotnosti. (Koutek & Kocourková, 2021)

Karanténní opatření měla zásadní dopad i na poskytování zdravotnické péče. Možnosti péče v ambulancích, stacionářích i v nemocnicích byly omezeny. Koutek a Kocourková (2021) uvádějí, že snížená dostupnost ambulantních služeb zamezila možnost prvního kontaktu s pacienty s PPP, u nichž porucha propukla, a dále též u těch, u nichž byla již delší dobu léčena. Koutek a Kocourková (2021) dále hovoří o své klinické zkušenosti dětských psychiatrů, kteří zaznamenali negativní dopady karanténních opatření na pacienty. Docházelo jak ke zhoršení stavu pacientů a jejich pozdějším hospitalizacím, tak k nežádoucím změnám v léčebném režimu u již hospitalizovaných pacientů. Dle Koutka a Kocourkové (2021) nemohl být specifický režim účinně uplatňovaný pro motivaci pacientek v průběhu léčby mentální anorexie spočívající v umožňování vycházek a propustek do domácího prostředí uplatňován. Kontakt s rodinnými příslušníky a možnost vyzkoušet schopnost pacientek dodržovat pravidelný jídelní režim v domácím prostředí tak byly znemožněny, což omezovalo terapeutické možnosti zdravotnického personálu. (Koutek & Kocourková, 2021)

2.2 Význam stresu při vzniku PPP

V souvislosti s pandemií je třeba obecně zmínit význam stresu a jeho vlivu na vznik patologií u člověka, resp. PPP. Krch et al. (2005) popisuje události související s narušením rodinných nebo sociálních vztahů nebo léčbu z nějakých zdravotních příčin jakožto stresující události, které mohou mít vliv na vznik PPP. Papežová (2004) hovoří také o klinických poznatcích zahraničních autorů, které dokázaly, že vzniku anorexie i bulimie předchází stresová životní událost. Nejčastěji bývá popisována ztráta

významného pouta v rodině, změny ve vztahu k vrstevníkům nebo ve společenském postavení, u jedné pětiny pak sexuální problematika. Papežová (2004) cituje názor jiných autorů, dle jejichž názoru sice PPP vznikají reakcí na relativně vysokou hladinu stresu, ale specifickým rizikovým faktorem jsou spíše adaptační mechanismy. Významně působí také stres ve škole, který může navodit úplně nově touhu ztratit váhu i u skupiny studentek středních škol, u nichž se tyto potíže nikdy dříve nevyskytovaly. Papežová (2004) dále uvádí, že stres navozuje změnu jídelního chování i u zdravých dospělých, ale reakce se liší u žen a mužů. Ženy častěji udávají při stresu neschopnost udržet kontrolu nad vlastními pravidly, týkajícími se jídelního chování. Dle Papežové (2004) je etiopatogeneze PPP považována za biopsychosociální proces a psychosociální faktory tak nelze redukovat pouze na reakci na stres, významnou roli hrají další faktory jako jsou adaptační mechanismy, sebehodnocení jedince, osobnostní rysy, schopnost a potřeba kontroly a úroveň sociální podpory. (Papežová, 2004)

Papežová (2010) uvádí závěry opakovaných výzkumů, které prokázaly, že onemocnění mentální anorexií předcházejí vleklé problémy v rodině zahrnující například nepřiměřený tlak na výkon pacientek, dále nepřiměřené oslovování témat souvisejících se sexualitou a také chronický nesoulad mezi rodiči nebo chronické onemocnění některého z nich, narušující rodinné fungování. Pacientky s mentální anorexií zažily rok před propuknutím onemocnění chronické problémy se sourozencem, přičemž jejich onemocnění by mohlo být interpretováno jako snaha o získání pozornosti rodičů. Dle Krcha et al. (2005) jsou životní situace a události často považovány za predisponující nebo spouštěcí faktory PPP. V souvislosti s tím upozorňuje na problematičnost posouzení validity výzkumných závěrů, které považují životní událost za spouštěč PPP u pacienta, jelikož se data zakládají především na subjektivním pocitu pacienta a jeho okolí. Krch et al. (2005) dále uvádí závěry studie, která prokázala, že stresující událost v období osmnácti měsíců před začátkem poruchy se vyskytovala u pacientek s mentální anorexií s bulimickými příznaky. Do souvislosti s rozvojem poruchy dávaly stresující událost v podobě problémů s vrstevníky a odmítnutí vrstevníky nebo problémy mezi rodiči a s rodiči. Krch et al. (2005) popisuje závěry další studie, která prokázala, že určité životní události mohou hrát roli jako faktory predisponující poruchu také u pacientek s mentální bulimií. Ty popisovaly životní událost v období jednoho roku před vypuknutím nemoci, přičemž

většinou šlo o události související s narušením rodinných nebo sociálních vztahů nebo léčbu z nějakých zdravotních příčin. (Krch et al., 2005)

3 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním poruchou příjmu potravy

3.1 Systém sociálních služeb poskytovaných osobám s PPP

Ševčíková et al. (2021) pojednává o sociální práci s osobami s PPP a o systému sociálních služeb v této oblasti. Dle Řezníčka je sociální práce obecně vnímána jako poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám a také komunitám (1994, dle Ševčíková et al., 2021). Je charakterizována jedinečností a komplexností, přičemž tato jedinečnost spočívá ve specifickém přístupu ke každému klientovi. Mahrová a Venglářová uvádějí, že se na řešení sociální situace klienta nahlíží komplexně, z hlediska psychologického, zdravotního, právního, ekonomického a pedagogického. (2008, dle Ševčíková et al., 2021). Dle Ševčíkové et al. (2021) jsou sociální služby specializované činnosti, zakotvené v Zákoně č. 1008/2006 Sb., o sociálních službách, který nabízí možnost pomoci a podpory osobám, které se vyskytnou v tíživé situaci. V tomto zákoně se hovoří o sociálně nepříznivé situaci, která může nastat z mnoha důvodů, jimiž jsou například nepříznivý zdravotní stav, nevhodné životní návyky aj. Tyto situace mohou vést k tomu, že člověk nedokáže svou situaci řešit tak, aby toto řešení bylo v souladu s jeho sociálním začleněním a chránilo jej před sociálním vyloučením. (Ševčíková et al., 2021) Hlavním účelem sociálních služeb je dle Řezníčka pomoci klientům najít svoji cestu v životě a pomoci jim fungovat tak, aby podpůrné služby buď vůbec nepotřebovali nebo je potřebovali pouze v nezbytné míře, která podporuje jejich samostatnost a soběstačnost. (1994, dle Ševčíková et al., 2021) Jak dále uvádí Ševčíková et al. (2021), sociální služby jsou poskytované skrze tři základní oblasti, a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Dle Ševčíkové et al. (2021) zahrnuje sociální poradenství dva druhy poradenství, a sice základní a odborné. Základní poradenství je podle zákona o sociálních službách poskytováno všemi poskytovateli sociálních služeb, odborné sociální poradenství pak

poskytují specializované sociální poradny, nabízejí praktické rady a podporu při hledání řešení sociální situace člověka a lze do něho začlenit i terapeutické činnosti, které mohou být zahrnuty do tzv. následné péče v různých oblastech sociální práce. (Ševčíková et al., 2021) Pokud jde o služby sociální péče, pak jsou dle Ševčíkové et al. (2021) zaměřeny na intenzivnější poskytování podpory a pomoci a podílejí se také na zajištění psychické a fyzické pomoci v co nejméně omezujícím prostředí.

Ševčíková et al. (2021) dále hovoří o službách sociální prevence. Uvádí, že se tyto služby soustředí na pomoc osobám, jimž hrozí sociální vyloučení. Mohou být poskytovány jak v ambulantní formě, tak ve formě terénní a pobytové v zařízení sociálních služeb. Dle Vondrky sem patří také služby následné péče, které se zaměřují na osoby s chronickou duševní poruchou nebo závislostí a napomáhají k jejich návratu do běžného života po ukončení léčby včetně prevence relapsu. (2008, dle Ševčíková et al., 2021)

V oblasti sociální práce s osobami s PPP lze dle Ševčíkové et al. (2021) využívat intervence v podobě sociální práce s jednotlivcem, skupinové sociální práce a sociální práce s rodinou. Zvláštní pozornost pak věnuje problematice následné péče. Uvádí, že léčba a uzdravování je v případě osob trpících PPP většinou dlouhodobější záležitostí, a to zejména v případě, kdy nemoc trvá dlouho. Z hlediska efektivity léčby je dle Ševčíkové et al. (2021) žádoucí zapojení odborné pomoci z oblasti zdravotní, psychologické, sociální a nutričně-terapeutické. U osob, které byly s PPP hospitalizovány v rámci akutní léčby, je po jejich propuštění nezbytné zapojení do následné péče a zaměření se na psychickou stabilizaci. (Ševčíková et. al., 2021)

Ševčíková et. al. (2021) poukazuje na to, že sociální služba, která by byla schopna zajistit výše uvedenou péči pro osoby s PPP, v ČR chyběla až do roku 2018, kdy Centrum Anabell z.ú. zahájilo realizaci projektu zaměřeného na následnou péči o tuto cílovou skupinu. Tato služba je v ČR svého druhu v současné době jediná. V rámci následné péče jsou zde s osobami s PPP realizovány individuální, skupinové a rodinné intervence. Klienti mohou využít např. individuálních konzultací, rodinné terapie, navštěvovat otevřenou nebo uzavřenou terapeutickou skupinu. V rámci následné péče v Centru Anabell z.ú. se pracovníci soustředí na několik oblastí práce s klienty s cílem napomoci klientům začlenit se zpět do společnosti. (Ševčíková et. al., 2021)

Ševčíková et al. (2021) uvádí, že prvním pilířem služby je prevence relapsu klientů. Spolupráce s klientem se soustředí na identifikaci spouštěčů, které vedou k opětovnému propuknutí nemoci a ke zhoršení psychického i fyzického stavu. Po nalezení takových spouštěčů se spolupráce soustředí na to, aby je klient dokázal sám včas rozeznat a byl schopen využít účinných zvládacích strategií, které klientovi pomohou zvládnout situaci, jsou-li spouštěči vystaveni. Důležitou roli hraje dle Ševčíkové et. al. (2021) také společné hledání podpůrných zdrojů v okolí klienta, které mu pomohou tíživou situací zvládnout, a poskytnutí bezpečného prostoru při spolupráci, který podporuje klienta v jeho motivaci na cestě k uzdravení. Dalším pilířem spolupráce je dle Ševčíkové et al. (2021) rozvíjení a udržení osobních, sociálních a pracovních schopností a dovedností klientů prostřednictvím využití široké palety sociálně terapeutických aktivit. Ševčíková et al. (2021) uvádí, že rozvíjení samostatnosti a schopnosti klienta rozpoznat jeho silné a slabé stránky, umět ocenit sebe sama i druhé a dokázat vyjádřit své potřeby a pocity jsou oblastí, na které se soustředí spolupráce s klientem. Třetí oblastí je nácvik sebepečce, a to ve stravování, oblékání a nakupování. Péče je nejčastěji zacílena na obnovu a rozšíření jídelníčku, práci s obavami spojenými se změnou stravovacích návyků a motivování ke spolupráci s nutričním terapeutem. Patří sem rovněž rozvíjení schopností klienta při organizaci denního harmonogramu tak, aby byla v zájmu klienta sladěna oblast stravování, práce nebo studia i volného času. (Ševčíková et. al., 2021)

3.1.1 Sociální poradenství v organizaci Centrum Anabell z. ú.

Nezisková organizace Centrum Anabell z. ú., je v současné době jediným poskytovatelem sociální služby odborného sociálního poradenství zaměřeného na PPP v ČR dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Provozuje poradnu pro osoby s PPP a jejich blízké v Brně, Praze a Ostravě, přičemž cílovou skupinou jsou osoby s PPP starší 12 let a dále pak jejich rodina a okruh osob blízkých v nepříznivé sociální situaci. Cílem služby je poskytnout klientům pomoc a podporu při řešení jejich nepříznivé sociální situace spojené s PPP, zejména zmírnění sociálních komplikací, zdravotních a psychických problémů souvisejících s PPP, podporu klienta v motivaci k vyhledání další péče a léčby a zajištění, aby měl klient dostatečný přehled o dostupných službách, které může využít. (zdroj <http://www.anabell.cz/>)

Součástí veškerých sociálních služeb v poradně Kontaktního centra Anabell Praha je poskytování základního sociálního poradenství, které zahrnuje následující činnosti: poskytnutí základních informací o možnostech řešení PPP a jejím předcházení, předávání informačních letáků a kontaktů na další odborníky, předání kontaktů na další odborníky a navázání zájemce o službu na další pomoc, objednávání zájemců do služeb kontaktního centra, informace o odborné literatuře týkající se PPP, informace o službách, které kontaktní centrum nabízí, a o službách návazných, informace ohledně jiné problematiky, než je PPP (sociální dávky, kontakty na protialkoholní léčbu aj). Služba dále zahrnuje odborné sociální poradenství. (zdroj <http://www.anabell.cz/>)

Odborné sociální poradenství je poskytováno bezplatně a probíhá formou individuálního nebo skupinového (rodinného) sezení se sociálním pracovníkem, přičemž kontakt klienta se sociálním pracovníkem může být jednorázový nebo opakovaný. Poradenství je poskytováno také e-mailem, telefonicky a prostřednictvím Skype. (zdroj <http://www.anabell.cz/>)

V rámci odborného sociálního poradenství jsou poskytovány následující činnosti:

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Tato služba zahrnuje např. předání informací klientovi o ambulantní a pobytové léčbě PPP, předání kontaktu na psychology a psychiatry, nutriční terapeuty a další odborníky, edukace o PPP aj.

- Sociálně terapeutické činnosti

Jedná se o pomoc a podporu klientovi v komunikaci s přáteli, rodinou a blízkými osobami, o podporu v sestavení pravidelného a vyváženého jídelního režimu, podporu samostatného kontaktování nutričních terapeutů či psychoterapeutů apod.

- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Jedná se např. o doprovod klienta k dalším odborníkům (k psychiatrovi, psychologovi, na pohovor k hospitalizaci, nutričnímu poradci, lékaři apod. a podpora klienta v jeho přirozeném prostředí (např. podpora při ukončení hospitalizace). (zdroj <http://www.anabell.cz/>)

3.1.2 Linka Anabell

Linka Anabell je telefonická krizová linka pro všechny osoby v náročné životní situaci, která se primárně zaměřuje na problematiku PPP. Jejím posláním je poskytnout volajícímu prostor pro sdílení problémů a vyjádření pocitů, podporu při hledání možností řešení náročné situace, předat nezbytné informace a kontakty a podpořit ho, aby zvládl vyřešit situaci vlastními silami. Linku mohou využít osoby z celé ČR bez omezení věku, s PPP a osoby jim blízké (rodiče, partneři aj.), které se ocitly v náročné životní situaci a dále také ti, kteří se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné náročné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Cílem služby je zmírnění napětí volajícího, který sdílí svůj problém a projevuje své emoce, dále nasměrování volajícího, který je nastavený k řešení své náročné situace, k využití možností zdrojů podpory a dále též edukace volajícího o projevech, následcích a rizicích PPP a možnostech léčby. Volající může vystupovat zcela anonymně a sděluje pouze takové informace, které pracovníkovi linky sám sdělit chce. Mezi zásady poskytování telefonické krizové pomoci patří anonymita a důvěrnost, respektující a individuální přístup, podpora k aktivnímu a samostatnému řešení vlastní individuální situace a ochrana života. (zdroj <http://www.anabell.cz/>)

3.2 Multidisciplinarita v léčbě poruch příjmu potravy

3.2.1 Vznik multidisciplinárních týmů v ambulantní péči o osoby s PPP v České republice

Starostková (2018) poukazuje na současnou situaci v oblasti ambulantní péče o klienty s duševním onemocněním PPP, kdy jak zdravotní, tak sociální služby poskytované klientům s výše uvedeným onemocněním nemají jednotnou koncepci nehledě na chybějící legislativní vymezení sociálně-zdravotní péče. Dle Starostkové (2018) v současné době neexistuje specializovaná ambulantní síť pro léčbu PPP, která by stavěla na spolupráci zdravotní a sociální péče a která by zároveň vycházela z modelu biopsychosociálního pojetí. Ten zahrnuje širokou škálu potřeb klienta, které je třeba v rámci péče uspokojit, čehož nelze dosáhnout jinak, než za předpokladu propojení

zdravotní a sociální sféry. Starostková (2018) uvádí, že jako vhodné řešení se jeví sestavení multidisciplinárních týmů pro pomoc lidem s PPP v ambulantním prostředí. Autorka uvádí příklady takovýchto týmů ze zahraničí, jako je Rakouská společnost pro poruchy příjmu potravy (ASED), Německá společnost pro poruchy příjmu potravy (DGESS), Irská asociace poruch příjmu potravy (BODYWHYSS), dále Norská společnost pro poruchy příjmu potravy, Akademie pro poruchy příjmu potravy Austrálie a Nového Zélandu (ANZAED) nebo organizace Montrose Manor v Kapském Městě v Jihoafrické republice. Dle Starostkové (2018) je společným jmenovatelem uvedených organizací působení jejich odborníků v rámci multidisciplinárních týmů, které v různých modifikacích vycházejí z potřeby propojení spolupráce různých odborníků, a to jak v oblasti prevence, výzkumu a vzdělávání dalších odborníků, tak léčby klientů.

Pokud jde o vznik multidisciplinárních týmů v ambulantním prostředí v České republice, pak Starostková (2018) uvádí, že inspirací pro ně byla již fungující týmová spolupráce v rámci hospitalizace. Jako příklad multidisciplinárního přístupu k léčbě PPP v ambulantní sféře pak zmiňuje ambulantní zařízení Denní stacionář pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK, kde se klientům s PPP věnuje multidisciplinární tým specialistů. V souvislosti s multidisciplinárním přístupem Starostková (2018) poukazuje na důležitost využití case managementu, který si klade za cíl efektivně koordinovat služby, které jsou klientovi poskytovány.

3.2.2 Multidisciplinarita v Centrum Anabell, z.ú.

Slezáková a Ševčíková (2021) charakterizují multidisciplinaritu jako „úzkou, funkční spolupráci a aktivní participaci všech těch, kteří svou profesí či blízkostí k osobě s poruchou příjmu potravy či jinou duševní obtíží jsou pro něj užiteční a důležití, všichni společně hledají cesty k řešení a řídí se společnými zásadami“ (s. 38). Členové multidisciplinárního týmu pracují s klientem i v rámci individuálních konzultací, jejichž prostřednictvím posilují práci multidisciplinárního týmu a zaměřují se na oblasti, které jsou předmětem jejich odbornosti a v nichž podporují klienta v osvojení potřebných dovedností a získání samostatnosti. (Slezáková & Ševčíková, 2021)

Dle Slezákové a Ševčíkové (2021) je multidisciplinarita charakterizována principem práce založeném na setkávání klienta s odborníky v jednom čase na jednom místě se záměrem podpořit klienta v jeho soběstačnosti, ve vlastním zvládnání obtíží a pomoci mu v jeho nepříznivé situaci. Slezáková a Ševčíková (2021) uvádějí, že je tento přístup aplikován nejen při práci s klienty s PPP, ale i při práci s rodinami s dětmi s PPP a s jinými duševními obtížemi v Centru Anabell, z.ú. Multidisciplinární přístup se řídí několika následujícími principy: princip dialogismu, princip recovery, princip posilování resilience a princip zkompetentňování klientů. (Slezáková & Ševčíková, 2021)

Princip dialogismu obnáší hledání společného jazyka nejen v síti klienta, ale i směrem k odborníkům. Princip recovery představuje pro klienta cestu, jak vést plnohodnotný a smysluplný život i přes omezení, která mu přináší duševní onemocnění. Princip posilování resilience znamená posilování odolnosti klienta při vzdorování nepříznivým situacím, které se pojí s duševním onemocněním. Princip zkompetentňování pak směřuje k posilování klienta ve zvládnání různých životních situací vlastními silami (Slezáková & Ševčíková, 2021)

3.2.3 Multidisciplinární tým pro léčbu klientů s poruchou příjmu potravy v Kontaktním Centru Anabell Praha

V následujícím textu bych ráda uvedla charakteristiku jednotlivých členů multidisciplinárního týmu ve výše uvedené organizaci se zvláštním zřetelem na jejich specifika a roli v kontextu péče o osoby s PPP. Popis jednotlivých pozic doplňuji o poznatky z odborné literatury.

3.2.3.1 Case manager

Stuchlík (2001) uvádí, že case management bývá někdy v českém prostředí překládán jakožto případové vedení a lze mu přisoudit rysy metody i nástroje. V angloamerické literatuře je v poslední době nahrazován termínem asertivní komunitní přístup nebo asertivní komunitní léčba, které dle Stuchlíka (2001) lépe vystihují podstatu služeb poskytovaných klientovi.

Dle Stuchlíka (2001) je case manager klíčovou osobou nejen pro klienta, ale i pro celý systém poskytování péče. Koordinuje práci týmu, nese zodpovědnost za vytvoření, aktualizaci a realizaci plánu péče. V některých modelech je také tím, kdo rozhoduje o rozdělení finančních prostředků v rámci systému. Základními prvky case managementu jsou: (Stuchlík, 2001)

- 1) Přehled o potřebách a schopnostech klienta
- 2) Plánování péče (plán obsahuje jasně definované cíle)
- 3) Uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
- 4) Monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
- 5) Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Role case managera se dle Stuchlíka (2001) může lišit v závislosti na typu modelu poskytování péče, kdy může fungovat také jako osoba, která klienty vyhledává a kontaktuje, terapeut či poradce, osoba, která hájí zájmy klienta (obhájce), zprostředkovatel služeb poskytovaných někým dalším, nákupčí služeb potřebných pro konkrétního klienta. Nejčastěji dochází ke kombinaci několika těchto rolí.

Multidisciplinární přístup při práci s klientem s PPP je v ambulantní péči aplikován v rámci projektů realizovaných neziskovou organizací Centrum Anabell, z. ú. Prostřednictvím multidisciplinárního týmu sestávajícího z různých odborníků (např. case manager, psychoterapeut, nutriční terapeut, adiktolog, psycholog, peer konzultant aj.) je poskytována komplexní péče klientům s PPP, přičemž důraz je kladen zejména na individuální potřeby daného klienta s cílem poskytnout mu takovou péči a podporu, kterou aktuálně potřebuje. Při mapování potřeb klienta je brán v potaz především cíl, kterého si klient přeje v rámci spolupráce dosáhnout, od něhož se také odvíjí charakter spolupráce klienta se členy týmu a také vzájemná koordinace těchto členů. V návaznosti na shora uvedenou charakteristiku role case managera dle Stuchlíka (2001) lze case managera v tomto případě popsat jakožto osobu vykonávající každou z činností, které byly popsány výše (viz bod 1) – 5).

3.2.3.2 Peer konzultant

Podle Foitové et al. (2014) lze slovem peer označit v oblasti duševního zdraví osoby, které mají zkušenost s duševním onemocněním. Dále uvádí, že peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje. V sociálních službách zaměřených na péči o duševně nemocné může dle Foitové et al. (2014) peer konzultant zastávat trojí roli v závislosti na tom, zda jde o vztah peer konzultant-klient, peer konzultant-rodina (popř. širší sociální okolí klienta), peer konzultant-tým.

Foitová et al. (2014) dále uvádí, že při své práci s klientem sdílí peer konzultant svoji zkušenost se zotavením pomocí sdílení vlastního osobního příběhu, jehož pomocí dodává klientovi naději, motivaci a podporu. Zároveň se snaží hledat a zdůrazňovat spolu s klientem jeho silné stránky, poskytuje mu podporu v nezávislosti a v samostatném rozhodování, a zároveň klienta podněcuje k samostatnému rozhodování a k přijetí vlastní zodpovědnosti na cestě k zotavení. Náplní své práce není dle Foitové et al. (2014) peer konzultant sociální pracovník, nedoporučuje se, aby se zapojoval do krizové intervence klientovi, vytvářel individuální plán nebo uzavíral s klientem smlouvu o službách. Pracuje-li s rodinnými příslušníky, pak se je snaží motivovat ke spolupráci a vysvětlit zkušenost s nemocí z pohledu nemocného. Podporuje zúčastněné v tom, že je zde naděje ke zlepšení. (Foitová et al., 2014)

Foitová et al. (2014) dále charakterizuje roli peer konzultanta v týmu: do spolupráce s ostatními členy vnáší vlastní úhel pohledu člověka se zkušeností s duševním onemocněním. Jeho účast na intervizích, supervizích a poradách přináší týmu významné podněty a zároveň členy týmu utvrzuje v tom, že vyléčení z duševní nemoci je možné a jejich práce tedy má smysl.

