

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Poruchy příjmu potravy se zaměřením na Mentální
anorexii v dětském věku**

Bakalářská práce

Autor: Tereza Kalenská

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Lucie Dudková

Jihlava 2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tereza Kalenská
Studijní program:	Ošetrovateľství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii v dětském věku
Cíl práce:	Zhodnocení informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy se zaměřením na Mentální anorexii u sledované skupiny.



Mgr. et Mgr. Lucie Dudková, DiS.
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii v dětském věku. Zaměřuje se na její historii, etiologii, patogenezi, epidemiologii, symptomy, příčiny, důsledky i na různé druhy léčebných postupů tohoto onemocnění. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část shrnuje co nejucelenější přehled o majoritní poruše příjmu potravy, a to o Mentální anorexii. Praktická část obsahuje vyhodnocení dat z vlastního výzkumu týkajícího se zhodnocení informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy se zaměřením na Mentální anorexii u sledované skupiny. Pro potřeby výzkumu bylo využito dotazníkové šetření u sledované skupiny.

Klíčová slova:

Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, hladovění, hubnutí, terapie

Abstract

The bachelor work deals with problems of disorders of food intakes, with a focus on anorexia nervosa in childhood. It focuses on the history, etiology, pathogenesis, epidemiology, symptoms, causes, consequences and the different types of treatment of this disease. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part sums up what most comprehensive overview of the major eating disorder, and anorexia nervosa. The practical part contains the evaluation of the data from its own research regarding the assessment of awareness in the field of eating disorders focusing on anorexia nervosa in the experimental group. For the needs of the research was used questionnaire survey with the reference group.

Keywords:

Anorexia nervosa, eating disorders, starvation, weight loss, therapy

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. et Mgr. Lucii Dudkové za odborné vedení, cenné rady, a i dohled při zpracování bakalářské práce.

Prohlášení bakalářské práce

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 27. 4. 2018

Podpis

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Vymezení poruch příjmu potravy	11
1.2 Vymezení a historie mentální anorexie.....	13
1.2.1. Historie onemocnění	13
1.4 Definice mentální anorexie	14
1.5 Diagnóza mentální anorexie.....	14
1.5.1. Projevy fyzické.....	16
1.5.2 Projevy psychické	17
1.6 Epidemiologie	17
1.7 Patogeneze a etiologie.....	18
1.8 Příčiny mentální anorexie	18
1.9 Důsledky mentální anorexie.....	19
1.10 Prognóza a výskyt mentální anorexie	20
1.11 Léčba mentální anorexie	21
1.11.1. Cíle léčby	22
1.12 Léčebné postupy	23
1.12.1. Realimentace	23
1.12.2. Hospitalizace a částečná hospitalizace	24
1.12.3. Ambulantní lékařská péče	25
1.12.4. Motivační terapie	25
1.12.5. Kognitivně behaviorální terapie.....	25
1.12.6. „Enhanced“ KBT	26
1.12.7. Kognitivně analytická terapie	26
1.12.8. Rodinná terapie	26
1.12.9. Interpersonální terapie.....	27
1.12.10. Psychoanalytický přístup	27
1.12.11. Skupinová terapie.....	28
1.12.12. Psychodynamická terapie.....	28
1.12.13. Svépomocné skupiny	29
1.12.14. Skupiny pro rodinné příslušníky	29
1.12.15. Farmakoterapie.....	30
1.13 Mentální anorexie v dětském věku	30

1.13.1. Specifické odlišnosti mentální anorexie v dětském věku.....	31
1.13.2. Terapie mentální anorexie v dětském věku.....	31
2 Výzkumná část	32
2.1 Cíl výzkumu a hypotézy.....	32
2.2 Metodika výzkumu	32
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	33
2.4 Průběh výzkumu	33
2.5 Zpracování získaných dat.....	33
2.6 Výsledky výzkumu	34
2.7 Diskuze.....	53
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi	56
Závěr	57
Seznam použité literatury.....	60
Seznam tabulek	62
Seznam grafů.....	63
Seznam zkratek	64
Seznam příloh.....	65
Příloha 1 - Dotazník	65

Úvod

S kultem nepřirozené krásy v podobě hubených modelek se spíše chlapeckou postavou se setkáváme v současné době v médiích všeho druhu. Dívky v reklamách, časopisech a filmech s velmi štíhlou postavou se tváří šťastně, spokojeně, jsou úspěšné a dokonalé. To opravdu málokdy odpovídá realitě a výsledkem bývají poté především mystifikované divačky, které si představují, že budou-li o moc štíhlejší, přidruží se také další vlastnosti jejich hrdinek a ony se tak alespoň o trochu přiblíží dokonalosti. Výsledkem bývá místo dodržování zdravého životního stylu a dále přiměřeného sportování oběti zaručeně zeštíhlujících přípravků, liposukcí, diet, cvičících přístrojů, a v neposlední řadě poruch příjmu potravy. Bývá poukazováno na tzv. kult krásy, ovšem zároveň jsou zatajovány případné zdravotní a také psychické následky s ním související. Stává se to problémem, který se dotýká všech, i když o něm v mnoha případech zpočátku neuvažujeme. Jeho závažnost lze srovnat s projevy závislých osob, ať se jedná o alkohol či jiné návykové látky. Léčba u jedinců s projevy poruch příjmu potravy bývá o to složitější, že jejich „abstinence“ (ve smyslu nepřijímání normální potravy) není možná. Potřeba jídla patří totiž mezi základní biologické potřeby.

Určitou motivací pro zaměření se na toto velmi zajímavé a troufám si také tvrdit, že široké veřejnosti velmi dobře známé téma, kterým je právě mentální anorexie, mi byla také vlastní zkušenost. S uvedenou nemocí jsem se setkala, i když ne přímo jako oběť, ale jako svědek u mých blízkých. I když já osobně jsem nikdy nebyla uvedenou hroznou chorobou bezprostředně zasažena, měla jsem pokaždé pocit, že jsem z části zodpovědná za lidi, které mám velmi ráda a musím jim nějakým způsobem pomoci. Ony však ve většině případů o žádnou pomoc samy nestály. Záměrně se o uvedených osobách vyjadřuji v ženském rodě a také se budu toho držet v celé svojí bakalářské práci, a to hlavně proto, že vycházím ze statistických podložitelných údajů, které uvádějí, že se uvedené onemocnění objevuje z 95 % u ženského pohlaví či také, že na 10-15 případů nemocných dívek či žen připadá 1 případ, kdy mentální anorexií trpí chlapec či muž.

Proč mentální anorexie? Z několika různých druhů poruch příjmu potravy je mentální anorexie podle mého názoru nejznámější a velmi často prvotní problém s přijímáním potravy, který se může dále rozvinout v další formy jako je např. mentální bulimie

či záchvatovité přejídání. Mým hlavním záměrem při výběru daného tématu mentální anorexie bylo ve velké míře upozornit na závažnost tohoto problému, který bývá často z řad veřejnosti podceňován, zlehčován, tabuizován a také v nejhorším případě propagován především prostřednictvím různých internetových stránek, kde místo jasných výstrah, jak nebezpečná nemoc je, najdeme i obrázkové návody na zaručené hubnutí a také fotografie podvyživených dívek a žen na pokraji života a smrti, které jsou taky vydávány za vzory.

To vše je děsivé, až právě znechucující a zároveň také alarmující. V boji proti takovýmto nástrahám bývá dobré využít stejných zbraní, a proto si tedy myslím, že je dobré propagovat osvětu o tom, jak právě nejlépe mentální anorexii rozpoznat a jak s nemocí úspěšně bojovat prostřednictvím internetu, a i dalších masmédií. Důležitá bývá dostupnost, tedy aby se k uvedeným informacím dostalo co nejvíce lidí, především těch, kteří pomoc potřebují. Doufám tedy, že by se bakalářské práce s názvem: „poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii v dětském věku“ mohla stát takovouto pomůckou, která zprostředkovává přínosné informace pro odbornou a také laickou veřejnost.

Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce se pokusím vymezovat základní pojmy spojené s uvedenou problematikou. Nejprve se budu zabývat obecným popisem poruch příjmu potravy a podrobně se zaměřím až na mentální anorexii a na její historii, etiologii, patogenezi, epidemiologii, symptomy, příčiny, důsledky i na různé druhy léčebných postupů tohoto onemocnění. Teoretická část shrnuje co nejucelenější přehled o majoritní poruše příjmu potravy, a to o mentální anorexii. Praktická část obsahuje vyhodnocení dat z vlastního výzkumu týkajícího se zhodnocení informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii u sledované skupiny. Pro potřeby výzkumu bylo využito dotazníkové šetření u sledované skupiny.

1 Současný stav problematiky

1.1 Vymezení poruch příjmu potravy

O poruchách příjmu potravy (dále také PPP) se mluví tehdy, jestliže jedinec prostřednictvím jídla řeší svoje vlastní psychické, respektive emocionální problémy. PPP lze dále popsat jako závislost na jídle, podobnou jako bývá závislost na alkoholu u alkoholiků či závislost na drogách u toxikomanů. Pro jedince trpícího některou z forem poruch příjmu potravy bývá jídlo hlavní náplní života (Maloney, Kranzová, 1997).

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejzávažnějších a nejčastějších onemocnění, které postihuje především mladé ženy a dospívající dívky (Krčh, 1999). V uplynulých letech docházelo k dramaticky velkému nárůstu poruch příjmu potravy, a to nejvíce v západní populaci (Novák, 2010). Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy se zařazují mentální anorexie (termín – anorexia nervosa) a také mentální bulimie (bulimia nervosa). V rámci poruch příjmu potravy lze hovořit o propojení uvedených dvou poruch. Asi u 30 % případů mentální anorexie se časem rozvíjí na mentální bulimii (Krčh, 1999).

Vedle mentální anorexie a také mentální bulimie existují jiné poruchy příjmu potravy:

1. Záchvatovité přejídání: stále se opakující záchvaty konzumace přemrštěného množství jídla, kterým nepředchází mnohdy ani pocit hladu, ale bez následujícího chování, které vede k odškodnění (např. zvracení či cvičení). Následují výčitky, nikoliv ovšem myšlenky na zvracení, maximálně dochází na předsevzetí cvičení či jiné nápravy. Záchvatovitému přejídání propadají velmi často obézní lidé, kteří drží neustále dietu. (Maloney, Kranzová, 1997);

2. Syndrom nočního přejídání: typickými projevy bývají nespavost, nutkavé myšlenky v noci jíst, noční přejídání zapříčiněné příliš neúspěšnými pokusy zhubnout či stresovým způsobem života. Asi každého někdy přepadá či přepadl neutěšitelný hlad uprostřed noci, pokud by se ovšem tento jev pravidelně opakoval, je velmi vhodné vyhledat odborníka.

3. Infantilní mentální anorexie: chování anorektického charakteru u malých dětí (tedy ještě před nástupem adolescence);

4. Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu: Uvedená porucha se projevuje vyhýbáním se jídlu spolu ještě s emoční poruchou. Emoční stav ovlivňuje vztah k veškerému jídlu a somatické projevy (strach ze zvracení, bolení břicha, udušení apod.) Pacienti zpravidla velmi dobře reagují na intervenci, terapie bývá úspěšnější než u mentální anorexie, ale také náročnější než u emoční poruchy.

5. Syndrom vybíravosti v jídle: každé dítě zkouší určitou trpělivost svých rodičů a bývá vybíravé. Do jaké míry by se měla tato vybíravost tolerovat, bývá otázkou. Pakliže by nastala určitá situace, že by dítě bylo spíše ochotné přijímat jen jeden jediný druh potravy (např. čokolády či sušenky), je nutné situaci radikálně řešit, jinak by mohlo dojít k dalšímu ohrožení vývoje dítěte, což s sebou nese velmi závažné následky. Obtíže většinou přestanou vznikat spíše spontánně v adolescenci.

6. Syndrom pervazivního odmítání: stav, kdy dítě zásadně s velkým odporem odmítá cokoli dělat či přijímat – jídlo, mluvení, pohyb, pití, jakoukoli péči o sebe. Některá odborná veřejnost jej charakterizují jako velmi extrémní podobu vyhýbavého chování. Někdy bývá také označován jako projev posttraumatické stresové poruchy či zneužívání.

7. Ruminace: stav či jev, kdy dochází k vracení rozkousané potravy zpět do dětských úst k dalšímu žvýkání.

8. Pika: porucha známá od raného středověku jako touha po jídlech či látkách nepřilíš vhodných ke konzumaci, např. látky, hlíny, papírů, vlasů. Objevuje se u dětí či osob s mentálním postižením (Krch, 1999).

1.2 Vymezení a historie mentální anorexie

I když byla anorexia nervosa (AN) relativně vzácnou nemocí, v současné době se stává rozšířenější, obzvláště právě v západních zemích. Nejčastěji tedy postihuje mladé dívky a ženy a jejím hlavním rysem bývá abnormální snižování tělesné hmotnosti, kterého bývá dosaženo extrémní kalorickou restrikcí (Garner, 1993). Pacienti jsou k danému chování motivováni silnou touhou po štíhlosti (Bruch, 1962), chorobným strachem i z malé tloušťky (Russel, 1970), či fobií z nadváhy (Crisp, 1967). Závažnost nízké hmotnosti bývá samotnými jedinci často popírána (Garner, 1993).

1.2.1. Historie onemocnění

Příznaky mentální anorexie byly popisovány již Galénem ve 2. století. Mnohem později ji Hippokrates pojmenoval anorexia nervosa, což určovalo neurotické odmítání potravy. Ve 12. až 15. století mívalo odmítání potravy charakter očisty od určitých nečistých potřeb těla. První přísně lékařský popis anorexie se přičítá obvykle až R. Richardu Mortonovi z Velké Británie, a to v roce 1689. V roce 1859 popisoval americký lékař William Stout Chipley další z případů mentální anorexie a následoval ho o rok později francouzský lékař Louis-Victor Marcé. I když oba dva lékaři publikovali své dosavadní poznatky, psychiatrická obec té minulé doby na ně ještě nebyla připravena. Oba jejich články nevzbudily žádnou odezvu. Sebehladovění se stalo uznávané lékařsky až o deset let později, a to díky pařížskému lékaři Ernestu-Charlesi Laséguemu a také londýnskému lékaři Williamu Gullovi. Dle obou dvou lékařů se jednalo o jasnou psychogenní chorobu vyskytující se ve velké míře u mladých žen a dívek (Krch a kol., 2005). Charakteristické znaky, které popisovali tenkrát Laségue a Gull, platí do dnešní doby.

1.4 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je tedy pouze jedna diagnostická jednotka ze spektra poruch příjmu potravy, které se právě vyskytují od raného dětství až do dospělosti. Mentální anorexie je psychická porucha charakterizovaná zcela úmyslným snižováním váhy, které si jedinec způsobuje a udržuje sám (Papežová in Seifertová a kol. (Eds), 2008). S termínem anorexie se ovšem musí zacházet obezřetně, protože může být v mnoha případech zavádějící. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu bývá spíše sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění a není nutné, aby se vyskytovalo u všech nemocných mentální anorexií. Může tady platit nepřímá úměra – čím víc se jedinec omezuje v jídle, tím víc roste zájem o jakékoliv jídlo (myslí na jídlo, sbírá různé recepty, vaří pro své blízké přátele, čte jídelní lístky atd.) (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Anorektičtí jedinci neodmítají jíst proto, že by neměli žádnou chuť, pravým důvodem je právě to, že nechtějí vůbec jíst.

1.5 Diagnóza mentální anorexie

Diagnostická kritéria pro MA dle MKN-10 (F 50.0)

- Tělesná hmotnost bývá udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena či nebyla nikdy dosažena), či BMI 17,5 (kg/m²) a i nižší. Prepubertální pacienti během růstu nesplňují očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá určitým jídlům, „po kterých se přibírá“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: užívání laxativ, vyprovokované zvracení, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z nadměrné tloušťky a také zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, neodbytná obava z dalšího tloustnutí, která vede člověka ke stanovení si příliš nízkého hmotnostního prahu (optimální či cílové hmotnosti).
- Rozsáhlá endokrinní nemoc, zahrnující hypotalamo – hypofýzo - gonádovou osu, se projevuje u ženského pohlaví jako amenorea, u mužského pohlaví jako ztráta sexuálního zájmu a také potence. Zřejmou výjimkou ses stává přetrvávání děložního krvácení u příliš anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejvíce často ve formě antikoncepčních tablet. Může se i vyskytnout

zvýšená hladina růstového hormonu, vysoká hladina kortizolu, další změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu, a i odchylky ve vylučování inzulinu.

