Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta
(katedra psychosociálních studií)

Bakalářská práce

Praha, 2012

Autor práce: Tereza Kostková
Vedoucí práce: Mgr. Monika Měrotská

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta
(katedra psychosociálních studií)

Bakalářská práce

„Příčiny mentální anorexie“

„Causes of Anorexia Nervosa“

Rok: 2012

Autor práce: Tereza Kostková
Vedoucí práce: Mgr. Monika Měrotská

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje informací jsem uvedla v seznamu literatury.

Praha 16. 4. 2012 ……

Podpis diplomanta

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Monice Měrotské za pomoc s vypracováním bakalářské práce, O. S Anabell za možnost dlouhodobé praxe a práce s klienty a Martinu Blahotovi za výraznou pomoc a podporu při zpracování mé bakalářské práce.

Praha 16. 4 2012 ……..

Podpis diplomanta

Anotace:

Tato bakalářská práce je teoretickým mapováním příčin mentální anorexie. První část práce se věnuje poruchám příjmu potravy obecně. Tato část se zaměřuje na obecný úvod do poruch příjmu potravy - co jsou poruchy příjmu potravy, jak jsou charakterizované a co k nim patří. Úvodní část je doplněna dvěma případovými studiemi z mé praxe.

V další části práce se věnuji příčinám mentální anorexie. Tato část je podrobným popisem příčin mentální anorexie, který je podložen mými zkušenostmi z praxe.

V poslední části práce jsem se rozhodla věnovat větší pozornost vlivu rodiny na pozdější poruchy příjmu potravy u dítěte. Tato část je věnována psychologii dítěte a rodiny. Pojednává o důležitých momentech v životě, návycích a zvyklostech, které mohou právě s poruchami příjmu potravy souviset. Zároveň pojednává o vlivu dnešní společnosti na matky, které se běžně zabývají zdravým životním stylem, což může mít vliv i na dítě.

Závěr pak komplexně shrnuje všechny části mé práce.

Abstrakt:

This bachelor thesis focuses on research of causes of anorexia nervosa. First part of the thesis is dealing with eating disorders in general terms. This part introduces the eating disorders and explains what eating disorders are and how we can describe them. First part is accompanied by two case studies I wrote during my practical training.

Next part of this thesis I dedicate to causes of anorexia nervosa. This chapter is a detailed description of causes of anorexia nervosa. Description is supported with my own practical training experiences.

The last part of this thesis is concerned with influence of family on client and his eating disorders. In this chapter I deal with child psychology and family psychology. I mention important life events and various habits that can be related to disease of eating disorders. I also discuss the influence of contemporary society on clients and on mothers, who very often live the „healthy life style“. This can influence their children.

In the conclusion I summarize contents of my thesis and discuss what is important for treatment of patient.

1. Úvod:

Tato práce se zaměřuje na příčiny mentální anorexie. Ráda bych ve svém úvodu objasnila volbu tohoto tématu a v neposlední řadě popsala strukturu práce. Toto téma je obestřené mnohým tajemstvím. Mentální anorexie a obecně poruchy příjmu potravy jsou komplikovaným problémem, který se v dnešní společnosti stává stále významnějším. Průběh této nemoci je velmi složitý. V jednotlivých případech narážíme na mnoho faktorů, které mohou být příčinou nemoci. S efektivní léčbou je možné začít jedině po objasnění skutečných příčin poruchy. Rozličnost různých příčin a tajemná cesta za jejich postupným odhalováním je bezpochyby právě to, co mě na tomto tématu baví a fascinuje. Zajímá mě však celý proces práce s klientem, vztah s klientem a následná snaha mu pomoci.

Během svého studia jsem měla povinnost vykonávat praxi v sociální sféře. Pro svou praxi jsem si vybrala o. s. Anabell, kde jsem pracovala již dříve a chtěla se dále rozvíjet a pracovat na sobě. Díky této praxi jsem měla možnost pracovat s klienty na svépomocných skupinách a být tedy v přímém kontaktu s klienty. Stejně tak jsem byla u postupného rozrůstání o. s. Anabell i celé sítě sociálních služeb, které jsou v České republice poskytované. Měla jsem možnost se na chodu občanského sdružení podílet – například jsem čtyři roky vedla prevence poruch příjmu potravy na základních, středních a vysokých školách, podávala sociální poradenství a vytvářela nové koncepty pro další práci.

Během své praxe jsem už mnohokrát hledala s klienty příčiny jejich problémů a toto téma mě čím dál víc zajímalo. Příčiny jsou komplexní - nikdy se nejedná o jednu příčinu, vždy můžeme pospojovat celý řetězec příčin. Velmi často, dovolila bych si dokonce tvrdit, že vždy,

je jednou z příčin i povaha rodiny. Toto mě vedlo k zamyšlení, jak pojmout tuto práci. Dospěla jsem k závěru, že charakteristika rodiny pacienta bude důležitou součástí mé práce. Zvláštní pozornost budu věnovat výchově matky. Nemohu opomenout tuto velmi podstatnou část příběhu většiny klientů. Rodina je tím, co nám dává jistotu a pocit bezpečí. Pokud nejsou tyto funkce naplněny, pocit bezpečí může být narušen, což může vést k mnohým problémům. Jedním z nich jsou i poruchy příjmu potravy.

Pokud navíc přihlédneme k charakteru současné společnosti, která je posedlá štíhlostí a perfektními lidmi, jsou poruchy příjmu potravy velkým a častým ohrožením mladých lidí.

Příčiny jako takové považuji za velkou a důležitou část tématu poruchy příjmu potravy. Toto téma jsem si vybrala zejména vzhledem k tomu, že pomoci pacientům je možné zejména díky pochopení příčin nemoci.

Práci rozděluji na obecný úvod poruch příjmu potravy, ve kterém tuto problematiku jasně vymezím. Další velkou částí budou příčiny mentální anorexie. Zabývám se jednotlivými příčinami, které doplním zkušenostmi z praxe. Díky tomu názorně objasním povahu jednotlivých příčin. Z poruch příjmu potravy jsem se zaměřila na mentální anorexii. Vedla mě k tomu zejména má větší zkušenost s klienty s mentální anorexií. U příčin, jak už jsem se zmínila, se budu více věnovat vztahům v rodině – nejvíce vztahu matky a dcery. Celou problematiku představím v kontextu povahy dnešní společnosti, která klade důraz na dokonalost a fyzický vzhled. V samotném závěru své téma shrnuji a k práci přikládám test, na jejichž základě si můžeme rychle zodpovědět, zda trpíme poruchou příjmu potravy. Dále přikládám ideální podobu jídelníčku a statistiky týkající se tohoto onemocnění.

2. Obsah

1. Úvod……. ……7

3. Příčiny poruch příjmu potravy obecně…….....10

3.1 Mentální bulimie…….....14

3.2 Mentální anorexie …….....16

4. Psychoterapeutické přístupy…….....21

4.1 Kognitivně behaviorální přístup…….....21

4.2 Psychoanalytický přístup……..21

4.3 Systematický rodinný přístup…….....22

5. Případové studie…….....22

5.1 Případová studie klientky nemocné mentální anorexií…….....22

5.2 Případová studie klientky nemocné mentální bulimii……..27

6. Příčiny mentální anorexie…….33

6.1 Biologické faktory……...33

6.1.1 Ženské pohlaví……33

6.1.2 Tělesná hmotnost…….....35

6.1.3 Puberta…….....35

6.2 Životní události…….37

6.3 Sociální a kulturní faktory…….38

6.4 Osobnostní a další psychické charakteristiky…….42

6.5 Závislost na psychoaktivních látkách……..46

6.6 Emocionální faktory……..47

6.7 Rodina…….48

6.7.1 Sociální porod……49

6.7.2 Sociální porod dcery……..53

6.7.3 Charakteristika rodiny ve které hrozí výskyt mentální anorexie……55

7. Závěr…….58

8. Literatura…….....60

9. Příloha……...63

3. Poruchy příjmu potravy obecně:

V této kapitole se věnuji poruchám příjmu potravy obecně. Používám označení „poruchy příjmu potravy“, což je stálé slovní spojení, které je blízké široké veřejnosti (přesnější překlad anglického „eating disorders“ je „poruchy příjmu jídla“, vybrala jsem si však v české společnosti rozšířený termín „poruchy příjmu potravy“).

Poslední verze mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) i diagnostický a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem poruch příjmu potravy dva nejvíce zřetelně vymezené syndromy - mentální anorexii a mentální bulimii. (KRCH 2005: s. 15- 16)
V revizi mezinárodní klasifikace chorob (2006) se nacházejí tyto poruchy:

F 50.0 Mentální anorexie

F 50.1 Atypická mentální anorexie

F 50.2 Mentální bulimie

F 50.3 Atypická mentální bulimie

F 50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

F 50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

F 50.8 Jiné poruchy příjmu potravy

F 50.9 Porucha příjmu potravy nespecifikovaná (KRCH 2005: s. 16- 17)

V této kapitole se budu zabývat jak mentální bulimií, tak mentální anorexií. Určité symptomy jsou u obou poruch podobné (nutkavé myšlenky na jídlo a hmotnost). Obě choroby se u klientů často různě kombinují, jedna choroba mohla druhou předcházet. Proto považuji za důležité zabývat se v první kapitole oběma.

Potřeba jíst je základní biologickou potřebou člověka. Nezemřít hlady bylo s velkou pravděpodobností vždy hlavní a první starostí člověka. Důležitost jídla a nasycení ovlivňuje mnoho dalších věcí v našem životě, ať je to seberealizace či reprodukční instinkt. Jídlo nám dodává živiny a energii tolik potřebné pro každodenní činnosti, spokojenost a celkovou pohodě. (VÁGNEROVÁ 1999: s. 229- 230)

Přijímání potravy tedy určuje uspokojení ostatních potřeb, které jsou pro nás důležité. Nedostatek energie či některých živin nám může naznačovat závažnou poruchu. Změny

v chuti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti nám mohou naznačovat určité somatické a duševní poruchy. Může se jednat o zcela banální únavu či nachlazení (například při chřipce povětšinou klesá chuť k jídlu), ale i o vážné onemocnění (při některých typech rakoviny je ztráta hmotnosti a nechuť k jídlu jedním z ukazatelů, stejně tak zde můžeme jmenovat např. žaludeční vředy či cukrovku). (TRESS, KRUSSE, OTT 2007: s. 115- 126, 129- 133)

Za celý náš život získává jídlo různý sociální a psychický význam. Může se stát odměnou za splněný úkol (typický je obrázek povedeného vysvědčení a následné ocenění dětí v cukrárně u dortu nebo věta „dnes jsem vše udělala tak dobře, zasloužím si velkou a dobrou večeři“). Jídlo je v tomto případě to, čím se oceníme, a náš pocit radosti nám dovoluje si dát cokoliv, co nám chutná. (MÁLKOVÁ, KRCH 2001: s. 159- 166)

Jídlo se též může stát odměnou za úspěch (povýšení v práci bývá následováno obědem – o radost ze svého úspěchu se chceme podělit s ostatními a vychutnat si dobré jídlo). Stejně tak se může naopak stát i trestem („prostě si dnes nic dobrého nezasloužím, nemám na to ani chuť, nic se mi nevede“). (MÁLKOVÁ, KRCH 2001: s. 159- 166)

Jídlo může mnohdy fungovat jako náhrada za jinou nedosažitelnou slast. Děje se to v případě určitého stresu nebo frustrace (chybí nám něco, co by nás učinilo šťastnými). Slouží například ke kompenzaci neuspokojení v oblasti sociálních vztahů, při nedostatku lásky či při neúspěchu (jako příklad můžeme uvést rozchod či rozvod a následné přejídání sladkým nebo naopak nechuť k jídlu). (VÁGNEROVÁ 1999: s. 229- 230)

Jídlo můžeme nazvat i určitým prostředkem. Hlavně je prostředkem k přežití, ovlivňuje však i naši tělesnou hmotnost. Pokud budeme nějakým způsobem potravu regulovat, projeví se to na hmotnosti i celkovém vzhledu. Je možné tímto způsobem usilovat o atraktivitu, tímto způsobem však můžeme dávat najevo i nespokojenost s vlastním tělem a vztahem k sobě samému. Své tělo můžeme velmi ničit nedostatečným příjmem potravy i nadměrným příjmem potravy.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 45- 46)

Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s chorobným a chybným postojem k jídlu, který se projevuje i určitými odchylkami chování. Jde o deformaci tělového schématu a jeho proporcí a hmotnosti.

Tělové schéma je pak definováno jako mentální reprezentace vlastního těla, která se skládá ze tří složek: kognitivní, emocionální a behaviorální. Ke kognitivní složce patří představy o rozměrech těla jako celku, o rozměrech jeho jednotlivých částí a jejich vzájemném poměru. K emocionální složce patří vztah k vlastnímu tělu jako celku, vztah k jeho jednotlivým částem, který se může lišit, a vztah k vlastní tělesnosti plošně. K behaviorální složce patří aktivity vedoucí k ovlivnění vzhledu našeho těla (například diety,

cvičení, plastické operace aj.). (VÁGNEROVÁ 1999: s. 227- 229) Vnímání těla je důležitou motivační složkou ovlivňující tyto aktivity. K dietám a cvičení, popřípadě plastickým operacím, nás tedy vede vnímání vlastního těla a nespokojenost s ním. Neustále toužíme po něčem lepším a dokonalém; své tělo neumíme přijmout takové, jaké je.(FIALOVÁ 2006: s. 53- 58)

Bezpochyby je pro vývoj tělového schématu a zdravého postoje k tělu důležitým prvkem dětství a rodina a v neposlední řadě kulturní a sociální prostředí.

Důležitým aspektem poruch příjmu potravy je skutečnost, že určitá představa o vlastním těle přetrvává i tehdy, když se tělo reálně změní. Například dívka, která byla rodinou během puberty označována za „oplácanou“, je i po změně svého těla ke „štíhlejšímu“ stále přesvědčená o své „oplácanosti“. To opět vede k touze své tělo měnit, k nespokojenosti a mnohdy k poruchám příjmu potravy.

Dospívání velmi úzce souvisí se změnou tělového schématu. Jedná se o velmi náročné období a mnohdy může pro mladého člověka představovat zátěž. Tělesné změny mu mohou být nepříjemné. Tělové schéma je ale jen jednou složkou osobnosti dospívajícího a jeho utváření je ovlivňováno všemi ostatními psychosociálními změnami. Jedná se o dlouhý proces, který nesouvisí jen s tělem, ale i s přijetím nové identity.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 134- 136) Právě tato zátěž dospívání může mnohdy vést ke ztrátě jistot a pocitu bezpečí a může se objevit touha tento proces zastavit. Právě zde může dojít k popírání „ženského těla“ nebo obecně dospělého světa žen. (KRCH 2002: s. 25- 27)

Sociální význam tělového schématu je velmi důležitý. Atraktivita spojená s tělem má svou sociální hodnotu. Naše kultura klade velký důraz na vzhled a tělové schéma se tím pádem stává důležitou součástí naší identity. Lidé, kteří se blíží ideální představě současné doby, získávají lepší sociální status, bývají často snáze akceptováni a lépe hodnoceni. Obecně panuje určitá představa, že obézní člověk je líný a hloupý a štíhlý je naopak chytrý, úspěšný a šťastný. Alespoň tak bývá realita často prezentována světem médií. Mnoho lidí tomuto názoru podléhá a nastává situace, kdy je společensky více akceptovaný člověk blížící se ideálu krásy.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 46- 47)

Vlastní význam zevnějšku, tak jak ho vnímáme, v dospívání vzrůstá. Dospívající člověk si uvědomuje, že se nejedná o danou věc a že svůj vzhled může měnit. Určité smíšené pocity objevující se v dospívání zná bezpochyby každý. Dospívání je obdobím mnoha změn a následně i velmi zmatených pocitů, které změny vyvolávají. Pokud se v tomto velmi náročném období setká dospívající s negativními reakcemi, jako jsou výsměch pro tloušťku, narážky na vzhled aj., může se u něj vytvořit určitý patologický vztah k vlastnímu tělu. Tato

zkušenost může vést k dlouhodobému narušení vnímání vlastního těla. Zde bychom neměli opomenout důležitost rozdílu změny postavy u dívek a chlapců. Když chlapci nabývají svalovou hmotu, je tento jev vnímán povětšinou pozitivně. Naproti tomu dívky získávají ženské tvary, což je změna očividnější, znamená velkou proměnu a je okolím častěji zmiňována v pozitivním i negativním smyslu. Reakce dospívající dívky pak také bývají smíšené. (VÁGNEROVÁ 2005: s. 326)

Pocity smíšené a mnohdy negativní jsou částečně způsobeny dnešním socio-kulturním stereotypem, který krásnou dívku popisuje jako „hubenou, vysokou a bez boků". Tento obraz se stává synonymem pro krásu. Postupně se ruší hranice mezi fikcí a skutečností a normou a extrémem. Mnoho modelek vytváří svým vzhledem normu krásy, jedná se přitom o malou skupinu žen.(CASSUTO, GUILLOU 2008: s. 27- 30) Pro ilustraci uvádím komentář majitele obchodního řetězce s figurínami dodávanými do módních obchodů z kanadského dokumentárního filmu Krása.[1] V dnešní době jsou figuríny dodávané do obchodů „ty štíhlé", dle majitele „nelidské" a „nepřirozené". Přesto je odbyt těchto nereálných figurín velký a o jiné není zájem. V poslední době vzrůstá i ideál mužského těla, tedy i mužské figuríny se stávají nepřirozené. Jejich podoba je pro mnoho mužů nedosažitelná. Podobu ženských i mužských nepřirozených figurín nesplňují ani 2% naší populace (jde o podobnou situaci jako s legendární panenkou „Barbie", jejíž vzhled je pro velké množství žen pouze nedostižným ideálem). Takovéto figuríny jsou přesto běžně využívány a lidé obou pohlaví jsou s jejich obrazem konfrontováni. Tuto ilustraci jsem použila jako ukázku absurdity dnešního společenského ideálu krásy. Pro mnoho žen pak tyto maličkosti představují stres a neustálou touhu po něčem, co ani není reálné. Štíhlost se stává úkolem, který musíme splnit, a zároveň je určitou konformitou. Odlišné varianty krásy se stávají pochybnými. Atraktivita a krása má pak jen jeden jediný obraz, kterému se neustále snažíme přiblížit. Pokud se nedokážeme smířit s vlastním tělem, naše sebehodnocení a sebedůvěra je ohrožena.(NOVÁK, M 2010: s. 12-20)

Hmotnost je spojena s výživou, může se tedy stát, že se mnohé, původně zcela jinak vzniklé problémy, projeví změnou vztahu k jídlu - mnohdy poruchami příjmu potravy. Bezpochyby se jedná o komplexní problém, který zde dále popíši. Příčin je mnoho, ale ideál krásy dnešní společnosti nám velmi usnadňuje cestu k této nemoci.

