

Bakalářská práce

2008

Ludmila JANOUŠOVÁ

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Problematika mentální anorexie
a možnosti její léčby

Vedoucí práce: Mgr. Iva Žlábková

Autor práce: Ludmila Janoušová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: třetí

2008

Prohlášení o samostatném zpracování práce

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem zpracovala 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 17. května 2008

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivě Žlábkové za vstřícnost a ochotu. Za cenné a praktické informace, připomínky a metodické vedení práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pochopení, kterou mi poskytovala po celou dobu mého kombinovaného studia.

ÚVOD	6
1. MENTÁLNÍ ANOREXIE V HISTORICKÉM POHLEDU NA ŽENU	8
2. DEFINICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	9
2.1 DEFINICE MENTÁLNÍ ANOREXIE (F50.0).....	11
2.2 CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	12
3. PŘÍČINY MENTÁLNÍ ANOREXIE	14
3.1 DISPOZICE K MENTÁLNÍ ANOREXII, JEJICH SHRNUÍ	14
3.1.1 Genetická a biologická dispozice	15
3.2 VÝVOJOVĚ PODMÍNĚNÉ SPECIFICKÉ ZÁTĚŽE.....	15
3.3 ODMÍTÁNÍ ŽENSKÉ ROLE	16
3.4 DYSFUNKČNÍ RODINA	16
3.5 SOCIOKULTURNÍ FAKTORY	18
4. PROJEVY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	19
4.1 OSOBNOST NEMOCNÝCH TRPÍCÍCH MENTÁLNÍ ANOREXIÍ	21
4.2 ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	23
4.3 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	27
4.4 SHRNUÍ PROJEVŮ MENTÁLNÍ ANOREXIE	29
5. LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE	29
5.1 LÉČBA TĚLESNÝCH NÁSLEDKŮ	30
5.2 LÉČBA PSYCHICKÝCH NÁSLEDKŮ	31
5.2.1 Hlubinné psychoterapeutické rozhovory	31
5.2.2 Psychoanalýza	32
5.2.3 Individuální psychologie	33
5.2.4 Behaviorální terapie	34
5.2.5 Léčení nemocné rodiny – rodinná terapie	34
5.2.6 Skupinová psychoterapie.....	35
5.2.7 Psychoterapie orientovaná na tělo.....	36
5.2.8 Další druhy terapií.....	36
5.2.9 Shrnutí léčby mentální anorexie.....	36
<u>ZÁVĚR</u>	<u>38</u>

POUŽITÁ LITERATURA 40

ABSTRAKT 42

ABSTRAKT 43

Úvod

Jako téma své práce jsem si vybrala poruchy příjmu potravy. Přesněji mentální anorexii. Toto téma mě velmi zajímá, protože v dnešní společnosti jsou poruchy příjmu potravy velice častou nemocí. Uvádí se, že každá desátá žena má problémy s poruchou příjmu potravy. Proto se v této bakalářské práci pokusím vysvětlit důvody, které ženou dívky do náruče této nebezpečné choroby, popsat její projevy, příčiny a možnosti nápravy.

Hlavním cílem práce je definovat problematiku mentální anorexie a možnosti její léčby. Tato práce je napsána na základě podkladů z odborné literatury, je prací teoretickou. Stěžejní literaturou pro vznik této práce je: „Mentální anorexie“ od Bernarda Leibolda, „Anorexia nervosa“ od Hany Papežové, „Mentální anorexie“ od Františka Krcha a „Psychopatologie pro pomáhající profese“ od Marie Vágnerové. V první a druhé kapitole se věnuji historickému pohledu na ženu a definici mentální anorexie. Třetí a čtvrtá kapitola je zaměřena na příčiny a projevy mentální anorexie a pátá kapitola je se zabývá léčbou mentální anorexie, při čemž nejdůležitější knihou pro tuto kapitolu je kniha Stanislava Kratochvíla „Základy psychoterapie“.

Toto téma je v dnešní době velice živé a týká se velkého množství dívek a žen. Jako jeden z významných faktorů přispívajících k rozvoji poruch příjmu potravy a nezdravého vztahu k vlastnímu tělu vůbec, je často zmiňován celospolečenský důraz na štíhlou postavu a dobrý vzhled. S výjimkou antiky nebyl nikdy v minulosti na vzhled kladen takový důraz jako v dnešní euroamerické kultuře. Odborníci hovoří v této souvislosti o kultu těla, zdraví a štíhlosti jako jevu, který ovládá celou západní společnost. Téměř celá evropská civilizace je posedlá touhou po pevné, štíhlé postavě.

Ve společenské hierarchii je ženám, na rozdíl od mužů, přisuzována hodnota na základě srovnání s kulturně stanoveným tělesným ideálem. Pokud chce být žena úspěšnou a uznávanou, mělo by být takové i její tělo.

Tento fakt stojí u zrodu kultu těla a přispívá k jeho rozšiřování. Tělo se stává objektem péče a opatrování. Je mu věnována nadměrná pozornost, která dříve náležela pouze božstvu. Tento pohled je sice velmi povrchní a prázdný, ale bohužel většina naší společnosti se s ním ztotožňuje. Celospolečenský tlak je díky reklamě tak velký, že se sice velmi tiše, ale již začínají ozývat hlasy, které volají po změně tohoto „ideálu“. Jsou to hlasy odborníků na výživu, psychologů a lékařů, kteří varují před poruchou příjmu potravy jako před velmi nebezpečnou nemocí, která může končit i smrtí. Jak dlouho však bude trvat, než to pochopí například módní návrháři a výrobci reklam je ovšem věc druhá. Podívejme se na např. na dnešní Českou Miss, jejich vyhublost hraničí s mentální anorexií. Přesto jsou společností preferovány a vyzdvihovány. Jsou nejkrásnějšími ženami této země. Znamená to snad, že by se i ostatní ženy měly snažit o míry 87-57-89, 55 kg na 176 cm výšky a BMI 17,76, aby se vyrovnaly vítězce České Miss – tomuto ideálu?

Dříve byla považována hubenost za předzvěst nemoci, muži považovali za ideál krásy oblé tvary, které symbolizovaly nejen zdraví, ale i rodinnou pohodu. Zatímco z kulatějších dam vyzařovala pohoda, hubenost signalizovala nemoc a neurotismus.

Dnešní moderní výzkumy ale dokazují pravý opak. Pokud se zeptáte muže, jaká by měla být jeho budoucí žena, mezi výčtem vlastností nechybí i ono „štíhlá“. Tukové polštáře na lidském těle se stávají symbolem podřadnosti, snad i méněcennosti. Slavnou modelkou Twiggy začala v šedesátých letech vlna vychrtlých anorektiček. Tohoto využili samozřejmě výrobci různých „zaručených“ prostředků na hubnutí a začali na hubeném lidském těle stavět svůj dnes tak rozšířený a gigantický trh. I přes mnohé pozitivní signály na změnu stylu nelze říci, že by se vše obracelo ve prospěch normální váhy. Naopak, trend vyhublosti se čím dál více rozšiřuje a náš „pomyslný ideál krásy“ jen hubne a hubne...

Jak dlouho bude trvat, než se tento kult štíhlosti ve společnosti obrátí a změně zůstává otevřenou otázkou.

1. Mentální anorexie v historickém pohledu na ženu

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Jsou o nich zmínky už v šestnáctém, sedmnáctém století, ale tehdy pochopitelně nebyly popisovány jako mentální bulimie či anorexie. První popis mentální anorexie je z roku 1694 a popsal ho Richard Morton. Popsal dva případy úmyslného odmítání potravy u chlapce a dívky. V 19. stol William Gull a Charles Laseque upozornili lékařskou veřejnost na další případy, které byly podobné těm předchozím i současným. Jednalo se vždy o extrémní vyhublost a nadměrnou aktivitu. V české odborné literatuře popsali první poruchy příjmu potravy a jejich léčení na interním a neurologickém oddělení Otakar Janota a Vratislav Jonáš v roce 1941.¹

Je to jakási představa, která určuje co je, a co není krásné. Je samozřejmé, že se tato představa v průběhu historie měnila a vyvíjela. Pokud začneme vážně od dob nejstarších, můžeme si ideál krásy demonstrovat na sošce Věstonické Venuše, která pochází z období pravěku. Je stará 25 000 let a jasně ukazuje, co bylo krásné pro tuto dobu. Její výrazné, ženské tvary byly symbolem mateřství, plodnosti, zachování rodu. V dnešní době by tato žena byla jistě jen symbolem nadváhy. V dalších obdobích ať v umění renesance, baroka, klasicismu, romantismu měly ženy vždy plné tvary, kterými se mohly pyšnit.

