

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika mentální anorexie v dětském věku

bakalářská práce

Autor práce: Alice Roubíková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

Abstrakt

Mentální anorexie je popisována jako extrémní hladovění. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí jde o onemocnění vyvolané úmyslným snižováním váhy, které si způsobuje postižený sám tím, že se vyhýbá většině jídel a využívá další způsoby snižování váhy jako vyprovokované zvracení, užívání laxativ, diuretik, nadměrné cvičení. Není to pouze onemocnění, jde z větší části a poruchu psychiatrické podstaty. Mentální anorexie začíná nejčastěji v dětském věku, a to mezi 14-18 lety života, ale může se objevit dříve i později. Často se její počátky objeví při nové životní situaci či události, se kterou se daný jedinec nedokáže vypořádat.

Co se týče prevence mentální anorexie, je ze zdrojů zřejmé, že je velká propojenost mezi programy proti mentální anorexii a základními i mateřskými školami, ale překvapivě je realita ve většině případů odlišná. Stejně tak kolik terapií je zpracováno pro léčbu mentální anorexie ve srovnání s tím, kolik druhů terapií se v realitě k léčbě opravdu využívá. V práci je zmapována literatura česká i zahraniční, bylo čerpáno z časopisových a novinových článků, brožur, videí a televizních pořadů, dále z internetových zdrojů odborných i laických pro jejich autentičnost a samozřejmě nejvíce ze zdrojů v knižní podobě.

Bakalářská práce s názvem Problematika mentální anorexie v dětském věku je zpracována teoretickou formou. Tato práce se zabývá problematikou mentální anorexie v dětském věku. Sama mentální anorexie, jako porucha příjmu potravy, je přes vysokou úmrtnost stále ještě opomínaným problémem hýbajícím lidskou společností. A přitom právě společnost posledních let mohla sama zapříčinit nárůst procent postižených mentální anorexií u stále mladších jedinců. S rychlostí, jakou dnes svět nabývá pokroku, se zdá, že všeho lze dosáhnout téměř hned, a tak se nejvíce dívky toužící po extrémně štíhlé postavě stávají oběťmi této poruchy, aniž by tušily, že je drastické metody, jak svého „cíle“ dosáhnout co nejrychleji, vedou stále častěji k tomu nejhoršímu - smrti. Ovšem pokud zavčas nezasáhne jejich okolí a není jim poskytnuta lékařská péče a dohled, anebo se samy nerozhodnou vyhledat pomoc, což se stále ještě stává až příliš vzácně.

Příčiny vzniku mentální anorexie rozhodně nejsou u všech jednotné. Záleží na prostředí, z kterého dítě pochází, na genetických předpokladech, co se obezity týče, a dále pak na psychickém stavu. V dnešní době je mnoho studií vypracovaných právě na prevenci mentální anorexie, ale přesto nikdo nemůže říci na 100 procent, který z vlivů dnešní společnosti má největší podíl na vzniku tohoto onemocnění. Domnívám se, že je to jeden z ukazatelů zákeřnosti této poruchy.

Hlavní pozornost je v práci ovšem směřována na samotnou ošetrovatelskou péči a léčbu postižených mentální anorexií. Po hospitalizaci pacientek je přední souhrn cílů nadcházející léčby, mezi něž patří dosažení a akceptace zdravé tělesné váhy, změna sebehodnocení pacientek, změna jejich postoje k jídlu a stavování vůbec, úprava jejich problematických postojů a chování v dalším životě a zaujetí zodpovědného přístupu k řešení vlastních problémů. Dále je důležité podle psychických problémů pacientek, zajistit přísun medikamentů, ať už antidepresiv, neuroleptik, či anxiolytik. A to i přesto, že určité zdroje uvádějí absolutní neúčinnost farmak při léčbě mentální anorexie.

Hospitalizační střediska pro pacienty trpící mentální anorexií nabízejí hned několik terapeutických programů, jejichž výběr záleží na individuální charakteristice každé pacientky. V práci jsou uvedeny postupy jednotlivých terapií, jejich účinnost na pacientky a význam v léčbě, včetně pokynů pro poskytnutí ošetrovatelské péče.

V závěru práce je zmíněn přístup dívek k této poruše jako takové, jejich sdružování se do komunit prostřednictvím sociálních sítí, či tzv. pro-ana blogů. Až při pročítání těchto stránek si uvědomujeme krutost mentální anorexie. Využitím pro praxi bude článek do odborného časopisu.

Klíčová slova: mentální anorexie - výživa - psychoterapie - dietoterapie - poruchy příjmu potravy - pro-ana

Abstract

Anorexia Nervosa is being described as an extreme starving. According to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, it is a disease caused by an intentional weight loss, when the patient avoids most of the meals and uses other ways to lose his weight, for example induced vomiting, using laxatives, diuretics, excessive physical activity. Anorexia Nervosa means not only a physical illness, mostly a psychological disease. Anorexia Nervosa starts usually in the childhood, when children are at the age of 14-18, but can appear later as well. It is usual when there come some complicated situations and events and the child can't deal with them.

Sources say that the Anti-Anorexia programs are connected with the nursery and the elementary schools, but unfortunately the reality is quite different. All the same, many of the therapies prepared for the treatment of this disease, are not even being used. And I know this due to my own experiences. In this work I have been trying to chart the foreign and the Czech literature, magazines and newspaper, brochures and other internet-sources professional as well as the general, for their authenticity, and of course, most of them were the book sources.

I wrote this thesis named "The Issue of Anorexia Nervosa in Childhood" using a theoretical form of writing, and it shall introduce you to this illness from its beginning, through its symptoms, prevention, treatment to the nursing care, which is very important as well as it is very difficult. It shall also familiarize you with the opinions and the thoughts of the patients themselves. This work is concerned with the issues of Anorexia Nervosa in children. Anorexia Nervosa, as an eating disorder, is still in spite of the mortality numbers an overlooked problem moving the human society all over the world. And yet, it is right the society of the last years contributing on the rise of the numbers of disordered children, who are younger and younger. They find out, with the speed of the world's progress, that almost everything they want they can have in a little while, and so the girls longing for the extremely thin body happen to become the „victims“ of this disorder without sensing the danger of their drastic methods to reach their „goal“ as

quick as possible leading more and more often to the worse – death. But it is only if their surroundings don't strike immediately and the children don't get the medical care and monitoring, or they themselves don't try to find the help, which still happens to be the most rare.

The causes of this disease are certainly not common for everyone. It depends on the surroundings of the patients, genetic predispositions – as for the obesity – and their mental condition. There are many studies discussing the prevention of Anorexia Nervosa, but it is not so certain which influence of today's society has the greatest part on causing this disease. I suppose this is one of the signs of the deceitfulness of this disease.

The main attention is directed to the medical care for the girls affected by the Anorexia Nervosa itself. After the hospitalization there must be the summary of the objectives of the care set, for example reaching and accepting the healthy body weight, changing the patients' self-evaluation, changing their attitude to food and catering, reorganizing their problematic attitude and behaviour in the following life and taking of a responsible approach for solving their own problems. Then the pharmacotherapy is very important for the patients to get either, antidepressants or neuroleptics, or rarely anxiolytics. Some certain sources state the absolute inefficacy of the pharmacies during the treatment for Anorexia Nervosa.

The hospitalization centres for patients suffering of Anorexia Nervosa offer several therapeutic programmes which are chosen by the individual characteristic of each patient. In this work I mention the methods of each therapy, its efficiency and importance in the cure, including providing the nursing care.

At the end of the theoretical part it is also mentioned the girls' attitude to the disease itself, joining their communities via social networks or so-called pro-ana blogs. Right while reading these pages I realized the violence of Anorexia Nervosa. The use for practice will be a professional magazine article.

Key words : Anorexia Nervosa - nutrition - psychotherapy - dietotherapy - eating disorders - pro-ana.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....

Alice Roubíková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Ditě Novákové, Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, a to nejen za cenné rady, nápady a svěží myšlenky, odbornou pomoc, ale především také za lidský přístup, otevřené srdce a za obrovskou trpělivost při jejím zpracovávání. Poděkování patří také mé rodině, především mé babičce, přítelovi a kamarádům za obrovskou pomoc a podporu po celou dobu studia.

Obsah

Abstract.....	4
Obsah	8
Úvod	9
1 Cíl	11
2 Metodika.....	12
3 Současný stav	13
4 Charakteristika mentální anorexie u dětí	15
4.1 Typy mentální anorexie podle DSM – IV	18
4.2 Historie mentální anorexie.....	18
4.3 Diagnostická kritéria mentální anorexie.....	25
4.3.2 Příčiny mentální anorexie v dětském věku.....	34
4.4 Příznaky mentální anorexie u dětí	42
5 Léčba mentální anorexie u dětí.....	45
5.1 Cíle léčby.....	45
5.2 Klinická doporučení a jejich uplatnění v praxi.....	46
5.3 Úlohy při léčbě mentální anorexie.....	46
5.4 Farmakoterapie	47
5.5 Výběr vhodného terapeutického programu	48
5.5.1 Psychoterapie podle účinnosti	49
5.5.2 Druhy terapií.....	50
6 Prevence mentální anorexie.....	63
6.1 Typy prevence	Chyba! Záložka není definována.
6.2 Aplikace zásad zdravého životního stylu	67
7 Ošetrovatelská péče u dětí s mentální anorexií	68
8 Zkušenosti pacientek, jejich názory a myšlenky	75
9 Závěr.....	78
10 Seznam zdrojů	Chyba! Záložka není definována.

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou pro svůj průběh a biopsychosociální důsledky jedním z nejzávažnějších onemocnění dětí. Ale v dnešní době, přehlcené reklamami, médií, sociálními sítěmi, není již výjimkou pro toto onemocnění i muži. Mentální anorexie se začíná u dívek projevovat již v rané pubertě, a to pro strach z obezity, nespokojeností se svým tělem, a také jeho narušeným vnímáním, dále pak nevhodnými stravovacími návyky a způsoby.

U tohoto onemocnění je velice křehká hranice mezi patologií a normou, kvůli závislosti na společenských a kulturních vlivech. A právě to ji staví na pomezí medicíny, ošetřovatelství, psychologie, sociologie a dalších oborů.

V této práci bych ráda zmapovala názory různých autorů a odborníků na toto onemocnění. Cílem práce je nabídnout odborné i laické veřejnosti shrnutí ošetřovatelského problému a důležitosti správných postupů i jejich rozmanitost. Chtěla bych poukázat na myšlenky dětských pacientů, kteří vlastně nemohou myslet na nic jiného než na jídlo a na to, jak ještě více zhubnout. Pomalu ztrácejí všechny své zájmy, přátele a postupem času, obrazně řečeno, i sami sebe. Proto je toto onemocnění velmi závažné, není to choroba jako každá jiná, je to porucha psychická, která se léčí velmi těžko a dlouho.

Doufám, že práce bude přínosná, a v neposlední řadě se budu pro objektivitu snažit i o zmapování široké skupiny autorů a jejich publikací. Je snahou zapojit i veřejnost a realitu, oproti literatuře a internetovým zdrojům, která je mnohdy odlišná. Například v problému prevence mentální anorexie.

Vybrala jsem si toto téma, jelikož mentální anorexie je v dnešní době „podporována“ bulvárem, televizí, sociálními sítěmi a celkově současná doba dbá na vzhled, a to zejména na štíhlost. Myslím, že děti jsou velmi přizpůsobivé a také chtějí tzv. zapadnout mezi vrstevníky ve škole a ve společnosti. Proto je mládež ohrožena především. A jsem toho názoru, že je velice obtížné pečovat o dětské pacienty trpící mentální anorexií, také proto výsledkem práce bude článek v časopisu.

Sama jsem na začátku psaní nevěděla jak moc je tato nemoc závažná a zákeřná. Je to spíše posedlost, než onemocnění. Jsem ráda, že jsem zvolila zrovna toto téma, protože díky tomu jsem pronikla do problematiky mentální anorexie. Trochu jsem doufala v originalitu autorů, ale byla jsem zklamaná, neboť většina z nich přepracovává již napsané texty, proto se často v práci u určitého tématu neliší informace, i když zdrojů je plno, avšak se liší od reality.

1 Cíl

Cílem bakalářské práce je zmapování české i zahraniční literatury pro ucelení specifík ošetrovatelské péče u dětí s mentální anorexií. Snahou je široký sortiment prozkoumaných zdrojů, kterými jsou samozřejmě v první řadě knihy, časopisové a novinové články, výsledky konferencí, internetové publikace odborné, ale i laické, jsou zapojeny i brožury pro rodiny dětí postižené mentální anorexií a další materiály. Dále bylo využito poznatků veřejnosti i odborníků. Snahou je zaznamenat odlišnosti a shody mezi různými autory a dát do souvislostí danou problematiku.

2 Metodika

Pro teoretickou bakalářskou práci byla zvolena metoda Review a syntéza. Po prostudování různých druhů literatury bylo snahou dát do souvislostí všemožná fakta i domněnky, názory, výsledky konferencí, odborných článků z novin i časopisů, zahraniční i české publikace, jak v knižní podobě, tak i v elektronické – internetu. Jedná se o zdroje psané odborníky i laiky a nemocnými pro jejich autentičnost. Různí autoři uvádějí odlišné názory i informace, ale vyskytují se i takové oblasti, v nichž se publikace shodují téměř slovo od slova. Někdy je naopak jiný názor veřejnosti, než ten, se kterým se setkáváme v literatuře. To vše bylo shrnuto a prostřednictvím této práce je prezentováno. Výstupem je článek, který obsahuje různé poznatky, které mají být přínosné jak pro odborníky a personál nemocničních zařízení, tak i pro veřejnost. Domnívám se, že u tohoto onemocnění je více viditelná individualita jedince, neboť se jedná o psychickou poruchu a zároveň se liší i v různých věkových skupinách dětí.

3 Současný stav

Myslím, že ženská krása je dnes spojována s kostnatou vyhublostí a chlapeckými tělesnými proporcemi, přestože hmotnost většiny obyvatel vyspělejších zemí vzrůstá. Dnešní děti vidí své vzory nejen v rodičích, ale především se jejich idoly krásy nachází na stránkách časopisů, v televizi či na internetu. Rostoucí tlak na dívky, nutící je snižovat váhu a omezovat se v jídle, je zřejmý z mnoha článků věnovaných dietám a redukci váhy. Toto onemocnění však nevidíme pouze u dívek, ale stále častěji se začíná vyskytovat i u mužů. Je třeba si uvědomit, že tímto onemocněním se neničí pouze fyzická stránka, ale i sociální a psychická, a to v nemalé míře.

Současná společnost klade přehnaný důraz na atraktivní vzhled a nekriticky oslavuje štíhlost. Zdravý životní styl prostřednictvím reklam, vštěpuje informaci, že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti, na které pak závisí osobní štěstí a vědomí vlastní hodnoty. Škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována velmi malá pozornost. Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých částí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne (43).

Ubývání hmotnosti je u mentální anorexie úmyslně vyvoláno a udržováno. Je zde přítomna specifická psychopatologie - obava z tloušťky, která má charakter nutkavé myšlenky. Vzniká podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí. Nízké hmotnosti pacienti dosahují různými způsoby - buď hladověním, nebo přejídáním a následným vypuzováním za pomoci například laxativ. Pro mentální anorexii je typické BMI nižší než 17,5. Nemocný neodmítá jídlo proto, že by neměl chuť, ale proto, že nechce jíst, i když to někdy popírá. Většinou jsou výpovědi pacientek lživé, a tak i anamnézu je třeba zjišťovat i od rodiny. Samotné nechutenství je pak výsledkem hladovění. Často je u nemocných pozorován zájem o jídlo a o vše, co s ním souvisí. Patientky pak dospějí do takového stádia, že nemají už žádné jiné zájmy než o jídlo a o to, jak ztratit další dekgam. U jídla převládá úzkostné srovnávání se s ostatními, mění se jídelní tempo a chování u stolu. Pacienti se vyhýbají stolování ve společnosti. Zaoberají se příliš vzhledem své postavy a tělesnou hmotností. Mají zkreslený obraz v zrcadle a mínění o své postavě. Dochází u nich často k přerušení

sociálních vazeb. Často mají stavy úzkosti a deprese a jen „vydržet nejíst“ je posiluje a dodává pocit jistoty v sama sebe (57).

4 Charakteristika mentální anorexie u dětí

Mentální anorexie se popisuje jako extrémní hladovění. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je to „porucha vyvolaná úmyslným snižováním váhy, které si způsobuje postižený sám tím, že se vyhýbá většině jídel a užívá další způsoby snižování váhy jako vyprovokované zvracení, užívání laxativ, diuretik, nadměrné cvičení“ (18, str. 45 - 46). Potrava je nenahraditelným zdrojem energie, základních živin a jednou z podmínek jak psychického, tak somatického zdraví. Nedostatek živin či energie může vést k závažným poruchám - od banální únavy, přes porušenou imunitu, až po velmi závažná onemocnění, včetně psychiatrických poruch. Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů (57, 7). Atkinson definuje mentální anorexii jako extrémní záměrnou ztrátu hmotnosti, která je vyšší než 15 % minimální váhy jedince (2).

E. Newsholme a A. Leech ve své knize *Functional biochemistry in health and disease* uvádí, že mentální anorexii charakterizuje typická posedlost štíhlostí, i když bylo docíleno předsevzatého cíle, pacienti se stále cítí obézní, načež dochází ke stanovení dalšího cíle. Jejich hmotnost bývá nižší než 85 % ideální váhy podle BMI. Mohou ztratit až 60% celkové tělesné váhy, kdy se jejich hmotnost dostává až pod průměrně 35 kilogramů. Často dochází k narušení menstruačního cyklu, energetické a hormonální nerovnováze (42).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se mentální anorexie definuje těmito příznaky:

1. Tělesná hmotnost je udržována 15 % pod předpokládanou úrovní, nebo BMI je 17,5 a méně. U prepubertálních pacientů není splněn očekávaný hmotností přírůstek.
2. Snižování hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících praktik: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
3. Přetrvává strach z obezity a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.

4. Rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (50)

Tabulka 1 Hodnocení BMI.

Klasifikace	BMI
Podváha.....	< 18,5
Normální váha	18,5 – 24,9
Zvýšená váha	≤ 25,00
Nadváha	25,0 – 29,9
Obezita I. Stupně	30,0 – 34,9
Obezita II. Stupně	35,0 – 39,9
Obezita III. Stupně.....	≥ 40,0

Zdroj: 22

Mentální anorexie je porucha příjmu potravy a je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín anorexie může být někdy poněkud zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných (57).

Anorektičtí pacienti neodmítají potravu proto, že nemají chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Uvádějí různé důvody (výmluvy) proč jíst nemohou, a to někdy i velice promyšlené, logické a srozumitelné. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje ke své postavě, proporcím a tloušťce (57).

Oproti Repetitorium praktického lékaře uvádí v diagnostice mentální anorexie spíše příznaky, například jako jsou odpor k některým jídlům, později úplná ztráta chuti k jídlu, resp. odpor k potravě vůbec, zvracení vnucené potravy. Rychlá ztráta váhy, až extrémní vyzáblost. Naproti tomu dobrá duševní aktivita, tělesná energie a nepřítomnost únavy až do pozdních stadií. Dehydratace, obstipace, amenorrhoe, suchá kůže,

končetiny, nos, uši studené a namodralé. Eventuelně vypadávání vlasů, hypertrichosa (48). (*Hypertrichóza je charakterizována zvýšeným difúzním růstem jemného ochlupení (velus) na celém těle.*) - na trupu, končetinách a v obličeji (66).

