

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra pedagogiky a psychologie**

Diplomová práce

**MENTÁLNÍ ANOREXIE A MÍRA VYBRANÝCH RIZIKOVÝCH FAKTORŮ  
PODNĚCUJÍCÍ JEJÍ VZNIK U ŽÁKŮ NIŽŠÍHO STUPNĚ GYMNÁZIA**

Vypracovala: Martina Oberreiterová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Renata Jandová

České Budějovice 2009

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím literatury uvedené v seznamu citované literatury.

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

11.5.2009

Martina Oberreiterová

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Děkuji žákům Gymnázia Matyáše Lercha v Brně, kteří vyplnili dotazník a pedagogům, kteří mi umožnili provedení výzkumu.

Zvláštní poděkování patří MUDr. Marku Pelikánovi, kterému bych chtěla věnovat tuto práci.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zaměřuje na shrnutí dosavadních poznatků o nemoci mentální anorexie. Teoretická část je obohacena o kazuistiky dívek trpících mentální anorexií. Praktická část obsahuje vyhodnocení dat z výzkumu týkajícího se vybraných rizikových faktorů podněcujících vznik mentální anorexie u žáků nižšího stupně gymnázia.

## **SUMMARY**

In my Master thesis I summarize up-to-date information on anorexia nervosa. In the theoretical part I introduce casuistics of young females suffering from anorexia nervosa. In the practical part I present the evaluation of research data dealing with particular risk factors that may lead to the development of anorexia nervosa in students of lower stage of grammar school.

# OBSAH DIPLOMOVÉ PRÁCE

## I. Teoretická část

### 1. Historie a vymezení mentální anorexie

1. 1. Historie nemoci
1. 2. Definice mentální anorexie
1. 3. Diagnostická kritéria mentální anorexie
1. 4. Atypická mentální anorexie
1. 5. Mentální anorexie u zvláštních populačních skupin
1. 6. Mentální anorexie a homosexualita
1. 7. Rizikové zájmy a profese
1. 8. Sociální status
1. 9. Prevalence-aktuální rozšíření poruchy

### 2. Etiologie mentální anorexie

2. 1. Sociální a kulturní faktory
2. 2. Biologické faktory
2. 3. Rodinné a genetické faktory
2. 4. Životní události a situace
2. 5. Emocionální faktory
2. 6. Osobnost a další psychické charakteristiky

### 3. Zdravotní komplikace ve spojitosti s mentální anorexií

3. 1. Zdravotní komplikace typické pro mentální anorexiu

### 4. Sexualita a plodnost u poruch příjmu potravy

4. 1. Sexuální fungování
4. 2. Pohlavní zneužívání
4. 3. Menstruace
4. 4. Plodnost
4. 5. Těhotenství
4. 6. Rodičovství

### 5. Mentální anorexie v dětství

5. 1. Jednotlivá kritéria atypických poruch příjmu potravy
5. 2. Specifické odlišnosti mentální anorexie u dětí
5. 3. Terapie mentální anorexie u dětí

### 6. Léčba mentální anorexie

- 6. 1. Přehled léčebných postupů
- 6. 2. Cíle léčby
- 7. Poradenství v oblasti výživy při léčbě mentální anorexie
  - 7. 1. Dietní péče
- 8. Vztah k vlastnímu tělu
  - 8. 1. Terapie orientovaná na zakoušení vlastního těla
  - 8. 2. Diagnostické prostředky
  - 8. 3. Terapeutické techniky
  - 8. 4. Cíle terapie orientované na tělo
- 9. Místo závěru
  - 9. 1. Mentální anorexie a mortalita

## II. Praktická část

- 10. Cíl práce a hypotézy
  - 10. 1. Cíl práce
  - 10. 2. Hypotézy
- 11. Metodika
  - 11. 1. Způsob řešení problému
  - 11. 2. Popis zkoumaného souboru
- 12. Výsledky-dívky
  - 12. 1. Otázky
  - 12. 2. Odpovědi respondentů (dívky)
  - 12. 3. Vybrané rizikové faktory
  - 12. 4. Nejrizikovější faktory u dívek na úrovni tříd
  - 12. 5. Nejméně rizikové faktory u dívek na úrovni tříd
  - 12. 6. Testování hypotézy číslo 1
- 13. Výsledky-chlapci
  - 13. 1. Otázky
  - 13. 2. Odpovědi respondentů (chlapci)
  - 13. 3. Vybrané rizikové faktory
  - 13. 4. Nejrizikovější faktory u chlapců na úrovni tříd
  - 13. 5. Nejméně rizikové faktory u chlapců na úrovni tříd
  - 13. 6. Testování hypotézy číslo 2
- 14. Shrnutí a závěr

15. Použitá literatura

16. Přílohy

# 1. HISTORIE A VYMEZENÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE

## 1. 1. Historie nemoci

Příznaky mentální anorexie byly popsány již Galénem ve 2. století. Později ji Hippokrates nazval anorexia nervosa, což znamenalo neurotické odmítání potravy. Ve 12.-15. století mělo odmítání potravy charakter očisty od nečistých potřeb těla. První lékařský popis anorexie se obvykle přičítá až R. Richardu Mortonovi z Velké Británie v roce 1689. V roce 1859 popsal americký lékař William Stout Chipley další případ mentální anorexie a o rok později ho následoval francouzský lékař Louis-Victor Marcé. Přestože oba lékaři publikovali své poznatky, psychiatrická obec té doby na ně ještě nebyla připravena. Oba články nevzbudily téměř žádnou odezvu. Sebehladovění se stalo lékařsky uznávané až o deset let později díky pařížskému lékaři Ernestu-Charlesi Laséguemu a londýnskému lékaři Williamu Gullovi. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu vyskytující se převážně u mladých dívek a žen (Krch a kol. , 2005). Charakteristické znaky, které popsali Laségue a Gull, platí dodnes.

## 1. 2. Definice mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je jedna diagnostická jednotka ze spektra poruch příjmu potravy (PPP), které se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti. Je to psychická porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. (Papežová in Seifertová a kol. (Eds), 2008 ). S termínem ‘anorexie‘ musíme ovšem zacházet obezřetně, neboť může být v mnoha případech zavádějící. Nechutenství či oslabení chuti k jídlu je totiž spíše sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění a nemusí se vyskytovat u všech nemocných mentální anorexií. Může zde platit nepřímá úměra – čím víc se pacient omezuje v jídlu, tím víc roste zájem o jídlo (myslí na něj, sbírá recepty, vaří pro své přátele, čte jídelní lístky etc.). ...strávila jsem 90% života přemýšlením o jídlu a o všem, co se ho týká, dokázala jsem se bavit jen o jídlu a dietách, ráda jsem vařila, sbírala recepty, neustále jsem na to myslela. (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, pravým důvodem je to, že nechtějí jíst.

## 1. 3. Diagnostická kritéria mentální anorexie (F 50.0) podle MKN-10

1. Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a méně.
2. Pacient snižuje váhu úmyslně a to různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním diuretik, laxativ či pravidelným cvičením.



3. U pacienta se objevuje trvalá obava z tloušťky a ztloustnutí a to i při extrémní vyhublosti.
4. Pacient má zkreslené vnímání vlastního těla. Časté jsou pocity velkého zadku, břicha a tlustých stehen.
5. Ztráta menstruace u pacientek.
6. Pacient odmítá připustit, že je nemocný a že by se měl léčit.
7. Začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu opoždění či zastavení.

## **TĚLESNÉ PROJEVY**

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

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

Nehty – lámavé

Dutina ústní – opary, afty, koutky.

Žaludek – nadměrné působení žaludečních šťáv, vznik žaludečních vředů.

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

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

Tlusté střevo – zácpa (není co vylučovat), průjem.

Srdce – nízký krevní tlak (závratě), zpomalený tep, bušení srdce, srdeční selhání.

Krev – anemie, chudokrevnost, zvýšený cholesterol.

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

## **PSYCHICKÉ PROJEVY**

Pokleslá, depresivní nálada, podrážděnost, nejistota, úzkost, smutek, sebenenávist (sebepoškozování, sebevražda). Nesoustředěnost, zhoršení paměti, neustálé se zabývání jídlem, sebehodnocení založené na hmotnosti. Ztráta zájmu o okolí (nemocný člověk se vyhýbá společnosti), o sex a o vše, co se netýká jídla. Konflikty s rodiči a přáteli, vznětlivost, náladovost, plačtivost, vztahovačnost, nadměrná sebekritičnost, neschopnost vyrovnat se s negativními reakcemi a nesouhlasem z okolí, neschopnost říkat „ne“, postupná sociální izolace. Nepřekonatelný strach z růstu hmotnosti. U diagnózy mentální anorexie musí být nejprve vyloučena somatická a duševní porucha, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost (karcinogenní nádor, cukrovka, deprese, manická fáze u bipolární poruchy etc.).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Kolman, P.B.: Predicting the results of routine laboratory tests in psychiatric patients admitted to hospital, *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 532-534, 1985.

## Vnitřní svět anorektičky

Období puberty, kdy anorexie nejčastěji propuká, je pro dívku stejně obtížné jako pro každého jiného dospívajícího. Objevují se sekundární pohlavní znaky, mění se hormonální poměry. Dospívající se snaží separovat se od primární rodiny, získává pozice mezi vrstevníky a je citlivější při hledání vlastní autonomie. Hladovění dívku dočasně zbavuje strachu, úzkosti, pocitu nejistoty a nízkého sebehodnocení. Často je zpočátku okolím obdivována, což jí dává pocit úspěšnosti a uznání. Tento stav je pouze přechodný. Dívka začíná svoji hodnotu odvozovat od toho, jak je štíhlá, kolik váží, popř. o kolik musí ještě zhubnout. Příbrání i několika málo deka pro ni znamená, že selhala a je neschopná. Proto se dívky až panicky bojí ztloustnutí. Chtějí setrvat ve stavu vyhublosti, protože ten jim dává pocit sebevědomí a důvod, aby se měly rády. Když je jejich okolí nutí jíst, bere jim tak jedinou jistotu, kterou mají. Racionální argumenty a nucení k jídlu nepomáhají, naopak zesilují pocity viny nemocné dívky. Dívka má pocit, že ji nikdo nerozumí, když jí všichni berou jediný zdroj sebevědomí a sebeúcty – hladovění. Právě chybějící náhled na onemocnění a negativní vnímání sama sebe je největší překážkou v léčbě mentální anorexie.

### 1. 4. Atypická mentální anorexie (F 50.1)

Tato kategorie by se měla užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy např. pacientky, které přes nízkou tělesnou hmotnost, i když nejsou hormonálně léčeny, mají pravidelnou menstruaci (Krch a kol. , 2005).

### 1. 5. Mentální anorexie u zvláštních populačních skupin

Trendem dnešní společnosti je integrovat jiné populační skupiny do běžného života. Typickým příkladem mohou být Romové. Romská problematika je složité a citlivé téma a k úplné integraci bude zapotřebí značných kompromisů na obou stranách. Romové totiž žijí svůj svět a pokus o integraci mohou chápat jako snahu ho nabourat nebo úplně rozbít. Žijí v těsném a dosti neprodyšném společenství, kam některé (pro nás dobře známé) prvky jen těžko pronikají. Takovým případem je MA. Ta se v romské populaci téměř nevyskytuje. Na 3,7 mentální anorektičky připadá 0,4 Romky.

### 1. 6. Mentální anorexie a homosexualita

Z výsledků mnoha studií, které zahrnuly do zkoumání mužskou populaci, je jisté, že poruchy příjmu potravy jsou u mužů méně časté. Vzácný výskyt mentální anorexie u mužů proto vedl

některé lékaře k hypotéze, že tito muži mají sklon k homosexualitě. Po řadě studií došli k závěru, že příčinná souvislost mezi poruchami sexuálního zaměření a příjmu potravy nebyla prokázána<sup>2</sup>. Můžeme jen předpokládat, že homosexuální muži jsou poruchami příjmu potravy zvýšeně ohroženi. Ani žádná studie zatím nepotvrdila signifikantně vyšší nebo nižší výskyt poruch příjmu potravy ve spojení s ženskou homosexualitou. (F. D. Krch a kol., 2005).

### 1. 7. Rizikové zájmy a profese

U některých profesí je tělesná hmotnost natolik důležitým kritériem, že se jí jedinec musí zabývat a stává se tak součástí jeho profesního života. Lékaři Garner a Garfinger vyšetřili více než 200 profesionálních tanečnic a modelek. Narušené jídelní postoje zjistili u 38% tanečnic a 34% modelek. 6,5% tanečnic a 7% modelek splňovala kritéria mentální anorexie. Z řady studií, které proběhly v osmdesátých letech, vyplývá, že společenský tlak na dodržování štíhlosti je významným faktorem při vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy<sup>3</sup>. To ovšem neznamená, že každý, kdo si udržuje svoji tělesnou hmotnost, trpí poruchou příjmu potravy. Je rozdíl mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti a chováním vedoucím k extrémnímu a patologickému zaobírání se svojí váhou a postavou. Mentální anorexie ovšem často začíná jako pouhá snaha 'shodit pár kilo' nebo jako snaha udržet si váhu a netloustnout. Záhy ovšem přerůstá do strachu z nadváhy a ztloustnutí. Doktor Crisp v této souvislosti dokonce prosazoval termín 'fobie z nadváhy' (F. D. Krch a kol., 2005).

Jestliže jedinec ztrácí zdravý náhled na svoji hmotnost a přestává ovládat svoje stravovací návyky, můžeme hovořit o poruše příjmu potravy.

---

<sup>2</sup> Hefferman, K.: Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 335-347, 1994.

<sup>3</sup> Druss, R.G.; Silverman, J.A.: Body image and perfectionism of ballerinas. *General Hospital Psychiatry*, 2, 115-121, 1979.

Garner, D. M.; Garfinkel, P. E.: Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284, 1981.

Monika, 19 let

Monika je studentka gymnázia. Asi před rokem začala být nespokojená se svojí postavou, a proto chtěla zhubnout pár kilo. Omezila energetický příjem a za měsíc zhubla o 3 kg. Nešlo o žádné drastické hubnutí, Monika se jen trochu omezila v jídle a vše měla pod kontrolou. Za další měsíc zhubla další 4 kg a váhový úbytek byl na Monice znát. Její spolužáci nešetřili chválou, jak jí to sluší a jak teď vypadá báječně. To ji obrovsky motivovalo hubnout dál. Přestala chodit na obědy. Monika si uvědomila, že její prioritou je být štíhlá a netloustnout. Proto přestala jíst veškeré jídlo, které sama nepřipravila. Svačiny od matky vyhazovala. Jedla pouze nízkotučné jogurty a light výrobky. Toho, že Monika nejí, si všimla matka, která se domnívala, že je dcera zřejmě nemocná. Až v ordinaci Moničiny obvodní lékařky vyšlo najevo, že Monika trpí mentální anorexií...

#### 1. 8. Sociální status

Z mnoha starších studií vyplývá, že poruchami příjmu potravy trpí především dívky ze středních a vyšších sociálních vrstev<sup>4</sup>. V dnešní době se ale tyto sociální rozdíly stírají (viz vlastní výzkum v praktické části diplomové práce). Tento vývoj dobře dokumentují McClelland et al., kteří analyzovali 601 pacientů hospitalizovaných v londýnské nemocnici (1996). Je evidentní, že s postupem doby signifikantně přibývá pacientů z nižších socioekonomických vrstev. Klinické charakteristiky pacientů z rozdílných sociálních skupin jsou totiž stejné.

Lucie, 18 let

Lucie trpí mentální anorexií 2 roky. Má za sebou pobyt na psychiatrické léčebně a je v ambulantní péči psychiatra. Lucčina matka je prodavačka, otec skladník. Má o 5 let mladšího bratra. Rodina žije poměrně klidným spořádaným životem. Když jí bylo 16, zamilovala se do spolužáka z vedlejší třídy. Svěřila se s tím své nejlepší kamarádce Janě. , Měla bys ze sebou něco dělat, jestli ho chceš sbalit. Nový vlasy, hadry a trochu zhubnout! S tímhle zadkem díru do světa neuděláš, 'popíchla Jana Lucii. Lucie si vzala Janina slova k srdci a začala hubnout. Potravu Lucie pouze rozžvýkala a vyplivla. Polykala pouze racio výrobky a zeleninu. Šíleně mi kručelo v břichu a měla jsem hroznej hlad, jednou motivací byly zhubnutý kila. Konečně

---

<sup>4</sup> Někteří psychologové označovali mentální anorexií termínem „nemoc bohatých slečen“ a ve společnosti byla považována za módní záležitost.

jsem se rozhodla oslovit Aleše. Jenomže ten mě hned uzemnil tím, že žádnou holku nechce, protože ma svůj sport. Strašně mě to naštvalo. Tak jsem si řekla, že budu hubnout dál, abych byla hubená a krásná, aby viděl, o co přišel'. Za 3 měsíce zhubla Lucie o 15 kilo. Vše vyvrcholilo tím, když po hodině tělocviku zkolabovala a sanitka ji odvezla do nemocnice. Žádné z vyšetření neprokázalo somatickou příčinu rychlého úbytku váhy. Lucie byla proto hospitalizovaná na PL. , Ten pobyt v blázinci mi fakt prospěl, začala jsem jíst – aspoň trochu. Vím, že mám mentálku, ale ještě úplně nevím, jestli zvládnou se vyléčit. Je to tvrděj soupeř.'

#### 1. 9. Prevalence – aktuální rozšíření poruchy

Prevalence od druhé poloviny minulého století prudce stoupá, ke konci se pohybuje mezi 0,5 – 1%. Na začátku našeho tisíciletí je jednorocní prevalence mentální anorexie v Evropě 370 dívek a žen ve věku 15 – 30 let na 100 000 obyvatel. (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Alarmující je skutečnost, že pacientek s diagnózou mentální anorexie rapidně přibývá a že jejich věková hranice klesá pod 10 let věku. Jsou známé případy i osmiletých holčiček potýkajících se s mentální anorexií. Tato nemoc se čím dál více objevuje i u chlapců. Na 30 dívek nemocných mentální anorexií připadá 1 chlapec.

#### 1. 10. Prognóza

Po dosti dlouhou dobu je dívka schopna anorexii tajit a tedy i léčbu odmítat. Ve svém izolovaném světě je spokojená. Dlouhodobé katamnézy ukázaly dobrou remisi u 44% pacientek s mentální anorexií, u 28% remisi částečnou a u 24% byl popsán chronický průběh s neschopností udržet zdravou tělesnou hmotnost s přetrvávajícím patologickým zaujetím váhou, jídlem, závažnými somatickými i psychosociálními komplikacemi a zvýšenou mortalitou (5-20%) (Papežová in Höschl a kol. , 2004). Příčinou mortality je nejčastěji selhání životně důležitých funkcí nebo sebevražda (viz kapitola číslo 9).