- Pakliže je počátek onemocnění před pubertou, bývají projevy puberty opožděny, či dokonce zastaveny (zastavuje se další růst, dívkám se nevyvíjejí standardně prsa a dochází u nich k tzv. primární amenoree, u hochů zůstávají stále dětské genitálie). Po uzdravení dochází velmi často k normálnímu dokončení puberty, ovšem menarche je opožděna. (Krch, 2005)

Diagnostická kritéria pro MA podle DSM-IV

- Odmítání udržovat si vyšší tělesnou hmotnost, než bývá minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a i výšku (např. nepřírozené hubnutí, jehož důsledkem bývá pokles a udržení tělesné hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), či nedostatečný přírůstek hmotnosti během přirozeného růstu (jehož důsledkem bývá tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající věku a výšce).
- Intenzivní strach (obava) z přibírání na hmotnosti a ze ztloustnutí, a to také v případech, že jsou pacientky vyhublé.
- Narušené vnímání vlastního těla (tvaru postavy a tělesné hmotnosti), nepřiměřený vliv tvaru postavy a také hmotnosti na vlastní sebehodnocení či popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- U žen absence minimálně tří až čtyř za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární či sekundární amenorea). (Woodside, 1995; Goldbloom, 2000; Krch, 2005) – dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace, 4th ed., 1994. Uvedená kritéria rozlišují níže uvedené subtypy MA dle přítomnosti nebo absence určitého chování (Garner, 1993).

Specifické typy:

- Restriktivní (nebulimický) typ
 - Během epizody MA u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání
- Purgativní (bulimický) typ
 - Během epizody MA u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (Woodside, 1995; Goldbloom, 2000; Krch, 2005) - dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace, 4th ed., 1994.

Nemocní, u nichž se vyskytuje restriktivní typ MA, bývají charakterizováni jako osoby perfekcionistické, stoické, emocionálně inhibované a introvertní. Naproti tomu nemocní, u nichž se vyskytuje purgativní typ MA, jsou charakterizováni jako osoby depresivní, impulzivní, sociálně dysfunkční a velmi často pociťující emoční tíseň (Garner, 1993). Uvedené chování, jakož také závažné fyzické projevy nemoci a i metabolické poruchy, je způsobeno zvracením a následným čištěním (Hall et al., 1989).

1.5.1. Projevy fyzické

Vlasy: padají, slábnou, mají zhoršenou kvalitu, lámou se.

Kůže: suchá, zažloutlá, praskající, modřiny, lanugo, nehojící se rány.

Nehty: spíše lámavé.

Dutina ústní: afty, opary, koutky.

Žaludek: vznik žaludečních vředů, nadměrné působení žaludečních šťáv.

Tenké střevo: nadýmání, ochabnutí střevní sliznice, nedostatek živin, pocity plnosti.

Ledviny: selhávání ledvin, kameny, narušení rovnováhy solí a tělesných tekutin.

Trusté střevo: zácpa (není co by se vylučovalo), průjem.

Srdce: nízký krevní tlak (závrať), bušení srdce, zpomalený tep, srdeční selhání.

Krev: chudokrevnost, anemie, zvýšený cholesterol.

Minerální látky: nedostatek sodíku, draslíku a hořčíku (přímé ohrožení na životě).

1.5.2 Projevy psychické

Pokleslá, podrážděnost, depresivní nálada, nejistota, smutek, úzkost, sebenenávist (sebevražda, sebepoškozování). Nesoustředěnost, neustálé se zabývání jídlem, zhoršení paměti, sebehodnocení založené na tělesné hmotnosti. Ztráta zájmu o blízké okolí (nemocný se vyhýbá společnosti), o sexuální život a o vše, co se netýká přímo jídla. Konflikty s přáteli a rodiči, náladovost, vznětlivost, vztahovačnost, plačtivost, nadměrná sebekritičnost, neschopnost vyrovnat se s negativními reakcemi a také nesouhlasem z okolí, neschopnost říkat „ne“ a postupná sociální izolace. Opravdu nepřekonatelný strach z růstu hmotnosti. U diagnózy MA musí být nejprve vyloučena duševní a somatická porucha, která by mohla vyvolávat poruchu v jedení, nechutenství a nízkou tělesnou hmotnost (deprese, cukrovka, karcinogenní nádor, manická fáze u bipolární poruchy atd.)

1.6 Epidemiologie

Dlouhodobá sledování prevalence a incidence nemoci ukazují, že se stává frekventovanější a objevuje se nejvíce u mladých žen. I přestože nástup nemoci lze nejčastěji pozorovat v období adolescence, přesto ani nemocní v preadolescentním a středním věku nejsou běžně výjimkou (Hoek, 1991).

Určitý čas hrála roli myšlenka, že MA postihuje výhradně vyšší vrstvy obyvatelstva, zatímco v dnešní době víme, že MA postihuje nemocné napříč socioekonomickým spektrem (Gowers a McMahon, 1989). Lze říci, že poruchy příjmu potravy se vyskytují přibližně ve stejné míře jak ve městě, tak na venkově (Rather a Messner, 1993). MA a i jinými poruchami příjmu potravy bývají ohroženi více sportovci a lidé, u kterých je kladen důraz na štíhlou postavu či vzhled a jejichž nižší tělesná hmotnost může dále pomoci zlepšit jejich sportovní výkony (Rather a Messner, 1993).

1.7 Patogeneze a etiologie

Jak se diagnóza nemoci stávala složitější a rafinovanější, tak její pouhý popis přešel od jednoduchého popisu určitých symptomů, k porozumění její vlastní patogenezi, a nakonec také k rozluštění její etiologie (Russell, 1988).

Dnes je MA považována za multifaktoriální nemoc, zatímco v minulé době na ni bylo pohlíženo jako na nemoc způsobenou jen jedním určitým faktorem (Garfinkel a Garner, 1982). S ohlédnutím na heterogenitu pacientů, působí na vznik a vývoj uvedené nemoci různé faktory jako jsou: rodinné, kulturní a individuální – psychologické a biologické. Některé případy bývají nekomplikované s lepší prognózou, zatímco jiné se pouze obtížně zvládají a jejich prognóza je velmi nejistá (Garner, 1993).

1.8 Příčiny mentální anorexie

Existuje mnoho dohadů a teorií o příčinách PPP. Příčiny vzniku mentální anorexie nejsou zcela přesně známy. Uvádějí se odlišné hypotézy:

- Zděděná náchylnost k danému vzorci chování;
- Trauma perinatální;
- Pohlavní zneužívání;
- Velmi časté oddělení od rodičů (snaha o změny prostředí);
- Strach z nadcházející dospělosti;
- Výskyt obezity u blízkých příbuzných, vliv informačních médií a módního průmyslu týkající se dosažení ideální štíhlosti u žen a sportovních tělesných proporcí u mužů;
- Snaha vytvářet si zástupný problém;
- Odvést pozornost od jiného problému;
- Snaha upozorňovat na sebe;
- Snaha uplatnit se, prosadit se;
- Protest;
- Trestání sama sebe apod.

V současnosti se spíše zdůrazňuje propojenost odlišných faktorů – tzv. bio-psycho-sociální podmíněnost poruch příjmu potravy (Krch, 1999).

1.9 Důsledky mentální anorexie

Mentální anorexie je velmi těžká porucha, která může způsobovat vážné zdravotní a psychické problémy, dokonce také smrt.

V některých případech se objevují srdeční potíže, častá bývá bradykardie (zpomalená srdeční činnost) a arytmie (nepravidelný tep), to může dále vést až k srdeční zástavě. Dalším nemocí postiženým orgánem jsou velmi často játra. V pozdějších stádiích dochází i k metabolickému rozvratu ledvinových funkcí. Velkým rizikem se stává i osteoporóza (řidnutí kostí), která může dále vést k dalším zraněním. Anorektičtí jedinci mají i oslabenou imunitu – obranyschopnost (Freeman In Krch, 1999).

Je dosti snížena hladina pohlavních hormonů, což vede ke ztrátě sexuálního zájmu. 80-90 % dívek přestává zcela menstruovat, což bývá jedním z kritérií pro diagnostiku mentální anorexie. Mnohem závažnějším důsledkem ovšem bývají psychické problémy, které mají velký dopad nejen na osobnost pacienta samotného, ale také na sociální okolí, obzvlášť na blízkou rodinu. Čím déle dívky a ženy nemoc tají, tím déle a také ve větší míře, se mohou rozvíjet následné psychické a zdravotní problémy. K psychologickým problémům se řadí zejména omezení zájmů na různé diety, vaření a také krmení druhých, obsedantní systém rituálů a pravidel týkajících se právě diet a cvičení, poruchy kognitivních funkcí a koncentrace, černo-bílé myšlení, nedůvěra v sebe a také v ostatní, anxieta a deprese.

Ze sociálních následků bývají nejzávažnější studijní selhání, sociální izolace, ztráta rodinného zázemí nebo zaměstnání (Černá, 2005).

Lze odhadovat, že asi 5-10 % případů končí z těchto uvedených důvodů a z důvodů zvýšené tendence k dalšímu suicidálnímu jednání letálně (sebevražděnému jednání, kde se stává následkem smrt) (Raboch, Pavlovský, 2003).

Freeman (In Krch, 1999) popsal fyziologické komplikace, které se mohou vyskytnout u dlouhodobě nemocných pacientek mentální anorexií či bulimií celkem do osmi různých druhů.

Některé z nich jsou zcela léčitelné, jiné ovlivní dívce či ženě celý zbytek života:

- **Kardiovaskulární komplikace:** nejčastější sinusová bradykardie (méně než 60 úderů srdce za minutu), vagová hyperaktivita a také hypotenze (nízký tlak).
- **Renální komplikace:** zvýšená hladina urey v krvi, poškození ledvin, vznik ledvinových kamenů atd.
- **Gastrointestinální komplikace:** zubní a ústní komplikace, jícnové záněty, eroze zubní skloviny, vředy a eroze atd.
- **Kosterní komplikace:** netraumatické zlomeniny, osteoporóza, snížení minerální denzity kostí.
- **Endokrinní komplikace:** infertilita (neschopnost otěhotnět), nízký výdej sériových estrogenů z vaječníků, amenorea (vynechání menstruace), onemocnění štítné žlázy.
- **Hematologické komplikace:** negativní změna kostní dřeně a krevního obrazu, slabá imunita.
- **Neurologické komplikace:** křeče, stavy akutní zmatenosti, akutní porucha elektrolytové rovnováhy, příznaky přechodné ischemie mozku, ztráty vědomí, poruchy hybnosti, bolesti hlavy, dvojité vidění, bývá zjištěno zvětšení mozkových komor a úbytek mozkového parenchymu, které ale mizí s přibýváním tělesné hmotnosti na normální váhu.
- **Metabolické komplikace:** zhoršení regulace tělesné teploty, problémy s výdejem a vstřebáváním moči, poruchy spánku.

1.10 Prognóza a výskyt mentální anorexie

Dle odborníků se nachází v dnešní populaci 2-5 % těch, kteří nějakou poruchou příjmu potravy trpí. Pravděpodobně je ovšem výskyt mnohem větší. Nejčastěji jimi trpí tedy mladá děvčata, ale onemocnění se nevyhýbá v zásadě ani chlapcům (průzkumy uvedly poměr mezi nemocnými chlapci a dívkami-1:10). Dle prognózy odborníků se počet případů PPP bude dále v příštích letech jak u žen, tak i u mužů zvyšovat).

V rámci České republiky je MA rozšířena přibližně ve stejné míře jako právě v západní Evropě (asi 1 dívka či žena z 200). V období adolescence se mohou objevovat příznaky této nemoci až u 6 % dívek. Médii ovlivnitelné mladé dívky a ženy propadají dietám, mají velmi narušené jídelní postoje a ohrožujícími způsoby dále kontrolují svoji tělesnou váhu až v 10 %. Nejčastěji se první příznaky vzniku této nemoci objevují mezi 13. a 16. rokem, a to v kontextu psychických a tělesných změn, které provází období puberty. V poslední době se také objevují stejně i případy, kdy mentální anorexie propukla v až dospělém věku pacientky či naopak u dívek, kterým ještě ani 13 let nebylo (Krch, 2002).

U výskytu mentální anorexie jsou důležitými ukazateli incidence a prevalence. Určování uvedených ukazatelů není vůbec jednoduché, neboť bývají uváděny odlišné údaje. Prevalence mentální anorexie se pohybuje kolem 2-5 % v běžné populaci. V současné době je uváděna incidence mentální anorexie v zemích západního světa 6-9 případů či 12-20 nových případů na 100 000 obyvatel, z toho nejvyšší daná incidence se vyskytuje ve věkovém rozpětí 15 až 19 let, tedy 30 až 80 nových případů na 100 000 obyvatel. V České republice mají oba ukazatele spíše mírně vzestupnou tendenci stejně jako je tomu právě u západních zemí. Prevalence u žen k roku 2010 odpovídala 0,5 % (Novák, 2010).

Dlouhodobé pozorování úspěšnosti terapeutické léčby ukazuje velmi dobré výsledky u 44 % pacientů s MA, u 28 % jasně částečnou úspěšnost a u 24 % byl popsán spíše chronický průběh s neschopností udržovat zdravou tělesnou hmotnost s přetrvávajícím patologickým zaujetím váhou a jídlem, závažnými psychosociálními a tělesnými komplikacemi a také zvýšenou úmrtností (Černá, 2005).

1.11 Léčba mentální anorexie

V posledních deseti letech se výrazně rozšířila nabídka různých léčebných, a to zejména psychoterapeutických přístupů užívaných při léčbě MA. Rodiče ani pacienti nedovedou velmi často správně určit nejvhodnější formu terapie, proto by měl být daný výběr léčebného postupu na erudovaných specialistech, kteří zhodnotí komplexně pacientův stav. Výběr psychoterapeutického adekvátního přístupu má pro léčbu zásadní význam.

Přímo záleží na:

- Motivaci jedince,
- úrovni, na jaké je jedinec schopen pracovat co nejefektivněji z hlediska zralosti osobnosti a aktuálních příznaků,
- osobnosti specializovaného terapeuta,
- dostupnosti kvalifikované péče.

Podmínkou úspěšné léčby této nemoci je kvalitní terapeutický vztah a také shoda cílů terapeuta či terapeutického týmu a pacienta.

1.11.1. Cíle léčby

1. Navození normální tělesné hmotnosti k obnovení reprodukčních funkcí (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008):

- Normální ovulace a menstruace u žen.
- Běžné sexuální citění.
- Normální hormonální hladina u mužů.

2. Odstranění dalších psychologických a biologických následků malnutrice

3. Zvýšení motivace k další spolupráci a terapii.

4. Psychoedukace o následcích hladovění a diet a zásadách zdravé výživy.

5. Dosažení a jasné stanovení zdravé cílové váhy.

6. Změna maladaptivního postojů, myšlení a pocitů týkajících se samotného příjmu potravy.

7. Pozitivní a realistické vnímání vlastního těla.

8. Léčba dalších psychopatologických projevů, sebehodnocení, poruch nálady a chování.

9. Podpora rodiny či partnerů, zajištění terapie a poradenství v indikovaných případech

10. Prevence relapsu (realimentace beze změny postoje k jídelnímu režimu mívá většinou krátkodobý efekt).

Léčba mentální anorexie vyžaduje multidisciplinární přístup a komplexní léčbu. K volbě nejvhodnějšího terapeutického přístupu bývá nutná znalost kognitivního vývoje pacienta, psychodynamického rozvoje konfliktu, aktuální a vývojové role stresu a traumatu a také

komplexnosti rodinných vztahů (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Při neúčinnosti jednoduchých, časově limitovaných přístupů přidají poté lékaři další terapeutické modality. Léčba může trvat 1 až 6 let, výjimečně také déle.