V souvislosti s rolí peer konzultanta nelze opomenout pojem osobního zotavení (recovery), který je dle Foitové et al. (2014) užíván v nepsychiatrických profesích. Je chápán jako „cesta, životní postoj, přesvědčení, víra, je to objevování životní pohody a lásky k životu i se symptomy a občasným zhoršením stavu. Rehabilitační a další služby zotavení pouze pomáhají, jeho aktérem je však samotný uživatel“ (s. 12). Proces zotavení je u každého účastníka jedinečným procesem a má tedy rozdílný výsledek. Jako základní

atributy osobního zotavení uvádí Foitová et al. (2014) naději (důvěra, že bude lépe), zplnomocnění (zvládnou to sám, rozhodnu to sám), zodpovědnost (nesení rizik, učení se z chyb, mám život ve svých rukou), smysluplnou životní roli (normální životní role nesouvisející s onemocněním). Peer konzultant by měl člověku především naslouchat, nevystavovat jej tlaku a nechat jej, aby o sobě rozhodoval sám.

Foitová et al. (2014) dále uvádí, že je schopnost zotavení pro samotného peer konzultanta zcela stěžejní, jelikož on sám se musí nejprve zotavit, aby mohl dopomoci k zotavení jiným. To však neznamená, že nedochází k situacím, kdy sám peer konzultant pocítí při práci s klientem, že mu není dobře a že v některé oblasti na tom není tak dobře jako klient, se kterým pracuje. (Foitová et al, 2014)

Výše uvedené informace se týkají obecné charakteristiky role peer konzultanta, jak je chápán v dostupné odborné literatuře. Nyní bych se však ráda ve stručnosti zaměřila na roli peer konzultanta v multidisciplinárním týmu pro léčbu PPP, jak byla zastoupena v jednom z projektů organizace Centrum Anabell, z.ú., realizovaném v době zpracování této diplomové práce. Po úvodním setkání case managera s klientem, na kterém společně uzavírají dohodu o poskytování služby a klient vyjadřuje svá očekávání od spolupráce, předává case manager klientovi kontakt na peer konzultanta, s nimž se klient sám následně domlouvá na osobní schůzce. Peer konzultant je tak prvním odborníkem multidisciplinárního týmu, se kterým klient po úvodním setkání s case managerem přichází do kontaktu. Následující spolupráce probíhá formou osobního setkávání, přičemž po uplynutí několika setkání je realizováno společné setkání case managera, peer konzultanta a klienta, na němž probíhá zhodnocení dosavadní spolupráce, vyhodnocení naplňování cílů, kterých si přeje klient během spolupráce dosáhnout. Na setkání je také věnován prostor zmapování aktuálních potřeb klienta a možností, které se klientovi v rámci multidisciplinárního týmu v závislosti na jeho potřeby nabízejí.

3.2.3.3 Adiktolog

Hindová a Lososová (2020) se ve své studii zabývají možnostmi uplatnění profese adiktologa ve službách specializovaných na léčbu PPP. Kalina a Minařík poukazují na existenci duálních diagnóz, které byly definovány jako souběh poruchy užívání

návykových látek a jiné psychické poruchy a které nejsou v oblasti adiktologie ničím novým (2015, dle Hindová a Lososová, 2020). Hindová a Lososová (2020) citují závěry zahraničních studií, které hovoří o tom, že mezi osobami s adiktologickou poruchou je současně přítomna PPP ve více než 35 % v porovnání s 1-3 % prevalencí v obecné populaci. Chládková uvádí, že PPP jsou častou komorbiditou užívání návykových látek. Rysy závislostního chování lze pozorovat až u 30-37 % bulimických pacientek, u kterých je pravděpodobnost rozvoje závislosti na návykových látkách včetně alkoholu až 7 x vyšší než u anorektických. (2017, dle Hindová & Lososová, 2020)

Hindová a Lososová (2020) ve své práci poukazují na podobnost symptomů PPP a poruch závislostních. Pomocí diagnostických kritérií chtějí získat opěrné body pro tvrzení, že PPP vykazují návykové rysy, z čehož by následně vyplývala možnost uplatnění adiktologa v systému léčby PPP. Adiktolog se dle jejich názoru zaměřuje na prevenci, diagnostiku a léčbu závislosti, ale také na edukaci dalších odborníků. Dle Miovského je adiktolog generickým odborníkem, který integruje terapeutické dovednosti s dovednostmi v oblasti prevence a harm reduction, který má v ČR unikátní postavení odborníka kompetentního k samostatnému výkonu povolání ve zdravotnictví. (2018, dle Hindová a Lososová, 2020). Podle Hindové a Lososové (2020) je adiktolog také odborníkem, jehož záběr se nesoustředí pouze na oblast závislosti, ale také tím, kdo má multidisciplinární pohled na problematiku duševního zdraví a s klientem dokáže pracovat komplexně, aniž by přihlížel pouze k jeho diagnóze. Využití adiktologa v oblasti léčby PPP by mohla spočívat v provádění prevence a poskytování poradenství v oblastech zdravého způsobu života, škodlivých návyků a rizikového chování, čímž by se přispělo k fungování modelu integrované péče a zároveň by se dalo zamezit předáváním klienta do dalších služeb mimo zařízení. (Hindová & Lososová, 2020)

Hindová a Lososová (2020) dále poukazují na MKN – 10, která využívá pro stanovení diagnózy závislosti jedince na psychoaktivních látkách několik kritérií, týkajících se projevů chování jedince ve vztahu k psychoaktivní látce. Tyto projevy se týkají např. míry touhy jedince po užití dané látky, jeho zaujetím užíváním této látky na úkor ostatních zájmů, vynaložení času potřebného k získání psychoaktivní látky a ke zotavení se z jejích účinků, potíží v kontrole jejího užívání a pokračování v jejím užívání navzdory vědomí toho, že její účinky jsou pro jedince škodlivé aj. Hindová a Lososová (2020) dále uvádějí, že kromě fyzických závislostí, tedy závislostí na návykových substancích, se vyskytují

také závislosti behaviorální, které se vyznačují prvky závislostního chování ve vztahu k některým aktivitám. Lze je charakterizovat opakujícím se vzorcem chování zvyšujícím riziko zdravotních, sociálních nebo jiných problémů. Takové chování je doprovázeno pocitem ztráty kontroly a neúspěchem při snaze jej zastavit, následně pak pocitem krátkodobého uspokojení a dopadu škodlivých účinků na jedince. (Hindová & Lososová, 2020)

Hindová a Lososová (2020) poukazují na shodné rysy závislostního chování s PPP. U člověka trpícího PPP podobně jako u lidí se závislostním chováním dochází k jeho postupné izolaci od sociálního okolí, uzpůsobení denního režimu PPP, zacyklení se v koloběhu chování zaměřeného na manipulaci s jídlem a myšlenky o něm, setrvávání v daném stavu i přes vědomí škodlivých účinků jak na fyzický, tak na psychický stav daného jedince a přítomnost „odměny“ v podobě úlevy, která se dostaví při praktikování některých naučených způsobů chování z okruhu PPP. Hindová a Lososová (2020) uvádějí, že pro vymanění se z poruchy je v případě obou popisovaných skupin společná nezbytnost komplexní změny životního stylu s důrazem na změnu postoje daného člověka k návykové láce nebo k jídlu. Docházejí na základě provedeného výzkumu k závěru, že adiktolog by byl přínosem i při léčbě osob s PPP. Vzhledem ke své odbornosti je totiž kompetentní provádět úkony v oblasti prevence a léčby závislostního chování a není omezen pouze na tradiční oblast zneužívání návykových látek. Díky odbornosti vyplývající ze znalostí a dovedností, z nichž studium oboru adiktologie sestává, je absolvent bakalářského programu tohoto oboru oprávněn k poskytování základního sociálního poradenství. Adiktolog by se dle autorek mohl v zařízení pro léčbu PPP mohl zaměřit na provádění prevence a poradenství v oblastech zdravého způsobu života, škodlivých návyků a rizikového chování. (Hindová & Lososová, 2020)

V návaznosti na svůj záměr popsat složení multidisciplinárního týmu zaměřeného na podporu lidí s onemocněním PPP bych ráda uvedla, že v současné době je jeho členem i adiktolog. Jeho role, tak jak je využívána v praxi v současné době, spočívá v odborné práci s klienty potýkajícími se s duální diagnózou, tedy s PPP a s látkovou závislostí. Přestože těchto klientů v dané službě není převaha, i tak je jeho přítomnost v týmu velmi přínosná, a to i s ohledem na specifickou odbornost přinášející další úhel pohledu nejen pro klienty, ale i pracovníky při práci v multidisciplinárním týmu.

V souvislosti s popisovanými shodnými rysy PPP a závislostního chování uvádím také stanovisko, jež zastává Röhr (2015), který se kromě látkových závislostí ve svém díle zabývá i závislostmi nelátkovými, mezi něž řadí např. workoholismus, chorobnou závislost na jídle, mentální anorexii, gamblerství, chorobnou závislost na internetu, sportu a nakupování. Podle autora se při nelátkových závislostech aktivují v těle látky, které jsou mu vlastní: adrenalin, endorfiny, amfetaminy aj. Právě jejich absence v důsledku odnětí závislého chování vyvolává „abstinenční příznaky“, podobné jako u látkových závislostí. Mezi nejčastější nelátkové závislosti řadí závislost na práci a na jídle. (Röhr, 2015)

V souvislosti s chorobnou závislostí na jídle popisuje Röhr (2015) čtyři funkce jídla: výživa těla, poskytování slasti a požitku, kulturu jídla (společné stolování v rodině aj.) a jídlo jako utišující prostředek. Právě tato čtvrtá funkce souvisí s popisovaným problémem – lidé se mohou jídlem uklidňovat a utěšovat. Röhr (2015) hovoří o binge-eating, excesivním příjmu potravy s cílem dosáhnout určitého otupení pomocí jídla jakožto omamného prostředku. Když se jídlo stává především návykovou látkou, objevují se typické příznaky závislosti na jídle. Uvádí také zajímavý fakt, že od závislosti na jídle se lidé často dostávají k závislosti na návykových látkách. Röhr (2015) dále uvádí znaky závislosti na jídle: silné pocity viny, stálé myšlenky na jídlo- jídlo se stává hlavním životním tématem a jeho úvahy se stále točí jen kolem opatrování potravy, vytrácení pocitu sytosti, ztráta radosti ze života, která může vést k hluboké depresi a sebevražedným myšlenkám a úplné ztrátě pocitu vlastní hodnoty, konzumace chemických pomocníků v podobě užívání laxativ a anorektik s cílem zastavit nabývání tělesné váhy, drog a alkoholu, léků, zvracení (bulimie). (Röhr, 2015)

Dle Röhra (2015) je jednou ze závislostí také mentální anorexie, kdy se hladovění stává chorobným návykem. Excesivní hladovění zapůsobí tak, že tělo vyprodukuje hormony s povzbuzujícími účinky, aby člověk zůstal výkonný, tímto je přirovnatelné k závislosti na amfetaminech. Takové hladovění u některých lidí vyvolává opojení z hladu, které je dobře známo i lidem, kteří se aktivně postí, a vydrží tedy první fázi hladovění. (Röhr, 2015)

3.2.3.4 Nutriční terapeut

Ozier et al. (2011) uvádí názor Americké dietetické asociace, dle kterého je nutriční poradenství nezbytnou součástí týmové léčby pacientů s mentální anorexií, mentální bulimií a dalšími PPP. Zmiňuje také důležitost multidisciplinárního přístupu k lidem s PPP a důležitost nutričního poradenství i v oblasti prevence PPP. Autoři uvádějí, že nutriční terapeut může být prvním odborníkem vůbec, kterého člověk s PPP vyhledá. Kromě odborných předpokladů této profese je důležitá též dovednost vést motivační rozhovory s klientem, kterým může nutriční terapeut podnítit klienta k žádoucí změně chování. (Ozier et al.,2011) Nutriční terapeut je v rámci multidisciplinární péče nezbytným odborníkem. Lidé s PPP, kteří přicházejí do péče a začínají pracovat na své úzdavě, však mnohdy nejprve potřebují zapracovat na své motivaci a posílit rozhodnutí vzdát se nemoci a začít se léčit. Jejich postoj bývá zpočátku ambivalentní, a žádá si především psychickou podporu a prostor pro sdílení, které jsou nutnou základnou pro to, aby byli připraveni učinit ve svém jídelním chování žádoucí změny. Tato potřeba bývá často naplněna především díky podpoře peer konzultanta (viz výše).

Nutriční terapeut v této službě využívá nedirektivního přístupu, a nabízí tak klientovi nejen doporučení ohledně správné skladby jídelníčku, ale také respektující prostor sdílet, jak se mu daří dodržovat výživová doporučení s ohledem na jeho aktuální psychický stav a poskytnutí podpory i v případě, že se mu nedaří dělat pokroky. Vyhýbá se jak práci s kalorickými tabulkami, tak ověřování hmotnosti klienta na váze, jelikož obě z výše uvedených pomůcek bývají pro lidi s PPP častým činitelem zhoršování psychických potíží.

3.2.3.5 Psychoterapeut

Psychoterapeut, další z členů multidisciplinárního týmu, poskytuje klientovi s PPP prostor pro témata, která jsou pro něho v aktuální situaci důležitá. Protože toto onemocnění většinou zasahuje do všech oblastí života daného člověka, stává se obsahem psychoterapie jakékoli téma, které klient přináší. Častými tématy bývají potřeba nalezení vlastní hodnoty a zvýšení sebeúcty, získání nezávislosti na hodnocení vlastní osoby

okolím, témata rodinných vztahů a vlastního fungování v rodině, oproštění se od nutkavého zaobírání jídelm a mnoho dalších. Psychoterapie se kromě dalších služeb vzájemně velmi účinně doplňuje s peer konzultacemi – klient, s nímž peer konzultant aktivně sdílí jeho situaci, může jít v psychoterapii ve vlastních tématech více do hloubky nebo do minulosti a rozvíjet své kompetence na cestě k uzdravení.

4 Poskytování sociálních služeb v průběhu pandemie COVID-19

V souvislosti s pandemií COVID-19 je třeba také zmínit situaci, která nastala v sociálních službách v ČR v době mimořádných opatření. Mimořádná opatření v oblasti sociálních služeb a sociální péče byla průběžně vydávána Ministerstvem zdravotnictví (s ohledem na aktuální epidemiologickou situaci a v souladu se Zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů). Tauerová (2022) uvádí souhrn některých mimořádných opatření, vydaných v letech 2020-2022: podmínky návštěv ve zdravotnických zařízeních a v zařízeních sociálních služeb s účinností od 22. 11. 2021; testování klientů v dlouhodobé péči a sociálních službách, s účinností od 1. 9. 2021; ochrana dýchacích cest, s účinností od 1. 11. 2021 do odvolání; podmínky pro poskytování sociálních služeb v terénní formě; preventivní testování zaměstnanců poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb od 19. 2. 2022 aj.

Jak uvádí Kliment a Nádvorníková (2020), nastalá situace vyžadovala zavedení nových postupů, a to jak ze strany odborných pracovníků, tak klientů sociálních služeb. Jednalo se o situaci, kterou novodobá historie sociální práce dosud nezaznamenala. Dle Klimenta a Nádvorníkové (2020) byla připravenost na krizový či jinak kolizní průběh výkonu sociální práce a sociálních služeb založena na přenesených zkušenostech ze zahraničí, modelech z odborné literatury, nebo jiných profesí (např. integrovaný záchranný systém). Pro lidi v přímém výkonu sociální práce se tak jednalo o zcela novou zkušenost. Aktéři sociální práce byli nuceni respektovat rozhodnutí představitelů státu a zároveň pozorovali své vlastní profesionální a lidské reakce při výkonu sociální práce a ne/kontaktu s klientem. Kliment a Nádvorníková (2020) dále popisují, že krize způsobená epidemií

COVID-19, která vyvolala nutnost zavádět plošná regulativní opatření v rychlém časovém sledu, měla za následek vznik mnoha krizových situací u pracovníků v přímé péči, zejména u pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků. Pracovníci v pomáhajících profesích se museli s těmito situacemi vyrovnat, a to za pomoci vnitřních i vnějších zdrojů. Kliment a Nádvorníková (2020) považují zachycení jejich zkušenosti za významný materiál například pro účely vytváření krizového řízení v sociální práci. Zkušenost popisovaná v citovaném odborném článku se týká představitelů služeb pobytových, ambulantních i terénních, služeb sociální prevence, péče i poradenství. Dotazovaní pomáhající pracovníci popisují, že začali vnímat stav krize v době, kdy začaly platit restrikce v podobě uzavírání veřejného prostoru, vyhlášení povinnosti nosit roušky a kdy také docházelo k útlumu ekonomiky. V té době také docházelo k omezování nabízených sociálních služeb a k jejich modifikaci. Nastalá situace vyvolávala obavy, pocity nejistoty a někdy až paniky na straně klientů i na straně pracovníků. Služby nemohly být poskytovány v plném rozsahu a obvyklou formou. Negativní pocity byly umocňovány ve chvíli, když se prokázala nákaza u někoho ze zúčastněných. Jako součást krize vnímali pracovníci také hrozbu sankcí ze strany státu za nedodržení stanovených restrikcí a opatření, které pro ně byly mnohdy nejasné nebo nesmyslné, stejně tak nedostatek ochranných pomůcek. Jako posilující v nastalé situaci, kdy byly instrukce ze strany státních institucí nejasné, vnímali někteří jednoznačné pokyny vedoucích pracovníků. Potíže nastávaly také ve chvíli, kdy někteří pracovníci zlehčovali danou situaci a odmítali dodržovat karanténní opatření. Panovaly také obavy z uzavření služby a nemožnosti poskytnout klientům potřebnou péči včetně strachu z dopadu na finanční situaci zaměstnanců. (Kliment & Nádvorníková, 2020)

Významnou roli v období karanténních opatření měly dle Klimenta a Nádvorníkové (2020) zdroje informací, jejichž prostřednictvím do sociálních služeb proudily instrukce ohledně toho, jak v dané situaci postupovat. Autoři článku uvádějí, že centrální zdroje typu ministerstev byly hodnoceny spíše negativně, kvalita naopak rostla s úrovní decentralizace (např. krajský úřad, krizový štáb, krajská hygienická stanice, obce). Kladně byla dle Klimenta a Nádvorníkové (2020) hodnocena také Asociace poskytovatelů sociálních služeb, ale i oborově příslušné poradní orgány vlády, které průběžně vydávaly dokumenty s doporučením vhodného fungování sociálních služeb v krizové situaci (např. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Jako kvalitní

zdroj informací byly vnímány sesterské organizace, které poskytovaly obdobné služby a předávaly tak dobré nápady, jak v dané situaci postupovat. (Kliment & Nádvorníková, 2020)

4.1 Poskytování sociálního poradenství v Kontaktních centrech Anabell v době pandemie COVID – 19

Kontaktní centra Anabell (Brno, Ostrava, Praha) byla od 16.3. 2020 uzavřena k osobním návštěvám, pracovníci však byli nadále k dispozici na e-mailu i telefonu, konzultace probíhaly denně prostřednictvím Skype. Nadále bylo poskytováno internetové poradenství prostřednictvím e-mailu a fungovala také Linka Anabell v běžné provozní době. (zdroj <http://www.anabell.cz/cz/novinky?id=262-uzavreni-kontaktnichcenter.html>)

Během nouzového stavu byly rozšířeny možnosti poradenství o Skype chat, jehož prostřednictvím mohli zájemci chatovat vždy v časovém rozpětí dvou hodin od pondělí do pátku pokaždé s jiným odborníkem (psycholožka, sociální pracovnice, peer konzultantka, psychoterapeutka). Průběžně byly vydávány články zaměřené na podporu osob trpících PPP, které si kladly za cíl podpořit je na cestě k uzdravení a poradit, jak čelit těžkým situacím, které přinášel nouzový stav. Kontaktní centra Anabell byla znovu otevřena veřejnosti na přelomu května a června 2020. (zdroj <http://www.anabell.cz/cz/novinky?id=280-otevreni-pobocek-anabell.html>).

B Empirická část

5 Cíle práce a výzkumné otázky

Pro diplomovou práci byly stanoveny následující cíle:

- 1) Porozumět, jaký dopad měla pandemie COVID-19 na potřeby žen s duševním onemocněním PPP
- 2) Zjistit, jaké faktory přisuzují ženy s duševním onemocněním PPP období pandemie COVID-19

Ve vztahu k cílům práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jak prožívaly ženy s onemocněním PPP období pandemie COVID-19?

Hlavní výzkumná otázka byla rozpracována do otázek pokládaných v rámci polostrukturovaného rozhovoru, jejichž tématem byly následující oblasti: projevy průběhu nemoci, dopad změny režimu na stravovací návyky klientů, dopady na klienty související s omezením možností jejich sportovního vyžití, nově se vyskytnuvší patologie, vliv na frekvenci hospitalizací aj.

Druhá výzkumná otázka:

Jaké faktory svého duševního onemocnění přisuzují ženy s PPP výhradně období pandemie COVID - 19?

Tato otázka cílí na podrobné zmapování oblastí, které by pomohly identifikovat prožívání duševního onemocnění PPP respondentek v uvedené době a jeho nové projevy.

6 Metodika

V diplomové práci byl použit kvalitativní přístup v podobě interpretativní fenomenologické analýzy (z angl. interpretative phenomenological analysis, dále jen „IPA“), jež se zaměřuje na porozumění žité zkušenosti člověka. Dle Smithe, Flowerse a Larkina IPA pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti a umožňuje díky tomu porozumět jednotlivé události nebo procesu-fenoménu. (2009, dle Řiháček et al., 2013) Řiháček et al. (2013) uvádějí, že IPA vede k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu. Dle Řiháčka et al. (2013) se IPA osvědčuje v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat. Výše uvedený přístup jsem ve své diplomové práci zvolila právě s ohledem na neobvyklost situace, která nastala s příchodem pandemie COVID-19, a na specifčnost toho, jakým způsobem zapůsobila na každého jedince.

IPA je teoreticky zakotvena ve třech zdrojích, a to fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Dle Smithe v IPA výzkumník fenomenologicky prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy a zároveň si uvědomuje, že v tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníkova zkušenost a jeho pohled na svět, stejně jako interakce mezi ním a participantem. (2004, dle Řiháčka et al., 2013). Fade uvádí, že na rozdíl od čistě fenomenologického přístupu jsou v IPA chápány výzkumníkovy prekoncepce jako nezbytné k tomu, aby byl schopen zformulovat, jaký význam pro participanta jeho zkušenost má. (2004, dle Řiháček et al., 2013) Dle Larkina et al. je zkušenost v rámci IPA utvářena jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta, přičemž však cílem nadále zůstává porozumění participantově žité zkušenosti. (2006, dle Řiháček et al., 2013) Dle Řiháčka et al. (2013) jsou závěry vzešlé z analýzy v IPA vždy dočasné, což činí analýzu nutně subjektivní, přičemž subjektivitu vnímáme jako přednost, jejíž pomocí vstupujeme do zkušenosti své i toho druhého.

Dle Řiháčka et al. (2013) zahrnuje výzkumný proces v IPA práci s hermeneutickým kruhem a tzv. dvojitou hermeneutiku. Respondent má snahu porozumět své zkušenosti s daným fenoménem a zároveň výzkumník se snaží o porozumění způsobu, jakým

respondent k tomuto porozumění dospívá. Dle Larkina, Wattse a Cliftona poskytuje výzkumník kritické a konceptuální komentáře k tomu, jaký respondent přisuzuje své zkušenosti smysl. (2006, dle Řiháček et al., 2013) Dle Smithe, Flowerse a Larkina je výsledek výzkumníkovy analýzy společným úsilím jeho a respondenta – je v ní obsaženo spojení pohledu výzkumníka s žitou zkušeností respondenta (2009, dle Řiháček et al., 2013) Pringle uvádí, že výzkumníkovy interpretace jsou vždy brány jakožto jedny z možných a musí být doloženy prostřednictvím dat v podobě přímých citací respondentů. (2011, dle Řiháček et al., 2013) V návaznosti na výše uvedené informace ohledně utváření zkušenosti participanta jakožto výsledku sdílení s výzkumníkem uvádím, že má osobní zkušenost s pandemií COVID-19 hrála ve výzkumu významnou roli, podrobněji se k tomuto tématu vyjadřuji v reflexi mojí zkušenosti s tématem výzkumu (viz níže).

Dle Smithe je třetím pilířem v IPA idiografický přístup, který se manifestuje ve svém zaměření na konkrétní jedince, kteří ve svém životě zažívají specifickou situaci nebo událost. (2004, dle Řiháček et al., 2013)

Pokud jde o výzkumnou otázku v IPA, pak se tato dle Smithe a Osborna ptá, jak určitý jednatel nebo skupina vnímají nebo prožívají určitou situaci a jakým způsobem této zkušenosti přisuzují smysl. Je primárně zaměřena fenomenologicky, tedy na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu. Soustředí se spíše na proces než na výsledek a na význam než na konkrétní příčiny událostí. (Řiháček et al., 2013) Výzkumná otázka této diplomové práce je zaměřena na porozumění zkušenosti žen s duševním onemocněním PPP s obdobím pandemie COVID-19, tedy na to, jak ji ony osobně vnímaly a prožívaly.

