

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

**MENTÁLNÍ ANOREXIE
POHLEDEM DNEŠNÍ DOBY**

Bakalářská práce

Petra Bohdanová

Specializace v pedagogice: Výchova ke zdraví (2009-2012)

Vedoucí práce: PhDr. et PaedDr. Věra Kosíková, Ph.D.

Plzeň, duben 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 20. dubna 2012

.....

vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především svojí vedoucí bakalářské práce, PhDr. et PaedDr. Věře Kosíkové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup při psaní mé bakalářské práce. Dále bych také chtěla poděkovat všem třem dívkám a ženám, které se se mnou podělily o svůj životní příběh a napomohly tak vzniku této práce.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH VYMEZENÍ.....	10
1.1 Mentální anorexie (MA)	11
1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10	12
1.2 Mentální bulimie (MB)	13
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10	13
1.3 Jiné specifické typy poruch příjmu potravy	14
1.3.1 Ortorexie.....	14
1.3.2 Bigorexie	15
1.3.3 Drunkorexie.....	16
1.4 Jiné nespecifické typy poruch příjmu potravy	16
2 HISTORICKÝ VÝVOJ	17
2.1 Vznik mentální anorexie jako duševní poruchy.....	17
2.2 Ideál krásy včera a dnes	19
2.2.1 Jak se vyvíjel fyzický ideál.....	19
2.2.2 Atraktivita a její význam	21
3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	22
3.1 Faktory sociální a kulturní.....	22
3.1.1 Body image.....	23
3.1.2 Ideální váha a BMI	23
3.1.3 Diety a jejich nebezpečí.....	24
3.1.4 Média a jejich vliv	25

3.2 Biologické faktory	26
3.2.1 Vliv pohlaví.....	26
3.2.2 Období puberty a adolescence	26
3.3 Životní události.....	27
3.4 Rodinné a genetické faktory.....	27
4 NARUŠENÝ POSTOJ K JÍDLU A JEHO NÁPRAVA.....	29
4.1 Změny v jídelním chování a jejich projevy.....	29
4.1.1 Změny jídelních návyků	29
4.1.2 Projevy narušeného postoje k jídlu.....	30
4.2 Náprava stravovacího režimu při léčbě MA.....	31
4.2.1 Dietní léčba.....	31
4.2.2 Frekvence jídel	33
4.2.3 Změny jídelníčku	33
4.2.4 Rady a doporučení	34
5 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	36
5.1 Psychické následky.....	36
5.1.1 Sociální izolace.....	36
5.1.2 Euforie a deprese	37
5.1.3 Sebevražedné ohrožení	37
5.2 Zdravotní komplikace.....	37
5.2.1 Úpadek sil.....	37
5.2.2 Poruchy látkové přeměny a zažívání	38
5.2.3 Kardiovaskulární potíže.....	38
5.2.4 Ztráta menstruace	39
5.2.5 Kosterní komplikace.....	39
5.3 Jiné zdravotní komplikace	40
6 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	41

6.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace	42
6.2 Ambulantní lékařská péče.....	42
6.3 Rodinná terapie	43
6.4 Kognitivně-behaviorální terapie.....	43
6.5 Interpersonální terapie	44
6.6 Farmakoterapie	44
6.7 Psychodynamická terapie	45
6.8 Svépomoc, řízená svépomoc	45
7 MOŽNÁ PREVENCE MA	46
PRAKTICKÁ ČÁST	48
8 KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	48
8.1 Popis metody	48
8.2 Cíle.....	49
8.3 Výzkumné otázky	50
8.4 Kazuistiky	51
8.4.1 První kazuistika- Příběh paní Marie	51
8.4.2 Druhá kazuistika- Příběh slečny Lucie	53
8.4.3 Třetí kazuistika- Příběh Lenky	56
8.5 Vyhodnocení a interpretace výzkumných otázek.....	58
8.6 Shrnutí.....	64
ZÁVĚR	66
RESUMÉ	67
RESUMÉ	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	70

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době velice závažným a častým onemocněním v novodobé moderní společnosti. Tato práce se bude především zabývat onemocněním mentální anorexií, které tvoří nejvýznamnější složku z výčtu těchto poruch. Velice častý výskyt mentální anorexie se stává ohrožujícím pro celou populaci. Tato nemoc může postihnout muže i ženy v jakémkoli věku, často ale bývá definována nejohroženější skupina, kterou tvoří převážně dívky v období dospívání a pubescence. Tato práce bude zaměřena zejména na ně. Důvodem k vytvoření této práce byl narůstající počet postižených touto nemocí v okolí a touha po bližším proniknutí do této problematiky. Opomenout nelze také tlak ze strany médií a okolního světa na povědomí každého z nás. Snaha o idealizaci nadměrné štíhlosti je v dnešní době natolik silná, že ovlivňuje myšlení nejednoho z nás a záleží už pak na individualitě člověka, do jaké míry se nechá tímto tlakem vmanipulovat až k tendencím spojených s poruchami příjmu potravy. Proto tato problematika stojí za pozastavení a za zpracování této tématiky.

Cílem této práce je teoreticky zmapovat problematiku poruch příjmu potravy s konkrétním zaměřením na mentální anorexiu a ověřit jednotlivé prvky této poruchy v rámci několika případů.

Teoretická část práce nás okrajově seznámí s nejvíce známými poruchami příjmu potravy pro celkové ucelení pohledu na tuto problematiku. Dále se bude zabývat už pouze charakteristikou a etiologií nejčastějšího onemocnění, kterým je beze sporu mentální anorexie. Seznámí nás s historií vzniku této psychické poruchy, která sahá až do středověku. Dále budou nastíněny faktory ovlivňující vznik této nemoci, jako je nebezpečí diet, vliv médií a další. Budou zde uvedeny projevy tohoto onemocnění, především v jídelním režimu a chování, které výrazně ovlivňuje osobnost nemocného i jeho sociální okolí. Mentální anorexie vede nepochybně k mnoha druhům psychických i fyzických následků, které je nutno včas odstranit a zamezit tak nevratným změnám v životě postiženého. To je nutné zejména vhodně zvolenou léčbou, která řeší fyzický i duševní stav pacienta jako komplexní celek a vede k celkovému uzdravení. Posledním důležitým prvkem je vhodná a včasná prevence a dostatečná osvěta, která působí především na nejvíce ohrožené skupiny.

Praktická část bude zaměřena na ověření teoretických poznatků o mentální anorexii z předchozí části. Toto ověření bude vycházet z kvalitativního výzkumu, který obsahuje tři případové studie respondentek, které si tímto onemocněním sami prošly. Tyto jednotlivé kazuistiky mají za úkol čtenářům přiblížit osobní zkušenost s onemocněním a pomohou otevřít nový pohled na tuto problematiku. Kazuistiky budou postupně analyzovány na základě předem stanovených výzkumných otázek s dílčím cílem nalézat shody a rozdíly mezi jednotlivými případy.

Teoretická část

1 Poruchy příjmu potravy a jejich vymezení

V této kapitole se pokusíme o vymezení doposud nejznámějších poruch příjmů potravy (PPP). Seznámíme se s pojmy jako jsou např. mentální anorexie a mentální bulimie, ale i s dalšími méně známými. Přesto, že se v této práci budeme blíže zabývat převážně onemocněním mentální anorexií, tak si pro komplexní představu o aktuálních poruchách příjmu potravy zde uvedeme celé spektrum těchto onemocnění. Uvedeme zde jejich charakteristiky, které lze vzájemně porovnávat a po bližším zamyšlení nacházet společné znaky. Popíšeme si i diagnostická kritéria těch nemocí, která udává mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), díky níž se dají tato onemocnění rozpoznat a správně diagnostikovat.

V dnešní době najdeme mnoho mužů i žen, kteří jsou nespokojeni se svou postavou. Často se stane, že stoupáme na váhu a hledíme do zrcadla s nepřekonatelnou touhou změnit křivky a proporce své postavy, snížit svoji hmotnost a změnit tak vlastně sami sebe. Mnoho z nás touží alespoň přiblížit se postavě, jakou naše společnost považuje za ideální. Vliv na utváření pohledu na své tělo a naši identitu má zejména prostředí, ve kterém žijeme jako je naše rodina, postoje a názory vrstevníků, ale i společnost a kultura ve které se pohybujeme. Vliv má i naše sebevědomí a to, do jaké míry se necháme ovlivnit od okolního světa. Negativní postoj ke svému tělu je odrazem naší psychiky, ve které jsme si sami vytvořili nelibivý obraz vlastního těla. To vše se může projevit právě některými z psychických poruch příjmu potravy.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí pod pojmem poruchy příjmu potravy dva nejjasněji vymezené syndromy: mentální anorexií (MA) a mentální bulimii (MB). Přes zdánlivou odlišnost jsou si mentální anorexie a mentální bulimie navzájem velmi podobné. Rozdíl mezi nimi bývá často neostrý, mohou přecházet jedna v druhou. Obě poruchy spojuje nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Hlavními rysy myšlenek postižených je strach z tloušťky a touha po štíhlosti. Příznaky se liší především závažností podvýživy a metodami používanými ke kontrole hmotnosti.

Právě tělesná hmotnost představuje hlavní a zásadní rozdíl mezi oběma poruchami. (Krch a kol., 2005)

Dále existuje ještě mnoho dalších, více či méně známých poruch příjmu potravy, které se pokusíme blíže specifikovat. Celé spektrum těchto onemocnění spojuje jakási forma dysmorfofobie. To je termín pro psychické poruchy, projevující se zkresleným vnímáním svého těla nebo jeho jednotlivých částí. Dysmorfofobie už byla dříve definována jako chorobná myšlenka a přesvědčení jedince, že je nápadný nebo odpuzuje svým tělesným vzhledem. Za všemi PPP se skrývá pocit, kdy se neumíme vyrovnat s vlastním tělem a nedokážeme ho přijmout, takové jaké je. Ve snaze o dokonalost jsme schopni a ochotni mnohdy dojít až k velice extrémním praktikám, za které následně cítíme stud, ale už si jaksí nedokážeme pomoci. V takovém případě se většinou jedná o narušený postoj k jídlu a k sobě samému. (Krch a kol., 2005)

1.1 Mentální anorexie (MA)

Mentální anorexie je porucha, která je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti nebo podvážou. Pacienti trpící touto nemocí neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí. Jejich averze k jídlu je projevem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Velkou roli zde hraje i špatné vnímání sebe sama a individuální pohled na své tělo. (Krch a kol., 2005)

Je třeba uvědomit si, že mentální anorexie může být vážnou nemocí se život ohrožujícími komplikacemi. Porucha, pokud se neléčí, může přejít až do chronické fáze, při které nemocní konzumují pouze život udržující minimum potravy. Některé případy končí i smrtí. Mentální anorexie postihuje převážně ženy a dívky a nejčastěji se projevuje v pubertálním věku. Nemusí to ale vždy být pravidlem, tato vážná nemoc se může rozvinout u žen i mužů jakéhokoli věku. V této práci se ale zaměříme více na ženy, které touto nemocí trpí nejčastěji. Nemocné anorektičky žene vpřed abnormální touha po štíhlosti, která směřuje k úplnému vytěsnění potřeby jíst. „*Pro postižené mentální anorexií se ztráta váhy stává smutnou životní cestou.*“ (Papežová, 2000, Str. 10) Při pohledu na dívku potýkající se s mentální anorexií, před sebou uvidíme vychrtlou, dětsky vypadající postavu s výrazně vystouplými kostmi. Přes to, jak moc jsou anorektičky vyhublé, stále vnímají své tělo jako silné a nehezké. Je to jakoby se dívaly do zrcadla na úplně jinou

postavu, kterou je třeba změnit. Tady je na místě přísloví, že strach má velké oči. Tento obraz, který spatřují, je vyvolán představou, že s ideálním tvarem těla lépe splní požadavky dnešní společnosti. Strach z toho, že jako neideálně vypadající budou méně úspěšní a společensky nepřijatí je žene stále vpřed. Onemocnění touto poruchou vede často k pocitům osamění a k izolaci před okolním světem. Anorektičky dnes a denně svádějí věčný boj s větrnými mlýny, který bez vnější pomoci okolí, mohou jen těžko vyhrát.

1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

- A. Tělesná hmotnost udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou úrovní nebo BMI s hodnotou 17,5 nebo nižší.
- B. Vyhýbání se jídlům s cílem snížení hmotnosti a užívání prostředků jako jsou: nadměrné cvičení, provokované zvracení, užívání laxativ (projímadel), anorektik (léky ke snížení chuti k jídlu) a diuretik (léky s odvodňujícím účinkem).
- C. Přetrvávající strach z tloušťky, vtíravá obava z dalšího tloustnutí a zkreslená představa o vlastním těle.
- D. Poruchy endokrinního systému projevující se u žen jako amenorea (porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou užívány hormonální látky), u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se objevit i jiné hormonální odchylky jako je zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, odchylky ve vylučování inzulínu a změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu.
- E. Jestliže onemocnění vypukne před pubertou, projevy puberty budou opožděny nebo dokonce zastaveny. Může se zastavit růst, dívkám se nevyvíjejí prsa, u hochů zůstávají dětské genitálie. (Krch a kol., 2005, str.17)

Specifické typy mentální anorexie:

Krch uvádí ve své publikaci ještě specifické typy tohoto onemocnění

- a) **Nebulimický (restriktivní) typ:** u tohoto typu mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání

- b) **Bulimický (purgativní) typ:** tento typ mentální anorexie je charakteristický opakovanými záchvaty přejídání. (Krch a kol., 2005)

1.2 Mentální bulimie (MB)

Mentální bulimie je porucha, pro kterou je charakteristické zejména opakující se záchvatovité přejídání velkým množstvím kalorické stravy spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Často se objevuje snaha zmírnit vliv jídla na váhu zvracením. Tyto problémy pramení z pocitů přílišné tloušťky a z neodbytné obavy ze ztloustnutí. (Krch a kol., 2005)

1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10

- A. Opakované záchvaty přejídání, při kterých je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Silná, neodolatelná touha po jídle a neustálé zabývání se jídlem
- C. Ve snaze potlačit „výkrmný“ účinek jídla, používání jednoho nebo více následujících způsobů: zneužívání projímadel, vyprovokované zvracení, střídavá období hladovění, užívání léků jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika
- D. Neodbytná obava z tloustnutí spojená s pocitem přílišné tloušťky. Často, ale ne vždy, se v anamnéze objevuje dřívější epizoda mentální anorexie nebo intenzivnější omezování se v jídle. (Krch a kol., 2005, str.19)

Specifické typy mentální bulimie:

I u tohoto onemocnění Krch uvádí specifické formy onemocnění a rozděluje je na purgativní a nepurgativní.

- a) **Purgativní typ:** nemocný pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti
- b) **Nepurgativní typ:** nemocný dodržuje přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, nikoli však žádné purgativní metody. (Krch a kol., 2005)

1.3 Jiné specifické typy poruch příjmu potravy

Dalšími, poměrně novými typy poruch příjmu potravy, jsou ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tyto, ne tak úplně zcela známé poruchy, mohou být ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako známější mentální anorexie nebo mentální bulimie. Zpočátku se tato onemocnění jeví spíše jako určitý životní styl. Někdy však může být hranice mezi zdravým životním stylem a nemocí velice pomíjivá.

1.3.1 Ortorexie

V dnešní době jsou regály obchodů přeplněny nejrůznějšími potravinami všeho druhu, kdy většina z nich je geneticky upravována množstvím hnojiv, barviv a množstvím tzv. „éček“. To proto, aby nás tyto oku lahodící potravinové výrobky v obchodech více lákaly, lépe vypadaly a déle vydržely. Čím dál více si ale začínáme uvědomovat, kolik škodlivin takové potraviny obsahují, proto stále častěji vyhledáváme obchody se zdravou výživou nebo biopotravinami. Z této zdánlivě dobré snahy o zdravý životní styl se ale může vyvinout nebezpečné onemocnění - ortorexie. Je to nemoc, která ještě není příliš známá, o to víc ale může být nebezpečnější. Právě za urputnou snahou po dodržení zdravého stravování se může skrývat jedna z dalších poruch příjmu potravy.

Ortorexie, odborně nazývána Orthorexia nervosa je odvozena z řeckého „Orthos“- správné a „orexis“- chuť. Toto onemocnění můžeme označit jako patologickou posedlost zdravou výživou. Z počáteční orientace na zdravou stravu se stává posedlost a hlavní náplň času. U ortorektiků je téma zdravé výživy vždy na prvním místě. Postižení se orientují na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací jak se takové potraviny vyrábějí. Vzdávají se potravin, které jsou uměle hnojené či geneticky upravené nebo obsahují-li jakoukoli chemickou látku, jako jsou barviva a konzervanty. Jídelníček se tak zužuje na minimum, nakonec zbývá jen zelenina, ovoce a bio produkty z obchodů se zdravou výživou. Postupně ale i ty začnou být podezřelé a strach z nezdravého jídla stále roste. U zdánlivě neškodných potravin je stále více zkoumáno kdy byly vypěstovány, jak s nimi bylo nakládáno a nakonec i takové produkty přestávají být zdravé, tedy bezpečné. Tyto potraviny se v představách ortorektiků mění v jedy, kterými by se nemocný mohl po jejich

požití otrávit. Seznam vyhovujících potravin se tak dále zmenšuje, nemocní ztrácí tělesnou hmotnost a trpí podvýživou.