Idealizování štíhlé postavy je poměrně novým fenoménem, objevující se ve větší míře zhruba od dvacátých let. Preferovaná postava je v tomto období prezentovaná zejména módními časopisy. Krátce po druhé světové válce začíná převládat styl Frapper vyžadující chlapeckou postavu s téměř plochou hrudí. Ženy si stahovaly hrudník pomocí korzetů, držely hladovky a cvičily ve snaze přiblížit se tomuto ideálu. Ženské časopisy propagovaly již v této době projímadla či čaje na hubnutí.

¹ Srov. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, s. 10.

Od třicátých let do padesátých let minulého století se módní ideál posunul od k mírně plnějším tvarům hollywoodských hvězd. Na scéně se objevuje Marilyn Monroe. Oslavovaná jsou plná ňadra a štíhlý pas.

Na počátku šedesátých let se opět objevuje „tělesný redukcionismus“. Štíhlost se stává symbolem příslušnosti k vyšší společenské vrstvě. Vzorem mnoha mladých dívek se stává britská modelka Twiggy. Podobný trend k redukci tělesnosti pokračuje i v sedmdesátých letech. Ideál krásy osmdesátých let byl štíhlý, ale fyzicky zdraví. Jeho příkladem jsou modelky Claudie Schiffer a Cindy Crawford. Až v devadesátých letech nastupují vychrtlé modelky „heroinového“ stylu. Zatímco v padesátých letech vážila průměrná modelka o osm procent méně než běžná žena, na konci dvacátého století už to bylo téměř o dvacet pět procent.

Mezi modelkami, které jsou na veřejnosti prezentovány jako ideály krásy, trpí velké procento z nich mentální anorexií. Podporu nacházejí hlavně u slavných návrhářů, kterým se každá modelka, která má o dvě kila navíc, zdá příliš tlustá. Ideálem dnešního světa je žena, která je nejen štíhlá, ale rovněž mladá, která nevykazuje známky stárnutí. Tento ideál je však pro naprostou většinu žen nedosažitelný. Proto zda bude trend obdivu vychrtlých ženských postav pokračovat, či zda bude nahrazen jiným, zůstane zatím nezodpovězenou otázkou.

2. Definice poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické změnou postojů k vlastnímu tělu, nepřiměřeným hodnocením jeho hmotnosti a kontrolou tělesných proporcí. Z toho pak vyplývají poruchy jednání vztahující se k jídlu a percepční poruchy. Jsou to velmi závažné poruchy, které jsou

obtížně léčitelné, které vznikají nejčastěji v dospívání a jejich výskyt se celosvětově zvyšuje.²

„Tam, kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality, nebo prosté pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující a asketické chování.“³

Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. I přes svoji zdánlivou odlišnost mají mnohé společné. Představují ve svých projevech mezní polohy nutričního chování od života ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené s používáním projímadel a zvracením, nebo hladověním. Obě poruchy mají velmi mnoho společného. Spojuje je intenzivní snažení o dosažení štíhlosti spojené s omezováním příjmu potravy, strach z tloušťky, nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem.⁴

Obě tyto poruchy patří mezi poruchy biopsychosociální. Příčiny bývají biologické, psychické i sociální. Mentální anorexie i mentální bulimie jsou onemocnění psychická, 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. V České republice postihují poruchy příjmu potravy až 3% rizikové populace mladých žen a dívek. Až 20% chronických případů končí předčasným úmrtím.⁵

V tabulce č. 1 jsou uvedeny rozdíly mezi mentální anorexií a mentální bulimií. Mezi hlavní rozdíly patří doba vzniku, vnímání vlastního těla, psychické a tělesné problémy, jak dosahují ztráty hmotnosti apod.

² Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002, s. 45.

³ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 115.

⁴ Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. s. 35

⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s.465.

ONEMOCNĚNÍ	MENT. ANOREXIE	MENT. BULIMIE
Začátek onemocnění	ve 13-18 letech v 85%	v 16-20 letech v 70%
Časný začátek	v 11 letech	v 13-15 letech
Prevalence	1%	0,7-7,7%
Menarche	později	dříve
Menstruace	amenorea	pravidelná
Úbytek hmotnosti	restrikce, diety	laxativa, diety, diuretika
Obezita rodičů, prarodičů	v 15%	Nevýznamná
Kormobidní poruchy	deprese	depresivní sny, tentamen suicidií, opoziční chování
Percepce vlastního těla	bludná	Správná, ale velká sebenenávisť

Tab.I.: základní rozdíly mezi mentální anorexií a mentální bulímií ⁶.

2.1 Definice mentální anorexie (F50.0)

Mentální anorexie nastupuje nejčastěji v období puberty a je desetkrát častější u žen než u mužů. Po třicátém roce již většinou nevzniká. U chlapců je mnohem méně častá, v literatuře je udáván poměr nemocných chlapců a dívek 1 : 10. Množství nemocných je odhadováno v rozpětí 0,5 – 1% ženské populace daného věku.⁷

Tento fakt plyne z toho, že dívkám se začíná ukládat tělní tuk a začínají se žensky zaoblovat, což se jim přirozeně nelíbí, jelikož se tak začínají vzdalovat dívčímu ideálu krásy, zatímco chlapci v pubertě nabírají

⁶ Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002

⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. s. 464.

svaly, čímž se svému ideálu přibližují. Dívky, kterým se takto výrazně změní jejich dívčí postava, pak lehce propadnou myšlenkám, že pokud nevypadají jako modelky z reklam, nemají ve svém životě žádnou šanci. Pokud těmto myšlenkám podlehnou, mentální anorexie má pak dveře zcela dokořán.⁸

Mentální anorektičky odmítají jednu ze základních životních potřeb, a tou je jídlo. Důvodem není nechutenství, ale to, že si připadají tlusté a ošklivé, i když objektivně nemají vůbec nadváhu. Pacientky mají změněný postoj k jídlu a potřebám výživy, mají radost z váhového úbytku. Přejí si být extrémně štíhlé, bez ohledu na nepřiměřenost své nízké váhy. Mají narušené vnímání tělesného schématu (pocit velkého zadku, břicha a tlustých stehen) s chorobným strachem ze ztloustnutí. Vytrvale hubnou, ale nikdy pro ně není aktuální váha dostatečně nízká, a tak se roztáčí kolotoč lží, diet a neustálého hubnutí. Nepřetržitě mluví o tom, co snědly, jak je jim těžko, a jak jsou tlusté. Nenávidí pohled do zrcadla, a především nenávidí své tělo. Straní se okolí a přátel, jsou zaujaty jen jídlem, počítají jen sněžené kilojouly, usilovně cvičí, aby energie, byť jen z jediného jablka. Typická je hyperaktivita provázená extrémním cvičením, s naprostým popřením nemoci. Časem přichází zástava menstruačního cyklu, bradykardie, občasné epizody bulimie. Pacientky jsou zaměřené na výkon, perfekcionistické.⁹

2.2 Charakteristické znaky mentální anorexie

Pacienti s mentální anorexií si aktivně udržují abnormálně nízkou tělesnou váhu (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než BMI 17,5). Prepubertální

⁸ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 25.

⁹ Tamtéž, s. 26.

pacienti pak nesplňují během růstového vývoje očekávaný váhový přírůstek.¹⁰

Mají vytrvalý strach z tloušťky, trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost. Dívky mají zkreslenou představu o vlastním těle, která se jim vrací, jako vtíravá obava z dalšího tloustnutí a ta je vede ke snížení už tak velmi nízkého hmotnostního prahu. Pacienti si snížení hmotnosti způsobují tím, že se vyhýbají vysokoenergetickým pokrmům, užívají laxativa (projímadla), anorektika (látky, které potlačují chuť k jídlu), diuretika (látky, které způsobují odvodnění organismu, a podporují vylučování moči).¹¹

U žen dochází k poruše menstruačního cyklu – menstruace se úplně zastaví, pokud jim nejsou podávány hormonální přípravky. Jestliže nastoupí začátek nemoci před pubertou, jsou tělesné projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjí prsa a ženské orgány – u hochů zůstávají dětské genitály. U dívek dochází k primární amenoree (nedostaví se první menstruace). Po uzdravení dojde většinou k normálnímu dokončení puberty, avšak první menstruace u dívek je opožděna.¹²

Popírají tělesnou podváhu, mají narušené vnímání svého těla – navzdory podváze si připadají nemocné, normální, nebo tlusté a ignorují závažnost nízké tělesné hmotnosti. Na jejich sebevědomí má nepatřičný vliv tělesná hmotnost či stavba těla.¹³

¹⁰ Srov. KRCH, F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003, s. 34.