Tělové schéma a vztah k jídlu nám tedy mohou pomoci v charakteristice poruch příjmu potravy. Změny v těchto základních, přirozených postojích, jsou tím, co se začíná měnit. Tyto změny mohou následně vést k patologii, která je všem lidem s poruchami příjmu

[1] Kanadský dokument „Krása" od Daien Israel- 2009 (vysílán na ČT 2)

potravy společná. Jedná se zaprvé o negativní postoj vůči svému tělu, který se povětšinou objeví v období dospívání, a zadruhé o negativní postoj k jídlu. Jídlo se v tomto případě z mnoha příčin stává něčím, co nás děsí. Přirozený vztah k němu se vytrácí.

Jak už jsem naznačila v úvodu kapitoly, mentální anorexie a mentální bulimie jsou si velmi podobné. U obou poruch je popisován strach z tloušťky, velká až nadměrná pozornost k vlastnímu vzhledu a kontrola hmotnosti.(KRCH 2002: s. 15) Nemocní neustále přemýšlejí o svém vzhledu, o tom, co jedí a kolik váží. Snaží se zhubnout nebo popřípadě zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Jejich myšlení je zaujato jen jídlem, časy jídel, kaloriemi, pohybovou aktivitou. Dále jsou oběma poruchám společné sociální problémy, nízké sebevědomí pacienta, podceňování.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 126- 132)

V následující části se budeme stručně zabývat každou poruchou zvlášť. Mnoho klientů, s kterými jsem pracovala, se potýkalo s oběma poruchami příjmu potravy. Z toho důvodu považuji za důležité věnovat v úvodní části každé z těchto poruch svůj prostor.

3.1 Mentální bulimie:

Mentální bulimie je charakterizována jako neodolatelná touha po jídle s opakujícími se záchvaty přejídání. Zde bych ráda příkladem uvedla, že nejde o obyčejné přejedení, jaké známe s oslav narozenin a jiných častých příležitostí, které vedou k pocitu plnosti až nevolnosti. Bulimické přejídání je charakterizováno opravdu velkým množstvím jídla, přičemž nemocnému nejde o ochutnání či o dobré jídlo. Jedná se velmi často o potraviny odpírané, kam patří i tuky a cukry, tedy mnohdy stačí máslo, cukr, bílé rohlíky, mléko, a to vše v nadměrném množství. Jídla jsou zpravidla kombinována a střídá se sladké a slané. Nemocní často jedí velmi rychle, pocit plnosti a nevolnosti se tedy dostaví až později, kdy už nemocný snědl velké množství potravy. Nemocný po takovém záchvatu přejedení trpí výčitkami a snaží se následky „řešit“ zvracením či následným užíváním purgativ. Poté opět přejde na velmi dietní a chudý režim, který zákonitě opět vyvrcholí záchvatem přejedení. Tyto záchvaty mají různou frekvenci - jedenkrát za měsíc až několikrát denně. Může se jednat i o zvracení desetkrát denně, kdy nemocný jen jí a zvrací celý den a nedokáže přestat.(KRCH 2008: s. 21- 31) Pro vymezení mentální bulimie můžeme uvést tři základní kritéria podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10):(KRCH 2005: s. 18- 19)

1) Silná a nepotlačitelná touha se přejídat velkou dávkou potravy v průběhu krátké doby.

2) Snaha zabránit tloustnutí vyvoláním zvracení či požitím purgativ, laxativ, duaretik, anorektik. U pacientů nemocných cukrovkou pak může dojít i k omezení léčby inzulínem z důvodu stále stejného záměru - tedy nepřibrat.

3) Chorobný strach z tloušťky - nemocný má povětšinou stanovenou hranici ideální váhy, na kterou se chce dostat. Tato váha je velmi nízká, z pohledu lékařů nezdravá a neoptimální. Často se před mentální bulimií vyskytne epizoda mentální anorexie, která má různé trvání.

Dle diagnostických kriterii DSM-IV můžeme bulimii rozdělit na dva typy:(KRCH 2005: s. 19- 21)

1) Purgativní typ - pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa, duaretika či anorektika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

2) Nepurgativní typ - pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

Mentální bulimie se často vyskytuje u adolescentních dívek, věk je zde tedy vyšší než u mentální anorexie, která se častěji vyskytuje v pubertě.

Přesný počet nemocných je velmi těžké určit. Mnoho nemocných bulimií se ke svým problémům nepřizná a tají je.(KRCH 2008: s. 42- 44) Často se setkáváme s dlouhodobě nemocnými. Mohou to být vdané ženy, které vedou naprosto normální život, ale zvrací. Z vlastní praxe mohu doplnit, že jsem se již několikrát setkala s klientkou - matkou dvou dětí - zaměstnanou a trpící mentální bulimií. Její nemoc dospěla do velice závažného stádia, ve kterém se bulimické záchvaty objevovaly několikrát denně. Nikdo z rodiny o problémech nevěděl.

Bulimie je často vyvolána psychosociální zátěží. Nemocní mají často problémy s váhou již dříve a v jejich rodinách se častěji vyskytuje obezita. Zde je důležité uvést, že mnoho klientů s mentální bulimií má často normální váhu, mnohdy nadváhu. Nemoc zde tedy není tolik zjevná, což usnadňuje její další tajení.

Průběh nemoci bývá plynulý a pozvolný. Postupně začíná negativně ovlivňovat celý život dotyčného; stejně tak se postupně objevují somatické obtíže. Velmi často se nemocní zásobí jídlem dopředu a nezvládají normálně se najíst – hladoví, nebo se přejedí.(PAPEŽOVÁ 2000: s. 15- 20) Běžně u sebe nosí zásoby jídla, aby se mohli přejíst a

vyzvracet. Jedna z mých klientek měla přesně stanovenou trasu cesty z práce, kterou naprosto dodržovala. Trasa procházela oblastí s hojným výskytem krámů a restaurací. Většinou v průběhu cesty zkonzumovala dva obědy a dokoupila si potraviny. Večer vše snědla a následně zvracela. Na tento okamžik se těšila celý den.

Nemocní mentální bulimií mívají nízké sebehodnocení, jsou nejistí, závislí na názoru jiných lidí, mají tendenci ke konformitě, jsou impulzivní a neschopní se ovládat. Neschopnost sebeovládání s sebou pak nese depresivní pocity viny a úzkosti. Nemocní jsou k sobě velmi kritičtí. O svém problému vědí, ale stydí se a nedokážou přestat. Omezují svůj společenský život a aktivity.

V důsledku diet, přejídání a zvracení či zneužívání leků se objevuje mnoho zdravotních důsledků, které zde stručně uvádím. Jedná se o citlivost na chlad, únavu, svalovou slabost, poruchy spánku, zažloutlou pleť, suché a lámavé vlasy, zácpu, nepravidelnou menstruaci, srdeční obtíže - arytmii, bradykardii, oslabený krevní oběh - chudokrevnost, zvýšený cholesterol, pomalý puls, poruchu funkce ledvin, závratě, mdloby. U mladších dívek se vyskytuje zpomalení puberty, oslabení imunity a na základě nedostatku živin i otoky v důsledku zpomalení funkce jater.(KRCH 2008: s. 35)

U obou poruch je riziko úmrtí. U mentální bulimie je riziko menší, ale mnohdy si nemocní nesou následky po celý život. (KRCH 2008: s. 35)Kazivost zubů v důsledku zvracení mnohdy vede k nahrazení zubů umělými i ve velmi mladém věku. Ze své praxe znám případ, kdy klientka nemocná mentální bulimií musela na kompletní výměnu zubů ve svých 23 letech.

Atypická mentální bulimie označuje poruchu, při které pacienti nesplňují všechna diagnostická kritéria – například mají nadváhu. Jejich psychický stav je přesto velmi vážný.(PAPEŽOVÁ 2003: s. 53-58)

3.2 Mentální anorexie:

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, které si pacient vyvolává sám. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí následující diagnostická kritéria(KRCH 2005: s. 16- 18)

1) BMI pacienta je 17,5 kg/m2 a nižší. Pacienti před pubertou nebo během puberty nesplňují očekávaný hmotnostní přírůstek a celkový růst.

2) Snížení hmotnosti si nemocný vyvolává sám, vyhýbá se jídlům, po kterých „se tloustne“. Mimo jiné užívá některý z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, užívání laxativ, duaretik, anorektik.

3) U pacienta přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, zároveň i stále se opakující obava z dalšího tloustnutí, která pacienta vede ke stanovení stále nižší hranice cílové hmotnosti.

4) V důsledku úbytku tuku, který je potřeba ke správné hormonální činnosti, se ztrácí menstruace. U žen užívajících antikoncepci se často menstruace vyskytuje normálně.

5) U mladých dívek se opožďují projevy puberty - nevyvíjejí se prsa, zastavuje se růst, neobjevuje se menstruace.

Neměli bychom opomenout, že nechutenství může mít mnoho příčin. Je tedy velmi důležité se ujistit, že se nejedná o jinou diagnózu. Například některá nádorová onemocnění doprovází nechutenství. Tuberkulóza, deprese či některé drogové závislosti mohou být též doprovázeny anorektickými tendencemi.(KRCH 2005: s. 16- 17)

Diagnostická kritéria dle DSM-IV rozdělují opět dva typy nemocných mentální anorexií (KRCH 2005: s. 17)

1) Nebulimický (restriktivní) typ - během epizody mentální anorexie nedochází k záchvatům přejídání, které by se opakovaly.

2) Bulimický (purgativní typ) - během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Mentální anorexii charakterizuje fobie z tloušťky i z jídla. Potřeba hubnout je nutkavého charakteru a není ovladatelná vůlí. Hlavním úkolem nemocného a jeho jediným cílem a životní náplní se stává omezování příjmu jídla a hubnutí. Nemocný se stává svým způsobem závislý na tomto procesu a nedokáže přestat. Zvládnout pocit hladu, vydržet a vytrvat, je potvrzením vlastní síly a vede alespoň k chvilkové spokojenosti. Pocit hladu někdy

nebývá nemocným připouštěn. Pokud připouštěn je, po určité době pocit hladu přesto odeznívá. Nemocný je spokojen s prázdným žaludkem a s nechutí, cítí se, že má vše pod kontrolou a jeho úkol se daří. (KRCH 2002: s. 15)

U některých pacientů dochází k přejedení a následnému zvracení či k jiným již jmenovaným praktikám. Pocity jsou opět provázeny úzkostí a vinou, nemocný cítí, že sám sebe zklamal a situaci nezvládl. Podobně jako u bulimie následně cítí potřebu situaci „řešit". Zde bych ráda poznamenala postřeh z vlastní praxe: Přejedení u anorektického pacienta se většinou nerovná bulimickým záchvatům. Jde spíše o malé množství potravy nebo o konzumaci „nedovolené potravy" - tuků, cukrů, sacharidů. Zřídka se jedná o běžně velkou porci jídla. Pacienti se stravují velmi, velmi málo. Rohlík či půlka běžné porce oběda se můžou stát tím již zmíněným přejedením. Též se často opakuje situace, kdy klient přijde s diagnózou mentální bulimie a při postupném náhledu na stravovací návyky klasifikuje jako „bulimický typ" u poruchy mentální anorexie.

Pokud bych se měla pozastavit nad jídelními návyky pacientů s mentální anorexií, musím rozhodně zmínit, že proces jídla se stává rituálem. Pacienti jedí velmi dlouho, jídlo kousají velmi pomalu, potravu krájejí a dělí na miniaturní kousky. Jídlo omezují čím dál víc. Postupným vyřazováním „nebezpečných potravin" z jídelníčku zůstává v denním příjmu pacienta mnohdy jen jablko a nízkotučný jogurt či pytlík ořechů. Rituál jídla je dodržován striktně - v čase, v kaloriích, v prostředí. Změna chutí někdy vede k větší spotřebě kávy či přehnanému solení. Vyskytuje se nadměrná konzumace tekutin nebo minimální konzumace tekutin. Konzumace probíhá o samotě, mimo přátele, rodinu a obecně mimo společnost. Jídlo je určitým procesem, který má svá jasná, stejná a stálá pravidla a je „pánem všeho". (KRCH 2002: s. 20- 28)

Průběh onemocnění je opět velmi pozvolný. Nejdříve jde o pár ztracených kilo a pár vyřazených potravin, což bývá někdy i okolím kladně ohodnoceno a tedy podporováno. Vyšší tělesná aktivita je též mnohdy vnímána pozitivně. Postupně se jídlo stává již zmiňovaným rituálem a tělesná aktivita plní až několik hodin denně. Jedna z mých klientek vstávala v sedm hodin ráno a až do šesti odpoledne byla na nohou. Její zaměstnání trenérky jí to bez problému umožňovalo, přesto i ve volných chvílích chodila a dopravní prostředky téměř nepoužívala. V této fázi nemoci se již mnoho nemocných ne setkává s pozitivní reakcí. Lidé v okolí mívají starosti, někdy bývají v důsledku strachu agresivní. Pacienti se ale v začátcích chovají velmi podobně jako narkomani - neustále se vymlouvají na zdravý životní styl, na výkonnost a podobně, což mnohdy okolí alespoň na chvíli přesvědčí.(VODÁČKOVÁ 2002: s. 496) Poté však začínají své onemocnění skrývat – tajně cvičí, jídlo vyhazují, schovávají, jídlo

rozkousávají a následně plivají. Začátek onemocnění je doprovázen vysokou aktivitou, různými zájmy a činnostmi. Mnohdy je tedy okolí spokojené a za činnostmi žádné problémy nevidí. Postupně se však z pacienta stává úzkostný, unavený, depresivní a někdy agresivní člověk, což bývá okolím již více sledováno a začíná být patrné, že s člověkem něco není v pořádku. Jídlo se stává vším a nezbývá místo na nic jiného. Nic nemá význam a není tak důležité jako hmotnost, řád, kontrola.(PONĚŠICKÝ 2002: s. 92- 94)

Mentální anorexie se častěji než mentální bulimie vyskytuje v průběhu dospívání a bývá mnohdy spojena s problematickým obdobím puberty. Nemocní bývají bezproblémoví, konformní, plní očekávání a jsou velmi výkonní, chtějí být perfektní. Bývají zodpovědní, svědomití a sportovně založení. Často mají poměrně vysokou inteligenci a ve škole jsou tedy úspěšní. Bývají ale nejistí a nesebevědomí, uzavření, introvertní, senzitivní a depresivní. Často mají strach o svou roli ve společnosti i v rodině, snaží se zavděčit, mít přátele a být nejlepší. Jejich nejistota a pochybnosti je sužují - neustále trpí pocitem ohrožení a obávají se, že zůstanou sami a nebudou oblíbení.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 351- 357)

Ve svých důsledcích je mentální anorexie velmi ohrožující a nebezpečná. Často se objevuje pocit chladu, suchá a zažloutlá pleť, v důsledku nedostatečného množství tuku zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů, lámavost nehtů, tvorba modřin, zácpa, kazivost zubů, únava, slabost, nespavost, nepravidelná či vůbec žádná menstruace, snížená činnost pohlavního systému a tedy menší zájem o sex, nedostatečná funkce jater a otoky, oslabení imunity, žaludeční vředy, poruchy vědomí a závratě, bradykardie a arytmie.

Ze všech psychických poruch právě mentální anorexie nejčastěji končí smrtí. Jak z dlouhodobého hladovění, tak i celkového psychického utrpení. Snížená rovnováha solí a tělesných tekutin v důsledku zvracení velmi zatěžuje srdce a ledviny, které mohou selhat. Nízká hladina draslíku zároveň způsobuje nepravidelnost srdečního tepu, což může vést až ke ztrátě vědomí. (KRCH 2005: s.93- 101)

Anorexie je postupnou sebevraždou. Pokud se pacient nezačne včas léčit, jeho ohrožení na životě se zvyšuje a případné následky v dalším životě též.