1.12 Léčebné postupy

1.12.1. Realimentace

Každému pacientovi s diagnózou mentální anorexie, který je v danou chvíli ve stavu malnutrice, je nutné poskytnout podpůrnou substituci životně důležitých látek. Tu lze provádět perorální formou (ústí), enterální (nazojejunální sondou) či parenterální (tzv. mimo trávicí trakt) (Krch a kol., 2005).

a) Perorální výživa

Pokud jedinec akceptuje perorální příjem, je možné zahájit podávání šetřící diety, kterou postupně lze posilovat přidavky energeticky bohatých látek a i bílkovin. S realimentací lze začít pozvolna, protože vyhladovělé tělo, které již odvyklo zpracovávat plnohodnotnou stravu, by s vysokou pravděpodobností zátěž ve formě energeticky výživné potravy nejspíše nepřijalo a výsledek by byl kontraproduktivní (pocity těžkosti, průjemy). Velmi důležitá bývá spolupráce s dietní sestrou, a i ostatním středně zdravotnickým personálem, který by měl sledovat příjem skutečně zkonsumovaných potravin (Krch a kol., 2005).

b) Enterální výživa

Důsledkem dlouhodobého hladovění velmi často dochází k částečné nefunkčnosti žaludku. Žaludek bývá ochablý a nemá sílu dál posunovat potravu do tenkého střeva. To nemocnému způsobuje nepříjemné pocity tlaku v žaludku, plnosti, přejedení. Nejedná se ovšem o žádné vážné onemocnění (Krch a kol., 2005).

Lékař velmi často indikuje vhodnou medikaci, kterou se právě správná funkce žaludku obnoví. Aby se nemuselo dále s realimentací čekat, než se činnost daného orgánu zcela spraví, zavádí se nemocnému nazojejunální sonda (nosem až hluboko do tenkého střeva

za dvanáctník). Dalším důvodem pro uvedenou volbu tohoto typu výživy může být prevence před pokusy nemocného potravu úmyslně vyzvracet (Krch a kol., 2005).

c) Parenterální výživa

Jde o plnohodnotnou výživu aplikovanou mimo trávicí trakt. Nejčastěji se však jedná o nitrožilní (intravenózní) výživu, kterou se dostávají do těla potřebné látky. Tato forma výživy bývá nejčastěji indikovaná u nemocných s těžkým stupněm malnutrice, u kterých jsou zcela ohroženy základní životní funkce (Krch a kol., 2005).

1.12.2. Hospitalizace a částečná hospitalizace

Při rozhodování o nutnosti hospitalizace pacienta existuje několik obecných vodítek (Krch a kol., 2005):

- Nezbytnost návratu k normální tělesné hmotnosti či přerušení trvalého úbytku hmotnosti.
- Hyperaktivita.
- Přerušení záchvatů přejídání či zneužívání diuretik a laxativ.
- Léčba některých psychických přidružených potíží (deprese).
- Neschopnost členů rodiny zvládat jídelní patologii pacienta.

O hospitalizaci lze uvažovat také v případě, že nemocný jasně nereagoval na dosavadní ambulantní nebo psychologickou léčbu. Rozhodnutí hospitalizovat nemocného pouze za účelem zdravotní stabilizace a také předání do další ambulantní péče vyžaduje velmi pečlivé zhodnocení především psychického rozpoložení pacienta a jeho další motivaci k léčbě. Existuje mnoho případů, kdy anorektičky po dobu své hospitalizace „na oko“ opravdu spolupracovaly, ale domů se vracely již s rozhodnutím, že nabrané kilogramy za dobu hospitalizace musí neprodleně zhubnout a vše tak opět začíná nanovo. Pro velkou část nemocných s mentální anorexií je přijatelnější formou terapie denní stacionář či částečná hospitalizace. Tyto programy poskytují jasný řád, pokud jde o zdravý jídelní režim a také současně umožňují intenzivní terapii. Nemocný je navíc obklopen lidmi se stejnými či podobnými problémy, kteří mu rozumějí a i prožívají stejné obavy a pocity (Krch a kol., 2005).

1.12.3. Ambulantní lékařská péče

Pakliže je terapie formou částečné hospitalizace, denního stacionáře nebo klasické hospitalizace úspěšná, záleží na zvážení stavu nemocného lékařem, který může pacienta odeslat do ambulantní následné lékařské péče. Lékař musí ovšem přihlídnout k somatickému stavu (nárůst hmotnosti o 1 až 1,5 kg za týden, podvýživa, stabilizovaná váha), psychickému stavu (strach, úzkost, optimismus, motivace k úplnému uzdravení) a také sociálnímu prostředí, do kterého se nemocný vrací (škola, rodina, zaměstnání). Je velmi mnoho případů, kdy nemocný terapií namotivovaný se vyléčit sklouznul zase do aktivní fáze této nemoci, například po příchodu do traumatického sociálního prostředí (baletky, modelky). Nadále je velmi nutné sledovat váhový přírůstek (0,5 až 1 kg za týden), pracovat na hlubokém zažití normálních stravovacích návyků a také pokračovat v indikované terapii (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008).

1.12.4. Motivační terapie

Tato terapie bývá obvykle krátkodobá (4 až 5 sezení) a kromě obezity, alkoholové závislosti a kouření se stává velmi důležitou součástí léčby také u poruch příjmu potravy (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). V počátcích, kdy nemocný často odmítá spolupráci a jakoukoliv možnou terapii, je vhodná zejména pro rodinu pacienta. Získá taky podrobné informace o povaze této nemoci, jejích příčinách a také možnostech léčby. Zkušenější rodiny mohou dále předávat své poznatky dalším rodinám, což bývá pro ně většinou velkým přínosem (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008).

1.12.5. Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie se stala běžně uznávanou léčbou MB a vytváří teoretické základy pro část léčby mentální anorexie (Papežová, 2008). Individuální kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) je doporučovaná těm nemocným dívkám, pro které není vzhledem k jejich věku příliš vhodná rodinná terapie, a které mají středně těžké až velmi vážné příznaky.

U mentální anorexie obvykle trvá KBT déle než u mentální bulimie a kognitivní intervence se zaměřuje jak na modifikaci specifické patologie v pacientově myšlení, která

udržuje chronické snižování tělesné hmotnosti a držení diet tak také na práci s přesvědčeními, které se týkají nejen blízkých interpersonálních konfliktů, dalších pocitů neschopnosti a úzkostmi spojenými s různým psychosociálním vývojem. Do dlouhodobé KBT mentální anorexie se velmi často začleňují také prvky rodinné a interpersonální terapie (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008).

1.12.6. „Enhanced“ KBT

Terapie je zaměřována na specifické zmapování mechanismů, které udržují jednotlivé možné příznaky anorexie. S pomocí psychoedukace, dále motivační a také hlavně interpersonální terapie se pokouší rozbít rigidní mechanismy a odstranit tak zcela jídelní patologii (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008).

1.12.7. Kognitivně analytická terapie

Kognitivně analytická terapie byla vytvořena v roce 1990 kombinací kognitivně behaviorální terapie s pozorností, která byla věnovaná interpersonálním vztahům. Pro MA ji adaptovali a zhodnotili její účinnost lékaři z Anglie. U nás byla prezentovaná na 3. mezioborové a mezinárodní konferenci Poruch příjmu potravy, a to v roce 2001. Terapeut poukazoval na maladaptivní vztahové vzorce, využívá dopisy určené nemocnému, ve kterých vysvětluje a shrnuje individuální vývoj problému s jídlem na základě minulých sezení (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.)

1.12.8. Rodinná terapie

V posledním čtvrt století se rodinná terapie postupně stává důležitým léčebným přístupem u poruch příjmu potravy, zejména právě u mentální anorexie v adolescenci (Krch a kol., 2005). Odhalení dysfunkčních schémat uvnitř nukleární rodiny často prozradí některou z pravých příčin vzniku onemocnění mentální anorexie. S pomocí rodinných příslušníků, pacienta a terapeuta se snaží rodině pomoci najít nejvíce vhodná řešení a také východiska. Může být cenným doplňkem samotné individuální terapie, může být také včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu.

1.12.9. Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla původně vytvořena jako spíše krátkodobá léčba deprese. Léčebný postup je u Interpersonální terapie (dále jen IPT) rozdělen do tří postupných fází. V první fázi dochází zcela k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k udržování a rozvoji problémů s jídlem; v druhé fázi se, v návaznosti na první fázi, uzavírá terapeutická smlouva o práci na daných interpersonálních problémech (Krch a kol., 2005). Závěrečná fáze je přímo zaměřená na vyústění a ukončení této terapie. IPT by se měla také začleňovat do dlouhodobější psychoterapie nemocných s mentální anorexií s přetrvávajícími příznaky, kteří stále řeší vztahové a osobnostní problémy.

1.12.10. Psychoanalytický přístup

Základní východiska psychoanalytického myšlení pramení z hypotézy, že chování a prožívání člověka závisí na nevědomých procesech mysli, které ovlivňují lidské chování a prožívání ve zdraví i nemoci a že kořeny patologie u pacientek s mentální anorexií leží

v raném dětství, jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami (nejčastěji otec, matka) a projevují se ve vývoji jako patologická osobnostní organizace. Pro psychoanalytický přístup je centrem zájmu osobnost nemocných (Kocourková in Krch. a kol., 2005). Patologické projevy osobnosti lze pozorovat v oblasti intrapsychického (sebepoškozování, sebenenávist) a také interpersonálního fungování (patologické vzorce objektivních např. partnerských vztahů).

Zájem o PPP se v psychoanalytickém myšlení objevil ve 40. letech 20. století a vztahoval se především k právě mentální anorexii. Intenzivní psychoanalytická terapie je spíše dlouhodobou léčbou zaměřenou hlavně na problémy osobnosti nemocných. Pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, zejména nevědomým souvislostem. Vede ke změně osobnosti jednotlivce a napomáhá zrání v oblasti separace a individuace, narcistické regulace, sexuální identity a dalších funkcí potřebných pro osobnostní rozvoj (Kocourková, 1997).

1.12.11. Skupinová terapie (Kratochvíl, 2006)

Skupinová terapie bývá součástí mnoha léčebných programů pro nemocné s poruchami příjmu potravy. Liší se dle toho, zda je zaměřena spíše na úpravu a osvětu základních příznaků poruch příjmu potravy (zejména právě kontrola jídelního chování) či více na emocionální a interpersonální problémy nemocných. První model uvádí komplexní léčbu poruchy a může tak úspěšně fungovat sám o sobě (Krch a kol., 2005). Druhý více interpersonálně orientovaný typ skupiny bývá vhodný v případě, že problematika tělesné hmotnosti a jídla se řeší v rámci individuální terapie či nejlépe, když už byla z velké části řešena a vyřešena. Tento typ uvedené terapie není většinou doporučován jako samostatná metoda léčby mentální anorexie, bývá ovšem součástí komplexnějších programů. Skupiny bývají většinou smíšené (nemocní s mentální anorexií a také mentální bulimií), mohou být zcela uzavřené (všichni nemocní začínají léčení společně a společně i léčbu končí) či otevřené (nemocní nezačínají léčení společně a v průběhu odchází a další přichází).

Anorektičky bývají obvykle méně schopny identifikace a vyjádření svých vlastních pocitů. Jsou více úzkostné, uzavřené zaměřené jen na sebe a pohlčené strachem z tloušťky a jídla. Velkým přínosem pro skupiny mohou být spíše částečně či zcela vyléčené dívky či ženy, které představují motivaci a pozitivní vzor.

1.12.12. Psychodynamická terapie (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008)

Psychodynamická terapie vychází přímo z psychodynamických směrů. Mezi odbornou veřejností převládá názor, že práce se specifickými symptomy mentální anorexie vyžaduje specifický přístup a psychodynamickou terapii je pro poruchy příjmu potravy třeba zcela modifikovat. V této oblasti se většinou angažují terapeutky, zabývající se specifickými otázkami hledáním ženské identity, psychologie žen, diskriminací žen, traumatizací a sexuálním zneužitím. Dlouhodobá psychodynamická léčba je především doporučovaná tam, kde selhává krátkodobější intervence, často u případů s psychiatrickou komorbiditou, také hraniční osobností, s anamnézou sexuálního zneužití a traumatizace a posttraumatické stresové reakce. Vyžaduje přímo od psychodynamicky pracujících terapeutů znalost specifických rysů PPP.

1.12.13. Svépomocné skupiny

Při léčbě mentální anorexie se velmi často používají různé typy podpůrných, svépomocných a vzájemných skupin. Jejich společnými znaky bývá společný problém a spoléhání se na pomoc podobně nemocných či sebe samého (Krch a kol, 2005). Myšlenka svépomoci se v případě PPP uplatňuje ve velmi širokém rozsahu - od podpůrných laických skupin, přes nezávislé organizace, až po skupiny začleněné přímo do terapeutických programů léčebných nemocnic a center. Cíle svépomocných skupin bývají většinou skromnější než cíle skupinové nebo jiné terapie. Umožňují pacientovi lépe se zorientovat v uvedené problematice a seznámit se s problémy a řešeními někoho dalšího. Důležité je kontakty, sociální začlenění a impulsy k životu.

1.12.14. Skupiny pro rodinné příslušníky

Poruchy příjmu potravy narušují jak rodinný a sociální život nemocného tak také celé rodiny. Pochopení problematiky dané nemoci a podporu nepotřebují pouze nemocní, ale i jejich rodina (sourozenci, rodiče, prarodiče). Její porozumění a také přiměřená pomoc může sehrát důležitou roli v procesu celého uzdravení. Kromě informací o mentální anorexii umožňují rodičovské skupiny také konfrontaci s postoji a dalšími zkušenostmi jiných rodičů. Mají za cíl informovat rodiče a blízkou rodinu o problematice nemoci, snížit beznadějně napětí v rodině a případné vzájemné obviňování obou rodičů.

Významným tématem rodičovských skupin bývají jídelní postoje a také návyky celé rodiny, které je velmi často třeba změnit (Krch a kol., 2005). Přínosné pro oba rodiče nemocného dítěte může být setkání s vyléčenou pacientkou i jejími rodiči. Rodičovské skupiny bývají otevřené, a navíc usnadňují následnou rodinnou terapii. Pro rodiče jsou opravdu velmi vhodné.

1.12.15. Farmakoterapie

První studie pojednávající o léčbě PPP psychofarmaky byly publikovány počátkem 60. let 20. století v krátké návaznosti na farmakoterapii jiných psychických poruch (Faltus in Krch a kol., 2005). Při léčbě mentální anorexie se převážně uplatňují preparáty užívané právě v léčbě jiných duševních poruch, nejvíce antidepresiva. Při výběru antidepresiva hrají důležitou roli nežádoucí účinky na nemocného. Některá antidepresiva (např. SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) bývají předepisovaná u psychických přidružených poruch (obsedantně-kompulzivní porucha, deprese, úzkostná porucha). Léčbu antipsychotiky ještě nelze stále založit na kontrolovaných studiích (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Tato forma uvedené terapie by ale neměla nikdy být jediným způsobem léčby. Nemoc má multifaktoriální původ, v němž hrají zásadní roli psychogenní, biologické, osobnostní a sociální faktory, proto je velmi nezbytná komplexní léčba (Kocourková a kol., 1997).

1.13 Mentální anorexie v dětském věku

Na začátku nynějšího tisíciletí je jednorroční prevalence MA v Evropě 370 dívek a žen ve věku 15 až 30 let na 100 000 obyvatel (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Alarmující se stává skutečnost, že nemocných s diagnózou mentální anorexie přibývá, a že jejich věková hranice klesá právě pod 15 ale také 10 let věku. Mentální anorexie se vyskytuje už i u šestiletých a sedmiletých holčiček (Kocourková a kol., 1997).