## 2. ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE

O možném původu mentální anorexie bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. V dnešní době se odborníci shodují, že jde o multifaktoriální koncept, ze kterého nemoc vzniká. Patří sem

### 2. 1. Sociální a kulturní faktory

- tlak médií a módních časopisů na představy, jak má vypadat současný moderní člověk
- jednostranné vykreslení určitých typů (jen ten, kdo je štíhlý, má právo na úspěch a štěstí, kdo štíhlý není, je automaticky outsiderem)
- hubnoucí ideál krásy
- médií a komerční reklamou posilovaná představa, že štíhlý člověk může získat všechno, co chce (partnera, kariery, peníze...)
- povrchní a jednostranné spojování štíhlosti se zdravím
- skandalizace obezity (ošklivost, neúspěch)
- přílišný důraz na konformitu a malá tolerance k různorodosti
- přílišná orientace na vnější vzhled (soutěže krásy, modeling...)
- nespokojenost s vlastním tělem
- příliš velký důraz na racionální stravu
- komerční reklamy na přípravky pro snadné zhubnutí
- boom diet (časopis „Dieta“ na českém trhu)
- nevhodné jídelní návyky v rodině

### 2. 2. Biologické faktory

- ženské pohlaví
- tělesná hmotnost a nevhodná distribuce tělesného tuku (boky, stehna, hýždě)
- puberta (typickým obdobím vzniku mentální anorexie je puberta, během dospívání výrazně vzrůstá uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě, pubescent si uvědomuje sám sebe ve srovnání s ostatními, dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší potřebu identifikovat se s nějakým vzorem (krásná modelka, úspěšná spolužačka...), mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí, nízké hodnocení vlastního zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem sebepodceňování)

### 2. 3. Rodinné a genetické faktory

- výskyt mentální anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví je pokládán za významný rizikový faktor (výskyt poruch příjmu potravy mezi sestrami anorektiček byl odhadován na 11,4% oproti 1,8% u kontrolních skupin..., v rodinách anorektiček a bulimiček se poruchy příjmu potravy vyskytují až pětikrát častěji než v běžné populaci) (Krch a kol. , 2005)

- konfliktní a neuspokojivé rodinné prostředí

- citová vazba (attachment) dítěte k rodičům v raném dětství (bazální jistota/nejistota, mateřská a otcovská láska)

- vztah k sobě samému (míra sebevědomí, podceňování, komplexy, sebenenávist...)

- nespokojenost se svým tělem

Eva 20 let, 179 cm, 85 kg

Eva byla obézní dívka, na výšku 179 cm vážila 105 kg. Obezita byla v její rodině dědičná. Eva vyrůstala v soudržné rodině, kde se otevřeně mohla svěřit se svými pocity matce i otci. Od malinka byla Eva vychovávána tak, že i přesto, že je baculka, není špatná ani zbytečná. Měla plno kamarádek a byla velmi oblíbená v třídním kolektivu. Když bylo Evě 16, rozhodla se, že chce zhubnout. Svěřila se se svými plány rodičům a ti ji v jejím rozhodnutí podpořili. Povzbuzovali Evu v jejím úsilí a Evě fandily i její spolužačky. Za rok a půl zhubla Eva o 20 kg. Svoji nynější váhu si Eva udržuje, dál zhubnout nechce.

Eva si – přesto že měla nadváhu – nenechala touto skutečností ovlivnit svůj postoj sama k sobě. To, že byla silná, pro ni neznamenal, že je špatná. Eva se přijala taková, jaká byla a taková se měla ráda. Když pocítila potřebu něco na sobě změnit, udělala to. S rozumem, s kladným vztahem sama k sobě. Eva zhubla, protože chtěla, ne proto, že se nenáviděla.

Saša 21 let

Saša pochází z rozvedené rodiny. Její matka je invalidní důchodkyně, otec inženýr, o 4 roky starší sestra Monika je učitelkou v MŠ. Rodiče se rozvedli, když bylo Saši 13 let. Manželství Sašiných rodičů bylo velmi disharmonické, otec pil a často matku fyzicky napadal. Sašu ani Moniku nikdy nebil, ale s oblibou je podceňoval a shazoval před kamarády. Mladší Sašu i citově vydíral a snažil se ji štvát proti matce, což se mu nikdy nepovedlo. Saša měla s matkou hluboký a pevný citový vztah. Po rozvodu rodičů si otec brzy našel novou partnerku a nejevil o dcery zájem. O 2 roky později zemřel Sašin otec na infarkt. Po celou dobu měla Saša jedno urputné přání-aby jí měl její otec rád. Ani milující matka nedokázala nahradit chybějící lásku

otce. V 15 letech nastoupila Saša na gymnázium, kde si našla spoustu dobrých přátel, byla velmi oblíbená u svých spolužáků a prospívala s výborným prospěchem. V 17 letech se u Saši objevily první pocity meněcennosti. Začala se srovnávat se svými přáteli, připadalo jí, že každý z nich něco vyjímečného uměl, byl v něčem vyjímečný (tanec, hra na klavír, sport...). Jen Saša byla k ničemu, zbytečná. Po 3 měsících sebenávisti se rozhodla, že bude hubnout....,....připadala jsem si jako největší nula na světě, která nikdy nic nedokáže a nemá právo na nic hezkého, nenáviděla jsem se z hloubi duše, proto jsem začala hubnout, abych byla štíhlá a aspoň v něčem se přiblížila všem mým dokonalým a bezchybným přátelům.“

#### 2. 4. Životní události a situace

- narážky na tloušťku a tělesný vzhled
- sexuální nezdary
- osobní nezdary (v partnerství, zaměstnání, výchově...)
- pohlavní zneužívání
- týrání

#### 2. 5. Emocionální faktory

- u pacientek s diagnózou mentální anorexie se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky, většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost<sup>2</sup>
- vedle depresivních a úzkostných příznaků byly u anorektiček nejčastěji zaznamenány obsedantně-kompulzivní příznaky
- v roce 1939 byla vyslovena hypotéza, že mentální anorexie je jen specifickou formou obsedantně-kompulzivní poruchy (Krch et al., 2005)
- udávaný výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy se u anorektických pacientek pohybuje od 27% - 81%, za společný rys obsedantní poruchy a poruch příjmu potravy lze považovat vnitřní nejistotu a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu nezbytnosti nadměrné sebekontroly nejen v jedení<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Cantwell, D. P. et al.: Anorexia nervosa: An affective disorder? *General Psychiatry*, 34, 1087-1093, 1977.

<sup>3</sup> Praško, J.: Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit, Praha: Portál, 2003.



Soňa 24 let

V 17 letech začala Soňa hubnout, když se spolužačka nelichotivě vyjádřila o její postavě. Nevinně vypadající dieta se zvrhla v drastické hubnutí. Při výšce 176 cm vážila Soňa 49 kg. Byla hospitalizovaná v PL na oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. Soňa strávila v léčebně půl roku. Pomocí intenzivní terapie, spolupráce rodiny a Soniných přátel získala Soňa na svoji nemoc náhled, začala normálně jíst a po půl roce se vrátila domů. Zdálo se, že má dobře nakročeno do normálního života. Asi po 3 měsících se u Soni začaly objevovat zvláštní myšlenky. Soňa netušila, proč se objevují. Obtěžovaly jí, ale nedokázala je vůlí zastavit. Všechny myšlenky se týkaly jídla-nařizovaly Soni, co a jak má jíst, jak velká má být porce, jak má být jídlo teplé, kolikrát musí sousto pokousat, kolikrát se smí napít...atd. Když Soňa „příkazy“ neuposlechla, objevila se velká úzkost a tíseň, kterou Soňa nedokázala vysvětlit. Aby se těmto nadměrným nepříjemným pocitům vyhnula, začala plnit „příkazy“ svých myšlenek. Velice se za ně styděla, a proto se s nimi nikomu nesvěřila. Postupně se na myšlenky spojené s jídlem a pitím nabalily další týkající se hygieny a čistoty. Soňa úzkostlivě vykonávala rituály, ale situace se nijak nelepšila. Podivného chování si začali všimnat rodiče a přátelé. Po maturitní zkoušce se Soňa dostala na vysokou školu, od nového prostředí a bydlení na koleji si mnoho slibovala. Po půl roce marného boje vyhledala školního psychologa, kterému se se vším svěřila...

## 2. 6. Osobnost a další psychické charakteristiky

- ze studií, které byly prováděny v 90.-tých letech 20. století a opakovaně počátkem 21. století, jasně vyplývá, že jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti
- kdybychom měli obecně charakterizovat dívku trpící mentální anorexií, s velkou pravděpodobností by se vešla do tohoto vzorce: nesebevědomá, citlivá, empatická, dodržující dané společenské normy a rodičovské hodnoty, respektující etické normy, v interpersonálních vztazích jsou méně asertivní a více inhibované se sklonem k perfekcionismu a rigiditě (Krch, 2005), častá je vysoká inteligence (vysokoškolské vzdělání, znalost cizích jazyků...)
- hodnoceno dle Hippokratovy osobnostní charakteristiky, jedná se o melancholicky laděné dívky se značnou mírou citlivosti a zranitelnosti
- anorektické dívky hodnocené pomocí Eysenkova dotazníku vykazují značně vyšší skóre neuroticismu, introverze a úzkosti
- dívky trpící poruchami příjmu potravy jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou pacientů, u kterých se lze setkat-kromě neurotických a obsedantních rysů-i s jinou psychopatologií

- roku 1973 byly identifikovány 3 základní rysy mentální anorexie (Krch a kol. , 2005):

- a) narušení uvědomování si vnitřních pocitů ( porucha interoreceptivního cití )
- b) narušení tělesného schématu ( porucha body-image )
- c) pocit vnitřní neefektivnosti

- v roce 1983 byla vytvořena škála EDI ( Eating Disorder Inventory ), která umožňuje popsat osobnostní profil pacienta trpícího mentální anorexií nebo bulímií, jednotlivé dílčí škály jsou tyto (Krch a kol. , 2005):

- a) nutkání být štíhlý
- b) tělesná nespokojenost
- c) inefektivita
- d) perfekcionismus
- e) interpersonální nedůvěra
- f) narušení interoreceptivního cití
- g) strach před dospělostí

- nová verze testu z roku 1991 obsahuje ještě další dílčí škálu měřící asketismus, impulzivní regulaci a sociální nejistotu

Otázky vztahu různých psychických příznaků k poruchám příjmu potravy bude jistě předmětem dalších hypotéz a výzkumů, ale již dnes je dostatečně zřejmé, že některé osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšují riziko vzniku mentální anorexie.

### 3. ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE VE SPOJITOSTI S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Poruchy příjmu potravy často způsobují řadu zdravotních komplikací. Ty významně přispívají ke zvýšené úmrtnosti u diagnózy mentální anorexie. Ze všech psychických poruch vede nejčastěji ke smrti právě mentální anorexie (viz kapitola číslo 9). Je nezbytné, aby terapeuti znali jak psychické, tak i somatické důsledky nemoci.

#### 3. 1. Zdravotní komplikace typické pro mentální anorexii

##### 1. Kardiovaskulární komplikace

- téměř u 90% pacientů se s nimi v průběhu onemocnění setkáme (!)
- nejčastější z nich, sinusovou bradykardii ( zpomalený srdeční rytmus ), nacházíme u více než 80% nemocných, je to způsobeno snížením metabolismu ( úspora energie ) a vagovou hyperaktivitou ( zvýšená činnost parasymptiku )
- nadužívání diuretik nebo laxativ může vést k narušení elektrolytové rovnováhy a tím k vyvolání srdečních arytmií

##### 2. Renální komplikace

- dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání diuretik či laxativ a zvláštnosti ve stravovacích návycích mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů
- asi u 1/5 anorektiček se objeví mírné otoky končetin
- těžké, rychle vznikající otoky se mohou objevit při předávkování laxativy
- chronické nadužívání diuretik a laxativ může vést k chronickému renálnímu selhání

##### 3. Gastrointestinální komplikace

- zduření slinných žláz
- zánět jícnu
- žaludeční vředy
- zpomalení procesu vyprazdňování žaludku
- zhoršená motilita tenkého střeva
- zácpa ( není co vylučovat )

##### 4. Kosterní komplikace

- pacientky s časným počátkem mentální anorexie bývají o něco menší než jejich vrstevnice
- vyhrávání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace
- osteoporóza
- snížení minerální hustoty kostí

- těžká osteopenie páteře ( nedostatek kostní hmoty )

#### 5. Endokrinní komplikace

- amenorea ( nepřítomnost menstruace )

- hypogonadismus ( nedostatečná funkce pohlavních orgánů )

#### 6. Hematologické komplikace

- u 1/2 pacientek dochází ke změnám krevního obrazu a kostní dřeně

- leukopenie ( snížený počet bílých krvinek )

#### 7. Neurologické komplikace

- tonicko-klonické křeče ( křeče o stejné intenzitě napětí)

- stavy akutní zmatenosti

- tetanie ( strnutí svalu)

- svalové slabosti

- abnormální EEG záznamy ( u 40% pacientek)

- periferní neuropatie ( postižení periferního nervstva)

- bolesti hlavy

- křeče

- dvojitě vidění

- poruchy hybnosti

#### 8. Metabolické komplikace

- narušený metabolismus glukózy

- narušený metabolismus kalcia → zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce ( vstřebávání kostní hmoty)

- zpomalení bazálního metabolismu

- zvýšená hladina cholesterolu v krvi ( u 50% pacientek)

- poruchy spánku

#### 9. Dermatologické komplikace

- suchá šupinatá kůže

- lanugo ( primární ochlupení)

- hyperkarotenémie ( nadbytek betakarotenu)

Mentální anorexie je u mnohých pacientů spojena s řadou zdravotních potíží, které představují vážné ohrožení života a významně přispívají k zvýšené úmrtnosti. Obecně platí, že léčba většiny uvedených poruch vyžaduje pravidelné sledování a postupnou realimentaci. Kromě extrémních případů, kdy je umělá výživa nezbytná, doporučují lékaři pozvolné

znovuzavedení výživy s důrazem na úpravu normálního jídelního režimu, za kterou nese odpovědnost hlavně sám pacient.

## 4. SEXUALITA A PLODNOST U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### 4. 1. Sexuální fungování

Vztah mezi sexuálními problémy a poruchami příjmu potravy je velmi komplexní a důležitý, zvláště z hlediska terapie poruch příjmu potravy.

Zábrany v oblasti sexu se mohou u mladých dívek objevit a jsou spojovány se strachem z dospívání. U dívek trpících mentální anorexií je však jejich asexuálnost nebo zástava v sexuálním vývoji patologická a přímo spojená s poruchou příjmu potravy. U většiny mladých pacientek se během aktivní fáze mentální anorexie v důsledku vyhublosti a s ní spojené snížené činnosti pohlavního systému projevuje výrazně snížený zájem o sex.<sup>1</sup>

V dospělosti vede k rezervovanosti a vyhýbání se důvěrným vztahům.

### 4. 2. Pohlavní zneužívání

Pohlavní zneužívání se stalo v posledním desetiletí důležitým tématem v psychiatrické literatuře. (Krch a kol. , 2005).<sup>2</sup> U poruch, které se častěji vyskytují u žen, se může předpokládat příčinná souvislost se sexuální traumatizací (znásilnění, pohlavní zneužívání v dětství). Na poruchy příjmu potravy bychom pak mohli nahlížet jako na šrám „znásilněného“ těla (Krch a kol. , 2005). Je ale důležité zdůraznit, že sexuální zneužívání může být spojeno s častějším výskytem jiných duševních poruch, zejména poruch nálady, úzkostných poruch, poruch osobnosti a dissociativních poruch. Na duševní újmě oběti, která může vyústit v poruchy příjmu potravy, záleží také závažnost a délka trvání zneužívání. V úvahu je třeba také vzít to, jak je vnímána reakce na pokus o odhalení či samotné odhalení. Nedostatečná nebo nepřátelská reakce může být přinejmenším stejně traumatizující jako samotná událost.

Specifický a přímý vztah mezi pohlavním zneužíváním a následným rozvojem poruch příjmu potravy nebyl dosud prokázán (Krch a kol. , 2005). Je ovšem nesporné, že pohlavní nebo fyzické zneužití v dětství a rané adolescenci vystavuje jedince zvláštnímu riziku, že u něj dojde k psychické krizi (pokusy o sebevraždu) nebo že se u něj rozvine psychická porucha včetně mentální anorexie či bulimie.

---

<sup>1</sup> Tuiten, A.; Panhuysen, G.; Everaerd, W. et al.: The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19, 1993, s. 259-275.

<sup>2</sup> Weiss, P.: *Sexuální zneužívání dětí*, Praha: Grada, 2008.

#### 4. 3. Menstruace

Výsledky mnoha lékařských vyšetření pacientek s poruchami příjmu potravy ukazují na závažné hormonální poruchy. Nejčastější z nich je porucha menstruace u mentální anorexie. Tyto poruchy jsou spojeny s dysfunkcí hypotalamu. Pro vysvětlení existuje řada hypotetických příčin (ztráta tělesné hmotnosti, snížení množství tuku v těle, hyperaktivita), ale přesný mechanismus jejího vzniku není stále zcela jasný. Například u atypické mentální anorexie (F 50.1) chybí jeden i více klíčových příznaků nemoci. Často to bývá právě amenorea. Při uzdravování se obvykle menstruace objeví, jakmile se normalizuje tělesná hmotnost (BMI trvale vyšší než 19).

#### 4. 4. Plodnost

Mnoho žen vnímá těhotenství jako ohrožující pro svoji postavu a kontrolu váhy. V naší kultuře, která se soustřeďuje na držení diet (50% žen drží pravidelně dietu), je typické, že si většina žen myslí, že by měly omezit nárůst tělesné hmotnosti v průběhu těhotenství ( Krch a kol., 2005). Ze studie německých psychologů se asi 40% žen, které byly poprvé těhotné, obávalo, že příliš přiberou. 28% mělo negativní postoje ke změně svých tvarů a 72% žen mělo strach, že se po porodu nebudou schopny vrátit ke své původní váze<sup>3</sup>.

Prakticky všechny anorektičky jsou v aktivní fázi mentální anorexie neplodné a to v důsledku hormonálních poruch (amenorea, anovulace). Existuje však několik zaznamenaných případů, kdy došlo k otěhotnění i bez přítomnosti menstruace.<sup>4</sup> Medicína je dnes navíc na tak vysoké úrovni, že je možné ovulaci navodit i ve stavu velké vyhublosti. Podle kanadské a švýcarské studie je výskyt poruch příjmu potravy mezi ženami, které hledají pomoc na klinikách plánovaného rodičovství 7,6% a 5,8%, což je více než alarmující číslo (krch a kol. , 2005).<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Fairburn, C. G.; Welsh, S. L.: The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 153-160, 1990.

<sup>4</sup> Marshall, P.; Palmer, R.: Pregnancy without menstruation on recovery from anorexia nervosa: A case description and a warning. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 3, 13-15, 1988.

<sup>5</sup> Thommen, M.; Valach L.; Kiencke, S.: Prevalence of eating disorders in a Swiss family planning clinic. *Eating Disorders*, 3, 324-331, 1995.

#### 4. 5. Těhotenství

Asi 1/3 anorektiček má děti. Mentální anorexie může mít na těhotenství různý vliv. Ženy, které otěhotní v průběhu aktivní fáze nemoci, vykazují často všechny příznaky anorexie, některé dokonce ve zvýšené míře (strach, úzkost, deprese). Na druhou stranu si budoucí matky většinou uvědomují, že by jejich dítě mohlo být poškozeno v důsledku nedostatečné výživy nebo jiných aktivit vedoucích k hubnutí. V důsledku nízkého sebevědomí a pocitu nedostatku kontroly nad sebou má mnoho žen pocit, že nestačí na rodičovskou roli a že selžou. Navíc u žen, které otěhotní při nízké tělesné hmotnosti v důsledku vyvolané ovulace, se častěji vyskytují spontánní potraty, děti s nízkou porodní váhou, vyšším výskytem vrozených vývojových vad a vyšším výskytem úmrtnosti při porodu nebo v důsledku nedostatečné zralosti.

Možné komplikace v těhotenství u žen s mentální anorexií (Krch a kol., 2005)

Komplikace u matky	Komplikace u dítěte
Nepřiměřený nárůst tělesné hmotnosti	Nízká porodní hmotnost
Vaginální krvácení	Předčasný porod
Zmenšená děloha	Smrt při porodu
Potrat	Zpomalený vývoj

U pacientek úplně uzdravených můžeme očekávat, že se komplikace jako důsledek mentální anorexie neobjeví a že dítě bude zdravé.