Praktický slovník medicíny uvádí v diagnostice mentální anorexie, že její vznik souvisí s vývojem sekundárních ženských pohlavních znaků (zvětšení prsů, boků, typické ukládání tuku) (66).

Tedy shrnutě je mentální anorexie duševní choroba charakterizovaná nadměrným strachem z tloušťky spojeným s úmyslným a nevhodným snižováním tělesné hmotnosti vedoucím k výrazné vyhublosti. Tak to popsal MUDr. Martin Anders, CSc., na internetových stránkách anabell, které nabízí pomoc a podporu osobám, postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy hledat a nalézat východiska k řešení problémů, spojených s neplnohodnotným nebo nevhodným stravováním (53).

S mentální anorexií souvisí strach z tloušťky, ve kterém hraje velkou roli porušené vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti, což je v současné době velmi diskutované kritérium (25).

Kocurková se naopak zaměřuje u diagnostiky mentální anorexie na soubor paradoxů, které toto onemocnění doprovází. Prvním je už samotný název anorexie, který v doslovném překladu znamená nechutenství a ztrátu chuti. U dívek s anorexií tomu tak alespoň zpočátku rozhodně není. Jde u nich především o nalezení uspokojení ve schopnosti ovládnout se, kontrolovat se a zhubnout. Zde nacházíme další paradox. Tam, kde lidé většinou nacházejí slast a relaxaci, jako v případě jedení, sexuality nebo prosté pasivity, tam prožívají anorektičky hluboké ohrožení a úzkost, kterým se brání tím, že zesílí svoje asketické a kontrolující se chování. Porušení tohoto postoje pak přináší hluboké pocity viny, selhání, studu a nenávisť k sobě samým. Tento pocit se ve výraznější podobě projevuje hlavně u bulimiček (25).

4.1 Typy mentální anorexie podle DSM – IV

DSM-IV (diagnostický a statistický manuál pro mentální poruchy publikovaný americkou psychiatrickou asociací) rozlišuje nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám zvracení, užívání laxativ nebo diuretik. Pokud například pacientka zvrací a její tělesná hmotnost je o 15 % nižší než odpovídá věku a výšce, jedná se o bulimickou formu anorexie. Při stanovení diagnózy anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie, u depresivních poruch a některých typů závislostí (30, 21).

4.2 Historie mentální anorexie

Mentální anorexie je známá již mnoho století a sahá do daleké minulosti. Od starověku jsou popisovány mnohé formy a projevy poruch příjmu potravy. Přijímání menšího množství stravy nebo hladovění bylo praktikováno při různých náboženských obřadech a rituálech. Většina historických exkurzů začíná většinou „Již staří Řekové...“ Nejinak tomu bylo i u anorexie. Již v 5. století před naším letopočtem se Hippokrates zmiňuje o poruchách příjmu potravy a to pod termínem „asithia“. Naproti tomu v Měsíčníku pro lékaře a farmaceuty se uvádí, že Hippokrates ji nazval anorexia nervosa, což znamenalo neurotické odmítání potravy (40, 50, 53).

Poprvé byly příznaky mentální anorexie popsány ve 2. století lékařem Galénem, jedním z nejslavnějších starověkých lékařů, který používal pro toto onemocnění pojem „orexis“ jako absence chuti k jídlu nebo odpor k němu. Ale tomuto onemocnění nebyla stále ještě věnována patřičná pozornost a omezením potravy bylo dáno do souvislosti s žaludečními potížemi. Pohledy na tuto nemoc se od té doby výrazně změnily. Dříve „svatá anorexie“ je v dnešní době považována za závažné onemocnění dospívajících dívek (40, 50, 53).

V rozmezí dvanáctého a patnáctého století ženy hladověly, aby umlčely své hříšné tělo a prohlašovaly se za světice, sebetřýzní odčiňovaly své hříchy a osvobozovaly duši.

Jídlo a velikost porce vždy svědčili o postavení konkrétní osoby (v našem případě ženy) ve společnosti. Ženy tak vždy zastávaly jistou společenskou podřízenost (53).

Bensonová uvádí, že svěťice byla prvním zdokumentovaným případem ženy, která zemřela dobrovolně hladem. Tento případ se objevuje ve čtrnáctém století, svěťicí byla Sv. Kateřina ze Sieny, která se starala o ženu s nádorem prsu. Po čase ji zápach odumírající tkáně znechutil natolik, že nebyla schopna se s tím vyrovnat. Aby překonala tento odpor, setřela z odumírající tkáně hnis a vypila ho. Téže noci se jí údajně zjevil Kristus a vyzval ji, aby pila krev z jeho ran, měla to být útěcha pro její žaludek. Vysvětlila si to tak, že nemůže trávit potravu a nemusí až do konce svého života jíst. Od šestnácti let přežívala pouze o chlebu, vodě a čerstvé zelenině. Byla přesvědčena, že našla vlastní zdroj potravy. Snědla-li více, spolykala kořínky, které jí vyvolaly zvracení. Ve své víře v milosti boží docílila toho, že byla přijímána králi, královnami a dokonce i papeži, aby jim radila v důležitých státnických problémech (6). Speciani zmiňuje termín „svatá anorexie“ až do šestnáctého století. Jeammet s Chabertovou popisují, že první úmrtí v historii v důsledku mentální anorexie bylo zaregistrováno až v roce 1888, kdy dívka v Bristolu v Anglii využila hladovění k upoutání pozornosti přátel a nakonec zemřela v nemocnici na podvýživu. V roce 1894 popisuje případ anorexie u mladé matky také Sigmund Freud (57).

Dalším významným zvratem je šestnácté století, u kterého Anabell uvádí, že takzvané anorektické svěťice jsou prohlašovány za „posedlé ďáblem“ a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání (53, 40).

Koncem sedmnáctého století Richard Morton ve své knize „Phthisiologia“ popisuje „nervové opotřebením“ (nervové úbytky, devastaci a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálními vlivy), které demonstruje na případě dcery pana Duka. Mezi symptomy uvádí amenoreu (zástavu menstruace), výrazný úbytek hmotnosti a neustálou aktivitu navzdory extrémní slabosti. Speciani a Papežová je spojují s rokem 1689, oproti tomu Anabell zmiňuje až rok 1694 (53, 46). Každopádně se Richard Morton považuje za prvního, kdo mentální anorexii definoval. Je také znám jako první portrétista anorexie nervosy. Je to především díky svému popisu jedné nemocné dívky,

jejíž zbídačený stav ho velice překvapil a nenacházel pro něj žádnou fyzickou příčinu. Předepsal dívce léky, ale ta jeho navrženou léčbu odmítala a zemřela. Je udivující, že z jeho přesného popisu mentální anorexie a teorie se žádný jeho současník nepoučil, přestože jeho kniha byla velice známá, a to i přeložená do několika jazyků. Po další dvě století zůstal bílou vránou v celé lékařské literatuře (57).

Papežová se ještě ve své knize zmiňuje, že po Mortonovi popsali stejný chorobný syndrom v roce 1767 v Anglii Whitt, jenž byl známým neurologem své doby, a v roce 1780 málo známý francouzský lékař Nadeau (57).

Podle Krcha se v historii mentální anorexie objevuje pod různými jmény. Jako „blednička“ byla v osmnáctém a devatenáctém století rozšířena tato diagnóza pro takzvanou „chlorózu“. Především krásné mladé ženy ztrácely zdravou barvu a menstruaci a k dalším příznakům patřila například emaciace (vyzábllost) (28).

Papežová i Krch dále popisují, že termín nervová anorexie se objevuje hlavně ve francouzské literatuře. Na počátku devatenáctého století (roku 1840 upřesňuje Krch) Fleury Imbert, prakticky neznámý francouzský fyziolog a frenolog, ve svém pojednání o ženských chorobách stanovil dva druhy anorexie: gastrickou a nervovou anorexií. První typ byl především způsoben poruchou trávení. Při druhém typu anorexie pacienti odmítali jíst, poněvadž mozek nevysílal signály chuti k jídlu a pocitu hladu (57, 28).

Krch uvádí první věrohodně popsané případy mentální anorexie, které se začínají objevovat ve druhé polovině devatenáctého století. V roce 1859 popsal William Stout Chipley, hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, takzvanou „sitománii“, která byla označována jako „sitiofobie“ (chorobné nechutenství). Dívky se podle něj tímto způsobem snažily upoutat pozornost. O rok později popisuje Louis-Victor Marcé zvláštní formu „hypochondrického deliria“: několik pubertálních dívek trpělo nechutí k jídlu nebo bolestivým zažíváním. Několik těchto pacientek začalo odmítat potravu a po dobu několika měsíců nepřijímaly téměř žádnou potravu. Louis-Victor Marcé tvrdil, že jejich odpor k jídlu nebylo možné ovlivnit. I přes tato pozorování neměl jeho článek téměř žádnou odezvu. O pojmu mentální anorexie se začalo hovořit až o deset let později (28).

Bensonová nás seznamuje s dalším známým případem úmrtí na hladovku v roce 1869, a to Sarah Jakopsové, která po deseti dnech nepozření žádného jídla zemřela na vyhladovění (6).

Dalším důležitým rokem je rok 1873, kdy Ernest Charles Lasegue definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost. Navrátilová ještě přidává k této triádě zácpu. K nim ještě v průběhu desetiletí přibyly další dva, a to velká touha po štíhlosti a zkreslené vnímání vlastního těla. Krch uvádí, že jednoznačný popis mentální anorexie je připisován Ernestu Lasegueovi, ale i W. Gullovi (28).

E. Newsholme a A. Leech ve své knize *Functional biochemistry in health and disease* uvádí, že mentální anorexie byla poprvé definována v roce 1873 sirem Williamem Gullem jako „zvláštní forma poruchy“ objevující se zejména u mladých žen v průběhu puberty. Jeho popis přetrvává dodnes, mentální anorexie se totiž z 90 – 95 % objevuje u pacientek kolem osmnáctého roku života (42).

Ve středověku se mentální anorexie vyskytovala spíše ve společnosti ortodoxně věřících rodin. První lékařská zmínka vůbec pochází z roku 1689, kdy Richard Martin popsal jednu ze svých pacientek jako „kostru pokrytou slabou vrstvou kůže“ (28).

Pacientky se ovšem po celou dobu aktivně zajímají o přípravu pokrmů (zvláště pro druhé), popírají jakékoli postižení nemocí a lékařskou pomoc vyhledávají jen z důvodu nátlaku rodiny a nejbližších přátel (28).

S nárůstem mediálního tlaku především v dnešní době vzrostla mortalita postižených mentální anorexií ze 4 % až na 18 % (28).

V průběhu nemoci dochází k úbytku vitamínu D, srdeční arytmii a osteoporóze.

Pacientky od sebe většinou hodně očekávají, stavějí si vysoké cíle, což napomáhá k vysvětlení výskytu anorexie u žen z vyšších sociálních skupin a celkově nadprůměrné inteligence. Mezi další společné znaky u dětí trpících touto poruchou patří perfekcionismus, perzistence a nezávislost. Pacientky jsou hyperaktivní a jsou známé dosahováním své abnormálně nízké váhy tvrdým cvičebním plánem (57).

Autor mimo jiné upozorňuje na studii o změnách hladiny hormonů při reakci na hladovění a narušení menstruačního cyklu (57).

O rok později William Withey Gull, lékař královny Viktorie, identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o „apepsia hysterica“. Oba lékaři mentální anorexii považovali za psychogenní chorobu, která se vyskytuje především u mladých dívek a žen. Popsali dodnes platné příznaky: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost jakýchkoliv známek organické etiologie (57).

V roce 1883 Gielles de Tourette rozlišuje primární a sekundární – psychogenní anorexii (58). Rok nato Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie (58). Roku 1890 spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za „monstrum“ (57).

Když nastal rok 1908, P. Poiret, pařížský módní návrhář, poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu. Poprvé v historii bylo vidět tělo pod šaty, nepomohly korzety ani vycpávky. Od té doby začalo přibývat nejrůznějších nízkosacharidových a nízkotučných diet, vedoucích k zeštíhlení především ženského těla (57).

Papežová dále zmiňuje rok 1914, kdy převládal takřka jednoznačně názor, že mentální anorexie je duševní poruchou. V témže roce hamburský patolog Morris Simmonds objevil i u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze. Od této chvíle začaly diagnostické spory. Mentální anorexie začala být spojována se „Simmondsovou chorobou (kachexií)“. Po dobu dvou desetiletí dominovala tato hypotéza (57, 53).

Roku 1917 zavádí Dr. Lulu Hunt Peters do diet termín kalorie, který byl znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety (53).

V roce 1930 přibývalo mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přinesl grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy byl přirovnáván ke strachu z orální erotiky a gravidity (53).

Pod vlivem psychoanalýzy byla mentální anorexie přesunuta ve čtyřicátých letech dvacátého století z učebnic interní medicíny do učebnic psychiatrie. Díky publikacím Hilde Bruchové a Mary Selvini Palazzoli získává anorexie o dvacet let později pověst „moderního“ a „záhadného“ onemocnění. Ke klinickému obrazu mentální anorexie přibyly dva podstatné rysy: neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání

obrazu vlastního těla. V současné době se z málo známé nemoci stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s čím dál větším zájmem (28).

Za časů chudoby během druhé světové války se ovšem počet nemocných mentální anorexií celkově snížil. Například v Itálii v letech 1939 až 1945 není uvedena jediná pacientka v klinických záznamech nemocnic po celé zemi. Jak tedy druhá světová válka ukázala, psychický strach z „přejídání se“ byl zahnán nedostatkem jídla vůbec a změnou sociálních podmínek (57).

Dále Krch zmiňuje rok 1950. Dr. Keys zveřejňuje výsledky svého experimentu, během kterého zjišťoval účinky hladovění na lidský organismus. Pokus byl prováděn na skupině mladých, zdravých mužů, kterým byl po dobu šesti měsíců zredukován příjem potravy na polovinu. Průměrně účastníci výzkumu ztratili 25 % své původní hmotnosti. Výzkum prokázal značné psychické, fyzické i sociální změny, které i nadále setrvaly během tříměsíční rehabilitace. Výzkum zjistil, že u sledovaných mužů docházelo k významnému zvýšení zájmu o jídlo, které se též stávalo hlavním tématem jejich rozhovorů. Výraznou emoční změnou, vyskytující se v celé skupině, byl zvýšený výskyt depresí, hysterie a hypochondrie. Tyto změny neodezněly okamžitě během rehabilitace a u některých mužů deprese přetrvávaly i po jejím skončení. Před pokusem se kamarádští muži stávali popudivými, trpěli úzkostmi a výlevy zlosti. Dobrovolníci se postupem času velice uzavírali, docházelo k izolování se od svého okolí. Preferovali svůj volný čas sami a navozování či udržování sociálních kontaktů považovali za vysilující. Sexuální zájmy, během hladovění snížené, se postupně navracely během rehabilitace. Dobrovolníci velmi často pociťovali únavu a slabost, stávali se lhostejnými až apatickými. Mezi nejčastějšími fyzickými změnami byly zmiňovány poruchy trávení, snížená potřeba spánku, závratě, bolesti hlavy, zvýšená citlivost na zvuk a světlo, snížená motorická kontrola, vypadávání vlasů, zvýšená citlivost na chlad. Zaznamenáno bylo i snížení činnosti srdce a bazálního metabolismu, které se během rehabilitace navrátilo k normálu. Díky podobným studiím se lze domnívat, že sociální a psychické změny, doprovázející mentální anorexii, jsou vyvolány důsledky hladovění (28, 27).

Roku 1962 Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, zmiňuje častý výskyt poruch příjmu potravy u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nižším socioekonomickým postavením (53).

Dalším významným mezníkem je rok 1967, kdy se modelka Twiggy, která při výšce 170 centimetrů vážila pouhých 41 kilogramů, objevuje na titulní straně módního časopisu Vouge. Stává se tak módní ikonou (40).

V roce 1970 švédský psychiatr S. Theander varuje před hrozivým nárůstem mentální anorexie. 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky (57).

První speciální zařízení pro nemocné s poruchami příjmu potravy se zakládají roku 1979 (57).

V roce 1986 vyjdou najevo šokující výsledky: až 80 % desetiletých a jedenáctiletých dívek v San Franciscu drží diety. D. M. Gsrner a E. Garfingel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie – předpokládají multifaktoriální etiologii (53).

Rok 1987, je rokem, kdy WHO (světová zdravotnická organizace) prohlašuje mentální anorexii a bulimii za důležitý problém světové populace (57).

Od roku 1999 jsou vyhlášovány preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy a veřejnost je nespokojena s nepřiměřenou idealizací vyhublosti a drastických dietních opatření. Primárně psychiatrické onemocnění je tak konečně chápáno jako onemocnění s velmi závažnými tělesnými důsledky, včetně smrtelných. Zajímavou historickou připomínkou je fakt, že takzvaný styl „Flapper“, který také prosazoval chlapeckou postavu s plochou hrudí, se ujal až po první světové válce. Tento styl dával vyniknout chlapeckým tvarům těla, jinak tedy rovným šatům se sníženým pasem jak uvádí Groganová. Mnoho autorů, například Wolfová, si všímá souvislosti příchodu tohoto stylu oblékání, diet a štíhlosti s dobou, kdy ženy získávají volební právo – 1920 a rychlostí, s jakou tyto tvary nahradily do té doby oblíbené oblé a bujně ženské tvary (28).

4.3 Diagnostická kritéria mentální anorexie

V popředí klinického obrazu je strach z tloušťky, úbytek tělesné hmotnosti, zkreslená představa o vlastním těle a ve většině případů i amenorea. Höschl dále konstatuje, že název anorexie je velice matoucí, neboť se pacientky mnohdy přejídají a zvrací. Z mého pohledu je v tomto případě velmi tenká hranice mezi mentální anorexií a bulimií (20).

Toto onemocnění se rozpoznává a diagnostikuje podle určitých kritérií. Všech pět kritérií uvádí Krch v článku Poruchy příjmu potravy pro Medicínu pro praxi, jiné zdroje však uvádějí méně kritérií, jako například Češková, E., Navrátilová, M., Sobotka, L. Klinická výživa v psychiatrii uvádí pouze tři diagnostická kritéria (40).

Myslím, že je zajímavé, že pouze čtyři diagnostická kritéria uvádí i DSM-IV. Zajímavý je i fakt, že se liší v základním kritériu. DSM-IV uvádějí jako první kritérium odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (28).

Oproti tomu Krch popisuje, že v DSM-IV je uvedeno, že tělesná hmotnost je rovna méně než 85 % předpokládané hmotnosti k věku.

Zde jsem zmapovala všechna možná popsaná diagnostická kritéria:

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena) nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek. To uvádí MKN – 10. Philip Evans uvádí ztrátu více než jedné čtvrtiny původní tělesné hmotnosti (8, 36).
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá pokrmům, "po kterých se tloustne", nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus).
- 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 (17).

- 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 (17).
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree (první menstruace se nedostaví), u hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení dochází obvykle k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché (první menstruace) je opožděna (57, 23).
- DSM-IV rozlišuje dva typy mentální anorexie. První typ jsou restriktivní „dietáři“, kdy nedochází během onemocnění k přejídání a následnému zvracení, projímání, kterému předchází zneužívání laxativ. Tím trpí druhý typ přežíravý/ vyprazdňovací, kdy je během onemocnění střídána fáze hladovění s přejídáním a pročišťováním (20).

