

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Téma diplomové práce:

Vliv sociální skupiny vrstevníků a rodiny na vznik a
rozvoj mentální anorexie u dívek ve věku 15 – 18
let

Diplomová práce

Autor diplomové práce: Tereza Novotná

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Helena Havlisová Ph.D.

2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vliv sociální skupiny vrstevníků a rodiny na vznik a rozvoj mentální anorexie u dívek ve věku 15 – 18 let“ vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlášení:

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

V Českých Budějovicích 15. 4. 2008

.....
PODPIS

Poděkování:

Děkuji vedoucí diplomové práce PaedDr. Heleně Havlisové Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky k diplomové práci. Dále děkuji studentkám, které se podílely na vyplňování dotazníků, dále učitelům a vedení příslušných škol, kteří mi umožnili provedení výzkumu.

Zvláštní poděkování bych pak chtěla vyjádřit paní PhDr. Ivaně Štrosové, a to rovněž za odborné vedení práce, ale především pak za terapeutický dohled, který mi poskytla v době mé hospitalizace, rekonvalescence a ambulantní léčby na Dětské klinice Nemocnice České Budějovice.

OBSAH

Úvod.....	7
I. Současný stav.....	7
1. 1. Vymezení poruch příjmu potravy.....	7
1. 2. Základní charakteristiky.....	7
1. 2. 1. Definice Mentální anorexie.....	7
1. 2. 1. 1. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50, 0)	8
1. 2. 1. 2. Diagnostická kritéria podle DSM-IV.....	8
1. 2. 2. Definice mentální bulimie.....	10
1. 2. 2. 1. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50, 2).....	10
1. 2. 2. 2. Diagnostická kritéria podle DSM-IV.....	11
1. 2. 3. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy.....	12
1. 3. Průběh a prognóza poruch příjmu potravy.....	15
1. 4. Epidemiologie poruch příjmu potravy.....	17
1. 4. 1. Prevalence rizikových postojů a chování.....	18
1. 4. 1. 1. Držení diet.....	18
1. 4. 1. 2. Negativní vnímání vlastního tělesného schématu.....	19
1. 5. Etiologie a komorbidita.....	19
1. 5. 1. Kulturní a sociální faktory.....	20
1. 5. 2. Životní události.....	21
1. 5. 3. Rodinné faktory.....	22
1. 5. 4. Emocionální faktory.....	23
1. 5. 5. Osobnostní faktory.....	24
1. 6. Zdravotní komplikace mentální anorexie a její léčba.....	26
1. 6. 1. Kardiovaskulární komplikace.....	26
1. 6. 2. Renální komplikace.....	26
1. 6. 3. Kosterní komplikace.....	27
1. 6. 4. Endokrinní komplikace.....	27
1. 6. 5. Hematologické komplikace.....	28
1. 6. 6. Neurologické komplikace.....	28
1. 6. 7. Metabolické komplikace.....	28
1. 6. 8. Dermatologické komplikace.....	28
1. 7. Mortalita a morbidita u pacientek s mentální anorexií.....	29

1. 8. Poruchy příjmu potravy v mladším a starším školním věku.....	30
1. 8. 1. Diagnóza a definice.....	30
1. 8. 2. Vývoj vztahu k tělesným rozměrům u předškolních dětí.....	32
1. 8. 3. Somatické aspekty.....	33
1. 8. 4. Terapie.....	34
1. 8. 4. 1. Hospitalizace.....	34
1. 8. 4. 2. Cílová tělesná hmotnost.....	34
1. 8. 4. 3. Medikace.....	35
1. 8. 4. 4. Školní vzdělání.....	35
1. 8. 5. Prevence.....	35
1. 9. Léčba poruch příjmu potravy.....	36
1. 9. 1. Rodinná terapie.....	36
1. 9. 1. 1. Vícerozinná terapie.....	37
1. 9. 2. Terapie zaměřená na tělo.....	39
1. 9. 2. 1. Terapeutické cíle.....	39
1. 9. 3. Skupinová psychoterapie.....	40
1. 9. 3. 1. Skupinová psychoterapie pro rodinné příslušníky a pro přátele.....	42
1. 9. 4. Terapie mentální anorexie v oblasti výživy.....	42
1. 9. 5. Standardy léčby poruch příjmu potravy v České republice.....	44
2. Cíl práce a hypotézy.....	46
2. 1. Cíl práce.....	46
2. 2. Hypotézy.....	46
3. Metodika.....	47
3. 1. Způsob řešení problému.....	47
3. 2. Vymezení souboru.....	47
3. 3. Faktory ovlivňující výběr souboru.....	47
4. Výsledky a jejich interpretace.....	48
5. Shrnutí výsledků celého souboru.....	85
5. 1. Závěr praktické části.....	89
6. Závěr.....	90
7. Seznam použitých zdrojů.....	92
8. Klíčová slova.....	96
9. Přílohy.....	97

Úvod

1. Současný stav

1.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) v souladu s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem „poruchy příjmu potravy“ (PPP) dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Kritéria stanovená v DSM-IV nebo starším DSM-III-R jsou běžně užívána ve výzkumu a v publikační činnosti, MKN-10 je naopak standardem v klinické praxi (12.)

Jednotlivé příznaky mentální anorexie a bulimie se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole hmotnosti. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnována vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Některé příznaky těchto poruch (jako např. zvýšený zájem věnovaný jídlu, podrážděnost, uzavřenost nebo nutkání přejít se) mohou být důsledkem redukčních diet a hladovění.

U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost. Asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se však časem rozvine v mentální bulimii s normální tělesnou hmotností (12).

1.2 Základní charakteristiky

1.2.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, přičemž nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Proto může být termín „anorexie“ v mnoha případech zavádějící. U některých pacientů je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou, popř. změněnou chutí, např. na sladké. Jde pravděpodobně o změněnou adaptační reakci organismu, stejně jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičti

pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechťejí, ačkoli to mnohdy popírají. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím i tloušťce.

1. 2. 1. 1 *Diagnostická kritéria podle MKN- 10 (F 50, 0):*

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům s údajně vyšší nethetickou hodnotou a také tím, e užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyvolané vracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrná fyzická zátěž
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako nutkavá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého prahu své tělesné hmotnosti (optimální nebo cílové),
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Může se rovněž vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou její projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie). Po vyléčení dochází často ke standardnímu prodělání puberty, avšak menarche je opožděna.

1. 2. 1. 2 *Diagnostická kritéria podle DSM-IV*

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň danou věkovou skupinu a výšku (např. hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je nora odpovídající výšce a věku).
- B. Intenzivní obava (strach) z přírůstku tělesn hmotnosti a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

- C. Narušené vnímání vlastního tělesného schématu (hmotnosti i tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří a sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (pod pojmem amenorea je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při užívání hormonů).

Specifické typy:

- Nebulimický (restriktivní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- Bulimický (purgativní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Kritéria užitá v DSM-IV Americké psychiatrické asociace i v desáté verzi MKN lze shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (v MKN-10 je toto kritérium rozděleno do kritéria A a B);
2. strach z obezity trvající i přes velmi zřetelnou podváhu;
3. amenorea u žen

Obě diagnostické příručky již předpokládají možnost substituční hormonální terapie. Tzn., že v případě, kdy pacientka menstruuje a užívá hormonální antikoncepci, nemusí být kritérium amenorey naplněno. Pokud jde o úbytek tělesné hmotnosti, někteří autoři navrhovali, aby kritériem jejího chorobného snížení byl pokles o více než 25 % původní hmotnosti, nebo aby se diferencovalo mezi lehčími (pokles o 15 až 25 %) a těžšími (pokles o více než 25 %) případy. Se strachem z obezity úzce souvisí narušené vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Strach a diferenciací vnímání způsobují, že předmět strachu (obezita, tělesné proporce, pohyb hmotnosti apod.) e v různých podobách přeceňuje a že to, co není v souladu s přesvědčením pacienta a jeho očekáváním, je naopak podceňováno (vyhublost, nepřiměřené chování). Velmi důležitým kritériem je narušené vnímání tělesné hmotnosti a proporcí, a proto je třeba zabývat se jeho behaviorální a kognitivní stránkou: jak pacienti hodnotí změny svého těla, velikost a skladbu jídla a zejména jaké je jejich jídelní a pohybové chování.

Za přednost DSM-IV lze považovat rozlišení restriktivního a bulimického specifického typu mentální anorexie. U anorektiček bulimického (purgativního) typu se obvykle lze setkat s mnohem širší obecnou psychopatologií od poruch nálady až po závislost na alkoholu a někdy i s odlišnou osobnostní strukturou. S tím souvisí i komplikovanější a dlouhodobější průběh poruchy, častější relapsy a menší odezva na terapii. Podle většiny studií se u anorektiček bulimického typu častěji vyskytuje drogová závislost, suicidia, sebedestrukce a emoční labilita. Přestože mají některé osobnostní rysy podobné normálně vážícím bulimičkám, vyžadují tyto pacientky především odlišnou terapii a častěji je u nich nutná hospitalizace. Rozlišení různých specifických typů poruch příjmu potravy je obvykle motivováno snahou vymezit homogennější skupiny pacientů, u kterých bylo možné aplikovat určitý typ terapie.

Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Úbytek tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorovitých onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy, jejichž klinickým důsledkem bývají návaly horka a pocení, obezita a hypertenze, nebo endokrinopatie (onemocnění a poruchy žláz s vnitřní sekrecí) a depresivních poruch. S anorektickými rysy se lze setkat i u některých toxikomanů, kteří obvykle trpí nechutenstvím, jsou vyhublí a které jejich navíc jejich vyhublost může uspokojovat.

1. 2. 2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání doprovázenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.

Pro vymezení mentální bulimie navrhl anglický psychiatr G.Russell v roce 1979 tři základní kritéria:

silná a nepotlačitelná touha se přejídat;

snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním nadměrným užíváním purgativ či obojím;

chorobný strach z tloušťky

1. 2. 2. 1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50,2)

- A. Opakované epizody přejídání (min dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém časovém horizontu konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, nutkavá touha po jídle.
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedením nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, užívání projímadel, léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, střídající se období hladovění.
- D. Pocit nadměrné obezity spojený s nutkavou obavou z tloustnutí. Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

1. 2. 2. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A. opakující se epizody záchvatovitého přejídání (binge eating), kterou charakterizuje:
 1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku, než by většina lidí byla schopna sníst ve stejné době
 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody.
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zamezit nárůst tělesné hmotnosti, např. vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik apod.
- C. Min dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně alespoň během tří měsíců
- D. Porucha se nutně nevykytuje jen během epizod mentální anorexie.

Specifické typy:

- Purgativní typ. Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
- Nepurgativní typ. Používá striktní diety, hladovění nebo intenzivní fyzickou námahu, nikoli však pravidelné purgativní metody.

Ke stanovení diagnózy mentální bulimie je nutná přítomnost tří determinujících znaků. Prvním z nich jsou opakující se záchvaty přejídání, přičemž významnější roli hraje fakt, aby pacient vnímal přejídání jako záchvatovité nebo neovladatelné, pocit ztráty kontroly nad jídlem, než-li zkonsumované množství. Druhým znakem je opakující se nepřiměřená či extrémní kontrola tělesné hmotnosti a poslední znak je vymezen přítomností charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a hmotnost. Jestliže pacient splňuje kritéria pro mentální anorexii, má přednost právě diagnóza mentální anorexie. Na rozdíl od mentální anorexie se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti a trvalá amenorea. Pro stanovení diagnózy je opět potřeba vyloučit primární poruchu horního

gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Úkolem gastrointestinálního traktu je zajistit tělu dostatečné zásobování vodou a živinami, příjem potravy a odstraňování nestravitelných odpadních látek, mechanické a chemické zpracování potravy a vstřebání živin (6.). V neurologické literatuře byly popsány čtyři formy přejídání: 1. syndrom Klüverův-Bucyho, pozorovaný u opic po bilaterálním odstranění temporálního laloku, jehož poškození má za následek poruchy sluchu a rovnováhy a zároveň má souvislost s Alzheimerovou nemocí a se ztrátou schopnosti poznávat blízké, prostředí,...; 2. Kleineho-Levinův syndrom, charakterizovaný nadměrnou spavostí (až 18 hodin denně) a přejídáním, objevuje se i několikrát ročně, převážně u adolescentních chlapců a v dospělosti ustupuje; 3. syndrom Praderové-Williho, začínající v dětství a kromě neukojitelné chuti k jídlu a obezity je charakterizován i mentální retardací, hypotonií (zvýšeným svalovým napětím) a hypogenitalismem (zmenšené pohlavní orgány); 4. poškození ventromediálního hypotalamu spojené s hypergafií a obezitou. Laterální hypotalamus a ventromediální hypotalamus představují dva zásadně odlišné způsoby působení na obě části hypotalamu. Poškození laterálního hypotalamu ústí v naprostou absenci hladu, kdy takto postižení jedinci vyhladoví k smrti, pokud nejsou krmeni umělou výživou. Téměř přesný opak tohoto stavu vzniká v důsledku narušené funkce (léze) v oblasti ventromediálního hypotalamu, kdy dochází až k hltavému překrmování velkým množstvím potravy. (17.)

Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlom se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Přejídání se rovněž může vyskytovat též u mánie a oligofrenie. Častá je koincidence bulimie a závislosti na alkoholu. Bulimie, a ještě častěji bulimická forma mentální anorexie, se může vyskytovat společně s hraniční poruchou osobnosti, ačkoli její příznaky mnohdy ustupují, je-li získána kontrola nad příjmem potravy.

1. 2. 3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy se týkají těch pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria, všem u některých z nichž může dojít během let k rozvoji komplexních příznaků poruchy.

MKN-10 nabízí možnost diagnózy atypické mentální anorexie (F 50.1) nebo atypické mentální bulimie (F 50.3). Tyto kategorie by se měly užívat u pacientů, u

nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz **(12.)**.

Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified – EDNOS) jsou diagnostickou kategorií DSM-IV a lze za ně považovat případy, kdy:

- jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie a pacientka má pravidelnou menstruaci;
- došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě;
- jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie, ale k záchvatům přejídání dochází méně často, nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká.

Mezi tyto poruchy patří i případy se všemi znaky poruch příjmu potravy, kde frekvence některých z nich (např. zvracení) neumožňuje diagnostikovat danou poruchu. Pod EDNOS lze zahrnout i „syndrom nočního přejídání“ (NIGHT EATING SYNDROME – NES), což je porucha, při které se pacient během noci probouzí a není schopen usnout, dokud něco nesní. Snědené porce jídla jsou zpravidla značně kalorické a jejich složení nezdravé. Noční jedení se vymyká kontrole pacienta a je doprovázeno psychickými a hormonálními změnami. Jako první tuto poruchu popsal Stunkard již v roce 1955. Přesto její zařazení do diagnostických manuálů činí stále potíže. Na vzniku poruchy spolupůsobí biologické genetické a emoční faktory. Největší význam bývá připisován stresu, buď vědomému či nevědomému. Dochází ke zvýšení hladiny kortizolu a během noci k poklesu melatoninu a leptinu, které mají úzký vztah jak ke spánku tak i k chuti k jídlu. Nemalý význam v etiologii je připisován regulačním mechanismům osy hypotalamus – hypofýza – nadledvinky. Jedení je snahou snížit hladinu kortizonu. Charakteristické pro NES jsou poruchy cirkadiálního rytmu příjmu potravy, kdežto cirkadiální spánkový rytmus zůstává normální. Mezi tzv. cirkadiální rytmy (*cirka* – zhruba, asi; *die* – den), patří rytmus střídání spánku a bdění a mají periodu přibližně 24 hodin. Takových cirkadiálních rytmů existuje v lidském organismu mnoho – kromě spánku a bdění například rytmus vnitřní tělesné teploty, rytmy sekrece některých hormonů a mnohé další. **(23.)**. Přesto není jasné, zda je NES poruchou příjmu potravy nebo poruchou spánku či obou. Mezi další prediponující faktory patří deprese, úzkosti, poruchy meziosobních

vztahů, nuda, dlouhodobá dieta a porucha hodnocení vlastního tělesného schématu.

Co se týče klinického vzhledu a diagnózy, tito lidé:

- nemají, nebo mají jen slabou chuť na snídani
- jedí mnohem více jídla v pozdním odpolední a večer než během dne
- během noci se několikrát probouzejí, nemohou usnout a pokaždé něco snědí
- toto chování přetrvává déle min dva měsíce
- trpí pocity tenze, úzkosti, znechucení a viny během konzumace jídla
- zejména ve večerních a nočních hodinách se mohou objevovat poruchy nálady, vnitřní tenze, úzkosti, nervozity, agitovanosti aj.
- mají potíže s usínáním a se souvislým spánkem, častěji se probouzejí a potom i častěji jedí
- ve stravě preferují uhlovodany: cukrovinky a moučná jídla
- chování nepřipomíná syndrom záchvatovitěho přejídání (binge eating syndrom), při němž dochází ke konzumaci jídla v relativně krátkých intervalech
- jídlo nevyvolává potěšení, ale pocity studu a viny
- záchvaty jsou obvykle utajovány a nebývají nápadné

Podobně jako nemocní trpící mentální anorexií nebo bulimií či nutkavým přejídáním jsou lidé postižení NES nespokojeni se svou hmotností a usilují o její snížení, ačkoli NES nemusí nutně zapříčínovat hmotnostní přírůstek. Podle statistik touto chorobou trpí 1, 5 % populace, přesevším ženy, obézní až v 10 % a masivně obézní až ve 27 %.

Zatímco je symptomatika mentální bulimie a nutkavého přejídání charakterizována nepravidelnými záchvaty konzumace nadměrných dávek jídla, jedí postižení NES menší porce obsahující 270 kalorií, ale častěji je jejich spánek výrazně narušen. Zároveň se NES liší od spánkové poruchy příjmu potravy (sleep related eating disorder – SRED) tím, že pacienti s NES jsou si plně vědomi očního přejídání oproti syndromu spánkového jedlictví (7.)

Mezi další atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy patří již výše vedené záchvatovité přejídání (Binge Eating Disorder, BED), které je definováno podobně jako záchvatovité přejídání u mentální bulimie (kritérium A), pouze je blíže specifikováno:

B. Epizody přejídání jsou spojeny se třemi z následujících charakteristik:

1. člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé;
2. jí, dokud se necítí příjemně plný;
3. jí, aniž by pocítoval hlad;
4. jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho;
5. po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile

C. V souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti

D. K záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců

E. Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním

(3.)

1. 3 Průběh a prognóza poruch příjmu potravy

Přes závažnost zejména anorektických příznaků představují nemocní s poruchami příjmu potravy velmi různorodou s různým průběhem. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13 až 20 let, ovšem výjimečně se vyskytuje už u osmiletých dětí, ale stejně tak může nemoc propuknout po třicátém, příp. po čtyřicátém roce života, ačkoli se jedná především o poruchu dospívání mnohdy je poukazováno na bimodální distribuci s vrcholy ve věku 14 a 18 let. Nástupu průvodních symptomů většinou předchází období stupňujících se diet, které mohou být i z lékařské indikace (např. žloutenka). Obě poruchy se často vyvíjejí pomalu a nenápadně, a vyskytují se na pozadí již miněných diet a nevhodných stravovacích návyků vrstevníků a rodiny.

Mentální anorexie a bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, nebo s velmi dlouhodobým průběhem, či ve formě epizod opakujících se po mnoho let.

Mentální anorexie stále patří mezi nejfatálnější psychické poruchy s úmrtností mezi 2 až 8 %. Ve srovnání s ostatními duševními poruchami je úmrtnost u mentální anorexie v průměru třikrát vyšší (zatímco u mentální bulimie max. 2 %). Nejčastěji uváděnou příčinou úmrtí je vyhublost a sebevražda a v poslední době také alkoholismus. Riziko úmrtí u mentální anorexie vzrůstá v souvislosti s rostoucí psychickou (deprese, alkoholismus) a somatickou (zejména kardiovaskulární poruchy) komorbiditou. Na základě výsledků nejnovějších (více než 100) studií, prováděných v roce 2003 M. Fischerem, se přibližně 50 % všech

nemocných uzdraví, 30 % se zlepší, ovšem některé příznaky přetrvávají, a u 20 % lze pozorovat přetrvávání nebo ještě prohloubení příznaků. Normální tělesnou hmotnost získá v průměru 50 % mentálních anorektiček a 70 až 90 % z nich začne menstruovat.

Poruchy příjmu potravy mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobém průběhu získávají určitou adaptační funkci, přičemž je nemoc samotná posléze doprovázena neurotickou či afektivní poruchou, závislostí na psychoaktivních látkách a obsedantně kompulzivní poruchou.

Obecně je průběh mentální bulimie ve srovnání s anorexií dlouhodobě příznivější a většina pacientů se vyléčí. Protipól pak představují dlouhodobě nemocní, kteří tvoří specifickou podskupinu pacientů která vyžaduje i specifickou terapii a přístup. O chronicitě se u poruch příjmu potravy většinou hovoří po 10 až 15 letech trvání poruchy.

Faktory, které mohou mít vliv na další průběh a prognózu poruch příjmu potravy jsou následující:

1. demografické faktory (počátek onemocnění, pohlaví, sociální postavení, chronicita, manželství);
2. klinické příznaky (zvracení a užívání laxativ, nízká tělesná hmotnost, obezita v anamnéze, stresující faktory a výsledky ve škole);
3. psychologické faktory

Za pozitivní prediktor byl považován časný začátek poruchy, krátká doba trvání poruchy, dobrá pověst v prakticky orientované profesi spojené s nějakou dovedností a hysterické osobnostní rysy. Za špatný prediktor byla považována deprese, mužské pohlaví, manželství (vdané pacientky byly hodnoceny jako více náchylné ke změně), zvracení nebo příslušnost k nízké společenské vrstvě.

Špatná prognóza může být předznamenána pěti významnými prognostickými faktory:

- dlouhé trvání nemoci,
- nízká minimální tělesná hmotnost,
- premorbidní osobnost,
- narušen vztahy s rodinou,
- předcházející léčba. **(1.)**

Výše uvedené faktory lze ještě doplnit o nedostatek pozitivního programu (invalidní důchod), nízký intelekt, závislost na alkoholu, suicidní jednání a

deprese v anamnéze, dále pak nízká tělesná hmotnost, diagnóza mentální anorexie a dlouhodobé trvání poruchy. Výše uvedené indikátory jsou však relativní a na základě žádného z nich nelze spolehlivě předvídat další vývoj poruchy.

1. 4. Epidemiologie poruch příjmu potravy

Epidemiologický výzkum se snaží zjistit, jaká je prevalence a incidence určité poruchy nebo nemoci a jaké mohou být její determinanty. Zatímco prevalence (aktuální rozšíření poruchy) vypovídá spíše o zastoupení poruchy u různých populačních skupin, resp. o vztahu poruchy a některých deskriptivních kritérií (pohlaví, socioekonomický status aj.), je incidence (počet nových případů za určité období) spíše longitudinálním ukazatelem. **(12).**

Informace o výskytu poruch příjmu potravy lze získat ze dvou zdrojů, a to ze statistické evidence osob, které se pro tuto diagnózu léčily v lůžkových zařízeních, nebo byly pro tyto obtíže v pracovní neschopnosti, nebo z populačních studií, které zachycují výskyt potíží u určité skupiny obyvatel a jsou zaměřeny spíše na symptomy než na diagnózy. Protože navíc studují specifickou populaci, jsou obtížně přenosné na celou populaci. Oba zdroje dat přispívají k pochopení sociálního kontextu tohoto problému. **(4).** Zahraniční studie v západní Evropě a USA odhadují výskyt mentální anorexie na 0,3 %, mentální bulimie okolo 1 % v populaci mladých žen, přičemž částečně splňuje kritéria bulimie více než 5 %. U mužů je zjištěna prevalence poruch příjmu potravy přibližně desetkrát nižší než u žen. V České republice provedl rozsáhlou studii adolescentů Krch, podle níž z téměř tisíce osob splnilo všechna kritéria pro diagnózu mentální bulimie 5,7 % dívek a žádný chlapec; úplná kritéria pro mentální anorexii byla jistěna u jedné dívky (0,14 %). **(13.)** Šetření duševního zdraví reprezentativního výběru obyvatel České republiky **(5.)** zjistilo pouze 0,1 % výskytu mentální anorexie, což ukazuje na nerovnoměrnost rozložení tohoto problému v populaci.

Počet hospitalizovaných pro poruchy příjmu potravy výrazně vzrostl po roce 1993 a od té doby kolísá (údaje z r. 2003 se pohybují na úrovni roku 1996). Počet hospitalizovaných mužů dosahuje průměru 8 % z celkového počtu a v letech 1981 – 2003 se pohyboval od 5 – 13 %. Co se týká diagnostického složení, za

posledních deset let je patrné snížení podílu mentální anorexie (z téměř 67 % v r. 1993 na 60 % v r. 2003), víceméně stabilní podíl mentální anorexie (19 % v r.

1994; 25 % v r. 2003) a jen mírně kolísající výskyt jiných, smíšených typů poruchy (15 % v r. 1994, 15 % v r. 2003). Průměrná ošetrovací doba se od počátku 80. let zkracuje a od roku 1993 se pohybuje v rozmezí 25 – 30 dní. Průměrný věk hospitalizovaných osob se pohybuje okolo 20 let a za dobu sledování se nemění. Téměř polovina nemocných (44 %) byla podle údajů za r. 2003 hospitalizována na psychiatrických odděleních nemocnic, třetina na pediatrických, 11 % na interních odděleních a 13 % v psychiatrické léčebně (4.).

1. 4. 1 Prevalence rizikových postojů a chování

Abnormální pozornost věnovaná vlastní postavě a tělesné hmotnosti, nadměrný strach z obezity, přísné redukční diety a hladovky jsou nejen příznaky poruch příjmu potravy, ale zároveň i psychické faktory, které přispívají k jejich rozvoji a udržení (12.).

