

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Problémy z navazováním sociálních vztahů u patientek/pacientů s
mentální anorexií**

Bakalářská práce

Jméno autora: Štěpánka Pospíchalová

Jméno vedoucího práce: PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

26.4.2007

Social relation problems of patients with anorexia nervosa

Purpose of this work was to describe situation in social interaction of people with anorexia nervosa. I dealt with personal diaries of a patient who had anorexia nervosa and deeply examined one of the diaries. Personal thoughts described in diaries were analysed and resulted in picture of social interaction of the person.

I also interviewed father and mother who described retrospectively friends of the girl and relations between family members.

Comparing these three sources I came up with answer on the basic research question: How patients with anorexia nervosa make social relations. By doing this the objective of the work was accomplished. Results were summed up in 8 points. Each point clearly describes relation problem of the patient. Findings were compared to literature.

The end of the work is devoted to the problem of eating disorders generally. Patient is a copybook example of anorexia nervosa. Her social interaction is complicated or even does not exist at all. Family relations are disturbed, the girl is looking for contacts outside family but these are unstable and short term only.

Better results would be accomplished if sample of objects was bigger than only one patient. Following qualitative research there could be quantitative research which would show how interaction is problematic for patients with anorexia nervosa. Based on the results of my work larger interest should be dedicated to ties of patients with outside population.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Problémy s navazováním sociálních vztahů u pacientek/pacientů s mentální anorexií* vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

.....

podpis studenta

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce a manželovi, kteří mi při psaní poskytovali oporu a věnovali mnoho času čtení a doplňování textu podnětnými otázkami. Dále bych chtěla poděkovat Zdeňku Benešovi za stylizaci textu a Michalu Tůmovi za překlad textu do anglického jazyka.

Obsah	
Úvod	7
1. Současný stav dané problematiky	9
1.1. Poruchy příjmu potravy	9
1.1.1. Mentální bulimie	10
1.1.2. Mentální anorexie	10
1.2. Historie mentální anorexie	11
1.3. Epidemiologie mentální anorexie	11
1.4. Etiologie a komorbidita	12
1.4.1. Sociální a kulturní faktory	12
1.4.2. Biologické faktory	13
1.4.3. Životní události	14
1.4.4. Rodinné a genetické faktory	14
1.4.5. Emocionální faktory	15
1.4.6. Osobnost a další psychické charakteristiky	15
1.4.7. Zvláštnosti u mužů	16
1.5. Zdravotní komplikace mentální anorexie a jejich léčba	16
1.6. Sexualita	20
1.7. Přehled léčby poruch příjmu potravy	22
1.8. Mýty o mentální anorexii	24
2. Cíle práce	26
3. Metodika	27
3.1. Analýza osobních dokumentů	27
3.1.1. Analýza textů o rodině	28
3.1.2. Analýza textů o přátelích	28
3.2. Analýza rozhovorů	28
4. Výsledky	30
4.1. Analýza dokumentů	30
4.1.1. Analýza textů o rodině	30

4.1.2. Analýza textů o přátelích	31
4.2. Analýza rozhovorů	33
4.3. Shrnutí výsledků	35
5. Diskuze	36
6. Závěr	42
7. Seznam použitých zdrojů	43
8. Klíčová slova	46
9. Přílohy	47

Úvod

Někteří lidé jsou vášnivými čtenáři časopisů, které píše sám život. Stačí se jen podívat na titulní stranu a hned je zřejmé, že si zde přečtou strhující příběhy o nevěře, o milování a také o poruchách příjmu potravy. Ještě v nedávné historii to byla nemoc, o které se tolik nevědělo v laické populaci. Dnes je toto téma na denním pořádku žaček páté, šesté třídy základní školy. Jejich maminky si o dietách povídají při polední přestávce u salátu s celozrnným rohlíkem.

Mentální anorexií trpí zejména dívky, a stále častěji jsou to dívky, kterým nebylo ještě ani 10 let. Mezi nemocnými se objevují i chlapci. Módní ideál tohoto dnešního světa hlásá štíhlost. Pokud budeš štíhlá/ý, dokážeš velké věci, budeš dokonalá/ý a spokojená/ý, žádoucí pro muže/ženy, a hlavně budeš úspěšná/ý.

Protože mentální anorexií trpí zejména dívky nebo ženy, budu dále psát o nemocných v ženském rodě. Je to pouze pro zjednodušení a snadnější čitelnost textu. Pokud budu mluvit o pacientech – chlapcích, bude to v textu zvýrazněno.

Ne však pouze média napomáhají vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy u dospívajících dívek a chlapců. Mentální anorexií může onemocnět i dívka zcela nenápadná, ve škole zdánlivě šikovná a snaživá. Není zde nutná souvislost s tělesnou hmotností. Mentální anorexie může být odpovědí na nedostatek citu a lásky mezi nejbližšími příbuznými a těmi není nikdo jiný než rodiče. Dívka může vážněji onemocnět jen proto, aby stmelila nefunkční rodinu v jeden celek, který odolá všem nepříznivým osudům a dokáže se poprat se starostmi i radostmi nadcházejících situací. Onemocnět může i starší žena, která se nedokáže smířit s následky stárnutí.

Opravdu je mnoho možností, jak onemocnět mentální anorexií, je však jen jedna cesta ven. A tou je naprosté pochopení nemocné, její následování na nelehké cestě uzdravování, která bude poznamenána jak úspěchem, tak propady zpět do nemoci, konflikty v rodině i s nejbližšími, hádkami, pláčem, nadávkami, a ne vždy bývá tato strastiplná cesta korunována úspěchem.

Toto téma jsem si vybrala právě pro jeho naléhavost. V televizi je nám předkládána dokonalost pouze anorekticky vyhublými modelkami, které mohou dětský

svět změnit v peklo. Samozřejmě příčinou nejsou pouze chodící kostry po módních molech, mezi rizikové faktory se dá zařadit i dysfunkčnost rodiny, jež je dnes tématem neméně moderním. Kolik rodin zůstane pohromadě ve shonu za úspěchy v práci, za bojem o místo generálního ředitele?

1. Současný stav dané problematiky

Nedostatek energie, živin a vody může vést k závažným poruchám. Člověk tak může být náchylnější k infekcím, může docházet k různým somatickým i psychickým potížím. Během života získává pro člověka jídlo různý význam, může znamenat určitou odměnu, nebo zase naopak se člověk jídlem může utěšovat za něco, co se mu nepovedlo. V takovémto biopsychosociálním kontextu je těžké rozlišit patologii od normy. Proto k vymezení poruch příjmu potravy (PPP) použijeme základní diagnostický manuál Mezinárodní klasifikaci nemocí, a to její desátou revizi (MKN – 10) a dále zkušenosti našich předních lékařů, kteří se specializují na léčbu těchto poruch.

1.1. Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy (eating disorders) řadíme 2 nejvíce vyhraněné syndromy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Ty dále dělíme na specifické typy a na poruchy příjmu potravy jinak nespecifické.

Specifické typy můžeme rozdělit na nebulimický (restriktivní) typ, kdy během epizody mentální anorexie (MA) nedochází k opakovaným záchvatům přejídání, a bulimický (purgativní) typ, kdy během epizody MA dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

U mentální bulimie (MB) purgativní pacientka pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, čímž chce dosáhnout snížení tělesné hmotnosti po přejedení. Nepurgativní typ je takový, kdy pacientka používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné zvracení **(16)**.

Mezi atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy můžeme zařadit syndrom nočního přejídání nebo záchvatovité přejídání (binge eating disorder). Pro záchvatovité přejídání je charakteristické dlouhotrvající nekontrolovatelné přijímání většího množství potravy. Obvykle pacienti neužívají žádné metody a prostředky ke kontrole váhy a nesnaží se zhubnout. Trpí depresí a pocity viny **(25)**.

1.1.1. Mentální bulimie

Mentální bulimie je onemocnění s opakovanými atakami přejídání se silným puzením k jídlu a provázené současně neadekvátní snahou zabránit ztloustnutí (zvracení, užívání projímadel apod.) **(24)**.

1.1.2. Mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocnění, při němž se postižení (většinou mladé dívky či ženy) snaží zabránit ztloustnutí, často jen domnělému, nebo souvisejícím s vývojem sekundárních ženských pohlavních znaků (zvětšení prsů, boků, typické ukládání tuku). Pacientky odmítají jídlo, vyvolávají si zvracení, později se u nich skutečně vyvine nechutenství, někdy však vystřídané takřka nezvladatelnou chutí k jídlu (bulimií). Dochází k výraznému poklesu tělesné hmotnosti (pacientky však stále samy sebe považují za tlusté), mizí menstruační krvácení (amenorea). S vyhublostí kontrastuje vysoká aktivita postižených.

Bývají často přítomny další psychické změny (hysterické a neurotické rysy, lhavost, nezralost osobnosti, sexuální nezralost), později se rozvinou i tělesné příznaky související s dlouhodobým odmítáním potravy. Léčba je obtížná, uplatňují se psychofarmaka a psychoterapie. V těžkých případech metabolického rozvratu je nutná hospitalizace s umělou výživou **(23)**.

V dalších knihách se můžeme dočíst velmi podobné definice s menšími či většími obměnami. Například náš přední odborník na terapii poruch příjmu potravy tvrdí, že mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, projevuje se averzí k jídlu, je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce **(16)**.

Doktorka Hana Papežová **(28)** říká, že mentální anorexie a ztráta váhy se pro postižené stává smutnou životní cestou. Pacientky se nedokáží ve volném čase zabývat jinými myšlenkami než jídlom a možnostmi, jak zhubnout a nepřibrat.

Diagnostická kritéria mentální anorexie

Diagnóza mentální anorexie (F 50.0) je používána po splnění 3 základních kritérií:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (BMI nižší než 17,5)¹
2. strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
3. u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky, u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence **(17)**

1.2. Historie mentální anorexie

Mentální anorexii (MA) popsal již Galén; odmítání jídla však bylo spíše vnímáno jako boží dar, jako zázrak. První nesporné případy MA se začínají objevovat až ve druhé polovině 19. století. Doktor William Stout Chipley pozoroval odmítání jídla u vyhublých dívek pocházejících z vyšších společenských kruhů, které se snažily upoutat pozornost. Dokládal to na případech dívek, které záhy zjistily, že podiv a úžas společnosti narůstá nepřímo úměrně s množstvím jídla, které snědly **(16)**.

1.3. Epidemiologie mentální anorexie

Epidemiologický výzkum se snaží vysvětlit aktuální rozšíření poruch příjmu potravy (PPP). Prevalence – aktuální rozšíření PPP vypovídá o zastoupení v určitých populačních skupinách (pohlaví, socioekonomický status). Incidence – počet nových případů za určité období se snaží charakterizovat rychlost nárůstu nemocných PPP a tím tedy zdůraznit naléhavost případu. Pokud vyjdu ze statistických údajů, které uvádí doktor Krch v literatuře **(16)**, tak v roce 1985 bylo hospitalizováno 91 žen a 4 muži s diagnózou MA (0,92 případu na 100 000 obyvatel). V roce 1991 to bylo 146 žen a 11 mužů (1,52 případu na 100 000 obyvatel). V roce 2000 je to už 545 žen a 32 mužů.