I když si takto malé děti nemusejí uvědomovat svůj strach či ho nejsou schopny pojmenovat, v jejich jednání a chování se může odrážet jejich přesvědčení-jsem tlustá/tlustý. Jde o problémy malých dětí, které ještě nedokončily fyzický a psychický vývoj a jsou stále vysoce závislé na péči dospělých.

U těchto dětí bývají velmi důležitými prodromy atypické poruchy příjmu potravy. Mezi ně se přiřazuje (viz podkapitola 1.1) (Kocourková a kol., 1997):

- Emoční porucha s vyhýbáním se jakémukoli jídlu (Food Avoidance Emotional Disorder-FAED).
- Vybíravost v jídlech.

- Odmítání každodenního jídla.
- Syndrom pervasivního odmítání.

1.13.1. Specifické odlišnosti mentální anorexie v dětském věku

- Vyhubnutí je mnohem rychlejší (kvůli menším tukovým zásobám).
- Vyšší nebezpečí dehydratace.
- Nízký krevní tlak(hypotenze) a pomalý tep (bradykardie) jsou konstantní.
- Zastavení tělesného růstu, i puberty a také zpomalení sexuálního zrání.
(Kocourková a kol., 1997)

1.13.2. Terapie mentální anorexie v dětském věku

Pro úspěšné vyléčení MA je velmi nutné pokrýt všechny potřeby dítěte. Lze mluvit tedy o bio-psycho-sociální komplexnosti léčby dětského nemocného. Velmi důležitá bývá kooperace rodiny (sourozenci, rozvedení rodiče a prarodiče), odborníků (pediatr, dětský psychiatr, psycholog). Otevřenost a komunikace pomáhají omezit pocity selhání a viny, kterou rodiče velmi často cítí. Prvním krokem v léčbě bývá zajistit kontrolu nad přijímáním tekutin a jídla u pacientů. U nemocných, kde není příliš nutné zajistit nejprve nárůst váhy, je možno se začít nejdříve zabývat emočními otázkami. Ostatní terapie viz podkapitola 1.12 (Kocourková a kol., 1997).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a hypotézy

Ve svém výzkumu se zaměřuji na rozsah vědomostí mladistvých respondentek týkajících se mentální anorexie.

Cílem této práce je zhodnocení informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy se zaměřením na Mentální anorexii u sledované skupiny.

Hypotézy:

H1: Lze předpokládat, že se informovanost o mentální anorexii mezi dětmi a adolescenty zvýšila.

H2: Lze předpokládat, že více vědomostí o mentální anorexii mají respondentky středních škol než respondentky základních škol.

2.2 Metodika výzkumu

K získání potřebných údajů jsem využila dotazník (viz Příloha č. 1), který obsahuje také prohlášení o anonymitě zúčastněných respondentek. Dotazník je určen žákyním páté až deváté třídy základní školy a studentkám třetího a čtvrtého ročníku střední školy. V dotazníkovém úvodu jsem zjišťovala věk, pohlaví, výšku, váhu respondentek. Dotazník obsahuje dohromady dvacet otázek zaměřených na vědomosti respondentek týkajících se problematiky mentální anorexie, jejich vlastního životního stylu, závěrečná otázka zkoumá, co by se chtěly respondentky o problematice mentální anorexie dozvědět. Převážná část uvedených otázek byla uzavřených, jednu otázku vytváří hodnotící škála a dvě otázky jsou vytvořeny formou porovnání ženských postav na obrázku.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazník byl průběžně rozdán na čtyřech typech škol (základní školy – II. stupeň, gymnázia, střední odborné školy, střední školy).

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 123, do své práce jsem využila dotazníky od 104 respondentů, které tvoří ve 100 % dívky. Dotazník byl dívkám rozdán účelově. Byly vybrány dívky od 12 do 18 let věku-starší školní věk a adolescentky. Oběma skupinám dětského věku byl rovnoměrně rozdán dotazník k zastoupení daných věkových skupin.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal na Chrudimsku a Pardubicku, a to v období září–prosinec 2017. Vytisknuté dotazníky byly doručeny do škol mou osobou, byli požádáni vyučující dívek o spolupráci s rozdělením dotazníku danému vzorku.

V průběhu výzkumu jsem se nesetkala se závažnějšími komplikacemi.

2.5 Zpracování získaných dat

Data získané prostřednictvím mého dotazníku jsou kvantitativního charakteru. Výsledky jednotlivých otázek jsem zaznamenávala do tabulek a poté pro lepší znázornění převedla do grafů. Byl využit program Microsoft Word a Microsoft Excel pro zpracování bakalářské práce.

2.6 Výsledky výzkumu

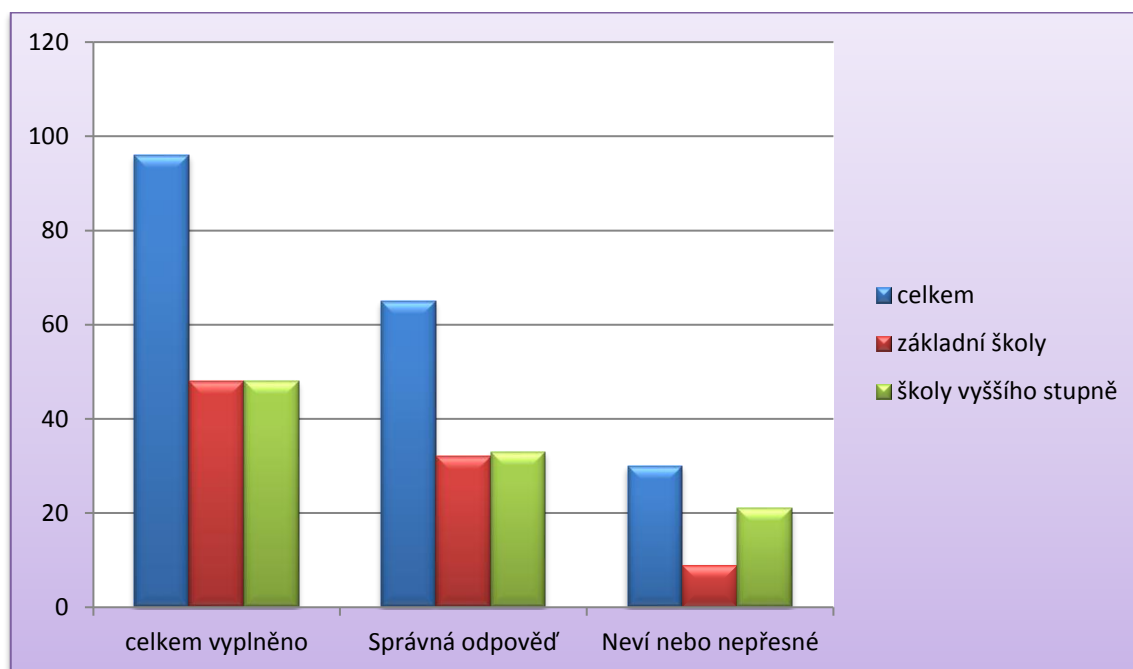
Otázka číslo 1: Co si představujete pod pojmem mentální anorexie?

Tabulka č. 1: Pojem mentální anorexie

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Celkem vyplněno	96	99,8	48	49,9	48	49,9
Správná odpověď	65	62,5	32	31,7	33	30,8
Neví nebo nepřesné	30	37,3	9	18,2	21	19,1

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1: Pojem mentální anorexie



Zdroj: Vlastní výzkum

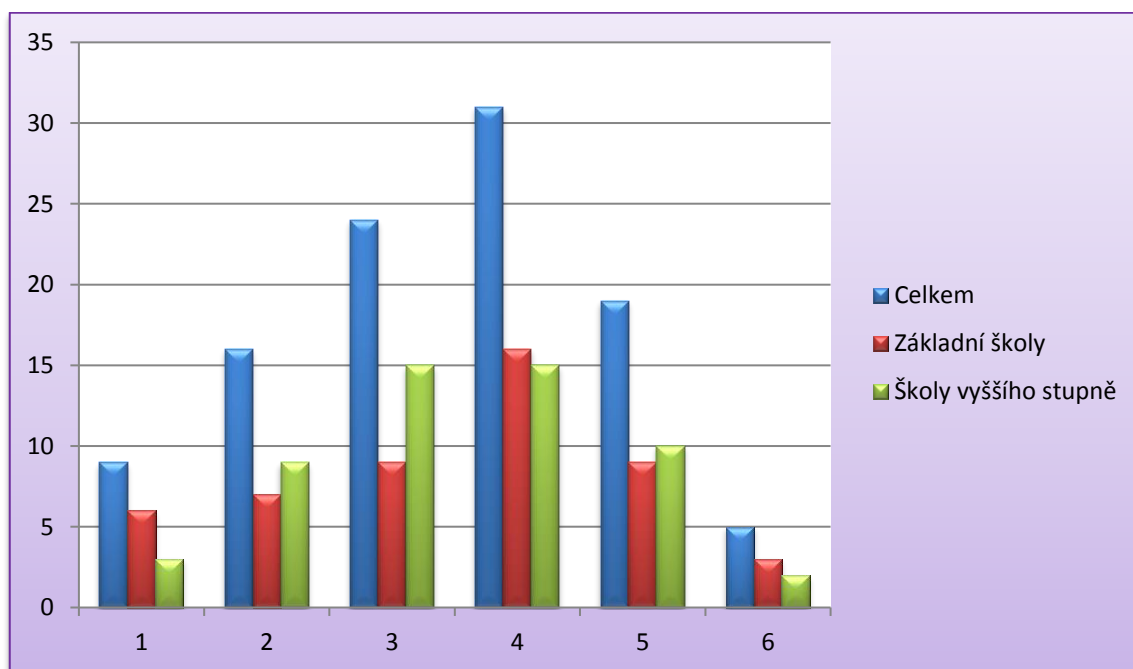
Otázka č. 2: Jak hodnotíte své vlastní vědomosti týkajících se mentální anorexie?

Tabulka č. 2: Hodnocení vědomostí

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
1	9	8.9	6	5,8	3	3,1
2	16	15.6	7	6,7	9	8,9
3	24	23.2	9	8,7	15	14,5
4	31	29,9	16	15,4	15	14,5
5	19	17,5	9	8,7	10	8,8
6	5	4,9	3	2,9	2	2,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2: Hodnocení vědomostí



Zdroj: Vlastní výzkum

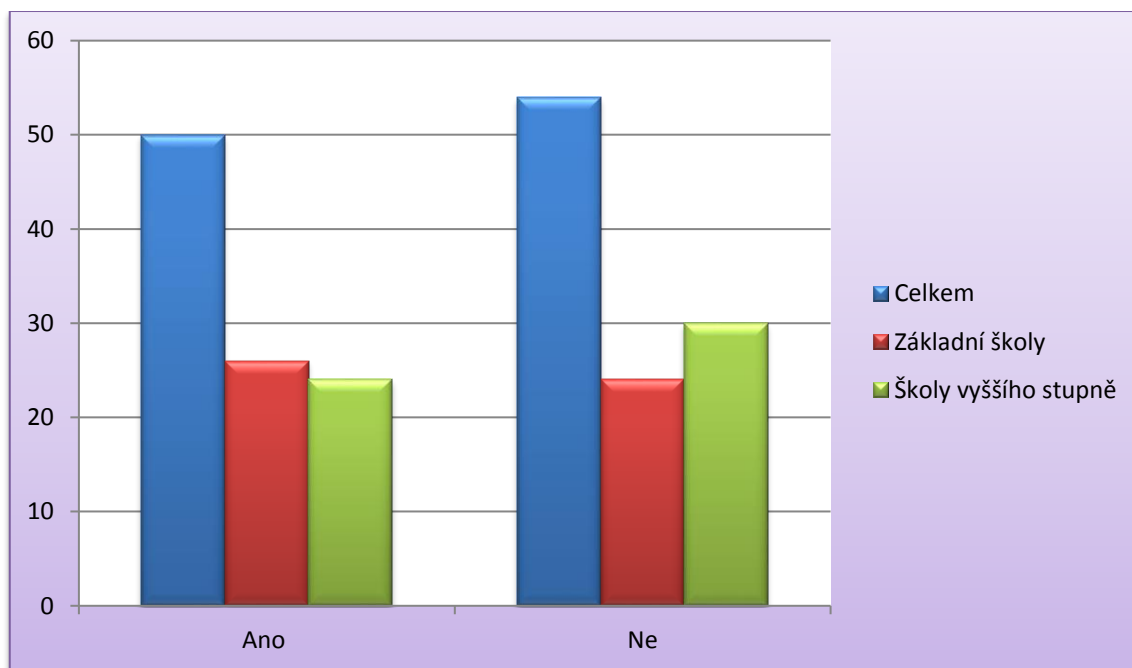
Otázka 3: Víte, čím se vyznačuje pojem mentální anorexie?

Tabulka č. 3: Pojem mentální anorexie

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano	50	51,9	26	25,0	24	23,1
Ne	54	48,9	24	23,1	30	28,8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Pojem mentální anorexie



Zdroj: Vlastní výzkum

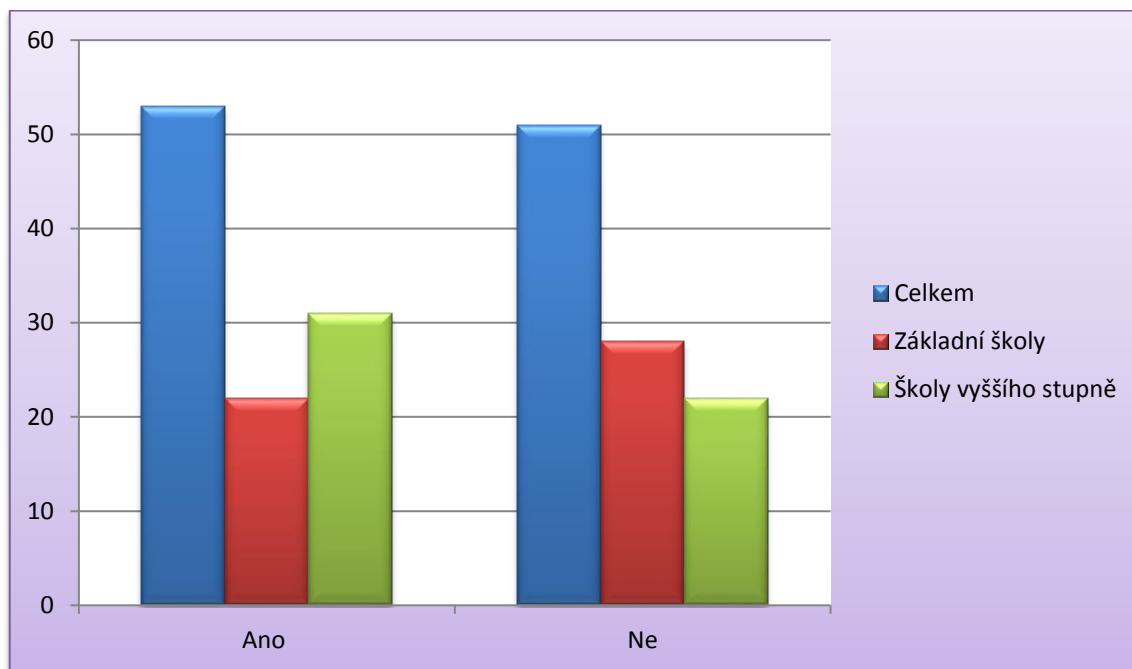
Otázka 4: Znáte někoho ve svém blízkém okolí, kdo trpěl/trpí mentální anorexií?