Aneta Nevšimalová shrnuje některé výzkumy a jeden z výsledků je šokující. Uvádí, že na začátku loňského roku došlo v Británii k zjištění, že na tamějších klinikách se léčí s těžkou mentální anorexií již pětileté děti (41).

4.3.1 Vyšetřovací metody

Anamnéza

Při podvýživě je velmi důležité získat co nejpodrobnější anamnézu, která může pomoci stanovit včasnou diagnózu a léčebný postup. Často, vzhledem k omezené spolupráci pacientky při její psychiatrické diagnóze, získáváme údaje od rodiny a z pacientčiny předchozí dokumentace. Na první pohled spolupracují mentální anorektičky i bulimičky velmi ochotně, jde však o pseudospolupráci, která má za cíl pokračovat v mentálních praktikách a co nejdříve opustit lékařské zařízení (40). Pacientky mají většinou vysoké IQ, mají dobrý prospěch ve škole a sklony k perfekcionismu. Jsou ale také většinou lhavé a vyskytnou se i drobné krádeže a podvůdky (20). Proto jsou údaje získané přímo od pacientek jsou často nepravdivé, zavádějící, což odpovídá mentálním praktikám a vlastně potvrzuje diagnózu (40, 9, 53).

Při vytváření anamnézy zjišťujeme především tyto údaje:

Hmotnost a její změny v průběhu posledních 6 měsíců, chuť k jídlu i její změny, potravinové alergie, nesnášenlivost určitých druhů jídel. Ptáme se na změny stravovacích návyků, na to, zda se děti vyhýbají určitým jídlům, zjišťujeme důvod těchto změn. Somatické komplikace v dutině ústní, vyšetření stavu chrupu, vady skusu, vyloučení stomatologické a bukální infekce (infekce, týkající se vnitřní strany tváře), problémů při kousání a polykání. Vyloučení obtíží v gastrointestinálním traktu, zhoršující se nutriční parametry – pyróza, meteorismus, diarea, obstipace (zácpa), nauzea a zvracení. Léčba jiného onemocnění, terapie, doba trvání tohoto onemocnění. Veškerá farmakoterapie, včetně užívání laxativ, diuretik, vitaminů, minerálů, častost užívání léků a jeho množství. A to někdy velice obtížně zjišťujeme, neboť děti často lžou a popírají užívání některých těchto léků, například laxativ. Frekvence obtíží v souvislosti s požitím jídla a jejich vztah k denní či noční době. Druh studia a školy. Pacientky s MA nebo MB bývají velmi inteligentní, s nadprůměrným IQ, dobře se učí a mají výborný prospěch, přesto nemají zájem pochopit podstatu své nemoci a nutnost ji léčit. Tělesná aktivita, zejména sportovní, její typ a časnost. Ve většině případů bývá nadprůměrná. Ale to také neradi přiznávají. Sociální situace a zázemí pacientky. Objevují se hyperprotektivní rodiče (příliš pečující), zejména matky, většinou zhoršující vzniklou situaci. Abúzus alkoholu, včetně celého předchorobí, množství a doba trvání požívání. Abúzus alkoholu u mentální anorexie není výjimkou. Stravovací zvyklosti a životospráva nemocných. Dotazy na denní režim, příjem stravy, druhy jídla, velikost porcí, výskyt teplého jídla v jídelníčku, časové odstupy mezi jídly (67, 53, 66).

Při vyšším věku, kdy už pacientky téměř dosahují hranice dospělosti, zjišťujeme i to, zda je přítomen i sexuální nezájem a porucha identifikace se svou ženskou rolí (20).

Mentální anorektičky většinou neobědvají, vyhýbají se teplým jídlům, vylučují ze stravy tuky a cukry, odmítají sladká a tučná jídla. Jedí výhradně výrobky s označením „light“, ovoce a zeleninu. Během dne hodně pijí, někdy i nadměrné množství tekutin, zejména vody, neslazených nápojů, čajů a kávy. Je také velice zajímavé, že na internetových stránkách, které anorektičky píší sobě, uvádějí, že je velice přínosné pít energetických nápojů, pro utlumení únavy z nedostatku příjmu potravy (57).

Nástup tohoto onemocnění je z 95 % dívek v adolescenci. Probíhá buď jako jedna fáze s plnou úzdravou, nebo epizodický či infaustní (nepříznivý, beznadějný) (20).

Pacientky vyvíjejí běžnou denní aktivitu, učí se, poměrně dlouho bez povšimnutí nějakých somatických změn. Postupně se objevuje amenorea a prohlubuje se kachexie (10).

Nemocniční péči nevyhledávají pacientky samy, ale jejich příbuzní, většinou rodiče, kteří jsou oprávněně znepokojeni stravovacími praktikami a úbytkem hmotnosti nemocné (40, 9).

Změny v průběhu onemocnění

Charakteristické pro onemocnění je, že i přes ztrátu tělesné hmotnosti a hubnutí se pacientky údajně cítí velmi dobře. Cíleně, příležitostně i zoufale, odmítají normální stravu, zatímco jiné chorobné symptomy chybějí. Zpočátku nemocná nechce, později nemůže nebo není schopna přijímat potravu. Dochází k poklesu tělesné hmotnosti, a to především k postupnému úbytku tukové tkáně. Ztráty svalové tkáně se objevují poměrně pozdě (46).

Příležitostně se u nemocných objevují stavy pocitu hladu následované záchvaty přejídání s nárůstem hmotnosti. Pacientky to pociťují velmi trýznivě, důsledkem čehož je potlačení dalšího nutkání k jedení (46).

Pozoruhodná je také vynalézavost metod, které pacientky používají pro to, aby nepřibíraly na hmotnosti jako například zatajování a klamání sníženého příjmu potravy, na svých stánkách Pro-ana radí například to, že když je rodiče nevidí, tak mají nadrobit na stůl a pak rodiče budou věřit, že jedly, nebo mazat nádobí, využívat pseudospolupráce (lživá, předstíraná spolupráce), autoindukované zvracení (vyvolané), používání laxativ či diuretik (46).

Proto uvádím samostatnou kapitolu pro představu o závažnosti tohoto onemocnění, která popisuje, jak si nemocné dodávají sílu v hladovění a radí si, jak zmást okolí.

Konstantně je přítomna amenorea. Mentální anorexie je ve svém počátku provázena subjektivním pocitem dobrého zdravotního stavu a ujišťování okolí o tom, že pacient

má dostatek energie. Postupně dochází v důsledku těžkého hladovění k významnému úbytku tělesné hmotnosti, sekundárním infekcím a terminálně až k smrti z vyhladovění.

Hladovění u mentální anorexie vede k řadě sekundárních projevů, které mohou zkomplikovat průběh (45).

Porucha metabolismu elektrolytů je velmi závažná je porucha metabolismu elektrolytů. Nemocné s mentální anorexií mají vlivem hladovění a zvracení deficit sodíku a chloridů. Následují kompenzatorní (mající charakter kompenzace) ztráty draslíku a fosforu do moči, což působí postupný, ale těžký deficit těchto elektrolytů (57).

Porucha termoregulace souvisí s vymizením tukové tkáně a snížení tyroxinu na trijodthyronin. Nemocné jsou zimomřivé mají chladná akra (koncové části těla, nos, brada, končetiny zejm. prsty, ev. jejich poslední části). S porušenou termoregulací může souviset i výskyt atypického ochlupení - lanuga, které se v typické lokalizaci (na zádech) objevuje zejména v zimních měsících (57).

Pokles bazálního energetického výdeje. Jde o obecnou adaptační reakci na dlouhodobé hladovění (57).

Narušení sexuálních funkcí. U pacientek dochází k poruše sekrece hypothalamických hormonů a následně hypo- až amenorey. Bohužel, řada gynekologů léčí pacientky mnoho let, aniž by je napadla možnost onemocnění mentální anorexií. Současně je postiženo i libido, což vyústí v těžkou poruchu sexuálního života (57).

Snížení imunity. Je potlačena především buněčná imunita (57).

Porucha hojení ran. V pokročilých fázích pozorujeme narušené hojení kožních defektů i operačních ran (57).

Kožní změny. Pozorujeme ztenčení kůže, která je porostlá drobnými chloupky, a to zejména na zádech, podobajícími se lanugu. Dochází k úbytku vlasů, které jsou křehké a lámavé. Nehty se lámou a třepí, eventuálně na nich pozorujeme karenční změny (nedostatek některé živiny nebo látky vyvolávající chorobný stav). Na kůži se mohou objevit i petechie a hematomy, které vznikají důsledkem trombocytopenie (nedostatek krevních destiček (trombocytů) v krvi v důsledku jejich malé tvorby) a snížené syntézy vitamínu K. Občas pozorujeme zelenavé (chloróza) nebo žlutavé (hyperkarotenemie)

zabarvení kůže, což bývá důsledkem zvýšeného příjmu zeleniny při jednostranné výživě (57).

Postižení plic a ventilace. Deficit elektrolytů (především fosforu, ale i draslíku a hořčíku) může mít za následek pokles síly dýchacích svalů. Hypoventilace pak může být současně způsobena i alkalózou při zvracení. To vše může mít za následek respirační selhání. Na respiračním selhání se samozřejmě může spolupodílet i snížená rezistence vůči infekci. Řada nemocných, které se do těžkého stavu dostali, není bohužel správně realimentována (není respektován deficit výše uvedených elektrolytů), což pouze zhorší ventilační možnosti vlivem prudkého poklesu koncentrace fosforu v séru s následnou paralýzou dýchacích svalů (57).

Postižení gastrointestinálního traktu – Gastroduodenum. U nemocných mentální anorexií vznikají velmi často pocity přesycenosti, nadýmání a bolestí břicha. To zřejmě souvisí s opožděnou pasáží ze žaludku do duodena při sníženém svalovém tonu a elektrolytových poruchách (57). *Střevo.* U nemocných pozorujeme zpravidla poruchu motility a zácpu související s dlouhodobým hladověním, hypotyreózou i minerálovou dysbalancí. Se zácpou bezprostředně souvisí velmi častý abúzus laxativ. Morfologické vyšetření (studuje tvary orgánů) tlustého střeva se často podobá obrazu megakolon (výrazné chorobné rozšíření tlustého střeva). Při biopsii však nalézáme zachované gangliové buňky. Současně však bývá patrná atrofie střevní sliznice a vzácně i obraz střevního zánětu. Stav může vyústit až ke vzniku malabsorpčního syndromu, který se někdy upravuje i navzdory přiměřenému perorálnímu přívodu až 6 měsíců po návratu k normálnímu přívodu (57). *Pankreas.* U 5 až 10 % nemocných s mentální anorexií je popisována zevně sekretonická insuficience pankreatu. Obraz může z funkčního hlediska imitovat chronickou pankreatitidu do té míry, že je někdy nutné zahájit substituční terapii (dodává tělu to, co mu chybí) pankreatickými enzymy (57). *Játra.* U mentálních anorexií je popsán zvýšený výskyt virových hepatitid (57).

Hematologické změny. *Anemie.* S dlouhodobou podvýživou souvisí často i snížený přívod železa a mědi. Oba prvky jsou mimo jiné nepostradatelné pro syntézu hemoglobinu. Při jejich deficitu dochází ke vzniku anemie. *Trombocytopenie,* k ní dochází u některých nemocných s mentální anorexií. Zřejmě jde o důsledek těžkého

a dlouhodobého hladovění. *Leukopenie*. Při velmi dlouhodobém a těžkém hladovění nacházíme u nemocných leukopenii (chorobné snížení počtu bílých krvinek) (57).

Endokrinní změny. *Amenorea*. Nejčastějším postižením je v tomto smyslu primární nebo sekundární amenorea. Následně dochází k poklesu sekrece FSH a LH, mizí stimulace ovaríí a sekundárně klesá hladina estrogenů a progesteronu. Amenorea může být:

Primární - vznikající během puberty, před menarché – první menstruace (pro nástup menarché je nezbytná zásoba nejméně 17 % tělesného tuku). Menstruace se tak vůbec neobjeví.

Sekundární - amenorea se vyvine až po menarché (pro pravidelný menstruační cyklus je třeba 22 % tělesného tuku) Ke zpožděnému dospívání dochází v případě, kdy mentální anorexie vznikne před nástupem puberty. Pak nedochází ani k vyvinutí sekundárních pohlavních znaků a nemocné mají infantilní vzhled (57).

Pokles sekrece inzulinu

Tyto změny provází velmi často dlouhodobé hladovění. Současně je však u nemocných s mentální anorexií zvýšená citlivost k inzulinu (57).

Růstový hormon

Asi 50 % pacientek s mentální anorexií má hladinu růstového hormonu sniženou, což může nasvědčovat deficitu v hypothalamu (57).

Štítná žláza

U pacientek se rozvíjí obraz hypotyreózy, přestože hladiny tyroxinu a TSH jsou v normě. Stav se upravuje po korekci malnutrice a nastává postupný návrat k normě (57).

Poruchy kostního metabolismu

V důsledku nedostatečné výživy u mentální anorexie může dojít ke vzniku osteopenie a osteoporózy. To souvisí se skutečností, že hustota kostní tkáně je nejvyšší v období kolem 30 až 40 let věku a poté postupně klesá (zejména v období menopauzy). Nejdůležitější pro její tvorbu je tedy pubertální a časně postpubertální období, tedy doba s nejvyšším výskytem mentální anorexie. Vlivem výrazné restrikce příjmu potravy však právě v této době ke vzniku dostatečné kostní rezervy nedochází. Naopak,

pacientky s mentální anorexií mají hustotu kostní tkáně v průměru o jednu čtvrtinu menší než kontrolní osoby. Výrazně tak stoupá výskyt patologických fraktur ve vyšším věku a je prokázáno, že pacientky s mentální anorexií v anamnéze mají v období počínající menopauzy až patnáctinásobně vyšší riziko fraktury obratlů (57).

Postižení dutiny ústní

Především v případě, kdy se mentální anorexie objeví u dospívajících dívek, je vlivem dlouhodobě sníženého přívodu vápníku ve stravě možno pozorovat kariézní chrup. Zvýšená kazivost zubů a vznik paradentózy pak souvisí i s hypovitaminózou a častým zvracením. U pokročilého stupně malnutrice pak dochází k atrofii chuťových pohárků s následnou poruchou chuti. Podle našich zkušeností k takovému stavu dochází minimálně po 4 měsících trvání choroby (57).

Abychom vyloučili somatický podklad obtíží, pokládáme za nutné provést u každého pacienta přijatého pro podezření na mentální anorexii komplexní interní vyšetření (u žen též vyšetření gynekologické) a dále pak následující sadu vyšetření:

Laboratorní vyšetření

Vyšetření krve:

Celková bílkovina, albumin, močová kyselina, glykémie, močovina, kreatinin, Na, K, Cl, P, Ca, Mg, jaterní soubor - bilirubin, AST, ALT, GMT, ALP, LD, pseudocholinesteráza (CHE), Fe + SAT, CVK, cholesterol, triacylglyceroly, krevní obraz, hormonální vyšetření - T4, T3, TSH, kortizol, LH, FSH, estradiol

Vyšetření moči:

Amyláza, Na, K, Cl, P Ca, Mg, močovina a kreatinin, moč + sediment

Pomocná vyšetření:

EKG vyšetření, ECHO vyšetření srdce (u mentálních anorexií nejčastěji tenká stěna srdečních dutin, porušená systolicko-diastolická funkce, zmenšená levá komora, prolaps mitrální chlopně), kostní denzitometrii, kalorimetrické vyšetření, neurologické vyšetření, gastrofibroskopické vyšetření - nejčastěji nacházíme gastroezofageální reflux a terminální ezofagitidu, žaludeční atonii, žaludeční distenzi, atrofickou gastritidu.

Vylučujeme vždy závažnější postižení žaludku (vředovou nebo tumorózní lézi), ECHO břicha a ledvin k vyloučení maligního postižení (39).

Výše uvedený systém je vhodný pro vyloučení somatické příčiny hmotnostního úbytku a k potvrzení psychiatrické příčiny potíží nemocné: *hematologie* – změny krevního obrazu, kostní dřeně a *biochemie* - poruchy vnitřního prostředí, změny hladin sérových hormonů, poruchy minerálů, změny enzymů jaterních funkcí, změny sérových amyláz, hypoproteinémie, hypoglykémie, změny hodnot metabolitů ledvinných funkcí, sklon k urolitiáze (46).

Tabulka 2 Zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	Odpověď	Skóre	Aktuální skóre pacienta
<p>Otázka A: Ztratil pacient v poslední době (3 – 6 měsíců) váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?</p>	<p>ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C</p>	<p>0 0 2</p>	
<p>Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?</p>	<p>0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist</p>	<p>1 2 3 4 2</p>	
<p>Otázka C: Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?</p>	<p>ne ano</p>	<p>1 2</p>	
	CELKOVÉ SKÓRE		

Riziko poruchy příjmu potravy je při vyšším počtu bodů v celkovém skóre než tři.

Zdroj: 60

4.3.2 Příčiny mentální anorexie v dětském věku

I když základní příčiny mentální anorexie nám nejsou dosud jasné, je stále zřejmější, že k vyvolání přispívá vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů (32). V současné době probíhá výzkum anorexie v osmi amerických a dvou evropských městech (Londýn, Mnichov). A výsledky začínají překvapivě napovídat, že i geny budou mít na onemocnění svůj podíl. Pravděpodobnost, že dívka onemocní anorexií, je 12x vyšší tam, kde se v rodině již anorexie vyskytla. Jaké jsou příčiny a rizikové faktory mentální anorexie (14)?

Na vzniku mentální anorexie se podílí mnoho činitelů, toto jsou jen některé z nich:

Nízká odolnost jedince vůči stresu, strach z dospělosti - bojí se, že nebudou schopni zvládat „dospělácké“ úkoly, raději chtějí zůstat malí, hubení, aby připomínali dítě, snaha být ve všem perfektní a nezklamat rodiče nebo okolí -nemocí často trpí velmi inteligentní a pečlivé osoby, rodina, v níž se klade přehnaný důraz na zdravý životní styl, dodržování diet a kde se hodně hovoří o tělesných tvarech, nefungující rodina, silná závislost na matce či přehnaná péče ze strany rodičů, touha po samostatnosti, pocitu nezávislosti a získání sebevědomí, rozhodování o tom, co a v jakém množství jíst, tlak společnosti, kde je upřednostňována štíhlost jako symbol krásy a úspěchu, tlak médií – televize, internetu, módních časopisů, touha podobat se modelkám, touha líbit se partnerovi (65, 53).

Existuje mnoho teorií vzniku poruch příjmu potravy, odborníci se shodují, že nelze určit jeho jedinou příčinu. Obvykle se jedná o souhru vrozených předpokladů a vnějších faktorů, které v kombinaci s jistým spouštěcím mechanismem mohou vést k propuknutí některého z těchto psycho-somatických onemocnění (34).

Hovoříme o tzv. bio-psycho-sociální podmíněnosti, kterou představuje celá řada faktorů jako je osobnost, další psychické charakteristiky, biologické a genetické faktory, emocionální faktory, sociokulturní vlivy a rodinné vztahy a životní osudy, zlomy, události (34).

Osobností v psychologii myslíme jedinečný, neopakovatelný komplex individuálních vlastností jedince. Přestože na Zemi neexistují dva stejní lidé, pokud se zabýváme některým psycho-somatickým onemocněním, jsme schopni najít jisté znaky

osobnostní charakteristiky, které jsou všem nemocným společné. Také jedinci trpící mentální anorexií se vyznačují některými osobnostními rysy, kterými se jeden druhému nápadně podobají (34).

