

Bakalářská práce

2010

Lucie TUPÁ

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**Prevence, příčiny a terapie
mentální anorexie**

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Maliňáková

Autor práce: Lucie Tupá

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: třetí

2010

Prohlášení o samostatném zpracování práce

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 30. března 2010

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Maliňákové za vstřícnost a ochotu, za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Dále děkuji své rodině za podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod.....	5
1. Definice mentální anorexie	7
1.1 Diagnostika mentální anorexie	8
1.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN - 10.....	9
1.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV.....	10
1.1.3 První známky onemocnění	10
1.2 Stadia mentální anorexie	11
2. Historie mentální anorexie	12
3. Příčiny mentální anorexie.....	13
3.1 Sociální příčiny	13
3.2 Individuální příčiny	14
4. Následky mentální anorexie	18
4.1 Zdravotní následky	18
4.2 Psychické následky.....	20
4.3 Sociální následky	21
5. Mentální anorexie a rodičovství.....	22
5.1 Plodnost	22
5.2 Těhotenství.....	23
5.3 Rodičovství.....	23
6. Terapie užívané při léčbě mentální anorexie.....	24
6.1 Hlubinné psychoterapeutické rozhovory	24
6.2 Rodinná terapie	25
6.3 Behaviorální terapie.....	26
6.4 Kognitivní terapie	26
6.5 Skupinová psychoterapie.....	27
6.6 Psychoanalytická psychoterapie	30
6.7 Farmakoterapie	32
6.8 Terapie orientovaná na tělo.....	32
7. Možnosti sociálního pracovníka v oblasti prevence mentální anorexie .	33
7.1 Primární prevence.....	33
7.2 Sekundární prevence	34
7.3 Terciární prevence	35
Závěr.....	36
Seznam literatury	37

Úvod

Pro svou práci jsem si jako téma vybrala mentální anorexii. Jedná se o velmi vážnou poruchu, která má vysoký výskyt v mnoha společnostech světa.

S tímto tématem jsem se blíže seznámila během několika přednášek na Teologické fakultě a velmi mne zaujalo. Proto jsem již v té době uvažovala nad pozdějším zpracováním této problematiky.

Dnešní společnost na nás útočí z titulních stran časopisů titulky jako: „Jak vypadat lépe v plavkách?“, „Jak definitivně zhubnout?“, „Jak být štíhlejší a zdravější?“. Tomuto tlaku se určitým způsobem podvoluje téměř každý člověk. Někdo více, někdo méně. A několik málo procent mu podlehne natolik, že je ochoten obětovat své zdraví, někdy i svůj život, jen proto, aby se fyzicky podobal těm kráskám, které se na nás právě z těchto titulních stran usmívají. Opravdu to člověku přinese tolik chtěné štěstí, úcty a obdiv okolí? Mnohdy jsou výsledky zcela opačné.

Čísla, která jsou spolu s mentální anorexií spojena, mi připadají alarmující, a proto jsem se rozhodla se ve své práci věnovat nejen zmapování problematiky, ale i jejím příčinám, terapiím a prevenci.

Hlavní cíl mé práce je popsat možnosti působení sociálního pracovníka v oblasti prevence mentální anorexie. Mnou použitou metodou vypracování bakalářské práce bude obsahová analýza.

Má práce je teoretická a stěžejní literaturou se pro mne stávají hlavně knihy: „Poruchy příjmu potravy“ od Františka Krcha, který je v oblasti této problematiky velmi uznáván. Dále kniha „Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání“, jejíž autorkou je Jana Kocourková; „Mentální anorexie“ od Gerharda Leibolda; „Anorexia nervosa“ od Hany Papežové a několik dalších knih, které jsou tomuto onemocnění věnovány.

Mentální anorexie je již několik let tématem velmi živým v mnoha zemích, hlavně v západní společnosti. Mnoho lidí má utkvělou představu, že se jedná výlučně o ženské onemocnění, což je dojem zcela nepravdivý. Mentální anorexie se nevyhýbá ani mužům. Proto chci ve své práci rozebrat příčiny, které ženou obě

pohlaví k honbě za přehnanou štíhlostí, za kterou jsou mnohdy ochotna zaplatit i nejvyšší daň. Není totiž výjimkou, že mnoho případů mentální anorexie končí smrtí.

Pokud chceme s touto nemocí bojovat úspěšně, je potřeba soustředit se na uzdravení nejen fyzického těla, ale hlavně choré mysli. K tomu slouží několik druhů terapií, kterým se chci ve své práci věnovat.

1. Definice mentální anorexie

Mentální anorexie patří spolu s mentální bulimií mezi takzvané poruchy příjmu potravy, pro které je typické intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Nemocní se stále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo si alespoň svou tělesnou hmotnost udržet.¹

Mentální anorexie postihuje přibližně 0,2% dospívajících a její výskyt je desetkrát častější u dívek než u chlapců. U mladších dětí je tento problém vzácnější, ale podíl chlapců činí až 30%.²

Termín „anorexie“ se může v mnoha případech jevit jako zavádějící, protože nechutenství, nebo oslabení chuti k jídlu, je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří pro ostatní členy rodiny a přátele...) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí (např. na sladké).³

U mentální anorexie prakticky nikdy nejde o klinické nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a redukci příjmu potravy ve snaze snížit svou tělesnou hmotnost. Dívky začínají nejprve omezovat vydatné potraviny, které považují za „nebezpečné“, postupně redukují i příjem potravin s minimální kalorickou hodnotou, někdy omezí dokonce i příjem tekutin. Navzdory velké vyhublosti trpí pocitem, že jsou tlusté, typicky v oblasti břicha, hýždí a steh. V rozporu s velkou vyhublostí bývají tyto dívky aktivní, čilé, výkonné ve školní oblasti i v oblasti zájmů, mnohé několikrát denně cvičí.⁴

Dívky s mentální anorexií bývají obvykle hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní i zájmové, perfekcionistické,

¹ KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, s. 22.

² ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázech*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 80.

³ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 16.

⁴ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 18.

zodpovědné. Kvůli rozvoji jídelní patologie se dostávají se svými rodiči do častých konfliktů, lžou a podvádějí ve spojitosti s jídlem, odmítají připustit, že je s nimi něco v nepořádku. Snahu druhých osob o změnu vnímají jako nechtěné vměšování, na které reagují vztekem, lítostí a pocity viny. Rodiče bývají zděšeni, nedovedou chování jejich dětí pochopit, někdy se dostávají do konfliktu i mezi sebou navzájem. Mentální anorektičky často rodiče rozdělují, stávají se těsně vázané na matku a otce odmítají či kritizují.⁵

1.1 Diagnostika mentální anorexie

Otázka včasného diagnostikování poruch příjmu potravy je důležitá zvláště v dětském věku, protože tyto poruchy zasahují na všech úrovních do procesu dospívání.⁶

Diagnostikou mentální anorexie se zabývají dvě diagnostické příručky, kterými jsou Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) a Diagnostický a statistický manuál (DSM IV). Kritéria stanovená v Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou užívána v klinické praxi, zatímco kritéria stanovená v Diagnostickém a statistickém manuálu jsou užívána ve výzkumu a v publikační činnosti. Obě příručky věnují pozornost i netypickým poruchám příjmu potravy.