Dále je třeba zmínit, že jsem se setkala s velkým množstvím klientů s mentální anorexií, kteří nejsou vyhublí a na první pohled ani nevypadají jako lidé trpící mentální anorexií. Přesto se v jejich jídelníčku a vztahu k jídlu objevují anorektické rysy. Není tedy jasným pravidlem, že člověk nemocný mentální anorexií je hubený a jí opravdu velmi málo. U někoho může zároveň zdánlivě malý pokles váhy způsobit ztrátu menstruace či problémy s nedostatkem vitamínů. Vše souvisí s typem člověka - každý je jiný a je důležité s tím pracovat.

Atypická mentální anorexie se projevuje tak, že klient nesplňuje všechna kritéria pro onemocnění mentální anorexie - některá mohou chybět (například ztráta menstruace). Jeho psychický stav je však stejně závažný.(KRCH 2005: s. 21- 22)

4. Přehled teoretických přístupů:

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním celé osobnosti, patologie je velmi hluboko zakořeněná a brání zdravému osobnostnímu růstu. Jedná se také o psychosomatické onemocnění, a proto je důležité zde zmínit terapeutické přístupy, které se k léčbě používají. Obecně se z důvodu rozsáhlosti tohoto onemocnění doporučuje individuální, skupinová, rodinná terapie a kognitivně behaviorální přístup, který napomáhá k nácviku seberegulace a regulaci jídla. (PAPEŽOVÁ 2010: s. 351- 357)

Ráda bych zde představila tři nejpoužívanější přístupy, kterými jsou kognitivně behaviorální, psychoanalytický a systematický rodinný.

4.1 Kognitivně behaviorální přístup:

Kognitivně behaviorální přístup se zabývá konkrétním chováním člověka a zdůrazňuje zodpovědnost člověka vůči problému. Pracuje s tím, co je zřejmé a viditelné. Zkoumá, jak je možné chování změnit. Není zde příliš vidět „vnitřní“ problém dotyčného.

Tato terapie je často doporučována klientkám, jejichž stav je středně vážný až vážný, a které pro svůj věk nechtějí rodinnou terapii.(KRATOCHVÍL: s. 75- 80)

Fairburn zdůrazňuje tyto hlavní body u léčby mentální bulimie:(Citace dle KRCHA 2005: s. 128)

1) vedení záznamů o jídle, o následném zvracení či přejedení a o pocitech, které tyto situace doprovází (viz příloha)
2) pravidelné vážení
3) změna jídelního chování (například postupné zařazení jídel, kterým se klient vyhýbá)
4) změna navyklých chyb v myšlení, které vedou k poruchám příjmu potravy
5) zabránění relapsu

4.2 Psychoanalytický přístup:

Psychoanalytický přístup zkoumá to, co v sobě pacient skrývá, co potlačuje a mnohdy nemá dostatečně prožité a vyřešené. Zkoumá tedy to, co pacienta trápí, brzdí nebo se vrací v různých podobách. Tyto problémy si pacient často nemusí uvědomovat.

V případě poruch příjmu potravy by se z hlediska tohoto přístupu dalo hovořit o úhybném manévru, který schovává vše ostatní, co má klient v sobě.(PROCHASKA, NORCROSS 1999: s. 32) Potlačené emoce, vzpomínky a skutečné „nemoci“. Psychoanalýza se opírá právě o vyřešení těchto „vnitřních záležitostí“, o skutečné příčiny, které klient neřeší. Jsou to vztahy v rodině, rané dětství, vzpomínky a podobně. Terapie se snaží tyto potlačené vzpomínky přivést do vědomí a „vyřešit“, znovu se k nim vrátit a rozebrat je, odžít, pochopit, popřípadě je dokázat odpustit.(KRATOCHVÍL 1997: s. 20)

4.3 Systematický rodinný přístup:

Tento přístup je často využívaný u mladých klientů žijících u svých rodičů. V podstatě se rodinná terapie snaží o odhalení možných příčin, nápravu vztahů a vysvětlení.(PROCHASKA, NORCROSS: s. 286) Vše probíhá v „neutrálním prostředí, které zde představuje terapeut. Vzájemné nesouhlasy a konflikty jsou rozebírány a hodnoceny. Terapie se snaží konflikty změnit tak, aby si členové rodiny porozuměli a nebylo nutné před problémy utíkat. Poruchy příjmu potravy jsou často reakcí na rozvod, alkoholismus v rodině. V těchto případech může být rodinná terapie velmi efektivní. (KRATOCHVÍL 1997: s. 261-266)

5. Případové studie:

Na tomto místě uvádím jako příklad obou nemocí dvě kazuistiky ze své praxe. Jsou napsány podle vzoru Matouškových případových studií. V této práci se budu nadále o tyto kazuistiky opírat.

5.1. Případová studie klientky nemocné mentální anorexií:

Osobní data:

Jméno: Lucie M.

Věk: 28 let

Vzdělání: Tři vysoké školy orientované na studium jazyků

Zaměstnání: Tlumočnice v zahraniční firmě

Sociální a rodinná anamnéza:

Lucie vyrůstala do svých dvaceti let v úplné rodině a do svých patnácti let jako jedináček. Oba rodiče byli úspěšní ve svém zaměstnání. Otec je zaměstnancem v zahraniční firmě, matka zdravotní sestra. Lucie své dětství vnímá jako dobré. S rodiči často jezdili na výlety a dovolené, s otcem často sportovala - jezdila na kole, lyžovala. Rodiče se až na menší, běžné konflikty nehádali. Oba své rodiče v dětství vnímala jako klidné a spokojené. Co se týče školy a mimoškolních aktivit, nikdy na ni nevyvíjeli nátlak. Necítila tedy v rodině tlak na dobré školní výsledky ani výsledky jakéhokoliv jiného druhu. Rodiče z matčiny strany jsou již oba po smrti, z dětství si je Lucie pamatuje jako „dokonalé“. Matka Lucie neměla se svojí matkou příliš dobrý vztah, velmi často se hádaly kvůli vzdělání Luciiny matky. Rodiče ze strany otce jsou s rodinou v kontaktu a Lucie s nimi má velmi dobrý vztah. Dle slov Lucie jsou správní „babička a děda“.

Konflikty se v rodině poprvé objevily, když Lucii bylo dvanáct let – matce diagnostikovali deprese. Rodiče se od té doby často hádali a docházelo k nepříjemným situacím. V té době Lucie zaznamenala první problémy s jídlem, které prý nesouvisely s touhou po štíhlosti, ale se stresem z rodinných problémů. Luciiny problémy s jídlem se zhoršovaly a rodiče v jejích čtrnácti letech poprvé rozhodli o hospitalizaci. V tomto období se matčin stav po pravidelných dávkách léků výrazně zlepšil. Hospitalizace nebyla dobrovolná, Lucie tedy přibrala, ale po návratu domů se problémy s jídlem vrátily. Když bylo Lucii patnáct let, narodil se bratr. Bratr byl chtěný, rodiče druhé dítě plánovali a doufali, že uleví napětí v rodině. Lucie byla podruhé hospitalizována v šestnácti letech. Ani druhá hospitalizace nebyla příliš úspěšná. Lucie si však od té doby udržovala stabilní váhu mezi 45 a 50 kg na 178 cm. Jedla normálně, veškeré přijaté kalorie však vysportovala. Okolí tedy podlehlo dojmu, že Lucie jí normálně a má spíše dobrý metabolismus. Více se doma o jejích problémech v té době nemluvilo. Konflikty v rodině se s příchodem bratra zlepšily. Lucie popisuje toto období jako „dobré“, sama se však potýkala s mentální anorexií, byla tedy velmi orientovaná na sebe. Ve škole měla dobré známky, byla velmi aktivní jak ve sportu, tak ve vzdělávání, účastnila se zahraničních kurzů a učila se jazyky. S otcem komunikovala bez problémů, s matkou se jejich vztah narušil v období jejích těžších chvílí spojených s depresemi. Bratra vnímala pozitivně, také se na něj velmi těšila. V jednadvaceti letech se odstěhovala se svým partnerem do vlastního bytu. Toto období popisuje Lucie jako skvělé. Vztahy s rodinou se ustálily a zlepšily, s partnerem byla spokojená, byla zamilovaná,

zařizovala byt. Mentální anorexie šla stranou. Lucie sice jedla málo a sportovala hodně, ale její váha byla stabilní. Řešila školu, práci, vztah a neměla čas na řešení svého jídla. Partnera popisuje jako velmi silnou, temperamentní osobnost, jako velmi milého člověka, vedle kterého cítila bezpečí a jistotu. Partner se hodně věnuje sportu, takže nikdy nekomentoval její hubenost. Stejně jako ostatní se domníval, že jí normálně a hubená je od přírody.

Ve čtyřiadvaceti letech byla Lucie na operaci kotníku a za půl roku podruhé. V nemocnici musela ležet a po každé operaci se několik měsíců nemohla hýbat. Za dobu pobytu v nemocnici nejedla téměř vůbec. Její strach, že přibere, byl najednou obrovský. Zhubla tedy na 40 kg váhy. Tehdy poprvé se jí doktor zeptal, jestli nemá mentální anorexii. Od této chvíle Lucie všem tvrdila, že má problémy s metabolismem, a proto je tak hubená. Otec jako jediný vyjádřil určitou pochybnost, ale na druhou stranu ji vnímal jako dospělou, samostatnou ženu. Toto období bylo zlomové. Lucie si váhu 40 kg držela a její zdravotní stav se začal zhoršovat. Neměla menstruaci, bylo jí často špatně od žaludku, pracovala však normálně a sportovala. O dva roky později ji doktoři upozornili na nebezpečí sportu pro její klouby a kosti. Opět poukázali na její nízkou váhu a problémy s tím spojené. Lucii se přestalo líbit, jak vypadá, a začala myslet na svou budoucnost a touhu mít děti. V té době si poprvé uvědomila, s jak velkým problémem se potýká.

Současné poměry:

Lucie žije dále s partnerem, má velmi úspěšné, ale náročné zaměstnání, v práci je v podstatě pořád, nemá čas jíst a je velmi vyčerpaná. Její partner také tráví v práci mnoho času, potkávají se tedy většinou až večer. Vztah popisuje jako normální a dobrý, s partnerem je spokojená, plánují společnou budoucnost jako manželé, plánují i dítě. Partner je jí oporou, je velmi veselý, vtipný, cítí se s ním tedy dobře. Oba hodně pracují, ale mají spoustu kamarádů, s kterými se často vídají. Rádi sportují, jezdí na chatu a k moři. Postupem času se Lucie rozhodla partnerovi o svých problémech říct. Jejich vztah tím velmi utrpěl, partner v počátku nechápal, co se děje, co je to mentální anorexie, jak je možné, že „to má“ jeho partnerka a jak je možné, že si toho nevšiml. Počáteční krize ze šoku a strachu vztah ovlivnila. Lucie se bála, že vztah skončí. Partner se jí začal vyhýbat, jejich diskuse většinou končily hádkou. Postupem času se vztah uklidnil, partner se snažil ji pochopit, omlouval se, uklidňoval ji, že to zvládnou, a začal podporovat její touhu být zdravá.

Rodiče Lucie se rozvádějí, otec si našel mladší milenku a Lucie tedy řeší jejich rodinou situaci. Otcovu přítelkyni má ráda, přesto je jí to velmi líto. Matka je na tom psychicky špatně a otce momentálně nesnáší. Lucie popisuje svůj vztah s matkou jako komplikovaný - na jednu stranu jí je to velmi líto, na druhou stranu se s ní nechce příliš vídat, protože otce pomlouvá a nadává na něj. Matka jí často volá a pláče, že je nešťastná a že neví, co bude. Největší problém vidí v tom, jak se cítí bratr, často ho tedy bere k sobě a snaží se o tom s ním mluvit. Bratr je ve střídavé péči a celkově situaci prý nenese tak těžce. Bratr je flegmatik, ve škole problémy nemá a je velmi společenský. Oba rodiče má rád. Lucie přesto cítí potřebu ho ochraňovat. Na druhou stranu sama dle svých slov vnímá, že rozvod je hlavně problémem rodičů, nikoliv jejím. Snaží se tedy o jakýsi kompromis. Rodiče vídá jen občas. Otec je se svou přítelkyní spokojený, víkendy s ním jsou bez problémové, Lucie občas jezdí k nim na chatu, kde je i bratr. Matka je sama, jdou spolu občas na oběd, ale neprobírají nic jiného než rozvod, což Lucii stresuje a neví, jak s ní má jednat.

Lucie postupně řekla o svém problému i otci, který nebyl překvapený a již od první chvíle byl připraven jí pomoci. O Lucii se stará, volá jí a bojí se o ni. Lucie je ráda, že se rozhodla se léčit a že nakonec cítí ve svém okolí podporu. Matka o problémech neví a Lucie s ní o nich mluvit nechce.

Sociální diagnóza:

Hlavním problémem Lucie je mentální anorexie, její stav je velmi rizikový, z hlediska zdraví nebezpečný. Lucie nemá menstruaci, má problémy s klouby, se srdcem, s tlakem, padají jí vlasy. Jak sama říká, je si odporná a nelíbí se jí, jak je hubená. K sexu se staví odmítavě. Nechce, aby ji partner viděl vychrtlou, nahou. I přesto, že ji partner neustále uklidňuje, to nedokáže překonat. Jako příčinu svých problémů postupně odhaluje to, že matka vždy jedla něco jiného než ostatní a jedla velmi málo. O dietách sice nikdy nemluvila, ale Lucie to vnímá jako možnou příčinu. Další příčinu své nemoci vidí v problémech, které nastaly v souvislosti s matčinou depresí. Sama však už příčinám nepřikládá váhu, anorexii má šestnáct let a příčiny tedy pro ni nejsou tím podstatným. Její váha je 38 kg, což ji už velmi motivovalo začít s léčbou.

Lucie se bojí o sebe, o své zdraví, o svůj život, a vzhledem ke svému věku a své budoucnosti ví, že takhle žít dál nejde. Ví, že její mentální anorexie je daleko za pomyslnou

snesitelnou hranicí a ví, že už chce něco jiného. Ví, že to bude těžké, ale chce se nemoci zbavit.

U Lucie je velmi pozitivní její přístup, díky kterému má velkou šanci na úspěch. Lucie je energická, milá a velmi odhodlaná žena, která chce být zdravá a normální, která se nebojí, že přibere. Chce být zdravá a šťastná, chce mít děti a doufá, že se jí to povede. Je odhodlaná a je velmi silná a ochotná bojovat. Má to, co nemá mnoho klientů s poruchami příjmu potravy - tu opravdovou vůli být zdravý. Má podporu partnera i otce, kteří se o ni bojí a chtějí, aby byla zdravá. Je ochotná pro svou léčbu opustit práci a zcela změnit chod svého dosavadního života.

Problémem může být, že Lucie má poruchy příjmu potravy velmi dlouho. Po takto dlouhém návyku, zvyku na lež, zatajování, době dodržování určitého systému, řádu a daného jídelníčku, je velmi těžké něco změnit. Ačkoliv se Lucie léčit chce, neví, co znamená jíst normálně, mít 60 kg, nesportovat denně, dát si dort a zvyknout si na nový život v novém těle. Její problémy jsou druhotně únikem od traumat, úzkostí a problémů. Najednou se toto místo musí vyplnit, najednou by mělo všechno být jinak. Zvládnout toto období mezi starým a novým životem může být velice obtížné. Klienti často popisují, jak se jejich život po vyléčení změnil. Najednou zjistili, že od života chtějí jiné věci, jiného partnera, a že mnoho věcí ve starém životě bylo spojeno s poruchami příjmu potravy.

Sociální terapie:

Lucie přišla na svépomocnou skupinu s jasnou představou, že chce být zdravá a vůbec o tom nepochybuje. Jak už jsem zmínila výše, její odhodlání je obrovské a velmi jasné. Ví, co ji čeká, ví, že to bude těžké, ale ani na minutu neváhá, že se chce léčit. Přišla si pro podporu a ještě větší motivaci než má. Zároveň žádala radu, kde začít a jak dál.

Hlavním cílem o. s. Anabell je klientům poskytnout prvotní útočiště, podporu, anonymitu, pochopení, motivaci a kontakty na odborníky, kteří mohou klientovi pomoci.

Lucii byla v průběhu docházení na skupinu vzhledem k její nízké váze a rizikům s ní spojenými doporučena hospitalizace. Lucie z důvodu pracovní vytíženosti odmítla. Následně byl tedy předán kontakt na psychologa, lékaře, který se zabývá poruchami příjmu potravy a je jako jeden z mála možný nabídnou komplexní léčbu – jak z hlediska zdraví, tak psychiky. Mimo jiné byl předán kontakt na psychoterapeuta, psychiatra, nutričního poradce, praktického lékaře a na denní stacionář. Lucie velmi brzy začala chodit na komplexní léčbu – pravidelně

byl kontrolován její zdravotní stav, chodila do individuální terapie a konzultovala a obměňovala svůj jídelníček s nutričním terapeutem.

