

CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc

Absolventská práce

Gabriela Konečná

Olomouc 2022



**caritas voš
sociální**

Výzvy pro sociální práci při zvládnání poruch příjmu potravy u dětí

Gabriela Konečná, DiS.

ABSOLVENTSKÁ PRÁCE

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc
Olomouc 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 31. 07. 2022

Gabriela Konečná

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, panu PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D., za jeho obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytl. Poděkování také patří celé mé rodině za podporu ve studiu.

Obsah

Úvod	9
1 Základní vymezení poruch příjmu potravy.....	11
1.1 Mentální anorexie.....	12
1.2 Mentální bulimie	13
1.3 Psychogenní (záchvatovité) přejídání.....	14
1.4 Syndrom nočního přejídání.....	15
1.5 Adonisův komplex	16
1.6 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy.....	17
2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy.....	19
2.1 Biologické a genetické faktory	19
2.2 Emocionální a psychické faktory	21
2.3 Rodinné faktory	21
2.4 Sociokulturní faktory	23
3 Komplikace spojené s poruchami příjmu potravy.....	26
3.1 Zdravotní komplikace.....	26
3.2 Psychické a sociální důsledky onemocnění	27
3.3 Specifika a důsledky poruch příjmu potravy u dětí.....	27
4 Léčba poruch příjmu potravy a prevence onemocnění	29
4.1 Průběh léčby	30
4.2 Specifika léčby poruch příjmu potravy u dětí.....	31
4.3 Prevence poruch příjmu potravy	32
5 Sociální práce s dětmi a s rodinami dětí s poruchou příjmu potravy.....	34
5.1 Metody sociální práce využívané při práci s dětmi s poruchou příjmu potravy.....	34
5.1.1 Sociální práce s jednotlivcem	34
5.1.2 Sociální práce s rodinou	36
5.2 Psychoterapeutické metody využívané při práci s dětmi s poruchou příjmu potravy .	37
5.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie.....	38
5.2.2 Rodinná terapie	39
5.2.3 Systemická terapie.....	40
Závěr	42
Bibliografie	43
Internetové zdroje	45
Anotace	46

Úvod

Dnešní doba klade na každého z nás velmi vysoké nároky. Řada věcí v našem životě dnes více než kdy jindy podléhá tzv. módnímu diktátu. Současný ideál krásy, předkládaný nám médií a sociálními sítěmi, je pro většinu z nás jen stěží dosažitelný. Na jedné straně nás tak odborníci varují před narůstající obezitou, nabádají ke zdravému životnímu stylu a snižování nadváhy, na straně druhé upozorňují na zvyšující se procento lidí trpících poruchami příjmu potravy (dále jen PPP), které mnohdy vzniknou právě v důsledku touhy po dosažení ideálu. PPP jsou však závažná, psychosomatická, život ohrožující onemocnění, která ovlivňují nejen jedince samotného ve všech rovinách jeho bytí, ale také jeho okolí, zejména rodinu. Velmi významně se podílí i na změnách v sociálním fungování jedince a jeho rodiny.

Lidé trpící některou z forem PPP své onemocnění velmi často tají, vyhýbají se odborné péči a vystavují se tak vážnému riziku trvalého poškození zdraví. Čím déle se člověk s tímto onemocněním potýká, tím obtížnější je návrat k běžnému stravovacímu režimu. Zároveň dochází k narušení sociálních vazeb jak v rámci rodiny, tak v okruhu přátel, ve škole, v zaměstnání. Člověk se postupně uzavírá a zůstává se svou nemocí sám. Zejména v případě mentální anorexie a mentální bulimie také velmi často trpí depresemi a sebevražednými myšlenkami.

PPP jsou dnes rozšířené napříč celou společností. Stanovit skutečné počty osob, které některou z forem PPP trpí, je ale velmi obtížné. Člověk si své onemocnění zpočátku neuvědomuje, a ani jeho rodina mnohdy dlouho neví, nebo si nepřipouští, že by jejich blízký mohl mít s příjmem potravy problém. S PPP se potýkají zejména ženy a dívky, ale toto onemocnění se nevyhýbá ani chlapcům a mužům. Bohužel dnes mnohem častěji trpí poruchami příjmu potravy i děti mladšího školního věku a děti předškolní.

Problematika PPP, možnosti léčby a pomoci nemocným a jejich rodinám mne velmi zajímá, a proto jsem se jí rozhodla věnovat ve své absolventské práci. Výběr tématu ovlivnila také skutečnost, že se v mém okolí nachází rodiče, jejichž dcera již několik let trpí mentální anorexií. Vnímám tedy, jak náročný a vysilující je boj s tímto onemocněním nejen pro nemocného, ale rovněž pro jeho nejbližší okolí. Zároveň díky tomu vím, že dostat se k adekvátní pomoci není vždy úplně jednoduché. Abych alespoň z části viděla, jak sociální pomoc v této oblasti funguje, absolvovala jsem ve třetím ročníku studia praxi v Centru Anabell. Jedná se o neziskovou organizaci, která se zaměřuje na poskytování sociálních služeb lidem trpícím PPP a jejich rodinám.

Tato absolventská práce je teoretická, vytvořená kompilační metodou. Cílem mé absolventské práce je zjistit, jaké jsou potřeby rodin, ve kterých dítě trpí PPP a jak vypadá stávající pomoc těmto rodinám.

Řada lidí považuje PPP pouze za psychické onemocnění, které se týká zejména člověka, který jím trpí. Jedná se však o velmi závažné onemocnění, které naruší fungování celé rodiny. Do sociální izolace se kvůli nemoci dostává nejenom nemocný, ale mnohdy také jeho rodina. Proces léčby a návratu do běžného života je zdlouhavý a náročný pro všechny zúčastněné.

Potřebnou pomoc a podporu by mohla všem členům rodiny nabídnout právě sociální práce, ať už v době léčby, nebo po jejím ukončení, kdy hrozí velké riziko relapsu. Dle mého názoru však v současné době není potenciál sociální práce v této oblasti plně využíván.

Výzkumu a léčbě PPP se u nás v současnosti věnuje řada lékařů, psychologů a terapeutů, z jejichž publikací ve své práci čerpám. Patří k nim zejména profesorka Hana Papežová, doktor František David Krch, docentka Jana Kocourková, v zahraničí působící docent Jan Poněšický, ale také terapeuti jako například doktorka Ludmila Trapková a doktor Vladislav Chvála. Potřebné informace z oboru sociální práce budu čerpat zejména z děl docenta Oldřicha Matouška a docenta Pavla Navrátila.

1 Základní vymezení poruch příjmu potravy

Historie PPP sahá až do starověku. Definice psychologických, somatických a sociálních následků onemocnění se utvářela až v posledním století a teprve v posledních desetiletích začíná nabývat na rozsahu literatura věnující se jak příčinám vzniku, tak možnostem léčby PPP. (Faltus, 2018, s. 26)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí¹ (MKN-10), která je využívána v klinické praxi, jsou pod pojem PPP řazeny syndromy mentální anorexie a mentální bulimie. Existuje však velké množství pacientů, kteří nenaplnují veškerá diagnostická kritéria, a proto se příručka věnuje také atypickým či nespecifickým PPP. (Krch, 1999, s. 13) Mezi nespecifikované PPP patří například záchvatovité či noční přejídání, ortorexie, bigorexie, drunkorexie, ale také diabulimie.

PPP začínají mnohdy velmi nenápadně. Například snahou o zdravý životní styl, často spojenou s nadměrným cvičením, touhou podobat se vysněnému ideálu krásy, snahou uspět ve světě modelingu, nebo nevhodnou poznámkou ohledně hmotnosti či vzhledu, která může zejména v období dospívání, kdy se dívka mění v ženu, napáchat mnoho škody. Často stačí k propuknutí nemoci samo období dospívání, kdy se zejména ženské tělo výrazně mění, a to je jeden z důvodů, proč trpí PPP dospívající dívky častěji než chlapci. S nevhodnými stravovacími návyky a PPP se potýkají také sportovci a sportovkyně, ve snaze udržet si drobnou a štíhlou postavu, nižší váhovou kategorii, nebo naopak nabrat potřebnou svalovou hmotu. Jak jsem zmínila již v úvodu, člověk sám, ani jeho okolí si zpočátku neuvědomují, že se toto chování může vyvinout v PPP a nemocný je často chválen za zdravý životní styl a úbytek na váze. Na druhou stranu, ne všechny nevhodné stravovací návyky se musí rozvinout v PPP.

Průběh onemocnění a jeho vyústění je u každého velmi individuální, a proto léčba PPP vyžaduje profesionální interdisciplinární spolupráci. Neúčinná léčba, nebo její dlouhodobé odmítání zvyšují riziko chronického průběhu s opakovanými relapsy, trvalé zhoršení zdravotního stavu, možnost invalidizace nemocného a jeho sociální izolaci. Zejména u závažných a přetrvávajících forem mentální anorexie je terapie velmi náročná a nákladná. Onemocnění je spojeno s vážnými zdravotními komplikacemi a největší mortalitou u psychiatrických onemocnění. Pacienti však častěji, než na somatické následky hladovění, umírají kvůli spáchání sebevraždy. (Papežová, 2018, s. 432)

Zejména základní formy PPP, mentální anorexii a mentální bulimii, spojuje strach z tloušťky, přílišná zaujatost vlastním tělem a vzhledem a potřeba kontroly tělesné hmotnosti. Nemocní neustále řeší svůj vzhled, často se váží a snaží se zhubnout. Zatímco anorektičky jsou

¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN), v originálu International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) – publikace Světové zdravotnické organizace, která obsahuje systém kódů pro označování a klasifikaci lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků. V ČR je v současnosti platná desátá revize MKN-10. (O MKN-10, 2022)

úspěšnější, bulimičky jejich neúspěch dožene k další dietě, nebo jiným, drastičtějším pokusům snížit hmotnost pomocí zvracení a projímadel, či diuretik. Více než polovina bulimiček uvádí, že v minulosti trpěla mentální anorexií, a asi jedna třetina anorektiček se časem začne přejídat. (Krch, 2003, s. 18)

Rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií vnímám v jejich odlišném vztahu k jídlu. Lidé s mentální anorexií odmítají jídlo a mohou se tak dostat do situace, kdy jim stačí sníst například jen jedno jablko za den. Naproti tomu lidé s mentální bulimií se stravují velmi chaoticky. Snaží se držet různé diety, ale období hladovění nevydrží a v určitém okamžiku se přejí. Ve velmi krátké době dokáží zkonzumovat velké množství jídla, což je následně kompenzováno zvracením, užitím projímadel nebo diuretik.