Tabulka č. 4: Mentální anorexie v blízkém okolí

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano	53	51,0	22	21,2	31	29,8
Ne	51	49,0	28	27,0	22	22,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4: Mentální anorexie v blízkém okolí



Zdroj: Vlastní výzkum

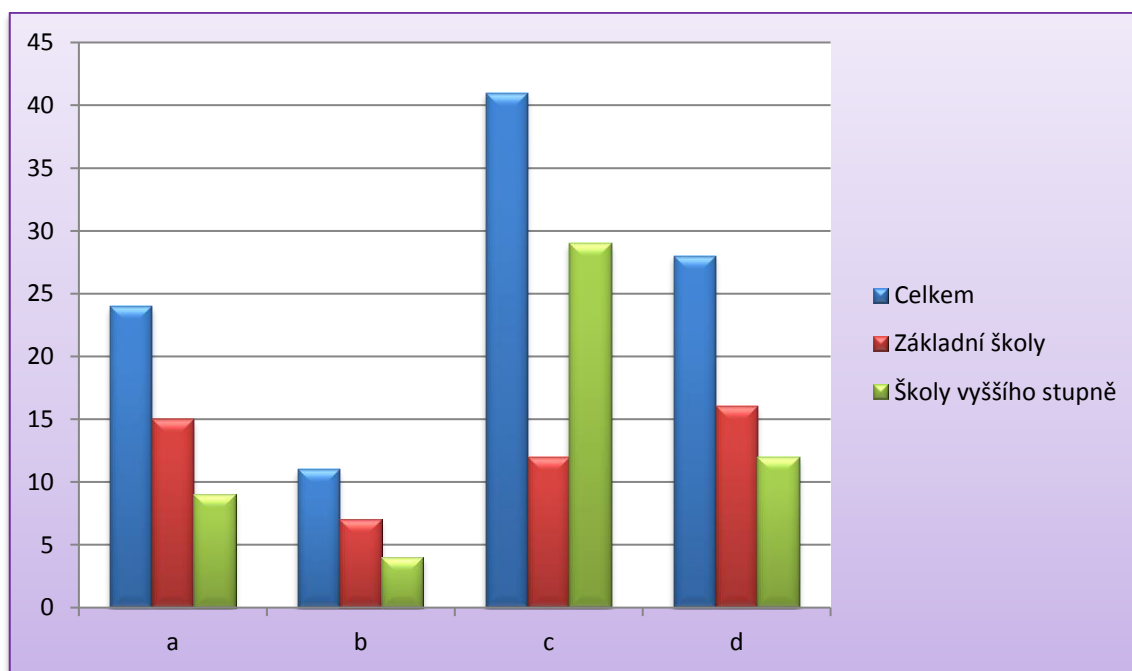
Otázka č. 5: Jak byste mohly pomoci kamarádce, u nichž máte podezření, že trpí mentální anorexií?

Tabulka č. 5: Pomoc při podezření na mentální anorexií

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
a	24	23,0	15	14,4	9	8,6
b	11	10,6	7	6,7	4	3,9
c	41	39,4	12	11,5	29	27,9
d	28	27,0	16	15,4	12	11,6

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5: Pomoc při podezření na mentální anorexií



Zdroj: Vlastní výzkum

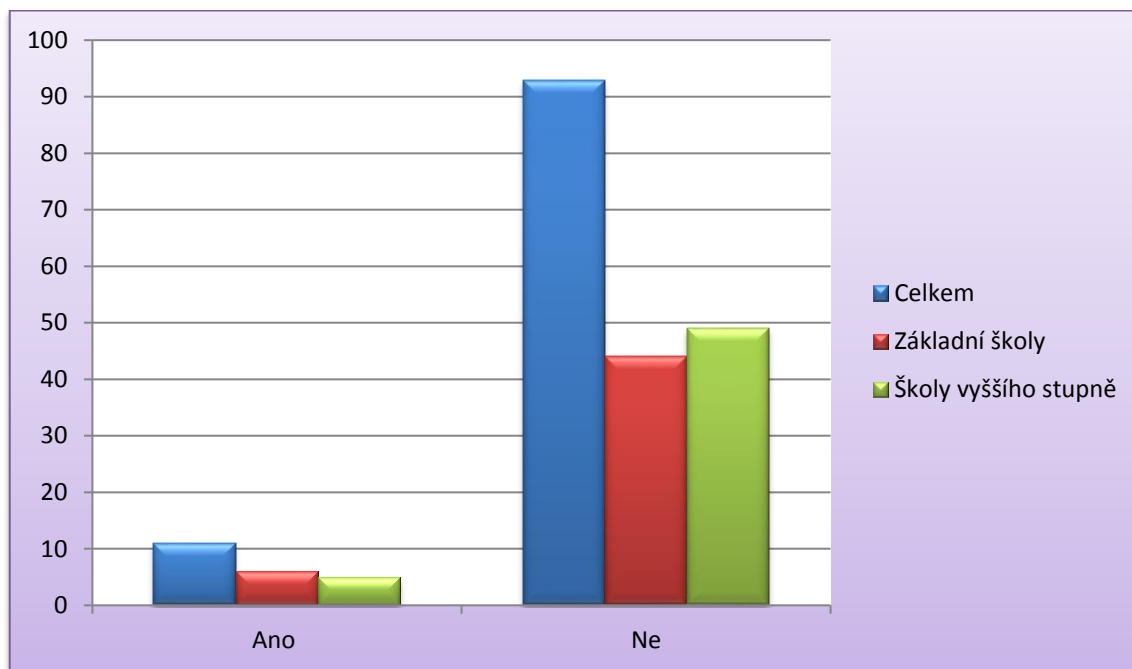
Otázka č. 6: Znáte ve svém okolí doktory, zdrav. Instituce zabývající se mentální anorexií?

Tabulka č. 6: Zdravotní pomoc v okolí

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano	11	10,6	6	5,8	5	4,8
Ne	93	89,4	44	4,3	49	47,1

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6: Zdravotní pomoc v okolí



Zdroj: Vlastní výzkum

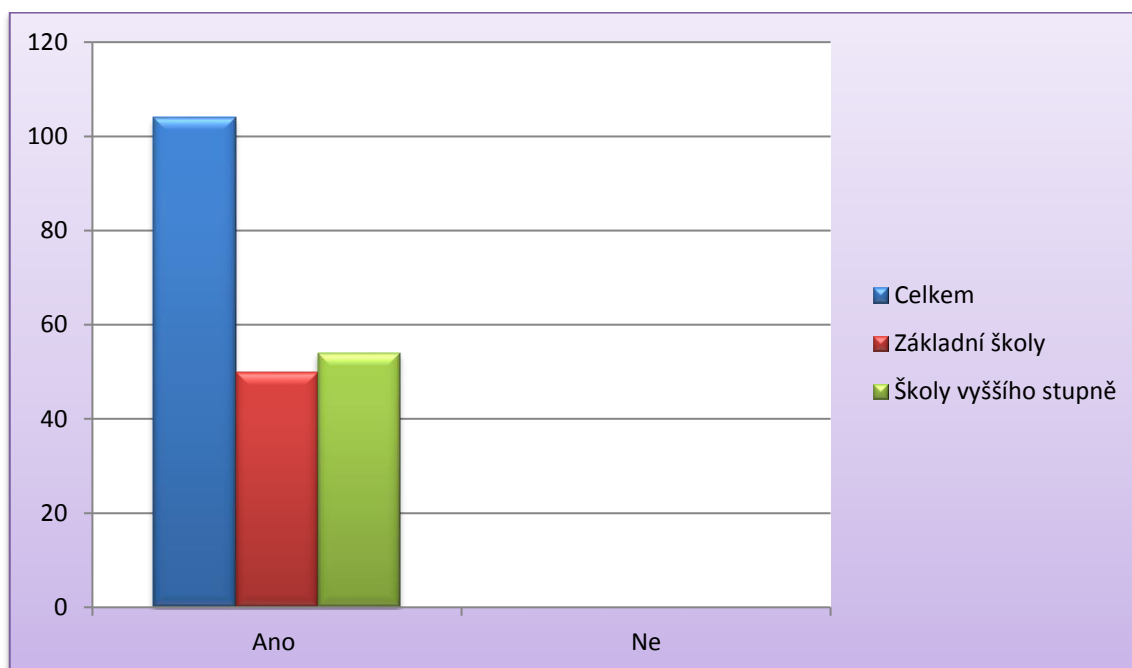
Otázka č. 7: Mentální anorexií častěji trpí.

Tabulka č. 7: Častější nemocnost vzhledem k pohlaví

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
ženy	104	100	50	48	54	52
muži	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7: Častější nemocnost vzhledem k pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

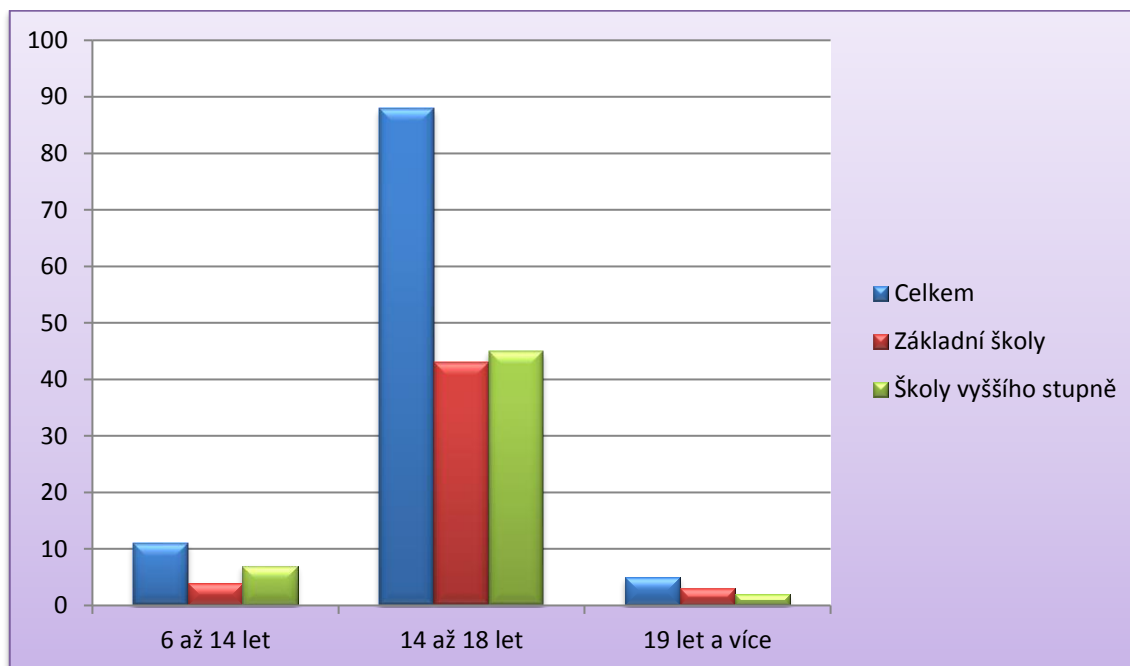
Otázka č. 8: Mentální anorexie vzniká velmi často ve věku.

Tabulka č. 8: Věková hranice vzniku mentální anorexie

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
6 až 14 let	11	10,6	4	3,8	7	6,8
14 až 18 let	88	84,6	43	41,3	45	43,3
19 let a více	5	4,8	3	2,9	2	1,9

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8: Věková hranice vzniku mentální anorexie



Zdroj: Vlastní výzkum

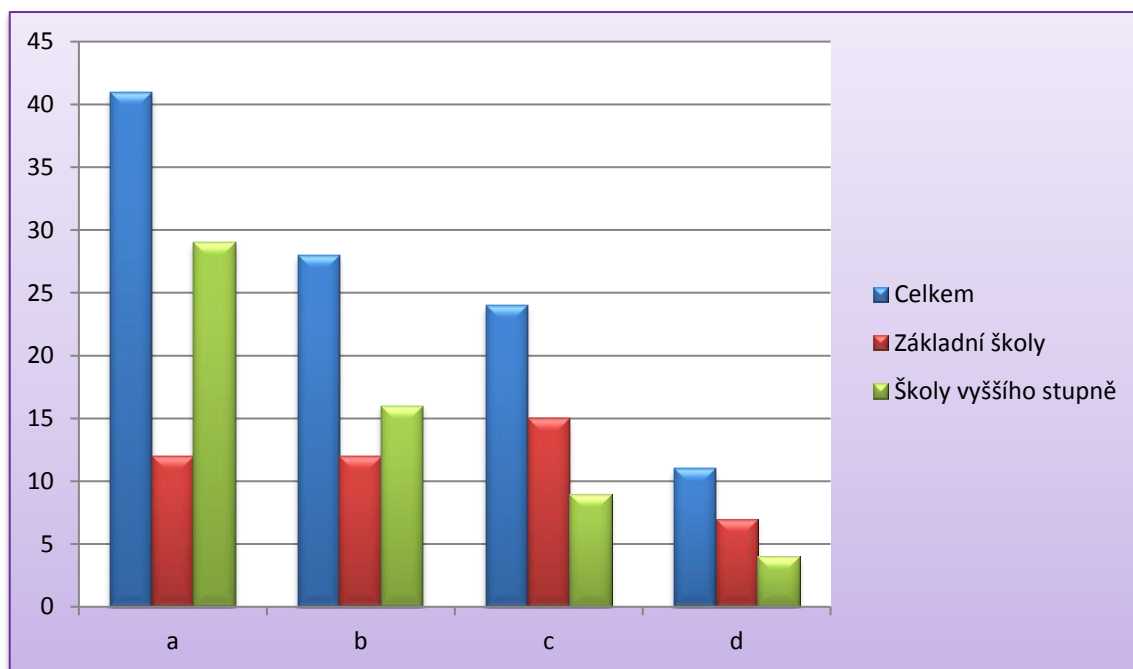
Otázka č. 9: Léčba mentální anorexie po zjištění probíhá.

Tabulka č. 9: Léčba mentální anorexie

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
a	41	39,4	12	11,5	29	27,9
b	28	27,0	12	11,6	16	15,4
c	24	23,0	15	14,4	9	8,6
d	11	10,6	7	6,7	4	3,9

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9: Léčba mentální anorexie



Zdroj: Vlastní výzkum

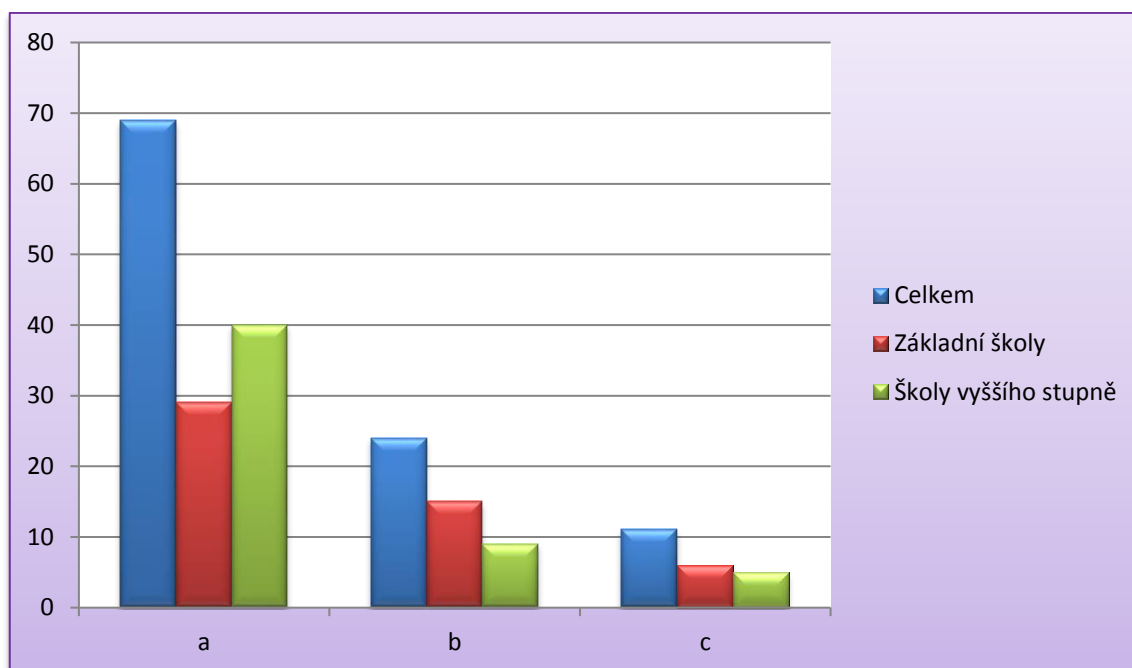
Otázka č. 10: Proč se domníváte, že lidé uvedenou chorobou trpí?