1. 4. 1. 1 Držení diet

Jedno z hlavních rizik v této oblasti představuje podcenění diet vzhledem k tomu, že mnoho mladých žen zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim.(14.). V průběhu dospívání přibývá pokusů snížit tělesnou hmotnost za pomoci omezování se v jídle a v 18 letech má s nimi zkušenost většina dívek. V průměru 30 % diet přechází v to, co bývá mnohdy označováno jako patologická dieta. U 20 až 30 % těchto případů se později rozvine úplný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy. Jelikož jsou redukční diety většinou dlouhodobě neúčinné, bývají doprovázeny střídáním rigidního restriktivního nekontrolovatelného jídelního chování a naopak vedou k přejídání, bývá mnohdy jejich účinnost posilována dalšími purgativními metodami. Hlavní příjem potravy bývá ve večerních hodinách, přičemž se závislostní komponenta týká zejména sladkostí, pečiva a mléčných výrobků. Dodržování redukčních diet je zároveň i sociálním a kulturním faktorem, který posiluje další rizikové faktory (nízké sebevědomí, deprese, postoje rodičů a vrstevníků apod.). Na základě studií byly více než dvě třetiny pacientek negativně ovlivněny dietními praktikami svých matek, 45 % dotazovaných dívek přiměl k omezování se v jídle vliv redukční diety, kterou

drželi jejich přátelé nebo častěji držely dietu dívky, jejichž matky byly v menopauze (současně byly tyto matky silnější a samy častěji držely dietu).

Otázka redukčních diet přitom představuje především problém regulace tělesné hmotnosti a možných individuálních rozdílů.

1. 4. 1. 2 Negativní vnímání vlastního tělesného schématu

Narušení vnímání vlastního těla (tzv. deviace či distorze body image) je častým symptomem u poruch příjmu potravy a patří k diagnostickým kritériím. Zlepšení tohoto symptomu je považováno za prognostický faktor. Ovšem fakt, že někteří lidé nevnímají své tělo odpovídajícím způsobem, není samo o sobě známkou choroby, neboť většina dospívajících dívek není se svým tělem spokojená a usiluje o zeštíhlení, přičemž jen u cca 1 % dívek se rozvine anorexie a zhruba u stejného počtu bulimie. Podle několika studií nemocná dívka své tělo zveličuje (nadhodnocuje), ačkoli nechybuje v odhadu velikosti neutrálního objektu. Změněné hodnocení velikosti těla souvisí zřejmě s tím, že má vůbec o sobě samé negativní mínění, nepřijímá se, má negativní self. Negativní představy v průběhu dospívání fixuje a vytváří tak často neměnná nebo těžko ovlivnitelná schémata o sobě a o svém těle (tzv. dysfunkční kognice). Existují různé způsoby měření poruchy body image. V klinické praxi jsou používány jak starší, klasické metody měření, např. měření odhadu reálné velikosti těla pomocí grafického vyjádření, eventuálně videotechnické postupy nebo moderní počítačová měření. Umožní zachytit a verifikovat rozdíl mezi představou a reálnou skutečností, což může být počátkem cílené psychoterapie (body image terapie). **(24.)**

1. 5 Etiologie a komorbidita

Možná etiologie poruch příjmu potravy bere v potaz mnoho různých etologických, výkladových modelů a hypotéz, každá z nich má ale své omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruchy. Kontrolované studie sice nepotvrdily obecnou platnost žádného z jednoduchých etiologických modelů, ale spíše výskyt určitého jevu příznačnou pro danou populační skupinu (fyzické zrání, strach z dospívání, problémy v rodině apod.). téměř vždy se jedná o určitou konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních

událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. Většina autorů však v současné době zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy, přičemž tento koncept se

stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy. Tyto multifaktorové faktory však vyžadují, aby každé hledisko, aspekt problému nebo zkoumaný rizikový faktor snesl nezávislé empirické zkoumání. S ohledem na nejvýznamnější aspekty problému (somatické obtíže, jídelní chování, kognitivní poruchy, interpersonální nebo rodinné problémy) a rizikové faktory je pak třeba koncipovat terapeutický plán (12.)

1. 5. 1 Kulturní a sociální faktory

Podle hypotéz některých autorů spočívá jádro problému poruch příjmu potravy v rychle se měnící kultuře, která jakoby zdánlivě podporuje nadměrnou štíhlost a nepřiměřenou sebekontrolu. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se za významný ukazatel tohoto problému je přitom považována rostoucí incidence poruch příjmu potravy v zemích „západního“ světa (především žen, imigrantů, baletek nebo modelek) a v kulturách, které se snažily po Druhé světové válce přizpůsobit západnímu životnímu stylu a hodnotám, což bývá spojeno s rostoucím zájmem o tělo a s pocitem obezity.

S výše uvedenou problematikou úzce souvisí také nepřímý vliv módního ideálu zejména na adolescenty, kteří ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. V takovémto společenském klimatu jsou přerušování diet a mírná nadváha vnímány jako selhání a mohou vést až k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí.

Dalším negativním faktorem, který posiluje možnost vzniku poruch příjmu potravy je připisování negativnímu tlaku médií a zejména reklamy, které u člověka vyvolávají představu, že může dosáhnout všeho, co chce. Tento negativní faktor je navíc posilován faktem, že některé ženské časopisy závislé na reklamě odmítají publikovat články a zprávy o nebezpečnosti nebo neúčinnosti komerčních dietních prostředků. Předpojatost vůči obézním, kteří jsou dávání do souvislosti s leností, hloupostí a ošklivostí, se stává kulturním fenoménem posilujícím strach z tloušťky a diskriminuje tak jedince, kteří jsou přirozeně těžší než ostatní.

Sociální i kulturní tlaky jsou obecně v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale navíc posilují strach z obezity.

Dalším sociokulturním faktorem, který má podíl na rozvoji poruch příjmu potravy je vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. (11.). Ženy si musí udržovat tradiční přitažlivost a současně se rychle přizpůsobit

požadavkům profesionálního úspěchu a výkonu. Změna v nahlížení sociální a kulturní role ženy staví dospívající dívky před rozporuplná očekávání a standardy, které si mohou protřečít, ať už jde o normy společenské atraktivity, rodinného života nebo sebe prezentace. Jedním z důsledků může být odmítání nabízené sexuální role nebo některých atributů, které jsou s ní spojeny. Snaha o vyhublost je tak spojena s odmítáním ženského vzhledu ve snaze odlišit se od své ovládající matky. Do rozporu s touto analytickou teorií se dostává hypotéza, že anorektická snaha po štíhlosti je naopak přehnaným projevem, jak dosáhnout ženskosti.

Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněné („culture-bound“) syndromy, tzn., že porucha nemůže být pochopena mimo svůj specifický kulturní kontext. V této souvislosti bývá někdy o poruchách příjmu potravy zmiňováno jako o tzv. etnických poruchách, které se 1. v dané kultuře vyskytují dostatečně často; 2. vyjadřují klíčové konflikty, které se vykytují v dané kultuře; 3. jsou konečnou a běžnou cestou, jak vyjádřit širokou škálu osobních problémů; 4. jsou vysoce strukturovaným a široce napodobovaným modelem reakce na stres; 5. jejich symptomy jsou přehnanou variantou normálních postojů a chování v dané kultuře a jsou podporovány a šířeny názorovým klimatem hlavně v médiích.

Vedle zmíněných faktorů, které mohou podmínit rozvoj poruch příjmu potravy zde mají také podíl často nespecifické sociální vlivy, jako zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury (tzv. mcdonaldizace), vulgarizace některých ekologických a zdravotních poznatků, ale vliv školy, rodiny nebo skupiny vrstevníků.

1. 5. 2 Životní události

Různé životní události a situace jsou pokládány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Až 70 % případů anorexie a bulimie spouštěcím mechanismem závažná životní událost nebo obtíže jako např. narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální konflikty, osobní neúspěch nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny. Na základě studie, která porovnávala 25 anorektiček restriktivního a 25 bulimického typu uváděly

anorektiky restriktivního typu častěji stresující událost v období 18 měsíců před počátkem poruchy. Stejně tak za významný prediktor pro rozvoj poruchy bývají

udávány problémy mezi rodiči a s rodiči, s vrstevníky nebo odmítnutí ze strany vrstevníků.

1. 5. 3 Rodinné faktory

Samotný výskyt mentální anorexie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za významný rizikový faktor. Ve většině klinických studiích se pohybuje výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 až 10 %. Mezi matkami anorektiček se však poruchy příjmu potravy a s nimi spojené ohrožující jídelní chování a postoje mohou vyskytovat i častěji. Pravděpodobnost výskytu mentální anorexie u matky v anamnéze byla zjištěna u 14 % pacientů, neboť mentální anorexie je považována za nebezpečný vzor chování nebo genetickou predispozici.

Podle většiny studií jsou anorektičky nejčastěji prvorozeným, mají jen bratry nebo posledním dítětem, ačkoli rozsáhlejší studie toto zjištění nepotvrzují. Za významný faktor vedoucí k rozvoji mentální anorexie je považována také žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví, zejména rivalský vztah ke své sestře „Anorektické matky“ jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Protože matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla také spojována se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Anorektické dítě bývá nepřiměřeně závislé na své matce, která má velmi ambivalentní mateřské postoje. Někdy bývá poukazováno na nadměrnou symbiózu a mateřskou kontrolu. Neuspokojení matky a její patologická přání vedla k patologickému požadavku submisivního a dokonalého dítěte. Jako možná příčina jídelních problémů bývá zmiňován i otec, který je charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup často z důvodu skrytého onfliktu mezi rodiči, někdy jako dominantní a aktivní osoba, která je pro dceru nedostupným vzorem. Dcera je závislá na obou rodičích, avšak v této atmosféře si vytváří tajnou alianci s matkou proti otci.

Ještě větší pozornost než jednotlivým členům „anorektických“ rodin byla věnována jejich vzájemným vztahům a rodině jako celku. Rodičovský styl výchovy pacientek trpících mentální anorexií bývá charakterizován jako nadměrně ochranný, zainteresovaný a příliš ctižádostivý, a rodiče tak mají tendenci své

děti přeceňovat, přičemž očekávají od dítěte poslušnost a vynikající výkon. Rodiny s anorektickým dítětem bývají také popisovány jako rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující svoje emoce a vyhýbající se konfliktům a

konfliktním rozhodnutím. Tyto rodiny se pak vyznačují čtyřmi následujícími rysy: 1. Složitostí přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a lojalita jsou ceněny více než samostatnost a seberealizace. Slabé mezigenerační hranice mohou způsobit spojení jednoho dítěte s rodičem a vyloučení druhého rodiče na okraj. 2. Obtížné vyrovnání se s konflikty, které rodina nedokáže řešit. 3. Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně. 4. Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce a měnící se potřeby dospívajícího dítěte se snaží spíše absorbovat, než se jim přizpůsobit (2.). Ve srovnání s normální populací řada studií uvádí nižší počet rozvodů v rodinách s anorektickým dítětem.

Poruchy příjmu potravy se objevují ve věku, kdy se mnoho mladých žen vyrovnává s úkolem opustit domov. V tomto kontextu jsou jejich problémy chápány jako výraz konfliktu při separaci od rodiny.

Z hlediska vzniku poruch příjmu potravy může být významná role rodiny také při formování konceptu úspěchu a při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů. Dospívající dívky s rizikovými jídelními postoji a návyky sami uváděly, že v jejich rodinách je jednak oceňován jen mimořádný výkon, a samy se pak zpravidla hodnotily jako ambicióznější než jejich vrstevnice a jednak se nadměrně zabývají svým vzhledem, hmotností a dietami, přičemž stejné obavy a postoje vykazují i sami rodiče.(12.)

Většina současných studií ovšem naznačuje, že závažnost narušení rodiny a jejich funkcí má spíše souvislost se závažností osobnostních poruch pacientů s poruchami příjmu potravy než se závažností jejich anorektických nebo bulimických symptomů.

1. 5. 4 Emocionální faktory

U pacientek s poruchami příjmu potravy se vyskytuje velmi často depresivní a úzkostné příznaky. Skutečnost, že ani těžká kachexie a nebezpečí smrti nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky a změně jídelního chování, vede k tomu, že je mentální anorexie považována a formu sebevražedného chování. Znamky

deprese bývají zaznamenány u 20 až 80 % pacientů a v této souvislosti bývají poruchy příjmu potravy posuzovány jako varianta primární depresivní poruchy.

Základní příznaky obou poruch však mají odlišnou dynamiku. Jejich průběh (remise a exacerbace) není ve vzájemné časové závislosti a ústupu depresivních příznaků dochází obvykle rychleji a ve větším počtu případů, než je tomu u mentální anorexie. Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s podvýživou (malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se kontrolovat. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Strach z tloušťky je nejrezistentnějším příznakem poruch příjmu potravy, který se objevuje ještě dlouho po odeznění základní symptomatologie. U anorektiček byly nejčastěji zaznamenány společně depresivní a obsedantní příznaky, které jsou umocňovány selháním právě obsedantních rituálů a obrany. Na základě zhodnocení longitudinálních studií vztahu deprese a mentální anorexie uvádějí, že v časovém odstupu 4 až 7 let byly depresivní příznaky patrné u 20 až 40 % sledovaných anorektiček. Výskyt úzkostné poruchy se pohyboval v rozmezí 30 až 45 %. Bylo také prokázáno, že negativní nálada souvisí s úzkým energetickým příjmem u anorektiček. Zatímco úzkostné příznaky přetrvávají ještě dlouho po odeznění anorexie, jsou depresivní symptomy spojeny zejména s počátkem nemoci a s jejím průběhem. Za nespecifické faktory zvyšující riziko poruch příjmu potravy bývá považováno negativní sebehodnocení, pocity inefektivity, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity.

1. 5. 5 Osobnostní faktory

Mnohdy bývají za příčinu vzniku poruch příjmu potravy pokládány určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Typická anorektička bývá charakterizována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům. Jejich temperament je popisován jako „vyhýbající se,“ mají strach riskovat zažívat něco nového a strach ze spontaneity. Nadměrná afektivní kontrola, rigidita a

perfekcionismus bývají zdůrazňovány právě jako rizikové faktory. Anorektické pacientky vykazují také signifikantně vyšší skóre neuroticismu, introverze a úzkosti. V souvislosti s mentální anorexií se nejčastěji poukazuje na komorbiditu

a s obsedantně-kompulzivní poruchou, přičemž mentální anorexie bývá pokládána za specifickou formu této poruchy., která se u pacientek pohybuje od 27 až po 81 %, ale která je spíše vysvětlována jako důsledek hladovění.

Za společný rys obsedantní poruchy a poruch příjmu potravy lze považovat vnitřní nejistotu a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu nutnosti nadměrné kontroly v jídle, při níž se pacientky hodnotí jako neúspěšné, což vede k ritualizaci jídelního chování. To má sloužit ke snížení úzkosti. Přejedení následující často po hladovění pak jen posiluje výchozí pocit bezcennosti.

V souvislosti s rozvojem mentální anorexie je často zmiňován perfekcionismus, jehož rizikovost spočívá především v důslednosti, vytrvalosti a rigidním důrazu a který se pak konkretizuje hlavně ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolou. **(14).** Ve svých důsledcích pak může perfekcionismus vést k samotnému rozvoji nemoci a současně posiluje i rezistenci vůči léčbě a zvyšuje riziko relapsu. Anorektickou vyhublost a sebekontrolu lze také interpretovat jako projev adolescenční soutěživosti, orientaci na výkon a egocentrismus. K další psychopatologii, se kterou se lze setkat u poruch příjmu potravy, jsou zejména hysterické a psychastické rysy, jako např. vnitřní nejistota, pocit nedostačivosti nebo úzkostnosti. **(14).** Základní rysy mentální anorexie lze identifikovat jako: 1. narušené uvědomování si vnitřních postojů (porucha interoreceptivního cití), narušení tělesného schématu (porucha body-image) a silný pocit vnitřní neefektivnosti. Tato a další klinická pozorování byla později převedena do kvantifikovatelné škály (EDI – Eating Disorder Inventory), která umožňuje popsat osobnostní profil pacienta trpícího mentální anorexií či bulimií. EDI byl konstruován pro měření psychických a behaviorálních rysů a obsahuje 8 dílčích škál zaměřených na osobnostní rysy nebo tendence, které se v souvislosti s poruchou příjmu potravy nejčastěji vyskytují a jsou pokládány za charakteristické. Takto EDI umožňuje identifikovat určité, z hlediska incidence poruch příjmu potravy rizikové znaky u sledované populace. Jednotlivé dílčí škály jsou následující: 1. nutkání být štíhlý; 2. bulimie; 3. tělesná nespokojenost; 4. inefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti); 5. perfekcionismus; 6. interpersonální nedůvěra; 7. narušené interoreceptivní cití (snížená schopnost

orientovat se ve vnitřních pocitech a emocích); 8. strach před dospělostí. Nová verze testu (EDI 2) obsahuje ještě další dílčí škálu měřící asketismus (snaha o

sebedisciplínu a nadměrnou kontrolu tělesných potřeb, impulzivní regulaci (tendence k impulzivitě, závislostem a hostilitě) a sociální nejistotu

1. 6. Zdravotní komplikace mentální anorexie a její léčba

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti, zejména pokud se jedná o mentální anorexii. Při restriktivním typu mentální anorexie se hmotnostního úbytu dosahuje hlavně omezením příjmu potravy, hladověním nebo přehnaným tělesným cvičením. Pacientky se nepřejídají ani nezvracejí. Při purgativním typu mentální anorexie se také objevuje přísné omezení příjmu potravy, které je střídáno epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení nebo užíváním dalších purgativních metod. Obě skupiny pacientek mají trvale nízkou tělesnou hmotnost, která však může kolísat. Zdravotní problémy spojené s mentální anorexií se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální zdravé výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní. Důležité rozdíly však vznikají podle toho, které základní složky ve stravě chybějí. Při mentální anorexií je obvykle snížen příjem kalorií ze sacharidů a tuků, zatímco příjem bílkovin a vitamínů může být dostatečný. Způsobené zdravotní komplikace jsou pak způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti, nebo vznikají v důsledku určitého chování (např. zvracení, nadužívání diuretik a projímadel).

1. 6. 1 Kardiovaskulární komplikace

Kardiální potíže se mohou objevit u 90 % postižených, přičemž u 80 % pacientek pak sinusová bradykardie s frekvencí méně než 60 tepů za minutu, což je způsobeno snížením metabolismu. Chronické snížení objemu tělních tekutin může způsobovat závratě a náhlé ztráty vědomí. Nadužívání diuretik nebo projímadel může vést k narušení elektrolytové rovnováhy, a tím k vyvolaným srdečním arytmiím, jež může skončit až náhlým úmrtím.

1. 6. 2 Renální komplikace

Zjistitelné renální (ledvinové) odchylky lze zaznamenat až u dvou třetin anorektiček, a protože většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny urey v krvi. U restriktivního typu anorexie lze zjistit

též mírnou hypofosfatemii, způsobenou vyčerpáním tělesných zásob, dále pak hypomagnezemií doprovázenou obtížně odstranitelnou hypokalcemií a hypokalemií vyžadující doplňování hořčíku. Dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání projímadel a diuretik a nevhodné stravovací návyky mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. Asi u jedné třetiny anorektiček se během realimentační fáze objeví mírný otok končetin, těžké, rychle vznikající otoky se objevují při předávkování projímadly, což může způsobit výraznou hypoproteinemii, ledvinovým infarktům a kardiovaskulárním selháním.

1. 6. 3 Kosterní komplikace

Vyžívání kostí se v období aktivní mentální anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když hmotnostní úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Velmi častá je rovněž osteoporóza, prokázaným důsledkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí (MDK). Prokazatelná osteoporóza vzniká už během prvních dvou let nemoci a významně koreluje s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti. Ztráta kostní tkáně se do značné míry upraví, když se tělesná hmotnost a menstruační cyklus vrátí k normě.

1. 6. 4 Endokrinní komplikace

Endokrinní odchylky jsou charakteristickým rysem mentální anorexie, což se projevuje především amenoreou, která nastupuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti, jakmile obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince. Dokonce i po opětovném dosažení normální tělesné hmotnosti amenorea po nějakou dobu přetrvává až u poloviny anorektiček, což podporuje názor, že dysfunkce hypotalamu je sekundárním důsledkem psychických faktorů. Dalším známým příznakem nemoci je hypogonadismus doprovázený nízkými bazálními plazmatickými hladinami LH a FSH a z toho plynoucí nízkým výdejem sérových estrogenů z vaječnicků. U velmi kachektických pacientek se jako obranné mechanismy, vyvolané stavem závažného stresu, nejčastěji objevují infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního

metabolismu, zvýšení hladiny kortizonu a růstového hormonu snižující spotřebu glukózy.

1. 6. 5 Hematologické komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek s mentální anorexií a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Mírnou anémií se sníženou sedimentací erytrocytů lze nalézt u 10 až 20 % pacientek a leukopenii u 40 až 60 % pacientek.

1. 6. 6 Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy může vyvolat řadu neurologických obtíží, včetně tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku. Někdy je u mentální anorexie patrný úbytek mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor, které koreluje s hmotnostním úbytkem a mizí při návratu k normální tělesné hmotnosti.

1. 6. 7 Metabolické komplikace

V důsledku narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí u pacientek s mentální anorexií je zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu u nich nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při vystavení se horku se jádrová tělesná teplota abnormálně zvyšuje. Rovněž metabolismus glukózy je narušen a v testu glukózové tolerance se vyskytují hodnoty svědčící pro diabetes. Dále lze diagnostikovat narušení metabolismu kalcia, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí, s čímž souvisí i zpomalení tvorby kostí. Zpomalení bazálního metabolismu funguje jako adaptační mechanismus a u cca 50 % anorektiček lze zjistit zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Na základě studií sledujících kvalitu spánku bylo zjištěno, že anorektičky spí méně hluboce, častěji se budí a celková doba spánku je u nich kratší, přičemž se budí brzy ráno. Poruchy spánku korelují s úbytkem hmotnosti a mizí při její optimalizaci.

1. 6. 8 Dermatologické komplikace

Tenkou šupinatou a suchou kůží vykazuje asi čtvrtina pacientek a jemné, lanugu podobné ochlupení na tvářích, končetinách a trupu lze pozorovat téměř u jedné třetiny pacientek. Hyperkarotenemie je přítomna u 72 % anorektiček a někdy

může způsobovat jasně nažloutlé zbarvení kůže – karotenodermii, jež může vzniknout v důsledku nadměrného příjmu karotenu a vitamínu A v potravě.

1. 7. Mortalita a morbidita u pacientek s mentální anorexií

Podle mezinárodního manuálu DSM IV je mortalita u mentální anorexie více než 10 %, přičemž smrt bývá obvykle v důsledku hladovění, sebevraždy nebo metabolického rozvratu. Na základě studie, která hodnotila průběh nemoci po 10 letech jejího trvání bylo prokázáno, že zhruba polovina pacientek se uzdraví, u čtvrtiny se zlepší jejich zdravotní stav a zbývající čtvrtina vykazuje chronický průběh nemoci, přičemž do této skupiny patří i ty pacientky, které v souvislosti s nemocí umírají. Mnohdy je ale diagnostika skutečného důvodu úmrtí daleko obtížnější, neboť podle kasuistik veřejných v mnoha mezinárodních časopisech se za úmrtím pacientky mohou skrývat různé závažné komplikace, které nebyly v klinickém obrazu patrné. Ačkoli se předpokládá, že smrt nastává zejména z důvodu kardiovaskulárního selhání, stále zůstává nejčastější příčinou úmrtí sebevražda, což dokazuje i fakt, že u 65 % pacientek se vykytuje depresivní porucha. (25.)

Neexistuje však jednotný názor, zda jde o komorbidní poruchu, nebo zda je depresivní prožívání jedním z primárních příznaků poruchy příjmu potravy. Velký vliv zde mají vlivy hereditární, biologické a psychologické. V rodinách pacientů s poruchou příjmu potravy je signifikantně vyšší výskyt afektivních poruch oproti kontrolním skupinám. Úbytek hmotnosti bývá obecně spjat s depresí, konkrétně mentální anorexie s omezením sociálních vazeb, s konflikty s rodinnými příslušníky, pocity neporozumění, obav z přírůstku tělesné hmotnosti. Depresivní a úzkostné pocity se nejčastěji přímo týkají tělesné hmotnosti, jídla a vlastního těla. Porucha sama, resp. její autodestruktivní charakter, je přitom považována za ekvivalent suicidního chování. To ,ať již ve formě suicida dokonaného, nebo suicidní pokusy či myšlenky, jsou spojeny s pocity nešťastnosti po nuceném přibírání, při hrozící hospitalizaci, po konfliktech s rodiči týkajících se jídla.

Porucha sama o sobě rozvrací rodinné vztahy sekundárně, ačkoli mají při rodinné vztahy primární význam při rozvoji onemocnění. Suicidní chování může navíc obsahovat jak prvek autoagresivní (obrácenou proti sobě), tak heteroagresivní (obrácenou proti blízkým osobám, které nemocnému nerozumějí a nutí ho

přibrat). Již nepatrný hmotnostní přírůstek vede u postiženého k pocitu, že „nic nemá smysl, vše je ztraceno, lepší je umřít.“ (10.)

1. 8. Poruchy příjmu potravy v mladším a starším školním věku

1. 8. 1. Diagnóza a definice

Uznání počátku onemocnění v dětství je začleněno v definicích znaků mentální anorexie Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV) i Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), které zohledňují u dětí somatická kritéria: „odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.“ (DSM-IV) „Jestliže je počátek nemoci před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Pro uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.“ Kritéria alternativního diagnostického systému pro děti respektují skutečnost, že ačkoli si děti nemusejí uvědomovat svůj strach nebo ho nedokáží pojmenovat, jejich chování může jasně vyjadřovat jejich přesvědčení. Podle kritérií nemocnice v Great Ormond Street v Londýně mentální anorexii u dětí charakterizuje:

- Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, odměrné cvičení, zneužívání projímadel)
- Nepřiměřené vnímání a nesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy
- Chorobné zabývání se hmotností nebo postavou

Mentální anorexie se vyskytuje už u 6- až 7letých dětí.

Spektrum poruch příjmu potravy s počátkem v dětství zahrnuje emoční poruchu s vyhýbáním se jídlu, vybíravost v jídlu, odmítání jídla a syndrom pervasivního odmítání.