Jelikož v případě PPP je hranice mezi normou a patologií značně nejasná, dosahujeme i u těchto a jiných deskriptivních ukazatelů nepřesných čísel. Proto čisté mechanické srovnávání může být zavádějící.

¹ BMI (body mass index) se vypočítá jako podíl hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech

Podle Ladishové (22) trpí mentální anorexií 1-3% žen. Doktor Krch uvádí ve svých knihách rozšíření mezi ženami stejné jako v západní Evropě, kde je postižena jedna dívka ze dvou set, což je asi 0,8%. V období puberty se však objevuje anorektické chování až u 6% dívek (17). Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je 10x větší než u muže. Proto se dá říci, že 95% pacientů je ženského pohlaví. Mentální anorexie je jednou z nejčastějších psychiatrických diagnóz u mladých žen a je též jednou z duševních nemocí, která má nejvyšší úmrtnost. Následkem nemoci umírá až 1/3 nemocných. Pravděpodobnost úmrtí se přímo úměrně zvyšuje s délkou onemocnění.

1.4. Etiologie a komorbidita

Problematika PPP a tak i mentální anorexie je natolik složitá, že odpovědět na otázku, co poruchu způsobilo, není vůbec jednoduché. V mnoha případech jde o koincenci poruchy a určitého jevu příznačného pro danou populační skupinu (problémy v rodině, strach z dospívání). Mnohdy nemůžeme ani rozeznat, zda jde o příčinu, či o následek. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů (16).

Marie Vágnerová (38) uvádí jako příčiny vzniku onemocnění komplexní působení biologických, psychických i sociálních faktorů v rámci interakce určitých dispozic se zátěžovými vlivy. Mezi tyto vlivy řadí genetickou dispozici, biologickou dispozici (např. změna funkce hypothalamu), vývojově podmíněné specifické zátěže (dospívání), odmítání ženské role a dysfunkční rodinné vztahy. Neméně důležité jsou sociokulturní vlivy (vliv médií).

1.4.1. Sociální a kulturní faktory

Na možný vztah mezi incidencí MA a sociálním tlakem poukazovali již mnozí autoři, první zmínky se objevily v roce 1939. Tomuto vztahu se ale začala věnovat pozornost až o mnoho desítek let později, skoro až na začátku 21. století. A stále ještě je tato relace podceňována. I dnes nacházíme v literatuře spíše články o nebezpečnosti

nadváhy (i mírné nadváhy), ale o nebezpečnosti diet se nedočteme nikde. František David Krch nazývá štíhlý ideál krásy jako společenský teror, protože téměř pro všechny ženy je hmotnost modelky s dlouhýma nohama nedosažitelná a již zdravotně nežádoucí. A k tomu se dá jen dodat, že populace má celkově větší hmotnost, proto dnešní ideál krásy je pro ženy stále vzdálenější (16).

Ve svépomocné příručce na pomoc léčby MA se dočítáme (17), že 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.

1.4.2. Biologické faktory

Pohlaví

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je ženské pohlaví. Při fyziologickém vývoji u dívek dochází v pubertě ke zmnožení tělesného tuku (celkový podíl tuku se zvýší z prepubertálních 8 % na přibližně 25 % tělesné váhy), zejména v oblasti hýždí a stehen. Dospívání pro chlapce znamená spíše to, že se konečně stanou muži, přiblíží se maskulinnímu ideálu krásy, který představuje svalnaté a dobře vyvinuté tělo. Dívky tedy v tomto citlivém období bývají více kritické ke svému tělu (33).

Mnoho autorů uvádí, že nespokojenost s tělem u dívek trvá až do adolescence a je větší u těch, které začnou dříve menstruovat. Tyto dívky jsou více vystaveny stresu mezi vrstevnicemi, protože bývají menší a silnější.

Tělesná hmotnost

S rostoucí tělesnou hmotností stoupá nespokojenost se svým tělem a roste tak nebezpečí redukčních diet. I taková cesta může vyústit v mentální anorexii, pokud dívka bude v dietě úspěšná. Částečně také souvisí vznik mentální anorexie s obezitou nebo bulimií v rodině.

Menstruační cyklus

Při poklesu tělesné hmotnosti dochází k nepravidelnostem v menstruačním cyklu. Seběmenší omezení příjmu energie vede k endokrinním změnám v organismu (8). Menstruační cyklus se spíše dává do souvislostí s atakami zvracení a bulimickou

impulzivitou, proto se touto problematikou nebudu tolik zabývat.

Puberta

Typickým obdobím pro vznik MA je puberta. Hormonální změny v pubertě může doprovázet podrážděnost a emoční labilita. Ta se podílí na horší adaptaci na pubertu a dochází tak k vnitřní nejistotě vlastního Já. Dívky se v tomto období porovnávají s vrstevnicemi. Ty dříve vyspělé mají tudíž nižší sebevědomí ve vztahu ke svému tělu. Mají větší starosti o to, zda jsou oblíbené. Jsou sociálně vnímavější, a proto i zranitelnější a mnohem více soupeřivější. Objevuje se u nich mnohem větší strach z tloušťky, pocity nedostačivosti a depresivní příznaky. Jejich větší hmotnost a menší velikost tyto pocity ještě násobí. Zvýšená kontrola těla a příjmu potravy se později může stát jediným cílem života **(16)**.

1.4.3. Životní události

Různé životní situace jsou často považovány za predispozice ke vzniku MA. Dvě třetiny pacientů uvádí počátek MA do souvislosti právě s nějakou ze životních událostí. Nejčastěji jsou uváděny různé nárazky na tloušťku, sexuální konflikty, osobní nezdary, konflikty v rodině, nemoc nebo odloučení od rodiny. Bohužel se nedá s jistotou říci, nakolik jsou tyto výsledky validní, protože jsou sledovány retrospektivně **(17)**.

Polovina pacientek uvádí jako výraznou změnu v životě první menstruaci a spojuje ji se vznikem MA. Někteří autoři vysledovali souvislost MA se sexuálním zneužitím. Jindy tímto spouštěčem může být těhotenství či odmítnutí vrstevníky.

1.4.4. Rodinné a genetické faktory

Rozvoj mentální anorexie je popisován v souvislosti s rodinnými událostmi. Ve většině klinických studií se dočteme o výskytu mezi sourozenci v rozmezí 3-10%. Pokud jde o počet sourozenců a postavení mezi nimi, studie se rozcházejí. Pacientky hospitalizované na Psychiatrické klinice v Praze uváděly nejvíce rivalitu k sestře a problémy s matkou.

Matky bývají často popisovány jako dominantní, jsou málo empatické, perfekcionistické, zdůrazňují dodržování pravidel a dosahování dobrého výkonu, k dcerám jsou kritické. Často jednají manipulujícím způsobem. Samy jsou ale málo sebevědomé, jsou vázány více na souhlas svého okolí. U dívek se rozvíjejí podobné osobnostní rysy **(38)**.

Otec bývá charakterizován jako příliš pasivní, neschopný a setrvávající na zažitých stereotypch. Obtížně vyjadřuje své emoce, vyhýbá se konfliktům i řešení konfliktních situací.

V rodině je ceněna samostatnost. Rodina utíká před konflikty, vyhýbá se jim, pokud přijdou, neumí je řešit. Nemocná dívka cítí potřebu nadměrně ochraňovat rodiče. Nemoc brání rozpadu rodiny. Obtížně se se vším vyrovnává, lpí na pevně stanovených modelech, je citově chladná, nepřizpůsobuje se potřebám dospívajícího dítěte, před potřebami dítěte utíká **(16)**.

1.4.5. Emocionální faktory

Pacientky s mentální anorexií bývají velice často depresivní a mají úzkostné příznaky. Většina úzkostí je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. V jiných výzkumných studiích bylo zjištěno, že kromě depresí se u pacientek vyskytují obsedantní příznaky.

1.4.6. Osobnost a další psychické charakteristiky

Mnozí autoři předpokládají, že jádrem patogeneze PPP jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Proto se často v literatuře setkáváme s pojmem „typická anorektička“. Popisuje se jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli. Jako dívka zatížená negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům. Více kontroluje své emoční chování, více si uvědomuje a respektuje společenské a etické normy, výrazněji vyjadřuje pochybnosti o sobě, projevuje vyšší stupeň společenské

konformity, je méně asertivní a více inhibovaná v interpersonálních vztazích. Její temperament je popisován jako „vyhýbající se“. Má strach se spontaneity, není ochotna riskovat nebo zažívat něco nového **(38)**.

Anorektické pacientky vykazují vyšší skóre neuroticismu, introverze a úzkosti, nejčastěji se poukazuje na komorbiditu s obsedantně-kompulzivní poruchou. Udávaný výskyt je 27% **(16)**.

V souvislosti s MA bývá zmiňován i perfekcionismus. Jeho „rizikovost“ spočívá především v důslednosti, neoblomnosti a rigidním důrazu. Snadno zapadá do logiky poruchy, která mu dává konkrétní výraz zejména ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolé.

Jiní autoři poukazují na možný vztah anorexie s hraniční osobností. Počet pacientů s diagnózou hraniční osobnosti se v různých studiích liší zejména s ohledem na typ léčení. Nejvyšší výskyt těchto poruch je mezi hospitalizovanými. Procento výskytu hraniční osobnosti je 19 pacientek ze 100 **(16)**.

1.4.7. Zvláštnosti u mužů

V naší společnosti je prezentován jako ženský ideál muž s perfektně vytvarovaným svalstvem. Muži trpící anorexií mají obvykle komplexy ze sexu i z citových vztahů. Vyskytuje se u nich porucha produkce testosteronu. Mohlo k ní dojít již před nástupem poruchy, ale může být i jejím důsledkem. Některé studie poukazují na to, že muži s MA bývají zženštilí. Ztotožňují se spíše s matkou než s otcem.

Velkou rizikovou skupinou mezi muži jsou homosexuálové. Mnozí autoři v této souvislosti shodně potvrzují, že nemoc často propukne po krizi sexuální identity. Homosexuálové jsou více ohroženi PPP, a to následkem tlaku homosexuální komunity, která preferuje štíhlost **(22)**. (Zkoumaná skupina homosexuálních mužů byla více nespokojena se svým vzhledem než skupina heterosexuálů.)

1.5. Zdravotní komplikace mentální anorexie a jejich léčba

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které

významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti u MA. Nejobvyklejší jsou kardiovaskulární komplikace. Ty také, v souvislosti s narušením elektrolytové rovnováhy, nejčastěji přispívají k fatálnímu zakončení poruchy. Velice častá je osteoporóza a další potíže. Po návratu k optimální tělesné hmotnosti se většina komplikací a abnormalit spontánně upraví. Jindy se musí přistoupit k farmakologické léčbě.