#### 4. 6. Rodičovství

Poruchy příjmu potravy mají hluboký vliv na psychosociální fungování ženy, včetně její schopnosti péče o dítě. Ústřední symptomy často značně narušují každodenní život matky (neustálé se zaobírání jídlem, postavou, strach ze ztráty sebekontroly a přejedení se, cvičení, zvracení...), která pak už nezvládá péči o dítě. Mnoho nemocných matek se snaží po porodu rychle zhubnout. Toto patologické zaměření se na jídlo, tělesnou hmotnost a postavu oslabuje jejich vnímavost k potřebám dítěte (Krch a kol. , 2005. Obava, že by jejich dítě mohlo být obézní, může vést k nedostatečné výživě nebo omezování příjmu kalorií.(!) Matky trpící mentální anorexií mají téměř vždy problémy v interpersonálních vztazích, ať už v pracovních, rodinných či partnerských. Tento fakt se velmi silně odráží ve vztahu matka-dítě a má obrovský vliv na formování osobnosti dítěte a jeho budoucích postojů k sobě samému,



k opačnému pohlaví, k lidem, světu atd. Anorektické matky mohou závažně ovlivnit i pozdější vývoj dítěte, zvláště pokud jde o dívku (držení diet, patologické jídelní návyky...). Výskyt mentální anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví (matka, sestra) je pokládán za významný rizikový faktor (viz II. Etiologie mentální anorexie, Rodinné a genetické faktory).

## 5. MENTÁLNÍ ANOREXIE V DĚTSTVÍ

Na začátku našeho tisíciletí je jednoroční prevalence mentální anorexie v Evropě 370 dívek a žen ve věku 15-30 let na 100 000 obyvatel (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Alarmující je skutečnost, že pacientů s diagnózou mentální anorexie přibývá a že jejich věková hranice klesá pod 15 ale i 10 let věku. Mentální anorexie se vyskytuje už u šestiletých a sedmiletých dětí (Kocourková a kol., 1997).

Jak ale může například sedmileté dítě vyjádřit výraznou nespokojenost se svým tělem? Může vůbec chápat tento pojem?

I když si děti nemusejí uvědomovat svůj strach nebo ho nejsou schopny pojmenovat, v jejich chování a jednání se může jasně odrážet jejich přesvědčení-jsem tlustý/tlustá. Jde o problémy dětí, které ještě nedokončily psychický a fyzický vývoj a jsou stále závislé na péči dospělých. U těchto dětí jsou velmi důležitými prodromy atypické poruchy příjmu potravy. Mezi ně se řadí:

- a) emoční porucha s vyhýbáním se jídlu (Food Avoidance Emotional Disorder-FAED)
- b) vybíravost v jídle
- c) odmítání jídla
- d) syndrom pervasivního odmítání

### 5. 1. Jednotlivá kritéria atypických poruch příjmu potravy

#### a) Emoční poruchy spojené s vyhýbáním se jídlu

Kritéria pro Emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu (Krch a kol., 2005)

- vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy
- úbytek tělesné hmotnosti
- porucha nálady, která nespĺňuje kritéria pro primární afektivní poruchu
- nepřítomnost nepřiměřeného vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy
- nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností nebo postavou
- nepřítomnost organického onemocnění mozku nebo psychózy

Dítě často udává některý z důvodů, proč nejí (strach, že mu bude špatně; strach z udušení, zvracení; že „nemá hlad“; že ho „bolí břicho“...)

#### b) Vybíravost v jídle

Středem zájmu u dětí s vybíravostí v jídle je spíše rozmanitost než množství jídla. Tyto děti, často chlapci, jedí obvykle jen dvě až tři určité potraviny (sušenky, hranolky) a jejich jídelníčku chybí pestrost. Obtíže se většinou spontánně vyřeší v adolescenci.

#### c) Syndrom pervasivního odmítání

Tento syndrom je charakterizován hlubokým a pervasivním (vše prostupujícím) odmítáním jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat (Krch a kol. , 2005). Tomuto stavu lze nejlépe porozumět jako extrémní podobě vyhýbavého chování, která se vyskytuje u posttraumatické stresové poruchy.<sup>1</sup>

#### d) Jiné psychické příčiny vyhýbání se jídlu u dětí

- obsedantně-kompulzivní porucha<sup>2</sup> (strach, že je jídlo znečištěné, plné bakterií, zkažené...)
- deprese (ztráta chuti k jídlu)
- chronický únavový syndrom

#### e) Somatické příčiny vyhýbání se jídlu u dětí

- gastroezofageální reflux
- zánětlivé poruchy střev
- změna chuti k jídlu při organických poruchách (žaludeční vředy)

### 5. 2. Specifické odlišnosti mentální anorexie u dětí

- vyhubnutí je rychlejší (menší tukové zásoby)
- větší nebezpečí dehydratace
- hypotenze (nízký krevní tlak) a bradykardie (pomalý tep) jsou konstantní
- zastavení tělesného růstu, puberty a zpomalení sexuálního zrání

### 5. 3. Terapie mentální anorexie u dětí

Pro úspěšné vyléčení mentální anorexie je nutné pokrýt všechny potřeby dítěte. Mluvíme tedy o bio-psycho-sociální komplexnosti léčby dětského pacienta. Velmi důležitá je kooperace rodiny (rozvedení rodiče, sourozenci a prarodiče), odborníků (dětský psychiatr, pediatr, psycholog). Komunikace a otevřenost pomáhají omezit pocity viny a selhání, které rodiče často cítí. Prvním krokem v léčbě je zajistit kontrolu nad přijímáním jídla a tekutin u nemocného. U pacientů, kde není nutné zajistit nejprve nárůst váhy, je možné se začít dříve zabývat emočními otázkami.

---

<sup>1</sup> Praško, J.: Posttraumatická stresová porucha, Praha: Portál, 2003.

<sup>2</sup> Praško, J.: Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit, Praha: Portál, 2003.

## a) Hospitalizace

Základním rozhodnutím vyšetřujícího lékaře je kvalifikovaný odhad, zda je hospitalizace pro dítě vůbec vhodná. Hospitalizace totiž často vyvolává maximální odpor u nemocného, který jakoukoliv nemoc popírá. Hospitalizace ovšem znamená mnoho pozitivních změn v jednom časovém úseku. Pacient je vytržen z domácího prostředí, kde on i rodiče již nezvládají nejen jídelní patologii a rituály, ale také své emoce, komunikaci, otázky rolí, kompetencí a zodpovědnosti.

Vstupem na oddělení okamžitě začíná režimová terapie, kdy je přesně strukturován čas, dodržování pravidel – včetně učení, psychoterapeutických aktivit, spánkového režimu. Od pacienta je vyžadováno přesné dodržování jídelních a stravovacích návyků, nadměrné cvičení je monitorováno, nevhodná komunikace usměrňována. Zpočátku je zodpovědnost plně na ošetřujícím personálu, který je erudován jak zvládat afektivní raptury (např. při polknutí jednoho sousta navíc), jak uzavírat terapeutické smlouvy, jak zvládat a mitigovat disociativní nebo agresivní – hlavně pasivně agresivní projevy, jak kontrolovat plnění povinností a vlastních předsevzetí (Kocourková a kol. , 1997). Toto je asi největší rozdíl proti dospělým pacientům, kde hned od počátku je apelováno na vlastní zodpovědnost.

Na dětském a adolescentním oddělení se pacienti postupně učí zodpovědnost z dospělých přebírat na sebe, ovládat své afekty a volní chování. Tento proces v domácím prostředí probíhá nepoměrně pomaleji a nedokonale, protože jde o „válku emocí“, která v nemocničním prostředí odpadá nebo je minimální. Další výhodou je neustálý styk se souvěkovci, kde většina nemá tuto diagnózu a pacienti často, jakoby mimochodem získávají korektivní zkušenosti.

Možnost kontrolovat příjem potravy a upravovat stravovací rituály pacientů je obrovskou výhodou u hospitalizovaných pacientů. Tento problém je největším rodinným konfliktem – vztaženým k příjmu potravy, který vyvolává hostilitu, pasivní agresivitu, emoční raptury a další zhoršování veškeré jídelní patologie, včetně zhoršování všech interpersonálních vztahů. Zdravé postoje ke stravování, které jsou na oddělení, vedou k vytváření správných jídelních návyků a ty v konečném důsledku k dosažení akceptovatelné hmotnosti. Pacienti, kteří trpí mentální anorexií vyžadují intenzivní profesionální a interdisciplinární intervenci. Somatické komplikace – kardiologické, gastrointestinální, gynekologické, dermatologické a hormonální – jsou chronické a závažné. Základem terapie je zvýšení motivace ke spolupráci, psychoedukace o zásadách zdravé výživy, o následcích hladovění a diet a vypracování terapeutického kontraktu mezi pacientem a terapeutem.

#### b) Rodinná terapie

- vhodná zejména když je dítě schopné vyjádřit svoje pocity a názory v přítomnosti dalších členů rodiny
- její významnou součástí je zajistit dítěti jeho místo v rodině, aniž by se muselo uchýlovat k nemoci

#### c) Skupinová terapie

- tradiční součást většiny léčebných programů pro adolescenty s poruchami příjmu potravy
- většinou se zaměřuje na rozvoj jejich sebeúcty a identity
- rodičům umožňuje sdílet vlastní zkušenosti bezmoci, beznaděje a odmítání
- poskytuje rodičům podporu, uznání a rady ze strany jiných rodičů
- skupiny pro malé děti nejsou příliš obvyklé a jsou nahrazovány „kreativními“ skupinami (arteterapie, dramatické vyjádření, pantomima...), ve kterých se dětští pacienti mohou zabývat vztahy k vrstevníkům, autoritám atd.

#### d) Individuální terapie

- o individuální terapii by se mělo uvažovat v případě, kdy se rodinná terapie ukáže jako neúspěšná
- je vhodná pro děti s emoční poruchou spojenou s vyhybáním se jídlu
- další důvody pro individuální terapii zahrnují léčbu současně probíhající deprese, obsedantně-kompulzivní poruchy či specifických emočních poruch.

#### d) Kognitivně-behaviorální přístup

- kognitivně-behaviorální přístup v psychoterapii vychází z přesvědčení, že patologické prožívání a chování je odvozeno od patologického myšlenkového procesu a že primárním cílem terapeutické intervence je změnit tento kognitivní proces
- na počátku této terapie je nutné provést analýzu chování pacienta orientovanou na poruchy spojené s jídelním chováním a tělovým schématem
- je nejlepší v léčbě přidružených obsedantně-kompulzivních poruch

#### e) Nutriční poradenství a psychoedukace

#### f) Psychoanalytická psychoterapie

- zdůrazňuje význam nevědomých obsahů a fantazií, které ovlivňují prožívání, myšlení a chování pacienta a které by měly být odkryty v průběhu terapie
- toto odkrývání nemá charakter jednoduchého kognitivního porozumění a rozumového náhledu, ale obsahuje hluboký vztah k vlastnímu nevědomí (Kocourková a kol. , 1997)
- cílem je hlubší osobnostní změna, která pomáhá k adaptivnějším způsobům životního fungování

- u dětí by měla přinést větší prostor pro propracování vnitřních omezení, která zkreslují vývojový proces a vedou k psychopatologickým projevům, jak ve smyslu příznaků, tak ve smyslu vývoje patologické osobnostní struktury Kocourková a kol. , 1997)

g) Farmakoterapie

- při léčbě mentální anorexie by nikdy neměla být otázkou první volby
- je doporučovaná u pacientů, u kterých jde o život ohrožující stavy (sebevražedné úmysly) nebo tam, kde je přítomna ještě jiná psychická porucha (deprese).

Při určování vhodnosti určité terapie hraje významnou roli nutriční stav dítěte a stupeň jeho kognitivního a emočního vývoje. Hlavní zásadou při léčbě je komplexní a multidisciplinární přístup a úzká spolupráce celé rodiny.

## 6. LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE

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

- motivaci pacienta
- úrovni, na jaké je pacient schopen pracovat co nejeftivněji z hlediska aktuálních příznaků a zralosti osobnosti
- osobnosti terapeuta
- dostupnosti kvalifikované péče

Podmínkou úspěšné léčby je kvalitní terapeutický vztah a shoda cílů terapeuta (terapeutického týmu) a pacienta.

### 6. 1. Přehled léčebných postupů

#### 1. Realimentace

Každému nemocnému s diagnózou mentální anorexie, který je ve stavu malnutrice, musí být poskytnuta podpurná substituce životně důležitých látek. Tu lze provádět formou perorální (ústí), enterální (nazojejunální sondou) nebo parenterální (mimo trávicí trakt).

#### a) Perorální výživa

Pokud pacient akceptuje perorální příjem, je možno zahájit podávání šetřící diety, kterou postupně posilujeme přídatky energeticky bohatých látek a bílkovin. S realimentací musíme začít pozvolna, neboť vyhladovělé tělo, které odvyklo zpracovávat plnohodnotnou stravu, by s největší pravděpodobností zátěž ve formě energeticky výživné potravy nepřijalo a výsledek by byl spíše kontraproduktivní (průjmy, pocity těžkosti). Velmi důležitá je spolupráce s dietní sestrou a ostatním středně zdravotnickým personálem, který musí sledovat příjem skutečně zkonsumovaných potravin.

#### b) Enterální výživa

Důsledkem dlouhodobého hladovění často dochází k částečné nefunkčnosti žaludku. Žaludek je ochablý a nemá sílu posunovat potravu dál do tenkého střeva. To pacientovi způsobuje nepříjemné pocity plnosti, tlaku v žaludku, přejedení. Nejedná se o žádné vážné onemocnění. Lékař nejčastěji indikuje vhodnou medikaci, kterou se správná funkce žaludku obnoví. Aby se

nemuselo s realimentací čekat, než se činnost orgánu zcela spraví, zavádí se pacientovi nazojejunální sonda (nosem až do tenkého střeva za dvanáctník). Dalším důvodem pro volbu tohoto typu výživy může být prevence před pokusy pacienta potravu úmyslně vyzvracet.

### c) Parenterální výživa

Jde o výživu aplikovanou mimo trávicí trakt. Nejčastěji se jedná o intravenózní (nitrožilní) výživu, kterou se do těla dostávají potřebné látky. Tato forma výživa je nejčastěji indikovaná u pacientů s těžkým stupněm malnutrice, u kterých jsou ohroženy základní životní funkce.

## 2. Hospitalizace a částečná hospitalizace

Při rozhodování o potřebě hospitalizace nemocného existuje několik obecných vodítek:

- nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti
- hyperaktivita
- přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání laxativ a diuretik
- léčba některých přidružených psychických potíží (deprese)
- neschopnost rodinných příslušníků zvládat jídelní patologii nemocného

O hospitalizaci lze uvažovat i v případě, že pacient jasně nereagoval na dosavadní psychologickou či ambulantní léčbu. Rozhodnutí hospitalizovat pacienta pouze za účelem zdravotní stabilizace a předání do další ambulantní péče vyžaduje pečlivé zhodnocení především psychického rozpoložení nemocného a jeho motivaci k léčbě. Existují četné případy, kdy anorektičky po dobu hospitalizace „na oko“ spolupracovaly, ale domů se již vracely s rozhodnutím, že nabrané kilogramy za dobu pobytu v nemocnici musí neprodleně zhubnout a vše tak začíná nanovo. Pro velkou část pacientů s mentální anorexií je přijatelnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy poskytují řád pokud jde o jídelní režim a současně umožňují intenzivní terapii. Nemocný je navíc obklopen lidmi se stejnými problémy, kteří mu rozumí a prožívají stejné pocity a obavy.

## 3. Ambulantní lékařská péče

Jestliže je terapie formou denního stacionáře, částečné hospitalizace či klasické hospitalizace úspěšná, záleží na zvážení stavu pacienta lékařem, který může nemocného odeslat do následné ambulantní lékařské péče. Lékař musí přihlídnout k somatickému stavu (podvýživa, nárůst hmotnosti o 1-1,5 kg za týden, stabilizovaná váha), psychickému stavu (úzkost, strach, motivace k úplnému uzdravení, optimismus) a sociálnímu prostředí, do kterého se pacient vrací (rodina, škola, zaměstnání). Je mnoho případů, kdy pacient terapií namotivovaný se vyléčit „sklouzнул“ opět do aktivní fáze nemoci, například po příchodu do traumatického prostředí (modelky, baletky). Nadále je nutné sledovat váhový přírůstek (0,5-1 kg za týden), pracovat na hlubším zažití normálních stravovacích návyků a pokračovat v indikované terapii.



#### 4. Motivační terapie

Tato terapie je obvykle krátkodobá (4 sezení) a kromě alkoholové závislosti, obezity a kouření se stává důležitou součástí léčby i u poruch příjmu potravy (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). V začátcích, kdy pacient často odmítá spolupráci a jakoukoliv terapii, je vhodná zejména pro rodinu nemocného. Získá zde podrobné informace o povaze nemoci, jejich příčinách a možnostech léčby. Zkušenější rodiny mohou předávat své poznatky dalším rodinám, což je pro ně většinou velkým přínosem.

#### 5. Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie (Papežová, 2008). Individuální KBT je doporučovaná těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky. KBT zdůrazňuje pro mentální bulimii následující hlavní body (Krch a kol. , 2005):

- vedení písemných záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají
- pravidelné vážení
- změna schématu jídelního chování s cílem normalizovat ho
- kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním bulimie
- zavedení prevence relapsu

U mentální anorexie trvá KBT obvykle déle než u mentální bulimie a kognitivní intervence se zaměřují jak na modifikaci specifické patologie v myšlení, která udržuje držení diet a chronické snižování tělesné hmotnosti tak i na práci s přesvědčeními, které se týkají interpersonálních konfliktů, pocitů neschopnosti a úzkostmi spojenými s psychosociálním vývojem. Do dlouhodobé KBT mentální anorexie se často začleňují i prvky interpersonální a rodinné terapie.

#### 6. „Enhanced“ KBT

Terapie je zaměřena na specifické zmapování mechanismů, které udržují jednotlivé příznaky anorexie. S pomocí psychoedukace, motivační a hlavně interpersonální terapie se pokouší rigidní mechanismy rozbít a odstranit tak jídelní patologii.

#### 7. Kognitivně analytická terapie

Kognitivně analytická terapie byla vytvořena roku 1990 kombinací kognitivně behaviorální terapie s pozorností věnovanou interpersonálním vztahům. Pro mentální anorexii a bulimii ji adaptovali a zhodnotili její účinnost angličtí lékaři. U nás byla prezentovaná na 3.

mezinárodní a mezioborové konferenci Poruch příjmu potravy v roce 2001. Terapeut poukazuje na maladaptivní vztahové vzorce, používá dopisy určené pacientovi, ve kterých shrnuje a vysvětluje individuální vývoj problému s jídlem na základě předchozích sezení (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.)

#### 8. Expozice s prevencí odpovědí

Tento druh terapie funguje na principu expozice – vystavení se. Pacient se exponuje jídlu, po kterém pravidelně zvrací a kterým se přejídá. S pomocí terapeuta zvládá úzkost a nutkání ke zvracení, které jsou zpočátku velmi silné a způsobují nemocnému značný diskomfort. Kromě bulimie se využívá při léčbě obsedantně-kompulzivních poruch a sociálních fobií.

#### 9. Rodinná terapie

V posledních 25 letech se rodinná terapie postupně stala důležitým léčebným přístupem u poruch příjmu potravy, zejména u mentální anorexie v adolescenci (Krch a kol., 2005). Odhalení dysfunkčních schémat uvnitř rodiny velmi často prozradí některou z pravých příčin vzniku mentální anorexie. S pomocí rodinných příslušníků, nemocného a terapeuta se snaží rodině pomoci najít vhodná řešení a východiska. Může být cenným doplňkem individuální terapie, může být též včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu.