Dívky s mentální anorexií bývají tichými, bezproblémovými dětmi, které se s rodiči nikdy nepřou a poslechnou je na slovo. Nemají s nimi navenek žádné problémy, zdánlivě žijí v symbióze. Rodiče, které respektuje a mnohdy k nim vzhlíží, je vychovali k disciplíně se zavedeným mechanismem „nejdřív práce, potom zábava“ (34).

Děvčata velmi často nejsou schopna prosadit svoje zájmy, nechají se rodiči snadno přesvědčit o jejich pravdě - přece to s nimi myslí dobře. Nemají příliš vysoké sebevědomí, přestože jsou většinou hezké, oblíbené mezi vrstevníky a úspěšné na všech frontách. Ve škole dostávají jen ty nejlepší známky, za něž je rodiče chválí, ale samy cítí, že kdyby někdy nedosáhly nejvyššího ohodnocení, své rodiče by rozhodně zklamaly, i když tvrdí opak. Dívky s mentální anorexií jsou inteligentní, zvědavé, touží po poznání, jsou pracovité, pečlivé, co načnou, to chtějí dotáhnout do konce. Nic nedělají polovičatě, výrazněji než ostatní mají zažitý extrémní přístup k životu „všechno nebo nic“, jejich perfekcionismus někdy okolí doslova ohromuje (34).

Mají rády pořádek, dodržování pravidel, jsou dochvilné, za každé situace precizní, mívají zavedené systémy, žijí, jak se říká, ve vyjetých kolejích. Těžce nesou životní změny a situace, ve kterých se dosud neocitly a nevědí, jak by se měly zachovat. Tyto dívky mají hodně přátel, vzbuzují zájem opačného pohlaví, ale velmi často mívají problém navázat důvěrné vztahy a pevná kamarádství (34).

Jejich rodina je navenek dokonalá, ale ony cítí, že je rodiče nemají rádi tak, jak by si zasloužily. Mohou mít pocit, že je maminka a tatínek zahrnují láskou, jen pokud se jim daří, a že jakmile selžou, zklamou je, veškerá náklonnost bude ta tam. V rodině panuje názor, že city by se neměly dávat přehnaně najevo. (34).

Philip Evans uvádí, že mentální anorexie může být symptomem problémů ve spojení se vztahy v rodině. Anorektické dívky mívají dominantní rodiče, dívky jsou mnohdy úzkostně kontrolovány a tímto si chtějí získat kontrolu nad sebou samými (12).

Jiná teorie uvádí, že mentální anorexie u dětí je výsledkem touhy přetrvat v dětství z důvodu strachu z dospívání, jak psychického, tak fyzického (12).

Výše uvedená charakteristika je učebnicovým příkladem, který se uvádí v odborných publikacích, ale musíme mít neustále na paměti, že žádní dva lidé nejsou úplně totožní, a tudíž se vyvarovat generalizace (34).

Osobnostní rysy nemocných dívek formuje výchova, životní styl a další sociální faktory. Vývoj osobnosti je podmíněn místem i časem a mění se tedy stejně jako společnost (61).

A přestože velké procento dívek opravdu odpovídá výše uvedenému popisu, neznamena to v žádném případě, že mladá žena s jinými vlastnostmi nemůže onemocnět mentální anorexií (61).

Nemocné dívky měly před propuknutím nemoci rády dobré jídlo a neměly problém dopřát si ho v královských porcích. V dětství mohly být kulatější, ale dnes jsou buď štíhlé nebo dokonce hodně hubené. V jiném případě ale také mohou být již po nějaké dietě a udržují si stálou hmotnost, nebo mají oplácanou postavu či jsou skutečně plnoštíhlé a rozhodnou se zhubnout. Nejdříve se jim podaří docílit vytyčeného cíle v podobě určité váhy, ale ony už nemohou přestat a propuká u nich mentální anorexie (61).

Každá psychická porucha člověka změní, způsobí, že se chová jinak. Jestliže dívka odpovídá osobnosti z odborné literatury (tichá, neprůbojná, ušlápnutá), je pravděpodobné, ale ne nutné, že už se nebude snažit rodičům ve všem vyhovět a pocit vítězství nad jídlem (potažmo sebou samou) v ní vzbudí pocit nadřazenosti a způsobí arogantní, povýšené chování. Na druhou stranu nemusí dojít k tak razantní změně a my pozorujeme pouze výkyvy nálad. Nemocné ženy začnou být odtažité, uzavírají se do sebe a zpřetrhají se nejen rodinné, ale také přátelské a milenecké vztahy. Konečným stavem může být až sociální izolace (61).

K poruchám příjmu potravy jsou také mnohem více, ač to není pravidlem, náchylné ženy a dívky, v jejichž rodině se některé z těchto onemocnění vyskytlo či vyskytuje. Pokud je například rodinným znakem sklon k obezitě, dívka se může snažit předejít extrémně vysoké hmotnosti přehnanými dietami a nakonec propadnout mentální anorexii (61).

Co se týče emocionálních faktorů, mentální anorexií často trpí dívky, které nejsou zvyklé dávat najevo hněv či frustraci, neboť se to v jejich rodině považuje za cosi nepřijatelného, dívka má být přece neustále veselá (61)!

Pokud žena nesmí vyjadřovat své negativní pocity nebo je jí to nepříjemné a zároveň u ní existují osobnostní předpoklady, působí sociální vlivy a dějí se jisté životní události (např. rozsáhlé změny), může se pokusit sama sebe uklidnit skrze jídlo, vypěstovat si k němu abnormální vztah a onemocnět tak poruchou příjmu potravy (56, 61).

Při vzniku mentální anorexie hraje významnou roli i společnost a nároky, které na dospívající dívky a ženy klade. Na jedné straně by dívka měla být krásná, štíhlá a atraktivní pro opačné pohlaví, na druhou stranu by neměla dávat svoji sexualitu příliš na odív. Jak diktuje okolí, žena má být úspěšná ve škole, později v práci, kariéře, měla by mít dokonalou rodinu, být manželovi oporou a pro děti vzornou vychovatelkou a zároveň přítelkyní (61).

Dívka, která stojí na prahu dospělosti a sleduje, jaké nesplnitelné nároky na ni ostatní kladou, se tudíž může rozhodnout nedospět, aby utekla všem úkolům a povinnostem, kterým zdánlivě není schopná se ctí dostat, a jako východisko vidí sebehladování – alespoň v této oblasti bude mít před ostatními vždycky náskok (56)!

Jedním ze sociokulturních faktorů, které mohou mít vliv na vznik mentální anorexie, je také kult krásy, který daná komunita obdivuje, vyznává. Zejména v západní Evropě a USA předkládají masmédi lidem obraz dokonalé ženy, kterou charakterizuje souměrný obličej, lesklé vlasy a hlavně perfektní postava. Televize, internet či jakákoliv jiná forma reklamy prosazují idol nadpozemsky krásné a neuvěřitelně hubené modelky, který ovšem značnou měrou přispívá k propuknutí chorobné závislosti na hubnutí u dospívajících dívek (61).

U mladé ženy mohou existovat osobnostní, biologické, genetické, emocionální i sociokulturní faktory, které by napovídaly, že se před ní otevírá brána mentální anorexie, ale pokud je nepodpoří nějaká událost, která navždy změní její život, nemusí se jí porucha příjmu potravy vůbec dotknout (56, 61).

Spouštěcím faktorem může být např. úmrtí v rodině, nevhodná poznámka rodičů o její postavě nebo sexuální zneužívání či psychické týrání. Vzorovým případem uváděným v literatuře je mladá děvče, pohlavně zneužívané biologickým či nevlastním otcem, které neví, jak se bránit, a nevědomky považuje za jediné řešení možnost, že nikdy nedospěje (jedině tak nevzbudí sexuální touhu v dospělém muži), tudíž začne držet dietu, hubne a hubne, až sklouzne do začarovaného kruhu mentální anorexie (56).

Jiný příběh můžeme vyslechnout v pořadu Pološero, život není černobílý. Je to velice zajímavá výpověď dívky. Poprvé se u dívky objevila mentální anorexie v brzkém věku. Měla velice komplikovaný vztah s rodiči. Bila ji matka a i otec. Uvádí, že nejvíce ponižující pro ni bylo, že ji jako dívku bije muž. A tělo se pro ni stalo nástrojem, kterým řešila život. Její pocit byl takový, že hlad ji otupěl, jako kdyby ji vzal do své náruče a chránil. Její rodina byla silně věřící, a tak jediným východiskem byl únik do kláštera. Vyhovovaly jí prosté věci, to, že jí nikdo nebil, nekřičel na ni a měla tam dostatek samoty. A samozřejmě to vyhovovalo i její anorexii, která se nevědomě rozvíjela. Obdivovala sama sebe a vážila si sebe za to, že vydržela posty a nemusela jíst, na rozdíl od obézních sester. V klášteře bylo vysoce ceněno, že se člověk dokáže ovládnout (1).

Biologické faktory

„Proč je mentální anorexie typickým onemocněním dospívajících dívek? Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je nejméně desetkrát větší.” (26, str. 77)

Pro dívku hraje tělo a jeho proporce důležitější roli než tělo pro muže. K velice dramatickým změnám dochází u ženy v období puberty a adolescence. Dochází k růstu tělesné hmotnosti a k přibývání tělesného tuku. Ženy, ve srovnání s muži, mají mnohem větší tendenci tloustnout (28, 19).

S rostoucí hmotností roste riziko, že dívka je nespokojena se svou postavou, a tím hrozí nebezpečí redukčních diet, které úzce souvisí nejen s mentální anorexií, ale i s mentální bulimií (50).

Již u dvanáctiletých dívek lze pozorovat, že jsou úzkostnější v oblasti své postavy a cítí se být ohroženy nadváhou (28).

Vzhled má pro ženu velice důležitou roli. V souvislosti s ženským pohlavím souvisí i společenské a kulturní požadavky na ženskou roli, a to může být jeden z dalších rizikových faktorů. Typickým obdobím vzniku mentální anorexie je puberta, u mentální bulimie je to období adolescence, významnou roli hraje i adaptace na dospívání. Puberta a adolescence jsou pro některé jedince velice náročná období, v kterých se dívky často podceňují, mají nízké sebevědomí. Riziko těchto období v souvislosti s mentální anorexií hrozí podobou negativních emocí. Často se stává, že dívka je úzkostná, má labilní nálady, je podrážděná. Její nespokojenost může vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled pomocí redukčních diet (50, 19).

K rozvoji poruchy příjmu potravy však může dojít i v dospělém věku (50).

Osobnostní a psychologické faktory

U dětí s mentální anorexií bývají rozdíly v osobnostní charakteristice. Anorektičky jsou často úzkostné, jsou zaměřené na úspěch, jsou perfekcionistické, snaží se o dokonalost, které nikdy nemohou dosáhnout. Ve společnosti se chovají nenápadně, respektují společenské, etické, rodičovské hodnoty a normy (25).

Dívky s mentální anorexií se vyznačují tím, že na sebe a okolí kladou příliš velké nároky, jsou nadměrně kritické k vlastní osobě, často se podceňují, mají vnitřní neklid, nízké sebehodnocení a trpí nadměrnou sebekontrolou (59).

Rodinné okolnosti a genetické faktory

Někteří autoři řadí mezi rizikové faktory i rodinné prostředí. Rodinné okolnosti jako rizikový faktor bývají nejčastěji vyjádřeny problematickou rodinnou interakcí (25, 50).

Důležitým problémem v rodině s anorektickým dítětem představuje komunikace, a to jak její formální znaky, tak i její obsah (25).

Munuchin společně se svými spolupracovníky detailně popsal rodiny s anorektickým dítětem. Charakterizoval je jako rigidní, tzn. málo přizpůsobivé, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím (50).

Ve většině klinických studií se pohybuje výskyt mentální anorexie mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 - 10 %. V rodinách anorektiček (matka trpí nebo trpěla poruchou příjmu potravy) vyskytují čtyřikrát až pětkrát častěji než v obvyklé populaci. U anorektického dítěte bývá velice silná vazba na matku. Často se ze strany matky vyskytuje mateřská kontrola. V rodinách pacientek s mentální anorexií se můžeme častěji setkat s dietami, obezitou, posedlostí zdravou výživou (50).

Podobu s těmito příčinami má zkušenosti dívka, kterou uvádím pro autentičnost. Její hubnutí začalo již v osmi letech, kdy to vlastně všechno začala její matka, která jí nutila chodit sportovat a neustále jí opakovala, jak je „tlustá“ a že kdo nesportuje každý den, ten že není na úrovni ve společnosti. A za pár let nato, kdy už dívce začaly růst boky, propadla mentální anorexii. Dnes je vyléčená a má o svém příběhu vlastní blog na internetu, ve kterém radí a pomáhá dívkám se stejným problémem, jaký měla kdysi ona sama (50).

Emocionální faktory

Dívky mají často negativní nálady a to může způsobit, že začnou držet diety, nebo může začít cyklus přejídání a pročišťování. Také často trpí nedůvěrou ve vlastní pocity. Depresivní nálady mohou být jak skrytou příčinou mentální anorexie, ale často i důsledkem (50).

Sociokulturní faktory

Ideálem krásy se stala modelka Twiggy (míry 81-56-81), která vážila 41 kg při 170 cm výšky. V posledních desetiletích je uznávaný tento ideál krásy štíhlé postavy a to traumatizuje velký počet dívek. Vývoj tohoto ideálu se už zastavil, ale tato štíhlost je i nadále ideálem žen. Většina z nich trpí pocity nadváhy, nebo je jinak nespokojena se svým tělem. Následně poté drží různé redukční diety (25).

Krch mimo jiné uvádí, že v USA a Kanadě má ve 13 letech osobní zkušenost s dietami 80 % procent dívek a 10% chlapců. V ČR drží diety asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60 % děvčat se o ni už někdy pokoušelo (28).

V západních zemích, ale i u nás, je přeceňováno nebezpečí obezity, obézní jsou popisováni jako líní, hloupí a oškliví. Strach z tloušťky se tímto faktem mnohonásobně zvyšuje (28).

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s přirozeností lidského těla, ale oslabují sebedůvěru mladých žen a dívek, které mají následně nerealistické cíle a nevhodné vzory vůči svým postavám (50).

Média mají v naší společnosti velký vliv. Jsme obklopeni různými časopisy, reklamami, televizí. Většina masmédií tlumočí, že žena má být štíhlá, hezká, svůdná a smyslná. Je ironií, že některé herečky, zpěvačky, modelky, které jsou reprezentovány jako štíhlé, šťastné a zdravé, samy trpí poruchou příjmu potravy (59).

Poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí. Je nesporná jejich kulturní a sociální podmíněnost (50).

Životní události

Některé výzkumy uvedly, že příčinou může být sexuální zneužití. Přímý vztah mezi pohlavním zneužitím nebo jinými traumatickými zážitky a následným rozvojem poruch příjmu potravy nebyl dosud prokázán (50).

Těžká životní zkušenost může, ale nemusí, být spouštěčem mentální anorexie (50).

4.4 Příznaky mentální anorexie u dětí

Možné průvodní znaky mentální anorexie: Dítě má zkreslenou představu o vlastním těle, připadá si tlusté, i když má normální nebo dokonce velmi nízkou tělesnou hmotnost, jeho denní příjem méně než 1000 kcal, snaží se o snížení hmotnosti i přes vyhublost, odmítá stálou tělesnou hmotnost. Snaží se o rychlý úbytek váhy až o 15 % z normální tělesné hmotnosti a nadměrný výdej energie, který vůbec neodpovídá jeho příjmu (např. cvičením v noci nebo v jinou zvláštní denní dobu), objevuje se pocit, že hubnutí, jídlo a diety představují hlavní smysl lidského života, vykazuje nepřátelský vztah k jídlu, často až averze, odpor, období hladovění se střídá s přejídáním a nebo s přejídáním a následným zvracením (34, 47).

Chování: Přehnaný zájem o nízkokalorické diety. Dotyčná osoba dává přednost jídlu o samotě, než aby stolovala s ostatními, často tvrdí, že už jedla, že nemá hlad, že

se nají později, drží se rituálů při jídle (hraje si s ním na talíři, krájí ho na miniaturní kousičky). Jedinec, který byl donucen k jídlu, často rychle spěchá od stolu, aby použil laxativa, projímadla, nebo si přivodil zvracení. Nemocná osoba se příliš často váží (to, že přibrala 100 g, považuje za obrovské selhání), bývá velmi často nespokojená s některou částí svého těla a věnuje jí větší pozornost než ostatním partiím, popř. má komplexy z celé své postavy (31).

Emocionální a psychické projevy: Jedinec s anorexií spojuje všechny své pocity s dietami, jídlem a hmotností, má iracionální strach z přibírání, nemocní trpí stavy deprese, podléhají splínům, smutku a laxnosti, což se ovšem střídá s nenormální čínorodostí. Bývají náladoví a popudliví, pokud s nimi řešíte jejich příliš nízkou hmotnost, mívají pocity viny, hanby, bezmoci, chtějí vyvolat soucit a ovládat skrze něj ostatní. Tyto děti mají málo sebeúcty, nízké sebevědomí, straní se přátel, uzavírají se do sebe, mají problémy s koncentrací, zanechávají studia, omezují zájmy, soustředí se výhradně na dietu, uvažují v extrémech (všechno nebo nic), neznají rozumnou míru (perfekcionismus), trpí pocitem zbytečnosti, nicotnosti, bezvýznamnosti (15, 34).

Mentální anorexie je velmi závažné onemocnění, které zanechává někdy neodstranitelné fyzické, psychické a sociální následky (34).

Lidé postižení mentální anorexií bývají zimomřiví a milují horké nápoje, protože i tepelnou energii tělo přijímá s povděkem a touží po ní. S postupující nemocí pozbývají chuti k fyzickým aktivitám (již na ně nezbývá energie) a s obtížemi se duševně soustředí - vyhladovělý organismus jim vnucuje stále myšlenky týkající se jen a pouze jídla (typu: kolik už jsem toho dnes snědla, kolik si ještě mohu dovolit, v kolik hodin to bude, za jak dlouho to bude, jak se vyhnu společné večeři... atd.) Ačkoliv se tyto osoby - nejčastěji dívky - vyhýbají příjmu potravy, velmi rády si prohlížejí obrázky jídel, nebo připravují rafinované pochoutky pro ostatní (většinou krásně zdobené), z nichž ovšem ani neochutnají (nebo ochutnají a zase sousto vyplivnou). Váží se i několikrát denně. Dívky trpící mentální anorexií ztrácejí menstruaci. Tělo mobilizuje svoje rezervy a je nuceno sáhnout i ke štěpení vlastních bílkovin - tzn. postižená dívka přichází nejen o svalovou hmotu, ale zmenšují se jí i vnitřní orgány. Přednostně ty, které nejsou pro

život jedince bezprostředně nutné, tedy především orgány pohlavní. Menstruace, případně reprodukce, je přepychem, který si tělo nemůže dovolit (61).