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocnění, které je charakterizováno zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Přestože anorexie znamená v překladu nechutenství, oslabení chuti k jídlu je většinou až důsledkem dlouhodobého hladovění. Nemocní neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že jíst nechtějí. Zároveň může být u některých pacientů onemocnění doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo a vše, co s ním souvisí. (Krch, 2010, s. 25)

Charakterizovat nemocné trpící PPP je obtížné, neboť tvoří velmi různorodou skupinu. První příznaky mentální anorexie se objevují zpravidla mezi třináctým a šestnáctým rokem. V řadě případů tomu předchází období rychlého nárůstu tělesné hmotnosti, které je však v souladu s dospíváním či změnou životního stylu. Stále častěji se však můžeme setkat se ženami, jejichž obtíže začaly až v dospělém věku, ale také s děvčaty, jimž je méně než 13. let. (Krch, 2010, s. 56)

Papežová (2018) uvádí, že v 90 – 95 % se onemocnění vyskytuje u dospívajících dívek a žen a v 5 – 10 % u mladých chlapců a mužů. Zároveň také zmiňuje častější výskyt onemocnění u dětí před pubertou a u starších žen. Pro stanovení diagnózy „anorexia nervosa“ je třeba, aby pacient splňoval všechna diagnostická kritéria dle MKN-10:

- udržování tělesné hmotnosti nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností s ohledem na výšku a věk; pacienti před pubertou nesplňují očekávaný váhový přírůstek,
- úmyslné snižování váhy dietami, vyvolaným zvracením, užíváním anorektik, diuretik či laxativ, nebo nadměrným cvičením,
- přetrvávající strach z tloušťky i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost, zkreslená představa o vlastním těle a neodbytné myšlenky na udržení podváhy,
- u žen ztráta menstruace (amenorea), která byla z nových kritérií vypuštěna z důvodu častého užívání hormonální antikoncepce, u mužů ztráta sexuálního zájmu,
- v případě propuknutí onemocnění před pubertou dochází k opoždění či zastavení tělesného růstu. U dívek je opožděna první menstruace, vývoj prsou, u chlapců zůstávají dětské genitály. V případě uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty, menarche však může být opožděná. (Papežová, 2018, s. 122-123)

Dále Papežová (2018) zmiňuje Diagnostický a statistický manuál² (DSM-5) Americké psychiatrické asociace, který je využíván ve výzkumu a publikační praxi a dle kterého je mentální anorexie dále členěna na restriktivní a purgativní typ (Papežová, 2018, s. 123). V případě purgativního (bulimického) typu mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání, u restriktivního (nebulimického) typu k opakovaným záchvatům přejídání nedochází (Krch, 1999, s. 15). U spolupracujících pacientů a jejich příbuzných je stanovení diagnózy snadné. Obtíže způsobuje zatajování příznaků, nedostatečný náhled a malá motivace k léčbě, která je mnohdy způsobena studem a obavou ze stigmatizace nemocného a jeho rodiny. Včasné stanovení diagnózy a zahájení odborné léčby jsou však pro úspěšnou léčbu zásadní. (Papežová, 2018, s. 133)

Krch (2010) také upozorňuje, že v určitém počtu případů může i přes opakované léčení přecházet mentální anorexie v chronické onemocnění, které může trvat řadu let nebo i celý život. Mentální anorexie se stává „způsobem života“, kdy si člověk pomalu zvyká na přílišnou vyhublost, omezené množství jídla, opakované pobyty v nemocnici, na svého terapeuta, na samotářský způsob života. Vždy je ale šance z tohoto bludného kruhu vystoupit. Čím déle však onemocnění trvá, tím obtížnější je změnit své stravovací návyky a životní postoje. (Krch, 2010, s. 256-257)

Mentální anorexie se podobá závislosti na alkoholu. Nemocní své příznaky nechtějí vidět, podceňují je a myslí si, že jejich blízcí a lékaři přehání a že situaci dokáží zvládnout. Postupně u nich dochází ke zkreslenému vnímání vlastního těla. Pocit uspokojení nachází ve své vyhublosti, sebekontrolě či v nadměrném cvičení a to i ve chvíli, kdy již trpí těžkou podvýživou. V důsledku ztráty energie a nepochopení okolí se postupně uzavírají do sebe, opouští své záliby, ztrácí své přátele a k narušení vztahů dochází i v rámci rodiny. Jedním z důvodů je také to, že mentální anorexie je spojena s předstíráním. Ztráta energie je v počátcích maskována přehnanou aktivitou, úbytek na váze nadměrným oblečením, jídlo je vyhazováno do koše. Nemoc ovlivní život celé rodiny. Dochází ke vzájemnému obviňování, ztrátě důvěry, ale také narušení sourozeneckých vztahů. Obnovení důvěry a narušených sociálních vazeb je v případě vyléčení často velmi obtížné.

1.2 Mentální bulimie

Stejně jako mentální anorexie je i mentální bulimie spojena se strachem z tloušťky. Nemocní se neustále snaží zhubnout, nepřibrat a věnují nadměrnou pozornost své hmotnosti a svému vzhledu. Oproti lidem trpícím anorexií se jim to však nedaří, neboť trpí záchvaty přejídání a sní naopak více, než by chtěli. Pak se cítí provinile a svůj prohřešek se snaží odčinit

² Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, v originálu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) - je mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické asociace pro klasifikaci a statistiku duševních onemocnění, která slouží pro rozšíření a doplnění psychiatrické části MKN. V současné době je platná verze DSM-5. (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2022)

užitím projímadel či nuceným zvracením. Z hladovek, přejídání a následného zvracení se postupně stane nebezpečný návyk. (Krch, 2003, s. 18)

Mentální bulimii, již trpí převážně dívky, často předchází období hladovění, diet a anorexie. První příznaky onemocnění se objevují mezi patnáctým a dvacátým rokem, ale stále častěji se můžeme setkat se ženami, u kterých se počátky onemocnění objevily až v dospělém věku. Muži tímto onemocněním trpí spíše výjimečně a souvisí u nich s nadváhou. (Krch, 2003, s. 34)

Kritéria pro stanovení diagnózy „bulimia nervosa“ dle MKN-10 jsou tři:

- neustálé myšlenky na jídlo, přejídání se, konzumace velkého množství jídla v průběhu krátké doby,
- snaha snížit kalorický účinek jídla nevhodným kompenzačním chováním, například vyprovokovaným zvracením, hladovkami, zneužitím laxativ, anorektik, diuretik,
- patologický strach z tloušťky.

Míra závažnosti onemocnění je pak v DSM-5 určována také na základě četnosti, s jakou se opakuje nevhodné kompenzační chování. (Papežová, 2018, s. 123)

PPP jsou si do značné míry podobné. Lidé neustále přemýšlí, co snědli, obávají se přibývání na váze a nadměru se zabývají svými vzhledem. Mentální anorexie je díky značným úbytkům na váze a souvisejícím zdravotním komplikacím snáze rozpoznatelná. Příznaky mentální bulimie však nejsou na první pohled zcela patrné. Váha nemocných se pohybuje v rozmezí normálních hodnot a problémy s přejídáním a zvracením se nemocným daří skrývat i několik let. V záchvatu přejedení konzumují většinou vysoce kalorická nezdravá jídla. Následuje zvracení a krátký pocit úlevy, který většinou vystřídá pocit znechucení a zahanbení, že selhali.

Pocit viny, napětí, podrážděnost a špatná nálada nemocných se přenáší i do jejich dalšího života a narušuje jejich sociální fungování. Celková nespokojenost a neschopnost kontrolovat se mohou způsobit, že se před ostatními uzavírají a trpí depresemi. Ubývá společenských kontaktů a naopak narůstají konflikty. Snižuje se koncentrace, pozornost i pracovní tempo. Lidé s bulimií se nemohou spolehnout ani na svůj pocit hladu či sytosti. Provází je nejistota a strach ze selhání. Zdravotní důsledky spojené s kompenzačním chováním mohou být tak závažné, že vyžadují zásah odborného lékaře. Většina zdravotních i depresivních příznaků ale poměrně rychle vymizí, pokud se pacientům podaří získat kontrolu nad svým stravovacím režimem. Na druhou stranu, stejně jako u mentální anorexie, hrozí i u mentální bulimie riziko sebepoškozování a suicidiálního chování. (Krch, 2003, s. 28-33)