#### 10. Interpersonální terapie-IPT

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

#### 11. Psychoanalytický přístup

Základní východiska psychoanalytického myšlení vycházejí z hypotézy, že prožívání a chování člověka závisí na nevědomých procesech mysli, které ovlivňují lidské chování a prožívání ve zdraví i nemoci a že kořeny patologie u pacientek s mentální anorexií leží v raném dětství, jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami (nejčastěji otec, matka) a projevují se ve vývoji jako patologická osobnostní organizace. Pro psychoanalytický přístup je centrem zájmu osobnost pacientek (Kocourková in Krch. a kol. , 2005). Patologické projevy osobnosti můžeme pozorovat v oblasti intrapsychického (sebenenávist, sebepoškozování) i interpersonálního fungování (patologické vzorce objektivních například partnerských vztahů).

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

## 12. Skupinová terapie<sup>1</sup>

Skupinová terapie je součástí mnoha léčebných programů pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Liší se podle toho, zda je zaměřena spíše na osvětu a úpravu základních příznaků poruch příjmu potravy (zejména kontrola jídelního chování) nebo více na interpersonální a emocionální problémy pacientů. První model představuje komplexní léčbu poruchy a může úspěšně fungovat sám o sobě (Krch a kol., 2005). Druhý více interpersonálně orientovaný typ skupiny je vhodný v případě, že problematika hmotnosti a jídla se řeší v rámci individuální terapie nebo nejlépe, když už byla z velké části vyřešena. Tento typ terapie není většinou doporučován jako samostatná metoda léčby anorexie, bývá však součástí komplexnějších programů. Skupiny bývají smíšené (pacienti s mentální anorexií i mentální bulimií), mohou být uzavřené (všichni pacienti začínají léčení společně a společně také léčbu končí) nebo otevřené (pacienti nezačínají léčení společně a v průběhu odchází a noví přichází). Anorektičky jsou obvykle méně schopny identifikace a vyjádření svých pocitů. Jsou více uzavřené, úzkostné, zaměřené jen na sebe a pohlcené strachem z jídla a tloušťky. Velkým přínosem pro skupiny mohou být částečně nebo zcela vyléčené dívky, které představují pozitivní vzor a motivaci.

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

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

---

<sup>1</sup> Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie v praxi, Praha: Triton, 2006.

#### 14. Svépomocné skupiny

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

#### 15. Edukativní skupiny

Smyslem edukativních skupin je poskytnout pacientům srozumitelné informace o poruchách příjmu potravy a konkrétní doporučení, jak zvládnout jejich základní příznaky. Edukativní skupiny jsou metodou první volby většinou jen pro lehčí formy mentální bulimie (Krch a kol., 2005). V ostatních případech mohou být vhodným doplňkem nebo součástí jiné terapie. Sezení může mít normální skupinový formát nebo může probíhat jako přednáška. Jde o dialog, kterého se pacient aktivně účastní. Může se ptát, uvádět příklady, ale i sám připravit zpracování určitého tématu. Od pacientů jsou někdy požadovány domácí úkoly (vedení jídelních záznamů). Edukativní program má obvykle určitou strukturu a témata jednotlivých sezení jsou naplánovaná a připravená. Někde se mohou pacienti podle svého uvážení zapsat na určitá témata nebo jim je doporučí lékař. Do edukativních skupin jsou zařazováni pacienti s určitým náhledem na nemoc, schopností spolupráce a s dostatečným intelektem.

#### 16. Jídelní skupiny

Většina jídelních skupin má edukativní nebo nácvykový charakter (Krch a kol., 2005). Jsou zaměřeny na postoje a chování spojené s jídlem a umožňují pacientovi konkrétně si vyzkoušet určité situace spojené s přípravou a konzumací jídla. Jednotlivá sezení jsou strukturovaná s ohledem na konkrétní problémy (nákupy, stolování, vaření...). Jídelní chování pacienta a jeho abnormality není vhodné bezprostředně komentovat. K tomu jsou určeny skupiny po jídle. Tyto skupiny slouží především k vyjádření úzkosti, napětí a dalších nepříjemných pocitů spojených s jídlem. Zde je vhodné probrat pacientovo chování během jídla („boj“ o malé porce, pomalé žvýkání) a nabídnout mu reálnou zpětnou vazbu. Jídelní skupiny nejsou vhodné pro pacienty v první polovině léčby, vyhublé a bez náhledu na nemoc.

#### 17. Skupiny pro rodinné příslušníky

Poruchy příjmu potravy narušují jak sociální a rodinný život nemocného tak i celé rodiny. Pochopení problematiky nemoci a podporu nepotřebují jen pacienti, ale i jejich rodina (rodiče, sourozenci, prarodiče). Její porozumění a přiměřená pomoc může sehrát důležitou roli v procesu uzdravení. Kromě informací o mentální anorexii a bulimii umožňují rodičovské skupiny konfrontaci s postoji a zkušenostmi jiných rodičů. Mají za cíl informovat rodiče o problematice nemoci, snížit napětí v rodině a případné vzájemné obviňování rodičů. Významným tématem rodičovských skupin jsou jídelní postoje a návyky celé rodiny, které je často třeba změnit (Krch a kol. , 2005). Přínosné pro rodiče nemocného dítěte může být setkání s vyléčenou anorektičkou i jejími rodiči. Rodičovské skupiny jsou otevřené a navíc usnadňují následující rodinou terapii. Pro rodiče jsou velmi vhodné.

## 18. Farmakoterapie

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

## 6.2. Cíle léčby

1. Navození normální váhy k obnovení reprodukčních funkcí
  - menstruace a normální ovulace u žen
  - normální sexuální citění
  - normální hormonální hladina u mužů
2. Odstranění dalších biologických a psychologických následků malnutrice
3. Zvýšení motivace k další terapii a spolupráci
4. Psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
5. Stanovení a dosažení zdravé cílové váhy
6. Změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy

7. Realistické a pozitivní vnímání vlastního těla
8. Léčba dalších psychopatologických projevů, poruch nálady, sebehodnocení a chování
9. Podpora rodiny nebo partnerů, zajištění poradenství a terapie v indikovaných případech
10. Prevence relapsu (pouhá realimentace beze změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt)

Léčba mentální anorexie vyžaduje komplexní péči a multidisciplinární přístup. K volbě nejvhodnějšího terapeutického přístupu je nutná znalost kognitivního vývoje jedince, psychodynamického rozvoje konfliktu, aktuální i vývojové role stresu a traumatu i komplexnosti rodinných vztahů (Papežová in Seifertová a kol. (Eds.), 2008). Při neúčinnosti jednodušších, časově limitovaných přístupů přidávají lékaři další terapeutické modality. Léčba může trvat jeden až šest let, výjimečně i déle.

## 7. PORADENSTVÍ V OBLASTI VÝŽIVY PŘI LÉČBĚ MENTÁLNÍ ANOREXIE

U mentální anorexie je primárním rysem v chování nadměrné omezování se v jídle. Nejběžnějším dietním vzorcem je snížení spotřeby potravin obsahující tuky a jednoduché cukry, které postupně vede až k úplnému vyloučení těchto potravin. Změny nastávají i ve frekvenci a způsobu přijímání potravy. Nejdříve pacientky vynechávají svačiny mezi hlavními jídly, později začnou vynechávat snídani a nakonec i oběd. Večeře obvykle zůstává, protože probíhá spolu s rodiči.

Souběžně s omezováním jídla se rozvíjejí četné odchylky od normálního jídelního chování a obavy a úzkosti spojené s jídlem (obavné myšlení). Běžné je obsedantní sledování množství snědených potravin, nadměrné žvýkání, silná úzkost a pomalé jedení. Čím víc se pacient v jídle omezuje, tím víc roste zájem o jídlo (myslí na něj, sbírá recepty, nakupuje a vaří pro rodinu). Myšlenky na jídlo nemocného stále více zatěžují, působí rušivě na spánek, studium a normální společenský život (Papežová in Höschl a kol. (Eds.), 2004). Mezi další aktivity spojené s hubnutím patří nadměrné cvičení, užívání projímadel a diuretik, úmyslné zvracení.

### 7. 1. Dietní péče

Cílem dietní péče je:

1. Dosáhnout a udržet normální stav výživy
2. Odstranit jídelní patologii a zavést normální jídelní chování
3. Podporovat normální a zdravý postoj k jídlu
4. Vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení

Specialista na výživu – dietní sestra – sestaví s pacientem dietní anamnézu. Ta odkryje nejen jídelní vzorce a kolísání váhy, ale také pacientův názor na výživu a postoje k jídlu. Důležité je prozkoumat jídelní postoje a chování i u zbytku rodiny. Dietolog sestaví energeticky výživnou dietu. Protože zažívací trakt pacientek zůstává v zásadě nepoškozený, hlavní překážky v návratu k normálnímu jedení jsou psychického rázu (Beumont a Williamsová in Krch a kol., 2005). Předepisování zvláštních potravin není nutné, mohlo by naopak podporovat přesvědčení pacientek, že nemohou jíst normální jídla. Vhodné je pravidelné stravování se širokým výběrem normálních jídel. Dietní výrobky určené ke snižování váhy („light“, umělá sladidla) by měl nemocný zcela vyloučit. Zvláštní pozornost je třeba zaměřit na jídelní chování, protože je známé, že jeho poruchy přetrvávají i po dosažení adekvátní

tělesné hmotnosti. Pro pacienta je dobré stravovat se ve společnosti, protože ostatní pacienti, nebo u ambulantních pacientek členové rodiny a přátelé, mohou sloužit jako přiměřený vzor. Rodina i terapeut by se měl vyhnout konfrontacím při jídle. Specifickým potíží při jídle by se měla věnovat pozornost v individuálních sezeních. Důležitá je též edukace v oblasti výživy. Chybná přesvědčení anorektiček je třeba uvést na pravou míru a poskytnout jim přesné informace o potřebné výživě a energetickém příjmu. Tyto otázky (fyzické a psychické následky hladovění, diet a špatné výživy; výživný obsah potravin, aktivity a kontroly hmotnosti...) by měly být s pacienty probírány po celou dobu léčby. Přesvědčení a postoje pacientek s mentální anorexií se nezmění automaticky s váhovým přírůstkem, důležité je pochopení na základě přesných informací, osobní zkušenost, že mít hlad a jíst je normální a zdravé, stálá podpora a dietní vedení i po propuštění z nemocnice či denního stacionáře. Také rodinní příslušníci by měli být poučeni, jak pomoci pacientkám přizpůsobit se normálnímu životnímu stylu. Pro dlouhodobou rehabilitaci je důležitá stálá psychoterapie i dietní terapie.



## 8. VZTAH K VLASTNÍMU TĚLU

Pacientky nemocné mentální anorexií mají téměř vždy narušené zakoušení vlastního těla (body image), je to i jedno z kritérií diagnózy mentální anorexie. Hovoříme u nich o zkreslené představě těla (body image distortion). Nejčastější projevy patologického zakoušení vlastního těla u mentální anorexie jsou tyto (Probst in Krch a kol. , 2005):

- nerealistické hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla
- diskrepance mezi tím, co pacient vidí a co cítí nebo zažívá; vědí, že jsou vyhublí, ale cítí se tlustí
- diskrepance mezi tím, jak hodnotí vlastní tělo a jak hodnotí tělo někoho jiného
- pacient s mentální anorexií dokáže zcela realisticky hodnotit tělesné proporce někoho jiného, na rozdíl od vlastních proporcí
- používá arbitrárních norem velikosti těla nebo vytváření vlastních (například vnitřní plochy mých stehen se nesmí dotýkat, když stojím)
- fixace na imaginární defekt vlastního těla a určitou část těla; pacienti věří, že jsou nenormálně tlustí, silní nebo neatraktivní
- nerealistické představy o důsledcích přijímání potravy, diet a cvičení na tvar těla a jeho proporce
- vyhýbání se odhalování vlastního těla
- vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo s tělesností
- posedlost vyhublostí
- extrémně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu
- forma depersonalizace: tělo je vnímáno jako cizí, pasivní, necitlivý objekt
- ztráta důvěry ve vlastní tělo a fyzické pocity (hlad, žízeň)
- abnormální představy o tom, co si ostatní myslí o jejich těle
- snaha vyhnout se situacím, které se nějak týkají fyzického vzhledu a fyzického kontaktu

Narušení vnímání těla je obvykle významný příznak mentální anorexie, proto se některé terapeutické přístupy zaměřují na úpravu a zlepšení zakoušení vlastního těla.

### 8. 1. Terapie orientovaná na zakoušení vlastního těla

Terapie orientovaná na tělo (Body-Oriented Therapy, BOT) zahrnuje všechny formy psychoterapie, které se zaměřují na tělo a tělesné pocity nemocného. Cílem BOT je zlepšit

psychický stav pacienta. BOT často používá pohybová cvičení, sporty a hry, tanec, relaxační techniky a tělesnou expresi. Obvykle jsou považovány za doplněk verbální psychoterapie.

## 8. 2. Diagnostické prostředky

### A) Dotazníky

V současné době existují různé dotazníkové metody zabývající se různými aspekty zakoušení vlastního těla; patří mezi ně:

#### 1. BODY CATHEXIS SCALE

- obsahuje 46 položek vztahujících se ke spokojenosti nebo nespokojenosti s různými částmi a funkcemi těla

#### 2. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE

- obsahuje 34 položek

- byl vytvořen ke zhodnocení přehnaného zaměření na tvar těla a pocit nadváhy

#### 3. BEN-TOWIM WALKER BODY ATTITUDE QUESTIONNAIRE

- obsahuje 44 položek zaměřených na šest odlišných aspektů zažívání vlastního těla: pocity celkové nadváhy, sebedocenění, síla, význam tělesné hmotnosti, pocity atraktivnosti a vědomí nižšího tělesného tuku

#### 4. BODY ATTITUDE TEST

- obsahuje 20 položek hodnocených na 6 bodové škále; čím vyšší je skóre, tím je porucha zakoušení vlastního těla závažnější

### B) Metoda videodistorze

Pacient je vyzván, aby opravil předtím zkreslený obraz vlastního těla na obrazovce tak, aby odpovídal tomu, jak skutečně vypadá (kognitivní odpověď), jak se cítí, že vypadá (afektivní odpověď) a jak by si přál vypadat (optativní odpověď). Nakonec má odhadnout skutečné rozměry neutrálního objektu. Videoobrazy mohou být pozměňovány ve dvou směrech: od úzkého k širokému a naopak. Tato metoda je velice spolehlivá a naturalistická, protože pacient je konfrontován s obrazem sebe sama v životní velikosti.

## 8. 3. Terapeutické techniky

### 1. Relaxační a dýchací cvičení

- progresivní relaxace

- autogenní trénink

### 2. Masáže

- relaxační masáž

- aktivační masáž

- jejich účelem je relaxace a vnímání vlastního těla

### 3. Hraní role

- hlavní důraz se klade na prohloubení emocionální zkušenosti prostřednictvím účasti, kontaktu, interakce a neverbální komunikace pacienta

### 4. Fyzické aktivity, sport a hry

### 5. Tanec a kreativní pohyb

- zahrnuje všechny taneční a pohybové formy, které se zaměřují na vyjádření určité myšlenky, emocionální zkušenosti a pocitu skrze tělo

### 6. Cvičení smyslového vnímání (Probst in Krch a kol. , 2005)

- toto cvičení spočívá v objevování těla prostřednictvím smyslů způsobem, který není pro pacienta nepříjemný ani stresující

- je to krok k uvědomění si vzájemného vztahu mezi tělesnými vjemy a duševními pocity

### 7. Vnímání sebe a svého těla

- jde o cvičení zaměřená na rozšíření vnímání vlastního těla v jeho vnější podobě

- metoda zrcadla

- metoda videokonfrontace

### 8. Řízené představy

#### 8. 4. Cíle terapie orientované na tělo

1. Znovuvytvoření realistického a pozitivního obrazu sebe sama

2. Utlumení hyperaktivity, impulzivity a vnitřního napětí

3. Vývoj společenských dovedností

4. Naučit se mít rád své tělo

K dosažení uvedených cílů můžeme použít různých technik ze širokého spektra možností. Je důležité poskytnout pacientům bezpečný a strukturovaný program, ve kterém každý zná pravidla a kde je terapeut dostatečně informuje o okolnostech a základech terapie. Pro některé pacienty bojující po řadu let se svým tělem může být totiž tato forma terapie velmi konfrontační.

## 9. MÍSTO ZÁVĚRU

Práce, které se věnují problematice poruch příjmu potravy, se často orientují na rizika, která zvyšují výskyt těchto nemocí a jejich četnost v populaci. Módní trendy, ideály krásy, diety, ale i zvyšující se počty obézních lidí, to jsou témata, kterým je v souvislosti s poruchami příjmu potravy věnována pozornost. Nebezpečí, které vyplývá z vysoce závažných duševních poruch, jakými anorexie nebo bulimie nepochybně jsou, bývá na druhé straně odbýváno prostým komentářem: jsou to nemoci, na které lze umřít.

### 9. 1. Mentální anorexie a mortalita

Mentální anorexie je závažná život ohrožující nemoc. Jednoduše lze shrnout, že čím jsou kritéria nemoci přísnější a pokud jsou do sledování zařazeny pacientky s vyhraněnými symptomy, tím je mortalita vyšší a naopak, pokud nerozlišujeme mezi typickými (F 50.0) a atypickými (F 50.1), tedy méně vyhraněnými a pravděpodobně lehčími formami nemoci, jsou čísla mortality nižší. Úmrtnost pacientek v důsledku mentální anorexie je vyšší než úmrtnost v běžné populaci. Mentální anorexie se tak stává duševní nemocí s nejvyšší mortalitou, kterou mladé ženy trpí. Závažný somatický stav, ve kterém pacientky často dlouhodobě setrvávají, je přímo ohrožuje na životě. Většinou se předpokládá, že je příčinou smrti zejména kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhlé komorové tachykardie (Stárková, 2009). Bezprostřední příčina smrti ale nemusí být vždy jasná. Sebevražda u pacientek s mentální anorexií je ve srovnání s celkovou populací častější. Zpráva odborníků National Institutes of Health USA, uveřejněná v roce 2004, říká, že se sebevražednost pohybuje u pacientek s mentální anorexií kolem 57% (Stárková, 2009). Pokud zhruba 50-60% nemocných umírá v důsledku sebevražedného jednání a 30% v důsledku kardiovaskulárního selhání, zůstává dalších 10-20% více či méně nejasných příčin smrti, které ukončí život mladých dívek a žen (chlapců) trpících mentální anorexií. Média zcela výjimečně informují o úmrtí nějaké modelky, která se zhroutila na přehlídkovém molu; výjimečně jsou komentovány nebezpečné, často život ohrožující komplikace, které jsou nepochybně přímým nebo nepřímým důsledkem nemoci. Výsledkem je, že se mladé dívky, které jsou nejčastějšími reprezentantkami této nemoci, domnívají, že v rámci mentální anorexie nejde o nic jiného než o vylepšení tělesné souměrnosti. Tělo a jeho vnější křivky přece každý vidí, takže lze snadno demonstrovat, že svému tělu dokážeme poručit. Zkreslené vnímání vlastního těla (porucha body image), které je jednou ze základních charakteristik nemoci, způsobuje, že pacientka

není schopna reálně reflektovat velikost svého těla, a dokonce v době těžké vyhublosti ji vede k přesvědčení, že je tlustá a měla by zhubnout. Má proto logicky reálný strach jíst víc. Možná v anorexii prožívá jakousi závislost na prázdném žaludku, jak tvrdí někteří autoři (Stárková, 2009). Mentální anorexie, jejíž obsahovou náplní je chorobná regulace příjmu jídla, posiluje sebejistotu a sebeúctu pacientky. Být na sebe hrdá, to je velmi příjemný pocit. Je pro pacientku významnější hodnotou než cokoli jiného. Varování ohledně možného nebezpečí důsledků hladovění, které poskytuje obvykle pacientce široké okolí, pak zůstává bez odezvy. Somatické komplikace mohou navíc probíhat pod vlivem přítomné poruchy příjmu potravy atypicky. Je potřebné hovořit o konkrétních důsledcích, které se v těle, zmítaném hladověním, mohou objevit a jak nebezpečné pro život mohou být. V rámci poruch příjmu potravy totiž zdaleka nejde o atraktivnost nebo neatraktivnost vzhledu, nejde o štíhlost nebo tloušťku, mnohdy jde skutečně o život nebo o smrt.