¹¹ Srov. KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 158.

¹² Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 69-71.

¹³ Srov. KINGSLEY, A., KINGSLEY, J. *Alice v zrcadle*. Brno: Jota, 2006, s. 136.

3. Příčiny mentální anorexie

O možných příčinách bylo vysloveno mnoho teorií, které jen zdůrazňují to, co je příznačné pro dospívající dívky. Stejně jako při jiných formách manického postoje k jídlu existují také pro vznik mentální anorexie individuální a sociální příčiny. Začátek vzniku mentální anorexie je vždy spojen se souhrou několika nepříznivých náhod a vlivů, mezi kterými vystupují ty, které jsou významné z hlediska držení diet. Významnou roli hraje i nejistota spojená s dospíváním, osobní zájmy, zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině apod.¹⁴

U nemocných s mentální anorexií se sice relativně častěji vyskytují problémy jako například nízké sebehodnocení, duševní poruchy u rodičů, rozvrácené vztahy, alkoholismus, ty se ale vyskytují u jiných psychických problémů a nemají specifický vliv na vznik mentální anorexie. Představují jeden z rizikových faktorů, který ukazuje dítěti často špatný vzor pro řešení problémů a komplikují tak uzdravení nemocného dítěte.¹⁵

3.1 Dispozice k mentální anorexii, jejich shrnutí

Mentální anorexie nemá jedinou, přesně určenou příčinu, rozvíjí se pravděpodobně jako důsledek komplexního působení biologických, psychických i sociálních faktorů, v rámci spolupráce určitých dispozic se zátěžovými vlivy. Mezi tyto dispozice patří: genetická dispozice, biologická dispozice, vývojově podmíněné specifické zátěže, odmítání ženské role, dysfunkční rodinné vztahy a sociokulturní faktory. Tyto vlivy nemusí být

¹⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 468.

¹⁵ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 119

příliš specifické, může se s nimi setkat i mnoho dalších lidí, kteří na mě budou reagovat jinak, než vznikem mentální anorexie.¹⁶

3.1.1 Genetická a biologická dispozice

Genetická dispozice může být vlivem zvyšujícím riziko vzniku této nemoci. Je zjištěn její častější výskyt v rodině. Například sestry anorektických pacientek jsou ohroženy touto nemocí pětkrát častěji než zbytek populace. Genetické výzkumy též prokázaly vazbu mezi vznikem mentální anorexie a afektivní poruchy, především deprese.¹⁷

Na vzniku poruch jídla z hlediska biologických dispozic jsou považovány změny funkce hypotalamu, který je důležitý pro regulaci příjmu potravy. Tato dysfunkce se může projevit až v podmínkách zvýšené psychické zátěže. Ke vzniku uvedených problémů může přispět narušení neurohumorálních a neurotransmitterových systémů regulujících pocit hladu. Na tomto procesu se podílejí různé skupiny neurotransmiterů např. noadrenalin, serotonin a dopamin. Dysfunkce serotoninergního systému ovlivňuje vznik špatné nálady a posiluje tendenci k nekontrolovatelnému přejídání. Centrální nedostatek serotoninu je považován za možnou příčinu vzniku mentální anorexie. Nastartování serotoninových drah vede ke snížení množství jídla i k méně častým intervalům mezi jídlem. Noadrenalin má opačný efekt, podporuje chuť k jídlu.¹⁸

3.2 Vývojově podmíněné specifické zátěže

Ke vzniku poruch jídla mohou přispět také biologické a psychické změny během dospívání, nebo změny sociálně podmíněné např. přestup na jinou školu. Hlavně dospívání je rizikovým obdobím pro vznik mentální

¹⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s.467.

¹⁷ Tamtéž. s. 468.

¹⁸ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 25.

anorexie. Je to období spojené s rozvojem vlastní identity, odpoutání se od rodiny, s přijetím ženské role a sexuality. A pro některé dívky je toto období plné změn, velmi náročné a málo přitažlivé a tak se s ním nedokáží vyrovnat. Mentální anorexii lze chápat jako projev akcentovaně asketického postoje. Již v roce 1946 upozorňovala Anna Freudová, že obraným mechanismem dospívajících bývá někdy asketismus, protože jim povoluje potlačit pudové tendence, s kterými se nedokáží srovnat. Mentální anorexie tak podle Vágnerové funguje jako jedna z variant adolescenčního moratoria, jako prostředek psychobiologické regrese.¹⁹

3.3 Odmítání ženské role

Anorektické pacientky nepovažují ženskou roli za příliš atraktivní, proto se jí snaží vyhnout. Tato role v nich vyvolává odpor a strach z neznámého. Ztráta tělesné hmotnosti vede ke zmizení sekundárních pohlavních znaků, jejich postava nevypadá žensky a dochází k amenoree. Vliv na rozvoj této poruchy také mívají matky, které nejsou smířeny se svou rolí a proto fungují jako nepřijatelný model. V takovéto rodině též chybí vzor otce, který by fungoval jako vzor komplementární role. Tím by napomáhal k rozvoji ženské identity svojí dcery.²⁰

3.4 Dysfunkční rodina

Sociální příčiny jsou považovány za významné z hlediska vzniku mentální anorexie a jako posilující faktory. Je předpoklad, že za vznik mentální anorexie můžou dlouhodobě dysfunkční rodinné vztahy. V takovémto prostředí bývají příliš narušené vztahy s tendencemi k vzájemné manipulaci bez jasného vymezení pozice každého člena.

¹⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 468.

²⁰ Tamtéž, s. 468.

Typické je to, že nedokáží věcně komunikovat, řešit konflikty a přijímat rozhodnutí. Převažující je atmosféra popírání jak emocí, tak i problémů. Aby taková rodina vypadala navenek jako bezproblémová, potřebuje udržet daný stav věcí, který představuje určitou rovnováhu. Pro dosažení takového stavu musí regulovat životy všech členů a zejména těch, kteří jsou na ní nejvíce závislí. Často jde o rodiny perfekcionistické, které jsou zaměřeny na výkon a úspěch a to samé vyžadují od svých dětí. Proto je problém pro děti žijící v těchto rodinách se osamostatnit, protože rodina reaguje na jakýkoliv pokus úzkostí a chováním, které má zajistit udržení současného stavu. Dospívající dítě pomáhá rodině udržovat stabilitu, kterou nedokáže dosáhnout jiným způsobem. U dítěte, které musí žít v této rodině lze říci, že mentální anorexii považuje jako projev pasivní vzpoury omezené na oblast jídla, protože jiný způsob je nedostupný.²¹

K rozvoji mentální anorexie bývá zdůrazňován vztah mezi matkou a dcerou. Matky anorektických dívek jsou popisovány jako perfekcionistické, málo empatické. Potrpí si na pořádek a dodržování pravidel a po dětech chtějí, aby dosahovaly co nejlepších výkonů. Jsou k nim často velmi kritické. Příliš se angažují a své děti omezují. Samy mívají nízké sebevědomí, nejsou si jisty ani svou mateřskou rolí a jsou příliš závislé na souhlasu a ocenění svého okolí. Podle této teorie je zdroj problémů viděn v neschopnosti odpoutat se ze závislosti z této vazby. Pro tuto teorii svědčí nejistota anorektických dívek, závislost na ocenění od okolí a z toho vyplývající ochota plnit všechny požadavky okolí. Jde o konflikt mezi potřebou nezávislosti a strachem ze ztráty opory. U takovýchto dívek se rozvíjí stejné osobnostní rysy, jako mají jejich matky.²²

²¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 469.

²² Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 87.