1.3 Psychogenní (záchvatovité) přejídání

Vzhledem k narůstajícímu počtu pacientů v posledních desetiletích je větší pozornost věnována také psychogennímu přejídání. Pro pacienty trpící tímto typem PPP je typické bažení po jídle (craving), podobající se touze po drogách, a záchvaty přejídání (binge eating)

spojené s nepříjemnými pocity ze ztráty kontroly stejně jako u lidí trpících bulimií. Epizoda psychogenního přejídání je v DSM-5 definována jako zkonsumování výrazně většího množství jídla, než by za stejnou dobu a za stejných podmínek zkonsumovala většina lidí. V záchvatu přejedení je jídlo konzumováno i bez pocitu hladu, velmi rychle, přes pocit sytosti až do pocitu přeplnění. Při záchvatu prožívají nemocní velký stres a i přesto, že je záchvat spojen s nepříjemnými fyzickými i psychickými následky, nepoužívají žádné kompenzační metody (zvracení, projímadla, nadměrné cvičení). (Papežová, 2018, 124-125)

Závažnost onemocnění je dle DSM-5 určována na základě četnosti epizod přejídání od mírné, s 1 – 3 epizodami za týden, až po velmi závažnou, s více než 14 epizodami týdně. Dle MKN-10 jsou záchvaty přejídání často spojeny se zpracováním stresových situací. Nemocní trpí chorobným strachem z tloušťky, jedí o samotě, po záchvatu mají obvykle pocit viny, znechucení či deprese. (Papežová, 2018, 125-126)

U lidí trpících záchvatovitým přejídáním vzniká, vzhledem k velkému množství zkonsumované potravy, vysoké riziko nadváhy. Nadváha negativně ovlivňuje kardiovaskulární systém, poškozuje pohybový aparát, zvyšuje riziko srdečně-cévních onemocnění. Nemocní se stydí za to, že se nedokázali ovládnout, projevují se u nich depresivní nálady, mohou trpět pocitem studu díky své nadměrné hmotnosti. To vše může znamenat, že se vyhýbají společenskému životu a následně trpí pocitem izolace.

1.4 Syndrom nočního přejídání

Již v roce 1955 byl popsán syndrom nočního přejídání (NES - night eating syndrom), dále syndrom nočního příjmu potravy a pití (NEDS - nocturnal eating/drinking syndrom) a noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku (NSRED - nocturnal sleep-related eating disorders). MKN-10 a DSM-5 řadí syndrom nočního přejídání mezi jiné specifikované poruchy příjmu potravy a jídelního chování. O nočním přejídání hovoříme, pokud člověk zkonsumuje nejméně 25 % jídla po večeři, a pokud v průběhu jednoho týdne dochází k nejméně dvěma probuzením s konzumací jídla, které nelze vysvětlit jiným onemocněním. (Papežová, 2018, s. 126)

V případě **syndromu nočního jedliectví** se pacient v průběhu noci několikrát probudí a neusne, dokud se nenají. Konzumuje většinou velmi kalorická a nezdravá jídla a své záchvaty není schopen ovládnout svou vůlí. V případě **syndromu nočního jedliectví a pití** se ke konzumaci jídla přidává i konzumace nápojů. Tyto syndromy bývají považovány za synonyma. Na jejich vzniku se podílí genetické, biologické a emoční faktory. Za nejvýznamnější faktor je považován stres, dále deprese, úzkosti, dlouhodobé diety, ale také narušení meziosobních vztahů. U pacientů s těmito poruchami dochází k narušení biologického rytmu příjmu potravy, biologický rytmus spánku narušen není. Často se u nich objevuje ranní anorexie, obvykle obtížně usínají a v noci se více budí. Jídlo u nich nevyvolává potěšení ale spíše napětí, úzkost, znechucení a pocit viny během konzumace. Noční záchvaty přejídání nebývají okolí nápadné, a proto se pacientům daří je tajit. Se svou hmotností nejsou spokojeni, ale její nárůst nedokáží ovládnout. (Faltus, 2007)

Pokud však pacienti trpí **syndromem nočního jedlictví s poruchami spánku**, dochází u nich k poruše vědomí. Svého nočního přejídání si nejsou vědomi, špatně se probouzí, své chování si pamatují jen útržkovitě nebo vůbec. Ráno je pak překvapí úbytek jídla ve spíži či v lednici, zbytky jídla na podlaze, na stole nebo drobky v posteli. U řady pacientů se v anamnéze objevuje zneužívání alkoholu či drog, vyskytuje se náměsíčnost nebo spánková apnoe. Onemocnění, které se často stává chronickým, s sebou nese komplikace například v podobě obezity a diabetu. Dalším rizikem je, že si pacienti mohou ve stavu porušeného vědomí způsobit při přípravě jídla zranění, mohou sníst potraviny, na které jsou alergičtí nebo vypít nebezpečnou tekutinu. (Faltus, 2007)

Obě formy nočního jedlictví se vyskytují častěji u žen než u mužů. Vznikají mezi osmnáctým a dvacátým rokem, ale i později. K rozlišení o jakou formu nočního jedlictví se jedná, může pomoci i vyšetření ve spánkovém centru. Při léčbě syndromu nočního jedlictví je větších úspěchů dosahováno pomocí kognitivně behaviorální a interpersonální terapie. V případě nočního jedlictví s poruchami spánku je více využívána farmakoterapie. Pokud je využita psychoterapie, je doplněna psychofarmaky. V obou případech je nutné upravit stravovací režim, zvýšit fyzickou aktivitu a dlouhodobě docházet do psychoterapeutických skupin. (Faltus, 2007) Stejně jako u záchvatovitého přejídání, trpí lidé se syndromem nočního jedlictví nadváhou a s ní spojenými zdravotními riziky, zvýšenou mírou stresu a depresemi.

1.5 Adonisův komplex

Adonisův komplex, který je znám pod pojmem bigorexie, bývá někdy označován jako anorexie naruby, neboť při něm dochází k rozvoji symptomů typických pro anorexii u žen. Pacienti s tímto onemocněním mají zkreslené vnímání vlastního těla, neobvyklé jídelní návyky, obsedantní myšlenky na vlastní svalstvo, zneužívají steroidní hormony a nadměrně cvičí. Dochází u nich k omezení zájmů, sociální izolaci a interpersonálním problémům. (Papežová, 2018, s. 127-129)

Mezi diagnostická kritéria tohoto onemocnění patří:

- nadměrné zabývání se jedním či více nedostatky na vlastním těle, které však ostatní nevnímají, pocit vlastní odpudivosti, nedostatečného objemu svalové hmoty,
- v určité fázi onemocnění nadměrné stereotypní chování, například kontroly v zrcadle, péče o vzhled,
- zaujetí vlastní „nedostatečností“, které způsobuje dotyčnému jedinci stres, narušení sociálního fungování v pracovní i osobní rovině života,
- přílišné zaujetí vlastním tělem nelze jinak lépe vysvětlit. (Papežová, 2018, s. 127-129)

Onemocněním trpí zejména mladí muži, kteří své tělo v touze po dokonalosti zatěžují nadměrným tréninkem. Často u nich dochází k nadužívání doplňků stravy podporujících růst svalové hmoty, ale také k užívání anabolických steroidů. Nekontrolované užívání anabolik má však za následek nárůst podrážděnosti a agresivity. Sportovní lékaři a dorostová psychiatrie

zároveň varují, že může vést k vážným psychosociálním deviacím a poškození tělesného zdraví. (Fialová, 2012, s. 212-213)

1.6 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy

S nárůstem případů PPP vzrůstá také počet pacientů, kteří nemohou být zařazeni pod diagnózu mentální anorexie nebo mentální bulimie, protože nesplňují všechna diagnostická kritéria (Krch, 1999, s. 19). U těchto atypických forem onemocnění chybí jeden nebo více základních diagnostických znaků, nebo jsou všechny symptomy mírné. Jak ale uvádí Papežová (2018), pacientům je třeba zdůraznit, že terapie typických a atypických forem se neliší, neboť i atypické formy mají pro pacienty stejné somatické a psychologické následky. Je možné předejít tak diskusi o diagnóze s pacienty, kteří mají nedostatečný náhled a nízkou motivaci k léčbě a kteří oponují tím, že nejsou „typickým případem“. Tato argumentace je častá zejména u mužů, protože mentální anorexie je u nich spojena s náboženskými nebo názorovými postoji. (Papežová, 2018, s. 124)

Existují však i další formy PPP, které nejsou oficiálně uznané jako diagnózy, ale ve své extrémní formě mohou být stejně nebezpečné jako například mentální anorexie. Patří mezi ně ortorexie, drunkorexie či diabulimie. Je to spíše určitý způsob chování, který se vyznačuje narušeným postojem k jídlu či zdravému životnímu stylu.

Ortorexie je chorobná posedlost zdravým způsobem stravování a biologicky čistou stravou. Snahou lidí s ortorexií není zhubnout, ale dodržovat zdravý životní styl, který v tomto případě přechází až do extrému. Strach z nezdravého jídla může vést až k podvaze, protože okruh potravin, které je možné konzumovat, je velmi úzký. Člověk s ortorexií nesní nic, co obsahuje konzervační látky, cukry, bílou mouku, geneticky modifikované potraviny apod. Výběr a nákup potravin je velmi náročný a zabere dotyčnému mnoho času. V konečném důsledku může i toto chování vést k sociální izolaci, protože člověk navštěvuje pouze specializované obchody s biopotraviny a může se vyhýbat společenským akcím, při kterých se konzumuje jídlo.