Tabulka č. 10: Důvod onemocnění

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
a	69	66,4	29	28	40	38,4
b	24	23,0	15	14,4	9	8,6
c	11	10,6	6	5,8	5	4,8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10: Důvod onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

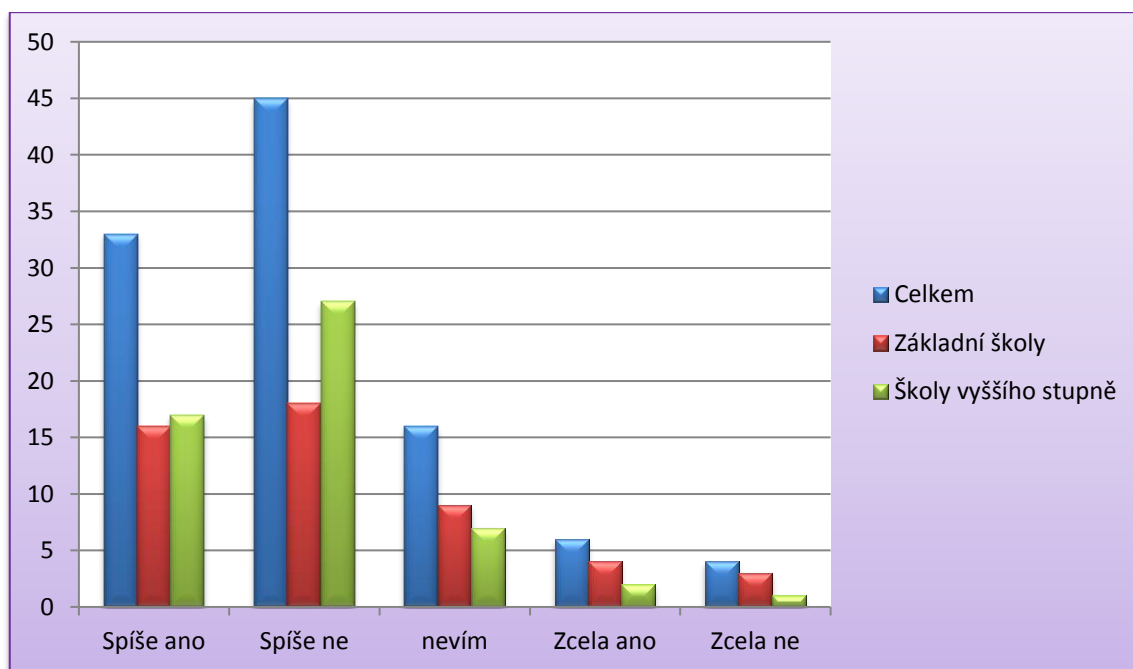
Otázka č. 11: Zabývá se současná společnost dostatečně problematikou mentální anorexie?

Tabulka č. 11: Prevence mentální anorexie

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Spíše ano	33	31,7	16	15,4	17	16,3
Spíše ne	45	43,4	18	17,3	27	26,1
Nevím	16	15,4	9	8,6	7	6,8
Zcela ne	6	5,7	4	3,8	2	1,9
Zcela ano	4	3,8	3	2,8	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11: Prevence mentální anorexie



Zdroj: Vlastní výzkum

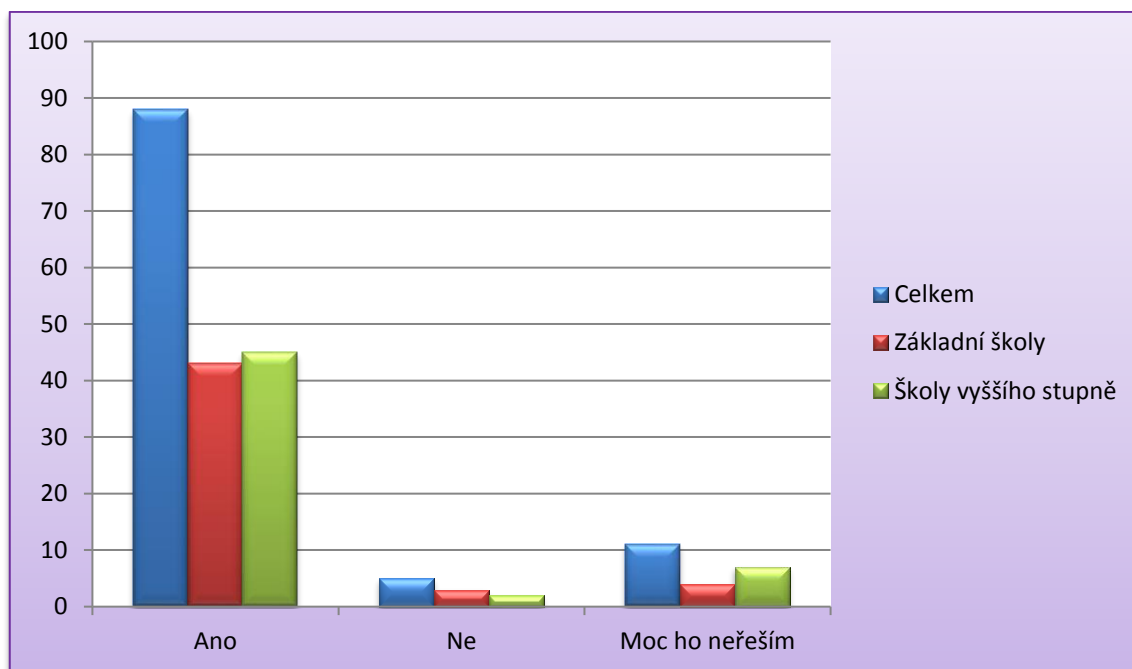
Otázka č. 12: Je pro vás důležitý váš vzhled?

Tabulka č. 12: Vlastní vzhled

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano	88	84,6	43	41,3	45	43,3
Ne	5	4,8	3	2,9	2	1,9
Moc ho neřeším	11	10,6	4	3,8	7	6,8

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12: Vlastní vzhled



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Jste spokojena se svou vlastní postavou?

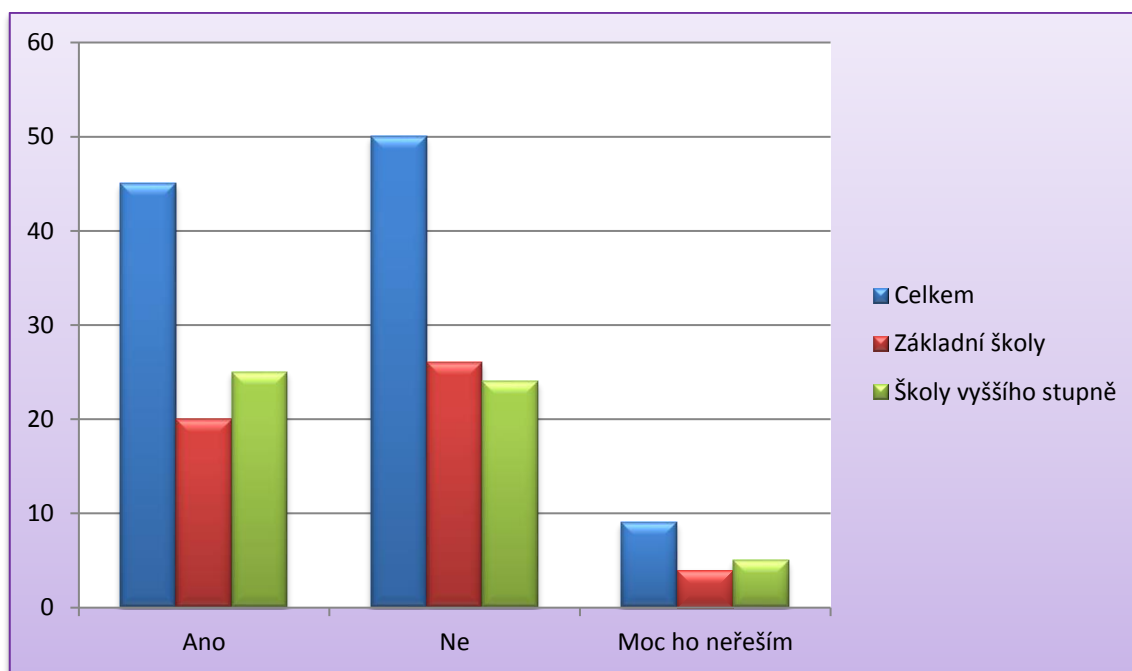
..

Tabulka č. 13: Spokojenost s vlastní postavou

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano	45	43,3	20	19,2	25	24,1
Ne	50	48	26	25	24	23
Nepřemýšlela jsem	9	8,7	4	3,8	5	4,9

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13: Spokojenost s vlastní postavou



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14: Co byste případně na své vlastní postavě zlepšila?

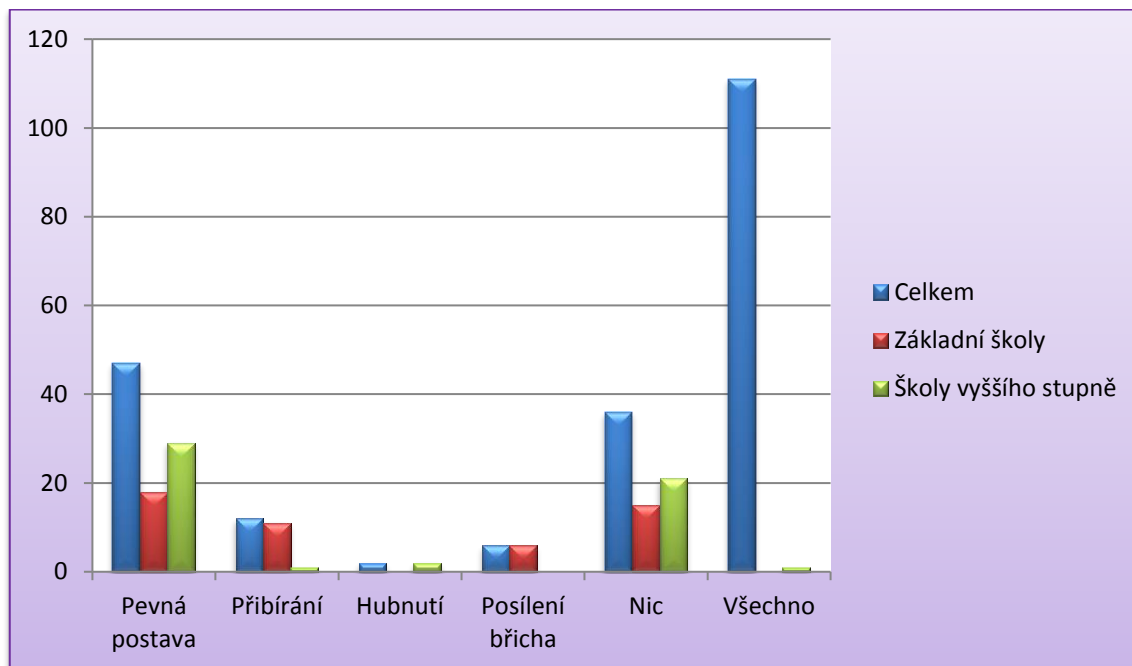
Tabulka č. 14: Představa o postavě

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Pevná postava	47	45,2	18	17,3	29	27,9
Přibírání	12	11,5	11	10,6	1	0,9
Hubnutí	2	1,9	0	0	2	1,9
Posílení břicha	6	5,8	6	5,8	0	0
Nic	36	34,6	15	14,8	21	20,2
všechno	1	1	0	0	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

..

Graf 14: Představa o postavě



Zdroj: Vlastní výzkum

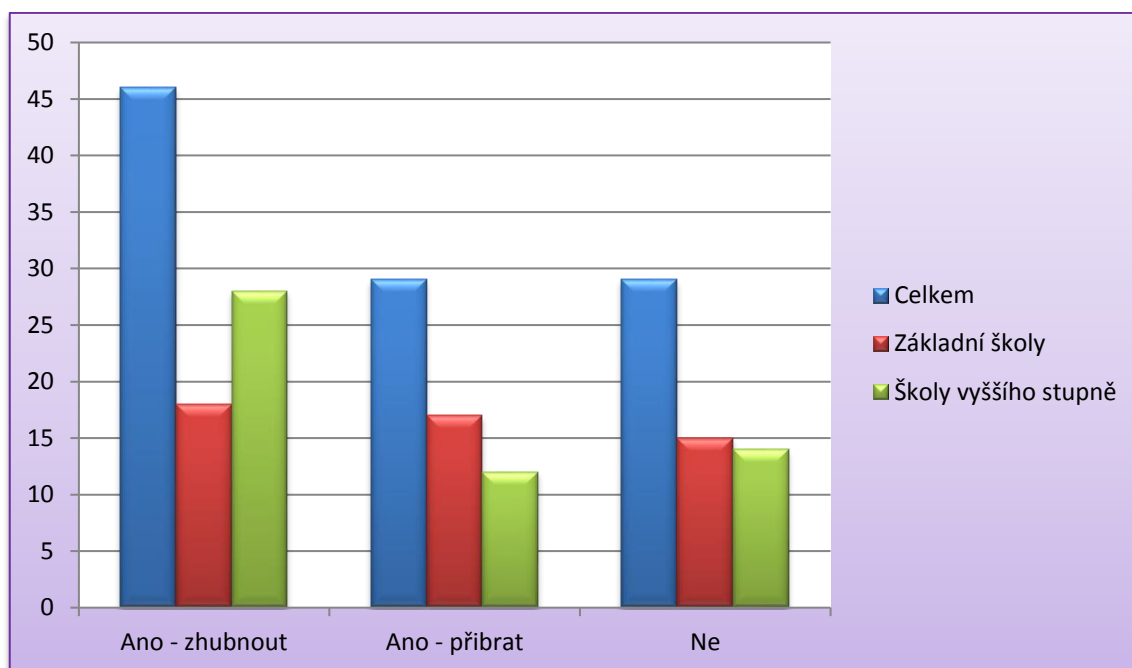
Otázka č. 15: **Zkoušela jste někdy v minulosti se svou postavou něco udělat?**

Tabulka č. 15: Změna postavy v minulosti

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano – zhubnout	46	44,2	18	17,3	28	26,9
Ano – přibrat	29	27,9	17	16,3	12	11,6
Ne	29	27,9	15	14,4	14	13,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15: Změna postavy v minulosti



Zdroj: Vlastní výzkum

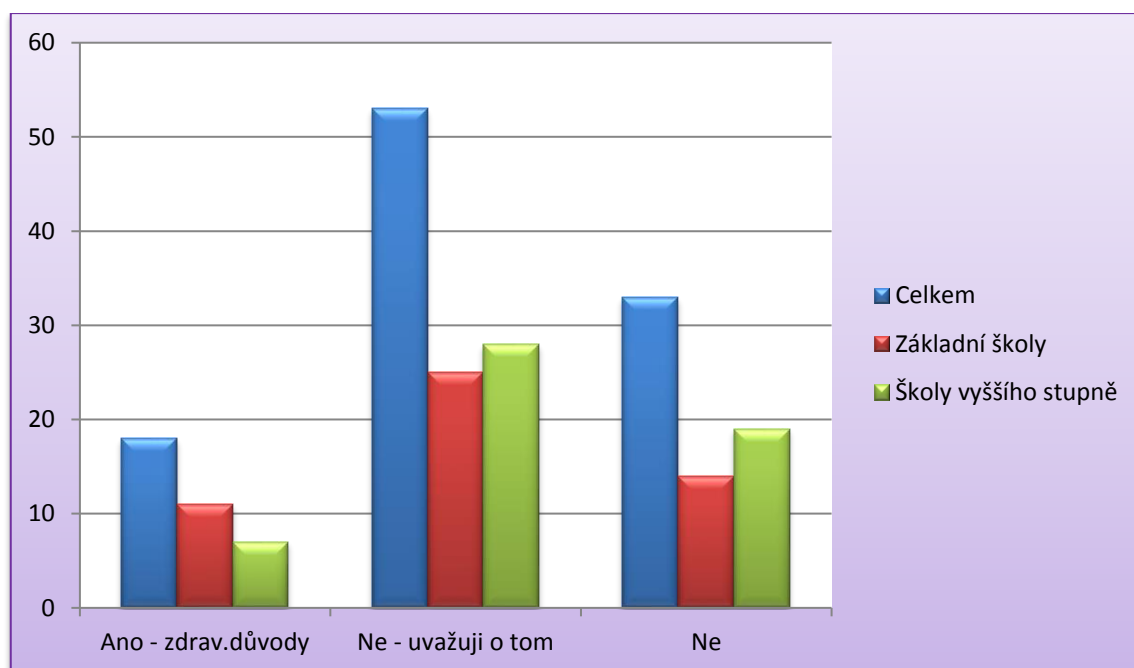
Otázka č. 16: Držíte či držela jste nějakou dietu?