Diagnostická kritéria v obou příručkách jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů, které je věnována samostatná kapitola.⁷

⁵ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 19.

⁶ Tamtéž, s. 80.

⁷ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 15.

1. 1. 1 Diagnostická kritéria podle MKN - 10

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).
- Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.⁸

⁸ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 16.

1. 1. 2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (např. hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- Intenzivní obava z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru).⁹

1. 1. 3 První známky onemocnění

- **Změny v jídelníčku** – Z jídelníčku mizí nejprve potraviny, které jsou považovány za energeticky příliš vydatné, postupně se zákaz začne vztahovat i na další potraviny.
- **Změny ve stravovacím režimu** – Nemocní se pod různými záminkami vyhýbají společným jídlům s rodinou a začínají jíst o samotě.
- **Srovnávání s ostatními při jídle** – Vyžadují, aby v porovnání s ostatními měli co nejmenší porce.
- **Změna jídelního tempa a chování u stolu** – Nemocní konzumují jídlo velmi pomalu, potraviny dělí na velmi malé kousky.

⁹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 17.

- **Izolace od společnosti** – Nemocní se vyhýbají jídlu ve společnosti, přecitlivěle reagují na to, když je někdo při jídle pozoruje.
- **Zvýšená pohybová aktivita** – Nemocní mají neustále potřebu cvičit a pohybovat se. Nedokáží se uvolnit a jen tak relaxovat.
- **Příliš soustředění na vlastní postavu a hmotnost** – Postávají před zrcadlem a neustále se váží.
- **Projevy kategorického odporu proti jídlu** – Na tlak jíst reagují anorekticky kategorickým odporem. Dokáží hodiny mluvit o tom, jak se cítí z důvodu přílišného jídla nepohodlně.¹⁰

1.2 Stadia mentální anorexie

Chování nemocných s mentální anorexií můžeme rozdělit do pěti stadií:

- **Popření** – Počáteční stadium, kdy nemocnou ano nenapadne, že je něco v nepořádku, nevěří, že má problém a nechce nic měnit.
- **Úvahy** – Dívky začínají přemýšlet o tom, že něco není v pořádku, začínají věnovat pozornost obtížím spojeným s jídlem a jídelním chováním. Některé připustí, že je třeba něco změnit, odpoví na konfrontaci nebo poučení, ale zůstávají nerozhodné a nedělají aktivní kroky ke změně.
- **Příprava** – Postižené mohou chtít změnu a přát si pomoc, ale nejsou si jisty, co se stane, když se jejich jídelní chování změní. Faktory, které ztěžují změnu, mohou hrát významnou roli.
- **Akce** – Postižené se mohou rozhodnout pro změnu a začít se změnou chování. Snaží se modifikovat svou rigidní kontrolu nad dietou a začínají věřit, že budou schopny vydržet, když začnou jinak a využijí podpory a povzbuzení.
- **Udržení** – Pokračují v práci na uzdravení.¹¹

¹⁰ KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví*. Praha: VÚP, 2003, s. 9.

¹¹ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 22.

2. Historie mentální anorexie

Moderní historie pojmu anorexia nervosa se datuje teprve od sedmdesátých let devatenáctého století. Nelze ale vyloučit, že tato porucha existovala již mnohem dříve pod jinými jmény.¹²

Mentální anorexii učinilo nejproslulejší poruchou příjmu potravy hlavně to, že její vnější symptomy jsou již brzy nápadné, a také fakt, že často a bezprostředně končí smrtí.¹³

První věrohodně popsané případy mentální anorexie se začínají objevovat ve druhé polovině devatenáctého století. William Stout Chipley, hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, v roce 1859 zaznamenal odmítání jídla u vyhublých dospívajících dívek, které se tak snažily upoutat pozornost. To dokládá na případu mladé ženy, které netrvalo dlouho, aby pochopila, že podiv a úžas společnosti narůstá nepřímo úměrně s množstvím jídla, které snědla. Přes všechny snahy, odradit ji od této pošetilosti, zemřela.

Trvalo to však ještě více než 10 let, než se chorobné hladovění stalo zvláštní klinickou kategorií uznávanou lékařským světem.

Nejznámějším příkladem mentální anorexie byla anglická manekýnka Twiggy, která pomáhala prosazovat módní ideál přehnané štíhlosti v šedesátých letech dvacátého století.

Právě od šedesátých let dvacátého století přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie.¹⁴

¹² KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 26.

¹³ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 44.

¹⁴ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 35.

3. Příčiny mentální anorexie

Současná medicína i psychologie opustila výklad vzniku mentální anorexie, který by se opíral o jednoduchou a jednoznačnou příčinu jejího vzniku. Je jisté, že mentální anorexie a příbuzné patologie řazené do jídelních poruch (např. mentální bulimie) mají mnoho příčin.¹⁵

Všechny příčiny onemocnění se sice dosud nepodařilo vysvětlit, ale ty nejdůležitější jsou dnes již s jistotou známy. Můžeme je rozdělit na příčiny sociální a individuální.¹⁶

3.1 Sociální příčiny

Již od útlého dětství podléhá člověk tlakům a požadavkům společnosti, s nimiž se musí postupně vyrovnávat. Takto pomalu vrůstá do společnosti a učí se podrobovat jejím oprávněným a odůvodněným nárokům a neoprávněným odporovat. To mu umožňuje, že je pak jako dospělý schopen, ve shodě se sebou samým i se společností, vést naplněný život. Jak dobře se tento proces povede, závisí z části na výchově, z části je ale určován tím, jaké představy o společnosti získá dítě během svého vývoje. Nepříznivé sociální vlivy mohou vést k tomu, že se mu nakonec vůbec nejeví vhodné usilovat o to, aby v této společnosti žilo jako dospělý člověk. Tento konflikt, který prožívají mnohé děti i pubescenti v průběhu svého dospívání, může být zodpovězen buď přizpůsobením se nebo odmítáním. To druhé pak končí podle okolností často i útekem do mentální anorexie.¹⁷

- **Přehnaný ideál štíhlosti ve společnosti** – Běžná představa o dobrém vzhledu je dosud nerozlučně spjata se štíhlostí, i když se také zde už pomalu rýsuje změna. Všechny ženy podléhají tomuto přehnanému ideálu štíhlosti, ale jen některá se s ním ztotožní natolik, že u ní dojde k chorobné

¹⁵ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 42.

¹⁶ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 46.