V průběhu sezení na svépomocných skupinách se její stav velmi výrazně zlepšoval, Lucie přibírala na váze, byla spokojenější a učila se normálně jíst. V rámci sezení si stanovovala malé cíle – nejprve omezila své pracovní vytížení a později sama podala výpověď a našla si méně náročnou práci. Přestala sportovat úplně, začala více myslet na sebe a relaxovat. Její vztah s rodiči se zlepšil, s otcem dále pěstovala důvěru, konzultovala s ním své pokroky. Matkou se přestala stresovat a snažila se její momentální nálady neřešit. Partnerský vztah prodělával během léčení mnoho otřesů, ale alespoň v průběhu doby, kdy Lucie chodila na svépomocné skupiny, byl fungující a otevřenější.

Svépomocné skupiny jsou dobrovolné, mnoho klientů tedy přijde jednou, někdo dvakrát, někdo chodí určitou dobu pravidelně, přesto však nikdy není jistota, jak konkrétní klient ve svém životě pokračuje. Jak už jsem psala, o. s. Anabell se hlavně snaží klienty motivovat k léčbě a přechodu do individuální terapie.

5.2. Případová studie klientky nemocné mentální bulimií:

Osobní data:

Jméno: Klára. F

Věk: 32 let

Vzdělání: Střední škola se zaměřením na jazyky a finančnictví

Zaměstnání: Obchodní zástupkyně v cestovní kanceláři

Sociální a rodinná anamnéza:

Klára vyrůstala v úplné rodině na malé vesnici, má starší sestru a mladšího bratra. Matku popisuje jako velmi despotickou již od raného dětství, což se projevovalo zákazy a příkazy všeho druhu a velkou kontrolou - ve škole i ve volnočasových aktivitách.

Matka pracovala z domova, její dohled na děti byl tedy stálý. V domečku měla Klára společný pokoj se sestrou, která je o dva roky starší. Otce Klára popisuje jako „zvláštního“, klidného introverta, který byl vždy ve stínu matky. Vyhýbal se hádkám a konfliktům všeho druhu, byl velmi tolerantní a tichý. Otec je zaměstnán u jedné firmy nedaleko vesnice v oblasti stavařství.

Dětství Klára popisuje jako ne příliš radostné, má pocit, že nebyla dostatečně chválena a nepamatuje si příliš společných zážitků. Dovolené se většinou odehrávaly na zahradě domku. Konflikty v rodině byly vždy, mezi rodiči a mezi prarodiči a jejími rodiči. Často se jednalo o běžné hádky a dohady.

Babička s dědou z matčiny strany jsou v Klářiných vzpomínkách podobní jejím rodičům. Babička byla více impulzivní a dědeček naopak více introvertní. Přesto s nimi měla a má dobrý vztah. Rodina k nim často jezdila na návštěvy a Klára u nich trávila letní prázdniny, což považuje za hezké období.

V období puberty se vztah matky a Kláry výrazně lepšil a popsuje ho jako velmi hezký – mnoho společně strávených chvil a povídání. Necítila se odstrčená ani neuznávaná. V tomto období se však postupně začíná krystalizovat vztah se setrou, který v tomto období začal být velmi konfliktní a do dnešní doby stále přetrvává. Klára sama nerozumí tomu, proč to tak je, jen svou setru popisuje jako „mrchu“, která ji neustále ničí. Toto ničení Klára charakterizovala schválnostmi, které se objevovaly už v dospívání - nevhodnými komentáři na potenciální partnery, kamarády, vzhled, volbu školy, práci. Sestru popisuje dále jako velmi vůdčí typ, který absolutně přejímá roli staršího sourozence – neustále jí diktuje, co má dělat a kam má svůj život směřovat. V období dospívání se tyto konflikty objevují často a jsou prvními počátky velmi problematického vztahu.

Klára začala mít první problémy s mentální bulimií kolem sedmnáctého roku, kdy se zvýšil stres ve škole a její tělo se jí nelíbilo. Rozhodla se pro dietu, kterou však nebyla schopná dodržovat. Postupem času se objevilo několik prvních záchvatů přejedení bez následného zvracení. Kolem devatenáctého roku si Klára našla přítele, ke kterému se odstěhovala. Bydlela s ním v domě jeho rodičů. Stres a nátlak na její osobu se mnohonásobně zvýšil. Rodiče ji neustále komentovali, jako „tu línou a neschopnou“ a protežovali svého syna. Klára začala zvracet a její stav se zhoršoval. Bulimické záchvaty se objevovaly i dvakrát denně, váha byla velmi kolísavá a po psychické stránce Klára toto období popisuje jako velmi těžké, depresivní a stresové. Nakonec byla hospitalizována po nervovém zhroucení na

psychiatrii. Tam strávila jeden měsíc. Klára se začala normálně stravovat a bulimické záchvaty ustaly. S přítelem vztah ukončili, tento kolaps jen utvrdil jeho rodiče v její neschopnosti a přítel nebyl dostatečně silný, aby dokázal situaci změnit.

Klára se vrátila domů a odstěhovala se do bytové jednotky naproti domu rodičů. Následující období bylo opět provázené bulimií, která se rychle po hospitalizaci vrátila. Konflikty se setrou a zhoršení vztahu s matkou, která z měsíce na měsíc měnila komunikaci s Klárou. Tato změna jejich vztahu mohla být způsobena jak pobytem Kláry na psychiatrii, tak utužení vztahu matky a setry. Klára po dlouhých třech letech vrátila a její život byl jiný. Cítila se dospělejší, méně ovladatelnou, přesto však velmi slabou a nešťastnou. Všechny tyto změny pravděpodobně vyústily v konflikty v rodině, které se stupňovaly.

Klára mnoho dalších let pracovala v Praze a dojížděla dvě hodiny do práce. Musela tedy brzy vstávat, v bytě žila sama a matka jí každý večer telefonovala nebo se bez ohlášení stavovala na čaj. Sestra mezitím porodila dvě děti a vdala se. Dle Kláry se tyto události podílely na jejich komplikovaném vztahu. Sestra nebyla spokojena se svým mužem a životem. Pracovala v místní restauraci, měla malý byt a manžel se jí příliš nevěnoval. Kláře připadalo, že jí „něco záviděla a nedokázala se s tím smířit“.

O své bulimii věděla a byla si vědoma toho, o jak závažný problém se jedná. Přesto několik dlouhých let žila tímto stereotypním životem, kam patřila práce, bulimie, matka se setrou a samota. Až neúnosná situace, kdy se přejídání a následné zvracení opakovalo opět denně, donutila Kláru tento problém řešit.

Současné poměry:

Klára se odstěhovala a žije v Praze v podnájmu u staršího pána, který má úžasnou rodinu. Rychle se s ním spřátelila. Pracuje dále ve stejné firmě, ale do práce již nemusí dlouho dojíždět.

Klára má partnera, který o všech problémech ví a stará se o ni. Je empatický a vnímavý a snaží se jí být oporou. Bulimie už neplní hlavní místo v jejím životě. Klára na sobě pracuje a úspěšně s touto nemocí bojuje. S partnerem plánuje v brzké době děti a úplnou rodinu i společné bydlení.

Klára je nyní klidnější, po odstěhování má na sebe více času, cítí se ve větší pohodě. Domů jezdí málo, jen si občas s matkou zavolá. Konflikty v rodině se snaží brát s nadhledem. Se setrou přerušila kontakt téměř úplně a snaží se jí vyhýbat.

Následky bulimie ovšem stále v jejím životě přetrvávají. Klára trpí velkou nenávistí vůči svému tělu, nedokáže to překonat a není schopná se na sebe ani podívat do zrcadla. Přítel se jí snaží pomáhat. Pocit nenávisti ke svému tělu popisuje jako strašlivý a drásající. Necítí se ve svém těle dobře a nedokáže ho přijmout. Tyto pocity pak ovlivňují partnerský i sexuální život. Klára by velice ráda zažila změnu. Bulimické záchvaty se objevují už jen málo, při stresech v práci či oslavách narozenin, kde je mnoho jídla a Kláru tato situace začne motivovat k přejedení. Není přesvědčená, že dokáže jídlo odmítnout či si vzít jen to, na co má chuť.

Její stravovací návyky jsou stále špatné. Klára se snaží, přesto se však v jídle velmi odbývá, což je ohrožující pro její další vývoj.

Sociální diagnóza:

Klářina diagnóza je mentální bulimie. První setkání s ní bylo velmi příjemné, Klára je velmi vtipná, milá, atraktivní žena a velmi odhodlaná. Přesto ji bulimie svazuje již patnáct let a vzala jí mnoho šťastných momentů v životě. Klára má i určité zdravotní problémy, jako je nepravidelná menstruace, únava, bolesti hlavy a bolesti žaludku. Svou nemoc vnímá jako hrozivou a „všeubíjející“.

Za příčinu považuje svou rodinu, ve které se cítila stísněná a nemohla se naplno projevovat, byla neustále svazována matkou a setrou. Její život až do odstěhování připomínal život dítěte, které je neustále kontrolováno a rodina mu razí životní cestu. Bulimie je mnohdy jediným vyjádřením emocí u klientů. Často jsou velmi svázáni a nedokážou říct „ne“ či si určité věci „dělat po svém“. Emoce je dusí a ventilem těchto emocí se může stát právě zvracení. Klára s touto teorií naprosto souhlasí.

Až ve svých třiceti letech si začíná uvědomovat svou vlastní osobnost, svá přání a svůj život. Do té doby vše popisuje jako klec, ve které byla. Takto vnímá i období prvního pokusu o vymanění se z rodiny, kdy bydlela u svého přítele.

O bulimii, o které v rodině všichni vědí, se nemluví. Jediný, kdo s ní o jejích problémech mluví, je přítel.

U Kláry je dobré, jak moc se chce vyléčit a jak moc chce být šťastná. Svůj problém si plně uvědomuje, což je základním stavebním kamenem. Má podporu od partnera a vůli to zvládnout.

Situaci komplikuje velké podceňování, nízké sebevědomí a vztah k vlastnímu tělu. Dále i dušení emocí a následně neschopnost reagovat na stresové situace či sebemenší problémy jinak než přejedením a zvracením.

Podobně jako u mnohých klientů je i u Kláry důležité odhalit to, co bulimie v jejím životě znamená. V jejím případě je problémem hlavně vlastní uzavřenost a konformita. Měla by se naučit o sobě mluvit, vyjadřovat své pocity a názory a mít se ráda.

Tyto úkoly nejsou lehké, Klára je však velmi silná osobnost a její odhodlání pomáhá překonávat i velmi těžké překážky.

Sociální terapie:

Klára přišla do o. s. Anabell jako do prvního cíleného zařízení pro poruchy příjmu potravy a chtěla pomoci. Už od počátku byla velmi důrazná ve své motivaci a vůli. Během prvních sezení bydlela Klára ještě u rodičů a její bulimické záchvaty byly velmi časté a její psychický stav velmi nestálý. Na základě jejího vyprávění o stresech a tíze, které jí domov působí, jí bylo doporučeno, aby se odstěhovala. Po necelém měsíci skupinových sezení, kdy Klára získávala podporu i od ostatních členů skupiny, se skutečně odstěhovala. V tomto období se celkový stav Kláry velmi rychle zlepšoval. Stala se sebevědomější a veselejší, nezvracela i dva měsíce v kuse a často se stávala objektem zájmu mužů. Pro ni se tento „nový“ život stal něčím, v co ani nedoufala, a byla velmi spokojená. Našla si partnera, přeorganizovala komunikaci s matkou a v práci byla povýšena.

Kláře byla doporučena individuální terapie, se kterou také velmi brzy začala. Dále pravidelně navštěvovala nutriční terapii. Docházela na svépomocné skupiny a účastnila se socioterapeutických víkendů.

Klientka se během sezení změnila v úplně jinou ženu. V takovou, jakou si vždy přála být. Bulimické záchvaty se objevovaly čím dál méně, nakonec vymizely a Klára rok

nezvracela. Negativní vztah k tělu stále přetrvával, ale došlo k posunu – Klára se naučila mít ráda alespoň některé části svého těla a postupně na sobě dále pracovala.

Klára se stala ukázkovou klientkou, která na sobě tvrdě pracovala, a její stav se výrazně zlepšil. Skupinu opouštěla jako budoucí matka a krásná žena, která vede spokojený život. Zkrátka ze skupiny odcházel někdo úplně jiný.

6. Příčiny mentální anorexie:

Příčiny mentální anorexie jsou velmi obsáhlé a složité téma. Příčiny jsou u každého pacienta velmi odlišné a průběh nemoci je rozdílný. Nelze tedy odpovědět jednou větou či najít shodné příčiny u všech klientů. Shoda je jediná, a to sice, že jde o konstelaci vlivu různých socio-kulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů.(KRCH 2005: s. 57)

Podobnosti nacházíme jen v určitých nespecifických rizikových faktorech, které byly zjištěny v osobní a rodinné anamnéze klientů s poruchami příjmu potravy. Tyto faktory se ale vyskytují i u jiných duševních poruch. Jedná se například o alkoholismus, depresivitu rodičů či nízké sebehodnocení.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 36)

V této kapitole se pokusím popsat ty příčiny, které jsem výše vyjmenovala. Každé z nich budu věnovat dostatečnou pozornost.

Příčiny rozděluji do jednotlivých kategorií podle F. D. Krcha a jeho knih „Poruchy příjmu potravy“, „Mentální anorexie“, „Mentální bulimie“ a dále podle H. Papežové a její knihy „Spektrum poruch příjmu potravy“.

6.1. Biologické faktory:

6.1.1 Ženské pohlaví:

Jedná se o jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů vůbec. To, že se člověk narodí ženou, zvyšuje šanci na onemocnění mentální anorexií až desetkrát. Ženské a mužské tělo je velmi odlišné a plní jinou roli v životě ženy a muže. Největší tělesné změny se odehrávají v době puberty a adolescence.(VÁGNEROVÁ 2005: s.321)Velmi rychlý tělesný růst je spojen s rostoucí tělesnou hmotností a nabýváním tukových zásob, což se může stát významným faktorem pro vznik mentální anorexie. V období mezi 16. a 19. rokem vzroste

BMI z 16 na 19 bodů[2]. Pokud vezmeme v potaz dnešní ideál krásy, je tento nárůst mnohdy pro klienty šokem. Puberta a nabývání ženských tvarů je tím, co může dát klientovi první impuls k držení diet, touze vypadat jinak či nenávisti vůči vlastnímu tělu. Jak už jsem ve své práci zmiňovala, vnímání dospívání u chlapce a dívky je jiné. V prvním případě jde o nárůst svalové hmoty, což se bývá okolím většinou hodnoceno pozitivně. Chlapec se přibližuje ideálu svalnatého muže a to může být příjemnou změnou. V druhém případě jde o již zmíněné ženské tvary, což může být jak pozitivní, tak negativní. Dívka se zpravidla odchyluje od současného ideálu krásy. Zaoblují se jí ženské křivky, které v dnešní době nebývají hodnoceny jako „krásné“.(KRCH 2005: s. 64)

Muži představují zhruba 7,5% nemocných mentální anorexií, u mentální bulimie je pak rozmezí 4 až 13%. Povětšinou se muži spíše snaží přibrat než zhubnout, jedná se však o svalovou hmotu. Část mužů, kteří onemocní poruchou příjmu potravy, je homosexuální. Zde se dá rovněž hovořit o rizikovém faktoru.(KRCH 2005: s. 43) U jiných je souvislost s poruchami příjmu potravy a sportu – atletika, balet, dostihy, skoky na lyžích. U skoků na lyžích se z tohoto důvodu dokonce musela změnit pravidla váhy – mnoho mužů v tomto sportu drželo diety, aby byli hodně štíhlí, protože dále doletí. Některé váhové úbytky byly skutečně anorektické a z tohoto důvodu se změnila pravidla soutěže. Pokud u sportovce nastane velký váhový úbytek, musí vyměnit dlouhé lyže za kratší. Tímto způsobem by se mělo zamezit snaze o štíhlost, která společně s dlouhými lyžemi tvořila vidinu lepších výsledků. V českém dokumentu o mentální anorexii vystupoval jeden ze skokanů na lyžích a potvrzoval tvrdá dietní pravidla mezi sportovci tohoto druhu sportu. Zároveň hodnotil postavy těchto mužů jako velmi anorektické, což ovšem přes oblečení není vidět.[3]

Za období své pětileté praxe jsem se setkala jen se čtyřmi muži, kteří měli problém s poruchami příjmu potravy. Zpravidla se jednalo o sportovce orientované na výkon, kterým se správný jídelníček vymkl kontrole. Sportovali v odvětví atletiky a cyklistiky. Žen s tímto onemocněním jsem potkala nespočet. Mohu tedy osobně potvrdit, že narodíme-li se jako žena, je to opravdu prvním rizikovým faktorem.

Důležitou roli hraje i časnost nástupu puberty. U dívek, které dospívají dříve, může být zvýšené riziko mentální anorexie. Povětšinou jsou takové dívky menší a spolu se zaobleností

[2] BMI- „body mass index“(výpočet jako podíl hmotnosti v kg a druhé mocniny tělesné výšky v metrech)-tabulka hodnot viz. Příloha.
[3] Dokumentární film v cyklu „Položero“ vysílaný na ČT 1- režie: Karel Snop.

ženských křivek si mohou připadat „tlusté“, což se stává rizikovým faktorem. Dívky v jejich okolí mají totiž tělo stále spíše „chlapecké“.

6.1.2 Tělesná hmotnost:

S rostoucí tělesnou hmotností se ženy stávají nespokojenějšími a vzrůstá riziko redukčních diet i anorexie či bulimie. Redukční dieta je též rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy.