Emoční porucha vyhýbání se jídlu (FAED – food avoidance emotional disorder) zahrnuje jak vyhýbání se jídlu a s tím spojené obtíže, tak emoční poruchu, při níž dítě může udávat řadu důvodů, proč nejí, např. strach, že mu bude špatně, strach z náказы, z udušení, polykání nebo zvracení, důvod, že „nemá hlad,“ „nemůže

jíst“ nebo že ho „bolí břicho.“ Tito pacienti mohou být stejně vážně psychicky ohroženi jako pacienti s typickou mentální anorexií, reagují však dobře na intervenci a výsledky terapie jsou lepší než u mentální anorexie.

Kritéria pro emoční poruchy spojené s vyhýbáním se jídlu (podle nemocnice v Great Ormond Street v Londýně) jsou následující:

- Vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy
- Úbytek tělesné hmotnosti
- Porucha nálady, která nesplňuje kritéria pro primární afektivní poruchu
- Nepřítomnost nepřiměřeného vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy
- Nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností nebo postavou
- Nepřítomnost organického onemocnění mozku nebo psychózy

Vybíravost v jídlu se objevuje u dětí, jejichž středem zájmu je spíše rozmanitost než množství jídla, přičemž se tyto obtíže většinou spontánně vyřeší v adolescenci.

Syndrom pervasivního chování je charakterizován jako hlubokým a pervasivním (vše prostupujícím) odmítáním jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat a podle tvrzení některých autorů je mu nejlépe porozumět jako extrémní podobě vyhýbavého chování, která se vyskytuje u posttraumatické stresové poruchy.

Vyhýbání se jídlu a nebo jeho odmítání se může v dětství objevit také jako součást somatické nebo psychické poruchy, u níž je potřeba nezbytný všestranný přístup k léčbě. Se štíhlou linií si po celém světě dělají těžkou hlavu už šestiletá děvčátka. Nespokojenost s vlastním tělem začínají projevovat již šestileté dívky už pouhý rok po nástupu do školy.

V poslední době je v souvislosti s rozvojem mentální anorexie v mladších věkových kategoriích zmiňován vliv oblíbené dětské hračky – panenky barbie, s jejímiž nefyziologickými parametry se děvčátka srovnávají. Strach z tloušťky a dietní tendence jsou i mezi českými děvčaty dostatečně zřetelné už ve věku 11 let a významným způsobem ovlivňují jejich způsob života a často i zdravotní stav. Podle výzkumu na českých školách vzrostl počet děvčat, která drží dietu mezi 11. a 15. rokem, na více než dvojnásobek. Jen třetina patnáctiletých dívek si myslí, že nepotřebuje držet dietu. Poruchami příjmu potravy podle odhadů trpí dva až sedm

procent dospívajících dětí. Podobné varování přinesla i rozsáhlá studie Psychiatrické kliniky pražské 1. lékařské fakulty mezi českými školáky. Celkem 57 procent dívek a 34 procent chlapců v ní uvedlo, že není spokojeno se svým tělem. Většina dětí se přiznala, že svou touhu po štíhlejší postavě řeší od dětství redukčními dietami, vynecháváním hlavních jídel, nadměrným cvičením nebo

násilným zvracením. Přesné statistiky týkající se výskytu mentální anorexie mezi dětmi a mladistvými stále neexistují. Většina dětí s poruchami příjmu potravy totiž svou nemoc před okolím tají a k lékaři nikdy nepřijde. (9.)

1. 8. 2. Vývoj vztahu k tělesným rozměrům u předškolních dětí

Představy o správných tělesných proporcích mohou mít vliv na upevňování jídelních zvyklostí, postojů k jídlu i na hodnocení vlastních kvalit a na vztah vůči vrstevníkům či dospělým. Na toto téma se zaměřila studie prováděná u 546 předškolních dětí ve věku 3, 5 až 6 let, která měla zkoumat utváření jejich schopnosti vnímat tělesné rozměry, jak jsou hodnoceny u vrstevníků stejného a opačného pohlaví, jak děti vnímají tělesné rozměry svých rodičů, jaké proporce preferují či odmítají. Normou pohovoru, hrou a kresbou odborníci zjišťovali, jaké by si děti volili kamarády, vůči jakým proporcím mají averzi a jak by chtěli vypadat v dospělosti. Dívky si měly nejprve vybarvit obrázek jedné panenky (chlapci panáčka) spontánně zvolené z nabídky hubené, středně silné nebo otlé figury. Pot vybíral z obrázků „kamarádku“ a „kamaráda,“ od hubených po obézní a vyjadřovali k nim svůj vztah. Získaná data byla navíc doplněna výpověďmi rodičů, získaných formou dotazníku. Výsledná zjištění pak byla rozdělena do čtyřech následujících oblastí:

A. Ontogenetické trendy:

Bylo zjištěno, že již děti mladší 4 let byly schopny rozpoznat rozdíly mezi modely panenek (panáčků) lišícími se tělesnými proporcemi, přičemž se chápání těchto rozdílů s věkem zpřesňuje. Nejmladší děti však nebyly schopny tyto rozdíly verbálně vyjádřit, např. místo „hubená (štíhlá) a silná (tlustá)“ říkaly některé dívky „malá a velká,“ chlapci hodnotili rozměry panáčků podle svalů, nevnímali rozdíly mezi celkovými rozměry.

B. Preference tělesných rozměrů a vztah k opačnému pohlaví:

U dívek přibývá s věkem obliba štíhlé (ne však hubené) figurky „kamarádky,“ přičemž si žádná z dívek ne zvolila za kamarádku figurku

představující obézní postavu rovněž u chlapců směřuje vývojový trend k preferenci středních proporcí (cca u 70 % šestiletých chlapců), i když někteří volili za „kamarády“ i modely silnějších proporcí. Co se týká preference opačného pohlaví, u dívek narůstá upřednostňování figury chlapce středních proporcí, u

chlapců přibývá s věkem obliba dívky střední postavy. Averse dětí vůči nejsilnější postavě opačného pohlaví je evidentní již u nejnižší věkové skupiny.

C. Vztah k tělesným proporcím rodičů

U chlapců převládala představa proporcí otce jako postavy středních rozměrů, přičemž větší část si přála mít stejné proporce jako jejich otec. Dívky vnímaly matku často jako silnější, než ve skutečnosti byla.

D. Představa vlastních budoucích rozměrů

Dívky dávali přednost figurce vysloveně hubené ženy, preference klesaly s proporcemi modelu. U chlapců byla nejčastější volba středně silné postavy, častěji se však vyskytl i výběr silného či zcela obézního muže.

Studie na základě těchto získaných informací vyvodila závěry, že negativní vztah k obezitě a kritické hodnocení tělesných rozměrů stejného i opačného pohlaví začíná již v raném předškolním věku. Po nástupu do základní školy dítě očekává mnohem více vyhraněný postoj vrstevníků, což může předznamenat nástup problémů souvisejících s tělesnou stavbou jak ve vztahu k obezitě, tak k záměrné redukci příjmu potravy se známými důsledky vědoucími až k mentální anorexii. Výzkum naznačil, že preventivní programy zaměřené na fyzickou i psychickou komponentu obezity i dalších poruch výživy by se měly koncentrovat již na předškolní věk a zvláště pak na období přechodu do základní školy. (8.)

1. 8. 3. Somatické aspekty

Somatické vyšetření dětí se v některých důležitých směrech liší od vyšetření starších pacientů. Mladší děti si nemusejí uvědomovat svou nízkou tělesnou hmotnost, a dokonce ji mohou chtít ukazovat, na rozdíl od typických adolescentů, kteří se mohou snažit své tělo skrývat. Změření výšky a hmotnosti je jen počátečním bodem tělesného vyšetření. akutní somatický stav nejlépe odráží základní životní parametry. Dehydratace se může u dětí objevit velmi rychle, dále se mohou vyskytovat známky oběhové dekompenzace ve formě hypotenze, bradykardie (zpomalená srdeční činnost) a nepřítomnosti periferního pulzu

lepšími indikátory závažnosti a nezbytnosti hospitalizace než samotný poměr výšky a hmotnosti.

Dlouhodobé následky raného počátku poruch příjmu potravy nejsou stále ještě dostatečně prozkoumány. Ačkoli většina pacientů pubertu dokončí, u některých k ní nemusí dojít. U pacientek s časnějším začátkem nemoci však může být vliv poruchy na tělesný růst obrovský a nezvratný, i když v případě postmenarchálního počátku poruchy není zastavení růstu obvyklé. Dále se u mladších pacientů může objevit problém ztráty kostní hmoty, který se mísí s poruchou přirůstání kostí, takže není nikdy dosaženo standardní maximální kostní hmoty. Hlavní léčebný postup se pak opírá o nutriční rehabilitaci. **(20.)**

8. 4. Terapie

Podstata léčby poruch příjmu potravy v dětství spočívá ve všestranném přístupu, který akceptuje biologické, psychické a sociální potřeby, tzn. zajistit přiměřený hmotnostní přírůstek, zabývat se emočními potřebami dítěte, rodiny a rodičů a vzít v úvahu úlohu školy a vrstevníků dítěte.

1. 8. 4. 1. Hospitalizace

Nutnost rozhodnutí o tom, zda je hospitalizace nutná, se může objevit ještě před tím, než se stačil vytvořit terapeutický vztah. Nejčastěji je hospitalizace doporučována z následujících důvodů:

- hmotnostní úbytek více než o 25 %;
- dehydratace;
- známky oběhového selhávání, jako je pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh;
- přetrvávající zvracení nebo zvracení krve;
- těžká deprese nebo suicidální chování.

V poslední době jsou stále více preferovány denní programy, které nahrazují nutnost hospitalizace.

1. 8. 4. 2. Cílová tělesná hmotnost

cílem léčby je, aby dítě dosáhlo hmotnosti, při níž se dostatečně obnoví fyziologické funkce tak, aby růst a vývoj v pubertě mohly normálně pokračovat. Ultrazvukové zobrazení pánve může ukázat, zda velikost dělohy a zralost vaječníků odpovídá normě vzhledem k věku a zda došlo ke změně vzhledem

k snímkům z prvního vyšetření pokud není ultrazvukové vyšetření pánve dostupné, pak se doporučuje cílová hmotnost v rozmezí 97 až 100 % hmotnosti vzhledem k výšce. Rychlost zvyšování hmotnosti bývá 2 až 3 kg za měsíc. Tím, že se výška dítěte během rekonvalescence pravděpodobně změní, změní se tak i rozpětí cílové hmotnosti.

1. 8. 4. 3. *Medikace*

O medikaci by se mělo uvažovat jako o doplňku k jiným terapiím, zejména v případě, že může zvýšit účinnost jiných terapeutických postupů a zároveň by se neměla používat bez současného nasazení dalších způsobů léčby. Její užití při léčbě poruch příjmu potravy počínajících v dětství je omezené, doporučuje se u pacientek trpících depresí nebo obsedantně-kompulzivní poruchou (antidepresiva).

1. 8. 4. 4. *Školní vzdělání*

Obecně se předpokládá, že pacientky trpící mentální anorexií jsou vysoce inteligentní, ačkoli to nikdy nebylo empiricky prokázáno. I při závažné kachexii se pacientkách často daří dosahovat ve škole výborných výsledků. Podle některých zjištění si dítě udržovalo ve škole vysoký výkon za cenu dlouhých hodin práce navíc a ohrožení přátelských vztahů. Někdy se dokonce může stát, že dítě funguje na vyšší úrovni, než nakolik stačí jeho schopnosti, přičemž s tato nerealistická očekávání často vytváří samotné dítě ve snaze udržet si uznání a sebeúctu.

1. 8. 4. 5 *Prevence*

Jak již bylo výše uvedeno, problémy poruch příjmu potravy lze charakterizovat následujícími body:

- manipulativní zacházení s jídlem
- problémy kontroly a sebekontroly
- problematický vztah k sobě

Manipulativním zacházením s jídlem se rozumí takové zacházení či chování, kterým se člověk snaží změnit chování nebo prožívání někoho jiného, konkrétně jiného člena rodiny. Prostřednictvím jídla se rodič velmi často snaží ovládat své dítě a naopak. V dětství rodiče jídlo používají jako prostředek odměny v případě,

že si ho dítě nějakým způsobem zaslouží, v opačném případě se stává odepření jídla (popř. sladkostí) trestem. Takto si dítě uvědomuje jídlo nejen jako zdroj obživy nebo požitků, ale také jako nástroj k prosazování vůle rodičů. **(15.)** Dalším ústředním problémem poruch příjmu potravy je podle mě přílišná kontrola a sebekontrola. Kontrolou zde mám na mysli zvýšenou vnímavost pro chování (názory, uvažování, hodnoty) druhých lidí.

Přílišné sledování okolí a neustálé srovnávání se s ním však může být důsledkem nedostatečné víry v to, že je člověk okolím přijímán takový, jaký je na úkor potlačování sebe sama ve prospěch potřeb okolí. Pro prevenci poruch příjmu potravy z toho vyplývá, že:

- odměna a trest pomocí jídla by neměla být příliš častá, jsou i jiné způsoby odměňování a trestání. Namísto toho by měla být důležitá jiná funkce jídla - společné stolování může být příjemně prožitým časem pro celou rodinu.
- dítě by se nemělo nutit za každou cenu vše sníst. Pokud toho sní málo, nemělo by mít možnost dojídat se pak sladkostmi, čímž samo dospěje k závěru, že pokud se dostatečně nenají, bude mít hlad.
- rodiče by se měli snažit více si všímat potřeb svých dětí. Ty nemusí být vždy splněny tak, jak si dítě představuje, ale mělo by vědět, že rodiče o jeho potřebách vědí. Jde o to, aby se dítě ujistilo, že má nárok na vlastní potřeby a že nežije jen pro potřeby ostatních.

Dítě by od samého počátku nemělo být často vystavováno situacím, kdy by mělo pocit, že ho budou mít ostatní rádi pouze za určitých podmínek (např. vět typu: "Když budeš zlobit (špatně se oblékat atd.), nebude tě mít nikdo rád." Odborná literatura se v této souvislosti zmiňuje o bezpodmínečné lásce, o přijímání dítěte bez podmínek, takového, jaké je. Vychovávat ano, ale nepředělávat. **(16.)**

9. Léčba poruch příjmu potravy

V léčbě poruch příjmu potravy převládá tendence směřující k integraci nebo k následnému různým terapeutickým přístupům s ohledem na klinické rysy pacienta a podle jeho reakce na jednotlivé druhy poskytnuté léčby.

1. 9. 1. Rodinná terapie

Koncepce rodinné terapie vychází z přesvědčení, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Tato terapie je doporučována z důvodu, že pacient sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky, kteří za něj přebírají zodpovědnost, a mají tak podpořit dosažení terapeutického cíle. Existují však určité důkazy pro to, že účinná rodinná terapie je u některých rodin doprovázená změnami ve fungování rodiny. Někteří autoři vytvořili koncepční model, podle něhož předpokládají, že

v reakci na těžkosti spojené s nemocí procházejí rodiny stupňovitou změnou uspořádání, při níž se záležitosti spojené s nemocí dostávají stále více do centra pozornosti, mění každodenní život rodiny, procesy rozhodování a způsoby kontroly chování, až se nemoc stane ústředním organizujícím principem rodinného života. Ve snaze co nejvíce snížit vliv nemoci na trpícího, zaměřují členové postižených rodin pozornost pouze na nemoc samotnou, a je tak pro ně obtížné dostát měnícím se vývojovým potřebám rodiny. Způsob, jakým rodiny reagují na toto narušení života rodiny, se liší v závislosti na povaze uspořádání rodiny, na rodinném stylu a na stadiu životního cyklu, ve kterém je rodina při vzniku nemoci.

Podle výsledků studií prováděných u adolescentních pacientek trpících mentální anorexií bylo zjištěno, že tyto pacientky vykazují velmi dobré výsledky v rodinné terapii, často bez nutnosti hospitalizace. Na konci léčby dosáhne polovina až tři čtvrtiny pacientek zdravé hmotnosti (ovšem zatím bez obnovení menstruačního cyklu), 60 až 90 % se zcela uzdraví a méně než 15 % zůstane vážně nemocných. Nejúčinnější jsou ty terapeutické přístupy, které podporují rodiče v tom, aby při vypořádání se s anorexií dcery zaujali aktivní roli tím, že dceru podporují, ale zároveň si zachovávají odstup od problémů s jídlom. V opačném případě, bez zapojení rodičů do léčby, se může uzdravení značně oddálit. Při řešení rodinných a individuálních psychických problémů jsou výhodné společné návštěvy celé rodiny, což ale může být nevýhodné u rodin, ve kterých je vysoká hladina konfliktu nebo kritiky a společné terapeutické sezení je doprovázeno zvýšenými pocity viny a vzájemného obviňování v důsledku kritiky nebo konfrontací. Takové rodiny lze zapojit do rodinné terapie až v pozdější fázi léčby, kdy už nejsou záležitosti spojené s příznaky poruchy příjmu potravy ústřední.

1. 9. 1. 1. Vícerodinná terapie

Tento terapeutický program se zaměřuje na spolupráci rodin s podobnou problematikou (5 až 6) a skládá se z intenzivního čtyřdenního stacionáře a následných 6 až 7 jednodenních setkání během roku. Rodiny jsou pobízeny k tomu, aby si všímaly, jak anorexie omezuje jejich schopnost reagovat přiměřeně na běžné požadavky spojené s dospíváním. Fakt, že navzájem sdílejí své zkušenosti, vytváří pocit solidarity. Přítomnost více rodin vyvolává u pacientek a jejich rodičů pocit, že jsou méně sledováni a pozorováni, což umožňuje rodinám poměrně

rychle vyhodnotit poruchu příjmu potravy jako nepřítele nebo vetřelce v životě rodiny, k jehož překonání musejí spojit své síly. Přítomnost jiných rodin také demonstruje rozdíly mezi nimi, což jim reálně potvrzuje, že neexistuje žádné specifické rodinné uspořádání, které vede ke vzniku poruchy a zároveň tak mohou srovnávat, jak se jiní rodiče vyrovnávají s odmítáním jídla svého dítěte. Sami pacienti pak konfrontují reakce svých a jiných rodičů, jejichž odezvy využívají snadněji, než od lékařského personálu. Terapeuti pak slouží k navázání kontaktu mezi rodinami, podporují jejich vzájemnou zvědavost a zpětnou vazbu a scházejí se s nimi podle potřeby i v období mezi skupinovými sezeními. **(21.)**

Vícerodinná terapie jako nový terapeutický přístup v České republice je koncipována jako jednoletý kurz s danou strukturou. Jednoho cyklu kurzu se účastní 5 až 6 rodin, v nichž některý z členů trpí mentální anorexií. Nejčastěji to bývá dospívající dcera, méně často syn či matka (manželka). Terapie je vhodná i pro partnerské páry, kdy se žena (výjimečně muž) potýká s mentální anorexií. Terapeuti tvoří ve skupině menšinu, zpravidla pečují o rodiny 4 až 5 terapeutů, kteří se dlouhodobě specializují na práci v oblasti poruch příjmu potravy. Každá z rodin (nebo jen dcera) je ve stálé péči jednoho ze zúčastněných terapeutů. Kurz se skládá z úvodního čtyřdenního bloku a jednodenních reflektivních setkání organizovaných v odstupu 1 měsíce. Program každého dne úvodního bloku obsahuje část teoretickou, v níž se účastníci seznámí s principy vícerodinné terapie a s problematikou mentální anorexie, včetně jejích bio-psycho-sociálních důsledků, a část praktickou, která představuje práci terapeutů s rodinami. Techniky zahrnuté do praktické části vycházejí z kognitivně behaviorální terapie, dramaterapie, arteterapie atd. Důraz je kladen na komunikaci v rodině a vytvoření pozitivně laděného klimatu v rodinách. Zejména při společném rodinném stravování vznikají mnohé problémy (hádky nebo napjatá a úzkostná atmosféra produkující konflikty). Proto je jednou z hlavních součástí kurzu nácvik

společného rodinného stravování s akcentem na komunikaci při jídle (Papežová a Tomanová, 2005). Významnou otázkou v rodinné terapii mentální anorexie je pojem času v kontextu nemoci. Práce s časovou osou, plánování budoucnosti či konfrontace s dlouhodobými důsledky mentální anorexie kognitivně ovlivňují roli poruchy příjmu potravy v životě nemocného. (26.)

1. 9. 2. Terapie zaměřená na tělo

Terapie orientovaná na tělo (tzv. body terapie) se zaměřuje na zlepšení prožívání vlastního těla u pacientů s poruchou příjmu potravy a využívá psychoterapeutického směru somatické psychoterapie – biosyntézu. Body terapie se zaměřuje na tělesné prožitky explicitně, nikoli pouze na verbální úrovni. Mezi hlavní terapeutické cíle práce s tělem patří objevení a prožívání tělesných pocitů a impulzů, které vznikají v pacientkách samých a schopnost vyjádřit je, přičemž se tělo stává jak zdrojem, tak jazykem emocí. Tento způsob práce napomáhá pacientkám, aby se tělo stalo součástí jejich vlastní identity. Terapie zároveň podporuje schopnost vyjadřování pocitů k druhým, a tak napomáhá ke zlepšení sociálního kontaktu s okolím, rozvíjí interakci pacientek s druhými. Protože je pro pacientky s mentální anorexií typické narušené vnímání vlastního těla, spočívá další cíl terapie ve vytvoření souladu mezi představou o vlastním těle a realitou, v nápomoci akceptovat vlastní tělo.

1. 9.2. 1. Terapeutické cíle

Práce s tělem je u pacientek s poruchou příjmu potravy zaměřena na čtyři specifické cíle: znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama a přijetí vlastního těla, prožívání radosti z vlastního těla, omezení anorektické hyperaktivity, rozvoj sociálních dovedností. Úloha terapeuta spočívá v zaujetí sdílného a emfatického postoje, terapeut by se měl zdržet komentáře tělesného schématu pacientek a je potřeba, aby byl opatrný na tělesný kontakt, neboť vnímání dotyku může být blokováno také kvůli negativní sexuální zkušenosti. Pacientka trpící mentální anorexií vnímá své tělo buď jako předmět ohrožení nebo pasivní, necitlivé břemeno, přičemž vnímání vnitřních stimulů je zkresleno. Zároveň často dochází k popírání či potlačování sexuálních pocitů nebo se pacientky vyhýbají intimním zážitkům. První fází léčebného procesu je

znovuobjevování a znovuprožívání těla, uvědomování si pocitů a impulsů, které se v pacientce objevují. K podpoře realistického vnímání těla přispívá také i zpětná vazba pomocí videa. Druhá fáze terapie spočívá v přijetí těla. Zvláště období přibývání na hmotnosti mohou pacientky s mentální anorexií prožívat jako pouhé pasivní přibírání, což vyvolává obnovené napětí a strach z obezity a zároveň ze ztráty ovládnutí. Pokusy pacientek udržet pod kontrolou schopnost fungovat ve svém životě na fyzické i psychické úrovni, demonstrují podstatu

jejich problému: paralyzující pocit bezmoci, neschopnost žít. Cílem terapie v této fázi je, aby si pacientky zvykly na své fyzicky vyspělejší tělo a zároveň vnímat problémy, které pro ně představuje vyšší nebo nižší hmotnost. Toto uvědomění má zásadní význam při průlom popírání jejich nemoci. Další průběh terapie se zaměřuje na to, aby pacientky přehodnotily své tělo jako potencionálně příjemné, jako zdroj i nástroj emocí. Pozitivní fyzické prožitky lze stimulovat funkčním využíváním pohybu (např. prostřednictvím aktivní formy relaxace, bioenergetických cvičení, volného vyjádření při tanci apod.) a nahrazovat tak anorektickou hyperaktivitu ve formu pohybu kontrolovanou terapeutem. Toho lze dosáhnout např. zpomalením tempa pohybů a vsouváním tzv. stop-momentů. Postupně může být kontrola terapeuta nahrazována vlastní kontrolou pacientky, kdy se učí ovládat napětí a uvolnění.

1. 9. 3. Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie je upřednostňována hlavně v rámci denních stacionářů a hospitalizace a liší se podle toho, zda je zaměřena spíše na osvětu a úpravu základních příznaků poruchy (zejména kontrolu jídelního chování) nebo více interpersonální a emocionální problémy. První model představuje komplexní léčbu poruchy, je při něm stanoven rámcový program a terapeut více zasahuje do činnosti skupiny. Druhý, dynamičtější nebo více interpersonálně orientovaný typ skupinové terapie je vhodný v případě, že problematika hmotnosti a jídla se řeší v rámci individuální terapie, nebo, pokud už byla z velké části vyřešena. Skupina nemá předem stanovené úkoly a terapeut je méně direktivní. Tento typ terapie není většinou vhodný jako samostatná metoda léčby anorexie nebo bulimie, ale bývá součástí komplexnějších programů.

Pro skupinovou terapii nesou vhodní extrémně vyhublí pacienti odmítající jídlo, kteří vyžadují intenzivní péči. Je potřeba, aby pacient nejprve překonal období

popírání choroby, extrémní rigidity a apatii příznačné pro počátek léčby a aby začal jíst. Před zařazením do skupiny se doporučuje realimentace a individuální terapie směřující k získání náhledu.

Skupiny s hospitalizovanými pacienty bývají smíšené a jsou na nich obvykle zastoupeni pacienti s mentální anorexií i bulimií. S rostoucím zastoupením anorektiček ve skupině je práce terapeuta obtížnější, neboť anorektičky jsou méně schopny identifikace a vyjádření svých pocitů, jsou více uzavřené, úzkostné,

nepoddajné, zaměřené jen na sebe a pohlčené strachem z jídla a z tloušťky. Jejich postoj k léčbě je často ambivalentní, ve svých postojích bývají proklamativní a snadno přijímají závislou roli dítěte, na které se musí pomalu, o které je třeba se starat a chránit je tak před důsledky jejich chování. Takové postoje se pak stávají předmětem manipulace pacientek se svým okolím. Pacientky se navíc velmi citlivě srovnávají s okolím a jejich pozornost může být soustředěna jen na určitý aspekt reality, v problémech vidí vlastní selhání a důkaz toho, že řešení není možné. Ovšem spíše než řešení hledají způsob, jak problému uniknout. Skupina jim oři vhodném vedení může pomoci relativizovat tyto extrémní postoje, objasnit jejich funkci a logiku a hledat vhodné alternativy.