Velmi smutným doprovodným znakem mentální anorexie je narušení vztahů - především k osobám nejbližším: k matce, otci, sourozencům. Ti všichni jsou potenciálními nepřáteli, kteří by mohli postiženou osobu nutit k jídlu, a často to dělají (sourozenci jsou nebezpeční tím, že „žalují“). Úplnou katastrofou jsou dobrosrdečné babičky, které mívají napečené buchty a jiné vrcholně „nebezpečné“ věci. Anorektická dívka odmítá jezdit na rodinná setkání a oslavy, uchyluje se do ústraní a chová se nevrle až agresivně. Je náladová. Pokud tyto příznaky u svých blízkých pozorujete, v první řadě se pokuste si s nimi promluvit. Násilí ani tresty nic nezmůžou. Teprve klidným vysvětlením problému a jeho možných následků může postižený člověk pochopit, jak nebezpečnou činnost provádí. Je nutno nenásilně a opakovaně věc vysvětlovat – ale vyhnout se vnucování jídla, nadávkám, vyhrožování. V případě, že anorexií postižený člověk svoji situaci POCHOPÍ, je nastoupena cesta k nápravě. Upřímně řečeno – bývá však velmi dlouhá (61).

V tomto období by bylo pro tělo velmi prospěšné, kdyby dostalo vitamíny, minerály, případně stopové prvky ve formě potravních doplňků - u kterých je naděje, že je postižený přijme. Např. dobře vstřebatelné jsou vitamíny a minerály Multi Star - přípravek je velmi komplexní (61).

5 Léčba mentální anorexie u dětí

Léčba spočívá zaprvé v dosažení váhového přírůstku a návratu menstruace. A zadruhé v hlídání a léčbě životu nebezpečné malnutrice. Přístup je velice behavioristický: tresty za podvody, posilování hmotnostního přírůstku. Kontroluje se jídlo, oblečení, krmí se někdy násilím sondou, uvádí Höschl. Ale i v jiné literatuře se spíše přiklání k systému odměn nežli trestů. Dále Höschl uvádí negativní léčbu farmaky, oproti tomu chválí rodinnou terapii (20).

5.1 Cíle léčby

Podmínkou úspěšné léčby je shoda cílů pacienta a terapeuta a především jejich kvalitní terapeutický vztah. Pacientky jsou ve většině případů málo přístupné na účasti na klinických studiích a velmi často přicházejí k lékaři jen proto, aby dokázaly rodině, přátelům a svému okolí, že jejich obavy jsou přehnané. Proto je primární úloha terapeuta vytvořit motivující podmínky ke změně a léčbě pacienta a také poskytnutí informací (10).

Dosažení zdravé tělesné hmotnosti, akceptace zdravé tělesné hmotnosti, změna sebehodnocení, rozšíření jídelníčku, úprava jídelního režimu, akceptace větších porcí, změna postoje k jídlu a jídelnímu chování, úprava problematických postojů a chování v dalších oblastech života, to všechno je nutné k zaujetí zodpovědného a konstruktivního přístupu k řešení vlastních problémů, E. Newsholme a A. Leech ještě upozorňuje na odstranění psychických faktorů, díky kterým by se mohla nemoc znovu projevit, a na podporu upevnění vztahů v rodině. Přiklání se ke kognitivně-behaviorální terapii (42, 52).

Pro léčbu využíváme jak ambulantní terapie, tak i terapie v rámci denních stacionářů či hospitalizace. Psychoterapie může probíhat jak individuálně, tak i skupinově. Existují též svépomocné aktivity – svépomocná setkání a svépomocné manuály. Pro komplexnost léčby lze také využít nutričního poradenství, práce s tělem a různé způsoby relaxačních technik či arteterapie (10, 70, 52).

5.2 Klinická doporučení a jejich uplatnění v praxi

V mnoha zemích světa vycházejí v poslední době klinické „guidelines“ (pokyny) pro jednotlivé diagnózy, vycházející z celosvětových výzkumů a upravené podle podmínek jednotlivých států, přičemž se většina z nich v jádru shoduje. Rozdíly se projevují v ochotě a možnostech klinických pracovníků zavést tato doporučení do praxe, závisí ovšem i na aktuální organizaci zdravotnictví a výuky a na ekonomických podmínkách. V této kapitole bych ráda shrnula klinická doporučení vypracovaná pro poruchy příjmu potravy v České republice s poznámkami o možnostech jejich adekvátního uplatnění v klinické praxi i nové terapeutické přístupy z třetí mezinárodní a mezioborové konference o PPP a další alternativní léčebné postupy, jako jsou například arteterapie, ergoterapie a katatymně imaginativní psychoterapie (10).

5.3 Úlohy při léčbě mentální anorexie

Jednou z primárních úloh je přizpůsobit terapeutické strategie změnám ve vývoji onemocnění a terapeutického vztahu. Dále je velmi důležité stanovit v léčbě jasné hranice (terapeutická smlouva) a uvědomění si protipřenosu, spolupráce s dalšími klinickými spolupracovníky nutná je i konzultace s ostatními lékaři, například v interních endokrinologických, gynekologických a stomatologických oborech. Důležitá je také spolupráce s rodinnými terapeuty a následné vypracování adekvátního terapeutického programu, jak individuálního, tak i skupinového. Nezbytné je také monitorování syndromů PPP včetně jídelního chování i somatického stavu: váhy, krevního tlaku a pulsu; příjem a výdej potravy a tekutin, výskyt otoků; specifické váhy moči, minerálů a elektrolytů (54).

Tabulka 3 Terapeutické cíle při léčbě anorexie nervosy: cílem a podmínkou léčby je především nutriční rehabilitace

Navození normální váhy, obnovení reprodukčních funkcí – menstruace a normální ovulace u žen, normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů
Navození normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů
Zastavení demineralizace kostí
Odstranění dalších biologických i psychologických následků malnutrice
Psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
Stanovení a dosažení „zdravé“ cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součást písemné smlouvy pacientky s terapeutem)
Změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy
Léčba dalších psychopatologických projevů, poruchy nálady, sebehodnocení a chování
Podpora rodiny nebo partnerů, poradenství nebo terapie v indikovaných případech
Prevence relapsu (realimentace beze změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt)

Zdroj: 54

5.4 Farmakoterapie

Pozitivní přínos farmakoterapie je v poslední době sledován právě u těch pacientek, u kterých se hmotnost podařilo upravit. Farmaka pak, zdá se, mají význam v prevenci relapsu onemocnění. V psychofarmakoterapii se zaměřujeme na symptomy mentální anorexie a na četné přidružené psychiatrické komorbidity a komplikace, které činí léčbu velmi obtížnou. Někdy je obtížné odlišit, zda deprese je přítomna v důsledku hladovění a kachexie a „antidepressivem“ je jídlo, nebo jde o primárně psychický stav. Podobně obsedantně kompulzivní projevy mohou být vázány prakticky výhradně na jídlo a hodnocení proporcí vlastního těla, nebo mohou být součástí širší psychopatologie (57).

Na farmakoterapii právě u mentální anorexie má Höschl zcela odlišný názor a ve své knize Psychiatrie pro praktického lékaře se zmiňuje o negativním vlivu farmak na pacienty a bezvýslednou léčbu (20).

Antidepresiva nejsou běžně užívána v akutní fázi onemocnění, kdy jsou pacientky ve stavu těžké podvýživy, ale jsou užívána často ve fázi postupující realimentace a zdá se, že největší význam mají v prevenci relapsu onemocnění (57).

Höschl píše, že antidepresiva se podávají jen v případě přidružených silných depresí (20).

Neuroleptika jsou jako součást léčby mentální anorexie používána pouze v závažných případech – u agitovaných, výrazně negativistických, masivně obsedantních pacientek a při závažné hloubce příznaků anorexie. Neuroleptika (chlorpromazin) byla jako první psychofarmaka používána v terapii anorexie (57).

Höschl opět uvádí neúčinnost pro špatnou spolupráci anorektických pacientů (20).

Anxiolytika jsou v literatuře v této indikaci zmiňována minimálně. Jejich aplikace je vhodná pouze krátkodobě ke zvládnutí úzkosti, strachu z jídla a obsesí. V naší praxi je používáme pouze jednorázově (57).

Ostatní medikace

Zvýšená dostupnost serotoninu v hypotalamu vede ke snížení příjmu jídla, proto by mohl serotoninový antagonist cyproheptadin být užitečný pro zvýšení kalorického příjmu (57).

U mentální anorexie je často výrazně snížena motilita žaludku a celého gastrointestinálního traktu. Cisaprid urychluje vyprazdňování žaludku, tím snižuje nepříjemné pocity z retence jídla v žaludku a může tak pozitivně ovlivnit jídelní chování (57).

Zinek je spojen s chutí a příjmem potravy, kožními abnormalitami, amenoreou a depresí. Suplementace zinkem má vliv na vzestup hmotnosti u anorektiček a snížení hladiny úzkosti a deprese. Navíc je zinek relativně levný a je málo toxický (57).

Hormonální substituce u pacientek s dlouhodobou amenoreou (hlavně pro prevenci osteoporózy a osteopenie) patří do rukou gynekologa se znalostí problematiky poruch příjmu potravy (správné načasování a správně volený lék) (57).

5.5 Výběr vhodného terapeutického programu

Výběr léčby a její koordinace má zásadní charakter. Při výběru adekvátního postupu je třeba brát v potaz fázi onemocnění a výsledky předchozí léčby. V rámci

psychoedukace by měla být pacientka již v primární péči určitě poučená o charakteru nemoci a jejím průběhu. V akutním stadiu často nejsou psychotherapeutické intervence účinné, neboť výrazné hladovění často vede k problémům s koncentrací, rigiditou postojů a obsedantnímu myšlení na jídlo a stravování, které omezují schopnost spolupráce v psychotherapii (10).

U skupinové terapie může mít negativní efekt předčasné zařazení (pacientky místo práce na náhledu soutěží ve štíhlosti a vyměňují si techniky a zkušenosti, jak skrývat jídlo a předstírat nárůst váhy). Zásadní význam pro léčbu má adekvátní výběr psychotherapeutického přístupu podle transteoretického modelu se řídí podle motivace pacienta a úrovně, na jaké je schopen co nejefektivněji pracovat z hlediska aktuální symptomatiky a podle zralosti osobnostní a sociální (rodinné) (29, 10).

5.5.1 Psychotherapie podle účinnosti

Postupy se mění dle diagnózy, závažnosti somatického a psychického stavu, bezpečnosti léčby a v neposlední řadě podle spolupráce rodiny, a to zejména u dětí, neboť mají různě vyvinuté rozumové schopnosti. Komplexní terapie vyžaduje spolupráci odborníků (psychiatrů, psychologů, internistů, endokrinologů, gynekologů, stomatologů a specialistů v nutričním poradenství). Některé formy, především lehčí, mohou být léčeny ambulantně nebo v programech denních center. Důležitou roli v prvním kontaktu s pacienty hrají především pediatři, kteří se zabývají somatickou problematikou a zároveň doporučují a vysvětlují další léčebné kroky. Nemocní PPP se často vyhýbají hospitalizaci na specializovaných psychiatrických jednotkách ze strachu ze stigmatizace, a proto jsou hospitalizováni na pediatrických interních či metabolických odděleních (13).

Doba předání do odborné psychiatrické péče je závislá na znalostech lékaře primární péče o povaze onemocnění a jeho schopnosti a ochotě se s danými odborníky shodnout na dalším postupu. Tento postup můžou ovlivnit zejména rodiče, pokud se brání specializované péči ze strachu ze stigmatizace. A to často vede ke zhoršení onemocnění i zvýšení rizika relapsu (13, 57).

Další postupy upravujeme dle průběhu onemocnění – podle míry somatických, psychických i sociálních následků a míře motivace pacienta (57).

5.5.2 Druhy terapií

Psychoedukace je zdůrazňována na všech stupních léčby, neboť zahrnuje poučení o povaze nemoci, nepříznivých výsledcích hladovění, nevhodných diet (rizika vegetariánství, veganství a dalších diet) a možnostech léčby. V léčbě mentální anorexie je zapotřebí využívat nové technologie a nové poznatky výzkumu. Účelem je pacienta a jeho rodinu adekvátně informovat. V knize Spektrum poruch příjmu potravy od Hany Papežové je uvedeno, že „strašení“ extrémními případy nebo jejich medializace jsou často neúčinné, neterapeutické a neetické, já se ale domnívám, že v některých případech tyto terapeutické metody nejsou nemístné (57, 24).

Motivační terapie, tato terapie je většinou přiřazována alkoholové závislosti nebo kuřáckému návyku. Avšak relativně krátkodobá terapie (typicky čtyři sezení) se stává důležitou součástí terapeutických programů i pro mentální anorexii. Zásady motivačního přístupu jsou užitečné především v primární péči a lze spolupracovat jednak s pacientkami, ale i s rodinou (44).

V článku Motivační rozhovory od Hany Papežové, Rudolfa Uhera a Jana Soukupa zjišťujeme základní informace o této metodě, která vznikla v osmdesátých letech minulého století na základě zkušeností s léčbou pacientů závislých na alkoholu a na jiných drogách a velmi se rozšířila do jiných oblastí, kde změna chování je cílem působení pracovníka (zdravotnictví, justice, poradenství a psychoterapie, práce s mladistvými). Její účinnost byla ověřena pečlivým výzkumem. Terapeuti pracující v této oblasti získali nástroj k práci s pacienty, jejichž základním problémem je úplné popírání problému nebo výrazná ambivalence (44).

Východiskem této metody je poznatek, že motivace vycházejí z vlastních potřeb. Domnívám se, že v této metodě je nejdůležitější klientovo vnímání sebe sama jako schopného objevovat své vlastní zdroje motivace, nápadů a energie k jejich uskutečňování. Dbá se spíše na spolupráci než na konfrontační přístup, na vlastní autonomii pacienta a na jeho práva na řízení vlastního života (44, 57).

Tabulka 4 Motivační terapie

Co dělám a co bych chtěla změnit?
Co mi dané chování dává a bere?
Jaké bude mít důsledky, když se budu dál chovat stejně?

	Okamžitý důsledek	Dlouhodobý důsledek
Pozitivní stránky současného chování (proč to dělám?)		
Negativní stránky současného chování (proč to chci změnit?)		

Cílový stav: čeho chci dosáhnout?
Jakými prostředky toho chci dosáhnout?

Jak moc chci cíle dosáhnout? 0% _____ 100%
 Na kolik procent si věřím? 0% _____ 100%

Je to pro mě priorita? Ano – Ne

Co mi plánovanou změnu může zkomplikovat a co s tím udělám?

Jak nahradím to pozitivní, co mi dané chování dává?

Co nebo kdo mi může pomoci?

Hodnocení

Co se mi podařilo uskutečnit?

Jakou jsem z pokusu získala informaci pro další pokus o řešení?

Zdroj: 57

Základním principem této metody je snaha o porozumění klientovi, jeho situaci a důvodům jeho chování, pochopení rozporů mezi tím, jak se pacient chová a jeho životními cíli, dále podpora sebedůvěry pacienta, dodání optimismu, že změna je možná a je v jeho silách (44, 57).

Interpersonální psychoterapie řeší psychologické problémy (vztahové a osobnostní problémy, nízké sebevědomí a nízkou frustrační toleranci). Původně byla tato terapie vytvořena pro léčbu deprese. Má základní tři fáze. První fáze se zabývá identifikací vztahových problémů, které vedly ke vzniku obtíží a které onemocnění udržují. Druhá fáze zahrnuje uzavření terapeutické smlouvy o řešení interpersonálních problémů. A ve třetí fázi se řeší ukončení a vyústění terapie (57).

Kognitivně analytická terapie byla vytvořena Anthonym Rylem v roce 1990 a zabývá se především vztahem pacient-terapeut. Terapeut poukazuje na maladaptivní vztahové vzorce, používá dopisy určené pacientce, v nichž je shrnut a vysvětlen individuální vývoj problému na základě předchozích terapeutických sezení. Společně s pacientem se hledají alternativní cesty ke zvládnutí symptomů a redukci stresu (55).

K této terapii se také přiklání E. Newsholme a A. Leech (42).

Rodinná terapie a poradenství je určené zejména pro děti a mladší adolescenty. Pacienti, kteří na standardní rodinnou terapii neodpovídají příznivě, často vyžadují větší množství péče a hospitalizaci (10 – 20 %). Pro nepříliš dobré výsledky dlouhodobé hospitalizace příliš mladých pacientů byl vytvořen nový přístup „vícerodinných programů“, který spočívá v intenzivním psychoterapeutickém programu pro skupiny založených z několika rodin, v nichž jeden nebo více členů trpí mentální anorexií (57).

Tuto metodu upřednostňuje Höschl (20).

Terapeutické programy pomocí nových technologií. Stále větší pozornost získává zasílání SMS, internetové poradenství, psychoterapie formou chatu a další. U nás o jejich použití poprvé referoval Kordy et al. na páté konferenci o PPP v roce 2005. Programy, které poskytují pacientům okamžitou zpětnou vazbu a jsou jimi dobře přijímány, jsou nejčastěji online vedené svépomocné programy a jsou také dostupnější než klasické metody. Výzkum se nyní věnuje hodnocení jejich účinnosti v jednotlivých zemích. Do léčby jsou zahrnuty i počítačové hry pro podporu pozitivních postojů,

strategií k řešení problémů a modifikaci abnormálního chování. V současné době se u nás rozvíjejí internetové chaty pro rodinné příslušníky pacientek zaměřené na psychoedukaci a podpůrnou psychoterapii.

Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní konferenci o PPP. S narůstajícím výskytem poruch příjmu potravy je důležité hledat nové účinnější formy terapie. Novější formy kognitivní behaviorální terapie berou na vědomí motivační otázky, terapeutický vztah, interpersonální vztahy i emoční reakce na emoční ohrožení. Mohou být vhodnější pro pacientky s osobnostními problémy a atypickými rysy či „speciálními potřebami“ (44).

Na konferenci byla zmiňována i kognitivně analytická terapie, kterou adaptovali a zhodnotili angličtí autoři Treasure a Ward. Na konferenci jejich spolupracovnice Claire Tanner demonstrovala, jak terapie pomáhá především porozumět vztahu terapeuta a klienta a jak se rozvíjí během terapie. Terapeut poukazuje na maladaptivní vztahové vzorce, které si pacientky s poruchami příjmu potravy utvořily (44).

Na konferenci I. Eisler představil nový přístup v péči o adolescentní pacientky a jejich rodiny. Jde o intenzivní týdenní program, který sdružuje několik rodin v rámci denního stacionáře a je doplněn ambulantním sledováním a dalšími jednodenními setkáními skupin rodin. Předběžné údaje nám naznačují, že tato terapie je vnímána rodinami jako pozitivní léčebný přístup založený na spolupráci a pozitivní je také její účinnost (44).

Dále se zabývali motivační terapií a jejím rozvinutím Williamem R. Millerem, k čemuž ho dovedla práce s alkoholiky, a tento přístup nazval „motivační pohovor“. Je to primárně neinterpretativní a teoretický přístup založený na empirii a blízky psychoterapii „zaměřené na klienta“ (Rogersovské). Miller identifikoval spolu se svými spolupracovníky základní faktory na straně terapeuta, které působí pozitivně motivačně (44).

Motivačně působí, když terapeut pochopí a přijme význam, jaký má choroba pro pacienta; vyjadřuje přijetí a potvrzení klienta, zdůrazňuje promotivační prohlášení klienta a nikoli tvrzení antimotivační. Dále motivačně působí, když svými reakcemi vede terapeut klienta k vyjádření promotivačních myšlenek včetně použití paradoxních

technik jako například „přestřelení“. Terapeutický proces je přizpůsoben momentálnímu stupni motivace a podtrhuje klientovu možnost svobodné volby. Naproti tomu negativně a antimotivačně působí terapeut, který nadměrně konfrontuje, podmiňuje přijetí klienta jako „správné“ rozhodnutím a interpretuje, či hraje roli „experta“, který ví, co má klient dělat (44).