Jak v rozhovoru na stránkách Fakultní nemocnice Brno uvádí MUDr. Miroslava Navrátilová³, Ph.D. (online, nedatováno), trpí ortorexií spíše vyšší socioekonomické vrstvy, většinou lidé s vyšší inteligencí. Intenzivně se zabývají složením, původem a zpracováním jednotlivých potravin. Inspiraci čerpají na internetu a na společných blozích se vzájemně podporují. Jejich počáteční snaha vyhýbat se alkoholu, kofeinu, či chemicky ošetřeným potravinám postupně přechází do odmítání potravin obsahujících například lepek, cukr, sůl, kukuřici a dokonce i mléčné výrobky. Nemocný postupně uvěří, že nesmí jíst „zakázané“ potraviny a výběru těch povolených věnuje veškerý svůj volný čas. Stává se posedlý zdravým životním stylem a zásadami zdravého stravování, a pokud nemá stravu pod kontrolou, trpí výčitkami svědomí

³ MUDr. Miroslava Navrátilová, Ph.D. – v době konání rozhovoru vedoucí lékařka z Poradny pro poruchy metabolismu a výživy Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno

a depresemi. Tato porucha postihuje většinou perfekcionisty, kteří v touze po dokonalosti postupně vyčerpají své tělo a mohou této nemoci i podlehnout. (Navrátilová, nedatováno)

Podstatou **drunkorexie** je snaha snížit energetický příjem v potravinách tak, aby bylo možné vypít větší množství alkoholu a nepřibrat, protože alkohol je kalorický. Tento nový typ PPP byl popsán u dospívající mládeže v USA. Mladí lidé si ale neuvědomují, že alkohol se bez jídla vstřebává rychleji a do krve se tak dostává v mnohem vyšší dávce. V kombinaci s energetickými nápoji může dojít ke zvýšení krevního tlaku, srdeční činnosti a snížení míry únavy. Následkem toho může dojít k celkovému selhání organismu a případům náhlého úmrtí u dospívajících. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 12)

Diabulimie je specifickou formou PPP diabetiků léčených inzulinem. Nejedná se o oficiální diagnózu, ale PPP, kdy diabetici cíleně, za účelem snížení hmotnosti, snižují, nebo vynechávají dávky inzulinu. Manipulací s inzulinem nahrazují zvracení, projímadla, diuretika či hladovění. Pacienti s diabulimií se stravují nepravidelně. Na jedné straně vynechávají či omezují porce jídla a vyhýbají se sladkým a tučným jídlům, na druhé straně zkonsumují velké množství potravin, cítí se provinile, a proto si snižují dávky inzulinu. Riziková je diabulimie zejména pro dospívající dívky. (Brunerová, 2018, s. 329-330) Mezi akutní zdravotní komplikace diabulimie patří hyperglykemie, nebo naopak hypoglykemie, překyselení organismu, ale také poškození zraku, ledvin, nervů či tepen. A stejně jako je tomu u jiných PPP, potýkají se lidé s diabulimií s psychickými obtížemi. (Vinklárková, 2019)

2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Nejrizikovějším obdobím pro vznik PPP je období dospívání, které doprovází hormonální a tělesné změny a časté výkyvy nálad. Zvláště dívky se začínají navzájem srovnávat a snaží se přiblížit médii propagovanému ideálu krásy. Nízké sebevědomí a sebepodceňování tak mohou vést, v souvislosti s nespokojeností s vlastním vzhledem, k touze po zhubnutí prostřednictvím diet. A právě dlouhodobé držení různých diet je jednou z možných příčin vzniku onemocnění. V případě PPP se však vždy jedná o souhrn více faktorů z řad biologických, psychologických a sociokulturních. PPP tak bývají označovány jako multifaktoriální onemocnění.

F. D. Krch (1999, s. 79) k tomu uvádí: „V zásadě však existuje shoda v tom, že není žádný jediný rozhodující faktor, kterým by bylo možné uspokojivě vysvětlit etiologii mentální anorexie a bulimie. Téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a v neposlední řadě i biologických a genetických faktorů. Žádný z těchto faktorů neexistuje izolovaně a k pochopení etiologie PPP je třeba se snažit porozumět komplexní interakci rozhodujících vlivů, bez zavádějícího vymezování priority.“ Zároveň faktory onemocnění podrobněji dělí na:

- sociální a kulturní,
- biologické,
- životní události,
- rodinné a genetické,
- emocionální,
- osobnostní a další psychické charakteristiky,
- závislost na psychoaktivních látkách (Krch, 1999, s. 57-79).

Dle Poněšického (2014) situace, které vyvolávají onemocnění, odpovídají slabým a konfliktním místům v autonomním nebo psychosexuálním vývoji jedince. Ten může být ovlivněn jak výchovou a rodinnou atmosférou, ve které je sexualita tabu, tak traumatickou událostí, jako je například sexuální zneužívání. Onemocnění pak může vyvolat odmítnutí, posměšné reakce okolí na vzhled, tělesnou hmotnost či druhotné pohlavní znaky, zklamání v lásce, sourozenecká rivalita, obava z rozvodu rodičů, přísná výchova v citově chladné rodině, přehnaná očekávání rodičů apod. (Poněšický, 2014, s. 122)

2.1 Biologické a genetické faktory

Biologické faktory nabývají svůj význam až v kombinaci s faktory psychosociálními. Riziko dědičnosti je výraznější v rodinách, kde se vyskytují depresivní poruchy, závislosti a obezita.

Rizikovým faktorem je také ženské pohlaví a hruškovitý tvar postavy, kdy je tuk ukládán v dolní polovině těla, zejména na bocích a hýždích. (Kocourková, 2004)

Podle Krcha (1999) je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik onemocnění **ženského pohlaví**, neboť vzhled a tělesné proporce mají tradičně větší význam u žen než u mužů. K největším tělesným změnám dochází v období dospívání. Mezi osmým a šestnáctým rokem u dívek přirozeně vzroste tělesná hmotnost, což pro ně může být z pohledu současných módních trendů nepřijatelné. (Krch, 1999, s. 62) Onemocnění dívky postihuje častěji také proto, že jejich vývoj v pubertě je mnohem rychlejší a výraznější než u chlapců a vytváří se u nich sexuální pohlavní znaky a to je něco, co nemohou vůlí ovlivnit. To je také jeden z důvodů, proč se dívky snaží vůlí ovlivnit či zastavit to, co mohou. Dochází k tomu především tehdy, pokud jim chybí souhlasný projev rodičů s probíhajícími změnami, u anorektických pacientů především ze strany matky, u bulimických dívek ze strany otce. (Poněšický, 2014, s. 127)

Sami ženy považují svůj vzhled za mnohem důležitější hodnotu než muži, i když i tento trend se mění, čehož příkladem je výše zmiňovaný Adonisův komplex. Při srovnání skutečného a vysněného obrazu těla potom dochází k situaci, kdy je řada lidí se svým vzhledem nespokojená. Pokud jsou se svým tělem nespokojené ženy, chtějí většinou hubnout, muži chtějí naopak nabírat svalovou hmotu.

Se zvyšující se **tělesnou hmotností** narůstá počet žen, které nejsou spokojené se svou postavou a zvyšuje se u nich riziko redukčních diet a bulimie (Krch, 1999, s. 62).

Nespokojenost s vlastním tělem je u žen v západním světě obvyklá už od osmi let, což ovlivňuje stravovací návyky a kvalitu života stále většího množství žen. Zároveň ale také průzkumy spokojenosti mužů s vlastním tělem ukazují, že stále více jich podléhá všeobecnému tlaku a přejí si být silnější, svalnatější, ale také štíhlejší. (Krch, 2012, s. 190)

I když mohou PPP propuknout až v dospělém věku, jsou **puberta a dospívání** považovány za nejrizikovější období pro jejich vznik. Jedním z důvodů může být také to, že v pubertě dochází k nahromadění mnoha rizikových faktorů, k nimž řadíme i negativní emoce a výkyvy nálad spojené s hormonálními změnami, což může mladým lidem přinášet nadměrný stres. (Krch, 1999, s. 63-64) Důležitým procesem, který se odehrává v období dospívání, je proces separace od rodiny, sebeprosazení a snahy o nezávislost. U rizikových jedinců ale může mít brzké odloučení od rodiny negativní vliv na stravovací zvyklosti a může tak dojít k rozvoji PPP. (Krch, 2010, s. 61)

Riziko vzniku PPP mohou zvyšovat také **genetické předpoklady**. Vágnerová (2014) uvádí, že mentální anorexie může být ovlivněna až z 50 %, zatímco mentální bulimie je dědičnými dispozicemi ovlivněna maximálně z 30 %. Genetickým základem pro vznik anorexie je soubor osobnostních rysů, jakými jsou úzkost, perfekcionismus a sklon k obsedantnímu chování v zátěžových situacích. Vágnerová (2014) zmiňuje také genetické studie, které prokázaly provázanost anorexie s afektivními poruchami, zejména depresí. Naproti tomu mentální bulimie je závislejší na vnějších vlivech a její projevy tak mohou být proměnlivější. (Vágnerová, 2014, s. 427)

2.2 Emocionální a psychické faktory

Mezi psychické faktory, které jsou rizikové pro vznik PPP, můžeme zařadit osobnostní rysy zejména emocionální a vztahové povahy, přičemž osobnostní profil pacientek s anorexií a bulimií se liší. Anorektičky často bývají úzkostné, perfekcionistické a zaměřené na výkon. Bulimičky jsou naproti tomu impulzivní, emočně labilní a mají tendenci k depresím a sebepoškozování. V oblasti vývoje pak můžeme zaznamenat typickou oboustrannou vztahovou závislost na emočně důležitých osobách (rodičích), od kterých se jedinec obtížně separuje. (Kocourková, 2004)

Některé **životní situace či události** bývají často považovány za predispozice či spouštěče pro vznik PPP (Krch, 1999, s. 64). Nejčastěji bývají zmiňovány nářžky ohledně vzhledu, významné životní události či rodinné problémy. Někteří odborníci to však považují za sporné a uvádí, že se může jednat o osobní názor nemocného, jeho rodiny či terapeuta. (Krch, 2003, s. 37)