Přírozeným postojem skupiny je obrana některých symptomů, podpora v negativních postojích a dysfunkčních přesvědčeních, mnohdy i koalice vůči personálu. Kontext stejně poškozených vrstevníků může vytvářet iluzi normalnosti nevhodných postojů a návyků a někdy až svádět k nápodobě. Tyto problematické sociální mechanismy je vodné jasně pojmenovat a v logických souvislostech vývoje problému změny interpretovat. Velkým přínosem pro skupinu mohou být částečně vyléčené pacientky, které představují pozitivní vzor a snadněji vyjadřují své emoce.

Úspěšná, dynamicky orientovaná terapie by měla dát pacientovi příležitost trvalých změn ve společenských vztazích, posílit jeho sebevědomí a schopnost vyrovnat se s emocemi způsobem, který zabraňuje recidivě poruchy. Pacient se ve skupině učí problémy rozpoznávat, překonat nevhodné obranné mechanismy, je konfrontován s nejistotou a se svým strachem, kterému se učí neustupovat. Skupinová terapie dále u pacienta přispívá k oslabení jeho kompetitivnosti, vztahovačnosti, egocentrismu a jednostranné orientaci na problematiku jídla a tělesné hmotnosti.

Rozvoj pracovního vztahu začíná tím , že terapeut zaujímá nehodnotící ,ale současně pevný postoj. Ještě před zařazením nemocného do programu je nutné s ním probrat plán terapie, vysvětlit, s jakými požadavky na pacienta ohledně jídelního režimu, který je vytvořen s ohledem jak na základní poruchu, tak na ostatní pacienty. Při terapii je vhodné vycházet z konkrétních událostí a na sezení udržovat pracovní atmosféru, přičemž je důležité nehodnotit, a neposilovat ta u pacientů pocity viny, ale spíše se zabývat možnostmi změny. Do některých programů jsou zařazeny i zvláštní skupiny pro propouštěné a propuštěné

hospitalizované pacienty, které slouží k plynulému přechodu do ambulantní péče a k prevenci relapsu. Pacientovi umožňují překonat nejistotu spojenou s odchodem z nemocnice a zvyknout si na nároky každodenního života.

1. 9. 3. 1. *Skupinová terapie pro rodinné příslušníky a pro přátele*

Rodičovské skupiny si kladou za cíl informovat rodiče o problematice anorexie a bulimie, snížit napětí v rodině a případné obviňování rodičů, vést rodinu k některým změnám jídelních návyků celé rodiny i ve vzájemné komunikaci. Tento typ terapie umožňuje také konfrontaci s jinými rodinami, která jim napomáhá uvědomit si svoji reakci na problém dítěte a míru, nakolik již ovlivňuje život rodiny. Snižuje se tak zátěž pro vztah obou rodičů a napětí v rodině a současně se rodina snaží vyhnout konfliktu s dítětem a delegovat řešení jinam. Rodičovské skupiny jsou otevřené a mají v zásadě dvojí formát. Rodiče postupně hovoří o svém dítěti, jeho a svých problémech, nebo je skupina věnována určitému tématu, o němž se diskutuje. Terapie je zaměřena na to, aby rodiče dokázali jednat z pozice vlastního strachu a převzít kontrolu nad problematickým chováním své dcery a neustoupili její manipulaci.

Rodičovské skupiny obvykle nemají za cíl nahradit rodinnou nebo manželskou terapii a léčit rodinu nemocného, ale spíše ji usnadňují. Oproti rodinné terapii, které se účastní i pacienti, jsou skupiny s rodinnými příslušníky obvykle méně konfrontační.

1. 9. 4. *Terapie mentální anorexie v oblasti výživy*

Podle výzkumů léčby mentální anorexie bylo prokázáno, že návrat k přiměřené hmotnosti automaticky neodstraní narušené jídelní chování postojů k jídlu, které se u pacientek vyskytují. Terapeutický režim se proto zpočátku zaměřuje na

nápravu stavu výživy a na normalizaci jídelního chování, zmírnění úzkosti spojené s jídlem a poskytnutí přesných informací o výživě.

Cílem dietní léčby je:

- dosáhnout a udržet normální stav výživy u dospělých a normální tělesný růst u adolescentů,
- nastolit normální jídelní chování,
- podporovat normální postoj k jídlu,
- vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení.

Primárním cílem péče o výživu je obnovit normální tělesnou hmotnost, která může být u dospělého člověka definována jako taková hmotnost, při níž se člověk cítí fyzicky zdravý a kterou si může udržet, když bez omezování přijímá normální zdravou stravu, u adolescentů je pak cílem hmotnost, při níž jsou fyzicky zdraví a pokračují v normálním tělesném růstu. U dospělých pacientů by se měla pohybovat v rozmezí BMI (indexu tělesné hmotnosti) 20 až 25, u dětí a adolescentů se místo BMI používají pediatrické růstové tabulky.

Doporučený příjem energie u zdravých adolescentů s normální tělesnou hmotností se pohybuje mezi 8400 kJ (2000 kcal) a 10 000 kJ (2400 kcal) u 13-až 18letých dívek a 9800 kJ (2300 kcal) a 13 500 kJ (3200 kcal) u stejně starých chlapců. Předepsaná energetická úroveň zpočátku závisí na hodnotě energetického příjmu před léčbou a na současné hmotnosti pacientky, zpravidla je vhodný příjem jen 5000 kJ (1200 kcal). Umožní to určitý nárůst hmotnosti a přizpůsobení trávicího traktu normálnímu množství jídla. Později, úměrně se zpomalením nárůstu hmotnosti se energetický příjem zvyšuje, ovšem pokud je pacientka schopna všechna jídla dojíst. Každé zvýšení energetického příjmu se s pacientkami domlouvá a s tím, jak dosahují pokroku, jim je postupně přenechávána větší samostatnost ve výběru jídla. U většiny pacientek je k dosažení normální hmotnosti třeba denní energetický příjem nad 12 550 kJ (3000 kcal).

důležitým úkolem terapie je poskytnout pacientkám přesné informace o potřebné výživě a energetickém příjmu, přičemž pozornost by měla věnovat těmto tématům:

- fyzické a psychické následky přehnaného dodržování diet, hladovění a špatné výživy;
- energetická hodnota potravin;

- měnící se požadavky na dietu s rostoucí hmotností;
- dynamika energetického příjmu, aktivity a kontroly hmotnosti;
- požadavky na výživu nutné k dobrému zdraví a udržení hmotnosti;
- nebezpečí purgativního chování.

Nejúčinnějšími prostředky k dosažení změny v přesvědčení a postoju pacientek jsou:

- porozumění na základě správných informací;
- osobní zkušenost, že návrat ke zdravé tělesné hmotnosti a výživě příznivě ovlivňuje zdraví a energii;
- stála podpora a posilování.

Dietní léčba nekončí dosažením zdravé tělesné hmotnosti. Pacientky potřebují další dietní vedení, které jim pomáhá přizpůsobit se normálnímu energetickému příjmu, při němž si udrží svou hmotnost a mohou jíst bez omezování různé potraviny. V tomto období se však může vrátit jejich rigidní nepřiměřené chování a úzkosti spojené s jídlem, a proto si potřebují osvojit spontánní, uvolněné chování při jídle. Když se jídelní chování normalizuje a pacientka je schopna si udržovat zdravou tělesnou hmotnost, sezení s terapeutem mohou postupně přestat. Další diskuse o jídle by mohly uchovávat závislost a nepřirozené zaměření na otázky jídla. Mentální anorexie však často přetrvává několik let, a proto je pro dlouhodobou rehabilitaci pacientek nutná i stálá dietní terapie.

1. **9. 5. Standardy léčby poruch příjmu potravy v České republice**

V posledních desetiletích vznikají léčebné postupy, založené na vědecky ověřených datech, ve většině vyspělých států. Následně jsou revidovány v periodách 2 – 5 let, podle nárůstu nových poznatků. Postupy pro poruchy příjmu potravy jsou vypracovány i v různých modifikacích pro jednotlivé odborníky, kteří se s problematikou setkávají (pro praktické lékaře, pediatry, nutricionisty, pro odborníky ostatních oborů, pro laickou veřejnost). Standardy jsou většinou dostupné již na internetu. V České republice vznikají v oblasti poruch příjmu potravy standardy léčby společně se standardy pro ostatní psychiatrické diagnózy a současně se zahraničními. Standardy Americké psychiatrické společnosti pro poruchy příjmu potravy vznikly poprvé v roce 1993

i s ukázkami typických kasuistik. Anglická odborná společnost vydala standardy NICE 2004. Naše léčebné standardy pro psychiatry vznikly v roce 1994. **(19.)** Obecně nejvíce informací v odborné literatuře se týká léčby bulimie, ačkoli u odborníků převládá snaha věnovat více úsilí léčbě mentální anorexie a atypických forem poruch příjmu potravy (EDNOS), u nichž chybí ještě dostatek informací o účinných intervencích. Kromě doplňování vědecky podložených léčebných postupů usilují odborníci co nejdříve o rozšíření znalostí mezi další specialisty a kliniky.. Současně se usiluje o garanci a monitorování léčebných postupů, aby

ověřeným metodám odpovídaly. Zavedení doporučených postupů do praxe však vyžaduje i snahu při hledání nejvhodnějších způsobů financování **(18.)**

2. Cíl práce a hypotézy

2. 1. Cíl práce

Cílem práce bylo zjištění, do jaké míry a jakým způsobem se sociální skupina podílí na:

- a. utváření stravovacích návyků a postojů
- b. vnímání vlastního tělesného schématu jedince
- c. ovlivnění ozdravného procesu
- d. prevenci relapsu obtíží
- e. přeměně interpersonálních vztahů (vrstevnických, rodinných)
- f. hodnotové orientaci
- g. vztahu ke školnímu výkonu

2. 2. Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny na základě studia odborné literatury provedené v roce 2008:

- H.1 Předpokládáme, že studentky gymnázia budou mít nižší tělesnou hmotnost, čímž budou vykazovat větší spokojenost s vlastním tělem, než studentky střední zdravotnické školy a odborných učilišť. Zároveň u studentek gymnázia předpokládáme vyšší podíl úzkostnosti, jež by se měla mj. promítnout i do zvýšené pozornosti věnované vlastnímu tělu a udržování si stále optimální tělesné hmotnosti.
- H.2 S rostoucí tělesnou hmotností bude vzrůstat zároveň nespokojenost dívek s vlastním tělem.

H.3 Studentky Střeni zdravotnické školy a středních odborných učilišť si častěji budou přát zhubnout.

3. Metodika

3. 1. Způsob řešení problému

V diplomové práci byl použit kvantitativní výzkum technikou dotazníků. Dotazníkové šetření bylo provedeno osobně v populaci studentek gymnázia, střední odborné školy a středního odborného učiliště a to ve školním prostředí. Dotazník byl anonymní, obsahoval 29 otázek, z nichž 16 bylo zavřených, 11 polootevřených a 2 otevřené otázky. Otázky byly koncipovány ve snaze postihnout případné primární symptomy možného počátku a vzniku poruchy příjmu potravy. U některých otázek byla možnost označit více odpovědí. Na vyplnění dotazníku měly studentky 10 až 15 minut, ovšem . Celem bylo rozdáno 270 dotazníků, celková návratnost dotazníků byla 100 %, ačkoli 21 dívek jej nevyplnilo kompletně, přičemž z každé školy bylo získáno 90 plnohodnotných dotazníků. Grafy a příslušné tabulky obsažené ve výzkumné části byly zpracovány na počítači v programu MS Excel a prezentují zjištěné výsledky šetření jsou uvedeny v absolutních číslech a v procentech.

3. 2. Vymezení souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen 270 dívkami z jedné střední odborné školy, dvou učilišť a dvou gymnázií z Českých Budějovic ve věku 15 až 18 let. Výzkum byl proveden v únoru, březnu a dubnu roku 2008. Soubor byl rozdělen podle odpovídajícího typu škol.

3. 4. Faktory ovlivňující výběr souboru:

- a) podstatně vyšší výskyt poruch příjmu potravy u ženského pohlaví

- b) nejvyšší výskyt poruch příjmu potravy v rozmezí 15 – 18 lety
- c) počátek onemocnění obvykle mezi 13 – 18 rokem života
- d) heterogenita souboru – školy s rozdílnou specializací a typem studia

4. Výsledky a jejich interpretace:

Tabulka 1. Hodnoty celého souboru – výška, hmotnost, BMI (286 respondentek)

	Rozmezí hodnot	Aritmetický průměr	modus	medián
Výška (cm)	151 - 182	141, 24	165	168
Hmotnost (kg)	41 - 91	52, 54	55	58
BMI*	16, 4 – 35, 2	20, 68	19, 9	20, 5

* **BMI**, Index tělesné hmotnosti. *Body mass index* je hodnota vypočtená podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou. Normální váhu přitom určují hodnoty **BMI** mezi 18,5 a 25. Osoby, jejichž BMI má hodnotu pod 18,5, trpí pravděpodobně podvýživou. Hodnota **BMI** nad 25 ukazuje na nadváhu, nad 30 pak na obezitu. **(22.)**

Tabulka 2. Gymnázium České Budějovice (90 respondentek)

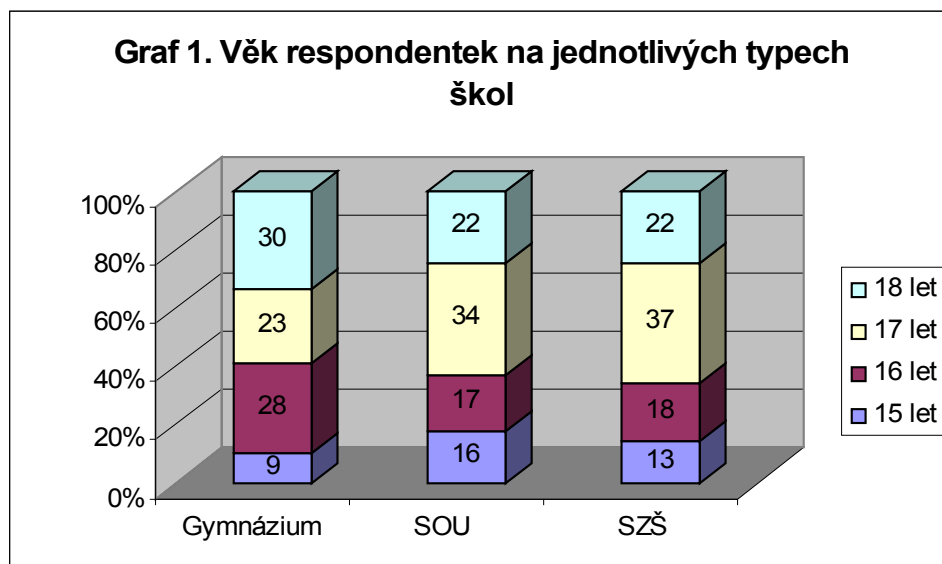
	Rozmezí hodnot	Aritmetický průměr	modus	medián
Výška (cm)	151,0 - 181,0	167, 8	165,0	168,0
Hmotnost (kg)	41, 0 – 75, 0	54, 9	54, 0	54, 0
BMI*	16, 4 – 26, 4	20, 1	19, 2	19, 7

Tabulka 3. Střední odborné učiliště České Budějovice (90 respondentek)

	Rozmezí hodnot	Aritmetický průměr	modus	medián
Výška (cm)	154,0 – 180,0	175,0	156,0	170,0
Hmotnost (kg)	42,0 – 80,0	60,2	60,0	58,0
BMI*	16,4 – 34,8	22,1	21,0	20,8

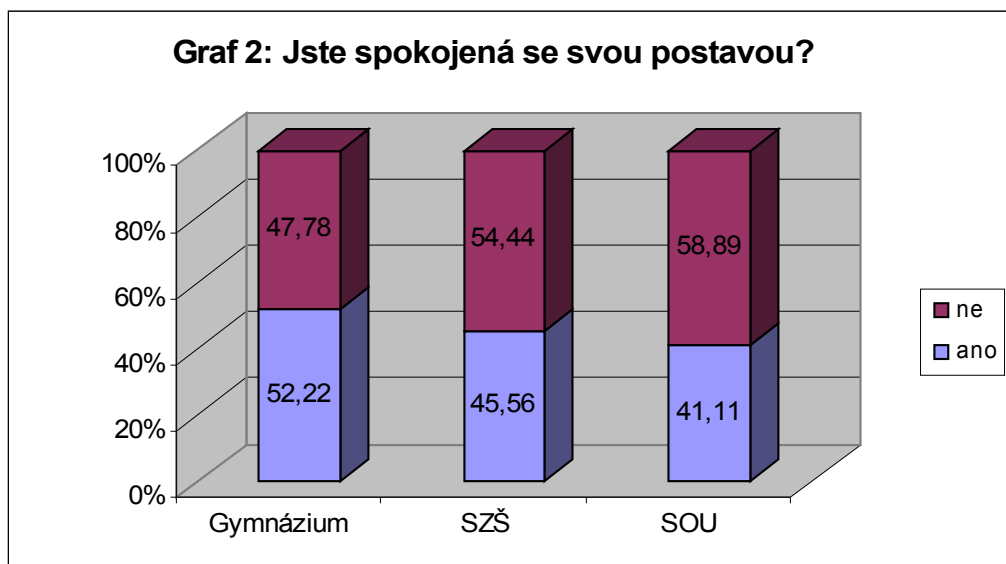
Tabulka 4. Střední odborná škola zdravotnická České Budějovice (90 respondentek)

	Rozmezí hodnot	Aritmetický průměr	modus	medián
Výška (cm)	152,0 – 182,0	168,4	170,0	168,0
Hmotnost (kg)	46,0 – 91,0	63,9	55,0	60,0
BMI*	16,8 – 35,2	21,7	21,9	21,2



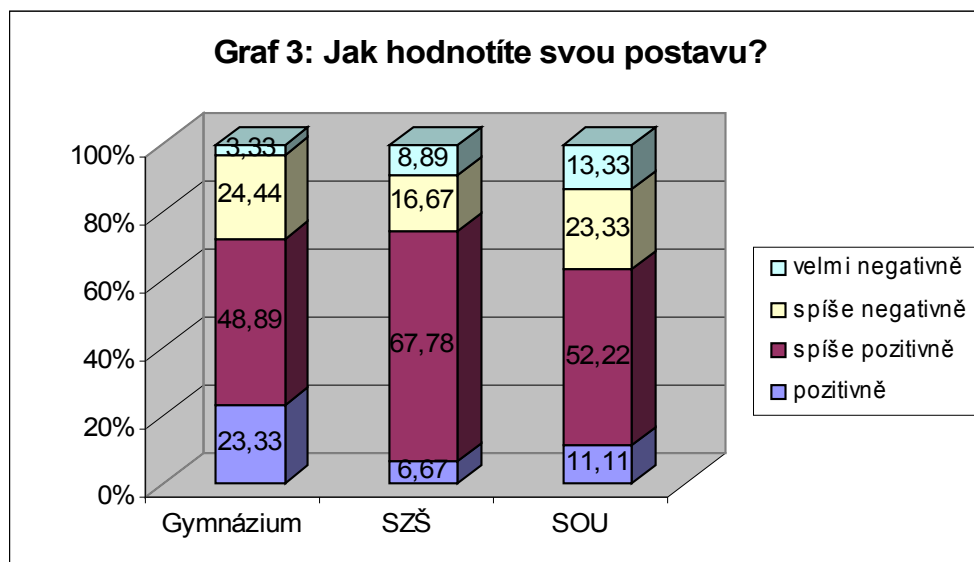
Zdroj: vlastní výzkum

Zastoupení věkových skupin na jednotlivých typech škol bylo následující: na gymnáziu bylo 9 respondentkám (3, 3 %) 15 let, 28 (10, 3 %) 16 let, 23 (8, 6 %) 17 let a 30 studentkám (11, 2 %) 18 let. Na středním odborném učilišti bylo 15 let 16 respondentkám (5, 9 %), 16 let 17 studentkám(6, 3 %), 17 let 34 dívkám (12, 6 %) a 18 let 22 dotazovaným (8, 2 %). Na Střední zdravotnické škole bylo 15 let 13 studentkám (4, 8 %), 16 let 18 dívkám (6, 7 %), 17 let 37 dotazovaným (13, 8 %) a 18 let 22 respondentkám (8, 2 %). 1 studentka (0, 4 %) nevedla svůj věk.



Zdroj: Vlastní výzkum

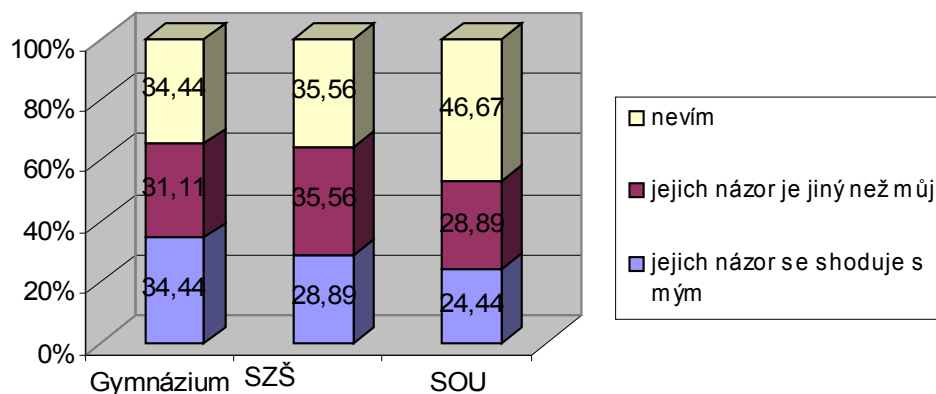
Na otázku týkající se spokojenosti s vlastní postavou odpovídalo 270 respondentek. 52,22 % studentek gymnázia bylo s vlastní postavou spokojeno, stejně tak 45,56 % studentek SZŠ a 41,11 % studentek SOU. Nespokojeno bylo 47,78 % gymnázia, 54,44 % studentek SZŠ a 58,89 % dívek s SOU.



Zdroj: Vlastní výzkum

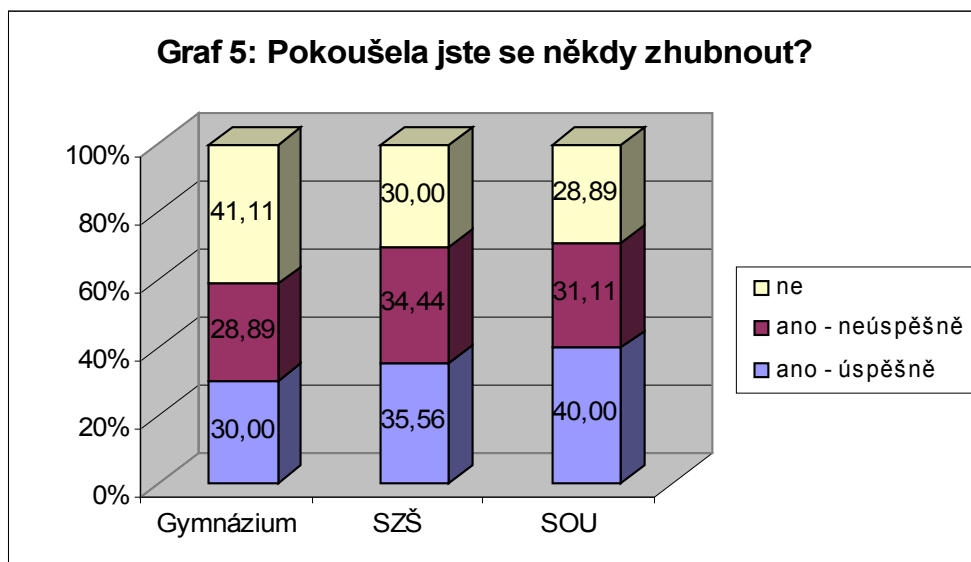
23,33 % respondentek z gymnázia uvedlo, že je zcela spokojeno se svou postavou a nechtěla by na ní nic měnit, stejně tak i 6,67 % ze SZŠ a 11,11 % z SOU. 48,89 % gymnazistek hodnotí svou postavu spíše pozitivně, i když má občas dojem, že by na sobě mohlo více zapracovat, současně i 67,78 % ze SZŠ a 52,22 % z SOU. 24,44 % respondentek z gymnázia hodnotí svou postavu spíše negativně a několikrát se pokoušelo zhubnout, stejně tak i 16,67 % ze SZŠ a 23,33 z SOU. 3,33 % dívek z gymnázia vnímá svou postavu velmi negativně a velmi by si přálo zhubnout, včetně 8,89 % dotazovaných ze SZŠ a 13,33 % z SOU.

Graf 4: Jak se domníváte, že Vás (Vaši postavu) vnímá Vaše okolí?



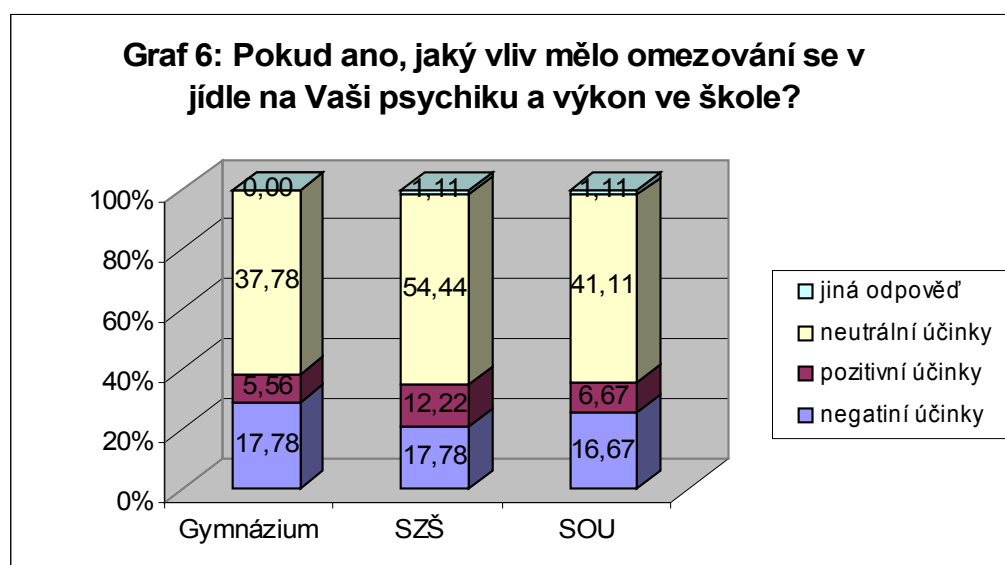
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku týkající se vnímání vlastní postavy svým okolím odpovědělo 34,44 % respondentek, že se jejich názor shoduje s názorem ostatních, včetně 28,89 % ze SZŠ a 24,44 % z SOU. Názor 31,11 % gymnazistek se podle jejich mínění odlišuje od názoru ostatních, stejně tak 35,56 % dívek ze SZŠ a 28,89 % z SOU. 34,44 % studentek gymnázia, 35,56 % SZŠ a 46,67 % z SOU nedokázalo na otázku odpovědět.