¹⁷ Tamtéž, s. 46.

závislosti. Ideál štíhlosti, prosazovaný ve společnosti, se ale může stát určujícím směrem pro vztahy k jídlu, tedy podnítit mentální anorexii.¹⁸

Média často prezentují na kost vyhublé modelky, tanečnice, herečky a dietní chování jako normu pro příjem potravy u dívek a žen. Příkladem je i velmi rozšířená hračka, panenka Barbie. Tyto postoje a příklady mohou nemoc spustit i udržovat.¹⁹

- **Nadbytek potravin** – Nadměrná nabídka potravin podporuje přirozeně především ty formy chorobné závislosti, které souvisejí s konzumováním nadměrného množství jídla. Podle individuálních podmínek to ale také může vést k pravému opaku, to je k odmítání potravy.²⁰
- **Předpojatost vůči obezitě** – Obézní lidé jsou popisováni velmi hanlivě. Tato předpojatost posiluje strach z tloušťky, na který někteří jedinci reagují konzumováním nedostatečného množství jídla.²¹

Ve sdělovacích prostředcích se někdy dozvídáme, že „čím nižší váha, tím lepší zdraví“. To je ovšem velmi zavádějící informace, která má za následek hlavně prohlubování strachu z tělesné tloušťky.²²

3.2 Individuální příčiny

K individuálním příčinám, které podporují mentální anorexii, patří různé chybné psychické postoje postižených. Částečně vznikají již v dětství nesprávnou výchovou nebo negativními zkušenostmi v pozdějším životě.

- **Porucha ve vnímání těla** – Všechny anorektičky si stěžují, že jsou tlusté a tento motiv uvádějí jako „rozumný“ důvod pro částečné nebo úplné odmítání potravy. Dokonce i když se hmotnost určí s přesností na gramy a poté se srovná s obecně platnými váhovými tabulkami, nedá se tento

¹⁸ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 50.

¹⁹ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 13.

²⁰ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 47.

²¹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 59.

²² PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 14.

negativní pocit z vlastního těla překonat. Pacientky na srovnávání reagují odmítavě a domnívají se, že takovéto tabulky platí pouze pro osoby, které se nedokáží zdržet jídla (zde se objevuje snaha o něco výjimečného).

Tento postoj mentálních anorektiků se dá odvodit z nepřátelství vůči tělu, které má již svou tradici v západních zemích. Takovýmto vlivům jsou vystavováni i rodiče anorektiků a je velmi důležité, jak se k tomuto problému postaví a jak silně takovéto odmítání vlastního těla předávají během výchovy svým dětem.²³

- **Odpor k dospívání** – Způsob života mnohých lidí může u mládeže vést k domněnce, že se nevyplatí být dospělým. Ta trocha svobody, která je s dospělostí spojená, je v představě mladých lidí spjata s tak četnými povinnostmi, že podle nich nezůstane žádná přednost, ale jen nevýhody.

Zda dojde k takovému druhu negativního uvažování, závisí v prvé řadě na vzoru rodičů. K tomu pak přistupují jiné zkušenosti a pozorování. Navíc zde hraje svou úlohu také strach mladistvých před vlastní zodpovědností, kterou by jako dospělí měli nést. Některým lidem se nepodaří překonat tento strach z dospívání a při představě své dospělosti se cítí beznadějně přetížení a reagují na to různými způsoby. Mentální anorexie je jednou z možných forem reakce, jak oddálit přechod do života dospělých.²⁴

K tomu všemu přistupuje ještě sexuální problematika, která uvádí do rozpaků mladé lidi během puberty. V závislosti na sexuální výchově v rodině, mohou mladí lidé sexuální pocity a potřeby, přicházející během puberty, přijímat nebo je zahanbeně a s pocitem viny odmítat. Dospělost je však neoddělitelně spojená se sexualitou, a tak právě odmítání sexuality může být odpovědné za to, že se anorektik zdráhá být dospělým.²⁵

²³ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 54.

²⁴ Tamtéž, s. 57.

²⁵ Tamtéž, s. 58.

- **Rizikové povahové rysy** – Jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti.²⁶

Mezi takovéto rysy patří:

Perfekcionismus – Chování jedinců s anorexií někdy odráží přesvědčení, že všechna láska je podmíněná a že lásku si musí člověk vykoupit zvýšeným úsilím. Je třeba si ji zasloužit výborným chováním a skvělými výsledky i zevnějškem. Neschopnost dosáhnout dokonalosti povede k odmítnutí. Často se vyskytuje i černobílé myšlení. Události a myšlenky jsou buď jen dobré nebo špatné, existuje pouze úspěch nebo pád.

Zranitelnost – nejistota ohledně sebe sama vede k výrazně zvýšené snaze zalíbit se druhým.

Nestálost – kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.

Puritánství a asketismus – překonat vlastní potřeby, včetně jídla, je považováno za morální a očišťující.

Sebetrestání – dívky se mohou trestat za to, že mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat. Věří, že jsou proto špatné. Kdyby byly perfektní, neměly by problémy nebo by je měly pod kontrolou.²⁷

- **Usilování o výjimečnost** – U mentálních anorektiků přetrvává přání pozvednout se nad ostatní. Příčiny, které je k této snaze vedly, jsou nejasné a často neprokazatelné. Velký význam mají pravděpodobně vlivy výchovy, kterými lze vysvětlit také to, že rodiče anorektiků patří většinou do vyšších společenských vrstev. Do těch se mnohdy vypracovali vlastní těžkou prací, jsou na to hrdí a tuto hrdost přenášejí na své děti. Tito rodiče přikládají také velký význam výkonnosti svých dětí. Ty mají být přinejmenším tak úspěšné jako byli oni a pokud to jde, ještě je ve schopnostech předstihnout.

²⁶ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 72.

²⁷ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 15.

Takové nároky rodičů zavádějí výchovu dětí často na špatnou cestu, protože nepodporují rozvoj individuálních schopností dítěte, ale uspokojují pouze vlastní ambice rodičů prostřednictvím dítěte.

K tomu přistupuje ještě další stěžejní problém: v důsledku vysokých požadavků rodičů na výkonnost, s nimiž se už sami ztotožnili, usilují často mladí lidé o to, aby už brzy vykonali něco neobyčejného. Ale i když se jim to podaří, tlak na výkonnost nepoleví, naopak spíše ještě vzroste. Nakonec dojde zákonitě k přepjetí a poklesu výkonnosti. Tím postižení velmi silně trpí, protože nebyli schopni splnit očekávání svých rodičů. Někteří na to nakonec reagují odporem a mohou se pak rozvíjet přiměřeně svým osobním schopnostem. Jiní toto „selhání“ nemohou snést a zoufale hledají východisko. Za určitých okolností přijdou na myšlenku, že odmítání potravy je ve světě, v němž jídlo patří k nejpřirozenějším věcem, natolik nezvyklé, že takto uspokojí očekávání svých rodičů o své výjimečnosti.

Současně se tím vyhnou nespelnitelným přáním rodičů, protože čím více hubnou, tím méně výkonnosti lze od nich očekávat. V podstatě to opět znamená útek před situací, která se jeví jako nesnesitelná a která má být vyrovnána neobvyklým chováním.

Kromě nadměrných nároků na výkonnost ze strany rodičů může situaci zhoršit tvrdý výkonnostní princip v naší společnosti, který měří hodnotu člověka především podle toho, co dokáže a co si může materiálně dovolit.²⁸

²⁸ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 59.

