

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



**Informovanost žáků a pedagogů odborného učiliště
v Příbrami o mentální anorexii**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Šornová

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.

Praha

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s využitím pouze citovaných zdrojů uvedených v seznamu literatury. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 17. května 2012

.....
Tereza Šornová

Obsah

Úvod	3
TEORETICKÁ ČÁST	5
1. Vymezení psychogenních poruch příjmu potravy	5
1.1 Etiologie psychogenních poruch příjmu potravy	5
1.2 Rizikové faktory u psychogenních poruch příjmu potravy	6
1.3 Definice mentální anorexie	8
1.4 Definice mentální bulimie	10
1.5 Atypické a nespecifické psychogenní poruchy příjmu potravy	12
1.6 Historie psychogenních poruch příjmu potravy	14
1.7 Psychogenní poruchy příjmu potravy v České republice	16
2. Biologický a psychosociální význam potravy	18
3. Mentální anorexie	20
3.1 Jak rozpoznat mentální anorexii	20
3.2 Rizikové prostředí pro mentální anorexii	21
3.3 Zdravotní komplikace u mentální anorexie	22
3.4 Osobnost a mentální anorexie	23
3.5 Psychologické modely vzniku mentální anorexie	26
3.5.1 Psychoanalytický pohled na mentální anorexii	26
3.5.2 Mentální anorexie jako psychosomatické onemocnění	27
3.5.3 Mentální anorexie jako psychobiologická krize dospívání	28
3.5.4 Stresový model vzniku mentální anorexie	28
4. Terapie mentální anorexie	29
4.1 Význam školy pro prevenci a terapii mentální anorexie	35
5. Význam rodiny pro vznik, vývoj a terapii mentální anorexie	37
5.1 Rodinné prostředí	39
6. Průběh a prognóza mentální anorexie	41
PRAKTICKÁ ČÁST	44
7. Výzkum	45
7.1 Cíl výzkumu	45
7.2 Charakteristika sledovaného souboru	45
7.3 Diagnostické metody	45
7.3.1 Konstrukce dotazníku pro pedagogy	46
7.3.2 Konstrukce dotazníku pro žáky	49
7.4 Sběr dat	52
7.5 Metody zpracování dat	52
8. Výsledky	53
8.1 Výsledky dotazování pedagogů	53
8.2 Výsledky dotazování žáků	61
8.3 Shrnutí výsledků	67
9. Diskuze	69
9.1 Perspektivy dalšího výzkumu	70
9.2 Doporučení do praxe	71
Závěr	72
Seznam literatury	74
Přílohy	

Úvod

Psychogenní poruchy příjmu potravy (dále také PPP) představují závažné onemocnění, které má ve svých důsledcích dopad na oblast jak psychickou, tak somatickou. Přestože bylo toto onemocnění patrné již ve starověku, někteří autoři jej dnes však označují za „nemoc našeho století“. Prudký vzestup PPP, který zaznamenáváme od druhé poloviny 20. století, má souvislost s nadbytkem jídla a jeho deritualizací, není již nahlíženo jako „dar boží“, jak tomu bylo v dobách minulých, nýbrž jako něco, co je samozřejmé a čeho je vždy dostatek (Kocourková, Koutek, 1999). Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo v roce 2010 hospitalizováno 363 případů s diagnózami poruch příjmu potravy u 303 osob, téměř 54 % z těchto pacientů bylo léčeno s diagnózou mentální anorexie.

Téma psychogenních poruch příjmu potravy, respektive mentální anorexie, jsem si vybrala proto, že je tato problematika již dlouhou dobu oblastí mého zájmu. S mentální anorexií jsem se poprvé přímo setkala u své blízké kamarádky ze střední školy a od té doby jsem se nedokázala zbavit myšlenek a otázek, proč se mladé a pohledné dívky dobrovolně vydávají cestou hladovění a sebetrýznění a kde vůbec vzniká ta myšlenka, ten pomyslný „červ“, který se dívky snaží přesvědčit o jejich nedostatečnosti a nedokonalosti a velí jim proměnit se v bezchybné, souměrné a dokonalé panenky. Nedokázala jsem pochopit, jak se během relativně krátké doby dokáže dívka, která je krásná, vtipná a plná života, proměnit v bledou a vyhublou trosku, zcela ovládnutou a posedlou svým vzhledem, která veškerou svou energii a myšlenky investuje do striktní sebekontroly, počítání kalorií a dalších činností, jimiž pomalu a jistě páchá dobrovolnou sebevraždu. Tato zkušenost mě nasměrovala k problematice PPP a ovlivnila natolik, že bych se této problematice ráda věnovala i ve svém budoucím studiu.

Cíl bakalářské práce se zrodil při rešerši odborné literatury, kdy jsem při četbě knihy F. D. Krcha „*Poruchy příjmu potravy*“ narazila na kapitolu věnující se epidemiologii PPP v České republice, kde jsou rozebírány uskutečněné studie. Zaujala mně studie zaměřená na životní styl české mládeže uskutečněná F. D. Krchem v roce 1997, při níž byla signifikantně nejvyšší frekvence narušených jídelních postojů, nadměrná sebekontrola v jídle a sklon ke kontrole tělesné hmotnosti zjištěn u mimopražských studentek a studentek odborných učilišť. Z tohoto důvodu jsem si stanovila za **cíl bakalářské práce zjistit míru informovanosti žáků a pedagogů odborného učiliště v Příbrami o mentální anorexii**. Chtěla jsem zjistit, na jaké úrovni bude na příbramském učilišti

informovanost u této potenciálně rizikové skupiny žáků i u jejich pedagogů. Tento výzkum jsem pojala jako dotazníkové šetření, pro které byly vytvořeny dotazníky zjišťující míru informovanosti u žáků a pedagogů OU v Příbrami.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – části teoretické a části praktické. Část teoretická má za úkol poskytnout teoretickou základnu k problematice psychogenních poruch příjmu potravy, především k problematice mentální anorexie. V části teoretické věnuji první kapitole vymezení PPP, uvádím jejich etiologii, rizikové faktory, přičemž zvýšenou pozornost věnuji nejtypičtějším diagnózám – mentální anorexii (dále také MA) a mentální bulimii (MB). Následně zmiňuji historii PPP a popisuji jejich výskyt v České republice. Ve druhé kapitole se zabývám významem potravy z biologického a psychosociálního hlediska. Třetí kapitola je věnována pouze mentální anorexii, v podkapitole „Jak rozpoznat mentální anorexii“ upozorňuji na typické „anorektické chování“, jehož znalost by v některých případech mohla pomoci odhalit MA, dále upozorňuji na možná riziková prostředí pro MA, možné zdravotní následky, typické vlastnosti, které jsou popisovány jako význačné pro MA a uvádím i psychologické modely vzniku MA. Čtvrtá kapitola je věnována terapii MA a nejrozličnějším přístupům, jež se uplatňují v léčbě MA. V páté kapitole pojednávám o významu, jaký má rodina pro vznik, vývoj a terapii MA a přibližuji i možné typické rodinné prostředí dívek s MA. Teoretickou část uzavírá šestá kapitola, která vykládá průběh a prognózu MA.

Sedmá kapitola je již věnována praktické části práce – výzkumnému projektu, ve kterém zkoumám míru informovanosti o MA u žáků a pedagogů odborného učiliště v Příbrami. V osmé kapitole jsou prezentovány výsledky dotazování žáků a pedagogů a v poslední, deváté kapitole, následují úvahy o průběhu dotazování, výsledcích, perspektivách dalšího výzkumu a o možných doporučeních do praxe.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení psychogenních poruch příjmu potravy

Psychogenní poruchy příjmu potravy se v průběhu posledních desetiletí staly ohniskem zájmu, a to nejen z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky, ale staly se rovněž předmětem sociokulturní analýzy, která usiluje o porozumění stylu a hodnotám doby, vztahu k tělu, výkonu a slasti. Nejvíce ohroženou skupinu činí zejména adolescentní dívky a mladé ženy, které se s PPP potýkají nejčastěji (Kocourková et al., 1997).

„Poruchy příjmu potravy jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky mentální anorexie a mentální bulimie po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu.“ (Papežová, 2010, s. 126).

Obvykle popisované diagnózy psychogenních poruch příjmu potravy činí **mentální anorexie** a **mentální bulimie**. Přestože je někteří autoři považují za diagnózy odlišené, jiní je považují za určité varianty základního onemocnění. Obě diagnózy mají společné extrémní zaujetí vlastním tělem a strach z tloušťky, typické jsou rovněž patologické projevy v přijímání potravy a nejrůznější způsoby kalorické redukce (Kocourková et al., 1997).

U obou diagnóz lze najít společné psychopatologie jako je nízké sebevědomí, sociální problémy či somatické obtíže, které jsou závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma diagnózami spočívá v tělesné hmotnosti. Zhruba u jedné třetiny případů mentální anorexie se však časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností.

Pro svůj chronický průběh a závažné somatické, psychické a sociální důsledky, se PPP staly jedním z nezávažnějších a nejčastějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. *„Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby jak „kontrolovat“ svou tělesnou hmotnost dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů.“* (Krch et al., 1999, s. 11).

1.1 Etiologie psychogenních poruch příjmu potravy

Výzkumní a kliničtí pracovníci, kteří se dlouhodobě zabývají problematikou psychogenních poruch příjmu potravy, se dnes ve většině shodují v názoru, že s výjimkou

redukčních diet neexistuje žádný výlučný etiologický faktor či jednoznačná příčinná událost, jež by se vyskytovala u všech pacientů a vysvětlovala jejich potíže. V osobní či rodinné anamnéze pacientů trpících MA či MB můžeme nalézt některé nespecifické rizikové faktory, které však lze nalézt rovněž u jiných duševních poruch. Dle Fairburna se jedná zejména o negativní sebehodnocení, alkoholismus a sklony rodičů k depresím (Fairburn a kol. in Krch, 1999).

Většina autorů dnes poukazuje na koexistenci různých faktorů a hovoří o **bio-psycho-sociální** podmíněnosti psychogenních poruch příjmu potravy. Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stal obecně přijímaným standardem pro interpretaci, popis i terapii PPP (Garfinkel, Garner, 1983; Vandereycken, 1996; Fairburn a kol., 1997 a další in Krch et al., 1999).

Původ psychogenních poruch příjmu potravy lze tedy s nejvyšší pravděpodobností označit za multifaktoriální. Podílejí se na nich vlivy sociokulturní, individuálně psychologické, rodinné i biologické. Svou roli jako pozadí problému zde hrají rovněž faktory společenské, tzv. západní hodnotový systém – např. ideál zdravého a štíhlého těla zaměřený na výkon a úspěch. PPP se objevují zejména v zemích, které disponují snadnou dostupností a nadbytkem potravy.

Onemocnění přichází nejčastěji ve vývojovém stadiu adolescence, kdy jsou na jedince kladeny zvýšené nároky. V tomto období je klíčové psychosexuální zrání jedince a snaha zbavit se závislosti na rodině. Propuknutí onemocnění způsobuje přerušení vývoje hlavně v těchto ústředních oblastech. Někteří autoři považují strach z dospělosti a z přijetí mateřské role za jeden z etiologických faktorů onemocnění. Často se proto první příznaky objevují po první menstruaci, společně s počínajícím rozvojem sekundárních pohlavních znaků. Rodiny postižených dívek bývají zpravidla také zaměřeny na pracovní výkony a úspěchy a spíše než k otevřenému řešení problémů tendují k jejich zastírání; rodina je často rovněž zaměřena na váhu a držení různých diet. Dalšími rizikovými faktory mohou být genetické predispozice, výskyt poruch nálad či alkoholismus v rodině. Pro vznik onemocnění je rovněž významné samotné hubnutí (Koutek, 2001).

1.2 Rizikové faktory u psychogenních poruch příjmu potravy

Výzkumy vzniku patogeneze u PPP byly zaměřeny především na mentální anorexii a mentální bulimii. Nejrůznější rizikové faktory¹ se liší ve své podstatě a jsou specifické. Některé se vyvíjejí z negativních zkušeností pacienta ještě před vznikem PPP a souvisí s nejrůznějšími psychickými poruchami – příkladem může být sexuální zneužívání jedince v období dětství. Jiné hrají důležitou roli především u MB – příkladem je dětská obezita a obezita rodičů, předčasný začátek menstruačního cyklu nebo sklony k alkoholismu u některého z rodičů. Některé z nich nutí jedince velmi intenzivně vnímat své tělo, což přispívá k myšlence začít držet dietu. Tento jev bývá k vidění především u žen, jelikož bývají nejvíce vystavovány společenskému diktátu, který jim velí být štíhlými. Další faktory představují charakterové rysy jedince, za dva nejvýraznější jsou považovány nízká sebeúcta a sklony k perfekcionismu. Perfekcionismus bývá považován za tu nejprostší formu MA v minulosti.

Role genetiky a faktory genetické se zdají být velmi diskutabilními rizikovými faktory; PPP se mohou častěji objevit u příbuzných nežli u běžné populace, avšak tento fakt autoři nehodnotí jako nutně geneticky podmíněný (Fairburn, Harrison, 2003).

Ilustraci nejdůležitějších rizikových faktorů MA a MB přibližuje tabulka č. 1 (převzato a upraveno dle Fairburna a Harrisona).

Tab. č. 1 – Rizikové faktory pro MA a MB (Fairburn, Harrison, 2003, s. 410)

Faktory obecné	<ul style="list-style-type: none"> - být žena - nacházet se ve fázi dospívání či na počátku dospělosti - žít v prostředí západní společnosti či uznávat a řídit se její ideou
Faktory individuálně specifické	<p>a) faktory rodinné</p> <ul style="list-style-type: none"> - PPP u člena rodiny - sklony k depresím u některého člena rodiny - zneužívání návykových látek u některého člena rodiny - obézní jedinec v rodině (nejmarkantnější u MB) <p>b) zážitky jedince před nástupem PPP</p> <ul style="list-style-type: none"> - dysfunkční rodina (zejména často nedostatek komunikace v rodině, kladení vysokých nároků na jedince, hádky rodičů) - sexuální zneužívání - kritika jedince ze strany rodičů (kritika ohledně stravování, vzhledu a další tlaky např. ze strany kolegů či okolí na štíhlost jedince) <p>c) charakterové rysy jedince před nástupem PPP</p> <ul style="list-style-type: none"> - nízké sebehodnocení - sklony k perfekcionismu (nejmarkantnější u MA, méně výraznější u MB) - úzkost a úzkostné poruchy - obezita (nejmarkantnější u MB) - předčasný začátek menstruačního cyklu

¹ „Rizikovým faktorem“ může být určitá událost či charakteristika, která zvyšuje riziko výskytu onemocnění. Rizikovým faktorem neoznačujeme příčinu choroby. (Pavlová, 2010).

Podle Jacobi et al. (2006) musí existovat signifikantní a klinicky relevantní spojitost mezi rizikovým faktorem a začátkem onemocnění, která je prokazatelná. Rovněž musí být prokazatelné, že se faktor vyskytoval již před začátkem poruchy. Toto je platné v případě, že jsou faktory (s výjimkou některých – např. pohlaví, etnická příslušnost či rok narození) ověřeny longitudinálním výzkumem.

Následující tabulka č. 2 přehledně shrnuje potencionální rizikové faktory sestavené z výsledků patnácti longitudinálních výzkumů.

Tab. č. 2 – Potencionální rizikové faktory PPP (Jacobi et al., 2006, s. 26)

Psychosociální faktory	Biologické faktory
<ul style="list-style-type: none"> • pohlaví • společenský ideál štíhlosti • držení diet/přehnaný význam postavy • rodinné vztahové a komunikační vzory • PPP v rodině postiženého • narušený sebekoncept • psychiatrická komorbidita, depresivita, úzkostné poruchy • nadváha jedince před počátkem PPP • nadváha rodičů • sexuální zneužívání • těžké životní události • perfekcionismus • vykonávání vrcholového sportu/extrémní tělesná aktivita • nedostatečná interocepce • PPP či gastrointestinální problémy v dětství 	<ul style="list-style-type: none"> • genetické faktory: výzkumy dvojčat • genetické faktory: molekulárně-biologické nálezy • spojitost mezi depresemi, serotoninem a PPP

1.3 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je vymežována jako ubývání na váze, které je úmyslně vyvolané pacientem. Objevuje se při ní specifická psychopatologie v podobě obav z tloušťky a ochablosti tělesných kontur, tyto obavy jsou neustále ve středu zájmu pacientovy pozornosti, jako vtíravá a neodbytná myšlenka. Pacienti se snaží dosáhnout nízké tělesné hmotnosti, která má za následek obvykle podvýživu různé závažnosti, sekundární endokrinní či metabolické změny a také narušení tělesných funkcí (amenorea).

Hlavními příznaky bývá dietní omezování, nadměrné cvičení, vyvolávané zvracení a průjmy, rovněž i užívání diuretik a anorektik. Tato porucha se nejčastěji vyskytuje

u adolescentních dívek a mladých žen,² avšak může postihnout i starší ženy po menopauze či adolescentní chlapce a mladé muže.

Samotný pojem „*anorexie*“³ je poněkud nepřesný, neboť naprostá ztráta chuti k jídlu se ve většině případů objevuje až v pozdním stadiu onemocnění (Smolík, 1996).

V některých případech je omezování se v jídle naopak doprovázeno nárůstem zájmu o něj. Pacientky na jídlo často myslí, sbírají recepty, rády tráví čas vařením (Krch et al., 1999).

Diagnostická kritéria **Mentální anorexie (F 50.0)** podle Mezinárodní klasifikace nemocí (**MKN-10**):

- a) Úbytek váhy, či u dětí chybění přírůstku váhy, vedoucí k tělesné váze nižší nejméně o 15 % oproti normální či očekávané váze pro daný věk a odpovídající výšce.
- b) Ztráta hmotnosti je způsobena vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“.
- c) Jedinec se sám vnímá jako příliš tlustý a trpí neodbytnou obavou z dalšího tloustnutí, která jej vede k vymezení si nízkého váhového prahu.
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha zahrnující hypotalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea a u mužů jako ztráta potence a sexuálního zájmu. Výjimku tvoří přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji v podobě antikoncepčních tablet.
- e) Porucha nenaplnuje kritéria A a B pro mentální bulimii (F50.2).

Diagnózu F50.0 podporují také následující rysy: vyprovokované zvracení, vyprovokovaný průjem, nadměrné cvičení a užívání anorektik či diuretik, popřípadě obojího.

Započne-li mentální anorexie před pubertou, postup pubertálního vývoje bývá opožděn či dokonce zastaven. To pozorujeme jako zástavu růstu, u dívek se nevyvíjejí ňadra a je primární amenorea, u chlapců přetrvávají juvenilní genitálie.

² Podle Papežové (2000), připadá 90 – 95% případů MA adolescentním dívkám a mladým ženám, proto budu v práci hovořit o postižených především v ženském rodě.

³ Ž řec. „*an*“ – nedostatek a „*orexis*“ – chuť, znamená nechutenství, ztrátu chuti k jídlu.

Diagnostická kritéria Mentální anorexie dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV):

- a) Jedinec si odmítá udržet tělesnou hmotnost na úrovni či nad úrovní normální váhy vzhledem ke svému věku a výšce, např. váhový úbytek, který udržuje tělesnou hmotnost na nižší úrovni než je 85 % váhy očekávané, či zcela chybí přírůstek na váze v období růstu, což vede k tělesné hmotnosti nižší než 85 % váhy pro normální daný věk.
- b) Intenzivní strach z přibývání na váze nebo z tloustnutí a to i v případě, že je váha nižší než normální.
- c) Jedinci mají narušený způsob vnímání tělesných proporcí či tělesné hmotnosti a jejich přehnaný vliv na sebehodnocení či popírání rizika současné nízké tělesné hmotnosti.
- d) U žen se objevuje amenorea, tedy absence minimálně tří menstruačních cyklů. Za amenoreu jsou považovány i periody uměle vyvolané hormony, např. estrogenem.

DSM-IV vyčleňuje následující formy mentální anorexie:

Typ restriktivní (nebulimický): Během současné epizody mentální anorexie se neobjevují záchvaty přejídání či provokovaného vypuzování, tj. vyprovokovaného zvracení či zneužívání laxativ, diuretik nebo klyzmat.

Typ záchvatovitého přejídání/vypuzování (bulimický): Během současné epizody mentální anorexie se u jedince vyskytují záchvaty přejídání či vypuzování, tj. vyprovokovaného zvracení či zneužívání laxativ, diuretik nebo klyzmat.

Dívky trpící mentální anorexií bývají před jejím počátkem okolím hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, úspěšné ve školní i zájmové oblasti, perfekcionistické a odpovědné. S rozvojem patologie v oblasti jídla však počínají konflikty se svými rodiči, kterým často lžou a uchylují se k podvodům ve spojitosti s jídlem. Rovněž si odmítají připustit, že je s nimi něco v nepořádku (Kocourková et al., 1997).

1.4 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je vymezována opakovanými záchvaty přejídání a nadměrným zabýváním se a kontrolou tělesné váhy, která vede k charakteristickému přejídání

s následným zvracením či užitím projímadel. Opakované zvracení způsobuje často elektrolytické poruchy a somatické komplikace. Před mentální bulimií se může vyskytnout během několika měsíců či let epizoda mentální anorexie.

Původně byla tato porucha popsána koncem padesátých let jako součást chování obézních jedinců. Během šedesátých a na počátku sedmdesátých let začala být diagnostikována jako průvodní jev některých forem mentální anorexie. V současnosti bývá již většinou definována jako samostatná porucha, která se objevuje u osob s normální hmotností, které nejsou obézní ani netrpí mentální anorexií (Smolík, 1996).

Pacientky s mentální bulimií se obvykle po určitém období, ve kterém převládala snaha jídlo omezovat, tajně přejídají a tato „selhání“ bývají následována úmyslně navozeným zvracením, kterým usilují o snížení kalorického příjmu (Kocourková et al., 1997).

Diagnostická kritéria **Mentální bulimie (F 50.2)** podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10):

- a) Opakované epizody přejídání (minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při kterých jedinec v krátkém čase zkonsumuje velké množství jídla.
- b) Neustálé zabývání se jídlem a silné až záchvatovité puzení k jídlu (žádostivost).
- c) Snaha potlačit „vykrmuující“ účinek jídla jedním či několika z těchto způsobů:
 - vyprovokované zvracení,
 - vyprovokovaný průjem,
 - střídavá období hladovění,
 - užívání léků typu anorektik, syntetických hormonů štítné žlázy nebo diuretik; pokud se bulimie vyskytne u diabetiků, mohou se pokusit vysadit léčbu inzulinem.
- d) Vlastní pocit nadměrné tloušťky s neodbytnou obavou z tloustnutí (následkem bývá obvykle podváha).

Diagnostická kritéria Mentální bulimie dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (**DSM-IV**):

- a) Opakované epizody záchvatovitého přejídání (binge eating), které jsou charakterizovány následujícími okruhy příznaků:

- Konzumování velkého množství jídla během různých časových úseků, přičemž množství jídla je rozhodně větší, než by většina jedinců dokázala zkonsumovat v průběhu podobných časových úseků a za podobných okolností.
 - Jedinec během této epizody cítí pocit ztráty kontroly nad jídlem.
- b) Opakované nevhodné kompenzační chování, kterým se jedinec snaží preventivně zabránit přibývání na váze, např. vyprovokované zvracení, nadužívání projímadel, diuretik, klyzmat či jiných léků, držení půstu, nadměrné cvičení.
 - c) Záchvatovité přejídání a nevhodné kompenzační chování se objevují v průměru nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců.
 - d) Sebehodnocení jedince je nepřiměřeně ovlivněno tělesnými proporcemi a tělesnou hmotností.
 - e) Porucha se neprojevuje výhradně během epizod mentální anorexie.

DSM-IV vyčleňuje následující typy mentální bulimie:

Vypuzující typ (purgativní): v průběhu současné epizody mentální bulimie si jedinec pravidelně vyvolává zvracení či nadužívá projímadla, diuretika nebo klyzmata.