Zdroj: Vlastní výzkum

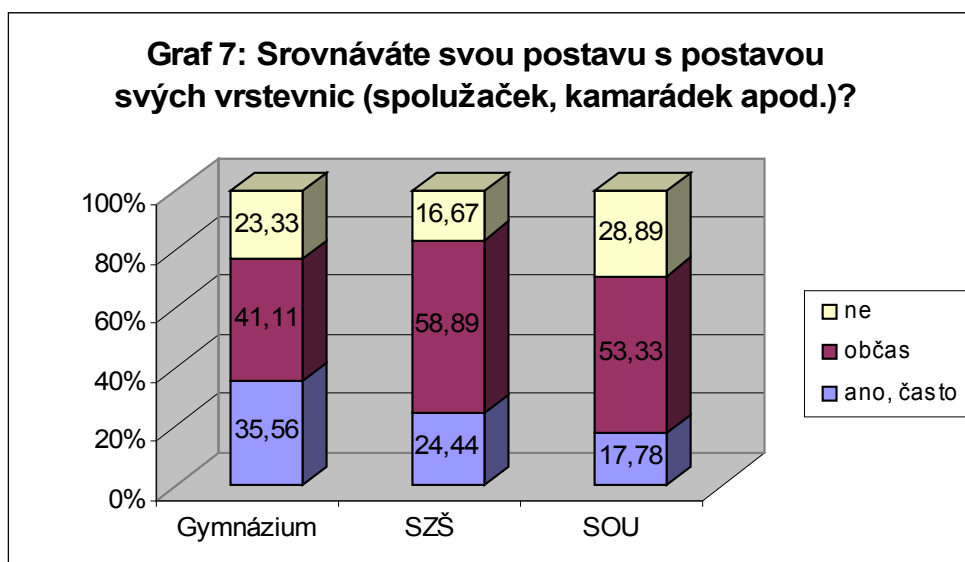
Na otázku týkající se snahy vybraného vzorku respondentek o snížení své tělesné hmotnosti uvedlo 30, % gymnazistek, 35, 56 % studentek SZŠ a 40 % z SOU, že se pokoušelo zhubnout s dosažením očekávaného výsledku. 28, 89 % respondentek z gymnázia, 34, 44 % ze SZŠ a 31, 11 % z SOU se pokoušelo zhubnout ovšem bez očekávaného výsledku a 41, 3 % dívek z gymnázia, 30, % ze SZŠ a 28, 89 % z SOU uvedlo, že se nikdy nepokoušelo o snížení své tělesné hmotnosti.



Zdroj: Vlastní výzkum

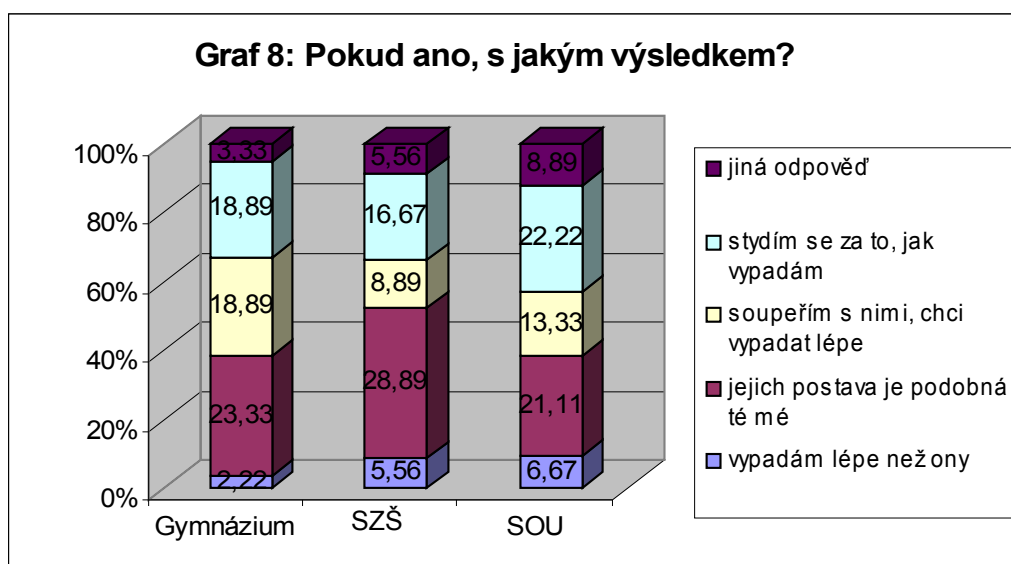
Z celkového počtu 180 respondentek, které se pokoušelo o snížení své tělesné hmotnosti, 17, 78 % gymnazistek a studentek SZŠ spolu s 16, 67 % dívek z SOU uvedlo, že se u nich omezování se v jídle projevvalo podrážděností, výkyvy nálad, nižším sebevědomím, nesoustředěností, zhoršení vztahů s přáteli a s rodiči.

5, 56 % respondentek z gymnázia, 12, 22 % z SZŠ a 6, 67 % z SOU omezování se v jídlu pozitivně ovlivnilo jejich sebevědomí, celkové zlepšení vztahů s rodiči a přáteli, včetně školních výsledků a celkovou spokojenost sama se sebou. 37, 78 % gymnazistek, 54, 44 % studentek SZŠ a 41, 11 % z SOU 66, 7 % uvedlo, že je držení diety v tomto směru nijak neovlivnilo a 1, 11 % dívek ze SZŠ a SOU uvedlo jinou odpověď.



Zdroj: Vlastní výzkum

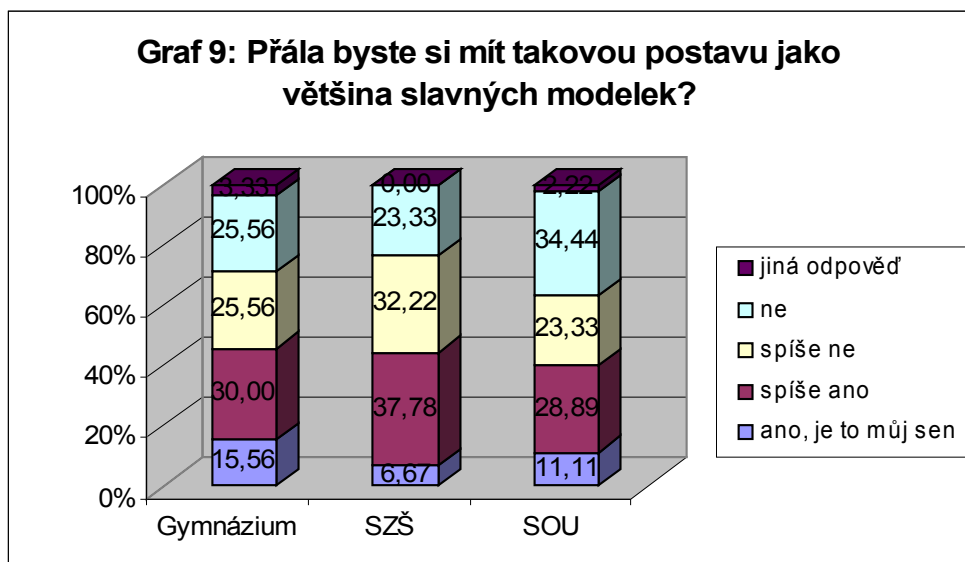
Na otázku týkající se porovnávání postavy s postavami vrstevnic odpovědělo 35,56 % gymnazistek, 24,44 % studentek SZŠ a 17,78 % z SOU kladně, 41,11 % respondentek z gymnázia, 58,89 % ze SZŠ a 53,33 % občas a 23,33 % gymnazistek, 16,67 % dívek ze SZŠ a 28,89 % z SOU záporně.



Zdroj: Vlastní výzkum

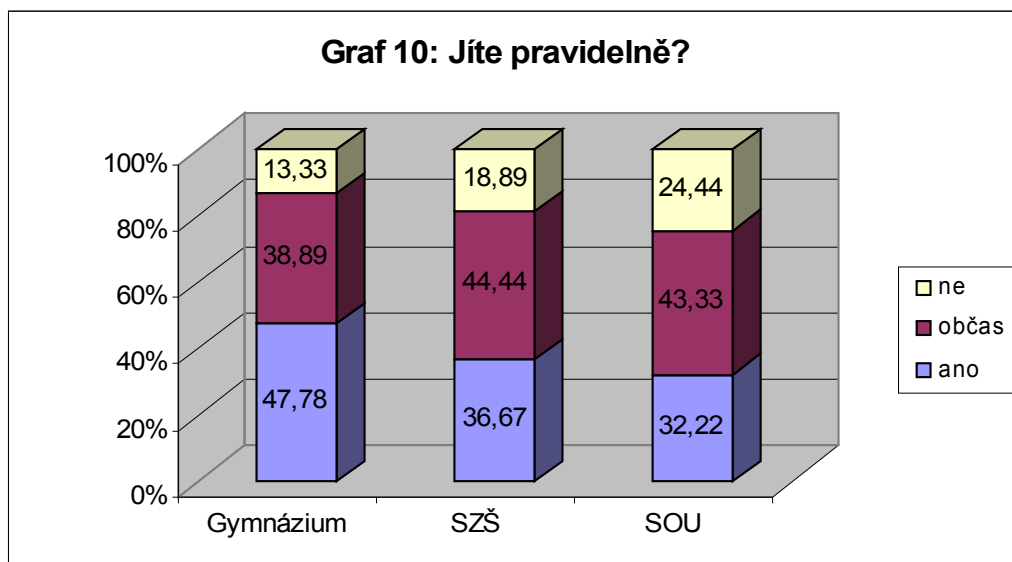
Z respondentek, které na předchozí otázku odpovědělo kladně, se 2,22 % gymnazistek, 5,56 % dívek ze SZŠ a 6,67 % z SOU domnívá, že vypadají lépe než jejich vrstevnice. 23,33 % gymnazistek, 28,89 % respondentek ze SZŠ a 21,

11 % z SOU se domnívá, že vypadá podobně, 18, 89 % studentek gymnázia, 8, 89 % ze SZŠ a 13, 33 % z SOU údajně soupeří mezi sebou a chce vypadat lépe než jejich vrstevnice. 18, 89 % gymnazistek, 16, 67 % dívek ze SZŠ a 22, 22 % z SOU se v porovnání se svými vrstevnicemi stydí za to, jak vypadá a 3, 33 % dívek z gymnázia, 5, 56 % ze SZŠ a 8, 89 % z SOU zvolilo jinou odpověď.



Zdroj: Vlastní výzkum

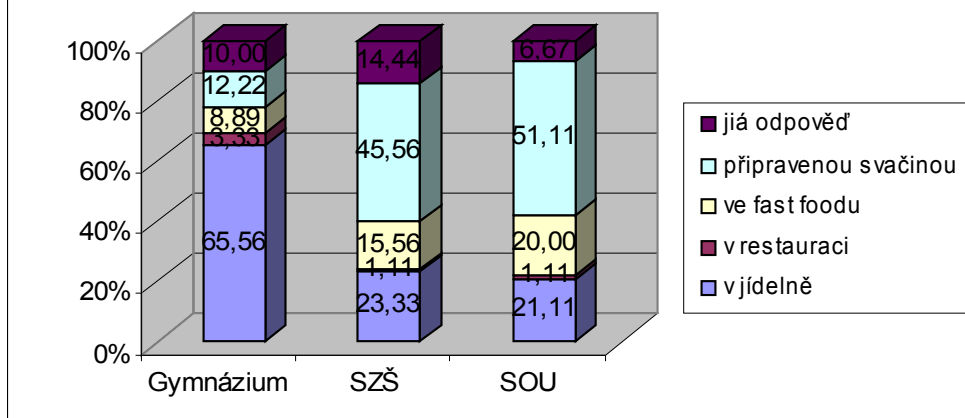
Na otázku zjišťující přání dívek mít takovou postavu jako většina slavných modelek, resp. míru vlivu kultu štíhlosti na současné mladé dívky, odpovědělo 15, 56 gymnazistek, 6, 67 % dívek ze SZŠ a 11, 11 % z SOU kladně a zároveň připustilo, že mít takovou postavu jako většina modelek je jejich tajný sen, 30 % respondentek z gymnázia, 37, 78 % ze SZŠ a 28, 89 % z SOU odpovědělo spíše kladně a zároveň připustilo fakt, že se většina modelek musí velmi omezovat v jídle. 25, 56 % gymnazistek, 32, 22 % z SZŠ a 23, 33 % z SOU odpovědělo spíše záporně a zároveň dodalo, že je se svou postavou spokojeno. 25, 56 dívek z gymnázia, 23, 33 % z SZŠ a 34, 44 % z SOU odpovědělo záporně a 3, 33 % dívek z gymnázia a 2, 22 % z SOU zvolilo jinou odpověď.



Zdroj: Vlastní výzkum

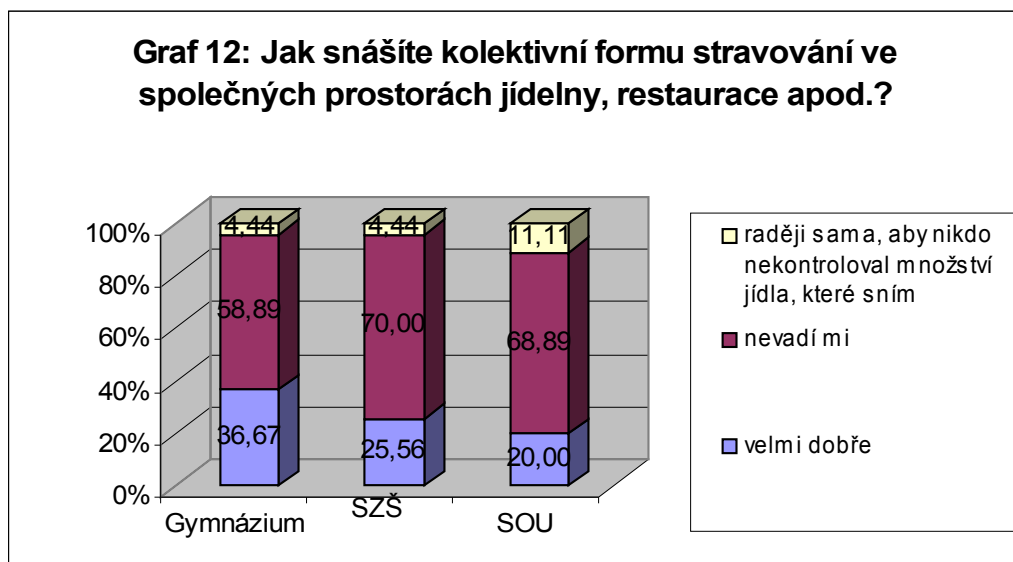
Na otázku zjišťující pravidelné, resp. nepravidelné stravování dívek odpovědělo 47,78 % gymnazistek, 36,67 % studentek z SZŠ a 32,22 % z SOU kladně. 38,89 % respondentek z gymnázia, 44,44 % ze SZŠ a 43,33 % z SOU připustilo, že občas některé z hlavních jídel vynechá a 13,33 % gymnazistek, 18,89 % studentek SZŠ a 24,44 % učeněk odpovědělo záporně.

Graf 11: Pokud jste ve škole, jakým způsobem se stravujete v době oběda?



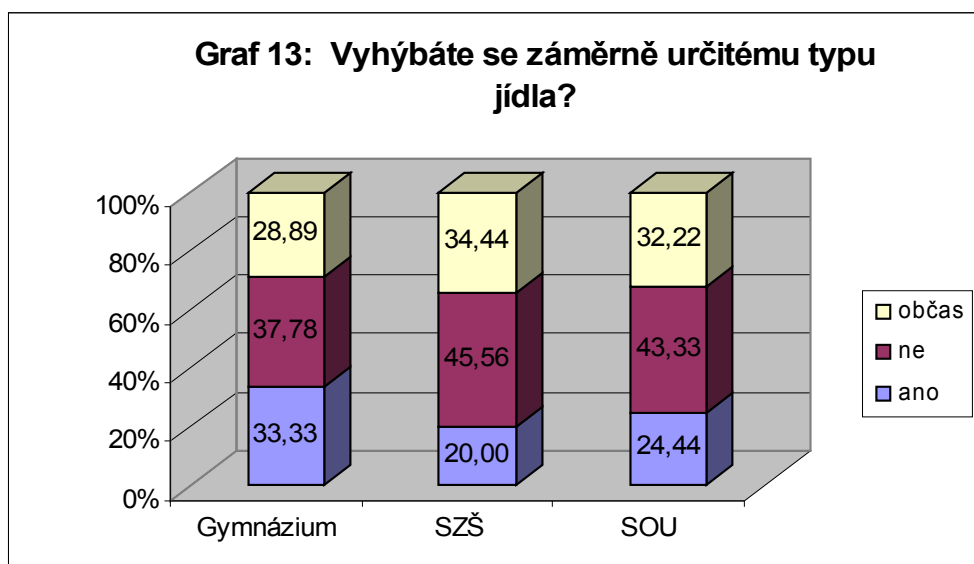
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující způsob stravování dívek v době oběda za jejich pobytu ve škole se stravuje ve školní jídelně 65,56 % gymnazistek, 23,33 studentek SZŠ a 21,11 % učeněk. V restauraci obědvá 3,33 % studentek gymnázia a 1,11 % ze SZŠ a SOU. Ve fast foodu se v poledne stravuje 8,89 % gymnazistek, 15,56 % dívek ze SZŠ a 20 % z SOU. Připravenou svačinou 12,22 % respondentek z gymnázia, 45,56 % ze SZŠ a 51,11 % z SOU. Jinou odpověď uvedlo 10 % gymnazistek, 14,44 % studentek SZŠ a 6,67 % učeněk.



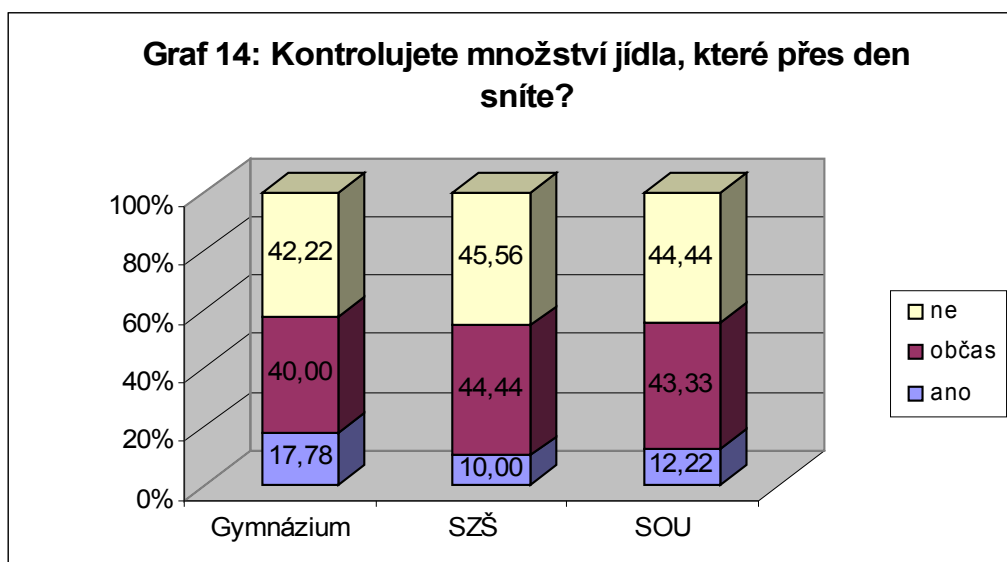
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující, jak dívky snášejí kolektivní formu stravování odpovědělo 36,67 % gymnazistek, 25,56 % studentek SZŠ a 20 % učenek, že tento způsob stravování snáší velmi dobře a zároveň připustilo, že si ráda vychutná oběd ve společnosti svých spolužáků a kamarádů. 58,89 % studentek gymnázia, 70 % SZŠ a 68,89 % z SOU uvedlo, že jim tento způsob stravování nevadí a 4,44 % gymnazistek a dívek ze SZŠ včetně 11,11 % učnic uvedlo, že jí raději samo, v ústraní, aby nikdo nekontroloval množství jídla, které sní.



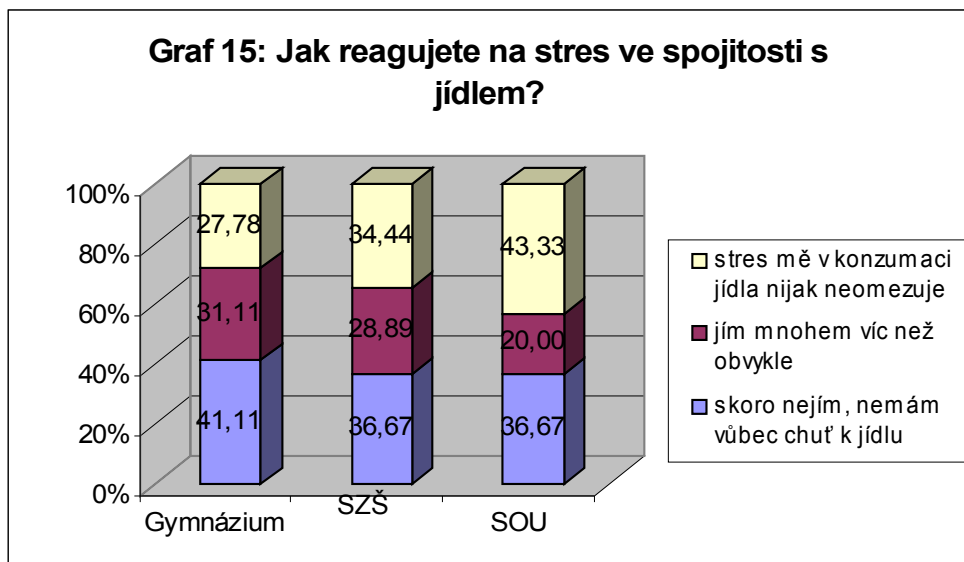
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující stranění se dívek některému typu jídla odpovědělo 33,33 % gymnazistek, 20 % dívek ze SZŠ a 24,44 % z SOU kladně, 37,78 % studentek gymnázia, 45,56 % SZŠ a 43,33 % SOU záporně a 28,89 % gymnazistek, 34,44 % respondentek ze SZŠ a 32,22 % učnic připustilo, že se občas některému jídlu vyhýbá.



Zdroj: Vlastní výzkum

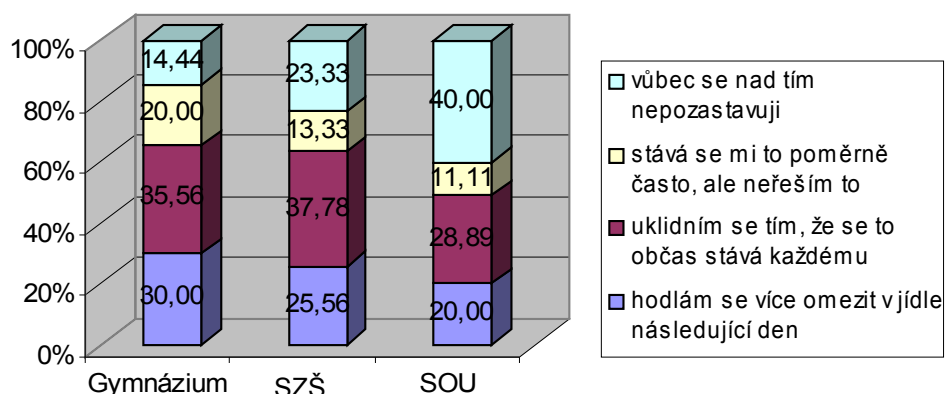
Na otázku zjišťující míru kontroly nad množstvím zkonsumovaného jídla, odpovědělo 17,78 % gymnazistek, 10 % studentek SZŠ a 12,22 % učnic kladně, 40 % respondentek gymnázia, 44,44 % SZŠ a 43,33 % SOU připustilo, že občas množství snědeného jídla kontrolují a 42,22 % dívek na gymnáziu, 45,56 % na SZŠ a 44,44 % na SOU tuto alternativu popřelo.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující způsob vypořádání se dívek se zátěžovými životními situacemi ve spojitosti s jídlem uvedlo 41, 11 % gymnazistek a 36, 67 % studentek SZŠ a SOU, že skoro nejí a zároveň připustilo, že nemá vůbec chuť k jídlu. 31, 11 % respondentek gymnázia, 28, 89 % SZŠ a 20 % SOU doznalo, že jí mnohem víc než obvykle a 27, 78 % gymnazistek, 34, 44 % dívek z SZŠ a 43, 33 % z SOU popřelo, že by je stres v konzumaci jídla nějakým způsobem ovlivňoval.