4. Následky mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy, mezi které mentální anorexie patří, způsobují řadu zdravotních i psychických komplikací, které výrazně přispívají ke zvýšení úmrtnosti postižených.²⁹

4.1 Zdravotní následky

- Zvýšená citlivost na chlad, horší oběh v rukou a nohou, jsou promodralé, jsou na nich skvrny, otoky i omrzliny. Některé ženy s anorexií zemřely na podchlazení.
- Suchá, zažloutlá, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle (hlavně na zádech a po stranách obličeje), vypadávání vlasů, které jsou řídké a suché a lámou se. Mohou se vyskytovat různé vyrážky. Nemocným se snadno dělají modřiny. Tenkou, šupinatou a suchou kůží má asi čtvrtina lidí trpících podvýživou.
- Zvýšená kazivost zubů.
- Zpomalení funkce střev.
- Chudokrevnost, pomalý puls, hypoglykemie, nízký krevní tlak a omdlávání. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny anorektiček.
- Zvýšená hladina cholesterolu v krvi.
- Celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče bývají spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku častého užívání projímadel.
- Nespavost a různé poruchy spánku (děsivé sny, časté probouzení apod.), přecitlivělost na světlo a zvuky.
- Nepravidelná menstruace (normální menstruace závisí na udržení určitého podílu tuku v těle, který se pohybuje okolo 20% tělesné váhy ženy). Bylo

²⁹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 93.

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.

- U žen i u mužů dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex.
- Srdeční obtíže se vyskytují téměř u 90% anorektiček. Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými srdečními obtížemi a větším úbytkem na váze. Může dojít i k srdečnímu selhání.
- Nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin.
- Až u dvou třetin anorektiček se mohou objevit poruchy funkce ledvin.
- Odvápňení kostí, které jsou tenké a křehké. Nemocní s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci.
- Slabý močový měchýř, častější nucení na močení.
- Pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku žaludečních vředů.
- U některých pacientů se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy.
- U mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta.³⁰
- Funkce kostní dřeně selhává. Červené a bílé krvinky se nevytvářejí dostatečně rychle. Výsledkem je anémie, náchylnost k určitým infekcím a celkově snížená obranyschopnost organismu.
- Nervy a svaly jsou poškozené. Někdy to vede ke zhoršení chůze do schodů, nohy se těžce vlečou, přichází extrémní únava a unavitelnost.³¹

³⁰ KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, s. 41.

³¹ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 49.

4.2 Psychické následky

- **Pocity nadřazenosti, viny a hanby** – Ve světě, kde je příjem potravy samozřejmostí, se chová mentální anorektik bezpochyby nezvykle. Ovšem nejedná se o žádný neobvyklý výkon, který by společnost uznávala, ale o projev chorobné poruchy. Za to pacient nemůže očekávat společenské uznání. To mu však tolik nevadí, jemu stačí, že se chová nezvykle, aby se cítil být něčím zvláštním a mohl si pěstovat své pocity nadřazenosti.

Z kontrastu, ve kterém stojí proti společnosti, se vytváří u mentálního anorektika nejčastěji pocit nezměrné převahy. Tento pocit je částečně vyrovnáván přehnanou starostlivostí, za níž se také může skrývat nadřazenost.

Na jak nejisté půdě stojí tento pocit nadřazenosti a sebevědomí, je patrné z toho, že se snadno zhroutí z nejrůznějších příčin. Stává se to zvláště často, když pacient výjimečně, tajně nebo otevřeně, podlehe svému vlčímu hladu nebo nátlaku okolí a opět trochu více jí. Toto „selhání“ pak vyvolává těžké pocity hanby a viny. V reakci na to se pak mnozí pacienti stahují ještě hlouběji do odmítání potravy, aby odstranili příčiny své „slabosti“. Z této kritické fáze se rychle může vyvinout poslední stadium ohrožující život nebo může dojít k pokusu o sebevraždu.³²

- **Euforie a deprese** – Povznesený euforický pocit mnohých anorektiků se dá vysvětlit z části biochemickými změnami nedostatečně vyživovaného těla (podobné stavy prožívají pacienti také při hladovce ze zdravotních důvodů), z části vzniká z pocitu převahy některých anorektiků. Navenek se zdá, že mají dobrou náladu, srší nápady a plány a vypadá to, že nepotřebují žádný spánek. Tu a tam ale přeci jen působí „nepřítomně“ a jejich schopnost koncentrace a výkonnost jsou zřetelně sníženy.

V průběhu mentální anorexie se mohou euforické a depresivní stavy často střídát. Během několika hodin se může euforie zvrátit v hlubokou

³² LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 82.

depresi, doprovázenou často pocity viny a hanby. Pak se anorektici stáhnou do svého pokoje, po dlouhé dny neopouštějí postel a na pokusy okolí opět je povzbudit reagují mlčením nebo agresivními výbuchy. Jejich myšlenky se točí výlučně kolem domnělého selhání a s tím spojeného pocitu méněcennosti, který je pro ně, vzhledem k jejich touze být něčím výjimečný, nesnesitelný. Většinou se pokoušejí své „chyby“ opět vyrovnat tím, že jedí méně nebo již téměř vůbec.³³

- **Sebevražedné ohrožení** – Neléčená chorobná závislost na hubnutí může vést až ke smrti, znamená to tedy samo o sobě určitý druh „pomalé sebevraždy“. Za normálních okolností není nebezpečí přímé sebevraždy příliš vysoké. Na to ale nemůžeme spoléhat, protože výjimky existují, zvláště během depresivní fáze.³⁴
- **Zhoršuje se koncentrace** - Je těžké pracovat naplno.³⁵

4.3 Sociální následky

- **Sociální izolace** – Typický anorektik kolísá ve svém chování vůči blízkým mezi přehnanou starostlivostí o blaho druhých a svými pocity nadřazenosti, které způsobují, že často působí arogantně. Proto se sociální vztahy s nemocnými vytvářejí velmi problematicky. Nakonec se známí a přátelé od anorektiků odtahují a ti pak jsou pomalu čím dál tím více izolováni.

Sociální osamocení však nevyplývá pouze z chování anorektika, ale vysvětluje se také zklamanými nadějemi jeho blízkých a přátel. Dávají nemocným mnohé dobře míněné rady, za které se nedočkají díky, ale navíc jsou nejrůznějšími vytáčkami nebo dokonce otevřenou agresí odmítání. Nemocný ovšem ani při nejlepší vůli nedokáže poslechnout

³³ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 83.

³⁴ Tamtéž, s. 85.

³⁵ PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 52.

jejich rady, cítí se nepochopený a pod nátlakem. Takto se stávají sociální kontakty čím dál tím napjatějšími a neuspokojivějšími, až nakonec všichni zúčastnění nevidí smysl v nich dále pokračovat. Zatímco ale psychicky stabilní lidé takovou ztrátu rychle překonají, chorobně závislí na ni mnohdy reaguji tím, že se ještě hlouběji stahují do své nemoci.

Sociální osamocení souvisí také s narůstajícím nezájmem mentálních anorektiků o mezilidské vztahy. Jejich myšlenky se zaměřují především jejich chorobným chováním, takže vedle nich již nezůstává prostor pro sociální potřeby. Ty jsou pak stále více zanedbávány. Ještě nějaký čas se okolí pokouší pěstovat společenské vztahy k nemocnému, když ale opětovně naráží na lhostejnost, nakonec se toho vzdá.