Základním příznakem mentální anorexie je strach z nabývání na váze. Právě proto se anorexie častěji objevuje v období dospívání či těhotenství a jiných zátěžových situacích, které jsou charakterizovány nabýváním na váze nebo jen strachem z tohoto jevu. Mnohdy se také u klientů v anamnéze objevuje vyhublost či obezita v rodině. Buď nechtějí být tak obézní, anebo si naopak připadají silné.(KRCH 2005: s. 61)

Mnoho klientů jako jednu z příčin často uvádí, že je z příliš obézní rodiny a nikdy si tak nepřeje vypadat. Někteří naopak pocházejí z rodiny, ve které matka trpí jistou formu poruch příjmu potravy – je velmi hubená a klient si před ní připadá silný a je pro něj jakýmsi vzorem. Zde mohu připomenou případovou studii Lucie, ve které jsme se dozvěděli, že matka téměř nejedla, což sice Lucie nevnímala jako tak důležité, nicméně od dětství to pozorovala a mohlo se to stát určitým vzorem jídelního chování, který byl přijat a dále mu nebyla věnována pozornost.

6.1.3 Puberta:

Období puberty je rizikovým pro vznik mentální anorexie a ta se také velmi často v tomto náročném období objeví. Je důležité zdůraznit, že velkou roli při adaptaci na změny v pubertě hraje osobnost dotyčného.(VODÁČKOVÁ 2002: s. 451- 453)

Onemocnět je možné v jakémkoliv věku, puberta a adolescence jsou nicméně stresovými obdobími. Jedná se o určitou větší náchylnost k mentální anorexii a jejímu propuknutí.

Puberta trvá kolem tří let a u dívek končí první menstruací. Mentální anorexie však může tento správný vývoj puberty narušit, zastaví se tím tělesný růst a mohou se objevit i další změny. Vždy záleží na období propuknutí nemoci.(VÁGNEROVÁ 2005: s. 340)

Puberta je spojená se silným psychickým tlakem, jako jsou poruchy nálady, labilita, přecitlivělost. Tyto faktory mohou usnadňovat nástup anorexie právě v době, kdy je mladý člověk v depresi a potýká se s mnohými pocity ukřivděnosti, smutku a podobně. Puberta je též spojena s uvědoměním vlastního já a nárůstem sebevědomí, mimo jiné také s hodnocením ostatních. Více v tomto období začínáme řešit, jací jsou lidé kolem nás a jací jsme my sami, popřípadě kdo je lepší, jak vypadáme a zda budeme oblíbení. Tato určitá nejistota spojená s pozorováním sebe sama může být velmi citelná. (VÁGNEROVÁ 2005: s. 340- 371)

Dnešní doba tento proces příliš neusnadňuje. Dívky jsou velmi brzo konfrontovány s ideály krásy a dospělým světem, který je mnohdy pro mladého člověka příliš drsný. Obecně se dá říct, že dnešní dívky dospívají daleko rychleji – dříve se malují, nosí podprsenku, projevují zájem o kluky a stejně tak daleko dříve řeší svůj vzhled. Na mnohých školách není dostatečně tento fenomén ošetřen. Dívka se tak během náročného dospívání potýká s obrazem modelek a nezdravou touhou vypadat vyhuble.(CAUSSATO, GUILLOU 2008: s. 27)

V souvislosti s touhou kontrolovat svůj nejistý a „měnící se osud“ může dát snaha kontrolovat svůj jídelníček životu jistý řád a jistotu. Vše se totiž vytváří s pocitem, že je to něco, co není vůlí ovlivnitelné a dívka se do poslední chvíle snaží ovlivnit, to co alespoň trochu zvládne. To je úzce spjato se sexuálními pohlavními znaky. Často zde hraje roli přístup rodiny. Pokud chybí souhlas a podpora matky či otce v těchto změnách, dcera se cítí nejistá a odmítaná. Například otec se může z důvodu strachu z její nové ženské role zdráhat dát dceři pusu. Matka například nedokáže dceru dostatečně podpořit a vysvětlit, že to, co se děje, je krásné, a dcera je stále přijímána.(PONĚŠICKÝ 2002: s. 94- 99)

Též zde můžeme zmínit problém v rodině, kde je sexualita tabu a následné proměny dcery mohou být z její strany chápané jako něco špatného a nedobrého.(

V období adolescence lze pak mluvit o strachu z odchodu od rodiny či z přijetí sexuálního partnera a vůbec své sexuální role. Zde se též jedná o velmi zátěžové situace, které se mohou projevit mentální anorexii.(FONTANA 1997: s. 36- 39)

Díky své praxi lektorky primárních prevencí jsem mohla porovnávat zájmy studentů o vzhled a diety od šestých tříd, tedy věku 11 až 12 let, až do 15 let.

Mnohdy jsem byla překvapená, kolik dětí z šestých tříd má detailní informace o výživě – většinou se jednalo o mýty, které nám říkají, že poslední jídlo se jí v 17:00 a podobně. Během psychologických her mnoho dětí vytvářelo velmi nezdravé představy o správném jídelníčku, které ovšem považovaly za správné.

Ve vyšších třídách se téměř vždy objevily zmínky o kamarádkách s mentální anorexií či bulimií. Mnohdy jsem byla po hodině kontaktována dívkou, která mi sdělila, že má mentální anorexii. Tyto zkušenosti mě utvrdily v přesvědčení, že dnešní svět je v tomto ohledu „nemocný“ a že se děti stávají dospělými skutečně příliš brzy.

6.2 Životní události:

Jedná se o události, které často klienti dávají do souvislosti se začátkem své nemoci. Dle NICE(2004) bývá až v 70% případů anorexie a bulimie spouštěcím mechanismem závažná životní situace. Je zde mnoho „ale“, hlavně z důvodu zaujetí při těchto výzkumech, kdy velmi záleží na terapeutovi, klientce a rodině, co si o problému myslí a vše je vysvětlováno zpětně. Může tedy dojít ke zkreslení těchto výsledků. Přesto se dá tato příčina zařadit jako velmi důležitá a častá.(PAPEŽOVÁ 2010: s. 40)

Mezi tyto životní události můžeme zařadit problémy s vrstevníky, s rodinou (přehnaná očekávání rodiny), protežování sourozence, lhostejnost, kritiku a despotickou rodinu, chladnou rodinu, narážky na postavu, vzhled, nemoc, životní změny (úzkost z rozchodu rodičů) nebo konflikty, které dítě pasují do role „obětního beránka“ či „stmelujícího člena rodiny“ a další.(PONĚŠICKÝ 2002: s. 98)

Za vážnou životní událost můžeme považovat zejména to, co řekne sám klient. Jedná se záležitosti, které jeho nemoc podle jeho názoru výrazně ovlivnily. Pro někoho to může být maličkost, pro někoho velká událost, která se negativně projevila.

Pokud se zastavíme u „narážek“ na vzhled, je velmi důležité připomenout, že se klient pravděpodobně již s jinými problémy potýkal a jisté tendence k poruchám příjmu potravy měl již dříve. Malá poznámka o vzhledu se pak může stát spouštěcím mechanismem, kterým nemoc začíná. V tomto případě musím opět zmínit dnešní svět posedlý kultem vyhublých krásek. Tento kult se přenáší na většinu lidí. Je běžné říct takovouto poznámku, která může spustit poruchy příjmu potravy. Nebýt tohoto kultu, u mnohých klientů by možná poruchy příjmu potravy nepropukly.

Životní události, které se týkají rody, vztahů, sexuálních problémů, jsou vždy něčím, co může změnit každého z nás. Je velmi těžké se s určitými událostmi vyrovnat. Pokud se dohromady kombinuje nízké sebevědomí, nenávist vůči vlastnímu tělu a například sexuální zneužití, mohou se poruchy příjmu potravy stát řešením. Ne perspektivním, ne dobrým, ale částečným. Stanou se „berličkou“, která jakoby problémy odsune pryč, do popředí se dostává vzhled a jídlo. Je to záchrana, která nám umožňuje utéct a nic neřešit, vymlouvat se, zapomenout. Umožňuje též podřízení těmto traumatům a odevzdání se jim.

Mnoho klientů, se kterými jsem se setkala během své praxe, prošlo těžkým životními událostmi, jako je smrt v rodině, sexuální zneužití, znásilnění, týrání, alkoholismus v rodině, drogy v rodině i sexuální porucha nebo psychiatrická diagnóza. Vždy považovali tyto události za hlavní příčiny nemoci a většinou naprosto souhlasili, že poruchy příjmu potravy se staly únikem – únikem před strachem, smutkem, vztekem.

Jedna z dlouhodobých klientek prošla ve své rodině těžkým alkoholismem matky, násilím ze strany nevlastního bratra, kdy byla bita, a pokusem o vraždu svého otce. Ona sama za sebou měla dva pokusy o sebevraždu. Anorexie se pro ni stala cestou, která jí dovolila zapomenout. Teprve po delší době terapie připustila, že v těchto událostech je možná příčina nemoci. Přesto neustále omlouvala svou matku i bratra, a až po dlouhé době dokázala vypustit emoce vzteku a lítosti nad dětstvím, které bylo velmi trýznivé. Kazuistiku jiné klientky se záchvatovitým přejídáním, jejíž nemoc byla zapříčiněna mimo jiné znásilněním, přikládám v příloze.

Ačkoliv se tedy termín „životní událost“ zdá velmi obecný, je tím nejpřesnějším, co u mentální anorexie hraje roli.

6.3 Sociální a kulturní faktory:

Tato tematika je v současné době velkým a často diskutovaným tématem. Je mnoho teorií, které tento fenomén zpracovávají a vytvářejí na něj rozlišné názory – hlavně tedy v tom, jak mocný je vliv kultury a společnosti na nemoc. Určitým důkazem toho, že tento vliv není malý, nám může být proměna kultur, ve kterých dříve poruchy příjmu potravy nebyly známy. V některých státech Afriky, kde ani nebylo známé slovo pro poruchy příjmu potravy, byly zaznamenány případy navýšení zájmu o vzhled a štíhlost v rámci touhy připodobnění se západnímu světu.

Podobná situace se děje v Číně, kde nikdy problémy s anorexií nebyly, a kde v posledních letech kromě touhy vypadat jako Evropanky (což se projevuje plastickými operacemi na úpravu očí nebo krémy prodávanými na bělejší pleť) roste počet případů mentální anorexie. Dá se tedy částečně říct, že kultura a společnost vliv mají.(Dokument Krása 2010)

Historicky mělo každé období svůj ideál krásy. Dá se tedy snad věřit tomu, že současný pokroucený ideál též zmizí a nahradí ho jiný, nový, zdravější.

Na tomto místě uvádím stručný popis jednotlivých období naší historie ve spojitosti s vnímáním krásy, které bylo velmi rozdílné.

Během antiky byla opěvována štíhlost, obezita byla spíše kritizována. Také mezi Římany z tohoto období může zaznamenat zprávy o obdobném přejídání a zvracení, jakým dnes nazýváme bulimii.

Gotika byla velmi křesťanským obdobím, ve kterém se projevoval hlavně zájem o ducha. Tělo šlo do ústraní, nebylo důležité o něj pečovat a starat se. Ideálem byl Ježíš, který byl skromný, laskavý, a mimo jiné štíhlý. Byla zde určitá oblíbenost štíhlosti, ale přesto na prvním místě stála duše a štíhlost jen podporovala výraz skromnosti, strádání a utrpení.

V období renesance se částečně projevil návrat k antice a touha po štíhlých mužích, nebo spíše svalnatých. U žen byla důležitá zaoblená těla – tím pádem i větší množství podkožního tuku.

Baroko se stalo symbolem zaoblených těl žen, byl kladen důraz na plodnost a na části těla, které s ní souvisí. Muži zůstávali v oblibě jako svalnatí a mužní.

Během klasicismu se vystřídaly oba náhledy na ženské tělo - v 19. století byla ideálem křehká žena, v polovině 19. století pak korpulentnější žena.

Během dvacátého století byla zdůrazněna štíhlost, ale ne přílišná křehkost. Šlo o vzpřímený postoj a plnější prsa a boky. Po 1. světové válce se zkrátila délka sukní a ženská těla se měnila v chlapecké postavy. Krása se začala posuzovat dle obličeje upraveného kosmetikou a obnaženosti nohou. Ve 20. letech se velmi rozrostla média a vznikal určitý požadavek na uniformitu, což ovlivnilo i náhled na ženskou krásu.

Ve 30. a 40. letech nastal částečný návrat k ideálům starším. V 50. letech se projevil vliv Hollywoodem a ideálem Marylin Monroe – útlý pas, poprsí, boky a vysoké podpatky.

V 60. letech došlo k nástupu útlé, chlapecky vypadající modelky Twiigy, která je mnoho let považována za částečnou příčinu nárůstu poruch příjmu potravy. Stala se naprostým fenoménem a mnoho žen chtělo být jako ona. V té samé době se na trhu objevily bikiny, což byl opět další fenomén, který podtrhoval štíhlost.(FIALOVÁ 2006: s. 21- 26)

Tento krátký popis nám umožňuje posoudit různé ideály krásy a vývoj toho, co je krásné.

Dnešní doba nám stále nabízí ideál štíhlosti a dokonalosti. Neustálá touha být perfektním člověkem, který je štíhlý, krásný a úspěšný nás svazuje a ubírá na odlišnostech a barvitosti. V poslední době je sice větší snaha o normálnost a o zdravé ženské tělo. Tato částečná snaha se začala projevovat až po několika úmrtí modelek a po prudkém nárůstu výskytu anorexie. Na jedné straně časopisu se můžeme dočíst, že se máme mít rády takové, jaké jsme, a na druhé nalezneme mnoho receptů na lepší postavu. Ještě stále se potýkáme s nespokojeností s vlastním tělem a média nás v tom podporují, i když v menší míře než dříve. Mnoho žen alespoň jednou v životě drželo dietu, mnoho žen by si přálo zhubnout a mnoho žen není spokojeno se svým vzhledem. A tato zjištění jsou podle mě alarmující. Proč se tolik bojuje za štíhlost a proč se tolik žen trápí? Dokud budeme kupovat časopisy s touto tématikou a pilulky na hubnutí, je téměř nereálné, aby se něco změnilo. Tam, kde je poptávka, je i nabídka. A toto bohužel stále funguje.

Toto vše bohužel ovlivňuje mladé adolescenty a ženy. Štíhlost je nám nabízena jako recept na úspěšnost. Hodnota člověka je měřena podle fyzické přitažlivosti. Modelky jsou vychrtlé a ženy stále pod agresivnějším diktátem toho, jaké mají být. Reklamy nám nabízejí zázračné léky, s jejichž použitím „je všechno možné“ a můžeme zhubnout kolik budeme chtít. Tělesné proporce si můžeme podle těchto reklam vybrat podobně jako rtěnku. Vychází mnoho a mnoho knih o zdravém stravování, ale těch opravdu dobrých, které by nebyly plné nesprávných rad o stravování, už tolik není.(Více informací- PAPEŽOVÁ 2010)

Dle studie Gulliena a Barra (1994) bylo v časopise pro náctileté „Seventeen“ více než polovina článků na téma jak zhubnout.[4] Dle Garnera bylo zjištěno, že v letech 1969 až 1978 se ve sledovaných časopisech objevilo o 70% více článků o dietách než v předcházejících deseti letech.(Citace dle KRCHA 2005: s. 59) Tyto studie jasně poukazují na zvrácenost naší doby. Ideály, které nám nutí dnešní svět, jsou nedostižné a negativně ovlivňují psychiku a vnímání sebe sama.

4

Poruchy příjmu potravy ovšem nemůžeme pochopit mimo kulturní kontext. Kultura, ve které vyrůstáme, se výrazně na poruchách příjmu potravy podílí. Patří sem důraz na vzhled a tělo, ale například i postavení ženy, sociální a kulturní význam jídla či měnící se životní styl. V kultuře, ve které jsou hlad a vyhublost považovány za negativní jevy a ve které obezita nepředstavuje estetickou vadu, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl.(KRCH 2005: s. 59)

Na svépomocných skupinách se často dostáváme k tématu kultury, v níž žijeme. Většina klientů též uvádí jako příčinu nemoci společnost. Jedná se o časopisy plné vyhublých krásek či tlak společnosti jako takové. Klientka pracující dlouhodobě v modelingu nás jen utvrdila v obraze anorektických modelek, které skutečně většinou nejedí, stejně tak i v praktikách modelingových agentur, které ji přehnaně nutily ke snižování váhy.

Ráda bych zde také zmínila dokument absolventky Famu o kráse - „Ženy pro měny“.[5] Je velmi přesnou ukázkou, jak dnešní svět a ideál krásy působí na ženy a jak moc se mu podřizují.