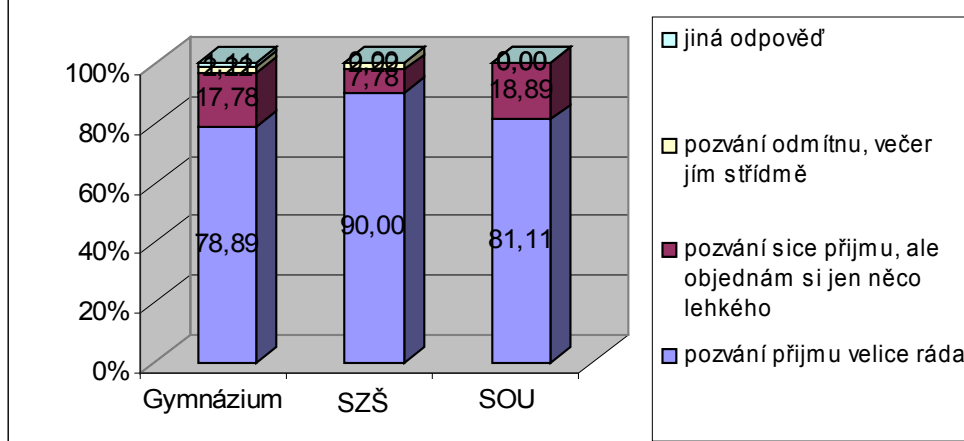
Graf 16: Pokud jste snědla více jídla než obvykle, jaké budou Vaše pocity?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující pocity dívek po zkonsumování většího množství jídla než obvykle uvedlo 30 % gymnazistek, 25, 56 % studentek SZŠ a 20 % SOU, že se hodlá v jídle následující den o to více omezit. 35, 56 % studentek gymnázia, 37, 78 % SZŠ a 28, 89 % SOU uvedlo, že sice má na sebe trochu vztek, ale uklidní se tím, že se to občas stává každému, 20 % gymnazistek, 13, 33 % studentek SZŠ a 11, 11 % učnic připustilo, že se jim to stává poměrně často, ovšem nijak zvlášť to neřeší a 14, 44 % respondentek z gymnázia, 23, 33 % z SZŠ a 40 % z SOU uvedlo, že se nad tím vůbec nepozastavuje.

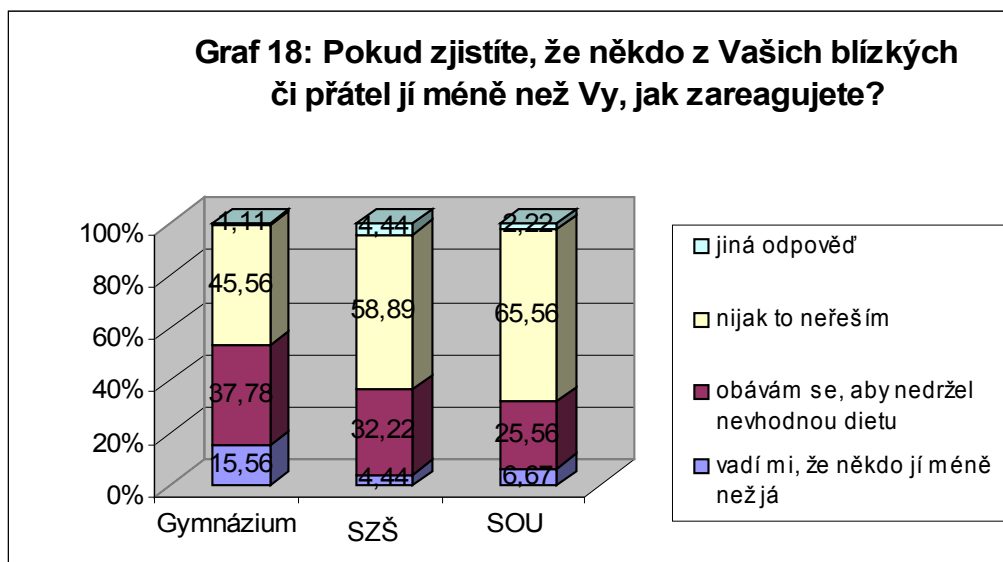
Graf 17: Jak byste zareagovala na pozvání od přítele (přátele) na společnou večeři?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující reakci dívek na pozvání od přítele (popř. od přátel) na společnou večeři, uvedlo 78,89 % gymnazistek, 90 % studentek SZŠ a 81,11 % SOU, že by pozvání přijalo velice rádo a zároveň přiznalo, že by se těšilo na dobré jídlo a příjemnou společnost. 17,78 % studentek gymnázia, 7,78 % SZŠ a 18,89 % SOU uvedlo, že by pozvání sice přijalo, ovšem k jídlu by si objednalo jen něco lehkého, 2,22 % dívek z gymnázia a ze SZŠ připustilo odmítnutí pozvání, s odůvodněním, že jí večer střídavě a bojí se, že by přibralo a 1,11 % dívek uvedlo jinou odpověď.

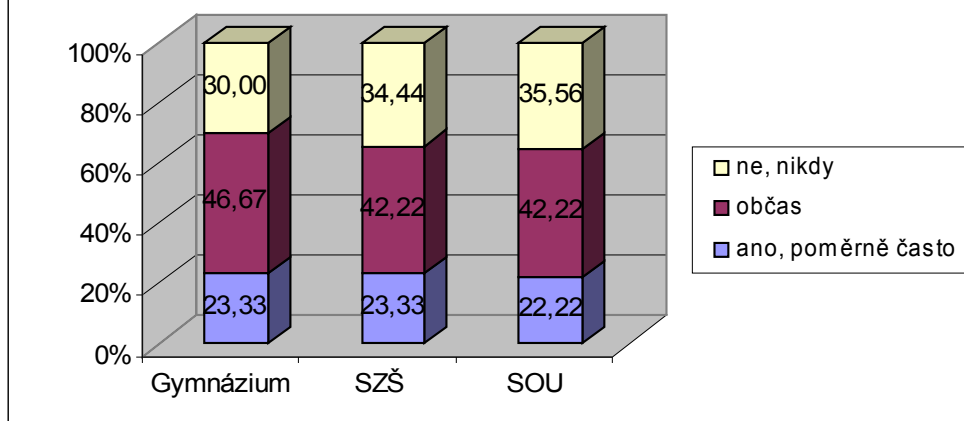
Graf 18: Pokud zjistíte, že někdo z Vašich blízkých či přátel jí méně než Vy, jak zareagujete?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zkoumající reakci dívek na zjištění, že někdo z okruhu jejich blízkých či přátel jí méně než ony samy, odpovědělo 15,56 % gymnazistek, 4,44 % studentek SZŠ a 6,67 % SOU že jim vadí, pokud jí někdo méně než ony a snaží se ho do jídla přinutit. 37,78 % respondentek gymnázia, 32,22 % SZŠ a 25,56 % SOU uvedlo, že se pokusí s dotyčnou osobou promluvit, neboť má obavy, aby nedržela nějakou nevhodnou dietu. 45,56 % dívek studujících na gymnáziu, 58,89 % na SZŠ a 65,56 % na SOU uvedlo, že by tuto situaci nijakým způsobem neřešilo a 1,11 % gymnazistek, 4,44 % studentek SZŠ a 2,22 % učnic uvedlo jinou odpověď.

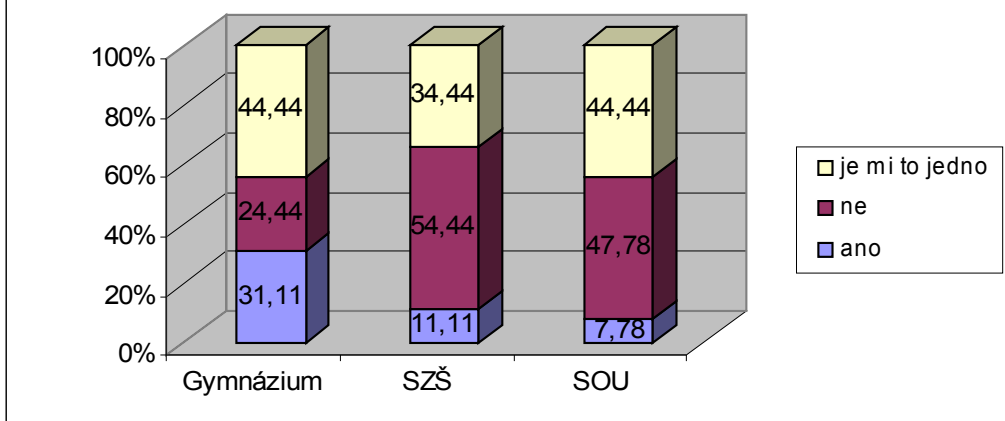
Graf 19: Drží (popř. držel) někdo z Vaší rodiny dietu/ diety?



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka týkající se držení diet v rodinách respondentek zjistila, že u 23,33 % dotazovaných dívek z gymnázia a SZŠ včetně 22,22 % dívek z SOU poměrně často některý z členů rodiny drží dietu. 46,67 % gymnazistek a 42,22 % dívek ze SZŠ a SOU uvedlo, že některý člen jejich rodiny drží dietu pouze občas a 30 % respondentek z gymnázia, 34,44 % ze SZŠ a 35,56 % z SOU popřelo, že by někdo z jejich rodiny držel dietu.

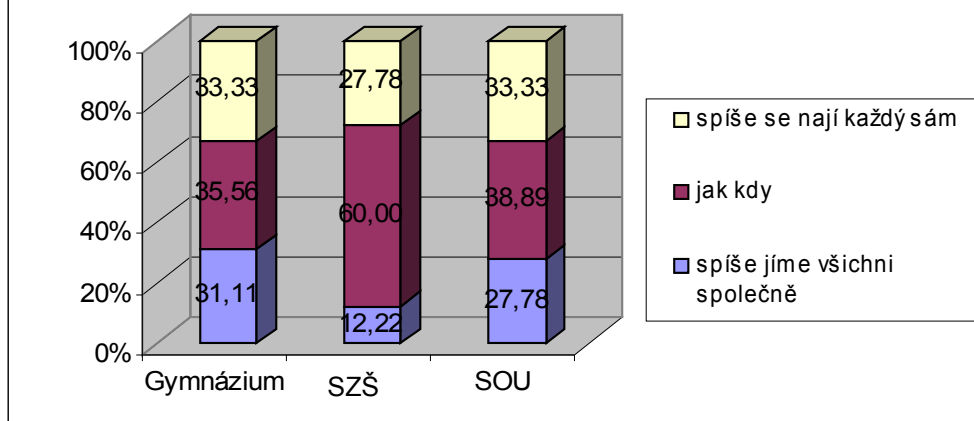
Graf 20: Je Vám držení diety u některého člena Vaší rodiny nepříjemné?



Zdroj: Vlastní výzkum

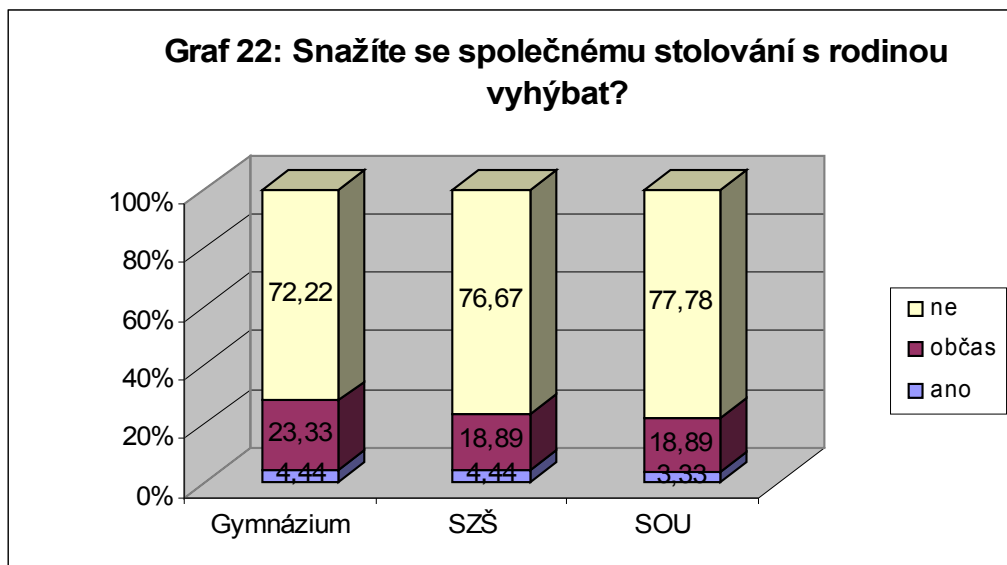
Na základě otázky zjišťující pocity dívek z držení diety u některého člena svojí rodiny odpovědělo 31, 11 % gymnazistek, 11, 11 % studentek SZŠ a 7, 78 % SOU, že je jim držení diety některého člena rodiny nepříjemné. 24, 44 % studentek gymnázia, 54, 44 % SZŠ a 47, 78 % SOU tuto alternativu popřelo a 44, 44 % % dívek z gymnázia a SOU spolu s 34, 44 % dívek ze SZŠ zaujalo k situaci neutrální postoj.

Graf 21: Stolujete s rodinou společně nebo jíte každý sám?



Zdroj: Vlastní výzkum

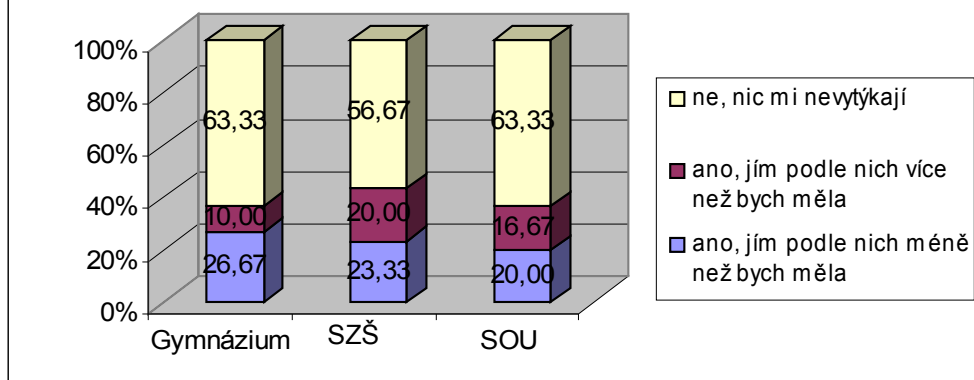
Na otázku týkající se společného stolování s rodinou odpovědělo 31, 11 % gymnazistek, 2, 22 % studentek SZŠ a 27, 78 % učnic, že spíše jí celá rodina společně. 35, 56 % studentek gymnázia, 60 % SZŠ a 38, 89 % SOU uvedlo, že záleží na situaci a 33, 33 % respondentek z gymnázia a SOU, včetně 27, 78 % dívek ze SZŠ doznalo, že spíše jedí jednotliví členové rodiny samostatně, podle jejich příchodu domů.



Zdroj: Vlastní výzkum

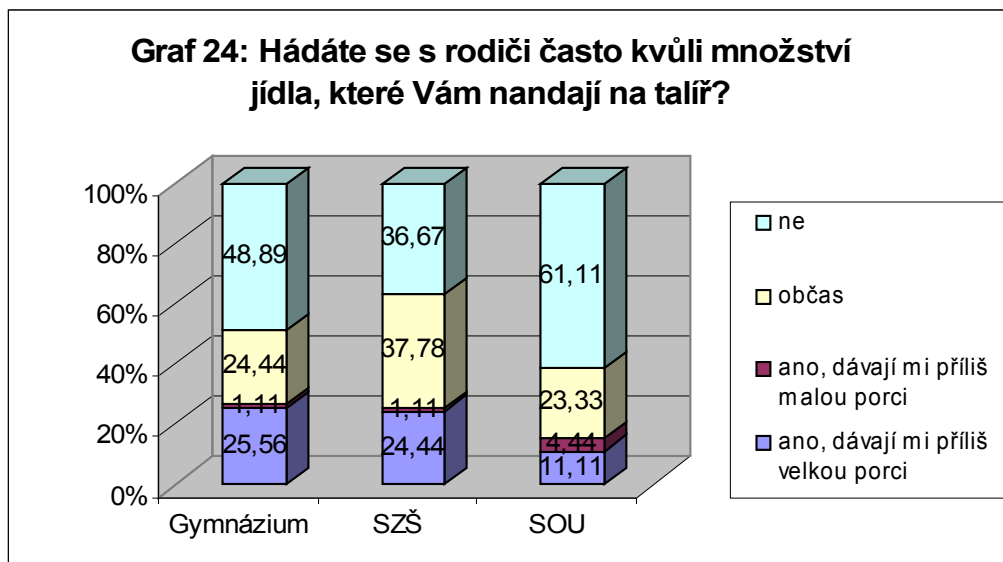
Na otázku zjišťující, zda se respondenty snaží společnému stolování s rodinou vyhýbat, odpovědělo 4,44 % gymnazistek a studentek SZŠ, spolu s 3,33 % učnic kladně, 23,33 % studentek gymnázia a 18,89 % dívek ze SZŠ a SOU tuto alternativu připustilo pouze občas a 72,22 % respondentek z gymnázia, 76,67 % ze SZŠ a 77,78 % z SOU odpovědělo záporně.

Graf 23: Vytýkají Vám Vaši rodiče (prarodiče, sourozenci atd.) Vaše stravovací návyky a postoje?



Zdroj: Vlastní výzkum

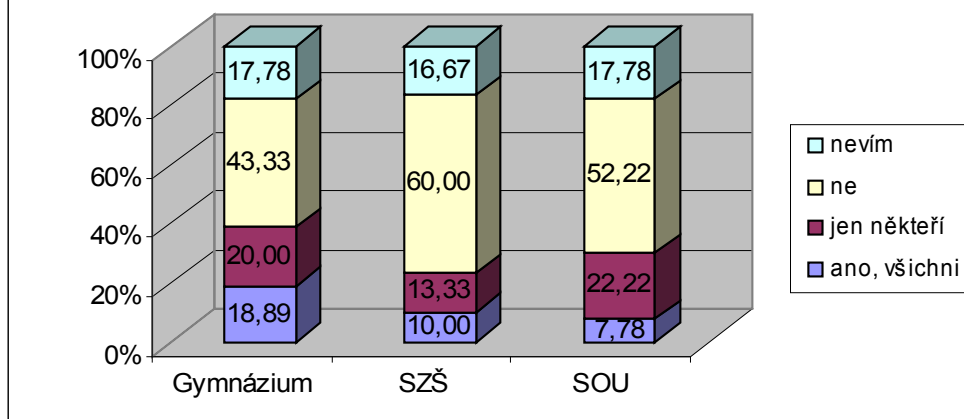
Na otázku zjišťující, zda někteří členové rodin respondentek kritizují jejich stravovací návyky, odpovědělo 26,67 % respondentek gymnázia, 23,33 % SZŠ a 20 % SOU kladně s dodatkem, že podle názoru ostatních členů své rodiny jí méně než by mělo. 10 % gymnazistek, 2 % studentek SZŠ a 16,67 % SOU odpovědělo rovněž kladně, ovšem s dodatkem, že podle názoru ostatních členů rodiny jí více než by mělo a 63,33 % dívek z gymnázia a z SOU, včetně s 56,67 % dívek SZŠ uvedlo, že jim nikdo z rodiny jejich stravovací návyky nevytýká.



Zdroj: Vlastní výzkum

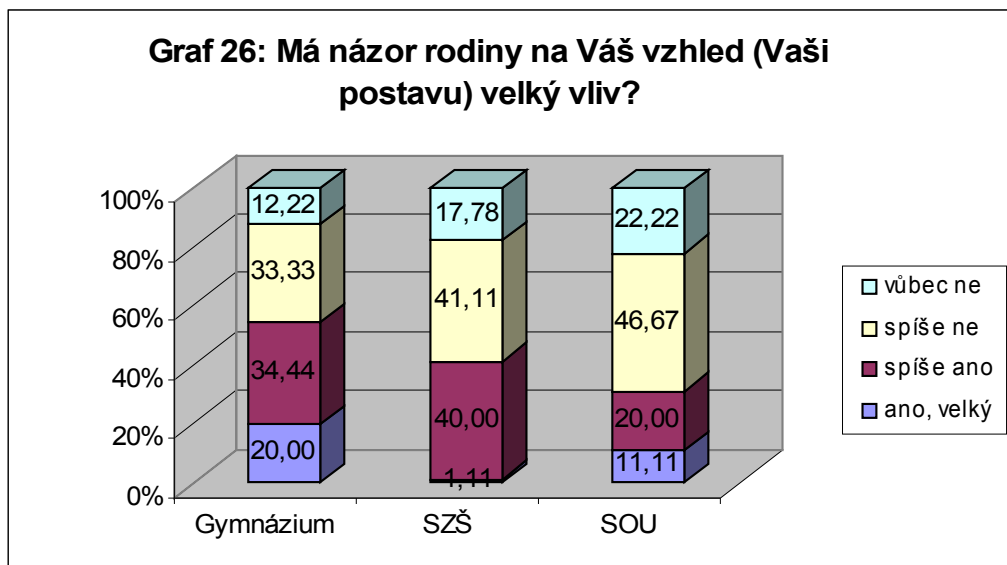
Na otázku zjišťující výskyt případných konfliktů mezi respondentkami a jejich rodiči kvůli množství naservírovaného jídla, 25,56 % dívek z gymnázia, 24,44 % ze SZŠ a 1,11 % z SOU uvedlo, že se s rodiči hádají často, protože nejsou schopny sníst tak velké porce jídla, které jim rodiče nandají na talíř a zároveň dívky připustil, že samy by si nandali menší porci. 1,11 % respondentek z gymnázia a ze SZŠ spolu se studentkami SOU uvedlo opačný případ, a sice, že samy by chtěly sníst větší porci, než jaká jim byla naservírována. 24,44 % studentek gymnázia, 37,78 % SZŠ a 23,33 % SOU uvedlo, že tento konflikt řeší s rodiči jen občas a 48,89 % gymnazistek, 36,67 % studentek SZŠ a 61,11 % učnic odpovědělo na otázku záporně s tím, že jim rodiče v tomto ohledu nic nevytýkají.

Graf 25: Příkladají jednotliví členové Vaší rodiny velký význam tomu, jak kdo vypadá?



Zdroj: Vlastní výzkum

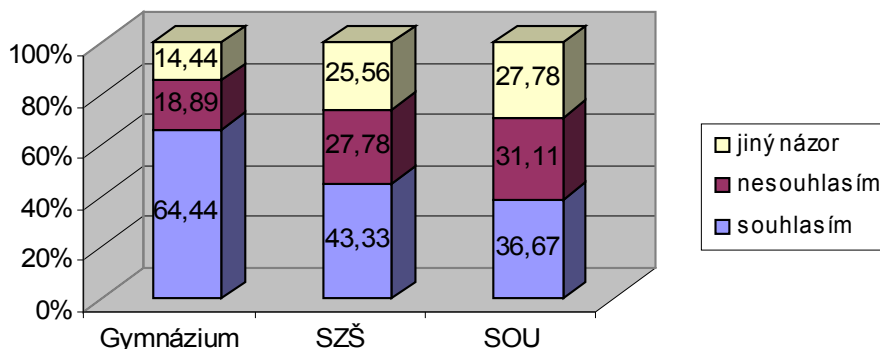
Na otázku zjišťující, zda někdo z členů rodin respondentek přikládá velký význam zevnějšku, odpovědělo 18,89 % gymnazistek, 10 % studentek SZŠ a 7,78 % učnic kladně a doznalo, že tuto tendenci vykazují všichni členové jejich rodiny. 20 % respondentek z gymnázia, 13,33 % ze SZŠ a 52,22 % z SOU potvrdilo tuto tendenci pouze u některých rodinných příslušníků. 43,33 % dívek z gymnázia, 60 % ze SZŠ a 52,22 % z SOU tuto tendenci nepotvrdilo a doznalo, že zevnějšek pro ně není příliš důležitý a 17,78 % gymnazistek a učnic včetně 16,67 % studentek SZŠ na tuto otázku nedokázalo odpovědět.



Zdroj: Vlastní výzkum

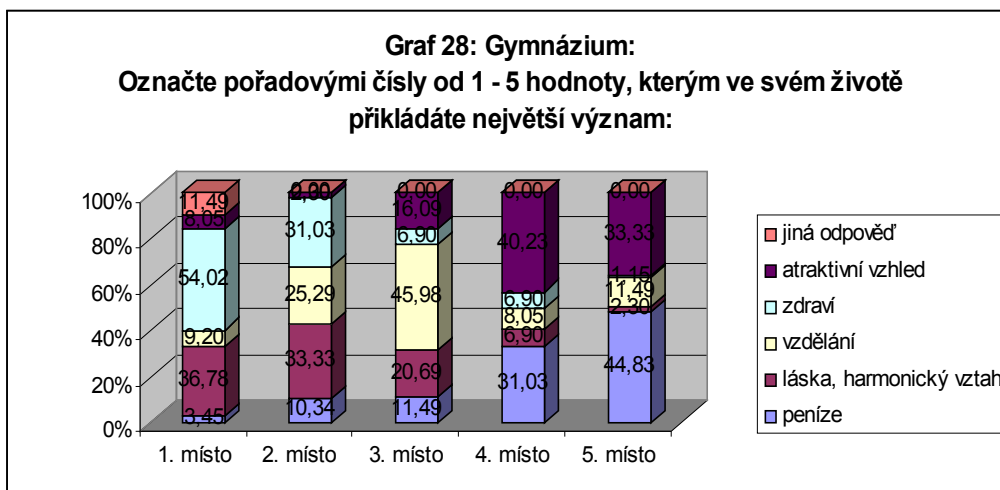
Na otázku zjišťující míru vlivu názoru rodiny na vybraný vzorek respondentek připustilo 20 % gymnazistek, 1, 11 % studentek SZŠ a 11, 11 % SOU z nich, že je v tomto ohledu názorem rodiny velmi ovlivněno, 34, 44 % studentek gymnázia, 40 % SZŠ a 46, 67 % SOU tuto alternativu spíše připustilo, 33, 33 % gymnazistek, 41, 11 % dívek ze SZŠ a 46, 67 % z SOU ji naopak spíše vyvrátilo a 12, 22 % respondentek gymnázia, 17, 78 % SZŠ a 22, 22 % SOU ji vyvrátilo zcela.

Graf 27: Co si myslíte o tvrzení, že štíhlá postava a atraktivní vzhled je klíčem k osobnímu i profesnímu úspěchu?