Kardiovaskulární komplikace

Vyskytují se téměř u 90% postižených MA. Nejčastější z nich, sinusovou bradykardii (méně než 60 tepů za minutu), nacházíme u více než 80% pacientek. Je to způsobeno snížením metabolismu z důvodu úspory energie. U obdobného počtu nemocných se můžeme setkat s hypotenzí pod 90/60 mm Hg. Je způsobena chronickým snížením objemu tělních tekutin. Společně s ortostatickými změnami vede ke stavům závratě a náhlým ztrátám vědomí.

Nadužívání diuretik a projímadel vede k narušení elektrolytové rovnováhy a tím k srdečním arytmiím. Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě, o níž je známo, že může být způsobena i rychlou realimentací.

Dobře známé jsou poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonnosti srdečního svalu. Důrazně se doporučuje kontrolovat EKG u všech anorektických pacientek **(16)**.

Renální komplikace

Renální abnormality se objevují až u dvou třetin anorektiček. Většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, dochází u nich ke zvýšení urey v krvi. Dále se setkáváme s hypokalemií, hyponatremií, hypochloremií a metabolickou alkalózou. Ve fázi realimentace je třeba kontrolovat hladinu fosfátů v plazmě a v případě potřeby je dodávat orálně (při hypofosfatemii dochází ke generalizovaným křečím).

U čtvrtiny anorektiček je zjištělná hypomagnezémie doprovázená hypokalcemií a hypokalemií, vyžaduje se doplňování hořčíku.

Častá dehydratace zvyšuje riziko močových kamenů.

Gastrointestinální komplikace

Poměrně častá je zhoršená motilita tenkého střeva. U poloviny anorektiček lze

zjistit na rentgenu dilataci duodena a přechodnou dilataci jejunu. V některých případech může být příčinou tzv. realimentační pankreatitida, která může způsobit gastrointestinální ileus.

Komplikace v oblasti tlustého střeva způsobují úpornou zácpu. V některých případech střídání zácpy a průjmu. V realimentační fázi se kontrolují hladiny amyláz v séru, přitom se musí pamatovat na možnost vzniku pankreatitidy **(28)**.

U malnutrice s nedostatkem bílkovin se vyskytuje abnormalita funkce jater. Bývá snížená hladina bílkovin v séru a zvýšená hladina lipidů, laktodehydrogenázy a alkalické fosfatázy. Stav hypoglykemie mohou souviset s nedostatkem zásob jaterního glykogenu spolu s nedostatečnou zásobou tuku pro glukoneogenezi.

Kosterní komplikace

Pacientky s časným počátkem mentální anorexie (MA) bývají o něco menší než jejich vrstevnice. Vyzrávání kostí se zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, pokud dojde k zástavě menstruace.

U MA je velice častá osteoporóza. Prokázaným důsledkem MA je snížení minerální denzity kostí. Ve 4% bývají zjištěny netraumatické zlomeniny. Všeobecně platí, že délka trvání amenorey je nejvýznamnějším prediktorem osteoporózy. Osteoporóza výrazně koreluje s délkou choroby a hodnotou BMI. Léčebný program musí směřovat k návratu normální tělesné hmotnosti a obnovení menstruačního cyklu **(16)**.

Endokrinní komplikace

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem MA. Vedoucím příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti. Dalším známým příznakem je hypogonadismus, doprovázený nízkými hladinami LH a FSH, zpomalením jejich periodického výdeje a z toho plynoucím nízkým výdejem sérových estrogenů z vaječnicků. Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen stejné, jsou však sníženy u mužů – anorektiků.

U MA je dobře prokázáno zvýšení hladiny kortizolu v plazmě, společně s normální plazmatickou hladinou ACTH. Je snížena clearance kortizolu a zvýšen jeho

poločas. U některých pacientek byla zjištěna zvýšená hladina růstového hormonu a snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykemií. MA způsobuje narušený nebo nerovnoměrný výdej vazopresinu, což bývá příčinou neurogenního diabetes insipidus a významně zvýšeného výdeje moči. Hladiny prolaktinu jsou obvykle v normě.

Celkově bývá snížena hladina tyroxinu, ale je snížena na laboratorně přijatelné hodnoty. Více bývá snížena hladina volného trijodtyroninu. Substituce hormonu štítné žlázy je kontraindikována, protože snížení hladin těchto hormonů je nutné považovat za obranný homeostatický mechanismus.

Jako obranný mechanismus se objevuje infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizolu a růstového hormonu, snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukoneogenezi.

Hematologické komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek s MA. Většinou bývá zjištěna normochromní normocytární anémie, snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie, hypoplazie kostní dřeně s neutropenií. Podobné změny nejsou klinicky významné, kontrola krevního obrazu – červené i bílé řady je však nutností.

Imunologické abnormality zahrnují dysfunkci neutrofilů, zhoršenou buněčnou imunitu a sníženou hladinu komplementu.

Biopsie kostní dřeně obvykle ukáže charakteristickou hypoplazii s nekrózou buněk a zvýšeným množstvím mukopolysacharidové substance.

Realimentace obvykle vede k rychlé úpravě **(16)**.

Metabolické komplikace

Důkazem o narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí je zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu u nich nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci ani ke třesu. Při vystavení horku u nich dochází jen k minimální vazodilataci a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje.

Metabolismus glukózy je narušen, takže u anorexie nacházíme v testu glukózové tolerance hodnoty svědčící pro diabetes. Metabolismus kalcia je také narušen, dochází k

jeho sníženému vstřebávání a ke zvýšenému výdeji moči. S tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce.

Zpomalení bazálního metabolismu je adaptační mechanismus. Až u 50% pacientek zjišťujeme zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Spánek bývá v normě.

Dermatologické komplikace

Nejčastější bývá šupinatá suchá kůže, lanugo a karotenodermie. Často se vyskytují po těle modřiny. Hyperkarotenemie je přítomna u 72% pacientek a v některých případech způsobuje jasně nažloutlé zbarvení kůže – karotenodermii (16).

1.6. Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy

Vztah mezi sexuálními problémy a neplodností na jedné straně a poruchami příjmu potravy (PPP) na druhé straně je velmi komplexní a důležitý, ať už z hlediska etiologie nebo terapie PPP.

Sexuální fungování

Zábrany v sexu se u pacientek s MA tradičně pokládají za samozřejmé a jsou spojovány se strachem z dospívání. Jejich asexuálnost nebo zástava ve vývoji pak v dospělosti vede k rezervovanosti a vyhýbání se důvěrným vztahům. Pacientky jsou obecně pomalejší v psychosexuálním vývoji a uvádějí více problémů a nespokojeností v sexuální oblasti.

Pohlavní zneužívání

Pohlavní zneužívání se stalo v posledním desetiletí důležitým tématem v psychiatrické literatuře. Problém však v této oblasti spočívá v nejednoznačnosti termínů – na definici traumatu nebo pohlavního zneužívání je nutné se dohodnout. PPP jsou heterogenním onemocněním, sledované vzorky se liší. Proto zde není možné uvést, v jaké míře má pohlavní zneužívání vliv na vzniku PPP, ale jistá kauzální souvislost se předpokládá (17).

Menstruace

Již jsem zmiňovala, že ztráta menstruace je jedním z kritérií pro stanovení diagnózy MA. Tato porucha je spojena s dysfunkcí hypotalamu. V současné době je

ztráta menstruace sporná, pacientky často užívají hormonální antikoncepci a ta může do určité míry ztrátu menstruace zastavit. Diagnostická kritéria s touto možností počítají.

Při uzdravování se menstruace obvykle objeví, jakmile přesáhne BMI hodnoty 19. Neznamená to, že se však obnovila i funkce ovulační. V tomto případě je užitečné ultrazvukové vyšetření (22).

Plodnost a těhotenství

Mnoho žen vnímá těhotenství jako ohrožující pro obraz svého těla, kontrolu hmotnosti a pro sebeúctu. Obecně však u žen platí, že při dalších těhotenstvích je jejich postoj k vlastnímu tělu pozitivnější.

Po uzdravení se plodnost žen, které měly MA, neliší od žen v obecné populaci. Nezanedbatelná část anorektiček si ale dobrovolně vybírá život bez dětí. Mnoho psychických konfliktů u žen s PPP se většinou během těhotenství ještě zvýrazní, proto mohou být těhotenství a poporodní období pro tyto ženy zvláště zatěžující. Většina žen se také bojí, že by jejich dítě mohlo být poškozeno v důsledku nedostatečné výživy nebo jiných aktivit vedoucích k hubnutí. Nicméně to neznamená zlepšení symptomů MA. V důsledku nízkého sebevědomí má mnoho žen pocit, že nestačí na rodičovskou roli. Tyto úzkosti způsobuje zesílení anorektického chování v době těhotenství.

U žen s MA je riziko narození dětí s nižší porodní hmotností, nízkým skóre podle Apgarové, vyšším výskytem vrozených malformací a vyšším výskytem úmrtnosti při porodu nebo v důsledku nedostatečné zralosti (17).

V jiných studiích byl zjištěn kladný vliv těhotenství na symptomy MA. Přesto však byla zjištěna ve větší míře nižší porodní váha a časná novorozenecká úmrtnost.

Rodičovství

Chronické nemoci mají obvykle hluboký vliv na psychosociální fungování vdané ženy, včetně její schopnosti péče o dítě. Existují dva důvody, proč mohou mít ženy s rodičovskou rolí problémy. Jednak ústřední symptomy MA značně narušují každodenní život a jsou v rozporu s citlivým rodičovstvím. A dále pak rodiče s PPP mají problémy v interpersonálních vztazích, což také silně ovlivňuje vztah rodič – dítě.

Matky s MA si mohou uvědomovat, jak je jejich nadměrný zájem o hmotnost a

postavu v rozporu s touhou žít a krmit své dítě. Mnoho těchto matek se snaží po porodu rychle zhubnout, a právě jejich patologické zaměření na jídlo a tělesnou hmotnost a postavu oslabuje jejich vnímavost k potřebám dítěte. Obava, že by jejich děti mohly být obézní, může vést k nedostatečné výživě nebo omezování příjmu kalorií. Matky s PPP rušivě zasahují u svých dětí nejen při jídle, ale i při hraní. Mohou závažně ovlivnit i pozdější život dítěte, zvláště pokud jde o dívku **(16)**.

1.7. Přehled léčby poruch příjmu potravy

Terapie PPP se v poslední době kloní k integraci nebo k následnému použití různých terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby.

Hospitalizace a částečná hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných s PPP je často potřeba jejich lékařské stabilizace. Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se i na psychické problémy, které PPP udržují nebo s nimi nějak souvisejí.