Smith, Flowers a Larkin pracují také s tzv. sekundární výzkumnou otázkou, která je založena na teorii, přičemž její funkcí může být ověření stávající teorie, která se však neověřuje prostřednictvím testování hypotézy, nýbrž spíše zkoumá, zda odpovědi na ni jsou s určitou teorií v souladu. (2009, dle Řiháček et al.) Druhá výzkumná otázka této diplomové práce se zaměřuje na to, jaké faktory svého duševního onemocnění přisuzují ženy s PPP výhradně období pandemie COVID-19. Uvedené faktory v diskusi porovnávám s teoretickými poznatky, o nichž je pojednáno k danému tématu v odborných článcích.

6.1 Výzkumná strategie a výzkumné nástroje

Willig uvádí, že cílem analýzy je v IPA formulování témat, která zachycují esenci fenoménu, který je předmětem výzkumu. (2001, dle Řiháček et al., 2013) Smith a Osborn doporučují provádět analýzu každého případu vždy samostatně, včetně identifikace témat, nikoli použití témat vzešlých z předchozích analýz. (2003, dle Řiháček et al., 2013)

Obecný analytický postup IPA je dle Smithe, Flowerse a Larkina popsán následovně (2009, dle Řiháček et al.):

1. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu
2. Čtení a opakované čtení
3. Počáteční poznámky a komentáře
4. Rozvíjení vznikajících témat
5. Hledání souvislostí napříč tématy
6. Analýza dalšího případu
7. Hledání vzorců napříč případy

Při analýze případů v IPA jsem se v této diplomové práci držela výše uvedeného postupu. Nejprve jsem provedla vlastní reflexi své zkušenosti s tématem výzkumu (viz kapitola Etické aspekty). Následně jsem vždy přepsala nahrávku každého rozhovoru v co nejkratší době po jeho provedení, kterou jsem následně opakovaně pročetla a zaznamenávala poznámky, které mě k tématu napadaly. Poté jsem se zaměřila na témata, která se v rozhovoru vynořila, v jednotlivých rozhovorech jsem pak hledala souvislosti mezi těmito tématy s cílem nalézt vzorce, vyskytující se ve všech případech.

6.2 Výzkumný soubor, sběr dat a výzkumná etika

6.2.1 Výzkumný soubor a sběr dat

Výzkumný soubor v IPA bývá dle Larkina, Wattse a Cliftona většinou zastoupen menším počtem respondentů, a to s ohledem na povahu fenomenologického výzkumu, z níž

vyplývá detailní analýza zkušenosti. Jde o to, aby participanti dobře reprezentovali zkoumaný fenomén, podstatnou zásadou výběru je též homogenita vzorku. (2006, dle Řiháček et al., 2013) Smith a Osborn uvádějí, že v IPA jsou respondenti vybíráni na základě záměrného výběru, v němž je jasně definován okruh lidí, pro něž je výzkumná otázka relevantní. (2003, dle Řiháček et al., 2013) Dle Řiháčka et al. (2013) nelze závěry výzkumu zobecnit, poskytují však detailní informace o dané skupině. Dle Smithe, Flowerse a Larkina by tvorba dat v IPA měla probíhat takovým způsobem, který poskytne bohatý a detailní popis respondentovy zkušenosti v první osobě, a to za účelem vstupu do jeho světa. Takový způsob získávání dat by měl zprostředkovat příběhy, myšlenky a pocity spojené s daným fenoménem. (2009, dle Řiháček et al., 2013). Smith uvádí, že nejčastější metodou sběru dat v IPA je polostrukturovaný rozhovor, v jehož rámci má respondent prostor volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky. Výzkumník tak může sledovat, co se v rozhovoru vynořuje, co je pro respondenta významné a má také možnost rozhovor usměrňovat s cílem zabránit jeho odchýlení od tématu. (2004, dle Řiháček et al., 2013) Dle Smithe, Flowerse a Larkina je respondent považován za experta ve vztahu ke své zkušenosti, která je jakožto fenomén předmětem zkoumání a měl by mít proto dostatek volnosti směřovat rozhovor k tomu, co považuje za významné. (2009, dle Řiháček et al., 2013)

Výzkumný soubor pro účely této diplomové práce byl vybrán prostřednictvím metody záměrného (účelového) výběru přes instituce (Miovský, 2006) z řad klientek neziskové organizace, jejíž činnost se zaměřuje na pomoc a podporu osobám s duševním onemocněním PPP. Jako metoda sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Za účelem vedení polostrukturovaného rozhovoru byly osloveny tři klientky organizace, které splňovaly následující parametry:

- ženy ve věku od 20 do 25 let, které v době pandemie COVID-19 trpěly duševním onemocněním PPP
- ženy byly klientkami sociální služby zaměřené na pomoc a podporu osob s duševním onemocněním PPP
- ženy čerpaly podporu multidisciplinárního týmu pro osoby s duševním onemocněním PPP

Respondentky:

1. respondentka: žena, 25 let, osobně, délka trvání rozhovoru: 59:20 min., listopad 2022
2. respondentka: žena, 19 let, osobně délka trvání rozhovoru: 29:50 min., listopad 2022
3. respondentka: žena, 20 let osobně, délka trvání rozhovoru: 1:20:25 min., listopad 2022

6.2.2 Výzkumná etika

Před zahájením výzkumu byl opatřen souhlas vedení organizace s oslovením klientek. Poté jsem klientky oslovila prostřednictvím e-mailu, v němž jsem vyjádřila svou žádost o poskytnutí rozhovoru a stručně popsala jeho účel. Poté, co klientky souhlasily s poskytnutím rozhovoru, jsem s nimi dojednala místo a čas rozhovoru, který jim vyhovoval. Údaje o respondentkách jsou anonymizované, stejně tak jako název organizace, kde byl výzkum prováděn. Všechny rozhovory proběhly osobně, dva přímo v dané organizaci, jeden v kavárně, místo setkání bylo vždy dojednáno tak, aby respondentkám vyhovovalo. Na začátku setkání proběhl neformální rozhovor s respondentkami, následně byly respondentky blíže seznámeny s cílem výzkumu, s podmínkami využití nahrávky rozhovoru včetně anonymizace. Poté byly požádány o podpis informovaného souhlasu (viz příloha), který obsahoval informace o charakteru, zaměření a účelu výzkumu včetně informací o získání, uchování a zpracování dat a o možnosti odstoupit od předmětného výzkumu kdykoli v jeho průběhu. Respondentkám byly zodpovězeny dotazy, které položily k výzkumu. Následně byl zahájen polostrukturovaný rozhovor, který byl nahráván na diktafon.

6.2.3 Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

S ohledem na charakter výzkumu a metodu IPA, kterou jsem pro svůj výzkum zvolila, jsem před zahájením výzkumu provedla reflexi své vlastní zkušenosti s tématem výzkumu. Níže bych tedy ráda uvedla svůj postoj ke zvolenému tématu a motivaci, která mě vedla k jeho výběru. Chtěla bych tak zreflektovat své pocity před provedením výzkumu s cílem identifikovat místa, kde u sebe vnímám snad přílišné zaujetí tématem

a kde by mohlo hrozit, že při interpretaci rozhovorů s respondentkami by z mé strany mohlo jeho vlivem dojít ke zkreslení jejich sdělení.

K volbě tématu mě v první řadě vedla vlastní intenzivní zkušenost s prožíváním období pandemie COVID-19, během něhož jsem registrovala, jak silně na mě působí tato celospolečenská změna. Ve všech stěžejních oblastech svého života jsem vnímala nějaký dopad, ať se jednalo o rodinu, zaměstnání nebo vlastní duševní stav. Vývoj tohoto dopadu jsem vnímala nejintenzivněji v období přísných vládních restrikcí, projevoval se však i nadále, po skončení období lockdownů a dalších restrikcí, a to až do současnosti, kdy období pandemie nadále trvá a já cítím, že si tento dopad nadále žije vlastním životem a nabývá nových podob.

Druhý důvod, proč jsem svoji pozornost v této diplomové práci zaměřila na téma dopadu pandemie COVID-19 na potřeby lidí s PPP, je dán mým častým kontaktem s klienty s tímto duševním onemocněním při mém zaměstnání v organizaci, jejíž činnosti se soustředí na poskytování odborné pomoci lidem s PPP. Během četných rozhovorů s klienty s PPP, které jsem v uplynulé době vedla, se velmi často vynořilo téma jejich PPP v kontextu pandemie. Šlo většinou o negativní zkušenost, kterou zažívali v období celospolečenských restrikcí, které jejich onemocnění buď odstartovaly nebo ovlivnily jeho průběh. Tyto rozhovory mě přivedly k úvahám nad tím, jak obtížné muselo být prožívání duševní nemoci v režimu, který byl těžkým obdobím téměř pro každého. Přiznávám, že již předem předpokládám, že dopady pandemie na klienty s PPP budou spíše negativní, nicméně nevylučuji, že se mohly vyskytnout i nějaké kladné aspekty této doby, které možná vyplynou během našich rozhovorů a ukáží jejich prožívání ještě v jiném světle.

6.3 Výzkumná data a způsob zpracování

Pro zpracování dat v kvalitativním výzkumu byla použita obsahová analýza. Jako dokumenty pro obsahovou analýzu posloužily doslovné přepisy polostrukturovaných rozhovorů do písemné podoby. Následně byla provedena detailní analýza jednotlivých rozhovorů prostřednictvím nalezení jejich jednotlivých témat a podtémat, přičemž tato

témata byla doložena přímými citacemi jednotlivých respondentek. Následně jsem se zaměřila na hledání témat, která byla pro všechny rozhovory společná.

Osnova rozhovoru:

1. Mohla byste mi prosím popsat, jak jste prožívala období pandemie?
2. Jaký průběh mělo vaše onemocnění PPP v době karantény? Jak jste ho prožívala?
3. Měla pandemie dopad na vaše stravovací návyky? Jaký?
4. Pocítila jste na sobě dopad uzavření posiloven a veřejných sportovišť? Jaký?
5. Jak jste vnímala veřejné omezení sociálních kontaktů v rámci školy/zaměstnání/ve volném čase?
6. Došlo u vás v době pandemie k nějakým změnám ve způsobu trávení času s rodinnými příslušníky? K jakým? Měly tyto změny nějaký vliv na vaše onemocnění?
7. Zaznamenala jste u sebe nějaké projevy PPP, které přisuzujete výhradně vlivu pandemie? Jaké?
8. Pocítila jste na sobě v době pandemie vznik nějakých dalších duševních potíží? Jakých?
9. Jak byste popsala váš postoj k léčbě vašeho onemocnění PPP v průběhu pandemie?
10. Jak jste navázala spolupráci s touto organizací?
11. Jak probíhala vaše spolupráce s touto organizací?
12. K jakému odborníkovi jste docházela?
13. Jak jste se cítila v průběhu spolupráce se sociálním pracovníkem/peerem/psychoterapeutem/nutričním terapeutem?
14. Měla pro vás tato spolupráce nějaký přínos? Jaký?
15. Je něco, co vám v léčbě pomohlo? Co nejvíce?

7 Výsledky výzkumného šetření

V následující kapitole uvádím analýzu jednotlivých rozhovorů. Celkem byly realizovány tři rozhovory s respondentkami, všechny proběhly osobně v listopadu 2022. Podrobnější informace ke každému z rozhovorů uvádím níže. Jména respondentek byla změněna.

7.1 Analýza a interpretace jednotlivých rozhovorů

Respondentky se vyjadřovaly ke svému prožívání období pandemie, přičemž zmiňovaly několik následujících oblastí: prožívání karantény, průběh PPP v karanténě, trávení času s rodinou a jeho vliv na onemocnění PPP, vznik nových projevů PPP a dalších duševních potíží v karanténě, postoj ke svému onemocnění, reakce okolí na PPP a oblast léčby. Tyto oblasti byly dále rozděleny na jednotlivá témata a podtémata.

Rozhovor 1 – Eva

První rozhovor jsem vedla s Evou, ženou ve věku 25 let. Rozhovor trval 59:20 minut. V době pandemie Eva trpěla záchvatovitým přejídáním, a vyhledala proto pomoc organizace zaměřené na pomoc a podporu osob s duševním onemocněním PPP. Zde navštěvovala službu odborného sociálního poradenství a následně pokračovala v léčbě ve spolupráci s multidisciplinárním týmem v dané organizaci, kde čerpala podporu peer konzultantky, psychoterapeutky a nutriční poradkyně.

Tabulka témat a podtémat:

Témata a podtémata	Citace
PROŽÍVÁNÍ KARANTÉNY	
Studium	„Já jsem vlastně v souvislosti s těma PPP měla štěstí, že jsem měla strašně moc práce, protože jsem ještě studovala souběžně dvě školy, bylo toho prostě strašně moc, takže mi to ten mozek docela zaměstnávalo...“ (R1, s. 1, řádky 1-4)

<p>Obavy z nejistoty, co bude</p> <p>Obavy z nákazy blízkých</p> <p>Vnímání rozdílu mezi svým prožíváním karantény a prožíváním okolí</p> <p>Obavy z návratu mezi lidi po karanténě</p>	<p>„...nebo možná mi mnohem víc vadila nejistota, jestli se zase začne chodit do školy nebo ven, než kdyby byl zas tvrděj lockdown, kdy bych věděla, že zase teďka určitě pár tejdnu budu doma, že nevím jako...Asi nemám ráda nejistotu, protože tehdy to fakt bylo ze dne na den, z tejdne na tejden, teďka můžete přijít a teďka ne...“ (R-1, s. 1, řádky 8-11)</p> <p>„...já jsem se hrozně bála právě o babičku a dědu a prostě to bylo takový, že...jsem se nebála nakazit kvůli sobě, ale že potom přijdu domů a potkáme se...“ (R-1, s. 3, řádky 21-22)</p> <p>„...ale prostě jako že jsem pořád cítila, že mám zodpovědnost za další lidi, a bylo to hrozně jako zúzkostňující.“ (R-1, s. 3, řádky 23-24)</p> <p>„...že mí kamarádi byli mnohem víc v pohodě než já, já jsem se fakt bála prostě i vrátit do školy potom, že jsem měla pocit, že ještě má být lockdown, že je moc brzo a že všichni umřem, ne až takhle, to přeháním, ale...no...“ (R-1, s. 3, řádky 25-27)</p> <p>„Jako vlastně jsem se bála vrátit mezi lidi, nebo že mě to jako já jsem i normálně samotář, prostě bála jsem se vlastně návratu do ateliéru.“ (R-1, s. 3, řádky 29-30)</p>
<p>PRŮBĚH PPP V OBDOBÍ KARANTÉNY</p>	
<p>Obavy ze ztráty kontroly nad jídlem</p>	<p>„...a to asi nejen v souvislosti s covidem, ale obecně, když jako po delším období začnu pravidelně chodit mimo domov, tak</p>

<p>Obavy z nadváhy</p>	<p>se jakoby bojím vlastně, že to neuhlídám, to jídlo a že budu jíst...jako že se třeba přejím po návratu ze školy nebo tak...“ (R-1, s. 3, řádky 8-11)</p> <p>„...no akorát potom já, jak jsem průběžně nebo jako vždycky jsem říkala, že jsem tlustá a tak, tak mě můj kluk donutil, abych se zvážila a já jsem se předtím dlouho nevážila právě, no a to jako ne, že bych zjistila nějakou šílenou váhu, co bych nečekala, ale prostě mi to vždycky nějak nastartuje ty restriktce.“ (R-1, s. 1, řádky 13-16)</p>
<p>PPP jako způsob úniku od reality</p>	<p>„...mně vlastně v březnu umřela babička v souvislosti s covidem, a taky to mohlo mít nějaký vliv, že jsem prostě tu pozornost možná upínala i na něco jinýho, že to byla taková...nevim...jistota, no, že mám pod kontrolou jídlo, ale no...“ (R-1, s. 1, řádky 18-21)</p> <p>„...potom umřela babička, bylo to hrozně moc a přijde mi, že bylo potom pro mě důležitější si zaběhat než se učit na státnice, že to mělo absolutní prioritu a to si myslím že se tak nějak vybuchovalo během té pandemie.“ (R-1, s. 1, řádky 2-4)</p>
<p>Restriktce v jídle a excesivní cvičení</p>	<p>„...a začala jsem denně běhat a nejíst, a tak a možná, že to, a to si nejsem úplně jistá, že se to rozjelo znovu, já jsem to mívala i předtím, ale tohle byla taková silnější vlna po delší době.“ (R-1, s. 1, řádky 16-18)</p>
<p>Navyšování zátěže</p>	<p>„...když zjistím, že vydržím něco...tak se snažím, nebo ne snažím, ale zase si zvýším ty limity...jako no v tomhle to bylo, že jsem to měla pod kontrolou víc...což podle mě nebylo dobře, jako když jsem to dokázala mít pod kontrolou, tak jsem si</p>

<p>Umělecké vyjádření jako úleva od přejetí</p>	<p>myslela, že toho zvládnou ještě víc a víc...no.“ (R-1, s. 2, řádky 1-4)</p> <p>„Já vlastně vloni jako jsem vymodelovala sochu jako důkaz jako tím, jak jsem se přejídala jako nebo tak byl ten pocit tak nesnesitelný, že jsem prostě přecpaná jídlem a neumím to vyzvracet, že jsem si přišla jako úplně prase a úplně odporná, tak jsem si představovala, že čekám dítě a že to není jídlo v jako tom břiše, protože jako to břicho bylo úplně nafouklý a jsem byla fakt jako k prasknutí...“ (R-1, s. 6, řádky 12-16)</p> <p>„...abych si ulevila aspoň od tady toho strašlivého pocitu, že jsem jako zase selhala, tak jsem si aspoň představovala, že v tom břiše je prostě něco smysluplného, no a tak jsem si pak nějak vymodelovala sochu a možná mi to i trošku pomohlo...“ (R-1, s. 6, řádky 18-21)</p> <p>„...že jsem se v tu chvíli odebrala do takového absurdního nereálného světa, protože vím, že s tím prostě v tu chvíli nic neudělám a že musím počkat, až přestanu být přecpaná.“ (R-1, s. 6, řádky 29-31)</p> <p>„...takže jenom ta představa mi pomohla trošku si ulevit v tu chvíli.“ (R-1, s. 7, řádek 1)</p>
<p>CO BYLO V PPP V KARANTÉNĚ JINÉ NEŽ DŘÍVE</p>	
<p>Jídelníček a pohyb pod kontrolou</p>	<p>„...jako myslím si, že bylo jiný to, že jsem vlastně měla pod kontrolou pořád ten jídelníček a pohyb...“ (R-1, s. 1, řádky 6-7)</p>

	<p>„...asi to bylo jiný v tom, že jsem to měla pod kontrolou, že se nestávalo, že jsem se nestihla nasnídat nebo že bych přišla pozdě večer domů a přejedla se, že jsem si prostě byla schopná nastavit ten režim, kdy cvičím, kolik cvičím...“ (R-1, s. 1, řádky 26-28)</p>
Větší potřeba pohybu	<p>„...a ještě tím, jak jsem pořád seděla u počítače, tak jsem měla jako potřebu víc se hejbat, nebo tak no...“ (R-1, s. 1, řádky 7-8)</p>
Obava ze selhání	<p>„...když jsem si to hlídala celý den a byla jsem celý den nervózní, jestli se zase dokážu zase dokopat a zacvičit si, nebo jestli jako selžu a na další den, jestli jako dokážu myslím jako tadyto mělo daleko větší prostor, když jsem nikam nechodila nebo jenom se psem.“ (R-1, s. 5, řádky 16-19)</p>
Více energie držet diety	<p>„...při té pandemii jsem měla jako dlouhodobějc energii držet ty diety...“ (R-1, s. 7, řádky 14-15)</p>
Více času na cvičení	<p>„...asi prostě že jsem měla víc času doma, tak tím pádem jsem jako odečetly se ty cesty ze školy do školy, a i když jsem měla víc práce, tak bylo možný si nějak vyčlenit ten čas a běhat třeba v noci nebo tak.“ (R-1, s. 5, řádky 12-15)</p>
Větší intenzita prožívání PPP	<p>„Jo a taky to, když vyhladovím během pracovního dne, když jsem někde, má to nějak jinej vliv na mě, než když jsem sama doma, že jednak jako doma jsem mnohem depresivnější, protože se bojím, jestli něco nesním, a když sním, tak si to vyčítám, jako to už není aktuální, ale bylo to tak během té pandemie jako prožívala jsem to mnohem silnějc.“ (R-1, s. 5, řádky 24-28)</p>

VÝHODY REŽIMU V KARANTÉNĚ	
Více času na studium	„No mně se to vlastně strašně hodilo, protože jsem potřebovala dostudovat jednu z těch škol, a nevím, jestli by se to dalo, kdybych musela přebíhat, protože přepnout z MS Teams na zoom bylo prostě snazší...“(R-1, s. 1, řádky 24-26)
Samota	„...během lockdownu jsem si modelovala sošky doma sama a vyhovovalo mi to, že mi nikdo nekouká pod ruce, jako vlastně mi to vyhovovalo bejt sama.“ (R-1, s. 4, řádky 1-2)
Lepší organizace času na sport	„...asi hrálo roli to, že jsem si mohla rozvrhnout čas podle sebe a říct si, v jakou hodinu začnu cvičit a nehrozilo, že budu muset bejt někde jinde, protože jsem nikde jinde bejt nemohla.“ (R-1, s. 5, řádky 10-11)
Méně záchvatů přejídání	„...což myslím si, že když jsem byla vyloženě jako zavřená doma, tak jsem měla míň záchvatů přejídání tím, že jsem si hlídala celej den tu pravidelnost.“ (R-1, s. 5, řádky 11-13)
TRÁVENÍ ČASU S RODINOU	
Kontrola ze strany rodičů – nucení do jídla	„...protože bydlím jako skoro se svejma rodičema, který mě měli vlastně taky pod kontrolou, protože byli doma, a oni maj potřebu mě krmit hodně, takže vlastně tady v tom vznikalo mnohem víc konfliktů.“ (R-1, s. 2, řádky 8-10) „...že to, co jsem jedla, bylo jako víc hlídaný.“ (R-1, s. 2, řádky 28-29) „...potom no mamka ta vždycky mi cpala to jídlo a brala to jako tu léčbu, že se najím...“(R-1, s. 9, řádky 22-23)

Stravování s rodinou	„...to bylo takový to, že jsme společně jedli.“ (R-1, s. 2, řádek 27)
VLIV SPOLEČNÉHO TRÁVENÍ ČASU S RODINOU NA PRŮBĚH PPP	
Držení diet na truc	„...takže vlastně tady v tom vznikalo mnohem víc konfliktů a přijde mi, že já jako na truc vlastně jsem jako ještě víc držela ty diety...“ (R-1, s. 2, řádky 10-11)
Užívání laxativ	„...jako myslím si, že kdyby mě rodiče jako třeba nenutili jíst, tak že bych jedla jako normálnějc, ale čím víc mě nutili, tím víc jsem si to odpírala, nebo no jsem vlastně začala brát laxativa v tý době...“ (R-1, s. 2, řádky 11-13)
Ztráta kontroly nad jídlem	„...jako když mě nutili a já jsem je jako nechtěla trápit nebo jsem se nechtěla hádat, tak jsem to často snědla s tím, že jsem často počítala s tím, že si vezmu ty projímadla.“ (R-1, s. 2, řádky 20-22)
	„...a mamka prostě když mi nabízela obří porci jídla, tak jsem to už nedokázala odmítnout, a takže vlastně, i když se začalo chodit do školy, tak to bylo jako tady v tom vlastně jsem to začala brát už častěj.“ (R-1, s. 3, řádky 1-4)
VZNIK NOVÝCH PROJEVŮ PPP	
Užívání laxativ	„... nebo jsem to jako objevila v tý době.“ (R-1, s. 2, řádky 13-14)
	„...jako tohleto jsem dřív vlastně nebrala.“ (R-1, s. 2, řádky 22)
	„...vlastně to začalo za toho covidu, že jsem to brala docela často vlastně.“ (R-1, s. 2, řádky 15-16)

	<p>„...že ty projímadla jsem hodně brala v době, kdy jako na chvíli se začalo chodit do školy nebo po delší době a já jsem právě začala.“ (R-1, s. 2, řádky 29-31)</p> <p>„...i když se začalo chodit do školy, tak to bylo jako tady v tom vlastně jsem to začala brát už častěji, než když jsme byli v lockdownu.“ (R-1, s. 3, řádky 3-4)</p>
VZNIK DALŠÍCH DUŠEVNÍCH POTÍŽÍ	
Úzkostné stavy	<p>„...jako já jsem si jako před pár lety skoro jsem se zbavila jako obsese prostě jako hygienický zvlášť a vlastně s tím covidem se to tak nějak víc probralo, že se to jako podle mě víc prohloubilo, jako to, čeho jsem se třeba zbavila nebo jsem si myslela, že jsem se zbavila.“ (R-1, s. 3, řádky 12-14)</p> <p>„...odevšad jsem slyšela, mejte si ruce, a to bylo to, co jsem se předtím odnaučovala, a no že jsem jako tady v tom byla mnohem úzkostnější než dřív.“ (R-1, s. 3, řádky 15-16)</p> <p>„...že se mi to jako vrátilo, to, co jsem v pubertě, s čím jsem bojovala, jsem si pořád myla ruce a kontrovala jsem všechno, a tak ten covid tomu vůbec jako nepomoh.“ (R-1, s. 3, řádky 16-18)</p>
Myšlenky na sebevraždu	<p>„A jednak jsem do toho měla taky sebevražedný myšlenky...“ (R-1, s. 6, řádky 18)</p>
Vnímání rozvoje svých duševních potíží	<p>„Přijde mi jako že všechno, i ty PPP nebo i OCD že to všechno mělo větší prostor.“ (R-1, s. 4, řádek 22)</p>