Dokument se pozastavuje nad životem tří žen. Jedna je v podstatě závislá na hubnutí, druhá se snaží uspět jako modelka a třetí se chystá na plastickou operaci poprsí. Mimo to se během dokumentu objevuje několik dalších postav dívajících se různě na ideál krásy. V případě ženy toužící zhubnout jsme svědky neuvěřitelných metod, kterými se snaží dosáhnout tohoto cíle (například CD na hubnutí, koktejly, knihy, prášky) a neuvěřitelných finančních částek, které tuto její snahu pokrývají. V případě druhé ženy sledujeme její cestu k modelingu, kdy je nucena zhubnout v pase a přes boky. Žena je ovšem velmi hubená, komentáře k její váze a centimetrům se tak stávají absurdními. V případě třetí ženy jde o touhu vrátit svému poprsí pevnost. Žena je ochotná si na operaci našetřit. V závěru dokumentu se dozvídáme, že absolvovala již čtyři další operace prsou. Zbytek dokumentu nás seznamuje se dvěma slečnami, které jsou posedlé krémy na celulitidu, bělícími přípravky na zuby, nakupováním, dietou, jednoduše vzhledem. Další postavou ve filmu je šéfredaktorka časopisu „Cosmopolitan“, která se snaží vysvětlit články v časopise a jejich smysl. Tento dokument vnímám jako přesné vyjádření sociokulturních vlivů na ženy a následně na poruchy příjmu potravy.

[5] Absolventský film Eriky Hníkové z roku 2004.

6.4 Osobnostní a další psychické charakteristiky:

U nemocných mentální anorexií můžeme mnohdy sledovat určité osobnostní rysy či specifické poruchy osobnosti. Jasný obraz klienta s mentální anorexií nelze jasně specifikovat. Přesto se u mnohých klientů vyskytují určité osobností rysy častěji a může se jednat o jednu z příčin, která se na celé poruše podílí.

Výzkumy cíleně zaměřené na toto téma se potýkají s problémem retrospektivy a malého vzorku zkoumaných klientů. Také je velmi komplikované hodnotit určité rysy osobnosti či poruchy po dlouhodobém onemocnění mentální anorexií, které s sebou nese určité psychické změny a změny chování. Výzkumy přesto mají určitou relevanci a je vhodné jejich závěry zmínit.(KRCH 2005: s. 71)

Typického anorektického klienta můžeme popsat jako člověka velmi zaměřeného na úspěch, udržujícího společenské normy a rodičovské hodnoty. Klienti většinou postrádají větší fantazii, nezávislou vůli a vynalézavost. Jsou zatíženi negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, novým vztahům a cílům.

Vykazují většinou signifikantně větší skóre neuroticismu, intorverze a úzkosti. Velmi často se také mentální anorexie spojuje s obsedantně kompulzivní poruchou. Udávaný výskyt obsedantně kompulzivní poruchy se u pacientů pohybuje od 27% až po 87% (dle Dallyho 1969, který však pro vymezení poruchy používal velmi široká kritéria), podle Crispa (1977) se většinou po návratu k normální hmotnosti obsedantně kompulzivní chování zlepší. Nakonec Fischer (2003) po sumarizování několika studií dospěl k poměrně nízkému číslu 12%. Vzhledem ke zkušenostem ze své praxe bych zde ráda uvedla, v čem obsedantně kompulzivní porucha spočívá.(Citace dle KRCHA 2005: s. 72)

Obsedantně kompulzivní porucha je nepříjemné zaobírání se myšlenkami, kvůli kterým dotyčný trpí silnými úzkostmi či napětím. Často se jedná o různé obavy, že se něco stane a následky budou katastrofální. Úzkost z těchto nutkavých a vkrádajících se myšlenek se nemocný snaží částečně neutralizovat opakovanými úkony či stereotypními myšlenkami. Tím vzniká kompulze, která ovšem sníží úzkost jen na chvíli. Vzniká následně nová úzkost a nová potřeba ji snížit – rozvíjí se další kompulze.(PRÁŠKO, PAŠKOVÁ, PRAŠKOVÁ, ŠLEPECKÝ, ZÁLESKÝ 2003: s. 11- 43)

Vtíravé myšlenky jsou často směřované na přehnanou čistotu, agresi k druhým lidem, počítání, kontrolu, váhavost.

Většina pacientů s touto poruchou o své nemoci ví a plně si ji uvědomuje, přesto proti ní nedokáže bojovat. Příčinou je strach, co se stane, pokud svou vtíravou myšlenku nevyslyší.

V případě anorexie můžeme mluvit o obsesi zaměřené na striktní dodržování jídelních rituálů – počítání kalorií, pročítání počtů kalorií na obalech potravin, stále stejná opakující se jídla, kdy se možnost výběru jiného jídla nedá uskutečnit z důvodu strachu z růstu hmotnosti. Dále sem patří striktní dodržování cvičení, které má též obsedantně kompulzivní charakter – „nemohu bez toho být“, v případě nesplnění této povinnosti se dostavuje pocit úzkosti, deprese a neklidu. Obecně se jedná o obsedantně kompulzivní chování, které je spojeno se strachem z nesplnění úkolu dne a řádu dne. V případě změny a nedodržení se objevují pocity neklidu, lability, neuroticismu a deprese.

Anorexie nemá s obsedantně kompulzivní poruchou společné jen obsese a následné kompulze, ale i určité další rysy, jakými jsou například vnitřní nejistota a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu nadměrné sebekontroly.

Dalším velmi často zmiňovaným termínem v souvislosti s anorexií je perfekcionismus. Mnoho klientů se tímto osobnostním rysem vyznačuje. Klienti se snaží být nejlepší a dokonalí, což se v případě anorexie projevuje důsledností, se kterou úmyslně snižují svou váhu. Vše dotáhnout do konce, a to nejlépe ze všech. Někteří lidé zkrátka na rozdíl od ostatních dokážou překonat sami sebe a jít stále dál. Můžeme zde zmínit typický obraz ženy, která začíná s dietou a po týdnu už neodolá – alespoň něco malého si musí dát. V kontrastu zde máme obraz kompulzivní ženy, která překonává hlad a chutě, a to s velkou důkladností a odhodlaností, svůj asketismus považuje za svou výhru a dokonalost. Selhání není povoleno.(KRCH 2005: s. 71)

Některé perfekcionistické rysy se u nemocných žen projevují již v dětství – vždy byly výborné ve škole, měly uklizený pokoj, pravidelně chodily do kroužků, kde zdárně plnily zadané úkoly, a byly těmi hodnými a bezproblémovými. Též v rodinné anamnéze u klientů s mentální anorexií nacházíme perfekcionistické rysy – rodiny zaměřené na dobrý výkon a zdůrazňující důležitost nejlepších výsledků.(MATOUŠEK, KROFTOVÁ 1998: s. 37- 42)

Riziko anorexie pak roste zejména tam, kde se společně s perfekcionismem vyskytuje nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem.

Další studie poukázaly na určitou souvislost anorexie a hraniční poruchy osobnosti. Opět se jedná, jako v případě obsedantně kompulzivní poruchy, o rozdílné studie, jejichž

výstupy se postupně vyvíjejí. První studie tuto souvislost posuzovaly velmi silně, ty současné se však opět přibližují smířlivému názoru, že jsou klientky, u kterých se tato porucha vyskytuje, přesto se jedná spíše o určité rysy, které jsou oběma poruchám společné. A musíme také zmínit, že většina těchto studii byla opět velmi retrospektivní. Hraniční porucha osobnosti zde byla vymezována velmi široce a nespecificky.(KRCH 2005: s. 71- 76)

Též se prokázalo, že při úspěšné léčbě anorexie ustupují některé rysy hraniční poruchy osobnosti. Tato informace je bezpochyby pozitivní a dokladuje, že příliš brzká diagnóza může terapeutické práci a vztahu uškodit. Nemusí se tedy hned jednat o hraniční poruchu osobnosti, ale jen o určité rysy oběma poruchám společné, které společně také pomalu vymizí.

V rámci této souvislosti považuji za nutné hraniční poruchy osobnosti stručně představit.

Hraniční porucha osobnosti se projevuje několika diagnostickými kritérii, kam patří například impulzivita a sklon k sebepoškozujícímu jednání, narušení identity – narušená a nejasná představa o sobě samém, chronický pocit prázdnoty, opakované sebevražedné tendence, depresivní pocity, velké střídání nálad, agrese a zároveň jakási neschopnost mít hranice. Tato absence hranic by se dala vysvětlit tendencí pacienta neustále prohlubovat negativní pocity o sobě, snaha posouvat terapeutický vztah do roviny, kam nepatří a podobně. Vždy záleží na stupni této poruchy. Jedná se o poruchu velmi širokého spektra a je i mnoho pacientů s touto poruchou, kteří žijí navenek zcela normálně, přesto však trpí některými příznaky.(PRAŠKO a kol. 2003: s. 242- 258)

Rysy, které můžeme sledovat u obou poruch, jsou například impulzivita či depresivní symptomy.

Anorektičtí klienti vykazují mnoho rysů, které se dají pokládat za určité příčiny onemocnění. Jedná se jak o obsedantní, neurotické rysy, tak hraniční poruchou osobnosti, ale i jiné. Mnohdy se můžeme setkat s egocentrismem, historoidní poruchou osobnosti, sociální úzkostí, narcistickou poruchou osobnosti.

Tato oblast není ještě dostatečně probádána a je zde mnoho otázek a prostoru k dalším studiím. Určité návaznosti, které jsem výše uvedla, jsou již dnes jasné, další na své bližší zkoumání čekají. Zajímavé výsledky přinesla studie Hsu (1990), která prokázala, že během sledování již vyléčených pacientek přetrvávají depresivní sklony, obsedantně kompulzivní chování, sociální fobie a úzkosti.(‚Citace dle KRCHA 2005: s. 78)

Na základě vlastních zkušeností z praxe mohu napsat, že perfekcionistické rysy má velká většina klientů nemocných anorexií. Téměř všichni použijí dříve nebo později věty typu „nejsem dost výkonná“, „chtěla bych být ještě lepší“ a podobně. Většina těchto klientek má jednu až dvě vysoké školy a většina má mnoho aktivit, které jen obtížně se svou nemocí zvládají. Mnohdy též mluví o své rodině jako o té, která po nich dobrý výkon chtěla, která je tlačila do sportů a aktivit a očekávala výsledky. Toto se opět slučuje s perfekcionismem v rodině. Osobně tedy mohu potvrdit, že perfekcionistické rysy jsou velmi časté. Jedna z mých klientek dokázala vystudovat medicínu, porodit dvě děti a cvičit šest hodin denně, její váha dosahovala 40 kg a její denní příjem kalorií nedosahoval ani 500 kcal (normální denní příjem by měl být 2000 kcal). Tímto způsobem dokázala přežívat deset let a byla na sebe pyšná, kolik toho zvládá. Až při podrobném rozebírání svého života zjistila, jak málo času věnuje svým dětem a svému muži, a že její desetiletá dcera v podstatě také trpí poruchou příjmu potravy, na které se ona sama velmi podepsala. Tento závěr jí pomohl začít s léčbou a napravit to, co jí její porucha příjmu potravy způsobila. Další klientka byla tlačená do nejlepších výkonů v tenise svým otcem, který její nedostatečné výsledky dával za příčinu její postavě. Dva roky jí tak intenzivně dával najevo, že by měla zhubnout, až onemocněla mentální anorexií, která ji na dalších pět let z tenisu vyřadila úplně. Její otec si byl naprosto vědom toho, co způsobil, a aktivně se podílel na pomoci. Bohužel si až příliš pozdě uvědomil, že svou patnáctiletou dceru zbytečně přepínal a vystavoval velké kritice.

Obsedantně kompulzivní chování je též u mnohých klientů velmi výrazné. Dokáží popisovat donekonečna přesné rituály svého jídelního chování a neschopnost změnit určitá nastavená pravidla. Například klientka s mentální anorexií ve věku 30 let dlouze hovořila o krájení housky na miniaturní kostičky a neschopnosti tento rituál změnit. Nakonec to dokázala, ale až po poměrně dlouhé době sezení. Zmínila též nemožnost vyjet s přáteli na celý den na výlet, protože by neměla jídlo pod kontrolou, což ji děsí a pronásleduje. Při otázce, co by se stalo, kdyby se tento rituál narušil, nedokázala odpovědět, jen cítila nutkavou myšlenku, že den s přáteli se rovná úplnému narušení jejích jídelních návyků.

Co se týče hraniční poruchy osobnosti, mohu též potvrdit, že impulzivita, agrese zaměřená vůči sobě a depresivní chování se také vyskytuje velmi často. Zároveň jsem se též setkala s několika klientkami s hraniční poruchou osobnosti jako diagnózou, většinou kombinovanou s několika dalšími diagnózami včetně mentální anorexie. Jednalo se o velmi náročné případy a následně i sezení. Klienti vykazovali vysoký stupeň agrese vůči sobě samým – jednalo se převážně o sebepoškozování různého druhu, vyhublost velmi ohrožující

zdraví, sebevražedné tendence, které se velmi často vracely, a porušování hranic mezi terapeutem a klientem. Tyto případy byly velmi vážné a kombinací s několika dalšími diagnózami tvořily opravdu velmi náročná sezení. Jedna z klientek byla studentkou medicíny s naprosto vynikajícími výsledky, které získávala díky své obsednantní touze být zkrátka nejlepší a slyšet chválu od profesorů. Za celé studium nedostala ani jednou za dvě. Anorexií trpěla od 16 let. Ve čtvrtém ročníku medicíny se naplno projevila hraniční porucha osobnosti, úzkosti, deprese, a klientka byla několik měsíců hospitalizována na psychiatrii. Momentálně medicínu nestuduje a pravděpodobně ani nedostuduje. Její váha je pod 40 kg, sebepoškozuje se – na jejím těle se objevovalo mnoho řezných ran, které mnohdy dosahovaly velikosti až 10 cm, a několikrát si takto velmi ohrozila život. Tuto činnost zdůvodňovala úlevou – při sebepoškození se dostavoval blahodárný pocit, který popisovala jako euforii. Propadala hlubokým depresím, stejně jako naopak velmi manickým stavům. Neustále mluvila o své myšlence na sebevraždu, kterou vždy dokázala popsat do nejmenších detailů. Ze studentky medicíny se nakonec dostala do stavu velmi nemocného člověka, celý týden navštěvovala krizová centra, psychiatry a psychoterapeuty a svůj život charakterizovala jako „život blázna“.

6.5 Závislost na psychoaktivních látkách:

Impulzivita, oslabení sebekontroly a nutkavost nebo nezdrženlivost jsou psychické faktory vyskytující se velmi často v souvislosti s abůzem psychoaktivních látek a stejně tak i v souvislosti s poruchami příjmu potravy. V klinické praxi se často vyskytuje mentální bulimie a abůze alkoholu. V rodinách klientů se abůze alkoholu vyskytuje také častěji.(KRCH 2005: s. 76)

Závislost na alkoholu je podobná poruchám příjmu potravy, zejména pak bulimii – klient je v zaujetí určitou substancí a pocitu ztráty kontroly nad ní.

V klinické praxi se doporučuje přednostně léčba závislosti na alkoholu či jiné droze a až poté léčba poruch příjmu potravy. U mladších pacientů s anorexií je pro jejich vyhublost a nízký věk velké riziko alkoholismu. Některé klientky s mentální anorexií pocit hladu zahánějí požíváním alkoholu, což se při nízké váze stává velmi rizikovým. Jiná skupina klientů s mentální anorexií se naopak alkoholu striktně vyhýbá pro jeho kalorické hodnoty. V tomto

směru můžeme říci, že obecně má spíše více klientů s mentální bulimií problém s alkoholem, neboť si jsou, jak už jsem na začátku uvedla, obě poruchy podobné.

U anorektických pacientů můžeme zaznamenat častěji „kouření“, které je považováno za prostředek vedoucí ke zmenšení chuti k jídlu. Některé populační studie nám pak říkají, že 80% kuřaček nechce přestat kouřit ze strachu z nabývání hmotnosti.

U ostatních drog s domnělým účinkem zmenšování chuti k jídlu, jako jsou pervitin či kokain, se v souvislosti s poruchami příjmu potravy neprokázal vyšší výskyt než u ostatních žen.

Psychoaktivní látky jsou rizikovým faktorem, který znesnadňuje práci s nemocnými poruchami příjmu potravy.

Zde bych ráda uvedla dvě zkušenosti z praxe. V prvním případě se jednalo o klientku, která svým vzhledem působila maximálně na 16 let, přesto jí bylo přes 20 let. Byla závislá na pervitinu a trpěla mentální anorexií. Tato kombinace měla za následek velmi nízkou váhu a celkové oslabení organismu. Například na její srdce byla vytvořena ohromná zátěž – povzbuzující droga dohromady s nedostatkem živin a spánku působila velké srdeční problémy. Obecně se tato kombinace jeví jako téměř nejhorší. Kombinace drog, které potlačují chuť k jídlu, a anorexie, je velmi kritická.

Druhým případem byla klientka s mentální anorexií závislá na alkoholu, která zároveň neustále konzumovala mnohé léky, které její stav výrazně zhoršovaly. Mezi tyto přípravky patřily léky na štítnou žlázu, které mohou vytvořit vleklé psychické problémy, pokud se dávají ve špatném dávkování a hlavně jsou požívány někým, kdo vůbec problémy se štítnou žlázou nemá. Dále užívala antidepresiva, opět dle svého vlastního dávkování a potřeby, a mimo jiné léky na hubnutí, které jsou používány v souvislosti s rychlou potřebou zhubnout, jsou jen na předpis a pod kontrolou lékaře, například před operací, kde je nadváha velkou komplikací. Všechny tyto léky sháněla nelegálně a mnohdy měly pro její tělo katastrofické důsledky. Samozřejmě, že kombinace těchto léků a velkých dávek alkoholu je velmi riziková.