Otázkou je, kde najít hranici mezi zájmem, životním stylem a nemocí, která může vážně ohrozit zdraví člověka. Nebezpečí spočívá převážně v tom, že ortorektici se na rozdíl od anorektiček a bulimiček cítí skvěle, jsou pyšní na svůj zdravý přístup. Proto lidé v jejich okolí často nechápou toto chování jako špatné, vždyť přece člověk žijící zdravě je v dnešní době obdivuhodný.

1.3.2 Bigorexie

Hlavním znakem této poruchy je představa postižených o nedostatečnosti vlastních tělesných proporcí. Vnímají sami sebe jako slabé, malé, nedostatečně svalově vyvinuté jedince. Nemocný většinou usiluje vysokou spotřebou energie o dosažení nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti. Často se uchyluje k užívání potravinových doplňků, především bílkovinných preparátů v nadměrném množství, pro velký svalový růst a ovlivnění metabolismu. Využívají také častých a nadměrně náročných posilovacích tréninků, v posilovnách tráví většinu svého času. Tělesná zdatnost se postupně stává jediným smyslem jejich života. Snaží se vzhledově přiblížit hrdinům akčních filmů nebo postavám z kulturistických časopisů.

Jeden z hlavních problémů této poruchy tvoří poškození hybného aparátu dlouhodobým nadměrným přetěžováním kloubů, páteře a dalších struktur těla, kdy může docházet k funkčním poruchám pohybového systému. Nebezpečná je také nadměrná tělesná hmotnost, ke které se bigorektici dopracují záměrně vysokým příjmem energie, kvůli svalovému růstu. Přetěžován je zejména trávicí systém díky nevhodné volbě struktury přijímané potravy.

Tato porucha postihuje výhradně muže, ale i ženy sportovkyně mohou být výjimkou. Postižení si většinou nepřipouští žádné potíže, jsou spokojeni se svým způsobem života a s tím, jak zlepšují svoje fyzické proporce. Je ale třeba si uvědomit, kdy už takováto chvályhodná záliba přeroste v zdraví ohrožující posedlost. S pokračujícím úspěchem všech fitness center se předpokládá, že tento problém se bude objevovat častěji a začneme si ho více uvědomovat.

1.3.3 Drunkorexie

Lidé trpící drunkorexií opakovaně redukuje příjem potravy a tím se snaží cíleně snížit počet kalorií, který pak mohou nahradit větším příjmem alkoholu, který bývá poměrně kalorický. Dále také drunkorektici záměrně zvyšují výdej energie na diskotékách či párty kombinací tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Těm, kteří takto vynechávají jídlo, aby mohli pít více alkoholu hrozí, že účinek alkoholu bude silnější a také mnohem nebezpečnější. Alkohol se bez jídla vstřebává v žaludku mnohem rychleji a do jater se dostává ve větším množství. Velice nebezpečná je také kombinace alkoholu a energy drinků, kdy po požití hrozí kolaps a náhlé úmrtí. (www.stopanorexia.estranky.cz, www.anabell.cz)

1.4 Jiné nespecifické typy poruch příjmu potravy

Do kategorie nespecifických poruch příjmu potravy zařazujeme pacienty, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria pro výše zmíněné poruchy a u nichž chybí třeba jen jeden nebo více základních příznaků poruchy. Jinak nemocní vykazují téměř typický klinický obraz. Patří sem případy se všemi znaky PPP, kde frekvence některých z nich neumožňuje diagnostikovat přesnou poruchu.

Uvádíme zde poruchy nazývané jako:

- Pica (nutkavé požívání látek neorganického původu, které jsou nevhodné ke konzumaci)

Psychogenní ztráta chuti k jídlu

- Syndrom nočního přejídání (pro který je typická večerní anorexie, nespavost a noční přejídání bez vědomého pocitu hladu)
- Jiné poruchy jídla (Krch a kol., 2005)

Tímto je ukončen výčet nejrůznějších poruch příjmu potravy a dále už se zaměříme pouze na mentální anorexii a její specifické znaky a vše co s tímto onemocněním souvisí.

2 Historický vývoj

Jako celá řada nejrůznějších dosud známých onemocnění, má i mentální anorexie svůj postupný vývoj ve vědě a poznání. Teprve nedávno zaujala své místo mezi psychickými poruchami. Do té doby jsme nedokázali přesně popsat a vysvětlit, co se skrývá za bezmezným hladověním a neuměli jsme ani dohlédnout, kam až může zajít touha po dokonalé postavě. V této kapitole se seznámíme s historií mentální anorexie z pohledu prvních lékařů a psychiatrů, kteří se zabývali poruchami příjmu potravy. Dále si představíme, jak se měnil ideál krásy v průběhu historie a jaký pohled je na naše tělo dnes. A nakonec nesmíme opominout mužský pohled na ženskou atraktivitu, která má v historii významný vliv na ženský ideál krásy.

2.1 Vznik mentální anorexie jako duševní poruchy

Celou řadu století nebylo odmítání jídla považováno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu praktikovali už zbožní křesťané k sebetrestajícím rituálům. Později dlouhodobé odmítání potravy vyvolávaly domněnky o nadpřirozených silách nebo vlivech ďábla. Až posléze byly nezvyklé a přehnané formy odmítání jídla pokládány za známku duševní poruchy. Hluboce věřící ženy ve středověku při hladovění tvrdily, že při životě téměř bez potravy je drží boží pomoc. Za těmito postícemi se světicemi přicházelo mnohdy i tisíce poutníků s honosnými dary, aby uctili jejich výjimečnost. Rozpoutala se ale ostrá diskuze, zda jde o podvod či zázrak. Přestože mnoho věřících lékařů bylo přesvědčeno, že jde o hladovění díky božimu přičinění, nakonec zvítězily racionálnější teorie. Jednou z nich byla i teorie o výživných částicích ve vzduchu, ze kterých lidské bytosti mohou žít. Až v průběhu devatenáctého století vědci uznali, že odmítání jídla má patologický charakter a začali na déletrvajícím odmítání jídla nahlížet jako na zjevnou známku choroby. (Krch a kol., 2005)

Už od doby před naším letopočtem jsou známy nejrůznější formy poruch příjmu potravy. S pojmem anorexie se setkáváme již ve starověkých lékařských pramenech. V 17. století už se ale objevují první klinické obrazy mentální anorexie. Jako první nejdokonaleji popsal mentální anorexii anglický lékař Richard Morton. Ve světové literatuře je také právě on uváděn jako první portrétista, který ve svých dílech zachytil obraz mentální anorexie.

Morton detailně popsal případ dospívající dívky, u které se projevovaly všechny hlavní znaky ukazující na onemocnění mentální anorexií. Svoji teorii nervového opotřebením, kterou popsal ve své knize Phthisiologia, výrazně přispěl k historii mentální anorexie. (Papežová, 2010)

I přes Mortonův přesný popis se první věrohodné případy mentální anorexie začínají objevovat až o dvě století později. V druhé polovině devatenáctého století William Stout Chipley, lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, popsal takzvanou sitiomanií, která byla dříve označována jako sitiofobie, neboli chorobné nechutenství. Přesto trvalo ještě řadu let než se chorobné sebehladovění stalo zvláštní klinickou kategorií uznávanou lékařským světem. První jednoznačný popis mentální anorexie udali téměř současně pařížský klinický lékař Ernest-Charles Lasegue a londýnský lékař sir William Withey Gull. Oba lékaři se shodují na tom, že jde o psychogenní chorobu vyskytující se převážně u mladších žen a dívek. Jako charakteristické znaky uvádějí velký hmotnostní úbytek, amenoreu, zácpu a neklid. K těmto projevům dále přibyly další dva rysy, a to neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání vlastního těla. Takto vnímáme mentální anorexii i dnes. (Krch, 2005)

„Ve čtyřicátých letech 20. století zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy.“ (Papežová, 2010, str. 21)

U nás popsal první případy mentální anorexie profesor Vratislav Jonáš v roce 1941, který upozornil na patologickou hubenost u mladých dívek v souvislosti s mentální anorexií vyvolanou určitým psychickým stavem. Dále problematiku tohoto onemocnění podrobně rozebral profesor Otakar Janota ze spolku českých lékařů, který uveřejnil jednotlivé kazuistiky a zabíral se léčením této poruchy elektrickými šoky. (Papežová, 2010)

Mentální anorexie se v průběhu historie vyvíjela nejrůznějšími směry. Byla opředena různými mýty a spojována s nejpodivnějšími rituály nebo příznaky jiných nemocí. Lidé dodržovali přísné půsty a hladovky z náboženských důvodů. Můžeme být rádi, že mentální anorexie nezůstala opomenuta jen jako obyčejný lidský neduh a osvěta tohoto onemocnění se dostala do povědomí většiny z nás. Tím dokážeme lépe tuto nemoc rozpoznat a pochopit všechny, kteří trpí touto zrádnou nemocí. Znalostí této problematiky můžeme dnes pomoci mnoha lidem z našeho okolí.

2.2 Ideál krásy včera a dnes

S mentální anorexií velice úzce souvisí srovnávání se s jakýmsi ideálem krásy, cílem, ke kterému je třeba směřovat a co nejvíce se mu přiblížit. Dnešní ženy se neustále ženou za neskutečným cílem diktovaným společností. Myšlenka ideálu se mění v přání, touhu a nakonec posedlost. Výsledkem snahy o sebekontrolu a dosažení ideálu bývá často anorektická sebenenávist a nikdy nekončící sebeúprava doprovázená pocity viny. Ideál krásy se v průběhu historie neustále mění. Od boubelatých „matek rodu“ po vyzáblé modelky na titulních stránkách dnešních časopisů. (Krch, 2002)

Krch výstižně uvádí: „*Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne.*“ (Krch 2002, str. 57)

2.2.1 Jak se vyvíjel fyzický ideál

Ideál krásy se neustále vyvíjel a měnil podle charakteristických myšlenek doby, míry blahobytu, nejrůznějších mýtů a uznávaných osobností. Některé změny ve vnímání ideální postavy byly velice výrazné, vyvíjely se od korpulentních matek rodu až po vyzáblé modelky.

Na počátku ideálu krásy byla známá soška Věstonické Venuše, zdůrazňující ženské křivky jako jsou velká ňadra, široké boky a větší pozadí. Žena těchto proporcí byla vnímána jako rodička potomstva a matka, která ztělesňovala zdravou plodnost.

Věstonickou Venuši o něco později vystřídala Venuše Mélská, jakožto symbol antického ideálu krásy. Tato postava byla už o něco štíhlejší. U takovéto ženy byla oslavována především její přirozená krása a harmonie mezi tělem a duší. (www.anabell.cz)

Naopak středověk ztvárňují ženy, které svým vyzáblým, bledým a křehkým tělem vyjadřují náboženskou úctu. Držením bezmezných trýznících se půstů byly považovány za duchovně silné a vznešené. Takovýmto dívkám byla vyjadřována úcta a obdiv. (Crooková, 1995)

Po té opět dochází k velkému zvratu vnímání ženské postavy. V období renesance a středověku byla ideálem korpulentní postava s výraznými prsy, boky a břichem. Bylo to období, kdy se lidé velmi obávali nejrůznějších nemocí, například tuberkulózy, při níž nemocná samozřejmě hubla. Tato krása vyjadřovala především zdraví. Za zdravou a

krásnou byla považována žena s postavou výstižně řečeno „krev a mlíko“. Pro zdůraznění elegantní postavy se často používaly korzety, ve kterých téměř každá žena dosáhla žádaných křivek. Takto baculatá postava převládala až do 19. století. (www.anabell.cz)

Na počátku 20.století dochází ke změně estetického ideálu osvobozením těla od nepohodlných korzetů. Po první světové válce přichází do módy chlapecká, sportovní, plochá postava.

V období 30. až 50. let jsou konečně zdůrazňovány klasické ženské křivky 90-60-90. Po druhé světové válce byla plná postava považována za znak blahobytu. V této době je ženským ideálem Marilyn Monroe s jejími plnými nadry a štíhlým pasem. Ne dlouho jsme se mohli těšit z krásy plných ženských křivek. (www.anabell.cz)

V 60.letech se vzorem pro mnohé ženy a dívky stává vyhublá britská modelka Twiggy. Twiggy se stala idolem pro miliony žen i mužů. Do světa módy přinesla naprostou revoluci ve vnímání ženského těla, všichni v té době chtěli vypadat jako ona. Dodnes je ve světě považována za spouštěč mentální anorexie. Řada dívek a žen, které se chtěly přiblížit její postavě, za to zaplatila svým zdravím a mnohdy i svým životem.

Dalším fenoménem, který ovládl svět a ovlivňuje jej dodnes, je prototyp panenky Barbie. Její zrod byl v Americe a výrobcem miliónů panenek, které se dostaly do mnoha zemí světa, byla firma Mattel. Panenka vyrobená spíše než pro děti pro jejich tatínky, se stala nejprve maskotem dálkových řidičů. Proporce panenky odpovídaly přesně představám mužů o dokonalé kráse žen. Stačilo jen ale na panenku ušít nejrůznější šaty a oblečky a na světě byla dokonalá a oblíbená hračka mnoha děvčátek. Panenka Barbie tak způsobila největší revoluci ženského myšlení. Dokonale upravená, dokonale formovaná, dokonale krásná a věčně mladá Barbie se stala vzorem dívčího světa. Dříve holčičky a mladé dívky toužily po tom stát se maminkou a manželkou, tento vzor ale láká mladičké dívky do světa královen krásy, modelek, hereček, televizních hlasatelek a sex symbolů. Proporce panenky, které jsou pro dospělou ženu téměř nereálné, tvoří zcela unikátní a patologický vztah ke stavbě vlastního těla. Kult dokonalé postavy a mladistvého vzhledu hýbe světem dodnes a stává se tak zdrojem trápení mnoha dívek a žen. (www.hcjb.cz)

Historie ukazuje, že pojetí ideálu krásy si prošlo mnoha, často velice zásadními změnami. To dokazuje pouze to, že na každého člověka více či méně působí vliv doby, ve které momentálně žije, a záleží pouze na nás, do jaké míry se necháme ovlivnit a na kolik

si zanecháme svoje zdravé sebevědomí a vlastní identitu. Být spokojený se svým tělem je mnohdy důležitější, než snaha vyrovnat se určenému ideálu. A proto by člověk měl být se svým tělem v souladu, i když zrovna neodpovídá obecně přijatému ideálu krásy.

2.2.2 Atraktivita a její význam

Tak, jak se v průběhu doby měnil kulturní ideál krásy a atraktivity, tak se měnilo i ženské tělo. Vysvětlení, proč je krása pro ženy tak vysoce ceněnou hodnotou, je prosté. Pro ženy je velice důležité, jak na ně pohlíží a jak je vnímá opačné pohlaví. Je známo, že muži byli vždy závislejší na fyzickém vzhledu své potencionální partnerky. A proto ženám nezbylo nic jiného, než se podřítit všem módním diktátům a to v kterékoli historické době, neboť se domnívaly, že je to právě fyzický vzhled, který mají muži tak vysoko na žebříčku hodnot. (Novák, 2010)

Novák dále uvádí, že muži daleko více než ženy při výběru partnera upřednostňují fyzickou atraktivitu. Fyzickým ideálem je dnes mladá žena, která má éterický vzhled a symetricky dokonalou postavu. Hubenost se dnes stává synonymem pro úspěšnost, žádoucnost a je podkladem pro to, aby mohl být člověk milován. Naopak obezita je pro některé muže velice zásadním negativním faktorem při výběru partnerky. Podle tohoto smýšlení s větší váhou tudíž klesá i atraktivita a ženy se proto domnívají, že pokud ztloustnou, nenajdou v životě vhodného partnera, nebo že je eventuálně stávající partner opustí. Z tohoto důvodu jim nezbyvá, než se společenskému ideálu krásy podřítit, pokud si přejí najít kvalitního partnera. Proto se ženy neustále ženou vpřed, vstříc ani ne tak svému, ale muži vysněnému ideálu a denně svádí boj s kilogramy a věčnými dietami a velmi často se tak stávají obětmi nemilosrdné anorexie, která nakonec, více než muži, ovládne jejich život. (Novák, 2010)

3 Faktory ovlivňující vznik mentální anorexie

U mentální anorexie velice často nemůžeme najít jasnou příčinu této nemoci a obvykle ani není pouze jedna. Obecně ale lze říci, že mentální anorexie vzniká na základě souhry mnoha nepříznivých vlivů a náročných životních událostí. Rozvoj této choroby je důsledkem vlivu sociálních, kulturních i biologických faktorů a neopominutelný je také vliv rodiny a působení genetických predispozic. Kombinace některých těchto faktorů může vést ke vzniku mentální anorexie nebo prodlužovat její průběh, ale zatím nebyla prokázána žádná specifická příčina anorexie, jejímž odstraněním by došlo k vyléčení této nemoci.

3.1 Faktory sociální a kulturní

V dnešní době je kolem nás mnoho nepříznivých vlivů, které na nás působí a ovlivňují tak náš život, pohled na sebe i na své okolí nás nutí přizpůsobit se módním požadavkům a ideálům doby. Tyto trendy jsou ale pro mnohé z nás naprosto nedosažitelné a metody jak se k těmto trendům přiblížit velice nepřiměřené. K sociálním a kulturním faktorům ovlivňujících vznik mentální anorexie řadíme nebezpečí diet, vliv médií a také to, jak vnímáme sami své tělo, tzv. body image. Zde si popíšeme nebezpečnost těchto faktorů a jejich vliv na rozvoj mentální anorexie. Ukážeme si také, podle čeho se udává optimální váha a jak hodnotíme její odchylky. Seznámíme se s riziky, které představují diety, pomocí nichž se snažíme redukovat naši váhu. Těž jako riskantní uvedeme vliv médií, mající negativní vliv na postoj k našemu tělu a na následné jednání na základě vštěpovaných přesvědčení.

Krch ve své publikaci udává, že mentální anorexie je kulturně podmíněný syndrom. Nesporná je kulturní a sociální podmíněnost a citlivost vůči všem takovýmto vlivům. *„Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespecifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury, vulgarizace některých ekologických a zdravotních poznatků apod.“* (Krch a kol., 2005, str. 61)

3.1.1 Body image

Body image je obsáhlý pojem, který zahrnuje fyziologické, psychologické a sociologické faktory. Je to odraz toho jak vnímáme vlastní tělo, jeho velikost, tvar a estetický vzhled. To jak člověk vnímá svoje tělo, má významný vliv na každodenní pocit pohody či nepohody a na další jednání a rozhodování. Ke konstrukci body image dochází zejména v rodině nebo v různých sociálních skupinách, které na nás během našeho života působí. Díky působení těchto vlivů může člověk vnímat svůj body image buď pozitivně, nebo negativně. Zde se budeme věnovat zejména negativní stránce body image, jakožto jednomu z předpokladů pro vznik poruchy příjmu potravy, mentální anorexii.

Negativní body image je charakterizován především nespokojeností se svým tělem a nesprávným vnímáním tělesných proporcí. Typické bývá především přeceňování hmotnosti, které dále vede k pokusům o redukci váhy. Moment, kdy se žena rozhodne řešit krizi identity pomocí kontroly těla, považujeme za velice zásadní. Dále jde o postupný proces, mající dát životu smysl a emocionální naplnění.

Krch říká: *„Ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl.“* (Krch, 2003, str. 40)

3.1.2 Ideální váha a BMI

Tělesná hmotnost je stejně tak jako některé tělesné proporce z větší části určena geneticky. O tom, jak budeme vypadat, nerozhoduje současný módní ideál ani naše přání. To, co jsme dostali do vínku, změnit nemůžeme, to ale rozhodně neznamená, že se svojí postavou nemůžeme nic dělat. Pouze naše extrémní nároky na vzhled a postavu nemusejí být vždy naplněny. Většina dívek a žen by chtěla vážit méně, než odpovídá jejich tělesným proporcím a výšce.

Zde si pro představu o ideální váze posoudíme tělesnou hmotnost v poměru váhy a výšky. Pro určení zda se naše tělesná váha pohybuje v mezích normy nebo tuto hranici překračuje nebo naopak vhodných hodnot zdaleka nedosahuje, se dnes nejčastěji používá Queteletův index tělesné hmotnosti, neboli Body Mass Index – BMI, který udává poměr váhy a výšky v druhé mocnině. Vypočítá se podle následujícího vzorce:

$$\text{BMI} = \text{tělesná váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$$

Normální hodnoty BMI se u dívek pohybují mezi hodnotou 19 a 24, o obezitě lze mluvit až při hodnotách vyšších než 30. (Krch, 2002)

3.1.3 Diety a jejich nebezpečí

Na počátku poruch příjmu potravy, zejména pak mentální anorexie, bývá držení drastických redukčních diet. Krch uvádí, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie až osmkrát. Takové diety mohou v průběhu jednoho nebo dvou let přejít v patologickou dietu a odtud už je jen krůček k rozvinutí částečného nebo úplného syndromu poruchy příjmu potravy. Krch dále uvádí, že mezi dívkami a mladými ženami dnes převažuje držení redukčních diet nad normálním chováním bez hubnutí a strachu z tloušťky. (Krch, 2003)

Také Marádová tvrdí, že diety jsou jedním z hlavních činitelů, které přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy. Velká část dospívajících dívek často zaměňuje zdravou výživu za některou z právě módních redukčních diet a bojují tak proti biologicky přiměřeným proporcím. Nevhodné dietní tendence se objevují už u mladých dívek na základní škole, ze kterých velké množství udává, že jejich velkým přáním je zhubnout. Nadměrná sebekázeň v dodržování redukčních diet vede k chaotickému stravovacímu režimu a ke ztrátě kontroly nad jídlem. (Marádová, 2007)

Krch uvádí existenci tří fází redukčních diet. Nejprve podstupujeme půst, kdy po určité době nejíme vůbec nic. Po té následuje úsporná metoda, při které se snažíme jíst naprosto minimálně a omezujeme tak příjem energie. V poslední fázi se vyhýbáme jen některým druhům potravin, jako jsou třeba sladkosti a tučné potraviny nebo úplně vynecháváme některá denní jídla, jako například snídani, oběd nebo večeři. (Krch, 2002)

Diety mohou mít závažné biologické a psychologické dopady. Jsou s nimi spojeny symptomy jako dráždivost, poruchy koncentrace, úzkosti, deprese, apatie, poruchy nálady, spánku a únava. U dospívajících dívek také opožděný růst a nepravidelná menstruace až amenorea. (Novák, 2010)

Dietní chování může být vyjádřením nízké sebeúcty, kterou si žena kompenzuje vysokým stupněm sebekontroly nad svým tělem a tím i nad svým životem. Pro některé ženy to může být jediný pocit, že něco v životě dokázaly. Čím je žena štíhlejší a čím více je

přesvědčena, že dokáže ovládat své tělesné potřeby, tím víc je podněcována k dalšímu hubnutí. (Novák, 2010)

Díky dietám si před sebe stavíme nepřiměřené cíle, kterých ne vždycky jsme schopni dosáhnout nebo si jejich výsledek udržet. Neúspěšná dieta může vážně narušit naše sebevědomí, to pak prohlubuje deprese z našeho těla a podněcuje touhu víc a víc zhubnout. Pohybujeme se tak ve věčném kolotoči pokusů a omylů, který nás většinou vede k narušenému postoji k jídlu i k sobě samotným a vzniku mentální anorexie.

3.1.4 Média a jejich vliv

V dnešní době moderních ženských časopisů a módních reklam jsme vystaveni stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které nás přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsme vyhublé. Právě takováto idealizace štíhlosti je velkým dílem spoluutvářena médii. Mediální vzory jsou ve společnosti úspěšné a budí v nás pocit, že pokud budeme takto vypadat, budeme považováni rovněž za úspěšné a výjimečné. Žena z reklamy je vždy až nebesky dokonalá. Velký vliv na utváření představy o ideálním těle mají módní časopisy. Zvláště zranitelné a zmanipulovatelné jsou mladé dospívající dívky, které právě v těchto časopisech nacházejí svůj vzor a podporu v boji proti vlastní identitě. Rady, jak být úspěšná, krásná a dokonalá vedou k utvoření myšlenky, že nedostatečná krása může za veškeré neúspěchy, proto je nutné se této kráse co nejvíce přiblížit.

„Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti“ (Krch, 2003, str. 40)

Nemůžeme také opominout vliv atraktivity na přesvědčovací účinek mediálního sdělení. Mediální výzkum zaznamenal, že člověk lépe přijme sdělovanou informaci od osobnosti, která mu přijde atraktivní. Důvodem je, že atraktivita budí dojem důvěryhodnosti a odbornosti mediální zprávy. Fyzicky atraktivní modelky v médiích propagují tento ideál krásy jako standard, podle kterého se oceňuje atraktivita ostatních „obyčejných“ žen. (Novák, 2010)

3.2 Biologické faktory

3.2.1 Vliv pohlaví

Významný rizikový faktor pro rozvoj mentální anorexie je ženské pohlaví. Krch udává, že stačí už jen být ženou a riziko onemocnění je daleko větší. V životě ženy a muže hrají tělesné proporce zcela odlišnou roli. Ženské tělo je tradičně důležitější a kladou se na ně obvykle větší požadavky, co se týče vzhledu. K nejdramatičtějším tělesným i psychickým změnám jako je rychlý tělesný růst, spojený s rostoucí tělesnou hmotností a přibýváním tukových zásob, dochází v průběhu puberty a adolescence. Pro chlapce fyzické dospívání, kterým se přibližují ideálu krásy, představuje svalnaté, dobře vyvinuté tělo. Kdežto dívky se svým fyzickým vývojem oddalují tomu, co se v dnešní době považuje za krásné. (Krch a kol., 2005)

3.2.2 Období puberty a adolescence

Puberta a je typickým obdobím vzniku mentální anorexie. S pubertálním dozráváním dochází ke zvýšení uvědomování si sebe sama, dospívající o sobě více přemýšlejí a více sledují své měnící se tělo. V tuto chvíli dochází k dramatickým tělesným změnám a pro mnohé dívky i chlapce se toto období stává velice náročným na zvládnutí všech svých vnitřních, měnících se pocitů. Dívky, na rozdíl od chlapců, bývají vnitřně nejistější, mají nižší úctu ke svému tělu a menší sebevědomí. Přílišná sebekritika a vnitřní nejistota dospívajících dívek, spojená se sebepodceňováním a nízkým sebevědomím, je důvodem pro sklon k rozvoji poruch příjmu potravy, jako je třeba mentální anorexie. (Krch a kol., 2005)

Je zřejmé, že bychom měli pohlížet na význam puberty a adolescence, jako na možný spouštěcí faktor od počátku dospívání, kdy vývojové změny přináší nadměrné úkoly pro pacienty s mentální anorexií. (Kocourková et al., 1997)

3.3 Životní události

Jako spouštěcí faktory pro poruchy příjmu potravy můžeme považovat různé životní události a situace. Jako nejčastější jsou zmiňované nejrůznější nárážky na tloušťku a tělesný vzhled, negativní sexuální zkušenosti, významné životní změny, nemoc nebo osobní nezdár a problémy v rodině nebo dlouhodobější odloučení od rodiny. Některé anorektičky udávaly také jako stresující události problémy s vrstevníky, odmítnutí nebo problémy s rodiči. Většinou jde tedy o události, které souvisí s narušením rodinných nebo sociálních vztahů nebo se týkají zdravotních problémů, dokonce velká pozornost je věnována problematice sexuálního zneužívání. (Krch a kol., 2005)

3.4 Rodinné a genetické faktory

Zde si uvedeme poznatky některých autorů, kteří se touto problematikou zabývají. Jejich názory se většinou shodují a uvádějí rodinné a genetické faktory jako významné pro vznik a rozvoj mentální anorexie. Jejich zkušenosti a zjištění se vzájemně doplňují a tvoří ucelený obraz této skutečnosti.

V publikaci, jejímž autorem je známý psychoterapeut Krch a kolektiv, se považuje už samotný výskyt mentální anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví za významný rizikový faktor. Krch ve své publikaci zveřejňuje názory a poznatky svých kolegů a dívá se na ně z více pohledů. Zdůrazňuje, že u „anorektických“ rodin je důležité věnovat pozornost vzájemným vztahům v rodině. Jako charakteristické rysy rodičovského stylu anorektických pacientek uvádí nadměrné ochranné chování, přílišnou ctižádostivost a sklon k přeceňování. Je také možné, že poruchy příjmu potravy se objevují ve věku, kdy u mladých žen dochází k odchodu z domova a separaci od rodiny. Dále ale tvrdí, že v současné době není prokázána existence nějakého specifického rodinného modelu u pacientů s mentální anorexií. (Krch a kol., 2005)

Papežová ve své příručce tvrdí, že existuje genetické riziko vzniku mentální anorexie. Již se objevily případy, kdy v některých rodinách byly postiženy matka, babička, či teta. Udává, že existují určité dispozice z matčiny či otcovy strany jako je například preference některých jídel nebo tělesná konstituce. (Papežová, 2000)

V knize o poruchách příjmu potravy, jejíž autorkou je Eva Marádová, se za důležitý etiologický faktor také považuje právě vliv rodiny. Autorka se zabývá vlivem příkladu matky nebo sestry, které mají výrazné dietní tendence na postoj dívky z tohoto prostředí k jídlu a jídelním zvyklostem. Domnívá se, že právě tato zkušenost vede dívky k rozhodnutí pro dietu a tím se dívka dostává do rizikové skupiny ohrožených právě touto nemocí. (Marádová, 2007)

4 Narušený postoj k jídlu a jeho náprava

Tato kapitola je z pohledu zhodnocení situace a zvolení vhodné nápravy velice důležitá. Popíšeme si zde, jak se se projevuje mentální anorexie v oblasti jídelních návyků a zcela zvrácených postojů k jídlu. Přiblížíme zde některé praktiky a zvyky anorektiček v jejich jídelním režimu a upozorníme na chování, při kterém bychom měli zbystřit a zaměřit se na možnost onemocnění mentální anorexií. Tato choroba může mít nenápadné začátky, a proto je dobré si při podezření všimnout všech změn ve stravovacích návycích. Uvedeme si zde také postup při potvrzení podezření na tuto nemoc. Zaměříme se především na změnu stravovacích návyků, dietologickou léčbu, popíšeme si, jak postupovat ve změně svého jídelníčku a dosavadních stravovacích návyků. Shrňme si i několik rad a doporučení, jak zacházet s anorektickými pacienty a jak nejlépe je doprovázet na cestě v boji proti této nemoci.

4.1 Změny v jídelním chování a jejich projevy

U lidí, kteří trpí touto nemocí, se velmi výrazně projevuje narušený postoj k jídlu a nezvyklé jídelní návyky. Projevovat se mohou nejrůznějšími způsoby a mnohé anorektičky dokáží vymýšlet všemožné praktiky, jak se jídlu vyhnout nebo jak ošálit své okolí. Je zřejmé, že pokud se ze zdravé dívky stane dívka trpící mentální anorexií, velmi výrazně se mění skladba jejího jídelníčku i četnost jídel. To vše si zde pokusíme nastínit, abychom měli představu, kam až může strach z jídla zajít.

4.1.1 Změny jídelních návyků

Nutriční chování v období této nemoci je charakteristické vynecháváním některého z hlavních jídel, postižení se vymlouvají, že nemají hlad nebo že nemají čas se najíst. Nejí ani doma společně s rodinou nebo třeba s kamarády ve školní jídelně. Anorektičky často svoje hladovění také ukrývají za tzv. zdravou výživu. Nechtějí jíst to, co ostatní a přesvědčují své okolí, že správné je jíst málo a dietně. (Marádová, 2007)

Také Krch a kol. uvádí jako hlavní zvyk téměř všech anorektiček vynechávání některých hlavních jídel, nejprve dívky vynechávají snídani, následně oběd a jediné jídlo,

které jim za celý den zbývá je večeře. Jako zřejmý důvod uvádí, že je to jídlo, u kterého bývají většinou přítomni rodiče a před těmi svůj problém až do poslední chvíle tají a také, že pacientky považují za výhodnější a bezpečnější jíst až na konci dne, protože pak zbývá už jen několik hodin, ve kterých by mohly podlehnout hladu. (Krch a kol., 2005)

Změna chování v oblasti jídla a jídelních návyků se projevuje převážně tím, že anorekticky často chtějí jíst o samotě a v jinou dobu než všichni ostatní. Dále trvají na tom, že budou připravovat jídlo pro sebe i pro své okolí. Často mají další zlozvyky, jako například odmítají jíst po 18. hodině, tvrdí, že budou jíst jen to, co jim chutná, odmítají také třeba jíst s některým členem rodiny u stolu a kladou si mnoho dalších nesmyslných podmínek, jako třeba že v místnosti nesmí být světlo, nebo musí být puštěné rádio. Do anorektických zlozvyků je často vtažena celá rodina, která ve snaze vyhovět dceři, se zcela přizpůsobuje dcerou diktovaným nárokům, a tím ji vlastně nevědomky podporuje v rozvíjení nemoci. (Marádová 2007)

4.1.2 Projevy narušeného postoje k jídlu

Narušený postoj k jídlu se projevuje ve změněném chování oproti normálu v oblasti příjmu potravy. Běžné je obsedantní sledování množství snědených potravin, krájení potravy na velmi malá sousta a jejich nadměrné žvýkání. Projevuje se celková úzkost v době hlavních jídel a důsledkem bývá velmi pomalé jedení. Pacientky si často jídla podivně míchají, používají nadměrné množství soli nebo jiného koření a tajně se zbavují jídla na stole. Jako některé praktiky uvádíme například máslo seškrábané za nehty, drobečky koláče poschovávané do kapes, nesnědené jídlo skrývané pod ubrousky. Úzkost spojená s jídlem je tak veliká, že se postižené při jedení očima i myšlenkami zaměří jen na svůj talíř a nejsou schopné zúčastnit se jakékoli společenské konverzace. Velmi často se stává, že pacientky naprosto odmítají jíst ve společnosti a například jedení v restauraci je pro ně noční můrou. (Krch a kol., 2005)

Dále také anorektické pacientky tráví mnoho času shromažďováním receptů, přípravou jídel a mluvením o něm. Tím si kompenzují jejich podvědomou touhu po jídle. Velmi často přebírají moc v kuchyni, nabízejí, že budou vařit pro celou rodinu, nandávají a servírují jídlo ostatním členům rodiny a často se snaží je přimět, aby jedli daleko více než

ony samy. Je dokázáno, že často si anorektičky také vybírají zaměstnání, ve kterém přicházejí do styku s jídlem. (Krch a kol., 2005)

4.2 Náprava stravovacího režimu při léčbě MA

Cílem nápravy ve stravování je dosáhnout a udržet normální stav výživy a přirozený tělesný růst. Primárním cílem je obnovit normální tělesnou hmotnost, kterou můžeme charakterizovat u dospělého člověka jako hmotnost, při které je člověk fyzicky zdravý a kterou si může udržet, když bez omezování přijímá běžnou zdravou stravu, a u dětí a adolescentů jako hmotnost, při které jsou fyzicky zdraví a pokračují v tělesném růstu. Na cestě k tomuto cíli je třeba zavést běžné jídelní návyky a podporovat správný postoj k jídlu. Dalším cílem léčby je vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení. (Krch a kol, 2005)

Prvním krokem k obnovení normálního stravovacího režimu je návštěva odborníka na výživu. Spolu s ním je dobré sestavit dietní anamnézu. Při té je důležité získat informace o pacientčinyh názorech na výživu a jejich postojích k jídlu. Dobré je také prozkoumat jídelní postoje a chování u zbytku rodiny, kde se dá odhalit původ všech problémů a lépe tak zvolit postup léčby. (Krch a kol., 2005)

Další postup v boji s nesprávným postojem k jídlu a s mentální anorexií je nastavit si správný stravovací režim a držet se jídelního doporučení, které je s pomocí dietologa zvoleno. Bez změny jídelních zvyklostí se náprava jídelního chování neobejde. Změna stravovacího režimu především znamená změnit svoje jídelní návyky, rozšířit jídelníček, zvýšit svůj denní energetický příjem. Změna se dále neobejde bez zvýšení aktuální tělesné hmotnosti na normální hladinu. Tyto změny vedou k nalezení přiměřené sebekontroly v jídle i v pohybu a k postupné normalizaci postojů k okolnímu světu. (Krch, 2002)

4.2.1 Dietní léčba

Při doporučení léčebné diety závisí její úroveň na hodnotě pacientčina energetického příjmu před léčbou a na její aktuální hmotnosti. To umožní pozvolný nárůst tělesné hmotnosti a přizpůsobení trávicího ústrojí i psychického stavu na normální množství jídla. Každé zvýšení energetického příjmu by se mělo s pacientkami konzultovat a s tím jak

dosahují pokroku, by jim měla být postupně dávána stále větší samostatnost při výběru jídla. Předepisování zvláštních potravin však není nutné, mohlo by naopak podporovat přesvědčení pacientek, že nemohou jíst normální jídla. Vhodné je pravidelné stravování se širokým výběrem běžných jídel. U většiny pacientek je třeba k postupnému dosažení přiměřené hmotnosti energetický příjem nad 12 550 kJ. Po dosažení určité hmotnosti se energetický příjem snižuje na úroveň, kdy si pacientka udržuje hmotnost a jí normální stravu. (Krch a kol., 2005)

Začít znovu pravidelně jíst může být ze začátku pro anorektičky velice nepříjemné. Často trpí pocitem přejezení nebo pocity viny z toho, že zkonsumovaly takové množství kalorií. Výborná aktivita v počátcích dodržování nových stravovacích návyků je vést si jídelní záznamy o tom, kolik se toho za den sní i vypije a jaké problémy a pocity při tom dívky zažívají.

„Chtít překonat anorexii a současně trvat na své vybíravosti a požadavku, aby vám jídlo chutnalo, je nesplnitelný sen“ (Krch, 2002, str. 100)

Aby došlo k požadovaným výsledkům, je třeba dodržovat předepsaný pravidelný stravovací režim, dále je dobré jíst u stolu společně s ostatními, nevyhýbat se žádným denním jídlům a nenahrazovat je ovocem, zeleninou či pouhým jogurtem. Dále je třeba oprostít se od odměřování a vážení jídla a skončit s přepočítáváním na jednotlivé kalorie. Vyhnout bychom se také měli kupování light potravin a potravin s umělými sladidly, které brání nárůstu hmotnosti a naopak korespondují s jejich narušenými jídelními postoji, a k udržování hmotnosti nejsou v tomto případě žádoucí. Zkrátka je dobré jíst plnohodnotné jídlo v běžné úpravě a v běžných kombinacích jako ostatní, nevybírat si nízkokalorické pokrmy nebo převážně zdravou stravu. Vhodné stravovací návyky nespočívají v tom, že jíte málo, ale že jíte přiměřeně a ve správnou dobu. (Krch, 2002)

Dietní léčba mentální anorexie ale nekončí s dosažením přiměřené tělesné hmotnosti, ale pacientky potřebují další dietní vedení, které jim pomáhá přizpůsobit se normálnímu energetickému příjmu, při kterém si udrží svoji hmotnost a mohou jíst bez omezení nejružnější potraviny. Až když se jídelní chování zcela normalizuje a pacientka je schopna si udržet zdravou tělesnou hmotnost, teprve v tuto chvíli mohou sezení s dietologem postupně skončit. (Krch a kol., 2005)

4.2.2 Frekvence jídel

Pro správnost jídelního režimu je dobré si projít záznamy ze stravovacího plánu za uplynulý týden a zjistit, co je špatně a co naopak děláme dobře. Vhodné je pět až šest jídel za den. Jídlo by se mělo skládat z tří hlavních jídel, která by měla být zřetelně vydatnější a odlišná svojí skladbou, než svačiny, které by měly následovat dvakrát či třikrát za den. Měli bychom se vyvarovat jakýmkoli pokusům o redukci zdravého jídla z nejrůznějších příruček nebo jakýchkoli režimů redukčních diet. Špatné je také celodenní omezování se v jídle s nočním nebo večerním doháněním hladu a chutí a stejně tak nevhodné je také vynechávání večeře nebo poslední jídlo před sedmáctou hodinou. Jedním z důvodů, proč se tohoto jídla není dobré vzdávat může také být to, že večeře bývá často jako společenská událost, při které se sejdou všichni členové rodiny a to je též nesmírně důležité pro znovu utváření správného vztahu k jídlu. (Krch, 2002)

Je dobré si také určit, v jakou dobu budeme jíst a tento režim následně dodržovat. Pokud se nepovede přesná hodina, neznamená to, že jídlo úplně vynecháme, ale jednoduše čas posuneme. Jídlo tak bude lépe rozloženo a tělo tím tak získá řád, který bude dodržovat a předejde se tak tím i zbytečnému přejedení. U jídla bychom měli postupovat od vydatnějších jídel k méně vydatným. Prodleva mezi jednotlivými jídly by ale neměla být delší než tři až čtyři hodiny. Jídlu bychom v tuto chvíli měli dávat před vším přednost a snažit se opravdu dodržovat stanovený jídelní plán. (Krch, 2002)

4.2.3 Změny jídelníčku

Jídelníček anorektické dívky by měl projít řadou zásadních změn, nebo lépe řečeno měl by se vytvořit úplně nový, než byl doposud. Strava by měla být především pestrá. Je dobré, jak již bylo zmíněno, poradit se s odborníky zabývající se výživou ohledně množství kalorií, energie a pestrosti stravy. Je dobré zvolit pomalý postup od tzv. nezdravé riskantní stravy k běžné. Jak zde již bylo řečeno, důležité je jíst pravidelně, aby nedošlo k rozvoji výrazného hladu. To platí zejména o cukrech a škrobech, ty udržují vysokou hladinu cukru v krvi a zabraňují tak vzniku hladu. Kalorický přídavek by mohl být přidáván ke svačinám, v poledne formou zákusku po jídle nebo ve formě banánu před spaním. Při

nedostatečném nárůstu váhy je také možné stravu doplňovat některými nutričními nápoji. (Papežová, 2000)

Jaké jídlo volíme, by nemělo příliš záviset na našich chutích nebo zvycích, ale měli bychom se držet sestaveného plánu. Nevadí ani, když se některé jídlo zpočátku vícekrát za den opakuje, protože příliš mnoho novinek najednou by mohlo vyvolávat strach a případné pocity viny. Postupně je vhodné stále přidávat nové potraviny a stávající postupně obměňovat. Důležité je především trvat na jídle přiměřeně kalorickém a pestrém, dále také na bílkovinách, rybách, banánech, fazolích, oříškách a podobných doplňujících prvcích. (Papežová, 2000)

Zde si na ukázkou uvedeme příklad správného jídelníčku při léčbě mentální anorexie:

8:00 snídaně - Sklenička džusu, miska vloček s 200 ml mléka nebo krajíc chleba s máslem, marmeládou a rohlík se salámem a sýrem. Káva, čaj nebo kakao.

10:00 svačina – Káva s mlékem, banán nebo rohlík s máslem a marmeládou.

12:30 oběd – Grilovaný steak s bramborem či rýží nebo kuřecí salát s pečivem, nebo brambory s tvarohem a jako dezert jogurt, ovocný salát nebo ovoce. Čaj, káva nebo minerální voda.

15:00 svačina – Mléko, sušenky, jogurt nebo sendvič, mléčný koktejl, pudink, nebo krajíček chleba s oblohou a čaj.

18:30 večeře – Hlavní jídlo obdobné jako v poledne (ryby nebo kuře) a ovocný jogurt, sklenice vody nebo čaj s mlékem.

22:00 – Mléko nebo banán. (Papežová, 2002, str. 32)

4.2.4 Rady a doporučení

Krch ve své publikaci shrnuje rady a doporučení pro anorektičky, jak začít normálně jíst. Je důležité dodržovat pravidelný jídelní režim, ideální je pět nebo šest jídel za den. Jídlo by nemělo být nahrazováno zvyčkami, kouřením, pitím kávy a čaje a nemělo by se také zbytečně mlsat. Sníst by se měly vždy celé porce bez vynechávání příloh. Měli bychom se naučit jíst mechanicky, ne jenom když máme chuť nebo hlad. Naše pocity o

jídle jsou v tuto chvíli dosti zkreslené a mohly by nás zavést zpět do bludného kruhu, z kterého nebudeme moci nalézt cestu ven. (Krch, 2002)

Zvláštní pozornost je třeba také zaměřit na jídelní chování, protože je časté, že jeho poruchy přetrvávají i po dosažení přiměřené tělesné hmotnosti. Doporučuje se podporovat anorektičky při stravování ve společnosti a v celkové sociální interakci. Dívky by měly být schopny jíst v restauraci, ve škole a s přáteli, kde si mohou znovu osvojit uvolněné chování při jídle. Specifickým potížením v jídelních zvycích by se měla věnovat pozornost následně v individuálních poradenských sezeních. Rodiče a rodinní příslušníci by měli být instruováni, jak pomoci pacientce přizpůsobit se normálnímu životnímu stylu. Měli by se vyhnout konfrontacím při jídle a nechat na pacientce zodpovědnost za to, jestli bude jíst nebo ne, protože přílišné zastrašovací techniky mohou mít spíše opačný účinek. Pokud potíže stále přetrvávají, je vhodné odložit diskuzi o těchto problémech na nejbližší konzultaci s dietologem. (Krch a kol., 2005)

Důležitým doporučením je nepochybně dostatečná osvěta a informovanost dívek o výživě a energetickém příjmu. Dopusud měly poněkud zavádějící a nesprávné informace pocházející z pochybných zdrojů nejrůznějších časopisů a médií, a je třeba uvést tyto informace na pravou míru. Toto téma by měl dietolog probírat s pacientkami po celou dobu léčby a vést je k porozumění dané problematice na základě správných informací a připomenout jim jejich osobní zkušenost s tím, že návrat k normální tělesné hmotnosti a výživě příznivě ovlivňuje jejich zdraví a energii. Na závěr je doporučované stálé posilování pozitivních myšlenek a bezmezná podpora na cestě ke správnému postoji k jídlu. (Krch a kol., 2005)

5 Následky mentální anorexie

Mentální anorexie velmi často vede k vážným tělesným i duševním poruchám a zdravotním komplikacím. Velmi často tato nemoc končí sebevraždou nebo celkovým vyčerpáním organismu a následnou smrtí. Zde si uvedeme několik psychických následků i zdravotních komplikací, které tuto nemoc doprovázejí. Tyto obtíže bývají primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti nebo vznikají v důsledku určitého chování se snahou zhubnout. Nedostatečná výživa postihuje celý organismus, proto se vyskytují u anorektiček četné chorobné symptomy nejrůznějšího charakteru.

5.1 Psychické následky

Tato nemoc velmi výrazně ovlivňuje naši psychiku. Není to pouze fyzické onemocnění, ale postižena je právě psychika. Ta má výrazný vliv na naše chování, projevy a následné činy. Lidé, postižení touto nemocí, se často izolují od okolního světa, uzavírají se do sebe a žijí si ve svém vlastním světě. Dále se tito lidé hůře soustředí, jsou podráždění, rozladění a velice citliví. Velmi často se u těchto osob střídají pocity euforie a deprese, která pak může přejít až v pokus o sebevraždu.

5.1.1 Sociální izolace

Sociální vztahy s nemocným bývají v tomto případě velmi složité a problematické. Mezi rodinou a přáteli dochází k tlaku a napětí ve vztazích. Nemocný zažívá pocity zklamání nadějí svého okolí, které na něj vyvíjí neustálý nátlak. Cítí se nepochopený a brání se tomu tak, že se od okolí izoluje, aby nemohl vícekrát selhat. Postižení mentální anorexií nemají v průběhu svého onemocnění zájem o mezilidské vztahy, všechny své myšlenky soustředí pouze na své manické chování, přestávají mít zájmy a odtahují se od svého okolí. Takováto sociální izolace patří k nejtěžším stresovým činitelům, které mohou člověka potkat a výrazně ovlivňuje i další průběh nemoci. (Leibold, 1995)

5.1.2 Euforie a deprese

Euforie a deprese jsou naprosto odlišné extrémní pocity, které v sebe navzájem velmi často přecházejí. Pocity euforie se často objevují u nemocného mentální anorexií, který je pyšný na svoji výdrž a pevnou vůli. Často mají takoví lidé slastný pocit z toho, co dokázali, v některých případech je i obdivuje okolí, jak rychle dokázali zhubnout, jak vydrží dodržovat určitou dietu a podobně. Tento pocit je ale velice zavádějící v tom, že velmi často přechází v naprosto opačný pocit deprese. Většinou k tomu vede osobní selhání. Znovu nabrání některých pracně ztracených kilogramů, nebo podlehnutí nutkavému pocitu hladu či nátlaku svého okolí. Reakcí na nedodržení svých pravidel bývá velmi často hluboká deprese, ve které se pacienti stahují ještě hlouběji do své nemoci, aby odstranili následky své slabosti. V této kritické fázi se mohou lehce ocitnout na tenkém vlásku mezi životem a smrtí. (Leibold 1995)

5.1.3 Sebevražedné ohrožení

Chorobná závislost na hubnutí může vést až ke smrti. Sama o sobě vede k jakési pomalé sebevraždě, ke které se pacient nedokázal rozhodnout dost rázně. Za normálních okolností proto není riziko přímé sebevraždy nijak vysoké. Jinak tomu ale může být v depresivní fázi tohoto onemocnění. Dokud je pacient ve stavu hluboké deprese, nebezpečí sebevraždy zůstává relativně nepatrné, z důvodu nedostatku energie pro takový čin. Ve chvíli, kdy se ale opět životní náboj zvýší, aniž by se současně vyjasnila nálada, může se probuzená energie obrátit proti vlastnímu životu. To často ještě podpoří antidepressivní léky, které působí ve dvou etapách. Nejprve se vrátí životní náboj a až následně poté zmizí ostatní symptomy. Právě v tomto kritickém meziobdobí může dojít k pokusu o sebevraždu. (Liebold, 1995)

5.2 Zdravotní komplikace

5.2.1 Úpadek sil

Pouze nějaký čas může tělo fungovat z vlastních zásob, jak dlouho to ale tělo vydrží, závisí na tom, jaká byla počáteční váha před onemocněním a kolik energie bylo během onemocnění spotřebováno. Tím, že anorektici mají sklon k přehnané aktivitě, se mnoho energie neušetří. Poměrně rychle po vyčerpání všech rezerv dochází ke zhroucení s těžkým tělesným vyčerpáním. Nemocný pak často není schopen se sám postarat ani o své nejzákladnější tělesné potřeby. Je nutné nejpozději v tomto stavu přejít na intenzivní klinickou péči, jinak přejde vyčerpání do smrtelného stadia. (Liebold, 1995)

5.2.2 Poruchy látkové přeměny a zažívání

Ve chvíli, kdy tělo dostává jen minimální množství potravy, automaticky podřizuje činnost všech orgánů a systémů natolik, aby mohla být zachována činnost všech životně důležitých orgánů co nejdéle. Nejprve dochází ke zpomalování bazálního metabolismu, za účelem ušetření co nejvíce energie. Následkem toho je poskytnutí méně energie všem tělesným činnostem, které nejsou tolik důležité. V tuto chvíli se začnou objevovat první problémy, které ale ještě nejsou tolik závažné. Po nějakém čase se ale začínají objevovat vážné poruchy i na některých životně důležitých orgánech, které pokud se neléčí včas, mohou vést až ke smrti. Člověk trpící mentální anorexií urychluje tento proces ještě tím, že nutí své tělo k nepřiměřeným výkonům, které ještě více stupňují spotřebu energie, které je už tak málo. Dále trpí také zažívací orgány, které jsou také zasaženy nedostatečnou výživou. Na žaludku mohou vznikat záněty sliznice a žaludeční vředy. To vše ještě brání k využití dodaného, už tak nepatného množství stravy, což urychluje vznik těžkých stavů podvýživy. Dále se objevují chronické zpomalení střevní činnosti a zácpa v důsledku nedostatku vlákniny. Proto se ve střevech shromažďují jedovaté zplodiny látkové přeměny, které se dál vstřebávají do těla a způsobují tak lehkou sebeotravu, jejímž důsledkem může být bolest hlavy, nadýmání a nečistá kůže. (Liebold, 1995)

5.2.3 Kardiovaskulární potíže

Srdečně cévní systém, zodpovídající za zásobování těla kyslíkem a výživnými látkami, patří k životně důležitým orgánům, přesto ale bývá dost brzy postižen následky nedostatečné výživy. Prvotním příznakem většinou bývá výrazný pokles krevního tlaku a zpomalení pulsu. Zvláště pak při přehnané fyzické aktivitě, typické pro postižené mentální

anorexií, dochází k silnému přetěžování srdce a objevují se vážnější potíže. V dalším průběhu onemocnění se srdečně oběhové poruchy postupně zhoršují a nakonec dochází ke zhroucení krevního systému a následnému selhání. K varovným příznakům, které mohou včas upozornit na začínající komplikace srdečně oběhového systému, patří převážně záchvaty závratí až mdloby. Takovéto projevy by měly vést k rychlému jednání a okamžitému vyhledání odborné pomoci. (Liebold, 1995)

5.2.4 Ztráta menstruace

Ztráta menstruace neboli amenorea patří k typickým symptomům mentální anorexie u převážné většiny dívek v pubescentním věku. Na vynechání menstruace se částečně podílí následky podvýživy a částečně psychicko-nervové vlivy na hormonální systém, konkrétně na žlázy s vnitřní sekrecí. Některé dívky tuto změnu radostně vítají, protože mají pocit, že tento znak zpomaluje jejich dospívání a tím i změnu postavy, se kterou se řada dívek nedokáže smířit a kvůli které často tyto problémy začaly. Pro některé to ale může být pozitivní impuls, že s jejich tělem je něco v nepořádku a měly by svůj problém začít řešit. (Liebold, 1995)

5.2.5 Kosterní komplikace

Je dokázáno, že pacientky s časným počátkem mentální anorexie bývají o něco menší než dívky, které tímto onemocněním nikdy netrpěly. Vyrávání kostí se totiž v období akutní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může až zcela zastavit ve chvíli, kdy hmotnostní úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Velice častým následkem mentální anorexie bývá osteoporóza, která vzniká už během prvních dvou let onemocnění a významně koreluje s délkou choroby a indexem tělesné hmotnosti. Prokázaným důsledkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí. Určitou roli může také hrát zvýšená hladina kortizolu, která tlumí tvorbu kostí. Riskantní je pro anorektičky jejich usilovné cvičení i přes sníženou denzitu kostí a výrazně u nich narůstá riziko patologických zlomenin. (Krch a kol., 2005)

5.3 Jiné zdravotní komplikace

K dalším zdravotním komplikacím, které se projevují v důsledku onemocnění mentální anorexií a následnou podvýživou patří chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků, které způsobují chudokrevnost, chybné funkce štítné žlázy a poruchy nervové činnosti. Dále také časem dochází k výraznému nedostatku bílkovin, který narušuje tělesný i duševní vývoj. Typická je také zvýšená náchylnost k četným nemocem, protože chronická podvýživa oslabuje obranyschopnost těla natolik, že se nedokáže ubránit ani banálními infekcím.

Známky podvýživy se také často projevují na kůži, vlasech a nehtech. Dívky často trápí příliš suchá a přecitlivělá kůže, pomalu rostoucí a lámavé vlasy, které často vypadávají v hojném množství a měkké, třepivé nehty. Hormonální změny se také často projevují nadměrným ochmýřením celého těla.

Další známkou tělesné nerovnováhy je snížená tělesná teplota s abnormálním sklonem k prochladnutí. Tyto pocity se dají vysvětlit zmenšenou produkcí tepla při látkové přeměně, která se snaží úsporným režimem ušetřit co nejvíce energie.

Kromě těchto nejčastějších následků se v jednotlivých případech projevují nejružnější tělesné i psychické reakce, které jsou specifické pro konkrétní případ. (Krch a kol., 2005)

„Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou zdravotních obtíží, které představují vážné ohrožení života pacientek a významně přispívají k jejich zvýšené úmrtnosti.“ (Krch a kol., 2005, str. 101)

6 Léčba mentální anorexie

Léčba psychické poruchy mentální anorexie je z velké většiny případů běh na dlouhou trať. Závisí především na aktuálním stavu a stadiu, ve kterém se pacientka nachází. Dále je velmi důležité, jestli má sama o léčbu zájem, nebo jestli pouze plní přání svého okolí, aniž by byla sama přesvědčena o tom, že má vážný problém. Získat pacientku k aktivní spolupráci vyžaduje mnohdy velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu. Touha po uzdravení je v tomto případě obrovskou pomocnou rukou na cestě k léčbě této poruchy.

V dnešní době máme k dispozici širokou nabídku nejrůznějších léčebných postupů a ty jsou dále doplňovány celou řadou terapeutických přístupů užívaných v terapii k léčbě této nemoci. Prováděný výzkum léčby, společně s klinickými znalostmi, poskytují dostatečný podklad pro racionální doporučení v oblasti výběru léčby pro pacientky s mentální anorexií.

Léčba by v tomto případě měla být komplexní. A musí probíhat současně v psychické i somatické sféře, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky tohoto onemocnění. Cílem léčby je zbavit se narušeného postoje ke svému tělu a k jídelním zvyklostem a odstranit všechny následky, které dosavadní chování způsobilo a odvrátit hrozbu pokračování či relapsu této choroby.

„Plné uzdravení znamená uspokojivé změny v emoční a sociální oblasti a přiměřené stravovací vzorce, bez hyperaktivity nebo chování vedoucího ke snížení hmotnosti“ (Krch a kol., 2005, str. 106)

V této kapitole budou uvedeny nejzákladnější léčebné postupy, zdaleka zde ale nemůžeme vystihnout všechna možná řešení a léčebné postupy tohoto onemocnění. Budeme se řídit rozdělením v publikaci pana Krcha a kolektivu autorů. Seznámíme se s hospitalizací a částečnou hospitalizací, ambulantní lékařskou péčí. Objasníme si princip nejčastějších terapií jako je rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, psychodynamická terapie a také farmakoterapie. A na závěr si vysvětlíme léčbu na základě svépomoci a řízené svépomoci

6.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci bývá nejčastěji potřeba lékařské stabilizace pacientek. Nemocniční léčba je v takovémto případě z lékařského hlediska nezbytná a je součástí uzdravovacího procesu zaměřeného na fyzické i psychické problémy. Při rozhodování pro hospitalizaci existuje několik vodících aspektů jako je nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušeni neustávajícího ubývání hmotnosti u extrémně vyhublých pacientů, zhodnocení a léčba jiných potencionálně vážných zdravotních obtíží a léčba akutních stavů jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek. Na prvním místě je třeba vzít v úvahu, zda je pacient z lékařského hlediska v tak velkém nebezpečí, že potřebuje hospitalizaci. O hospitalizaci uvažujeme také v případě, že u pacienta byla neúspěšná dosavadní psychologická léčba, jsou značně vyhublí, vyžadují pečlivé lékařské sledování nebo je u nich velké riziko sebepoškození. Doba hospitalizace je vypočítána na základě plánovaného přírůstku tělesné hmotnosti až na 90% cílové hmotnosti. Při optimální spolupráci v léčebném programu je doporučovaná rychlost hmotnostního přírůstku kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu za týden. V případech pozitivní motivace pacientky k následující léčbě a v ne příliš akutním stavu je vhodná krátkodobá hospitalizace, za účelem zdravotní stabilizace, která zahrnuje psychologické poradenství, na kterou navazuje ambulantní psychoterapie.

Výhodnější formou terapie pro většinu nemocných je navštěvování denního stacionáře nebo jen částečná hospitalizace. Jsou to programy, které poskytují strukturu v jídelním režimu a současně umožňují intenzivní terapii a usnadňují tak přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Pacientům je tak poskytována terapeutická služba a hlavní výhodou je, že nemusejí zůstat v nemocnici přes noc. (Krch a kol., 1995)

6.2 Ambulantní lékařská péče

Tato léčba je krajním přístupem pro některé pacienty s chronickou poruchou nebo nepoddajné pacienty, kteří už prošli několika různými formami léčby a dospěli do situace, kdy nechtějí podstupovat další léčbu z důvodu velmi malé naděje na úspěch. V těchto případech přistupujeme k lékařské péči, která má zcela odlišný cíl než psychoterapie. Lékařská péče se v tomto případě zaměřuje pouze na vrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability a nezaměřuje se už na překonání samotné poruchy. Tato péče může

být prováděna individuálně nebo ve skupině s pravidelnými konzultacemi a lékařským dohledem. V případě nutnosti by měli lékařští specialisté kontrolovat tělesnou hmotnost a celkový zdravotní stav. V některých případech skupinové péče se může pacient za podpory podobně postižených opět začít aktivně se zabývat nápravou v oblasti své nemoci. (Krch a kol., 1995)

6.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie je první volbou léčby u mladých pacientek a u pacientek žijících se svojí rodinou, zvláště důležitým léčebným postupem se stala zejména u mentální anorexie v adolescenci. Může být vedena samostatně nebo může být použita jako doplněk individuální terapie. Podrobné rodinné vyšetření může být velice užitečné ve prospěch pacientky a může být důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům, se kterými se může pak lépe pracovat. Mohou se zde odhalit určité dysfunkční role, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Výhodou pro pacienta je skutečnost, že při rodinné terapii sdílí domov se svými rodiči a rodiče mohou výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Rodiče jsou ale často vyděšení z průběhu dceřiny nemoci, bývají zoufalí z toho, jak začínají být anorektičce vidět kosti a zmítají se mezi zoufalými pokusy o nadměrnou kontrolu a neschopností určit přiměřené hranice dietních rituálů. Nemoc zajisté změní každodenní život rodiny a postupně se může stát ústředním organizujícím principem rodinného života. Způsob, jakým rodiny reagují na toto narušení dosavadního života, je v každé rodině jiný. Záleží na povaze uspořádání rodiny, rodinném stylu a na stadiu životního cyklu, ve kterém se rodina nachází při vzniku onemocnění. Proto je třeba s celou touto rodinou pracovat a poskytnout pohled na cestu k uzdravení. (Krch a kol., 2005)

6.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie se stala běžně uznávanou metodou pro léčbu mentální anorexie. Je to terapie doporučovaná těm pacientkám, pro které není vhodná vzhledem k jejich věku rodinná terapie a pro pacientky se středně těžkými až vážnými příznaky. Doporučuje se zejména pro klinické použití a je doporučována jako první léčba z důvodu rychlého nástupu účinků. Cílem terapeutické strategie je skutečný nárůst tělesné hmotnosti i přes pacientčin odpor k tomuto počínání. Velmi důležitý je spolehlivý a spolupracující

terapeutický vztah, který postupně podporuje pacientku v léčbě. Kognitivní intervence se zaměřuje na pacientčino přehodnocení svých dosavadních pocitů a přesvědčení. Do dlouhodobé kognitivně-behaviorální terapie lze začlenit i prvky interpersonální a rodinné terapie. (Krch a kol, 2005)

6.5 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie se nezaměřuje přímo na problémy s jídlem, byla původně vytvořena za účelem krátkodobé léčby deprese. Léčebný postup je rozdělen do tří fází. První fáze se skládá z identifikace interpersonálních problémů, které vedou k rozvoji a udržování problémů s příjmem potravy. V druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto problémech. A třetí fáze se zaměřuje na otázky spojené s ukončením terapie. Některé výzkumy dokazují, že interpersonální terapie je o něco málo účinnější než kognitivně-behaviorální terapie. U pacientek, které se zúčastnily interpersonální terapie, se ale stav ještě během další doby postupně zlepšoval. Oba typy terapie jsou ale v dlouhodobém měřítku stejně účinné. Právě interpersonální terapie by se měla začleňovat do dlouhodobé psychoterapie pacientů s mentální anorexií, kteří mají přetrvávající příznaky. (Krch a kol., 2005)

6.6 Farmakoterapie

V některých případech můžeme zvolit léčbu pomocí farmakoterapie, tedy medikace, ale tento postup se nedoporučuje jako jediný typ léčby pro mentální anorexii. Cílem medikamentózní léčby je regulace příjmu jídla a úprava tělesné hmotnosti, zaměření se na léčbu některých psychických poruch, kterou je například deprese a dále odstranění somatických potíží zapříčiněných poruchou příjmu potravy. Je prokázáno, že některé léky mohou příznivě působit na zmírnění až ústup některých příznaků mentální anorexie nebo mohou snížit riziko relapsu. Některé medikační prostředky mohou být pro pacientky užitečné v tom, že jim pomohou ovládat úzkosti, těžké deprese nebo nepříjemné pocity v žaludku. Medikace je v současné době doporučována používat jako doplňková metoda k některému typu psychosociální léčby. (Krch a kol., 2005)

6.7 Psychodynamická terapie

Psychodynamická terapie je druh dlouhodobé psychoterapie, který je doporučován v případech, kdy jiná krátkodobá metoda léčby není úspěšná. Také doporučujeme uvažovat o začlenění této déletrvající dynamicky orientované terapie k dlouhodobé kognitivně-behaviorální terapii u pacientek, u kterých selhaly jiné přístupy. (Krch a kol., 2005)

6.8 Svépomoc, řízená svépomoc

V některých případech existuje možnost vlastní svépomoci na základě získání dostatečného množství informací o této problematice nebo na základě prožité životní situace, která postiženou vede k vědomému přehodnocení životních postojů a k usilování o zlepšení svého stavu. Stává se to u pacientek s relativně mírnými příznaky onemocnění. Pro většinu pacientů ale není svépomoc, jako jediný způsob léčby, dostačující. O něco málo účinnější může být svépomoc pod vedením odborníka, která může být pro některé pacientky dostačující. (Krch a kol., 2005)

O svépomoci se dozvíme více v praktické části této práce z jednotlivých příběhů dívek a žen, které si tuto nemoc prodělaly a některé z nich se vyléčily naprostou svépomocí, jiným svépomoc výrazně ovlivnila průběh léčby této nemoci.

7 Možná prevence MA

Důležitým úkolem v předcházení vzniku poruch příjmu potravy je správná a dostatečná prevence. Prevence je důležitá především v kritickém období nastupující puberty, kdy je možné poruchám příjmu potravy předcházet. Prevence zahrnuje celkovou osvětovou činnost a působení všech výchovných složek na jedince. Základ prevence se především tvoří v rodině, dále by ale měla pokračovat i ve škole a v ostatních zařízeních, například sportovních, kde jako významná výchovná složka mohou působit trenéři, ve kterých mají mladí lidé častý vzor a lépe od nich přijímají osvětové myšlenky. Nejdůležitějšími cíli v oblasti prevence je poskytnout široké veřejnosti dostatek správných informací o výskytu, příčinách průběhu i důsledcích poruch příjmu potravy, aby bylo možné nemoc včas rozpoznat a účinně zasáhnout. Je důležité vést jedince již od mládí ke správným stravovacím návykům a podporovat pozitivní sociální klima ve škole a zařízeních, kde se jedinec nachází. Je nutné vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj a posilování sebedůvěry. (Marádová, 2007)

Důležitým a specifickým aspektem prevence je předcházení strachu z tloušťky, bohužel tuto situaci nám komplikuje fakt, že v dnešní době se objevuje stoupající výskyt obezity u dětí a mládeže. Snažíme se tedy nalézt optimální řešení, jak odvrátit nebezpečí dvou extrémních případů jako je obezita a přílišná hubenost, spojená s onemocněním mentální anorexií.

Příčina rapidně rostoucích případů poruch příjmu potravy a zejména mentální anorexie je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlý ideál krásy. Tomu napomáhá velice výrazným způsobem vliv médií, časopisů, módního průmyslu i filmů, ve kterých kladné role hrají v převážné většině štíhlé krásné herečky. Právě tyto prostředky utvářejí zejména v mladých dívkách pocit, že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti a že i mírná nadváha je zdraví škodlivá. Dívky jsou na základě těchto tvrzení přesvědčené, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota je závislá na jejich štíhlosti. I zdravotní výhody štíhlosti jsou často přeceňovány a škodlivým následkům přílišného omezování se v jídle není věnována adekvátní pozornost. Takováto prezentace zdravotních následků vlivem nadváhy vyvolává onen nebezpečný chorobný strach z tloušťky a pocity nejistoty u jedinců, kteří začnou přibírat na váze třeba jen mírně vlivem

dospívání a tělesných změn v období pubescence. Celkové předsudky jsou v naší společnosti zaměřeny proti obézním lidem a tloušťka je často spojována s nedostatkem sebekontroly a silné vůle. Přínosným momentem v oblasti prevence je proto potlačení přehnaného významu tělesného vzhledu, nahrazený oceňováním různorodosti a individuality každého jedince a zvýšené oceňování jeho osobnostních kvalit.

Je dobré používat například ve výuce metody aktivního sociálního učení a výchovné metody vedoucí k osvojení správných stravovacích návyků. To znamená žákům poskytovat informace, které se týkají ohrožení zdraví v důsledku poruch příjmu potravy. Zejména je dobré rozvíjet jejich sebedůvěru i sociální dovednosti, které jim budou užitečné k zvládnutí problémů spojených s dospíváním, aniž by někdy pomýšleli na chování vedoucí k případnému onemocnění mentální anorexií. Velice vhodné jsou například didaktické hry zaměřené na zvýšení sebevědomí, na rozvoj vědomí sebe samého a na bližší zkoumání vlastní osobnosti. V neposlední řadě se také zaměříme na to, aby jednotliví jedinci dávali ostatním členům skupiny najevo, že je přijímají takové, jací jsou. Žádoucím výsledkem by měl být postoj jednotlivců k hodnotám svým i toho druhého, dále upřímnost, jak v komunikaci, tak i ve vztazích, oceňování vlastností společných i odlišných a podpora vzájemné úcty, důvěry, empatie a citlivosti. (Marádová, 2007)

Praktická část

8 Kvalitativní výzkum

Pro praktickou část této práce byla zvolena metodika kvalitativního výzkumu, který nejlépe nastíní problematiku mentální anorexie v praxi a prožitky dívek a žen, které trpěly onemocněním mentální anorexie. V tomto empirickém výzkumu byla pozornost zaměřena na případové studie dívek a žen, které si prožily svůj osobní boj s mentální anorexií a byly ochotny poskytnout cenné informace o svých zážitcích a prožitcích v období bezprostředně před onemocněním, v průběhu této nemoci i nějaký čas po ní. V tomto empirickém výzkumu se zaměříme na co nejdetailnější popis jednotlivých příběhů a na porovnávání shod a rozdílů mezi nimi. Ve výzkumu bude dále kladeno několik výzkumných otázek, které budou postupně vyhodnocovány a jejich interpretace bude dále analyzována.

8.1 Popis metody

Kvalitativní výzkum se provádí pomocí intenzivního kontaktu s pozorovaným jedincem. Výzkumník si určí základní výzkumné otázky, na které bude sám při rozhovoru nalézat odpovědi. Výzkumník dále vyhledává a analyzuje všechny informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek a provádí z nich jednotlivé závěry. Při získávání dat se používají relativně málo standardizované metody, hlavním instrumentem je výzkumník sám. Typy dat v kvalitativním výzkumu zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, audio a videozáznamy, deníky, komentáře, poznámky a všechno to, co nás přibližuje ke zkoumané problematice zvolených respondentů. Výzkumník vytváří podrobný popis toho, co zaznamenal. Hlavní výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů, kde sledujeme vývoj příslušných procesů. (Hendl, 2008)

Kvalitativní výzkum používá celou škálu postupů k zajištění hodnověrnosti svých výsledků. V této práci byl zvolen výzkum pomocí případové studie. Její nejznámější a nejvíce frekventovanou formou je klinická kazuistika. (Milovský, 2006)

V případové studii jde o detailní studium konkrétního případu, o kterém získáváme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. Jde zde o zachycení složitosti

případu, o popis vztahů a jejich celistvosti. Předpokládá se, že díky důkladnému prozkoumání jednoho nebo několika málo případů, lépe porozumíme případům podobným. Na konci výzkumu se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí a může se srovnat s jinými, podobnými případy. (Hendl, 2008)

U osobnostní případové studie jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost je věnována například minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, které se k této události vztahují. (Hendl, 2008)

Výzkum jednotlivých případů byl prováděn pomocí soukromých rozhovorů se třemi respondentkami v co nejpříjemnějším prostředí. Jako výzkumný vzorek byly záměrně zvoleny dívky a ženy, které prodělaly onemocnění každá v úplně jiné době. Různé věkové kategorie respondentek jsou: žena ve věku 56 let, slečna s věkem 27 let a dívka ve věku 21 let.

V rozhovoru jsme si předem určili jednotlivé výzkumné otázky a pokusili jsme se postupně analyzovat veškeré informace, které vedly k jejich zodpovězení. Dívky hovořily o svém problému a rozhovor byl usměrňován doplňkovými dotazy, které pomohly získat dostatek informací, které byly dále analyzovány v souvislosti s předem stanovenými výzkumnými otázkami. Tyto rozhovory byly nahrávány na diktafon a později zpracovány v jednotlivé kazuistiky.

8.2 Cíle

Cílem praktické části bakalářské práce je:

- 1) Ověřit získané teoretické poznatky o onemocnění mentální anorexií na konkrétních případech a přiblížit těmito příběhy čtenářům poznatky o mentální anorexii. Dále čtenářům představíme životní příběhy dívek, které si tímto onemocněním samy prošly a detailně popsaly celou jednu etapu svého života.
- 2) Důležitá je také doba, ve které dívky svoji nemoc prodělaly a u všech třech dívek a žen se hodně liší. Budeme tedy sledovat vliv doby na informovanost, osvětu a povědomí všech zúčastněných ve své době.
- 3) Jako další cíl se zaměříme na kladení si jednotlivých výzkumných otázek, analýzu všech informací vedoucích k jejich zodpovězení a jejich následnou

interpretaci. Získané informace budeme pak porovnávat ve všech třech případech a budeme vyhodnocovat, co vše mají tyto dívky a ženy v rámci onemocnění mentální anorexií společné a co se u jednotlivých případů liší.

8.3 Výzkumné otázky

Na začátku empirického výzkumu byly v souvislosti s uvedenými cíli kladeny následující výzkumné otázky, jejichž odpovědi jsou obsaženy v jednotlivých kazuistikách. Vždy jsme se zaměřili na podrobný výzkum určitého faktoru, který nám ve výsledné fázi tvoří celistvý pohled na danou problematiku.

Otázka č. 1

Jaké je pohlaví a věk tázaných a v jakém věku u nich propuklo onemocnění mentální anorexie?

Otázka č. 2

Jak dlouho v jednotlivých případech trval boj s touto nemocí?

Otázka č. 3

Jaké byly příčiny a spouštěče onemocnění?

Otázka č. 4

V jaké době jednotlivé dívky a ženy tuto nemoc prodělaly vzhledem k jejich nynějšímu věku a jak by se dala charakterizovat osvěta tohoto onemocnění v jednotlivé době?

Otázka č. 5

Co vedlo dívky a ženy k vyléčení, jaký byl první zlomový okamžik?

Otázka č. 6

Podstoupily respondentky nějaký cílený druh léčby a který?

Otázka č. 7

Jaký mají dnes ženy pohled s odstupem času na toto onemocnění?

8.4 Kazuistiky

8.4.1 První kazuistika - Příběh paní Marie

O svůj životní příběh se se mnou podělila paní Marie, která svůj boj s anorexií vyhrála a dodnes na něj vzpomíná. Příběh paní Marie by nás měl seznámit, jak se na tu problematiku nahlíželo v dřívější době, jak moc známá tato nemoc byla a jaké byly tenkrát možnosti léčby.

Marii je dnes 56 let, mentální anorexií začala trpět, když jí bylo asi 16 let. Byla v tu dobu ve 2. ročníku střední školy a sama se považovala za velice úspěšnou, pilnou a poctivou studentku. Žila s rodiči v klidné harmonické domácnosti, měla spoustu přátel a milovala sport. V tu dobu se objevil v této mladé dospívající dívce pocit, že je příliš tlustá a přála si zhubnout. Přesto, že poměrně často sportovala, dělala atletiku a nikdy nepatřila mezi silné dívky, měla pocit, že její postava není úplně dokonalá. Dnes to nazývá jako klasický pocit mladé dospívající dívky, s touhou více se líbit. Udává, že nikdy v rodině neměla žádné problémy, ale chtěla dokázat sama sobě, jak moc má pevnou vůli a že dokáže zhubnout a na svém předsevzetí začala úpěnlivě pracovat.

Paní Marie začala méně a méně jíst až se postupně dopracovala k tomu, že jí místo jídla stačila například pouhá polovina kostky nízkotučného tvarohu. Její váha stále ubývala a s ní mizela i energie a chuť do života. Vždy energická, veselá a přátelská dívka se nyní stávala unavenou, apatickou a nepřátelskou vůči svému okolí. Udává, že jakoby přestala mít energii na všechno, hůře se soustředila ve škole, byla roztěkaná a podrážděná. Marie se uzavřela od okolí a přestala chodit ven s přáteli. Nechala i atletiky, které se doposud aktivně věnovala a která ji velmi naplňovala, protože jak říká, už jí nezbývala žádná

energie. Těto změny si začalo všimnat i její okolí. Kamarádky, které jí nejdříve záviděly její vzhled a pevnou vůli, se začaly zajímat, co se s jejich kamarádkou stalo.

Paní Marie udává, že o anorexii se dříve nikdy nemluvalo, nebyly o ní psané žádné články, dostupná literatura ani varování jako dnes. Takže nikoho v okolí nenapadlo, že by mohla trpět právě tímto onemocněním. Ani sama Marie nevěděla, co za nemoc se za jejím hubnutím skrývá. Ji samotnou nic netrápilo, připadala si naprosto spokojená a byla pyšná na to, jakou má vůli a co vše s ní dokáže.

Zlomový bod přišel ve chvíli, kdy se u paní Marie objevila amenorea, tedy ztráta menstruace. V tu chvíli si začala uvědomovat, že je něco v nepořádku a že se s jejím tělem skutečně něco děje. Tato skutečnost ji vedla ke strachu a obavě z toho, že jednou nebude moci mít děti. Jak říká, život bez dětí si nikdy neuměla představit a tato hrůzná myšlenka ji vedla k tomu, začít svoje onemocnění řešit.

V tu dobu se svěřila matce se svými problémy. Společně vyrazili k obvodní lékařce, které paní Marie sdělila svůj problém. Lékařka odeslala dívku do gynekologické ordinace do rukou odborníka. K povšimnutí je ale fakt, že lékařka nijak neřešila další dívčiny problémy ani příčinu této poruchy. O mentální anorexii nepadlo ani slovo, přesto, že Marie v té době byla značně vyhublá a projevovaly se u ní i ostatní jasné znaky tohoto onemocnění.

Po návštěvě gynekologické ordinace řešil lékař také pouze tento problém, aniž by se příliš zajímal, co mu předcházelo. Dívka dostávala pravidelné injekce na vyvolání menstruace, přesto uvádí, že trvalo ještě další dva roky, než se jí menses plně obnovil a ustálil.

Paní Marie vzpomíná na toto období a vypráví, že od té doby si sama nějak uvědomila, že takhle to dál nejde a snažila se začít sama více jíst a pustila se vlastním úsilím do boje s hladověním. A skutečně, její jídelní režim se během několika let zcela usadil. Nevyhledala ani žádného jiného odborníka, protože netušila, že její problém by mohl nabrat daleko větších rozměrů. Ze všech svých problémů se tedy dostala vlastními silami, svépomocí. Říká, že to ale vůbec nebylo lehké a dodnes na tuto těžkou dobu vzpomíná. Tento boj ale vyhrála, po několika letech se její váha upravila do nejspíš normálu a i další projevy tohoto onemocnění postupně vymizely.

Dále udává, že o anorexii se dozvěděla až v pozdějším věku, dávno po vyléčení, kdy četla článek, kde bylo detailně popsáno toto onemocnění a ona se s ním zcela ztotožnila. Říká, že to co četla, bylo neuvěřitelně podobné příběhu, který sama prožila a v tu dobu si uvědomila, co se s jejím tělem vlastně celou tu dobu dělo. Překvapil ji také fakt, že není jediná dospívající dívka, která se ocitla v zajetí mentální anorexie.

Od té doby problémy s poruchami příjmu potravy nemá, pohled na své tělo má v sobě zcela ujasněný a na svůj příběh vzpomíná jako na zkušenost ze svých mladých let. Prozradila mi, že jediné co jí dlouho trápilo, byl strach z toho, že podobné nápady bude mít i její dcera a ona jí v tom nebude umět zabránit. Její obavy se ale nepotvrdily. Dnes má paní Marie dceru a syna a dva krásné malé vnoučky a je z ní zcela vyrovnaná, šťastná žena.

8.4.2 Druhá kazuistika - Příběh slečny Lucie

Lucie je 27 letá dívka, která se se mnou velmi ochotně podělila o svůj životní příběh a obohatila tím tuto práci.

Lucie je jedináček, žila ve zcela normální rodině s rodiči v činžovním domě. Anorexií onemocněla ve 13 letech na podzim a asi rok nepřetržitě bojovala s touto nemocí. Lucka mi na sebe prozradila, že nikdy neměla nijak výrazný vztah ke sportu a vždycky byla prý tak trochu silnější a oplácaná. Vzpomíná si i na pár narážek na svoji postavu od svého otce, ale myslí si, že to nebyl jediný a hlavní důvod vzniku jejího onemocnění.

Lucie se ale moc chtěla stát modelkou, udává, že tenkrát toho bylo všude hodně, tak že zkusila začít chodit mezi modelky a vzpomíná si na pocit, kdy jí vedoucí modelingové agentury řekla, že by její vzhled mohl být velmi dobrý a módní kariéra úspěšná, kdyby trochu zhubla, mohla by to někam dotáhnout, protože je velmi šikovná.

Po zamyšlení nad všemi příčinami jejího onemocnění vzpomíná ještě na svoji sousedku, která v té době držela dietu, dělenou stravu od paní Kořínkové, která se skládá buď pouze z rostlinné, nebo živočišné stravy. Lucka si řekla, že by to mohla taky zkusit. Začala číst knížky o této dietě a začala se jí pečlivě řídit. Protože byla skutečně trochu silnější, tak i rodiče ji v tom podporovali. Maminka jí vařila správné pokrmy podle paní Kořínkové a měla radost, že se dcera rozhodla se svojí postavou něco dělat. Lucka ještě udává, že nakonec spíše inklinovala k rostlinné složce, až k vegetariánství. Hodně se tím

začala zabývat a řídit se tím. Uvádí, že výhodu viděla v tom, že když bude méně jíst, nebude moci se tolik pohybovat a cvičit a připadalo jí to, jak říká, takové jednodušší.

Dále vzpomíná, že v té době už vycházely některé články o mentální anorexii a Lucčina reakce byla taková, že si řekla, že to nemusí být špatný nápad a že by to mohla být dobrá cesta jak zhubnout. A tak začala shánět všemožné informace o mentální anorexii. Vedla si různé sešitky a deníčky, kde měla nutriční hodnoty, kalorické tabulky a články s projevy mentální anorexie i bulimie. Bavilo jí tyto informace sbírat a následně se řídit všemi popsányými hubnoucími metodami.

Začala tedy méně jíst, ale hlavně začala až skoro přehnaně pít. Vypila prý až 5 litrů vody denně. Doma si vydupala, že nechce jíst ve školní družině, že bude obědovat doma. Místo toho, aby snědla plnohodnotný oběd, zalila si instantní polévku půllitrem vody a to bylo celé její polední jídlo. Dále vypustila úplně z jídelníčku chleba a jiné pečivo, jedla musli, rýžové chleby, jogurty, ovoce, zeleninu. Klasické jídlo jedla, jen když musela, aby to rodiče nepoznali. Jinak se mu snažila co nejvíce vyhýbat. Také v tu dobu začala Lucka doma sama cvičit. Doslova říká, že každý den dřela sedy lehy, zvyšovala si zátěž a dokazovala si, že to dokáže. Tím začala Lucie hubnout. Lucka říká, že nikdy neměla tendenci mlsat, ale přesto, když na ní někdy přišla chuť na něco dobrého, tak si dala sousto do pusy, rozžvýkala ho a pak vyplivla. Tím, jak říká, ošálila chuťové buňky, aniž by přijala nějaké kalorie. Byla se sebou velmi spokojená, a jak říká, velice si to užívala. Říká, že jí samotné to nepřišlo nic divného, tím, že všichni okolo, včetně výše zmíněné sousedky drželi dietu, tak si nepřipadala nijak výjimečná. Naopak měla ze sebe velmi dobrý pocit a dokázala si, že má obrovskou vůli, což si nikdy předtím nemyslela.

V tu dobu se začala líbit klukům, připisuje to především své vysněné hubené postavě. Dál říká, že už vše pokračovalo hodně rychle, začala hubnout víc a víc. Byla zima a tak se hubenost dala dobře skrýt pod svetry. Říká, že její tělo začalo opravdu rapidně hubnout. Vzpomíná si, že když přišla ze školy, seděla třeba celý den na topení, protože jí stále byla strašlivá zima. V této době také udává ztrátu menstruace, kterou před onemocněním už dva roky dostávala téměř pravidelně. V té době se její problém začal skutečně řešit. Rodiče Lucii začali hlídat a nutili jí do jídla. Říká, že do její kontroly byly zainteresované i učitelky ve škole, které ji sledovaly.

Jako další následky anorexie udává Lucka padání vlasů, šedivění pleti. Stále ale uvádí, že ona sama se stále cítila dobře a vypráví, že měla neskutečně moc energie a touha

po štíhlé postavě ji hnala stále vpřed. Přiznává, že se ale začala neustále hádat s rodiči a projevovalo se u ní silně neurotické chování, do toho puberta a vše bylo dost vyhocené. Lucka říká, že se v tuto dobu hodně uzavřela do sebe, chtěla být stále sama a svoje chování hodnotí spíše jako introvertní, přesto, že v dnešní době se vnímá jako absolutní extrovert.

Velký problém nastal, když Lucčino onemocnění neunesla její matka a psychicky se sesypala. Strach o svoji matku donutil Lucku s anorexií začít bojovat. Maminka ji v tu dobu jasně řekla, že pokud Lucie ještě trochu zhubne, pošle ji buď do nemocnice, nebo bude muset pít šlehačku. V tu chvíli, aniž by chtěla Lucka dál hubnout, Lucčina váha stále nekontrolovatelně klesala. Z toho důvodu odvedla matka dceru k obvodní lékařce, která podle jejích slov neměla k jejímu problému pochopení. Přesto ji tedy poslala do nemocnice, kde strávila čtrnáct dní. Lucka věděla, že když už je v nemocnici, že to opravdu není dobré a byla natolik chytrá a uvědomělá, že se snažila dělat vše, co po ní lékaři vyžadovali. Snažila se jíst bez problémů a stále se uklidňovala vnitřním pocitem, že když bude chtít, znovu dokáže zhubnout tak, jak bude potřebovat. Nechtěla komplikovat situaci hlavně kvůli matce. Její váha se během pobytu v nemocnici zvýšila a Lucka byla propuštěna do domácího ošetřování. Dále ještě docházela k psychologce, která s ní pravidelně pracovala. Lucka také navštívila dětského gynekologa, který jí snažil pomoci vrátit menstruační cyklus.

Postupem léčby si Lucka uvědomila, že už hubnout dál nebude. Uvádí, že jako rozumná chytrá holka se rozhodla sekat dobrotu, jednak aby dál neubližovala matce a jednak sama už cítila, že něco není úplně v pořádku. V té době už bylo léto a Lucka trávila dovolenou s rodiči a vzpomíná na to, že její okolí ji stále nutilo jíst a ona proto, aby všem dokázala, že už je vyléčená, tak jedla vše, až získala zpět svoji původní, trošku kulatější postavu. Stále se ale setkávala s předsudky a stín anorexie ji provázel ještě dlouho po vyléčení.

Dnes uvádí, že v tuto chvíli má v hlavě vše srovnané a sklony k hubnutí pomocí nesprávných jídelních návyků nemá. Postupem času si Lucka našla vztah ke sportu a nyní velmi ráda cvičí, ale ne proto, aby zhubla, ale proto, že našla sport, který ji velice baví. Lucie říká, že svého onemocnění nelituje, protože jí to dalo velkou zkušenost, jen jí trochu trápí strie, které jí po rapidním hubnutí a znovu nabrání kilogramů dodnes zůstaly jako památka na tuto nepřijemnou nemoc. Ráda se o svoji zkušenost dělí s ostatními, zvláště

když svým příběhem může někomu pomoci. Je to velice přátelská slečna plná energie, která svým poutavým příběhem může být vzorem pro mnohé dívky trpící touto nemocí.

8.4.3 Třetí kazuistika - Příběh Lenky

Třetí příběh bude o slečně, která si anorexií prošla poměrně nedávno. Před osmi lety se začal odehrávat Lenčin příběh. Lence bylo tehdy 13 let a bohužel v mládí prodělala dětskou mozkovou obrnu a celý život si prochází s lehkým handicapem, špatnou chůzí. Se svým postižením se nejprve nemohla vyrovnat, ale později se s ním naučila žít plnohodnotný život. Vždycky si ale přála svůj handicap si vynahradiť něčím jiným. Jak sama vypráví, řekla si, že když nemůže úplně dobře chodit, bude alespoň velmi chytrá a vzdělaná. Vždycky byla velmi pečlivá a pilná ve škole. Sama Lenka tento pocit udává jako obrovskou ctižádostivost, chtěla si dokázat, že i když nemůže dobře chodit, může být vzdělaná a přála si být lékařkou.

Právě ve třinácti letech se chtěla hlásit na víceleté gymnázium, které si moc přála studovat. Absolvovala hodiny příprav a učení se na přijímačky a v tu chvíli netoužila po ničem jiném, než se dostat na vysněnou školu. Chtěla dokázat sobě i rodičům, že to zvládne. Bohužel, štěstí jí nepřálo a na gymnázium přijata nebyla. V tu chvíli to pro ni bylo obrovské zklamání. Cítila, že selhala ve všech svých snech i v očích rodičů a ostatních a nejvíc zklamala sama sebe. Jak sama říká: „tento okamžik jsem brala jako velké osobní selhání vůči sobě i vůči rodině.“

V tu chvíli pro ni přestal existovat svět a Lenka si přála zemřít. Přestala úplně jíst, uzavřela se do sebe, nekomunikovala se svým okolím a stále jen plakala. Odmítala jakékoli jídlo s vědomím, že chce zemřít. Udává, že si tento postup vybrala jako formu ukončení svého trápení, že na radikálnější ukončení svého života neměla odvahu. Svěřuje se s pocitem, že si myslela, že nic nemá cenu, vše pro ni ztratilo smysl a že není dobře, aby na tomto světě dál byla. Říká, že cítila, že za nic nestojí a že zemřít je jediné správné rozhodnutí, které může v danou chvíli udělat.

Lenka tvrdí, že tři měsíce v kuse nesnědla téměř nic. Pouze pila a stále plakala. Když chodila do školy, jen seděla, s nikým se nebavila a žila ve svém smutku a trápení. Při cestě

ze školy se toulala, domů nechvátala a nic ji netěšilo. Říká, že se jí strašně změnila psychika, byla naprosto bez energie, bez chuti do života. Tahle nemoc jí vzala úsměv a vše, co měla ráda pro ni ztratilo smysl. Přestala i cvičit, což v jejím případě pohybového handicapu není příliš dobré. Lenka za tuto dobu zhubla víc jak 10kg. Při její výšce 164cm vážila pouhých 40kg. Její rodina se snažila Lence pomoci, ale vše bylo marné. Rodiče s ní navštívili řadu psychologů, ale ani s nimi Lenka nekomunikovala. Když už tento stav vyvrcholil, Lenka nemohla chodit, byla natolik slabá, že nezvládala běžné věci. V tuto chvíli byla hospitalizovaná v nemocnici, kde ležela připojená na kapačkách, kterými dostávala umělou výživu. V nemocnici strávila čtrnáct dní a říká, že přesto, že to byly jen dva týdny, bude si je pamatovat navždy. Zde jí diagnostikovali onemocnění mentální anorexie. Stále odmítala jídlo a kdoví jak by to dopadlo dál, říká Lenka, kdyby neviděla určité věci kolem sebe.

Jako důležitý moment, který vedl k jejímu uzdravení, Lenka udává, že v nemocnici, na pokoji s ní ležela malá holčička, která měla nějakou ošklivou nemoc, Lenka neví jakou. Holčička každý den dostávala velkou injekci do páteře, kterou jí odebírali mozkomíšni mok. Holčička prý hrozně plakala, byla nešťastná a v tu chvíli si Lenka uvědomila, že ta holčička nemůže za nemoc, kterou trpí, ale že ona tady vlastně trpí dobrovolně, z vlastní vůle. Lenka si pomyslela, co by asi holčička dala za to, kdyby teď mohla být někde doma nebo venku s kamarády a že Lenka vlastně může, kdyby chtěla a místo toho trápí sebe i své okolí. Tento okamžik vnímá jako zlomový, v tu chvíli si uvědomila, že tohle vlastně nechce. Že chce být zdravá a doma se svou rodinou a přáteli. Řekla si, že zkusí znovu žít. Uvádí, že jí velmi pomohla rodina, cítila v nich obrovskou podporu a najednou si uvědomila, že je plno lidí kolem ní, pro které jí stojí za to žít. V tu chvíli začala zas normálně přijímat potravu a její stav se velmi rychle zlepšoval a jak již uvedla, za čtrnáct dní ji z nemocnice propustili. Dále navštěvovala lékaře, kteří s ní pracovali a kontrolovali její váhu, ale tentokrát se už rozhodla se všemi spolupracovat, aby se zas brzy mohla začlenit do běžného života.

To se jí povedlo. Lenka se znovu vrátila do školy, ke svým přátelům. Začala znova cvičit a dělat vše co ji baví. Uvádí, že je důležité mít nějaký režim i svoje povinnosti. Vědět, že je stále na co se těšit, najít si činnosti, které ji budou bavit a naplňovat a které rozptýlí veškerý smutek a špatné myšlenky, které se ještě chvílemi objevovaly. Ještě asi rok docházela na pravidelné kontroly, než se její váha dostala opět do normálu.

Lenka je dnes zdravá krásná mladá slečna plná životní energie a chuti do života. Své studium si nakonec splnila na pedagogické fakultě. Lence je dnes 21 let a studuje prvním rokem obor sociální práce. Říká, že se v tomhle oboru našla, velmi jí to baví a je moc spokojená. Rozhodla se také, že s příběhem o své nemoci se svěří nejen mně, ale i dalším lidem a dětem, kterým třeba může pomoci. V současné době dělá přednášky na různých základních i středních školách, kde vypráví svůj příběh a napomáhá lidem osvětlit informace o mentální anorexii, která, jak vidíme, může vzniknout z různých důvodů a nejrůznějších životních událostí.

Lenka si v životě prošla mnoha strastiplnými obdobími. Onemocněním dětskou mozkovou obrnou spojeným se svým celoživotním handicapem počínaje, dále mentální anorexií a nakonec i šikanou. Říká, že vyrovnat se se všemi nepříjemnými životními událostmi bylo nesmírně těžké, ale vše vnímá jako svoji zkušenost, kterou může dnes předávat dál. Přiznává, že i vícekrát v životě měla pocit, že neví, co se stane, když opět selže. Měla strach, aby se jí nevrátila nemoc, kterou si prošla, ale říká, že zatím všechno ustála natolik, že dnes je z ní sebejistá mladá dívka s obrovským srdcem a touhou žít.

Dnes se Lenka vnímá jako naprosto zdravá dívka, která přes všechno co prožila, měla v životě obrovské štěstí, že může dnes žít plnohodnotný život, je samostatná a má obrovskou životní podporu ve své rodině a svém okolí. Lenka je své rodině nesmírně vděčná za to jakou podporu jí v životě vytvořili. Obdivuje je za to, co všechno si vytrpěli, a i přesto dokázali pro ni vytvořit vhodné prostředí plné lásky a pochopení. Říká, že měla obrovské štěstí na rodinu, kdyby nebylo téhle podpory, tak si tu dnes se mnou asi nepovídá. Lenka je ráda, že mentální anorexie na ní nezanechala žádné zdravotní ani jiné následky, momentálně je jejím velkým přáním dostudovat vysokou školu a mít jednou také svoji milující rodinu a děti, kterým chce vytvořit takové zázemí, které má i ona sama.

8.5 Vyhodnocení a interpretace výzkumných otázek

Po seznámení s jednotlivými kazuistikami jsou zde vystihnuty některé okamžiky, na které se při výzkumu nejvíce soustředíme. Shrňme zde míru shody a rozdílnosti jednotlivých faktorů ve všech třech případech v rámci kladených výzkumných otázek.

Otázka č. 1 - Jaké je pohlaví a věk tázaných a v jakém věku u nich propuklo onemocnění mentální anorexie?

V prvním příběhu paní Marie byla doba propuknutí tohoto onemocnění v šestnácti letech. Dnes je Marii 56 let. U druhého příběhu slečny Lucie je zlomovým okamžikem třináctý rok věku a dnes je Lucii 27 let. A v posledním příběhu bylo Lence také právě třináct let, když se začala potýkat s touto nemocí.

Prvním společným znakem všech třech příběhů je, že ve všech případech se jedná o příslušnice ženského pohlaví. Dále nám z příběhů vyplývá, že rizikový věk byl právě v období puberty a dospívání, kdy toto onemocnění propuká nejčastěji. Věk vzniku onemocnění Lucie a Lenky se shoduje a u paní Marie je tento věk jen o tři roky vyšší. Můžeme se domnívat, že to může být i dřívější dobou, kdy dívky dospívaly o něco později.

Otázka č. 2 - Jak dlouho v jednotlivých případech trval boj s touto nemocí?

U prvního příběhu byl průběh asi ze všech nejdelší. Samotné, ještě neléčené příznaky trvaly asi po dobu dvou let. Paní Marie onemocněla anorexií ve druhém ročníku střední školy a tato nemoc trvala po celou dobu jejího působení na střední škole. Když došlo k vygradování všech příznaků a zdravotních komplikací, trvalo ještě další dva roky, než se její zdravotní stav opět ustálil a její anorektické chování zcela vymizelo.

V druhém případě slečny Lucie, trval celkový boj s mentální anorexií necelý jeden rok. Lucie onemocněla na podzim a téměř celou zimu se jí dařilo své anorektické tělo skrývat a až na jaře se Lucka ocitla v nemocnici, kde se její stav postupně zlepšil. Po propuštění uvádí, že ještě chvílemi měla tendence vrátit se k anorektickému chování, ale vlivem terapie, vlastní vůle i okolí se její nemoc pomalu vytrácela. V létě téhož roku se úpěnlivě snažila přesvědčit své okolí, že už má svoji nemoc za sebou. Trvalo ještě nějaký čas než všechny následky i občasné myšlenky na hubnutí vymizely, ale Lenka už v této nemoci nikdy znovu nepokračovala.

Třetí příběh je poněkud ojedinělý svým krátkým, ale o to více bouřlivým průběhem. Nemoc, jak rychle přišla, tak stejnou rychlostí i odezněla. Nemoc měla u Lenky naprosto spontánní a téměř okamžitý nástup, dále pak tři měsíce trvalo nemilosrdné hladovění, kterým se Lenka velice brzy dostala do nemocnice, kde strávila čtrnáct dní a pak byla

propuštěna do domácí péče. Následná terapie trvala ještě několik měsíců, než mohla Lenka s jistotou říct, že má nemoc zcela za sebou.

V tomto případě se jednotlivé případy od sebe výrazně liší. Může to být právě tím, že u tohoto onemocnění nemusí přímou úměrou stoupat doba nemoci s mírou její závažnosti. Tato nemoc může probíhat spoustu let i ve skryté formě a teprve při vygradování do extrémní podoby, se tato nemoc může začít řešit a následná doba léčby je opět zcela individuální a závisí na míře spolupráce, snahy a svépomoci pacienta. Proto délka nemoci je vždy specifická podle jednotlivých znaků případu a osobnosti postižené.

Otázka č. 3 - Jaké byly příčiny a spouštěče onemocnění?

Tato výzkumná otázka odhaluje zcela specifická fakta o různorodých příčinách tohoto onemocnění. U dvou dívek je důvod vzniku onemocnění téměř typický, ale třetí příběh nám potvrzuje fakt, že spouštěcí mechanismus může být u onemocnění mentální anorexie velice specifický.

Paní Marie z prvního příběhu uvádí jako příčinu svého onemocnění klasickou touhu mladé dívky po krásné, štíhlé a dokonalé postavě, která povede k větší líbivosti opačnému pohlaví. Proto se uchýlila k omezování příjmu potravy až na extrémní hranici snesitelnosti. Slečna Lucie také udává touhu po zhubnutí a dokonalé postavě podněcenou ještě svým velkým přáním stát se modelkou. Ale třetí příběh dívky Lenky nám poukazuje na strastiplnou cestu životního selhání v oblasti, která byla pro dívku v danou chvíli nejdůležitější. Lenka přišla o svůj vytoužený cíl, neunesla tíhu svého zklamání a podlehla téměř okamžitě síle úmyslného hladovění a tím začala svádět boj s tímto onemocněním.

I tato otázka nám odhaluje zajímavý pohled na problematiku příčin, které tvoří spouštěcí mechanismus tohoto onemocnění. Ne vždy se jedná o tak typickou dívčí touhu po štíhlém těle a krásném vzhledu, přesto, že tato odůvodnění jsou v literatuře udávána nejčastěji. Příčina, která může spustit toto onemocnění, je ve třetím případě náročná životní situace, se kterou se dívka nedokázala psychicky vyrovnat a dovolila, aby tato zátěžová situace ovládla její život natolik, že se dobrovolně uchýlila k této metodě, jako možnosti sebepotrestání za svoje selhání.

Otázka č. 4 - V jaké době jednotlivé dívky a ženy tuto nemoc prodělaly vzhledem k jejich nynějšímu věku a jak by se dala charakterizovat osvěta tohoto onemocnění v jednotlivé době?

Toto je zajímavá otázka celého výzkumu. Pokusíme se nastínit, v jaké době dívky žily a jaká byla v této době osvěta tohoto onemocnění a potencionální vliv informovanosti na vznik, průběh a léčbu tohoto onemocnění.

Začneme prvním příkladem paní Marie, která svůj příběh prožila před více než čtyřiceti lety. A přesto, že obecná informovanost o tomto onemocnění byla v té době téměř nulová, neznamená to, že by tato nemoc neexistovala. Marie si procházela strastiplným obdobím plným zmatku a nevědomky bojovala se svými pocity a myšlenkami, aniž by věděla, že tento problém byl už kdysi zcela popsán a přesně pojmenován. Marie si nejprve sama mlčky procházela touto nemocí, později ale s komplikacemi, které nastaly, navštívila lékaře, aby jí pomohl od zdravotních problémů, které evidentně způsobila mentální anorexie. Lékař se začal zabývat jejími potížemi, které se snažil aktuálně vyřešit, nicméně nenásledovalo žádné pátrání po příčinách těchto problémů. Proto ani sama Marie nehledala důvody jejích potíží a spokojila se s lékařskou pomocí. Je ale zarážející, že v této době si nikdo z Mariina okolí nespojoval její problémy s onemocněním jako je mentální anorexie. Ona sama se o této nemoci dozvěděla teprve z článku, který se jí až v pozdějším věku dostal do ruky a ona sama si uvědomila, že touto nemocí si před několika lety sama prošla.

Rozdílná situace ale přichází u slečny Lucie, která anorexií trpěla před čtrnácti lety a v té době už byla plně obklopena nejrůznějšími informacemi o medializované poruše, mentální anorexii. Lucie četla mnohé články o této nemoci a praktikách dívek s tímto onemocněním. Tento způsob hubnutí se jí však natolik zalíbil, že se rozhodla podobné metody záměrně sama vyzkoušet. Otázkou zde zůstává, do jaké míry osvěta a informovanost varuje před tímto onemocněním a do jaké míry nabízí návod, jak okusit ten slastný pocit pevné vůle, vedoucí k vytvoření bezchybného štíhlého těla.

Poslední pohled na tuto problematiku mi poskytla dívka Lenka, která prožila svoji anorexií před osmi lety a to v době, kdy informovanost a osvěta byla za uplynulou dobu na svém vrcholu. Přesto i ona onemocněla touto nemocí. Lenčin důvod ale nebyl touha po hubeném těle, ale zvolila si anorexií jako způsob pomalé smrti. V tomto případě hraje osvěta i informovanost opět spíše zápornou roli, ve které figurují tragické případy dívek

s touto nemocí, které nabízí návod na jistou smrt. V tomto případě lze ale jen těžko zabránit dívkám v jejich cíli, pokud jsou plně rozhodnutí zvolit tuto cestu k vyřešení svého problému.

Závěrem této otázky je třeba konstatovat, že přesto, že se informovanost v jednotlivých dobách velice liší, hrozba onemocnění zůstává v jisté míře stále. Můžeme se ji sice pokusit zmírnit celkovou osvětou a výchovným působením na nejvíce ohroženou populaci, ale právě v některých případech, jako jsou tyto, se hrozba nemoci odvrátit nedokáže. Ve druhém, značně ojedinělém případě, dokonce informovanost sehrála negativní roli ve vztahu k vzniku mentální anorexie.

Otázka č. 5 - Co vedlo dívky a ženy k vyléčení, jaký byl první zlomový okamžik?

I tato výzkumná otázka má svoje specifické odpovědi, ve kterých nalézáme různorodost tohoto onemocnění a specifiku každého z případů.

Paní Marie si dodnes vzpomíná na zlomový okamžik, kdy najednou vlivem velké podvýživy přestala dostávat pravidelnou menstruaci. Jedná se o poruchu zvanou amenorea a je to velmi typický následek dlouhodobého hladovění. V tu dobu si Marie vybavuje pocit silného strachu a obav z možné její následné neplodnosti. To uvádí jako zlomový okamžik pro uvědomění si velkého problému, se kterým se rozhodla něco dělat.

Lucie ve svém příběhu uvádí, že její hlavní a velký důvod bylo silné strádání a psychické zhroucení matky. Lucka se nechtěla vyléčit ani tak sama pro sebe, protože neměla pocit, že by se s jejím tělem dělo něco divného, ale nechtěla dál trápit svoji matku, proto se rozhodla v léčbě spolupracovat.

Třetím důvodem Lenky, proč začít s touto nemocí bojovat, byla výrazná změna jejího rozhodnutí z úmyslného pokusu o to se prohladovět až k ukončení svého života, na touhu opět žít. Říká, že prvotní impuls jí dala holčička, která s ní ležela v nemocnici. Byla malá a nešťastná z nemocničního pobytu a ze svého trápení, byla plná dětské touhy po životě a Lenka si v tuto chvíli uvědomila, že ona se tady trápí dobrovolně, přitom by mohla být klidně doma se svoji rodinou nebo venku s přáteli. Rozhodla se tedy pro to znovu naplno žít.

Při vyhodnocení této problematiky jsme došli k závěru, že všechny tři případy spojuje fakt, že se na rozhodnutí pro spolupráci a léčbu podílel nějaký silný emoční zážitek, který přiměl pacientky samotné s nemocí bojovat. Obecně víme, že pokud pacientka nespolupracuje v léčbě, její proces uzdravení se tím velice zpomaluje. Ve chvíli, kdy ale nemocná přehodnotí svůj postoj k nemoci, ať už ji k tomu vede jakýkoli důvod, lze to považovat za úspěch. Svědčí to o jisté formě svépomoci, která tvoří významný prvek v boji proti této nemoci. Literatura uvádí, že v případě, že k tomuto zlomovému okamžiku nedojde, anorektičky nezmění své jídelní chování pouhým nátlakem svého okolí, pokud samy nechtějí a jejich neoblomná vůle je může zavést až na samou hranici života a smrti.

Otázka č. 6 - Podstoupily respondentky nějaký cílený druh léčby, který?

První žena, paní Marie podstoupila pouze léčbu sekundárních příznaků jejího onemocnění, které řešila lékařskou péčí. Nikdy se ale neléčila na prvotní onemocnění mentální anorexii, protože, jak jsme si uvedli, v té době ani lékařka nepřisuzovala její potíže právě tomuto onemocnění. K vyléčení paní Marie z této nemoci vedla především její svépomoc, která spočívala v rezolutním přehodnocení svých postojů k jídlu a v následné snaze o změnu svého psychického i fyzického stavu.

V druhém případě, slečny Lucie, došlo vlivem zhoršování jejího stavu až k hospitalizaci v nemocnici, kde se tato nemoc začala výrazně řešit. Částečně zde ale také zafungovala jistá míra svépomoci, kdy se Lucka sama svobodně rozhodla, že začne spolupracovat s lékaři a psychiatry. Tato spolupráce pokračovala ještě další dobu po ukončení její hospitalizace a vedla ke zdárnému uzdravení Lucčino nemoci.

Ve třetím případě také došlo k vyhrocení Lenčino potíží natolik, že byla nutná hospitalizace v nemocnici s dodáním umělé výživy, aby nedošlo k úplnému selhání organismu. Po zažehnutí Lenčino akutního stavu došlo brzy ke zlepšení a vlivem další spolupráce s odborníky se Lenka postupně vyléčila ze své nemoci, kdy říká, že po propuštění z nemocnice docházela k lékaři, který pravidelně kontroloval její váhu a k psychologovi na jednotlivé pohovory. Ale vzhledem k její aktivitě a spolupráci žádnou jinou psychoterapii Lenka nepodstoupila.

Ve všech třech případech se nám objevuje různý styl léčby. U paní Marie převládla v plné míře léčba metodou svépomoci. Slečna Lucie byla také do jisté míry ovlivněna

vlastní svépomocí, potíže ale ještě musely být řešeny v akutním stadiu hospitalizací a následným psychologickým působením. A u Lenky byla hospitalizace nutným řešením pro její přežití a dále nastoupila spolupráce s odborníky, která vedla k úspěchu celé léčby. Závěrem lze říci, že k vyléčení této nemoci přispívá mnoho faktorů, které komplexně vedou vyléčení tohoto onemocnění.

Otázka č. 7 - Jaký mají ženy dnes pohled s odstupem času na toto onemocnění?

V tomto případě dívky uvádějí téměř jednotný názor v pohledu na prodělané onemocnění mentální anorexii s odstupem času a to takový, že Marie na tuto dobu vzpomíná jako na dobu ne příliš šťastnou, je ráda, že se z onemocnění dokázala vyléčit a bere to jako etapu svého mládí, kterou zdárně překonala. Lucie vnímá tuto nemoc jako svoji zkušenost a ráda se dál dělí o své prožitky s lidmi, pro které je tento příběh prospěšný. I Lenka má v sobě dnes již vše vyřešené a snaží se svoji zkušenost předávat dál svojí účastí na přednáškách a seminářích o této nemoci.

Výchozí skutečností je v tomto případě jakási společná zkušenost všech třech dívek a žen, které si prošly tímto onemocněním a společná je i touha předávat své zkušenosti dál. To svědčí o jisté míře vyrovnanosti a nadhledu na tuto nemoc s odstupem času.

8.6 Shrnutí

Pokusíme se nyní o shrnutí opovědí na výzkumné otázky a zhodnocení faktů, které se v příbězích shodují, a které tvářejí zcela specifický náhled na průběh tohoto onemocnění.

V první otázce se zcela shoduje pohlaví tázaných žen a svoji podobnost má i věk počátku nemoci, který se pohybuje v období dospívání. Naprosto odlišná je ale délka onemocnění, která se v jednotlivých případech výrazně liší. Také spouštěče tohoto onemocnění uvádí každá dívka své osobní a ty jsou pro každý případ velice specifické. Dále jsme si nastínili, jaká byla informovanost a osvěta v jednotlivých dobách, ve kterých dívky trpěly onemocněním. Z výpovědí vyplývá, že na rozdíl od dřívější doby, kdy byla informovanost naprosto minimální, tak v době následující se povědomí o této nemoci rapidně zvýšilo, přesto riziko onemocnění hrozí dnes i dříve stejným způsobem. A jak jsme

si dokázali, že ani sebevětší informovanost nedokáže odvrátit pozornost dívek od praktik vedoucích k zeštíhlení své postavy a následným sklonům k propadnutí této zákeřné chorobě. Přesto ale některé zlomové okamžiky vedou k touze po uzdravení a pomáhají dívkám vrátit se zpět do běžného života. Životní situace a okamžiky, které vedou člověka k přehodnocení svých dosavadních postojů, jsou velice různorodé a liší se mírou citlivosti a vnímavosti člověka na podněty z okolí. Proto i v tomto případě byly zlomové okamžiky rozdílné, ale už za úspěšný můžeme považovat přímo fakt, že vždy k nápravě právě vedl některý z životních zlomových okamžiků. Na závěr si uvedeme situaci, na které se shodují všechny tři ženy a to na zpětném pohledu na prodělané onemocnění. Všechny tři pohlíží na svůj příběh s odstupem času jako na zkušenost, která jim v životě otevřela nový pohled na jisté skutečnosti a pozitivně tak ovlivnila vztah k sobě samé a ke svému tělu. Ženy uvádějí, že díky anorexii si ucelily své názory na sebe i své okolí a naučily se na životě nacházet spoustu radostných důvodů, pro které stojí za to žít a radovat se z maličkostí a ne trápit se neúspěchy nebo obavami o svůj vzhled.

K dnešnímu dni je zpracováno mnoha různorodé literatury - od odborných pojednání, nejrozličněji zaměřených výzkumů, popsaných příběhů i osvětových příruček. Lze ale pouze říci, že teprve takto sdělená zkušenost, jako jsou výše uvedené příběhy, nám dokáže nejlidštěji a nejosobněji přiblížit pohled na tuto problematiku. Současně také detailní prostudování těchto případů vznáší další otázky vztahující se k tomuto tématu a pobízí ostatní k vlastnímu zhodnocení všech pohledů na tuto nemoc. Tyto příběhy a jednotlivé kazuistiky nám otevírají nový pohled na tuto problematiku.

Jako závěrečné slovo je třeba jen dodat, že bychom měli pozorně sledovat společnost, ve které žijeme a svět kolem nás, ale neměli bychom se nechat násilně vtáhnout do společností uznávaných rituálů a požadavků. Je dobré si zachovat vlastní identitu a zdravý rozum a s rezervou přijímat valící se mediální nátlak na náš způsob života, styl a vzhled. A všeobecně uznávané ideály krásy bychom neměli nechat proniknout do naší mysli natolik, že negativně ovlivní náš další život a stáhnou nás na strastiplnou cestu vedoucí k psychickému onemocnění, třeba právě mentální anorexií. Idealizace nadměrné štíhlosti, coby vzor ženskosti vnáší zmatek a smutek do duší mnoha žen a dívek. Přitom ideál krásy není v lidské postavě a v jejím vzhledu, ale v duši každého z nás.

Závěr

V závěru této práce budou shrnuty poznatky a naplněné cíle, které byly v této práci sledovány. Práce se soustředila především na shrnutí poznatků od odborníků, kteří se touto problematikou zabývají. Zaměřili jsme se na určité faktory, které byly v jednotlivých kapitolách podrobněji rozebrány. Není možné v práci popsat všechny informace spojené s touto problematikou, proto byly vybrány určité stěžejní kapitoly, které na sebe jednotlivě navazují a tvoří ucelený obraz tohoto onemocnění. Věnujeme se zde výčtu a popisu nejčastějších poruch příjmu potravy a následně podrobně popisujeme už pouze informace spojené s mentální anorexií. Popisujeme její historii, nejčastější příčiny, průběh a příznaky této nemoci. Nechybí zde ani následky a zdravotní komplikace způsobené tímto onemocněním a jejich následná léčba. V závěru teoretické části není opomenuta ani problematika prevence a osvěty, která se snaží zabránit narůstajícímu počtu nemocných.

V praktické části byly též naplněny předem stanovené cíle, jako je ověření teoretických poznatků na jednotlivých konkrétních případech. Dále zodpovězení výzkumných otázek, které tvoří stěžejní část empirického výzkumu. Nechybí ani analýza nových poznatků ze skutečných příběhů z praxe od žen, které si onemocněním samy prošly.

Práce je uzavřena několika větami vybízející čtenáře k zamyšlení nad vlivem okolního světa na každého z nás a doporučením jak nepodlehnout tlaku společnosti a nenechat se vtáhnout na strastiplnou cestu vedoucí až k psychické poruše, jako je právě mentální anorexie.

Snahou bylo zachytit v této práci všechny důležité informace vedoucí k osvětlení problematiky tohoto onemocnění. Byly popsány faktory, které nemoci předcházely, které napomáhaly jejímu průběhu i jejímu vyléčení. Pozornost byla věnována následkům a prevenci a v neposlední řadě také praktickým poznatkům ze skutečných příběhů podtrhující dosavadní teorii. Tato práce snad poslouží nejen jako zdroj informací, ale svým empirickým výzkumem zafunguje také jako přínos do této zájmové oblasti a otevře druhým lidem nový pohled na tento problém.

Resumé

Tato bakalářská práce je zaměřena na nahlédnutí do problematiky poruch příjmu potravy a konkrétně popisuje jednu z těchto velice závažných poruch, a to mentální anorexii. Snaží se nastínit závažnost tohoto onemocnění, věnuje se příčinám jejího vzniku, průběhu této nemoci i jejím následkům. Pozornost je také věnována druhům léčby a léčebným postupům tohoto onemocnění. Nechybí zde také zdůraznění potřeby prevence, která může výrazně ovlivnit počet přibývajících pacientek s tímto onemocněním. Pozornost se upíná zejména na nejohroženější skupinu populace, kterou tvoří dospívající mladé dívky v pubertálním věku. Práce se snaží upoutat čtenáře skutečnými příběhy žen a dívek, které si samy prošly touto nemocí a na základě jednotlivých příběhů ověřit teoretické poznatky na těchto konkrétních případech. K práci se vztahuje i empirický výzkum, který se skládá z kladení si výzkumných otázek, na které jsou na základě kazuistik nalézány jednotlivé odpovědi. Ty jsou postupně vyhodnocovány a shledávány jako typické nebo naopak ojedinělé v souvislosti s tímto onemocněním. Závěrem je shrnuto, co vše mají tyto příběhy společné a co se v jednotlivých případech liší. Práce by měla obohatit povědomí o této problematice a zároveň sloužit jako varování před nástrahami společnosti, ve které žijeme a před mediálním vlivem, který oslavuje módní kult štíhlosti a vštěpuje nám ideální vzor ženského těla na úkor zdravého sebepojetí.

Resumé

This bachelor thesis focuses on eating habits disorder issues and it namely describes one of these very serious disorders, anorexia mentalis. This thesis tries to sketch out the seriousness of this disease, it deals with its cause of origin, its development and consequences. The attention is also paid to the types of medical treatment and medical procedures. There is also a need of prevention, which can influence a big number of the patients of this disease. There is a chapter of the most endangered population, the teenage girls who suffered from this serious disorder. On the basis of each story, my knowledge of this problem was increased. There is also empirical research with some topical questions and answers to each individual case, which is then analysed, sorted out and regarded either as common or isolated examples. At the end there is a summary which reflects what is typical or different to this disease. This thesis should warn against the dangers in today's world, especially the media impacts upon the cult of slimness and an "ideal" prototype of a woman's body without any respect of good health.

Seznam použité literatury

- CLAUDE- PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- CROOKOVÁ, Marion. *V zajetí image těla*. Oldag, 1995. ISBN 80-85954-02-8.
- DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Já jsem hlad*. Brno: Host-vydavatelství, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0.
- FALTUS, František. *Anorexia mentalis*. Praha: Avicenum, 1979. ISBN 08-030-79.
- HALUZÍK, Martin. *Poruchy výživy a leptin*. Praha: Grada publishing, 2002. ISBN 80-7169-972-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2. Vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vydání. Praha: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-08-40-X.
- KRCH, František David. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 2.vydání. Praha: Grada publishing, 2003. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- LIEBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie, příčiny, průběh nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Výživa a stravování II*. Praha: státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-7066-326-X.
- MILOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní výzkum a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha, Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

Seznam internetových zdrojů

ANABELL. Občanské sdružení Anabell [online]. © 2002 - 2010 [cit. 2012-2-1]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.anabell.cz/>

KULHÁNEK, J. Ideální.cz: Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí: Základní informace o poruchách příjmu potravy. [online]. © 2002 - 2009 [cit. 2012-1-13]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.pppinfo.cz/info.asp>

STOP ANOREXIA A BULIMIA. [online]. © 2011 [cit. 2012-3-5]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.stopanorexia.estranky.cz/>

HCJB GLOBAL. [online]. [cit. 2012-3-5]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.hcjb.cz/>