Zaujal mě interaktivní program, který jsem objevila na stránkách www.pppinfo.cz, který zároveň diváka zapojí do děje a poučí ho o dané problematice mentální anorexie. V tomto komiksu je zahrnuto mnoho zkušebních testů přímo na tělo diváka, a to například test vnímání vlastní postavy. Odborným garantem tohoto projektu je MUDr. Hana Papežová, CSc (44).

Arteterapie

Psycholog a arteterapeut Mgr. Jan Kulhánec v rozhovoru s Veronikou Vaškovou uvádí dvě možnosti provádění arteterapie (64).

„Pracuje se s problémy, na které společně přijdeme a na které vymyslíme téma k tvoření. Třeba někdo přijde s tím, že se mu špatně dávají najevo pocity vzteku, což je u anorexie často, protože má dojem, že musí tyto pocity držet v sobě, jinak by se s nimi druzí nebavili. Pak vymyslíme úkol, například namalovat obrázek sopky. Dát do toho všechno, co si nedovolí říci a pak si s ní o tom povídáme. Při malování se v ní něco děje, něco prožívá a zablokované emoce se mohou uvolnit a nakonec zjistí, že tím nikoho nenaštvala a že si může dovolit dávat takové pocity najevo. To může hodně pomoci. Důležité je prožít a propojení s emocemi. Dokud si to nemocný sám neprožije, tak se nic nezmění. Arteterapie mu pomáhá prožívat jednotlivá témata, prožívat si pocity, které k tomu patří a na základě toho se uvolnit a také tomu porozumět (64).

Druhá možnost je, že se vyberou obecná témata, která jsou často zaměřená na tělo. Některé děti mají problémy s reálným vnímáním svého těla. Máme dobré zkušenosti při práci s keramickou hlinou. Modelování postav, soch. Hlína je příjemná, je trojrozměrná a plastická. Děti se učí vnímat proporce a opravit si vlastní vnímání proporcí. A opět ne pouze rozumem, ale zažít to právě při tvorbě – modelováním nebo malováním.“

A jak to vidí pan magistr u skupinových terapií? „V tématech se neliší, mohou být stejná jako u individuální terapie. Ve skupině se využívá toho, že s obrázky pracují

klienti navzájem. Vzájemně si je prohlížejí a sdělují si informace. Dozvídají se od ostatních, jak vnímají jeho postavu. Ostatní také poslouchají jaké má problémy, které při tom vyplavou ven. Ve skupině se dá také pracovat s tím, že si mohou být vzájemně modelem. Jde o portréty nebo autoportréty, u toho je často legrace. Opět zde vyvstávají problémy, které často nejsou vidět, a to je už zmíněný perfekcionismus, který je brzdí a brání jim chovat se uvolněně. Zjistí, že pokud chtějí být dokonalí nebo mít dokonalé výtvary, tak se jim to nedaří. A pokud je terapie dobře vedená, tak se člověk uvolní, sleví tam, kde to přehání a výsledek je lepší. Ostatní to přijímají a berou i tu jeho nedokonalost. To je pro ně důležité (64).“ O této léčbě se dozvídáme od Mgr. Jana Dufka z psychiatrické kliniky LF MU Brno (11).

Na psychiatrické léčebně v Brně-Bohunicích funguje specializovaná jednotka pro léčbu pacientek s poruchou příjmu potravy v rámci otevřeného neurotického oddělení 24. Do léčebného programu přijímají dospělé pacientky (dětské pacientky jsou léčeny na dětském oddělení) v kompenzovaném somatickém stavu a alespoň s minimální motivací k léčbě. Pokud nedokáže ambulantní psychoterapeutická péče zvrátit fyzickou nebo psychickou deteriorace, je indikována hospitalizace. Základem léčebného programu je individuální nebo skupinová psychoterapie, arteterapie a pracovní terapie. V indikovaných případech je používána také farmakoterapie. Ale není považována u pacientek za hlavní léčebnou metodu. Uplatňuje se zejména v přítomnosti další psychiatrické komorbidity, především s depresivní symptomatikou. Důležitá jsou režimová opatření, především kontrola příjmu potravy a pohybových aktivit, na což dohlíží střední zdravotnický personál (35, 64).

Terapeutický tým tvoří lékař, jeden až dva psychologové – psychoterapeuti a střední zdravotnický personál. Pacientky často provokují hostilní proti-přenosové reakce, pocity viny, pokoušejí si emočním nátlakem vynutit různé ústupky a úpravy režimu. Terapeutický tým musí být jednotný, pokud není, dochází k narušení hladkého průběhu hospitalizace (35).

Hospitalizace trvá šest až osm týdnů. Ve skupině bývá obvykle pět až sedm pacientek, je vedená jedním z psychologů a jedenkrát týdně arteterapeutkou. Na začátku pobytu zařazují na klinice v Brně takzvanou edukační skupinu vedenou lékařem, kdy

jsou pacientky seznamovány se somatickými komplikacemi a riziky onemocnění. Dále probíhá nejméně dvakrát týdně individuální psychoterapie tak, že její rozvržení vychází vstříc individuálním potřebám jednotlivých patientek (35).

Terapeutické sezení s využitím imaginace

Tato terapeutická metoda je založena na představování si. Imaginací se mohou navozovat představy v rámci různých smyslových modalit (teplo, chlad, vůně, chuť). Prakticky probíhá terapeutické sezení tak, že po úvodní fázi rozhovoru pacientka v poloze vleže (nebo vsedě) v pohodlném křesle relaxuje. V relaxovaném stavu jí terapeut zadá motiv (například louku, dům, horu, potok, inspekci tělesného nitra). Motivů je více, každý oslovuje jinou psychologickou problematiku, zkušenější terapeuti často volí naprosto nové motivy, dle svého uvážení. Lze také navázat například na snový materiál, který přináší pacientka. Je možné další imaginační propracování symbolů, které se objevily v pacientčiných dřívějších nebo nočních snech během terapie. S pacientkami je vhodné pracovat alespoň zpočátku s motivy základního stupně. V průběhu snu pacientka referuje o průběhu děje a je ve stálém verbálním kontaktu s terapeutem. Ten má možnost sen vést, regulovat, v klíčových momentech pacientku konfrontovat, zabránit například sebedestruktivním aktivitám. Fáze imaginace trvá patnáct až třicet minut, zbytek hodiny je věnován rozboru snu, který obvykle probíhá spíše v neinterpretativním duchu. Součástí metody je také následné výtvarné zpracování vybraného obrazu z imaginace (11).

Nutné je ochraňující a empatické vedení terapeutem. Terapeut by měl být pro pacientku spolehlivým, neautoritativním průvodcem, který nabízí podněty a představuje podporu při spontánně se vyvíjejících situacích. Pro nemocné je to nová zkušenost, která zmírňuje její napětí. Terapeut podporuje pacientku, aby v imaginaci vnímala všemi smysly, zaměřila se na vlastní tělesné vjemy a naučila se je tak lépe rozlišovat. Imaginativní metoda se snaží o sblížení s pravým já. Patientky při interakci s okolím postrádajícím spontaneitu, jsou velmi přizpůsobivé, z vnějšku se dobře zařazují, ale jejich existence jakoby postrádala smysl - je bez opravdového prožitku, vztahy jsou formální, pocity nepravé, hrané. Pocity prázdnoty se pacientky zoufale snaží zaplnit, například patologickým jídelním chováním nebo sebepoškozováním. Jestliže se podaří

proniknout za obrannou bariéru jejich vnějšího, často veskrze falešného fungování, máme pak daleko větší šanci na iniciaci psychické změny, která může vést k uzdravení (11).

Jako příklad použití KIP u pacientky s poruchou příjmu potravy uvádí Mgr. Jan Dufek denní sen ženy s restriktivní formou mentální anorexie, které v úvodní imaginaci zadal motiv květiny. Místo jedné květiny vybavila květiny dvě, střídavě byla v popředí jedna nebo druhá. První byla obyčejná kopretina, utržená, pacientka ji vnímala jako křehkou, všední, nic neříkající a nezajímavou. Druhá květina byla neskutečná, fantazijní, měla široké okvětní lístky, byla velká, křiklavě červená, trochu připomínala pouťovou růži. Pacientka ji vnímala jako expanzivní, kýčovitou. V následném pohovoru o imaginaci uvažovala o tom, že červená květina by mohla bezbrannou a křehkou kopretinu rozmáčknout a zahubit. Sama se spontánně v pohovoru s květinami identifikovala, ventilovala svůj strach z toho, že když bude jíst, bude také taková jako ta červená květina a svůj současný stav přirovnávala ke slabé a křehké kopretině. V imaginaci a také na obrázku, který pacientka namalovala, byl jasně zřetelný mechanismus štěpení, který tak často u pacientek pozorujeme. Pacientka se na jedné straně viděla jako atraktivní, silná, pohlcující a nekontrolovatelně žravá a na druhé straně jako zcela slabá, křehká a bezvýznamná. Spojení a sjednocení těchto dvou aspektů jí samotné jakoby vůbec nebylo myslitelné. Na rovině imaginovaného obrazu zde vidíme rozpor "vše nebo nic", "buď, anebo". Pacientky se rozhodují mezi "dobrým" duchovním principem a "špatným" pudovým a tělesným principem. Imaginace umožnila tento rozpor znázornit a umožnila jeho emoční prožití a následné zpracování ve verbálním psychoterapeutickém sezení (11).

Role terapeuta spočívá mimo jiné v podpoře schopnosti tvořit kompromisy. Terapeut nechává pacientku prožít sen naplno a zřetelně a tím může původně nevědomé napětí pocítit a uvidět v obraze. Snaží se vytvářet prostor pro reálnější vidění sebe a světa, šedé zóny tam, kde dříve byla jen černá a bílá (11).

Dle mého názoru je tato metoda velmi přínosná právě pro dětské pacienty, neboť jejich představivost je ve vývinu a na rozdíl od některých dospělých nemají zábrany.

Ergoterapie

Cíle léčby se liší vzhledem k onemocnění. Skupinové aktivity jsou zaměřeny především na kreativní techniky. Výběr aktivit je řízen několika kritérii (pomocí analýzy aktivity) sledujícími cíle léčby (68).

Samotný proces aktivity (prostředí, materiál, postup, délka a tak dále) – aktivita je ohraničená počtem pacientů na terapeuta, většinou patnáct pacientů – a velikostí pracovny, rovněž tak je omezena stanovenou délkou terapie a množstvím materiálů – nelze využívat techniky, kdy je potřeba individuálního vedení, velké projekty, časově náročné projekty, drahé a těžko sehnatelné materiály (68).

Činnost delší než terapeutická hodina může v pacientkách vzbuzovat úzkost, pocit méněcennosti a někdy i obavy z nezvládnutí a nestihnutí úkolu. Pacientky nerady používají nový a neznámý materiál (nemají nad ním kontrolu) (68).

Aktivita z hlediska kognitivní analýzy

Hlavním cílem ergoterapie je aktivizace, zvýšení zájmu a potěšení ze samotné činnosti, zlepšení sebehodnocení a podpoření sebeúcty. Rovněž tak výsledek práce, například výrobek, výzdoba, je motivační (68).

Jednotlivé aktivity pacienti seznamují s novými technikami a podněcují je k novým zájmům. Pacienti jsou často k činnostem apatičtí, nemají vůli a chuť k jakýmkoli aktivitám. V tomto případě velice záleží na podnětném vedení terapeuta. Proto jsou nejdůležitější 3 základní úkoly. Je třeba stanovit jeden konkrétní úkol – vzhledem ke kompozičnímu a manipulativnímu chování pacientů. Pro efektivní práci ve skupině a vztah mezi skupinou a terapeutem je vhodné stanovit téma, je-li však skupina již schopna domluvy a kompromisu, lze nechat rozhodnutí na ní. Dále je důležité se u apatických pacientů snažit o zvýšení výkonnosti zprostředkováním nějaké aktivity. A u nesoustředěných pacientů volíme činnosti vyžadující jejich pozornost. Tato aktivita učí časové rozvržení práce, což dělá pacientům velký a častý problém, důvodem je zejména nesoustředěnost, tendence k perfekcionismu a nerozhodnost. Ve skupině se pacient učí rozhodování, řešení problémů a dělání kompromisů a to dělá členům skupiny potíže. Neexistuje, aby jedinec udělal něco pro celou skupinu – vše vychází

z apatie abulie (ztráta vůle a iniciativy). Snažíme se zejména o zařazení sebepercepce (vnímání sama sebe), a to i ve vztahu ke skupině (51, 68).

Aktivita z hlediska psychodynamické analýzy

Tato aktivita umožňuje vyjádření vlastních pocitů, emocí, nálad, myšlenek, postojů a názorů. Snaží se o sebepoznání, uvolnění a seznámení se s ostatními ve skupině. Uplatňuje kreativitu a originalitu, která ale přichází zřídka pro apatii potlačující nápady a myšlenky. Tato aktivita vede k pozitivní emoční reakci, pocitům radosti z dosažení cíle, úspěchu, dokončení výrobku, ale musíme dbát na potenciální riziko aktivity, čímž se může stát selhání při činnosti. Toto může nastat důsledkem nedodržení instrukcí a postupů práce, špatným rozvržením práce u pacientek v opozičním chování. Tato rizika je potřeba eliminovat, což má za úkol terapeut svým správným motivujícím chováním (68).

Aktivita z hlediska sociální analýzy

Zde probíhá komunikace ve skupině mezi nejbližšími „kamarádkami“. Skupina je proto viditelně roztříštěná na „dva tábory“, hospitalizovaní versus stacionář. Mezi těmito podskupinami pacientů dochází pouze k povrchní komunikaci. Často nastávají konflikty a pozorujeme neschopnost domluvy na jakékoli aktivitě. Touto aktivitou se společným dílem a interakcí skupiny prohlubuje vztah a soudržnost mezi jejími členy. Pacienti ale mnohem raději pracují sami na svém díle. Činnost, při které nevzniká výrobek – předmět je u nich neatraktivní a pro terapeuta není jednoduché je k ní přimět. V této skupině má terapeut velice stížnou pozici, důvěru si buduje mnohem déle než u jiných skupin a hranice vztahu mezi ním a pacientem jsou velmi snadno překročitelné (zvláště v modelu skupina versus mladá terapeutka – studentka). Vzhledem k manipulujícímu chování pacientů a jejich apatii je třeba stanovit jasná pravidla a důsledně je dodržovat! V žádném případě nesmí terapeut dělat rozdíly mezi pacienty. V případě, že jsou pravidla porušena, je nutné přistupovat ke každému spravedlivě (68).

Tabulka 5 Příklady kreativních technik

Druh techniky	Materiály a pomůcky	Témata technik	Co technikou sledujeme?
Kresba a malba	Pastelky, vodové barvy, tempery, tuž, lepidlo, škroby, netradiční papíry	Konkrétní i abstraktní	Subjektivní vnímání, pocity a emoce
Koláže a jiné práce s papírem	Různé druhy papíru, noviny, fotografie	Rozmanité náměty – lidé, já, jídlo...	Spojení myšlenek v závislosti se situací
Keramika	Hlína	Postavy, masky, obličej	Sebepercepce
<p>Netradiční techniky :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savování • Batikování • Drátování • Korálkování • Kašírování (výroba dekorací polepováním papírem) • Škrobový papír • Práce s přírodními materiály • Malování na sklo, na kameny, hedvábí • Mozaiky • Windowart (malování sloupcovými barvami na sklo) • Decoupage (ubrousková technika) • Frotáž (přenášení otisku reliéfní struktury, podložky měkkou tužkou na papír) 			

Zdroj: 69

Rady pro vedení skupin při ergoterapii

Techniku mějte vyzkoušenou, připravte si dostatek materiálů a ukázky již hotových výrobků. Po všeobecném představování seznámte přítomné s plánem dne – jaký materiál a techniku použijete, popřípadě naznačte konkrétní postup.

Předem mějte rozvrženo, co členům skupiny řeknete na začátku a co během práce (instrukce, varianty, možnosti).

Během terapie pozorujte pacienty, a budou-li potřebovat radu nebo pomoc, buďte jim k dispozici (69).

Posledních deset až patnáct minut si vyhraďte na úklid a diskuzi. Zjistěte, jak se pacientům hodina líbila, jak byli spokojeni se svou prací, proč volili danou barvu či techniku. Vítané a velmi přínosné je, když se pacienti o svém výrobku sami rozhovoří, případně přejde-li hovor do skupinové debaty (69).

Závěrem uvádí bakalářka Petra Zunová z rehabilitačního oddělení Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice, že každou činnost je třeba důkladně analyzovat a zamýšlet se nad ní, volit vhodné materiály a témata a hlavně jako terapeut zvolit motivující přístup, podnětné vedení a důsledné jednání. Neboť ve skupině je důležitý řád a dodržování předem stanovených pravidel (69).

Katatylně imaginativní psychoterapie v léčbě poruch příjmu potravy

Katatylně imaginativní psychoterapie je metoda, kterou využívají v terapii jak v ambulantním settingu, tak během hospitalizace na psychiatrické klinice v Brně-Bohunicích. Jde o psychoterapeutický směr, který má své kořeny v psychoanalýze, jeho zakladatelem je německý psychoanalytik Hans Carl Leuner. V Evropě je tato psychoterapeutická metoda rozšířená především v německy mluvících zemích, u nás se rozvíjí od poloviny osmdesátých let minulého století. První výcviková skupina u nás vznikala právě zde, na psychiatrické klinice v Bohunicích; zabezpečuje výcvik a úzce spolupracuje především s mezinárodní společností pro katatylně imaginativní psychoterapii a jednotlivými národními společnostmi (slovenskou, švýcarskou, německou a rakouskou) (11).

Specifikem této psychoterapie je využívání imaginací, které můžeme vyvolat v relaxovaném stavu. Na rozdíl od běžných představ, jež jsou pouze bledé, nevýrazné a pomíjivé, se imaginace vyznačují značnou plastičností a živostí. Pokud jsou plně rozvinuté, mají charakter denního snu, ve kterém se mohou odvíjet často dějově a emočně nabitě scény. Imaginace se podobá nočnímu snu, probíhá ale organizovaněji a stejně jako noční sen odráží na symbolické rovině psychodynamiku jedince. Pacientka je podporována v tom, aby promítala do obrazů své jinak jen difúzní tělesné pocity, strachy, očekávání a vzorce chování, dívala se na ně a sdělovala je terapeutovi. Sdílení těchto pocitů s terapeutem a zacházení s nimi na obrazné rovině denního snu pacientce často navrácí velmi narušený pocit vnitřní živosti, autonomie a podporuje její spontaneitu a tvořivost. Podpora schopnosti vnímat a verbalizovat pocity je u pacientek velice důležitá, neboť z počátku své pocity často neumí zkoumat, nerozumí jim. Imaginace mohou uvolnit i silně potlačené afektivní obsahy, které by byly ve verbálně vedené psychoterapii pouze těžce dosažitelné. Díky fenoménu spontánní věkové regrese, kdy se pacientka prožívá jako mladší, než je v současnosti, mohou být zpřístupněny a propracovány například traumatické zážitky z dětství (11).

6 Prevence mentální anorexie

Prevence je soustava opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu. Důslednou prevencí lze docílit pozitivní změny zdravotního stavu populace. Prevence se provádí buď na úrovni jedince, nebo na úrovni celé společnosti (celoplošná prevence). Podle způsobu, jak je prevence uplatňována, rozeznáváme tři druhy prevence: primární, sekundární a terciární (4).