6.6 Emocionální faktory:

U klientů se během jejich nemoci často vyskytují úzkostné a depresivní příznaky. Stálá posedlost hubeností, i přes zdravotní problémy, které jsou vážné, nás v některých

případech vede k přirovnání mentální anorexie k pomalé sebevraždě, jak už jsem naznačovala v úvodu své práce.(PRAŠKO, VYSKOČILOVÁ, PRAŠKOVÁ 2006: s. 21- 26)

Nevyvážená emocionalita je jedním z faktorů zvýšeného riziko anorexie – například u negativního sebehodnocení, depresivní nálady, nedůvěry ve vlastní pocity. Je však možné říct, že deprese a úzkostné stavy jsou úzce spojeny až s nástupem mentální anorexie, kdy hlad a podvyživenost způsobují úzkost a depresivní náladu. Úzkosti povětšinou opět odezní po vzrůstu hmotnosti a dostatečném dodávání živin a vitamínů.(Více informací- PAPEŽOVÁ 2010)

Podle mých zkušeností z praxe vykazuje depresivní stavy většina klientů, často jsou úzce spojené s denním plánem jídla, popřípadě událostmi, které jim nepřinášejí nic příjemného. Často bývá doporučena návštěva psychiatra pro případné užívání antidepresiv, která u některých klientů mohou léčbu usnadnit. Například vymizí úzkosti a stresy, které zpomalují soustředění na léčbu.

6.7 Rodina

V této podkapitole budu věnovat větší pozornost rodině klientů. Rodina je základem, jistotou, a měla by nám dodávat pocit bezpečí a klidu, měla být tím pevným bodem, ke kterému se rádi vracíme. Měla by nás připravit na život v mnoha směrech. Měla by nám dát základy spokojeného života. Mnohdy se tento úkol nezdaří a zdravé fungování je narušeno, tím pak vznikají určité problémy a konflikty, které nás mnohdy provázejí po celý život. Rodina může do duší lidí uložit traumata, která jen těžko zvládáme, může po nás chtít věci, kterých nejsme schopni docílit, a může být úplně nefunkční – pocit rodinné jistoty je otřesen. Je mnohdy těžké nadále tyto úkoly nést a vyrovnat se s nimi. Proto mnoho lidí navštěvuje terapie, aby dokázali pochopit, odpustit, vyrovnat se.

Rodinu vnímám jako velmi rizikový faktor mnoha onemocnění a mentální anorexie není výjimkou. Opravdu jsem se málokdy setkala s klientem, u kterého by se v rodině neobjevilo něco, co mohlo velmi ovlivnit následující problémy.

6.7.1 Sociální porod

V této části práce se budu opírat zejména o práci dvou terapeutů (Ludmila Trapková a Václav Chvála), kteří se dlouhodobě specializují na rodinné terapie u psychosomatických poruch. Jejich pojednání o rodině jako o sociální děloze a o následném dospění dcery a syna jako o sociálním porodu dcery a syna je podle mého názoru velmi dobrým modelem fungování rodiny a toho, proč se něco pokazilo.

Podle této teorie můžeme uvést několik základních principů zdravé rodiny:

1) Komunikace, která je otevřená, přímá a jasná.

2) Adaptace, tedy schopnost přizpůsobit se změnám, zvládat je. Dokázat si poradit se změnami, které rodinu provází, a s případnými ztrátami.

3) Soudržnost. Každý má ovšem svou vlastní osobnost a svůj prostor. Jedná se tedy o určitou blízkost rodiny a zároveň autonomii.

4) Schopnost kooperace, aby rodina dokázala spolupracovat a tvořit.

5) Humor a radost ze života.

6) Věrnost ve smyslu osobní volby.

Tyto body by nám měly ukázat, co je tím správným v rodině, aby byla spokojená a úspěšná. Dítě se v rodině učí sociálním interakcím, v rámci rodiny jsou uspokojovány základní potřeby jedince. Pro osobní rozvoj a duševní zdraví je důležité, abychom byli svými nejbližšími akceptováni v rámci komunikace. Pokud akceptace a komunikace nejsou naplněny, mohou se následně spolupodílet na různých poruchách zdraví. Pro jedince je důležité přijetí ze strany rodiny a podpora v jeho plánech a životě. Pokud se dostáváme do konfliktu s rodinou nebo s rodinou ztrácíme komunikaci, dostáváme se do úzkostí a nejistoty. To vše může vést k dalším již zmíněným následkům.(PEŠOVÁ, ŠAMALÍK 2006: s. 45- 73)

Rodina je určitým systémem, ve kterém má každý svou úlohu a zároveň fungují všichni dohromady. Úlohy by měly být dokončeny a systém by měl fungovat. Mnohdy ale někdo svou úlohu nezvládne – v tom případě se již dostáváme do konfliktní a problematické rodinné situace.

Teorie Trapkové a Chvály zavádí termín sociální děloha. V této sociální děloze nastává proces, během kterého se opakuje porod člověka, tentokrát však na vyšší úrovni – na úrovni psychosociální. Jde o metaforu založenou na předpokladu, že správné tempo a správný vývoj jsou do budoucna velmi důležité. A to ať pro průběh klasického porodu, kdy jde o správný vývoj plodu a porod, tak i o vývoj psychiky v dětství, který je velmi důležitý pro další vývojové fáze.

Děloha je orgánem, který zajišťuje ochranu před vnějšími vlivy, je to hranice, která odděluje vnitřní svět od vnějšího. Devátý měsíc a porod v rámci této teorie odpovídají zhruba osmnácti rokům psychosociálního vývoje. Fyzické těhotenství rozdělujeme na tzv. trimestry – jedná se o tři období v těhotenství a každé toto období s sebou nese určité změny a rizika. Situaci vývoje člověka můžeme podobně vnímat i z psychologického hlediska – máme též tři období, do šesti let, od šesti let do dvanácti a od dvanácti do osmnácti let.(CHVÁLA, TRAPKOVÁ 2004: s. 85)

1) Od narození do šesti let

První tři měsíce těhotenství jsou charakterizovány prudkým vývojem buněk, z nichž vzniká placentární systém a zárodek. Je zahájen a dokončen vývoj nejdůležitějších tělesných orgánů a záleží právě na jejich synchronizaci tvorby a růstu. Dochází zde k důležité funkci placenty, která postupně přebírá výživu zárodku, čímž komunikuje s krevním oběhem matky.

Prvních šest let v sociální děloze dítě plní první vývojové úkoly, zraje CNS a sociální učení. Závěrem tohoto období je vstup do školy s dobře vyvinutými psychosociálními orgány.

Prochází psychosexuálním vývojem, který Freud označil jako orální, anální a genitální stadium.(ŘÍČAN 2007: s. 158)

První tři měsíce těhotenství jsou velmi rizikové, vystavení plodu toxickým látkám může mít za následek závažné vývojové vady či dokonce potrat.

Podobně je možno zaznamenat tyto jevy i v sociálním porodu. Velmi ohrožující jsou konflikty rodičů – zvyk na dítě a jiný rytmus rodiny velmi otřásají rodinným systémem. Pokud není pár schopen tyto problémy vyřešit, může to mít na matku a následně na dítě velmi negativní vliv. Následná porucha synchronicity organismu matky a dítěte vede k „podvýživě" dítěte a nedostatečnému „nasycení", což mnohdy může přetrvávat dále ve vývoji až do dospělosti.

2) Od šesti let do dvanácti let

Toto období je charakterizováno jako druhý trimestr, tedy třetí až šestý měsíc. Děloha po dvanáctém týdnu těhotenství vzhledem ke zvýšené produkci plodové vody zvětšuje rychleji svůj objem. Výživu plodu již obstarává placenta a probíhá důležitá výměna látek mezi vnitřním prostředím matky a dítětem. Vyvíjející se plod tak má dostatek prostoru, živin a klidu na další vývoj. Dozrávají tělesné funkce, rozvíjí se koordinovanost pohybů těla.

V rámci sociálního porodu se dítěti zvětšuje sociální prostor a přichází nová vlna informací. Freud toto období nazývá latentním. Už nejde jen o rodinu, ale o společnost a přátele. Dítě může zužitkovat sociální dovednosti, které se naučilo v předškolním období, a zároveň vše dále rozšiřovat a procvičovat.

Pomyslná sociální výživa už tedy není závislá jen na tom, co mu dají rodiče, ale i na okolí a společnosti.

3) Od dvanácti let do plnoletosti

Toto období je závěrem těhotenství a jedná se již pomalu o přípravu na porod. Dítěti už je v děloze těsno, ke konci tohoto období už bývá dítě stresované – má málo prostoru a chce ven.

Podobně funguje sociální porod, který též končí uvolněním z rodiny a získáním dostatečného prostoru, který dítě blížící se k osmnáctému roku života potřebuje. Celá rodina se musí na tuto změnu připravit. Podobně, jako se matka připravuje na porod, se dítě připravuje na svou cestu ven.

Během puberty může mít dítě mnoho přátel, zájmů a pocit zdánlivé dospělosti, přesto zde stále funguje kontrola volného času dítěte. Zvyšuje se dráždivost a tlak v rodině, podobně jako se zvyšuje tlak a dráždivost dělohy v posledních měsících těhotenství. Dospívající srovnává svou rodinu s rodinami svých přátel a snaží se bojovat proti pravidlům ve své rodině. Rodiče nejsou ochotní akceptovat a neustále chránit své dítě, které je plné novinek – pro rodiče občas nepochopitelných.

V rodině tak začíná být těsno, ještě stále nedospělé dítě už se plete do dospělého světa a všichni členové na sebe naráží. Dcera neuklidí tak jako matka, půjčuje si její oblečení. Syn si zase půjčuje věci od táty, též má svůj vlastní systém úklidu a podobně. Jde tu o jakýsi střet.

Do toho částečně trpí partnerský vztah, který po dlouhé době manželství ztrácí určité rysy, probíhá zde méně přitažlivosti, méně společných chvil, dítě či více dětí bojují o pozornost. Do toho se rodiče hádají, protože už jsou spolu dlouho.

Závěrem toho všeho je separace, velmi důležitá součást procesu, na kterou se celá rodina připravuje právě těmito konflikty a vymezováním rolí.

Teorie sociálního porodu nás vede k otázkám, jakým způsobem se dospívající dostává ven z rodiny ke svému samostatnému životu. Porod vrcholí též konfliktem mezi matkou a dítětem, a je velkou první krizí mezi oběma. Sociální porod nám pak ukazuje prostředí a cestu, kdy se každé části ujímá jeden z rodičů a je jen na něm, zda dá druhému partnerovi prostor a ustoupí do pozadí. Tomuto tématu se budu i dále věnovat.

Při sociálním porodu může dojít k mnoha porodům, opět metaforicky. Předčasný porod nám může ukazovat příliš brzkou dospělost, kdy je dítě vypuštěno ven z rodiny či do dospělosti, a přitom na tuto změnu nebylo řádně připraveno. Přenášení dítěte může zase symbolizovat neschopnost separace.

Mentální anorexie je též poruchou, která zapadá do konfliktu v narušení sociálního porodu. Opíráme se zde o trojúhelník matka, dcera a otec. Vývojová fáze anorexie nastává v období, kdy se dcera potřebuje sblížit se zralou matkou a následně ji opustit a naopak se sblížit více s otcem. Pokud matka toto sblížení nedopřeje a nedokáže zvládnout, může dojít k vývoji poruch příjmu potravy.(CHVÁLA, TRAPKOVÁ 2004: s.86- 95)

6.7.2 Sociální porod dcery:

Matka je konfrontována s novou rolí – její navyklé systémy a rituály jí začíná bořit dcera. Matka musí svou dceru všemu naučit a pustit ji do svého prostředí, aby se mohla o zkušenosti obohatit. Mnohdy to znamená velkou trpělivost, dcera prochází různými objevy a často může být pro matku velmi náročné stále vnímat svou dceru láskyplně, opatrovat ji a zároveň jí nechat potřebný prostor. Měla by svou dceru přijmout za „družku“. Přijmout, že už dcera není dítětem, které jen pomáhá, ale rovnocennou partnerkou. Týká se to všech možných oblastí - vaření, zájmů, školy, přátel, příbuzných a mimo jiné vztahů k mužům. Způsob komunikace matky s otcem je velmi důležitý pro další život – jak pro výběr partnera, tak i pro to, jak bude dcera jednat s muži.

Mnohdy vede narušení této separace a vývoje k anorexii – například matka se hůře vyrovnává se sekundárními pohlavními znaky dcery, která je duší ještě dítě a touží po obětí, ale již má poprsí a vypadá jako žena. Pro matku mohou být tyto skutečnosti někdy velmi obtížné. Dceru pak může svým způsobem odmítat. Dcera toužící se k matce opět přiblížit může vidět přímou souvislost se svým tělem. Když zhubne, bude z ní zase malá holčička. Matka mimo jiné může mít na již vyspělou dceru mnoho požadavků, které by měla plnit. I zde může být anorexie řešením – „když budu malá, bude zachován bezpečný prostor bez povinností“.

Druhým případem může být matčina neschopnost vyrovnat se s vlastním stárnutím. Matka může v dceři vidět konkurentku a zároveň se bát separace a výchovy k dospělosti. Takové matky mají povětšinou více malých dětí za sebou, aby si stále připadaly mladé a oddalovaly odloučení dětí.

V období separace od matky vzniká mnoho konfliktů, kdy se obě hádají a otec jen bezradně přihlíží. Tyto konflikty by měly nakonec vyústit v separaci, odstěhování a založení vlastní domácnosti. To na jednu stranu matku děsí, připomíná jí to její stárnutí, a na druhé straně se jí uleví, protože je doma již příliš těsno.

Vrcholem této fáze je předání dcery otci, což bývá velmi konfliktním a složitým obdobím. Nicméně funkci otce a jeho nepostradatelnou úlohu nesmíme opomenout. Úkolem

otce je vyvést dceru obdařenou ženstvím od matky a připravit ji na další život, aby byla schopna přijmout jiného partnera s radostným a realistickým očekáváním.

Do této doby byl otec tím tajemným v pozadí, který ničemu nerozumí a je neempatický. Najednou jeho role získává konkrétní rozměry. Jde v podstatě o utvrzení ženství, o jistotu, že jsem žena – správná žena, a že mužský svět je lepším, než vypadá. K tomu pomáhají chvíle, kdy dcera s otcem mluví o samotě a poznává ho ze zcela jiné stránky.

Opět zde můžeme shledat příčiny dalšího vývoje poruch příjmu potravy. Zejména pokud má otec tendenci brát dceru i matku stejně a nedokáže tyto dvě ženy oddělit. To se děje zejména tam, kde je vztah matky a otce konfliktní. Otec pak komentuje obě ženy velmi negativně a nedokáže svou dceru připravit na zdravý život s novým partnerem, nedokáže jí předat dostatečné sebevědomí.

Otec by správně měl obě ženy podělit stejným dílem, matku připravit na novou roli bez dětí, starat se o tento nový vztah a být k ní pozorný. Vůči dceři by měl postupovat tak, jak jsem psala již výše. Pokud se tento vztah příliš nepovede, například z nedostatku času, může se stát, že si dcera tuto potřebnou nevyřešenou lásku nese dál a najde si muže, který jí připomíná svou péčí a starostlivostí otce. Ovšem k lásce k otci sexuální vztah nepatří, dochází zde tedy ke konfliktu, kdy partner vnímá svou partnerku jako milenku a ona jeho jako otce. Z těchto vztahů se časem vyvíjí mnoho problémů.(CHVÁLA, TRAPKOVÁ 2004: s. 112- 121)

Ráda bych zde vzpomněla Isabelle Caro, anorektickou modelku, která se proslavila billboardy ve Francii upozorňujícími na riziko mentální anorexie. Její sláva trvala velmi krátce – zemřela ve svých 28 letech. V její životopisné knize je nám popsán patologický vztah mezi ní a matkou. Ani jeden z procesů vhodných pro dobré vztahy v rodině, které jsem zde popsala, se v její rodině neuskutečnil. Depresivní matka, která prožívala štěstí jen v prvních letech Isabellina života, nedokázala vůbec přijmout dospívání své dcery a uvěznila ji v mentální anorexii na celý život. Matka se nemohla smířit s tím, že její dcera již nebude dítě. Otec nebyl fungujícím členem rodiny a nedokázal pomoci ani matce, ani dceři. Příběh, který je nám popisován, bych označila za strašlivý, nemocný a zhoubný, volající o pomoc sociální péče a psychiatrů. Nic z toho se bohužel nestalo a Isabell zemřela zbytečně velmi mladá, její matka po úmrtí dcery spáchala sebevraždu.