3.5 Sociokulturní faktory

Tyto faktory též přispívají ke vzniku mentální anorexie. Podle této teorie (teorie učení), je mentální anorexie považována za nepřiměřenou reakci na aktuální sociokulturní normu. Jde o důsledek vlivu televizí prezentovaných ženských vzorů, které zdůrazňují štíhlost jako ideál krásy a předpoklad sociálního úspěchu. Potvrzení abnormality vyšší hmotnosti lze najít v omezené nabídce oblečení pro větší velikosti. Zhoubně také působí názor, že lze vlastní tělo téměř libovolně ovlivňovat. Nadváha je proto chápána jako nedostatek vůle a neschopnost člověka něco s tím udělat. Jedním z mnoha důvodů strachu z tloušťky je právě skandalizace obezity. Už v mateřských školách popisují děti obézní osoby jako líné, hloupé a nešikovné. Diskriminace a zesměšňování provází obézní děti již na základních školách. Nepřátelství vůči obézním a strach z tloušťky mohou pramenit právě z toho, že je nadváha spojovaná s nedostatkem sebekontroly a silné vůle. Nikde už samozřejmě neříkají ani to nepropagují, že sklon k větší hmotnosti může být dán geneticky.²³

Jídlo tak ztrácí svou funkci a jeví se jako zdroj ohrožení. Proto pro pacienty se snížení hmotnosti stává cílem, na který se upnou, jelikož si myslí, že díky tomu dosáhnou společenského úspěchu a pozitivního sociálního hodnocení. V souvislosti s touto vidinou se vytvoří fobie z obezity. Riziko vzniku mentální anorexie podporuje dnešní pohled na naši společnost. Nadbytek potravin pokřivil pudovou potřebu nasytit se podle potřeb vlastního těla, a v současné západní společnosti se omezování jídla stalo symbolem příslušnosti k určité rase.²⁴

²³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 470.

²⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 470.

4. Projevy mentální anorexie

Základním prvkem mentální anorexie je patologický strach ze ztloustnutí spojený se základní redukcí příjmu jídla. Základní kritéria mentální anorexie lze shrnout takto:

Jako svůj hlavní úkol si pacient stanoví redukcí své tělesné váhy a to za pomoci drastických diet, projímadel, diuretik anorektik podpořených usilovným cvičením. Strach z tloušťky je spojen se strachem z jídla. Potřeba hubnout má nutkavý charakter, nemocný nemůže přestat, protože by přišel o sebeúctu. Pokud dívky dosáhnou ideální váhy, pokračují dál, protože se bojí extrémního ztloustnutí. Hladovění jim přináší uspokojení a snižuje pocit úzkosti. Pokud by se anorektická dívka najedla, bude prožívat nepříjemné pocity. Vytváří se u nich závislost na pocitu hladu. To je pro ně důkaz, že netloustnou a proto mohou být se sebou spokojeni. V důsledku dlouhodobého strádání dochází k vyhasnutí normálních tělesných signálů, přichází ztráta chuti na jídlo i ztráta pocitu hladu. Pacientky již nemají schopnost reálně vidět vlastní tělo.²⁵

Hladovění se však organismus brání. U některých dívek dochází v rámci těchto obran organismu k přejídání, protože potřeba jídla je již tak velká, že se nelze ubránit. A to roztáčí známý kolotoč zvracení, cvičení a projímadel. V literatuře se uvádí, že takto reaguje 30 – 50% mentálně anorektických pacientek.²⁶

Pokud se dívka rozhodne zhubnout za každou cenu, je už poté velice těžké rozlišit, kde končí rozumná dieta a začíná mentální anorexie. Proto bych chtěla na úvod říci, jak lze bezpečně rozpoznat mentální anorexii.

Mění se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná, nebo nezdravá. Anorektičky

²⁵ Srov. KRCH, F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003, s. 51.

²⁶ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 189.

nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Postupně je však zákaz rozšířen i na další jídla, jako je bílé pečivo, maso, knedlíky, vaječné těstoviny. Nakonec pacientce zůstanou jen light jogurty, ovoce a zelenina.²⁷

Mění se jídelní režim. Anorektičky si důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“. Stále častěji se vyhýbají i hlavnímu jídlu. Jejich stravovací návyky jsou dodržovány se stále větší důsledností. Na jídlo najednou nemají chuť nebo čas a začínají narůstat lži a podvody kolem jídla. Po ránu se vymlouvají, že nejsou zvyklí snít, a doma se večer vymlouvají, že už jsou po večeři, že jedly u kamarádky, u babičky atd.²⁸

Při jídle se neuroticky srovnávají s ostatními, chtějí co nejmenší porce. Většinou hodně žvýkají žvýkačky, uždibují a starší jedinci kouří.²⁹

Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se rýpají, dlouho si jídlo prohlíží a vybírají co snít, a co ne. Potraviny si dělí na miniaturní kousíčky, jídlo protahují tak dlouho, že se nestihnou najíst. Trvají na tom, že si musí jídlo vychutnat, nebo, že musejí jíst v klidu, což znamená, že například ujdají jeden malý light jogurt miniaturní lžičkou i 20 minut.³⁰

Mění se jim chuť, někdy hodně solí, pije kávu a snadno se jim udělá po nějakém jídle špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak svůj hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace.³¹

Izolují se při jídle od ostatních. Přecitlivě reagují na to, když je někdo při jídle pozoruje, nebo například mlaská. Připravují si pro sebe jiné, méně energicky vydatné jídlo. Když jedí, vypadají napjatě a strnule. Snadno se cítí přejedené a mluví o tom, jak veliké množství snědly. Jablka jsou najednou obrovská a rohlík se nedá sníst, jak je sytý.³²

²⁷ Srov. VOMASTEK, P. *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000, s. 68.

²⁸ Srov. KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 102.

²⁹ Srov. HORNBACHER, M. *Na dně*. Ostrava: Domino, 1998, s. 145.

³⁰ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: GRADA PUBLISHING, 2005, s. 52.

³¹ Tamtéž. s. 53.

³² Tamtéž, s. 54.

Často vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, chtějí si dát do těla, zpotit se. Klidně dokážou chodit několikakilometrové vzdálenosti pěšky, posilovat několik hodin, nebo být při cvičení v neprodyšném oblečení. Nedokáží se uvolnit a jen tak sedět. Zhoršuje se jejich schopnost učit se. S narůstající podvýživou může přijít únava, apatie a vyčerpanost.³³

Příliš se soustřeďují na to, jak vypadají. Neustále se váží, nebo kontrolují v zrcadle. Oblékají se do plandavých širokých věcí, aby ostatní neviděli jejich vyhublost, nebo naopak jsou na svojí postavu tak pyšni, že si oblékají upnuté věci, které zdůrazňují jejich vychrtlost.³⁴

Projevují zásadní odpor proti jídlu. Na nátlak jíst, reagují anorekticky zásadním odporem. Vymýšlí si spoustu argumentů, proč nemůžou jíst, že jsou nafouklé, nemají chuť apod. Pokud jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Jedí jenom proto, aby „uklidnily“ rodiče.³⁵

Jídlo si schovávají. Někdy rodiče nacházejí schované jídlo ve skříních, pod postelí a na různých místech v celém bytě.³⁶

4.1 Osobnost nemocných trpících mentální anorexií

Z výsledů mnoha studií vyplývá, že osobnosti dívek trpících mentální anorexií, vykazují podobné znaky. Samozřejmě toto neplatí úplně pro všechny nemocné dívky.

Pro většinu tedy platí:

Perfekcionalismus- chování dívek s anorexií vykazuje známky přesvědčení o tom, že lásku si člověk musí zasloužit a vykoupit zvýšeným úsilím, skvělým chováním a výborným zevnějškem. Mají utkvělou

³³ Srov. KRCH, F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003, s. 55.

³⁴ MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 144.

³⁵ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s.79

³⁶ Tamtéž, s. 78.

představu, že neschopnost dosáhnout dokonalosti povede k odmítnutí. Takové schéma vede k úctě k autoritám a citlivosti ke společenským požadavkům na štíhlost, nebo ke zdůrazňování čistotnosti, nebo zvýšené potřebě pracovního úspěchu. Často se vyskytuje černobílé myšlení. Věci jsou buď dobré, nebo špatné, existuje pro ně jen úspěch, nebo pád.³⁷

Odlišnost emočního prožívání – jsou více citlivější, mají větší schopnost hlubšího citového prožívání. Mají tendenci svoje emoce potlačovat, díky zvýšené sebekontroli. Pacientky nedokáží procítit naplnou radost, ani projevit zlost. Nejsou schopny prožívat klid a pohodu, jsou často depresivní. Mají sklon k racionalizaci. Dívky trpí zvýšenou úzkostí a dráždivostí, která se projevuje hlavně v jejich způsobu nahlížení na povinnosti a v neustálé potřebě potvrzování si vlastní hodnoty.³⁸

Specifický způsob uvažování – projevuje se hlavně ve vztahu k vlastnímu tělu, jehož hodnocení neodpovídá realitě. Typická bývá nechuť ke kompromisům. Anorektické dívky mívají normální inteligenci, bývají úspěšné ve škole a velmi často studují. Jejich úspěch však nemusí být daný tím, že by měly nadprůměrnou inteligenci, ale tím, že jsou svědomité a perfekcionistické. Nejdůležitější věc je pro ně snaha vyhnout se neúspěchu. Jejich nejistota se projevuje nízkou potřebou vyhledávat nové podněty a vzrušení.³⁹

Odlišnost regulace a regulačních kompetencí – jsou závislé na pozitivním hodnocení okolí, bývají sportovně založené, velmi aktivní. Tyto sportovní aktivity můžeme hodnotit právě jako potřebu dokonale ovládat svoje tělo. Bývají svědomité, odpovědné. Mnohdy se dá mluvit až obsedantních rysech osobnosti. Důležitý je jejich důraz na plnění norem

³⁷ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, s. 23.

³⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 473.

³⁹ Tamtéž, s. 473.

a pravidel. Mají vytyčené vzory, kterým se chtějí podobat, víc než je obvyklé mezi jejich vrstevníky.⁴⁰

Sebepojetí – anorektické dívky mají obvykle nižší sebevědomí, jsou sebekritické bez ohledu na vlastní úspěchy. Nejistota se odráží právě zvýšenou potřebou sebekontroly. Problémovým a konfliktním situacím se snaží vyhnout. Prožívají více pocity viny a mají tendenci k sebeomezování.⁴¹

Vztahy k jiným lidem – ve vztahu k ostatním lidem bývají anorektické dívky více nedůvěřivé a uzavřené. Povahu mají spíše introvertní. V dětství se příliš nekamarádí. Jejich obava z negativního hodnocení není příliš dobrý předpoklad pro udržení vyrovnaného kamarádského vztahu. Jakákoliv kritika je pro ně výraz nepřátelství. Vztahům s opačným pohlavím se raději vyhýbají, je zde velká pravděpodobnost, že se jich obávají.⁴²

4.2 Zdravotní následky mentální anorexie

Tělesné následky, které se objeví jako důsledek odmítání potravy, závisí na době, kterou pacient odmítal normálně přijímat potravu. Často uplyne dlouhá doba než se pacienti dostanou k odbornému lékaři, protože dokáží své blízké a okolí dlouhou dobu oklamávat. Někdy se však může stát, že už je pozdě, protože už došlo k takovým tělesným postižením, že se již bohužel nedá zabránit smrti. Na následky mentální anorexie umírá až 10% postižených pacientů, protože byla léčba zahájena pozdě. K těmto tragédiím by samozřejmě nemuselo docházet, pokud by si příbuzní dříve všimli, co se s jejich blízkými děje.⁴³

⁴⁰ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 123.

⁴¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 472.

⁴² Srov. YBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000, s. 117.

⁴³ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: GRADA PUBLISHING, 2005, s. 66.

Reagují zvýšenou citlivostí na chlad a zvyšuje se u nich riziko podchlazení. Pacienti mají sníženou tělesnou teplotu se sklonem k prochladnutí dokonce i při poměrně vysokých teplotách, která se dá vysvětlit zmenšenou produkcí tepla při látkové výměně, která běží na úsporný režim.⁴⁴

Jejich pokožka je suchá, zažloutlá, praská jim pleť, mají zvýšený růst ochlupení po celém těle (lanuga), padání vlasů, které jsou řídké suché a lámou se. Mohou se vyskytovat různé vyrážky. Nemocným se snadno dělají modřiny. Tenkou šupinatou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi čtvrtina lidí trpících podvýživou. Uvádí se též, že se jim více kazí zuby.⁴⁵

Dochází k zpomalení funkce střev v důsledku nedostatku nestavitelných a pro pravidelné vyprazdňování střev nepostradatelných balastních látek (vlákniny). Proto se přes snížený příjem potravin shromažďují ve střevech jedovaté zplodiny látkové výměny, které jsou opětovně vstřebávány do těla a způsobují tak lehkou otravu s nadýmáním, bolestmi hlavy, nečistou kůží. Také bývá jedy poškozena střevní flóra nutná k produkci některých vitamínů. Používaná projímadla pouze dále zhoršují střevní poškození. Při trvalém užívání laxativ dochází paradoxně k zácpě, protože střevu už nereaguje na dráždění laxativy.⁴⁶

Pacienti jsou chudokrevní, mají zpomalený pulz, hypoglykémii (snížená hladina cukru v krvi), nízký krevní tlak a omdlávají. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny anorektiček. Jejich závažnost vzrůstá s úbytkem hmotnosti.⁴⁷ Je u nich naměřena zvýšená hladina cholesterolu v krvi⁴⁸

Celkově jsou unavení a slabí. Trpí na křeče. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a nadužívání

⁴⁴ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 73.

⁴⁵ Srov. KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 85.

⁴⁶ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 75.

⁴⁷ Tamtéž, s. 75.

⁴⁸ Tamtéž, s. 75.

projímadel. Po nějakou dobu může tělo žít s vlastních rezerv. Jak dlouho bude moci přežít, záleží na tom, kolik byla výchozí váha pacientky na začátku onemocnění a kolik energie tělo během nemoci spotřebovalo. Pacienti ale s energií nehospodaří, mají naopak sklon k přehnané hyperaktivitě a opotřebovávají se proto rychleji. Nakonec dochází ke zhroucení s těžkým tělesným vyčerpáním. Pacienti pak nejsou schopni vstát z postele, natož se postarat sami o své základní potřeby. V takovémto stavu je nejvyšší čas přejít na intenzivní klinickou péči, jinak vyčerpání přejde konečného smrtelného stádia. Přes veškeré viditelné následky nemoci nejsou pacienti vnímat svůj kritický stav jako následek odmítání potravy a nepřiznají si, že ničí sami sebe. Neustále zkoušejí na své okolí výmluvy a vytáčky, aby rodinu odradili od ústavní léčby. Poruch a ve vnímání vlastního těla jim žádnou jinou možnost ani neposkytuje, proto musí rodina zasáhnout tvrdě a razantně, bez ohledu na protesty nemocných.⁴⁹

Jsou nespaví, mají různé poruchy spánku (děsivé sny, časně probouzení apod.), přecitlivělost na světlo a zvuky⁵⁰

Pacientky mají nepravidelnou menstruaci (normální menstruace závisí na udržení tělesného tuku, který se pohybuje okolo 20% tělesné váhy ženy. Bylo zjištěno, že u žen vážících jen o 10% méně, než je jejich optimální tělesná hmotnost, už dochází ke změnám menstruačního cyklu, které mohou zapříčinit neplodnost. Porucha menstruačního cyklu může nějakou dobu přetrvávat i po návratu k normální tělesné hmotnosti. Vynechání menstruace se tedy dá vysvětlit následky podvýživy a částečně psychicko- nervovými vlivy na systém žláz s vnitřní sekrecí, který řídí menstruaci. Anorexie se zaměřuje proti vytváření ženských tělesných proporcí. Vyhubnutí však zabraňuje vzniku ženských oblin a tím vyhovuje představám pacientek, které se tělesně nechtějí vyvinout v ženu.⁵¹

⁴⁹ Tamtéž, s. 76.

⁵⁰ Srov. ŠTICHOVÁ, Z. *Krise ve vztahu k poruchám příjmu potravy* in VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 120.

⁵¹ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 77.

U žen i u mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex. (Krch, 2003)

Dostavují se srdeční obtíže, které se vyskytují téměř u 90% anorektiček, zejména bradykardie (zpomalení srdečního rytmu) a arytmie (porucha srdečního rytmu). Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými srdečními obtížemi a větším úbytkem na váze. Může dojít i k srdečnímu selhání. K včasným varovným příznakům, které upozorňují na začínající komplikace oběhového systému, patří závratě a mdloby. Pacienti o těchto stavech nemluví se svou rodinou, avšak tyto stavy se trvale nedají ukryt. Vybízejí k rychlému jednání, předtím než dojde k trvalému poškození srdce.⁵²

Nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (důsledkem mohou být otoky). Chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků, který vede k chudokrevnosti (nedostatek železa), abnormálnímu sklonu ke křečím (nedostatek vápníku a hořčíku), poruchám nervové činnosti (nedostatek vitamínu B). Dochází také k chybné funkci štítné žlázy (nedostatek jódu). Časem dochází k výraznému nedostatku bílkovin, který značně narušuje duševní i tělesný vývoj.⁵³

Až u dvou třetin anorektiček se mohou projevat poruchy funkce ledvin. Dojde k odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké. Nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci.

Mají slabý močový měchýř, častější nucení na močení. Pociťují nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů a zánětům sliznice. Tato onemocnění brání mimo jiné také využití dodaného, beztak nepatrného množství potravy, což urychluje vznik těžkých stavů z podvýživy.⁵⁴

⁵² Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 78.

⁵³ Tamtéž, s. 79.

⁵⁴ Srov. KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 86.

Je oslabena celková obranyschopnost organismu. Jsou enormně náchylní k různým nemocem, protože chronická podvýživa oslabuje obranyschopnost těla tak, že se organismus nedokáže ubránit ani banálními infekcím, takovým, které normálně živí lidé vůbec nedostanou, nebo se s nimi normální lidé dokáží velmi rychle poprat. U anorektiček tyto banální infekce přetrvávají velmi dlouho a probíhají v těžších formách.⁵⁵

U některých pacientech se objevují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy, v případě dlouhodobého hladovění dochází k poškození zrakového nervu. Projevují se změny krevního obrazu a pokud už nemá organismus z čeho brát živiny, natravuje vlastní svalovinu.⁵⁶

Dlouhodobé užívání laxativ (projímadel), anorektik (látek potlačujících chuť k jídlu) a diuretik (látek, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus) je pro organismus v nadměrném množství rovněž škodlivé. Trpí tedy poruchou vnímání vlastního těla – nemocní se neustále považují za tlusté, i když mají životu nebezpečnou podváhu.⁵⁷

4.3 Psychické a společenské následky mentální anorexie

Anorexie vede k různým psychickým i sociálním poruchám, a v těch nejhorších případech může skončit suicidálním pokusem. Nebezpečí sebevraždy zůstává relativně nepatrné dokud je pacient v hluboké depresi, protože v tuto dobu pro ni nenajde dostatek energie. Jakmile však dojde ke zvýšení energie, aniž by se pacientovi vyjasnila nálada, může se tato nová energie obrátit proti vlastnímu životu. Podporují to i antidepressivní léky, protože působí ve dvou etapách. Nejprve se pacientovi vrátí životní náboj a teprve potom zmizí ostatní symptomy. V tomto kritickém mezidobí může

⁵⁵ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 81.

⁵⁶ Srov. KRCH, F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.

⁵⁷ Srov. KRCH, F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.

dojít k pokusu o sebevraždu. Nejčastější metodou jsou voleny právě antidepressivní prostředky.

Některé zakořeněné předsudky tvrdí, že člověk sebevraždu nespáchá, pokud o ní mluví. To ovšem není tak docela pravda. Rodina proto nesmí brát tyto náznaky na lehkou váhu a musí nemocného obzvlášť dobře sledovat. Pokud se riziko sebevražedných pokusů zvýší, je nutná hospitalizace.⁵⁸

Psychické a společenské následky můžeme shrnout:

Jejich nálada je závislá na tělesné váze a tím i stupni sebekontroly. V počátcích mentální anorexie je doprovází zvýšené sebevědomí a spokojenost se svými proporcemi. Při dalším rozvinutí nemoci přibývá úzkostných prožitků a nejistoty. I malé problémy jsou pro pacientky neřešitelné. V myšlenkách se nezaobírají ničím jiným než jídlem. U anorektických dívek roste potřeba sebekontroly. Přenáší se z jídla i na jiné oblasti např. starají se o domácí mazlíčky, vaří a každého vykrmují, nutkavě uklízejí. Snižuje se jejich pozornost, pracovní tempo, i schopnost vnímat komplexně problémy. Vytváří si závislost na okolí, které jejich problémy úzkostlivě prožívá. Některé dívky využívají pozornosti svého okolí ve svůj prospěch. Zvyknou si na pozici duševně nemocného a reagují nepřiměřeně. Snižují se kontakty s okolím, s vrstevníky. U pacientů vzrůstá egocentrismus. Ubývá společenských kontaktů, a přibývá konfliktů v rodině. Roste též napětí.

Někteří dospívající si hledají jiné formy hubnutí, pokud jim hladovění nejde. Častěji sahají po návykových látkách, protože se dozvěděli, že některé drogy snižují chuť k jídlu a způsobují hubnutí. Častěji kouří.⁵⁹

⁵⁸ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 82.

⁵⁹ Srov. KRCH, F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 165.

4.4 Shrnutí projevů mentální anorexie

K nejdůležitějším projevům mentální anorexie patří: změny v jídelníčku a změny ve stravovacím režimu, zvýšená pohybová aktivita, přílišné soustředění se na vlastní postavu a tělesnou hmotnost, změna chuti, izolace od společnosti, srovnávání s ostatními, projevy kategorického odporu k jídlu. Mentální anorexie způsobuje řadu zdravotních komplikací, které souvisí s úbytkem hmotnosti a nedostatečně vyváženou stravou. Do zdravotních komplikací patří: citlivost na chlad, osteoporóza, vypadávání vlasů, oslabený krevní oběh, srdeční obtíže, zhoršení kvality pleti. Nedostatek živin poškozuje játra a oslabuje obranyschopnost organismu, zmenšuje se žaludek. Dochází také ke změně psychiky, která je závislá na stupni sebekontroly pacienta, může dojít až k suicidálním pokusům. Nemocní se izolují od svého okolí.

5. Léčba mentální anorexie

Terapie bývá složitá, individuální program spojuje různé přístupy. Určitým problémem je často negativní postoj anorektických pacientů k léčbě.

Protože mentální anorexie je velice známou nemocí již delší dobu, jsou k dispozici nejrůznější léčebné postupy. Léčení musí být komplexní, tedy psychické, somatické, aby byla šance vyléčit všechny příčiny i následky mentální anorexie. U těžkých případů je žádoucí hospitalizace, při akutním ohrožení života i přes nevoli pacienta, který není sám schopen rozumné úvahy.⁶⁰

⁶⁰ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 93.

5.1 Léčba tělesných následků

Hlavním úkolem lékařské péče je úprava příjmu jídla a odstranění podvýživy. Všechny léčebné postupy včetně negenerující výživy sestavuje odborník, který musí také neustále sledovat průběh onemocnění. Pokud pacienti s mentální anorexií nežijí úplně izolovaní, nemělo by za normálních okolností dojít k tomu, že bude pacient ohrožen na životě. Přesto se odborníci setkávají s tím, že jsou někteří pacienti do nemocnice dopravováni pozdě. Přivezou je když už jsou úplně vyhublí na kost a již téměř nereagují. U takovýchto případů nemůže sebe intenzivnější léčba život zachránit – pro 10% těchto pacientů končí tato vychrtlost smrtelně.⁶¹

V nemocnici jsou pak pacienti léčeni infúzemi výživných roztoků s elektrolyty, protože výživa normálním způsobem je ze začátku nemožná. Pacient nesmí za žádných okolností přejít na normální stravu. To by mohlo vyvolat těžký šok s tělesným poškozením a z této špatné zkušenosti by mohli pacienti usoudit, že normální strava pro ně není vhodná a stát se opět závislími na hubnutí. . Anorektikům se podávají také léky posilující srdeční činnost a jiná léčiva podle individuálního nálezu. Na začátku je pacientům přísně zakázáno podávat tuky, maso, uzeniny a jiné potraviny živočišného původu. Nesmějí také syrovou zeleninu, sladkosti a cukr. Zpočátku jsou vhodná jen velmi lehká jídla, která mají být rozdělena do šesti až dvanácti porcí za celý den. Velmi dobře snáší ve vodě vařené kašovitě odvary z rýže, vloček, minerální vody s nízkým obsahem kyseliny uhličitě a silně naředěné ovocné a zeleninové šťávy. Také neslazené léčivé čaje, které mají příznivý účinek na zažívací orgány. Teprve po 14 dnech, můžou přejít na normální stravu, která musí obsahovat stále jen velmi málo tuků a potravin živočišného původu. Hlavní důraz je kladen na lehké rostlinné stravě, plnohodnotných produktech z obilí, netučných kysaných mléčných výrobcích a občas také vejci naměkko. Teprve když se pacientův stav

⁶¹ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 93

stabilizuje, provede se celkové vyšetření. Pokud vyšetření krve prokáže, že se minerální látky a vitamíny v těle opět normalizovaly, stačí v dalším období pro pokrytí potřeb organismu plnohodnotná strava. Jídla se mají podávat tak, aby podporovala apetit, u stolu má panovat příjemná atmosféra. Pacienti se nemají do jídla nutit, kolik a co snědí si určují sami, jinak by mohla opadnout jejich chuť k jídlu. Během prvních týdnů jsou jim také podávány vitamíny, minerální látky a stopové prvky a podle potřeby také bílkovinné koncentráty, protože ani přechod na normální stravu nedokáže dostatečně rychle odstranit těžké stavy podvýživy.⁶²

5.2 Léčba psychických následků

Psychoterapie je velmi důležitou složkou léčby. U pacientů, kteří nejsou schopni účastnit se ambulantní psychoterapie, se provádí primární léčba v nemocnici. Psychoterapie vyžaduje většinou delší dobu a je závislá na aktivní spolupráci pacienta a léčebných metodách. Běžně jsou používány metody individuální kognitivně - behaviorální a psychodynamické. Používané jsou také skupinové terapie. Nezbytná je práce s rodinou, proto se provádí také rodinná psychoterapie. Užitečné jsou také svépomocné skupiny rodin nemocných s mentální anorexií, protože jim umožňují sdílet podobné problémy, získat emoční podporu a potřebné znalosti a zkušenosti.⁶³

5.2.1 Hlubinné psychoterapeutické rozhovory

Rozhovor s lidmi, kterým věříme na nás působí velmi pozitivně. Pomáhá nám při konfliktech, starostech a problémech denního života. Prostý rozhovor při léčení mentální anorexie přirozeně nestačí k vyléčení.

⁶² Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 96.

⁶³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 475.

Hlubinně psychoterapeutický rozhovor musí sledovat určitá pravidla, která vyslovil americký psychoterapeut Rogers. Takto cíleně vedený rozhovor pomáhá anorektikům poznat sama sebe, porozumět svým problémům a pomocí některých postupů změnit své chování a tím přispět k vyléčení této nemoci. Základem je příjemná atmosféra a pozitivní přístup klient – terapeut. Taková situace se nedá vždy vytvořit, hodně závisí na vzájemných sympatiích. Proto se každý psychoterapeut nehodí stejně dobře pro každého nemocného mentální anorexií. Důležitá je nálada plná porozumění a neomezené, pravdivé náklonnosti, která vynechává od jakékoliv kritiky a poučování. V takovéto atmosféře může se může pacient rozhovět o problémech, které ho dohnaly k této nemoci. Ze začátku o nich sám ani neví, protože příčiny jsou schovány v podvědomí. Později se stávají pod vedením odborníka zřetelnější. Terapeut k tomu pomůže tím, že často pouze nezřetelně objevující se motivy zachytává do slov a ty se pro pacienta stávají opět vědomími. Na to je s terapeutem může zpracovat. K tomu patří učební postupy – nácvik chování za určitých situací, které vedou v normálním životě k vhodnějšímu přístupu k jídlu.

Nevýhodou terapie rozhovorem je její dlouhé trvání, protože naučené postupy chování potřebují určitý čas než pacientovi začnou automaticky jít. Proto se terapie rozhovorem doplňuje dalšími psychoterapeutickými metodami.⁶⁴

5.2.2 Psychoanalýza

Technika psychoanalýzy souvisí s uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychických komplexů, které mohou sahat až do raného dětství - příčiny aktuálních poruch vycházejí z raného dětství a byly potlačeny. Hlavním cílem psychoanalytického léčení je odkryt tyto příčiny, a tak navodit uzdravení, léčivými prostředky, kterými jsou volné asociace, tedy všechno, co pacient spontánně vyjadřuje. Má tak do určité míry vyřadit

64 Srov. LEIBOLD G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 114.

z činnosti svého cenzora, vyslovovat také ty myšlenky, které mu připadají trapné, úsměvné, neslušné a podružné. Asociace pak vedou po skryté stezce k potlačeným nevědomým myšlenkám, přáním, fantaziím. Ty si má člověk nejen uvědomit, ale také znovu prožít a zpracovat v souvislosti s interpretacemi analytika.

Přitom často vzniká odpor, který je třeba zpracovat nejdříve. Během analýzy přenáší pacient na analytika všechno to, co zůstalo nevyřešeno v souvislosti s jeho ranými konflikty. Analytik zpracovává tyto pacientovy pocity tak dlouho, dokud se přenos nepodaří zvládnout.

V otevřené atmosféře plné důvěry hovoří pacient o svých myšlenkách, pocitech a snech. Terapeut je analyzuje a ve formě srozumitelné pro pacienta je vrací zpět k pacientovi. Tím dospívá pacient k sebepoznání. Jakmile jsou všechny potlačené obavy, konflikty a problémy odkryty a zpracovány, dochází k vyléčení mentální anorexie.⁶⁵

5.2.3 Individuální psychologie

Zakladatelem individuální psychologie byl Freudův žák Alfred Adler a tato psychoterapie se hodí pro léčbu mentální anorexie ještě lépe než psychoanalýza. Opírá se o představu, že psychické onemocnění vyvolá pocity méněcennosti pacienta, které mají spojitost s výchovou a negativními životními zkušenostmi. Během těchto sezení se terapeut pokouší odhalit tyto komplexy a z nich vyplývající poruchy chování tak, aby se mohly zpracovat. Na konci se pacient učí změnit své jednání, aby mohl normálně jíst a užívat si bez výčitek svědomí života.⁶⁶

⁶⁵ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s.126.

⁶⁶ Srov. LEIBOLD G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 115.

5.2.4 Behaviorální terapie

Tato terapie nepátrá dlouze po podvědomích příčinách mentální anorexie, ale začíná ihned s jednoduchým odnaučováním nesprávného přístupu k jídlu a s výukou jídelních návyků. K tomu je doplněna různými relaxačními technikami, např. autogenním tréninkem, protože tyto techniky urychlují proces nácviku. Při této metodě se pacient učí na začátku změnit svůj negativní přístup k jídlu. Pak nastane všeobecná změna v oblastech života, jejichž problémy zaháněly dříve pacienta do nemoci. Teprve pomocí této dvoustupňové léčby se je podaří vyloučit, a proto se behaviorální terapie nesmí přerušit v okamžiku, kdy se vztah k jídlu změnil k lepšímu.⁶⁷

5.2.5 Léčení nemocné rodiny – rodinná terapie

Špatné poměry v rodině hrají u mentální anorexie často důležitou roli. Nemocný někdy představuje v rodině nejslabší článek a právě u něj se kumulují všechny konflikty, zatímco zbytek rodiny si zachovává zdání dobré tváře. Proto pacient utíká před konflikty do závislosti na hubnutí.

Rodinná terapie pomáhá zlepšit narušené vztahy a vede k jejich společnému řešení. Účastní se všichni členové rodiny, včetně sourozenců. Úkolem je pozitivní změna rodinných vztahů, před kterými by už pacient nemusel utíkat do chorobné závislosti. Terapeut však při sezení nepoužívá žádnou kritiku, nebo výčitky na adresu zdravých členů rodiny, protože by to mohlo zhoršit stav pacienta. Spokojená atmosféra v rodině ochraňuje pacienta a předchází následným recidivám po ukončení léčby. Proto má rozhodující význam pro trvalý úspěch terapie.⁶⁸

⁶⁷ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 135.

⁶⁸ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 110.

5.2.6 Skupinová psychoterapie

Opírá se o předpoklad, že každý člověk, i ten který není právě psychicky vyrovnaný – má zachovanou určitou kapacitu k posuzování problémů jiných lidí. I kdyby by byl názor jednoho člověka příliš zaujatý, příliš zatížený předsudky a jeho nevyřešenými problémy, skupinová diskuze vedená odborníkem je schopna tyto hrany obrousit a dospět k hledisku, jež kombinuje porozumění se střízlivým, kritickým hodnocením. Skupina může být užitečná zejména možností v bezpečném prostředí zpracovat konstruktivně minulé zážitky a možností aktivně se učit novým druhům chování. Skupinová psychoterapie je zpravidla dlouhodobá a vyžaduje pravidelnou účast klienta na skupinových setkáních.⁶⁹

Šest až dvanáct pacientů jedné terapeutické skupiny se schází vícekrát týdně s terapeutem, aby se zde otevřeně vypovídali. Už jen tato možnost pomáhá, protože v denním životě k tomu často neexistuje žádná příležitost a všichni účastníci mají podobné problémy. Navíc se k tomu připojuje ta výhoda, že skupina pomáhá jednotlivci snadněji si vybavovat podvědomé příčiny své nemoci a je také nápomocná při jejich zpracování. Tímto způsobem se navozují různé nácvikové postupy, které mají pomáhat překonávat nemoc. Velkou roli zde také hraje poznání, že pacient není se svou nemocí sám, a že mu zkušenosti ostatních, jejich úspěchy, mohou posloužit jako vzor pro vlastní chování, kterému se má naučit.

Úloha terapeuta spočívá v tom, aby udržoval skupinovou terapii v chodu a řídit ji podle potřeby. Hlavní práci zvládnou pacienti sami, proto po počátečním navedení pokračují takové skupiny dál často samostatně. Skupinová terapie se u léčby mentální anorexie dobře osvědčila jako samostatná nebo kombinovaná léčba.⁷⁰

⁶⁹ Tamtéž, s. 111.