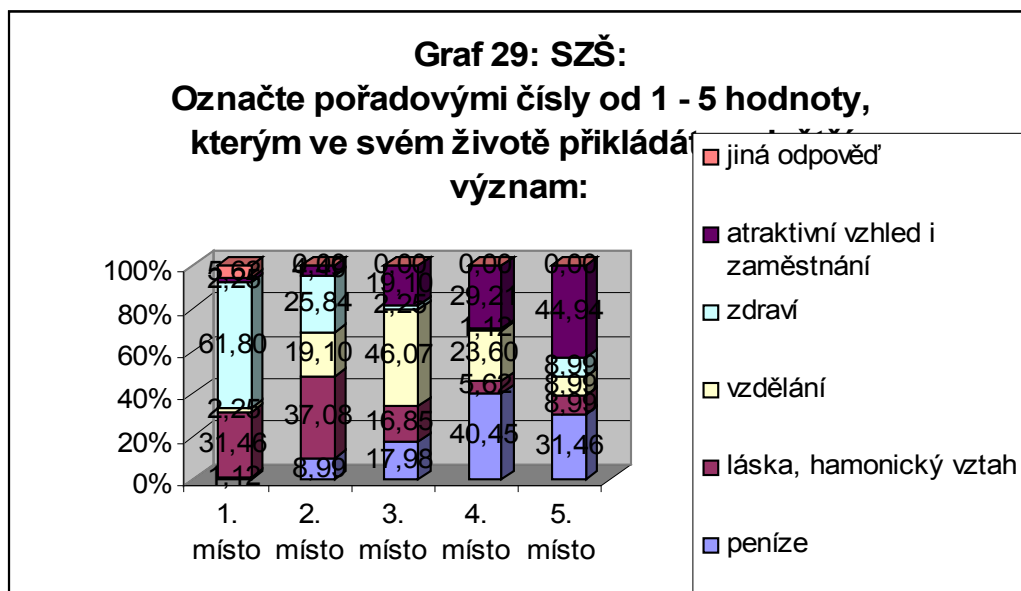
Zdroj: Vlastní výzkum

S tvrzením, že štíhlá postava a atraktivní vzhled je klíčem k osobnímu i profesnímu úspěchu, bylo srozuměno 64,44 % respondentek z gymnázia, 43,33 % ze SZŠ a 36,67 % z SOU, 18,89 % gymnazistek, 27,78 % studentek SZŠ a 31,11 % učnic nikoli a 14,44 % studentek gymnázia, 25,56 % SZŠ a 27,78 % SOU vyjádřilo jiný názor.



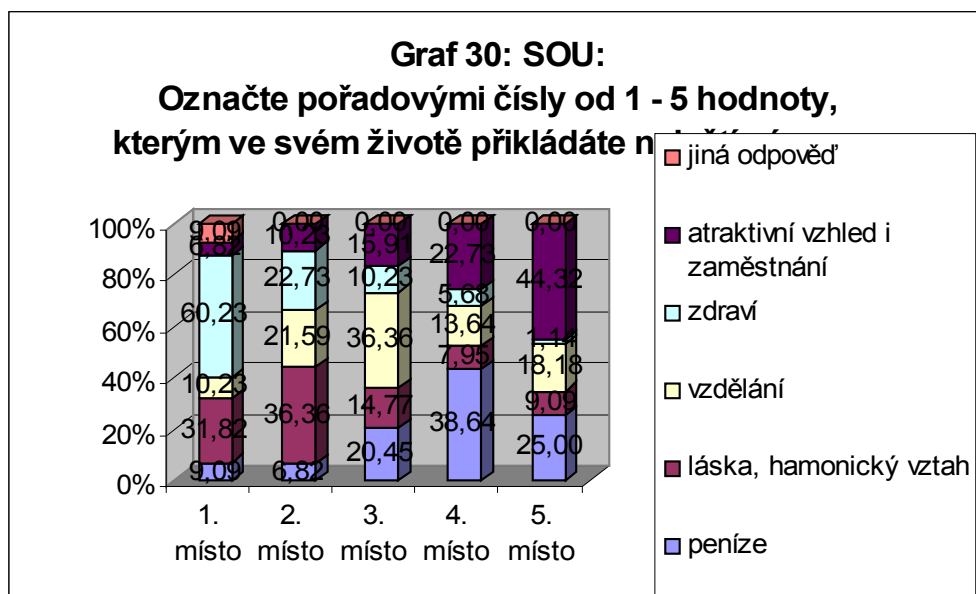
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující hodnotovou orientaci respondentek odpovědělo pouze 87 gymnazistek z celkem 90 dotazovaných. Peníze kladlo na 1. místo v žebříčku hodnot 0,45 % studentek, na 2. místo 10,34 %, na 3. 11,49 %, na 4. 31,03 % a na 5. místo 44,83 % respondentek. Lásku a harmonický vztah kladlo na 1. pozici 36,78 % dotazovaných dívek, na 2. 33,33 %, na 3. 20,69 %, na 4. 6,90 % a na 5. 11,49 % dívek. Vzdělání nejvíce preferovalo 9,20 % respondentek, na 2. místo v žebříčku hodnot jej kladlo 25,29 %, na 3. 45,98 %, na 4. 8,05 % a na 5. místo 2,30 % dívek. Zdraví označilo pořadovým číslem „1“ 54,02 % studentek, číslem „2“ 31,03 %, „3“ 6,90 %, „4“ 6,90 % a „5“ 1,15 % dívek. Atraktivnímu vzhledu i zaměstnání přikládalo největší význam 8,05 % dotazovaných, poté 2,30 %, na 3. místo jej kladlo 16,09 %, na 4. 40,23 % a na poslední pozici 33,33 %. Jinou odpověď zvolilo 11,49 % respondentek gymnázia.



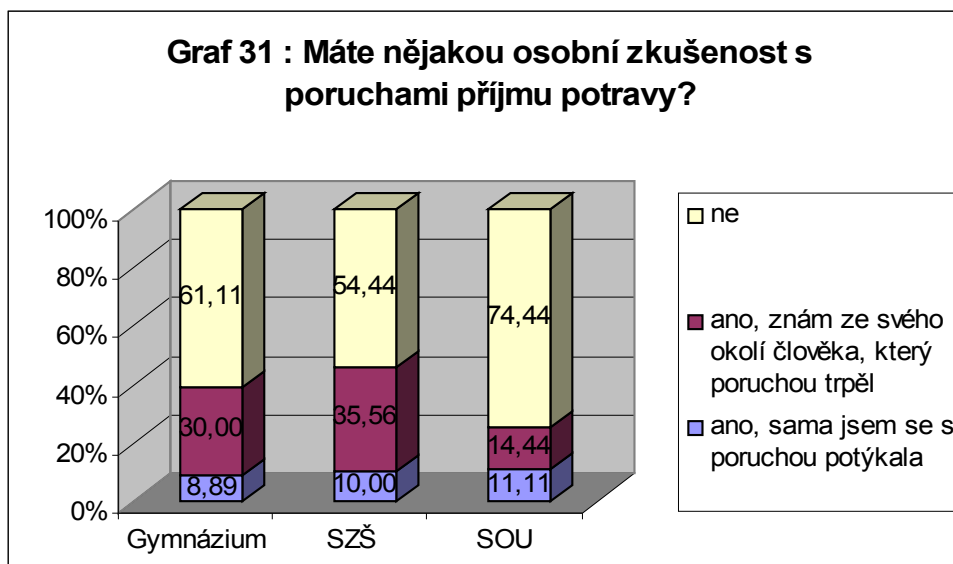
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující hodnotovou orientaci respondentek odpovědělo pouze 89 dívek ze SZŠ z celkem 90 dotazovaných. Peníze kladlo na 1. místo v žebříčku hodnot 1,12 % studentek, na 2. místo 8,99 %, na 3. 17,98 %, na 4. 40,45 % a na 5. místo 31,46 % respondentek. Lásku a harmonický vztah kladlo na 1. pozici 31,46 % dotazovaných dívek, na 2. 37,08 %, na 3. 16,85 %, na 4. 5,62 % a na 5. 8,99 %. Vzdělání nejvíce preferovalo 2,25 % respondentek, na 2. místo v žebříčku hodnot jej kladlo 19,10 %, na 3. 46,07 %, na 4. 23,60 % a na 5. místo 8,99 % dívek. Zdraví označilo pořadovým číslem „1“ 61,80 % studentek, číslem „2“ 25,84 %, „3“ 2,25 %, „4“ 1,12 % a „5“ 8,99 % dívek. Atraktivnímu vzhledu i zaměstnání přikládalo největší význam 2,25 % dotazovaných, poté 4,49 %, na 3. místo jej kladlo 19,10 %, na 4. 29,21 % a na poslední pozici 44,94 %. Jinou odpověď zvolilo 5,62 % respondentek SZŠ.



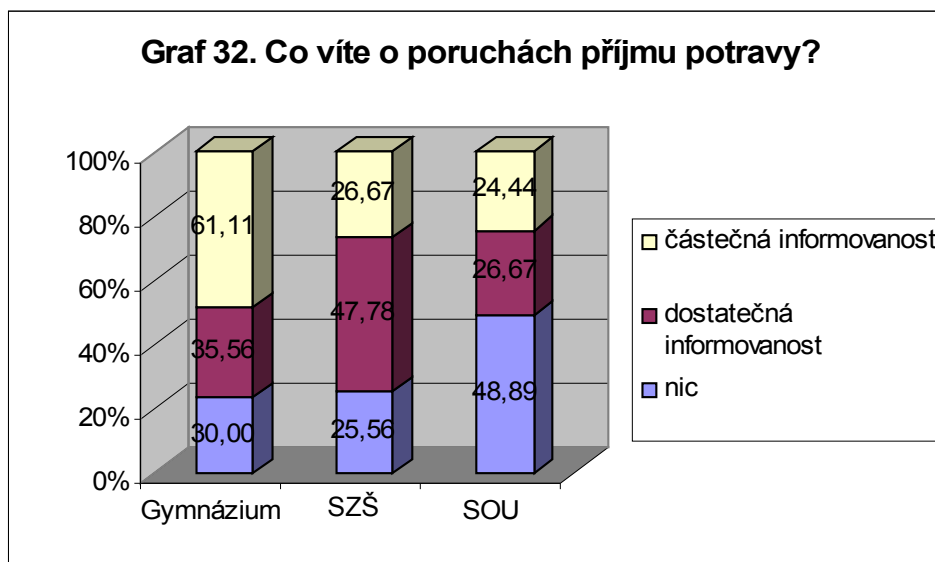
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující hodnotovou orientaci respondentek odpovědělo pouze 88 dívek z SOU z celkem 90 dotazovaných. Peníze kladlo na 1. místo v žebříčku hodnot 9,09 % studentek, na 2. místo 6,82 %, na 3. 20,45 %, na 4. 38,64 % a na 5. místo 25,00 % respondentek. Lásku a harmonický vztah kladlo na 1. pozici 31,82 % dotazovaných dívek, na 2. 36,36 %, na 3. 14,77 %, na 4. 7,95 % a na 5. 9,09 %. Vzdělání nejvíce preferovalo 10,23 % respondentek, na 2. místo v žebříčku hodnot jej kladlo 21,59 %, na 3. 36,36 %, na 4. 13,64 % a na 5. místo 18,18 % dívek. Zdraví označilo pořadovým číslem „1“ 60,23 % studentek, číslem „2“ 22,73 %, „3“ 10,23 %, „4“ 5,68 % a „5“ 1,41 % dívek. Atraktivnímu vzhledu i zaměstnání přikládalo největší význam 6,82 % dotazovaných, poté 10,23 %, na 3. místo jej kladlo 15,91 %, na 4. 22,73 % a na poslední pozici 44,32 %. Jinou odpověď zvolilo 9,09 % respondentek SZŠ.



Zdroj: Vlastní výzkum

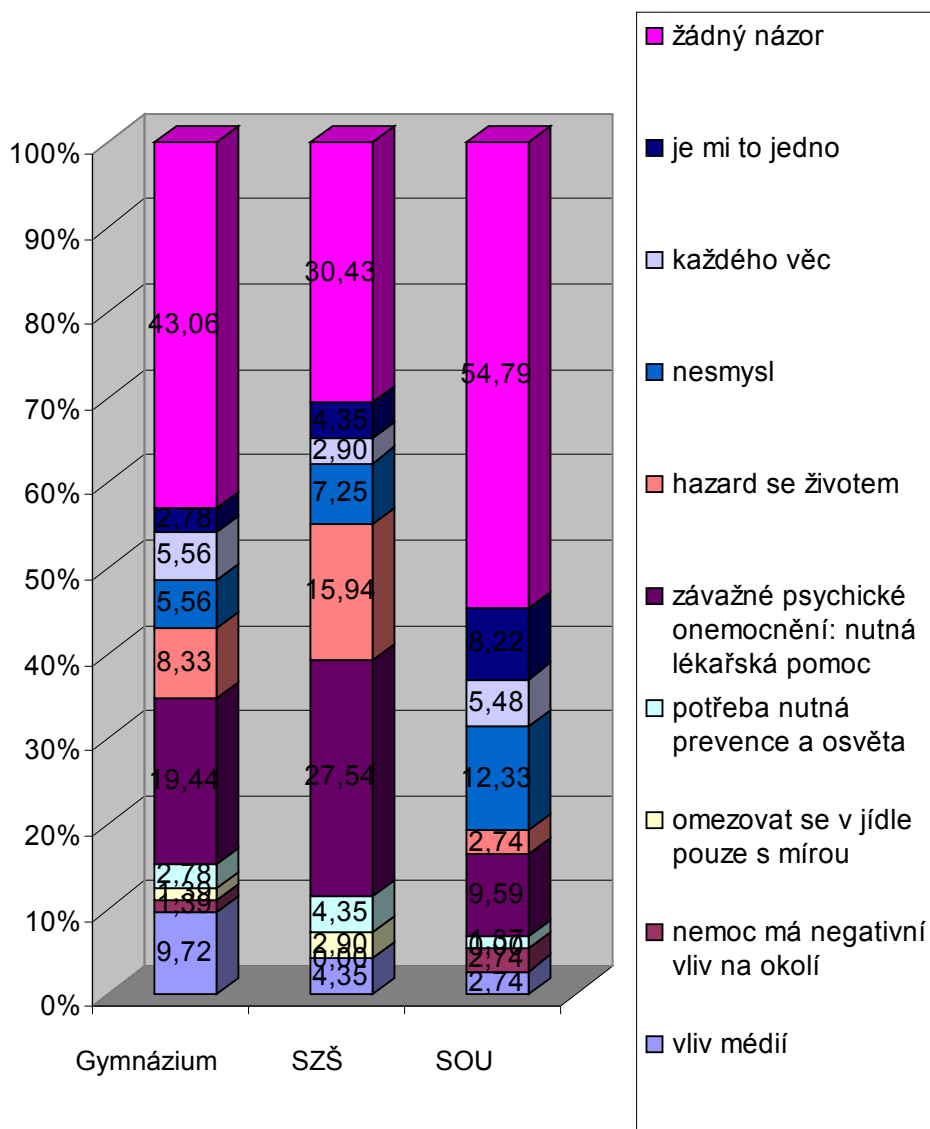
Na otázku zjišťující případnou osobní zkušenost s poruchou/ poruchami příjmu potravy doznalo 8,89 % gymnazistek, 10,00 % studentek SZŠ a 11,11 % SOU, že se v minulosti s poruchou samo potýkala. 30,00 % dívek z gymnázia, 35,56 % ze SZŠ a 14,44 % z SOU odpovědělo, že zná ze svého okolí člověka, který byl poruchou postižen a 61,11 % respondentek gymnázia, 54,44 % SZŠ a 74,44 % SOU zavrholo možnost své osobní zkušenosti s touto nemocí.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující informovanost respondentek o šetřené problematice popřelo 30 % gymnazistek, 25, 56 % studentek SZŠ a 48, 89 % učnic, že by se o toto téma zajímalo, a tudíž o něm neví dostatečné, resp. žádné informace. 35, 56 % dívek z gymnázia, 47, 78 % ze SZŠ, a 26, 67 % z SOU bylo sice schopno pojmenovat alespoň dvě z poruch příjmu potravy a pokusilo se je velmi stručně, heslovitě popsat, ovšem v mnoha případech byla jejich informovanost o dané nemoci neúplná, popř. zkreslená. 61, 11 % dotazovaných studentek gymnázia, 26, 67 % SZŠ a 24, 44 % SOU bylo o problematice velmi dobře informováno, dokázalo poruchy pojmenovat a stručně charakterizovat včetně symptomů provázející příslušnou chorobu.

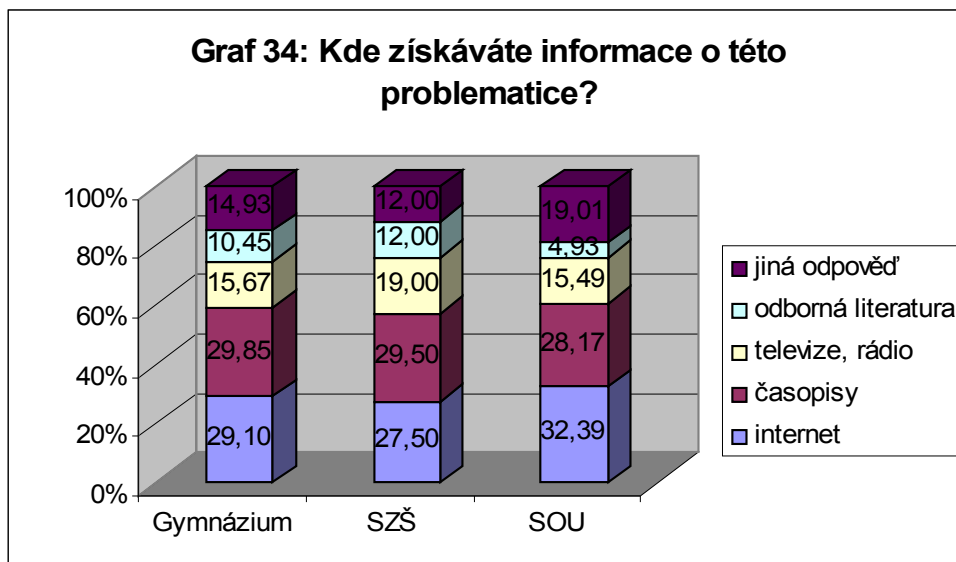
Graf 33: Jaký je Váš názor na tuto problematiku?



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující názor respondentek na šetřenou problematiku, odpovědělo 72 studentek gymnázia, z nichž 9,72 % za hlavní důvod vzniku poruchy pokládá vliv médií, téhož názoru bylo 4,35 % studentek SZŠ z celkového počtu 69 a 2,74 % studentek SOU z celkového počtu 73. 1,39 % gymnazistek a 2,74 % učnic vyslovilo názor, že nemoc sama negativně působí na okolí, 1,39 % dívek z gymnázia a 2,90 % ze SZŠ se domnívá, že je potřeba omezovat se v jídle s mírou. 2,78 % gymnazistek, 4,35 % dívek ze SZŠ a 1,37 % z SOU si myslí, že

velmi důležitou úlohu v této problematice zastává prevence a osvěta, 19, 44 % respondentek z gymnázia, 27, 54 % ze SZŠ a 9, 59 % z SOU doznalo, že je porucha příjmu potravy závažným psychickým onemocněním, při němž je potřeba vyhledat odbornou lékařskou pomoc. 8, 33 % gymnazistek, 15, 94 % studentek SZŠ a 2, 74 % SOU nemoc označilo za hazard se životem. 5, 56 % respondentek z gymnázia, 7, 25 % ze SZŠ a 12, 33 % z SOU poruchu pokládá za nesmysl. 2, 78 % studentek gymnázia, 4, 35 % SZŠ a 8, 22 % z SOU zaujalo k věci laxní přístup a šetřená problematika je nezajímá a 43, 06 % dívek gymnázia, 30, 43 % ze SZŠ a 54, 79 % z SOU se k dané problematice nijak nevyjádřilo.



Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky zjišťující u respondentek jejich zdroj informací potřebný pro získání požadovaných poznatků o šetřené problematice studentky označily více odpovědí, proto od studentek gymnázia bylo získáno 134 odpovědí, od studentek SZŠ 200 a od učnic 142 odpovědí. 29, 10 % gymnazistek, 27, 50 % studentek SZŠ a 32, 39 % SOU uvedlo, že požadované informace vyhledává na internetu, 29, 85 % respondentek gymnázia, 29, 50 % SZŠ a 28, 17 % SOU v časopisech, 15, 67 % dívek na gymnáziu, 19 % na SZŠ a 15, 49 % na SOU získává potřebné poznatky z televize a rádia. 10, 45 % gymnazistek, 12 % studentek SZŠ a 4, 93 % učnic vyhledává požadované informace v odborné literatuře a 14, 93 % respondentek gymnázia, 12 % SZŠ a 19, 01 % SOU uvedlo jinou odpověď.

3. Shrnutí výsledků celého souboru

Výzkum byl proveden pomocí dotazníků (viz Příloha 1) mezi studentkami středních škol ve věku 15 – 18 let (Graf 1), což je rizikový věk pro rozvoj PPP (12.). Výsledky získané z dotazníků ukázaly rozdíly mezi třemi typy středních škol (Biskupské gymnázium J. N. Neumanna a České reálné gymnázium, Střední odborné učiliště v Českých Budějovicích a Střední zdravotnická škola České Budějovice). Respondentek bylo celkem 270 a to 90 respondentek z každé školy, přičemž na příslušném typu školy bylo prostřednictvím dotazníku osloveno z prvních třech ročníků 30 dívek (1. – 3. ročníky, podle věkové skupiny). Otázky dotazníku byly směřovány na riziko vlivu sociální skupiny rodiny a vrstevníků podněcujících vznik poruchy příjmu potravy, dále byly otázky zaměřeny na zjištění nevhodných stravovacích návyků a držení diet v rodině a kolektivu vrstevníků, sebehodnocení, nespokojenost s vlastním tělem, hodnotovou orientaci, informovanost v oblasti poruch příjmu potravy a osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy.

Graf 7 a 8 zjišťující míru soupeření v kolektivu vrstevníků ohledně postavy dokazuje, že 25, 9 % všech respondentek soupeří se svými vrstevnicemi poměrně často, přičemž 28, 6 % z nich se přiznalo, že v porovnání se svými vrstevnicemi se za svou postavu vyloženě stydí. Tento poznatek je jedním z dalších rizikových faktorů směřujících ke vzniku poruchy příjmu potravy. Graf 9 zjišťující negativní dopad proklamování „kultu štíhlosti“ (11.) na rizikové věkové skupiny dívek dokazuje, že 11, 1 % všech respondentek je velmi tímto trendem ovlivněna a pokládá postavy modelek za svůj ideál. Tento poznatek je dalším rizikovým faktorem diagnostikujícím možnost vzniku mentální anorexie.

Další okruh otázek se zaměřil na zjištění nevhodných stravovacích návyků u vybraného vzorku respondentek, a to jak v kruhu vrstevníků, tak rodiny. Tyto sociální skupiny jsou primárním faktorem, který může svými rizikovými postoji a chováním významně přispět ke vzniku poruchy příjmu potravy (12.). Z celkového počtu všech respondentek 18, 9 % uvedlo, že se stravuje nepravidelně, přičemž 28, 5 % z nich vynechává snídani, 24, 8 % oběd, 10, 3 % večeři a 2 dívky (1, 2 %) uvedly, že vynechávají všechna uvedená jídla. Nevhodné stravovací návyky mohou významně přispět ke vzniku poruchy příjmu potravy, popř. k nadváze až obezitě, která byla na základě výzkumu prokázána u 12, 2 % studentek SOU. Na

základě otázky zjišťující způsob stravování v době oběda během pobytu ve škole (viz Graf 11) bylo prokázáno, že 3 % studentek se nají až po příchodu domů, 5,9 % respondentek se nestravuje vůbec jedna dívka uvedla, že (cit.) „jí cokoli, hlavně ne teplou stravu.“ U jedinců, kteří záměrně vynechávají jedno z hlavních jídel lze rovněž diagnostikovat známky poruch příjmu potravy, zvláště příznaky mentální anorexie, které vykazovalo 6,27 % všech dotazovaných. Další rizikové projevy směřující ke vzniku poruchy potravy byly zjištěny na základě otázky týkající se záměrného stranění se společnému stolování, a to u 6,7 % všech dotazovaných dívek, přičemž nejrizikovější skupinu představovaly studentky SOU (55,6 %). V tomto ohledu se stanovené hypotézy nepotvrdily. 35,7 % respondentek uvedlo, že se nejčastěji straní konzumaci sladkostí, 31,4 % tučných a mastných pokrmů, 17,1 % masu, 8,6 % smaženým pokrmům, 7,1 % luštěninám, 4,3 % uzeninám, 2,9 % omáčkám, houbám a kalorickým pokrmům obecně a 1,4 % salátům a neoblíbeným pokrmům. 13,3 % všech studentek přiznalo soustavnou kontrolu nad množstvím konzumovaného jídla z důsledku obavy možného váhového přírůstku (viz Graf 14). Tuto tendenci nejvíce vykazovaly opět studentky gymnázia. Na základě otázky zkoumající reakci vybraného vzorku respondentek na některé zátěžové životní situace bylo možné zjistit možné rizikové postoje a chování jak pro vznik a rozvoj mentální anorexie (přítomny u 38,1 % všech dotazovaných dívek), tak mentální bulimie (přítomny u 26,7 % dívek). 25,2 % všech dívek uvedlo, že v případě překročení obvyklého množství zkonsumovaného jídla o to více sníží příjem potravy následující den (viz Graf 16). Na základě šetření zjišťujícího potencionální reakci na snížení množství příjmu potravy u blízké osoby 2 dívky (0,7 %, studentky gymnázia) uvedly, že by se dotyčnou osobu pokusily v omezování se v jídle dostihnout. Toto zjištění je významným ukazatelem pro diagnózu poruchy příjmu potravy.

Další okruh otázek byl zaměřen na nevhodné stravovací návyky a postoje, časté držení diet a hodnotovou orientaci v rodině. Časté držení diety u některých členů rodiny uvedlo 23,0 % dívek, přičemž 72,6 % z nich uvedlo opakované držení diety u své matky (tento faktor byl zaznamenán nejvíce u studentek gymnázia a také SOU, jejichž matky prý měly nadváhu, popř. trpěly obezitou, zatímco studentky gymnázia tento fakt nepotvrdily), 25,8 % u své sestry a 8,1 % dívek přiznalo držení diety samo u sebe. 43,7 % všech respondentek uvedlo občasné držení diety ve své rodině, z toho 70,3 % opět u své matky (opět nejvíce matky

studentek gymnázia a SOU, viz předchozí údaj), 20, 3 % u své sestry, 7, 6 % u otce a 6, 8 % samo u sebe. 4, 1 % všech studentek uvedlo, že se záměrně vyhýbají společnému stolování s rodinnými příslušníky (Graf 22), což je jeden z dalších rizikových postojů podněcující vznik poruchy příjmu potravy.