Sociální izolace patří k nejtěžším stresovým činitelům, které mohou člověka potkat. Není proto divu, že se z toho brzy vyvinou vážné psychické poruchy, které ještě zhorší původní anorexii.³⁶

5. Mentální anorexie a rodičovství

5.1 Plodnost

Prakticky všechny anorektičky jsou v aktivní fázi mentální anorexie neplodné v důsledku nedostatku sexuální aktivity nebo hormonálních poruch (anovulace v důsledku změn ve struktuře vaječníků). Nicméně výjimka potvrzuje pravidlo a několik zaznamenaných případů poukazuje na možnost otěhotnění u těchto žen i bez přítomnosti menstruace. A navíc při rychlém vývoji lékařské techniky v oblasti neplodnosti v posledních letech je možné ovulaci navodit i ve stavu velké vyhublosti.³⁷

³⁶ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 81.

³⁷ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání Praha: Grada Publishing, 2005, s. 107.

5.2 Těhotenství

Je zajímavé, že jen asi třetina vdaných anorektiček má děti. Poruchy příjmu potravy mohou mít na těhotenství různý vliv. U žen, které otěhotní v průběhu aktivní fáze mentální anorexie dochází k zesílení psychických symptomů včetně úzkosti a deprese. Strach ze ztráty kontroly nad váhou může posílit jejich snahu zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Většina těchto žen se také bojí, že by jejich dítě mohlo být poškozeno v důsledku nedostatečné výživy nebo jiných aktivit vedoucích k hubnutí. Nicméně to neznamená, že to vede ke zlepšení hlavních symptomů. V důsledku nízkého sebevědomí a pocitu nedostatku kontroly má mnoho žen pocit, že nestačí na rodičovskou roli. Tyto úzkosti způsobují přetrvávání nebo zesílení anorektických symptomů během těhotenství.

Pacientkám s mentální anorexií se rodí děti s nižší porodní váhou, vyšším výskytem vrozených malformací a vyšším výskytem úmrtnosti při porodu nebo v důsledku nedostatečné zralosti. Když tyto ženy otěhotní při nízké tělesné hmotnosti v důsledku vyvolané ovulace, vyskytují se u nich častěji, než je obvyklé, spontánní potraty, častěji se jim rodí děti s nízkou porodní váhou a vrozenými vadami.

Pacientky uzdravené z mentální anorexie nemají problémy s jídelním chováním a přiměřeně přibývají na váze. Porodní hmotnost dětí je v mezích normy.³⁸

5.3 Rodičovství

Existují dva důvody, proč mohou mít ženy, které jsou postiženy mentální anorexií, s rodičovskou rolí problémy. Za prvé, symptomy onemocnění značně narušují každodenní život a jsou v rozporu s citlivým rodičovstvím. Za druhé,

³⁸ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání Praha: Grada Publishing, 2005, s. 107.

rodiče s poruchami příjmu potravy mají problémy v interpersonálních vztazích, což také silně ovlivňuje vztah rodiče s dítětem.

Patologické zaměření na jídlo, tělesnou hmotnost a postavu oslabuje vnímavost matek k potřebám dítěte. Obava, že by jejich děti mohly být obézní, může vést k nedostatečné výživě nebo omezování příjmu kalorií. Anorektické matky však mohou závažně ovlivnit i pozdější život dítěte, zvláště pokud jde o dívku.³⁹

6. Terapie užívané při léčbě mentální anorexie

Vzhledem k tomu, že mentální anorexie je známa již delší dobu, jsou k dispozici nejrůznější léčebné postupy, které jsou doplňovány novými druhy terapií. Léčení musí být celkové, tedy psychické i somatické. U těžších případů je k tomu žádoucí i delší pobyt na klinice.⁴⁰

6.1 Hlubinné psychoterapeutické rozhovory

Cíleně vedený rozhovor pomáhá pacientům poznat sebe sama a porozumět si a pomocí naučených postupů změnit své chování. Základním předpokladem je atmosféra plná porozumění a náklonnosti, která upouští od jakékoli kritiky a poučování. Taková atmosféra se nedá vždycky vytvořit, závisí hodně na vzájemné sympatii nebo antipatii mezi pacientem a terapeutem. Proto se každý psychoterapeut nehodí stejně dobře pro každého klienta. Pokud se nutný důvěryhodný vztah nechce dostavit, měl by o tom pacient promluvit otevřeně se svým terapeutem, který ho podle potřeby převede k jinému kolegovi.

V rozumné otevřené atmosféře terapeutického rozhovoru se může pacient rozhovořit pomalu a beze strachu před odmítáním, kritikou nebo odsouzením

³⁹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 109.

⁴⁰ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 93.

o svých problémech, které ho ženou do maniakálního chování. Ze začátku o nich sám moc neví, protože příčiny působí z podvědomí. Pod vedením terapeuta se ale stávají pomalu zřetelněji vědomé. Odborník k tomu přispívá zvláště tím, že často nejasně se objevující motivy zachytává do slov tak, že se pacientovi stávají vědomými. Nato je opět pod vedením terapeuta zpracovává.

Narozdíl od přímých doporučení a rad, které nemocnému často udělují příbuzní a přátelé, si vypracovává postižený v průběhu léčby hlubinným rozhovorem sám způsoby řešení svých konfliktů a problémů. Proto také odpovídají ve své podstatě jeho osobnosti, takže se jimi může řídit bez vnitřního odporu.

Nevýhodou terapie rozhovorem, která se obecně provádí v individuálních sezeních, je především dlouhé trvání. Lze urychlit tím, že se terapie rozhovorem doplní dalšími psychoterapeutickými metodami.⁴¹

6.2 Rodinná terapie

Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientek. V případě, že jsou v popředí rodinné konflikty, měla by být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek.⁴²

Dnes nejrozšířenější způsob rodinné terapie je založen na teorii systémů. Tento přístup se příliš nezabývá rodinnou historií, jako každodenními interakcemi a vlivem chování jednoho člena rodiny na ostatní.⁴³

Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině.

Cílem pak je pozitivní změna sociálních rodinných vztahů, před nimiž by pak pacient nemusel utíkat do chorobné závislosti.⁴⁴

⁴¹ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 105.

⁴² KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 127.

⁴³ ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 26.

⁴⁴ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 111.

I členové rodiny potřebují pomoc při zacházení s mladým pacientem trpícím mentální anorexií. Rodiny se často děsí toho, jak začínají být anorektičce vidět kosti a kolísají mezi zoufalými pokusy o nadměrnou kontrolu a neschopností určit přiměřené hranice bizarních dietních rituálů.⁴⁵

6.3 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie má dlouhou historii v terapii mentální anorexie a uplatnila se zejména v průběhu hospitalizace s cílem zvýšit váhu pacienta a také minimalizovat jeho spory a boje se zdravotnickým personálem v případě jedení. Současnější modifikace zdůrazňují na počátku korektní analýzu chování pacienta orientovanou na poruchy spojené s jídelním chováním.