Vzhledem k tomu, že se poruchy příjmu potravy začínají objevovat u dětí ve věku kolem třinácti let, je vhodné s určitými preventivními opatřeními působit na děti kolem desátého roku věku. V ideálním případě se setkáváme s prevencí od narození – tzn. kladným postojem ke stravování, pěstováním zdravého sebevědomí, úctě k sobě samému (4).

Mužík uvádí některá možná preventivní opatření: Odměna a trest pomocí potravy by neměla být příliš častá. Namísto toho by měla být důležitá jiná funkce jídla, protože společné stolování může být příjemně prožitým časem pro celou rodinu. Dítě by nemělo být nuceno za každou cenu vše sníst. Pokud toho sní málo, nemělo by mít potom možnost dojídat se sladkostmi, čímž dítě zjistí, že pokud se pořádně nenají, bude mít hlad. U jídelního stolu by nemělo docházet k hádkám mezi rodiči, ani mezi rodiči a dětmi. Dítě by si totiž velmi rychle mohlo společné stolování spojit s nepříjemnými zážitky a mohlo by se začít jídlům záměrně vyhýbat. Rodiče by neměli před dítětem držet dietu, která vede k hubnutí, pokud takovou dietu dodržují, neměli by o ní mluvit. Neměli by také před dětmi zdůrazňovat své úspěchy nebo neúspěchy v hubnutí. Rodiče by se neměli hanlivě vyjadřovat na adresu lidí s nadváhou, aby tak v dětech nevzbudili neúměrnou fobii z těchto nemocí. Rodiče a učitelé by měli děti pečlivě připravit na změny, které s sebou přináší období puberty (39).

Po velkém nárůstu případů poruch příjmu potravy v druhé polovině 20. století a jeho poklesu počátkem 80. let 20. století, což mohlo být důsledkem prvních informací o těchto onemocněních, počet případů poruch příjmu potravy v současnosti i přes stále větší informovanost veřejnosti nijak neklesá. Stejně jako je mnoho příčin poruch příjmu potravy, které je mohou vyvolat, je také mnoho faktorů, které jejich vzniku brání (16).

Jsou jimi kladné sebehodnocení – lze ho ovlivnit např. pravidelným sportováním, vytváří se pozitivní obraz vlastního těla, lepší odolnost vůči stresu; zdravé sebevědomí, dobré rodinné vztahy, založené na vzájemné podpoře a důvěře, potlačení vlivu médií – pocit nespokojenosti s vlastním tělem by mohlo snížit zejména kulturní akceptování široké škály různých typů postav a velikosti v mezích normy a odstranění předsudků vůči postavám v kategorii nadváhy, zdravé stravovací návyky, omezení držení diet (16).

Je zřejmé, že ačkoli byly tyto poruchy definovány a byla vytvořena celá řada úspěšných léčebných programů, dlouhodobým cílem musí být zabránit úplně vzniku těchto poruch. V ohledu prevence poruch příjmu potravy je také důležité zmínit vzdělanost rodičů, stávajících i budoucích učitelů, lékařů, pracovníků ve zdravotnictví, trenérů a samozřejmě média. I široká veřejnost by měla být seznámena se symptomy, příčinami a následky poruch příjmu potravy a také s tím, jak je včas rozpoznat a adekvátně zasáhnout (16).

Ve světě, který bojuje proti obezitě a štíhlost propaguje jako synonymum zdraví, mohou být snahy o prevenci poruch příjmu potravy téměř sabotovány. V rámci výukových preventivních programů existuje nepřeberné množství programů zaměřených proti nadváze a obezitě a propagujících zdravou výživu. Tyto programy jsou nesporně velmi důležité a prospěšné, avšak měly by být vždy doplněny též prevencí anorexie a bulimie (16).

Primární prevence

Poruchám příjmu potravy se dá předcházet v rizikovém období dospívání vhodným výchovným způsobem. Základ prevence je samozřejmě v rodině, ale také škola může svými preventivními projekty přispět ke snížení incidence tohoto onemocnění (49).

Prevence zkoumá předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet. Primární prevence je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění, tj. snížit incidenci nemocí. Týká se období, kdy ještě nemoc nevznikla a jejím účelem je vzniku nemoci zabránit. Primární prevenci rozdělujeme na *specifickou* - je zaměřená proti určitým nemocem nebo rizikům (např. anorexie, bulimie, obezita) a *nepřespecifickou* - znamená aktivity k celkovému posílení zdraví a zlepšení životního stylu (57).

Ve škole by měla převažovat zejména nespecifická primární prevence formou komplexně pojaté výchovy ke zdraví, zajištěním sítě škol podporujících zdraví a vytvářením celkového zdravého školního prostředí (57).

Prevence nespecifická je vhodná pro období 1. stupně ZŠ, kdežto prevence specifická již pro 2. stupeň ZŠ.

Příklady primární prevence:

Projekt PPP

V rámci primární prevence má asi největší podíl občanské sdružení Anabell a jeho Projekt PPP (Podpora profesionální prevence), který realizovalo Kontaktní centrum Anabell Brno v období od 1. dubna 2009 do 30. června 2011. Předmětem projektu bylo uskutečnění specializovaného vzdělávání pedagogů a metodiků prevence Jihomoravského kraje v oblasti problematiky poruch příjmu potravy jako základ pro jimi realizovanou tvorbu školních vzdělávacích programů (předmětů Výchova ke zdraví a Člověk a zdraví) na základních školách a na středních školách/gymnáziích v souladu s doporučeními Rámcových vzdělávacích programů MŠMT ČR. Cílem projektu je rozšíření schopnosti pedagogů a metodiků prevence v systému dalšího vzdělávání:

- orientovat se v problematice poruch příjmu potravy a v oblasti zdravých stravovacích návyků podle nejnovějších poznatků lékařské vědy prostřednictvím aktivního přístupu k tvorbě vlastních metodických listů,
- umět podle těchto metodických listů zpracovat a prezentovat zážitkovou, srozumitelnou a interaktivní formou problematiku poruch příjmu potravy žákům a studentům základních a středních škol/gymnázií,
- umět rozpoznat rizikové faktory onemocnění u žáků základních a studentů středních škol/gymnázií jako nejčtetněji zastoupené rizikové skupiny pro vznik nemoci (53, 68).

Projekt Pětkrát „Z pohádky do pohádky“ a pětkrát „Škola čar a kouzel“

Žáci 3. ročníků putovali známými pohádkami (O Popelce, O Sněhurce a Otesánkovi). Plnili úkoly, malovali, sestavovali jídelníčky, hravou a zábavnou formou tak byli podporováni ke zdravému životnímu stylu, sebevědomí, rozvoji individuality a tím i k předcházení vzniku poruch příjmu potravy, kterými jsou mentální anorexie, bulimie a obezity. Pro děti z 5. tříd bylo připraveno putování do bradavické Školy čar a kouzel. Spolu s Harry Potterem děti navštívily stanoviště různých profesorů – Snapea, Hagrida a Remuse Lupina a obdobně jako třetíáci se formou zážitkové pedagogiky dozvídaly informace o základech zdravého životního stylu, byly vedeny k uvědomování si rizik spojených nejen s poruchami příjmu potravy, ale i s nesprávným stravováním obecně, s nezdravou životosprávou, dozvídaly se o významu a důležitosti pozitivních vztahů s nejbližšími. Součástí workshopů byla i zdravá svačinka – každé z dětí si na konci kromě poznatků a prožitků odneslo i jogurtový nápoj, neperlivou vodu, jablko, mandarinku či müsli tyčinku (53).

Na všech školách se program setkal s pozitivní odezvou ze strany dětí i pedagogů
O tento krásný projekt se zasloužila také Anabell.

Sekundární prevence

Sekundární prevence se snaží příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování a šíření. Zaměřuje se na zvláště ohrožené skupiny, vyhledávání rizikových faktorů vedoucích k onemocnění a vhodnou léčbu časných stádií těchto onemocnění. Jde o snahu předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím (57, 53).

Včasná kvalifikovaná intervence ovlivňuje výsledek léčby a je právě jedním z faktorů sekundární prevence (57).

Terciální prevence

Terciální prevence má za cíl minimalizovat škody na zdraví v případě již vzniklého onemocnění (53).

A zabývá se předcházením relapsu a obnovením pevného zdraví. V posledních letech se snaží o zabránění přenosu jídelní patologie na další generaci (57).

Příkladem je projekt *Najdi cíl svého života*

Jde o víkendový program je realizován jednou měsíčně od soboty do neděle v Kontaktním centru Anabell Praha. Jedná se o socio-terapeutickou skupinu, která nabízí nácvik sociálních dovedností – denní stravovací režim, vztah k sobě sama, kontakt s vrstevníky, schopnost se prosadit, vzít si slovo apod. Účastníci získají dovednosti, které jim pomohou při překonávání onemocnění a návratu do běžného života. Program je určen osobám od 15 let věku. Najdi cíl svého života je součástí projektu “Nový život s motivací”, který vznikl za podpory Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. K projektu náleží i provoz dvou dislokovaných pracovišť, poraden pro nemocné s poruchami příjmu potravy v Příbrami a Mladé Boleslavi. Celý projekt je zaměřen na podporu obyvatel Středočeského kraje a umožňuje lidem s poruchami příjmu potravy začít symbolicky nový život s motivací a začlenit se do pracovního procesu nebo zachovat současné zaměstnání či studium (53, 68).

Aplikace zásad zdravého životního stylu

Hlavním úkolem je vytvořit Základní metodiku pro výuku zdravého životního stylu, včetně témat primární prevence poruch příjmu potravy jako nedílnou součást školních vzdělávacích programů pro školy Jihomoravského kraje a v pilotáži ověřit její užití v praxi (53).

V čele odborného týmu je PhDr. František David Krch, Ph.D.

7 Ošetrovatelská péče u dětí s mentální anorexií

Pacienti se mohou léčit ambulantně, tím myslím specializovanou ambulantní péčí před hospitalizací nebo jsou hospitalizováni, obvykle po neúčinné ambulantní léčbě (35).

Dítě s poruchou příjmu potravy se přijímá na jednotku oddělení dětského, nebo specializovaného pro toto onemocnění, v případě závažného zdravotního stavu je přijato na jednotku intenzivní péče. S tímto klientem se však můžeme setkat na jakémkoliv jiném interním či chirurgickém oddělení nemocnice, kde mentální anorexie či bulimie bude provázet jinou diagnózu (35).

Například na psychiatrické klinice VFN v Praze mají jednotku specializované péče pro poruchy příjmu potravy, ta byla založena roku 1983 a čerpala zkušenosti od jednotky pro poruchy příjmu potravy v Kortenbergu v Belgii (35).

Hospitalizace obvykle trvá 1 – 2 měsíce. K hospitalizaci jsou přijímáni pacienti, kteří jsou v kompenzovaném somatickém stavu (pacient není bezprostředně ohrožen na životě) (58, 35).

Výsledky léčby jsou pozitivnější u pacientů, kteří jsou k léčbě monitorováni. Pacienti potřebují pomoc v několika směrech: změna vztahu k jídlu, vyřešení emocionálních problémů a často změna vztahu k vlastní rodině (35).

Cílem léčebné a ošetrovatelské péče je naučit pacienta správným stravovacím návykům a dodržování jídelního režimu. Systém péče je založený na režimové léčbě a vychází z biopsychosociálního chápání duševní poruchy. Přístup k pacientům je komplexní. Oddělení pracuje na principu terapeutické komunity. Pacienti jsou začleněni do terapeutického, jídelního, sociálního a pracovního programu (34, 37).

Poloha a pohybový režim

Poloha a pohybový režim se odvíjí od závažnosti zdravotního stavu, v případě nekomplikovaného stavu jde o jedince zpravidla zcela soběstačného. Pohybový režim je monitorován, dbáme na to, aby dívka či chlapec nadměrně necvičili.

Monitoring

U pacientů s mentální anorexií monitorujeme antropometrické parametry – váhu a výšku. Antropometrické hodnoty jsou zásadně měřeny: pravidelně každý den ve stejnou dobu, stejném oblečení (ve spodním prádle). Někdy toto přesné rozmezí doby měření může být nevýhodou, pacienti mají různé „finty“, například vypijí větší množství tekutin před vážením a podobně. Nadále monitorujeme fyziologické funkce (zejména krevní tlak a puls), EKG. Důležité jsou biochemické i hematologické laboratorní ukazatele. Dále sledujeme hlavní i nežádoucí účinky ordinovaných léčiv (hormonální terapie, antidepresiva, antipsychotika). Hodnotíme i projevy a komplikace onemocnění. Monitorujeme nauzeu (nevolnost), vomitus (zvracení), zneužívání laxativ nebo jiných medikamentů ke snížení či ovlivnění váhy. To vše sestra pečlivě a pravidelně zapisuje do dokumentace (35).

Výživa

Strava je při léčbě mentální anorexie považována za základní biologickou potřebu pacienta a zároveň i za lék. Výběr jídla a jeho objem je v kompenzaci zdravotnického týmu – psychiatr, psycholog, nutriční terapeut a další. Bez výslovného souhlasu nesmí mít pacient u sebe žádné jídlo. Ale záleží na individualitě oddělení a nemocnice. Pacient dostává jídlo obvykle šestkrát denně – snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, druhá večeře (35).

Pokud sestra „nachytá“ pacienta, jak schovává jídlo, neměla by se na něj zlobit, měla by být trpělivá a vyžadovat, ať pacient jídlo sní. Měla by mu vysvětlit, že se nezlobí, že to chápe. Dát mu najevo, že není tak lehké ji podvést. Pacient může cítit úlevu a naději, že se poruchy zbaví, ale pravděpodobně to nedá zřetelně najevo (35).

Při hospitalizaci by měla postupně nastávat realimentace a pacienti by si měli vést jídelní záznamy. Jak jsem již naznačila, nad pacientem je nutný dohled, zda stravu snědl.

Dieta při mentální anorexii

Nutnost postupné realimentace. Během prvního týdne se zvyšuje energetický příjem na 1200 kcal (5000 KJ), v dalších týdnech dochází k navýšení na 3000 - 4000 kcal (12600 - 16800 KJ) tak, aby hmotnost byla zvyšována zhruba o 0,5 až 1 kg/týdně. Důležité je jíst pravidelně (5 - 6krát denně), strava by měla být pestrá a odpovídat zásadám zdravé výživy (5).

Příklady jednotlivých denních jídel:

SNÍDANĚ:

Ovocný jogurt (150g), 2ks grahamového rohlíku (120g), čaj.

2 krajíce chleba (150g), máslo (15g), džem, bílá káva.

Slunečnicový chléb (120g), máslo (15g), 3 plátky sýra Eidamu, ovocný čaj.

PŘESNÍDÁVKA

1 kus ovoce (jablko, banán, mandarinka, pomeranč), mléčný nápoj či jogurt či

1 balení energetického nápoje (250 ml).

Ovocný jogurt 1ks a 1 rohlík.

OBĚD

Polévka (vývary se zaváčkou, zahuštěné polévky - střídat).

Hlavní jídlo - příloha a bílkovinný pokrm (maso, luštěniny, vejce), salát či kompot,

2-3 x týdně zařadit moučník.

SVAČINA

60g pečiva se sýrem, 1ks ovoce.

Mléko (250ml), koláč nebo buchta.104

VEČEŘE

2 krajíce chleba (150g), máslo (15 g), sýr tvrdý, zelenina.

2. VEČEŘE 1 jogurt a 1 rohlík (40g). Ovocný salát s ořechy (2).

Doporučené potraviny

Mléčné výrobky (jogurty, sýry, mléko); obiloviny (chléb, rohlíky tmavé i bílé); normální přílohy: těstoviny, rýže, brambory, knedlíky; máslo, rostlinné tuky; všechny druhy masa - alespoň drůbež a ryby; vejce; luštěniny. Ovoce a zelenina by neměly být konzumovány místo hlavního jídla. Na doplnění energie je vhodný energetický nápoj (Fresubin, Nutridrink atd.) (5).

Nedoporučené potraviny

Potraviny typu light, s umělými sladidly, s nízkým obsahem tuku, müsli nebo corn-flakes nezobat mezi jídly, hrozí přejídání těmito potravinami a nahrazování normálního jídla. Nízkokalorické potraviny (5).

Jídelní záznam v terapii mentální anorexie

Překonat mentální anorexii znamená změnit jídelní zvyklosti. Pro změnu jídelních návyků je důležité přesně vědět, jakým způsobem se jedinec s poruchou stravuje. Z tohoto důvodů jsou během terapie vedeny každodenně bezprostředně po jídle podrobné záznamy o tom, co kdy, kde nemocný jí a jaké má pocity (snědl moc, ztratil kontrolu, zvracel, vzal si projímadlo či jiné léky) (5).

Tabulka 6 Tabulka zaznamenávající stravovací návyky

Čas	přijaté jídlo a tekutiny	míst o	B	Z 1	P, D	C	okoln osti a poznámky

Zdroj 5

POKYNY PRO VEDENÍ JÍDELNÍCH ZÁZNAMŮ:

- I. Do prvního sloupce se provede záznam přesného času, kdy klient jedl.
- II. Do druhého sloupce se zapisuje druh a množství snědených potravin v kusech a vypitých nápojů. Neuvádět kalorickou hodnotu.

- III. Záznam místa, kde jedl (kuchyň, v křesle u televize apod.).
- IV. Slouží pro záznam jídla „binge“ (nadepsaný B), které jedinec vnímal jako nadměrné.
- V. Pátý sloupec je pro zaznamenání zvracení.
- VI. Šestý sloupec slouží k záznamu užití medikamentů - projímadel, diuretik. Uvádí se zde i přesné množství.
- VII. Záznam o cvičení jako metodu odškodnění za přejídání.
- VIII. Poslední sloupec slouží ke skutečnému záznamu pocitů, které se dostaví u klienta v souvislosti s jídlem a jídelním chováním (hádky s rodiči, přítelem).

Dále se zde provádí záznam o vážení a pocitech týkajících se jeho těla (kontrola postavy, pocit tloušťky).

Záznam slouží k tomu, aby si jedinec s mentální anorexií uvědomil, kde dělá chyby, a přinutil se je řešit a znovuzískal kontrolu (5).

Sipping, popíjení ochuceného nutričního přípravku.

Pití nutričního roztoku (sipping) je nejjednodušší formou enterální výživy. Je vyhrazeno pro nemocné, kteří nemohou z různých příčin přijímat dostatečné množství normální stravy. Nutriční přípravky určené k popíjení jsou ochucené (čokoláda, vanilka, meruňka, jahoda, lískový ořech, káva, polévka) a dají se využít jako plná enterální výživa nebo častěji jako nutriční doplněk k běžné stravě (5).

Enterální výživa do žaludku

Enterální výživa nasogastrickou sondou je určena například pro nemocné s poruchou polykání, s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie) a dále u nemocných, kteří vyžadují po dlouhou dobu plnou enterální výživu. Její výhodou je plynulý přívod umělé výborně stravitelné nealergizující výživy.

Nasogastrická sonda je elastická trubice z plastické hmoty velmi malého průměru zavedená nosem do žaludku (5).

Parenterální výživa

Parenterální výživa se podává nitrožilně, je proto indikována u pacientů, kteří nemohou přijímat potravu přirozenou cestou. Jedná se o nitrožilní přívod tekutin, minerálů, živin (aminokyseliny, cukry, tuky), stopových prvků a vitaminů. Výživa je podávána ve formě předem připravených 2-3 litrových vaků, které obsahují veškeré složky důležité pro zajištění metabolických nároků organismu tzv. systém All in one (vše v jednom) (5).