Krátkodobá hospitalizace většinou není vhodná pro vyhublé pacientky, které je třeba postupně realimentovat. Počet týdnů nebo měsíců strávených v nemocnici se řídí podle přibírání na váze. Pacientka by měla dosáhnout alespoň 90% cílové hmotnosti. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku při optimální spolupráci je kolem jednoho kila týdně.

Programy v denních stacionářích poskytují strukturu, pokud jde o jídelní režim, a současně umožňují intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Stacionáře nabízejí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí **(28)**.

Ambulantní péče

Některé chronické pacientky, které už nechtějí podstoupit další léčbu, nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou úspěšnost, se sledují v ambulanci. Tato lékařská péče se nezaměřuje na překonání PPP, ale pouze na navrácení

pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině. Když je poskytována ve skupině, pacientky mohou mít další zisk ze skupinové podpory a spoluúčasti podobně postižených.

Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace

Existují pacientky, které mají relativně mírné příznaky a u kterých může dojít ke značnému zlepšení nebo úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo edukativní intervence. Celkové výsledky léčby však nejsou tak přesvědčivé jako u některé intenzivnější terapie **(18)**.

Rodinná terapie

Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a u některých pacientů žijících se svojí rodinou. V případech, kde jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek. Rodinná terapie bývá často včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu **(10)**.

Kognitivně - behaviorální terapie a interpersonální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Doporučuje se pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky. U mentální anorexie je zvláště důležité vytvořit spolehlivý a spolupracující terapeutický vztah, který umožní postupně podporovat pacientky v tom, aby se vzdaly nesčetných ego-syntonních symptomů (tělesná hmotnost, štíhlost atd.). Do dlouhodobé KBT se začleňují i prvky interpersonální terapie a to u těch, které se nepřejídají a nemají zjevné somatické komplikace.

Interpersonální terapie (IPT) se dělí na tři fáze. V první fázi dochází k identifikaci problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. V druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na interpersonálních problémech. Závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie. KBT je však stále doporučována jako první léčba, protože bylo potvrzeno, že má rychlejší účinky na ústup

příznaků PPP (16).

Psychodynamická terapie

Dynamicky orientované přístupy k léčbě PPP na základě klinických poznatků mohou být doporučeny v případech, kdy jiná krátkodobá léčba není účinná.

Farmakoterapie

Význam farmakoterapie u vyhublých pacientek s MA je velmi omezený, nikdy by neměla být jediným způsobem léčby. Při pokusech s antidepresivy se nepodařilo prokázat, že by byly účinné v akutní fázi poruchy. Příležitostně mohou mít některé pacientky užitek z medikace ke zvládnutí ovládací úzkosti, těžké deprese nebo nesnesitelných nepříjemných pocitů v žaludku po jídle. To se týká ale jen malé skupiny pacientek. Stručně řečeno, psychotropní medikace není ve většině případů nutná nebo užitečná.

1.8. Mýty o mentální anorexii

1. Poruchy příjmu potravy postihují jen mladé dívky.

To je pravda jen částečně. I když většina nemocných patří mezi dospívající, v poslední době se mezi ohroženými objevuje další velká skupina - ženy ve středním věku kolem čtyřiceti let, které se obtížně vyrovnávají s prvními projevy stárnutí. Stejně tak může anorexie či bulimie postihnout i muže.

2. Ženy a dívky s pokročilou anorexií nemenstruují.

Nemusí to být pravda. Ztráta menstruace není úplně spolehlivé měřítko. Pokud dívka bere hormonální antikoncepci, může mít pravidelný cyklus i ve velmi pokročilém stadiu nemoci.

3. Anorexie postihuje hlavně snaživé dívky.

To už neplatí. Takto se skutečně dříve popisovala typická pacientka s poruchami příjmu potravy. Avšak problém čím dál častěji postihuje i dívky s nižším vzděláním, které se pohybují v prostředí klubů a diskoték.

4. Anorexie je rodnou sestrou obezity.

Není tomu tak. Anorexie postihuje mladé lidi s úplně normální hmotností a

popudem k ní není hrozba obezity, leda zcela domnělá a subjektivní. Dokonce jen výjimečně se „vyléčené“ anorektičky dostanou do pásma nadváhy. Bulimické projevy má jen zlomek obézních lidí.

5. Anorexie nebo bulimie jsou projevem hlouposti.

Vůbec ne. Pokud jimi dívka či žena trpí, neznamená to, že je hloupá. Jen se nedokáže srovnat s nároky, často jen domnělými, které na ni okolí klade.

6. Zvracení a projímadla vedou ke zhubnutí.

Krátkodobě možná ano, jejich používáním se však rychle roztáčí bludný kruh. Čím častěji dívka zvrací, tím větší má potřebu znovu se najíst. Kromě toho časté zvracení může vést k rozvratu vnitřního prostředí těla. Projímadla vyprazdňují tlusté střevo, když už energie z jídla byla předtím využita **(27)**.

2. Cíle práce

Cílem práce je zmapovat situaci v sociálních interakcích u pacientek s mentální anorexií. Na základě kvalitativní analýzy osobních dokumentů jedné vybrané osoby a polostrukturovaných rozhovorů s rodiči jsem odpověděla na základní výzkumnou otázku: Jak navazují sociální vazby pacientky s mentální anorexií.

3. Metodika

Pro výzkum jsem použila kvalitativní techniku. Zvolila jsem si témata vztahující se k výzkumné otázce a ta jsem sledovala v deníku jedné pacientky. Potom jsem vedla polostrukturovaný rozhovor s jejími rodiči. Výsledky jsem podrobila kvalitativní analýze, sledovala jsem linie každého tématu a jejich společnou provázanost ze všech zdrojů. Vše jsem podrobila další analýze tak, abych na výzkumnou otázku: „Jak navazují sociální vazby pacientky s mentální anorexií?“ dokázala odpovědět.

3.1. Analýza osobních dokumentů

Od pacientky trpící mentální anorexií v letech 1995-2002 jsem získala 10 deníků s tvrdými deskami formátu A5. Každý z nich měl na obálce napsáno pořadové číslo, v kterém roce byl napsán a některé významné události. Většina událostí se týkala hospitalizací, dále se objevovaly poznámky ze střední a vysoké školy, výlety a narozeniny.

Deníky jsou popsány od začátku až do konce o rozsahu 90-101 stran. V některých se objevují obrázky, novinové ústřížky a nedeslané dopisy otci nebo kamarádce Ivě. První deník psala pacientka v jednom roce, poslední deník psala již roky tři. V denících figurují věty jednoduché, což dává textu rychlost a údernost. Toto je netypický styl psaní, na první pohled zaznamenanatelný.

Z těchto deníků jsem namátkově jeden vybrala a podrobila ho obsahové analýze. V pořadí je to deník čtvrtý, vznikl v roce 1999 a na úvodní straně jsou tyto události: FN Motol, doma – maturita, Harrachov – FN Motol, doma – přijímačky VŠCHT, děda – t. operace. Má celkem 99 stran. V deníku byla vložena fotografie dívky, na zadní straně poznámka – fotka z tabla SOŠ OTŽP 1995-1999 Veselí nad Lužnicí. Jednotlivé strany jsem očíslovala pro snadnější orientaci. Na 44. straně byl vložen dopis – nepovedený dopis Ivě. Byl psán v březnu z Prahy. Na konci deníku jsou nakresleny dva grafy. Jeden není dokončen, zaznamenává hmotnost dívky od 1.6. do 9.7. Za toto období uvedla 9 hodnot. Druhý graf zaznamenává hmotnost ráno a odpoledne. Hodnota 60kg je zakreslena tlustou čarou jako hranice mezi normou a nadváhou. Hmotnost ráno má 19

hodnot za období 14.4. až 31.5. hmotnost odpoledne má 10 hodnot za stejné období. Hmotnost má vzrůstající tendenci.

3.1.1. Analýza textů o rodině

V deníku jsem barevně vyznačila pasáže, které se týkají rodiny a přátel. Tato témata jsou při zjišťování sociálních vazeb důležitá. Označené pasáže jsem přepsala do této práce a různými druhy písem jsem vyznačila pasáže, kde se mluví o otci, vztahu k němu, o *matce a vztahu k ní*, o **bratru Michalovi** a dále o jiných členech rodiny- BABIČKA, DĚDA, ANETA. V textu se objevuje jméno *Irena*, která zde plní významnou roli. Proto je také vyznačena. Společně se jmény jsem vyznačila stejným písmem i situace, které se děly v souvislosti s danou osobou (viz příloha 1).

Texty jsem několikrát pročítala a snažila jsem se vyhledat pasáže, ve kterých je vyjádřen vztah ke druhé osobě. Tyto pasáže jsem podrobila další analýze a vše jsem uvedla v kapitole výsledky (viz níže).

3.1.2. Analýza textů o přátelích

Podobně jsem zpracovávala texty o přátelích. Přátelé jsou při sociálních vazbách velmi důležitým prvkem, proto jsem v textu vyznačila každé jméno jiným písmem a zároveň tímto písmem jsem označila důležitou událost, o které věta vypovídá. Nejčastěji je to forma styku – telefon, dopisy atd. Kamarádky se objevují nejvíce dvě – *Iva* a **Hanka**. Ostatní se vyskytují sporadicky (viz příloha 2).

V textu se nejvíce mluvilo o **Hance** a *Ivě*. Holky z Motola jsem všechny vyznačila stejně – *Jana a Lucka*. HONZA se v tomto deníku vyskytl jenom jednou, ale matka uvedla, že to byla první studentská láska, což je z textu částečně znatelné (co když mě má pořád rád?). Další výsledky jsou zpracovány v následující kapitole.

3.2. Analýza rozhovorů

Vedla jsem polostrukturované rozhovory s otcem a matkou dívky. Udělala jsem si osu otázek, na které se musím zeptat, pak se rozhovor vyvíjel podle odpovědí. První

otázku jsem položila oběma rodičům, byla stejná (Do kdy byste datoval/a začátek onemocnění – která událost se vám s tím spojuje?). O té jsme hovořili. Pak jsem se ptala na témata, která jsem zpracovávala v deníku. Zeptala jsem se otce i matky na vztahy v rodině a na přátele dívky.

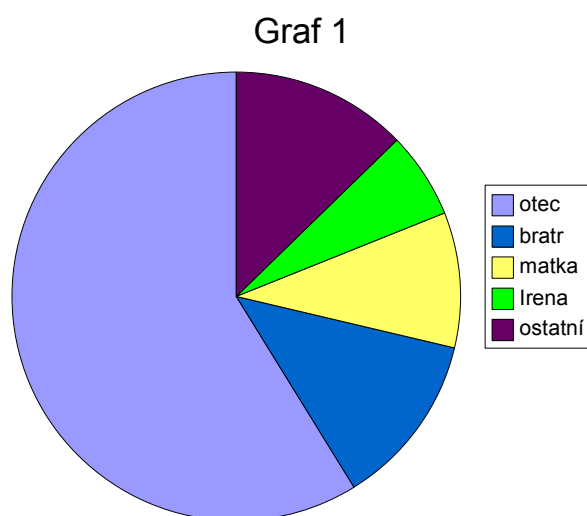
Matka hovořila spontánně, vše do široka rozvíjela. Otec často mlčel, odkašlával si, používal často různé vsuvky (hm, ehm, no, jak bych to řekl, aj.). Rozhovor jsem si zaznamenala na papír, odkud ho přepíšu do této práce a budu se zabývat obsahem řečeného. Opisy rozhovorů jsou uvedeny jako příloha 3 (rozhovor s matkou) a příloha 4 (rozhovor s otcem). Analýza rozhovorů je provedena v kapitole výsledky.

4. Výsledky

4.1. Analýza dokumentů

4.1.1. Analýza textů o rodině

Statisticky mluvila v textu 37x o otci, 6x o matce, 8x o bratrovi, 4x o Ireně a 8x o ostatních členech rodiny (děda, babička aj.). Toto znázorňuje graf 1.



Zdroj: vlastní výzkum

Dívka – pisatelka deníku chtěla být pořád s otcem, chtěla s ním slavit narozeniny a chtěla je slavit i s otcovou přítelkyní Irenou. S Irenou měla vztah vřelý, přátelský. Irena byla otevřenější a komunikativnější (zajistí zábavu). Dívka nechtěla otce zatěžovat svými problémy (nesmím tatku rozesmutnit), ale na druhou stranu mu hodně důvěřovala (zeptám se tatínka, snad se nebude zlobit). Mrzelo jí, že se otec s Irenou rozešel. Při plánování dovolené chtěla být dívka jen s otcem. Bratr zde figuruje jako „rušivý element“ (rozhodla jsem, že pojedeme sami). Otec zde nesouhlasil. Podle vět „hlavně kvůli tatínkovi“ usuzuji, že pro něj dívka udělá cokoli, cítí se být ochránářská, což bývá typické pro pacientky s MA. Otcí se často věnuje (táta bude svačit), v souvislosti s otcem mluví o jídle (když tu bude táta, budu muset jíst normálně, o

polovinu pomaleji aj.). Přestože měla radost z pobytu u babičky a dědy, vždy se dívka těšila domů, nebo alespoň na večerní telefonát otci. Nechtěla, aby otec zůstal sám (snad si najde ženskou). Chtěla mu v jeho přítomnosti vysvětlit některé věci z dopisu. Vztah byl vzájemně vyrovnaný.

Bratr Michal působí v deníku zcela neutrálně (vyzvedne mě, koupíme něco dohromady). Dívka se zabývá bratrovou hmotností a tím, co bude bratr jíst. Pravděpodobně měla dívka „na povel“ stravování rodiny, vařila a připravovala jídlo. To je také jeden typický příznak u MA. Dívka chtěla bratra požádat o některé věci v souvislosti s nadcházejícím „svatákem“. Bratr nesouhlasil. Z textu není další patrné. V dalších denících z pozdější doby se z neutrálního vztahu stává vztah velmi negativní. Bratr považuje dívku za blázna a nechce s ní mít nic společného.

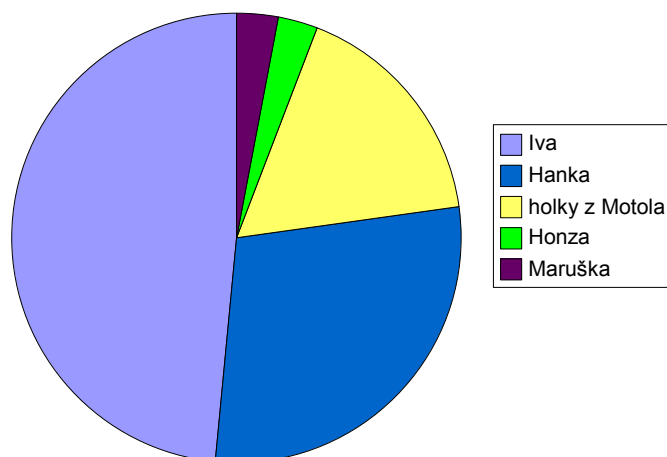
Vůči matce převažují negativa (máma mě štve, zbytečně to zkomplikovala). Dívka by chtěla trávit volný čas u matky, neví jestli na ní matka bude mít čas. Pravděpodobně se tolik nevidaly. Já vidím u matky pozitivní to, že se zabývala školou dívky – pisatelky. Přesto je vztah komplikovaný, zdá se jednostranný. Dívka by chtěla matku zkontaktovat, matka však nemá čas (když jsem jí potřebovala, nebyla doma). Komunikace s matkou silně vážla.

Ze zápisů v deníku usuzuji, že v otci cítila oporu. Řešila s ním všechny přítomné okamžiky. Neustále byli spolu. Pokud nebyla s otcem, odjížděla k dědovi, babičce nebo jiným příbuzným. S matkou se nesetkávala (matka na ní neměla čas). Období dospívání tedy nebylo jednoduché pro samotnou dospívající, ale i pro její rodinu.

4.1.2. Analýza textů o přátelích

Nejvíce v textu mluvila dívka o Ivě, poté o Hance. Dále se 4x zmínila o Janě, 2x o Lucce (Jana a Lucka jsou holky z Motola). Jednou mluvila o Honzovi a jednou o sestřičce Maruše z Opařan. Graficky to zachycuje graf 2.

Graf 2



Zdroj: vlastní výzkum

S Ivou si dopisovala. Dívka jí psala jak „dopadnul maturák“. Obě dívky si psaly o každém svém kroku (víkend, prázdniny). Dívka – pisatelka stále ještě byla v Motole, Iva tam jela na kontrolu. Dívka mluví o Janě a o Lucce, také pacientky s poruchou příjmu potravy. Seznámily se při hospitalizaci. Zdá se, že i Iva trpěla nějakou z forem PPP. Dodržovala písemný styk se sestrou z Opařan.

Za Hankou to měla asi nejbliž, stýkaly se osobně (pojedeme spolu do bazénu). U Hanky i jedla, bývala přejedená. Pravděpodobně o sebe měla děvčata strach. Dívka projevovala strach i vůči ostatním holkám, kontrovala je v jídle, zvracení a hmotnosti. Chovala se hodně ochránářsky. Možná dopis používala jako jednu z forem povídání, které jí doma chybělo, jak vím z dalšího čtení následujících deníků.

Zabývala se tématem lásky u Honzy (co když mě má rád?). Chtěla s ním mluvit, s něčím se svěřit.

V deníku psala dívka pouze o pacientkách s PPP, s kterými udržovala kontakt. Zdá se mi, že jiné přátele nemá. S Honzou – kamarádem ze školy, je vztah také nejistý. Usuzuji, že se neměla o koho opřít při řešení toho nejzákladnějšího pudu – pudu sebezáchovy.

4.2. Analýza rozhovorů

První otázka

Období vzniku onemocnění asociuje u otce i matky jiné události. Matka měla strach o dívku po stránce zdravotní (neměla menstruaci, šly jsme k doktorovi). Matka si však plně uvědomila vymizení menstruace jako příznak jiné nemoci až později (rozbořem jsem dospěla k nemoci). Gynekoložka se zmínila pouze o možnosti hubnutí. Otec to přijal jako věc, která se přihodila (sakra to je ono), ale nebral to jako záležitost, která se brzy vyřeší.

Matka se dále v souvislosti s první otázkou rozhovořila o rozdílném přístupu rodičů k výchově. Rozmluvila se i o studiu střední a vysoké školy, kde výběr vysoké školy zdůvodnila nemocí. Usuzuji, že dívka chtěla co nejvíce vědět o skladbě potravin, o studium biochemie jí až tolik nešlo (pro vysvětlení: FPBT – Fakulta potravinářské a biochemické technologie na Vysoké škole chemicko-technologické v Praze). Matka zdůrazňuje neporozumění si s otcem.

Kamarádi

Oba rodiče si vzpomněli na soutěživost své dcery se Šárkou – matka tuto soutěživost vztáhla na brzké pohlavní dozrávání své dcery. Matka se ještě rozpovídala o Honzovi – studentská láska. Otec popsal dívčin ideál krásy (má být vysoký, štíhlý a hlavně propadlé tváře). Ostatní si nepamatuje.

Rodina

Matka tvrdila o otci, že nechtěl navštěvovat příbuzenstvo, přesto však otec tvrdil, že dcera měla k dědovi nejlepší vztah. Tato otázka mě nutí k zamyšlení. Jak je možné, že si dívka utvořila nejpevnější vztah s dědou, když se za ním nejezdilo? Ve spojení s deníkem mě napadá domněnka, že dokud doma s dívkou někdo byl, zůstávala i dívka doma a k dědovi nejezdila. U dědy byla pouze „na hlídání“ (táta je na operaci). Jejich vztah však musel být upevněn již dříve, jinak by se za dědou a babičkou tolik netěšila. Nabízí se zde souvislost s harmoničtějším působením vzájemného soužití dědy

a babičky a doma zase naopak negativní působení soužití s unaveným otcem (snad táta nebude tak nervózní a bude uklidněnější).

Rodiče se shodli na tom, že k otci měla vztah dobrý, matka tento vztah popisuje expresivněji (tátu milovala a zneužívala). K matce měla vztah horší. Otec zdůrazňuje nedostatek času matky na dceru a silně váznoucí komunikaci. Matka mluvila o podsouvání veškeré viny za nemoc dcery, za potíže v rodině a problémy při rozvodu.

Do tabulky jsem přehledně zpracovala odpovědi matky a otce. Je vidět v čem se rodiče rozcházel. Z různých výpovědí usuzuji i na různou míru autoritativnosti rodičů a jejich účasti na výchově (každý z rodičů věděl jen něco). A jak jsem se již zmiňovala, matka měla na dívku málo času, velký podíl na výchově měl tedy otec.

Tabulka 1

<i>Téma</i>	<i>Otec</i>	<i>Matka</i>
Soutěživost se Šárkou	ano	ano
Byla hodně sama.	ano	ano
Přítel	ne	ano
Dobrý vztah s otcem	ano	ano
Negativní vztah k matce	ano	ano
Návštěvy příbuzných	ne	ne
Výborný vztah s dědou a babičkou	ano	0
Dobrý vztah s bratrem	ano	ne
Ideál krásy	ano	0
Postěžování si	ano	ne
Slušné chování a vystupování	0	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Vytvoření tabulky je problematické, protože rozhovor nebyl strukturovaný, každý odpovídal na to, co se mu vybavilo v souvislosti s kamarády, v souvislosti s rodinou. Přesto jsou věci, kde se rodiče rozcházejí. Otec nevěděl, že má dcera přítele, o tom hovořila pouze s matkou. Otec zmínil vztah k příbuzným, což matka neuváděla. Při odpovědi na vztah s bratrem se nedá jasně říci, zda se rodiče shodli či ne. Otec uváděl, že bratr se odtahoval s vysvětlením, že dívka je blázen, přesto byl jejich vzájemný vztah dobrý. Matka říkala že byl bratr vzteklý a otec ho v jeho postojích podporoval. O vzájemném vztahu sourozenců se nezmiňovala. Přesto jsem uvedla do tabulky nesouhlas. Usuzuji tak z konkrétního sezení s rodiči.

4.3. Shrnutí výsledků

K výzkumu jsem použila 3 zdroje. Deníky, rozhovor s matkou a rozhovor s otcem. Všechny tyto 3 zdroje se shodují v určitých věcech, které mě dovedly k odpovědi na výzkumnou otázku. Výzkumná otázka zní: Jak navazují sociální vazby pacientky s MA? Do shrnutí jsem použila pouze věci vztahové, na kterých se všechny tři zdroje sešly.

- 1) V otcí měla dívka oporu.
- 2) S matkou se dívka nescházela.
- 3) Dívka kamarádila pouze s dalšími anorektičkami.
- 4) Dívka měla nejistý vztah s Honzou – studentská láska.
- 5) V minulosti dívka neustále soupeřila s kamarádkou Šárkou.
- 6) K dívčiným příbuzným se nejezdilo.
- 7) Dívka byla často sama.
- 8) S bratrem měla dívka vztah problematický.

V následující kapitole zkonfrontuji tyto výsledky s literaturou.

5. Diskuze

Rodina, ve které dívka onemocní poruchou příjmu potravy, bývá charakterizována jako rigidní, citově chladná, nepřizpůsobivá. Matka bývá popisována jako velmi dominantní, perfekcionistická, málo empatická a zdůrazňuje dodržování pravidel. Otec bývá opakem matky – je pasivní, neschopný, často setrvává na zažitých stereotypech. Pokud někdo jeho stereotyp naruší, nedokáže se změně přizpůsobit a bývá podrážděný. Takto hovoří odborná literatura.

Deníky dívky, které byly podrobeny analýze, vypovídaly o vztahu s otcem jako o dobrém, harmonickém, vzájemně oboustranném. Výsledky z rozhovorů jsou také stejné, shodují se na dobrém vztahu k otci. V rámci obrazu charakteristické anorektické rodiny setrvává anorektička s otcem na svých stereotypech. Anorektické chování je určitou formou stereotypního chování, které spočívá v nadměrné sebekontrolě a vůbec kontrole fungování celé rodiny. Proto si s otcem nepřekáží a každý setrvává ve svém světě.

Největší problém je však v tom, že dívka bývá často nezletilá a rodiče se musí postarat o výchovu. Pokud někdo – nejčastěji rodič bude dívce nutit jídlo nebo jí při jídle pozorovat, začne anorektička ztrácet svoji kontrolu. Začne si být nejistá a tím se ještě její anorektické chování prohloubí. Začne mnohdy více cvičit a více se pohybovat, i když její tělo velmi často říká STOP. Anorektičky působí jako aktivní dívky s energií na rozdávání, bohužel je to jenom zdání. Omezováním v jídle volají o pomoc.

O matce dívka hovořila jako o komplikaci. Charakteristická matka v anorektické rodině dominantně stereotyp naruší. Pokud nejsou vztahy mezi rodiči funkční, nedokáží „zkomplikovanou“ situaci vyřešit. V rodině se vyskytuje napětí, matka s otcem se můžou hádat. Děti vše vnímají citlivěji, než si rodiče uvědomují. Zejména dívka, která anorexií onemocní, je velmi citlivá a vnímavá ke všem změnám v rodině. Z jakékoliv změny má strach, dokáže se i v jiné situaci ovládat a kontrolovat? Chce mít svoji jistotu, svoji hmotnost, které se bát nebude, a svoji kontrolu nad jídlem. Kontrolou jídla kontroluje všechno dění kolem sebe. Vše se točí jenom kolem jídla.

Nemoc vztahy v rodině změní a změní se i fungování rodiny. Poté co si dívka uvědomí, že je nemocná, tento fakt přijme a začne se léčit, je třeba léčit nejen vztah k

jídlu a ke svému tělu, ale i vztah k okolí, k rodičům, k lidem, kteří se pohybují kolem nemocné. Otec s matkou si možná uvědomí jistou nefunkčnost mezi sebou a začnou vzájemné fungování řešit. Aby se dcera uzdravila, musí se o ní rodiče postarat, musí jí věnovat maximum péče a pozornosti. Problémy v rodině se tak stanou druhotnými. Prvotní je nemoc. Anorektičce tak může v nemoci být relativně dobře. Zde je již znázorněn psychosomatický charakter mentální anorexie. Předmětem psychosomatiky jsou takové somatické poruchy a choroby, u nichž se psychosociální faktory podílejí v etiopatogenezi a průběhu. Tím zajisté mentální anorexie je.

Každý člen rodiny se začne zajímat o nemocného člena. Je to však v době, kdy vztahy mezi rodiči jsou silně narušené. Dívka – anorektička se snaží rodinu vyléčit, snaží se ochraňovat každého člena. Začne preferovat otce, matku spíše z rodiny vynechává, stará se o sourozence. Bývá ochránářská. Rodině hrozí rozpad, dívka však rodinu chce zachránit. A to může udělat pouze nadměrnou kontrolou všech situací okolo sebe. V její moci je však jen kontrolovat jídlo, kontrolovat samu sebe. To je jediné, co dokáže. Jídlo se stává jejím životem.

Vztahy v rodině bývají nádherně popsány v knihách, které psaly samotné nemocné nebo jejich rodiče. Je v nich také dobře patrný obraz života anorektičky. Její život je nasměrován k jídlu, k tělesné hmotnosti. Dívka bývá pronásledována obrovským strachem a úzkostmi z přibrání na váze. Bojí se selhání. Bojí se přibrat i jediný gram. Každé sousto, které sní, znamená přibrání a to znamená prohru. Postupně se začne bát všeho, co se děje kolem ní a je to jen trochu neobvyklé.

Dívka může mít pocit, že problémem v rodině je ona. Situace už může být tak složitá, zamotaná a propletená, že si začne anorektička představovat fungování rodiny bez ní samotné. Její představa je idealizovaná, rodina je dokonalá, všichni jsou dokonalí. Jenom ona už dokonalá není. Takový stav vede k pocitům méněcennosti a může končit sebevraždou.

Tato situace souvisí také se samotou anorektiček. Protože chtějí mít svoji dokonalost, zůstávají samy se sebou. V porovnání s jinými může být její dokonalost nedokonalá, což vede k dalším úzkostem a prohloubení anorektických postojů. Samota

však problémem není. Ta začne být problematická v době, kdy se anorektičky uzdravují ze své posedlosti tělesnými proporcemi a chtějí navázat přátelství.

V nejnovějším čísle časopisu „Psychologie dnes“ se hovoří o rodičovství jako o vědě. V dnešní době bývá potlačena spontaneita matky následkem sociálních tlaků – televize, počítače a v nich všemožných doporučení, jak správně vychovávat dítě. Velmi často bývají tato doporučení protichůdná. Teorie attachmentu, která se zabývá vznikem či vytvořením vazby mezi matkou a dítětem, hovoří o vazbě nejisté. Ta může vznikat mezi problémovou matkou a dítětem, které si v takovém prostředí začne hledat pevnější a jistější vazbu jinde. Dítě má takovou schopnost vytvořit si vazbu k náhradní osobě - otci, babičce, pěstounům. Tato teorie dokáže vysvětlit, proč dívka – anorektička má vztah k otci, potažmo i k dědovi, lepší než k matce. Tato vazba je stále předmětem zkoumání vývojové psychologie. Je však na ní mnoho pravdy.

Dívka kamarádila pouze s anorektičkami. Tato přátelství jsou vysvětlitelná nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti a velkým zájmem o jídlo. Obvykle se anorektičky dokáží bavit jen o jídle, o vaření a o energetických hodnotách jednotlivých potravin. Znají kalorické tabulky z paměti, s dalšími anorektičkami si tyto hodnoty porovnávají, doplňují si své znalosti a jedna druhé se vychloubá, kolik kalorií snědla. Vzájemně se kontrolují, jestli jedna nesnědla o trochu více než druhá, potají spolu soupeří. Žijí pouze jídlem a vařením. Stráví hodiny povídání o své tělesné hmotnosti, o tělesných proporcích někoho jiného. Anorektička vlastní proporce vnímá zkresleně (vidí se jako tlustá), pohled na ostatní je však zcela normální. V těchto situacích bývá výborná léčba pomocí arteterapie, kde si anorektička může vyzkoušet různé techniky na ztvárnění vlastního těla a porovnání svého obrazu se skutečností.

Rodiče mluvili o kamarádce Šárce. V minulosti s ní dívka velmi soutěžila a Šárka si za to dívku cenila. Matka vztáhla soupeřivost na brzké dospívání své dcery. Dívka se odlišovala od Šárky při prvních náznacích pubertálního ukládání tuku a zastavení růstu. Jistě jí stoupla hmotnost. Byla menšího vzrůstu. Trpěla tedy pocity méněcennosti, možná i pocity viny, že vypadá jinak. Obě děvčata se vzájemně porovnávala a jedna musela být lepší než druhá. Vzájemná soupeřivost anorektiček je

běžná. Pravděpodobně soupeřivost nepřináší pouze anorexie, ale byla hnací silou života již mnohem dříve.

Otec vypověděl o přijímacích zkouškách na vysokou školu. Dívka chtěla být dokonalá, chtěla dokázat, že na „ten titul“ má. Nechtěla studovat, ale dokázat, že umí všechno. Otec okomentoval přijímací zkoušky na druhou vysokou školu podobně. Zmínil se, že dívka chtěla opět dokázat, že přece jen je „dobrá“. Na poprvé to nevyšlo, tak na podruhé bude mnohem lepší a školu dokončí.

Soutěživost se zapsala do paměti rodičů velmi silně. Vše co se dívka snažila dokázat, dělala jen proto, aby byla nejlepší. Dá se takto anorektička charakterizovat? Ano jistě. Perfekcionismus a pedanterie (povahový rys charakterizovaný ulpíváním na formálních pravidlech i detailech a specificky zaměřenou rigiditou vyvolávající dojem ritualizovaných činností) jsou typickou vlastností typické anorektičky. Objevuje se sklon k zachovávaní určitého rámce v jednání a tendence k ostřejšímu rozlišování jevů a souvislostí než je běžné. Což svědčí pro dodržování naučených stereotypů chování s neochotou je měnit. A tedy částečné porozumění si s otcem.

V části výzkumu bylo zmíněno jméno Honza. Matka vypovídala o Honzovi jako o studentské lásce. Je vůbec možné, aby dívka byla do Honzy zamilována? Nepředstavoval Honza spíše ochránce pro prokřehlou a promodralou dívku? Nezastával náhodou roli terapeuta? Bývá typické, že partneři anorektiček se začnou ujímat role terapeuta a vztah se rozpadne. Proč tomu tak je?

Léčba anorexie není jednoduchá, případně krátkodobá záležitost. Je to běh na dlouhou trať. Pouze sama nemocná drží v ruce lék. Sama musí svůj problém uchopit do rukou a s pomocí lékaře začít po dlouhé trati postupovat. Partnerovi se doporučuje pouze doprovázení na nelehké cestě uzdravováním. Pokud se začne partner zajímat o množství jídla, které anorektička snědla, budou se ve vztahu pomalu objevovat trhliny. Dívka je doma neustále bombardována otázkami: Jedla si? Měla jsi svačinu? Přibíráš? Kolik jsi vážila? Partner by měl být od toho, aby se u něj anorektička cítila bezpečně. Protože musí přibírat na váze a jíst 6x denně, prožívá velké úzkosti, strach, pocity méněcennosti. Dívka se nemá ráda, připadá si nechutná hrouda hmoty. Ztrácí se sama v

sobě. Partner by měl být oporou, ne další osobou, která jí bude nutit jíst. Potřebuje někoho, u koho si bude moci odpočinout, v kom bude cítit lásku. Proto se na svépomocných skupinách pro rodiče pacientek s poruchou příjmu potravy doporučuje, aby se partner nestal terapeutem. Aby byl neustále milujícím člověkem a doprovázel partnerku po nelehké cestě životem. Jen tak můžou vztahy mezi dvěma mladými lidmi fungovat.

K úplnému obrazu vztahů u pacientek s mentální anorexií stačí snad jen poznamenat, že veškeré vztahy bývají zatíženy lhavostí. Dívka se zpravidla snaží dlouho zakrývat své onemocnění lhaním. Lži typu „neměla jsem hlad“, „bolí mě břicho“ nebo „už jsem jedla“ jsou na denním pořádku. Proto by partner měl od tohoto problému nepatrně odstoupit. Jinak se setká se spoustou lží a vztah začne trpět.

Mentální anorexie je psychosomatické onemocnění, které je svou etiologií velmi komplexní a postihuje všechny součásti biopsychosociální jednoty organismu. Po biologické stránce (somatické) postihuje nejen gastrointestinální trakt, ale i kardiovaskulární systém a všechny další systémy v těle. Mentální anorexie má velkou úmrtnost na srdeční selhání. Komplikace endokrinní nejsou také zanedbatelné, z důvodu amenorey se objevuje osteoporóza a časté zlomeniny. Mladá dívka, která do produktivního věku vstupuje s osteoporózou, nebude mít jednoduché stáří po stránce zdravotní.

Na psychiku jedince působí mentální anorexie jako noční můra, jako děs z jídla, nechutné pocity z vlastního těla. Takové pocity dokáže mladá dívka zvládnout s pomocí psychofarmak a psychoterapie. Mnohdy ale taková intervence nestačí a dívka zakončí svůj život vlastníma rukama. Sebevražda bývá další častou komplikací mentální anorexie (častěji bulimie).

Sociální vztahy jedince s mentální anorexií jsou narušené. Velmi těžko se nová přátelství navazují, bývají poznamenány nedávnou nemocí. V nemalém počtu přechází mentální anorexie do stádia chronického, v takovém případě sociální vazby anorektiček jsou nepatrné, téměř nulové.

Velmi často přechází mentální anorexie v mentální bulimii. Dívkám se přemění

život naruby. Dříve se dokonale ovládaly, teď se neovládají vůbec. Vyjadřují různými ritualizovanými činnostmi nespokojenost se svým tělem, demonstrativně si ubližují. Podhoubí pro hraniční osobnost je na světě. Nakonec může dívka skončit s trvalými následky v invalidním důchodu nebo střídá hospitalizace s kratším či delším pobytem doma.

Nemoc je opravdu složitá a lék na ní má sama nemocná. Pokud v sobě lék najde, může se uzdravit bez následků a žít plnohodnotný život. K tomu jí pomáhají různé organizace s multidisciplinárním týmem odborníků, svépomocné organizace, internetové poradny a chaty. Dnes je mnohem více možností jak se dovědět o mentální anorexii, důležité je včas vzniku mentální anorexie zabránit. Naše společnost musí věnovat veškeré úsilí do prevence. Odborné přednášky na školách, přednášky pro rodiče, nástěnky u dětského lékaře. To vše jsou možnosti jak dostat do povědomí rodičů i dospívajících poruchy příjmu potravy a zabránit těžkým zdravotním komplikacím vyplývajícím z mentální anorexie.

6. Závěr

V práci zazněla odpověď na základní výzkumnou otázku: „Jak navazují sociální vazby pacientky s mentální anorexií?“

Pokud vazby navazují, tak jsou nestálé a krátkodobé. Velmi často chtějí zůstat samy, aby mohly kontrolovat své tělo. V kontaktu s jinou osobu se neustále porovnávají, a to klade větší nároky na jejich psychiku. Trpí úzkostmi, zda jsou nejlepší.

V práci byla shrnuta vztahová situace v rodině, kde dívka onemocní mentální anorexií. Dále bylo zmíněno přátelství s dalšími dívkami trpícími poruchami příjmu potravy a pokus navázat intimnější vztah s přítelem.

Komplexnost poruch příjmu potravy je důležitá v rámci léčby. Musíme léčit celou osobnost se všemi jejími stránkami v rámci biopsychosociální jednoty. Nestačí vyléčit postoj k jídlu, ale musíme se zabývat osobností pacientky a vztahu k vlastnímu tělu.

V závěru práce byl věnován odstavec, kde zazněla myšlenka prevence vzniku poruch příjmu potravy. Platí vztah, čím déle je nemoc neléčená, tím hůře se léčí. Dnes existuje mnoho organizací s týmem, který dokáže ve stádiích, kdy není dívka extrémně vyhublá, pomoci. Jinak je nutné hledat pomoc u lékaře prvního kontaktu, který doporučí další vyšetření u psychiatra, psychologa, endokrinologa, nutričního terapeuta a jiných.

7. Seznam použitých zdrojů

- (1) AMELIE. *Anorexie mě nezabije*. Chvilka pro tebe, listopad 2006, roč. 12, č. 44, s. 24-25.
- (2) BAŠTECKÝ, J. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7
- (3) BLAŽEK, Jakub. - KUBALÁKOVÁ, Pavla. *Když chtějí mít tělo jako Barbie*. In: DNES, 14.9.2006.
- (4) BLAŽKOVÁ, Jana. *Jsou samá kost, ale cítí se jako hroudy tuku*. In: MF DNES, 19.3.2005.
- (5) BLAŽKOVÁ, Jana. *Kvůli kráse hladoví už i osmileté děti*. In: MF DNES, 19.3.2005.
- (6) BOVEY, Shelley. *Zakázané tělo*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-61-1
- (7) CLAUDE - PIERRE. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5
- (8) COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4
- (9) DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla a duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7
- (10) ELLIOT, J., Place, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0
- (11) FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6
- (12) HAVLÍČEK, Jan. *Tváře, ksichty, obličej*. Psychologie dnes, duben 2006, roč. 12, č. 4, s. 11-16. ISSN 1212-9607
- (13) HEJDOVÁ, Kateřina. *Je tlustá! Řekla Heidi Klumová*. In: MF DNES, 18.2.2006.
- (14) KOUCKÁ, Pavla. *Kalokagathia*. Psychologie dnes, červen 2006, roč. 12, č. 6, s. 11-16. ISSN 1212-9607
- (15) KRAMULOVÁ, Daniela. *Výchova dětí v Čechách*. Psychologie dnes, duben 2007, roč. 13, č. 4, s. 14-18. ISSN 1212-9607

- (16) KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
- (17) KRCH, František D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9
- (18) KRCH, František D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3
- (19) KRCH, František David. *Copak rodiče nevidí, jak je hubená?*. *Psychologie dnes*, říjen 2006, roč. 12, č. 10, s. 25-27. ISSN 1212-9607
- (20) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- (21) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4
- (22) LADISH, Lorraine C. *Strach z jídla*. Ružomberok: EPOS, 2006. ISBN 80-89191-53-3
- (23) MAXDORF s.r.o. *Praktický slovník medicíny* [online]. 29.12.2006 [cit. 2006-12-29]. Dostupné z <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/psml.php3?action=detail&id=006429&what=ment%E1ln%ED%20anorexie>
- (24) MAXDORF s.r.o. *Praktický slovník medicíny* [online]. 29.12.2006 [cit. 2006-12-29]. Dostupné z <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/psml.php3?action=detail&id=001233&what=bulimie>
- (25) MÁLKOVÁ, I. - KRCH, František D. *SOS nadváha*. 2. přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-521-0
- (26) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4
- (27) MÍŠA. *Pravda a lež o mentální anorexii* [online]. 15.2.2007 [cit. 2007-03-11]. Dostupné z <http://hereckyazpevacky.blog.cz/0702/pravda-a-lez-o-mentalni-anorexii>
- (28) PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8

- (29) PAPEŽOVÁ, Hana. *Zázračná dieta neexistuje*. Psychologie dnes, duben 2005, roč. 11, č. 4, s. 8-10. ISSN 1212-9607
- (30) SLÁDKOVÁ, Iva. *Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných*. Psychologie dnes, červenec – srpen 2005, roč. 11, č. 7-8, s. 22-25. ISSN 1212-9607
- (31) STARNOVSKÁ, Tamara. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 8.1.2003 [cit. 05-04-24]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/cl_tisk.dss?s_id=2228
- (32) ŠEBKOVÁ, S. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 22.4.2003 [cit. 05-04-24]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/cl_tisk.dss?s_id=5514
- (33) ŠEBKOVÁ, S. *Vývoj dítěte – časná adolescence* [online]. 8.10.2003 [cit. 2005-04-24]. Dostupné z http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=5821
- (34) ŠEBKOVÁ, S. *Vývoj dítěte – střední adolescence* [online]. 13.10.2003 [cit. 2005-04-24]. Dostupné z http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=5830
- (35) TOMANOVÁ, Jana. *Vícerodinná terapie mentální anorexie*. Psychologie dnes, listopad 2005, roč. 11, č. 11, s. 30-31. ISSN 1212-9607
- (36) TOMANOVÁ, Jana. *Proč tloustneme, když víme, že nám to škodí?*. Psychologie dnes, červen 2006, roč. 12, č. 6, s. 26-27. ISSN 1212-9607
- (37) TRAPKOVÁ, L. *Případ mentální anorexie*. [online] [cit. 05-06-19]. Dostupné z: http://www.pppinfo.cz/x_clanek_show.asp?id=28
- (38) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd, rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- (39) VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2
- (40) VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšířené a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0723-3
- (41) YOVELL, Y. *Nepřítel v mém pokoji: a jiné příběhy z psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-037-2

8. Klíčová slova

BMI (body mass index)

Kognitivně behaviorální terapie

Mentální anorexie

Pedanterie

Poruchy příjmu potravy

Psychosomatika

9. Přílohy

Příloha 1: opis textů o rodině

Příloha 2: opis textů o přátelích

Příloha 3: rozhovor s matkou

Příloha 4: rozhovor s otcem

Příloha 1

Musel pro mě přijet taťka. V pátek možná půjdu na propustku a **vyzvedne mě tu Michal**. Napsala jsem mu včera na psacím stroji plnou moc. Taťka tam má známé, budu si mít s kým povídat. A Irena zajistí zábavu u našeho stolu. Možná tenhle víkend půjdeme na slavnostní večeři, protože taťka měl ve čtvrtek narozeniny. S Irenou to oslavili, ale my s taťkou jsme to neoslavili. Příští rok bude mít taťka padesátiny. Nebo mu **koupíme s Michalem něco dohromady**. Foťák nebo žehličku nebo něco podobného. Nebo mikrovlnou troubu. Prý mu volala mamka, ale my jsme domluvení na pátek. Mamka chce, aby mě pustili ve čtvrtek, abych mohla do školy. Nechám to na taťkovi. Ta mamka mě dost štve. A domů volat nebudu. Nesmím taťku rozesmutnit. Musím říct taťkovi, že jsem mu do dopisu nenapsala pravdu. Asi by ho to hodně zajímalo. Ale pravdu mu nikdy neřeknu. Ale jestli se s taťkou domluvim, tak pojedu domů ve čtvrtek. Ale já mu volat nebudu. Mamka to zbytečně zkomplikovala a já nechci zbytečně provolat. Pozvu taťku někam. Nebo mu to navrhnou. Aby si taťka myslel, že to zvládnou. Snad **brácha přibrál**. Musím se zeptat tatínka. **Brácha bude nejspíš o hladu**. Přišel mi od tatínka dopis. Rozešel se s Irenou. **Brácha mi musí poradit**. Přemýšlela jsem, že jsem taťkovi říkala o té dovolené. Že jsem to rozhodla tak, že pojedeme sami, ale taťka s tím nesouhlasil. **Chtěl, aby s náma jel Michal**. Kvůli tatínkovi. Hlavně kvůli tatínkovi. Doma si popovídám s tatínkem a bude dobře. Řeknu tátovi, aby koupil dvě bonboniéry a jednu celou dám Štěpánovi. Ale to vyjde na moc peněz. Protože taťka sem pro mě pojede až večer. Zkusím tátu nějak ukecat. Asi budu muset znovu zavolat taťkovi. Co kdybych chodila za mamkou? Třeba mamka na mě bude mít čas. A táta bude svačit. Táta má pravdu, že nesmím udělat nějakou nevratnou chybu. Taky musím **poprosit Michala, jestli by na svaťák nemohl být pryč**. Přerušila jsem to, když jsme s taťkou byli nakupovat. Taťka říkal, že nemá cenu jíst jenom zeleninu. Neotravovala jsem tátu a nedělala mu starosti, kde se zase podřežu a sežeru prášky. A navíc pojedou až po taťkovi. Ale táta se určitě bude zlobit, že budu jezdit po silnicích. A vzhledem k tomu, že tu bude táta, tak budu muset jíst normálně, ale strašně malinké porce. Taťka se snad zlobit nebude. JEDU K DĚDOVI. Tak jsem už OD ÚTERKA U DĚDY. Táta byl na operaci. Ve středu tam přijel, ve čtvrtek ho operovali a v pátek, to je dneska, jel

domů. Já se mám rozhodnout, jestli pojedu také nebo ne. Ale já asi pojedu. Využiju toho, že táta je doma. A budu doma s ním. A já POJEDU ZA ANETOU. BABIČKA SI TO PŘEJE. Dneska večer máme volat tátovi. On je už doma. Snad bude v pořádku a v něčem mu to pomůže. Třeba už nebude tak nervózní a bude se cítit uklidněnější. A třeba si lépe najde nějakou tu ženskou. Ano určitě. Škoda, že se rozešli s Irenou. Ona ho nechtěla. Určitě až budu doma, tak budu jíst zase o polovinu pomaleji než táta. Už se strašně moc těším, až pojedu domů. Doma je to mnohem lepší. Zítra jedu stoprocentně domů. Táta jde k doktorovi na vyšetření. Jenže nechci, aby taťka musel jezdit do Motola. Ale třeba to u BABIČKY VŠECHNO ZVLÁDNU. Bude MOC KRÁSNĚ U BABIČKY. Je mi moc krásně v tom smyslu, že POJEDU K BABIČCE, že to zvládnou, že budu hodně sportovat. Teď v pondělí POJEDU ZA BABIČKOU do Pavlic. Budu balit. **Zítra budeme s bráchou.**

Příloha 2

Budu muset napsat Ivě, jak dopadnul maturák. Potom budu psát Ivě dopis. Pohled a jeden dopis od Ivy a **druhý dopis od Hanky**. **Hance budu muset zavolat**. Poslala mi telefon. Zavolám jí teď o víkendu. Nesmím si zapomenout ten telefon a Ivě napíšu až přijedu z víkendu. V úterý má přijet na kontrolu Iva. Jenže Iva musí jít do školy, takže dřív nemůže přijet. Byla tu Iva a přivezla mi tvaroh a sušené švestky. Teda jenom *Janu*. Ten jsem dostala od Ivy. Škoda, že jsem se s ní neviděla. Telefon k *Janě*: *****. Budu muset napsat Ivě a *sestřičce Marušce z Opařan*. **Pojedu s Hankou do bazénu**. **Volala Hanka, je jí špatně**. Dneska mi přišli 3 dopisy. Od Ivy. *Pak od Jany a od Lucky*. Přemyslím, co asi dělá Iva a holky v Motole. *Snad už se jim daří dobře. Jana už určitě přibírá a Lucka už snad brzo pojede domů*. Snad Iva nezvrací. Štve mě, že se jí moc nedaří. Štve mě, že ona zhubla 4 kila a já naopak přibírám. Jako například na HONZU. Přála bych si mu něco říct. Chtěla bych s ním zase chodit. Ale co když mě má pořád rád? **Volala jsem Hance, ta se má taky dobře**. **Jsem narvaná od Hanky**. Strávila jsem u ní 2 dny. **Posílala jsem dopis Hance**. Iva zůstala někde s Křížkovou. Povídají si o problémech, které má Iva. Iva se totiž zamilovala do jednoho ženatého kluka, který má dokonce vlastní rodinu. Ale já to Ivě nemám za zlé. **Budu muset zavolat Hance**. Snad se má dobře a nedělá žádné vylomeniny. Ona bude doma sama, to bude hrozný. Napadlo mě, že bychom mohli být spolu. Včera mi přišel dopis od Ivy. Vlastně pohled. Je na Šumavě a doma se to lepší. **Zítřejší pojeď za Hankou**. Koupila jsem jí aromalampičku, vůni, svíčky a nahrála jsem jí kazetu. Budu balit. **Jedu za Hankou**.

Příloha 3

První otázka

Přestala menstruovat, šly jsme spolu na gynekologii, kde doktorka říkala, že má velké kalhoty, jestli náhodou nezhubla. Rozborem jsem dospěla k nemoci. Pozorovala jsem to ale už dříve.

Odmítala veškeré jídlo, já vyváděla, táta vyhodil její oběd abych to neviděla, myslela jsem si, že nám se to nemůže stát.

Byla podrážděná, brzo začala menstruovat, Šárka byla vyžle, ona byla jiná. Říkala – blbě vidím, to mám po tobě, prdel mám taky po tobě. Vinila z nemoci mě.

Na střední škole dělala všem poskoka, měla jsem pocit, že se to srovná, ale ne.

Michal i táta mi vadili, otec měl představu, že je dcera studijní typ, posmíval se jí i bratr, zlehčovali starosti se školou, škola k ničemu atd.

Když byla na jazykové škole – táta říkal – chudinka dojíždí. Neuznával moje rozhodnutí.

Občas se chovala agresivně, byla uzavřená, podrážděná.

Na FPBT šla kvůli nemoci. Školu skončila a zůstala doma s tátou, odtud plynou potíže s rodiči, nikdy nám nerozuměla, táta mi bránil v návštěvách, chtěl abych vypadla, celá rodina tvrdila že kradu, byla jsem smutná.

Když chodila s Romanem, měla potíže s alkoholem, měla jsem radost z jejich rozchodu. Teď co je s Jirkou má zájem o normální věci.

Kamarádi

Šárka s ní cvičila, ona si jí za to považovala, v hudebce do ní pořád hučela ať neposlouchá.

V nemoci s nikým nechtěla být.

Na střední škole poznala Honzu, to byla její první studentská láska, o klukách říkala, že jsou otravný, nechodila s nima do kina, o ní říkali, že je nafoukaná.

Rodina

Širší rodina jako babička a děda se nenavštěvovala, babička občas jezdila sem.

Tátu milovala a zneužívala, táta jí dával drobné ústupky. Michal měl vzteklé období, táta často ustupoval. Za začátku se ke mně chovala dobře, pak byla agresivní. Táta návštěvy neuznával, příbuzenstvo není, nikam se nepojede.

Stěžovala si vždy třetí osobě. Vztah ke mně se mění, zlepšuje se to. Mluvila vždycky slušně, na nikoho nenadávala i když byla agresivní tak byla slušná. Babička když byla se mnou tak nadávala na všechno, když byla s tátou nadávala na mě, s Michalem mluvili taky o mě, nebylo to lehký.

Příloha 4

První otázka

Četl jsem článek v novinách nebo jsem viděl v televizi. Sakra tohle je ono. Šli jsme k lékaři, poslala nás na psychiatrii. V časopise psali příznaky MA, všechny měla. O jídle a kde co jak...

Kamarádi

Trošku mě tam připadá, jak bych to řekl, (ticho), soutěživost, kdo bude lepší, chtěla být nejlepší, v souvislosti se Šárkou. Dál kamarády neznám. Spíš to byli jednotlivci, ne party.

O příteli nevím nic, žádný nevydržel, zjistili, že má problémy a proč já bych měl chodit s holkou co má problémy.

Mluvila o svém typu kluka – vysoký, štíhlý a hlavně musí mít propadlé tváře. Lidi podle váhy nehodnotila, kamarádů moc neměla.

Rodina

Ke mně měla vztah dobrý, normální. K mámě horší, komunikace tam silně vážla. K bráčkovi možná dobrý, ale Michal se odtahoval, jemu to vadilo. Asi nejlepší vztah byl k babičkám a k dědovi, chtěla tam jezdit, hm.....eh.....ehm..... to tak na mě působilo. O rodině se mnou nemluvila, i když si občas stěžovala na mámu, když jí potřebovala, nebyla doma.