Rozvoj depresí	<p>„...ale myslím si, že když jsem doma, tak maj větší prostor se rozvinout, a ještě když se to spojí s tím, že se bojím chodit mezi lidi no, a s tím, že držím diety a prostě jsou ty dny hodně stejný potom.“ (R-1, s. 4, řádky 12-14)</p>
POSTOJ KE SVÉMU ONEMOCNĚNÍ	
Zlehčování svého duševního onemocnění	<p>„To bylo vlastně i s těma depresema, že jsem se jako poškozovala a tak, a brala jsem to, že jsem jako jenom divná.“ (R-1, s. 8, řádky 30-31)</p> <p>„...ale vždycky jsem měla vlastně pocit, že když se přinutím, tak můžu, nebo když jako že je otázka vůle, jestli se přeji nebo nepřeji.“ (R-1, s. 9, řádky 13-14)</p>
Srovnávání se s druhými	<p>„...vlastně od dětství jsem jenom to brala tak, že jako já mám divný myšlenky a kamarádi nemaj divný myšlenky a že jsem teda divná.“ (R-1, s. 9, řádek 1)</p>
Diagnóza jako naděje na změnu	<p>„...a že jsem teda divná a jako tou diagnózou se mi ňák jako utvrdí, že to nejsem já a je to nějak řešitelný...“ (R-1, s. 9, řádky 1-2)</p>
Radost z diagnózy jako potvrzení závažnosti onemocnění	<p>„...vlastně jsem měla radost, že jsem jako dokázala to mít pojmenovaný a že se jako můžu řadit mezi ty, co se dokážou takhle zaobírat váhou a držet diety, i jsem to brala jako výhru, že jsem mezi těma, co se s tímhle lécej.“ (R-1, s. 8, řádky 17-19)</p>
Naplnění touhy být zajímavá	<p>„Já jsem jako na jednu stranu vždycky chtěla zapadnout jako do davu a na druhou stranu jsem vždycky chtěla bejt jako zajímavá, a tady to je jako jedna z cest, jak bejt zajímavá.“ (R-1, s. 8, řádky 22-24)</p>

<p>Ponižování sebe sama</p> <p>Náhled na sebe sama</p>	<p>„...a že jsem vlastně hrozný prase a že jsem se identifikovala s těma projevy nemoci...“ (R-1, s. 9, řádky 14-15)</p> <p>„Já jako celou dobu mám nějaký racionální náhled na to, jak reálně vypadám, a když mi někdo řekne, ať přiřadím postavu k sobě, tak vlastně přiřadím, jak reálně vypadám...“ (R-1, s. 7, řádky 24-25)</p> <p>„...ale že jako začínám přijímat, že prostě nezhubnu nikdy na kost, že jako mám nějakou postavu, se kterou nic neudělám, že jsem těžká a že budu vždycky těžší než moje sestřenice, která je baletka a která třeba nemá tak mohutnou svalovou hmotu...“ (R-1, s. 7, řádky 28-30)</p>
<p>REAKCE OKOLÍ NA PPP</p>	
<p>Nepochopení</p>	<p>„...možná pak na základě toho jsem se setkala s takovejma komentářema typu, že kdybych žila v pralese, tak bych s tímhle problémem neměla...“ (R-1, s. 6, řádky 21-23)</p> <p>„...ale přijde mi v poslední době, že o tom fakt nejde mluvit, protože některý lidi to fakt prostě nepochopěj nikdy a no...to jako nejenom v souvislosti s jídlem ale i s jinejma poruchama.“ (R-1, s. 6, řádky 25-27)</p> <p>„No já se asi jako často setkávám s názorama, že je to jenom vůlí, že je to o vůli jak ty deprese, tak tadyto, a že kdybych chtěla, tak jsem normální...“ (R-1, s. 9, řádky 7-8)</p>

<p>Nepřenositelnost vlastní zkušenosti</p>	<p>„...ale třeba v souvislosti jako vždycky to říkají lidé, který to neznají, že jako deprese působí jako lenost a apatie a nechut' cokoli dělat, což jako je tak a lenost to není.“ (R-1, s. 9, řádky 9-11)</p> <p>„...právě si říkám, že asi jako tenhle ten pocit není úplně dobře přenosnej pro někoho, kdo to nezažil...že jako třeba mám často pocit, že to je úplně jasný, a že to všem jako ukážu, jak se takovej člověk cítí, ale ono to vlastně nejde.“ (R-1, s. 7, řádky 1-4)</p>
<p>Zoufalství rodiny</p>	<p>„...to jako upoutalo pozornost mojí rodiny, oni z toho byli strašně nešťastný...“ (R-1, s. 7, řádky 15-16)</p> <p>„...oni byli fakt nešťastný, a to bylo vlastně v souvislosti s těma dietama...“ (R-1, s. 8, řádek 5)</p> <p>„...prostě táta mi říkal, jak je máma nešťastná, a jak brečí a já nevím, jestli to úplně mluvil pravdu nebo jestli to jenom zveličoval, protože to von někdy dělá i u jinejch věcí...“ (R-1, s. 8, řádky 7-9)</p> <p>„...mamka bude nešťastná, chvílku se možná bude hádat, nebo bude předstírat, že je nešťastná, ne že by ona to nepředstírá, ale je spíš že je to na ni moc, ona je hrozně hodná, ale byla občas hysterická.“ (R-1, s. 11, řádky 16-18)</p>
<p>Nevšímavost okolí</p>	<p>„...ani jako okolí si toho nevšímá, dokud prostě jsem nedržela ty radikální diety, tak naopak třeba že člověk strašně přibere, okolí spíš doporučí, abych cvičila, tak jako je to normální a prostě se to děje...“ (R-1, s. 7, řádky 12-14)</p>

Potřeba veřejně mluvit o své PPP	<p>„...já jsem se vlastně roky přejídala a takhle to prostě není, lidi to prostě nevědí, že tohle může být problém, a berou jako problém až ty diety.“ (R-1, s. 8, řádky 6-7)</p> <p>„...že doteď nevím, jestli to vlastně bylo správně to o sobě říkat, já jsem jako dlouho vždycky měla takovou absolutně platnou teorii, že jako se musí otevřeně mluvit o těch problémech, a že jinak to jako zůstane tabu...“ (R-1, s. 6, řádky 23-25)</p>
POSTOJ K LÉČBĚ	
Na léčbu nejsem dost nemocná	<p>„Vlastně jeden z takovejch bodů, který mě doprovázej celou dobu tý PPP je, že si přijdu jako nedostatečně nemocná na to, abych si nechávala pomoct nebo tak, že mi přišlo, že nejdřív musím zhubnout a umírat a na podváhu a až potom s tím můžu něco dělat.“ (R-1, s. 7, řádky 9-11)</p> <p>„...zároveň že nejsem dost nemocná, prostě (smích) že si to vymýšlím a budu ztrácet čas nějakýma terapiema, a prostě že jsem jenom jako rozmazlená, je to takový rozporuplný, chaotický pocity...“ (R-1, s. 7, řádky 18-20)</p> <p>„... přišlo mi, že když se budu léčit, tak nikdy v životě nezhubnu.“ (R-1, s. 7, řádky 17-18)</p>
Obavy z léčby	<p>„...prostě léčbu jsem brala jako že se to rovná ztloustnout už z tý příšerný hmotnosti...“ (R-1, s. 7, řádky 23-24)</p>
Motivace k léčbě	<p>„... oni právě chtěli, abych s tím šla něco dělat, a já jsem právě měla pořád jako cíl zhubnout na kost.“ (R-1, s. 7, řádky 16-17)</p>

<p>Rozhodnutí léčit se kvůli rodině</p> <p>Potřeba diagnózy jako legitimizace nároku na léčbu</p> <p>Potvrzení smyslu léčby</p>	<p>„A zároveň jsem se nechtěla léčit, protože jsem chtěla zhubnout...“ (R-1, s. 7, řádek 23)</p> <p>„...ale jako trvalo mi strašně moc dlouho, než jsem sama sebe přesvědčila, že teda to má smysl.“ (R-1, s. 7, řádky 31-32)</p> <p>„...vlastně to bylo jenom jako díky rodičům, že jsem sem začala chodit nebo tak, já bych s tím asi nic nedělala a pořád bych hubla.“ (R-1, s. 8, řádky 1-2)</p> <p>„...prostě jako abych je netrápila, nebo aby oni neměli, jako si nemysleli, že za mě zodpovídaj, nebo že jsou jediný, kdo mě může mít pod kontrolou, tak jsem jako nějak kvůli nim že sem puďu.“ (R-1, s. 8, řádky 9-11)</p> <p>„...já mám asi takovou vadu, že prostě chci mít tu diagnózu a být utvrzená v tom, že jako to mám, a tím pádem se můžu s tím léčit.“ (R-1, s. 8, řádky 15-16)</p> <p>„...jako zpětně jsem strašně ráda, protože nevím, co no jako co by bylo jinak.“ (R-1, s. 8, řádky 11-12)</p>
<p>PŘÍNOSY SOCIÁLNÍHO PORADENSTVÍ</p>	
<p>Jiný úhel pohledu</p> <p>Vymezit si hranice</p>	<p>„...už jako v tomhle mi to strašně pomohlo, že to jako nestrannej člověk, kterej to vidí jinak.“ (R-1, s. 10, řádky 2-3)</p> <p>„Možná nejvíc mi to pomohlo v tom, že jsem si víc uvědomila hranice mezi mojí vůlí a vůlí rodičů a mezi tím, co jako oni maj právo mi říkat a co nemaj právo mi říkat.“ (R-1, s. 9, řádky 23 - 25)</p>

<p>Získat náhled na PPP</p> <p>Změna v chování</p>	<p>„...tohle mi vlastně pomohlo se vůči tomu vymezit a i si vlastně říct, kdy si vlastně to jídlo od mamky vzít, když mi něco nabídla...“ (R-1, s. 9, řádky 30 - 31)</p> <p>„Asi jsem jako hodně zjistila, že když odmítnu, že se reálně nic nestane...“ (R-1, s. 11, řádek 15)</p> <p>„...čím jim jako reálně škodím a co je jako můj dojem, že je to spíš jako vydírání citový nebo tak.“ (R-1, s. 9, řádky 25–26)</p> <p>„...jako já jsem na ni vlastně přehazovala tu zodpovědnost za svý přejídání, takže, a to mi vlastně v tady v tom vyhovovalo, i když mě to vlastně ve výsledku týralo, že vlastně jsem byla ta oběť.“ (R-1, s. 12, řádky 14–16)</p> <p>„...no to je jako pravda, že jsem je tím trápila, že viděli, že nejím, nebo jako neměla jsem energii nejen kvůli depresím, ale protože jsem nejedla nebo hrozně málo.“ (R-1, s. 9, řádky 26–27)</p> <p>„...vždycky jsem měla takovýto černobílý vidění, že je jako hrozně týrám a jsem strašně zlá tak jsem se teda najedla, pak jsem měla zase pocit, že týraj oni mě.“ (R-1, s. 9, řádky 28–30)</p> <p>„...když jsem se chtěla do té doby přejíst ne jako chtěla přejíst nebo jako měla hroznou chuť strašně se najíst, tak právě jsem často šla za mamkou, protože jsem věděla, že ona mě donutí.“ (R-1, s. 10, řádky 8–10)</p> <p>„...přestala jsem to dělat jako mechanicky, že když mi něco nabídla, tak to</p>
--	---

<p>Přijetí odpovědnosti za svoje jednání</p>	<p>automaticky sním už jen proto, že jsem strašně hladová.“ (R-1, s. 10, řádky 1-2)</p> <p>„...že jsem se vlastně tady naučila odmítat to jídlo a přemýšlet, co chci a nechci.“ (R-1, s. 10, řádky 12–13)</p> <p>„...že jsem vlastně stihla se naučit říct to ne.“ (R-1, s. 11, řádek 13)</p> <p>„...a převzít za to zodpovědnost, to si myslím, že mi jako hodně pomohlo...“ (R-1, s. 10, řádky 13–14)</p> <p>„Zase jsem převzala díky tomu tu zodpovědnost...“ (R-1, s. 11, řádek 2)</p> <p>„...a hlavně já jsem se mezi tím naučila jako mít odpovědnost za sebe, že jsem vlastně stihla se naučit říct to ne.“ (R-1, s. 11, řádky 12–13)</p> <p>„...a asi to hlavně byla ta zodpovědnost, že jsem, že když jsem fakt nejedla, tak jsem jí to řekla.“ (R-1, s. 11, řádky 22–23)</p> <p>„...díky tomu jsem nějak získala pocit, že za to zodpovídám, co sním.“ (R-1, s. 10, řádky 7–8)</p> <p>„A pomohlo to asi i v tom, že mamka neměla pocit, že je na mě sama, že jsem pod kontrolou nějakého odborníka nebo tak...“ (R-1, s. 10, řádky 14–15)</p>
<p>Změna přístupu rodiny</p>	<p>„...vlastně mi dala mnohem větší svobodu, a i když jsem jí říkala, o čem mluvím se sociální pracovnící, tak se snažila mě jako nenutit...fakt se snažila.“ (R-1, s. 10, řádky 15–17)</p>

<p>Budování důvěry</p>	<p>„Bylo to jako tím, že to řek někdo zvenčí, kdybych to řekla já, tak já jsem jí to říkala tisíckrát, to nemělo cenu, takhle v rodině.“ (R-1, s. 10, řádky 17–18)</p> <p>„...babička a teta, která taky měla vždycky tendenci mě nakrmit, ty se taky snažily a bylo to takový dost zajímavý.“ (R-1, s. 10, řádky 21-22)</p> <p>„...takže mamka jim to a jako řekla, že se asi nemám nutit do jídla nebo co...“ (R-1, s. 10, řádky 26-27)</p> <p>„...já si pamatuju že jsem na jaře přijela k babičce s tím, že jako kašlu na tu dietu, že to stejně nevydržím a byla jsem úplně v šoku, že mě jako nenutila vlastně jíst.“ (R-1, s. 10, řádky 27-29)</p> <p>„...a taky jsem se víc začla snažit vybudovat tu důvěru mezi mámou a mnou, že jako aby mi věřila, že fakt jim...“ (R-1, s. 11, řádky 19-20)</p> <p>„...protože si nelžem a nikdy jsem jim nelhala a jsem na sebe práskla i to, že jsem byla běhat.“ (R-1, s. 11, řádky 21-22)</p> <p>„...aby prostě věděla, že jí nelžu a když říkám, že jsem jedla, tak jsem fakt jedla.“ (R-1, s. 11 řádky 23-24)</p>
<p>PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S PEEREM</p>	
<p>Jak se při spolupráci cítila</p>	<p>„...XY jako peer byla jinej typ peer konzultanta, než jsem byla dřív zvyklá, a no takže mi víc jako trvalo, než jsem se sžila s tím, že byla podle mě ráznější...“ (R-1, s. 12, řádky 22-23)</p>

<p>Vnímání přístupu peera</p>	<p>„...takže jako mi to chvíli trvalo, protože jsem vztahovačná.“ (R-1, s. 12, řádky 25-26)</p> <p>„...je to vlastně zajímavý se setkávat s různě lidma, který mají různé přístupy, řekla bych, že je to vlastně super.“ (R-1, s. 13, řádky 1-2)</p> <p>„...více mi jako na rovinu řekla, děláš blbost nebo něco takového než jako lidi, se kterými jsem se setkala dřív...“ (R-1, s. 12, řádky 23-25)</p> <p>„...ale jako ve výsledku je to hodně účinný, když vím, že mi to říká na rovinu a že jako s tím má zkušenost sama.“ (R-1, s. 12, řádky 25-27)</p>
<p>PŘÍNOSY SPOLUPRÁCE S PEEREM</p>	
<p>Bezpečné sdílení osobní zkušenosti s PPP</p> <p>Dozvědět se, jak prožíval PPP někdo jiný</p>	<p>„...mám pocit, že jako mi to jako pomohlo mi to vlastně si o tom, i kdyby to bylo jako jenom popovídání si o tom, tak je to cenný.“ (R-1, s. 12, řádky 27-28)</p> <p>„...mám jako kamarádky, který taky mají to podobný, co já, ale vlastně jako se jim bojím ptát na některé věci, protože si nejsem jistá, jestli jsou úplně v pohodě a jak je to citlivý a některým se to občas rozjede znovu, takže tady je to cenný v tom, že se nemusím bát se zeptat na něco a tak...“ (R-1, s. 13, řádky 10-13)</p> <p>„...že jsem se dozvěděla i o někom jiným, jako co třeba, ne že by mi konkrétně jako říkala moc věcí, abych se moc neinspirovala, (smích), ale jo jako na tom mi přišlo nejcennější ten pohled jako do toho, jak to prožíval někdo jiný.“ (R-1, s. 13, řádky 6-8)</p>

<p>Dozvědět se, jak peer vnímá svoji PPP s odstupem času</p>	<p>„...protože jako je to asi příjemný mluvit s někým, kdo zažil to samý a kdo to nebere prostě jako nějaký rozmar a zároveň má od toho odstup a dokáže nějak poradit.“ (R-1, s. 12, řádky 29-30)</p> <p>„... a jako vlastně že to dokázala ona jako vlastně srovnat s tím, jak to v realitě je a jak to vnímá teďka.“ (R-1, s. 13, řádky 9-10)</p>
<p>SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY</p>	
<p>Spolupráce s nutriční terapeutkou</p> <p>Spolupráce s psychoterapeutkou</p>	<p>„...ale první asi bude nutriční terapeutka ..., peerka říkala, že jí pomohla nějaká racionalizace, že si uvědomila, co to tělo potřebuje a co jako nepotřebuje...“ (R-1, s. 13, řádky 16-18)</p> <p>„...protože je mi to mnohem víc jedno co jím, nebo jestli cvičím nebo necvičím a to bylo jako vlastně skoro ze dne na den, to nebylo úplně, že bych to zvládla terapií, ale těžko říct, nedokážu přesně určit přechod z toho covidu do necovidu.“ (R-1, s. 4, řádky 28-30)</p> <p>„...ta terapie mi jako pomohla, že jako jsem ráda zpětně.“ (R-1, s. 7, řádek 31)</p>
<p>CO POMOHLA NEJVÍCE</p>	
<p>Osobnost sociální pracovnice</p>	<p>„...byl vlastně nejsilnější právě ten začátek, že jsem jednak jako na ty problémy neměla vůbec žádný náhled, prostě byla jsem jako mimo realitu a XY mě vlastně hrozně citlivě z toho postupně vyváděla.“ (R-1, s. 13, řádky 27-29)</p>

Mluvit s odborníkem se specializací na PPP	„...že mi přišla mnohem, že mi sedla asi jako mnohem víc než nějaký psychologové nebo psychoterapeuti, se kterejma jsem se setkala dřív...“ (R-1, s. 14, řádky 2-3)
Medikace	„...no a to bylo vlastně poprvý, co jsem mluvila s nějakým odborníkem, kterej je přímo na tohle specializovanej, jinak jako u jiných jsem vždycky poznala v nějakou chvíli, že jako nevěděj o čem mluvěj, a že to jako znaj teoreticky, ale vždycky v nějakou chvíli se to projeví no...“ (R-1, s. 13, řádky 30-31)
	„...jsem dostala jiný léky, který jako těm, protože asi těm přičítám většinu toho zlepšení.“ (R-1, s. 4, řádky 27-28)

Rozhovor 2 – Zuzana

Druhý rozhovor jsem vedla se Zuzanou, ženou ve věku 19 let. Rozhovor trval 29:50 minut. V době pandemie se Zuzana potýkala s mentální anorexií. Služeb organizace zaměřené na podporu a pomoc osobám s PPP využila v průběhu pandemie celkem dvakrát. Navštívila sociální poradnu a následně pokračovala v léčbě ve spolupráci s multidisciplinárním týmem v dané organizaci, kde čerpala podporu peer konzultantky, psychoterapeutky a nutriční poradkyně.

Tabulka témat a podtémat:

Témata a podtémata	Citace
PROŽÍVÁNÍ KARANTÉNY	
Studium	„No tak nějakou část mi rozhodně vzala online škola, což asi nebyla škola jako obvykle...“ (R-2, s. 17, řádek 32)

<p>Náročnost soužití s rodinou</p> <p>Omezení možnosti sportovat</p>	<p>„Takže to bylo náročný, protože jsem měla najednou za rok maturovat a vlastně mi chybělo hrozně moc učiva ...“ (R-2, s. 23, řádek 20-21)</p> <p>„...takže v tomhle ohledu to bylo náročný a myslím si, že hodně nám toho jakoby chybělo, protože online škola nebyla úplně to stejný co kdybychom jako hodili normálně do školy.“ (R-2, s. 23, řádky 25-27)</p> <p>„...já jsem s rodičema neměla úplně dobrý vztah už jako předtím, takže pro mě bylo úplně hrozně náročné být s rodičema najednou celý dny jako v jedný domácnosti, takže to nebylo úplně nejlepší, bylo to docela hodně náročný.“ (R-2, s. 15, řádky 3-6)</p> <p>„...takže teďka jak jsme tam byli vlastně spolu všichni zavřený a ještě mám staršího brácha a byla tam i jeho přítelkyně, takže to bylo, že tam byli najednou jako čtyři lidi na mě...“ (R-2, s. 15, řádky 8-10)</p> <p>...takže to bylo docela toxický prostředí bych řekla.“ (R-2, s. 15, řádek 12)</p> <p>„Částečně jsem to pocítila, protože jsem v tu dobu dělala závodně karate, takže to se mi v tu dobu nějakým způsobem určitě taky hodně omezilo...“ (R-2, s. 17, řádky 26-27)</p>
<p>PRŮBĚH PPP V OBDOBÍ KARANTÉNY</p>	
<p>Radost ze svobody v PPP</p>	<p>„...tak to pro mě bylo fajn v tom smyslu, že mě v tom nikdo úplně nekontroloval a bylo to takový jednodušší.“ (R-2, s. 15, řádky 27-28)</p>

Zhoršení zdravotního stavu	<p>„...každopádně pak se to všechno hrozně zhoršilo a bylo to takový náročný...“ (R-2, s. 15, řádek 29)</p> <p>„No ono se to hodně vystupňovalo...“ (R-2, s. 16, řádek 5)</p>
Hospitalizace	<p>„...já jsem v té době skončila na hospitalizaci. Nějak asi v polovině té pandemie.“ (R-2, s. 18, řádky 4-5)</p>
HOSPITALIZACE	
Průběh	<p>„...já jsem skončila vlastně kvůli pokusu o předávkování, a to jsem skončila v Thomayerove nemocnici.“ (R-2, s. 18, řádky 15-16)</p> <p>„...s tím, že vlastně tam jsem nemohla mít ani návštěvy rodičů kvůli pandemii a pak jsem vlastně byla přeložena do Motola na dětskou psychiatrii, kde ty návštěvy byly hodně omezený a pak se nám tam vlastně taky stalo, že nějaký spolupacienti onemocněli covidem, takže se celý to oddělení uzavřelo a všechny ty návštěvy se omezily úplně.“ (R-2, s. 18, řádky 17-21)</p> <p>„No to jsem skončila taky znova v Motole a tam se to hrozně prodloužilo, protože jsem měla být převezena do Bohnic.“ (R-2, s. 19, řádky 1-2)</p> <p>„...a Bohnice se právě odložily, protože tam byli v karanténě, takže se mi to vlastně o měsíc prodloužilo všechno a pak mě tam konečně přesunuli...“ (R-2, s. 19, řádky 3-4)</p>
Prožívání hospitalizace	<p>„...takže to bylo taky docela náročný, takže to bylo náročný nejenom pro mě, ale</p>