## 10. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

### 10. 1. Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit míru vybraných rizikových faktorů, které podněcují vznik mentální anorexie u žáků nižšího stupně gymnázia.

### 10. 2. Hypotézy

1. Ze sedmi vybraných rizikových faktorů (1. význam hmotnosti; 2. omezování se v jídle kvůli tloustnutí; 3. zájem o časopisy o hubnutí a dietách; 4. vliv televizních reklam a reklam v časopisech týkajících se hubnutí; 5. obliba hubených modelek; 6. domněnka, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch; 7. domněnka, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší) hraje u dívek nižšího stupně gymnázia nejvýznamnější roli faktor číslo 7, 6 a 5.

2. Ze sedmi vybraných rizikových faktorů (1. význam hmotnosti; 2. omezování se v jídle kvůli tloustnutí; 3. zájem o časopisy o hubnutí a dietách; 4. vliv televizních reklam a reklam v časopisech týkajících se hubnutí; 5. obliba hubených modelek; 6. domněnka, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch; 7. domněnka, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší) hraje u chlapců nižšího stupně gymnázia nejvýznamnější roli faktor číslo 1, 6 a 7.

## 11. METODIKA

### 11. 1. Způsob řešení problému

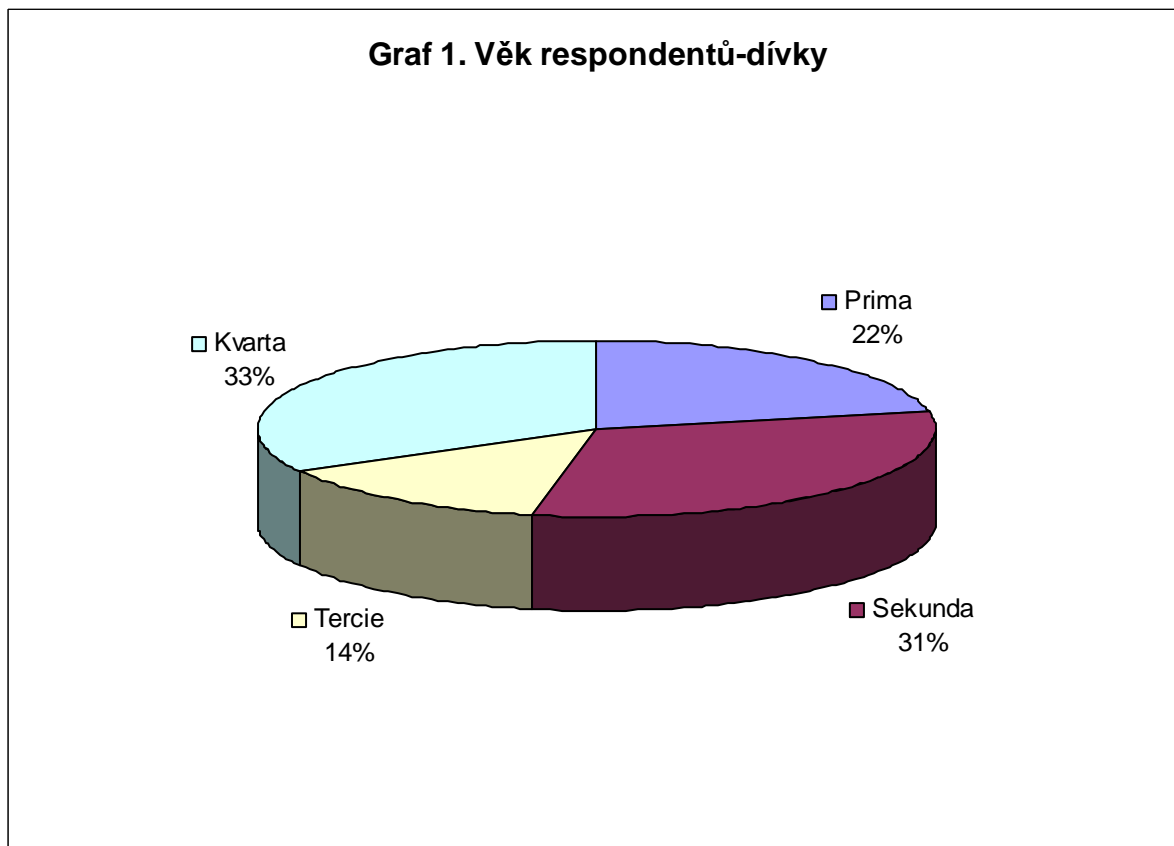
V diplomové práci byl použit kvantitativní výzkum technikou dotazníku. Dotazníkové šetření bylo provedeno v populaci žáků nižšího stupně gymnázia. Dotazník byl anonymní a obsahoval pouze 7 otázek. Záměrně jsem zvolila malý počet otázek, aby se v něm žáci dobře orientovali a adekvátně odpověděli. 5 otázek bylo uzavřených a 2 otázky otevřené. Možná byla pouze 1 odpověď. Dotazníky byly žákům rozdány ve školním prostředí. Na vyplnění dotazníku měli žáci 15 minut. Celkem bylo rozdáno 112 dotazníků, celková návratnost byla 112 dotazníků (100%). Dotazníky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel. Pro prezentaci výsledků byly použity grafy a tabulky. Výsledky jsou uvedeny v číslech zaokrouhlených na celá čísla a v procentech.

### 11. 2. Popis zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen 112 žáky-55 dívkami a 57 chlapci-ve věku 12-15 let. Výzkum byl proveden v únoru 2009. Dotazovaní žáci byli studenty Gymnázia Matyáše Lercha v Brně. Soubor byl rozdělen podle tříd (prima, sekunda, tercie, kvarta).

## 12. VÝSLEDKY-DÍVKY

Věk respondentů (dívky)



Na otázky 12. 1. (1.-7.) odpovídalo 55 dívek. 12 let bylo 12-ti dívkám z primy (22%), 13 let bylo 17-ti dívkám ze sekundy (31%), 14 let bylo 8 dívkám z tercie (14%) a 15 let bylo 18-ti dívkám z kvarty (33%).



## 12. 1. Otázky

1. Je pro mě důležitá moje hmotnost?
2. Omezuji se v jídle, abych nebyla tlustá?
3. Zajímají mě časopisy o hubnutí a dietách?
4. V televizi a časopisech mě ovlivňují reklamy a rady, jak zhubnout?
5. Líbí se mi hubené modelky/modelové?
6. Myslím si, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch?
7. Myslím si, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší?

## 12. 2. Odpovědi respondentů (dívky)

### 12.2. 1. Na otázku „Je pro mě důležitá moje hmotnost?“ odpověděly dívky takto:

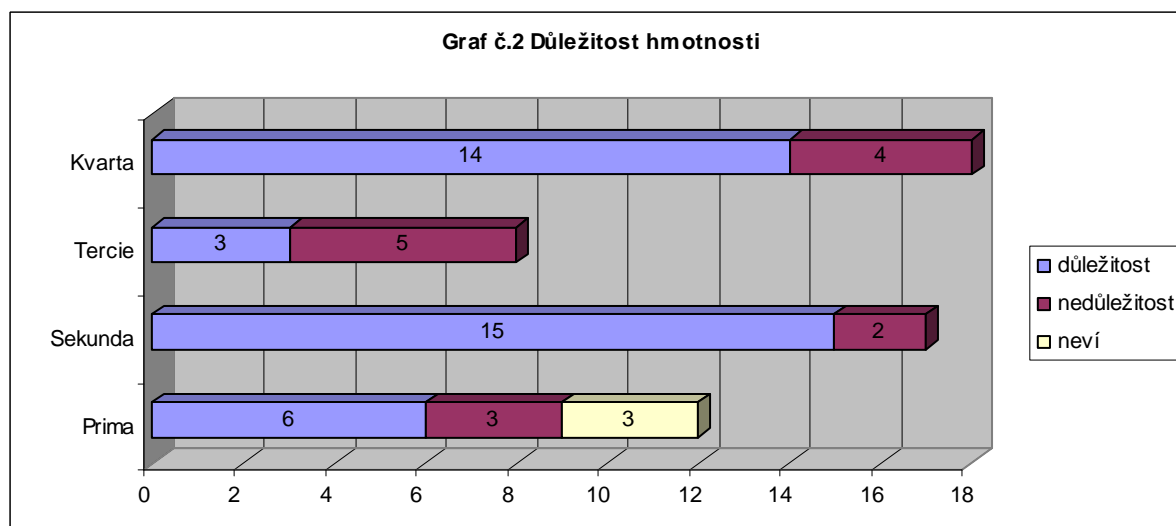
Z 12-ti dívek primy byla hmotnost důležitá pro 6 dívek (50%), pro 3 dívky nebyla důležitá (25%) a 3 dívky nevěděly (25%).

Ze 17-ti dívek sekundy byla hmotnost důležitá pro 15 dívek (88%) a pro 2 dívky důležitá nebyla (12%).

Z 8 dívek tercie byla hmotnost důležitá pro 3 dívky (38%) a pro 5 dívek důležitá nebyla (62%).

Z 18-ti dívek kvarty byla hmotnost důležitá pro 14 dívek (78%) a pro 4 dívky důležitá nebyla (22%).

Z celkového počtu 55-ti dívek (100%) byla hmotnost důležitá pro 38 dívek (69%).



Z výsledků je patrné, že vlastní hmotnost byla pro dívky věkového rozmezí 12-15 let důležitá (z 55-ti dívek pro 38 dívek). Na otázku „proč“ nejčastěji uváděly, že by se chtěly líbit („nechci v plavkách vypadat jako slon“) a že by nechtěly být tlusté. Myslím si, že právě v tomto věku začínají dívky intenzivně vnímat své tělo, uvažují o něm, porovnávají ho s ostatními. Mnohým dívkám se začne postava měnit (růst prsou, ukládání tuku) a to pro ně může znamenat nejistotu a obavu. Dívky se snaží identifikovat samy sebe a často jim v tom pomáhá právě fyzický vzhled („kdybych ztloustla, deptalo by mě to“). Proto, dle mého soudu, dívky řeší svoji hmotnost a uvažují o ní.

12. 2. 2. Na otázku „Omezují se v jídle, abych nebyla tlustá?“ odpověděly dívky takto:

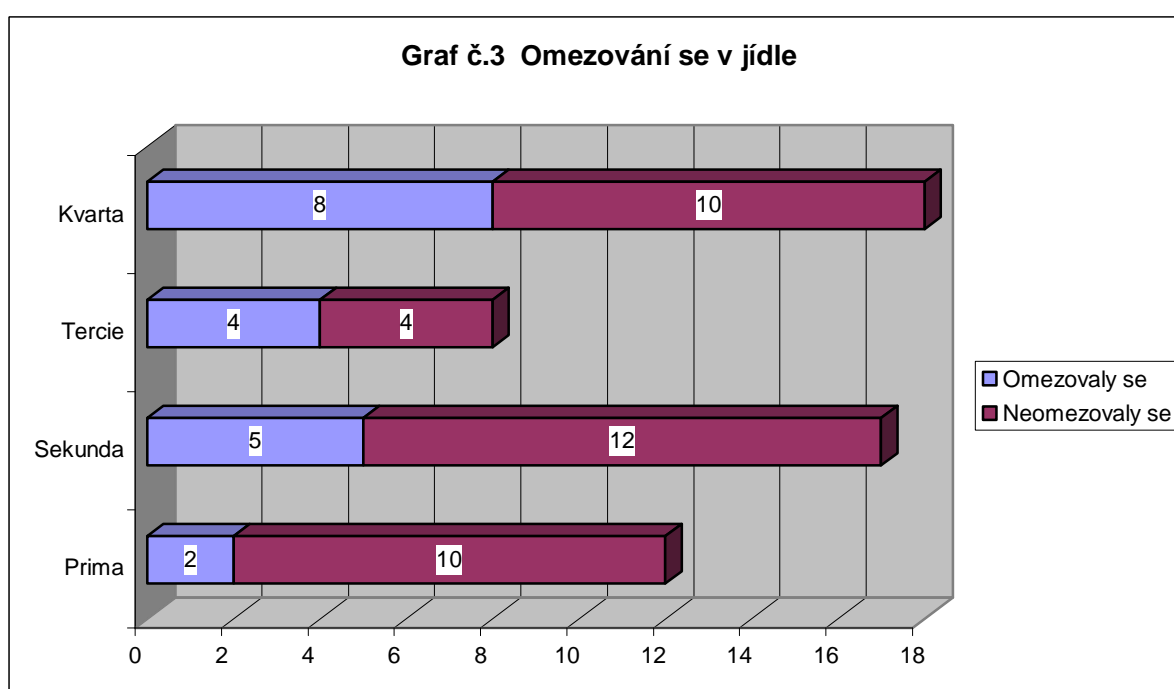
Z 12-ti dívek primy se v jídle omezovaly 2 dívky (17%) a neomezovalo se 10 dívek (83%).

Ze 17-ti dívek sekundy se v jídle omezovalo 5 dívek (29%) a neomezovalo se 12 dívek (71%).

Z 8 dívek tercie se v jídle omezovaly 4 dívky (50%) a neomezovaly se 4 dívky (50%).

Z 18-ti dívek kvarty se v jídle omezovalo 8 dívek (44%) a neomezovalo se 10 dívek (56%).

Z celkového počtu 55-ti dívek se v jídle omezovalo 19 dívek (35%).



Domnívám se, že u dívek, které odpověděly, že se v jídle omezují, by měla být pediatrem navržena redukční dieta, ale to pouze u dívek, které mají skutečnou nadváhu a které budou hubnout pod dohledem lékaře. Pro ostatní dívky je nutné pravidelně jíst různorodou stravu a nevynechávat žádná jídla během dne. Právě vynecháváním jídla během dne (nejčastěji svačiny, pak i oběd) a vyloučením konkrétních potravin z jídelníčku (pečivo, sladká jídla) začíná u mnoha dívek patologie v jídelním chování a pomalu se rozvíjející mentální anorexie.

12. 2. 3. Na otázku „Zajímají mě časopisy o hubnutí a dietách?“ odpověděly dívky takto:

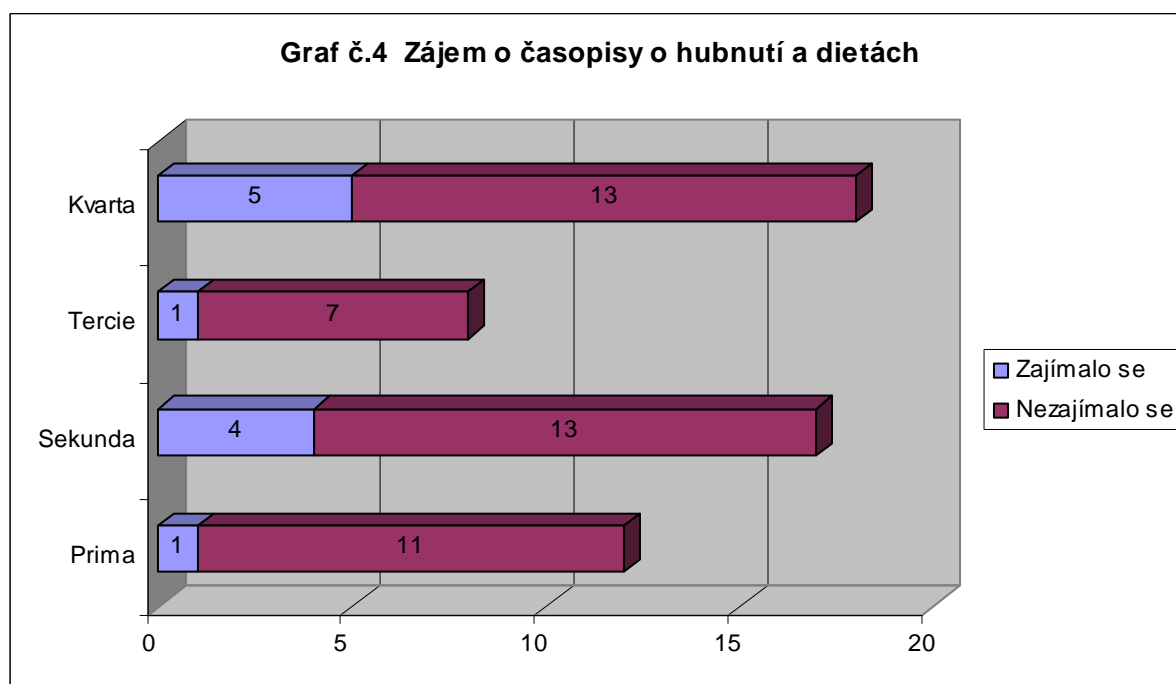
Z 12-ti dívek primy se o časopisy o hubnutí a dietách zajímala 1 dívka (8%) a nezajímalo se 11 dívek (92%).

Ze 17-ti dívek sekundy se o časopisy o hubnutí a dietách zajímaly 4 dívky (24%) a nezajímalo se 13 dívek (76%).

Z 8 dívek tercie se o časopisy o hubnutí a dietách zajímala 1 dívka (12%) a nezajímalo se 7 dívek (88%).

Z 18-ti dívek kvarty se o časopisy o hubnutí a dietách zajímalo 5 dívek (28%) a nezajímalo se 13 dívek (72%).

Z celkového počtu 55-ti dívek se o časopisy o hubnutí a dietách zajímalo 11 dívek (20%).



Je potěšující, že o časopisy o hubnutí a dietách nejevila většina dívek zájem (z 55ti dívek 20). Myslím si, že je to dané intenzitou výskytu těchto časopisů na trhu, která není tak vysoká jako třeba vliv televizních reklam na přípravky na hubnutí.