Nevypuzující typ (nepurgativní): v průběhu současné epizody mentální bulimie se jedinec uchyluje k jinému nevhodnému kompenzačnímu chování, např. k půstu či nadměrnému cvičení, avšak nevyvolává si zvracení, neužívá nadměrně projímadla, diuretika nebo klyzmata.

Dívky trpící mentální bulimií již nebývají před jejím počátkem hodnoceny jako tolik přizpůsobivé, mají však stejně jako dívky s mentální anorexií perfekcionistické rysy a bývají velmi závislé na tom, jak je jejich okolí hodnotí (Kocourková, 1997).

1.5 Atypické a nespecifické psychogenní poruchy příjmu potravy

V poslední době byl zaznamenán masivní nárůst případů PPP a rovněž přibývá nemocných, kteří nesplňují kritéria pro mentální anorexiu či mentální bulimii. Tato kategorie poruch bývá často podceňována pro zanedbatelný počet jedinců (Krch et al., 1999).

F50.1 Atypická mentální anorexie

Sem řadíme atypické formy mentální anorexie.

F50.3 Atypická mentální bulimie

Do této kategorie jsou zahrnovány atypické formy mentální bulimie, např. s normální či nadměrnou váhou

U *atypických forem* mentální anorexie (F 50.1) a mentální bulimie (F 50.3) chybí jeden či více klíčových příznaků poruchy, avšak vykazují téměř typický klinický obraz. U atypických forem je dostupných daleko méně informací. Současná klinická doporučení pro pacientky s podvýživou radí postupovat jako u mentální anorexie. U pacientek se zvracením a dalšími purgativními postupy je doporučen postup jako u mentální bulimie. Tito jedinci představují významnou část pacientů s PPP, která vyhledá léčbu.

V DSM-IV najdeme atypické formy pod zkratkou „EDNOS“ (*eating disorders not otherwise specified*), do této kategorie podle Papežové (2010) zahrnujeme:

- a) pacientky, které splňují kritéria pro mentální anorexii, avšak mají pravidelnou menstruaci,
- b) jedince, u kterých došlo k významnému poklesu tělesné hmotnosti a jsou naplněná kritéria pro mentální anorexii, ale jejich hmotnost stále odpovídá rozmezí normy,
- c) jedince, kteří splňují kritéria pro mentální bulimii, k záchvatům přejídání však dochází méně často,
- d) jedince, kteří se pravidelně uchylují k užívání neadekvátních kompenzačních technik po požití malého množství potravin a jejich hmotnost se pohybuje v pásmu normy,
- e) jedince, kteří jídlo žvýkají a vyplivují, aniž jej polykají,
- f) jedince, kteří procházejí opakovanými epizodami přejídání, avšak neužívají kompenzační techniky charakteristické pro mentální bulimii.

Pod EDNOS lze zařadit také:

Syndrom nočního přejídání („NES“ – *night eating syndrome*), tuto poruchu pozorujeme u některých pacientů, kteří trpí obezitou. Pro NES je charakteristické vynechávání jídel během dne, což je následováno záchvaty přejídání ve večerních hodinách. V některých případech je tato porucha následována poruchami spánku (Schlundt, Johnson, 1990).

Záchvatovité přejídání („BED“ – *binge eating disorder*) je psychogenní porucha, při které se jedinci přejídají, avšak neuchylují se k žádnému kompenzačnímu chování. Toto

onemocnění je diagnostikováno podobně jako záchvatovité přejídání při mentální bulimii. Pacienti, jejich rodiny i lékaři záchvatovité přejídání často označují za pouhý nedostatek vůle a odhodlání ze strany pacienta (Andersen, Mehler, 1999).

F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Přejídání představuje reakci na stresové události, např. úraz, zármutek či narození dítěte, které mohou být propojené s jinými rušivými duševními příznaky.

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Opakované zvracení se může objevit rovněž u disociačních poruch či v rámci reakce na těžký stres (psychogenní zvracení). U poruchy hypochondrické může zvracení představovat jeden z několika tělesných symptomů.

F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

Kromě již zmíněných poruch spadají do kategorie poruch příjmu jídla rovněž některé další, sem řadíme *piku neorganického původu u dospělých* (nutkavé požívání látek, které nejsou určeny ke konzumaci) či *psychogenní ztrátu chuti k jídlu*.

1.6 Historie psychogenních poruch příjmu potravy

Již po staletí se setkáváme s nejrůznějšími formami narušeného příjmu potravy. Dlouho známá je tzv. *ruminace*, tedy vrácení rozžvýkaného sousta zpět do úst; či *pica*, tedy touha po bizarních jídlech, které nejsou vhodné ke konzumaci. Stejně tak obezita byla známa již v plastikách pocházejících z doby kamenné (Krch et al., 1999).

Nejrůznější poruchy příjmu potravy jsou popisovány již od starověku, v 5. století př. n. l. Hippokrates zmiňuje poruchy příjmu potravy a dává jim název *asithia*. Termín anorexie byl poprvé užit Galénem ve 2. století př. n. l. První zmínka o ženě, která dobrovolně zemřela hladem, je datována do 14. století. Jednalo se o Sv. Kateřinu ze Sienny, která od 16 let konzumovala pouze chléb, vodu a zeleninu. Motivací pro její dobrovolné hladovění byla víra – Kristus, který se jí zjevil ve snu.

První klinické obrazy, které mohly odpovídat diagnóze *mentální anorexie*, pocházejí ze 17. století (Robbes, 1668; Reynolds, 1669; Morton, 1689 in Faltus, 2010). Nejdokonalejší popis choroby je přisuzován anglickému lékaři **Richardu Mortonovi**, který ji popisuje termínem „nervové opotřebení“. Tento termín najdeme zejména ve

francouzské literatuře, kde se v 19. století zásluhou Fleuryho Imberta začalo rozlišovat mezi *anorexií „gastrickou“*, která znamenala především poruchu trávení, a *anorexií „nervovou“*, při které pacienti odmítali jíst, jelikož jejich mozek nevysílal pocity hladu a signály chuti k jídlu. První věrohodné případy MA se v literatuře objevují ve druhé polovině 19. století, kdy lékaři William Stout Chipley a Louis-Victor Marcé popsali několik případů dívek trpících nechutí k jídlu, avšak jejich pozorování nevyvolala v odborných lékařských kruzích žádnou odezvu.

Až ve druhé polovině 19. století anglický lékař **Gull** a francouzský lékař **Lasègue** nezávisle na sobě podávají zevrubné vyličení této nemoci nazvané „*anorexia hysterica*“. Později se již výhradně užívalo termínu „*anorexia nervosa*“. Oba lékaři tuto chorobu definovali jako psychogenní⁴, která se vyskytuje zejména u mladých dívek a žen. Za základní příznaky, které jsou aktuální i dnes, označili velký hmotnostní úbytek, amenoreu, zácpu, neklid a nepřítomnost jakýchkoliv známek organické etiologie.

Do roku 1914 byl platný názor, že MA je duševní poruchou. V témže roce však začaly diagnostické spory poté, co patolog Simmonds objevil u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze, začala být anorexie spojována s kachexií. Ve čtyřicátých letech 20. století díky psychosomatické medicíně a psychoanalýze byla opět zařazena mezi duševní poruchy (Faltus, 2010).

Výraz *mentální bulimie* je výrazem novým, avšak zmínky o chorobném hladu se pod různými názvy objevují již s prvotními medicínskými záznamy. Pohledem moderního klinického obrazu mentální bulimie jsou pozoruhodné zejména historické popisy přejídání ve spojení se zvracením. Tato jídelní abnormalita je v medicíně popisována jako *fames canina* (psí hlad). Od starověku až do 19. století byla tímto pojmem označována nenasytná žravost, která byla připodobňována chování psa, následovaná spontánním zvracením. Předpokládalo se, že příčinami je dysfunkce a abnormalita žaludku. Přejídání a zvracení byla řazeno k symptomům často zmiňovaných zejména v popisech hysterie; někdy bylo rovněž označováno jako hysterické zvracení.

Dle Plutarcha pojem „*bolimos*“ označoval zlého démona, původně měl znamenat velký hlad. Později se však filologové domnívali, že výraz vzešel z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad), měl tedy popisovat takový hlad, při kterém je člověk schopen sníst celého vola. V lékařském prostředí byla bulimie úzce spojena s dysfunkcí či abnormalitami zažívacího ústrojí. Ještě ve 20. století se francouzští a němečtí internisté domnívali, že se

⁴ Porucha psychického původu způsobena duševním procesem.

prvořadně jedná o projev špatného zažívání. Teprve nedávno získala charakteristická forma bulimie status uznávané psychiatrické diagnózy. Roku 1979 byl psychiatrem **Russelem** poprvé použit termín „*bulimia nervosa*“, který označoval „*silné a neovladatelné nutkání přejídat se, ve spojení s chorobným strachem z tloustnutí a vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím, u žen s normální tělesnou hmotností*“. (Krch et al., 1999, s. 30).

Přejídání bylo v minulosti někdy popisováno ve spojitosti s anorexií a právě v této souvislosti byla poprvé odhalena mentální bulimie jako entita. Roku 1847 popsal Gull nenasytnou chuť k jídlu u jedné ze svých anorektických pacientek, stejně tak i Lasègue pozoroval záchvaty přejídání u pacientek, které se zotavovaly z anorexie. Nejlépe popsanou kasuistiku v té době vytvořil švýcarský psychiatr Binswager, který popsal příběh ženy, která neustále bojovala se štíhlostí a potýkala se i s bulimií.

Počátkem 70. let 20. století byla rozpoznána relevantní skupina symptomů, která byla odlišná od klinicky popsaného obrazu MA i obezity. Vzrůstal počet případů, kdy se ženy přejídaly a přesto si byly schopné udržet svou hmotnost v mezích normy pomocí zvracení, držení diet, užíváním laxativ či diuretik. V mezinárodních klasifikačních systémech se ujal termín „*bulimie*“. V revidované verzi DSM-III⁵ z roku 1987 byla diagnóza bulimie sjednocena s britskou terminologií a byl přijat nový název – „*mentální bulimie*“ (*bulimia nervosa*) (Krch et al., 1999).

1.7 Psychogenní poruchy příjmu potravy v České republice

V roce 1941 popsal Vratislav Jonáš⁶ několik případů mentální anorexie, které byly léčeny koncem třicátých let na oddělení vnitřního lékařství Univerzity Karlovy. Další případy MA zaznamenal rovněž profesor Janota (1946), který léčil či přijal do terapie několik pacientů s diagnózou MA. První náznak o zjevně rostoucích případech PPP pochází z osmdesátých let (Faltus, 1985 in Krch et al., 1999), kdy se významně zvýšil počet pacientů hospitalizovaných na psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Podle odhadů vycházejících z počtu hospitalizovaných na této klinice, byla v Praze roku 1973 četnost výskytu MA 1,08 případu na 100 000 obyvatel, roku 1985

⁵ Mezinárodní klasifikační systém duševních poruch, publikovaný Americkou psychiatrickou asociací v roce 1980.

⁶ Světově uznávaný český kardiolog, pozdější profesor Univerzity Karlovy a přednosta I. interní kliniky Vinohradské fakultní nemocnice.

vzrostl počet případů na 4,1. Informace pocházející z jiných zdravotnických organizací ověřeny nebyly. V roce 1985 bylo v celé České republice zaznamenána 10 případů hospitalizace při diagnóze mentální bulimie.

Pro naznačení dynamiky vývoje PPP mezi lety 2005 až 2010 uvádím aktuální informace vyžádané od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Uvádí počty hospitalizací s diagnózami F50.0 až F50.9 v psychiatrických zdravotnických zařízeních dle jednotlivých diagnóz a pohlaví.

Tab. č. 3 – Počty hospitalizací s diagnózami F50.0 – F50.9 podle pohlaví (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 60/2011, s. 3)

Kód diagnózy	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
F50.0	7	248	255	14	217	231	3	253	256	8	234	242	12	197	209	7	189	196
F50.1	5	25	30	4	25	29	4	45	49	4	34	38	3	39	42	1	41	42
F50.2	2	127	129	2	96	98	5	101	106	1	97	98	-	100	100	-	91	91
F50.3	-	5	5	-	12	12	-	10	10	2	10	12	3	7	10	-	7	7
F50.4	-	4	4	-	4	4	-	3	3	1	7	8	1	3	4	2	5	7
F50.5	-	2	2	-	1	1	-	3	3	-	2	2	-	3	3	-	2	2
F50.8	1	6	7	3	9	12	4	4	8	1	11	12	1	7	8	2	8	10
F50.9	1	4	5	-	5	5	1	3	4	-	7	7	1	5	6	7	1	8
Celkem	16	421	437	23	369	392	17	422	439	17	402	419	21	361	382	19	344	363

V roce **2008** činil celkový počet pacientů hospitalizovaných s diagnózami PPP (F50.0 – F50.9) v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic 419 případů. Za jeden případ hospitalizace je považováno každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení v psychiatrické léčebně či nemocnici. Pokud je jeden pacient během sledovaného období podroben hospitalizaci vícekrát, počet hospitalizovaných osob a hospitalizací bude vyšší. Téměř 58 % pacientů, z celkového počtu 419 jedinců, bylo hospitalizováno s diagnózou mentální anorexie (F50.0), více než 23 % případů činili pacienti s diagnózou mentální bulimie (F50.2) a 9 % připadalo diagnóze atypické mentální bulimie. Ostatními diagnózami trpělo necelých 10 % z celkového počtu pacientů s PPP. S PPP byly častěji diagnostikovány ženy, muži ve sledovaném období činili v průměru pouze 5 % případů.

Roku **2009** činil počet případů hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 382 případů. Téměř 55 % z těchto případů připadalo diagnóze mentální anorexie (F50.0), více než 26 % diagnóze mentální bulimie (F50.2), s atypickou mentální anorexií (F50.1) bylo diagnostikováno 11 % pacientů. Ostatní ze sledovaných analýz tvořili 8 % z celkového počtu jedinců s PPP. Muži se v tomto roce podíleli zhruba na 5 % případů hospitalizace (Nechanská, 2010).

V roce 2010 bylo na území České republiky hospitalizováno 363 případů s diagnózami PPP (F50.0 – F50.9) u 303 osob v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic. Z uvedených 363 případů bylo téměř 54 % pacientů léčeno s diagnózou mentální anorexie (F50.0), více než 25 % pacientů s diagnózou mentální bulimie (F50.2) a 12 % s diagnózou atypická mentální anorexie (F50.1). Muži činili v průměru 5 % případů hospitalizací (Nechanská, 2011).

2. Biologický a psychosociální význam potravy

„Je třeba si uvědomit, že výživa je současně faktorem biologickým, psychologickým i sociálním, je součástí kulturního života společnosti. Z toho vyplývá komplexita problematiky a velká řada oblastí do nichž proniká. Vztahy mezi výživou a psychikou jsou obousměrné: výživa působí na člověka, ale ten svojí činností záměrně i neúmyslně modifikuje nutriční zdroje, nabídku potravy i její využití.“ (Fraňková, 1996, s. 7).

Jídlo nás provází po celý život, od početí až do naší smrti. Nejprve jej přijímáme jako vyvíjející se embryo, které potřebuje živiny a látky nezbytné pro správný vývoj a stavbu organismu prostřednictvím matky. Po narození je dítě ještě dlouho závislé na mateřském mléce a rovněž osobách, které mu jej poskytují, postupně se však osamostatňuje. S postupem času je dítě schopno samo si kontrolovat základní kvalitu jídla i jeho senzorické vlastnosti. Dítě začíná rovněž rozlišovat různé chutě – sladké, hořké, kyselé a slané. Spolu s rozšiřováním repertoáru jídel se rovněž počíná vyvíjet individualita dítěte – něco začíná mít rádo a něco odmítá. Jídlo se pro dítě stává s postupem času více než biologickou potřebou, uspokojuje jeho emoční i psychosociální potřeby (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Vlastní příjem potravy začíná u novorozence sáním, jehož základ tvoří vrozený sací reflex. Prvotní představy o procesu kojení se domnívaly, že dítě pouze pasivně přijímá tekutinu, avšak etiologická pozorování přinesla nové poznatky a potvrdila, že dítě je v procesu příjmu potravy aktivním činitelem a již první dny po narození se demonstruje jeho individualita. Proces kojení je současně fází, kdy jsou navazována a upevňována emoční pouta mezi kojencem a matkou (Fraňková, 1996). Podle Freuda prochází vývoj psychiky fázemi libidózního vývoje – orálním, análním a falickým stadiem. Orální období (0 – 1 rok) se vyznačuje tím, že je dítěti příjemné sání a kousání, poruchy v orálním období

mohou vést k fixaci osoby do tohoto období, která se v pozdějším věku může projevit jako přehnaná orientace na jídlo či sklony k přejídání.

Proces krmení hraje také roli v psychickém vývoji. Dítě v procesu krmení navazuje vztah s pečující osobou. V procesu krmení se odráží i další projevy psychického zrání dítěte. V období sebeuvědomování, pro které je charakteristický typický negativismus, dítě testuje hranice a principálně odmítá vše – včetně potravy. Rodiče mohou v tomto období nevědomě utvářet nejrůznější jídelní zlozvyky, přikládají-li jídlu nepřiměřený význam či dítě do jídla nutí a vytvářejí z něj tak nástroj pro manipulaci a citové vydírání (Uhlíková, 2010).

Pro dítě představuje každé jídlo psychologickou a sociální situaci. Dospělí dávají dětem během jídla dětem najevo jaký k nim mají vztah – prostřednictvím pochval, kárání či jen neverbálně svým emočním stavem. Psychologicky důležitá je rovněž reakce rodičů na to, pokud dítě jídlo odmítá, příliš velká pozornost či úzkostné reakce dospělého na odmítání potravy mohou způsobit odpor dítěte mechanismem negativní zpětné vazby (Fraňková, 1996).

Dospělost se vyznačuje mimo jiné i plnou samostatností v rozhodování o výběru a opatřování si potravy. Dospělý jedinec využívá potravu k navazování, upevňování i usměrňování svých sociálních vazeb, stává se součástí jeho pracovní činnosti i rekreace, vybírá její složení pro období zdraví, nemoci i uzdravování. Pomocí jídla uspokojuje své nejen nutriční, ale také emoční potřeby, obohacuje či ochuzuje svůj duševní život. „*Jídlo se stává integrovanou součástí života rodiny, kterou si buduje.*“ (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 9).

Stárnutí je charakterizováno zvýšenou závislostí na druhých osobách, pokud si již starší osoba z nejrůznějších důvodů nemůže opatřovat potravu sama, přestává mít možnost v plném rozsahu ovlivňovat svou výživu i další atributy jídla dle vlastního přání a rozhodování. V mnoha starších kulturách nebyla ani smrt důvodem konce svazku jídla s jedincem. Zesnulým bylo do hrobu dáváno jídlo na cestu do záhrobí.

Lze tedy říci, že jídlo je svým způsobem centrem našeho žití, bez jídla neexistuje života. Je spojeno s lidskou činností, chováním, komunikací i interakcemi s dalšími jedinci ve společnosti, souvisí s našim zaměřením, osobností, aktivitami a kulturními, sociálními i ekonomickými poměry ve společnosti (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

3. Mentální anorexie

Ústředním tématem pro tuto práci je mentální anorexie, po úvodním seznámení a nadefinování je jí věnována celá následující kapitola, která se pokouší o co nejkompaktnější výklad MA, přičemž jsou zde zmiňovány jak teoretické přístupy, tak i prakticky využitelné informace.

Termín mentální anorexie byl přijat koncem 19. století a byl užíván k označování chorobného stavu, který se však často symptomatologicky lišil. Označení tohoto stavu termínem anorexia mentalis či anorexia nervosa, které jsou ve světové literatuře nejrozšířenější, se však některým jeví jako ne příliš šťastným, jelikož anorexii vykládal již Platón jako osvobození od žádosti a chtivost, či Hippokratés jako nedostatek požitku z jídla a nyní je tímto termínem označována ztráta chuti k jídlu. Někteří se domnívají, že užívání termínu anorexia nervosa svádí k chybnému přesvědčení, že hlavní podstatou onemocnění je nechutenství a nikoliv záměrné a vědomé odmítání potravy z obavy z možného tloustnutí a z touhy být chorobně vyhublý (Faltus, 2010).

3.1 Jak rozpoznat mentální anorexii

Pro rodinné příslušníky, přátele či okolí je někdy velmi obtížné odhalit, že někdo z blízkých trpí mentální anorexií. Jedinci trpící MA své hladovění často velmi úspěšně skrývají. Mnoho z nich se vyhýbá veškerým společenským kontaktům ještě před tím, než začnou s hladověním. MA se často vyvíjí pomalu a téměř bez jakýkoliv varovných signálů, které by mohly varovat okolí.

Možnými **průvodními znaky mentální anorexie** mohou být následující charakteristiky (Krch, 2002):

- Mění se jedincův jídelníček, ze kterého nejprve zmizí jídla energeticky příliš vydatná či „nezdravá“. Zákaz se postupně rozšiřuje na další potraviny, až zbudou pouze dietní „light“ potraviny.
- Mění se jídelní režim jedince, nebere si nic, co by bylo „navíc“, začíná pod záminkami vynechávat i hlavní jídla.
- Jídelní změny jsou dodržovány se stále větší důsledností. Přibývá výmluv a podvodů kolem jídla.

- Při jídle se srovnávají s ostatními, vyžadují co nejmenší porce. Hodně žvýkají, „uždibují“, časté je kouření.
- Mění se jídelní tempo a chování. Jedí pomalu, vybírají si co nesnědí, toto chování omlouvají tím, že si jídlo musí „vychutnat“.
- Mění se jejich chutě, v některých případech hodně solí, pijí kávu, nadměrně pijí, aby zapili hlad, či naopak nepijí téměř vůbec a hrozí jim dehydratace.
- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, připravují si pro sebe jiné, méně vydatné jídlo. Při jídle vypadají napjatě a strnule, snadno se cítí přejedení a mluví o tom, kolik toho snědli.
- Často vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají, mají potřebu si „dát do těla“, zpotit se. Nedokáží se uvolnit a jen tak sedět, zhoršuje se jejich schopnost soustředit se na učení. Se stále větší podvýživou se může dostavit apatie, únava a vyčerpání.
- Přehnaně se zaobírají svou tělesnou hmotností a postavou, prohlížejí se v zrcadle a neustále se váží, nebo se vážení naopak vyhýbají. Zahalují se do volného oblečení, či naopak nosí oblečení, které ukazuje jejich vyhublou postavu. Často hovoří o jídle, či se naopak tomuto tématu vyhýbají.
- Objevují se zdravotní obtíže – nejprve zácpa, poruchy menstruačního cyklu a zimomřivost. Začínají jim vypadávat vlasy, kazí se pleť a na těle se objevují drobné chloupky.
- První zhubnutí bývá spojeno s nárůstem sebevědomí a zlepšením nálady. V tomto období bývají postižení aktivní a společenští. Postupně se však stále více zaměřují na sebe, své tělo a jídlo.
- Začíná vyhýbání se přátelům i rodině, postižení se uzavírají do sebe. Roste míra jejich přecitlivělosti a podrážděnosti, zhoršuje se jejich nálada.
- Pokud se někdo snaží donutit je jíst, reagují jedinci trpící MA rozhodným odporem, vyhrožují a emočně vydírají, na každý argument mají protiargument. Pokud jsou nuceny jíst, snaží se podvádět, někdy podvádí proto, aby „uklidnili“ své rodiče.

3.2 Riziková prostředí pro mentální anorexii

Pro některé lidi představuje štíhlé tělo nástroj obživy, jedná se zejména o osoby pracující jako baletky, gymnastky či modelky. Studie, které se zabývaly rizikovými prostředími, jsou ve většině případů průřezové, neurčují tedy s jistotou, zda tato

zaměstnání skutečně zvyšují riziko propuknutí PPP. Alternativním vysvětlením je, že tyto obory lákají zejména dívky, které byly na své tělo vždy zaměřené (Pavlová, 2010).