Hlavním cílem této terapie je zvýšení váhy pacienta, pozitivně podmiňované například stupňováním sociálních výhod v průběhu hospitalizace, spojených s váhovým přírůstkem, jako je účast ve více aktivitách na oddělení, vycházka mimo nemocnici, návštěva doma, kontakt s původní školou. Cílem není jen samotné zvýšení váhy, ale i optimální křivka váhového příbytku. Příliš rychlé zvýšení váhy může přinést nejen psychologické, ale i somatické komplikace.⁴⁶

6.4 Kognitivní terapie

Kognitivní přístup v psychoterapii vychází z přesvědčení, že patologické prožívání a chování je odvozeno od patologického myšlenkového procesu a že primárním cílem terapeutické intervence je změnit tento kognitivní proces.

Prvotním cílem je tedy to, aby pacientka přestala popírat své potíže a v terapeutovi mohla vidět spíše spojence než nepřítele.

⁴⁵ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 127.

⁴⁶ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 102.

Kognitivní zkreslení u mentální anorexie souvisí s extrémním stylem myšlení, v němž platí pravidlo všechno nebo nic. Tento styl myšlení není omezen pouze na oblast jídla a váhy, ale i na jiné oblasti života, jako je morálka, úspěch, sebekontrola. Příkladem u těchto pacientek v mladším věku je lpění na výborném prospěchu, kdy jedna dvojka na vysvědčení je traumatizující událostí. Tento černobílý styl myšlení se vztahuje i k sebeocenení a sebehodnocení, jeho závěry jsou většinou negativní a vedou k negativnímu citění a prožívání.⁴⁷

6.5 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je obvykle volenou metodou pro většinu adolescentních pacientů. Je to metoda, kterou nacházíme prakticky ve všech léčebných programech pro pacienty s jídelními poruchami v průběhu hospitalizace. Je třeba znát indikace, výhody a rizika skupinového psychotherapeutického procesu v podmínkách hospitalizace i následující ambulantní péče.

Za kontraindikaci pro skupinovou psychoterapii můžeme považovat to, když je pacientka ve stavu extrémní vyhublosti, která vyžaduje somatickou péči. Otázkou zůstává sestavení skupiny, ať už se týká věku, pohlaví, diagnózy i různého stadia procesu mentální anorexie. Pacientky s jídelními poruchami bývají na začátku hospitalizace málo motivované pro psychotherapeutickou skupinu. Důvodem bývá celkové odmítání léčby, nedůvěra a vyhýbání se otevřenějším sociálním kontaktům, deprese a malá schopnost zajímat se o cokoli jiného než o problémy jídla a váhy. Dívky mívají navíc přesvědčení, že jsou „zvláštní“ a že jejich problémům nemůže nikdo rozumět.

Při sestavování skupiny se často uvažuje o výhodách a nevýhodách skupiny homogenně či heterogenně sestavené, co se týká diagnózy či pohlaví pacientů. V případě homogenní skupiny anorektických dívek je možné hlouběji exploraovat

⁴⁷ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 103.

vlastní problémy kolem jídla a váhy a pokusit se hledat významná spojení mezi prožíváním, vztahy a jídelními obtížemi. Toto téma se však může fixovat a někdy je taková skupina zaplavovaná typickými spory mezi pacientkami kolem jídla na oddělení a spravedlivostí či nespravedlivostí zdravotnického personálu. V případě heterogenní skupiny je méně prostoru pro tato specifická témata a někdy hrozí to, že probíraná „adolescentní témata“ u ostatních pacientů vzbuzují úzkost a pacientku znejišťují.

Přes všechny svízele je skupinová práce nedílnou součástí psychoterapeutického programu. Měla by pomoci pacientkám v bezpečném prostředí vyjadřovat vlastní pocity, pozorovat reakce druhých jak k sobě navzájem, tak k terapeutovi, propracovávat vztahy s vrstevníky a autoritami. Z hlediska techniky skupinové psychoterapie lze pokládat za výhodné užití neverbálních technik (arteterapie, muzikoterapie, práce s tělem).

Metoda skupinové psychoterapie se uplatňuje i v psychoterapeutické práci s rodiči mentálně anorektických pacientek. Bývají odlišovány dva základní druhy skupin pro rodiče: diskusní skupina a vlastní psychoterapeutická skupina. V diskusní rodičovské skupině, které se účastní nejlépe oba rodiče jednou týdně během celého pobytu dítěte v nemocnici, jsou základní náplní diskuse o vlastní rodičovské problematice, jako je vztah k dítěti nebo otázky výchovy. Tato témata jsou převážně zaměřena na racionální zvládnutí problému.

Ve vlastní psychoterapii přijdou rodiče brzy na to, že těžkosti v rodině s dcerou, jídelní patologií i s vlastním emočním prožíváním jsou prakticky shodné s ostatními rodiči ve skupině. V situaci, kdy se podaří zmírnit pocity viny za onemocnění dcery a také pocity vzteku na ni, dokáží rodiče realističtěji připustit, že potíže dcery a jejich rodinné vztahy spolu mohou souviset, aniž by se na kohokoli svalovala vina.⁴⁸

Do skupinové psychoterapie zařazujeme i tzv. edukativní skupiny. Jejich smyslem je poskytnout pacientům relevantní a srozumitelné informace o poruchách příjmu potravy a konkrétní doporučení, jak zvládnout jejich základní

⁴⁸ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 113.

příznaky. Sezení edukativní skupiny může mít normální skupinový formát nebo může probíhat jako přednáška. Podle zkušenosti je první alternativa účinnější, i když náročnější pro terapeuta. Vhodné je používat různé názorné pomůcky, jako je zápis na tabuli, schémata, kresba nebo videozáznam. Pro větší názornost dostávají pacienti kopie některých materiálů. Edukace je dialog, kterého se pacient aktivně účastní. Jeho dotazy a připomínky se zapisují, může se ptát, uvádět příklady, ale i sám připravit zpracování určitého tématu. Do edukativních skupin jsou zařazováni pacienti s určitým náhledem, schopní spolupráce a s dostatečným intelektem. Skupinu vede jeden terapeut, který si může zvát hosty. Od pacientů jsou někdy požadovány domácí úlohy, jako například vést si jídelní záznamy nebo přinést příklad nějaké nevhodné reklamy na hubnutí. Edukativní program má obvykle určitou strukturu a témata jednotlivých sezení jsou naplánována a připravena.⁴⁹

Do skupinové psychoterapie spojené s poruchami příjmu potravy dále řadíme tzv. jídelní skupiny. Většina jídelních skupin má edukativní nebo nácvikový charakter. Jsou zaměřeny na postoje a chování spojené s jídlem, umožňují pacientovi lépe se orientovat v nutričních a jídelních aspektech poruchy, nebo si prakticky vyzkoušet určité situace spojené s přípravou a konzumací jídla. Jednotlivá sezení jsou strukturována s ohledem na konkrétní problémy, jako jsou nákupy, skladování potravin, stolování nebo příprava jídla. Téma skupiny sleduje připravené schéma nebo vychází z konkrétní zkušenosti a záznamů pacientů. Na přípravě jídla a stolování spolupracuje celá skupina, některé problémy (návštěva samoobsluhy, nákup potravin...) mohou být řešeny ve dvojicích nebo jako samostatný úkol, jehož příprava a řešení se ve skupině proberou. Tam, kde je to možné, lze do programu zařadit společné jídlo, které pacienti sami nakoupí a připraví.