Mezi významné **emocionální faktory** zvyšující riziko propuknutí PPP bývá zařazováno negativní sebehodnocení, pocit celkové bezcennosti a nejistoty, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity. Pacientky s mentální anorexií a bulimií bývají často úzkostné a depresivní. Většina depresivních a úzkostných příznaků je spojena s obavou o tělesnou hmotnost a postavu. Projevy deprese jsou častější u bulimie, neboť souvisí s pocitem ztráty kontroly nad příjmem potravy a s neschopností docílit hmotnost, kterou si dívka přeje. Zároveň některé bulimičky uvádí, že jim přejídání pomáhá snížit míru úzkosti. Po přejedení se ale dostaví pocit viny a příznaky deprese. Úzkostné stavy přetrvávají u pacientek i dlouho po odeznění onemocnění, deprese jsou typické pro počátek a průběh onemocnění. (Krch, 1999, s. 69-71)

Riziko vzniku PPP mohou zvyšovat také některé **osobnostní rysy a psychické charakteristiky**. Někteří autoři, jako například Strober (dle Krch, 1999, s. 72), popisují anorektickou dívku jako: „(...) *zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům.*“ Podle Strobera (dle Krch, 1999, s. 72) kontrolují anorektičky ve srovnání s kontrolní skupinou více své emoce, trpí nízkou sebedůvěrou, více si uvědomují, respektují a podřizují se etickým a společenským normám, postrádají asertivitu a mají obtíže v mezilidských vztazích. Krch (1999) k tomu dodává, že čím dříve se porucha objeví, tím výraznější bývá zásah do osobnosti dospívajícího. Objevují se výraznější známky nevyzrálости, obavy z dospívání a z procesu separace, ale také „anorektické“ osobnostní rysy, např. manipulativní chování. (Krch, 1999, s. 75)

2.3 Rodinné faktory

Rodina je primární socializační skupinou, ze které si každý jedinec přebírá vzorce chování, k nimž patří také stravovací návyky. Dnešní uspěchaná doba nám mnohdy nedává prostor na

společné stolování a řada rodin to dnes ani nepovažuje za důležité. Rodinné stravovací návyky se však promítají do utváření našich postojů k jídlu, našich jídelních zvyklostí. Zároveň nám rodina zprostředkovává určité kulturní hodnoty, které ovlivňují i naše vlastní sebehodnocení, či naše sebevědomí. Ovlivňují nás i vzájemné vztahy v rodině, to jak funguje či nefunguje komunikace, zda a jak se v rodině řeší konfliktní situace, jaký prostor dostává každý člen rodiny k seberealizaci a v neposlední řadě také to, jaký mají jednotliví členové rodiny vztah ke svému tělu a zda například nedrží redukční dietu. Rodina tak přináší další rizikové faktory, které mohou vznik PPP ovlivnit.

Uhlíková (2018) zmiňuje jako důležitý prvek v psychickém vývoji jedince už samotný **proces krmení** a dodává, že je i důležitým prvkem komunikace, při němž dítě navazuje vztah s pečující osobou, nejčastěji matkou. V období sebeuvědomění, které je typické negativismem, pak mohou rodiče u dětí vytvářet mnohé jídelní zlozvyky. (Uhlíková, 2018, s. 135)

Kocourková (2004) k vlivu rodiny uvádí, že nejčastějším rizikovým faktorem pro vznik PPP jsou **vzájemné působení a vazby jednotlivých členů rodiny**. Jedná se jak o formální komunikaci, tak i její obsah, který může být zaměřen na jídlo, diety či vzhled. Připomíná, že v praxi se můžeme setkat s PPP druhé generace, kdy matka, která sama v minulosti trpěla PPP, nebo držela dietu, v tomto chování pokračuje a může ho tak přenést na své děti. Formální obsah komunikace pak odlišuje „anorektické rodiny“ od těch „bulimických“. Rodiny s anorektickým dítětem jsou uzavřené, rigidní a kladou důraz na perfekcionismus a výkon. Naproti tomu rodiny s bulimickým dítětem bývají dezorganizované a nedostatečně pečující o děti. (Kocourková, 2004)

O rodině, jako o rizikovém faktoru pro vznik mentální anorexie a mentální bulimie, hovoří také Poněšický (2014). Kromě **traumat z dětství** uvádí **specifické rodinné okolnosti**, se kterými se u pacientů s PPP můžeme setkat:

- Rodiče svým dětem neposkytují dostatek prostoru a svobody pro individuální vývoj. Typické je také tabuizování sexuality a nepřijetí počínající ženskosti u dcer. Namísto toho je kladen důraz na soutěživost, výkonnost a kariéru. Objevuje se také zneužití dítěte pro dosažení cílů, kterých se nepodařilo dosáhnout rodičům, či zneužívání dětí coby spojenců proti druhému z partnerů. Nejhorší je potom sexuální či jiná forma zneužití dítěte díky moci a převaze, kterou rodinný příslušník nad dítětem má.
- Vývoj dítěte může být zastaven nebo zpomalen také tehdy, pokud na sebe bere roli prvku, který drží rodinu pohromadě, nebo na sebe se souhlasem rodiny přebírá vše negativní a ostatní tak mohou vzájemně fungovat bez problémů. Dítě se stává obětním beránkem, přebírá na sebe napětí v rodině, nebo na sebe naopak strhne pozornost celé rodiny svou nemocí, kterou může být právě mentální anorexie.
- Často také můžeme v rodinách dětí s anorexií najít konkurujícího sourozence, který je jedním z rodičů více milován a podporován. Anorexie a bulimie se tak stávají prostředkem pro získání pozornosti, zvláště tehdy pokud jiné pokusy selhaly. Někdy se však může jednat i o pozvolnou sebevraždu. (Poněšický, 2014, s. 127-128)

Při vzniku mentální anorexie u dívek může hrát významnou roli také jejich **vztah s matkou**, která bývá označována jako perfekcionistická, citově chladná, nadměrně kritická, zaměřená na výkon a dodržování pravidel. Do autonomie dcery zasahuje manipulativním a omezujícím způsobem. Díky příliš těsné vazbě na matku může mít potom dcera problém v odpoutání se. (Vágnerová, 2014, s. 428-429) O **procesu separace** jako o dalším možném rizikovém faktoru pro vznik PPP píše také Poněšický (2014) a dodává, že jde o složitou situaci pro rodiče i pro dítě, které touží jak po porozumění a potvrzení své nové role matkou i otcem, tak po osamostatnění se a nezávislosti (Poněšický, 2014, s. 121). Jak ale zdůrazňují Chvála a Trapková (2007), je v rodině a v celém procesu separace velmi důležitá také **role otce**. Jeho absenci, ať už fyzickou či emoční, pak dávají do souvislosti zejména s propuknutím mentální bulimie. Zároveň uvádí, že přítomnost otce je velmi důležitá také v procesu léčby PPP. (Chvála, Trapková, 2007)

2.4 Sociokulturní faktory

Poslední skupinou faktorů, kterým se budu věnovat, jsou sociokulturní vlivy. Mezi nejčastěji zmiňované patří média, diety, reklama, sociální sítě, současný módní ideál a sociální diskriminace lidí, kteří tento ideál nesplňují. Všechny tyto vlivy se nám snaží namluvit, že jen krásný a štíhlý člověk může být úspěšný. A úspěch, výkon a společenská prestiž jsou součástí dnešního módního ideálu, kterému podléhají dospělí, dospívající a dnes mnohem častěji také děti. Řada lidí má díky těmto vlivům nízké sebevědomí, zkreslené sebehodnocení a je nadměrně zaměřená na svůj vzhled a tělesnou hmotnost. Štíhlosti se snaží dosáhnout pomocí diet, které jsou v řadě případů neúčinné a mohou vést až k PPP. Krch (2010) tyto faktory označuje pojmem „*společenský teror*“ (Krch, 2010, s. 64).

Média - televize, filmy, časopisy či internet, mají na formování společnosti obrovský vliv. Předkládají nám mnohdy upravené fotografie modelek, hereček a dalších známých lidí a snaží se přesvědčit zejména ženy a dívky, že štíhlost jim přinese životní úspěch a štěstí. Médii prezentovaný vzor, který je nám zároveň předkládán jako norma, je vysoká štíhlá dívka bez boků a stehů, což odpovídá dětskému předpubertálnímu vzhledu (Vágnerová, 2014, s. 425). Sílu vlivu západních médií dokládají také poznatky z jiných kultur, o kterých píše například Irving (dle Novák, 2010, s. 61). Ten uvádí, že tři roky poté, co na Fidži pronikla západní média, došlo k výrazné změně toho, jak fidžijské ženy vnímají sebe sama. V průběhu těchto tří let se pak u dospívajících dívek na Fidži poprvé setkali s dietním chováním a poruchami příjmu potravy.

Dnešní časopisy, zejména ty pro ženy, přináší nespočet článků o zdravém životním stylu, o hubnutí a poskytují nám recepty na zaručené a osvědčené **diety**, o jejichž zdravotních rizicích autoři mlčí. Řada studií přitom prokázala, jak uvádí Krch (2010), že většina diet výrazně zvyšuje riziko onemocnění mentální anorexií nebo bulimií (Krch, 2010, s. 58). Kocourková (2004) píše o zvyšujících se počtech lidí trpících PPP v zemích západního světa v průběhu posledních desetiletí a zmiňuje také významný vliv sociokulturních podmínek na vznik onemocnění. Články v časopisech jsou často zaměřeny právě na štíhlost, diety,

sebekontrolu a sebeovládání a cílí především na ženy a dívky. Následování tohoto ideálu přináší dospívajícím dívkám zdravotní rizika a trvalou nespokojenost se sebou samými. (Kocourková, 2004)

Na úskalí diet a „zdravého stravování“ upozorňuje také Navrátilová (nedatováno). Nejenom v souvislosti se vznikem ortorexie hovoří o společenském tlaku na zdravou výživu jako o „**stravovacím terorismu**“. Poukazuje na množství „výživových poradců“, kteří bez potřebného lékařského vzdělání radí ostatním v oblasti stravování. Rozšíření tohoto fenoménu opět napomohla média, zejména internet. Navrátilová (nedatováno) upozorňuje také na obrovské nebezpečí novodobých výživových směrů a diet, které u veřejnosti dále prohlubují strach z jídla, mohou velmi vážně poškodit lidské zdraví a v důsledku metabolických změn vyústit až ve smrt. (Navrátilová, nedatováno)

Nedílnou součástí tohoto společenského teroru je také **komerční reklama**, která nám prostřednictvím přípravků na hubnutí přináší zaručené způsoby, jak bezpečně, snadno, rychle, a bez zbytečné námahy natrvalo shodit „přebytečné“ kilogramy. Nabízí je většinou velmi štíhlé modelky a lidé s dokonalým vzhledem a postavou, s nimiž se však setkáváme i v řadě jiných reklam.