<p>Přístup doktorů v nemocnici</p>	<p>i pro všechny ostatní, takže na Motol nevzpomínám zrovna nejlépe.“ (R-2, s. 18, řádky 21-22)</p> <p>„...musím říct, že já jsem z té hospitalizace odcházela, že jsem na tom byla hůř, než když jsem tam přišla po psychický stránce.“ (R-2, s. 18, řádky 29-30)</p> <p>„...protože tam mi to úplně nepomáhalo, což si myslím, že tam to úplně nepomůže nikomu.“ (R-2, s. 19, řádky 2-3)</p> <p>„...hrozně jsem se bála toho, že tam budu mít hroznej nátlak, ale ten nátlak jsem tam v podstatě jako vůbec neměla...“ (R-2, s. 19, řádky 10-11)</p> <p>„...kde vlastně ze všech nemocnic, kde jsem byla, to nebyl nejlepší přístup doktorů.“ (R-2, s. 18, řádky 16-17)</p> <p>„...protože když se na to dívám zpětně, tak mi ten přístup nepřijde úplně adekvátní k lidem, co trpěj PPP nebo asi bych se zachovala bejt na jejich místě jinak no...“ (R-2, s. 18, řádky 23-24)</p> <p>„No přijde mi, že jediný, s čím se tam jako...s čím pomůžou člověku, je to, že ten danej člověk přibere na svoji zdravou váhu, ale už se tam nikdo nezajímá o ten psychický stav, což mi přijde, že je taky rozhodně hrozně důležitý.“ (R-2, s. 18, řádky 26-28)</p> <p>„...tam musím říct, že tam je ten přístup o hodně lepší, že tam mi to pomohlo o hodně víc.“ (R-2, s. 19, řádek 5)</p>
------------------------------------	--

	<p>„...samozřejmě taky tam jde o to, aby člověk přibral na zdravou váhu, a psycholog si na vás udělá více času, takže s vámi řešej tu psychickou stránku a nikdo tam na vás úplně netlačí...“ (R-2, s. 19, řádky 7-9)</p> <p>„...protože v Motole to právě bylo tak, že tam na vás všichni hrozně tlačili.“ (R-2, s. 19, řádek 13)</p> <p>„Takže vlastně tahleta hospitalizace byla lepší v tom, že tentokrát tam zohledňovali i tu psychickou stránku a snažili se s váma takhle pracovat a netlačili.“ (R-2, s. 19, řádky 18-19)</p> <p>„Akorát v Motole většinou řešej jenom jednu danou jeden danej problém a ostatní věci moc neřešej.“ (R-2, s. 19, řádky 28-29)</p>
<p>CO BYLO V PPP V KARANTÉNĚ JINÉ NEŽ DŘÍVE</p>	
<p>Dopad izolace na průběh nemoci</p> <p>Uzavření sportovišť jako stresující faktor</p>	<p>„...kdyby nebyla pandemie, tak bych do toho asi nepropadla tolik, protože pořád bych tam měla kamarády, se kterými bych se mohla vídat a byli by mi nějakou další oporou.“ (R-2, s. 17, řádky 20-21)</p> <p>„...ale právě asi tím, že jsem byla oddělená od všeho a byla jsem doma, tak se to holt stalo...“ (R-2, s. 18, řádky 9-10)</p> <p>„...hlavně jsem byla zvyklá na nějaký svůj režim ohledně sportování, byla jsem zvyklá, kam chodim, a najednou jsem to všechno musela omezit na čistě svoje jako</p>

	okolí... byla to další stresující věc.“ (R-2, s. 17, řádky 27-30)
TRÁVENÍ ČASU S RODINOU	
Hádky	„...my jsme se spolu nedokázali moc jako bavit a čím dýl jsme byli spolu, tím víc se stupňovaly všechny hádky, takže to bylo docela toxický prostředí bych řekla.“ (R-2, s. 15, řádky 10-12)
Kontrola rodičů	„...a hodně času taky byly hádky s rodičema no.“ (R-2, s. 17, řádky 34) „...protože rodiče najednou mohli kontrolovat všechny jídla, který jako jim, a mohli řídit to, kolik sportu dělám, a bylo to takový...že to byla velká kontrola.“ (R-2, s. 15, řádky 30-31)
VLIV SPOLEČNÉHO TRÁVENÍ ČASU S RODINOU NA PRŮBĚH PPP	
Zhoršení psychického stavu	„...ale bohužel pak se to tak nějak hrozně vyvrcholilo, protože s rodičema jsme se hádali už jako kvůli každý maličkosti...“ (R-2, s. 16, řádky 10-11) „...ale na druhou stranu jsem pořád byla v prostředí, kde mi dávalo furt nějakéj podnět dál pokračovat v hubnutí...“ (R-2, s. 16, řádky 12-13)
VZNIK DALŠÍCH DUŠEVNÍCH POTÍŽÍ	
Sebepoškozování, panické ataky a úzkosti	„No rozhodně se mi rozjely panické ataky a zhoršilo se mi o hodně sebepoškozování a přibyly mi i úzkosti.“ (R-2, s. 19, řádky 23-24)

POSTOJ KE SVĚMU ONEMOCNĚNÍ	
Náhled na sebe	<p>„...takže nejdřív to pro mě bylo hrozně fajn, protože v tu dobu, kdy jsem ještě hubnutí vnímala jako něco hrozně dobrého...“ (R-2, s. 15, řádky 26-27)</p> <p>„Rozhodně to příkládám tý době, protože často nad tím přemýšlím, jestli by se to stalo, kdyby pandemie vůbec nebyla a říkám si, že by se to asi nestalo, že bych to nějak jako zvládla i bez hospitalizace.“ (R-2, s. 18, řádky 7-9)</p> <p>„No já jsem v tu dobu asi na tom nebyla tak, že bych si dokázala přiznat, že s tím znovu mám zase problém.“ (R-2, s. 20, řádky 28-29)</p>
Motivace čelit PPP	<p>„...protože jsem si tak nějak uvědomila, jak náročný pro mě bylo s tímhle přestat...“ (R-2, s. 17, řádek 14)</p>
Ambivalence	<p>„...a já jsem byla hrozně nerozhodná, protože jsem v tu chvíli bojovala se sebou a se svojí nemocí...“ (R-2, s. 21, řádek 1)</p> <p>„...takže jsem tak trochu válčila...“ (R-2, s. 21, řádek 4)</p>
REAKCE OKOLÍ NA PPP	
Malý význam pro rodinu	<p>„No pro mě to bylo náročný v tom smyslu, že moje rodiče zrovna moc nechápali, co to PPP jsou, a nekladli na to moc velký důraz.“ (R-2, s. 15, řádky 25-26)</p> <p>„...protože jak říkám, oni tomu nekladli moc velký důraz, takže to bylo takový hrozně náročný se i s X spojit.“ (R-2, s. 16, řádky 26-27)</p>

<p>Podpora k návratu do léčby</p> <p>Starost</p>	<p>„...ale pak vlastně moje sociální pracovnice mě právě přemluvila se sem znova navrátit...“ (R-2, s. 20, řádky 12-13)</p> <p>„...ona mi pak jakoby bez toho, aniž by na mě tlačila, tak mi naznačila, jestli se znovu nechci ozvat právě tady do XY.“ (R-2, s. 20, řádky 32-34)</p> <p>„...jsme si o tom hrozně dlouho o tom povídaly a ona mi pak říkala, ať se sem znova ozvu, že buď znova najdu podporu a pomoc, nebo to kdykoli ukončím a prostě to nějak zvládnou sama. Mí tak jako dokázala nastínit ty dobré stránky toho se sem znovu ozvat.“ (R-2, s. 21, řádky 4-7)</p> <p>„...ale ona to nějakým způsobem hrozně vnímala a pokaždé, když jsme se setkaly, tak se zajímala o to, jestli jim, jestli z týchle stránky jsem nějakým způsobem v pořádku...“ (R-2, s. 20, řádky 29-31)</p>
POSTOJ K LÉČBĚ	
<p>Motivace</p>	<p>„...nějak aniž bych asi v tu dobu jsem o tom byla ještě stoprocentně rozhodnutá, že se z toho chci dostat...“ (R-2, s. 16, řádky 8-9)</p> <p>„...takže to bylo takový, že já jsem se z toho na jednu stranu chtěla dostat, ale na druhou stranu jsem pořád byla v prostředí, kde mi dávalo furt nějaký podnět dál pokračovat v hubnutí...“ (R-2, s. 16, řádky 12-13)</p> <p>„...já vím, že jsem tam měla hrozný problém přibrat na zdravou váhu, hrozně jsem byla zmatená, jestli to chci nebo nechci.“ (R-2, s. 19, řádky 9-10)</p>

<p>Pocit vlastního selhání</p> <p>Potvrzení toho, že léčba měla smysl</p>	<p>„...bylo to moje rozhodnutí, jestli se chci z toho dostat nebo ne, a což mi přijde hrozně velké plus.“ (R-2, s. 19, řádky 11-12)</p> <p>„Myslím, že to není úplně dobře, protože si řeknete že to uděláte proto, že na vás ostatní tlačej, ale stejně pak do toho spadnete do toho znovu, protože to nechcete vy.“ (R-2, s. 19, řádky 13-15)</p> <p>„protože jsem nevěděla, jestli se opravdu chci z toho dostat, nebo nevěděla, jestli se mám v tu chvíli znovu ozvat nebo jestli vlastně jsem na tom tak špatně, abych si znovu požádala o pomoc nebo jestli je to jako ještě v pořádku a zvládnou to sama.“ (R-2, s. 21, řádky 1-4)</p> <p>„...no já jsem z toho byla docela hrozně nervózní, protože jsem v sobě cítila jako jakýsi selhání...“ (R-2, s. 20, řádky 9-10)</p> <p>„...jsem za to hrozně vděčná, protože bych to znovu sama asi jako nezvládla...takže jsem za to hrozně ráda.“ (R-2, s. 20, řádky 13-14)</p>
<p>PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S PEEREM</p>	
<p>Jak se při spolupráci cítila</p>	<p>„...a v tu dobu jsem právě spolupracovala s X, a ta mi byla hrozně velkou oporou.“ (R-2, s. 16, řádky 5-6)</p> <p>„...my jsme pak měly právě kvůli covidu on – line setkání, takže to bylo takový náročnější, protože jsem vlastně musela na jednu stranu tajit před rodičema, že s X spolupracuju...“ (R-2, s. 16, řádky 24-26)</p>

<p>Vnímání přístupu peera</p>	<p>„...s tím že je to samozřejmě něco jiného, než když se setkáme jakoby v kavárně nebo takhle, takže to bylo svým způsobem takový zvláštní si na to zvyknout a bylo to i náročný to nějakým způsobem načasovat, abych na to měla nějaký klid a prostor na to.“ (R-2, s. 16, řádky 31-33)</p> <p>„...jsem se bála, že si Y tolik nesednu a že to bude prostě jiné...“ (R-2, s. 21, řádky 15-16)</p> <p>„A teďka vlastně spolupracuju se Z, se kterou jsme si podle mě hrozně sedly, a jsem za ni taky hrozně ráda.“ (R-2, s. 21, řádky 20-21)</p> <p>„...takže jsem byla hrozně ráda, že je tady někdo, kdy mi může zase pomoci.“ (R-2, s. 21, řádek 23)</p> <p>„...a v tu dobu jsem právě spolupracovala s X a ta mi byla hrozně velkou oporou a byla asi jedinej člověk, kterej v tu dobu chápal mně a chápal všechny moje problémy.“ (R-2, s. 16, řádky 6-7)</p> <p>„...celkově tam byla pro mě podporou, když jsem vlastně tam neměla někoho jiného.“ (R-2, s. 17, řádky 6-7)</p> <p>„...ale myslím si, že to bylo velmi podobné, že jsem znova u ní jako našla nějakou podporu, nějakou jako ochotu mi pomoci nějakým způsobem...“ (R-2, s. 21, řádky 16-17)</p>
<p>PŘÍNOSY SPOLUPRÁCE S PEEREM</p>	
<p>Uvědomit si, že PPP je problém</p>	<p>„...byla asi taky jediná, kvůli který jsem si uvědomila, že s tím opravdu mám problém.“ (R-2, s. 16, řádky 7-8)</p>

Přestat počítat kalorie	„...ale i přesto jsem díky X vlastně dokázala přestat počítat kalorie, za což jsem doteď hrozně moc ráda.“ (R-2, s. 16, řádky 9-10)
Pomoc v boji proti sebepoškozování	„Já jsem v tu dobu dost bojovala i se sebepoškozováním, se kterým mi X taky hrozně moc pomohla.“ (R-2, s. 17, řádky 5-6)
Dozvědět se, jak prožíval PPP někdo jiný	„...zase to bylo hezký vidět, že ona mi poradila i třeba jiné věci, které mi X třeba neporadila, který jí zase pomohly, takže to bylo hezký, že jsem tu měla více možností, který můžu zkusit.“ (R-2, s. 21, řádky 17-21)
Bezpečně sdílet osobní zkušenost s PPP	„...vnímám, že tam můžu být nějakým způsobem sama sebou a nemusím se bát, že třeba mi to znova nevyšlo s jídlem a něco jsem jako pokazila třeba že tam prostě můžu bejt otevřená, že si nemusím hrát na to, jak je všechno v pořádku a jak to všechno zvládám.“ (R-2, s. 21, řádky 26-29) „No já to vnímám tak, že mi ten člověk nějakým způsobem rozumí, protože si tím prošel.“ (R-2, s. 21, řádky 25-26)
PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S PSYCHOTERAPEUTKOU	
Jak se při spolupráci cítila	„...ze začátku jsem z toho byla hrozně nervózní, protože jsem se bála, že k ní nebudu mít takovou důvěru, jako třeba ke svý psychoterapeutce...nevím...měla jsem z toho hroznej strach...“ (R-2, s. 22, řádky 4-6)

Vnímání přístupu psychoterapeutky	<p>„To bylo pro mě hrozně přínosný...“ (R-2, s. 22, řádek 2)</p> <p>„Brala jsem to jako další podporu, že je to další člověk, na kterýho se můžu obrátit, když mi prostě není dobře.“ (R-2, s. 22, řádky 8-9)</p>
PŘÍNOSY SPOLUPRÁCE S PSYCHOTERAPEUTKOU	
Vystoupit z komfortní zóny	<p>„...myslim si, že P mi opět mi hrozně moc pomohla, díky ní jsem dokázala hrozně moc výstupů ze svý komfortní zóny.“ (R-2, s. 22, řádky 6-7)</p>
PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU	
Jak se při spolupráci cítila	<p>„Hrozně dlouhou dobu jsem to odkládala, protože jsem se hrozně bála, že tadyta nutriční bude jako jsem zažila na svý hospitalizaci...“ (R-2, s. 22, řádky 19-20)</p> <p>„...myslím si, že ještě doteď jsem z toho trochu nervózní, když jdu na nějaký to setkání...“ (R-2, s. 22, řádky 21-22)</p> <p>„...tak z toho nemusím mít ten strach, nevím, že by se na mě někdo naštvál.“ (R-2, s. 22, řádek 24)</p> <p>„...jsem za to taky hrozně moc ráda.“ (R-2, s. 22, řádky 29)</p>
Vnímání přístupu nutriční terapeutky	<p>„...nakonec jsem zažila, že to tak vlastně vůbec není.“ (R-2, s. 22, řádky 20-21)</p> <p>„...čeho si asi nejvíc vážim je to, že na mě zase netlačí...“ (R-2, s. 22, řádek 22)</p>

PŘINOSY SPOLUPRÁCE S NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU	
<p>Psychická podpora</p> <p>Změna v chování</p>	<p>„...právě N mi teď hodila taky hrozně velkou podporu, protože jsem neměla úplně nejlepší období teďka.“ (R-2, s. 22, řádky 24-25)</p> <p>„...pomohla tím, že jsme se dohodly, že jí budu každý den posílat svoje jídla abych...že tam mám nějakou takovou tu motivaci, že i když bych vlastně se nechtěla najíst, tak mám nějakou tu povinnost poslat fotku.“ (R-2, s. 22, řádky 26-28)</p> <p>„...tak mi to hrozně moc pomohlo, že jsem se nebála, že budu muset jíst hrozně moc velký porce, pět jídel denně a že to jako nezvládnou, tak je to pro mě v tomhle směru jednodušší.“ (R-2, s. 23, řádky 6-8)</p> <p>„...takže mě to vždycky nějakým způsobem donutí se jít najíst.“ (R-2, s. 22, řádky 28-29)</p>
CO POMOHLA NEJVÍCE	
Psychická podpora	<p>„...že jsem dokázala změnit zaměstnání, u čehož jsem se hrozně bála, protože jsem nějakým způsobem...nevím...bylo to pro mě hrozně náročný třeba po psychický stránce a měla jsem hrozně velkou oporu a byla jsem hrozně ráda, že jsem tohle dokázala změnit.“ (R-2, s. 22, řádky 11-14)</p>

Rozhovor 3 - Lucie

Třetí rozhovor jsem vedla s Lucií, ženou ve věku 20 let. Rozhovor trval 1:20 minut. V době pandemie se Lucie potýkala s mentální anorexií. Vyhledala nejprve soukromou nutriční poradkyni, ke které pravidelně docházela, následně začala navštěvovat organizaci zaměřenou na podporu a pomoc osobám s PPP, kde nejprve navštívila sociální poradnu, následně pokračovala v léčbě ve spolupráci s multidisciplinárním týmem v dané organizaci, kde čerpala podporu peer konzultantky, psychoterapeutky a nutriční poradkyně.

Tabulka témat a podtémat:

Témata a podtémata	Citace
PROŽÍVÁNÍ KARANTÉNY	
Stres	<p>„No mě první, co napadá, je obrovské stres...“ (R-3, s. 24, řádek 2)</p> <p>„...no a pro mě to bylo ještě víc stresový tým, že já jsem v té době měla maturitu a všechny ty věci okolo veškerý a tak, takže celkově to pro mě bylo stresový hodně.“ (R-3, s. 24, řádky 21-22)</p> <p>„...takže to nebylo přímo, že bych měla jako covid a tím se to zhoršilo, ale všema těma restrikcema, tak se to tak všechno kumulovalo, ten stres.“ (R-3, s. 25, řádky 20–22)</p>
Negativní emoce	<p>„...to je prostě úplně šílený, když to jede každý den a každý den ty zprávy a člověk vlastně nepřijímal nic dobrého...“ (R-3, s. 24, řádky 21-22)</p> <p>„...no a ještě do toho obrovskou roli hraje, když člověk nemá ten sociální kontakt.“ (R-3, s. 26, řádky 26-27)</p>

<p>Obavy z nejistoty, co bude</p>	<p>„...ještě jak byla ta maturita, tak se nevědělo, co a jak bude, a já jsem z toho byla extrémně vystresovaná.“ (R-3, s. 25, řádky 19-20)</p> <p>„...a takovej ten strach, že nevím, co bude.“ (R-3, s. 24, řádek 2)</p>
<p>Studium</p>	<p>„...já jsem si tak hodně navykla na režim, že jsem trávila u školy třeba tak dvanáct hodin denně.“ (R-3, s. 24, řádky 9-10)</p>
<p>Cvičení jako únik od reality</p>	<p>„A pro mě to byl obrovskej únik od reality, takže já tím, že jsem šla cvičit, jsem se šla vybit z toho, co jsem tak jako viděla, že se děje v televizi.“ (R-3, s. 24, řádky 27-28)</p>
<p>Prolínání potíží s PPP a rodinou</p>	<p>„Já jsem to měla takový psychicky nahoru a dolu...já úplně nevím, jak to odlišit, protože já mám problémy v rodině.“ (R-3, s. 25, řádky 3-4)</p> <p>„...takže pro mě to bylo dost náročný a psychicky jsem to prostě nedávala, ale spíš nevím, jestli tolik to byl ten covid, nebo rodina a prostě všechno, takže tohle, no...“ (R-3, s. 25, řádky 8-10)</p>
<p>Vnímání rozdílu mezi svým prožíváním a prožíváním okolí</p>	<p>„...moji kamarádi říkali, že pro ně ta karanténa byla super, že jako na školu se vykašlali a trávili čas s rodinou a užívali si to, ale já jsem furt jenom pracovala.“ (R-3, s. 25, řádky 6-8)</p>
<p>Orientace na výkon</p>	<p>„...takže to nebylo o tom, že si člověk odpočine, ale spíš, že na sobě ještě maká, protože to ostatní ještě říkaj...“ (R-3, s. 27, řádky 4-5)</p>

	<p>„...takže jako pro mě zavřít se doma s PPP a ještě s tím, že já jsem perfekcionista a potřebuju mít všechno úžasný a nejlepší do školy, tak pro mě to byla prostě vražda, kdy já jsem celý den jela a pak jsem si šla lehnout.“ (R-3, s. 25, řádky 5-6)</p> <p>„...ale tím spíš jsem sklouzla k tomu workoholismu, že jsem měla tu školu, pak ještě nějaký to cvičení...“ (R-3, s. 27, řádky 3-4)</p> <p>„Já mám pocit, že nic nedělám, pro mě to, že chodím do organizace XY a že se to snažím řešit, tak pro mě je to dejme tomu jako součást volného času...“ (R-3, s. 35, řádky 16-18)</p> <p>„...a i to, že se člověk vrátí jako psychicky rozsekanej a vyřízenej a není moc schopnej moc fungovat, tak já to třeba vidím jako selhání.“ (R-3, s. 35, řádky 23-24)</p> <p>„...ale zase si říkám, jo, to není o tom, že to není nějaký výkon, že jsem jako nic nedělala...“ (R-3, s. 35, řádky 26-27)</p> <p>„Když bych tak řekla svůj den, tak já jsem hodně pekla, mě to hrozně baví nebo bavilo.“ (R-3, s. 26, řádky 14-15)</p> <p>„No my jsme pak začali chodit na procházky. Ale to bylo asi tak jediná věc...“ (R-3, s. 27, řádky 10-11)</p> <p>„Řešila jsem furt jenom věci lidí, kterejm je už třeba přes padesát a řešej jenom tohle...“ (R-3, s. 35, řádky 2-3)</p>
Volný čas	
Náročnost soužití s rodinou	

<p>Absence odpočinku</p> <p>Sociální sítě jako náhrada sociálního kontaktu</p>	<p>„...takže naše rodina, tam to jako nefungovalo.“ (R-3, s. 27, řádek 23)</p> <p>„...ale najednou prostě člověk je doma a najednou vidí, že to doma nefunguje.“ (R-3, s. 28, řádek 20)</p> <p>„...takže podle mě jsme bojovali tady v tomhle, že oni byli zvyklí na tohle, ale já už jsem prostě nemohla.“ (R-3, s. 33, řádek 9-10)</p> <p>„...navíc když mu není psychicky dobře a je pořád zavřenej s těma samýma furt doma...“ (R-3, s. 26, řádek 27-28)</p> <p>„...ale když posloucháte, jak na sebe lidi řvou a vono to bylo takový, že nás do toho zatahovali a mamča to se mnou řešila jako jestli mám se rozvést, nemám se rozvést...“ (R-3, s. 34, řádek 13-15)</p> <p>„...a ještě do mě furt jako ryli...“ (R-3, s. 35, řádek 3)</p> <p>„...když už si nařídím nejakej odpočinek, tak stejně ta hlava furt jede a furt přemejšlí, takže stejně tam asi nebyl... To bylo šílený.“ (R-3, s. 27, řádek 12-14)</p> <p>„Už to nebylo o tom, že přijdu domů a jdu do toho svýho pokoje a je tam klid a je to bezpečný místo, kde si odpočinu, kde můžu vypnout...“ (R-3, s. 27, řádek 26-28)</p> <p>„...protože to byl jedinej sociální kontakt, kterej jsem tak jako mohla mít skrze tu sociální síť...“ (R-3, s. 28, řádek 10-11)</p>
---	--

Samota	<p>„...protože moji kamarádi neměli moc čas, nevím, co dělali, nechtěli se spojovat přes Skype...“ (R-3, s. 34, řádek 31-32)</p> <p>„...a tak jsem se v tom topila sama...“ (R-3, s. 26, řádky 8-9)</p> <p>„...já jsem vlastně na to celou dobu sama“ (R-3, s. 31, řádek 13)</p> <p>„...neměla jsem s kým to řešit...“ (R-3, s. 26, řádek 6)</p>
PRŮBĚH PPP V OBDOBÍ KARANTÉNY	
<p>PPP jako dosud nepojmenovaný problém</p> <p>Obavy z nadváhy</p> <p>Restrikce v jídle</p>	<p>„...z hlediska PPP to bylo ještě období, kdy jako já jsem to neměla v sobě potvrzený, já jsem věděla, že jako nějaký problém je.“ (R-3, s. 24, řádky 3-4)</p> <p>„...dostala jsem zároveň obrovskéj strach, že kolem toho jídla, že jak jsem doma a nechodím nikam ven, tak že budu tlustá...“ (R-3, s. 24, řádky 12-13)</p> <p>„...takže jsem omezila jídlo, jedla jsem fakt málo a měla jsem strach se prostě najíst...“ (R-3, s. 24, řádek 14)</p> <p>„...ale taky prostě málo cukru, málo tohohle, tamtoho, prostě aby tam toho nebylo kalorická bomba...“ (R-3, s. 26, řádky 15-16)</p> <p>„...já jsem byla zvyklá si dát malej kousek, protože je to prostě koláč a nebyla to taková normální porce, ale malej kousek koláče...“ (R-3, s. 26, řádky 17-19)</p>