Ve studii, která byla zveřejněna roku Garnerem a Garfínkem (1980), byly testovány studentky tanečních škol a začínající modelky. Obě tyto skupiny dívek musí kvůli svému povolání věnovat zvýšenou pozornost své postavě. Výsledky této studie naznačují, že se mentální anorexie častěji vyskytuje u studentek tanečních škol a začínajících modelek než u žen, které jsou stejně staré a pocházejí ze stejného sociálního zázemí. U těchto skupin byla zjištěna prevalence 7 %, která potvrzuje, že dívky, které musí věnovat zvýšenou pozornost své postavě, prokazatelně riskují onemocnění MA. Alternativně je také možné, že dívky, u kterých je velká pravděpodobnost propuknutí MA, mohou být přednostně vybírané mezi profesionální modelky a tanečnice (Garner, Garfinkel, 1980).

3.3 Zdravotní komplikace u mentální anorexie

Některé projevy mentální anorexie jsou prakticky totožné s tím, jak se na našem těle projevuje dlouhodobé hladovění. Pacientky s MA bývají až rachiticky vyhublé a v extrémních případech „vypadají jako pouhá kostra potažena kůží“. (Morton 1694 in Garfinkel, Garner, 1982, s. 14).

Často mají velmi řídké vlasy, objevuje se u nich tzv. lanugo⁷, zejména v oblasti obličeje, krku, paží, zad a nohou; objevují se rovněž změny na kůži, kůže pacientek získává žlutavý nádech, jelikož často konzumují potraviny obsahující velké množství karotenu. Jejich pokožka je suchá a z důvodu nedostatečného příjmu bílkovin mají křehké a lámavé vlasy i nehty. Objevuje se také „down regulace“⁸ autonomního nervového systému, která se projevuje jako zpomalení srdeční frekvence; snížení krevního tlaku a snížená tělesná teplota, které se mohou projevovat jako nízká odolnost vůči chladnému počasí a neschopnost organismu přizpůsobovat se teplotním výkyvům. V některých případech se objevují edémy, zejména v oblastech kolem očí a na kotnících. Ruce a chodidla postižených jsou často purpurově modré barvy následkem cyanózy⁹ a objevují

⁷ Jemné ochlupení, typické u novorozenců.

⁸ Regulace směrem dolů, snížení odpovědi na stimulaci v důsledku poklesu až chybění složek zodpovědných za přenos této stimulace k výkonným složkám. Např. úbytek receptorů pro určitou látku hormon, neurotransmitter, k němuž dochází při její zvýšené koncentraci.

⁹ Cyanóza je modravé až modrofialové zbarvení kůže a sliznic, které se objevuje při nedostatečném okysličení krve.

se i abnormality při procesu regulace tělesné teploty. Ojedinělá není ani zácpa, nepříjemné pocity plného žaludku a neidentifikovatelné bolesti břicha. Možná je i polyurie¹⁰.

Pacientky s MA často trpí těžkou nespavostí, bolestmi hlavy, bývají podrážděné a trpí depresemi. Potýkají se s neustálou únavou a pocitem absolutního vyčerpání a slabosti (Andersen, Mehler, 1999).

Pacientky trpící MA se snaží pozastavit vývoj svých sekundárních pohlavních znaků, výjimku zde představují řadra, která se spolu s procesem hubnutí rovněž zmenšují. Charakteristickým rysem MA je amenorea, zatímco v tomto případě se jedná o tzv. sekundární amenoreu v závislosti na věku postižené při propuknutí nemoci, u některých žen se může objevit amenorea primární. U většiny pacientek trpících MA souvisí amenorea s počtem kilogramů, které zhubly a s jejich aktuální hmotností, avšak nejedná se o jediný a rozhodující faktor. V několika výzkumech bylo zjištěno, že amenorea daleko více souvisí s procentem tělesného tuku, s tím, jak intenzivně se postižení věnují cvičení, či jak moc je žena pod vlivem stresu. Aktuální váha tedy představuje při amenoree jednu z proměnných, avšak rozhodně není jediným faktorem (Garfinkel, Garner, 1982).

Závažný stav podvýživy, ve kterém dívky s MA často setrvávají, je přímo ohrožuje na životě řadou důsledků. Většina studií se shoduje v tom, že úmrtnost pacientek s MA je v důsledku vyšší než v běžné populaci (Birmingham et al., 2005; Derman a Szabo, 2006 in Stárková, 2010). Americký diagnostický manuál DSM-IV uvádí, že mortalita u MA je vyšší než 10 % (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994 in Stárková, 2010).

3.4 Osobnost a mentální anorexie

„Většina dívek trpících mentálních anorexií pochází ze střední či vyšší vrstvy; tyto dívky mají často velmi dobré sociální postavení a jsou materiálně zabezpečené“. (Bruch, 1978, s. 24).

Někteří autoři se domnívají, že určité rysy osobnosti zvyšují náchylnost ke vzniku patogeneze psychogenních poruch příjmu potravy. Slabinami výzkumu, který se psychickými rysy u PPP zabývá, je však jeho retrospektivní charakter, malý rozsah sledovaného vzorku a také schematičnost popisu osobnosti v závislosti na použité metodě, která je často založena na subjektivním sebeposouzení nemocného (Krch et al., 1999).

¹⁰ Polyurie je stav, pro který je charakteristické, že výdej moči je vyšší než 2-3 litry za 24 hodin.

Existuje skupina lidských vlastností a představ, které jsou posuzovány jako význačné pro mentální anorexii.

Perfekcionistické rysy. Chování dívek trpících anorexií někdy odráží přesvědčení, že veškerá láska je podmíněna, a že si ji člověk musí něčím zasloužit. Považují tedy za nutné, aby se výborně chovaly, měly ve všem skvělé výsledky, a aby jejich zevnějšek byl rovněž dokonalý. Domnívají se, že neschopnost dosáhnout dokonalosti nutně povede k odmítnutí. Často lze pozorovat i tzv. černobílé myšlení. Veškeré myšlenky a události mohou být buď pouze špatné či pouze dobré, existuje pouze úspěch či pád a žena může být v kulturním stereotypním pojetí buď „svatou“ či „padlou“ (Papežová, 2000). Perfekcionistické rysy se u dívek, které v pozdějším věku onemocní MA, vyvíjejí již v dětském věku; snaží se mít vše přesně tak, jak to má být – vzorně uklizený pokojíček, účes i domácí úkol (Anderluh et al., 2003 in Pavlová, 2010).

Druhý způsob chování, typický pro mentální anorexii, se týká **sebekontroly a dodržování disciplíny**. Pacientky se chovají, jakoby všechny touhy, pocity a radosti byly nepovolené a musí být tedy drženy na uzdě. Toto chování přispívá k asketickému chování, které se u MA vyskytuje velmi často. Pacientky jsou přesvědčeny, že je jejich povinností vyhýbat se všem smrtelným hříchům a hlad, bolest i únavu ignorovat.

Touha zalíbit se. Chování směřující k tomu, abychom se někomu zalíbili či zavděčili vychází z pocitů vlastní méněcennosti a směřuje k zamaskování vnitřního pocitu špatnosti.

Vnitřní méněcennost. Jedním ze schémat, které se může skrývat za touhou anorektických pacientek být perfektní a zavděčit se, je vnitřní přesvědčení, že něco v nich je v nepořádku. Domnívají se, že kdyby jejich okolí vědělo, jaké „ve skutečnosti jsou“, nikdo by je „neměl rád“. Tyto vzorce chování napomáhají k udržení anorektického chování. Pacientky žijí v přesvědčení, že nízké sebehodnocení může být zamaskováno, pokud je vnějšek pro společnost přijatelný. Extrémní dopad takových postojů přináší však opak (Papežová, 2000).

Impulzivita. Navzdory přísné sebekontroly a dodržování disciplíny mohou pacientky s restriktivním typem mentální anorexie vykazovat impulzivní chování. Při zkoumání pacientek trpících nejrůznějšími psychogenními poruchami příjmu potravy bylo zjištěno, že navzdory široké škále impulzivního chování, je toto chování častější mezi těmi, které trpí MB, než u pacientek s MA, přesto však patologická impulzivita není u restriktivní formy MA rozhodně zanedbatelná (Nagata, Kawarada, Kiriike, & Iketani, 2002 in Fessler, 2001).

Obsedantně-kompulzivní porucha. V mnoha případech se potvrdilo, že se u pacientek s mentální anorexií projevují obsedantní rysy (Dally, 1969; Solyom et al. in press in Garfinkel, Garner, 1982). Dříve se rovněž objevovaly názory, že MA je pouze druhem kompulzivního chování (Palmer and Jones, 1939; Solyom et al., in press in Garfinkel, Garner, 1982). Avšak obsedantní myšlenky na jídlo a kompulzivní chování, stejně jako zvýšená obsese, se mohou stejně tak objevit u hladovějících jedinců; právě hladovění se významně podílí na rozvoji obsedantních rysů (Garfinkel, Garner, 1982).

Za společný rys obsedantní poruchy u PPP lze pokládat vnitřní nejistotu a nízké sebehodnocení, které přispívá k potřebě nezbytnosti nadměrné sebekontroly nejen v jídle. Přemítání o vlastní bezcennosti vede k vyhýbání se jídlu a ritualizaci jídelního chování. Paradoxem je, že myšlenky na jídlo jsou posilovány hladověním. Přejedení, které často následuje hladovění, posiluje výchozí pocit bezcennosti (Krch, 1999).

Rysy hraniční osobnosti. Tyto rysy osobnosti jsou patrnější u mentální bulimie, avšak můžeme je pozorovat i u purgativní formy mentální anorexie. Tito pacienti rovněž trpí pocity úzkosti a ta se následně projevuje jejich sebedestruktivitou a labilitou. Toto chování je již velmi náročné pokud jím trpí jedinec bez diagnózy MA, pokud se však tyto rysy přidávají ke zdravotním a psychickým komplikacím MA, znamená to daleko větší riziko (Lock et al., 2001). Hraniční osobnost je nejčastěji charakterizována impulzivitou, závislostí na psychoaktivních látkách, ztrátou zájmu o kontakt s lidmi, schizofrenií a histriónskými rysy osobnosti (Schlundt, Johnson, 1990).

Negativní emocionalita. Stice označuje negativní emocionalitu jako rizikový faktor pro problémy s jídlem. (Stice, 2002 in Pavlová, 2010). Častou komorbidní diagnózou u MA je deprese, některé studie uvádějí, že míra celoživotní prevalence činí u deprese až 63 % (Herzog, Keller, Sacks, Yeh, & Lavori, 1992 in Lock et al., 2001).

Duševní onemocnění se samo o sobě ukázalo být predikátorem pro propuknutí PPP (Patron et al., 1999 in Pavlová, 2010).

Hilde Bruch (1978) vymezila tři oblasti narušeného psychického fungování při mentální anorexii:

- 1) *poruchy tělesného schématu* – poruchy v tom, jak pacientky s MA vidí samy sebe;
- 2) *poruchy v interpretaci vnějších a vnitřních podnětů* – nejzřetelnějším příkladem je chybné vnímání pocitu hladu;
- 3) *paralyzující pocit interní neefektivnosti.*

Bruch také dodává, že třetí bod byl pro ni samotnou neočekávaným zjištěním, jelikož: „*Pacientky s mentální anorexií bývají tvrdohlavé a vzpurné a od prvního kontaktu působí silným a energickým dojmem.*“ (Bruch, 1978, s. x).

Dalšími rysy, které se u pacientek s MA objevují, jsou rysy neurotické, hysterické (Dally, 1969, Halmi, 1974 in Krch et al., 1999), egocentrismus, přecitlivělost či senzitivita (King, 1963 in Krcha et al., 1999), narcistická porucha osobnosti či sociální úzkost a excesivní závislost (Morgan & Russel, 1975 in Krch et al., 1999).

3.5 Psychologické modely vzniku mentální anorexie

3.5.1 Psychoanalytický pohled na mentální anorexii

Psychoanalytické a psychodynamické hypotézy vzniku mentální anorexie pramení z teorie Sigmunda Freuda a jím vytvořeného modelu mysli, který na ni nahlížel jako na soubor psychických struktur – id, ega a superega; kdy vývoj lidské psychiky prochází přes fáze libidózního vývoje¹¹. Pud (libido) zde činí nejsilnější motivační sílu, která stojí v pozadí lidského chování a prožívání. Pokud se superego postaví proti nedovoleným přáním, vedou obranné mechanismy ega k formaci symptomů. K této „pudové teorii“ se přikláněl například Waller, který vyslovil tezi, že úmyslné hladovění lze chápat jako obranu před sexuálními fantaziemi orálního otěhotnění. Berlin viděl v odmítání potravy obranný mechanismus, který působí proti ambivalentním kanibalistickým a orálním sadistickým představám (Berlin et al., 1951 in Kocourková et al., 1997).

Na psychoanalýzu navázala Sperlingová, která považovala nevyřešený a ambivalentní vztah s matkou za důležitý dynamický a genetický faktor. Boj proti jedení podle ní zahrnoval i boj proti přijetí ženské role a sexuální identifikaci. Silný dynamický faktor zde činí intenzivní oidipovský komplex¹² v pubertě a adolescenci, tato období jsou pro projev této patologie kritickými (Sperlingová, 1983 in Kocourková et al., 1997).

V etiopatogenezi MA hraje významnou roli ženská sexualita. Bernsteinová upozornila na jednu bazální úzkost u žen, která koresponduje s kastrací úzkostí¹³ u mužů – na možnost, že na základě uspořádání ženského genitálu hrozí nebezpečí proniknutí do

¹¹ Orální, anální a falické stadium, které stojí před zralou genitální organizací.

¹² Cílem všech dětských tužeb se stává genitální styk s rodičem opačného pohlaví. Rodič stejného pohlaví se stává nebezpečným soupeřem (Mitchell, Blacková, 1999).

¹³ Oidipovský komplex je dle Freuda řešen pod hrozbou kastrací úzkosti. Kvůli hrozbě kastrace, která přichází od rodiče stejného pohlaví, se dítě vzdává svých oidipovských ambicí (Mitchell, Blacková, 1999).

lůna, čemuž se zejména v dětském věku nemohou mladé dívky bránit. Toto zmíněné překročení intimních hranic se může spojit s fantazií difúzní symbiózy, neohraničenosti, z čehož údajně vzniká i typické difúzní myšlení žen oproti mužům. Výsledná úzkost může způsobit potlačení sexuality, která se však znovu prosadí na regresivně-orální úrovni – ve formě záchvatů konzumování jídla. To je následováno vítězstvím úzkosti a potlačením, dívka potravu vyzvrací (Bernsteinová, 1993 in Poněšický, 2004). Dívky jsou také více než muži vychovávány k poslušnosti, v pozdějším věku i k sexuální zdrženlivosti, což je patrné i dnes.

Bruch kritizovala klasičtější psychoanalýzu a popsala charakter raného interpersonálního vztahu anorektických pacientek s jejich matkami, který považovala za málo přizpůsobený pro potřeby dítěte; podle ní slouží dítě matkám pouze k uspokojení svých narcistických potřeb (Bruch, 1973 in Kocourková et al., 1997).

V 80. letech byla pozornost věnována celkovému sebeprožívání – „self“. Tato teorie nahlíží na anorexii jako na jednu z hlavních forem self-patologie, kde je důležitá chronická porucha v empatickém spojení rodič-dítě. U těchto dívek je nedostatečně vyvinuta oblast separace a individuace, bývají vázány na ocenění z vnějšku a nedisponují vlastní narcistickou rovnováhou. Prožívají pocity neefektivnosti, prázdnoty a neadekvátnosti (Kocourková et al., 1997).

3.5.2 Mentální anorexie jako psychosomatické onemocnění

Anorexii lze považovat za „*psychosomatické*“ onemocnění z několika důvodů. První je zastoupen skutečností, že pacientky představují obraz mimořádného rozporu mezi myslí a tělem, jsou zcela rozhodnuty, že silou své mysli musí potlačit tělesné žádosti. Nejedná se zde o sebevražednou touhu, hladovění v tomto případě představuje snahu vyjádřit pacientčinu autonomii a nikoliv pokus o sebezničení. Anorektické dívky mají zvláštní smysl pro anhedonii¹⁴, který je spojen s touhou eliminovat fyzické „Já“ a žít jen prostřednictvím svého duševního „Já“.

Dalším zdůvodněním pro zařazení MA mezi psychosomatická onemocnění je hladovění, které podstupuje naprostá většina pacientek, a které následně vyvolává celou škálu psychických příznaků. Psychická úzkost může tudíž způsobit fyzické změny, které s sebou přinášejí další psychické příznaky. Tyto příznaky mají později sklon udržovat

¹⁴ Neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost těšit se z příjemností, neschopnost radovat se.

anorexii a to také částečně vysvětluje, proč je tak obtížné přibrat zpět na optimální hmotnost (Garfinkel, Garner, 1982).

Shaw a Raj (1984 in Kocourková et al., 1997) koncipovali model jídelních poruch na základě úvah o mechanismech, které působí při psychosomatických onemocněních. Klíčové je zde spolupůsobení predisponujících, spouštějících a udržujících faktorů. Do skupiny predisponujících faktorů řadíme faktory individuální, rodinné a sociokulturní. Spouštěcí faktory znamenají určitou formu stresu, který je větší, než jaký je jedinec schopen zvládnout. Patří sem i psychotrauma, které je spojené s poznámkami o měnící se postavě dívky během období puberty. Dalším typem může být nápodoba. Udržující faktory jsou faktory související s rozvojem, symptomaticky napojené na PPP. Jedná se o důležitý okruh faktorů, které jsou spojeny se syndromem hladovění.

3.5.3 Mentální anorexie jako psychobiologická krize dospívání

Crisp (1970 in Garfinkel, Garner, 1982) se domníval, že ústřední psychopatologie, která se skrývá za panickou obavou z hmotnosti, souvisí se snahou anorektických dívek vyhnout se psychosexuální zralosti. Tvrdil, že přestože jsou specifické příznaky MA z velké části zaměřeny na jídlo a hmotnost, základní a skrytý problém zde představuje silný odpor k sexuální a psychické dospělosti.

Podle Palazzoliho (1974 in Garfinkel, Garner, 1982) se anorektické dívky jednoduše touží navrátit do období dětství. Spíše se však chtějí stát autonomním dospělým jedincem, v poněkud však posunutém významu – odmítáním těch aspektů ženského těla, které podle nich představují potenciální problémy.

Adolescentní dívky se velmi často zabývají problémy tělesného obrazu, váhou a dietami. Údajně 60 % dívek ve věku mezi 17 a 18 lety se vidí jako příliš „tlusté“ a uchylují se k dietnímu chování. Řada dospívajících dívek hodnotí svou prepubertální hmotnost jako ideální. Změny tělesného schématu v období dospívání s sebou nesou nároky na propracování pohlavní identity a přijetí sexuality, patologickým výsledkem řešení tohoto konfliktu může být mentální anorexie (Kocourková et al., 1997).

3.5.4 Stresový model vzniku mentální anorexie

Aktuální studie zdůrazňují roli aktuálního i vývojového stresu a traumat při vzniku, průběhu i při případných relapsech PPP. V některých případech mentální anorexie přináší

hladovění pacientkám zpočátku zdánlivé vyřešení stresových situací (Serpell et al., 1999 in Papežová et al., 2010). Dopad stresu je nejmarkantnější u jedinců s narušenými adaptačními schopnostmi, léčba by měla být zaměřena na pochopení dopadu stresu a posílení zdravějších adaptačních mechanismů, než jakým je manipulace s jídlem.

Stres se může projevovat tak, že jedince mobilizuje, či v něm naopak vyvolá pocity nepřekonatelnosti, bezmocnosti a vede k nejrůznějším psychickým obtížím. Schmidtová a kol. (in Papežová, 2004) popsala klinické poznatky, které dokazují, že vzniku MA i MB předchází stresová životní událost. Mnozí autoři, kteří pokládají stres za spouštěč PPP, jej kladou do souvislosti zejména s určitými rysy osobnosti, nejčastěji s perfekcionismem. Stres zodpovídá za změnu chování u dospělých i zdravých jedinců, liší se však reakce mezi ženami a muži, přičemž ženy častěji zmiňují neschopnost dodržet při stresu určitá jídelní pravidla (Papežová, 2004).

Stresorem mohou být jakékoliv životní události, události vnější, stejně tak jako prožitky vnitřní. Může jím být i samotné období puberty, potřeba separace od rodiny, problémy vztahové i problémy vztahující se k úspěchu ve studiu. V období dospívání jsou na jedince kladeny zvýšené nároky a velmi citlivé osobnosti se nimi hůře vyrovnávají. Za těchto okolností se stres stává chronickým a pokud má jedinec i genetické dispozice, vyústí v nezdravé jídelní chování, držení diet a hladovění (Stárková, 2005).

4. Terapie mentální anorexie

Podmínkou úspěchu při léčbě mentální anorexie je zejména kvalitní terapeutický vztah a shoda cílů, jež stanoví terapeut, s očekáváními, která má pacientka. Pacientky často vyhledají odbornou pomoc jen proto, aby vyhověly prosbě své rodiny a aby demonstrovaly, že jejich obavy jsou zbytečné. Primární úlohu pro terapeuta představuje poskytnutí informací a vytvoření podmínek, které zlepší pacientčinu motivaci ke změně a léčbě (Papežová, Novotná, 2010).

Hospitalizace a částečná hospitalizace. Důvodem pro hospitalizaci pacientky při PPP bývá často potřeba jejich lékařské stabilizace. V těchto případech je nemocniční léčba z lékařského hlediska nezbytná a není nutné vyžadovat závazek aktivní spolupráce. Ten je však nezbytný v případě, že je hospitalizace brána jako zásadní krok v procesu uzdravení (Andersen, Bowers a Evans, 1997 in Krch et al., 1999). V tomto případě se

pobyt v nemocnici zaměřuje nejen na fyzické stránky onemocnění, ale i na psychické problémy, které nemoc udržují. Při rozhodování o vhodném typu léčby je klíčové zvážit stav pacientky z lékařského hlediska a to, zda je nezbytná hospitalizace. K té se však lékaři mohou uchýlit i v případě, že je pacientka doposud imunní na dosavadní psychologickou léčbu.

Hospitalizace pacientek probíhá obvykle na psychiatrickém oddělení a trvá zpravidla několik měsíců. Psychoterapeutický proces spočívá v pozitivní terapeutické alianci, kterou lze s nemocnými navázat velmi obtížně. Objevují se pro ně typické vztahové manipulace, které spadají do vlastní symptomatiky onemocnění. S otázkami spolupráce s psychoterapeutem souvisí **tři stadia mentální anorexie**, která vymezila Horne (1985 in Kocourková et. al., 1997). **První stadium** předchází váhového úbytku a je spojeno s traumatem a stresem vedoucím ke ztrátě sebeocení. **Druhé stadium** vede k omezování příjmu potravy a úbytku na váze, který je provázen pocitem hrdosti, zvyšuje se však rovněž úzkost z možného přibírání na váze. Ve **třetím stadiu** se objevují somatické komplikace, zvyšuje se míra depresivity, zhoršuje se pacientčina paměť, pozornost, a to vše vede k neshodám s blízkými osobami. V tomto stadiu má pacientka větší motivaci pro spolupráci při terapii (Kocourková et al., 1997)

Pro většinu pacientek je výhodnější formou terapie denní stacionář či částečná hospitalizace (Kaplan a Olmsted, 1997 in Krch et al., 1997). Rozdíl spočívá v tom, že pacientkám jsou nabízeny terapeutické služby, avšak nezůstávají v nemocnici přes noc. Tyto programy jim umožňují dát jídelnímu režimu určitou strukturu a rovněž i intenzivní terapii, aniž by musely vynechat úkoly mimo nemocnici. Pro nemocnou znamenají prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí a výhodou je i jejich ekonomická stránka.

Ambulantní lékařská péče. Tato lékařská péče se využívá v případech, kdy se lékaři nezaměřují na překonání PPP, nýbrž pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Jedná se zejména o chronické pacientky, které již absolvovaly během několika let nejrůznější formy léčení a nyní dospěly k rozhodnutí, že již nechtějí absolvovat další léčbu, či uznávají, že další psychoterapie má již jen minimální šanci na úspěch (Krch et al., 1999).

Svépomoc. Přes pozitivní zkušenosti se svépomocí patří mentální anorexie mezi onemocnění, která alespoň ze začátku vyžadují odbornou pomoc. Svépomocná léčba ve

skupině je často doporučována k doplnění terapie prováděné odborníkem či k doléčení, které brání případným recidivám.

V první řadě je vhodné přistoupit ke svépomoci jakožto k doprovodné terapii při odborném léčení a jako k dodatečné poléčebné péči. Zde je velmi žádoucí pozitivní sebeovlivňování a dobrovolná spolupráce ve skupině; rovněž je vhodná pro ty pacientky, které v rizikové chvíli před přechodem do finální části vyhubnutí včas změny své chování, v tomto případě svépomoc pomůže odstranit příčiny nemoci. Svěpomoc se v neposlední řadě uplatňuje rovněž u chronické závislosti na hubnutí. Léčba tělesných poruch při MA je vždy ponechávána odborníkovi, jelikož nebezpečí svépomoci je v tomto případě neúměrně vysoké.

Obrovskou výhodou zde představuje skutečnost, že pacientka se k ní uchyluje čistě z vlastního pochopení, může za ní tedy stát s plným nasazením a své chování v průběhu léčby mění v souladu se sebou samou. Za nevýhodu můžeme považovat potenciální nebezpečí, že se chorobná závislost případnou nedostatečnou léčbou pouze zmírní a protáhne a může přejít do životu nebezpečného stadia (Leibold, 1995).

Kognitivně-behaviorální terapie. Hlavním problémem u mentální anorexie je strach pacientek z přibývání na váze. Při terapii je hlavním cílem nárůst tělesné hmotnosti, a to i přes pacientčinu silnou touhu udržet si nízkou hmotnost. Kognitivní intervence jsou zde zaměřovány především na osobní a interpersonální oblasti (Garner et al., 1997 in Krch et al., 1999); pracuje se zejména s přesvědčeními, která se týkají interpersonálních konfliktů, pocitů neschopnosti, zápasu s autonomií a úzkostmi, které jsou spojeny s psychosociálním vývojem (Garner a Bemis, 1982; Garner et al., 1997 in Krch et al., 1999). Do dlouhodobé kognitivně behaviorální terapie jsou začleňovány i prvky interpersonální a rodinné terapie.

Primárním cílem klinické intervence je změna myšlenkových procesů. Kognitivní zkreslení u MA má spojitost s extrémním stylem myšlení „všechno nebo nic“. Tento styl myšlení se postupně od oblasti jídla přenesl i na ostatní oblasti života. Toto černobílé myšlení souvisí se sebehodnocením a jeho většinou negativní závěry vedou k negativnímu citění a prožívání (Kocourková et al., 1997).

Psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie. Psychodynamická léčba je doporučována především v případech, kde se neosvědčily krátkodobé intervence, zejména však v případech s psychiatrickou komorbiditou, hraniční osobností či anamnézou

traumatizace a sexuálního zneužití a posttraumatické stresové reakce (Papežová, Novotná, 2010).

Psychoterapeut by měl mít před sebou cíl skutečné individuace a vytvoření jásných struktur, které by začleňovaly do nového sebepojetí silné orální, agresivní i sexuální impulzy a tím by posílily koherenci a akceptanci své vlastní osoby. Je rovněž nutné mít porozumění pro symbiotické přání či přání po nosném vztahu a čelit značné nedůvěře i tendenci k absolutní nezávislosti. Tento vztah je typickým vztahem mezi matkou a dcerou; vzniká na základě narušeného sebehodnocení matky postižené dívky, jejího vlastního neuspokojeného života či neuspokojujícího manželství. Terapeut má často potíže úspěšně čelit silným symbiotickým přáním pacientky. Pacientka se pohybuje na pomezí přání po symbióze a tendencemi tuto symbiózu překonat absolutní autonomií, terapeut musí počítat s těmito extrémními výkyvy. Na základě vyhublosti terapeut pacientku často „šetří“, pro tu to však znamená nabídku harmonického a nekonfliktního vztahu.

Anorektické pacientky usilují o převedení všeho neuchopitelného a nejasného (emoce, mezilidské vztahy) v konkrétní a viditelné, tím je totiž možno lépe manipulovat, či naopak se od toho distancovat. Něco mít a vlastnit je pro ně snazší, než něčím být a spolehnout se na svou osobu. Jejich obranou je negativismus, který jediný jim zbývá v jejich pokusech o nezávislost. Tento konflikt mezi soběstačností, osvobozením, ohraničením se proti možnosti pudovosti, symbiózy i splynutí je naprosto nesmiřitelným a neřešitelným a jeho nutnou externalizací a vyjádřením je hltání jídla, hladovění či zvracení. Pacientky jsou přesvědčeny, že tělesno je nutné zkrotit nebo dokonce zničit. Cílem terapie je náhled, dokončení vývoje, individuace a získání přiměřeného sebehodnocení a sebekontroly (Poněšický, 2004).

Rodinná terapie. Rodinní terapeuti se domnívají, že PPP mohou odrážet jisté dysfunkční role, spojenectví, interakční vzorce či konflikty v rodině (Minuchin et al., 1978 in Krch et al., 1999). Rodinná terapie je hojně využívána především u mladých pacientek a u některých pacientek, které žijí se svou rodinou (Krch et al., 1999).

Symptomové chování pacientky s MA je vyústěním komplexních procesů v rodině, které zodpovídají za udržení rovnováhy rodiny. Jedná se zejména o ambulantní terapeutickou metodu, kterou je možné využít i v průběhu hospitalizace pacientky (Kocourková et al., 1997).

Zde bych ráda ve stručnosti zmínila přístup a podobu rodinné terapie podle PhDr. Ludmily Trapkové¹⁵ a MUDr. Vladislava Chvály¹⁶, kteří v rodině vidí jistou analogii dělohy z hlediska biologického a označují ji jako „sociální dělohu“. Stejně tak i pojem „sociální porod“ pokládají za analogii pro vyjádření procesu separace dospívajícího z původní rodiny. Podle jimi vytvořené hypotézy se: „*Proces zrání plodu v těle matky na vývojově vyšší – psychosociální – úrovni ve svých základních parametrech opakuje.*“ (Trapková, Chvála, 2004, s. 87). Tyto metafory nastolují zásadní otázku, tedy jakým způsobem se dostává dospívající jedinec z vnitřního a sociálně uzavřeného prostoru ven k životu, ve kterém bude moci být samostatným a na rodičích nezávislým. Sociální porod je obdobím, kde záleží na tom, který z obou rodičů je dítěti více k dispozici a zda druhý rodič umí a je schopen ustoupit do pozadí, aniž by tím utrpělo pouto s dítětem či druhým rodičem. Nese-li si rodina z minulosti znatelné nedostatky a „dluhy“, jsou zde pravděpodobné komplikace a jedinec je ohrožen somatizací emočních konfliktů a dopomoc „zvenčí“ je často přímo nezbytná. Tento separační proces má odlišný charakter u dcery a u syna.

Pro *dívku* je vztah s matkou v kontextu dosahované sexuální zralosti klíčovým. Je pro dceru jakousi „průvodkyní“ v ženském světě. Toto sblížení může být narušeno rychle rostoucími sekundárními pohlavními znaky u dívky. Pokud se dívka rozhodne uchovat si období dětství a k tomu odpovídající péči okolí a pokud se dívčin organismus postaví na stranu choulostivosti proti těmto růstovým silám a začne si péči vymáhat hubnutím mimo vědomou vůli děvčete, konflikt se vyhrotí v podobě mentální anorexie.

Dříve či později dojde mezi matkou a dcerou ke konfliktu a dcera se odklání od matky směrem k otci, který je v této fázi nejpodstatnějším aktérem, což je známkou správně probíhajícího sociálního porodu. Otec má za úkol přivést dceru jako ženu vybavenou ženstvím od matky do mužského světa, aby zde později přijala prvního sexuálního partnera. Nyní je potřeba, aby dcera trávila čas s otcem bez přítomnosti matky. Posledním úkolem otce je, aby dal dceři zakusit svého mužského partnerství, zde mají autoři namysli silný intimní vztah, který je srovnatelný se zamilováním, a který je pod přísnou ochranou incestního tabu. Jeho úkolem je zasít v dceři možnost partnerství s mužem. Vztahu s otcem se dívka po čase nasýtí a po jeho naplnění z něj touží odejít.

¹⁵ Psycholožka a psychoterapeutka zabývající se zejména narativní rodinnou terapií, pracuje ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci.

¹⁶ Vedoucí lékař Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch. Angažuje se v organizaci rodinné terapie a psychoterapie ve zdravotnictví.

U porodu se mohou vyskytnout nejrůznější komplikace, které ovlivní vývoj plodu a stejně tak je tomu i u porodu sociálního. Následující komplikace jsou typické pro mentální anorexii. První komplikace může nastat, pokud dítě při porodu postupuje obráceně a jde tedy o **porod koncem pánevním**. Riziko pro dítě představuje rodina, kde si rodiče obrátili role – otec se chová mateřsky a dítě se sblíží nejprve s ním, a matka naopak zastává mužské funkce, dítě se s ní sblíží až druhotně. Autoři tuto situaci ilustrují na kazuistice dívky, která onemocněla MA a pro její terapii bylo bezpodmínečně nutné, aby se rodiče alespoň dočasně vrátili k rolím, které jim původně náleží. Tuto komplikaci lze pozorovat i v rodinách, kde je dospívající dívka zaujata vnějším mužským světem a s očekáváními k němu vzhlíží, na matku se již neohlíží a ta se jí snaží přivolat zpět. Dítě se zde začne příliš ohlížet na svou matku a tím se proces porodu zastavuje.

Další komplikací při procesu separace může být tzv. **příčná poloha dítěte**, tedy stav, kdy dospívající dívka nutkavě spojuje oba rodiče. Snaží se udržet rodiče, kteří spolu nekomunikují, a obává se ztráty jednoho z nich. Nemožnost dospívajícího jedince být v daných fázích pouze s jedním z rodičů zpomaluje plnění růstových úkolů.

Za nejčastější komplikaci, se kterou se autoři setkávají ve své klinické praxi, považují případy, kdy má rodina potíže s **dokončením separace** některého z členů. Poruchy separace mohou nastat, pokud některý z rodičů nedovoluje dětem dokončovat své sociální porody, či dítě samo do dospělosti nespěchá. Pro toto období jsou typické psychogenní poruchy příjmu potravy, v rámci kterých autoři rozlišují dvě fáze procesu separace, **fázi anorektickou** a **fázi bulimickou**. Každý dospívající jedinec při svém vývoji projde oběma fázemi, a pokud se v nich proces nezastaví, vše je v pořádku. Pokud se však rodinný systém zastaví v první fázi, jedná se o projevy **anorektické stagnace** a pokud se tyto projevy plně rozvinou, může být naplněna diagnóza mentální anorexie. Pokud dojde k pozastavení ve fázi druhé, hovoříme o **stagnaci bulimické**, symptomy mentální bulimie představují extrémní vyjádření neschopnosti rodinného systému pokračovat v procesu separace. K těmto poruchám inklinují zejména dívky (Trapková, Chvála, 2004).

Farmakoterapie. Léčby farmaky se užívá jako léčby pomocné, základ léčby však spočívá v multidisciplinárním přístupu k mentální anorexii. Při léčbě MA bylo užíváno nejrůznějších skupin léků, které měly za úkol zejména povzbudit chuť k jídlu, usnadnit přibývání na váze, napomoci při rekonvalescenci či minimalizovat hlavní příznaky MA a s ní související psychopatologii. Navzdory absenci důkazů o účinnosti farmak je naprostá většina pacientek s MA v klinické praxi léčena za pomoci psychotropní medikace – k léčbě

komorbidních diagnóz, k překonání strachu z jídla díky anxiolytickým účinkům¹⁷ těchto léků či z důvodu jejich kladného působení na chuť k jídlu a/nebo na hmotnost (Rossi et al., 2007 in Carlos M. Grilo, James E. Mitchell, 2010).

Kromě výše zmíněné terapie psychofarmaky jsou užívány rovněž léčiva k nutriční podpoře, jedná se o skupinu preparátů, která je využívána při léčbě hyponutričních stavů při PPP. Užívají se nejrůznější vitamíny, minerály a různé doplňující léky, např. Espumisan¹⁸. Další skupinu léčiv tvoří léčiva gynekologická, která se využívají z důvodu symptomu amenorey. V poslední době je doporučována substituční hormonální terapie, která by měla započít již po několika měsících bez menstruace i při nízké hmotnosti pacienta (Kocourková et al., 1997).

4.1 Význam školy pro prevenci a terapii mentální anorexie

I školy mohou být nápomocné učiněním některých opatření, která pomohou bojovat proti mentální anorexii. Problém MA bývá vždy nějakým způsobem spojen s nejrůznějšími „strachy“. Nejčastěji se jedná o strach z jídla, případné nadváhy, v některých případech hraje roli i strach z dospělosti či z přijetí sexuální role. Jako nejlepší prevenci hodnotí Křeh (2005, s. 4): *„zbytečně neposilovat v dětech strach z některých potravin a nadváhy.“* Zároveň je však nutné vytvářet žákům prostor pro stabilizaci vhodných jídelních návyků. V případě PPP je nejlepším řešením předcházet možnosti žáků držet redukční diety, které představují přímý etiologický faktor pro vznik PPP. V širším pojetí prevence PPP vždy souvisí s prevencí obezity. Školy by tedy měly dbát na to, aby zde nebyly snadno dostupné nevhodné potraviny (např. automaty s různými lahůdkami, slazenými nápoji) a další potraviny, které mohou vést k obezitě. Také je vhodné, aby žáci měli vždy dostatek času se v klidu najíst.

Důležitá je také fyzická aktivita, které se žáci ve škole věnují. Měla by však být zaměřena méně na výkonnost a spíše na relaxaci. V těchto situacích jsou nebezpečné nemístné poznámky spolužáků na případnou nadváhu a tělesný vzhled některého ze spolužáků. Mnoho postižených dívek vypovědělo, že propadlo nevhodným jídelním návykům po některé nevhodné poznámce ze strany spolužáka či dokonce učitele. Je

¹⁷ Anxiolytika jsou psychofarmaka, rozvolňující úzkost, působící na svalovou relaxaci, antikonvulzivně, hypnoticky a tlumivě na CNS (zejména benzodiazepiny). Jejich hlavní indikací jsou především úzkostné stavy.

¹⁸ Lék užívající se k léčbě příznaků zažívacích obtíží způsobených plyny, např. plynatosti (meteorismus) a pocitu plnosti.

naprosto nezbytné, aby škola nikdy nezveřejňovala údaje žáků o tělesné váze a rovněž nikterak nekomentovala jejich tělesný vzhled a proporce.

Přímé varování před některou z PPP se ukázalo být neefektivní, proto je vhodné, aby pedagogové žáky varovali, že držení diet, zvracení a užívání projímadel je nejen zdravotně nebezpečné, ale také z dlouhodobého hlediska neúčinné. Je vhodné zejména dívky poučit o tom, jak tělo reaguje na zvracení, tedy, že cukry se začínají štěpit již v ústech a zvracení proto rozhodně neznamená zaručený úbytek váhy. Vhodné je zmínit i efekt užívání projímadel, zdůraznit, že se jedná o krátkodobý úbytek zapříčiněný pouze vyprázdněním tlustého střeva a nikoliv o úbytek tuků.

Z dlouhodobého hlediska může být pro žáky přínosný menší důraz na vzhled a soutěživost žáků, ocenění jejich různorodosti a rozmanitosti a také vhodné dietní poradenství (Krch, 2005).

Pro participaci školy při terapii MA je důležitá angažovanost toho vyučujícího, který ví jak komunikovat s postiženými, např. učitel občanské výchovy či psychologie (Papežová, 2010). Nevhodný způsob komunikace, ať již ze strany rodičů, učitelů, spolužáků či dokonce zdravotníků, může dívkám způsobit trauma a jejich stav ještě výrazně zhoršit a vést k jejich dalšímu odcizení.

Škola se může společně s rodinou podílet na nastavení určitých pravidel, která pomohou zabránit rozvoji anorektického chování. Jedním z takových opatření by mělo být zakázat postižené dívce tělesnou výchovu (dívky jsou závislé na fyzické aktivitě), měl by být nějakým způsobem kontrolován její příjem potravy (jíst se členem učitelského sboru či s kamarádkou). Vhodná je také komunikace mezi rodiči a učiteli, např. na téma domácích úkolů a sestavení časového plánu pro domácí studium, jelikož postižená dívka má sklony k perfekcionismu a domácími úkoly může trávit nepřiměřené množství času. Protože MA má vliv i na kognitivní procesy, je vhodné, aby rodiče informovali vyučujícího o zdravotním stavu postižené. Taková dívka může potřebovat případnou přestávku při zkoušení aj. Pedagogové mohou pomoci postižené i s výběrem budoucího povolání, hladovění totiž často způsobuje zájem postižených o profese, které se věnují potravě, což není tím nejlepším řešením (Papežová, 2010).

5. Význam rodiny pro vznik, vývoj a terapii mentální anorexie

Stanovisko, že rodina hraje v problematice psychogenních poruch příjmu potravy ústřední roli, je patrné zhruba od konce 19. století, názory na roli rodiny byly rozličné a sahaly od **Lasègua**, který měl k rodině spíše neutrální postoj a zohledňoval starosti, které měli příbuzní o nemocné dívky, přes **Gulla**, který rodiče považoval za obecně nejnebezpečnější osoby při mentální anorexii, po **Charcotův** názor, který se domníval, že vliv rodičů je mimořádně škodlivý. Tyto prvotní názory rozhodně nepovažovaly rodinu za instituci, která by byla schopna své dceři jakkoli pomoci při boji s MA a jedním z prvotních problémů, o kterých pojednávaly první spisy věnující se MA, byla otázka, zda je vůbec možné jedince vyléčit bez dočasné izolace od své rodiny.

Během první poloviny 20. století byla rodina stále považována za hlavní překážku při léčbě MA, toto stanovisko společně s obecnou představou, že rodinné prostředí se minimálně podílí na vývoji nemoci, vedlo k naprostému vyloučení rodičů z procesu léčby. Toto přesvědčení bylo překonáno až roku 1960, kdy nastal zásadní obrat v uvažování o roli rodiny v PPP, zejména v díle **Bruch, Palazolliho a Minuchina**. Jimi navržená teoretická východiska předpokládají existenci specifických „rodinných mechanismů“, které podporují rozvoj MA, a na které by bylo vhodné se při léčbě zaměřit.

Tento *model „psychosomatické rodiny“* navržený Minuchinem et al. (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, Todd, 1975 in Grange, Eisler, 2008), vyslovuje hypotézu, že předpokladem pro rozvoj MA je rodina, pro kterou je význačná *rigidita, enmeshement*¹⁹, *neschopnost participace* a *vyhýbání se konfliktům*; tyto vlastnosti se objevují společně s fyziologickou zranitelností dítěte a rolí dítěte jakožto prostředníka v tomto mezigeneračním soužití. Minuchin přímo neviní rodiče, nýbrž poukazuje na vyvíjející se interaktivní povahu tohoto procesu a zdůrazňuje, že jeho model je něčím hlubokomyslnějším, než prostou snahou označit rodinu za původce MA. Přesto však stále zastává názor, že psychosomatický proces v rodině je nezbytným kontextem pro rozvoj MA a léčba by měla být zacílena na změnu funkcí rodiny. Tento koncepční posun pro vysvětlení MA významně ovlivnil směr vývoje léčby.

Hlavní změna v koncepci léčby vzešla z proměny pohledu na rodinu, která začala být považována za nezbytnou složku, aktivně se podílející na léčbě, proto aby byla usnadněna změna některých modelů rodinné interakce, které se v tomto prostředí rozvinuly a začaly se prolínat s trvajícím PPP. Stěžejním cílem tohoto léčebného modelu bylo posílení

¹⁹ Zapletení dítěte do rodinného sporu.

rodičovského subsystému a tím i zpochybnění toho, co bylo dosud považováno za problematické mezigenerační soužití s příliš úzkými a propletenými vztahy, které rodičům značně ztěžovaly možnost reagovat na obavy o svou dceru jednotně a aktivně (Dare, Eisler, Russell, Szmukler, 1990 in Grange, Eisler, 2008).

Již od prvotních studií (například Minuchinových a dalších průkopnických děl) věnujících se rodinné terapii, začala být postupně uznávána jakožto důležitý léčebný přístup pro dospívající dívky trpící MA, tato uznání byla navíc podložena důkazy o její úspěšnosti, které přinesl empirický výzkum. Tato vývojová tendence je zcela určitě jedním z klíčových faktorů ve značných proměnách přístupu k léčbě PPP, které se odehrály v průběhu posledních 15 let (Kotler, Boudreau, Devlin, 2003 in Grange, Eisler, 2008).

Paradoxně se však ve stejném období objevuje i rostoucí počet důkazů, že teoretická východiska, ze kterých koncept rodinné léčby vychází, jsou chybná (Eisler 2005 in Grange, Eisler 2008). Výzkum vedený těmito „odpůrci“ se snažil odhalit specifické vlastnosti rodin, jejichž potomci onemocněli PPP a rovněž testovali konkrétní předpovědi, stanovené modelem psychosomatické rodiny, přičemž došlo k obecně neuspokojivým a proměnlivým zjištěním (Kog, Vandereycken 1989; Rojen 1992; Schmidt, Treasure). Ukazuje se, že rodiny, v nichž některý ze členů trpí PPP, představují heterogenní skupinu a to nejen s ohledem na socio-demografické charakteristiky, ale také pokud jde o povahy rodinných vztahů, emoční klima v rodině a modely rodinné interakce (Eisler, 1995 in Grange, Eisler, 2008).

Zatímco se potvrdily jisté změny, které rodinná terapie vnáší do fungování rodin, tyto změny nemusí být v souladu s ideou modelu psychosomatické rodiny a nemusí nutně platit ve všech rodinách. Tato zjištění kladou do popředí otázku jaké cíle by tedy měla mít efektivní rodinná intervence a jaký proces je základem výsledné změny. Tento stav vyžaduje druhý koncepční posun, který směřuje od kladení důrazu na rodinnou etiologii PPP k pochopení vývoje dynamiky rodiny v souvislosti s rozvojem poruchy příjmu potravy, která zde může fungovat jako udržující mechanismus (Eisler, 2005; Schmidt, Treasure, 2006 in Grange, Eisler, 2008). Tyto myšlenky jsou v souladu s vývojem přístupu k rodinné terapii dospívajících dívek trpících MA, který rodinu přímo neobviňuje a nenahlíží na ni jako na příčinu onemocnění, nýbrž ji vidí spíše jako zdroj pomoci dívce při procesu uzdravování (Eisler, 2005; Dare, Eisler, 1995; Dare, Eisler, Colahan, Crowther, 1995; Lock, Grange, Agras, Dare in Grange, Eisler, 2008).

5.1 Rodinné prostředí

Jak již bylo zmíněno v první kapitole, rodinné prostředí figuruje jako jeden z rizikových faktorů pro rozvoj PPP. H. Bruch (1978) připodobňuje rodinné prostředí dívek s MA, které se podle ní vyznačuje kladením nedosažitelných cílů a vysokých očekávání ze strany rodičů, ke *zlaté kleci* a „oběti“ MA, tedy dospívající dívky a mladé ženy, charakterizuje jako „děti z lepších rodin“, které se zmíněnou zlatou klecí cítí být uvězněné a dusí se v ní.

H. Bruch (1973 in Garfinkel, Garner, 1982) také (jako již dříve učinil Piaget) rozlišuje dvě formy chování matky k dítěti – ty, které jsou iniciovány jedincem a ty, které jsou reakcí na vnější podnět. Obě dvě pokládá za nezbytné pro zdravý vývoj jedince. Vyslovuje také myšlenku, že dívky trpící MA mají závažné nedostatky v chování, které vychází z jejich iniciativy. To však částečně souvisí s nedostatkem vhodných vnějších odpovědí na vnitřní stavy dítěte. Bruch se domnívá, že strach, který mají anorektické dívky z nedostatečné sebekontroly, může nějak souviset s těmito zkušenostmi dívek v dětském věku. „*Takové dítě nemá pocit, že žije svůj vlastní život, cítí, že je zbaveno svých vnitřních ukazatelů, že je bezmocné a pod vlivem vnitřního nutkání a zároveň vnějších nároků, jakoby bylo majetkem svých rodičů.*“ (Bruch, 1979, s. 107 in Garfinkel, Garner, 1982). Bruch se dále domnívá, že u dívek, které nyní trpí MA, nebyla dostatečná pozornost věnována jejich koncepčnímu rozvoji a že tato skutečnost ještě více přispívá k rozvoji onemocnění.

Rodiny dívek s MA bývají často orientovány na vnější hodnoty a výkon, typické „anorektické matky“ bývají popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, jelikož matka představuje zdroj potravy dítěte, bývá častěji spojována se vznikem i rozvojem jídelní poruchy. Jako příčina jídelní patologie byl v některých případech zmiňován i otec, který bývá někdy popisován jako jedinec (Kog a Vandereycken, 1989 in Krch et al., 1999) pasivní, slabý, který si udržuje emoční odstup, někdy je však naopak osobou dominantní (Krch, 1999).

Rodiny, ve kterých se vyskytuje dívka trpící MA detailně charakterizoval Minuchin et al. (1978 in Krch, 1999) jako *rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce a vyhýbající se konfliktům i konfliktním rozhodnutím* a vymezil je čtyřmi základními znaky:

1. Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde je blízkost a loajalita ceněna více než samostatnost a seberealizace.
2. Obtížné vyrovnávání se s konflikty, což vede ke snaze vyhybat se jim a způsobuje následně neschopnost rodiny řešit konflikty.
3. Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů vede k nadměrné ochraně. Anorektická dívka často cítí potřebu chránit svou rodinu (před případným rozpadnutím).
4. Rodina má ve své rigiditě limitované a jasně stanovené modely interakce. Potřeby dospívajícího dítěte, které se mění, se spíše snaží absorbovat, než se jim přizpůsobit.

Za velmi přínosné považuji následující studie, které zjišťovaly jak sama pacientka s MA vnímá vztahy se svou rodinou. Berezin et al. (1989 in Tozzi et al., 2003) uskutečnil interview se třinácti ženami, té doby již vyléčenými z MA, jež všechny vypověděly, že konflikty v rodině považují za mimořádně škodlivé faktory pro rozvoj MA. Respondentky dále označily své matky jako osoby obtěžující, neschopny smířit se se skutečností, že jejich dítě roste a vyvíjí se, a jako přílišně zaujaté svým vzhledem. Otec byl nejčastěji popisován jako odměřený, trávící většinu času prací, často byly popisovány také sklony k alkoholismu. Respondentky vypověděly, že životní zkušenosti, jakými je separace od rodiny, úspěchy ve škole či zaměstnání a existence smysluplných vztahů, pro ně hrají při procesu uzdravování stejně důležitou roli jakou zaujímá terapie a celý léčebný proces.

V dalším výzkumu (Hsu et al., 1992 in Tozzi et al., 2003) vypovědělo šest repondentek, v té době již po úspěšné terapii MA, že za hlavní faktory pro svou úspěšnou léčbu považují psychoterapii, silnou vůli, skutečnost, že se vdaly a mají děti, a zvýšené sebevědomí. V obou výše zmíněných studiích respondentky zdůraznily, že pro celý léčebný proces je nezbytné mít kolem sebe trpělivé osoby, které mají pro jejich problémy pochopení.

Výzkum, který provedl Tozzi et al. (2003), zkoumal 69 žen, které měly v průběhu svého života zkušenost s MA. Tento výzkum odhalil, že více než třetina žen považuje dysfunkci rodiny za faktor, který významně přispívá k rozvoji MA. Tato kategorie zahrnovala následující rodinné rysy: špatná rodičovská péče či deprivace v dětství, špatný vztah s rodiči, neustálé napětí uvnitř rodiny včetně hádek a citové týrání.

Výzkum na obdobné téma byl uskutečněn také v České republice T. Šteckovou (2007), která mapovala rodinné vztahy a jejich dynamiku z pohledu dívek a mladých žen s MA. Výzkum odhalil pozoruhodná zjištění, která se týkají vztahu mezi problémem MA

a rodinným prostředím. Téměř všechny respondentky pocházejí z nefunkčních rodin, v nichž panuje špatná atmosféra, která je důsledkem disharmonického vztahu rodičů, nedostatečné vazby mezi jednotlivými členy rodiny a negativní komunikací, která převažuje. V kontextu sociální sítě se rodiny jeví jako uzavřené systémy, bez snahy navazovat přátelské vztahy s okolím.

6. Průběh a prognóza mentální anorexie

Mentální anorexie obvykle počíná ve věkovém rozmezí mezi čtrnáctým až osmnáctým rokem. Často se objevuje v nové životní situaci, při níž se dívka není schopna s ní vypořádat. Tato životní situace může znamenat nejrůznější změny – biologické (nástup puberty), psychologické (různá stadia adolescence) či sociální (nástup na střední školu). Výjimkou není ani nástup MA po narušení příbuzenských vztahů či úmrtí některé z blízkých osob. Typický počátek MA je u osob, které mají svou tělesnou hmotnost v mezích normy či osob, které jsou mírně až středně obézní. Nástupu akutních příznaků obvykle předchází období držení diet, které jsou podporovány trenéry, učiteli či kamarády, a které se postupně stupňují. Dívka je chválena za zhubnutí a v držení diety pokračuje i po dosažení normální hmotnosti, jelikož chce i nadále získávat uznání od okolí (Smolík, 1996). Nástup MA je často velmi nenápadný, s postupem času se však mění jídelní postoje i chování nemocné krok za krokem a stupňují se ve své nepřizpůsobivosti, nepřiměřenosti a extrémnosti. Místo zcela přirozeného přizpůsobování příjmu potravy svému životu, přizpůsobují nemocné stále více svůj život nevhodným jídelním požadavkům a návykům (Krch et al., 1999).

Pokud pacientky vyhledají lékaře, pak je to z důvodu amenorey, údajné „alergie na jídlo“, edémů, zácpy či bolestí břicha. Velmi vzácné bývá vyhledání lékaře z důvodu úbytku hmotnosti. Často žádají o předepsání laxativ či diuretik a v některých případech končí na jednotkách intenzivní péče kvůli tělesným obtížím vyvolaným dehydratací či porušením elektrolytické rovnováhy, která je následkem zvracení a užívání laxativ či diuretik. Časté jsou rovněž případy, kdy lékaře navštíví mladiství, kteří jsou přivedeni svými rodiči, jež se obávají viditelného úbytku hmotnosti či změny chování ve vztahu k jídlu (Smolík, 1996). Často se také objevují epizody záchvatovitého přejídání a zhruba v polovině případů plně propukne mentální bulimie (Eddy et al., 2002 in Fairburn, Harrison, 2003).

MA může proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, s velmi dlouhodobým průběhem, či ve formě epizod, které se po mnoho let opakují. Jediná epizoda MA, stejně tak jako její chronický průběh, může vést k úmrtí. Podle současných údajů se 40 % pacientek s MA uzdraví úplně, u 30 % se stav zlepší a přibližně 20 % z nich zůstává bez zlepšení či se ještě zhoršují. 2 až 5 % případů při chronickém průběhu MA končí sebevraždou (Smolík, 1996). V 10 až 15 % případů se jedná o obtížně řešitelnou a permanentní poruchu (Sullivan et al., 1998; Steinhausen, 2002 in Fairburn, Harrison, 2003). Theander v roce 1985 (in Krch et al., 1999) uveřejnil výsledky dlouhodobého sledování 94 pacientek s MA. Po uplynutí pěti let od počátku onemocnění trpělo MA ještě 18 % sledovaných žen a 8 % žen na následky MA zemřelo. Po 33 letech trpělo MA pouze 6 % žen, počet úmrtí však vzrostl na 18 %. V různých studiích kolísala úmrtnost pacientek v důsledku MA mezi nulou a 17 %. Nejčastější příčinou úmrtí zde byla označena vyhublost a sebevražda. Mentální anorexie je jako jediná z PPP spojována se zvýšenou mírou úmrtnosti, standardizovaný poměr mortality²⁰ se během prvních deseti let od počátku onemocnění uvádí deset (Nielsen, 2001 in Fairburn, Harrison, 2003). Většina úmrtí vzniká buď přímým důsledkem zdravotních komplikací nebo následkem sebevraždy. Pro nastínění klinického obrazu a průběhu MA uvádím následující tabulku.

Tab. č. 4 – Klinický obraz a průběh mentální anorexie (Krch, 2007, s. 321)

Klinický obraz a průběh mentální anorexie	
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí
Amenorea	60–100 % podle poklesu hmotnosti a horm. substituce
Navozené zvracení	15–30 %
Sebekontrola	vystupňovaná
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije
Počátek obtíží	12–20 rok, výjimečně později
Pohlaví pacientů (ženy:muži)	10–15:1
Prevalence (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %
Deprese	10–60 %
Užívání alkoholu	výjimečně
Sebepoškozování	výjimečně (u bulim. formy)
Významné zlepšení	20–75 %

²⁰ SMR – standardised mortality ratio – tento ukazatel se vztahuje k základní příčině smrti, kterou je – podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) – „nemoc nebo poranění, kterým začal řetězec událostí vedoucí přímo k úmrtí; nebo okolnosti nehody nebo násilí, které způsobily smrtelné poranění“.

Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2–8 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím

Nejvýznačnějšími příznivě nakloněnými prognostickými faktory jsou nízký věk dívky při nástupu onemocnění a jeho krátké trvání, zatímco nepříznivé faktory zahrnují dlouhé trvání onemocnění, těžký úbytek na váze, epizody záchvatovitého přejídání a zvracení (Steinhausen, 2002 in Fairburn, Harrison, 2003). Walford a McCune (1991), Bryant-Waugh, Knibbs, Fosson, Kaminski a Lask (1988) (in Krch et al., 1999) uvádějí, že začátek onemocnění před jedenáctým rokem znamená velmi nepříznivý prognostický faktor. *Indikátory dobré prognózy* shrnuje Smolík (1996) jako dobrou úroveň psychosociálního přizpůsobení pacientky před nástupem onemocnění, začátek onemocnění v časném věku, méně extrémní úbytek hmotnosti a menší odmítání připustit si svůj stav jako onemocnění. Za *indikátory špatné prognózy* označuje špatnou přizpůsobivost pacientky před nástupem onemocnění, nízký socioekonomický status, extrémní úbytek hmotnosti, kategorické odmítání eventuality nemoci, přítomnost bulimie, zvracení a zneužívání laxativ. Krch et al. (1999) ještě doplňuje tyto faktory o nedostatek pozitivního programu (nemocná je v invalidním důchodu) a nízký intelekt. Dalšími faktory, které lze považovat za rizikové, je závislost na alkoholu, sebevražedné jednání a deprese v anamnéze pacientky (Fichter a Quadflieg, 1995 in Krch et al., 1999).

Všechny zmíněné indikátory lze však považovat spíše za relativní, jelikož žádný jednotlivý rys či soubor faktorů nedokáže spolehlivě predikovat prognózu u postižené pacientky.

PRAKTICKÁ ČÁST

„Období dospívání je pro jedince přechodným obdobím mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální.“ (Vágnerová, 2005, s. 321).

Období dospívání je významnou životní etapou spojenou se samotným vstupem do společnosti. Pro budoucí osobnostní rozvoj dospívajících jsou klíčovými sociálními skupinami rodina, škola, volnočasové instituce a vrstevnické skupiny. Rodina představuje pro jedince ústřední sociální zázemí, přestože se od ní jedinec v této době začíná separovat. Separace od rodiny znamená pro jedince možnost rozvinout jiné vztahy, které se stanou základnou jejich nového zázemí. Škola je významná především z hlediska budoucího sociálního zázemí, úspěšnost jedince ve škole je nutnou podmínkou pro budoucí profesní přípravu. Na počátku tohoto období prochází jedinec změnou školy a zároveň s ní i změnou okruhu spolužáků. Škola v tomto období znamená pro jedince sjednocující prostředí, jejím hlavním úkolem je rozvíjet u žáka především takové zkušenosti, které jsou společností hodnoceny jako důležité. Vztah, jaký má jedinec ke škole lze vyjádřit jako: *„transformovaný vztah jedince k celé společnosti, jejím normám, hodnotám i k vlastnímu postavení, který zde jedinec zaujímá.“ (Vágnerová, 2005, s. 370).*

Specifickou a významnou vrstevnickou skupinu představuje školní třída, jelikož zde dospívající tráví hodně času. Tuto skupinu jedinec nemůže vyměnit za jinou a pokud je pro něj nevyhovující, může ho to velmi zatěžovat. Velmi důležitou součástí osobní identity tvoří v tomto věku právě pozice jedince ve třídě.

Rodina hraje v mentální anorexii nepochybně klíčovou roli, často však není její participace na léčbě možná, na což již upozorňuji v teoretické části práce, a právě v této situaci mohou být velmi důležitými a nápomocnými činiteli různá sociální prostředí, zejména však škola, kde tráví žák každý den nejvíce času. Na školách však často panuje špatná a nedostatečná informovanost o problematice psychogenních poruch příjmu potravy. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla vést dotazování v prostředí odborného učiliště, abych se sama přesvědčila, do jaké míry jsou žáci a rovněž i pedagogové, jež se mi zdálo přínosné také zahrnout do výzkumu, informováni o psychogenní poruše příjmu potravy – mentální anorexii.

7. Výzkum

7.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného projektu bakalářské práce je zjištění informovanosti o mentální anorexii u žáků a pedagogů Odborného učiliště Příbram, Pod Šachtami 335, Příbram IV.

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Vzorek respondentů z řad žáků je tvořen 40 žáky, kteří byli náhodně vybráni (u každého jedince byla stejná pravděpodobnost, že bude vybrán), z nichž bylo 32 dívek a 8 chlapců. Průměrný věk žáka činil 17,7 let. Žáci, kteří vyplňovali dotazník, pocházeli z prvních, druhých i třetích ročníků tří učebních oborů Odborného učiliště v Příbrami. Respondenty z oboru Kuchařské práce (kód oboru 65-51-E/01) tvoří žáci 1. ročníku. Tito žáci se s problematikou PPP mají možnost setkat v hodinách předmětů Rodinná výchova či Potraviny a výživa. Respondenti z oboru Prodavačské práce (kód oboru 66-51-E/01) pocházejí z 1. a 2. ročníku. S problematikou PPP se seznamují při předmětu Zbožíznalství. Respondenty oboru Pečovatelské práce (kód oboru 75-41-E/01) zastupují žáci 1., 2. a 3. ročníku. Žáci tohoto oboru se mají možnost o PPP dozvědět z hodin předmětu Zdravověda. Žáci všech oborů odborného učiliště procházejí ještě předmětem Občanská výchova. Právě tento předmět je dle pedagogů pro žáky hlavním zdrojem informací o PPP. Vzhledem ke konceptu této školy je však téma PPP ve výuce spíše okrajové a je zmiňováno víceméně za účelem seznámit žáky s jejich existencí.

Vzorek respondentů z řad pedagogů je tvořen celým pedagogickým sborem, jenž čítá 28 pedagogů – 25 žen a 3 muži. Průměrná délka pedagogické praxe pedagoga činila 17,5 roku.

7.3 Diagnostické metody

Data byla od respondentů získávána pomocí anonymního dotazníku, jeden byl určen pedagogům, druhý žákům. Dotazník byla zaměřen na zjištění míry informovanosti o mentální anorexii u žáků a pedagogů Odborného učiliště Příbram. Metodu dotazník jsem volila proto, jelikož umožňuje získání velkého množství informací během relativně krátkého časového údobí a je relativně málo nákladný. Za výhodu považuji i to, že zkoumané osoby mají při jeho vyplňování více času zvážit své odpovědi a jsou vystaveny

menšímu tlaku, než je tomu například u rozhovoru. Dotazník má rovněž menší požadavky na počet výzkumníků. Za nevýhodu lze označit nízkou validitu, která je zapříčiněna značnou subjektivitou odpovědí. Další nevýhodou může být i možnost respondenta přeskočit některou z otázek, což se například při rozhovoru nemůže stát. Dotazník pro pedagogy obsahoval 20 otázek a dotazník pro žáky 17 otázek. U obou dotazníků byly využity všechny tři druhy otázek, tedy otázky uzavřené, kde má respondent na výběr několik variant odpovědí, otázky otevřené, které respondentovi umožňují volnou tvorbu odpovědi, a rovněž i otázky polootevřené, kde má respondent možnost doplnit i svou vlastní variantu odpovědi. Považovala jsem za vhodné použít více druhů otázek, neboť užití různých druhů otázek lépe udrží respondentovu koncentraci a soustředěnost. Úplné znění dotazníků je součástí přílohy.

7.3.1 Konstrukce dotazníku pro pedagogy

Otázka č. 1

Dokázal/a byste stručně vysvětlit, co znamená pojem „mentální anorexie“?

Otázka je zaměřena na obecnou znalost pojmu „mentální anorexie“. Volila jsem otevřenou otázku, protože jsem chtěla zjistit, jak každý respondent MA definuje.

Otázka č. 2

Víte do jaké skupiny poruch tento pojem patří?

Otázka je zaměřena na znalost toho, do jaké skupiny poruch mentální anorexie patří. Zde jsem volila otevřenou otázku, jelikož jsem chtěla zjistit, kolik respondentů MA správně zařadí.

Otázka č. 3

Kdo podle Vás trpí tímto onemocněním častěji?

Otázka je zaměřena na znalost toho, zda se vyskytuje onemocnění častěji u žen či mužů. Zde se jednalo o otázku uzavřenou.

Otázka č. 4

Dokázal/a byste takovou osobu rozpoznat?

Otázka je zaměřena na zjištění toho, zda by byl respondent schopen odhalit osobu trpící mentální anorexií. Zde byla použita otázka uzavřená.

Otázka č. 5

Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií?

Otázka je zaměřena na subjektivní zjištění toho, zda respondent někdy přišel do styku s osobou trpící mentální anorexií. Zde byla použita uzavřená otázka.

Otázka č. 6

Bylo to u Vás ve škole?

Otázka zjišťuje, zda se respondent setkal s osobou trpící mentální anorexií při své pedagogické činnosti. Zde se jednalo o uzavřenou otázku.

Otázka č. 7

Jaké jsou podle Vás hlavní příznaky (symptomy) mentální anorexie?

Otázka je zaměřena na znalost hlavních symptomů mentální anorexie. Zde jsem volila otevřenou otázku, protože jsem chtěla dát respondentům prostor, aby uvedli symptomy, které pokládají oni sami za hlavní. Zde respondenti mohli uvést více odpovědí.

Otázka č. 8

Bude podle Vás jedinec trpící mentální anorexií spíše introvertní či extrovertní?

Otázka byla zaměřena na znalost toho, zda mentální anorexií trpí spíše extroverti či introverti. Zde byla užita uzavřená otázka.

Otázka č. 9

Co považujete za nejlepší způsob pomoci pro žáka s mentální anorexií?

Otázka zjišťovala, který způsob pomoci považuje respondent za nejlepší pro žáka, který trpí mentální anorexií. Zde jsem volila polootevřenou otázku, abych dala respondentovi prostor pro rozšíření škály možností. Respondent vybral jednu možnost.

Otázka č. 10

Je vám k dispozici dostatek informací a materiálů o této poruše?

Otázka zjišťuje, zda má respondent při své pedagogické činnosti k dispozici dostatek informačních materiálů o mentální anorexií. Zde byla použita uzavřená otázka.

Otázka č. 11

Myslíte si, že je tomuto tématu věnován dostatek pozornosti ve školních osnovách?

Otázka zjišťuje, zda je podle respondenta věnována adekvátní pozornost mentální anorexii ve školních osnovách. Jednalo se o uzavřenou otázku.

Otázka č. 12

Může podle Vás dysfunkční rodina přispět k propuknutí mentální anorexie?

Otázka zjišťuje, zda respondent pokládá existenci dysfunkční rodiny za možný přispívající faktor pro vznik mentální anorexie. Byla použita uzavřená otázka.

Otázka č. 13

Co je podle Vás hlavní příčinou propuknutí mentální anorexie? Pozn.: zde nejsou jednotní ani odborníci.

Otázka je zaměřena na znalost hlavních příčin vzniku mentální anorexie. Zde jsem zvolila otevřenou otázku, v tomto případě jsem se obávala neefektivity při snaze definovat všechny možné odpovědi. Zde mohli respondenti uvést více odpovědí.

Otázka č. 14

Jak si myslíte, že je vážné, když někdo trpí mentální anorexií?

Otázka je zaměřena na znalost závažnosti mentální anorexie. Jednalo se o uzavřenou otázku.

Otázka č. 15

Myslíte si, že existují tzv. „riziková povolání“ pro vznik mentální anorexie?

Pokud ano, uveďte jaká.

Otázka je zaměřena na znalost „rizikových povolání“ pro mentální anorexii. Pro specifikaci povolání respondenty jsem zvolila polootevřenou otázku.

Otázka č. 16

Co považujete za hlavní příčinu nárůstu případů mentální anorexie?

Otázku je zaměřena na znalost hlavní příčiny nárůstu případů mentální anorexie. Volila jsem otevřenou otázku, jelikož mě zajímal názor všech respondentů.

Otázka č. 17

Znáte nějaké konkrétní zdravotní specializované pracoviště, kam byste se v případě potřeby obrátili? Pokud ano, prosím, uveďte.

Otázka byla zaměřena na znalost konkrétního zdravotního specializovaného pracoviště, kam je možné odkázat osobu trpící mentální anorexií. Pro výčet zařízení respondenty jsem zvolila polootevřenou otázku.

Otázka č. 18

Uveďte, prosím, svůj věk.

Otázka č. 19

Uveďte, prosím, své pohlaví.

Otázka č. 20

Uveďte, prosím, délku své pedagogické praxe.

Otázky č. 18, 19 a 20 přímo nesouvisí s tématem dotazování, avšak jsou důležité pro charakteristiku sledovaného souboru.

7.3.2 Konstrukce dotazníku pro žáky

Otázka č. 1

Možná jsi už slyšel/a pojem „mentální anorexie“, dokázal/a bys stručně vysvětlit co znamená?

Otázka je zaměřena na obecnou znalost pojmu „mentální anorexie“. Volila jsem otevřenou otázku, protože jsem chtěla zjistit, jak každý respondent MA definuje.

Otázka č. 2

Kdo podle tebe trpí tímto onemocněním častěji?

Otázka je zaměřena na znalost toho, zda se onemocnění vyskytuje častěji u žen či mužů. Zde byla užita uzavřená otázka.

Otázka č. 3

Říká ti něco zkratka „BMI“? Pokud ano, vysvětli, prosím.

Otázka byla zaměřena na znalost zkratky BMI, tedy body mass indexu. Pro doplnění odpovědi jsem zvolila polootevřenou otázku.

Otázka č. 4

Dokázal/a bys říct důležité projevy (znaky) mentální anorexie?

Otázka je zaměřena na znalost důležitých znaků mentální anorexie. Zde jsem volila otevřenou otázku, jelikož jsem nechtěla respondenty omezovat již předepsanými

odpověďmi a chtěla jsem jim dát prostor pro uvedení těch znaků, které oni sami považují za důležité.

Otázka č. 5

Jaké jsou podle tebe typické osobnostní vlastnosti jedince s mentální anorexií?

Jaký takovýto jedinec je?

Otázka byla zaměřena na znalost typických osobnostních vlastností jedince s mentální anorexií. Zde jsem volila otevřenou otázku, protože jsem se snažila respondenty podnítit k hlubšímu zamyšlení nad položenou otázkou.

Otázka č. 6

Viděl/a jsi někdy /nebo znáš nějakého jedince trpícího mentální anorexií?

Otázka je zaměřena na subjektivní zjištění toho, zda respondent někdy přišel do styku s osobou trpící mentální anorexií. Zde jsem zvolila uzavřenou otázku.

Otázka č. 7

Kde jsi se poprvé dozvěděl o této poruše?

Otázka je zaměřena na zjištění toho, kde se respondent poprvé dozvěděl o mentální anorexií. Zde se jednalo o uzavřenou otázku, přičemž respondent mohl zaznačit více odpovědí.

Otázka č. 8

Setkal/a jsi se někdy s tímto tématem při školní výuce?

Otázka zjišťuje, zda se respondent setkal s tématem mentální anorexie při školní výuce. Zde jsem použila uzavřenou otázku.

Otázka č. 9

Jaké jsou podle tebe příčiny mentální anorexie? Proč vůbec vzniká?

Otázka je zaměřena na znalost příčin mentální anorexie. Zde jsem zvolila otevřenou otázku, jelikož jsem se obávala neefektivitu při snaze definovat všechny možné odpovědi. Respondent mohl uvést více odpovědí.

Otázka č. 10

Může podle tebe nefungující rodina přispět k propuknutí mentální anorexie?

Otázka zjišťuje, zda respondent pokládá existenci nefungující rodiny za možný přispívající faktor pro vznik mentální anorexie. Volila jsem uzavřenou otázku.

Otázka č. 11

Dokázal/a bys vyjmenovat možné dlouhodobé následky, které může mentální anorexie zanechat?

Otázka je zaměřena na znalost možných dlouhodobých následků mentální anorexie. Zde jsem zvolila otevřenou otázku, abych dala respondentům prostor k vyjádření se. Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Otázka č. 12

Jak si myslíš, že je vážné, když někdo trpí mentální anorexií?

Otázka byla zaměřena na znalost závažnosti mentální anorexie. Tato otázka byla uzavřená, respondent zde vybral jednu možnost.

Otázka č. 13

Jak by ses zachoval/a, kdyby tvůj kamarád/ka trpěl/a anorexií?

Otázka zjišťuje, jak by se respondent zachoval, kdyby jeho/její kamarád/ka trpěl/a mentální anorexií. Jednalo se o uzavřenou otázku. Respondent vybral jednu odpověď.

Otázka č. 14

V jakých profesích bys přednostně hledal/a osoby trpící mentální anorexií?

Otázka je zaměřena na znalost profesí, které jsou význačné pro mentální anorexií. Zde jsem zvolila otevřenou otázku, jelikož jsem se chtěla dozvědět, jaké odpovědi sami respondenti uvedou. Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Otázka č. 15

Uved', prosím, svůj věk.

Otázka č. 16

Uved', prosím, své pohlaví.

Otázka č. 17

Uved', prosím, ročník a obor, který studuješ.

Otázky č.15, 16 a 17 jsem zařadila pro zjištění charakteristiky sledovaného souboru.

7.4 Sběr dat

Dotazník pro žáky byl zadáván v hodině předmětu Občanská výchova pedagogem příslušného předmětu. Pedagog před zadáváním dotazníku prošel krátkou instruktáží a byl seznámen s jednotlivými otázkami a s požadavky na ně, aby byl schopen v případě potřeby poskytnout žákům vysvětlení. Pedagog seznámil žáky s anonymitou dotazníku a informoval je o jeho účelu a použití, které bude jen pro účely bakalářské práce. Žáci měli na vyplnění dotazníku čas podle své potřeby.

Dotazník určený pedagogům byl zadáván mnou. Šetření probíhalo ve sborovně, kam jsem po domluvě s ředitelem školy přišla v ranních hodinách před začátkem vyučování. Pedagogy jsem stručně seznámila s účelem mého dotazníku a ujistila je o jeho anonymitě.

7.5 Metody zpracování dat

Získaná data byla následně kódováním převedena do elektronické podoby. U otevřených otázek jsem ze získaných odpovědí utvořila několik kategorií (kódů), tak aby bylo možné každou odpověď do některé z nich zařadit. U dotazníků pedagogů se jednalo o otázky č. 1, 2, 7, 16. U žáků to byly otázky č. 1, 4, 5, 9, 11, 14. Data byla zpracována pomocí programu MS Excel s použitím kontingenčních tabulek.

8. Výsledky

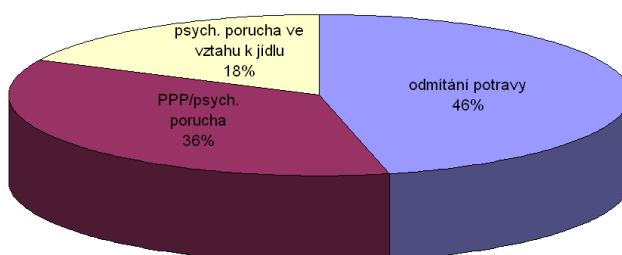
Pro interpretaci výsledků byla pro každou otázku sestavena tabulka, která je doprovázena grafem a následným verbálním komentářem.

8.1 Výsledky dotazování pedagogů

Otázka č. 1

Dokázal/a byste stručně vysvětlit, co znamená pojem „mentální anorexie“?

Počet z ot. 1		
ot. 1	Celkem	Celkem
odmítání potravy	13	46%
PPP/psych. porucha	10	36%
psych. porucha ve vztahu k jídlu	5	18%
Celkový součet	28	100%

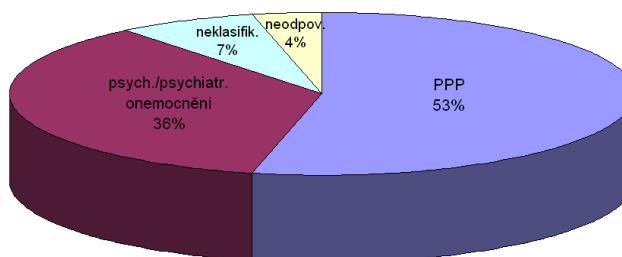


46 % respondentů vysvětluje MA jako odmítání potravy, resp. hladovění, ke kterému se dívky/ženy uchylují v obavách z možné tloušťky. 36 % respondentů MA zařadilo buď do skupiny PPP nebo mezi psychické poruchy. 18 % vymezuje MA jako poruchu jednak ve vztahu k jídlu a jednak upozorňují na psychický původ tohoto onemocnění.

Otázka č. 2

Víte do jaké skupiny poruch tento pojem patří?

Počet z ot. 2		
ot. 2	Celkem	Celkem
PPP	15	53%
psych./psychiatr. onemocnění	10	36%
neklasifik.	2	7%
neodpov.	1	4%
Celkový součet	28	100%

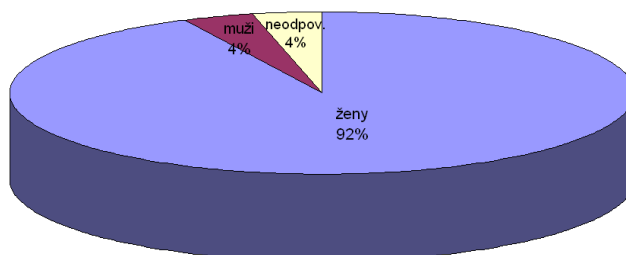


Zde 54 % respondentů zařadilo MA mezi poruchy příjmu potravy. 36 % respondentů uvedlo, že se jedná o psychické/psychiatrické onemocnění. 7 % respondentů uvádělo odpovědi neklasifikovatelné, jeden respondent zařadil MA mezi: „poruchy osobnosti“, další například uvedl, že se jedná o: „poruchu trávení“. Jeden respondent otázku nezodpověděl.

Otázka č. 3

Kdo podle Vás trpí tímto onemocněním častěji?

Počet z ot. 3		
ot. 3	Celkem	Celkem
ženy	26	92%
muži	1	4%
neodpov.	1	4%
Celkový součet	28	100%

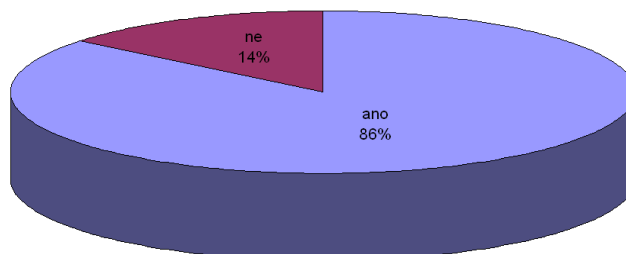


93 % respondentů uvádí, že se MA častěji vyskytuje u žen. **Jeden** respondent uvedl, že se MA častěji objevuje u mužů, **jeden** neodpověděl.

Otázka č. 4

Dokázal/a byste takovou osobu rozpoznat?

Počet z ot. 4		
ot. 4	Celkem	Celkem
ano	24	86%
ne	4	14%
Celkový součet	28	100%

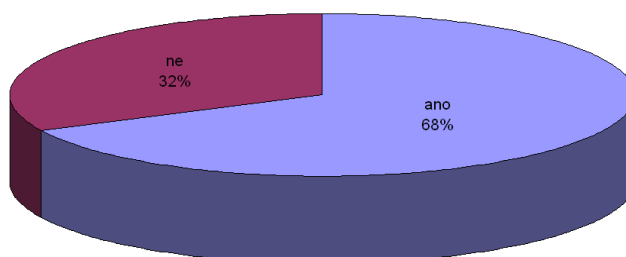


86 % zde uvedlo, že by bylo schopno takovou osobu odhalit. **14 %** respondentů odpovědělo, že by osobu trpící MA nebylo schopno poznat.

Otázka č. 5

Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií?

Počet z ot. 5		
ot. 5	Celkem	Celkem
ano	19	68%
ne	9	32%
Celkový součet	28	100%

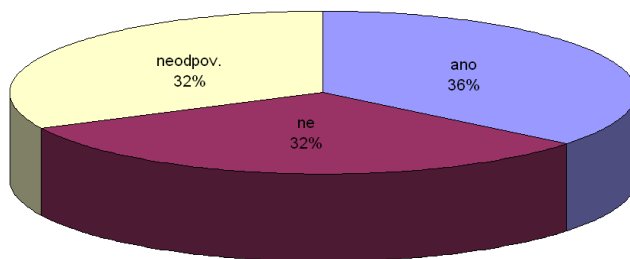


68 % respondentů vypovědělo, že se již s osobou trpící MA setkala. **32 %** respondentů uvádí, že zatím s osobou trpící MA nepřišlo do styku.

Otázka č. 6

Bylo to u Vás ve škole?

Počet z ot. 6		
ot. 6	Celkem	Celkem
ano	10	36%
ne	9	32%
neodpov.	9	32%
Celkový součet	28	100%

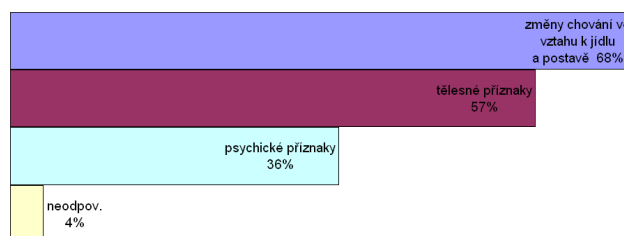


36 % respondentů uvedlo, že se s osobou trpící MA setkala při své pedagogické činnosti. **32 %** respondentů uvedlo, že se s osobou trpící MA setkala při jiné příležitosti, **32 %** na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 7

Jaké jsou podle Vás hlavní příznaky (symptomy) mentální anorexie?

ot. 7	Celkem (N=28)	Celkem (N=28)
změny chování ve vztahu k jídlu a postavě	19	68%
tělesné příznaky	16	57%
psychické příznaky	10	36%
neodpov.	1	4%

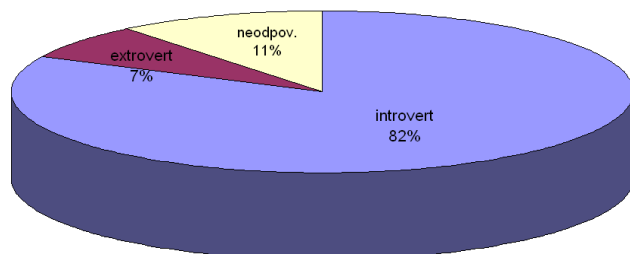


68 % respondentů uvedlo, že se mění jedincovo chování a to ve vztahu k jídlu a postavě. Uváděli odpovědi jako: „odmítání jídla“ či „chorobný strach z tloustnutí“. **57 %** respondentů uvedlo příznaky výhradně tělesné, přičemž uváděli odpovědi jako: „hormonální změny“ či „vyhublost“. **36 %** respondentů zde uvedlo příznaky výhradně psychické, jedna odpověď například zněla: „nеспavost“, další respondent uvedl: „roztěkanost“. **Jeden** respondent otázku nezodpověděl.

Otázka č. 8

Bude podle Vás jedinec trpící mentální anorexií spíše introvertní či extrovertní?

Počet z ot. 8		
ot. 8	Celkem	Celkem
introvert	23	82%
extrovert	2	7%
neodpov.	3	11%
Celkový součet	28	100%

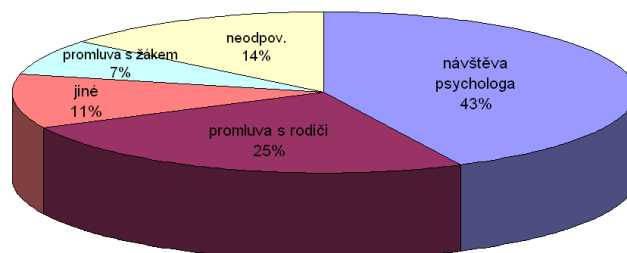


82 % respondentů uvedlo, že se jedná o introvertní jedince. **7 %** respondentů se naopak domnívá, že se jedná o jedince extrovertní. **11 %** respondentů tuto otázku nezodpovědělo.

Otázka č. 9

Co považujete za nejlepší způsob pomoci pro žáka s mentální anorexií?

Počet z ot. 9		
ot. 9	Celkem	Celkem
návštěva psychologa	12	43%
promluva s rodiči	7	25%
jiné	3	11%
promluva s žákem	2	7%
neodpov.	4	14%
Celkový součet	28	100%

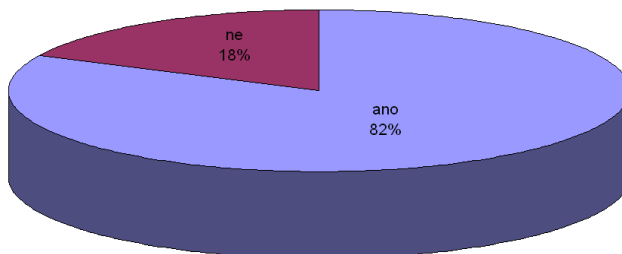


43 % respondentů označilo za nejlepší způsob návštěvu psychologa. **25 %** respondentů pokládá za nejlepší způsob pomoci promluvit si s rodiči žáka, který MA trpí. **11 %** respondentů zvolilo odpověď: „jiné“, kde uvedli například, že by žáka doprovodili do specializovaného centra. **7 %** respondentů by si nejprve promluvalo přímo s postiženým žákem. **14 %** respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 10

Je vám k dispozici dostatek informací a materiálů o této poruše?

Počet z ot. 10		
ot. 10	Celkem	Celkem
ano	23	82%
ne	5	18%
Celkový součet	28	100%

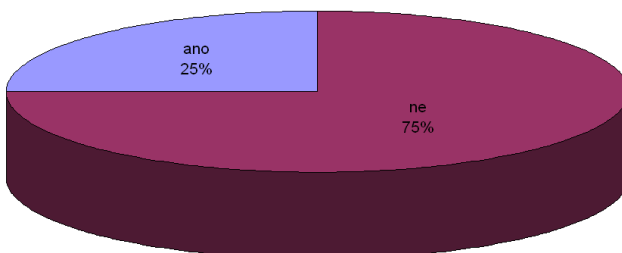


82 % respondentů uvedlo, že má k dispozici dostatek materiálů o MA. **18 %** uvedlo, že jim není k dispozici dostatek materiálů o MA.

Otázka č. 11

Myslíte si, že je tomuto tématu věnován dostatek pozornosti ve školních osnovách?

Počet z ot. 11		
ot. 11	Celkem	Celkem
ne	21	75%
ano	7	25%
Celkový součet	28	100%

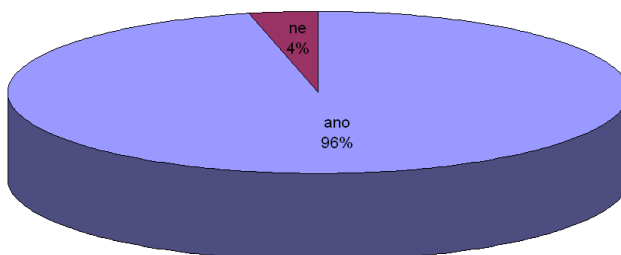


75 % respondentů se domnívá, že MA není při výuce věnován adekvátní dostatek pozornosti. 25 % respondentů uvádí, že MA není ve školních osnovách věnována dostatečná pozornost.

Otázka č. 12

Může podle Vás dysfunkční rodina přispět k propuknutí mentální anorexie?

Počet z ot. 12		
ot. 12	Celkem	Celkem
ano	27	96%
ne	1	4%
Celkový součet	28	100%

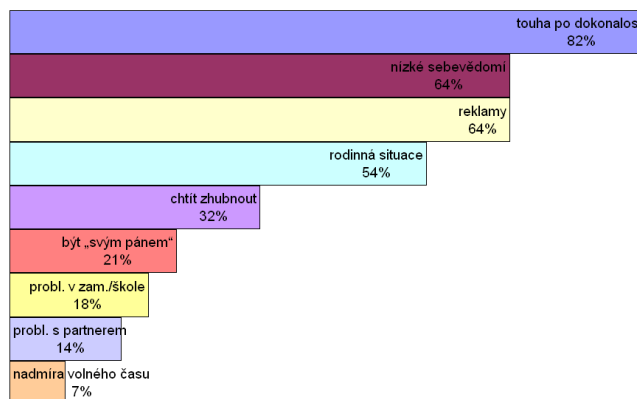


96 % respondentů se domnívá, že existence dysfunkční rodiny může přispět ke vzniku MA. **Jeden** respondent se domnívá, že dysfunkční rodina nemá vliv na vznik MA.

Otázka č. 13

Co je podle Vás hlavní příčinou propuknutí mentální anorexie?

ot. 13	Celkem (N=28)	Celkem (N=28)
touha po dokonalosti	23	82%
nízké sebevědomí	18	64%
reklamy	18	64%
rodinná situace	15	54%
chtít čistě jen zhubnout	9	32%
touha být „svým pánem“	6	21%
problémy v zaměstnání/škole	5	18%
problémy s partnerem/-kou	4	14%
nadmíra volného času	2	7%



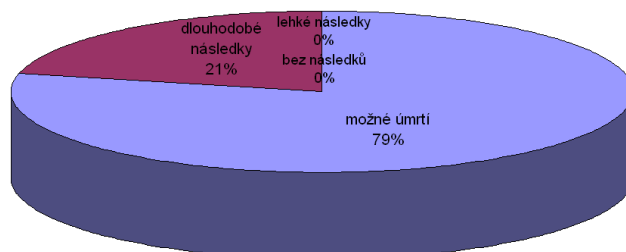
82 % respondentů uvedlo jako hlavní příčinu vzniku MA touhu nemocné osoby po dokonalosti. 64 % respondentů označilo nízké sebevědomí postižené osoby za hlavní příčinu vzniku MA. 64 % respondentů uvedlo za hlavní příčinu vzniku MA reklamy propagující štíhlost. 54 % respondentů pokládá za hlavní příčinu vzniku MA nepříznivou rodinnou situaci. 32 % respondentů se domnívá, že postižená osoba chce čistě jen zhubnout. 21 % respondentů se domnívá, že hlavní příčinou vzniku MA je touha postižené osoby „být svým pánem“ a tedy rozhodovat sám o svém těle. 18 % respondentů uvedlo problémy v zaměstnání/škole. 14 % respondentů uvedlo za možnou příčinu onemocnění

problémy s partnerem/partnerkou. **Dva** respondenti uvedli, že MA vzniká v důsledku toho, že se postižená osoba „nudí“.

Otázka č. 14

Jak si myslíte, že je vážné, když někdo trpí mentální anorexií?

Počet z ot. 14		
ot. 14	Celkem	Celkem
možné úmrtí	22	79%
dlouhodobé následky	6	21%
lehké následky	0	0%
bez následků	0	0%
Celkový součet	28	100%



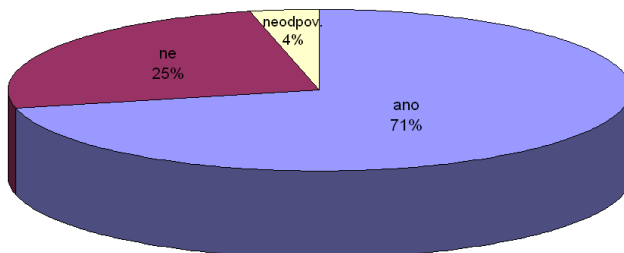
Zde se **79 %** respondentů domnívá, že osobě, která trpí MA hrozí úmrtí. **21 %** respondentů pokládá MA za onemocnění, které může zanechat zdravotní následky těžšího rázu. Zde bylo překvapující, že **ani jeden** respondent neoznačil odpověď, že MA může zanechat lehké či žádné následky.

Otázka č. 15

Myslíte si, že existují tzv. „riziková povolání“ pro vznik mentální anorexie?

Pokud ano, uveďte jaká.

Počet z ot. 15		
ot. 15	Celkem	Celkem
ano	20	71%
ne	7	25%
neodpov.	1	4%
Celkový součet	28	100%

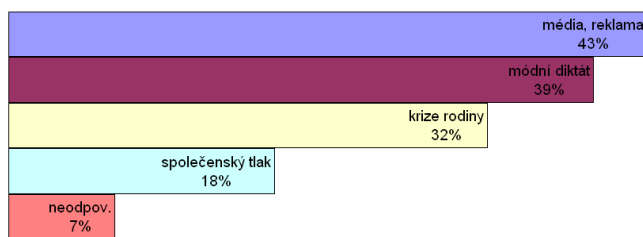


71 % respondentů uvedlo, že existují riziková povolání pro vznik mentální anorexie. Jako nejčastější příklady uváděli: „modelky“, „herečky“ či „zpěvačky“. Často také poznamenávali, že jsou to povolání, kde je vzhled osoby považován za důležitý.

Otázka č. 16

Co považujete za hlavní příčinu nárůstu případů mentální anorexie?

ot. 16	Celkem (N=28)	Celkem (N=28)
média, reklama	12	43%
módní diktát	11	39%
krize rodiny	9	32%
společ. tlak	5	18%
neodpov.	2	7%

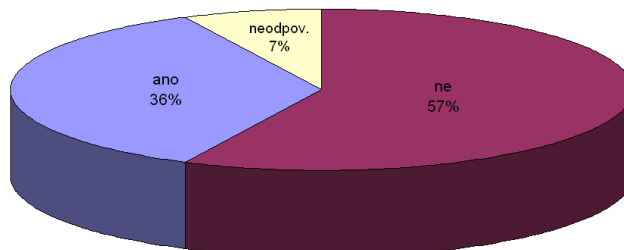


43 % respondentů považuje za příčinu nárůstu případů MA média a reklamu. 39 % respondentů uvedlo, že za hlavní příčinu nárůstu případů MA považují jakýsi módní diktát, přičemž uváděli například tyto odpovědi: „módní trendy“, „módní ideál“ či „vliv západní společnosti“. 32 % respondentů označilo za hlavní příčinu nárůstu MA krizi rodiny, například jedna odpověď zněla: „vysoká míra rozvodovosti v posledních letech“. 18 % respondentů označilo za hlavní příčinu nárůst případů MA společenský tlak a současnou dobu, která se vyznačuje vysokými nároky, jež jsou na osoby kladeny, vysokým životním tempem a častým působením stresu. Někteří respondenti uvedli více odpovědí.

Otázka č. 17

Znáte nějaké konkrétní zdravotní specializované pracoviště, kam byste se v případě potřeby obrátili? Pokud ano, prosím, uveďte.

Počet z ot. 17		
ot. 17	Celkem	Celkem
ne	16	57%
ano	10	36%
neodpov.	2	7%
Celkový součet	28	100%

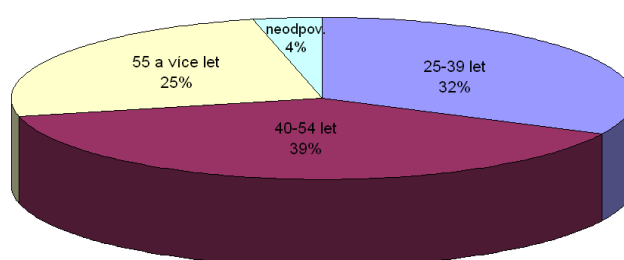


36 % respondentů uvedlo, že znají konkrétní pracoviště, kam by se obrátili. Nejčastějšími odpověďmi zde byly: „Anabell“, „Dětská psychiatrická klinika Motol“ či „Psychiatrická klinika VFN na Karlově náměstí“.

Otázka č. 18

Uveďte, prosím, svůj věk.

Počet z ot. 18		
ot. 18	Celkem	Celkem
25-39	9	32%
40-54	11	39%
55 a více	7	25%
neodpov.	1	4%
Celkový součet	28	100%

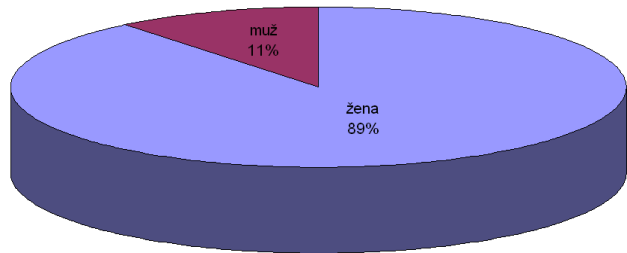


Průměrný věk je 45 let.

Otázka č. 19

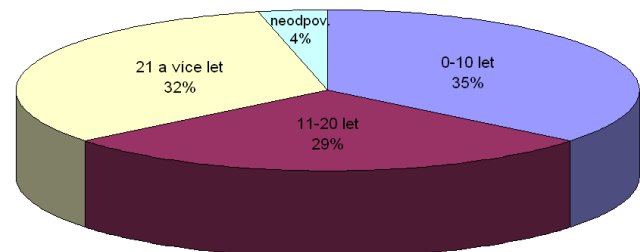
Uved'te, prosím, své pohlaví.

Počet z ot. 19		
ot. 19	Celkem	Celkem
žena	25	89%
muž	3	11%
Celkový součet	28	100%

**Otázka č. 20**

Uved'te, prosím, délku své pedagogické praxe.

Počet z ot. 20		
ot. 20	Celkem	Celkem
0-10	10	35%
11-20	8	29%
21 a více	9	32%
neodpov.	1	4%
Celkový součet	28	100%

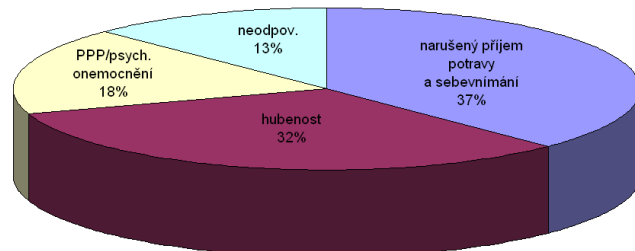
Průměrná délka pedagogické praxe je **17,5 let**.

8.2 Výsledky dotazování žáků

Otázka č. 1

Možná jsi už slyšel/a pojem „mentální anorexie“, dokázal/a bys stručně vysvětlit co znamená?

Počet z ot. 1		
ot. 1	Celkem	Celkem
narušený příjem potravy a sebevnímání	15	37%
hubenost	13	32%
PPP/psych. onemocnění	7	18%
neodpov.	5	13%
Celkový součet	40	100%

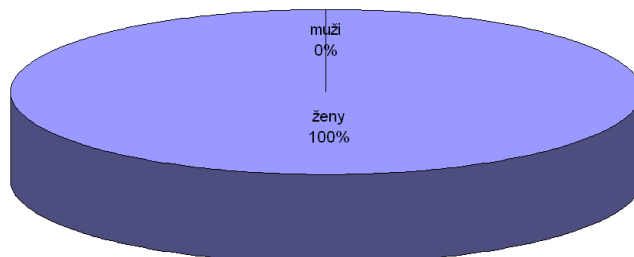


37 % respondentů uvedlo, že se jedná o určitým způsobem narušený příjem potravy a sebevnímání, nejčastěji se objevovaly odpovědi jako například: „jedinec nejí a vidí se jako tlustý“, „jedinec jí málo“ či „jedinec nejí vůbec“. 32 % respondentů vypovědělo, že MA znamená především hubenost, nejčastěji se objevovalo spojení, že takový jedinec je: „hubený na kost“. 18 % respondentů MA zařadilo buď do skupiny PPP nebo mezi psychické poruchy. 13 % respondentů neodpovědělo.

Otázka č. 2

Kdo podle tebe trpí tímto onemocněním častěji?

Počet z ot. 2		
ot. 2	Celkem	Celkem
ženy	40	100%
muži	0	0%
Celkový součet	40	100%

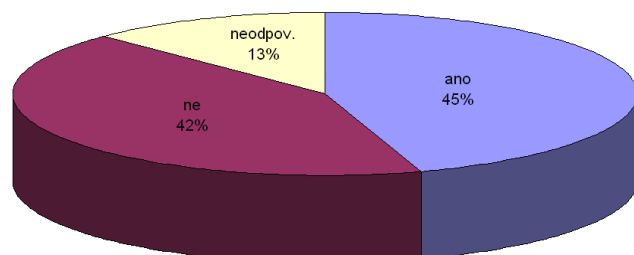


Zde byly odpovědi jednoznačné, všichni respondenti uvedli, že se MA častěji vyskytuje u žen.

Otázka č. 3

Říká ti něco zkratka „BMI“? Pokud ano, vysvětli, prosím.

Počet z ot. 3		
ot. 3	Celkem	Celkem
ano	18	45%
ne	17	42%
neodpov.	5	13%
Celkový součet	40	100%

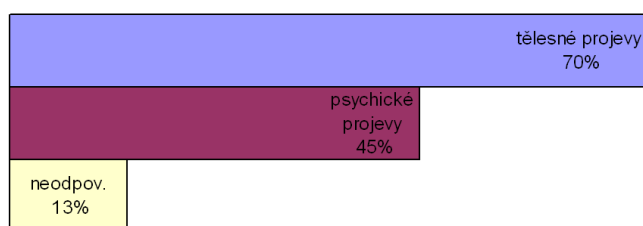


45 % respondentů uvedlo, že se s touto zkratkou již setkalo. Ve vysvětlení nejčastěji zmiňovali, že: „pomocí BMI zjistíme, zda je jedinec hubený, má normální váhu či nadváhu“, také uváděli, že jej: „vypočítáme z údajů tělesné výšky a hmotnosti“. 42 % respondentů uvedlo, že se s tímto termínem ještě nesetkalo. 13 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 4

Dokázal/a bys říct důležité projevy (znaky) mentální anorexie?

ot. 4	Celkem (N=40)	Celkem (N=40)
tělesné projevy	28	70%
psychické projevy	18	45%
neodpov.	5	13%

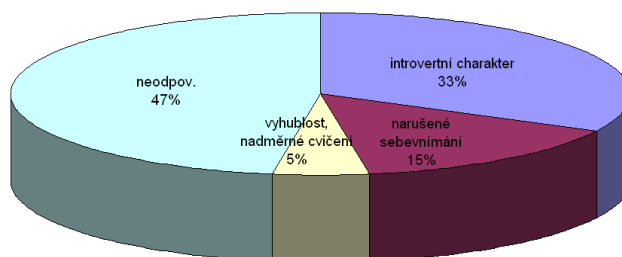


70 % respondentů uvedlo znaky tělesné, častými odpověďmi zde byly například: „řidké vlasy“, „oteklé oči“, „absence menstruace“. 45 % respondentů uvedlo znaky psychické, například: „únava“, „narušené sebevnímání“. Někteří respondenti uvedli jak znaky tělesné, tak i psychické. 13 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 5

Jaké jsou podle tebe typické osobnostní vlastnosti jedince s mentální anorexií? Jaký takový jedinec je?

Počet z ot. 5		
ot. 5	Celkem	Celkem
introvertní charakter	13	33%
narušené sebevnímání	6	15%
vyhublost, nadměrné cvičení	2	5%
neodpov.	19	47%
Celkový součet	40	100%

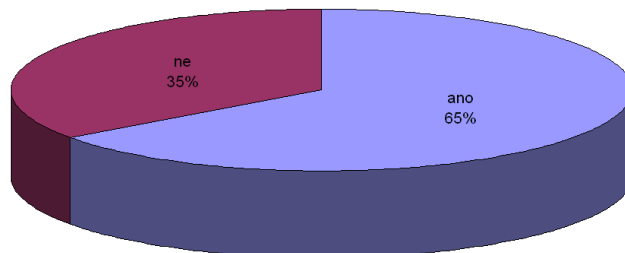


33 % respondentů uvedlo, že za typické osobnostní vlastnosti jedince s MA považují vlastnosti charakteristické pro jedince s introvertní povahou. Nejčastěji zde zaznívaly odpovědi, že takový jedinec je: „tichý“, „uzavřený“, „samotář“, „straní se kolektivu“. 15 % uvedlo, že typickými osobnostními vlastnostmi jedince s MA je určitým způsobem narušené sebevnímání. Odpovídali například takto: „myslí si, že je tlustý i když není“. Dva respondenti uvedli jako charakteristické vlastnosti osoby s MA vyhublost či skutečnost, že takováto osoba přehnaně cvičí. 47 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 6

Viděl/a jsi někdy/ nebo znáš nějakého jedince trpícího mentální anorexií?

Počet z ot. 6		
ot. 6	Celkem	Celkem
ano	26	65%
ne	14	35%
Celkový součet	40	100%

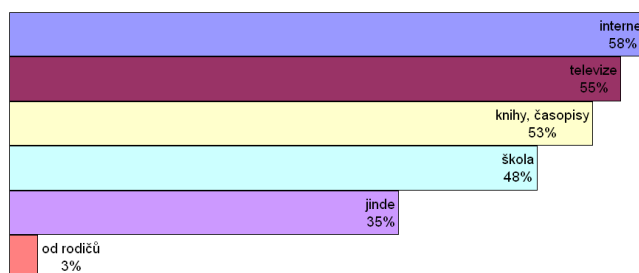


65 % respondentů uvedlo, že se s osobou trpící MA již setkala. 35 % si myslí, že se s jedincem trpícím MA dosud nesetkala.

Otázka č. 7

Kde jsi se poprvé dozvěděl o této poruše?

ot. 4	Celkem (N=40)	Celkem (N=40)
na internetu	23	58%
v televizi	22	55%
z knih, časopisů	21	53%
ve škole	19	48%
jinde	14	35%
informovali mě rodiče	1	3%

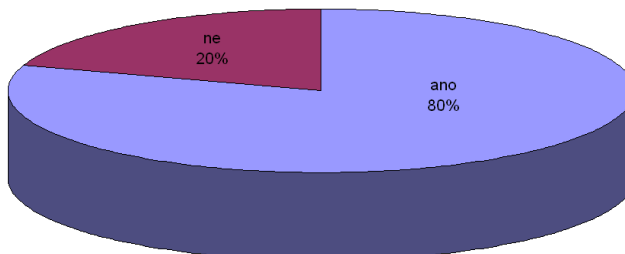


58 % respondentů zde uvedlo, že se o MA dozvědělo z internetu. 55 % respondentů se s MA poprvé setkala v televizi. 53 % respondentů uvedlo, že se s MA poprvé setkala při četbě knih či časopisů. 48 % se o MA dozvědělo při školní výuce. Jeden respondent byl o MA informován rodiči. 35 % respondentů se s MA setkala jinde, uváděli například: „venku“, „na dovolené“, „od kamarádů“.

Otázka č. 8

Setkal/a jsi se někdy s tímto tématem při školní výuce?

Počet z ot. 8		
ot. 8	Celkem	Celkem
ano	32	80%
ne	8	20%
Celkový součet	40	100%

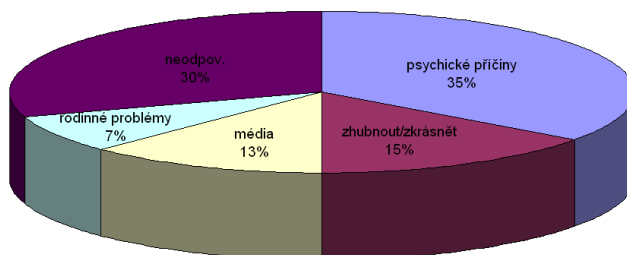


Zde 80 % respondentů uvádí, že se s MA při výuce setkala. 20 % respondentů vypovědělo, že nikoliv.

Otázka č. 9

Jaké jsou podle tebe příčiny mentální anorexie? Proč vůbec vzniká?

Počet z ot. 9		
ot. 9	Celkem	Celkem
psychické příčiny	14	35%
zhubnout/zkrásnět	6	15%
média	5	13%
rodinné problémy	3	7%
neodpov.	12	30%
Celkový součet	40	100%

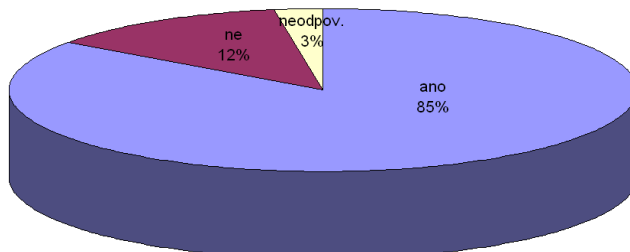


35 % respondentů zde uvádí, že MA vzniká v důsledku psychických příčin. Uváděli zde následující odpovědi: „osamělost“, „nespokojenost se sebou“, „dívka se mylně domnívá, že je tlustá“. 15 % respondentů uvedlo jako hlavní příčiny MA snahu dívek zhubnout či zkrásnět. 13 % respondentů vypovědělo jako hlavní příčinu MA činnost médií. Jeden respondent zde uvedl například: „chtějí vypadat jako modelky“. 7 % respondentů uvedlo jako příčinu MA rodinné problémy. 30 % z dotazovaných neodpovědělo.

Otázka č. 10

Může podle tebe nefungující rodina přispět k propuknutí mentální anorexie?

Počet z ot. 10		
ot. 10	Celkem	Celkem
ano	34	85%
ne	5	12%
neodpov.	1	3%
Celkový součet	40	100%

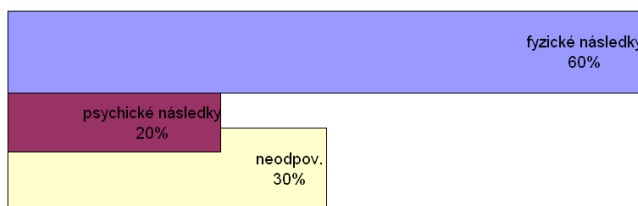


Zde 85 % respondentů uvedlo, že rodina může přispět k propuknutí MA. 12 % respondentů se domnívá, že dysfunkční rodina nikterak nepřispívá k propuknutí MA. Jeden respondent na otázku neodpověděl.

Otázka č. 11

Dokázal/a bys vyjmenovat možné dlouhodobé následky, které může mentální anorexie zanechat?

ot. 11	Celkem (N=40)	Celkem (N=40)
fyzické následky	24	60%
psychické následky	8	20%
neodpov.	12	30%

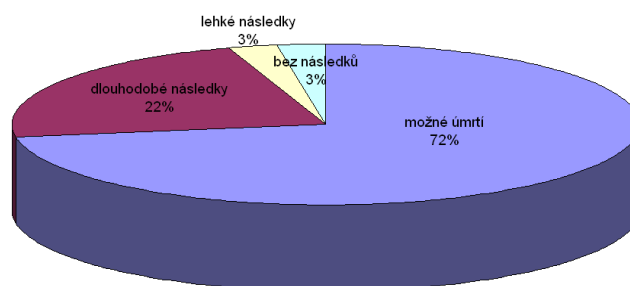


60 % respondentů se domnívá, že MA zanechává především fyzické následky. Uváděli například: „ztráta vlasů“, „neplodnost“ či „řidké kosti“. 20 % respondentů se domnívá, že MA zanechává následky především v oblasti psychické, uvedli například: „problematické vztahy s přítelem, příbuznými“. Někteří respondenti uvedli jak následky fyzické, tak i psychické. 30 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 12

Jak si myslíš, že je vážné, když někdo trpí mentální anorexií?

Počet z ot. 12		
ot. 12	Celkem	Celkem
možné úmrtí	29	72%
dlouhodobé následky	9	22%
lehké následky	1	3%
bez následků	1	3%
Celkový součet	40	100%

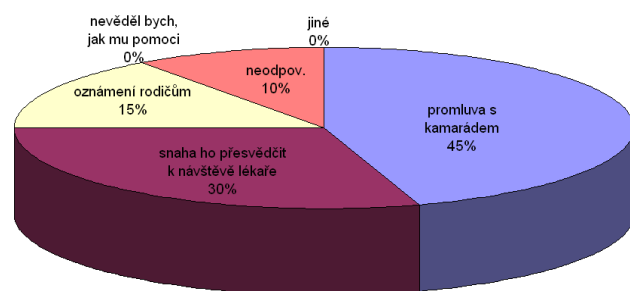


73 % respondentů uvedlo, že při MA hrozí jediní úmrtí. 23 % respondentů se domnívá, že při MA hrozí jediní dlouhodobé následky. **Jeden** respondent považuje MA za onemocnění, při kterém hrozí lehké následky, **jeden** respondent se domnívá, že MA nezanechává žádné následky.

Otázka č. 13

Jak by ses zachoval/a, kdyby tvůj kamarád/ka trpěl/a anorexií?

Počet z ot. 13		
ot. 13	Celkem	Celkem
promluva s kamarádem	18	45%
snaha ho přesvědčit k návštěvě lékaře	12	30%
oznámení rodičům	6	15%
jiné	0	0%
nevěděl bych, jak mu pomoci	0	0%
neodpov.	4	10%
Celkový součet	40	100%

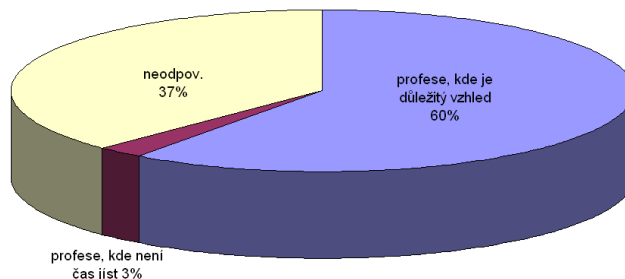


45 % respondentů by se v tomto případě pokusilo si s kamarádem promluvit a pomoci mu. 30 % respondentů by se pokusilo kamaráda přesvědčit, ať navštíví lékaře. 15 % respondentů by o vzniklé situaci informovalo kamarádovi rodiče. **Žádný** z respondentů neuvedl jinou možnost, rovněž nikdo nezvolil možnost, že by si v takové situaci nevěděl rady. 10 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 14

V jakých profesích bys přednostně hledal/a osoby trpící mentální anorexií?

Počet z ot. 14		
ot. 14	Celkem	Celkem
profese, kde je důležitý vzhled	24	60%
profese, kde není čas jíst	1	3%
neodpov.	15	37%
Celkový součet	40	100%

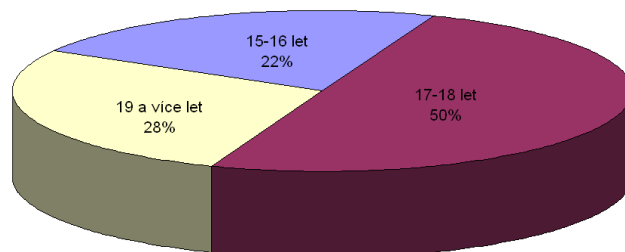


60 % respondentů uvedlo, že se jedná o povolání, ve kterých je kladen velký důraz na vzhled. Nejčastěji uváděli následující profese: „*modeling*“, „*herectví*“, „*zpěv*“. **Jeden** respondent uvedl, že se jedná o profese, kde pracující nemají čas se najíst, uvedl: „*zdravotnictví*“.

Otázka č. 15

Uved', prosím, svůj věk.

Počet z ot. 15		
ot. 15	Celkem	Celkem
15-16	9	22%
17-18	20	50%
19 a více	11	28%
Celkový součet	40	100%

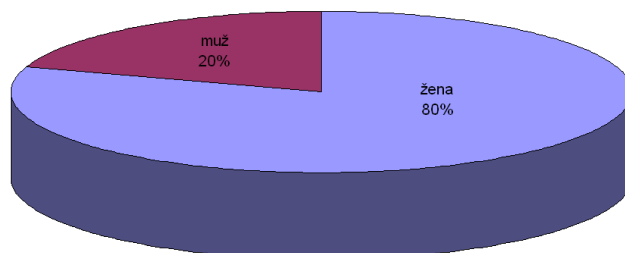


Průměrný věk je **17,7 let**.

Otázka č. 16

Uved', prosím, své pohlaví.

Počet z ot. 16		
ot. 16	Celkem	Celkem
žena	32	80%
muž	8	20%
Celkový součet	40	100%



8.3 Shrnutí výsledků

- Uspokojivým zjištěním byla u pedagogů znalost pojmu „mentální anorexie“, naprosto všichni dokázali tento pojem nějakým způsobem charakterizovat, ať už zmíněním, že tato osoba odmítá potravu, či alespoň zařazením mezi PPP či psychické poruchy, každý z pedagogů si však s vysvětlením tohoto pojmu poradil.

Znalost pojmu MA u žáků byla jen nepatrně horší, 90 % z nich bylo schopno pojem více či méně vysvětlit, nejvíce z nich uvedlo, že u MA je nějakým způsobem narušen příjem potravy a sebevnímání jedince, druhou nepočetnější skupinou bylo zmínění hubenosti u osoby trpící MA, zbytek žáků MA alespoň zařadil mezi PPP či psychické poruchy.

- Znalost toho, zda se mentální anorexie vyskytuje častěji u žen či mužů, byla překvapivě lepší u žáků, kteří zcela všichni uvedli, že větší výskyt MA je u žen. Téměř většina pedagogů však rovněž vypověděla častější výskyt u žen.

- Téměř většina pedagogů dovedla zařadit mentální anorexii do skupiny PPP, případně ji řadili mezi psychické poruchy.

- Překvapující skutečností bylo, že více než polovina žáků neznala a nedokázala vysvětlit pojem „BMI“.

- Při otázce na důležité znaky mentální anorexie, kterou obsahoval dotazník pro žáky, se potvrdilo mé očekávání, že žáci budou jmenovat hlavně znaky tělesné, tedy ty „viditelné“ (přes dvě třetiny žáků), psychické projevy uvedla necelá polovina. Z vlastní zkušenost ze střední školy si pamatují, že při výuce o PPP jsou akcentovány zejména projevy fyzické.

Pedagogové u otázky na hlavní symptomy MA v největším počtu uváděli změnu chování jedince jednak ve vztahu k jídlu a jednak ve vztahu ke své postavě (např. „odmítání jídla“ či „chorobný strach z tloustnutí“), takto odpověděly dvě třetiny pedagogů.

- Pouze polovina žáků dovedla jmenovat některé z typických osobnostních vlastností jedince s mentální anorexií, přičemž třetina ze všech žáků uvedla vlastnosti typické pro

osobu s introvertním charakterem. Téměř všichni pedagogové uvedli, že MA postihuje spíše introvertní jedince.

- Dvě třetiny žáků uvedlo, že se již setkala s osobou trpící mentální anorexií, zde je však potřeba brát v úvahu, že si žáci mohli spojit osobu velmi hubenou s osobou trpící MA, čemuž napovídá i časté zmiňování hubenosti v otázce č. 1, kdy žáci měli vysvětlit obecný pojem MA.

- Téměř devět z deseti pedagogů uvedlo, že by dokázalo rozpoznat osobu trpící mentální anorexií, což je velmi pozitivním zjištěním, jelikož tato dovednost je u pedagoga velice žádoucí; více než dvě třetiny uvedlo, že se s MA již setkala, tato skutečnost se jeví jako pravdivější u pedagogů nežli u žáků, vzhledem k jejich pedagogickým zkušenostem, polovina z pedagogů zde uvedla, že se s MA setkala přímo ve škole.

- Nejvíce žáků se o mentální anorexii poprvé dozvědělo z médií, zejména z internetu a televize. Za významný zdroj informací o MA žáci označili rovněž školu, tato skutečnost je podložena i odpovědí na další otázku, ve které přes tři čtvrtiny žáků uvedlo, že se s tématem MA setkala při školní výuce.

Více než tři čtvrtiny pedagogů v souladu s výše zmíněnou výpovědí žáků uvedlo, že mají k dispozici dostatečné množství materiálů a informací o MA, tři čtvrtiny pedagogů však následně uvedlo, že pro téma MA není ve stanovených osnovách dostatečný prostor.

- Poněkud překvapivým zjištěním bylo, že přes třetinu žáků označilo za hlavní z příčin mentální anorexie příčiny psychické. Vzhledem k medializaci PPP v souvislosti s modelkami a reklamami byla média žáky zmiňována v zanedbatelné míře, zmínil je pouze jeden z osmi dotazovaných žáků.

Pedagogové také ve větší míře (dvě třetiny z nich) zmiňovali psychické příčiny, avšak oproti žákům zmiňovali i média jako jednu z hlavních příčin mentální anorexie.

- Naprostá většina žáků i pedagogů se domnívá, že dysfunkční rodina může přispět k propuknutí mentální anorexie.

- Překvapujícím zjištěním bylo, že téměř tři čtvrtiny žáků vidí mentální anorexii jako onemocnění, které může skončit smrtí. Zde jsem očekávala, že žáci budou MA spíše

zlehčovat. Stejně tak více než tři čtvrtiny pedagogů považuje MA za onemocnění, které může vést až k úmrtí. Žáci i pedagogové jsou si tedy vědomi závažnosti onemocnění.

- Téměř tři čtvrtiny pedagogů je seznámeno s existencí rizikových povolání pro mentální anorexii. Více než polovina žáků uvedla, že by osoby trpící MA hledali přednostně v profesích, kde je vzhled hodnocen jako důležitý. Jeden respondent z řad žáků uvedl, že by osoby trpící MA hledal přednostně v profesích, kde nemají zaměstnanci čas na jídlo, což mi přišlo jako zajímavá myšlenka.
- Spíše negativním zjištěním bylo, že pouze 10 z 27 pedagogů zná konkrétní zdravotní specializované pracoviště, kam by se v případě potřeby obrátili. Nejčastěji uváděli Občanské sdružení Anabell.
- Všichni žáci by v případě mentální anorexie u kamaráda volili vhodný způsob pomoci. Přičemž žáci by spíše volili přímou promluvu s kamarádem a snažili se ho přesvědčit ke konkrétním krokům, naproti tomu pedagogové by se spíše uchýlili k razantnějším krokům, například by s žákem navštívili psychologa nebo zapojili do problému rodiče.
- Poněkud překvapivým zjištěním je, že za hlavní příčinu nárůstu případů mentální anorexie označili pedagogové v první řadě média a módní diktát, kterému jsou dívky a ženy vystavovány.

9. Diskuze

Výsledky svého výzkumu jsem porovnála s výsledky výzkumu bakalářské práce Petry Zemánkové Janků, u které bylo jedním z cílů zjistit informovanost studentů středních škol ve Valašských Kloboukách o poruchách příjmu potravy. Tuto práci jsem dohledala pomocí databáze vysokoškolských kvalifikačních prací Theses. Autorka zde zkoumala respondenty z gymnázia, obchodní akademie a středního odborného učiliště, vzhledem k tomu, že se v práci zabývám výhradně odborným učilištěm, vyfiltrovala jsem pouze odpovědi studentů SOU, kterých bylo 62 z celkového počtu 115.

Zde uvádím vybrané otázky z výše uvedené práce v komparaci s mnou vedenými otázkami, které jsou v některých aspektech obdobné. Připomínám ještě, že autorka zkoumala poruchy příjmu potravy jako celek, zatímco já se věnuji pouze mentální anorexii. V uzavřené otázce na informovanost o PPP odpovědělo 66 % respondentů, že již o PPP slyšelo. V mém výzkumu jsem se v otevřené otázce ptala respondentů, zda se již setkali s pojmem mentální anorexie a co pro ně znamená. 90 % respondentů pojem znalo a dokázalo ve větší či menší míře vysvětlit.

39 % respondentů se o PPP dozvědělo z médií, rodina informovala respondenty o PPP pouze u 6 %. V mém výzkumu více než polovina respondentů uvedla rovněž média jako primární zdroj o MA. Rovněž pouhé 3 % poučili o MA rodiče.

Při uvádění znaků PPP uvedl v uzavřené otázce největší počet respondentů (44 %), že se jedná o psychické onemocnění spojené s úmyslným hladověním a úmyslným přejídáním. V otevřené otázce svého výzkumu jsem se zajímala o důležité znaky MA, kde přes dvě třetiny uvedlo znaky spadající do kategorie tělesných znaků, případně v kombinaci se znaky psychickými. Samostatné psychické znaky volilo o poznání méně dotazovaných.

Znalost pojmu BMI prokázalo 55 % respondentů. Obdobně tomu bylo i v mém případě, kdy pojem znala necelá polovina žáků. Možné nebezpečí PPP vypovědělo v uzavřené otázce 40 % respondentů. V mé rovněž uzavřené otázce na závažnost MA 96 % uvedlo, že při MA hrozí minimálně dlouhodobé následky či úmrtí.

Největší podíl na vzniku PPP přisuzují respondenti ve 40 % médiím. V mém případě naopak nejvíce respondentů (35 %) zmínilo jako hlavní příčiny MA příčiny psychické (např. osamělost, nespokojenost se sebou). Média uvedlo pouze 13 % žáků.

9.1 Perspektivy dalšího výzkumu

Jelikož se dotazování uskutečnilo na jediné škole a účastnil se jej spíše menší počet respondentů, nelze jej považovat za reprezentativní. Určitě jej však hodnotím jako přínosné, vyplývá z něj doporučení zvýšit informovanost žáků o mentální anorexii. Na toto téma by bylo určitě zajímavé uskutečnit plošnou studii, která by zahrnovala vybraná učiliště z celé České republiky. Bylo by zajímavé sledovat, jak se liší míra informovanosti například u žáků pražských a mimopražských učilišť či zda jsou rozdíly v informovanosti u žáků učilišť z větších a menších měst. Zajímavé by rovněž bylo provést dotazování na učilištích, kde nepřevažuje počet dívek nad počtem chlapců.

Za metodologický nedostatek považuji u některých dotazníků určených žákům některé nezodpovězené otázky, z tohoto důvodu bych při příštím dotazování uvažovala o kombinaci dotazníku s některou z ostatních vyšetřovacích metod, nejspíše o kombinaci dotazníku s rozhovorem. Při rozhovoru je totiž pro respondenta těžší na otázku neodpovědět a je k odpovědi motivován více než při vyplňování dotazníku, kdy není v přímé interakci s tazatelem.

9.2 Doporučení do praxe

Pojem „mentální anorexie“ pro žáky obecně znamená analogii k pojmu „hubenost“. Naprostá většina žáků si představuje osobu trpící mentální anorexií jako vyhublou ženu sužovanou nejrůznějšími tělesnými obtížemi. Vhodné by bylo zaměřit se také na seznámení žáků s duševní podstatou mentální anorexie, aby byli schopni pochopit, že zmíněná hubenost, patologické jídelní chování a ostatní nevhodné návyky, které zmínily, znamenají v MA jen špičku ledovce a tyto „nezdravé“ myšlenky odněkud pramení a nerodí se jen z dívčina náhlého pocitu tloušťky a nedokonalosti. Vhodné by zcela určitě bylo při výkladu MA podat žákům komplexnější výklad.

Vzhledem k tomu, že zhruba polovina žáků se o MA dozvědělo ve škole a osvojují si tedy informace, které jim byly předány pedagogy, bylo by vhodné, aby pedagogové, kteří tuto oblast vyučují, měli a vycházeli z vhodných informací. Pedagogové totiž v dotazování ve větší míře zmiňovali vliv médií a reklam, který je často širokou veřejností přeceňován, avšak odborníky je hodnocen spíše jako faktor přispívající k MA nežli jako faktor klíčový.

Jako zajímavá forma jak zvýšit u žáků informovanost v této oblasti se mi jeví také alternativa, že by se škola pokusila oslovit některé dívky, které prošly mentální anorexií a jsou již úspěšně vyléčeny a schopny o této epizodě mluvit, aby uskutečnily s žáky besedu. Pokud žáci uslyší o této problematice mluvit někoho, kdo se s ní skutečně setkal a tato osoba je sama upozorní na nejrůznější úskalí a riziková chování, která mohou vést k tomuto onemocnění, budou jistě naslouchat pozorněji, než když se jedná o běžnou vyučovací hodinu, která není ničím výjimečná.

Pokud nemá škola tyto možnosti, volila bych při výuce o PPP spíše interaktivní metody, vhodné by bylo zařadit nejrůznější dokumentární pořady a tištěné materiály (brožury). V hodinách by bylo vhodné více zapojit žáky do výuky, například formou diskuze. Větší participace žáků v hodinách činí látku lépe zapamatovatelnou.

Závěr

Tato bakalářská práce, na téma „Informovanost žáků a pedagogů odborného učiliště v Příbrami o mentální anorexii“, v teoretické části popsala a shrnula poznatky o psychogenních poruchách příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii. Podala definice nejdůležitějších psychogenních poruch příjmu potravy, zmínila jejich historii a vývoj, popsala mentální anorexii z nejrůznějších hledisek a podala i praktické rady – jak odhalit mentální anorexii, jaké jsou léčebné postupy při mentální anorexii a aktuální statistické údaje.

Cílem bakalářské práce bylo dotazníkovým šetřením zjistit aktuální míru informovanosti o mentální anorexii u žáků odborného učiliště v Příbrami a jejich pedagogů. Úroveň informovanosti u žáků hodnotím jako průměrnou. Žáci vědí základní věci, jako co je mentální anorexie, jak se projevuje, koho postihuje a další základní údaje. Obtížnější jsou pro ně otázky, které se ptají na mentální anorexii do větší hloubky, žáci neznají zásadní příčiny jejího vzniku, projevy mentální anorexie většina zúžila pouze na ty tělesné – žáci opomíjejí duševní pozadí mentální anorexie. Přesto jsou si však vědomi závažnosti této poruchy a jak jsem se dozvěděla od pedagogů při zadávání dotazníků, žáci (především dívky) mají o tuto problematiku zájem a chtějí se dozvídat nové informace, což je poněkud problematické, jelikož v hodinách je na tuto tematiku prostor jen okrajově.

Úroveň informovanosti u pedagogů hodnotím jako nadprůměrnou. Pedagogové mají o mentální anorexii velmi dobré teoretické znalosti, a to i u otázek, které se ptají na mentální anorexii více do hloubky, dovedou uvést její příčiny, jsou si vědomi její závažnosti. Jedním z postřehů je skutečnost, že pedagogové přikládají přehnaně velkou váhu médiím a reklamám a poněkud opomíjejí roli rodiny a další důležité faktory, které hrají roli v tomto onemocnění. Jako menší nedostatek hodnotím zjištění, že více než polovina pedagogů nezná konkrétní pracoviště, kam by se v případě potřeby obrátili.

Zvýšit informovanost o psychogenních poruchách příjmu potravy u žáků je věcí poněkud složitou, jelikož jak vypověděli sami pedagogové, není na tuto problematiku dostatečný prostor ve školních osnovách, tudíž nelze nikterak apelovat na pedagogy, aby žáky s problematikou lépe seznámili, když k tomu nemají přidělený adekvátní prostor. Vhodným řešením se mi jeví alternativa, aby se škola zapojila do některého z preventivních programů, které nabízí například sdružení Anabell. U těchto preventivních

programů jsou ve většině případů přítomni i pedagogové, kteří se také mohou dozvědět mnoho cenných a prakticky využitelných informací.

Za velmi důležité také považuji, aby bylo u žáků zvýšeno povědomí o zdravém životním stylu. Žáci by měli být ve škole seznamováni se zásadami správné výživy, vhodnou skladbou potravin a důležitostí pohybové aktivity. Obezita u některých dětí může často vyvolávat nevhodné poznámky ze strany spolužáků a dítě se následně může odhodlat k některé extrémní redukční dietě, od které je již jen krůček k některé z psychogenních poruch příjmu potravy.

Vhodné mi rovněž přijde rozvíjet u žáků zdravé sebevědomí a sebedůvěru, jelikož tyto dovednosti jim pomohou zvládat a vyrovnávat se s nejrůznějšími problémy, které souvisí buď s úskalími dospívání, či které vznikají v nejrůznějších situacích a prokazatelně lépe se budou řešit jedincům, kteří věří v sami sebe a své schopnosti a nemají sklony se podceňovat.

Seznam literatury

- BRUCH, H. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press, 1978, 150 s. ISBN 0-674-35650-0.
- FAIRBURN, C. G a P. J. HARRISON. Eating Disorders. *The Lancet*. roč. 2003, č. 361, s. 407-416. ISSN 0140-6736.
- FALTUS, F. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- FRAŇKOVÁ, S. *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV – nakladatelství, 1996, 271 s. ISBN 80-85866-13-7.
- FRAŇKOVÁ, S., J. ODEHNAL a J. PAŘÍZKOVÁ. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000, 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
- GARFINKEL, P. E. a D. M. GARNER. *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel, 1982, 379 s. ISBN 0-87630-297-5.
- GRILO, C. M. a J. E. MITCHELL. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*. New York: The Guilford Press, 2010, 606 s. ISBN 978-1-60918-495-7.
- JACOBI, C. et al. *Poruchy příjmu potravy: Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatel'stvo F, 2006, 128 s. ISBN 80-88952-35-2.
- KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
- KOUTEK, J. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *Trendy v medicíně*. 2001, roč. 3, číslo 1, s. 39-42. ISSN 1212-9046.
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
- LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- LOCK, J. et al. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press, 2001, 270 s. ISBN 1-57230-836-2.
- MALONEY, M. a R. KRANZOVÁ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

- MEHLER, P. S. a A. E. ANDERSEN. *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999, 241 s. ISBN 0-8018-6277-9.
- MITCHELL, S. A. a M. J. BLACKOVÁ. *Freud a po Freudovi: Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton, 1999, 312 s. ISBN 80-7254-029-7.
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia Nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, 76 s. ISBN 85121-32-8.
- PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAVLOVÁ, B. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vydání 2. Praha: Triton, 2004, 215 s. ISBN 80-7254-459-4.
- SCHLUNDT, D. G. a W. G. JOHNSON. *Eating Disorders: Assessment and Treatment*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1990, 513 s. ISBN 0-205-12086-5.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996, 503 s. ISBN 80-85800-33-0.
- STÁRKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy a mortalita. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, 224 s. ISBN 80-7178-889-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- UHLÍKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

Elektronické informační zdroje

- FESSLER, D. M. T. Pseudoparadoxical Impulsivity in Restrictive Anorexia Nervosa: A Consequence of the Logic of Scarcity. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2002, roč. 31, č. 4, s. 376-388 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://www.sscnet.ucla.edu/anthro/faculty/fessler/pubs/FesslerAnorexiaIJED.pdf>

GARNER, D. M. a P. E. GARFINKEL. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* [online]. roč. 1980, č. 10, s. 647-656 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://eat-26.com/Docs/Garner-Sociocultural-Factors-1980.pdf>

GRANGE, D a I. EISLER. Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* [online]. roč. 2008, č. 18, s. 159-173 [cit. 2012-02-24]. Dostupné z: <http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/file/research/family%20interventions%20in%20AN.pdf>

KOCOURKOVÁ, J. a J. KOUTEK. Léčba poruch příjmu potravy. [online]. roč. 1999, č. 31 [cit. 2012-02-02]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-poruch-prijmu-potravy-121591>

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi* [online]. roč. 2007, č. 10, s. 320-322 [cit. 2012-03-10]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf>

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. *Prevence* [online]. roč. 2005, č. 2, s. 8-12 [cit. 2012-03-28]. ISSN 1214-8717. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf>

PAPEŽOVÁ, H. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. roč. 2004, č. 6, s. 291-296 [cit. 2012-02-15]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/060400.pdf>

STÁRKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. roč. 2005, č. 1, s. 11-15 [cit. 2012-02-15]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/050100.pdf>

ŠTECKOVÁ, T. Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS* [online]. 2007, roč. 1, č. 1, s. 25-35 [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/steckova.pdf>

TOZZI, F. et al. Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2003, roč. 2, č. 33, s. 143-154 [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <http://www.brown.uk.com/eatingdisorders/tozzi.pdf>

ZEMÁNKOVÁ JANKŮ, P. *Poruchy příjmu potravy* [online]. Zlín, 2011. Bakalářská práce. UTB ve Zlíně. [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/15060/zem%C3%A1nkov%C3%A1%20jank%C5%AF_2011_bp.pdf?sequence=1

Přílohy

DOTAZNÍK PRO PEDAGOGY

Vážení pedagogové,

jsem studentkou posledního ročníku Fakulty humanitních studií UK a píši bakalářskou práci na téma informovanosti žáků a pedagogů o „mentální anorexii“ a z toho důvodu jsem vytvořila tento dotazník. Nemusíte mít obavy, je naprosto anonymní. Žádám Vás o upřímné a pravdivé odpovědi, aby splnil svůj účel.

Nyní k technice vyplňování: zakroužkujte vždy odpověď, kterou považujete za správnou. Pokud není jinak řečeno, jedná se o jednu správnou odpověď. U otázek, kde je napsáno, že existuje více pravdivých odpovědí, jich samozřejmě můžete zakroužkovat více, případně můžete odpověď napsat na vyhrazené místo.

Děkuji za spolupráci.

Tereza Šornová

1) Dokázal/a byste stručně vysvětlit, co znamená pojem „mentální anorexie“?

.....

.....

2) Víte do jaké skupiny poruch tento pojem patří?

.....

.....

3) Kdo podle Vás trpí touto poruchou častěji?

a) ženy

b) muži

4) Dokázal/a byste takovou osobu rozpoznat?

a) ano

b) ne

5) Setkal/a jste se někdy s osobou trpící mentální anorexií?

a) ano

b) ne

(**Pozn.** Pokud bude Vaše odpověď „ano“, pokračujte prosím, otázkou č. 6. Pokud odpovíte „ne“, přeskočte na otázku č. 7.)

6) Bylo to u Vás ve škole?

a) ano

b) ne

7) Jaké jsou podle Vás hlavní příznaky (symptomy) mentální anorexie?

.....

.....

.....

8) Bude podle Vás jedinec trpící mentální anorexií spíše introvertní či extrovertní?

a) introvert

b) extrovert

9) Co považujete za nejlepší způsob pomoci? (vyberte jednu možnost)

a) promluva s rodiči

b) návštěva psychologa

c) promluva s žákem

d) jiné možnosti:

.....

.....

10) Je vám k dispozici dostatek informací a materiálů o této poruše?

a) ano

b) ne

11) Myslíte si, že je tomuto tématu věnován dostatek pozornosti ve školních osnovách?

a) ano

b) ne

12) Může podle Vás dysfunkční rodina přispět k propuknutí mentální anorexie?

a) ano

b) ne

13) Co je podle Vás hlavní příčinou propuknutí mentální anorexie? Pozn.: zde nejsou jednotní ani odborníci. (u otázky lze označit více možností)

- a) rodinná situace
- b) nízké sebevědomí postižené/ho
- c) touha být „svým pánem“ – rozhodovat sám/sama o svém těle
- d) reklamy propagující štíhlost
- e) problémy v zaměstnání/škole
- f) problémy s partnerem/partnerkou
- g) touha po dokonalosti
- h) chtít čistě jen zhubnout
- i) nadměra volného času – „nudění se“

14) Jak si myslíte, že je vážné, když někdo trpí mentální anorexií?

- a) jedinci nehrozí žádné větší nebezpečí
- b) jedinec může mít nějaké lehčí následky
- c) jedinec může mít dlouhodobé následky
- d) jedinci hrozí úmrtí

15) Myslíte si, že existují tzv. „riziková povolání“ pro vznik mentální anorexie? Pokud ano, uveďte jaká.

- a) ano

.....
.....

- b) ne

16) Co považujete za hlavní příčinu nárůstu případů mentální anorexie?

.....
.....

17) Znáte nějaké konkrétní zdravotní specializované pracoviště, kam byste se v případě potřeby obrátili? Pokud ano, prosím, uveďte.

a) ano

.....
.....

b) ne

18) Uveďte, prosím, svůj věk.

.....

19) Uveďte, prosím, své pohlaví.

a) žena

b) muž

20) Uveďte, prosím, délku své pedagogické praxe.

.....

Děkuji za Váš čas.

DOTAZNÍK PRO ŽÁKY

Milí žáci,

žádám Vás o upřímné a pravdivé odpovědi, aby dotazník splnil svůj účel. Nemusíte mít obavy, je anonymní a slouží jen pro účel bakalářské práce, nikdo se nedozví vaše odpovědi.

Nyní k technice vyplňování: zakroužkujte vždy odpověď, kterou považujete za správnou. Pokud není jinak řečeno, jedná se o jednu správnou odpověď. U otázek, kde je napsáno, že existuje více pravdivých odpovědí, jich samozřejmě můžete zakroužkovat více, případně můžete odpověď napsat na vyhrazené místo.

Děkuji za spolupráci.

Tereza Šornová

1) Možná jsi už slyšel/a pojem „mentální anorexie“, dokázal/a bys stručně vysvětlit co znamená?

.....
.....

2) Kdo podle tebe trpí tímto onemocněním častěji?

a) muži

b) ženy

3) Říká ti něco zkratka „BMI“? Pokud ano, vysvětlí, prosím.

a) ano

.....
.....

b) ne

4) Dokázal/a bys říct důležité projevy (znaky) mentální anorexie?

.....
.....

**5) Jaké jsou podle tebe typické osobnostní vlastnosti jedince s mentální anorexií?
Jaký takovýto jedinec je?**

.....
.....

6) Viděl/a jsi někdy / nebo znáš nějakého jedince trpícího mentální anorexií?

a) ano

b) ne

7) Kde jsi se poprvé dozvěděl o této poruše? (lze označit více možností)

a) v televizi

b) na internetu

c) ve škole

d) informovali mě rodiče

e) z knihy / časopisu

f) jinde, uveď, prosím, kde:

8) Setkal/a jsi se někdy s tímto tématem při školní výuce?

a) ano

b) ne

9) Jaké jsou podle tebe příčiny mentální anorexie? Proč vůbec vzniká?

.....
.....

10) Může podle tebe nefungující rodina přispět k propuknutí mentální anorexie?

a) ano

b) ne

11) Dokázal/a bys vyjmenovat možné dlouhodobé následky, které může mentální anorexie zanechat?

.....
.....

12) Jak si myslíš, že je vážné, když někdo trpí mentální anorexií? (vyber jednu možnost)

a) jedinci nehrozí žádné větší nebezpečí

b) jedinec může mít nějaké lehčí následky

c) jedinec může mít dlouhodobé následky

d) jedinci hrozí úmrtí

13) Jak by ses zachoval/a, kdyby tvůj kamarád/ka trpěl/a anorexií? (vyber jednu možnost)

- a) oznámil/a bych to jeho/jejím rodičům
- b) zkusil/a bych si s ní/m o tom promluvit
- c) nevěděl/a bych, jak mu pomoci
- d) přiměl bych ho, ať navštíví lékaře
- e) jiné možnosti:

.....

14) V jakých profesích bys přednostně hledal/a osoby trpící mentální anorexií?

.....

.....

15) Uved', prosím, svůj věk.

.....

16) Uved', prosím, své pohlaví.

- a) žena
- b) muž

17) Uved', prosím, ročník a obor, který studuješ.

.....

Děkuji za Tvůj čas.