Kult štíhlosti je dnes dětem a mladým lidem nabízen také prostřednictvím **internetu a sociálních sítí**. V období dospívání, pro něž je typická nejistota a nespokojenost se sebou samými, podlehnou mladí lidé snadno falešným představám, které jim YouTube, Instagram či TikTok nabízí.

Jak vyplývá z výzkumu, který společně uskutečnily Centrum prevence rizikové virtuální komunikace (PRVoK) Pedagogické fakulty UP s její katedrou psychologie a patopsychologie a společnost O2 a kterého se zúčastnilo téměř deset tisíc dětí a dospívajících ve věku 10 až 17 let, používá úpravu fotografií přes 42 % dotazovaných. Motivací pro používání filtrů je hlavně zábava, ale také to, že dotazovaní chtějí vypadat lépe, než ve skutečnosti. Spokojenost s vlastním tělem udalo 46 % dětí, zhubnout si přeje něco přes třetinu dětí a více než 30 % by jich chtělo nabrat svalovou hmotu. (Třetina mladistvých kvůli vzhledu zažila online zesměšňování, 2022)

Na internetu se však bohužel můžeme setkat i s dalším velmi závažným obsahem jaký představují „pro-ana“ a „pro-mia“ webové stránky a blogy, kde se dívky navzájem podporují v hubnutí, poskytují si rady, jak zhubnout, jak se vyhnout jídlu, jak překonat hlad či jak onemocnění skrývat před svým okolím. Anorexii a bulimii nepovažují za onemocnění, ale za životní styl a na svůj „status“ jsou pyšné.

Současný sociální a kulturní tlak na to, jak by měla žena vypadat je enormní. Se svou postavou je proto nespokojených stále více žen a dívek, neboť nejsou schopny dosáhnout na dnešní **módní ideál**. Uchylují se tak k dietám a nadměrnému cvičení, které mnohdy ohrožují jejich zdraví a v konečném důsledku mohou vést až PPP. Společenského tlaku na vzhled však nejsou ušetřeni ani muži a tělesná nespokojenost se tak nevyhýbá ani jim. Krch (2012) uvádí, že v posledních letech došlo ke kulturnímu posunu a mužský ideál je silnější, svalnatější, ale také štíhlejší. Mnohem více dospívajících chlapců a mladých mužů má dnes pocit, že jsou slabí a nemají dostatečně vyvinuté svaly. Aby dosáhly vzhledu akční hrdinů

a hrdinů kulturistických časopisů, vytváří si závislost na cvičení, užívají potravinové doplňky a riskují zdravím užíváním steroidů a růstových hormonů. (Krch, 2012, s. 190)

Velmi častým jevem v souvislosti s tělesným vzhledem je dnes také **stigmatizace lidí s nadváhou**. Zaměření dnešní společnosti na „body image“ a jeho negativní vliv na postoje dětí a adolescentů vůči osobám s nadváhou zmiňují také Jurkechová a Osaďan (2014). Uvádí, že již v předškolním věku jsou děti s nadváhou připisovány negativní rysy a je vyřazováno ze hry s kamarády. Dětem s nadváhou je, stejně jako dospělým, připisována lenost, lakota, špinavost, hloupost apod. Děti s nadváhou proto mají tendenci k depresím a nízkému sebehodnocení. Studie bohužel poukazují na nárůst tohoto chování v průběhu školních let a adolescence. Nadváha nebo obezita v dětství tak ovlivňuje spokojenost s tělem v dospělosti a vede k nezdravým stravovacím návykům a životním postojům. (Jurkechová, Osaďan, 2014, s. 152-153)

Již děti v mateřských a základních školách se kvůli své nadváze či obezitě stávají terčem posměchu a šikany. Jednou z forem šikany může být tzv. **body shaming**, tedy zesměšňování kvůli vzhledu, které se v posledních letech přesunulo také na internet a sociální sítě a jímž se výzkum Centra PRVoK Univerzity Palackého a společnosti O2 také zabýval. Posměšky kvůli vzhledu v online prostředí přiznala jedna třetina dětí, v reálním světě to byla dokonce více než polovina dětí. Někteří na posměšky reagovali pozitivně, například změnou životního stylu, 10 % dětí se začalo více věnovat sportu, 5 % posilování a 4 % dětí se začala zdravěji stravovat. Alarmující je, že přes 7 % dětí se začalo omezovat v jídle a 5 % jich dokonce přiznalo redukci stravy na minimum. 1,3 % dětí udalo přejídání se a následné zvracení jídla a přes 7 % dětí se začalo vnímat jako tlusté, přestože okolí je ujišťovalo, že tomu tak není. Mnohem závažnější je však zjištění, že každé desáté dítě přiznalo tendence k sebepoškozování, 7,54 % dětí uvedlo, že by bylo lepší, kdyby nebyly a 4,25 % jich přiznalo sebepoškozování, např. pálení či řezání na těle. (Třetina mladistvých kvůli vzhledu zažila online zesměšňování, 2022)

Ke strachu z nadváhy přispívá také to, že zatímco je vyhublost spojována se zdravím, krásnou a pevnou vůlí, je obezita nejčastěji dávána do souvislosti s ošklivostí, nemocemi, nedostatkem pevné vůle a sebekontroly. Krch (1999) k tomu uvádí, že lidé s nadváhou jsou popisováni jakou hloupí, líní a oškliví (Krch, 1999, s. 59). Jak píše Pavlíčková a Bratská (dle Vágnerová, 2014, s. 429), o tom, že vyšší hmotnost není normální, se nás snaží přesvědčit také omezený výběr větších velikostí módní konfekce.

Vznik PPP může ovlivňovat také **prostředí či sociální skupiny**, v nichž se jedinec pohybuje. Jsou to místa, kde je důležité udržet si správnou hmotnost, podat požadovaný výkon a kde je velká konkurence. Mezi profese s nejvyšším rizikem vzniku PPP patří práce modelek a tanečnic. Ze sportovních odvětví je to potom gymnastika, atletika, plavání, krasobruslení, balet, ale také volejbal či vzpírání. (Novák, 2010, s. 72)

Negativní vliv na vznik onemocnění mohou mít paradoxně také různé **preventivní programy**, či **zveřejňování příběhů** mediálně známých lidí, kteří PPP trpí, nebo jim dokonce podlehli. Zejména v dospívajících dětech a mladých lidech mohou tyto příběhy zanechat romantickou představu namísto odstrašujícího příkladu. (Krch, 2012, s. 195)

3 Komplikace spojené s poruchami příjmu potravy

Stejně jako je vznik PPP podmíněn kombinací bio-psycho-sociálních faktorů, dochází v závislosti na typu onemocnění ke změnám v bio-psycho-sociálním fungování jedince, který tímto onemocněním trpí. PPP způsobují množství zdravotních obtíží, které mají za následek výrazné snížení kvality života ve všech jeho rovinách. V konečném důsledku mohou znamenat smrt. Například mentální anorexie, jak uvádí Krch (2010), vede nejčastěji ze všech psychických onemocnění ke smrti, nebezpečí úmrtí je až osmkrát vyšší než u zdravých vrstevníků (Krch, 2010, s. 45). Než se tedy budu věnovat možnostem léčby, zmíním také zdravotní komplikace a sociální a psychické důsledky, které onemocnění PPP doprovází.

3.1 Zdravotní komplikace

PPP mohou být spouštěčem pro řadu somatických obtíží, jejichž rozsah je závislý jednak na délce onemocnění, jednak na včasnosti léčby. Počátky onemocnění bývají nenápadné a mnohdy jsou zaměňovány za zdravý životní styl. Nežádá se stává, že než se člověk s PPP dostane do péče odborníků, uběhne poměrně dlouhá doba, v důsledku čehož může dojít k trvalému poškození zdraví a onemocnění může přejít v chronické.