Tabulka č. 16: Držení diet

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano – zdrav.důvody	18	17,3	11	10,6	7	6,7
Ne – uvažuji o tom	53	51,0	25	24	28	27,0
Ne	33	31,7	14	13,4	19	18,3

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16: Držení diet



Zdroj: Vlastní výzkum

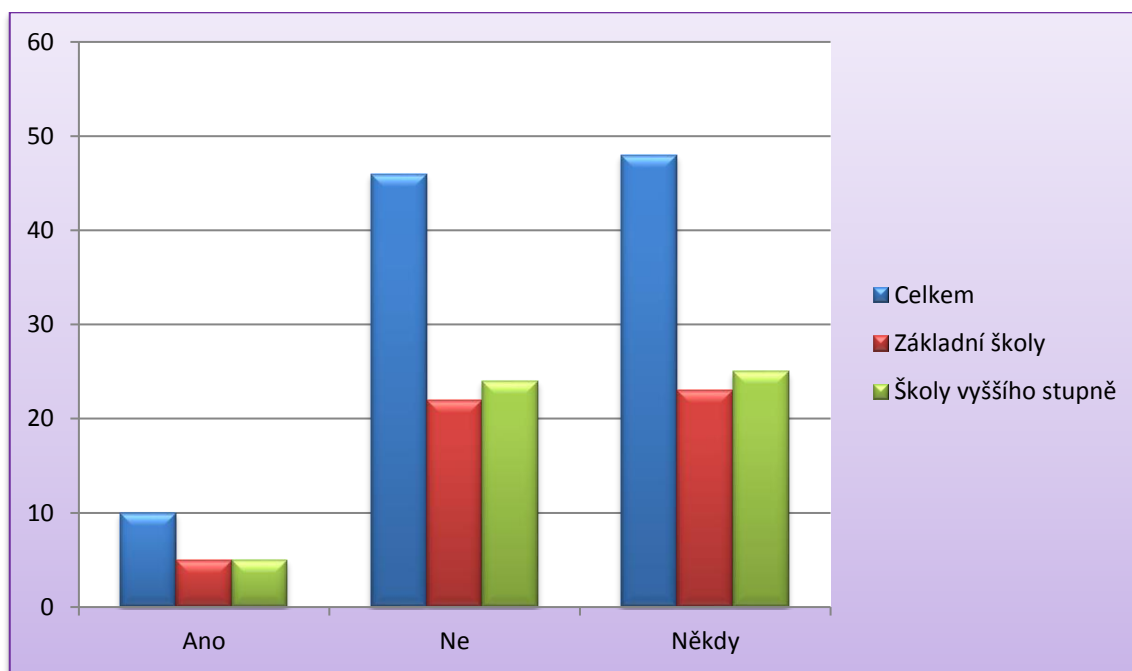
Otázka č. 17: Necháte se spíše snadno ovlivnit moderními trendy, které se týkají oblékání či stravování?

Tabulka č. 17: Ovlivnění moderními trendy

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Ano	10	9,6	5	4,8	5	4,8
Ne	46	44,2	22	21,2	24	23,1
Někdy	48	46,2	23	22,1	25	24,1

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17: Ovlivnění moderními trendy



Zdroj: Vlastní výzkum

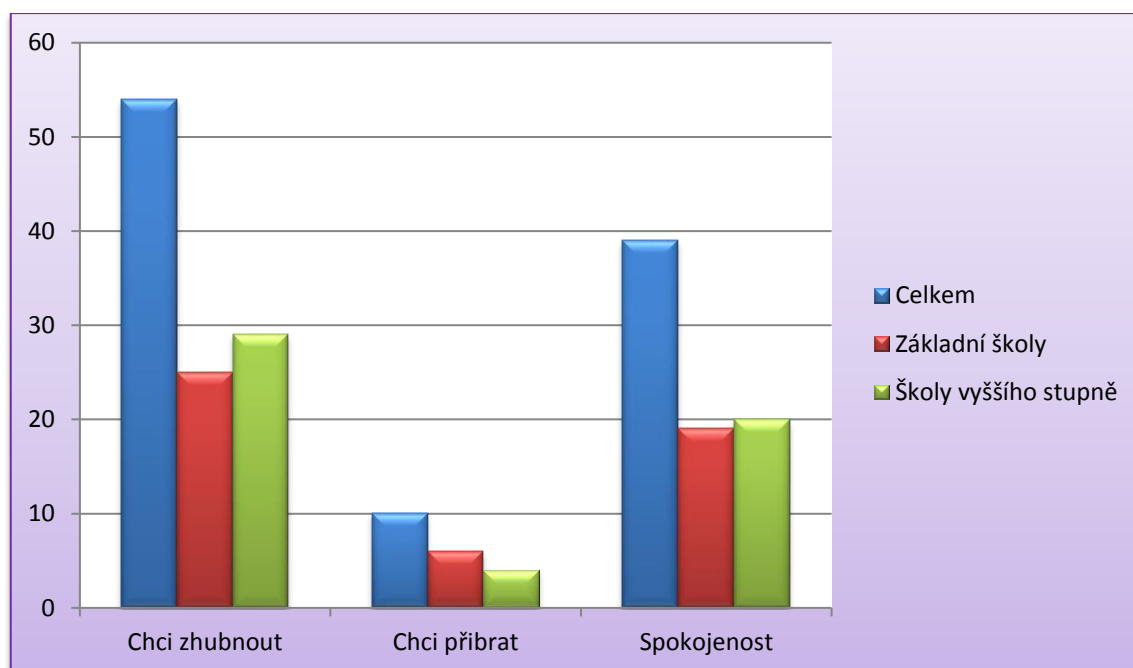
Otázka č. 18 + 19: Zakroužkujte postavu z obrázku, která vás v současné době nejvíce vystihuje a jak byste chtěla nyní vypadat.

Tabulka č. 18: Postava

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Chtít zhubnout	54	51,9	25	24,0	29	27,9
Chtít přibrat	10	9,6	6	5,8	4	3,8
Spokojenost	39	37,5	19	18,2	20	19,3

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18: Postava



Zdroj: Vlastní výzkum

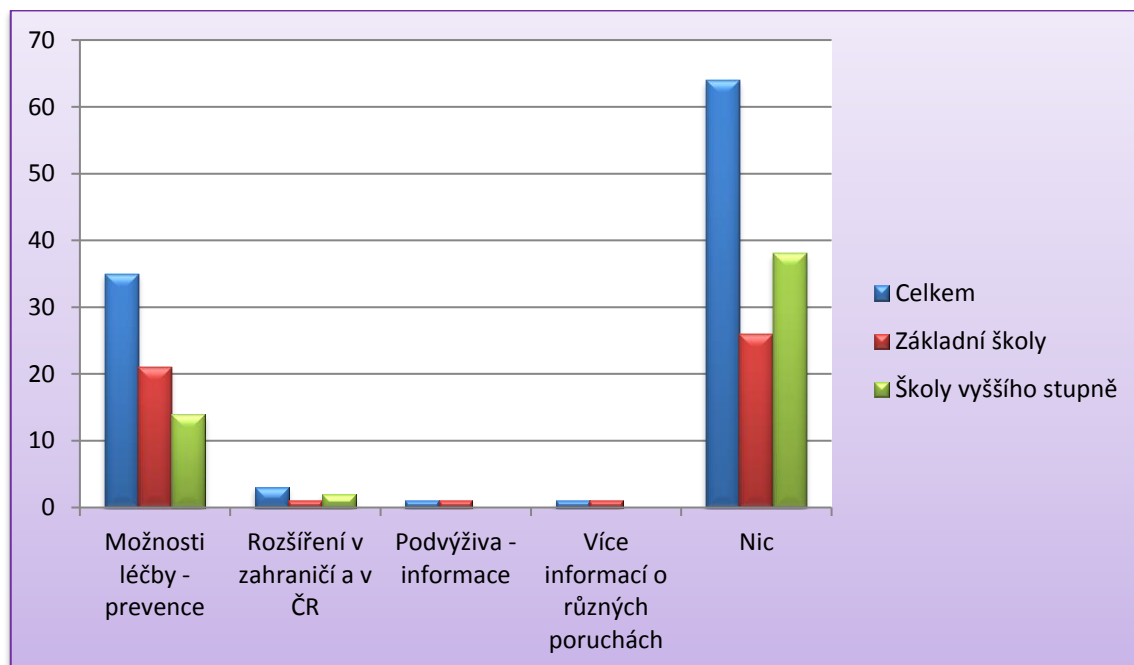
Otázka č. 20: Co byste se dále ráda dozvěděla o problematice a také prevenci mentální anorexie?

Tabulka č. 19: Další informace o problematice

	Celkem		Základní školy		Školy vyššího stupně	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Možnosti léčby – prevence	35	33,7	21	20,2	14	13,5
Rozšíření v zahraničí a v ČR	3	2,8	1	1	2	1,8
Podvýživa – informace	1	1	1	1	0	0
Více informací o různých poruchách	1	1	1	1	0	0
Nic	64	61,5	26	25,0	38	36,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19: Další informace o problematice



Zdroj: Vlastní výzkum

2.7 Diskuze

Dle Vágnerové (1999) bývá součástí identity každé osobnosti jeho tělo, přesněji řečeno jeho vlastní představa o svém těle, která v sobě zahrnuje určité zkušenosti se sebou samým, s obrazem vlastního těla, s různými pocity, s reakcemi jiných lidí, jež se vztahují k tělu, srovnání sebe sama s jinými lidmi, s předpokládanou normou také s ideálem, prezentovaným např. v médiích. V závislosti na tomto názoru lze předpokládat, že mladým dívkám a ženám není téma mentální anorexie příliš vzdálená. Z průzkumu mezi mládeží ve věku 12 až 18 let vyplynulo, že jim problematika mentální anorexie není cizí. Ve větší míře dokonce respondentky uvádějí, že se s mentální anorexií setkaly u svých přátel či

v rodině. Z celkového počtu 104 respondentek danou skutečnost uvedlo 53,04 %. Z tohoto čísla je patrné, že uvedená problematika představuje pro mládež čím dále vyšší nebezpečí.

Zevnějšek jedince, tj. jeho tělo, je nejvíce snadně identifikovatelnou součástí jeho osobnosti, a proto je také jejím sociálním reprezentantem. Bývá první informací, kterou o člověku dostává jeho sociální partner (Vágnerová, 1999). Určitý podíl na vzestupu nynějších a rozvoji nových poruch příjmu potravy má tedy také vliv médií, snadná dostupnost k jakýchkoliv informacím týkajících se změny životosprávy, hubnutí a vznik různých blogů nepřímo propagujících mentální anorexií.

Z výzkumu je také velmi zarážející nezájem dnešních mladých dívek a žen o tuto nemoc, která se jich ať už blízce či vzdáleně dotýká. Ze 104 respondentek nemá zájem o další či návazné informace 66,56 %, zbývající počet respondentek by rád uvítal mnohem více informací týkajících se uvedené problematiky. Z celkového počtu 104 respondentek na první otázku odpovědělo 96 děvčat. Za správné ovšem lze považovat pouze 65 odpovědí, což tedy odpovídá 62,5 %. Kvalita odpovědí byla na středních i základních školách zcela srovnatelná, což je patrné na sloupcovém grafu.

Ze 104 respondentek uvedlo 51 %, že se již ve svém blízkém okolí s mentální anorexií setkala. Z celkového počtu 104 respondentek zodpovědělo otázku na znalost pojmu mentální anorexie na základních školách 26 respondentek otázku správně, což odpovídalo 25 %, na středních školách poté 23 % respondentek. Povědomí o této nemoci existuje, avšak znalosti nejsou valné. Větší znalost pojmu mentální anorexie jsem předpokládala

na různých středních školách, což se mi nepotvrdilo, i když rozdíl byl malý. Ze 104 respondentek uvedlo 51 %, že se již ve svém blízkém okolí s mentální anorexií setkalo. Více zkušeností mají na středních školách, odpověď ANO zvolilo téměř 30 % respondentek, zatímco na základních školách pouze 21 %. Na základních školách uvedlo pouze 5,8 % respondentek, že ví o odborné zdravotní pomoci ve svém okolí. Na středních školách volilo odpověď „ano“ dokonce pouze 4,8 % respondentek. Z výsledků tedy vyplývá, že je v daném směru prevence na všech školách nedostačující. Z výsledků otázky č. 5 vyplývá, že respondenty na základních školách hledají raději pomoc u autorit – rodičů, naopak respondenty středních škol, volí přímou pomoc – nalezení kontaktu za pomoci internetu. Nejvíce respondentek ze základní školy 39 % se shoduje na tom, že léčba je nutná v psychiatrické léčebně. Na této odpovědi se shodlo i 28 % respondentek ze středních škol. Respondenty velmi často správně uváděly, že se jedná právě o psychickou poruchu. Na základních školách toto uvedlo 28 % respondentek. Na středních školách tato odpověď jasně převažovala nad ostatními, což je velmi dobře patrné na sloupcovém grafu, možnost „a“ volilo 38,4 % respondentek.

Z výsledků plyne, že většina respondentek: 43,4 % ze 104 odpovídajících bere preventivní kampaň jako nedostatečnou. Na základních školách základních to uvádí 17,3 % a na školách středních 26,1 % respondentek. Společnost se dle nich uvedenou problematikou zabývá okrajově. Jako dostatečnou ji uvádí pouze 3,8 % ze všech respondentek. Dle předpokladu většina respondentek na základních i středních školách na otázku týkající se vzhledu, a to celkem v 88 % volilo možnost ano - je pro ně vlastní vzhled důležitý. Respondenty ze základních i středních škol se vyrovnaně nenechávají ovlivňovat moderními trendy, a to celkem ve 44 %. Obě skupiny se občas nechají ovlivnit a to ve 48 %.

Na základních školách touží po štíhlejším těle 24 % respondentek, se svou postavou je ovšem spokojeno 18,2 % respondentek. Pouze 5,8 % chce na základních školách přibrat. Na školách středních byla čísla velmi podobná. Zhubnout chtělo 27,9 %, spokojenost se svou vlastní postavou uvádí 19,3 % a přibrat chce 3,8 % respondentek. V otázce č. 20 jsem chtěla zjišťovat, jaké informace dnešní dívky ve věku 12 až 18 let nejčastěji postrádají k problematice mentální anorexie. Výsledek mne velmi překvapil, nejvíce zastoupena byla odpověď, kdy respondenty žádné další informace vědět vůbec nechtějí, neboť je tato uvedená problematika nezajímá. Taková formulace se objevila

u 61,5 % respondentek. Vyšší zájem o další informace týkající se tématu mají respondentky na školách základních. Nejčastěji by se rády dozvěděly více informací o léčbě a prevenci, to uvedlo 20,2 % respondentek na základních a na středních školách 13,5 %.