<p>Excesivní cvičení</p>	<p>„...a tam jsem ani jeden den nemohla vlastně vynechat...“ (R-3, s. 24, řádky 11-12)</p> <p>„...no a pak jsem to chodila vycvičit, ale bylo to takový stádium, kdy jsem neměla sílu na to to vycvičit, kdy jsem prostě začala cvičit nějaký video, který mělo nějaký kardio na začátku, a já jsem byla po pěti minutách vyřízená a bylo mi hrozně špatně, že jsem vlastně musela skončit.“ (R-3, s. 24, řádky 16-19)</p> <p>„...a pak jsem šla cvičit a cvičila jsem každé den, cvičila jsem hodně náročný videa...“ (R-3, s. 24, řádky 10-11)</p>
<p>Navyšování zátěže</p>	<p>„...a pak tam bylo to cvičení nějakýho toho náročnýho kardia ...“ (R-3, s. 26, řádky 22)</p>
<p>Naprosté vyčerpání</p>	<p>„...ale já jsem si to nechtěla dovolit, takže já jsem udělala pauzu a pak jsem šla znovu a zase jsem odcvičila kus a pak udělala pauzu, protože jsem to prostě nezvládla, takže asi tak...“ (R-3, s. 24, řádky 19-21)</p>
<p>Zhoršení stavu</p>	<p>„...až to došlo do toho, kdy jsem prostě lehla a bylo to fakt jako hodně špatný, že jsem byla úplně totálně mimo, úplně“ (R-3, s. 25, řádky 22-23)</p> <p>„...já jsem prostě se mi jednou udělalo špatně, já jsem šla na záchod a tam jsem zkolabovala, což se mi do té doby v životě nestalo...“ (R-3, s. 25, řádky 23-25)</p> <p>„...já jsem byla prostě tak úplně mimo, že jsem ani nedokázala vnímat, že kolem mě někdo je, že na mě někdo mluví,</p>

<p>Panické ataky z jídla</p> <p>Extrémní trávení času na soc. sítích</p>	<p>nedokázala jsem pořádně ani dýchat...“ (R-3, s. 25, řádky 28-30)</p> <p>„...ale ono se to opakovalo každě ten měsíc a celej ten půlrok.“ (R-3, s. 26, řádky 1-2)</p> <p>„...až to vyústilo v tohle...“ (R-3, s. 26, řádek 9)</p> <p>„...pak jsem tam měla velký psychický problémy, takže tam to pro mě bylo hodně náročný...“ (R-3, s. 25, řádky 11-12)</p> <p>„...ale pak už to bylo moc, a já jsem to prostě nezvládla a nezvládla jsem si ani sama sobě připravit jídlo...“ (R-3, s. 33, řádky 7-8)</p> <p>„A ono i já jsem tam měla zdravotní problémy, protože jsem neměla menstruaci v tu dobu.“ (R-3, s. 25, řádky 10-11)</p> <p>„...bylo to o tom, že jsem prostě přišla před ledničku a dostala jsem záchvat, úzkost, panickou ataku a běžela jsem vlastně do pokoje, tam jsem se klepala, brečela jsem a musela jsem počkat, až to přejde, a vlastně až potom jsem se mohla jít najíst.“ (R-3, s. 33, řádky 2-5)</p> <p>„Přijde mi, že v souvislosti s tou pandemií já jsem začala mít obrovský problém se sociálním sítěma, kdy já jsem na nich trávila obrovský množství času...“ (R-3, s. 28, řádky 8-10)</p>
---	--

CO BYLO V PPP V KARANTÉNĚ JINĚ NEŽ DŘÍVE	
<p>Excesivní cvičení</p> <p>Stres</p>	<p>„...ale co tak jako ta karanténa a ten covid mi přines, tak když jsem se tak nějak zamýšlela nad tím dopředu, tak já jsem extrémně cvičila, ale úplně extrémně.“ (R-3, s. 24, řádky 7-9)</p> <p>„No já si myslím, že to bylo určitě kvůli tomu covidu, že to bylo tím stresem, s tím, že jak jsem do toho měla tu maturitu.“ (R-3, s. 25, řádky 16-17)</p> <p>„...ale myslím si, že tohle to nebylo jako tolik jako stres ze školy, jak mi ostatní říkali, ale to, že jsem měla tu PPP, málo jsem jedla a byla jsem ve stresu.“ (R-3, s. 26, řádky 4-6)</p>
VÝHODY REŽIMU V KARANTÉNĚ	
Více času na vzdělávání	<p>„...já jsem vlastně paradoxně celý to období vzala, že je to dobrý, jsem doma, máme čas, budu na sobě pracovat, tak ono začalo bejt množství různých vzdělávacích kurzů...“ (R-3, s. 27, řádek 1)</p>
TRÁVENÍ ČASU S RODINOU	
Každý ve svém pokoji	<p>„...že jsme každý byli zavřený ve svém pokoji celý den, takže my jsme se stejně neviděli.“ (R-3, s. 27, řádky 18-19)</p>
VZNIK NOVÝCH PROJEVŮ PPP	
<p>Závislost na cvičení</p> <p>Trávení velkého množství času na soc. sítích</p>	<p>„...takže já jsem si na tom vytvořila závislost...“ (R-3, s. 24, řádek 12)</p> <p>„...přijde mi, že v souvislosti s tou pandemií já jsem začala mít obrovský problém se sociálním sítěma, kdy já jsem</p>

	na nich trávila obrovský množství času...“ (R-3, s. 28, řádky 8-10)
DOPAD SOCIÁLNÍCH SÍTÍ NA PPP	
Ztráta vlastní hodnoty	<p>„...no a z toho jsem si odnesla spoustu negativních přístupů a emocí sama k sobě...“ (R-3, s. 28, řádky 16-18)</p> <p>„...tam jsem měla najednou pocit, že jsem úplně špatnej člověk a že když budu jako někdo, budu najednou lepší.“ (R-3, s. 28, řádky 23-24)</p> <p>...že jsem tlustá bečka, že mě nikdo nemůže mít rád, že jsem prostě bezvýznamná bytost a úplně jsem odhodila takovou tu hodnotu...“ (R-3, s. 28, řádky 32-33)</p> <p>„...že jsem vždycky odcházela buď s brekem nebo s tím, že prostě jsem totálně ztracená a že nevím, co mám dělat a že ta moje existence je jako o ničem...“ (R-3, s. 27, řádky 6-7)</p>
Prožívání vlivu sociálních sítí	<p>„...tak jako no na mě to působilo hodně, já jsem s tím měla velkej problém, hodně jsem měla výčitky.“ (R-3, s. 28, řádky 12-13)</p> <p>„...to dokáže bejt tak jako toxický prostředí, kór jako ještě pro ty PPP...“ (R-3, s. 28, řádek 11)</p> <p>„...a jak jsem si to začala uvědomovat a spojovat, tak mi to přišlo děsivý.“ (R-3, s. 30, řádky 8-9)</p>
Touha být někým jiným	<p>„...protože vlastně by člověk měl nějak vypadat, nějakěj bejt...“ (R-3, s. 28, řádky 12)</p>

<p>Náhled na působení soc. sítě</p>	<p>„...hodně jsem si dělala jídlo podle toho, jako tam dávaly různé instagramerky a holky, který byly prostě hubený, a já jsem si říkala, budu to mít stejně jako ony, budu stejně cvičit, stejně jíst.“ (R-3, s. 28, řádky 13-15)</p> <p>„...a chce bejt jinej, ale nevidí jiný východisko nebo nějaký jinej model...“ (R-3, s. 28, řádky 19-20)</p> <p>„...ale ono to lepší není a vlastně spíš ty sociální sítě nastavujou ten obraz, jak by měl bejt člověk výkonnej, a že hodně záleží na tom, jak vypadá, ne to, co prožívá, ne to, jak se cítí, co mu dělá dobře, co ne.“ (R-3, s. 28, řádky 24-26)</p> <p>„...člověk, když jde s rozházenou psychikou na sociální sítě, tak je to konečná, nebo aspoň pro mě to tak bylo.“ (R-3, s. 29, řádky 5-6)</p>
<p>Propadnout se do PPP</p>	<p>„... než aby mě to motivovalo k tomu něco změnit a nějak se k sobě chovat hezky, tak mě to motivuje spíš k tomu propadnout se někam zpátky a dělat si nějaký věci, který jsem dělala dřív.“ (R-3, s. 30, řádky 2-4)</p> <p>„...ale vlastně mě to vracelo do toho, jo pro mě to bylo normální, tak to můžu dělat znova.“ (R-3, s. 30, řádky 9-10)</p>
<p>Nástroj k trestání sebe sama</p>	<p>„...já cíleně jdu na ty sociální sítě a dokážu si říct, tak, a teď to zapneš a bude ti totálně zle a já si řeknu no, a to máš za trest, kamarádko, tady to máš.“ (R-3, s. 29, řádky 18-19)</p>

VZNIK DALŠÍCH DUŠEVNÍCH POTÍŽÍ	
Sebevražedné myšlenky	„...protože jsem měla jako sebevražedný myšlenky, a to, že jsem se chtěla podřezat...“ (R-3, s. 32, řádky 3-4)
POSTOJ KE SVÉMU ONEMOCNĚNÍ	
Náhled na sebe	<p>„...já jsem prostě věděla, že jim málo, že mám nějaký zdravotní problémy docela vážný, ale nedokázala jsem si to s tím spojit.“ (R-3, s. 24, řádky 6-7)</p> <p>„...no teď, když si na to vzpomenu zpětně, tak je to strašně málo, a ještě když si představím, že se celej den učím, a pak jdu ještě cvičit, tak jako ta energie do toho je obrovská.“ (R-3, s. 26, řádky 24-25)</p> <p>„...že u mě není problém, že nevím, co mám jíst, já vím, že jsem se třeba najedla málo a že bych si třeba měla dát něco jinýho...“ (R-3, s. 29, řádky 13-14)</p> <p>„...ale pak, jak jsem to viděla napsaný, tak to pro mě bylo úplně jako „ježíšmarja, tak já jsem asi jako úplně blázen...“ (R-3, s. 30, řádky 7-8)</p> <p>„...tak jakoby já bych si to nepřiznala takhle jako nikdy.“ (R-3, s. 31, řádky 32-33)</p> <p>„...protože já, kdybych na to byla sama, tak podle mě bych si ublížila nebo něco udělala.“ (R-3, s. 32, řádky 6-7)</p> <p>„...dovolit si to nedělat, dovolit si odpočívat a říkat ne a dovolit si různé věci, je to hustý.“ (R-3, s. 37, řádky 8-9)</p>

<p>Obavy z reakce okolí</p>	<p>názor, že ty lidi jsou jako úplně hloupý a blbý.“ (R-3, s. 31, řádek 1)</p> <p>„...já jsem měla strach s tím za někým jít.“ (R-3, s. 26, řádek 8)</p> <p>„...ale měla jsem strach, že co když někdo uvidí, že ten instagramovej účet sleduju, co když někdo uvidí, že lajkuju ty příspěvky...“ (R-3, s. 30, řádky 25-26)</p>
<p>POSTOJ K LÉČBĚ</p>	
<p>Prostor pro sebe</p> <p>Na léčbu nejsem dost nemocná</p> <p>Motivace</p>	<p>„...ale zároveň až tady jsem začala řešit sama sebe a svůj celkový psychický stav...“ (R-3, s. 31, řádky 23-24)</p> <p>„Jako celkově ta moje léčba PPP začala ...no, že vlastně až když jsem přišla do Prahy sem na vejšku...“ (R-3, s. 32, řádky 19-20)</p> <p>„...ono už jenom připustit si, že je to dostatečně, že jsem na tom dostatečně špatně, abych to mohla řešit...“ (R-3, s. 31, řádky 31-32)</p> <p>„...tak to jako potom říkám si jestli tohleto nestojí za to, abys to řešila, tak co za to stojí...“ (R-3, s. 32, řádky 4-5)</p> <p>„...že v těch nejhorších chvílích je to o tom, že když už to nedělám sama pro sebe, tak to dělám pro toho druhýho, protože ho nechci zklamat.“ (R-3, s. 33, řádky 21-22)</p> <p>„...potřebuju mít nad sebou kontrolu a vědět to, že prostě nesmím povolit, protože je nade mnou někdo, kdo to hlídá, protože ho třeba nechci zklamat.“ (R-3, s. 33, řádky 19-20)</p>

<p>Potřeba psychoterapie</p> <p>Nervat to na sílu</p> <p>Potvrzení toho, že léčba má smysl</p>	<p>„...uvědomit si to, že to, co v životě dělám, nedělám pro druhý, nedělám to pro uznání druhých, ale sama pro sebe.“ (R-3, s. 35, řádky 27-28)</p> <p>„...pro mě je nejdůležitější právě ta psychoterapie a ne ani tolik to jídlo jako prostě to vyřešit si tu psychiku, a to nejen právě tu PPP...“ (R-3, s. 33, řádky 24-25)</p> <p>„...tak jako ten domov a rodiče a ten jejich rozvod, no, takže já si spíš potřebuju vyřešit spíš tohle.“ (R-3, s. 33, řádky 29-30)</p> <p>„...spíš víc než tu nutriční bych potřebovala tu psychoterapii, kde bych si potřebovala pořešit všechny ty věci...“ (R-3, s. 38, řádky 9-10)</p> <p>„...to mi přijde celkově, že je důležitý to nervat na sílu, i co se týče té léčby...tak já jsem na sebe hodně tvrdá.“ (R-3, s. 36, řádek 1)</p> <p>„...když si vyřeší nebo tak nějak má tu psychoterapii a řeší si tadyto, tak si to pak může užít mnohem víc, když má vyřešený sám sebe.“ (R-3, s. 36, řádky 31-32)</p>
<p>PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ</p>	
<p>Začátek</p>	<p>„...protože já jsem čekala asi půl roku, než to vyšlo...“ (R-3, s. 33, řádky 10-11)</p> <p>„...na základě toho mě ta paní sociální pracovnice zařadila do toho poradníku.“ (R-3, s. 37, řádky 23-24)</p>

<p>Jak se při spolupráci cítila</p> <p>Vnímání přístupu</p>	<p>„...takže to bylo takový, já jsem tam vlastně přišla úplně vyřízená, a tak nějak jsem ze sebe vychrlila všechno...“ (R-3, s. 37, řádky 26-27)</p> <p>„...no a pro mě bylo mnohem jednodušší to takhle říct někomu, koho neznám, a je to nějaký odborník...“ (R-3, s. 37, řádky 30-31)</p> <p>„Takže pro mě to byl skvělej zážitek...“ (R-3, s. 37, řádek 2)</p> <p>„...pro mě to bylo neskutečný v tom, že to bylo právě tak jako takový setkání, kde jsem se setkala s pochopením, s tím, že mě vůbec někdo poslouchá a s tím, že můžu říct úplně všechno.“ (R-3, s. 37, řádky 27-29)</p> <p>„...když tam jako cejtim z toho člověka, že má nějak jako zájem, že mi nechce ublížit, že tam jako je pro mě...“ (R-3, s. 37, řádky 31-32)</p>
PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S PEEREM	
<p>Jak se při spolupráci cítila</p> <p>Vnímání přístupu peera</p>	<p>„...tak já tam z toho mám takovej pocit, jako když jsem s kamarádkou na kafi a bavíme se o podobnejch věcech...“ (R-3, s. 38, řádky 14-15)</p> <p>„...ta důvěra tam je, má tu důvěru tak jako obrovskou...“ (R-3, s. 38, řádky 15-16)</p> <p>„...jsem ráda, že ten člověk mi to furt připomíná, abych já si to vždycky zvědomila...“ (R-3, s. 37, řádky 17-18)</p> <p>„...není to, jako že by byla peerka moje kamarádka, je tam ten odstup...“ (R-3, s. 38, řádky 17-18)</p>

	<p>„...ta peerka je prostě nevim, no ono já nevim, mně přijde, že s tím peerem tak jako jak se můžu bavit tak jako o všem.“ (R-3, s. 38, řádky 12-13)</p>
PŘÍNOSY SPOLUPRÁCE S PEEREM	
<p>Normalizace vlastního prožívání PPP</p> <p>Podpora v motivaci</p> <p>Bezpečné sdílení osobní zkušenosti s PPP</p> <p>Vidět u sebe posun</p>	<p>„...že ten člověk, když vim, že má podobnou zkušenost, já si říkám, hele bude to dobrý, vlastně vim, že nejsem blázen...“ (R-3, s. 38, řádky 18-19)</p> <p>„...takže mně nejvíc pomáhá ta motivace od toho peera, vidět tam, že se z toho jde dostat.“ (R-3, s. 38, řádky 30-31)</p> <p>„...že potom vidět na tom člověku to, že se z toho dostal a že dokáže normálně fungovat, je obrovská motivace.“ (R-3, s. 38, řádky 21-22)</p> <p>„...když vidím, že ona je v pohodě, že je z toho venku a že je hubená, tak si říkám jo, tak můžeš bejt hubená a můžeš bejt zdravá a nemusíš bejt tak hubená jako peerka.“ (R-3, s. 38, řádky 27-28)</p> <p>„...je tam nějaký pocit toho bezpečí“ (R-3, s. 38, řádek 18)</p> <p>„...že vlastně tím, že jak mi to opakuje dokola a tím, že já se na tom každé tejdenn snažím zapracovat o trochu víc, tak vidím, že se to posouvá a že se to mění a někam jdu.“ (R-3, s. 37, řádky 15-17)</p>
PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S PSYCHOTERAPEUTKOU	
<p>Jak se při spolupráci cítila</p>	<p>„...já jsem tam odsud odjížděla a úplně se mi chtělo brečet, jak mi z toho bylo</p>

<p>Vnímání přístupu</p>	<p>smutno, ale zároveň to bylo takový to jo...“ (R-3, s. 39, řádky 4-5)</p> <p>„...jako pro mě je to neskutečný, že teďko jako můžu mít tu podporu.“ (R-3, s. 39, řádky 6-7)</p> <p>„...to, že řeším tu poruchu příjmu potravy, je jako psychicky náročný.“ (R-3, s. 35, řádky 19-20)</p> <p>„...a často mi jak peerka, tak paní psychoterapeutka, tak paní nutriční terapeutka říkaly, ať jsem na sebe víc hodná, a že ne vždycky se to musí povést, a že to je v pohodě a že se za to nemám lynčovat a že to druhý den můžu zkusit znova.“ (R-3, s. 37, řádky 1-4)</p> <p>„...jsem ráda, že ten člověk mi to furt připomíná, abych já si to vždycky zvědomila, protože mnohdy já to zapomenu a mnohdy to v tom nevidím, takže to je skvělý.“ (R-3, s. 37, řádky 18-19)</p>
<p>PŘÍNOSY SPOLUPRÁCE S PSYCHOTERAPEUTKOU</p>	
<p>Získání ocenění</p> <p>Nový úhel pohledu</p> <p>Nemusím jet na maximum</p>	<p>„...když jsem přišla na první sezení, tak mi psychoterapeutka řekla, že to, co jsem prožila, je jako hustý a že je hustý, jak jsem to zvládla, a že to bylo fakt náročný.“ (R-3, s. 38, řádky 32-33)</p> <p>„...po tomhle sezení jsem se neskutečně posunula spoustu věcí jsem si uvědomila.“ (R-3, s. 39, řádky 5-6)</p> <p>„A já jsem si říkala, to je možnost? Je možnost vypadnout z toho koloběhu tý</p>

Dokázat se ocenit	výkonnosti a toho prostě jet na maximum...“ (R-3, s. 39, řádky 11-12)
Vidět u sebe posun	„...nejednou jsem si říkala, tak jako asi jako jsem to zvládla vlastně dobře, asi i to, že jsem na to byla sama, zvládla jsem někam dojít, tak už za to bych se mohla pochválit.“ (R-3, s. 38, řádky 1-3)
	„...já se na tom každéj týden snažím zapracovat o trochu víc, tak vidím, že se to posouvá a že se to mění a někam jdu.“ (R-3, s. 37, řádky 15-17)
PROŽÍVÁNÍ SPOLUPRÁCE S NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU	
Jak se cítila	„...takže je to takový jako a právě jsem za to ráda, že jsem jí mohla psát každéj týden ten report a ona mi na to odpověděla.“ (R-3, s. 32, řádky 5-6)
	„...což pro mě byl stres a větší práce...“ (R-3, s. 32, řádky 29-30)
	„...takže to mi přišlo super.“ (R-3, s. 33, řádek 2)
Vnímání přístupu	„...tak já jsem byla u tý nutriční, to teda hodně pomohlo.“ (R-3, s. 33, řádky 9-10)
	„...ale právě co se týče jako tý nutriční, tak mi přišlo super, že ona mi neřekla můžeš jíst tohle a že mi nesestavila jídelníček, ale že to nechala na mně.“ (R-3, s. 32, řádky 28-29)
PŘÍNOSY SPOLUPRÁCE S NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU	
Zvládání situací	„...ale tím, jak to pro mě byl stres a já jsem musela zvládat ty situace, tak mi to hrozně pomohlo v tom...“

Naučit se pracovat s jídlem	(R-3, s. 32, řádky 30-31) „...hlavně bych se nenaučila pracovat s těma myšlenkama a pracovat s tím jídlem celkově.“ (R-3, s. 33, řádky 1-2)
CO POMOHLA NEJVÍCE	
Podpora soukromé nutriční terapeutky	„...tak mi pomohla nutriční terapeutka, u který jsem se objevila tak jako náhodou, která si mě vzala a pomohla mi neskutečně...“ (R-3, s. 31, řádky 19-20)
Spolupráce s organizací zaměřenou na podporu osob s PPP	„...pak to, že můžu chodit do organizace XY mi pomohlo neskutečně, že na to nemusím bejt sama...“ (R-3, s. 31, řádky 20-21)
Trávení času s vrstevníky	„...proto já jsem šťastná, že jsem tady a nemusím to řešit a že tady mám lidi v mém věku a mně hrozně baví nebo hrozně mi pomohlo tady dělat kraviny a neřešit tyhle věci...“ (R-3, s. 34, řádky 29-30)
Peer konzultantka a psychoterapeutka	„Mně tam hodně pomáhá peerka a hodně paní psychoterapeutka...“ (R-3, s. 38, řádek 7)

7.2 Analýza společných témat

V následující kapitole rozebírám v návaznosti na výzkumné otázky témata, která se ukázala napříč rozhovory jako společná. Snažím se vystihnout, jaká je mezi zkušenostmi respondentek souvislost, jak téma jednoho případu osvětluje jiný případ a které téma napříč analýzami vystupuje jako nejsilnější. (Řiháček et al., 2013)

7.2.1 Hlavní výzkumná otázka: Jak prožívaly ženy s onemocněním PPP období pandemie?

Respondentky se ke svému prožívání pandemie vyjadřovaly s ohledem na ty oblasti jejich života, kde se nějakým způsobem projevila změna režimu. Jednalo se o oblast emočního prožívání změny režimu života v karanténě, oblast prožívání duševního onemocnění PPP a oblast léčby v průběhu pandemie COVID-19.

I. Obavy z nejistoty

V rozhovorech se opakovalo téma obav z nejistoty. Eva popisuje, jak prožívala nejistotu ohledně toho, jaký režim nastane: „...*nebo možná mi mnohem víc vadila nejistota, jestli se zase začne chodit do školy nebo ven.*“ (R-1, s. 3, řádky 5-6), Lucie se vyjadřovala k pocitu nejistoty v souvislosti s nadcházející maturitou: „...*ještě jak byla ta maturita, tak se nevědělo, co a jak bude, a já jsem z toho byla extrémně vystresovaná.*“ (R-3, s. 25, řádky 19-20)

II. Těžší prožitek karantény

Během rozhovorů se vyskytl také opakovaně vyjadřovaný pocit toho, že okolí prožívalo karanténu v mnohem větší pohodě než samy respondentky. Eva vnímala kontrast mezi prožívání karantény svých přátel a svým: „...*že mi kamarádi byli mnohem víc v pohodě než já, já jsem se fakt bála prostě i vrátit do školy potom.*“ (R-1, s. 3, řádky 21-22), stejně tak Lucie: „...*moji kamarádi říkali, že pro ně ta karanténa byla super, že jako na školu se vykašlali a trávili čas s rodinou a užívali si to, ale já jsem furt jenom pracovala.*“ (R-3, s. 25, řádky 7-8.)

III. Negativní prožívání soužití s rodinou

Soužití s rodinou v karanténě bylo náročné zejména pro ty ženy, které vnímaly své rodinné vztahy jako problematické již dříve a změna režimu tento nesoulad ještě podpořila a učinila intenzivnějším. Zuzana popisovala, jak pro ni bylo sdílení společného

prostoru s rodiči náročné: „...já jsem s rodičema neměla úplně dobrej vztah už jako předtím, takže pro mě bylo úplně hrozně náročné být s rodičema najednou celý dny jako v jedný domácnosti.“ (R-2, s. 14, řádky 3-5). Lucie zažívala různé pocity „nefunkčnosti“ rodiny: „...takže naše rodina, tam to jako nefungovalo.“ (R-3, s. 27, řádek 21) „...ale najednou prostě člověk je doma a najednou vidí, že to doma nefunguje.“ (R-3, s. 28, řádek 19) Čas trávený ve společné domácnosti s rodiči přinesl kromě jiného i zvýšenou kontrolu. Respondentky se cítily v oblasti PPP více kontrolované ze strany rodinných příslušníků. Zuzana vnímala kontrolu v oblasti stravování i sportu: „...protože rodiče najednou mohli kontrolovat všechny jídla, který jako jim, a mohli řídit to, kolik sportu dělám, a bylo to takový...že to byla velká kontrola.“ (R-2, s.14, řádky 29-31) Eva popsala, jak ji rodiče nutili jíst a sledovali, co jí: „...protože bydlím jako skoro se svejma rodičema, který mě měli vlastně taky pod kontrolou, protože byli doma, a oni maj potřebu mě krmit hodně, takže vlastně tady v tom vznikalo mnohem víc konfliktů.“ (R-1, s. 2, řádky 7-9) „...že to, co jsem jedla, bylo jako víc hlídaný.“ (R-1, s. 2, řádky 27-28)

Další téma, které se opakovaně objevovalo napříč rozhovory, byly negativní dopad soužití rodiny v karanténě na průběh onemocnění PPP. Eva hovořila o tom, že v reakci na nucení rodiny do jídla začala užívat laxativa, aby se zbavila „přebytku“ jídla: „...jako když mě nutili a já jsem je jako nechtěla trápit nebo jsem se nechtěla hádat, tak jsem to často snédla s tím, že jsem často počítala s tím, že si vezmu ty projímadla.“ (R-1, s. 2, řádky 19-21) Dále mluvila i o držení diet „na truc“: „...přijde mi, že já jako na truc vlastně jsem jako ještě víc držela ty diety.“ (R-1, s. 15, řádky 9-10). Zuzana popisovala hádky s rodiči: „...ale bohužel pak se to tak nějak hrozně vyvrcholilo, protože s rodičema jsme se hádali už jako kvůli každý maličkosti.“ (R-2, s. 15, řádky 10-11) Zmiňovala také, jaký dopad na ni měla situace v rodině: „... jsem pořád byla v prostředí, kde mi dávalo furt nějaký podnět dál pokračovat v hubnutí.“ (R-2, s. 15, řádek 13) Lucie si nebyla jistá, co bylo příčinou zhoršení jejího psychického stavu, zda karanténa sama o sobě nebo zda hrála roli také problematická situace rodině: „...takže pro mě to bylo dost náročný a psychicky jsem to prostě nedávala, ale spíš nevím, jestli to byl ten covid, nebo rodina a prostě všechno, takže tohle, no...“ (R-3, s. 25, řádky 8-10)

IV. Prostor pro vzdělávání

V rozhovorech se objevovaly i zmínky o kladné stránce karantény – o větším množství času na studium a prostoru pro vzdělávání. Eva uvedla, že se jí vlastně karanténa hodila: *„No mně se to vlastně strašně hodilo, protože jsem potřebovala dostudovat jednu z těch škol a nevím, jestli by se to dalo, kdybych musela přebíhat, protože přepnout z MS Teams na Zoom bylo prostě snazší.“* (R-1, s. 1, řádky 24-26) Lucie v karanténě viděla prostor pro práci na sobě samé: *„...já jsem vlastně paradoxně celý to období vzala, že je to dobrý, jsem doma, máme čas, budu na sobě pracovat, tak ono začalo bejt množství různých vzdělávacích kurzů.“* (R-1, s. 27 řádek 1)

V. Obavy z nadváhy

Respondentky popisovaly, jak se projevila změna režimu v období karantény v jejich prožívání a jaké měla dopady na projevy duševního onemocnění PPP. Opakovalo se zde téma obav z nadváhy, umocněných nuceným pobytem doma a úbytkem přirozeného pohybu. Eva popsala, jak se zvažila a došlo u ní k nastartování restrikcí: *„...vždycky jsem říkala, že jsem tlustá a tak, tak mě můj kluk donutil, abych se zvažila, a já jsem se předtím dlouho nevážila právě, no, a to jako ne, že bych zjistila nějakou šílenou váhu, co bych nečekala, ale prostě mi to vždycky nějak nastartuje ty restriktce.“* (R-1, s. 1, řádky 13-16), Lucie uvedla: *„...dostala jsem zároveň obrovskéj strach, že kolem toho jídla, že jak jsem doma a nechodím nikam ven, tak že budu tlustá.“* (R-1, s. 24, řádky 12-13)

VI. Restriktce v jídle a excesivní cvičení

Obavy z nadváhy vedly u respondentek k různorodým restrikcím. Jejich společným tématem jsou restriktce v jídle a excesivní cvičení. Eva popisuje, jaký si v karanténě nastavila režim: *„...začala jsem denně běhat a nejíst.“* (R-1, s. 1, řádek 16), Lucie hovoří o strachu se najíst: *„...takže jsem omezila jídlo, jedla jsem fakt málo a měla jsem strach se prostě najíst.“* (R-3, s. 24, řádek 14), také popisuje režim cvičení v karanténě: *„...a pak jsem šla cvičit a cvičila jsem každý den, cvičila jsem hodně náročný videa.“* (R-3, s. 24, řádky 10-11) Společným tématem je také navyšování zátěže: Eva si

navyšovala zátěž při cvičení: „... jako když jsem to dokázala mít pod kontrolou, tak jsem si myslela, že toho zvládnou ještě víc a víc...no.“ (R-1, s. 2, řádek 2), Lucie cvičila i přes naprosté fyzické vyčerpání každý den: „...a tam jsem ani jeden den nemohla vlastně vynechat.“ (R-1, s. 24, řádky 11-12). „...ale já jsem si to nechtěla dovolit, takže já jsem udělala pauzu, a pak jsem šla znovu a zase jsem odcvičila kus a pak udělala pauzu, protože jsem to prostě nezvládla, takže asi tak...“ (R-3, s. 24, řádky 19-21)

VII. Zhoršení zdravotního stavu

Respondentky mluvily o zhoršení psychického a fyzického stavu v karanténě. U Zuzany vyústil v hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, hovořila o zhoršení a vystupňování: „...každopádně pak se to všechno hrozně zhoršilo a bylo to takový náročný...“ (R-2, s. 14, řádek 29) „No ono se to hodně vystupňovalo...“ (R-2, s. 15, řádek 5) „...já jsem skončila vlastně kvůli pokusu o předávkování, a to jsem skončila v Thomayerově nemocnici.“ (R-2, s. 18, řádky 15-16) Lucie popisovala stavy naprostého vyčerpání: „...se mi jednou udělalo špatně, já jsem šla na záchod a tam jsem zkolabovala, což se mi do té doby v životě nestalo.“ (R-3, s. 25, řádky 23-25) „...ale pak už to bylo moc, a já jsem to prostě nezvládla a nezvládla jsem si ani sama sobě připravit jídlo.“ (R-3, s. 33, řádky 7-8)

VIII. Zlehčování vážnosti svého onemocnění

Během rozhovorů se opakovalo v různých podobách téma zlehčování vlastní nemoci a pocitů viny. Respondentky vyjadřovaly, jak v minulosti prožívaly pochybnosti o tom, že jde o skutečný problém, který si zaslouží pozornost. Eva hovořila o tom, že měla pocit, že ona sama dokáže svojí vůlí ovlivnit průběh PPP a nepřiznávala si, že jde o onemocnění: „...ale vždycky jsem měla vlastně pocit, že když se přinutím, tak můžu, nebo když, jako že je otázka vůle, jestli se přeji nebo nepřeji.“ (R-1, s. 8, řádky 30-31) Popsala také svůj pocit, že si nezaslouží léčbu: „Vlastně jeden z takovejch bodů, který mě doprovázej celou dobu té PPP, je, že si přijdu jako nedostatečně nemocná na to, abych si nechávala pomoci nebo tak, že mi přišlo, že nejdřív musím zhubnout a umírat na podváhu a až potom s tím

můžu něco dělat.“ (R-1, s. 6, řádky 30-32) Podobné pocity vyjádřila i Lucie: „...ono už jenom připustit si, že je to dostatečně, že jsem na tom dostatečně špatně, abych to mohla řešit...“ (R-3, s. 31, řádky 31-32)

Zuzana si v době karantény nepřipouštěla své potíže s PPP: *„No já jsem v tu dobu asi na tom nebyla tak, že bych si dokázala přiznat, že s tím znovu mám zase problém.“ (R-2, s. 19, řádky 28-29) Lucie cítila vinu za to, jak jí bylo: „...já jsem si jenom přišla, že fňukám a že není na co si stěžovat, i ten jako kolaps, jak probíhal, tak já jsem to brala jako svoje selhání.“ (R-3, s.39, řádek 1)*

IX. Nepochopení okolím

Respondentky hovořily o své potřebě sdílet potíže s PPP s okolím, o svých obavách a o zkušenostech s negativní reakcí na své onemocnění. Eva popisovala, jak se setkávala s nepochopením okolí: *„...ale přijde mi v poslední době, že o tom fakt nejde mluvit, protože některý lidi to fakt prostě nepochopěj nikdy a no...to jako nejenom v souvislosti s jídlem, ale i s jinejma poruchama.“ (R-1, s. 6, řádky 14-16). „...možná pak na základě toho jsem se setkala s takovejma komentářema typu, že kdybych žila v pralese, tak bych s tímhle problém neměla...“ (R-1, s. 6, řádky 11-12) Vyjádřila také svůj pocit, že pochopení PPP je pro lidi, kteří tuto zkušenost nemají, obtížné: *„...právě si říkám, že asi jako tenhle ten pocit není úplně dobře přenosnej pro někoho, kdo to nezažil...že jako třeba mám často pocit, že to je úplně jasný, a že to všem jako ukážu, jak se takovej člověk to cítí, ale ono to vlastně nejde.“ (R-1, s. 6, řádky 22-25). Lucie mluvila o obavě sdílet potíže s PPP a o přístupu lidí k PPP, se kterým se setkávala: *„...já si říkám, máš na to takovejhle názor a já ti to nebudu vyvracet, protože stejně bychom se jenom pohádaly, ale potom jako přiznat jí to, je vlastně jako hrozně těžký, celkově mě mrzí to, že ty lidi maj názor, že ty lidi jsou jako úplně hloupý a blbý.“ (R-3, s. 31, řádek 1)***

X. Rozporuplný postoj k léčbě

Všechny respondentky se v době pandemie začaly léčit s PPP. Během rozhovorů oslovovaly často téma své motivace k léčbě a ambivalence, která doprovázela jejich

rozhodování. Na jedné straně byla touha vymanit se z PPP, na druhé pak obavy z léčby a touha v nemoci nadále setrvat. K rozhodnutí vstoupit do léčby vedl ve dvou případech především impulz z okolí.

Eva popisovala své obavy z léčby, vnímala ji jako překážku v hubnutí: „...*přišlo mi, že když se budu léčit, tak nikdy v životě nezhubnu.*“ (R-1, s. 7, řádky 4-5) „...*prostě léčbu jsem brala jako že se to rovná ztloustnout už z té příšerný hmotnosti...*“ (R-1, s. 7, řádky 10-11) „...*oni právě chtěli, abych s tím šla něco dělat, a já jsem právě měla pořád jako cíl zhubnout na kost.*“ (R-1, s.7, řádky 3-4). Dále popisovala, jak se nakonec dostala do léčby na popud rodičů: „...*vlastně to bylo jenom jako díky rodičům, že jsem sem začala chodit nebo tak, já bych s tím asi nic nedělala a pořád bych hubla.*“ (R-1, s. 7, řádky 19-21). Zuzana si nebyla jistá, zda se chce vyléčit: „...*já vím, že jsem tam měla hroznej problém přibrat na zdravou váhu, hrozně jsem byla zmatená, jestli to chci nebo nechci.*“ (R-2, s.18, řádky 9-10) „...*protože jsem nevěděla, jestli se opravdu chci z toho dostat.*“ (R-2, s.20, řádek 1) Lucie během léčby občas bojovala s motivací a pomáhala jí představa, že nechce zklamat odborníka, se kterým spolupracovala: „...*že v těch nejhorších chvílích je to o tom, že když už to nedělám sama pro sebe, tak to dělám pro toho druhýho, protože ho nechci zklamat.*“ (R-3, s. 33, řádky 20-22) „...*potřebuju mít nad sebou kontrolu a vědět to, že prostě nesmím povolit, protože je nade mnou někdo, kdo to hlídá, protože ho třeba nechci zklamat.*“ (R-3, s.33, řádky 19-20) V souvislosti s léčbou se opakovaně vynořovalo mínění, že léčba nakonec měla smysl a že ji vnímají jako určitou formu záchrany: „...*jako zpětně jsem strašně ráda, protože nevím, co no jako co by bylo jinak.*“ (R-1, s.7, řádky 30-31) „...*jsem za to hrozně vděčná, protože bych to znova sama asi jako nezvládla...takže jsem za to hrozně ráda.*“ (R-2, s. 19, řádky 13-14) „...*protože já, kdybych na to byla sama, tak podle mě bych si ublížila nebo něco udělala.*“ (R-3, s. 32, řádky 6-7)

XI. Bezpečná podpora peer konzultantky

Napříč rozhovory se často objevovalo vnímání peer konzultanta jako někoho, kdo díky své osobní zkušenosti dokázal pochopit potíže s PPP, poskytnout psychickou podporu a cenné rady. Respondentky oceňovaly možnost mluvit s ním o všem, bezpečně sdílet

svoje zkušenosti s PPP a zároveň se dozvědět o jeho vlastní zkušenosti s tímto duševním onemocněním: „...ale jako ve výsledku je to hodně účinný, když vim, že mi to říká na rovinu a že jako s tím má zkušenost sama.“ (R-1, s. 12, řádek 1) „...je to asi příjemný mluvit s někým, kdo zažil to samý a kdo to nebere prostě jako nějaký rozmar a zároveň má od toho odstup a dokáže nějak poradit.“ (R-1, s. 12, řádky 3-4).

Opakovalo se také téma pocitu bezpečí ve sdílení svých potíží s PPP s peerem. Eva sdílela své obavy svěřovat se kamarádkám, aby je nezranila a zároveň oceňovala možnost hovořit o těchto problémech s peerem bez obav: „...mám jako kamarádky, který taky mají to podobný, co já, ale vlastně jako se jich bojím ptát na některý věci, protože si nejsem jistá, jestli jsou úplně v pohodě a jak je to citlivý a některým se to občas rozjede znova, takže tady je to cenný v tom, že se nemusím bát se zeptat na něco a tak.“ (R-1, s.12, řádky 14-17) O pocitu bezpečí mluvila i Zuzana s Lucií: „...vnímám, že tam můžu být nějakým způsobem sama sebou a nemusím se bát, že třeba mi to znova nevyšlo s jídlem a něco jsem jako pokazila, třeba že tam prostě můžu být otevřená, že si nemusím hrát na to, jak je všechno v pořádku a jak to všechno zvládám.“ (R-2, s. 20, řádky 26-29) „...je tam nějaký pocit toho bezpečí...“ (R-3, s. 38, řádek 18) „...ta důvěra tam je, má tu důvěru tak jako obrovskou...“ (R-3, s. 38, řádky 15-16) „...mně přijde, že s tím peerem tak jako jak se můžu bavit tak jako o všem.“ (R-3, s. 38, řádek 13)

Respondentky oceňovaly také možnost vidět odstup peera od nemoci. : „...ale jo jako na tom mi přišlo nejcennější ten vhled jako do toho, jak to prožíval někdo jinej.“(R-1, s.12 řádek 12) „...a jako vlastně že to dokázala ona jako vlastně srovnávat s tím, jak to v realitě je a jak to vnímá teďka.“ (R-1, s. 12, řádky 13-14) Velký význam měla skutečnost, že peer se z nemoci dostal, a byl tedy důkazem toho, že se lze vyléčit a zároveň nadějí: „...že potom vidět na tom člověku to, že se z toho dostal a že dokáže normálně fungovat, je obrovská motivace.“ (R-3, s. 38, řádky 21-22)

XII. Psychoterapie jako cesta ke změně

Osobu psychoterapeuta vnímaly respondentky jako dalšího člověka, u kterého lze najít podporu. „...brala jsem to jako další podporu, že je to další člověk, na kterýho se můžu

obrátit, když mi prostě není dobře.“ (R-2, s.21, řádky 8-9) „...jako pro mě je to neskutečný, že teď jako můžu mít tu podporu.“ (R-3, s.39, řádky 6-7)

Každá z žen prožívala spolupráci jinak, shodovaly se však v tom, že pro ně psychoterapie byla v daném období přínosem, protože v průběhu dokázaly změnit úhel pohledu na věc a dosáhly pozitivních změn ve svém životě: „... ta terapie mi jako pomohla, že jako jsem ráda zpětně.“ (R-1, s. 18, řádek 7) „...myslím si, že X mi opět mi hrozně moc pomohla, díky ní jsem dokázala hrozně moc výstupů ze své komfortní zóny.“ (R-2, s. 21, řádky 6-8) „...po tomhle sezení jsem se neskutečně posunula, spoustu věcí jsem si uvědomila.“ (R-3, s. 39, řádky 5-6)

XIII. Účinná pomoc nedirektivní nutriční terapie

Společným tématem respondentek bylo vnímání nedirektivního přístupu nutričního terapeuta jako něčeho, co pomáhá na cestě k uzdravě, podporuje pozvolna ke změně ve stravování, ale zároveň netlačí, a v případě, že se věci nedaří, pomáhá ke zlepšení prostřednictvím konkrétních podpurných kroků. Zuzana hovořila o negativní zkušenosti s nutriční terapií, se kterou se setkala během hospitalizace a která byla především o nátlaku. O to více pak měla obavy z nutriční terapie během spolupráce s organizací zaměřenou na podporu osob s PPP. Ty se však nenaplnily: „...čeho si asi nejvíc vážím, je to, že na mě zase netlačí, tak z toho nemusím mít ten strach, nevím, že by se na mě někdo naštvál.“ (R-2, s. 21, řádky 22-24). Pomohla jí pravidelná průběžná podpora: „...pomohla tím, že jsme se dohodly, že jí budu každé den posílat svoje jídla abych...že tam mám nějakou takovou tu motivaci, že i když bych vlastně se nechtěla najíst, tak mám nějakou tu povinnost poslat fotku.“ (R-2, s. 21, řádky 26-28) Lucie oceňovala nedirektivní přístup nutriční terapeutky, který zvyšoval její kompetence: „...tak mi přišlo super, že ona mi neřekla můžeš jíst tohle a že mi nesestavila jídelníček, ale že to nechala na mně.“ (R-3, s.32, řádky 28-29). Opakovalo se také téma žádoucí změny chování, které se podařilo během spolupráce s nutriční terapeutkou dosáhnout: „...takže mě to vždycky nějakým způsobem donutí se jít najíst.“ (R-2, s.21, řádky 28-29) „...ale tím, jak to pro mě byl stres a já jsem musela zvládat ty situace, tak mi to hrozně pomohlo v tom.“ (R-3, s. 32, řádky 30-31)

7.2.2 Druhá výzkumná otázka: Jaké faktory svého duševního onemocnění přisuzují ženy s PPP výhradně období pandemie COVID-19?

Respondentky popisovaly, jakým způsobem ovlivnila změna režimu v karanténě průběh jejich duševního onemocnění PPP. Významným společným tématem byl nedostatek pohybu v době karantény, který vedl k obavám z nadváhy: „...a ještě tím, jak jsem pořád seděla u počítače, tak jsem měla jako potřebu víc se hejbat, nebo tak, no...“ (R-1, s. 1, řádky 7-8) „...dostala jsem zároveň obrovské strach, že kolem toho jídla, že jak jsem doma a nechodím nikam ven, tak že budu tlustá.“ (R-3, s.24, řádky 12-13) „...hlavně jsem byla zvyklá na nějaký svůj režim ohledně sportování... byla to další stresující věc.“ (R-2, s.16, řádky 27-30) Obavy z nadváhy vedly k excesivnímu cvičení. Toto cvičení se u respondentek projevovalo již dříve, mimo pandemii, v době pandemie však došlo ke zvýšení jeho intenzity. Respondentky na sebe kladly extrémní fyzickou zátěž, aby zamezily nárůstu váhy. Eva popsala, jak jí režim karantény umožňoval mít pohyb i jídelníček více pod kontrolou, protože se nedostávala do časové tísně jako při běžném režimu. To však vedlo k navyšování zátěže: „...když zjistím, že vydržím něco...tak se snažím, nebo ne snažím, ale zase si zvýším ty limity...jako no v tomhle to bylo, že jsem to měla pod kontrolou víc...což podle mě nebylo dobře, jako když jsem to dokázala mít pod kontrolou, tak jsem si myslela, že toho zvládnou ještě víc a víc...no.“ (R-1, s. 2, řádky1-3) „...ale co tak jako ta karanténa a ten covid mi přines, tak když jsem se tak nějak zamýšlela nad tím dopředu, tak já jsem extrémně cvičila, ale úplně extrémně.“ (R-3, s. 24, řádky 7-9) Lucie vnímala, že se pro ni cvičení stalo závislostí: „...takže já jsem si na tom vytvořila závislost.“ (R-3, s. 24, řádek 12)

Eva začala v době karantény užívat laxativa, o nichž hovořila v souvislosti s nucením do jídla ze strany rodičů. Tyto prostředky se staly nástrojem, jak se zbavit nadbytku jídla: „...jako myslím si, že kdyby mě rodiče jako třeba nenutili jíst, tak že bych jedla jako normálně, ale čím víc mě nutili, tím víc jsem si to odpírala nebo no jsem vlastně začala brát laxativa v té době...“ (R-1, s. 2, řádky 10-12) „...jako tohleto jsem dřív vlastně nebrala.“ (R-1, s. 2, řádek 21). „...vlastně to začalo za toho covidu, že jsem to brala docela často vlastně.“ (R-1, s. 2, řádky 14-15)

Zuzana uvedla, že vnímá pandemii, resp. sociální izolaci v době karantény, jako důvod zhoršení průběhu své nemoci, které následně vyústilo v hospitalizaci: „...*kdyby nebyla pandemie, tak bych do toho asi nepropadla tolik, protože pořád bych tam měla kamarády, se kterými bych se mohla vidat a byli by mi nějakou další oporou.*“ (R-2, s. 16, řádky 20-21) „...*já jsem v té době skončila na hospitalizaci. Nějak asi v polovině té pandemie.*“ (R-2, s. 17, řádek 4) Sociální izolace byla významným tématem i pro Lucii, která v té době vyhledávala ve zvýšené míře sociální sítě, což zpětně vnímá jako extrém: „...*přijde mi, že v souvislosti s tou pandemií já jsem začala mít obrovské problémy se sociálními sítěmi, kdy já jsem na nich trávila obrovské množství času.*“ (R-3, s.28, řádky 8-10) Vnímala negativní dopad působení sociálních sítí na své sebehodnocení a také na průběh svého onemocnění PPP: „...*tam jsem měla najednou pocit, že jsem úplně špatnej člověk, a že když budu jako někdo, budu najednou lepší.*“ (R-3, s. 28, řádky 23-24) „...*než aby mě to motivovalo k tomu něco změnit a nějak se k sobě chovat hezky, tak mě to motivuje spíš k tomu propadnout se někam zpátky a dělat si nějaký věci, který jsem dělala dřív.*“ (R-3, s. 30, řádky 3-4)

Od duševního onemocnění PPP v době karantény nelze oddělovat i jiné duševní potíže, které se u respondentek v té době projevíly současně s tímto onemocněním. Vnímaly období pandemie, resp. karantény jako prostor, v němž se ve zvýšené míře rozvíjely úzkosti, deprese, panické ataky a myšlenky na sebevraždu. Evě se v důsledku tlaku na zvýšenou hygienu vrátily úzkosti: „...*před pár lety skoro jsem se zbavila jako obsese prostě jako hygienický zvlášť a vlastně s tím covidem se to tak nějak víc probralo, že se to jako podle mě víc prohloubilo, jako to, čeho jsem se třeba zbavila nebo jsem si myslela, že jsem se zbavila.*“ (R-1, s. 3, řádky 9-11) „...*že se mi to jako vrátilo, to, co jsem v pubertě, s čím jsem bojovala, jsem si pořád myla ruce a kontrovala jsem všechno, a tak ten covid tomu vůbec jako nepomoh.*“ (R-1, s. 3, řádky 13-15) Zuzana popsala svoje duševní potíže takto: „*No rozhodně se mi rozjely panické ataky a zhoršilo se mi hodně sebepoškozování a přibyly mi i úzkosti.*“ (R-2, s. 18, řádky 23-24) Objevovaly se i myšlenky na sebevraždu: „*A jednak jsem do toho měla taky sebevražedný myšlenky...*“ (R-1, s. 6, řádek 7) „...*protože jsem měla jako sebevražedný myšlenky, a to, že jsem se chtěla podřezat.*“ (R-3, s. 32, řádky 3-4)

8 Diskuse

V empirické části této diplomové práce byla provedena analýza společných témat rozhovorů. Tato společná témata byla v předchozí kapitole dále rozpracována na témata, která vyplynula z hlavní výzkumné otázky a z druhé výzkumné otázky.

Z analýzy vyplynula následující témata, která se vztahují k hlavní výzkumné otázce, zaměřené na prožívání žen s onemocněním PPP období pandemie COVID-19. Pro lepší přehlednost byla rozdělena do tří tematických okruhů:

1. Prožívání režimu karantény: obavy z nejistoty, těžší prožitek karantény, negativní prožívání soužití s rodinou, prostor pro vzdělávání
2. Prožívání PPP: obavy z nadváhy, restriktce v jídle a excesivní cvičení, zhoršení zdravotního stavu, zlehčování vážnosti svého onemocnění, nepochopení okolím
3. Prožívání léčby: rozporuplný postoj k léčbě, bezpečná podpora peer konzultantky, psychoterapie jako cesta ke změně, účinná pomoc nedirektivní nutriční terapie.

V následujícím textu se zabývám tématy, která vzešla z prvního okruhu, zaměřeného na prožívání režimu karantény.

Nejistota z toho, co nastane, zda se začne chodit do školy nebo bude trvat lockdown, byla příčinou stresu a úzkosti. Respondentky vnímaly, že je jejich prožívání změny režimu oproti okolí jiné. Měly dojem, že jejich přátelé a spolužáci si dokázali karanténu někdy i užívat, ony samy ji však prožívaly jako velmi těžké období. V souvislosti s tím se objevilo téma negativního prožívání soužití s rodinou, které bylo umocněno zejména v případě, kdy byly vztahy v rodině konfliktní již v minulosti. Zmíněna byla i kladná stránka karantény, kterou respondentky spatřovaly v možnosti využít čas ke studiu a dalšímu vzdělávání.

Druhým okruhem témat bylo prožívání PPP v karanténě.

Obavy z nadváhy, pro PPP typické, byly umocněny změnou režimu, který omezil přirozený pohyb. Škola probíhala onl-ine a respondentky trávily mnoho času u počítače.

Aby zabránily nárůstu váhy, omezovaly se výrazně v jídle a věnovaly se extrémně náročnému cvičení, a to i přes fyzické vyčerpání. S tím úzce souvisí další téma zhoršení zdravotního stavu, který u jedné respondentky vyústil v hospitalizaci v psychiatrické nemocnici jako důsledek dopadu sociální izolace a PPP, u jiné respondentky se projevil celkovým selháním organismu jakožto reakce na zvýšený stres a restriktce v jídle v době karantény. Dále se jako velmi palčivé ukázalo být téma zlehčování vážnosti onemocnění PPP. Respondentky přistupovaly ke svému onemocnění různě, společné jim však bylo, že v určité fázi nepovažovaly své potíže za natolik závažné, aby si zasloužily odbornou péči. Prostřednictvím dalšího tématu, nepochopení okolím, se projevila tíha samoty v onemocnění PPP. Neznalost problému tohoto duševního onemocnění, představa, že se jedná o chování, které lze regulovat vůlí, a nevhodné komentáře na adresu lidí trpících tímto onemocněním ze strany okolí jen umocňovaly tíživost situace, ve které se respondentky nacházely.

Třetí oblastí témat je prožívání léčby.

Rozporuplný postoj k léčbě se projevil jako boj mezi tím, zda zůstat v nemoci nebo zda se rozhodnout pro léčbu. Představa léčby byla spojena s obavou z nárůstu váhy, z direktivního přístupu odborníků a z dalších faktorů, které respondentky od léčby odrazovaly. Všechny se nakonec pro léčbu rozhodly, ať už to bylo na popud rodiny, blízkých nebo na základě jejich vlastní motivace. Ohledně průběhu léčby pak vyvstala významná témata přístupu odborníků, se kterými respondentky v rámci léčby spolupracovaly. Osoba peer konzultantky hrála při léčbě důležitou roli. Vztah s ní byl vnímán jako symetrický, umožňující sdílení potíží bez obavy z odsouzení a nepochopení. Psychoterapie zase poskytla prostor ke změně úhlu pohledu na sebe sama, získání náhledu na situaci a podpořila na cestě ke změně. Přístup nutriční terapeutky se ukázal být velmi kladně vnímán, zejména pokud jde o nedirektivnost a průběžnou podporu, kterou v průběhu léčby poskytovala.

Lze konstatovat, že se ve výsledcích analýzy společných témat objevily konkrétní příklady, na nichž lze ilustrovat odborné poznatky, které jsou v současné době k dopadu pandemie COVID – 19 na duševní zdraví populace dostupné. Některé z nich jsem uvedla v teoretické části této práce, například odborný článek Uhlíře (2021), který hovoří o zhoršení symptomatiky PPP jakožto důsledku sociální izolace, významných změn

v režimu (jídelním i jiným) a zvýšené míry stresu. Tito činitelé měli významný dopad na průběh PPP u respondentek a projevy se v podobě zhoršení zdravotního stavu (hospitalizace, selhání organismu) nebo např. v podobě excesivního cvičení a restrikcí v jídle. Dopad stresu na jídelní chování popisuje také Papežová (2004), a to například v podobě neschopnosti udržet kontrolu nad vlastními pravidly, týkajícími se jídelního chování u žen. Negativní prožívání karantény popsané v prvním okruhu společných témat, která vzešla z analýzy, potvrdilo prožívání stresu, a to především v souvislosti s nejistotou ohledně toho, co nastane. Koutek a Kocourková (2021) zase v návaznosti na změny režimu v pandemii hovoří o rozvratu jídelního režimu a omezení fyzických aktivit, které často vedly k obavě z nadváhy a následnému omezení příjmu potravy. I tyto projevy se beze zbytku objevily u všech respondentek, u nichž došlo k prohloubení restrikcí v jídle a excesivnímu cvičení, jak bylo popsáno výše. V odborném článku Koutka a Kocourkové (2021) je dále zmíněn vliv působení zvýšeného napětí v rodinách na lidi trpící PPP. Téma negativního dopadu soužití s rodinou se v analýze rozhovorů ukázalo jako velmi aktuální a osvětlilo, v jakých ohledech se u respondentek projevilo na samotném průběhu PPP. Přestože každá z respondentek popisovala poněkud jinou situaci v rodině, lze konstatovat, že u všech byla situace vnímána jako náročná a měla negativní dopad na průběh onemocnění. V jednom případě se respondentce nedostávalo žádné podpory ze strany rodiny, a to i přesto, že byli členové rodiny obeznámeni s jejími potížemi, u další respondentky byly vztahy v rodině dlouhodobě komplikované a v době karantény se konflikty prohloubily, což respondentka popsala jako jeden z faktorů, které měly vliv na zhoršení PPP a následnou hospitalizaci. V dalším případě se respondentka setkávala se zvýšenou kontrolou svého jídelního chování ze strany rodiny, což mělo za následek hledání nových způsobů, jak se zbavovat „přebytečné“ váhy. V návaznosti na příspěvek Papežové (2022), v němž kromě jiného hovoří o výrazném nárůstu úzkostných stavů a sebepoškozování období pandemie COVID-19, se v analýze potvrdila také tato tematika jako aktuální. Respondentky oslovovaly jak téma sebepoškozování, tak vnímání zhoršení úzkostných stavů v době pandemie COVID-19.

Z analýzy vzešlo také velmi silné téma bezpečné podpory peer konzultanta. Jak jsem uvedla výše, respondentky vnímaly peer konzultantku jako svoji podporu na cestě k uzdravení a jako naději, že se z nemoci lze dostat. Uváděly důležitost sdílení osobní zkušenosti s peerem, zejména pocit bezpečí, který umožňuje projevovat vlastní

autenticitu. Peer konzultantka pro ně byla často jedinou osobou, se kterou mohly bez obav sdílet, co právě zažívají. Tyto zkušenosti jsou v souladu s Foitovou et al. (2014), která uvádí, že při své práci s klientem sdílí peer konzultant svoji zkušenost se zotavením pomocí sdílení vlastního osobního příběhu, jehož pomocí dodává klientovi naději, motivaci a podporu. Respondentky ve svých výpovědích potvrdily i další poznatky k osobě peer konzultanta, a sice to, že jej vnímaly jako osobu, která poskytovala podporu v nezávislosti a samostatnosti, a zároveň dávala podnět k samostatnému rozhodování a k přijetí vlastní zodpovědnosti na cestě k zotavení tak, jak jej popsala Foitová et al. (2014).

Analýza rozhovorů a společná témata, která z ní vzešla, pomohla podle mého názoru zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, jelikož zprostředkovala komplexní prožitek pandemie člověka trpícího duševním onemocněním s PPP.

V rámci analýzy jsem se dále zaměřila na druhou výzkumnou otázku, která zkoumá, jaké faktory svého duševního onemocnění přisuzují ženy s PPP výhradně období pandemie COVID-19. Z analýzy společných témat vyplynulo, že za jeden z faktorů lze považovat zvýšení intenzity praktikování excesivního cvičení. Respondentky se v režimu karantény věnovaly cvičení více než v době před pandemií, navyšovaly si zátěž, a to i přes fyzické a psychické vyčerpání. Tento faktor byl pro všechny respondentky do určité míry společný. Následující zjištěné faktory se u jednotlivých respondentek různily: Jednalo se o zvýšenou aktivitu na sociálních sítích související s PPP (hledání vzorů v hubnutí, inspirace ve stravování, forma trestu), užívání laxativ a hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

V návaznosti na výše uvedené faktory je třeba zmínit poznatky Uhlíře (2021), který hovoří o zhoršení symptomatiky PPP v době pandemie, které přičítá například sociální izolaci, snížené možnosti rozptýlení se a dostupnosti pohybových aktivit, nepravidelnosti v jídelním i běžném režimu. Výše zmíněná hospitalizace v psychiatrické nemocnici byla vyústěním zhoršení průběhu PPP, přičemž respondentka opakovaně hovořila právě o sociální izolaci jako o jedné z příčin zhoršení svého zdravotního stavu. I průběh hospitalizace v době karantény byl specifický, respondentka jej vnímala zejména z důvodu zákazu návštěv a z důvodu onemocnění COVID-19 některých pacientů jako velmi náročné. O negativních dopadech karanténních opatření na pacienty se zmiňují

Koutek a Kocourková (2021), když popisují, že došlo k nežádoucím změnám v léčebném režimu u již hospitalizovaných pacientů.

Jedna z respondentek začala v době karantény užívat laxativa. O tomto prostředku věděla již dlouho předtím, k jeho užití se však rozhodla až v uvedeném období. Toto jednání zvolila z důvodu obavy z nárůstu váhy. O tomto a dalších nežádoucích způsobech, jaké bývají využívány za účelem zastavit nabývání tělesné váhy, pojednává Röhr (2015), když zmiňuje konzumaci laxativ jakožto užívání chemických pomocníků.

Domnívám se, že i druhá výzkumná otázka byla s ohledem na charakter výzkumu a použitou metodu zodpovězena, jelikož ukázala, jaké faktory svého onemocnění PPP respondentky subjektivně přisuzují výhradně pandemii COVID-19.

9 Závěr

Tématem této diplomové práce byl dopad pandemie COVID-19 na potřeby klientů s onemocněním poruchou příjmu potravy. Jejím cílem bylo jednak porozumět tomu, jaký dopad měla pandemie COVID-19 na potřeby žen s duševním onemocněním PPP a jednak zjistit, jaké faktory přisuzují ženy s duševním onemocněním PPP období pandemie COVID-19. Za účelem zjištění výše uvedeného jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku „Jak prožívaly ženy s onemocněním PPP období pandemie COVID-19?“ a dále pak druhou výzkumnou otázku „Jaké faktory svého duševního onemocnění přisuzují ženy s PPP výhradně období pandemie COVID-19?“

Teoretická část této diplomové práce byla věnována odborným poznatkům k tématu PPP, dále oblasti sociální práce s klienty s poruchou příjmu potravy a také tématu dopadu pandemie COVID-19 na osoby s duševním onemocněním PPP, jak je o něm pojednáno v odborné literatuře, která je v současné době dostupná.

V empirické části jsem popsala cíle této diplomové práce a výzkumné otázky, dále metodiku výzkumu, kde jsem se věnovala charakteristice užití interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), výzkumné strategii a výzkumným nástrojům. Popsala jsem také výzkumný soubor a způsob sběru dat. Součástí je také výzkumná etika včetně reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu.

Provedla jsem interpretativní fenomenologickou analýzu tří polostrukturovaných rozhovorů s respondentkami. Analýzu jednotlivých rozhovorů jsem zpracovala do tabulek a následně hledala společná témata napříč rozhovory. Výslednou analýzu společných témat jsem rozdělila do tří oblastí dle zaměření: 1. Prožívání režimu karantény, kde se ukázala jako společná následující témata: obavy z nejistoty, těžší prožitek karantény, negativní prožívání soužití s rodinou, prostor pro vzdělávání, 2. Prožívání PPP se společnými tématy: obavy z nadváhy, restriktce v jídle a excesivní cvičení, zhoršení zdravotního stavu, zlehčování vážnosti svého onemocnění, nepochopení okolím a 3. Prožívání léčby, kde byl společným tématem rozporuplný postoj k léčbě, bezpečná podpora peer konzultantky, psychoterapie jako cesta ke změně, účinná pomoc nedirektivní nutriční terapie.

Výsledkem výzkumu bylo zprostředkování komplexního prožívání pandemie žen s duševním onemocněním PPP a identifikace faktorů duševního onemocnění PPP, které tyto ženy přisuzovaly výhradně období pandemie COVID-19. S ohledem na charakter výzkumu a zvolenou metodu nelze výsledky výzkumu nikterak zobecňovat, nicméně lze konstatovat, že uvedená analýza pomohla zprostředkovat intenzivní prožitek člověka trpícího duševním onemocněním s PPP v období pandemie COVID-19 a mohla by dále posloužit jako podnět pro komplexnější výzkum, jehož cílem by bylo ukázat, jak pandemie COVID-19 ovlivnila prožívání a průběh různých duševních onemocnění. Pokud jde o využití výsledků analýzy pro moji praxi, pak považuji za velmi cenné především poznatky ohledně toho, co je pro člověka trpícího duševním onemocněním PPP v léčbě důležité a jaký zvolit přístup, aby během spolupráce cítil podporu a bezpečí. Domnívám se, že by tato analýza mohla být přínosná také pro pomáhající profese a další příbuzné obory pracující s lidmi s tímto onemocněním, jelikož jim může pomoci přiblížit potřeby a prožívání lidí s duševním onemocněním PPP.

Seznam literatury

Beumont, P. J. V., Fairburn, Ch. G., Faltus, F., Freeman, CH. P. C., Garner, D. M., Hainer, V., Kocourková J., Krch, F. D., Lask, B., Nicholls, D., Norré, J., Probst M., Vandereycken, W., Van Deth, R., Williams, H. (2005) *Poruchy příjmu potravy. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada.

Bínová, Š. & Havelka, J. (2021, 7. července). Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu-19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. *Psychiatrie pro praxi*, 2021;22(3), 173-178.

<https://DOI: 10.36290/psy.2021.036>

Brunerová, L., Doležal, O., Faltus, F., Haluzík, M., Charvát, J., Kocourková J., Kohout, P., Kotlíková, E., Krch, F. D., Křemen, J., Machová, J., Martásková, D., Mourek, J., Novotná, P., Novotný, A., Pálová, S., Papežová, H., Pařízek, A. Pauk, N., Pavlova, B.,...Žuchová, S. (2010) *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Grada.

Centrum Anabell, z.ú. *Poslání Telefonické krizové pomoci*. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/linka-anabell>

Centrum Anabell, z.ú. *Veřejný závazek Praha*. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/poradenstvi/verejny-zavazek-praha>

Česká psychiatrická společnost J.E. Purkyně (2022, 31. května) Poruch příjmu potravy přibýlo. Problémem je i přejídání nebo excesivní cvičení [tisková zpráva]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/media-o-nas/tiskove-zpravy>

Foitová, Z., Pinkasová, V., Rolenc, V. Růžičková, M., Soldánová, S., Stuchlík, J., Šupa, J., Zajíčková, A. (2014) *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Hindová, A., Lososová, A. (2020). Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2020, 3(1), 48–54. https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/01/48-54_Hindov%C3%A1.pdf

Chládková, N., Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch pojmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 2017, 17(1), 22-23. https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova_cj-1.pdf

Jaššová, K., Albrecht, K., Anders, M., Papežová (2020). Použití repetitivní transkraniální magnetické stimulace v terapii psychogenního přejídání. Dvojitě slepá randomizovaná studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2020, 116(1), 7-15. <https://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1308>.

Kliment, P., Nádvorníková, L. (2020) Prvotní reflexe dopadu epidemie koronaviru na sociální služby v ČR. *Fórum sociální práce*, 2020, (2), 20-28. https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123715/Pavel_Kliment_-_Lenka_Nadvornikova_20-28.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koutek, J. & Kocourková, J. (2021, 11. května). Vliv koronavirové epidemie na vývoj a léčbu poruch příjmu potravy v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi*, 2021;22(2), 116-118. [https:// DOI: 10.36290/psy.2021.023](https://doi.org/10.36290/psy.2021.023)

Krch, F. D. (2003) *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Grada.

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Mimořádné opatření – nařízení všem poskytovatelům sociálních služeb k přijímání nových klientů a jejich testování na COVID-19*. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-narizeni-vsem->

[poskytovatelum-socialnich-sluzeb-k-prijimani-novych-klientu-a-jejich-testovani-na-covid-19/](#)

Miovský, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Ozier, A. D., Henry, B. W., & American Dietetic Association. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236–1241.

<https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016>

Papežová, H. (2004, 31. prosince). Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2004;9(6), 291-296.https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-2004060002_Stres_emoce_a_poruchy_prijmu_potravy.php

Papežová, H. (2020). Poruchy příjmu potravy, transgenerační přenos a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2020; 116(4), 197–204. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_4_197_204.pdf

Pugnerová, M., Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Grada.

Röhr, H.P. (2015). *Závislost. Jak jí rozumět a jak ji překonat*. Portál.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita Brno.

Slezáková, E., Ševčíková, J. (2021). Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2021; 22(e2), e37–e40.

[https:// DOI: 10.36290/psy.2021.027](https://doi.org/10.36290/psy.2021.027)

Starostková, D. (2018). *Metodika multidisciplinární spolupráce Anabell, z. ú.* Centrum Anabell, z.ú.

Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba & case management.* Fokus Praha.

Šeblová, J., Šeblová D., Protopopová, D. (2021, 27. ledna). Pandemie SARS-CoV-2 a její dopady na psychické zdraví. *Urgentní medicína*, 2021;23(4), 45-51.
https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2020_4.pdf#page=45

Ševčíková, J. Hermannová, M., Turečková, M., Slezáková, E. (2021) *Případová studie o sociální práci s osobami s poruchami příjmu potravy.* Centrum Anabell, z.ú.

Tauerová, T. (2022) *Sociální práce a poskytování sociálních služeb a sociální péče v době koronavirové pandemie* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova] cuni.cz

Uhlíř, J. (2021, 16. listopadu). Vliv pandemie covidu – 19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*;2021;22(6), 370-372.
https://www.pediatricpropraxi.cz/incpdfs/ped-202106-0001_10_001.pdf

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POKYTNUTÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU A JEHO NÁSLEDNÝM VYUŽITÍM PRO ÚČELY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Výzkumný projekt: **Dopad pandemie COVID – 19 na potřeby klientů s poruchami příjmu potravy**

Výzkumník: Mgr. Barbora Holasová

- Byla jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce Barbory Holasové s názvem **Dopad pandemie COVID – 19 na potřeby klientů s poruchami příjmu potravy**. Cílem výzkumu je zjistit, jaký dopad měla pandemie na potřeby žen s poruchou příjmu potravy, které se nacházely v odborné péči, a zda se u nich vyskytl nějaký nový fenomén, který lze přisuzovat výhradně období pandemie.
- Dobrovolně souhlasím s účastí na výzkumném projektu. Byla jsem informována o tom, že svůj souhlas mohu vzít kdykoliv zpět, a to bez udání důvodu.
- Byla jsem informována o tom, že veškeré údaje pro účely výzkumu zůstanou anonymní, aby byla znemožněna jakákoli identifikace mé osoby. Údaje budou použity pouze pro účely vypracování této diplomové práce.
- Souhlasím s pořízením audionahrávky rozhovoru a jejím následným zpracováním. Zvukový záznam bude použit pouze pro přepis a následnou analýzu rozhovoru, po přepsání bude vymazán. Transkripce rozhovoru bude zpřístupněna pouze komisi u obhajoby diplomové práce, jinak nikomu. Části transkripce rozhovoru však budou citovány v textu diplomové práce, který bude volně dostupný online.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Příloha č. 2

Přepis rozhovorů

(v režimu utajení)

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Mgr. Barbora Holasová

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Dopad pandemie COVID-19 na potřeby klientů s poruchami příjmu potravy

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2023

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 1 232

Ostatní text: 186 540

Celkový počet znaků: 187 772

Počet pramenů a literatury: 29

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: Dopad pandemie COVID-19 na potřeby klientů s poruchami příjmu potravy

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:

Další soubory: Příloha č. 2

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Mgr. Barbora Holasová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Dopad pandemie COVID-19 na potřeby klientů s poruchami příjmu potravy

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 115

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: nečíslováno

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			X	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co Vás ve výsledcích nejvíce překvapilo?
Nacházíte na práci nějaké limity?

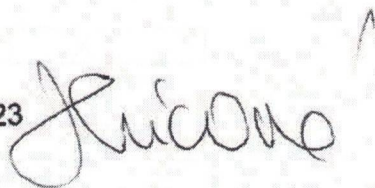
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Práce se věnuje relativně atypickému a aktuálnímu tématu. Vychází z poznatků a potřeb autorky a je prakticky dobře využitelná. Velkým kladem je pěkně zpracovaná výzkumná část, je čtivá i přehledná a přináší zajímavé výsledky. Za nedostatek považuji horší práci s literaturou, uvítala bych více zahraničních a celkově více zdrojů. V seznamu zdrojů jsou chyby v citacích.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 3.4.2023



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Mgr. Barbora Holasová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Dopad pandemie COVID-19 na potřeby klientů s poruchami příjmu potravy

Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D., Dr.h.c.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		•		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		•		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		•		
--	--	---	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	•			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		•		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – nepospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznosť kapitol a subkapitol

	•			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

		•		
--	--	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

- Otázka do diskusie sa nachádza v posudku. Ďalšie otázky: Aké boli limity v rámci empirického skúmania a či je nejaký výskum v zahraničí v tejto problematike čo skúmala autorka práce.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky; v prípade odporúčenia do súťaže o najlepšiu DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v súlade s Vami vyššie označeným kritériom formálnej úrovne, obsahovej reprezentatívnosti, metodologie a prínosnosti práce pro teorii či praxi):

Diplomantka Mgr. Barbora Holasová sa zaoberá vo svojej práci sociálno-terapeutickou problematikou, a to vidíme už v samotnom názvu Dopad pandémie COVID-19 na potreby klientů s poruchami príjmu potravy.

Štruktúra práce je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V jednotlivých kapitolách a podkapitolách je práca vyvážená, o čom svedčí obsah diplomovej práce. V úvode autorka necharakterizuje cieľ celej práce a opisuje aktuálnosť problematiky v rámci teórie a empirického šetrenia. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru (autorka použila nielen domácu literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej platí pochvala), ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku, kde charakterizuje sociálno-patologický jav poruchy príjmu potravy, vplyv pandémie Covid-19 na poruchu príjmu potravy, ťažnou kapitolou v rámci oborovosti je kapitola sociálna práca s osobami duševným onemocneným príjmu poruchy potravy, a taktiež poskytovanie sociálnych služieb v CR počas pandémie Covidu-19 a skúmaného problému - poruchy príjmu potravy.

V kapitole 3 Sociálna práca s osobami s duševným onemocnením poruchou príjmu potravy mi chýba teda absentujú konkrétne metódy sociálnej práce s klientmi s PPP, ktorej by sa mala autorka viac venovať, čo je aj otázka do diskusie.

V práci sa nachádzajú formálne nedostatky odseky, riadkovanie, internetové citácie nie sú s.22, 24... podľa normy APA, ďalej riadkovanie, odseky, absentujú body na s. 23 za delenie, hlavná kapitola 3 na novej strane a iné.

Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila kvalitatívnu metódu a to pološtruktúrovaný rozhovor, kde si zvolila výskumne otázky. Empirická časť je veľmi dobre a prehľadne spracovaná, kde bola využitá vhodná metóda – metóda rozhovoru a metóda kódovania rozhovoru bola použitá interpretatívna fenomenologická analýza IPA u troch respondentov. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým záverom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu a

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 - 2 dle obhajoby

Datum, podpis:



* nehodící se škrtněte nebo vymažte

* nehodící se, škrtněte