12. 2. 4. Na otázku „V televizi a časopisech mě ovlivňují reklamy a rady, jak zhubnout?“ odpověděly dívky takto:

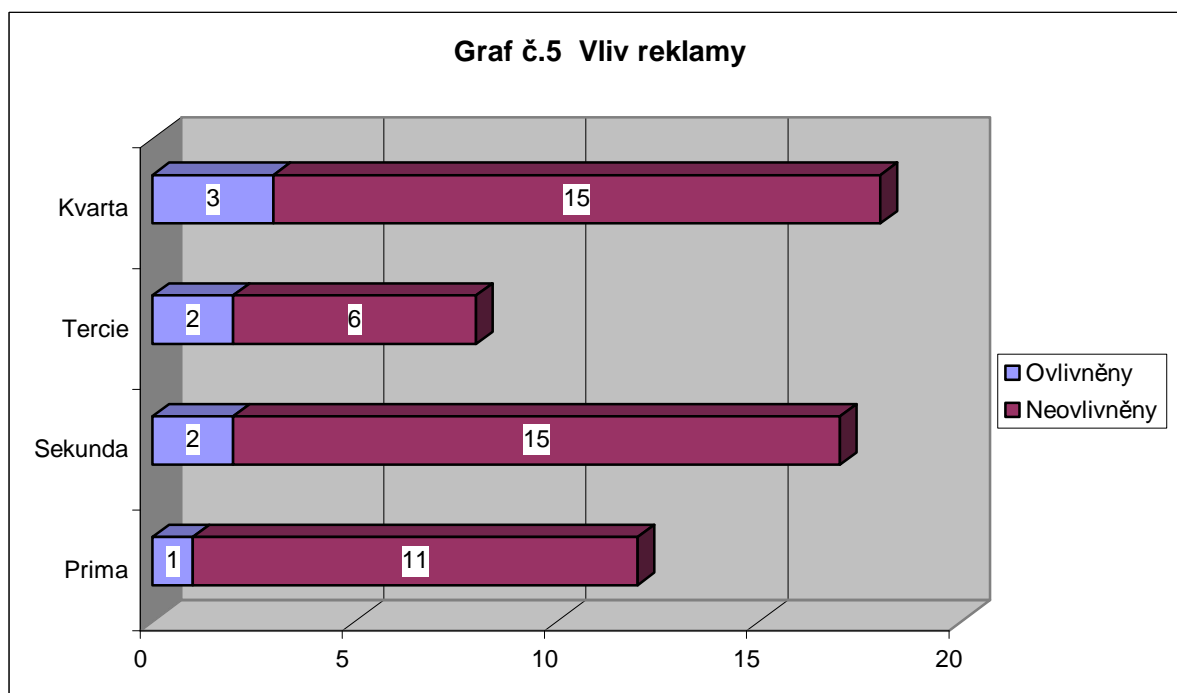
Z 12-ti dívek primy byla reklamou ovlivněna 1 dívka (8%) a nebylo ovlivněno 11 dívek (92%).

Ze 17-ti dívek sekundy byly reklamou ovlivněny 2 dívky (12%) a nebylo ovlivněno 15 dívek (88%).

Z 8 dívek tercie byly reklamou ovlivněny 2 dívky (25%) a nebylo ovlivněno 6 dívek (75%).

Z 18-ti dívek kvarty byly reklamou ovlivněny 3 dívky (17%) a nebylo ovlivněno 15 dívek (83%).

Z celkového počtu 55-ti dívek bylo reklamou ovlivněno 8 dívek (14%).



Je pro mě příjemným překvapením, že kromě malého zájmu o časopisy o hubnutí (viz předešlá otázka č.3) mají na dívky malý vliv jak televizní reklamy a rady tak reklamy a rady v časopisech (z 55ti dívek 8). Domnívám se, že nebezpečný vliv médií se projevuje ve větší míře až u adolescentů (téma pro další diplomovou práci).

12. 2. 5. Na otázku „Líbí se mi hubené modelky/modelové?“ odpověděly dívky takto:

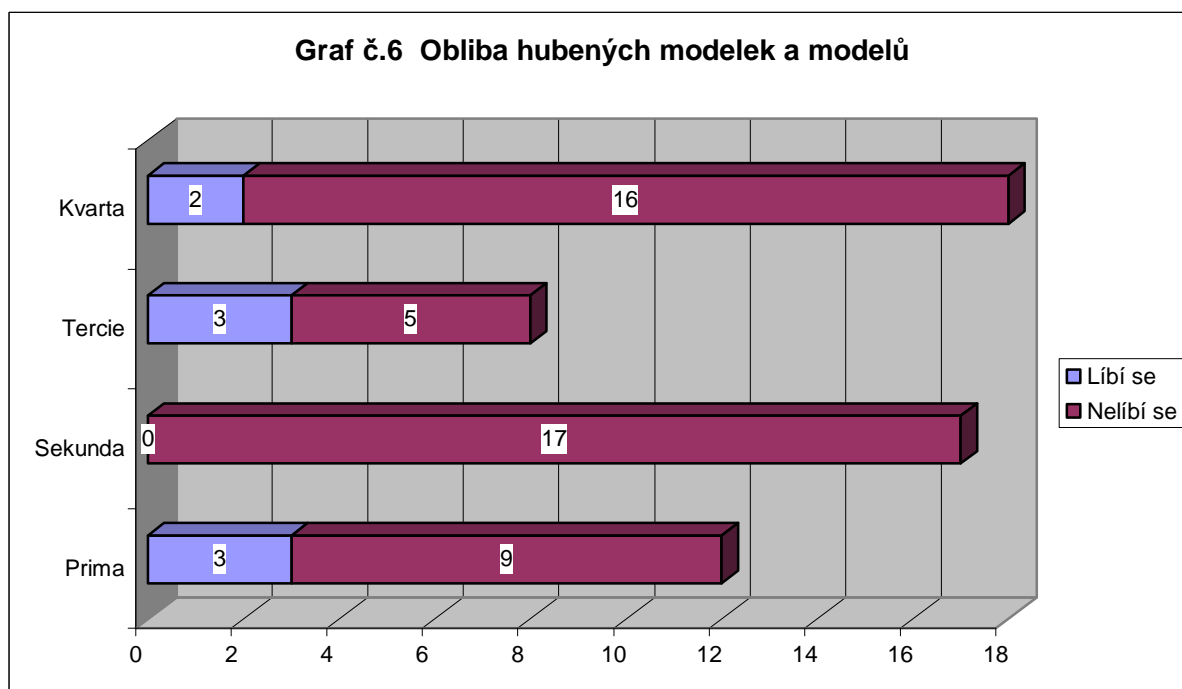
Z 12-ti dívek primy se hubené modelky/modelové líbili 3 dívkám (25%) a nelíbili se 9 dívkám (75%).

Ze 17-ti dívek sekundy se hubené modelky/modelové líbili 0 dívkám (0%) a nelíbili se 17 dívkám (100%).

Z 8 dívek tercie se hubené modelky/modelové líbili 3 dívkám (37%) a nelíbili se 5 dívkám (63%).

Z 18-ti dívek kvarty se hubené modelky/modelové líbili 2 dívkám (11%) a nelíbili se 16 dívkám (89%).

Z celkového počtu 55-ti dívek se hubené modelky a modelové líbili 8 dívkám (14%).



Na otázku č.5 vyjádřily dívky v převaze negativní odpovědi. Myslím si, že je to především kvůli tomu, že se dívky nižšího stupně gymnázia o svět modelingu příliš nezajímají. Pouze minimum z nich má ambice stát se modelkou. Identifikují se s jinými vzory (zpěvačky, herečky, sportovkyně). Troufám si tvrdit, že kdyby byla otázka pozměněna „Líbí se mi hubené zpěvačky?“ převažovaly by kladné odpovědi.

12. 2. 6. Na otázku „Myslím si, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch?“ odpověděly dívky takto:

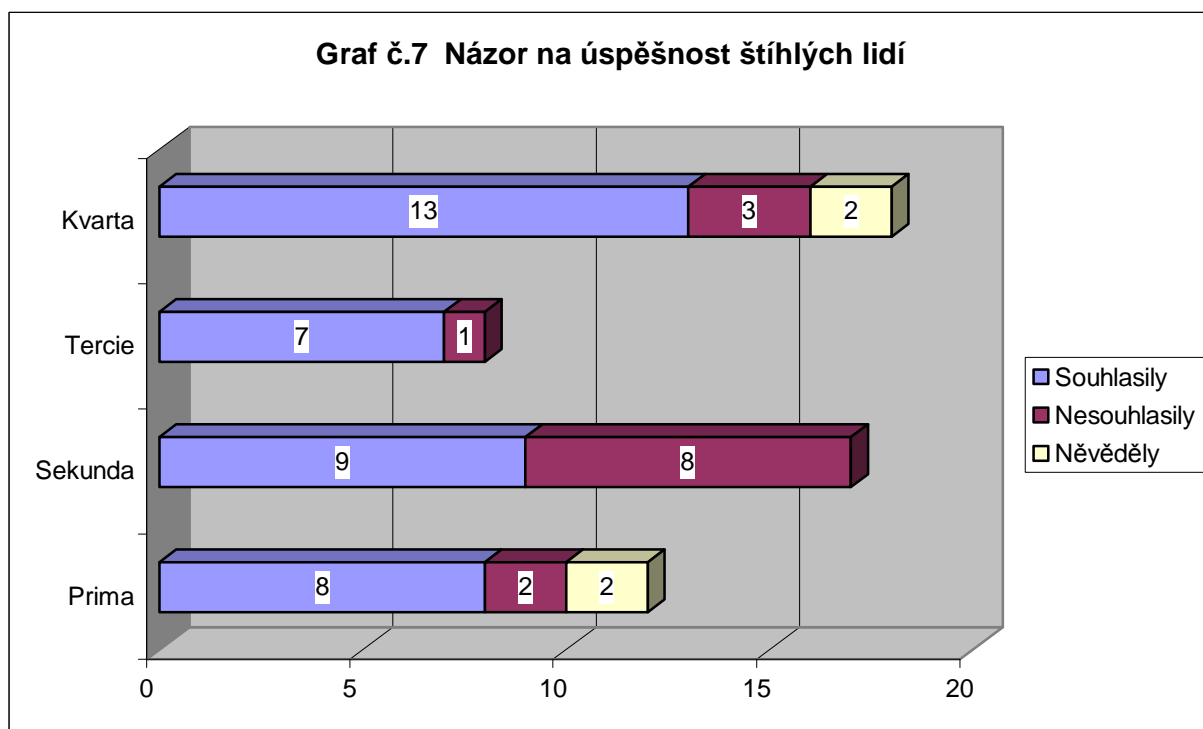
Z 12-ti dívek primy souhlasilo 8 dívek (67%), nesouhlasily 2 dívky (16,5%) a nevěděly 2 dívky (16,5%).

Ze 17-ti dívek sekundy souhlasilo 9 dívek (53%) a nesouhlasilo 8 dívek (47%).

Z 8 dívek tercie souhlasilo 7 dívek (88%) a nesouhlasila 1 dívka (12%).

Z 18-ti dívek kvarty souhlasilo 13 dívek (72%), nesouhlasily 3 dívky (17%) a nevěděly 2 dívky (11%).

Z celkového počtu 55-ti dívek souhlasilo 37 dívek (67%).



Většina dívek na otázku č.6 odpověděla kladně. Jako nejčastější vysvětlení uváděly dívky to, že tlustý člověk je ošklivý a neúspěšný; naopak štíhlý člověk je krásný a žádoucí. Myslím si, že toto jednostranné vykreslení určitých typů (štíhlý člověk = úspěch, krása, zdraví vs. tlustý člověk = ošklivost, nezdár, nemoc) dnes dominuje v celé společnosti. Většina dívek se s ním ztotožňuje, což je alarmující.

12. 2. 7. Na otázku „Myslím si, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší?“ odpověděly dívky takto:

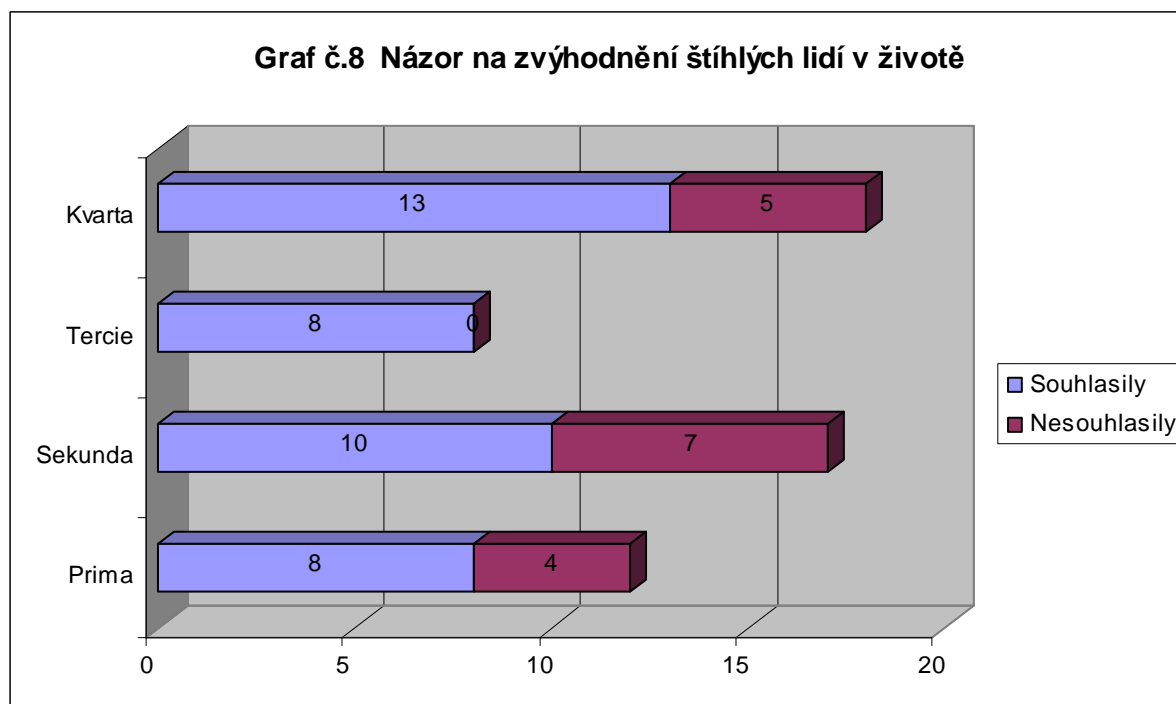
Z 12-ti dívek primy souhlasilo 8 dívek (67%) a nesouhlasily 4 dívky (33%).

Ze 17-ti dívek sekundy souhlasilo 10 dívek (59%) a nesouhlasilo 7 dívek (41%).

Z 8 dívek tercie souhlasilo 8 dívek (100%) a nesouhlasilo 0 dívek (0%).

Z 18-ti dívek kvarty souhlasilo 13 dívek (72%) a nesouhlasilo 5 dívek (28%).

Z celkového počtu 55-ti dívek souhlasilo 39 dívek (70%).



Stejně jako u otázky č.6 i na otázku č.7 odpověděla většina dívek kladně (z 55ti dívek 39). Je to vlastně logické a potvrzuje jen výsledek u otázky č.6. Pubescenti žijí v domění, že štíhlí lidé jsou úspěšní v práci (vyhrávají výběrová řízení, budují kariéru, mají peníze) i v soukromí (snadno hledají partnera, jsou přitažliví a oblíbení). Nemusí řešit samotu, ztrátu zaměstnání, neúspěchy..., mají to prostě v životě jednodušší.



### 12. 3. Vybrané rizikové faktory

faktor číslo 1. význam hmotnosti

faktor číslo 2. omezování se v jídle kvůli tloustnutí

faktor číslo 3. zájem o časopisy o hubnutí a dietách

faktor číslo 4. vliv televizních reklam a reklam v časopisech týkajících se hubnutí

faktor číslo 5. obliba hubených modelek/modelů

faktor číslo 6. domněnka, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch

faktor číslo 7. domněnka, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší

## 12. 4. Nejrizikovější faktory u dívek na úrovni tříd

### 12. 4. 1. Nejrizikovější faktory u dívek z primy

Pro dívky z primy je nejrizikovější faktor číslo 7/6 a 1; nejméně rizikový je faktor číslo 3/4 a 2.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	50%
č.2	17%
č.3	8%
č.4	8%
č.5	25%
č.6	67%
č.7	67%

#### 12. 4. 2. Nejrizikovější faktory u dívek ze sekundy

Pro dívky ze sekundy je nejrizikovější faktor číslo 1, 7 a 6; nejméně rizikový je faktor číslo 5, 4 a 3.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	88%
č.2	29%
č.3	24%
č.4	12%
č.5	0%
č.6	53%
č.7	59%

#### 12. 4. 3. Nejrizikovější faktory u dívek z tercie

Pro dívky z tercie je nejrizikovější faktor číslo 7, 6 a 2; nejméně rizikový je faktor číslo 3, 4 a 5.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	38%
č.2	50%
č.3	12%
č.4	25%
č.5	37%
č.6	88%
č.7	100%

#### 12. 4. 4. Nejrizikovější faktory u dívek z kvarty

Pro dívky z kvarty je nejrizikovější faktor číslo 1 a 6/7; nejméně rizikový je faktor číslo 5, 4 a 3.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	78%
č.2	44%
č.3	28%
č.4	17%
č.5	11%
č.6	72%
č.7	72%

#### 12. 4. 5. Nejrizikovější faktory u dívek na úrovni tříd

Prvními dvěma nejrizikovějšími faktory u dívek jsou faktory číslo 1 a 7 se stejným počtem zastoupení; třetím nejrizikovějším faktorem je faktor číslo 6.

TŘÍDA	1. a 2. NEJRIZIKOVĚJŠÍ FAKTOR	3. NEJRIZIKOVĚJŠÍ FAKTOR
PRIMA	7/6	6
SEKUNDA	1	7
TERCIE	7	6
KVARTA	1	6/7

## 12. 5. Nejméně rizikové faktory u dívek na úrovni tříd

Prvními dvěma nejméně rizikovými faktory u dívek jsou faktory číslo 3 a 5; na třetím místě se umístil faktor číslo 4.

TŘÍDA	1. a 2. NEJMÉNĚ RIZIKOVÝ FAKTOR	3. NEJMÉNĚ RIZIKOVÝ FAKTOR
PRIMA	3/4	
SEKUNDA	5	4
TERCIE	3	4
KVARTA	5	4

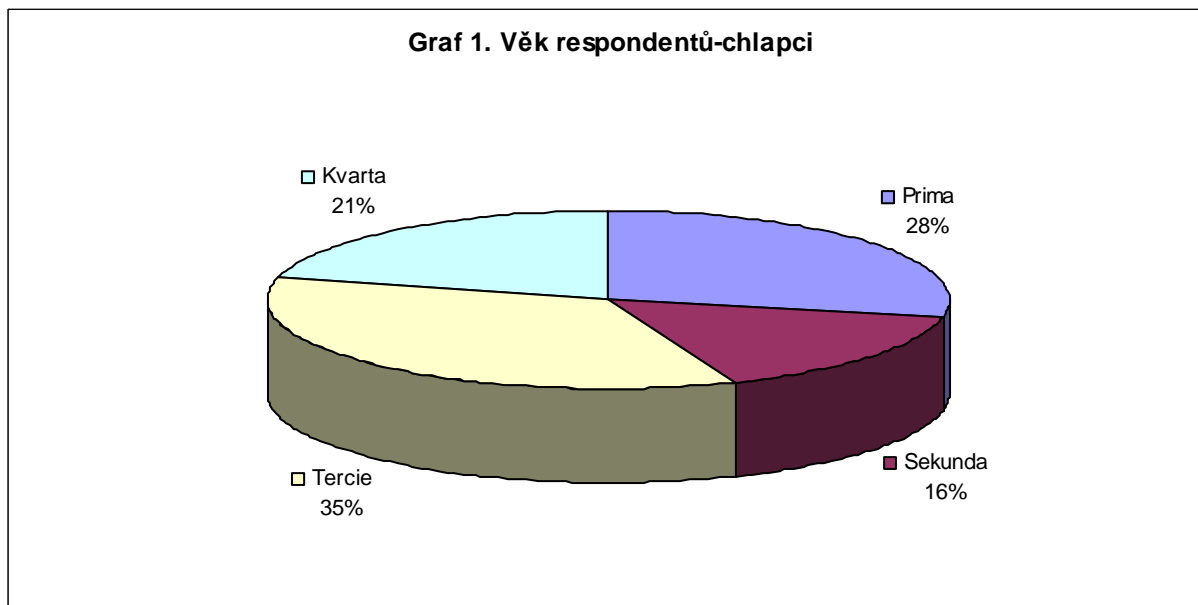
## 12. 6. Testování hypotézy číslo 1

Z výsledků výzkumu vyplývá, že hypotéza číslo 1 byla potvrzena pouze částečně, a to pro faktor číslo 7 a 6. Nejrizikovějšími faktory z vybraných faktorů 1-7 jsou u dívek nižšího stupně gymnázia faktory číslo 1, 7 a 6. Hypotézu pro faktor číslo 5 výzkum vyvrátil, neboť faktor číslo 5 je vedle faktoru číslo 3 prvním nejméně rizikovým faktorem.



## 13. VÝSLEDKY-CHLAPCI

Věk respondentů (chlapci)



Na otázky 13. 1. (1.-7.) odpovídalo 57 chlapců. 12 let bylo 16-ti chlapcům z primy (28%), 13 let bylo 9-ti chlapcům ze sekundy (16%), 14 let bylo 20-ti chlapcům z tercie (35%) a 15 let bylo 12-ti chlapcům z kvarty (21%).

### 13. 1. Otázky

1. Je pro mě důležitá moje hmotnost?
2. Omezuji se v jídle, abych nebyl tlustý?
3. Zajímají mě časopisy o hubnutí a dietách?
4. V televizi a časopisech mě ovlivňují reklamy a rady, jak zhubnout?
5. Líbí se mi hubené modelky/modelové?
6. Myslím si, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch?
7. Myslím si, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší?

## 13. 2. Odpovědi respondentů (chlapci)

13. 2. 1. Na otázku „Je pro mě důležitá moje hmotnost?“ odpověděli chlapci takto:

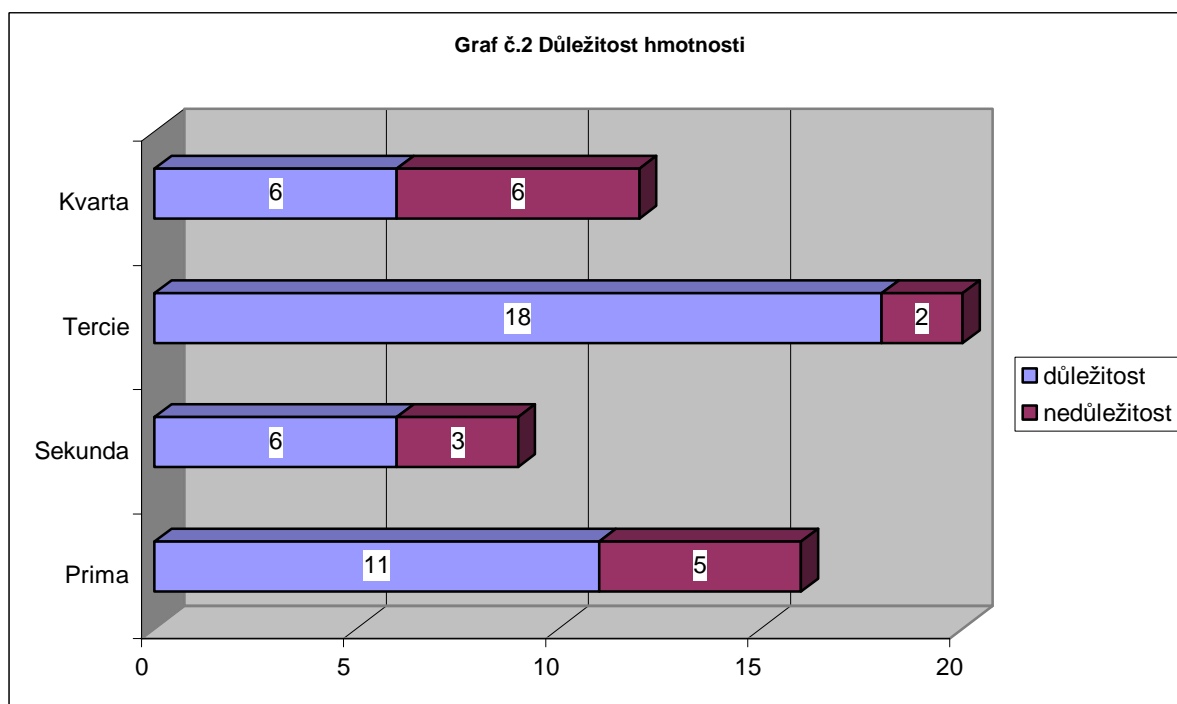
Z 16-ti chlapců primy byla hmotnost důležitá pro 11 chlapců (69%) a nebyla důležitá pro 5 chlapců (31%).

Z 9-ti chlapců sekundy byla hmotnost důležitá pro 6 chlapců (67%) a nebyla důležitá pro 3 chlapce (33%).

Z 20-ti chlapců tercie byla hmotnost důležitá pro 18 chlapců (90%) a nebyla důležitá pro 2 chlapce (10%).

Z 12-ti chlapců kvarty byla hmotnost důležitá pro 6 chlapců (50%) a nebyla důležitá pro 6 chlapců (50%).

Z celkového počtu 57 chlapců byla hmotnost důležitá pro 41 chlapců (72%).



Z výsledků otázky číslo 1 jasně vyplynulo, že pro většinu chlapců nižšího stupně gymnázia ve věku 12-15 let je jejich hmotnost důležitá (z 57 chlapců pro 41 chlapců). Nejčastějším důvodem, který chlapci uváděli, byl sport, kterému se aktivně věnují. Myslím si, že v tomto věku cítí chlapci potřebu v něčem vyniknout; ukázat ostatním, v čem jsou dobří nebo dokonce nejlepší. A to jim umožňují právě sportovní aktivity. Kilogramy navíc a tloušťka by je

omezovala ve výkonu. Proto, podle mého názoru, se většina chlapců zaobírá svojí hmotností a je pro ně důležitá.

13. 2. 2. Na otázku „Omezují se v jídle, abych nebyl tlustý?“ odpověděli chlapci takto:

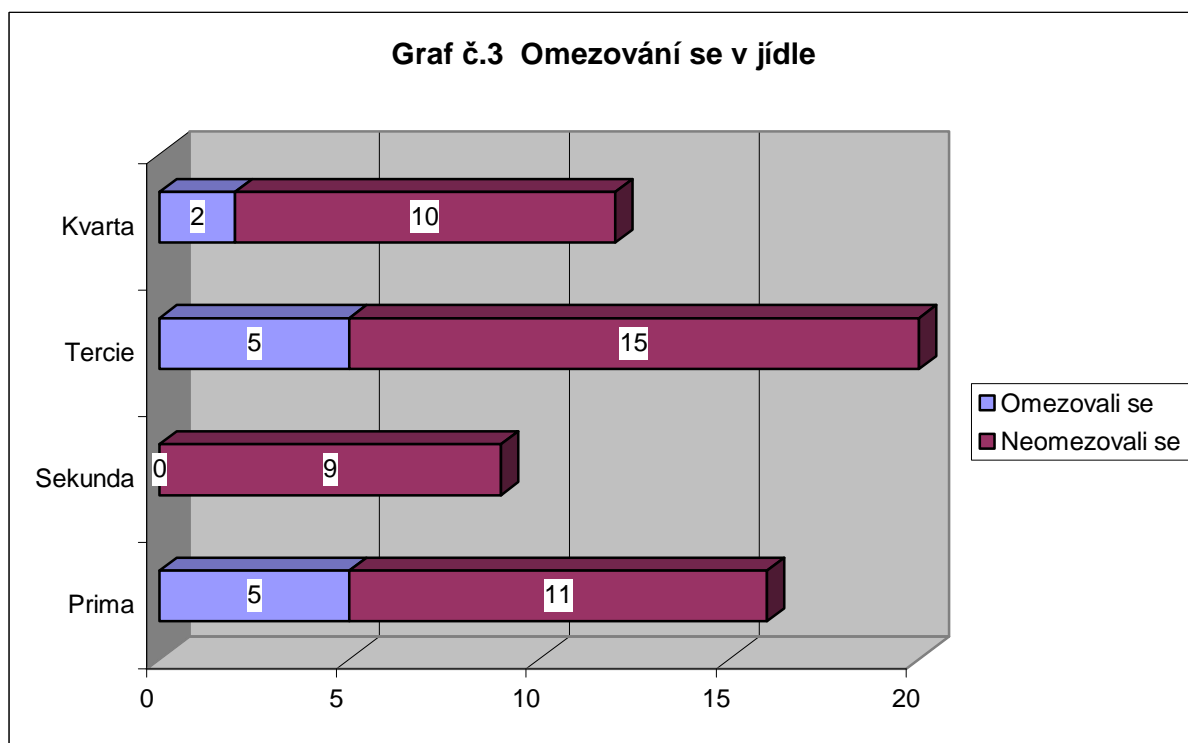
Z 16-ti chlapců primy se v jídle omezovalo 5 chlapců (31%) a neomezovalo se 11 chlapců (69%).

Z 9-ti chlapců sekundy se v jídle omezovalo 0 chlapců (0%) a neomezovalo se 9 chlapců (100%).

Z 20-ti chlapců tercie se v jídle omezovalo 5 chlapců (25%) a neomezovalo se 15 chlapců (75%).

Z 12-ti chlapců kvarty se v jídle omezovali 2 chlapci (17%) a neomezovalo se 10 chlapců (83%).

Z celkového počtu 57 chlapců se v jídle omezovalo 12 chlapců (21%).



Většina chlapců se v jídle neomezuje (z 57 chlapců 12 chlapců). U chlapců, kteří odpověděli kladně, by bylo dobré zjistit, proč se v jídle omezují. Zda je pravým důvodem to, že mají opravdu nadváhu nebo zda si pouze myslí, že mají nadváhu. Záleží také na tom, jak moc se omezují (vynechávání hlavního jídla, vegetariánství). Jestli se pouze vyhýbají nezdravému přejídání se nebo jestli jejich jídelní návyky obsahují nějakou patologii. Obezřetní by měli být hlavně rodiče, ale i spolužáci, sourozenci a neposlední řadě učitelé.

13. 2. 3. Na otázku „Zajímají mě časopisy o hubnutí a dietách?“ odpověděli chlapci takto:

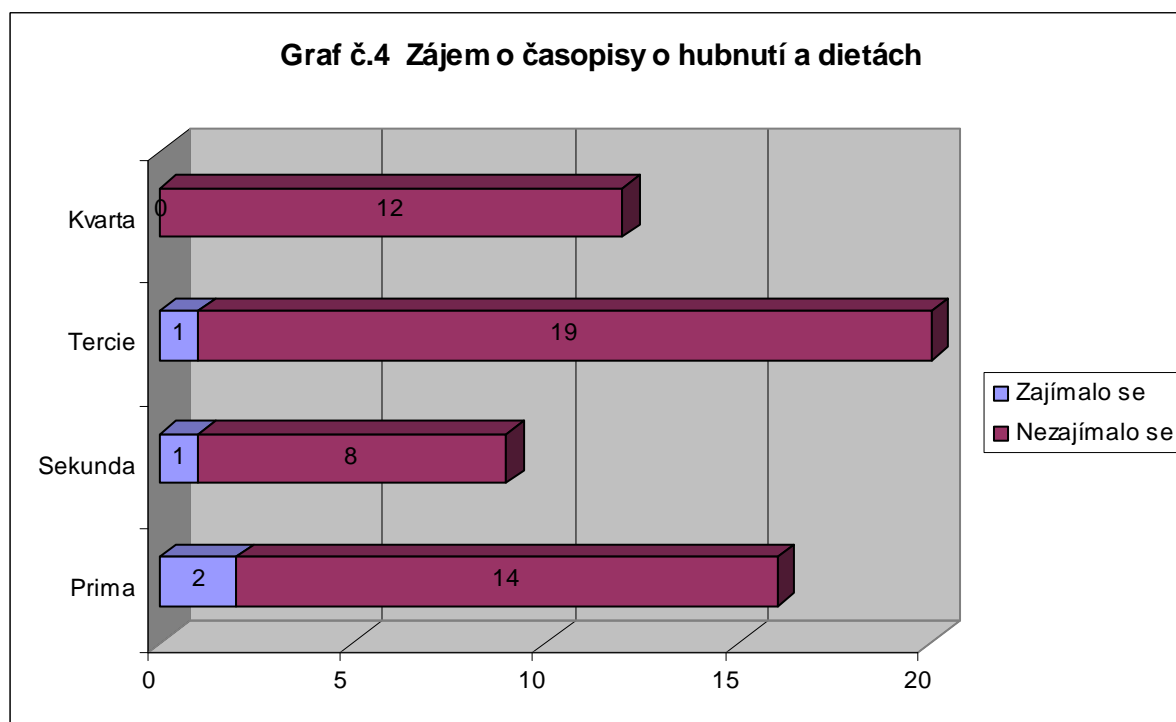
Z 16-ti chlapců primy se o časopisy o hubnutí a dietách zajímali 2 chlapci (13%) a nezajímalo se 14 chlapců (87%).

Z 9-ti chlapců sekundy se o časopisy o hubnutí a dietách zajímal 1 chlapec a nezajímalo se 8 chlapců (89%).

Z 20-ti chlapců tercie se o časopisy o hubnutí a dietách zajímal 1 chlapec (5%) a nezajímalo se 19 chlapců (95%).

Z 12-ti chlapců kvarty se o časopisy o hubnutí a dietách zajímalo 0 chlapců (0%) a nezajímalo se 12 chlapců (100%).

Z celkového počtu 57 chlapců se o časopisy o hubnutí a dietách zajímali 4 chlapci (7%).



O časopisy o hubnutí a dietách se zajímalo velmi málo chlapců (z 57 chlapců pouze 4).

Myslím si, že při skutečné potřebě zhubnout, „vsází“ muži (chlapci) na sport a energetický výdej než na počítání kilojoulů a časopisy o hubnutí a dietách.

13. 2. 4. Na otázku „V televizi a časopisech mě ovlivňují reklamy a rady, jak zhubnout?“ odpověděli chlapci takto:

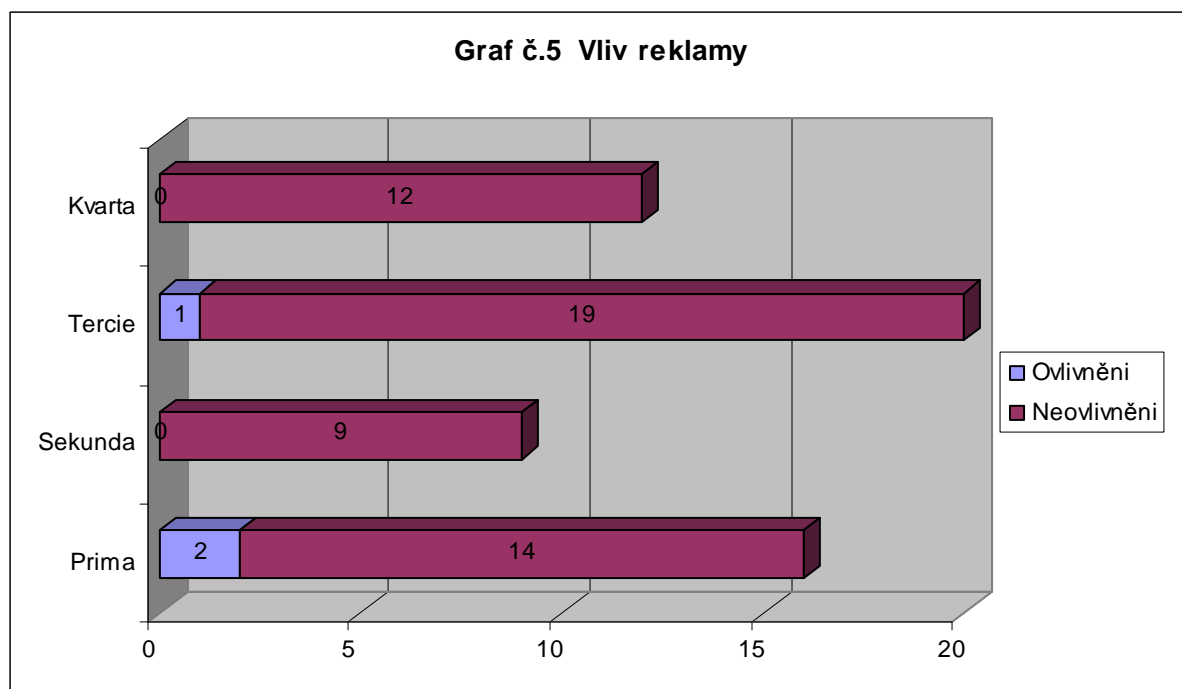
Z 16-ti chlapců primy byli reklamou a radami ovlivněni 2 chlapci (13%) a nebylo ovlivněno 14 chlapců (87%).

Z 9-ti chlapců sekundy bylo reklamou a radami ovlivněno 0 chlapců (0%) a nebylo ovlivněno 9 chlapců (100%).

Z 20-ti chlapců tercie byl reklamou a radami ovlivněn 1 chlapec (5%) a nebylo ovlivněno 19 chlapců (95%).

Z 12-ti chlapců kvarty bylo reklamou a radami ovlivněno 0 chlapců (0%) a nebylo ovlivněno 12 chlapců (100%).

Z celkového počtu 57 chlapců byli reklamou a radami ovlivněni 3 chlapci (5%).



Na otázku číslo 4 odpověděli téměř všichni chlapci záporně (z 57 chlapců 54). To jen potvrzuje moji domněnku (viz odpovědi na otázku číslo 3).

13. 2. 5. Na otázku „Líbí se mi hubené modelky/modelové?“ odpověděli chlapci takto:

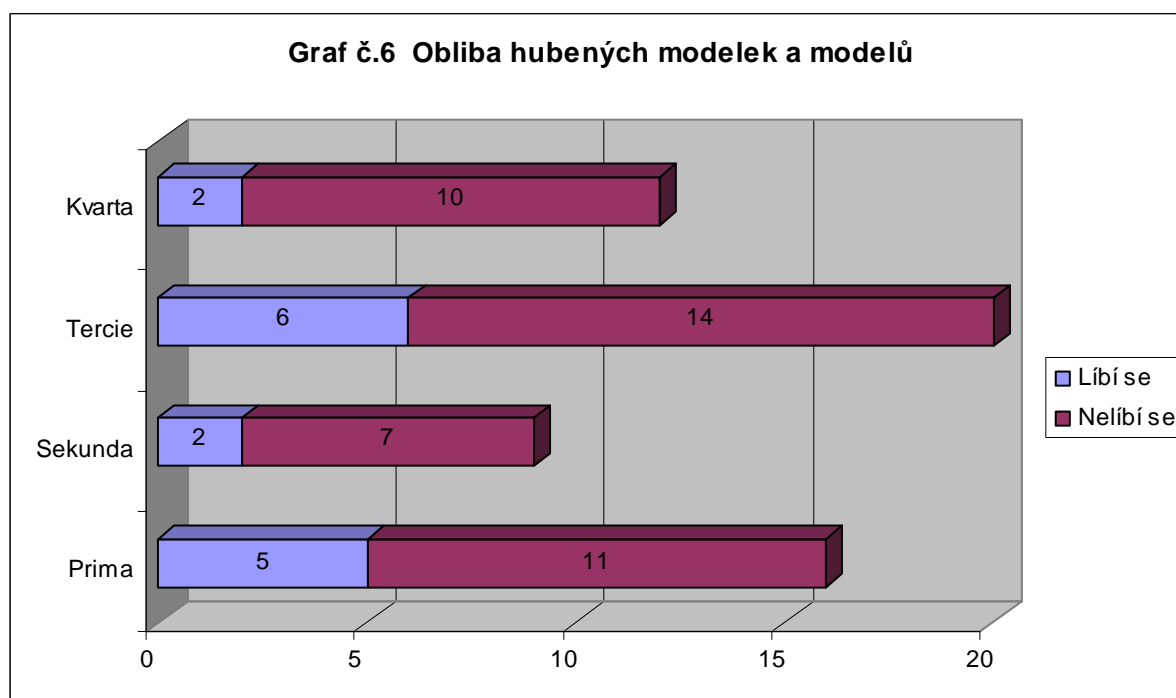
Z 16-ti chlapců primy se hubené modelky/modelové líbili 5 chlapcům (31%) a nelíbili se 11 chlapcům (69%).

Z 9-ti chlapců sekundy se hubené modelky/modelové líbili 2 chlapcům (22%) a nelíbili se 7 chlapcům (78%).

Z 20-ti chlapců tercie se hubené modelky/modelové líbili 6 chlapcům (30%) a nelíbili se 14 chlapcům (70%).

Z 12-ti chlapců kvarty se hubené modelky/modelové líbili 2 chlapcům (17%) a nelíbili se 10 chlapcům (83%).

Z celkového počtu 57 chlapců se hubené modelky/modelové líbili 15-ti chlapcům (26%).



I na otázku číslo 5 odpověděla převaha chlapců záporně (z 57 chlapců 42). Stejně jako dívky se ani chlapci o svět modelingu příliš nezajímají. Mají jiné vzory, se kterými se chtějí ztotožnit (sportovci, starší sourozenci, oblíbený učitel...).



13. 2. 6. Na otázku „Myslím si, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch?“ odpověděli chlapci takto:

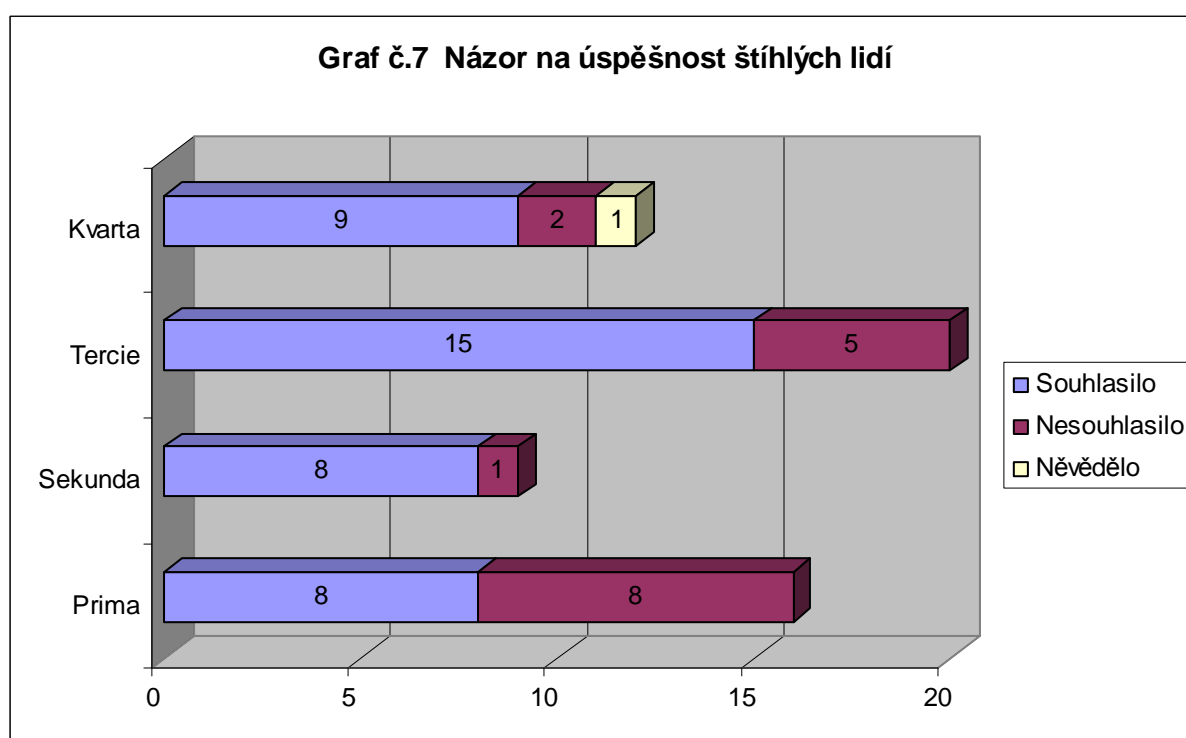
Z 16-ti chlapců primy souhlasilo 8 chlapců (50%) a nesouhlasilo 8 chlapců (50%).

Z 9-ti chlapců sekundy souhlasilo 8 chlapců (89%) a nesouhlasil 1 chlapec (11%).

Z 20-ti chlapců tercie souhlasilo 15 chlapců (75%) a nesouhlasilo 5 chlapců (25%).

Z 12-ti chlapců kvarty souhlasilo 9 chlapců (75%), nesouhlasili 2 chlapci (17%) a nevěděl 1 chlapec (8%).

Z celkového počtu 57 chlapců souhlasilo 40 chlapců (70%).



Většina chlapců odpověděla na otázku číslo 6 kladně (z 57 chlapců 40). Nejčastější důvod, který chlapci uvedli, byl hezký fyzický vzhled štíhlých lidí („jsou hezcí“; „líbí se více lidem“). Tento celospolečensky prostoupený názor má nejen většina dívek ale i chlapců. Je jistě správné upozornit společnost na nebezpečí tloušťky, ale skandalizace obezity, abnormální důraz na „zdravou“ stravu a jednostranné a povrchní spojování štíhlosti se zdravím může být též velmi nebezpečné, zvláště pro vznik poruch příjmu potravy.

13. 2. 7. Na otázku „Myslím si, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší?“ odpověděli chlapci takto:

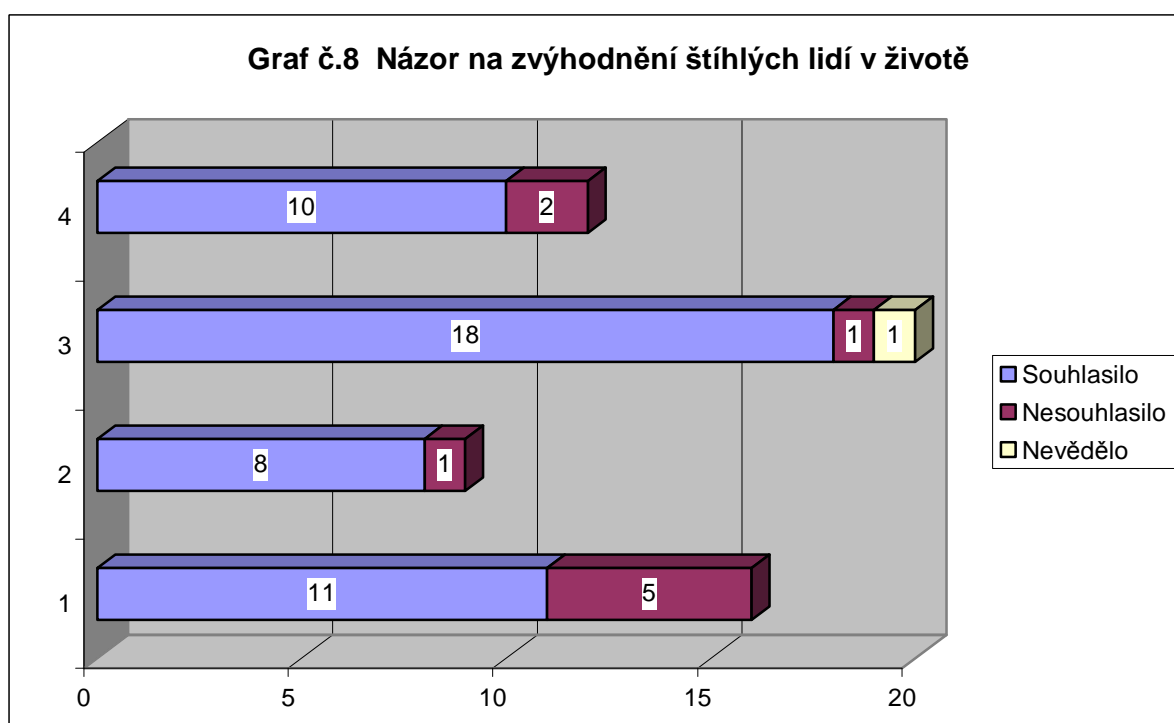
Z 16-ti chlapců primy souhlasilo 11 chlapců (69%) a nesouhlasilo 5 chlapců (31%).

Z 9-ti chlapců sekundy souhlasilo 8 chlapců (89%) a nesouhlasil 1 chlapec (11%).

Z 20-ti chlapců tercie souhlasilo 18 chlapců (90%), nesouhlasil 1 chlapec (5%) a nevěděl jeden chlapec (5%).

Z 12-ti chlapců kvarty souhlasilo 10 chlapců (83%) a nesouhlasili 2 chlapci (17%).

Z celkového počtu 57 chlapců souhlasilo 47 chlapců (82%).



Stejně jako u dívek i u chlapců výsledky otázky číslo 7 stvrdily výsledky otázky číslo 6.

### 13. 3. Vybrané rizikové faktory

faktor číslo 1. význam hmotnosti

faktor číslo 2. omezování se v jídle kvůli tloustnutí

faktor číslo 3. zájem o časopisy o hubnutí a dietách

faktor číslo 4. vliv televizních reklam a reklam v časopisech týkajících se hubnutí

faktor číslo 5. obliba hubených modelek/modelů

faktor číslo 6. domněnka, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch

faktor číslo 7. domněnka, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší

#### 13. 4. Nejrizikovější faktory u chlapců na úrovni tříd

##### 13. 4. 1. Nejrizikovější faktory u chlapců z primy

Pro chlapce z primy je nejrizikovější faktor číslo 1/7 a 6; nejméně rizikový je faktor číslo 3/4 a 2/5.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	69%
č.2	31%
č.3	13%
č.4	13%
č.5	31%
č.6	44%
č.7	69%

#### 13. 4. 2. Nejrizikovější faktory u chlapců ze sekundy

Pro chlapce ze sekundy je nejrizikovější faktor číslo 6, 7 a 1; nejméně rizikový je faktor číslo 2/4 a 3.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	67%
č.2	0%
č.3	11%
č.4	0%
č.5	22%
č.6	89%
č.7	78%

### 13. 4. 3. Nejrizikovější faktory u chlapců z tercie

Pro chlapce z tercie je nejrizikovější faktor číslo 1/7 a 6; nejméně rizikový je faktor číslo 3/4 a 2.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	90%
č.2	25%
č.3	5%
č.4	5%
č.5	30%
č.6	75%
č.7	90%

#### 13. 4. 4. Nejrizikovější faktory u chlapců z kvarty

Pro chlapce z kvarty je nejrizikovější faktor číslo 7, 6 a 1; nejméně rizikový je faktor číslo 3/4 a 2/5.

FAKTOR	Kladná odpověď „ANO“
č. 1	50%
č.2	17%
č.3	0%
č.4	0%
č.5	17%
č.6	75%
č.7	83%

### 13. 4. 5. Nejrizikovější faktory u chlapců na úrovni tříd

Prvním nejrizikovějším faktorem u chlapců je faktor číslo 7; druhý nejrizikovější faktor je faktor číslo 1 a na třetím místě se umístil faktor číslo 6.

TŘÍDA	1. NEJRIZIKOVĚJŠÍ FAKTOR	2. NEJRIZIKOVĚJŠÍ FAKTOR	3. NEJRIZIKOVĚJŠÍ FAKTOR
PRIMA	1/7		6
SEKUNDA	6	7	1
TERCIE	1/7		6
KVARTA	7	6	1



### 13. 5. Nejméně rizikové faktory u chlapců na úrovni tříd

Prvním nejméně rizikovým faktorem u chlapců je faktor číslo 4; druhý nejméně rizikový faktor je faktor číslo 3 a třetí nejméně rizikový faktor je faktor číslo 2.

TŘÍDA	1. NEJMÉNĚ RIZIKOVÝ FAKTOR	2. NEJMÉNĚ RIZIKOVÝ FAKTOR	3. NEJMÉNĚ RIZIKOVÝ FAKTOR
PRIMA	3/4		2/5
SEKUNDA	2/4		3
TERCIE	3/4		2
KVARTA	3/4		2/5

### 13. 6. Testování hypotézy číslo 2

Nejrizikovějšími faktory z vybraných faktorů 1-7 jsou u žáků (chlapců) nižšího stupně gymnázia faktory číslo 7, 1 a 6.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že hypotéza číslo 2 byla sice potvrzena, na prvních třech místech se skutečně umístily stejné faktory avšak nikoliv v hypotetickém pořadí 1, 6 a 7 ale v pořadí 7, 1 a 6.

## 14. SHRNU TÍ A ZÁVĚR

Výzkum, který je prezentován v praktické části diplomové práce byl proveden pomocí dotazníků (viz Příloha 1). Mezi žáky nižšího stupně Gymnázia Matyáše Lercha v Brně. Věkové rozmezí žáků bylo 12-15 let. Celkem odpovědělo 112 žáků – 55 dívek a 57 chlapců. Žáci byli rozděleni do 4 skupin podle tříd (prima, sekunda, tercie, kvarta). Otázky dotazníku byly postaveny tak, aby odhalily míru vybraných rizikových faktorů podněcujících vznik menální anorexie právě u žáků nižšího stupně gymnázia. Po zpracování dívčích dat jsem došla k těmto výsledkům: z 55-ti dívek nižšího stupně gymnázia byla hmotnost důležitá pro 38 dívek; se v jídle omezovalo 19 dívek; se zajímalo o časopisy o hubnutí a dietách 11 dívek; bylo reklamou a radami, jak zhubnout ovlivněno 8 dívek; se hubené modelky, modelové líbili 8 dívkám; si 37 dívek myslelo, že štíhlí lidé jsou v práci i soukromí úspěšnější; si 39 dívek myslelo, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší. Poté byla testována hypotéza číslo 1 předpokládající, že u dívek nižšího stupně gymnázia hraje nejvýznamnější roli faktor číslo 7, 6 a 5. Ukázalo se, že se potvrdila pouze částečně, a to pro faktor číslo 7 a 6. Nejrizikovějšími faktory z vybraných faktorů 1-7 jsou u dívek nižšího stupně gymnázia faktory číslo 1, 7 a 6. Hypotézu pro faktor číslo 5 výzkum vyvrátil, neboť faktor číslo 5 je vedle faktoru číslo 3 prvním nejméně rizikovým faktorem.

Po zpracování chlapců jsem došla k těmto výsledkům: z 57 chlapců nižšího stupně gymnázia byla hmotnost důležitá pro 41 chlapců; se v jídle omezovalo 12 chlapců; se zajímali o časopisy o hubnutí a dietách 4 chlapci; byli reklamou a radami, jak zhubnout ovlivněni 3 chlapci; se hubené modelky, modelové líbili 15 ti chlapcům; si 40 chlapců myslelo, že štíhlí lidé jsou v práci i v soukromí úspěšnější; si 47 chlapců myslelo, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší. Poté byla testována hypotéza číslo 2, dle které by měly být nejrizikovějšími faktory z vybraných faktorů 1-7 u žáků (chlapců) nižšího stupně gymnázia faktory číslo 7, 1 a 6. Z výsledku výzkumu vyplývá, že hypotéza číslo 2 byla sice potvrzena, na prvních třech místech se skutečně umístily stejné faktory avšak nikoliv v hypotetickém pořadí 1, 6 a 7 ale v pořadí 7, 1 a 6.

Domnívám se, že cíl diplomové práce, jejíž téma znělo Mentální anorexie a míra vybraných rizikových faktorů podněcujících její vznik u žáků nižšího stupně gymnázia, byl splněn. Provedený výzkum odhalil mnohé skutečnosti, na druhou stranu nastínil několik dalších nezodpovězených otázek týkajících se mentální anorexie a jejího nebezpečí pro žáky. Diplomová práce může posloužit jako doplňková literatura nebo jako inspirace dalším zájemcům o problematiku poruch příjmu potravy.

## 15. POUŽITÁ LITERATURA

1. CLAUDE – PIERRE, Peggy.: Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy, Praha: Pragma, 2001.
2. COHEN, Robert.: Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi, Praha: Portal, 2002.
3. GROGAN, Sarah.: Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem, Praha: GRADA Publishing, 2000.
4. FIALOVÁ, Ludmila.: Moderní body image, jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla, Praha: GRADA Publishing, 2006.
5. KINGSLEY, J., KINGSLEY, A.: Alice v zrcadle, Brno: Jota, 2006.
6. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J., LÉBL, J.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání, Praha: Galén, 1997.
7. KOUTEK, Jiří. et al.: Dětská a adolescentní psychiatrie, Praha: Portál, 2000.
8. KRATOCHVÍL, Stanislav.: Skupinová psychoterapie v praxi, Praha: Triton, 2006.
9. KRCH, František David. a kol.: Poruchy příjmu potravy, Praha: GRADA Publishing, 2005.
10. KRCH, František David.: Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi, roč.5, č.1., s. 14-16, 2004.
11. KRCH, František David.: Mentální anorexie, Praha: Portál, 2002.
12. KRCH, František David. et al.: Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie, Praha: GRADA Publishing, 1999.
13. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava.: Riziko refeeding syndromu u mentální anorexie. Psychiatrie pro praxi, roč.3, č.4., s.146-151, 2002.
14. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava., ČEŠKOVÁ, Eva., SOBOTKA, Luboš.: Klinická výživa v psychiatrii, Praha: MAXDORF, 2000.
15. NĚMEČKOVÁ, Pavla.: Poruchy příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi, roč.3, č.3., s. 124-128, 2002.
16. PAPEŽOVÁ, Hana.: Poruchy příjmu potravy, in Höschl, Cyril. a kol.: Psychiatrie, Praha: TIGIS, 2004.
17. PAPEŽOVÁ, Hana.: Poruchy příjmu potravy, in Seifertová a kol. (Eds.): Postupy v léčbě psychických poruch, Praha: Medical Tribune, 2008.
18. PRAŠKO, Ján.: Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit, Praha: Portál, 2003.
19. PRAŠKO, Ján.: Posttraumatická stresová porucha, Praha: Portál, 2003.

20. RABOCH, Jiří., PAVLOVSKÝ, Pavel.: Psychiatrie-minimum pro praxi, Praha: TRITON, 2003.
21. RABOCH, Jiří., ZVOLENSKÝ, Petr. et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001.
22. STÁRKOVÁ, Libuše.: Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi, roč.10, č.3., s. 112-116, 2009.
23. VÁGNEROVÁ, Marie.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2004.
24. WEISS, Petr.: Sexuální zneužívání dětí, Praha: Grada, 2008.

## 16. PŘÍLOHA 1

### DOTAZNÍK

Věk:

Ročník: (prima, sekunda, tercie, kvarta)

Pohlaví: a) dívka b) chlapec

Vyber odpověď odpovídající tvému názoru:

1) Je pro mě důležitá moje hmotnost?

a) ano,

protože .....

b) ne,

protože .....

2) Zajímají mě časopisy o hubnutí a dietách?

a) ano

b) ne

3) V televizi a časopisech mě ovlivňují reklamy a rady, jak zhubnout?

a) ano

b) ne

4) Libí se mi hubené modelky a modelové?

a) ano

b) ne

5) Myslím si, že štíhlí lidé mají v práci i soukromí větší úspěch?

a) ano,

protože .....

b) ne,

protože .....

6) Omezují se v jídle, abych nebyl/nebyla tlustý/tlustá?

a) ano

b) ne

7) Myslím si, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší?

a) ano

b) ne