⁷⁰ Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 112.

5.2.7 Psychoterapie orientovaná na tělo

Vychází z modelu jednoty těla a duše, což znamená, že se náš psychický stav odráží v držení těla a jeho somatickém zdraví. Zahrnuje přímou i nepřímou práci s tělem jako prostředkem terapeutického kontaktu, pojímá tělo jako těžiště uložení a zpracovává osobní zkušenosti. Hlavním cílem je pomoci klientovi získat lepší kontakt se svým tělem, a tím obnovit přístup k uložené informaci, porozumět jí, a dále ji zpracovat.⁷¹

5.2.8 Další druhy terapií

Dramaterapie, arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie, taneční a pohybová terapie – tento druh terapií se opírá o výtvarné, pracovní, pohybové či hudební projevy klienta jako o důležité léčebné prostředky. Nejde při tom o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Pomocí těchto terapií se může objevovat nový psychoterapeutický materiál vhodný ke zpracování ve výše uvedených psychoterapiích.⁷²

5.2.9 Shrnutí léčby mentální anorexie

Léčení pacienta s mentální anorexií musí být komplexní, tedy psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny a následky nemoci. U těžkých případů je k tomu žádoucí i pobyt v nemocnici, při akutním ohrožení života dokonce i proti vůli pacienta, který není sám schopen rozumné úvahy. Na péči se podílí jak psychiatr, který spolupracuje se somatickými lékaři na zlepšení tělesného stavu, tak psycholog, který volí

⁷¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 136.

⁷² Srov. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 113.

nejvhodnější léčebné postupy, které jsou vzhledem k jedinečnosti pacienta pro něj nejideálnější.

Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat problematiku mentální anorexie, zjistit důvody, které ženou dívky do náruče této strašné nemoci, definovat její průběh, dispozice k jejímu vzniku, její projevy a její léčbu. To vše s pomocí odborné literatury, která se zabývá poruchami příjmu potravy. Zde mohu konstatovat, že se různí autoři nalézají v názorové shodě.

Již tradičně je celospolečensky kladen větší důraz na ženy. Důmyslným nátlakem, hlavně pomocí reklamy, jsou ženy nenápadně nuceny, aby byly krásné. Ačkoliv mýtus krásy je stejně starý jako lidstvo samo, podoba, se kterou jsme konfrontováni dnes my, je poměrně nová. Žena před průmyslovou revolucí neměla, na rozdíl od ženy současné, takovou možnost porovnávat svůj vzhled se společenským ideálem. Tlak vyvíjený na ženy tehdy nebyl tak velký. Skutečný rozkvět zažívá mýtus krásy zejména s rozvojem masmédií. Obraz těla, které je v daném období považováno za krásné a hodné následování, je dostupný a stále nabízený většině dnešních žen a dívek.

Ideál krásy je mýtus, nebo by se dalo říci krásný mýtus o ideálu. A jako mnoho postmoderních mýtů, i tento v sobě skrývá nebezpečí, plynoucí z otevřeného konce – nemusí skončit dobře. Příběh není dovykládán, je na každé dívce, aby jej dokončila sama. Dle výsledků neoficiálního průzkumu si většina dívek vyloží mýtus ideálu krásy jako příběh s jediným správným koncem – a to je na základě moderních trendů jako ta nesprávnější možnost stát se hubenou, což se prolíná s krásnou, ženou. Možnost krásná být svou hubeností se stává nutností. To vysvětluje alespoň z části, proč je mýtus ideálu krásy v takové míře rozšířen napříč věkovými, etnickými, sociálními a kulturními skupinami.

Historie ukazuje, že ideál krásy nemusí být striktně daný. Mění se kulturními trendy. Avšak zároveň připomíná, že kulturnímu trendu ideálu krásy podléhá většina lidí té doby.

Uvádí se, že každá desátá žena trpí poruchou vztahu k jídlu, což jsou velmi hororová čísla. Proto považuji za naprostý paradox to, že většina vyspělých států světa se v dnešní době potýká s nadváhou. Existují výzkumy, které uvádějí, že v roce 2012 bude například v USA 80% lidí s nadváhou!! Naproti tomu stojí dívky, které při svých 180 cm výšce mají váhu kolem 50 kg. Svět by se měl zamyslet nad tím, že oba tyto extrémy jsou zdraví škodlivé a že by bylo třeba podpořit hlavně reklamou – zdravý životní styl člověka s normální váhou.

Analýzou médií lze konstatovat, že ideálem krásy již není vychrtlá postava, ale trendem začíná být hubené, nicméně vypracované tělo. Vrací se řecký ideál krásy, kalokagata, čímž by mohlo být usměrněno nepřirozené hladovění žen. Dívky mají možnost se zamyslet nad tím, zda jim stojí za to hladovět a nervově se vyčerpávat, když pak tohoto ideálu nedosáhnou, a nebo zůstat sami sebou. V tomto pohledu bychom je měli podporovat – jako rodiče, sourozenci, kamarádi. Vhodným výchovným působením, zejména v kritickém období nastupující puberty, je možné poruchám příjmu potravy u dospívajících předcházet. Správná výchova v rodině s tím, že si děti budou vážit sami sebe a nebudou podléhat těmto módním trendům je totiž nejlepší prevencí před vznikem mentální anorexie.

Kantův citát „ *Krásno vyžaduje kvalitu objektů*“ lze vysvětlit jako propojení mysli a těla. Pokud je tělo v nepohodě, nálada nebývá pozitivní. Mysl je odrazem těla a naopak tělo je odrazem mysli. A krása není pouze to tělesné, krása je celková kvalita člověka. Z toho vyplývá, že každý člověk může být spokojený, a pokud je spokojený, má se dobře a pokud se má dobře, pak i dobře vypadá.

Použitá literatura:

- 1) ČÁP, J. MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-463-X.
- 2) HIRSE, M. *Vím, jak chutná vzduch*. Praha: Fragment, 2005. ISBN – 80-253-0148-6.
- 3) HORNbacher, M. *Na dně*. Ostrava: Domino, 1998. ISBN 80-86128-25-3.
- 4) KINGSLEY, A., KINGSLEY, J. *Alice v zrcadle*. Brno: Jota, 2006. ISBN 80-7217-430-4.
- 5) KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-0.
- 6) KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- 7) KRCH, D. F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
- 8) KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: GRADA PUBLISHING, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- 9) KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním. 3., doplněné a přepracované vydání*. Praha: GRADA PUBLISHING, 2008. ISBN 978-80247-2130-9.
- 10) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-195-X.
- 11) LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
- 12) MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-86-991-09-2.
- 13) MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. 1.* Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- 14) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. 3., doplněné vydání*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367- 267-6.

- 15) PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8.
- 16) VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 1593-850-158.
- 17) VOMASTEK, P. *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000. ISBN 80-86065-10-3.
- 18) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- 19) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- 20) VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.
- 21) CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-86228-52-3.

Abstrakt

JANOUSOVÁ, L. *Mentální anorexie a možnosti její léčby*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce I. Žlábková.

Klíčová slova: mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, léčba, terapie, příznaky, průběh, příčiny, následky, hubnutí, komplikace, dispozice, diety, diuretika, laxativa.

Práce je zpracována teoreticky. V první kapitole je popsán historický pohled na ženu, druhá kapitola definuje poruchy příjmu potravy a mentální anorexii. Třetí kapitola se snaží objasnit příčiny mentální anorexie a dispozice k ní. Čtvrtá se zabývá projevy mentální anorexie, jak somatickými, tak psychickými.

Poslední kapitola se věnuje léčbě mentální anorexie. Je zde popsána jak léčba tělesných, tak léčba psychických následků a metod, které psychoterapie používá.

Abstrakt

Janoušová, L. : Anorexia nervosa and possibilities of its treatment. České Budějovice , 2008. Bachelor work. The University of South Bohemia in Ceske Budejovice. The Faculty of Theology. Department of Education. Supervisor of the Bachelor work : I. Zlabkova.

Key words: anorexia nervosa, eating disorder, medical treatment, therapy, symptoms, course, cause, consequences, slimming, complications, dispositions, diets, diuretics, laxatives.

The work has only theoretical part. It starts with the description of historical attitudes towards women, then it characterises anorexia nervosa and eating disorders. It tries to make clear cause of anorexia nervosa and dispositions to this illness, it also deals with physical and mental symptoms of anorexia nervosa.

The last chapter is about medical treatment of this illness. It characterises treatment of physical and also mental consequences and methods of psychotherapy.