Se svou vlastní postavou je spokojeno na základních školách 19 % respondentek, přičemž na středních školách 24 %. Nejvíce respondentek na základních i středních školách nikdy nedrželo dietu, ale uvažuje o tom a to v 53 % případů. Téměř 26,9 % respondentek ze středních škol, na základních školách poté 17,3 % respondentek se pokoušelo již něco se svou postavou „dělat“. U otázky, kdo častěji trpí mentální anorexií, celých 100 % respondentek zvolilo variantu a, tedy že mentální anorexií trpí častěji ženy. Krch (2002) uvedl, že poměr výskytu mentální anorexie u žen a mužů je 1:10.

Krch (1999), uvedl nejčastější začátek mentální anorexie ve věku 14 až 18 let. Uvedenou možnost volilo ze základních škol 41,3 % respondentek a na středních školách 43,3 % respondentek. Z toho možno odvodit, že otázka byla velmi vhodně zvolena a nečinila respondentkám problém. Respondentky chtějí velmi často svou postavu zpevnit, z celkového počtu 104 tuto možnost uvedlo 45,2 % respondentek. Na základních školách uvádí touhu po pevné postavě 17,3 % a na středních školách 27,9 % respondentek. Velmi překvapivě jako druhá častá odpověď bylo uváděno „nic“. Na své postavě nechce nic vylepšovat na školách základních 14,4 % a na školách středních 20,2 % respondentek.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Myslím si, že by se o uvedených problémech mělo mnohem více mluvit nejen ve školách, ale také v rodinách. Výchovná a preventivní péče lékařů pro děti a dorost se velmi výrazně zlepšila, ale stále bývají ještě patrné částečné rezervy v oblasti možných rizik vzniku, průběhu a následků poruch příjmu potravy.

Lidé většinou ví, že mentální anorexie existuje, ale nezajímá se o ni, dokud se jich nedotknou z blízka či osobně. Přitom velmi dobrou prevencí, související právě s dostatečnou informovaností, by se dalo v mnoha případech předejít nejen různým komplikacím, ale také samotnému vzniku onemocnění.

Závěrem lze jasně konstatovat, že uvedená porucha je stále frekventovanější a zasluhuje více pozornosti jak ze strany odborné veřejnosti, tak ze strany laické veřejnosti, neboť je stále podceňována a laická veřejnost je v současné době stále nedostatečně informována. Závažná není jen porucha sama, ale i její chronicita.

Doporučovala bych proto rozšířit informovanost o mentální anorexii ve všech školách. Zařadit do hlavní výuky přednášky s odbornou veřejností, případně jedinci, kteří si osobně nemocí prošli či se ve svém okolí s touto setkali. Jako prevence by mohly vznikat letáčky, informační brožurky, které by byly dostupné široké veřejnosti např. v čekárnách obvodních lékařů, v trolejbusech, v klubech pro mladé.

Závěr

Mentální anorexie patří v současnosti k aktuálním a velmi závažným problémům společnosti, o kterém by měla být informována dále nejen laická společnost, ale také pedagogové. Důvodem je právě stále klesající věková hranice jedinců, kteří začínají touto poruchou trpět. Čím dříve osobnost onemocní, tím hůře se s nemocí vyrovnává a tím jsou horší následky. Poruchy mají velmi negativní dopad na celkový vývoj jedince i na fyzické zdraví. I u vyléčeného nemocného není jistota, že se mentální anorexie znovu neobjeví. Relaps u této poruchy se vyskytuje velmi často, zejména pokud se nemocný ocitne ve stresové situaci. Studium teoretických poznatků byly zdárně odhaleny závažné aspekty uvedené poruchy. Mentální anorexie je lékaři označována jako celoživotní problém, který může způsobit celoživotní komplikace. Výzkum odhalil některé velmi závažné momenty, které se dotýkají zkušenosti s dietami. Je však alarmující, že zkušenost s dietami má většina dívek.

Stále rostoucí počet dospívajících dívek trpí některou poruchou příjmu potravy je v mnoha případech zapříčiněn právě drastickými a nezdravými dietami. Někdy se může dospělému, ale také dítěti jevit vlastní tělo jinak, než jaké opravdu je. To bývá důsledkem subjektivního zkreslení, které zahrnuje vztah k sobě samému. Například některé žákyně základních škol vnímají své tělo jako mohutnější, než reálně odpovídá naměřeným hodnotám. V těchto případech ovšem nejde o poruchu vnímání. Představa vlastního těla může být emocionálně zkreslená, obavami či přáním. Dítě nebo adolescent se vidí takovým, jakým se vážně obává, že je. Celkový postoj k vlastnímu tělu ovlivňuje také to, jak se nyní cítí, zda je spokojená či nespokojená. Zjevná a zásadní proměna těla může stimulovat v krajním případě pocit ohrožení vlastní integrity a také vést ke ztrátě sebejistoty. Určitá představa vlastního těla přetrvává také tehdy, když se tělo změnilo reálně a už této jejich představě neodpovídá. Například mladá dívka, která byla obézní v dětství a všichni jí to neustále připomínali, se považuje za tlustou také v době, kdy vyrostla a zcela zeštíhlela a nikdo jí už nic takového dávno neříká. V této setrvačnosti velmi často spočívá problém psychického efektu redukčních drastických diet. Tělo se může nějakým způsobem změnit, ale pokud se nezmění postoj osobnosti, nemá taková změna příliš velký význam (Vágnerová, 1999). Dospívání je tedy důležitým mezníkem, kdy se zjevně mění tělo a nabývá formy, která mívá trvalejší charakter.

Dospívající může být pyšná na svoje dospívání, ale stejně tak ji může být velmi nepříjemné a bude se za ně spíše stydět. Tělesné změny mohou představovat určitý soubor nepříjemných podnětů, kterých se touží dospívající osobnost zbavit či je alespoň zabrzdit. K výzkumné části bakalářské práce jsem využila dotazník, který obsahoval také prohlášení o anonymitě zúčastněných respondentek. Dotazník byl určen žákyním páté až deváté třídy základní školy a studentkám třetího a čtvrtého ročníku střední školy. V dotazníkovém úvodu jsem zjišťovala věk, pohlaví, výšku, váhu respondentek. Dotazník obsahoval dohromady dvacet otázek zaměřených na vědomosti respondentek týkajících se problematiky mentální anorexie, jejich vlastního životního stylu, závěrečná otázka zkoumala, co by se chtěly respondentky o problematice mentální anorexie dozvědět. Převážná část uvedených otázek byla uzavřených, jednu otázku tvořila hodnotící škála a dvě otázky byly vytvořeny formou porovnání ženských postav na obrázku.

Dotazník byl průběžně rozdán na čtyřech typech škol (základní školy – II. stupeň, gymnázia, střední odborné školy, střední školy). Celkový počet rozdaných dotazníků byl 123, do své práce jsem využila dotazníky od 104 respondentů, které tvoří ve 100 % dívky. Dotazník byl dívkám rozdán účelově. Byly vybrány dívky od 12 do 18 let věku-starší školní věk a adolescentky. Oběma skupinám dětského věku byl rovnoměrně rozdán dotazník k zastoupení daných věkových skupin. Stanovila jsem si dvě hypotézy v úzké návaznosti na otázky dotazníku.

H1: Lze předpokládat, že se informovanost o mentální anorexii mezi dětmi a adolescenty zvýšila.

Hypotéza se zcela potvrdila, 62,5 % respondentek z celkového počtu 104 odpovídajících uvedlo na otázky zkoumající kvalitu a rozsah informací týkajících se mentální anorexii správně.

H2: Lze předpokládat, že více informací o mentální anorexii mají respondentky středních škol než respondentky základních škol.

Hypotéza se spíše nepotvrdila, odpovědi respondentek na základních a středních školách jsou svou kvalitou srovnatelné. Jen u otázky týkající se znalostí institucí či lékařů

zabývajících se problematikou mentální anorexie byly lépe informovány respondentky ze středních škol.

Cílem této práce bylo zhodnocení informovanosti v oblasti poruch příjmu potravy se zaměřením na Mentální anorexii u sledované skupiny. Cíl byl zcela naplněn.

Seznam použité literatury

- CRISP, A.H. The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967, 11, 1, s. 117-131.
- ČERNÁ, R. *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy*. Praha, 2005. Postupová práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.
- FREEMAN, C.P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: Krch, F.D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Vydání 2. Praha, Grada, 2005. 256 s.
- GARFINKEL, P.E.; GARNER, D.M. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York, Brunner/Mazel, 1982. 379 s.
- GARNER, D.M. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. 1993, 341, 8861, s. 1631-1635.
- GARNER, D.M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Vydání 2. Praha, Grada, 2005. 256 s.
- GARNER, D.M.; BEMIS, K.M. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. 1982, 6, 2, s. 123-150.
- GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. . Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1980, 10, s. 647-656.
- GARNER, D.M.; WOOLEY, S.C. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*. 1991, 11, 6, s. 729-780.
- GOLDBLOOM, D.S., Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Bittar, E.; Bittar, N. *Biological Psychiatry : Principals of Medical Biology*. Stamford , JAI Press inc., 2000., s. 499-509. ISBN 1-55938-819-6.
- GOWERS, S.; McMAHON , J.B. Social class and prognosis in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1989, 1, 8, s. 105-110.
- HALL, R.C.V.; HOFFMAN, R.S.; BERESFORD, T.P.; WOOLEY, B.; HALL, A.S.; KUBASAK, L. Physical illness encountered in patients with eating disorders. *Psychosomatics*. 1989, 30, 2, s. 174-191.
- HOEK, H.W. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*. 1991, 21, s. 455-460.

- KOCOURKOVÁ, J. a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
- KRCH, F.D. Epidemiologie poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Vydání 2. Praha, Grada, 2005. 256 s.
- KRCH, F.D. Vymezení poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Vydání 2. Praha, Grada, 2005. 256 s.
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2. Přepřacované vydání, Praha: Portál, 2010. 259s. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 238s. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualit. a dopl. vyd. Praha, Grada, 2005. 255s. ISBN 80-247-0840-X.
- MALONEY M.; KRANZOVA R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. 153s. ISBN 80-7106-248-0.
- NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010. 432 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?* Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3.vyd. Praha: Triton, 2003. 211s. ISBN 80-7254-423-3.
- RATHER, G.; MESSNER, K. Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine*. 1993, 23, s. 175-184.
- RUSSELL, G.F.M. Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. *Modern Trends in Psychological Medicine*. 1970, 2, s. 131-164.
- WOODSIDE, D.B. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Problems in Pediatrics*. 1995, 25, 2, s. 67-89.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Pojem mentální anorexie	33
Tabulka č. 2: Hodnocení vědomostí	34
Tabulka č. 3: Pojem mentální anorexie	35
Tabulka č. 4: Mentální anorexie v blízkém okolí	36
Tabulka č. 5: Pomoc při podezření na mentální anorexii	37
Tabulka č. 6: Zdravotní pomoc v okolí	38
Tabulka č. 7: Častější nemocnost vzhledem k pohlaví	39
Tabulka č. 8: Věková hranice vzniku mentální anorexie	40
Tabulka č. 9: Léčba mentální anorexie	41
Tabulka č. 10: Důvod onemocnění	42
Tabulka č. 11: Prevence mentální anorexie	43
Tabulka č. 12: Vlastní vzhled	44
Tabulka č. 13: Spokojenost s vlastní postavou	45
Tabulka č. 14: Představa o postavě	46
Tabulka č. 15: Změna postavy v minulosti	47
Tabulka č. 16: Držení diet	48
Tabulka č. 17: Ovlivnění moderními trendy	49
Tabulka č. 18: Postava	50
Tabulka č. 19: Další informace o problematice	51

Seznam grafů

Graf 1: Pojem mentální anorexie	33
Graf 2: Hodnocení vědomostí	34
Graf 3: Pojem mentální anorexie	35
Graf 4: Mentální anorexie v blízkém okolí	36
Graf 5: Pomoc při podezření na mentální anorexii	37
Graf 6: Zdravotní pomoc v okolí	38
Graf 7: Častější nemocnost vzhledem k pohlaví	39
Graf 8: Věková hranice vzniku mentální anorexie	40
Graf 9: Léčba mentální anorexie	41
Graf 10: Důvod onemocnění	42
Graf 11: Prevence mentální anorexie	43
Graf 12: Vlastní vzhled	44
Graf 13: Spokojenost s vlastní postavou	45
Graf 14: Představa o postavě	46
Graf 15: Změna postavy v minulosti	47
Graf 16: Držení diet	48
Graf 17: Ovlivnění moderními trendy	49
Graf 18: Postava	50
Graf 19: Další informace o problematice	51

Seznam zkratk

BMI	(Body Mass Index)-index tělesné hmotnosti
DSM	americká národní klasifikace mentálních poruch
IPT	Interpersonální terapie
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	poruchy příjmu potravy
WHO	(World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 1 - Dotazník

Jmenuji se Tereza Kalenská a jsem studentkou 3. ročníku na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění uvedeného dotazníku, který bude dále sloužit ke zpracování mé bakalářské práce s názvem *Poruchy příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii v dětském věku*.

Dotazník je zcela **anonymní** a získané údaje nebudou nikde dále veřejně publikovány. Prosím kroužkujte vybranou variantu odpovědi, případně odpověď vypište.

Děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

Pohlaví : žena muž

Věk :

Váha : (kg)

Výška: (cm)

Škola:.....

1) Co si představíte pod pojmem *mentální anorexie*:

.....

.....

.....

2) Jak hodnotíte své vlastní vědomosti o mentální anorexii? (*prosím, vybranou možnost zakroužkovat*)

Velmi špatné 1 2 3 4 5 6 vím toho mnoho

3) Víte, čím se vyznačují pojem mentální anorexie?

a) ano b) ne

Jestli je vaše odpověď a) – prosím, popište:

Mentální anorexie je

.....

.....

4) Znáte někoho ve svém blízkém okolí, kdo trpěl/trpí mentální anorexií?

- a) ano b) ne

5) Jak byste mohli pomoci kamarádce, u níž máte podezření, že trpí mentální anorexií?

- a) svěřila bych se rodičům o svém podezření
- b) poradila bych se s člověkem, kterému důvěřuji
- c) za pomoci online rad bych se pokusila najít odbornou pomoc
- d) jiné (*uved'te*)

6) Znáte ve svém okolí doktory, zdrav. instituce zabývající se problematikou mentální anorexie?

- a) ano b) ne

7) Mentální anorexií častěji trpí:

- a) ženy b) muži

8) Mentální anorexie vznikají velmi často ve věku:

- a) 6 až 14 let
b) 14 až 18 let
c) 19 let a více

9) Léčba mentální anorexie po zjištění probíhá: *(lze zakroužkovat také více možností)*

- a) v psychiatrické léčebně
- b) v psychiatrické ambulanci
- c) v domácnosti bez pomoci lékaře
- d) léčba není tak nutná

10) Proč si domníváte, že lidé uvedenou chorobou trpí?

- a) jedná se o jasnou psychickou poruchu
- b) chtějí být velmi štihlí
- c) chtějí se podobat svému vlastnímu idolu

11) Zabývá se současná společnost dostatečně problematikou mentální anorexii?

- a) spíše ano

- b) spíše ne
- c) nevím
- d) zcela ne
- e) zcela ano

12) Je pro vás důležitý váš vzhled?

- a) ano
- b) ne
- c) moc ho neřeším

13) Jste spokojena se svou vlastní postavou?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlela jsem o tom

14) Co byste případně na své vlastní postavě zlepšila?

.....

.....

.....

.....

15) Zkoušela jste někdy v minulosti se svou postavu něco udělat?

- a) ano, chtěla jsem zhubnout
- b) ano, chtěla jsem přibrat
- c) ne

16) Držíte či držela jste nějakou dietu?

- a) ano (ale i ze zdravotních důvodů)
- b) ne, ale uvažuji vážně o tom
- c) ne

17) Necháte se spíše snadno ovlivnit moderními trendy, které se týkají oblékání či stravování?

- a) ano b) ne c) někdy

18) Zakroužkujte postavu z obrázku, která Vás v současné době nejvíce vystihuje.



19) Zakroužkujte postavu z obrázku, jak byste chtěla nyní vypadat.



20) Co byste se dále ráda dozvěděla o problematice a také prevenci mentální anorexie?

(uved'te)

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku!