

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

VLIV SPOLEČNOSTI NA VZNIK MENTÁLNÍ ANOREXIE

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Martina Hrušková PhD.

Autor práce:

Michaela Bürgerová

14.5.2007

ABSTRACT

Theoretic part baccalaureate work is bent on explication basic information dealing with anorexia nervosa. First volume of work is more special, leant about bearings and views experienced specialists upon this problems. Anorexia nervosa is more and more discussed problem, because on the increase number disabled persons it is impossible omit. Vehement growth anorectic is opening exaggerated of meaning, that is of in company imputed slim stature women. Anorexia nervosa is disorder characterized especially intentional dispraise bodily materiality, restraint receipt food after as much as entire deprecation foods. Biggest occurrence hereof disorder is linked to second half 20. century. Anorexia nervosa begins most often near girls ages 13 - 20 years. Boyhood and men aren't outcast, but estimates one boy on 10 as far as 20 girls and women. Mental anorexia it is possible recognize for her typical appearances. Anorexia nervosa leads to serious mental and social problems. There is no any specific cause anorexia nervosa, whose ablation would automatically led to cure. Cure from anorexia nervosa always entails start otherwise and more eat and take more on bodily materiality adequate age and bodily altitude. Eating disorders they may implicate row health complicationthat the notably administer to to increasing death rate near anorexia nervosa. O rise anorexia least not to make any difference only heredity. Peoplethat the would could tend to rise anorexia nervosa, would have had bend out risk professions. Presently it seemsthat the on rise anorexia partake influence masmedii.

In practical parts baccalaureate work are present record research bent on inquest, whether has society influence over rise anorexia nervosa. Experimental part was realized form open controlled talks. Talks was guidee with eight patientthat the labour with mental anorexia. Age divide these patient is 14 as far as 18 years. Yearly skirts ambulatory or hospitalized treatment approximately 20 patient. Questions rapid - fire at talk was bent on inquest, upon what score near girls arose this disorder receipt food. Aim work was find out role influence companies on inmates distressful mental anorexia. On the basis estimation prime data was given hypothesis.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Vliv společnosti na vznik mentální anorexie, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 14.5.2007

Děkuji paní PhDr.Hruškové PhD. za odborné vedení mé práce, za její vstřícnost a čas, který mi věnovala. Dále pak děkuji katedře za poskytnutí materiálů k výzkumu. Děkuji respondentům a v neposlední řadě také své rodině za finanční a psychickou podporu.

Úvod

Poruchy příjmu potravy představují závažný celospolečenský problém. Frekvence jejich výskytu v populaci zaznamenává stále větší nárůst. Dospívající dívky neví, jaká by měla být jejich normální tělesná hmotnost a snaží se bojovat proti biologicky přiměřeným tělesným proporcím. Přiměřenou a zdravou výživu však často zaměňují za některou z právě módních redukčních diet. Stačí tedy, aby při fyzickém vývoji došlo k zaoblení určitých partií jejich těla, a už mají pocit, že jsou tlusté, a tudíž ošklivé a neoblíbené. Tento současný problém mladých dívek mě velmi zajímá, proto jsem se po uvážení a prostudování odborné literatury rozhodla zaměřit svoji práci na problematiku mentální anorexie. Zvyšující se počet dívek s mentální anorexií mě přiměl zabývat se hlouběji právě touto problematikou. Co vede dívky ke vzniku mentální anorexie? Vliv společnosti či vysmívání vrstevníku popřípadě rodiny? Stačí ke vzniku anorexie nevhodná poznámka? Hraje při hledání odpovědi na tyto otázky vliv společnost?

Veřejnost je ovlivněna moderními dietami, které ať už využíváné z redukčních důvodů či z důvodů jiných zažívají na české půdě boom srovnatelný s ostatními evropskými zeměmi. Pokusila jsem se proto z rozhovorů a dostupných informací o zjištění, jakou roli hraje společnost při vzniku mentální anorexie.

V současnosti jedním z mnoha důvodů strachu z tloušťky je skandalizace obezity. Už malé děti popisují obézní osoby jako líné, hloupé, nešikovné a smutné. V pohádkách a televizních seriálech se děti setkávají s postavami zlého nebo hloupého tlouštíka. Tyto předsudky, naučené často už v dětství, se mohou stát zdrojem odporu vůči sobě u těch, kdo mají nadváhu, zdrojem úzkosti a nejistoty u každého, kdo začne přibírat. Naproti tomu dětským ideálem je například panenka Barbie, která má nádherný obličej a souměrné, dokonalé tělesné proporce. Kde hledat příčiny? To je otázka, na kterou se snažím hledat odpovědi. Toto téma jsem si vybrala pro jeho aktuálnost. Dá se předpokládat, že počet nemocných mentální anorexií ještě poroste a společnost se s tím bude muset vypořádat.

1. Současný stav

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou bio-psycho-sociálním onemocněním, to znamená, že nejde pouze o poruchu metabolismu, individuálně psychickou či jen společensky podmíněnou. Spolupůsobí zde několik faktorů. Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie, bulimie a také přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. U poruch příjmu potravy jsou typické obavy z tloušťky, manipulace s jídlem, sloužící ke snížení hmotnosti a zkreslené vnímání vlastního těla. Jde o psychická onemocnění. To znamená, že chování spojené s anorexií či bulimií není od určitého stádia nemocný člověk schopen ovládat a tedy se i sám bez pomoci druhých nemoci zbavit. Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky, nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava.(9,17)

Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní polohy nutričního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené s tzv.pročišťováním (projímadla, diuretika, zvracení) nebo hladověním. Obě poruchy však mají mnohé společného. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu, strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem. Další psychické a somatické příznaky většinou souvisejí s mírou podvýživy, s intenzitou užívaných prostředků na zhubnutí a změnou kvality života. Mentální anorexie i bulimie významným způsobem narušují psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného. I když úspěšnost léčby poruch příjmu potravy je relativně vysoká, patří tyto poruchy k nebezpečným poruchám v dospívání se závažnými důsledky pro život nemocného.(8,11)

Poruchy příjmu potravy jsou v současnosti smrtící hrozbou. (4)

Jsou často chápány jako onemocnění, které se týká pouze „vyšších kruhů společnosti“, přesněji řečeno spíše známých osobností, členů rodin s významným společenským postavením (princezna Diana), prvotřídních modelek či hereček (Twiggy, Audrey Hepburnová).Tato charakteristika je samozřejmě zavádějící. Nicméně mediální

proslulost takových osob je často staví do pozice vzoru, jehož příkladu je třeba následovat. V současnosti jsou ale poruchy příjmu potravy rozšířené ve všech vrstvách společnosti ekonomicky vyspělých zemí. (15)

1.2 Výskyt poruch příjmu potravy v populaci ČR

V současné době se v celé populaci, a tudíž i u dětí, ve zvýšené míře projevují poruchy příjmu potravy, které mají výrazný dopad na jejich zdravotní stav a mohou negativně ovlivnit jejich růst a vývoj. Výskyt anorexie a bulimie se v posledních desetiletích 20. století několikanásobně zvýšil. V posledních letech bohužel roste nejen anorexie u dívek v prepubertálním, pubertálním a adolescentním věku dívek a chlapců, ale také u dívek mladšího školního věku, což je mnohem nebezpečnější. Prognóza onemocnění není jednoznačná - u 30 až 40 % pacientů potíže přetrvávají i po absolvování léčby, asi 1 % případů skončí sebevraždou, asi 6 % pacientů na následky onemocnění umírá. (19)

Mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců. Mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (4 až 6%), mentální anorexie je méně častá a postihuje necelé 1% mladých děvčat. Obě poruchy se často rozvíjí pomalu a nenápadně, jakoby se ztrácely v nevhodných stravovacích návycích vrstevníků a rodiny. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, mentální bulimie obvykle mezi šestnácti až pětadvaceti lety. (11)

1.3 Základní charakteristiky

1.3.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie patří mezi takzvané poruchy příjmu potravy. **(10,11,21)**

Je to porucha charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla. Nechutenství nebo snížení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. **(11,21)**

Základními diagnostickými kritérii mentální anorexie jsou:

- tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší.
- snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá pokrmům, po kterých se podle něho tloustne, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky zvyšující vylučování moči a odvodnění organismu)
- přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí
- porucha menstruačního cyklu
- je-li začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. **(11,13)**

Neléčená anorexie končí smrtelně nebo přechází do chronické mentální anorexie, při které nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy. Akutní mentální anorexie začíná nejčastěji v průběhu puberty, chronická forma se může vyvinout v každém věku. **(18)**

Incidence mentální anorexie je obvykle uváděna v počtu nových případů na 100 000 obyvatel a rok. *(viz příloha2)* Průměrnou roční incidenci mentální anorexie se uvádí 14,7 u žen a 1,4 u mužů. Na základě výsledků můžeme usuzovat, že incidence a prevalence mentální anorexie v ČR je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a že měla v několika posledních desetiletích vzrůstající tendenci. *(viz příloha3)* **(12)**

Anorektičky bývají zpočátku aktivní a živé, s postupující vyhublostí nebo když jsou nuceny jíst, je jejich nálada pokleslá, depresivní, podrážděná; místo posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkosti; vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly; potřeba mít všechno srovnané; v myšlenkách se neustále zabývají jídlem; nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech; koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně tak pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy; zhoršuje se intelektová výkonnost; snižuje se zájem o okolí, o jídlo; ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím. **(10,11,16)**

Největší výskyt tohoto onemocnění je spojen s druhou polovinou 20. století. Porucha se vyskytuje častěji v zemích, kde je nadbytek potravin, kde jsou hodnoty života více zaměřeny na úspěch, výkon, sebeovládání. Pro tento životní styl je charakteristická péče o vzhled, tělo, kdy štíhlost je spojena s mládím, aktivitou, úspěšností. Nemalou roli zde sehrávají masmédia - časopisy, televize - které zdůrazňují ideály krásy, módu, reklamy na dietní přípravky, různá cvičení. Paradoxně tak mohou vytvořit až zkreslený obraz reality, který ovlivňuje dospívající děti a přispívá tak k četnosti poruch příjmu potravy. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13-20 let. Výjimečně se vyskytuje už u osmiletých dětí, ale je také možné setkat se s ní po třicátém roku. Především ale jde o poruchu dospívání. Mentální anorexie postihuje převážně pubertální a adolescentní dívky a také mladé ženy. Výskyt je asi u 1 % dospívajících dívek. Chlapci a muži nejsou vyloučeni, ale odhaduje se jeden chlapec na 10 až 20 dívek a žen. **(10,21)**

Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny, zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována malá pozornost. Tyto vlivy jsou stále destruktivnější a ohrožují stále větší část veřejnosti. Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Naopak ve světě, kde

hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní skutečností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu, ani mravní selhání, ztrácí poruchy příjmu potravy smysl. Mentální anorexie je tedy důsledkem vlivu socio-kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.(10)

1.3.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je ale velmi relativní.

Základní charakteristika: - opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně v průběhu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla

- neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po jídle
- snaha potlačit výkrmný účinek jídla některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání různých léků
- pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí

Bulimii často předchází období anorexie nebo období intenzivnějšího omezování se v jídle. Na rozdíl od anorexie se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. **(6,11,13,14)**

1.3.3 Záchvatovité přejídání

Nemoc postihuje obě pohlaví a může se rozvinout od dospívání v podstatě v jakémkoliv věku. Častou příčinou bývá nevyvážené stravování, které může být způsobeno také různými redukčními dietami. Častým důsledkem pak bývá přibírání na váze, deprese, nespokojenost se sebou. Porucha se vyznačuje omezováním se v jídle či jednostranným jídelníčkem střídajícím se s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst. Takové stavy se s jistou pravidelností opakují. Po záchvatu konzumace potravy přichází fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, obvykle ale nedochází ke zvracení. S nárůstem hmotnosti roste i nespokojenost se sebou a snaha se nejrůznějším způsobem omezovat v jídle. Porucha se častěji rozvíjí jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady. (17)

1.4 Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu komplikací zdravotních a psychických. Zdravotní komplikace, které souvisejí především s úbytkem hmotnosti a s nedostatečně vyváženou stravou, významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti u mentální anorexie.(11)

Mezi nejobvyklejší komplikace patří *kardiovaskulární komplikace*. Ty také, v souvislosti s narušením elektrolytové rovnováhy u pacientek, které zvracejí, nadužívají projímadla nebo diuretika, nejčastěji přispívají k fatálnímu zakončení poruchy. Častým důsledkem výrazného hmotnostního úbytku je *osteoporóza*. Zdravotní problémy spojené s mentální anorexií se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální zdravé výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní. Při mentální anorexii je obvykle výrazně snížen příjem kalorií ze sacharidů (cukrů) a tuků, zatímco příjem bílkovin a vitamínů může být dostatečný. Při syndromech způsobených podvýživou a hladověním chybí v potravě i bílkoviny a vitamíny.

Až u dvou třetin anorektiček se mohou objevit *renální abnormality*, a protože většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny urey v krvi. Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy u poruch příjmu potravy jsou *hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie*.

Dalšími zdravotními komplikacemi jsou:*gastrointestinální komplikace, kosterní komplikace, endokrinní komplikace, hematologické komplikace, neurologické komplikace,metabolické komplikace a dermatologické komplikace, citlivost na chlad, zácpa, chudokrevnost, pocity nevolnosti.* (12)

Psychickými komplikacemi u mentální anorexie je narušená psychická pohoda pacientů, vážne kontakt s okolím, které není schopné chování pacienta porozumět, objevuje se skleslost, deprese a někdy myšlenky na sebevraždu, přibližně v jednom procentu případů bohužel následně realizované. Všeobecně platí, že čím mladší pacient je a čím menší hmotnost má na počátku onemocnění, tím je rozvoj zdravotních komplikací rychlejší.(15)

1.5 Prevence poruch příjmu potravy

Mentální anorexie je porucha, v jejíž etiologii se uplatňují vlivy sociokulturní, individuálně psychologické, rodinné a biologické. Svou roli hrají vlivy společenské, související se západním hodnotovým systémem. Denně jsme z médií bombardováni návody a reklamami na dosažení ideálu zdravého štíhlého těla, štíhlost je spojována s úspěchem, společnost je zaměřena na výkon. Některé oblasti ovlivnit nemůžeme, některé však ano. Především zdravé rodinné vztahy a zdravě fungující rodiny mohou ovlivnit zdravý psychický vývoj svých dětí. Právě emoční saturace dětí a ohodnocování i jiných kvalit než výkonových mohou být prevencí vzniku těchto poruch. (5)

Prevence v rodině by měla spočívat v odstranění odměn a trestů pomocí jídla. S tímto se setkáváme od dětství. Namísto toho by měla být důležitá jiná funkce jídla - společné stolování může být příjemně prožitým časem pro celou rodinu. Dítě by se nemělo nutit za každou cenu vše sníst. Pokud toho sní málo, nemělo by mít možnost dojídat se pak sladkostmi, čímž dítě zjistí jednoduchou věc - když se pořádně nenají, bude mít hlad.(17)

Pokud rodiče příliš nedbají na to, jak se jejich dítě stravuje v mateřské či základní škole, mohou se dočkat nemilého překvapení. Již děti v mateřské školce jsou nuceny jíst jídla, ke kterým mají odpor a následky mohou být dalekosáhlé. Nucení do jídla v tak útlém věku však může být jedním ze spouštěčů, dítě může získat odpor k jídlu, navíc forma odměn a trestů v podobě jídla jen nahrává další patologii. Samozřejmě je velmi obtížné najít míru, kdy ještě dítě do jídla nutit a kdy už ne. Příroda ale stále funguje, dítě ví, zda má či nemá hlad, nemusí ho mít ve stejnou dobu jako maminka, nemusí mít chuť na jídlo, které školní jídelna předkládá. (3)

Poruchám příjmu potravy u dětí lze též předcházet vhodným výchovným působením, zejména v kritickém období nastupující puberty. Základ prevence spočívá v rodině, avšak i škola by měla- v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu – využít všech svých možností:

- poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy

- vést žáky ke zdravým stravovacím návykům
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole
- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování. **(11)**

1.6 Příčiny mentální anorexie

1.6.1 Souhra vlivů

Počátek mentální anorexie je téměř vždy spojen se souhrou několika nepříznivých vlivů, mezi kterými vystupují i ty, které jsou významné z hlediska držení diet. Kromě „dobrých důvodů k dietě“ (např. vzrůst tělesné hmotnosti, esteticky nevhodné rozložení tělesného tuku, matka nebo sestra drží dietu, v rodině se neustále komentuje jídlo a tělesný vzhled) hraje významnou roli i nejistota spojená se změnami v dospívání a v rodině, osobní zájmy (např. modeling, balet), zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině, ale i nešťastná náhoda. Neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení. (11)

Zřejmě teprve tehdy, když na mladého člověka spolupůsobí více činitelů, může propuknout akutní narušivá snaha zhubnout. (11,18)

V současnosti se zdůrazňuje koexistence různých faktorů podílejících se na vzniku mentální anorexie, hovoří se o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.

Sociální a kulturní faktory - rychle se měnící kultura, módní ideál, negativní vliv reklamy a medií, předpojatost společnosti vůči obézním, tlak na ženy v souvislosti s profesí (modeling) či sportovní kariérou (balet, gymnastika, tanec)

Biologické faktory - ženské pohlaví, menstruační cyklus (v některých případech amenorea předchází poklesu tělesné hmotnosti), puberta (a s ní spojená emoční labilita, vnitřní nejistota...)

Životní události - narážky na tělesný vzhled, problémy v rodině, sexuální zneužívání, nemoc, odloučení od rodiny,...

Rodinné a genetické faktory - výskyt anorexie v rodině (anorexie matky či sestry), anorektická matka popisována jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, otec pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, rigidnost v rodině

Emocionální faktory - depresivní a úzkostné příznaky

Osobnost a další psychické charakteristiky - zaměření na úspěch, dodržování společenských norem a rodičovských hodnot, chybějící nezávislá vůle, negativní sebehodnocení, rigidita, perfekcionismus,... (12)

Až dvě třetiny nemocných dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou "životní událostí". Nejčastěji jako příčinu uvádějí různé narážky týkající se jejich tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině. Je však obtížné rozlišit, zda zjištěné charakteristiky jsou příčinou, nebo důsledkem poruchy. (17)

Pro dívky, v jejichž příbuzenstvu se anorexie vyskytla, je riziko stejné poruchy až dvanáctkrát vyšší. O vzniku anorexie však v žádném případě nerozhoduje jen dědičnost. Nemoc se projeví, když se sejdou dědičné dispozice a „to pravé“ prostředí: okolní svět orientovaný na hubenost, diety a přehnané cvičení. Dospívající dívky přirozeně přibývají na váze, zakulacují se. Je-li dívka v této době ovlivněná módními vzory, nepřijímá – li lehce své tělesné změny, stačí poznámka rodičů, kamarádek či přítele na adresu tělesných proporcí, aby se vrhla na diety, cvičení, hladovění. Ty zranitelnější, případně ty, u nichž existují genetické dispozice, pak mohou sklouznout až k anorexii. Anorexie vypukne u jedné ženy ze sta – to dokazuje, že sociální a kulturní tlak pro rozvoj anorexie nestačí. Odborníci vědí, že u anorexie bude ve hře více genů, které fungují jen v určité konstelaci. Anorexie je komplexní onemocnění, kde hraje roli více faktorů a jejich vzájemná interakce, v biologické, psychologické i společenské oblasti. Genetické vlivy jsou popisovány až ve 20-80% případů, ale neznamená to, že za vznik anorexie je odpovědný jen jeden konkrétní gen. Je to spíš vloha, která se může, ale nemusí projevit. Když má někdo větší genetické předpoklady k onemocnění, je nutné hledat způsob, jak jedince ochránit, aby onemocnění přes existující dispozici nevzniklo. Neměl by pracovat v rizikových povoláních (baletky, vrcholové

sportovkyně, modelky), být v rodině vystaven neúměrným poznámkám o dietách a nucen k udržení neadekvátní štíhlosti, k extrémním sportovním výkonům,... Dívka s dědičnými sklony by se měla vyhnout rizikovým povoláním. Právě kvalitní rodinné zázemí, které chápe problémy mladých lidí a dokáže nabídnout jiné lidské hodnoty, než je zevnějšek a štíhlost, je nejlepší ochranou. Měly by však zároveň existovat i kvalitní preventivní programy, které by alespoň částečně zmírnily současný tlak na nereálný (počítačově upravený) zevnějšek. Na tyto programy ale zatím nejsou ekonomické prostředky. (1)

Rizikovým faktorem pro vznik anorexie je být ženou. 90 – 95% pacientů s poruchou příjmu potravy jsou dívky. Rizikem je i rodinná historie. K anorexii přispívají i určité vlastnosti a temperament (a i ty se dědí). Perfekcionismus, úzkostnost, ostýchavost, nižší sebevědomí, strach z dospívání, nespokojenost se sebou samým a zejména s vlastním tělem, impulsivnost – spojení více těchto vlastností znamená větší riziko vzniku choroby.(1)

Mezi individuální faktory, které mohou mít vliv na vznik mentální anorexie patří úzkostnost, důslednost, ctižádostivost; nejistota dospívání, zejména je-li posílena nějakým traumatem; tloušťka či zdravotní problémy spojené s dietou. (10,16)

1.6.2 Sociální vlivy

Už od dětství podléhá člověk tlakům a požadavkům společnosti, s nimiž se musí postupně vyrovnávat. Nepříznivé sociální vlivy mohou vést k odmítání společnosti jedincem, to pak končí často útekem do mentální anorexie.

Mezi četné sociální vlivy, které dnes mohou působit na anorektičky, patří pronikavá změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti, která byla výsledkem emancipačního a feministického hnutí, přehnaný ideál štíhlosti ve společnosti a hojná nabídka potravin.

Nadměrná nabídka potravin v obchodech podporuje přirozeně především ty formy chorobné závislosti, které souvisejí s nadměrným jídlém. Podle individuálních podmínek to ale také může vést k pravému opaku, to je odmítání potravy. Pro mnohé mentální anorektiky je typické, že před nadbytkem potravy kapitulují, a to tím způsobem, že už vůbec nic nejedí. Vnímají chudobu a hlad v jiných částech světa. Jako přiměřená odpověď jim připadá odmítání potravy tím, že hladoví, prohlašují se prakticky za solidární s hladovějícími třetího světa a uklidňují tak své špatné svědomí s ohledem na nadměrnou nabídku potravin u nás.

Přehnaný ideál štíhlosti – Běžná představa o dobrém vzhledu, především ženy, je dosud nerozlučně spjata se štíhlostí, i když se také zde už pomalu rýsuje změna. Všechny ženy podléhají tomuto přehnanému ideálu štíhlosti, ale jen málokterá se s ním ztotožní natolik, že u ní dojde k chorobné závislosti. Musí zde existovat ještě další faktory, které vedou k akutním poruchám postoje k jídlu. Ideál štíhlosti, prosazovaný ve společnosti, se ale může stát určujícím směrem pro vztahy k jídlu. **(18)**

Příčinu rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina odborníků v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Studie ukazují, že společnost, která se přizpůsobuje západním standardům krásy, velmi rychle začne trpět pocitem tloušťky. Tato nespokojenost pak vede k dietám a v extrémních případech k poruchám příjmu potravy. Filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní

hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou přeháněny, kdežto škodlivým důsledkům omezování v jídle je věnována jen malá pozornost. Anorexie je tedy důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a také biologických a genetických faktorů. (17)

Naše sebepojetí v současnosti ovlivňují hlavně sdělovací prostředky. Nechat se ovlivnit časopisy a televizí je poměrně snadné. Vezmeme například do ruky časopis a z obálky se na nás usmívá dokonalá fotomodelka. Nebo uvidíme reklamu na opalovací krém. Je nutné si ale uvědomit, že se díváme na něco, co neexistuje. Redaktoři časopisů chtějí mít všechno dokonalé. Dokonalost ale neexistuje. A tak si ji vytvářejí pomocí počítačů. Vybělí zarudlé oči, vymažou pupínek na bradě, vlasům přidají dvojitý lesk - a trochu jim na obrazovce změní odstín. Fotky v časopisech proto nejsou skutečné.(20)

Prvotním impulsem vzniku poruchy příjmu potravy bývá často snaha o přizpůsobení se kulturním a společenským vlivům, pocit nespokojenosti s vlastním životem a touha po změně. Výsledkem je pak poškozování vlastního zdraví, psychické problémy a riziko vážných zdravotních komplikací. Dopátrat se příčiny, která u pacienta odstartovala změnu stravovacích návyků vedoucích posléze v rozvoj poruchy, není snadné. Řada odborníků poukazuje ve spojitosti se vznikem poruch příjmu potravy zejména na vlivy sociální. Zejména pak zdůrazňují současný trend tzv. kultu štíhlosti. Ve sdělovacích prostředcích je neustále propagována štíhlost u žen jako projev krásy a zdraví, zatímco tloušťka symbolizuje jeho ohrožení. U dospívajících dívek vede pak touha po dokonalosti, po tom, aby vyhovovaly představám veřejnosti a byly za každou cenu štíhlé a krásné, až k výše zmíněným poruchám. Hodnocení společnosti je pro řadu dívek zásadní otázkou. Řada pacientek uvádí za počátek svých problémů právě reakce okolí, hodnocení kamarádů a podobně. Je zřejmé, že u rizikové skupiny dívek stojí v pozadí také určité individuální dispozice. V pubertálním období pociťuje řada dívek zmatek, jejich rozhodování je narušeno a podřizuje se tlakům okolí. Tyto dívky mají problémy s přijetím a pozitivním hodnocením sebe sama, naopak, převažuje u nich negativní sebehodnocení a pocity vlastní nedokonalosti. U některých se projevuje jakási „neochota dospět“ a přijmout tak zodpovědnost za vlastní rozhodování a jeho následky.

Svou roli bezesporu hraje rodinný život, celková rodinná pohoda, nebo naopak život v rodině problémové, kdy má jeden z rodičů například problémy s alkoholem, je cholerický, má psychické problémy, má nebo měl problémy s příjmem potravy, drží redukční diety aj. Za vznikem rozvoje anorexie či bulimie mohou stát i prodělaná traumata, zejména pak sexuálního charakteru, ať už jde o nevydařenou první sexuální zkušenost, nebo, což je bohužel poměrně časté, pohlavní zneužití. Obdobně se pouštěčem poruchy může stát rozchod s přítelem, ztráta jednoho z rodičů apod. **(15)**

Mezi kulturní faktory, které posilují strach z tloušťky patří tlak médií na představy a životní vzory současného člověka, hubnoucí ideál krásy, vyhublý módní vzor, médií a komerční reklamou posilovaná představa, že člověk může získat všechno, co chce, povrchní a jednostranné spojování vyhublosti se zdravím, skandalizace obezity (spojování nadváhy s leností, ošklivostí a zdravotními problémy), velký důraz kladen na konformitu (lidé se nechtějí lišit) a malá tolerance k různorodosti, důraz na fyzický výkon, sebekontrolu a soutěživost, důraz na tělesný vzhled, na to, jak kdo vypadá, velký důraz na to, co se jí, jestli je to zdravé, tučné, obezita a diety v rodině či nevhodné jídelní návyky rodičů a sourozenců. **(10)**

1.6.3 Rodinný systém

V souvislosti s mentální anorexií se často hovoří o nevhodných očekáváních současného světa (ohrožující módní trendy, komerční vlivy ve výživě) a rodiny, která je příliš orientována na vnější hodnoty a výkon. Předmětem sdělení jsou ale především nevhodná očekávání pacientek a jejich rodiny, která bezprostředně souvisí s nevhodnými způsoby chování nemocné a před terapeuta klade požadavek nabízet přiměřenou korektivní zkušenost, ať už jde o informace týkající se běžného standardu (jídelní chování, tělesná hmotnost) a poruchy (její vývoj a logika), nebo jeho aktuálního jídelního chování (nezbytnost monitorování) a nevhodných osobních aspirací, které mají často charakter negativní myšlenky. (3)

Existují příčiny anorexie, které mohou pocházet z rodinného systému. V rodinách dívek s mentální anorexií se totiž dají nalézt určité společné rysy:

- členové těchto rodin jsou přehnaně ochraňující a pečující o sebe navzájem, nerespektují osobní hranice
- rodiny izolované, uzavřené, které mají pocit ohrožení, jsou semknuté, jako kdyby zvenku přicházelo nebezpečí
- rodiny rigidní, nepřizpůsobující se vývojovým změnám v rodině (udržování dospělého v roli dítěte)
- rodiny nevyjadřující emoce (zvláště negativní) a tak nedostatečně řešící konflikty
- vztahy rodičů jsou méně významné partnersky

Pokud k těmto vzorcům chování a stereotypům v rodině přistoupí některý z dalších vlivů, mentální anorexie se může plně rozvinout. Vliv médií je v současné době obrovský, stránky časopisů jsou plné "ideálních těl" a návodů, jak dosáhnout štíhlosti.

(3)

1.6.4 Anorektická komunikace

Někdy se mluví o anorexii jako o způsobu komunikace. Dívka svým hubnutím opravdu může volat o pozornost, která jí chybí a kterou takto drasticky získává. Startovací období anorexie bývá nejčastěji puberta, kdy právě komunikace dospívající dívky s rodiči naráží na nejrůznější překážky. Velmi často se může zdát, že dívka nemá zájem komunikovat, mluvit o sobě s rodiči a ti ji tedy nechávají žít podle svého. Rodina by měla dospívající dívce pomoci vyjádřit negativní i pozitivní pocity, neshazovat ji za její pubertální projevy a obezřetně posuzovat její vzhled a proměny těla. Zavírání očí před náznaky konfliktů, může dívku posunout k "náhradnímu" řešení, které může být třeba právě touha po štíhlosti a dokonalosti. Komunikace se samozřejmě ještě ztíží, pokud se anorexie u dívky plně rozvine. Rodiče často bývají naprosto bezmocní a bezradní, jak s dcerou mluvit a přesvědčit ji, aby jedla. Patologická touha po štíhlosti nutí dívku lhát a podvádět své blízké, což i sama mnohdy těžce nese a trpí výčitkami svědomí. Snaha nejíst a dále hubnout je ale mnohem silnější, dívka by proto neměla slyšet slova výčitek ještě ze strany rodičů, protože už takto je pod obrovským psychickým tlakem. Anorektička často odmítá o jídle a svých stravovacích návycích mluvit, tvrdí, že má vše pod kontrolou a veškeré debaty točící se okolo jídla a případně léčby zavrhuje. I přes to všechno by se rodiče měli snažit s dcerou komunikovat, nezastavovat rodinný život a nesoustředit pozornost jen na jídlo. (3)

1.6.5 Anorektická matka

Matky anorektiček jsou většinou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte. Úzkostlivé přepočítávání kalorií a život točící se kolem diet může díky nápodobě matky dceru velmi ovlivnit. Bohužel i obezita matky může být spouštěčem anorexie. Dcera se ze strachu, že ji čeká stejná postava jakou má matka, může začít tvrdě omezovat v jídle. Fyzicky i psychicky se pak po nějakou dobu může cítit na výši, že právě ona to zvládla a dokáže se v jídle kontrolovat lépe než její dospělá matka. Důležitým dynamickým a genetickým faktorem vzniku anorexie může být nevyřešený, ambivalentní vztah s matkou. Boj proti jídlu zahrnuje i boj proti akceptování ženské role a sexuální identifikaci. Dívky mívají tendenci k rivalitě s otcem o pozornost matky, vůči níž mají dívky vlastnické, kontrolující a omezující chování. Tyto změny často následují po zklamání otcem nebo jinou symbolickou otcovskou postavou, jeho kritikou nebo emočním odmítnutím. Matky anorektiček byly málo schopné porozumět klíčům a signálům kojence a zacházely s dítětem podobně jako s panenkami - krmily dítě vzorně, ale tehdy, když měly hlad samy. Dítě se pak snažilo přizpůsobovat matce, rezignovalo na vyjádření vlastních potřeb a vyhýbalo se střetům s matkou. Bylo ohroženo v budování vlastních hranic, neprocházelo optimálně separačně-individuačními procesy a zůstávalo psychologicky vázáno na svoje rodiče, kterým se naučilo vyhovovat. (3)

1.7 Příznaky mentální anorexie

Typickou anorektičku nevidíte jíst, o jídle ale mluví, mnohdy je to sběratelka receptů, byť nemusí, nosí volné oblečení, ovšem nikoliv proto, aby zakryla svoji vychrtlost, ale svoji domnělou tloušťku.(2,11)

Anorektické pacientky mívají v anamnéze rodiče trpící depresí, poruchou nálady či závislostí na psychoaktivních látkách, nesoulad mezi rodiči a vážné sexuální zneužívání. Špatné vztahy k rodičům jsou považovány za negativní prognostický faktor. Často anorexie nastává, je-li matka dominantní, zasahující do života lidí okolo sebe a otec pasivní, neschopný. Bylo dokázáno, že mentální anorexie je běžnější u určitých profesí – gymnastika, krasobruslení, balet, modeling. Pacientky s mentální anorexií potřebují dokonalost, řád a přesnost, a to i když jsou zdravé. (2)

Při anorexii se - mění jídelníček – vynechávání sladkostí a tučných jídel, postupně se vynechávají další potraviny, až zůstanou jen dietní „light“ potraviny

- mění se jídelní režim – pod záminkami mizí hlavní jídla, neberou si nic, co by bylo „navíc“

- jídelní změny dodržovány s velkou důsledností a obhajovány s větší rafinovaností

- mění se jejich jídelní tempo a chování – jedí pomalu, obřadně, vybírají, co sní

- citlivě reagují na to, když je někdo při jídle sleduje

- při jídle vypadají napjatě, strnule, vyděšeně; snadno se cítí přeježené

- vzrůstá jejich aktivita – neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat

- příliš se zaobírají svou postavou

- objevuje se zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost; vypadávají jim vlasy, kazí se jim pleť, po těle se objevují jemné chloupky

- začínají se vyhýbat rodině i přátelům, uzavírají se do sebe, vzrůstá u nich přecitlivělost, podrážděnost, zhoršuje se nálada.(10)

Mentální anorexie nejčastěji postihuje děvčata v době jejich dospívání, kdy dochází k výrazným změnám ve vývoji jejich těla. Některé dívky nedokáží akceptovat ženské tělo. Proto jejich snaha vyhnout se tělesným změnám ústí v omezování potravin s více kaloriemi, aby si udržely vzhled jako před pubertou a nízkou váhu. Omezování příjmu potravy, zvracení, nadměrná aktivita, cvičení má za následek kontrolu hmotnosti a někdy až zastavení procesu dospívání. Velmi často se u dívek vyskytují depresivní projevy v chování, které jsou vázány na stav hladovění. Dívky jsou dráždivé, trpí poruchami spánku, špatně se koncentrují, sociálně se izolují. Pacienti s mentální anorexií jsou velmi citliví na psychickou a fyzickou zátěž, na narušené vztahy a komunikaci v rodině, mezi vrstevníky, na požadavky školy. Anorektici často trpí zimomřivostí (studené ruce, nohy..). Označují se jako perfekcionisti. V pozdějším stádiu, už si neuvědomují svou váhu a stále si připadají tlustí. **(10)**

Dívky, u kterých se může rozvinout mentální anorexie, bývají poslušné, úspěšné v oblasti školní i zájmové, často usilují o dokonalost a jsou velmi zodpovědné. S rozvojem nemoci se dostávají se svými rodiči do konfliktů, často podvádí, ve spojitosti s jídlem lžou. Snahu druhých osob změnit jejich chování vnímají velmi špatně, reagují vzteky, lítostí a pocity viny. Rodiče tuto situaci často nedokážou pochopit. Dostávají se navzájem mezi sebou do konfliktů.. **(11,12)**

1.8 Průběh mentální anorexie

Akutní forma mentální anorexie začíná převážně v souvislosti s pubertou a postihuje téměř výhradně dívky. Vede rychle k závažnému tělesnému poškození, které neléčené může končit smrtelně. Mentální anorexie vede k vážným psychickým a sociálním problémům. Mezi ně patří společenské osamocení, euforické stavy a abnormálně vystupňovaný pocit nadřazenosti, ale také deprese s pocity viny, hanby a selhání. Tyto problémy se v průběhu nemoci mohou stát tak závažnými, že někteří pacienti vidí pro sebe východisko v pokusu o sebevraždu. **(18)**

Lidé trpící mentální anorexií si postupně zvykají na snížený příjem energie, prázdný talíř i žaludek, nadměrnou sebekontrolu v jídle, zapadlé břicho a vystouplé kosti. Děsí se každého většího nebo energeticky hodnotnějšího jídla a snadno se cítí přejedeni. Podobně nekritičtí jako k velikosti porcí jsou i ke svému tělu. **(10,16)**

Vše většinou začíná držením určitého typu diety, zpravidla jde přitom o dietu striktně redukčního charakteru. Jakákoliv přísná redukční dieta ale představuje zvýšení rizika pro následný rozvoj poruchy. Připomeňme fakt, že ženy se sklonem k anorexii mají na začátku zpravidla zcela přiměřenou hmotnost. V takovém případě, nebo mají –li i mírnou nadváhu, není první fáze zeštíhlení zpravidla zdravotním problémem. Naopak, po prvním váhovém úbytku jsou pacienti zpravidla velmi spokojeni sami se sebou, projevují se velice společensky a hýří dobrou náladou. Potom se ovšem, již bezdůvodně, vrhají s novou energií do dalšího, z vnějšího pohledu zcela nepochopitelného hubnutí. Jídelníček anorektických pacientů se zpočátku mění jen nenápadně, dokonce se zdá být rozumnou změnou stravovacích návyků. Nejprve mizí konzumace sladkostí a tučných jídel, postupně si pacient zakazuje i konzumaci dalších druhů potravin, například knedlíků, bílého pečiva a tak dále, až do fáze, kdy konzumují pouze potraviny dietního charakteru. Následně se z denního režimu vytrácejí i hlavní jídla, nemocní tento fakt komentují nejrůznějšími výmluvami a vymyšlením rozličných záminek pro své chování. Striktní dodržování nových jídelních návyků spočívajících v drasticky omezeném příjmu potravin se nadále upevňuje. Při tázavých reakcích okolí si pacienti s mentální anorexií vymýšlejí stále nové výmluvy, při jídle podvádějí, tajně se jej zbavují, tvrdí, že

měli příliš mnoho práce než aby se stihli najíst a podobně. Dále můžeme pozorovat změnu jídelního tempa. I malou porci anorektici jedí velice pomalu, dělí jídlo na droboučké kousky, rozhodují se, co sníst a co nesníst, neustále přesouvají jídlo po talíři a celý proces „najezení se“ jim trvá neúměrně dlouho. Dále lze pozorovat určitou změnu chuti, která se projevuje např. nadměrným solením a množstevním vzrůstem konzumace kávy. Někdy je jídlo nahrazováno vysokým příjmem tekutin, v jiných případech pacient téměř vůbec nepije a dochází k dehydrataci. I přes oslabení organismu v důsledku nedostatečné výživy se u anorektiků často objevuje potřeba neustále vyvíjet nějakou činnost. Postižení jsou schopni například několik hodin tvrdě posilovat, běhat, nebo podnikat mnohakilometrové túry. K tomu velmi často dochází zvláště pokud mají pocit, že toho snědli příliš mnoho, ačkoliv v jejich případě může jít pouze o malé jablko nebo hrst rybízu. S narůstající podvýživou přichází snížení schopnosti soustředění, může se objevit apatie a pocity celkové vyčerpanosti. Na pokusy rodiny, nebo jiných osob přinutit je více jíst a dojídat jídlo, reagují anorektičtí pacienti až s přehnanou hysterií a odporem, někdy i agresí. V jiných případech sice jídlo zkonsumují, ihned po jídle ovšem zpravidla odchází do soukromí a vyvolávají zvracení ještě nestrávené potravy. Dalším způsobem jak se zbavit jídla je nadužívání projímadel, někdy i léků na odvodnění. I přes již extrémně nízkou hmotnost jsou pacienti s mentální anorexií neustále posedlí vlastní vahou a vzhledem, často se prohlížejí v zrcadle, kde si, i přes vystouplé kosti a evidentní známky podvýživy, mohou stále připadat tlustí.(15)

1.9 Léčba mentální anorexie

Pohledy odborníků na léčbu mentální anorexie se různí, zatím není jasně stanoveno, který terapeutický model v práci s anorektičkou je nejlepší. Léčba mentální anorexie vyžaduje komplexní přístup a spolupráci jak lékaře s pacientkou, tak rodičů s lékařem a dalšího širšího okolí. (3)

Léčba mentální anorexie je závislá na věku nemocného dítěte a jeho skutečných možnostech spolupráce. Některé kroky nelze odkládat jako u starších pacientů, více se klade důraz na spolupráci s rodiči, případně i se školou a s vrstevníky. Na jedné straně jsou někdy nezbytná pro dítě bolestivá omezení a dohled, na druhé straně je však nezbytná otevřenost, respekt k postoji rodiny a emocionálním potřebám dítěte. Není příliš produktivní pátrat po „hlavní příčině“ poruchy. O to důležitější je zbavit rodiče pocitu provinění za problém dítěte a přimět je ke vzájemné spolupráci a spojení v boji s anorexií. (11)

Mentální anorexie není problém, který by nebylo možné vyřešit a kterému by nebylo možno porozumět. Skupina pacientek s touto poruchou je velmi různorodá a kromě dívek, které v zásadě dokáží zvládnout svůj problém svépomocí, je možné se setkat s nebezpečně vyhublými anorektičkami, které vyžadují hospitalizaci. Ani jejich dramatické zdravotní a psychické obtíže však nepostrádají srozumitelnou logiku a překvapivě ustoupí, jakmile se jim podaří znovu získat kontrolu nad jídlem. S přiměřeným stravovacím režimem a odpovídající tělesnou hmotností deprese, napětí, podrážděnost a egocentrismus mizí, soustředění se zlepšuje a staré zájmy se vracejí. Významnou roli v tom samozřejmě hraje aktivita nemocného, jeho motivace a trpělivost. (7,11)

Mentální anorexie je závažné psychické onemocnění, kterého se není možné zbavit ze dne na den. Pacientka sama musí chtít se svou poruchou skoncovat, jinak vyléčení není možné. Prvním krokem je vysazení všech prostředků, které podporují hubnutí, jako jsou projímadla, léky omezující pocit hladu apod., a návštěva odborníka – psychiatra. Zlenivělým střevům pomohou lehce stravitelná jídla s vysokým obsahem vlákniny. Důležitý je také dostatečný příjem tekutin. (11)

Nejdůležitějším lékem při léčbě anorexie je dostatečná a vyvážená strava a změna nevhodných jídelních a pohybových návyků. Léčba mentální anorexie znamená, že pacient musí jíst víc, než jedl v poslední době; musí jíst i potraviny, které si dříve zakazoval. Někdy se bude cítit přejeden. Bude se snažit jíst i v případě, že na to nemá chuť a nemá ani hlad. Bude se snažit jíst mechanicky. Pacient se nebude vyhýbat jídlu s ostatními. Pokusí se jíst rychleji a bude dojídat. Počátek výkrmného režimu také může být spojen s otoky a s bolestivou zácpou. Tato nemoc se nedá vyléčit, zůstává schovaná v nitru člověka a proces uzdravení je velmi dlouhý, prvním úspěchem je normální požívání jakékoliv potravy. Nikdy bychom tomuto člověku pokud ho potkáme neměli říkat, že má přibrat. Ale snažíme se s ním co nejvíc sblížit, pomáhat mu v depresích a natočit ho tím lepším směrem. Nemá smysl dnes nikoho přesvědčovat, že nemá být štíhlý. Smysl však má podat mu pomocnou ruku a ukázat, jak hubnout a udržet si požadovanou váhu zcela bezpečně.(10)

Základem úspěchu léčby je léčba celé rodiny. Velkou roli hraje intenzivní psychoterapie. Psycholog či psychiatr musí s pacientem navázat dobrý kontakt a postupně jej vést ke změně náhledu na sebe a své okolí. Pacientky jsou většinou hospitalizovány na psychiatrických odděleních. Ošetřující personál musí být s touto problematikou seznámen a musí být důsledný v dohledu na pacientku. Internista vyloučí jinou příčinu onemocnění a zahájí program nutriční intervence. Závěrečné slovo v léčbě má opět psycholog či psychiatr, který nejen připraví pacienta k běžným životním podmínkám, ale vede k tomu i jeho rodinu. Rodina by měla být důsledná, měla by odstranit nesprávné návyky, které byly dosud zafixovány a podmínily rozvoj onemocnění.(11,12)

Při léčbě nejde o hledání viníka - kdo nebo co za to může, ale o rozpletení uzlů osobních zkušeností, díky kterým se člověk dostane do takovéto situace. Vyplatí se při tomto dobrodružném a často i bolestném průzkumu soustředit se na vztahy s nejbližšími, na dětské zážitky, na rodinná pravidla, v nichž tento člověk vyrůstal. Při terapii je důležité podporovat zodpovědnost nemocného za vlastní osobu, jeho aktivní přístup a motivaci ke změně, dále je důležité dávat nemocnému informace související s jeho onemocněním, vycházet z nynější situace nemocného a poskytovat mu podporu

při náročných změnách, kterými při uzdravování prochází. Je třeba brát ohled na individuální potřeby nemocného.(17)

Léčba mentální anorexie může být zpočátku velmi svízelná. Na rozdíl od řady jiných onemocnění, kdy pacient sám vyhledá lékařskou pomoc, u této poruchy pacienti většinou zásadně odmítají připustit, že by s nimi bylo něco v nepořádku. Prvotní impuls tak zpravidla vychází ze strany rodiny, která je znepokojena stavem postiženého. I v případech, kdy si pacient onemocnění uvědomuje, není schopen jeho průběh sám zvrátit. Může sice slibovat, že opět začne jíst, ale většinou toho není schopen a drží se svých návyků a zásad. Často je proto jedinou možností nucená hospitalizace. Cílem léčby je, samozřejmě kromě okamžité pomoci při vážných, život ohrožujících komplikacích, navrátit pacientovi původní stravovací návyky a zvýšení jeho hmotnosti na zdravotně únosnou mez. Jakékoliv zvýšení hmotnosti je však právě to, čeho se pacienti nejvíce obávají. Je tedy třeba velmi komplexního přístupu k těmto pacientům, zapojení celé rodiny do léčebného procesu a snaha přesvědčit pacienta o nutnosti léčby. Na řadu přicházejí skupinové terapie a také somatoterapie, která si klade za cíl v dlouhodobém procesu naučit pacienta správně vnímat své tělo a jeho potřebu přijímat dostatečné množství potravy a obnovit jeho psychickou pohodu. Je důležité, aby pacient pochopil závažnost svého onemocnění a nesmyslnost vlastního počínání, což je však často velice obtížné. Bohužel i v současné době moderního lékařství končí řada případů mentální anorexie smrtí pacienta.(15)

2. Cíl práce

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit roli vlivu společnosti na pacienty trpící mentální anorexií. Cíl byl stanoven na základě studia sekundárních zdrojů vztahujících se k problematice mentální anorexie a na základě zjištěných informací o zvyšujícím se počtu pacientek trpících mentální anorexií, kde literatura jako klíčový prvek uvádí sociální vlivy.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro zmapování současného stavu zvolené problematiky byla zvolena sekundární analýza dat, obsahová analýza zdrojů zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy. Pro sběr primárních dat byl využit kvalitativní výzkum, metoda dotazování, technika otevřeného rozhovoru.

Problém mentální anorexie je velmi osobním a citlivým tématem, proto byl pro sběr dat zvolen krátký řízený rozhovor s pacientkami trpící mentální anorexií. Řízený otevřený rozhovor umožňuje respondentovi volně odpovídat na tazatelovi otázky týkající se předmětu výzkumu. Respondent není omezován ve výpovědi, tazatel vede rozhovor za účelem získání podstatných informací potřebných pro vytvoření hypotézy. Otázky pokládané respondentovi byly zaměřeny na zjištění příčiny a průběhu mentální anorexie. Byly formulovány stručně a tak, aby vystihovaly podstatu. Podstatou vedeného rozhovoru bylo potvrzení či vyvrácení vlivu společnosti na vzniku mentální anorexie.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Sledovaný soubor tvořilo 8 pacientek trpících mentální anorexií. Cílovou dotazovanou skupinou byly pacientky trpící mentální anorexií. Jedna dotazovaná byla hospitalizována na dětské klinice v Českých Budějovicích, pět dívek bylo léčeno ambulantně ve stejném zařízení, dvě dívky byly z mého okolí, nebyly však léčeny. S dívkami jsem dělala rozhovory v dubnu. Ročně projde ambulantní či hospitalizovanou léčbou přibližně 20 pacientek. Všechny pacientky pocházely z Jihočeského kraje.

Rozhovory byly vedeny s pacientkami, které byly na ambulantní léčbě u psychologa, s jednou pacientkou v průběhu její hospitalizace. Se dvěma pacientkami,

které se neléčí v žádném zařízení, byl rozhovor veden v prostředí, které si samy zvolily. Pomocí předem připravených otázek jsem provedla výzkum. Rozhovor byl proveden tak, aby byla zcela zachována anonymita. Rozhovor probíhal tak, aby se příliš nedotýkal osobních věcí pacientky. Pacientky byly vždy upozorněny, že pokud nechtějí na některou z otázek odpovědět, nemusí. Termín rozhovoru byl vždy předem domluven.

4. Výsledky

Rozhovor I.

1. Pacientce léčící se z mentální anorexie je 17 let.
2. Potíže s anorexií se u ní objevily ve 12 letech.
3. Její současná váha je 58kg a výška 175cm.
4. Ve 12 letech vážila 80kg a měřila 164cm.
5. Studuje střední školu cestovního ruchu.
6. Příčinou vzniku anorexie bylo posmívání se spolužáků její silnější postavě.
7. Na ZŠ začalo ve 12 letech posmívání, zpočátku jí to nevadilo, ale pak ji začalo mrzet, jak si ji spolužáci dobírali kvůli její váze. Do té doby jedla hodně, chutnalo jí. Rodina bydlela v domku společně s babičkou, která vnučku vykrmovala. Pacientka pak přišla domů, kde jí dala jídlo i matka, protože dcera zapřela, že již jedla u babičky. Když se rodiče dozvěděli, že babička dceři dává jídlo a sladkosti, snažili se babičce domluvit, aby jí nedávala tolik jídla, ale babička nechtěla vnučku omezovat. Tudíž se matka snažila snížit dceři příjem jídla alespoň doma. Dcera se později dostala do party, kde se kouřila tráva, začala mít rozpory s rodiči a v této době jí i začaly vadit narážky od spolužáků a kamarádů ohledně její silnější postavy. Rozhodla se zhubnout.
8. Projímadla či jiné léky ke snížení hmotnosti neužívala.
9. Sportovala ráda, ale ne závodně. Spojitost vzniku mentální anorexie a sportu nebyla.

10. Masmédia se nepodílela na vzniku anorexie.

11. Narážky od spolužáků a kamarádů byly důvodem vzniku anorexie.

12. S rodiči do 11 let vycházela velmi dobře, pak se jí narodil mladší bratr, kterému rodiče věnovali spoustu času, ona chodila často k babičce, která se jí věnovala, povídala si s ní. Pak se dostala do nevhodné party, začala kouřit, vztah s rodiči se začal zhoršovat. V boji s mentální anorexií ji ovšem rodiče velmi pomáhají a podporují, dochází s ní na ambulantní léčbu k psychologce.

13. Nikdo z rodiny netrpěl žádnou z poruch příjmu potravy.

14. Rodiče již nemohli přihlížet jejímu drastickému hubnutí, odvedli ji k dětské doktorce, která doporučila návštěvu psychologa.

Rozhovor 2.

1. Pacientce trpící mentální anorexií je v současnosti 15 let.
2. Potíže s anorexií se u ní objevily před několika měsíci.
3. Nyní se její váha pohybuje okolo 54kg při výšce 157cm.
4. V době, kdy se u ní objevila anorexie, vážila 64kg a měřila 157cm.
5. Je žákyní základní školy.
6. Hlavní důvod vzniku anorexie byl ten, že se ve svém těle necítila dobře. Vliv měla i média-všude v časopisech modelky a tvrzení, že kdo je hubený, je i oblíbený a úspěšný.
7. Tu nemoc si ze začátku ani neuvědomovala. Své pocity popisuje, jako by ji ovládalo jídlo a svět se netočil kolem ničeho jiného. Začala s tím ze dne na den. Jídlo pro ni začalo být nepřítelem, kterým se jí lidi snaží ublížit. Po každém jídle měla výčitky svědomí, jako kdyby provedla něco špatného. Když začala mizet první kila, byla šťastná. Okolí si toho začalo všimnout a jí to svým způsobem dělalo dobře. Neměla důvod svoje stravovací návyky měnit. Postupem času jí připadalo úplně normální lhát rodičům kvůli jídlu. Nebylo jí líto vyhazovat každou svačinu do koše. Byly dny, kdy nejedla vůbec nic, jindy měla za den jednu celozrnnou housku. Dvě hodiny denně cvičila. Pak si matka všimla, že s ní není něco v pořádku. Začala dceři hlídat večere. Nejvíce se jí nemoc rozjela kolem jarních prázdnin. To začala opět hodně hubnout. Jenomže tělo už to nevydrželo. Neměla na nic náladu, chodila jen do školy a ze školy domů. Ztratila všechny zájmy. Jediné co jí zajímalo, byla její váha. Týden před hospitalizací nechodila ani do školy. Byla fyzicky i psychicky vyčerpaná.
8. Neužívala projímadla či jiné léky.

9. Závodně nikdy nesportovala.

10. Masmédia měla vliv na vznik mentální anorexie. V každém časopise jsou k vidění jenom hubené holky a lež, že kdo je hubený a krásný bude určitě oblíbený .

11. Narážkami vznik anorexie moc ovlivněný nebyl, i když určitě sehrály svojí roli.

12. S rodiči nemá žádné vážné konflikty, vychází s nimi bez problémů.

13. V rodině nikdo netrpěl poruchou příjmu potravy.

14. Matka ji vzala k psychologce do nemocnice. Ta usoudila, že nejvhodnější bude hospitalizace. Zakázala jí návštěvy a mobil. Podle svých slov byla absolutně odříznutá od světa. Byl to pro ni velký tlak na psychiku, být bez rodiny, která jí pomáhala. Nejdříve pro ni bylo velmi psychicky náročné to, že začala přibírat. Jenže pak si uvědomila, že když přibere, bude se moc stýkat s nejbližšími a bude moci být propuštěna domů. Jenže přibírání kil šlo velmi pomalu, takže první návštěvu mohla mít až po 14 dnech. Nyní má váhu, kterou po ní v nemocnici vyžadovali, tudíž byla propuštěna domů a bude docházet na ambulantní léčbu.

Rozhovor 3.

1. Pacientce trpící mentální anorexií ve 16 let.
2. Potíže s anorexií se u ní objevily ve 14 letech.
3. Její současná váha je 56kg, výška 162cm.
4. Na počátku anorexie vážila 60kg a měřila 160cm.
5. Studentka gymnázia.
6. Příčinou vzniku mentální anorexie byl rozvod rodičů .
7. Rozvod rodičů byl pro ni velký psychický tlak. Matku i otce miluje, neuměla si představit, že nebudou žít pohromadě jako dosud. Ze smutku a stresu neměla chuť na jídlo. Nejdříve začala vynechávat večeře, pak i obědy a nakonec i snídaně. Hodně sportovala. Bavilo ji to, a zbavovalo úzkosti. Důvodem vzniku anorexie nebyla původně touha po zhubnutí, ale úzkost z rozvodu rodičů. Jenže hubnutí se jí zalíbilo, začala být spokojenější se svým tělem.
8. Poslední dva měsíce užívala projímadla.
9. Dělala závodně aerobic, předtím balet, kvůli tomu ale nehubla.
10. Určitě štíhlým holkám záviděla, líbily se jí, ale hlavní důvod pro vznik anorexie to nebyl.
11. Narážky okolí nebyly.

12. Vztah s rodiči má výborný. V současnosti žije s matkou.

13. V rodině nikdo netrpěl poruchou příjmu potravy.

14. Pro léčbu se rozhodla sama, především ze zdravotních důvodů -brala větší dávky léků na průjem než se smí, objevily se u ní zdravotní komplikace. Rodiče jí ovšem na léčbu doprovází a pomáhají jí.

Rozhovor 4.

1. Dívce léčící se v současnosti z mentální anorexie je 18 let.
2. Problémy s anorexií se u ní objevily v 16 letech.
3. Její současná váha je 45kg a měří 153cm.
4. Na počátku anorexie vážila 48kg a měřila 151cm.
5. Učí se na učilišti.
6. Příčinou anorexie byla nespokojenost se svým břichem.
7. Rozhodla se zhubnout v oblasti břicha. Původně začala jen cvičit, jenže zjistila, že úbytek není ani tak velký ani rychlý, jak by si představovala, tudíž se začala omezovat i v jídle. Nejdříve začala vynechávat sladkosti, postupně začala vyhazovat školní svačiny. Když ráno nebyli rodiče doma, nesnídala. Ve školní jídelně si k obědům vybírala co nejmenší porce. K večeři jedla jen něco malého. Časem si toho všimli rodiče, začala tedy víc jíst, ale váha se nezvyšovala.
8. Neužívala projímadla ani jiné léky.
9. Nesportovala nikdy závodně.
10. Masmédia se nepodílela na vzniku anorexie.
11. Narážky okolí se neobjevily.
12. Vztah s rodiči velmi dobrý.

13. Nikdo z rodiny netrpěl poruchou příjmu potravy.

14. Když rodiče zjistili, že má dcera potíže s jídlem, nejdříve ji donutili víc jíst, kontrolovali ji, jenže váha se nezvyšovala. Zjistili, že sami dceři nezvládnou pomoci, tudíž se obrátili na paní doktorku.

Rozhovor 5.

1. Pacientce léčící se z anorexie je 16 let.
2. Potíže s anorexií se u ní objevily ve 14 letech.
3. Její současná výška je 51kg na 158cm výšky.
4. Na počátku hubnutí vážila 49kg a měřila 155cm.
5. Studentka gymnázia.
6. Příčinou anorexie byla šikana a problémy v pubertě.
7. Pacientka sama sebe popisuje jako hysterický typ. Dělá si ze všeho starosti, je úzkostlivá. Spoustu času tráví učením, ve škole je považována za šprta. I tak označila sama sebe. Ještě když navštěvovala gymnázium v Českém Krumlově, stala se obětí šikany. Díky těmto psychickým problémům v pubertě se u ní rozvinula mentální anorexie. Nyní navštěvuje gymnázium v Českých Budějovicích. Zde už šikanována není. Příznaky mentální anorexie se u ní objevovaly 1 rok, jedla 3x denně malé porce-k snídani ovoce, malá porce oběda ve školní jídelně, k večeři většinou jogurt nebo něco lehkého. Běhala 3km denně, normálně ale nesportuje, není sportovní typ. Aktivní hubnutí u ní trvalo 4 měsíce. V té době došlo k dalšímu ubrání jídla a přidala si další tělesné cviky.
8. Projímadla či jiné léky neužívala.
9. Závodně nesportovala.
10. Masmédia se nepodílela na vzniku anorexie.

11. Narážky okolí nebyly příčinou vzniku anorexie.

12. Vztah s rodiči výborný.

13. V rodině nikdo netrpěl poruchou příjmu potravy.

14. Pro léčbu se rozhodla sama. Hospitalizace trvala 1 měsíc.

Rozhovor 6.

1. Pacientce léčící se z mentální anorexie je 16 let.
2. Potíže s jídlem se u ní objevily ve 14 letech.
3. Její současná váha je 56kg na 160cm výšky.
4. V době, kdy začala hubnout, vážila 64kg a měřila 158cm.
5. Studentka gymnázia.
6. Sama sobě se nelíbila, poznámky okolí, psychické problémy a časopisy, to vše bylo příčinou vzniku anorexie.
7. Postavu nejdříve neřešila, pak se sama sobě přestala líbit, přidaly se určité poznámky z okolí ohledně její postavy. Rozhodla se začít cvičit, míň jíst. V malé míře se při anorexii objevil i vliv masmédií - při prohlížení časopisů jsou všude krásné upravené štíhlé modelky. Postupem času se přidaly psychické problémy, které průběh anorexie ještě zhoršily. Někdy držela celodenní hladovku. Když byla ráno doma matka, tak snídala. Vynechala oběd, svačinu. Večeřela jen tehdy, když byli doma rodiče. Hodně času trávila cvičením.
8. Poslední půl rok užívala projímadla.
9. Závodně nesportovala.
10. Vliv masmédií připouští, ale nebyly spouštěcím faktorem pro vznik anorexie. Přidaly se spíše až v průběhu potíží se stravováním.

11. Poznámky v okolí byly.

12. S rodiči výborný vztah, hodně si s nimi rozumí. Velmi jí pomáhají při léčbě.

13. V rodině nikdo netrpěl poruchou příjmu potravy.

14. Během návštěvy u dětské doktorky se jí svěřila s psychickými potížemi, přiznala i potíže s jídlem. Lékařka doporučila návštěvu psycholožky. Domluvená schůzka s psycholožkou byla dvakrát zrušena, protože se pacientka z rodinných důvodů nemohla dostavit. Za tu dobu se její potíže ještě prohloubily. Od dubna je hospitalizována v nemocnici na dětském oddělení.

Rozhovor 7.

1. Dívce, která má potíže s anorexií, je 17 let.
2. Problémy s anorexií se u ní objevily v 16 letech.
3. Nyní se její váha pohybuje okolo 56kg a měří 172cm.
4. Na počátku hubnutí vážila 61kg a měřila 172cm.
5. Studentka obchodní školy.
6. Příčinou vzniku anorexie bylo popichování ve škole a drobná narážka od přítele.
7. Pacientka si nikdy nepřipadala tlustá, spíš byla větší a nepůsobila tak dětsky, jako třeba jiní. Na základce zažila popichování ohledně svých "polštářů". Další drobná nevinná narážka na postavu přišla od přítele. Byla v té době vyčerpaná i z maličkostí, byl v ní stres, připadalo jí, že pořád jí, že má pořád hlad, a přitom ve škole nemohla jíst vůbec. Právě v té době začala sledovat i to, kolik váží. Neměla špatnou postavu, možná větší zadek, ale celkově nebyla podle svých slov v dobré kondici. Začala cvičit a hlavně sledovat, co jí. Dělal jí radost, že dokáže být na sebe tvrdá. Denně se vážila, měřila a začala chodit plavat. Nejvíc jídla si dávala k snídani: ovoce, cornflakes, ořechy, semínka, sušené ovoce s mlékem nebo jogurtem a kafe. Ale po té snídani některé dny měla třeba už jen jednu müsli tyčinku. Zpočátku mívala ráno i slabosti, nevolnost apod., což ji třeba vystrašilo a říkala si, že dělá něco špatného, ale stejně pokračovala v hubnutí dál. Takto drasticky hubla 10 měsíců, pak už ne tolik, ale pořád platilo, že večer si vzala akorát jeden kus ovoce. Pak měla i dny, kdy s kamarády něco slavila, tak se těšila, že bude víc jíst, třeba i zmrzlinu, ale další den o to méně zase jedla. Před přáteli nikdy nedávala najevo, že jí jinak. Po zdravotních komplikacích se rozhodla k léčbě. Začala

nejdříve večeřet, a potom pomalu znovu jíst. Cvičí, má pevné a svalnaté tělo, jí zdravě a je spokojená.

8. Projímadla či jiné léky neužívala.

9. Nesportovala.

10. Masmédia neměla vliv při vzniku mentální anorexie.

11. Narážky od spolužáků a od přítele.

12. Vztah s rodiči bezproblémový.

13. Nikdo z rodiny netrpěl poruchou příjmu potravy.

14. Když se dostala na velmi nízkou váhu, tak měla řadu zdravotních komplikací a nemocnice byla pro ni strašákem. Začala tedy víc jíst.

Rozhovor 8.

1. Dívce trpící mentální anorexií je 15 let.
2. Její problémy začaly ve 13 letech.
3. Nyní váží 57kg a měří 168cm.
4. Na počátku hubnutí vážila 65kg a její výška byla 165cm.
5. Žákyně základní školy.
6. Příčinou anorexie byly narážky ze strany rodiny. Od dětství velmi malý kontakt s rodiči, nikdy ji za nic nechválili.
7. Ve 12 letech jí začalo vadit její tělo, bratr, matka i bývalý přítel jí zahrnovali posměšky o postavě. Chtěla zhubnout. Zavedla si sešit, kam si zapisovala, co za den snědla. Naučila se počítat kalorie, určovala si, kolik za den může a nemůže sníst. Každý den běhala dlouhé trasy po parcích, často běhala i několikrát denně. Postupně si okolí začalo všimnout úbytku na váze ale o jakou nemoc jde, vyšlo najevo až na povinné dětské prohlídce. Od té doby se jí matka mnohem víc věnuje, jejich vztahy se zlepšily.
8. Projímadla užívala.
9. Nesportovala závodně.
10. Masmédia se nepodílela na vzniku anorexie.
11. Narážky ze strany rodiny.

12. Vztah s rodiči nebyl dobrý. Nerozuměla si s nimi. Nevěnovali jí dostatek času.
V současnosti je lepší vztah s matkou.

13. Poruchou příjmu potravy nikdo v rodině netrpěl.

14. K léčbě ji donutila dětská lékařka.

Tabulka 1. *Současný věk pacientek. Věk, kdy pacientky začaly mít potíže s mentální anorexií.*

Pacientka	1	2	3	4	5	6	7	8
Současný věk	17	15	16	18	16	16	17	15
Věk při vzniku anorexie	12	15	14	16	14	14	16	13

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce je uveden současný věk dívek, tedy věk, kdy probíhá jejich léčba, a kdy s nimi byly vedeny rozhovory. Druhý řádek tabulky tvoří věk, kdy dívky začaly mít potíže s mentální anorexií.

Tabulka 2. *Současná váha a výška pacientek. Váha a výška pacientek při vzniku mentální anorexie.*

Pacientka	1	2	3	4	5	6	7	8
Současná výška a váha	58 kg	54 kg	56 kg	45 kg	51 kg	56 kg	56 kg	57 kg
	175 cm	157 cm	162 cm	153 cm	158 cm	160 cm	172 cm	168 cm
Výška a váha při vzniku anorexie	80 kg	64 kg	60 kg	48 kg	49 kg	64 kg	61 kg	65 kg
	164 cm	157 cm	160 cm	151 cm	155 cm	158 cm	172 cm	165 cm

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce je zaznamenána váha a výška dívek v současnosti, kdy se léčí z mentální anorexie. Druhou část tabulky tvoří váha a výška, kterou pacientky měly, když se u nich objevila mentální anorexie.

5. Diskuse

Řízený rozhovor jsem vedla s 8 dívkami, které se léčí z mentální anorexie. Výzkum jsem zaměřila na dívky ve věku 15–18 let. Dívky byly hospitalizovány či léčeny ambulantně na dětské klinice v Nemocnici v Českých Budějovicích. Dvě dívky s anorexií zatím bojují samy. Všem dívkám jsem položila 14 stejných otázek.

Z tabulky s věkovými údaji vyplývá, že pouze jedna dívka bojuje s anorexií již 5 let. U pěti dívek je trvání mentální anorexie 2 roky. Jedna z pacientek začala s anorexií bojovat téměř ihned. Další z dívek se začala z mentální anorexie léčit rok po jejím propuknutí. Z tabulky vyplývá, že pouze první pacientka byla na počátku hubnutí silnější postavy, příčina její anorexie vznikla díky narážkám okolí. Ostatní dívky nebyly silnější postavy, mentální anorexie u nich vznikla z různých důvodů.

Z uvedených věků, kdy se u dívek objevila mentální anorexie se lze domnívat, že nespokojenost s postavou se objevila v době, kdy dívky přicházejí do puberty, tudíž se jim začíná měnit postava, zaoblují se ženské části těla. Některé dívky se s tím neumějí vyrovnat, proto začnou méně jíst, víc cvičit, až nakonec skončí u mentální anorexie. Z tabulky s věkovými údaji je patrné, že strach z tloušťky a dietní tendence ovlivňují život stále mladších věkových kategorií, především dívek. U jedné z dívek mentální anorexie propukla už ve 12 letech, u další dívky se objevila ve 13 letech, tři dívky začaly mít s anorexií problémy ve čtrnácti letech, u jedné pacientky se anorexie objevila v 15 letech a u dvou dívek začaly problémy s hubnutím v 16 letech. Z tohoto je patrné, že v současnosti je hranice pro vznik anorexie velmi nízká. Jak uvádí **KRCH (11)**, v průběhu dospívání dochází ke změnám ve stavbě těla. Zatímco chlapci přibývají především na svalové hmotě a tím se přibližují kulturnímu ideálu tělesné krásy, děvčata přibývají především na tukové hmotě. Jejich měnící se tělesné proporce mohou být dle **KRCHA(11)** zdrojem nevhodných komentářů z okolí. Toto potvrdil i výzkum – u pěti z osmi dotazovaných dívek sehrály při vzniku anorexie velkou roli právě narážky okolí, rodiny či přítele. Vznik anorexie v období puberty může vzniknout také na podkladě určitých psychických problémů.

Z tabulky s uvedenou váhou při počátku anorexie se lze domnívat, že pouze u jedné dívky byla patrná obezita. U ostatních dívek nebyla jejich hmotnost nápadně vysoká, přesto nebyly se svým tělem spokojené. Avšak pro vznik anorexie u nich mohla stačit nepatrná narážka od okolí. Stačilo listovat v časopise, kde jsou k vidění počítačově upravené modelky. Tím, že dívky během vývoje přibývají především na tukové hmotě, se dle **KRCHA(11)** vzdalují anorektickým proporcím současného světa módy. Anorexie nemusí vzniknout pouze u dívek silnější postavy. I dívka, která okolí připadá štíhlá, může sama sobě připadat tlustá.

Dvě dívky z osmi dotazovaných navštěvují základní školu, tři dívky studují na gymnáziu, jedna z dotazovaných se učí na učilišti, další dívka navštěvuje střední školu cestovního ruchu a poslední dívka studuje obchodní školu. Z výzkumu je patrné, že nejvíc dívek s mentální anorexií, navštěvuje gymnázium. **KRCH (11)** uvádí, že v minulosti byl proveden výzkum, ve kterém se uvádí, že v rozporu s tradiční představou, že poruchy příjmu potravy jsou exkluzivní poruchou, nejčastěji držely diety, zvracely a měly problémy s jídlem studentky učňovských škol. Nejméně problémů s příjmem potravy uváděly studentky gymnázií, které ale současně byly v průměru nejštíhlejší. Ve stejné studii nebyl zjištěn žádný významný rozdíl mezi děvčaty v Praze a na menším městě.

Z osmi dotazovaných dívek po určitou dobu užívaly projímadla či jiné látky tři dívky. **KRCH (11)** uvádí, že nadměrné užívání laxativ či diuretik může během anorexie způsobit zdravotní komplikace. Dotazované dívky drobné zdravotní komplikace po požívání projímadel připustily.

Ani u jedné dívky nebylo příčinou vzniku anorexie, že by se věnovala závodně nějakému sportu, kvůli kterému by byla donucena zhubnout. Pouze jedna z dívek dělala závodně aerobic a dříve balet, ale sport nebyl příčinou pro anorexii. Ostatní dívky sportu před vznikem anorexie nevěnovaly příliš mnoho času.

U tří dotazovaných dívek měla masmédia určitý vliv během průběhu mentální anorexie, ale ani u jedné z těchto dívek nebyl vliv časopisů či televizí se štíhlými modelkami hlavním spouštěcím faktorem. Dívky uvádí, že spíše až v průběhu anorexie se začaly zamýšlet nad tím, co vidí v novinách. Díky masmédiím získaly pocit, že pouze

ten, kdo je štíhlý a hezký, je také oblíbený a úspěšný. To je utvrzovalo v tom, že mají v hubnutí pokračovat. Svět showbyznysu nám jako ideál krásy vnucuje vychrtlé dívky. Na kost vyhublé slečny útočí na dívky v pubertě ze všech plakátů, obálek časopisů i televizních reklam. Není divu, že děvčata procházející citlivým obdobím vidí samy sebe jako ošklivé, tlusté a tudíž neúspěšné. Proto se rozhodnou být hubené a udělají pro to cokoliv. Z výzkumu vyplývá, že média v současnosti až příliš zasahují do života lidí, zejména mladých dívek, ale pro vznik mentální anorexie pouze tento tlak nestačí. Na vzniku mentální anorexie se vždy spolupodílí několik různých faktorů. **ŠVANDOVÁ (21)** uvádí, že masmédia zdůrazňují ideály krásy, módu, cvičení. Mohou tak vytvořit zkreslený obraz reality, který ovlivňuje dospívající děti. Podle **KRCHA (10)** jsou zejména ženy vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků. To může být také jeden z důvodů, proč je mužů trpících mentální anorexií mnohokrát méně než žen.

U čtyř dívek byly nářžky od okolí či od přítele spouštěcím faktorem pro vznik mentální anorexie, jedna dívka uvedla, že nářžky měly také podíl na vzniku anorexie, ale nebyly tím jediným a hlavním, co zapříčinilo vznik anorexie. U zbylých čtyř dívek byly příčiny vzniku anorexie různé. U tří dívek bylo důvodem pro vznik anorexie to, že se necítily spokojené se svým tělem, necítily se ve svém těle dobře. V jednom případě byl důvodem hubnutí rozvod rodičů, další dívka byla ve škole šikanována, měla psychické problémy v pubertě, a z tohoto stresu přestala jíst. **KRCH(11)** uvádí, že počátek mentální anorexie je téměř vždy spojen se souhrou několika nepříznivých vlivů. Podle **KULHÁNKA(17)** až dvě třetiny nemocných dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou "životní událostí". Nejčastěji jako příčinu uvádějí různé nářžky týkající se jejich tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině.

Průběh mentální anorexie byl u všech 8 dívek téměř stejný. Nejdříve začaly vynechávat sladkosti, pak svačiny, snažily se jíst jen ovoce, zeleninu a lehká jídla, začaly hodně cvičit, postupně začaly odbourávat obědy, snídaně, nakonec i večeře. Doma se při jídle vymlouvaly, že už jedly. Nakonec jedly za celý den třeba jen jednu müsli tyčinku, nebo jedno jablko. Cvičení věnovaly spoustu času. Několikrát během dne se vážily.

Většina dívek na otázku, jaký mají vztah s rodiči, uvedla, že výborný, vycházejí s nimi bez problémů, rodiče jim pomáhají při léčbě mentální anorexie, navštěvují společně psychologa. Jedna dívka je z rozvedené rodiny, přičemž rozvod rodičů, které miluje, pro ni byl spouštěcím faktorem pro vznik anorexie. Další dívka měla s rodiči výborný vztah, dokud se v pubertě nedostala do party, která pro ni nebyla vhodná. Rodiče nesouhlasili, aby se s těmi lidmi dál stýkala. Nechtěli, aby kouřila. Jejich vztah se zhoršil, ovšem v současnosti ji pomáhají v překonání mentální anorexii. Jen jedna dívka neměla s rodiči dobrý vztah. Narážky ze strany rodiny byly také důvodem, proč začala mít potíže s mentální anorexií. Nyní se pokouší z anorexie dostat, navázala úplně nový vztah s matkou, začínají si rozumět, povídat si spolu. K léčbě je ve 3 případech donutili rodiče. Tři dívky se pro léčbu rozhodly samy, především kvůli zdravotním komplikacím, způsobeným nedostatkem jídla. Dvě dívky donutila k léčbě jejich dětská lékařka. Při léčbě mentální anorexie je vždy kladen velký důraz na spolupráci s rodiči. **ČERNÁ (3)** ve své práci uvádí, že léčba mentální anorexie vyžaduje komplexní přístup a spolupráci jak lékaře s pacientkou, tak rodičů s lékařem a dalšího širšího okolí. Podle **KOCOURKOVÉ (7)** při léčbě hraje významnou roli aktivita nemocného, jeho motivace a trpělivost.

Ani u jedné z dotazovaných nebyla u žádného z členů rodiny mentální anorexie. **KRCH(11)** uvádí, že pro dívky, v jejichž blízké rodině se anorexie vyskytla, je riziko stejné poruchy až dvanáctkrát vyšší. O vzniku anorexie ale v žádném případě nerozhoduje jen dědičnost. Pro rozvoj anorexie se krom dědičných dispozic musí připojit i další faktory. U žádné z dívek ve výzkumu tedy dědičné dispozice nebyly spolupodílejícím se faktorem na vzniku anorexie.

Z výzkumu vyplývá, že v praxi bývají poruchy příjmu potravy ve svých počátcích podceňovány a bagatelizovány. Snad proto má výskyt tohoto onemocnění u dospívajících dívek v poslední době stále vzestupnou tendenci. Dnešní úspěšní hrdinové jsou štíhlí, příliš se mluví o tom, kdo jak vypadá. Média příliš zasahují do života lidí. Mladým dívkám, které jsou během svého vývoje velmi ovlivnitelné, média nalhávají, že ten kdo není štíhlý, nemá šanci uspět, být oblíbený. Dívky se v médiích dozvídají, jaké

zdravotní potíže přináší obezita. Ale že anorexie může zdraví poškodit mnohem více, se dívky nikde nedočtou. Avšak pro rozvoj mentální anorexie tento tlak společnosti nestačí. Na vzniku anorexie se vždy podílí několik faktorů. V současnosti se hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. Při vzniku anorexie mohou působit sociální a kulturní faktory, biologické faktory, životní události, rodinné a genetické faktory, emocionální faktory, osobnost či jiné psychické charakteristiky. Tento fakt, uváděný ve všech literaturách byl prokázán i během výzkumu.

Tato práce usiluje o zamyšlení se nad tím, jak velký důraz dnešní společnost připisuje přehnanému ideálu štíhlosti. Ráda bych, kdyby tato práce přispěla k tomu, aby si společnost uvědomila, že je nutné pomoci dívkám, aby byly spokojené se svým tělem. Aby se neřídily tím, co přikazuje módní průmysl. Důležité je, aby došlo ze strany společnosti ke změně postojů. Práce se opírá jak o poznatky z odborné literatury, tak vychází z rozhovorů vedených s dívkami, které se potýkají s mentální anorexií. Snažila jsem se zjistit, zda pouze tlak masmédií může vyvolat u dívek vznik mentální anorexie. Výzkum ukázal, že pouze tlak médií pro vznik anorexie nestačí, ale přesto se dá předpokládat, že počet nemocných mentální anorexií ještě poroste. Proto je třeba všechny faktory, které může společnost ovlivnit, eliminovat, aby nepřispívaly k tomu, že u dívek vznikne mentální anorexie.

6. Závěr

V práci jsem se zaměřila na základní vymezení mentální anorexie a dále na vznik a rozvoj tohoto onemocnění. Cílem práce bylo zjistit roli vlivu společnosti na pacienty trpící mentální anorexií. Cíl práce byl splněn. Výsledky této práce mohou sloužit jako podklad pro preventivní opatření proti propuknutí poruchy příjmu potravy podmíněnému společenským vlivem.

Na základě zhodnocení primárních dat byla stanovena hypotéza. *Nejvýraznějším sociálním elementem ve vzniku mentální anorexie jsou média.* V současnosti útočí na mladé dívky ze všech stran vyhublé modelky, které jsou úspěšné. Mladé dívky chtějí být stejně jako modelky štíhlé a oblíbené. Stačí, aby se k tomuto přidal další faktor a dívky se potýkají s mentální anorexií. Mezi sociální vlivy, které dnes mohou působit na anorektičky, patří změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti, přehnaný ideál štíhlosti ve společnosti a hojná nabídka potravin. Mění se kultura nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Společnost, která se přizpůsobuje západním standardům krásy, velmi rychle začne trpět pocitem tloušťky. Mezi kulturní faktory, které posilují strach z tloušťky patří tlak médií na představy a životní vzory současného člověka a hubnoucí ideál krásy.

7. Seznam použitých zdrojů

1. **BOBŮRKOVÁ, Eva.** Mohou za anorexii geny? *Mladá fronta dnes*. roč. XVIII/53, ISSN 1210-1168.
2. **COHEN, Robert. M.** *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, 199s. ISBN 80-7178-497-4.
3. **ČERNÁ, Ria.** Mentální anorexie v kontextu rodinného systému
[online] <http://www.anabell.cz/diplom/dip002.htm>, duben 19, 2002 [cit. duben 3, 2007]
4. **DIVIŠOVÁ, Jana.** Kdy se zbavíme anorexie? *Vlasta*. roč. 61, č. 16/2007, s. 24-25, ISSN 0139-6617.
5. **FOLTÝNOVÁ, Marie.** Mentální anorexie
[online] <http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=651&sekce=10> leden 16, 2006 [cit. březen 18, 2007]
6. **HALL, Lindsey. COHN, Leigh.** *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Vydavatelství, 2003, 240s. ISBN 80-86517-60.
7. **KOCOURKOVÁ, Jana.** *Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, 156s. ISBN 80-85824-51-5.
8. **KOCOURKOVÁ, Jana. KOUTEK, Jiří.** Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 3, s. 109-111. ISSN 1213-0508.
9. **KOUTEK, Jiří. et al.** Biologické faktory u poruch příjmu potravy s raným začátkem onemocnění. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: 2003, roč. 7, č. 2, s. 47-48. ISSN 1211-7579.
10. **KRCH, František. David.** *Mentální anorexie*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, 240s. ISBN 80-7178-598-9.
11. **KRCH, František. David. et al.** *Poruchy příjmu potravy. Výchova ke zdraví. Příručka pro učitele*. Praha: 2003, 32s.

12. **KRCH,František.David.et al.***Poruchy příjmu potravy*.2.aktualizované a doplněné vydání. Praha:GRADA Publishing,spol.s.r.o.,2005,256s.ISBN 80-247-0840-X.
13. **KRCH,František.David.***Chci ještě trochu zhubnout:Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*.Praha:Motto,1998,96s.ISBN 80-85872-86-2.
14. **KRCH,František.David.***Bulimie-Jak bojovat s přejídáním*.2.doplněné vydání. Praha:GRADA Publishing,2003,170s.ISBN 80-247-0527-3.
15. **KRCH,František.David.**Poruchy příjmu potravy
[online]http://www.pharmanews.cz/2006_06/potrava.html,červen 12,2006 [cit. duben 3,2007]
16. **KRCH,František.David.**Mentální anorexie
[online]<http://www.ordinace.cz/clanek/anorexie-mentalni-anorexie/>
únor 23,2004 [cit.únor 18,2007]
17. **KULHÁNEK,J.**Základní informace o poruchách příjmu potravy
[online] <http://www.idealni.cz>, aktualizace nevedena [cit leden 16,2007]
18. **LEIBOLD,Gerhard.***Mentální anorexie-příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Nakladatelství Svoboda,1995,240s.ISBN 80-205-0499-0.
19. **NESRSTOVÁ,Marie.**Poruchy příjmu potravy trápí čím dál více dívek i chlapců
[online] <http://www.adio2kate.blog.cz/0612/anorexii-trpi-cim-dal-vic-divek-a-chlapcu>, prosinec 12,2006 [cit. leden 18,2007]
20. **RUSHTONOVÁ,Rosie.** Jak sdělovací prostředky ovlivňují vaše sebepojetí
[online] <http://www.doktorka.cz> , aktualizace nevedena [cit leden 23,2007]
21. **ŠVANDOVÁ,Klára.**Poruchy příjmu potravy-mentální anorexie,mentální bulimie
[online]<http://www.retarder.cz/clanky.php?id=205&name=Poruchy-prijmu-potravy---mentalni-anorexie--mentalni-bulimie>, leden 23,2003 [cit.únor 16, 2007]

8. Klíčová slova

masmédia

mentální anorexie

módní vzory

poruchy příjmu potravy

vzhled

9. Přílohy

Příloha 1. Otázky používané při rozhovoru s cílovou skupinou

Příloha 2. Tabulka: Počet pacientů s diagnózou mentální anorexie hospitalizovaných v České republice

Příloha 3. Tabulka: Prevalence rizikových symptomů mezi českými středoškoláky

Příloha 4. Orientační test jídelních problémů

Příloha 5. Zhodnocení tělesné hmotnosti pomocí BMI

Příloha 6. Test: Mám sklony k anorexii?

Příloha 7. Fotografie dívek trpících mentální anorexií

Příloha 1.

Otázky pokládané při rozhovoru s cílovou skupinou:

1. Váš současný věk
2. Věk, kdy u vás začaly potíže s mentální anorexií
3. Vaše současné míry
4. Míry na počátku mentální anorexie
5. Co studujete
6. Jaká byly příčina vzniku mentální anorexie
7. Průběh mentální anorexie
8. Užívala jste projímadla či jiné léky na snížení hmotnosti
9. Provozovala jste závodně nějaký sport
10. Měla na vznik mentální anorexie vliv masmédia (hubené modelky v časopisech či v televizi)
11. Objevily se narážky okolí
12. Jaký máte vztah s rodiči
13. Trpěl někdo ve vaší rodině některou poruchou příjmu potravy
14. Co vás donutilo k léčbě

Příloha 2.

Tabulka: *Počet pacientů s diagnózou mentální anorexie hospitalizovaných v České republice (informace ze statistického odboru MZ ČR)*

ROK	ŽENY	MUŽI	CELKEM
1985	91	4	95
1989	122	13	135
1991	146	11	157
1994	164	10	174
1996	246	10	256
1998	577	24	601
2000	545	32	577

Příloha 3.

Tabulka: Prevalence rizikových symptomů mezi českými středoškoláky (údaje v %, dotazováno 614 mužů a 639 žen)

	MUŽI	ŽENY
Nespokojenost se svým tělem	34,3	57,4
Přání zhubnout (vždy, velmi často, často)	8,4	48,7
Snaha zhubnout (v minulosti)	16,6	56,2
Vynechávání hlavního jídla (denně, téměř denně)	16	34,4
Preference vegetariánské, makrobiotické kuchyně	2,7	8,4
Nikdy nejí maso	0,5	3,5
Omezování se v jídle ve strachu z tloušťky		
- častěji než jednou týdně	4,1	18
- častěji než jednou měsíčně	8,5	39,4
EAT -26=,>20	1,4	11,4

Na základě výsledků můžeme usuzovat, že incidence a prevalence MA v ČR je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a že měla v několika posledních desetiletích vzrůstající tendenci.

Příloha 4.

Orientační test jídelních problémů:

	Většinou ano	Někdy	Většinou ne
1) Mám hrůzu z nadváhy, i když objektivně nejsem tlustý/á (mohu se ale tak cítit)	2	1	0
2) Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	2	1	0
3) Před jídlem se mě často zmocňuje úzkost	2	1	0
4) Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře) nebo kategorii potravin (sladkosti, maso,...)	2	1	0
5) Po jídle se cítím provinile	2	1	0
6) Cítím, že ostatní mě nutí do jídla	2	1	0
7) Usilovně cvičím, abych spálil/a energii	2	1	0
8) Mám rád/a prázdný žaludek	2	1	0
9) Snadno se cítím přejedený/á	2	1	0
10) Cítím, že jídlo ovládá můj život	2	1	0

Výsledky: Po ohodnocení svých odpovědí a po sečtení bodů, byste neměli mít více než 5 bodů. V opačném případě jste už pravděpodobně překročili hranici „rozumné“ redukční diety a je vhodné přehodnotit svůj jídelní režim a přiměřenost tělesné hmotnosti.

Příloha 5.

Zhodnocení tělesné hmotnosti pomocí BMI

BMI = BODY MASS INDEX – vyjadřuje velikost nadváhy; lze podle něj určit riziko zdravotních komplikací obezity

BMI = hmotnost v kilogramech dělený druhou mocninou výšky v metrech

BMI < 18,5	<i>podváha</i> -nízké riziko jiných zdravotních komplikací
BMI 18,5 - 24,9	<i>normální váha</i> - minimální riziko zdravotních komplikací
BMI 25 - 29,9	<i>nadváha</i> (< 26.9 nízké riziko) lehce zvýšené riziko zdravotních komplikací
BMI 30 - 34,9	<i>obezita I.stupně</i> – středně zvýšené riziko zdravotních komplikací
BMI 35 - 39,9	<i>obezita II.stupně</i> – vysoké riziko vzniku zdravotních komplikací
BMI > 40	<i>obezita III.stupně</i> (těžká, morbidní obezita)- velmi vysoké riziko vzniku zdravotních komplikací

Příloha 6.

Test: Mám sklony k anorexii?

1. Velice si hlídám svou štíhlou linii a jím jen light potraviny. ANO x NE
2. Hodně lidí mi říká, že jsem hubená, ale já vím sama, jak to s mojí váhou je. ANO x NE
3. Jím tehdy, když mám hlad, ale často vypiji i jen vodu, abych se zasytila. ANO x NE
4. Moje maminka byla taky hodně štíhlá, a tak se snažím být jako ona. ANO x NE
5. Štíhlost je pro mě to jediné, co má v mém životě smysl a čeho určitě dosáhnu. ANO x NE

Výsledky: Jestliže máte maximálně dvě kladné odpovědi, nemusíte se anorexie obávat.

U tří a více kladných odpovědí byste měla poprosit své nejbližší o pomoc.

Příloha 7.

Fotografie dívek trpících mentální anorexií