Život Isabell byl postaven na touze být opět dítětem a uspokojit tak matku. Tato touha se projevovala hladovkou za účelem potlačení růstu těla a sekundárních pohlavních znaků. Matce se snažila zavděčit tím, že nosila malé boty, oblečení a plínky až do 8 let, spala

v dětské postýlce též až do 8 let a splnila každé přání, které matka chtěla. Například nechodit ven, protože na vzduchu se roste, a být neustále zavřená doma. Isabell nechodila do školy a byla vzdělávána doma, přesto musela lhát příbuzným, že do školy chodila. Byla pod neustálým tlakem a dohledem matky. Separace od matky proběhla fyzicky až v jejích dvaceti letech, přesto se však od sebe nikdy nedokázaly odpoutat. Matka spala v autě před bytem své dcery, jen aby ji spatřila, když s ní odmítala komunikovat. Nešlo jen o mentální anorexii, ale i o týrání dítěte, kterému bohužel nikdo nepomohl. Isabell vážila kolem 38 kg na svou vysokou postavu. Z fotografií je jasné, že tento stav byl neudržitelný a měl až příliš mnoho zdravotních komplikací. Dle mého názoru Isabell nevěděla, jak se z této situace dostat. Přestože chtěla být samostatná a dospělá, matka v ní vybudovala vybudovala tak silné pouto, že to vlastně nedokázala. Mentální anorexie byla voláním o pomoc, útěkem, a myslím, že i sebevraždou. Pokud nás někdo uzavře do světa nejistoty, pochybností, nenávisti vůči sobě a zároveň nás dusí svou kontrolou a láskou, trápí nás a manipuluje námi, a žijeme-li v této situaci od dětství, je těžké uniknout. Isabell unikla mentální anorexií.[6]

6.7.3 Charakteristika rodiny, ve které hrozí výskyt mentální anorexie:

Pro porozumění nemoci je třeba odhalit, co se v rodině děje a co způsobilo, že se dcera trápí. Může jít o vážný rodinný problém, který se nedostatečně řešil a dcera ho nadále nese v sobě.

Porucha příjmu potravy bývá reakcí na neadekvátní zásah do psychosexuálního a psychického vývoje v období puberty a adolescence. Jde jak o protest, tak o volání o pomoc. Jde o touhu po potvrzení ženské role matkou i otcem, o separaci, o osamostatnění a nezávislost.

Dle Poněšického můžeme vidět různé rodinné konstelace, které se nacházejí v rodinách klientů s mentální anorexií:

1) Neposkytnutí dostatku prostoru a podpory individuality. Odmítání sexuality a její tabuizování, odmítání nové ženské role u dcery a naopak podporování mužské výkonnosti a soutěživosti. Objevuje se také narcistické zneužívání pro vlastní účely – splnění cílů, které

[6] Životopisná kniha Isabelle Caro o jejím životě s mentální anorexii. „Holčička, která se bála vyrůst“:2011, IKYZ.

měli kdysi rodiče, zneužívání dítěte jako spojence například v partnerském vztahu, nebo v úplně nejhorším případě přinucení k incestu pod hrozbami.

2) Dítě se snaží zajistit soudržnost rodiny, a to různým způsobem - obětní beránek, který je terčem agresivity, nemocné dítě, které stmeluje rodiče péčí o něj.

3) Často se také v těchto rodinách může objevit konkurenční sourozenec, který je více oblíbený, milovaný či podporovaný jedním z rodičů. Ráda bych zde zmínila i výzkumy zabývající se dvojčaty a výskytem anorexie u obou – jde zhruba o 25 - 50% u jednovaječných dvojčat a 10% u dvouvaječných dvojčat. Svou roli hraje bezpochyby srovnávání, které se u dvojčat i nechtěně děje, a to ať co se týká hmotnosti, tak schopností. Povětšinou se anorexie první objeví u dvojčete submisivnějšího a zakřiknutějšího.(PONĚSICKÝ 2002: s. 92- 100)

Dle Minuchin (1978) jsou pro rodiny anorektického klienta typické tyto znaky:

1) Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a loajalita jsou více ceněny než seberealizace a samostatnost.

2) Obtížné vyrovnávání se s konflikty, což vede k tomu, že se jim rodina vyhýbá, a pokud k nim dojde, nedokáže je řešit.

3) Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně. Anorektické dítě často cítí větší potřebu ochraňovat svou rodinu - únik do nemoci a stmelování rodiny.

4) Rodina má ve své rigiditě stanovené pevné modely interakce. Měnící se potřeby dítěte se snaží spíše absorbovat, než se jim přizpůsobit.(KRCH 2005: s. 65)

Většina anorektických klientů nám podává naprosto dokonalý obraz rodiny. Na první pohled to tak paradoxně většinou je. Rodiny jsou úplné, dokonalé, dobře situované. Většinou se jedná o starší rodiče. Otcové v těchto rodinách často očekávali syna a z dcery jsou zklamaní, ať vědomě či podvědomě. Mívají k ní pak přehnaná očekávání a tužby, na které jsou velmi fixovaní. Matky bývají ponořené do své výchovy dokonalých dětí, podílejí se na všech aktivitách dětí, plánují, úkolují a dětem stále předkládají, v čem a jak jsou dobré, což zákonitě vede ke stresu, a očekávají za to lásku a poslušnost. Některé matky bývají posedlé vzhledem a krásou. K tomu patří sport a diety, což v touze dcery zavděčit se matce a touze po přijetí opět vede k opakování vzoru, který je předkládán.

Dítě bývá zpravidla inteligentní, hezké a bezproblémové, je ideální holčičkou. Mívá materiální dostatek, emocionálně je však deprimované. Bývá často nespokojené s tím, čeho dosáhlo, a chce stále víc. Je k sobě velmi kritické a vlastní potřeby odsouvá do ústraní. Popírá svá vlastní přání a důležité je pro něj hlavně to, co chtějí rodiče.

Většina klientek, se kterými jsem se v průběhu praxe setkala, popisuje své rodiny jako komplikované – ať ve své výkonnosti, upjatosti, nepochopení či jiných konfliktních znacích. Během své praxe jsem měla možnost vyslechnout příběhy klientek o rodinách, ve kterých se objevoval aspekty jako alkoholismus, týrání, sexuální zneužívání, vážná nemoc, závislost na antidepresivech a podobně.

Měla jsem též možnost v rámci skupiny pro blízké a přátele mluvit s rodiči jedné z našich klientek. Rodina této klientky vůbec nechápala, co se děje, nerozuměli jídelním návykům a hubenosti své dcery a byli zcela ztraceni. Přesto se příliš nesnažili pomoci. Kladli na svou dceru vysoké nároky, nevadilo jim, že jí jen čínské zelí a jogurt, nechápali, jaká rizika s sebou přehnaná hubenost nese. Práce s takovouto rodinou se mnohdy může jevit jako velmi náročná. Bohužel mnoho rodin klientů s anorexií nedokáže problém připustit, dodržovat dohodnutá pravidla, změnit komunikaci v rodině a pochopit, že ten největší kus práce není na terapeutech či psychiatrech, ale na celé rodině a samotné klientce.

Jiná klientka popisovala svou rodinu jako lhostejnou. Její nemoc byla v kritickém stadiu, přesto se rodina k tomuto problému příliš nevyjadřovala. V průběhu několika sezení klientka dospěla k závěru, že její anorexie je touha po upoutání pozornosti. Že jí rodina nikdy jasně nenastavila hranice (mohla jet kam chtěla a s kým chtěla) , což chápala jako nezájem rodiny o svou osobu. Toto zjištění velmi usnadnilo další léčbu.

7. Závěr:

Ve své práci jsem popsala příčiny mentální anorexie. Mým cílem bylo ukázat, že se u této nemoci nikdy nejedná pouze o jednu příčinu, ale o celý řetěz příčin. Nejrůznější faktory spolu souvisejí, čemuž je třeba věnovat náležitou pozornost. Díky své praxi v o. s. Anabell jsem mohla v této práci předložit náhledy do života klientů. Poznala jsem jich mnoho a většinu případů si dobře pamatuji. Klienti se svými životními příběhy pro mě vždy byli velice důležití. Vždy jsem se společně s nimi snažila hledat příčiny jejich nemoci. Právě příčiny jsou totiž základním stavebním materiálem pro pomoc a léčbu. Příčiny sestávaly vždy z několika problémů zároveň. Rodinné, osobnostní či kulturní a společenské faktory utvořily v různých kombinacích patologický základ, na kterém se mohly poruchy příjmu potravy plíživě rozvíjet.

Příčina je tím, co musíme odhalit, abychom na sobě mohli dále pracovat, pochopit sami sebe, svůj život, své problémy. Stav nemoci není možné změnit bez pochopení jejích příčin.

Jak už jsem psala výše, mentální anorexie může být úhybným manévrem, který zakrývá hlubší problémy nebo nevyřešené situace z minulosti. Tento úhybný manévr musíme nahradit něčím, co je zdravé, a díky čemu budeme moci dále vést spokojený život, do kterého již anorexie patřit nebude. Musíme čelit všem možným příčinám nemoci. Pokud nedokážeme odhalit konflikt ve své rodině a žijeme stále v iluzi dobré a bezstarostné rodiny, nemůžeme nikdy anorexii opustit. To se týká klientů i jejich rodičů. Mnoho lidí nemá odvahu začít se léčit a mluvit o sobě, nedokáže rozebírat detaily svého života, které mohou být i velmi citlivé a bolestné. Někdy je obtížné o svém životě přemýšlet a hledat problémy, které v klientově životě nastaly. Je těžké odhalovat vlastní chyby a mnohdy si přiznat i skrytá místa své povahy, která se nám nemusejí líbit.

Právě toto pátrání ve svém životě je to, co mě na praxi s klienty s poruchami příjmu potravy velice baví. Každý z nás je jen člověk a i já ve svém životě stále hledám odpovědi na mnohé otázky, které mě napadají. Hledat příčinu problému by mělo být přirozené a domnívám se, že každý z nás touží nalézt řešení různých problémů. Hledáním řešení se můžeme posunout dál ve své dospělosti, ve svém nadhledu. Mnohdy však hledat příčiny problémů nedokážeme. Důvodem této neschopnosti bývá strach. Strach, jaká ta odpověď

bude a strach z toho, zda ji zvládneme přijmout a odrazit se od ní. Bojíme se také toho, jaké to bude s touto novou informací dál žít.

Stejně funguje proces hledání příčin nemoci u klientů s mentální anorexií. Mají strach – strach hledat odpovědi a strach opustit svou berličku, kterou je mentální anorexie. Strach z toho, jaký bude nový život bez ní, strach z toho, jestli vůbec dokážou takový život žít. Proces hledání příčin je dlouhý a úkolem terapeuta je všímat si všeho – každé poznámky, každé zmínky, každé maličkosti. Postupně se nám odhaluje kompletní obraz konkrétního klienta a my se můžeme snažit části tohoto obrazu nabídnout jako možnou variantu příčin problémů. Jednotlivá sezení svépomocných skupin jsou založena na dialogu, vztahu, důvěře a jistotě. Klient se může rozhodnout, zda tuto jednotlivou část obrazu přijme, či nikoliv. Zda chce nalézt odpověď již teď, anebo ještě potřebuje čas. Základní veličinou je pro svépomocné skupiny právě čas: Čas, který chce klient své promluvě věnovat, čas, po který skupina trvá a čas, který klient na hledání odpovědi potřebuje.

Pokud se na terapeutické skupině podaří rozebrat celý obraz klienta a pak ho zase složit zpět – ale v trochu jiné podobě – to je to nejlepší, co se může stát. Následně může přijít nový život bez anorexie a nový život bez příčin, které ten starý způsobily. Adaptace na změny v životě opět vyžaduje čas a mnohdy se problémy mohou vrátit. Důležité je stále bojovat, vytrvat a komunikovat. Komunikace se mnohým klientům s anorexií nedaří – nejsou na ni zvyklí a neorientují se v ní. Jsou zvyklí na svět jídla a kalorií, na svou anorexii, která je provázena uzavřeností, izolací od běžných činností a společnosti lidí. Pokud už o svém problému dokázal klient hovořit a jednou ten boj zvládl, má možnost zvládnout to znovu. Nejhorší je bát se přiznat, že problém je zpět, a bát se přemýšlet, proč.

Najít příčiny, porozumět jim, vyrovnat se s nimi a mluvit o nich je to, co může klienta dovést k vyléčení a ke zcela jinému životu.

Příčiny jsem ve své práci shrnula teoreticky a přihlédla jsem i ke svým zkušenostem z praxe. Příčiny mentální anorexie jsem představila jako komplex příčin. Povahu příčin jsem se snažila vysvětlit tak, aby byly dobře pochopitelné a jasné. Snažila jsem se je popsat tak, aby bylo zřejmé, že klienti s mentální anorexií jsou běžnými klienty s psychickými problémy a od jiných pacientů se nijak neliší. Že se jen někde stala chyba, která se mohla stát komukoliv jinému.

8. Literatura

BROWN, Tom. M, PULLEN, Ian. M, SCOTT, Allen. I. *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. ISBN nenalezeno.

CASSUTO, Dominique-Adele, GUILLOU, Sophie. *Když chce dcera zhubnout.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4

ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell, 2008.

ČERNOUŠEK, Michal. *Sigmund Freud, dobyvatel nevědomí*. Praha: Paseka, 1996. ISBN 80-7185-082-9

DRTILOVÁ, Jana, KOUKOLÍK, František. *Vzpoura deprivantů. O špatných lidech, skupinové hlouposti a* uchvácené moci. Praha: Makropolus, 1996. ISBN 80-901776-8-9

FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image*. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. ISBN 80-247-1350-0

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie. Analýzy příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3

FONTANA, David. *Psychologie ve školní praxi.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-45-1

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Manželská terapie*. Praha: portál, 2006. ISBN 80-7367-048-8

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7

KRCH, František David. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2130-9

KRCH, František David. *Mentální anorexie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada, 2005.

ISBN 80-247-0840-X

MÁLKOVÁ, Iva, KRCH, D, František. *Sos nadváha*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0

MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence.* Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-226-2

MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál 2005. ISBN 80-7367-002-X

NOVÁK, Michal. *Společnost a kultura a PPP*. Brno: Akademické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa.* Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85121-32-8

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa.* Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

PEŠOVÁ, Ilona, ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha:Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8

PRAŠKO, Jan, a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha:portál, 2003. ISBN 80-7178-737-x

PRÁŠKO, Jan, PAŠKOVÁ, Beata, PRAŠKOVÁ, Hana, ŠLEPECKÝ, Miloš, ZÁLESKÝ, Richard. *Obsedantně kompulzivní porucha a jak se ji bránit.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-810-4

PRÁŠKO, Jan, VYSKOČILOVÁ, Jana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Úzkost a obavy.* Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-410-6

PROCHASKA, O, NORCROSS, John. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4

ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie.* Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-48-6

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie. Příručka pro studenty.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu.* Praha: Grada, 2007.

ISBN 978-80-247-1174-4

TRAPKOVÁ, Ludmila, CHVÁLA, Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9

TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jurgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha:Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0841-9

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha, 2002. ISBN 80-7178-696-9

VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie lidské komunikace.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2

VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997. ISBN 80-86123-02-2

9. Příloha

9.1 Body mass index

Hodnoty dle uznávaných tabulek BMI (hmotnostní index)-

Podváha: menší než 18,5

Normální hmotnost: 18.5 – 24.9

Nadváha: 25,0 – 29,9

Obezita I. stupně: 30,0 – 34,9

Obezita II. stupně: 35,0 -39,9

Obezita III. stupně: více než 40

9.2 Rychlý test, zda trpíte poruchou příjmu potravy či nikoliv

Pokud alespoň na jednu otázku odpovíte kladně, je to dobrý důvod k zamyšlení, zda netrpíme prvními symptomy poruch příjmu potravy (Test není úplný, jde jen o ukázku dle KRCHA 2008)

Myslíte si, že problémy s jídlem již příliš ovlivňují váš život?

Pokoušela jste s v poslední době ze strachu z tloušťky zvracet nebo jste proto brala projímadla?

Musíte neustále myslet na jídlo?

Nedokážete se normálně najíst bez výčitek a toho, že si už předem plánujete jak se „nadbytečné“ energie zbavíte cvičením nebo hladovkami?

Připadáte si silná a máte hrůzu z nadváhy?

Pravidelně vynecháváte některé hlavní jídlo či určitou skupinu potravin?

Trpíte často nevolnostmi?

9.3 Statistiky nemocných poruchami příjmu potravy

- Riziková věková skupina pro mentální anorexii je 13-20 let, pro mentální bulimii je to 16–25 let.

,- 50% dívek ve věku 13-20 let udává, že si přeji zhubnout.

- mentální anorexii trpí v ČR 1% děvčat, tj. přibližně každá 100

dospívající dívka, mentální bulimii trpí v ČR 4-6% děvčat, tj. přibližně každá 20 dívka

- úmrtnost při mentální anorexii je 2-8%, u mentální bulimie jde o 0-2%,
- 50% nemocných mentální anorexii se zcela vyléčí, 20% nemocných přejde do chronického stadia nemoci.
- 60% nemocných mentální bulimii se zcela vyléčí (KRCH 2005: s. 35- 44)

9.4 Správný, zdravý jídelníček

	Běžná porce	**Porce při podváze**
snídaně	2 ks bábovky, čaj (káva / kakao)	3 ks bábovky, slazený čaj (káva / kakao)
svačina	ovocný jogurtový nápoj	ovocný jogurtový nápoj + rohlík
oběd	zapečená brokolice se sýrem a smetanou, brambory	hrachová polévka, zapečená brokolice se sýrem a smetanou, brambory, tvarohový dezert
svačina	chléb se šunkou	chléb s máslem a šunkou
večeře	zapečené rybí filé s vajíčkem, brambory, obloha	zapečené rybí filé s vajíčkem (2 ks), brambory, obloha
2.večeře	meloun, či jablko	smetanový jogurt, meloun či jablko

(www.idealni.cz)