Jídelní skupiny nejsou vhodné pro pacienty v první polovině léčby, vyhublé a bez náhledu. Pro ostatní je to naopak příležitost, jak si ujasnit problémy spojené

⁴⁹ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 190.

s jídlem a vyzkoušet si situace, kterých se obávají a ke kterým se často vracejí jako k něčemu, co nikdy nedokáží.

Jídelní chování pacienta většinou není vhodné bezprostředně komentovat. K tomu slouží skupiny po jídle vedené dietní sestrou nebo vyškolenou zdravotní sestrou.⁵⁰

6.6 Psychoanalytická psychoterapie

Technika psychoanalýzy spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychických komplexů, které sahají často až do raného dětství. Za tím účelem hovoří pacient v otevřené atmosféře plné důvěry o svých myšlenkách, pocitech a snech. Terapeut je analyzuje a ve srozumitelné formě a ve správném čase je vrací zpět pacientovi. Tím dospívá pacient k hlubokému sebepoznání. Je zde přesvědčení, že jakmile jsou všechny potlačené obavy, konflikty a podobné problémy odkryty a příslušně zpracovány, vyléčí se jimi vyvolaná mentální anorexie.⁵¹

Cílem psychoanalytické terapie není pouze odstranění symptomů, ale hlubší osobnostní změna, která pomáhá k adaptivnějším způsobům životního fungování.

Pokud je pacientem dítě, tak obvykle o žádnou psychoterapii nestojí, problém vidí spíše zvnějšku a případné zlepšení své situace si slibuje od vnějších změn či změn v postojích důležitých osob. Tento postoj je u pacientů s mentální anorexií extrémně silný. Terapeut potřebuje být aktivnější než v terapii s dospělými a potřebuje být orientován v technikách pro mladší věk (např. herní technika).

Psychoanalytická teorie přišla v průběhu svého vývoje se třemi základními modely, které měly vliv i na vývoj pravidel psychoanalytické techniky. Prvním modelem je tradiční psychoanalytická tzv. pudová teorie, která vychází z myšlenky Sigmunda Freuda o převládajícím vlivu pudů na vývoj symptomové formace.

⁵⁰ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 194.

⁵¹ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 107.

Šedesátá léta přinesla v psychoanalýze větší orientaci na oblast vývoje já, separačních a individuálních procesů a pozornost se obrátila k rané dětské zkušenosti, kterou dítě prožívá se svým primárním objektem – matkou. Tento model požaduje pro pacienty s mentální anorexií indikovanou hospitalizací, která má z hlediska psychoterapeutického působení tři fáze:

- Testování – Je to fáze, která začíná počátkem léčby a trvá až do ustavení skutečné terapeutické aliance. Verbalizace pacienta neslouží k vyjádření vlastních pocitů, ale k manipulaci s terapeutem. V této fázi je významnější projev pacienta v jeho akcích než v jeho slovech. Terapeut se snaží dávat do souvislosti pacientovo prožívání, chování a vztahy. Cílem této fáze je zmírnění agování (chování pacienta, v němž „přehrává“ ve vztahu s terapeutem své minulé zkušenosti a brání se tak jejich uvědomění) a dosažení základu pro důvěru.
- Propracování – Tato fáze začíná zvládnutím agování, kdy pacient začne otevřeněji a příměji verbálně vyjadřovat svoje pocity. Vůči terapeutovi je méně manipulativního projevu. Depresivní prožívání je považováno za vývojový pokrok.
- Separace – Tato fáze je spojena s úzkostí ze separace od terapeuta. Jejím cílem je propracování separační úzkosti a pokročení k větší nezávislosti a autonomii.

Další vývoj psychoanalýzy přinesl zaměření na sebe sama a problematiku narcismu. Mentální anorexie je pojímána jako forma patologie proti sobě. Většina takto zaměřených psychoanalytiků zdůrazňuje potřebu empatického terapeutického vztahu, z kterého může pacient profitovat.

Je upozorňováno také na výskyt negativní terapeutické reakce*, která je spojena s vinou za přání se separovat a vyrůst.⁵²

* Negativní terapeutická reakce vyjadřuje situaci v terapii, kdy místo očekávaného zlepšení nastupuje zhoršení stavu pacienta. Může souviset s hlubokými a nevědomými pocity viny.

⁵² KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 105.

6.7 Farmakoterapie

Medikamentózní terapie je důležitou součástí léčby mentální anorexie. Velké části pacientů je ordinováno během ambulantní nebo lůžkové léčby některé z farmak, pouze malá část je léčena zcela bez medikace. U farmakoterapie musíme zdůraznit, že kauzální lék pro léčbu poruch příjmu potravy neexistuje. Stávající možnosti medikace jsou pouze symptomatické, tedy ovlivňující pouze příznak, nikoli podstatu nemoci.

Při rozhodování o léčbě medikamenty je nutné si uvědomit, že většina nemocných nemá v počátku náhled na chorobnost příznaků, může medikaci odmítat, často kvůli mylné představě, že jde o léky, které přímo působí na zvýšení hmotnosti. Je vhodné nemocným účinek léků vysvětlit.

Existuje i terapie psychofarmaky. Tato medikace ovlivňuje psychické příznaky nemoci, z nichž nejčastější a nejdůležitější je depresivní syndrom. Z tohoto důvodu mají velký význam při léčbě mentální anorexie antidepresiva.⁵³

6.8 Terapie orientovaná na tělo

Terapie orientovaná na tělo zahrnuje všechny formy psychoterapie, které se zaměřují na tělo a tělesné pocity pacienta s cílem zlepšit jeho psychický stav. Pacient je obvykle nejprve vystaven neverbálním zážitkům, které mohou být později diskutovány později. Tato terapie je většinou v určitém vztahu s existujícími psychoterapeutickými přístupy.

Pro anorektičky je charakteristická porucha tělesného schématu, hyperaktivita a strach ze ztráty sebekontroly. Chuť k jídlu, tělesná potěšení a pohlavní touha jsou tvrdošíjně potlačovány. Nepřehlédnutelnou vlastností mentální anorexie je neustálá neposednost a nutkání k pohybu, dívky tak ztrácejí pocit relaxace a schopnost uvolnit se. Cílem terapie orientované na tělo je znovuvytvoření

⁵³ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 117.

realistického obrazu sebe sama, utlumení hyperaktivity a vnitřního napětí, vývoj společenských dovedností a naučit se mít rád své tělo.⁵⁴

Tato terapie často používá pohybová cvičení, sporty a hry, relaxační techniky, tělesná zkoumání a tělesnou expresi. Pohybová cvičení sestávají z gymnastiky a tělesného cvičení, rytmických pohybů, pohybu ve vodě, speciálních cviků (rovnovážná gymnastika, cvičení na posílení krevního oběhu) a různých forem sebeobrany. Mohou se používat nejrůznější relaxační techniky. Sport a hry jsou rozděleny na individuální a kolektivní. Tělesné zkoumání a vyjadřování je založeno na nácviku, který podporuje přiměřenou sebezprezentaci a růst (smyslové vnímání, sebekonfrontační techniky s videokamerou nebo zrcadlem, koncentrační cvičení) nebo na nácviku rozvíjejícím společenské schopnosti a pozitivní interakce s okolím (neverbální vyjadřování, cvičení důvěry).⁵⁵

7. Možnosti sociálního pracovníka v oblasti prevence mentální anorexie

7.1 Primární prevence

Sociální pracovník má možnost vstupovat do oblasti primární prevence hlavně v jednom z nejdůležitějších preventivních opatření, čímž je osvěta a edukace. Jedná se o programy, které mají informovat jedince, kteří zatím nemají problémy spojené s příjmem potravy, o škodlivých následcích všemožných diet a potřebném energetickém příjmu.