Vyprazdňování

Klient trpí z pravidla zácpou a meteorismem (plynatostí), proto je důležité sledovat a dokumentovat stav vyprazdňování stolice;

Pozor: existuje riziko zneužívání laxativ jako prostředku považovaného za vhodný ke snížení tělesné hmotnosti (5).

Odpočinek a spánek

Snažíme se zajistit dostatek odpočinku jak po fyzické, tak po psychické stránce, ale i dostatek podnětů. Velice časté poruchy spánku, jejich úprava koreluje s realimentací.

V některých „léčebnách“ je možnost využití relaxačních technik (autogenní trénink - metoda psychoterapie sloužící k dosažení pocitu uvolnění, v němž je člověk přístupný léčebným pokynům a v němž se učí ovládat své psychické i vegetativní funkce.).

Je třeba dávat pozor na riziko nadměrné aktivity jako prostředku ke snížení tělesné hmotnosti (5).

Psychosociální potřeby

Součástí léčby je psychoedukace, která se týká správného stravování. Na psychoedukaci se podílí sestra speciálně vyškolená pro tuto činnost. Pacienti jsou seznamováni s biologickými i psychologickými důsledky hladovění, které je odlišné a přizpůsobuje se podle věku pacienta, aby bylo srozumitelné (35).

Velmi přínosná a nutná je motivace k léčbě, edukace o problematice poruch příjmu potravy a správné životosprávě.

Pozor na riziko sebevražděného jednání (5)!

Během péče o pacienta s mentální anorexií musí mít sestra stále na paměti, že mezi podstatné rysy patří časté vymýšlení a zapírání. Pro tuto skutečnost bych zde ráda interpretovala slova specialistky na klinickou výživu M. Navrátilové z Psychiatrické kliniky FN-Brno Bohunice: „Za deset let jsem se snad nesečkala s případem, že by pacient s vážnou formou anorexie přišel sám od sebe na kliniku, jako tomu bývá u jiných onemocnění. Převážně jsou sem přivedeni příbuznými či poslání lékařem". Pro zmíněný fakt je nutné pečovat o takového klienta s maximální obezřetností (33, 5).

Při onemocnění mentální anorexií seřává včasná realimentace nezbytný krok k uzdravení a předejití vážným následkům této poruchy. Neexistuje však univerzální postup, záleží vždy na tom, v jakém zdravotním a nutričním stavu se klient nachází. Ze zhodnocení stavu klienta se dále odvíjí způsob nutriční podpory. Extrémně vyhublé osoby by měly být realimentovány vždy pod dohledem lékaře (5).

8 Zkušenosti pacientek, jejich názory a myšlenky

Tato kapitola čerpá z internetových zdrojů (tzv. Internetové pro-ana komunity), které píší samy dívky v blozích, nejedná se o odbornou literaturu.)

Dívky postižené mentální anorexií se velmi často sdružují v internetových fórech, anebo prostřednictvím internetových blogů pod názvem “pro-ana”, neboli “pro-anorexia”.

Na těchto blozích si obvykle navzájem sdělují své pokroky, co se týče úbytku na váze, a předhánějí se v rafinovaných metodách týkajících se drastických diet a skrývání své poruchy před blízkým okolím. Ve většině těchto případů pak porucha spadá i do bulimie.

Nejčastěji užívaným mottem “pro-ana” blogů je: “Anorexie není forma diety, ale životní styl/cesta.” Anorektičky také mají svoji vlastní, uměle vytvořenou, modlu Anu (Anorexii), svůj největší vzor a oporu. Pro tato internetová fóra byl dokonce sestaven i dopis směřovaný dívkám, jehož autorkou má být právě Ana. V úvodu dopisu Ana představuje samu sebe jako Anorexii Nervosu: “Dovol mi představit se. Jmenuji se, nebo jak mě nazývají lékaři a jiní, Anorexia. Moje celé jméno zní Anorexia Nervosa, ale můžeš mi říkat Ana. Myslím, že se můžeme stát dobrými partnery. V blízké budoucnosti do tebe budu investovat hodně svého času a totéž očekávám od tebe”. Následuje popis cesty anorektiček od začátku, přes malé podvody při nedodržování přísné, Anou stanovené, diety, až ke konci, kdy jsou dívky hospitalizovány a bojují o svůj vlastní život. Ana se s nimi loučí těmito slovy: “Mám i svou slabou stránku, ale tu nesmíme nikomu říct. Pokud se rozhodneš proti mně bojovat, dostat se k někomu a říct mu, jak tě nutím žít, všechno se zničí. Nikdo to nesmí zjistit, nikdo nemůže rozbít ten krunýř, kterým jsem tě pokryla. Já jsem tě stvořila, tuhle hubenou, dokonalou dívku. Jsi moje, jenom moje. Beze mě nejsi nic. Tak se nesnaž mi vzdorovat. Když o tobě jiní mluví, ignoruj je. Zapomeň na ně, zapomeň na všechno, co se tě snaží ode mě oddělit. Jsem tvá kladná stránka a míním to nechat tak, jak to je. Upřímně, Ana.”

Mezi další části pro-ana blogů patří i rubriky s takzvaným “thinspem” nebo “thinspirací” (z anglického thinspiration, což se dá volně přeložit jako štíhlá inspirace), skládající se z článků s fotografiemi nejčastěji modelek a celebrit, vychrtlých real-girls

(dívek, jejichž fotky většinou nalézají na sociálních sítích, jako jsou například Facebook, Twitter, Tumblr, a tak dále), anebo z takzvaných “before/after”, neboli “před/po” fotek, které jim dodávají odvahu a sílu “neopustit dlouhou cestu za zdárným cílem”, ačkoli mnohdy jde o koláže dvou viditelně naprosto odlišných dívek (62).

V těchto komunitách jde většinou o dívky, které jsou, nebo někdy byly šikanovány narážkami na svůj vzhled, jde ovšem o velmi kreativní typy dívek. Svě modle například v odpovědi na její dopis píše básně, vcelku ovšem normální společností nepřijatelného charakteru:

Přísaha

Ve stínu poledne dívám se zticha,
v odraz svůj v zrcadle,
na svá dvě břicha.

Špeky a kotníky, všude jsou vady,
faldu a rosoly,
a snad i dvě brady.

Na bocích plazí se mohutné špeky,
jídlo mým vládcem je
už celé roky.

Slza mi ukápne, dívám se v strop,
"Pane, já přísahám,
jídlu už stop!" (62)

Podle teorií studií amerického internetového deníku USA Today, která se věnuje především právě předmětů vzniklých pro-ana komunit a fór, existuje v těchto skupinách procento naprosto dokonale zapadajících dívek, které ovšem mentální anorexií netrpí a nejspíš ani nikdy nebudou. Článek vznikl na rozhovoru s Dr. Richardem Kreipem,

ředitelem Zotavovacího centra pro pacienty trpící poruchami příjmu potravy v newyorském Rochestru. Dr. Kreipe zde uvádí, že se mnoho náctiletých dětí domnívá, že onemocnění mentální anorexií a následným extrémním úbytkem na váze dosáhnou tak těžce dosažitelné popularity mezi svými vrstevníky. A tak vznikla skupina “Wannarexic girls”, ve volném překladu “dívky toužící po anorexií”, jež je spíše kulturním fenoménem vzniklým nátlakem vlivu médií a dnešní kultury a nemá svou přesnou diagnózu. Mnoho dívek, co o sobě tedy tvrdí, že rozhodně trpí mentální anorexií, protože chtějí být vychrtlé jako modelky, které jim jsou médií denně vystavovány na odiv, rozhodně touto poruchou netrpí. Naopak dívky s diagnózou mentální anorexie jsou skupinou Wannarexia, podle Dr. Kreipea, velmi frustrované.

Je tedy jen minimum blogů vedených dívkami, které skutečně touto poruchou trpí, naopak drtivá většina jich vlastní právě Wannarexia (3).

USA přišly s touto teorií jako první, v České republice se zatím mnoho zmínek o Wannarexií nevyskytuje.

Další zvláštností určitě je odlišná péče o děti trpící mentální anorexií v USA. Ačkoli téměř v celé Evropě, i v USA, je vcelku běžné narazit na letní tábory pro děti i adolescenty, s nadváhou, je téměř nemožné narazit na typický tábor věnující se poruchám příjmu potravy. V USA sice také, kromě různých terapeutických center nenajdete “summer-camps” přímo pro anorektiky, v každém případě zdravotní personál každého tábora čítá minimálně jednoho odborníka na poruchy příjmu potravy, který by v případě nutnosti dokázal s dítětem správně pracovat. Tito pracovníci se ovšem snaží zapojit do organizace táborů i důležité prvky, které by měly být preventivními pro objevení se takovéto poruchy u dětí.

9 Závěr

Mentální anorexie je velmi závažným problémem, kterému je nutno věnovat náležitou pozornost. S rychlostí, jakou dnes svět nabývá pokroku, se zdá, že všeho lze dosáhnout téměř hned, a tak se nejvíce dívky toužící po extrémně štíhlé postavě stávají oběťmi této poruchy, aniž by tušily, že je jejich drastické metody, jak svého „cíle“ dosáhnout co nejrychleji, vedou stále častěji k tomu nejhoršímu – smrti, ovšem pokud zavčas nezasáhne jejich okolí a není jim poskytnuta lékařská péče a dohled, anebo se samy nerozhodnou vyhledat pomoc, což se stále ještě stává až příliš vzácně.

I když se o tomto onemocnění píše řada knih, stále je tato nemoc ne úplně probádaná a často i nepochopitelná. Je nutno si uvědomit, že tato nemoc nepostihuje pouze postiženého jedince, ale celou jeho rodinu i okolí. A proto je tato práce zaměřená právě na pacienty v dětském věku, neboť jejich velká fantazie je v tomto případě velmi nebezpečná. A právě ošetrovatelská péče je velmi náročná a její správnost je důležitá.

Cílem této práce bylo zmapovat českou i zahraniční literaturu pro ucelení specifick ošetrovatelské péče u dětí s mentální anorexií. Snahou bylo zaznamenat odlišnosti a shody mezi různými autory a dát do souvislostí danou problematiku. V této práci je shrnuta literatura velice rozmanitých charakterů. Jsou zde zmapované především knihy, dále pak internetové zdroje, výsledky konferencí, různé brožury, televizní pořady, videa, výukové a naučné programy pro děti s mentální anorexií i pro jejich okolí. Jsou zde srovnávány laické i profesionální publikace a názory.

V začátku práce byla popsána charakteristika mentální anorexie, v další pak léčba, prevence a ošetrovatelská péče. A poslední kapitola je zaměřená na samotné postižené, které si na internetu předávají zkušenosti, rady a nápady.

Práce zároveň celou dobu poukazuje na závažnost a nebezpečnost tohoto onemocnění, a to především v dětském věku.

Sama jsem na začátku psaní nevěděla, jak moc je tato nemoc závažná a zákeřná. Je to spíše posedlost, než onemocnění. Jsem ráda, že jsem zvolila zrovna toto téma, protože díky tomu jsem pronikla do problematiky mentální anorexie hlouběji. Trochu jsem doufala v originalitu autorů, ale byla jsem zklamaná, neboť většina z nich

přepracovává již napsané texty, proto se často v práci u určitého tématu neliší informace, i když zdrojů je plno, avšak někdy se liší spíše od reality.

Využitím pro praxi bude článek zasláný do odborného periodika pro sestry.

10 Seznam zdrojů

1. *Anorexie* [televizní pořad]. Karel Snop. Česká republika, 2011. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10318730018-polosero-anorexie/21156222200-0004-anorexie/video/>
2. ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Překlad Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2003, xxii, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.
3. BAUMAN, V. 'Wannarexic' girls yearn for eating disorders. In: *USA TODAY* [online]. Copyright, 2007, 2013 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2007-08-04-wannarexic_N.htm
4. BEDNÁŘOVÁ, L. *Primární prevence poruch příjmu potravy*. Brno, 2010. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/79251/pedf_m_b1/Diplomova_prace.txt. Diplomová práce. Masarykova universita. Vedoucí práce MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.
5. BENEŠOVÁ, D. a L. MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003, 31 s. Diety pro nejčastější choroby. ISBN 80-860-1591-2.
6. BENSONOVÁ, S. *The body, health and eating disorders*. In Woodward, K. (Ed.), *Identity and difference*. London: Sage publications, 1997.
7. COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.
8. Consultant editor, Philip Evans. *The family medical reference book*. London: Black Cat, 1993. ISBN 03-169-0763-4., s.65-66
9. ČEŠKOVÁ, E., NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychologii*. Maxdorf s.r.o., 2000. 270s. ISBN 80-85912-33-3
10. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha 10: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.

11. DUFEK, J. *Katatymně imaginativní psychoterapie v léčbě poruch příjmu potravy. Zdravotnické noviny: ZDN. 2003, s. 3. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/katatymne-imaginativni-psychoterapie-v-lecbe-poruch-prijmu-potra-151728>*
12. EVANS, Philip. *The family medical reference*. London: Little, Brown, 2002. ISBN 03-168-5898-6.
13. FAIRBURN, C. G., HARRISON, P. J. *Eating disorders*. Lancet 2003; 361: 407–416.
14. FIALOVÁ, L. *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 92 s., [6] s. obr. příl. ISBN 80-247-1350-0.
15. FIRST, M. B., A. FRANCES a H. A. PINCUS. *DSM-IV-TR handbook of differential diagnosis*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, c2002, xv, 247 p. ISBN 15-856-2054-8.
16. GROGAN, S. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Překlad Jana Krchová. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9907-1.
17. HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 356 s., 16 s. obr. příl. ISBN 80-247-0233-9.
18. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
19. HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 492 s. ISBN 80-717-8472-9.
20. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Jinočany: H, 1996. ISBN 80-857-8796-2.
21. HOUSE, A. E. *DSM-IV diagnosis in the schools*. Updated. New York: Guilford Press, c2002, ix, 237 p. ISBN 15-723-0759-5.
22. INDRÁKOVÁ, M. a T. HANYÁŠOVÁ. *Mentální anorexie na základních školách „Je pro učitele stále tabu?“*. [online]. s. 16 [cit. 2013-07-27]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/files/Anorexie.pdf>

23. Interní medicína pro praxi: Poruchy příjmu potravy. [online]. Olomouc: Solen, 2002 [cit. 2013-05-11]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200211-0007.php?>
24. KEYS A. B., BROZEK J., HENSCHER at. al. *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press, 1950. ISBN 978-0816600601.
25. KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, c1997, 156 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 80-858-2451-5.
26. KRCH, F. D. a I. MÁLKOVÁ. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2001, 236 s. ISBN 80-717-8521-0.
27. KRCH, F. D. a I. RICHTEROVÁ. *Chci ještě trochu zhubnout*. Vyd. 1. Praha: Motto, 1998, 96 s. Populárně psychologická řada. ISBN 80-858-7286-2.
28. KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-717-8598-9.
29. KRCH, F. D. *Mentální anorexie: interdisciplinární přístup*. 2., přeprac. vyd. Editor Hana Papežová. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.
30. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4708-409.
31. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
32. MAHROVÁ, G. a M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
33. MALÁ, H. *Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii*. Brno, 2009. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214761/lf_b/Bc_prace.txt. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Andrea Pokorná.
34. MALONEY, M. a R. KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6248-0.
35. MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

36. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize. 2. vyd. aktualizované. Praha: Bomton Agency, 2008. XXX s. ISBN 978-80-904259-0-3.
37. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1.* aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
38. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče: Lékařské diagnózy.* [online]. [cit. 2013-05-30]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=65>
39. MUŽÍK V. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole: příručka pro učitele.* Brno: Paido, 2007. ISBN 80-731-5156-1.
40. NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti.* Praha: Maxdorf, 2000, 270 s., [12] s. obr. příl. ISBN 80-859-1233-3.
41. NEVŠÍMALOVÁ, A. *Kondice: Anorexie: Léčí se i pětileté děti.* [online]. [cit. 2013-07-30]. Dostupné z: <http://www.kondice.cz/2012/01/anorexie-leci-se-i-petilete-deti/>
42. NEWSHOLME, E a A LEECH. *Functional biochemistry in health and disease.* Hoboken, N.J.: Wiley-Blackwell, 2009, xvi, 543 p. ISBN 04-719-3165-9.
43. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy.* Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-807-2046-577.
44. PAPEŽOVÁ, H. Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, 4., [cit. 2010-09-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200104-0009.php>>.
45. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 80-851-2132-8.
46. PAPEŽOVÁ, H. *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2012-03-13] <https://el.lf1.cuni.cz/p51755144>

47. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-802-4729-596.
48. PETROVICKÝ, O. *Různé definice mentální anorexie: anorexie mentální*. [online]. s. 1 [cit. 2013-07-27]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/89-rzne-definice-mentalni-anorexie>
49. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
50. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 1. vyd. Editor František David Kreh. Praha: Grada, 1999, 238 s. ISBN 80-716-9627-7.
51. PRAŠKO, J., P. MOŽNÝ a M. ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 1063 s. ISBN 978-807-2548-651.
52. *Promediamotion s.r.o.*, 2010, roč. 5, č. 2. ISSN 1801-1349.
53. RIEDLOVÁ, A. *Občanské sdružení Anabell (poruchy příjmu potravy)* [online]. 2008 [cit. 2013-06-01].
54. RUSSELL, J. a S. BYRNES. Nutritional Management. In: *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. Hoek HW, Treasure JL and Katzman MA, 1998, p. 431–455.
55. RYLE, A. a I. B. KERR. *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice*. New York: John Wiley, c2002, xviii, 265 p. ISBN 04-718-9273-4.
56. SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy „Manuál pro rodiče“*. Zdravotní ústav se sídlem v Brně, 2007
57. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.
58. *Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy* [online]. Copyright ©, 2013 [cit. 2013-06-12]. Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/uvod>
59. SWAIN, P. I. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: new research*. New York: Nova Science, c2006, xi, 219 p. ISBN 15-945-4394-1.
60. ŠKRLA P. a M. ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-168.

61. ŠMÝDOVÁ, J. Celostnimedica.cz: *Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní, alternativní medicíny*. [online]. Vivantis a.s., 2004 [cit. 2013-07-13]. Dostupné z: <http://www.celostnimedica.cz/anorexie-priciny.htm>
62. *To be thin*. In: [online]. [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <http://illdie.blog.cz/>
63. TOMANOVÁ, J. *Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy*. [online]. Copyright © 2012 [cit. 2013-07-13]. Dostupné z: <http://www.asociaceppp.eu/>
64. VAŠKOVÁ, V. *Arteterapie při anorexii a bulimii*. In: Občanské sdružení Anabell [online]. 1. vyd. Motole [cit. 2013-01-12]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/12-terapie-a-leba-poruch-pijmu-potravy/139-arteterapie-pi-anorexii-a-bulimii>
65. *Víš co jíš: Mentální anorexie*. [online]. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=21:3&catid=6
66. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 518 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7345-123-3.
67. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-802-4722-405.
68. VZP podporuje primární prevenci u poruch příjmu potravy. *Florence: Časopis moderního ošetřovatelství*. 2010, roč. 1, č. 10, s. 1. DOI: 1801464x.
69. ZUNOVÁ, P. Ergoterapie u poruch příjmu potravy. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 3. ISSN 1210-0404.