Významné kladení důrazu na zevnějšek svůj i ostatních potvrdilo 12, 2 % dívek u všech rodinných příslušníků, 18, 5 % dívek tento fakt potvrdilo z 50 % u své matky (opět nejvíce u studentek gymnázia), z 32 % samy u sebe a z 10 % u své babičky, přičemž tento fakt byl nejvíce zaznamenán u studentek gymnázia (43, 3 % ze všech dotazovaných, které jej uvedly). S tvrzením, že štíhlá postava a atraktivní vzhled je klíčem k osobnímu i profesnímu úspěchu, souhlasilo 48, 1 % všech respondentek, z nichž 6, 25 % uvedlo jako důvod usnadnění komunikace i kontaktu s ostatními lidmi, 9, 2 % uvedlo fakt, že mnoho lidí hodnotí druhého podle prvního dojmu, 8, 5 % svůj názor zdůvodnilo jako prostou danost, 6, 2 % jako výhodu při navazování milostného vztahu a 5, 4 % odůvodnilo svůj názor jako velký vliv zevnějšku na usuzování druhých lidí. S tvrzením nesouhlasilo 25, 9 %, přičemž nejčastějším zdůvodněním tohoto názoru byla druhotná role vzhledu a výjimečnost každého člověka (34, 3 %), 22, 9 % uvedlo jako důvod potřebu hodnocení člověka podle charakteru a schopností nikoli na základě vzhledu, 20 % přikládalo mnohem větší význam nitru člověka a 8, 6 % usoudilo, že skutečná krása nespočívá pouze v zevnějšku jedince, ale především v jeho osobnosti. Jiné stanovisko k výše uvedenému tvrzení zaujalo 22, 6 % dotazovaných dívek, z nichž 16, 4 % uvedlo, že neví, jak se k uvedenému tvrzení vyjádřit, 11, 5 % usoudilo, že každý člověk posuzuje druhé podle jiných kritérií, resp. každý má jiný vkus a 8, 2 % přiznalo, že v některých situacích je atraktivní vzhled výhodou a lze jej využít ve svůj prospěch.

Z celkového počtu 270 respondentek 10 % uvedlo, že se v minulosti s poruchou příjmu potravy potýkalo, z nichž 27 % zaujímaly překvapivě studentky SOU. Na základě výzkumů byl tento fakt předpokládán spíše u studentek gymnázia, které v této souvislosti vykazovaly rizikovější postoje chování. Ohledně zjišťování zdroje získávání informací o zkoumané problematice uvedlo z 71 dívek, které zvolily jinou z nabízených odpovědí, 60, 6 % z nich, že potřebné informace se nesnaží vyhledávat nikde, 26, 8 % ve škole a 7, 0 % uvedla spontánní získávání informací od blízkých osob, 5, 6 % od lékaře a dalších 5, 6 % od rodinných

příslušníků a zbývající 4, 2 % uvedlo za zdroj informací o šetřené problematice svou osobní zkušenost.

5. 1 Závěr praktické části

H1 – hypotéza byla potvrzena

Na základě výzkumů dotazníkového šetření byla potvrzena hypotéza H1, která předpokládala nižší tělesnou hmotnost u studentek gymnázia (průměrná hodnota 54, 9 kg, BMI 20, 1), a tudíž i vyšší spokojenost s vlastním tělem (52, 22 %) než studentky Střední zdravotnické školy (41 %) a středních odborných učilišť (37 %). Současně se u studentek gymnázia potvrdil předpoklad vyššího podílu úzkostnosti promítající se do zvýšené sebekontroly v konzumaci jídla a tělesné hmotnosti (viz výsledky patrné z Grafů 6, 14, 15, 16, 18, 20, 24 a 26).

H2 – hypotéza byla potvrzena

Podle průměrných Body Mass Indexů, které jsou zaznamenány v tabulkách 2. – 4. byly štíhlejší dívky na gymnáziu (průměrné BMI 20, 1), naopak nejvyšší průměrná hodnota BMI (22, 8) byla zjištěna na učilišti. Spokojenost s vlastním tělem u všech 270 respondentek byla u 46, 3 % (Graf 2). Z výsledků znázorněných v tabulkách 2 – 4 a v Grafu 3 je patrné, že se vzrůstajícím BMI spokojenost s vlastním tělem klesá. BMI 17, 5 a méně je jedním z diagnostických kritérií pro diagnózu mentální anorexie. 11 % dívek s BMI 17, 5 a méně byly nejvíce spokojeny s vlastní postavou, přičemž ani jedna z dívek sama sebe neoznačila jako vyhublou bez snahy přibrat na váze. Tento fakt nejvíce vykazovaly studentky gymnázia a svědčí o zkresleném vnímání vlastního tělesného schématu, které je dalším významným diagnostickým kritériem pro diagnózu mentální anorexie.

H3 – hypotéza byla potvrzena

Na základě údajů z Grafů 2, 3 a především 5 bylo opět potvrzeno, že si přeje zhubnout (a zároveň se o to v minulosti pokoušelo) 70 % studentek Střední zdravotnické školy a 71, 11 % studentek středního odborného učiliště.

6. Závěr

Domnívám se, že cíl diplomové práce, jejíž téma znělo „Vliv sociální skupiny vrstevníků a rodiny na vznik a rozvoj mentální anorexie u dívek ve věku 15 – 18 let,“ byl splněn na základě vytčených cílů a stanovených a zároveň potvrzených hypotéz. Podle výsledků dotazníkového šetření bylo skutečně potvrzeno, že sociální skupina vrstevníků i rodiny může skutečně významným způsobem ovlivnit osobnost jedince, a to jak pozitivním, tak i negativním smyslu.

Poruchy příjmu potravy představují závažné duševní onemocnění a řadí se do tzv. psychosomatických poruch. Charakteristické jsou převážně psychogenně navozené změny stravovacích návyků a chování. Tato onemocnění způsobují změny jak v oblasti psychiky, tak v oblasti těla. Vzhledem k tomu, že stále roste počet pacientů s touto poruchou je nutno věnovat stále větší pozornost změnám v příjmu potravy. Jedná se o onemocnění, které může způsobit i smrt pacienta. Někdy bývají tyto poruchy nazývány civilizačními chorobami (11.).

Práci lze využít jako screeningovou metodu pro sledování PPP, monitoringu rizikových postojů a chování ve vztahu k příjmu potravy dospívajících dívek. Výstupy této práce mohou být použity jako upozornění na vzrůstající počet mladých dívek trpících PPP a tedy na nezbytnost rozšíření prevence těchto onemocnění.

Samotným závěrem této diplomové práce bych se chtěla zamyslet nad mírou skutečného dopadu vlivu sociální skupiny vrstevníků a rodiny na dospívající populaci mladých dívek a zároveň navrhnout i jistá doporučení pro pedagogickou praxi.

Výsledky okruhu otázek zjišťující míru dopadu vlivu kolektivu vrstevníků a rodiny na osobnost jedince skutečně potvrdily jejich významnou a nezanedbatelnou roli při utváření a přejímání určitých norem chování a hodnotové orientace jak ve styku s ostatními, tak při posuzování sebe sama. (viz Příloha 1 – Dotazník, otázky: 3, 5, 9, 17, 20, 22, 23). Proto také záleží, jakým směrem je žebříček hodnot v kruhu rodiny a vrstevníků orientován, zda spíše na vnější stránky osobnosti nebo na charakter jedince a jeho vlastnosti a schopnosti. Proto se domnívám se, že hlavním prostředkem v boji proti poruchám příjmu potravy by měla být prevence, kterou by jedinci měly poskytovat výchovné i vzdělávací instituce v rámci jeho školních i mimoškolních aktivit, ale především pak rodina,

kteřá má na rozvoj hodnotové orientace největší vliv, a kteřá tak může významně přispět jak k zamezení možného výskytu (nejen) poruchy příjmu potravy, ale samozřejmě i k jejímu vzniku. Proto bych chtěla tímto vyslovit doporučení na zvýšenou osvětu i prevenci poskytovanou jak žákům v rámci výuky a to dostatečně proškolenými pedagogy, tak i rodičům v rámci různých seminářů a společných sezení, kde by se dozvěděli o možných rizikových postojích chování a léčebných postupech, a cenných preventivních opatření, jak vzniku poruchy příjmu potravy zamezit vůbec. Cílem těchto seminářů a společných sezení by pak bylo uvědomění si vlastních případných nedostatků ve výchovných postupech, popř. rizikových postojích vůbec, které by u dítěte mohly vést ke zvnitřnění (byť i nepřímou proklamovaného) „kultu štíhlosti“ a s tím souvisejících nevhodných stravovacích návyků, jež by ve svém důsledku mohly vést až ke vzniku samotné poruchy příjmu potravy. Pevně doufám, že si nejen rodina, škola, ale i celá společnost velmi brzy uvědomí závažnost této natolik aktuální problematiky, a začne se podle svých možností podílet na spoluvytváření výše uvedeného nástinu preventivního programu.

7. Seznam použitých zdrojů:

- (1.) BLOG REDAKCE: Mentální anorexie – příznaky [online] © 05-06-2007 [cit. 2008-03-04].URL:< <http://be-thin.blog.cz/0706/mentalni-anorexie-priznaky> 5.6.2007>
- (2.) BLOG REDAKCE: Mentální anorexie v kontextu rodinného systému [online]©14-10-2007[cit.2008-03-04].URL:< <http://sportuzdar.blog.cz/0710/mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>>
- (3.) Cooper, P. J.: Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc, Votobia 1995.
- (4.) Dragomirecká, E.; Šelepová, P.; Papežová, H.; Holub, J.: Příspěvek k epidemiologii poruch příjmu potravy. Česká a slovenská psychiatrie, 101, 2005, s. 55 – 56.
- (5.) (Džúrová, D.; Smolová, E.; Dragomirecká, E.: Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Praha, 2000. 106s.
- (6.) eStránky: Gastrointestinální trakt[online]©2005-2008[cit.2008-11-04].URL:< http://www.kamama.estranky.cz/clanky/zdravotni-nauky/gastrointestinalni-trakt-_git_>

- (7.) Faltus, F.: Je syndrom nočního přejídání skutečně poruchou příjmu potravy?. Česká a slovenská psychiatrie, 103, 2007, s. 40- 41.
- (8.) Fraňková, S.: Vývoj vztahu k tělesným rozměrům u předškolních dětí. Česká a slovenská psychiatrie, 2007, 101, s. 32 – 33., Grant GAČR č. 406/ 05/ 24821 „Vývoj osobnosti a psychologické problémy českých dětí s poruchami výživy.“ Výzkumný záměr MŠMT 0021620841 „Rozvoj české společnosti v EU: Výzvy a rizika.“
- (9.) Hanyášová, T.: Anorexie ve stále mladších věkových skupinách[online]©04-12-2007[cit.2008-11-04].URL:<
<http://sportuzdar.blog.cz/0710/mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>>
- (10.) Koutek, J.; Kocourková, J.: Suicidní chování u pacientů s poruchou příjmu potravy. Česká a slovenská psychiatrie, 101 , 2005, s. 26.
- (11.) Krch, F. D.: Mentální anorexie. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 240 stran.
- (12.) Krch, F. D. aj.: Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 stran.
- (13.) Krch, F. D., Drábková, H.: Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže. Česká a slovenská psychiatrie, 92, 1996, 4, s. 237 – 247.

(14.) Krch, F. D.; Faltus, F.: Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Československá psychiatrie*, 84, 1988, s. 384 – 391.

(15.) Kulhánek, J.: Prevence poruch příjmu potravy I. *Můžeme své děti nějak ochránit před mentální anorexií a bulimií? Lze poruchám příjmu potravy nějak předcházet?*[online]©1999-2006[cit.2007-25.02].URL:< <http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy/>>

(16.) Kulhánek, J.: Prevence poruch příjmu potravy II. Můžeme své děti nějak ochránit před mentální anorexií a bulimií? Lze poruchám příjmu potravy nějak předcházet? Tentokrát o problému kontroly a sebekontroly. [online]©1999-2006[cit.2007-25.02].URL:< <http://rodina-deti.doktorka.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy/>>

(17.) Navarová, Š.: Behaviorální medicína – poruchy příjmu potravy. [online]©2007-02-10.[cit.2007-27.02].URL:< <http://dogoargentino.niceboard.com/zajimave-elanky-f14/behavioralni-medicina-poruchy-pojmu-potravy-t200.htm> >

(18.) Papežová, H.: Standardy léčby poruch příjmu potravy v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101, 2005, s. 12.

(19.) Papežová, H.: Standardy psychiatrie. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy psychiatrické péče. Galén. Praha 1999, s. 149 – 154.

- (20.) Papežová, H., Uhlíková, P., Hellerová P. a Tomanová, J. (2005). Poruchy příjmu potravy u adolescentů. *Pediatric po promoci*, 3, s. 25-28.
- (21.) Papežová, H. a Tomanová, J. (2005). Vícerodinná terapie v České republice - první zkušenosti kurzu. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 1, 53-55
- (22.) Pourová, A.: - Body mass index [online]. © 2005 – 2008 [cit.2008-14-04]. URL: <<http://www.abecedazdravi.cz/bmi>>
- (23.) Praško, J.; Espa-Červená, K.; Závěšická, L.: Nespavost [online].© 1998 [cit. 2008-04-03].URL:<<http://www.viap.cz/knihy/nespavost.htm>>
- (24.) Stárková, L.: Body image u poruch příjmu potravy – diagnostika, terapie, význam. *Československá psychiatrie*, 101, 2005, s.24 – 25.
- (25.) Stárková, L.: Mortalita a morbidita u pacientek s PPP. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103, 2007, s. 33- 34.
- (26.) Tomanová, Jana: Vícerodinná terapie mentální anorexie v Čechách, [online]©2007[cit.2008-15.03].URL:< <http://derewi.blog.cz/0705/vicero-dinna-terapie-mentalni-anorexie-v-cechach>>

8. Klíčová slova

diety

mentální anorexie

poruchy příjmu potravy

sociální skupina

strach z obezity

zkreslené vnímání vlastního tělesného tématu

9. Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Schéma pro postup při léčbě poruch příjmu potravy

Příloha 3 – Fotografie

Příloha 1 – Dotazník

Doplňte, prosím, pravdivě následující údaje:

1. výška.....(cm)
 2. hmotnost.....(kg)
 3. věk.....(let)
-

1. Jste spokojená s Vaší postavou?
 - a) ano
 - b) ne
2. Jak hodnotíte svou postavu?
 - a) pozitivně, jsem s ní zcela spokojená, nechtěla bych na ní nic změnit
 - b) spíše pozitivně, i když mám občas dojem, že bych na sobě (své postavě) mohla více zapracovat
 - c) spíše negativně, několikrát jsem se pokoušela zhubnout
 - d) velmi negativně, moc bych si přála zhubnout
3. Jak se domníváte, že Vás (Vaši postavu) vnímá Vaše okolí (spolužáci, přátelé, rodina atd.)?
 - a) jejich názor se shoduje s mým
 - b) jejich názor je jiný než můj
 - c) nevím, nikdy jsem se jich na to neptala
4. Pokoušela jste se někdy zhubnout?
 - a) ano – úspěšně
 - b) ano – neúspěšně
 - c) ne

Pokud ano, jaký vliv mělo omezování se v jídle na Vaši psychiku a výkon ve škole?

- a) podrážděnost, výkyvy nálad, nižší sebevědomí, nesoustředěnost, zhoršení vztahů s přáteli a s rodiči
 - b) vyšší sebevědomí, celkové zlepšení vztahů s rodiči a přáteli a školních výsledků, celková spokojenost s mou postavou
 - c) držení diety mě v tomto směru nijak neovlivnilo
 - d) jiná odpověď.....
5. Srovnáváte svou postavu s postavou svých vrstevnic (spolužaček, kamarádek apod.)?
 - a) ano, poměrně často
 - b) občas
 - c) ne

Pokud ano, s jakým výsledkem?

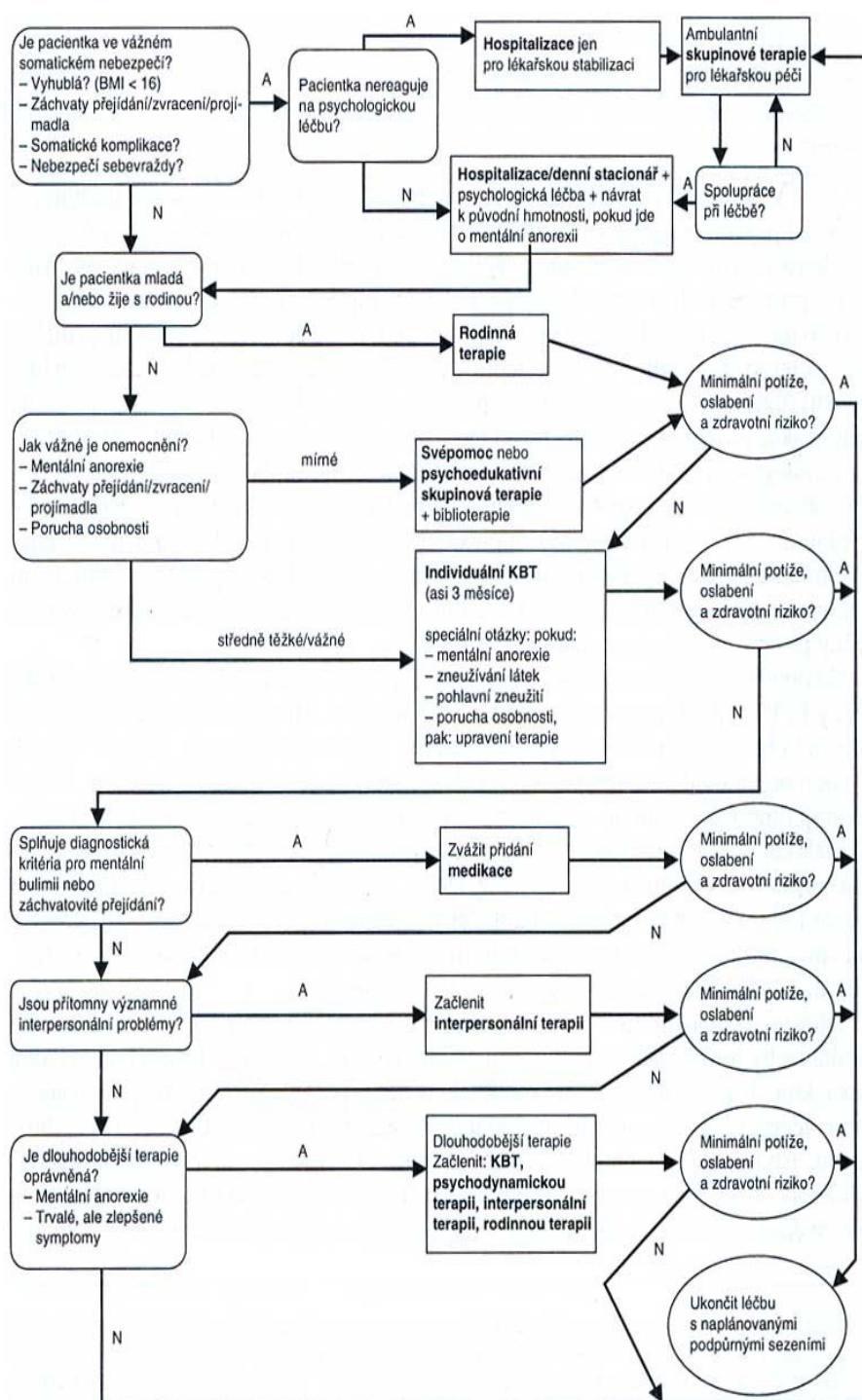
- a) vypadám lépe než ony
 - b) jejich postava mi připadá podobná té mé
 - c) soupeřím s nimi, chci vypadat vždy lépe než ony
 - d) v porovnání s nimi se stydím za to, jak vypadám
 - e) jiná odpověď.....
6. Přála byste si mít takovou postavu jako většina slavných modelek?
 - a) ano, je to můj tajný sen
 - b) spíše ano, i když jsem si vědoma, že se většina z nich musí velmi omezovat v jídle
 - c) spíše ne, jsem spokojena za postavu, kterou mám já
 - d) ne
 - e) jiná odpověď.....
 7. Jíte pravidelně? (tzn. min 3x denně, snídaně, oběd, večeře)
 - a) ano
 - b) občas
 - c) ne

Pokud ne nebo jen občas, jaké jídlo nejčastěji vynecháváte?.....

8. Pokud jste ve škole, jakým způsobem se stravujete v době oběda?
 - a) v jídelně
 - b) v restauraci
 - c) ve fast foodu
 - d) připravenou svačinou
 - e) jiná odpověď.....
9. Jak snášíte kolektivní formu stravování ve společných prostorách jídelny, restaurace apod.?
 - a) velmi dobře, ráda si vychutnám oběd ve společnosti svých spolužáků a kamarádů
 - b) nevádí mi
 - c) jím raději sama, v ústraní, aby nikdo nekontroloval množství jídla, které sním
10. Vyhýbáte se záměrně určitému typu jídla? (např. sladkosti, tučné pokrmy, apod.)
 - a) ano. Kterému?.....
 - b) ne
 - c) občas
11. Kontrolujete množství jídla, které přes den sníte?
 - a) ano, téměř vždy. Bojím, se že přiberu
 - b) občas
 - c) ne, téměř nikdy
12. Jak reagujete na stres ve spojitosti s jídlem?
 - a) skoro nejím, nemám vůbec chuť k jídlu
 - b) jím mnohem víc než obvykle, často se i přejídám, snažím se jídlem vykompenzovat psychickou zátěž
 - c) stres mě v konzumaci jídla nijak zvlášť neomezuje
13. Pokud jste snědla více jídla než obvykle, jaké budou Vaše pocity?
 - a) mám výčitky svědomí, o to více se hodlám v jídle omezit následující den
 - b) mám sice na sebe trochu vztek, ale uklidním se tím, že se to občas stává každému
 - c) stává se mi to poměrně často, ale nijak zvlášť to neřeším
 - d) vůbec se nad tím nepozastavuji

14. Jak byste reagovala na pozvání od přítele (přátel...) na společnou večeři?
- pozvání přijmu velice ráda, těším se na dobré jídlo a příjemnou společnost
 - pozvání sice přijmu, ale k jídlu si objednáám jen něco lehkého
 - pozvání odmítnu, večer jím velmi střídavě, bojím se, že bych přibrala
 - jiná odpověď.....
15. Pokud zjistíte, že někdo z vašich blízkých či přátel jí méně než Vy, jak zareagujete?
- vadí mi, že někdo jí méně než já, snažím se ho do jídla přinutit
 - pokusím se s ním promluvit, mám strach, aby nedržel nějakou nevhodnou dietu
 - nijak to neřeším
 - jiná odpověď.....
16. Drží (popř. držel) někdo z Vaší rodiny dietu/ diety?
- ano, poměrně často. Kdo?.....
 - občas. Kdo?.....
 - ne, nikdy
17. Je Vám držení diety u člena Vaší rodiny nepříjemné?
- ano
 - ne
 - je mi to jedno
18. Stolujete s rodinou společně nebo jíte každý sám?
- spíše jíme všichni společně
 - jak kdy, záleží na situaci
 - spíše se nají každý sám, podle toho, kdy přijde domů
19. Snažíte se společnému stolování s rodinou vyhýbat?
- ano
 - občas
 - ne
20. Vytýkají Vám Vaši rodiče (prarodiče, sourozenci...) Vaše stravovací návyky a postoje?
- ano, jím podle nich méně, než si bych měla
 - ano, jím podle nich více než bych měla
 - ne, v tomto ohledu mi nic nevýtýkají
21. Hádáte se s rodiči často kvůli množství porce, které Vám nandají na talíř?
- ano, poměrně často, dávají mi příliš velkou porci. Sama bych si nandala méně.
 - ano, poměrně často, dávají mi příliš malou porci. Sama bych si nandala více.
 - občas
 - ne, tento problém jsme v naší rodině nikdy řešit nemuseli
22. Příkládají jednotliví členové Vaší rodiny velký význam tomu, jak kdo vypadá?
- ano, všichni. To, jak kdo vypadá, je pro ně velmi důležité
 - jen někteří. Kdo?.....
 - ne, není to pro ně až tak důležité
 - nevím
23. Má názor rodiny na Váš vzhled (Vaši postavu) velký vliv?
- ano, velký
 - spíše ano
 - spíše ne
 - vůbec ne
24. Co si myslíte o tvrzení, že štíhlá postava a atraktivní vzhled je klíčem k osobnímu i profesnímu úspěchu? (např. při navazování vztahů, získání lukrativního zaměstnání apod.)
- souhlasím, protože.....
 - nesouhlasím, protože.....
 - jiný názor.....
25. Označte pořadovými čísly od 1 – 5 hodnoty, kterým ve Vašem životě příkládáte největší význam:
- peníze
 - láska, harmonický vztah
 - vzdělání
 - zdraví
 - atraktivní vzhled i zaměstnání
 - jiná odpověď.....
26. Máte nějakou osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy (PPP)?
- ano, sama jsem se v minulosti s poruchou potýkala
 - ano, znám ze svého okolí člověka, který trpěl PPP
 - ne
27. Co víte o PPP?
-
28. Jaký je Váš názor na tuto problematiku?
-
-
-
29. Kde získáváte informace o této problematice?
- internet
 - časopisy
 - televize, rádio
 - odborná literatura
 - jiná odpověď.....

Příloha 2 – Schéma pro postup při léčbě poruch příjmu potravy



Obr. 5: Vodítka pro rozhodování při léčbě poruch příjmu potravy (převzato z publikace Kreh F. D. aj. (2005), s. 124)

Příloha 3 – Fotografie



Obr. 1 – Zkreslené vnímání vlastního tělesného schématu



Foto. 1 – Dívka postižená mentální anorexií



Foto. 2 – Dívka postižená mentální anorexií

Zdroj: <<http://terez.ic.cz/view.php?cisloclanku=2006120001>>