Zdravotní komplikace zapříčiněné PPP souvisí zejména s váhovým úbytkem, nedostatečně vyváženou stravou, ale jsou také důsledkem zvracení a nadužívání projímadel a diuretik. S úbytkem hmotnosti se u pacientů s PPP můžeme nejčastěji setkat s citlivostí na chlad, se zácpou, únavou, zhoršením kvality pleti, vypadáváním vlasů, osteoporózou, oslabeným krevním oběhem a srdečními obtížemi. V důsledku nedostatku živin dochází k poškození jater a snížení obranyschopnosti organismu. V případě návratu k normálnímu stravování se pacienti potýkají s pocity nevolnosti, přejedení a nadýmání. (Krch, Marádová, 2003, s. 11)

Závažné a život ohrožující následky má také zvracení, kterým si pacient může způsobit velmi bolestivé zranění krku a jícnu, zároveň hrozí spolknutí předmětu, kterým si zvracení vyvolává (Krch, Marádová, 2003, s. 12). Vlastní zkušeností to potvrzuje také Gabriela Koukalová (2018), která uvádí, že prvního půl roku jí pro vyvolání zvracení stačilo, když si do krku strčila prst. Postupně ale ztratila dáivý reflex a k vyvolání zvracení používala například tužku, zubní kartáček, ale také kávovou lžičku, kterou jednou v důsledku dávení spolkla. (Koukalová, Moravec, 2018, s. 213) Velmi nebezpečným následkem zvracení je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které zatěžuje srdce a ledviny. Jedná se zejména o nedostatek draslíku, který způsobuje narušení srdečního rytmu, což může následně způsobit křeče, závratě či ztrátu vědomí. V důsledku zvracení také dochází k otokům slinných žláz pod čelistí a k erozi zubní skloviny. Smrtelné pak mohou být některé léky, které vyvolávají zvracení. Zneužívání projímadel a diuretik způsobuje, stejně jako zvracení, narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí. Stále vyšší dávky projímadel, které jsou třeba k vyvolání očekávaného účinku, však mohou způsobit narušení stěny střev a tím vstřebávání živin. Nadužívání

projímadel však paradoxně může vést, v důsledku zadržování tekutin v těle a následným otokům, k rychlému nárůstu hmotnosti. (Krch, Marádová, 2003, s. 12)

3.2 Psychické a sociální důsledky onemocnění

PPP doprovází také řada psychických problémů, které spolu se somatickými obtížemi ovlivňují život nejenom pacientům, ale také jejich rodinám, partnerům a dalším blízkým osobám. V rodinných a partnerských vztazích navíc dochází k hádkám a konfliktům z důvodu vzájemného nepochopení a strachu okolí o život nemocného.

Přestože bývají počátky mentální anorexie spojené s nárůstem sebevědomí v důsledku snižující se hmotnosti, začne onemocnění postupně negativně ovlivňovat vnímání a prožívání nemocného a dojde k narušení jeho psychické pohody a osobního a společenského života. Neustálý hlad či chuť se přejíst, myšlenky na jídlo a nemožnost dosáhnout vysněného cíle navozují pocity sebelítosti, viny, selhání a deprese. Nemocným ubývá energie a tak svůj zájem soustředí pouze na jídlo a tělesný vzhled. Nadměrné zabývání se vlastní osobou vede k egocentrismu, což se projeví také ve vztazích s rodinou, přáteli či kamarády. Vzrůstá pocit osamělosti, který snižuje schopnost přizpůsobit se a přibývá nepřiměřených reakcí. Následkem strádání organismu dochází k poruchám učení a koncentrace pozornosti, což v kombinaci s kolísáním nálad vede ke zhoršení školních výkonů a vztahů se spolužáky. (Krch, Marádová, 2003, s. 12-13)

Nálada pacientů s PPP je závislá na aktuální tělesné hmotnosti a míře sebekontroly. V průběhu onemocnění přibývá nejistota a objevují se stavy úzkosti. U pacientek s anorexií vzrůstá potřeba sebekontroly ve všech oblastech života. Dochází ke ztrátě orientace ohledně pocitů hladu, sytosti či chuti k jídlu, které tak přestávají plnit svoji funkci. Snižuje se pracovní tempo a schopnost chápat a řešit komplexní problémy. Zvyšuje se závislost nemocného na jeho blízkých, kteří na situaci reagují zvýšenými obavami a úzkostí. Mnohdy se lidé s PPP roli nemocného přizpůsobí a od svého okolí vyžadují podporu a ohledy. Jejich zájem o ostatní naproti tomu klesá, ubývá tak společenských kontaktů, narůstá pocit osamění a dochází ke konfliktům s blízkými, což ještě zvyšuje napětí v rodině. (Krch, Marádová, 2003, s. 13)

3.3 Specifika a důsledky poruch příjmu potravy u dětí

PPP jsou bohužel třetím nejčastějším psychiatrickým onemocněním v období dospívání, jehož úmrtnost je dvakrát vyšší v porovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší ve srovnání se zdravou populací. K příčinám úmrtí patří metabolický rozvrat, selhání srdce nebo ledvin, ale častou příčinou je také sebevražda. (Uhlíková, 2018, 140)

Přestože jsou PPP typické pro období dospívání a bulimie se u dětí mladších čtrnácti let vyskytuje jen ojediněle, byla anorexie zaznamenána již u dětí mladších deseti let. V případě takto brzkého počátku onemocnění je třeba co nejdříve vyhledat lékaře a snažit se zabránit

důsledkům nedostatečné výživy. (Krch, 2010, s. 32-35) Strava a její kvalita mají pro správný vývoj, růst a rozvoj fyzických a psychických schopností a hormonální a imunitní systém velký význam. U dívek je navíc podíl tělesného tuku důležitým faktorem ovlivňujícím začátek a průběh dospívání. (Uhlíková, 2018, s. 135)

Diagnostika PPP u dětí je složitější než u dospělých. Čím je dítě mladší, tím odlišnější jsou příznaky, a proto nelze použít všechna diagnostická kritéria jako u starších pacientů. Pro zhodnocení stavu výživy je vhodnější podrobné somatické vyšetření a posouzení celkového vývoje dítěte včetně pohlavního zrání. U dětí se zároveň obtížněji zjišťují emoce a nespokojenost s vlastním tělem, neboť častěji popisují různé somatické obtíže, včetně zažívacích, a onemocnění popírají. Časný počátek onemocnění, tedy před dvanáctým rokem věku, se vyskytuje u 5 % dětských pacientů. (Uhlíková, 2018, s. 136-137)

Počátek PPP před čtrnáctým rokem věku s sebou, mimo zastavení tělesného růstu, nese i řadu dalších rizik. Patří k nim například rychlejší nástup zdravotních obtíží, výraznější vyhublost z důvodu menších tukových zásob a větší riziko dehydratace. (Krch, 2010, s. 32-35) Dětský metabolismus je rychlejší a může tak mnohem dříve dojít k náhlému a nevratnému selhání životně důležitých orgánů. U dětí také může rychleji, už ve druhém roce od vzniku PPP, vzniknout osteoporóza. Závažným celoživotním důsledkem PPP může být i porucha plodnosti. (Uhlíková, 2018, s. 140)

V důsledku snížení hladiny pohlavních hormonů dochází k opožděnému nástupu puberty a spolu s tělesným vývojem je pozastaven také proces psychického zrání a osamostatňování se, který může být dokonce zastaven. Dítě na sebe bere roli pacienta, což mu znemožňuje věnovat se vztahovým a názorovým experimentům a vytvářet si tak vlastní identitu. (Uhlíková, 2018, s. 140)

Mladší pacienti mnohdy nechápou cíle léčby a na domluvy a snahu „vykrmit je“ reagují větším odporem, jsou agresivní a útoční. Častěji trpí depresivními příznaky a je ohrožen jejich psychosociální vývoj. Do léčby je třeba zapojit rodiče, kteří by měli mít kontrolu nad příjmem jídla a tekutin u dítěte. V rodinách však často dochází ke konfliktům, jak mezi rodiči a dítětem, tak ke vzájemnému obviňování se rodičů. Pozornost rodiny se přesouvá na nemocné dítě a ostatní sourozenci ustupují stranou. Dítě se stává středem zájmu celé rodiny, což může mít špatný vliv na formování jeho osobnosti či jeho sociálních a pracovních návyků. Může dojít k tomu, že dítě se nadměru soustředí samo na sebe, omezí běžné aktivity a ztratí kontakt se svými vrstevníky. (Krch, 2010, s. 32-35) Čím déle onemocnění trvá, tím obtížněji se mezi ně dítě vrací a navazuje na svůj přechodný vývoj (Uhlíková, 2018, s. 141).

4 Léčba poruch příjmu potravy a prevence onemocnění

Z výše uvedených informací vyplývá, že důsledky PPP mohou být velmi závažné jak u dospělých, tak především u dětí a dospívajících. Léčba PPP je proto velmi náročná a dlouhodobá, s možným rizikem relapsů a přechodu onemocnění do chronické fáze. Každý pacient je jiný a u každého vzniká onemocnění kombinací různých příčin. A tak jako neexistuje jedna příčina vzniku onemocnění, neexistuje jeden zaručený způsob léčby, který by byl účinný u všech pacientů. Existuje však jeden faktor, který je pro úspěšnou léčbu zásadní. Je to pacientova **motivace k léčbě**. Pacient se musí sám rozhodnout, že se chce léčit a na léčbě se musí aktivně podílet. Prvním a nejdůležitějším krokem však je, aby si **přiznal**, že má s příjmem potravy **problém** a chce jej řešit. Následně je třeba **vyhledat odbornou pomoc**, například i za pomoci blízkých. A právě **pomoc a podpora nejbližšího okolí** je dalším velmi důležitým prvkem na cestě k uzdravení z PPP. Často jsou to právě rodiče nebo partner nemocného, kteří jako první kontaktují odborníky se žádostí o radu či pomoc.

Uvědomit si problém a vyhledat odbornou pomoc je však jen první krok na dlouhé cestě, která může trvat několik let, mnohdy dokonce celý život. Dalším, neméně náročným úkolem je na této cestě **vytrvat**, neboť pro pacienty s PPP je typické **kolísání motivace**. Pacienti se svého onemocnění často nechtějí vzdát. Je to něco, čím jsou výjimeční a nechtějí si svou nemoc nechat vzít.

Důvodů, proč vyhledávají pacienti odbornou pomoc pozdě, je mnoho. Nejčastěji je to přičítáno nedostatečnému náhledu na závažnost onemocnění ze strany pacientů i jejich blízkých. Mimo to uvádí Ali et al. (dle Papežová, 2018, s. 433), další **faktory bránící léčbě** PPP. Jedná se například o stud a obavu ze stigmatizace, strach ze ztráty kontroly a nárůstu hmotnosti, vnímání nedostatečnosti profesionální péče, nedostatek sociální podpory a porozumění od druhých, dostupnost léčby, neschopnost okolí poskytnout pomoc apod.