Tyto edukační programy se realizují hlavně v rámci škol základních, středních i vysokých.

Další možností primární prevence jsou programy určené pro vzdělávání pedagogů, které také mohou provádět vyškolení sociální pracovníci.⁵⁶

⁵⁴ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 165.

⁵⁵ Tamtéž, s. 165.

⁵⁶ Tamtéž, s. 163.

7.2 Sekundární prevence

Také z hlediska sekundární prevence je důležitá osvěta a edukace, které jsou věnovány jedincům, u kterých již mentální anorexie propukla.

Pacientky s mentální anorexií často tvrdí, že mají o oblasti výživy rozsáhlé znalosti. Ty jsou však velice výběrové a mohou pocházet z pochybných zdrojů, často jsou extrémní a nesprávné. Jejich chybná přesvědčení je potřeba uvést na pravou míru a poskytnout jim přesné informace o potřebné výživě a energetickém příjmu. Tyto otázky by měly být s pacientem probírány po celou dobu léčby buď individuálně nebo ve skupině. Pozornost by měla být věnována hlavně takovým tématům jako jsou fyzické a psychické následky přehnaného dodržování diet, hladovění a špatné výživy; požadavky na výživu nutné k dobrému zdraví a udržení hmotnosti.

Do osvěty a edukace v oblasti sekundární prevence již nemůže sociální pracovník tolik zasahovat, protože se jedná hlavně o činnost, kterou by měl vykonávat dietolog.⁵⁷

V rámci sekundární prevence hovoříme hlavně o možnostech terapií, které jsou popsány již výše. Tyto terapie by měly být vykonávány terapeuty, psychology a dietology (nebo speciálně proškolenými zdravotními sestrami).

Další možností sekundární prevence jsou svépomocné skupiny. Při léčbě mentální anorexie se často využívají různé typy svépomocných skupin, které jsou považovány za velmi užitečné. Klienti mívají zpravidla společný problém a spoléhají se na pomoc podobně postižených nebo sebe samého. Společný problém by měl nemocným umožnit lepší vzájemné porozumění a vést ke vzájemné pomoci při práci na zvládnutí problému.⁵⁸

⁵⁷ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 163.

⁵⁸ Tamtéž, s. 195.

Klienti na skupinu přicházejí z vlastního rozhodnutí nebo jim skupinu doporučí jako vhodný doplněk terapie jejich lékař či terapeut. Mnohdy se také jedná o vůbec první krok ke změně své situace.⁵⁹

Cíle svépomocných skupin jsou většinou skromnější než cíle skupinové terapie. Nemocnému umožňují zorientovat se v dané problematice a seznámit se s problémy a řešeními někoho jiného, získat základní informace o poruše, jejích příznacích a možnostech intervence, překonat svou osamocenost a získat sociální kontakty a impulsy k životu. Svépomocná skupina je otevřená, účast na ní je dobrovolná a koordinátor skupiny nemusí být profesionál.

Vedení skupiny může být různé, od vyléčeného pacienta, přes školeného laického terapeuta až po profesionála, který navrhuje možný program. Právě díky této rozmanitosti vedení svépomocných skupin, je možné, aby i sociální pracovník vedl jednotlivá sezení.⁶⁰

7.3 Terciární prevence

I v oblasti terciární prevence se hovoří o svépomocných skupinách. Jak už je uvedeno výše, sociální pracovník může vykonávat činnost vedoucího skupiny a podle svého uvážení skupinu vést.⁶¹

⁵⁹ ČERNÁ, R. *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy* [online]. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2005. [cit. 2010-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/>>, s. 15.

⁶⁰ KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 196.

⁶¹ Tamtéž, s. 196.

Závěr

Výsledkem mé práce je ucelený popis prevence, příčin a terapií mentální anorexie. Zvolenou metodou mé práce byla obsahová analýza.

Hlavním cílem mé práce bylo objasnit možnosti sociálního pracovníka v oblasti prevence mentální anorexie. Musím konstatovat, že v odborné literatuře je tématu prevence věnováno velmi málo místa, přestože prevence je zde zcela stěžejní. Informace jsou dosti okrajové, a proto se domnívám, že právě prevence mentální anorexie je možným tématem k dalšímu zkoumání.

Ve své práci jsem se věnovala nejprve popisu mentální anorexie, krátce jsem zmínila i její historii. V dalších částech práce jsem rozebrala nejčastější příčiny mentální anorexie, které jsem rozdělila na sociální a individuální. Dále jsem se věnovala následkům této nemoci, možnostem její léčby a prevence.

Informace o průběhu mentální anorexie, jejích příčinách a možnostech léčby jsou v odborné literatuře velmi dobře zpracovány a dávají ucelený obraz o této poruše příjmu potravy.

Seznam literatury

ČERNÁ, R. *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy* [online]. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2005. [cit. 2010-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.anabell.cz/>>.

ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0.

KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví*. Praha: VÚP, 2003. Bez ISBN.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8.

Abstrakt

Tupá, L. *Prevence, příčiny a terapie mentální anorexie*. České Budějovice, 2010.
Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce L. Maliňáková.

Klíčová slova: mentální anorexie, příčiny, prevence, terapie

Práce se zabývá prevencí, příčinami a terapiemi mentální anorexie. V úvodu pojednává o definování mentální anorexie a jejích počátečních projevech. Dále se krátce zmiňuje o její historii a prvních zaznamenaných případech. V další části jsou rozebrány příčiny mentální anorexie, které jsou rozděleny na sociální a individuální. Také jsou zde popisovány různé druhy terapií, které jsou používány v souvislosti s léčbou mentální anorexie. V závěru práce jsou jmenovány možnosti prevence, které jsou rozděleny na prevenci primární, sekundární a terciární.

Abstract

Prevention, causes and therapies of anorexia nervosa.

Key words: anorexia nervosa, causes, prevention, therapies

The work deals with the prevention, causes and therapies of anorexia nervosa. At the beginning the work deals with the defying of anorexia nervosa and its manifestations. The next part shortly mentions the history of anorexia nervosa and its first noticed cases. In the next part of the work, the causes of anorexia nervosa are mentioned and divided into two parts: social causes and individual causes. You can find there a description of the therapies which are used in context of the treatment of anorexia nervosa. At the close of the work are named possibilities of the prevention which are divided into primary prevention, secondary prevention and tertiary prevention.