Léčba PPP je velmi náročná. Aby byla účinná, je nezbytné spojit dohromady medicínský, psychologický i sociální přístup. V současnosti neexistuje terapeutický směr, který by byl z pohledu účinnosti nadřazen ostatním. (Štěpánková, Ratajová, nedatováno) Nabídka možností a léčebných postupů se však v posledních letech značně rozšířila. Léčba PPP probíhá formou ambulantní péče a formou hospitalizace nebo částečné hospitalizace. (Garner, 1999, s. 127) Pro potřeby lidí s PPP byl v roce 2002 na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN zřízen také denní stacionář. V léčbě je pak využívána zejména kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie, rodinná a vícerodinná terapie, farmakoterapie, nutriční poradenství, svépomocné skupiny, svépomocné manuály a v neposlední řadě také sociální služby. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 54-63) Například Centrum Anabell, které se na sociální práci s lidmi s PPP a s jejich blízkými specializuje, nabízí odborné sociální poradenství a telefonickou krizovou pomoc pro klienty s PPP a pro osoby blízké a služby následné péče pro klienty, kteří prošli hospitalizací nebo odborným poradenstvím. (Anabell, 2022)

Cílem léčby PPP je:

- léčba podvýživy a somatických obtíží způsobených dlouhodobým hladověním, zvracením a zneužíváním projímadel a diuretik,
- psychoterapie vedoucí k pochopení příčin vzniku onemocnění, ale také role, jakou nemoc zastává v životě pacienta,
- psychoterapie směřující k celkové změně životního stylu a nevhodných stravovacích návyků pacienta.

Výsledkem terapie by měl být jedinec, spokojený se svým vzhledem a hmotností a s přiměřeným sebehodnocením, kterému se podařilo obnovit zdravé stravovací návyky a rodinné a sociální vazby. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 54)

4.1 Průběh léčby

Lehčí formy onemocnění jsou léčeny ambulantně nebo v programech denních center. K hospitalizaci dochází u pacientů se sebevražednými sklony a život ohrožujícími zdravotními komplikacemi. Hospitalizováni jsou také pacienti, u kterých byla ambulantní léčba neúspěšná a přetrvává u nich, nebo se prohlubuje podvýživa. Postup léčby se mění v závislosti na diagnóze a závažnosti psychického a somatického stavu pacienta. Důležitá je také bezpečnost léčby a spolupráce rodiny. (Papežová, 2018, s. 443-444)

S pacientem přichází do kontaktu většinou jako první pediatři a další lékaři primární péče. Řeší s ním somatickou stránku onemocnění a vysvětlí mu a doporučí další kroky v léčbě. Následně by mělo dojít ke konzultaci s psychiatrem a ke stanovení a koordinaci individuálního léčebného plánu. Předání pacienta do odborné psychiatrické péče je závislé na znalostech lékaře primární péče a na jeho ochotě s psychiatrem či psychologem spolupracovat. Další postup záleží na průběhu onemocnění a dostupnosti navazující péče. Komplexní terapie však zahrnuje spolupráci odborníků z řad psychiatrů, psychologů, internistů, gynekologů, endokrinologů, stomatologů a nutričních specialistů. (Papežová, 2018, s. 444)

V případě, že nedojde k brzké úpravě zdravotního stavu pacienta, přichází na řadu spolupráce praktického lékaře s širším týmem odborníků. Pro léčbu má zásadní význam volba adekvátního psychoterapeutického přístupu. Zejména u dětí je vhodné, aby se rodiče či jiné pečující osoby terapie zúčastnily. V současné době vznikají kluby pro rodiče a dochází k rozvoji internetových poraden a chatů pro rodinné příslušníky. (Papežová, 2018, s. 445-446)

4.2 Specifika léčby poruch příjmu potravy u dětí

Ebeling et al. (dle Uhlíková, 2018, s. 141) uvádí několik principů pro léčbu PPP u dětí: na léčbě by se měl podílet multidisciplinární tým, obnovení výživy v případě těžké podváhy by mělo být postupné, závažnou podváhu je třeba řešit před počátkem psychoterapie, rodinná terapie je účinnější než individuální terapie.

Cíle léčby a využívané postupy jsou stejné jako u dospělých s tím rozdílem, že mnohem více odpovědnosti je na okolí dítěte, zejména na jeho rodičích. Léčba a podpora je proto zaměřená nejen na dítě, ale také na jeho rodinu. Mělo by tedy dojít k navázání terapeutického vztahu také s rodiči dítěte či dospívajícího. Po zhodnocení celkového stavu dítěte je stanoven léčebný plán a jeho cíle jsou rozděleny do jednotlivých kroků, které jsou pro dítě přijatelné a snáze dosažitelné. (Uhlíková, 2018, s. 141)

Vzhledem k tomu, že v České republice zatím neexistují denní stacionáře pro děti a dospívající, je třeba se rozhodnout, s ohledem na závažnost zdravotního stavu dítěte, zda bude léčeno za hospitalizace nebo ambulantně. Mladší pacienti jsou obvykle méně motivováni k léčbě, a proto se v jejich léčbě osvědčují direktivnější přístupy a hospitalizace. Výhodou hospitalizace je i to, že dítě se dostává mimo domácí prostředí. V průběhu hospitalizace dochází k pozvolnému obnovování výživy, vytváření nových stravovacích návyků, ale také k omezení fyzické aktivity a manipulativního chování. Režimová terapie znamená přesně strukturovaný čas, dodržování pravidel, psychoterapeutických aktivit, učení, spánkového a jídelního režimu a dalších činností. Děti a dospívající se učí přebírat na sebe zodpovědnost za své chování. Pro úspěch léčby je nutné jasně stanovit pravidla a důsledně dbát na jejich dodržování, což léčba v domácím prostředí neumožňuje. Mnohdy totiž dochází ke vzájemnému obviňování a k citovému vydírání rodičů ze strany dítěte. Častý jevem je také opomíjení ostatních sourozenců dítěte. (Uhlíková, 2018, s. 141-143)

Psychoterapie se účastní jak děti, tak jejich rodiče. K nejčastěji využívaným metodám patří kognitivně-behaviorální terapie a rodinná a individuální psychoterapie, které doplňuje nutriční poradenství a psychoedukace. Na některých pracovištích je od roku 2001 možné zúčastnit se také **vícerodinné skupinové terapie**. (Uhlíková, 2018, s. 143) Dare et al. (dle Uhlíková, 2018, s. 143), uvádí, že dle evropských standardů by měla být první volbou pro léčbu mentální anorexie **rodinná terapie** a pro léčbu mentální bulimie **kognitivně-behaviorální terapie** s účastí rodiny. Tímto způsobem dochází k vytvoření terapeutického vztahu s celou rodinou, ke konfrontaci příznaků v rámci rodiny a může tak dojít k analýze a srovnání rodinných a individuálních potřeb s ohledem na všech členy rodiny. Tato metoda vykazuje vysokou úspěšnost léčby, uvádí se, že dlouhodobě je zcela vyléčeno 60-90 % pacientů.

Využití **farmakoterapie** je u dětských pacientů doporučeno pouze v případě život ohrožujících stavů, nebo atypických forem onemocnění a dále v případě přítomnosti komorbidních poruch, zejména poruch nálady. Využívána jsou antidepresiva, která jsou však v případě podváhy neúčinná. (Uhlíková, 2018, s. 143)

4.3 Prevence poruch příjmu potravy

Z pohledu sociální práce je prevence dle Slovníku sociální práce soubor opatření, kterými je možné předcházet sociálnímu selhání a to zejména takovému, které ohrožuje základní hodnoty společnosti. Primární prevence je zaměřena na celou populaci (nespecifická) nebo na její určitou skupinu (specifická) a to ještě před tím, než se očekávaný problém projeví. Cílovou skupinou sekundární (indikované) prevence jsou osoby, u nichž hrozí vyšší riziko sociálního selhání, popřípadě osoby, u kterých už k rizikovému chování dochází, ale jeho míra je nízká. Terciární prevence se týká osob, u kterých již k sociálnímu selhání došlo. Dle Matouška (2008) jsou však aktivity v oblasti prevence v České republice prozatím nesystematické a nekoordinované. Preventivní programy jsou málo napadité a účinné. (Matoušek, 2008, s. 154)

Také onemocnění PPP je vždy lépe předcházet, než ho léčit. Prevence je nejenom účinnější, ale také levnější, což platí v případě léčby PPP dvojnásob. Lidé s PPP trpí kvůli svému onemocnění sociálním vyloučením a jejich léčba je velmi nákladná. Prevence v oblasti PPP je velmi důležitá, a mělo by se s ní začít už v předškolním věku. Důležitou úlohu má v prevenci PPP nejenom rodina, ale také škola, kde by v této oblasti mohl působit sociální pracovník, ať v podobě školního sociálního pracovníka nebo externisty. Prevenci PPP formou přednášek a edukačních workshopů pro učitele a přednášek pro žáky a studenty se věnuje také Centrum Anabell. Zatím je však potenciál sociální práce v této oblasti málo využíván a já zde vnímám možnosti pro další rozvoj spolupráce mezi školami a sociálními pracovníky, kteří se věnují práci s lidmi s PPP.

V primární prevenci hraje důležitou roli rodina, působení společenských vlivů a kultura stravování. Na sebehodnocení dětí a dospívajících mají prokazatelný vliv také média a kulturní vzory. V oblasti sekundární prevence už dochází k vyhledávání a ovlivňování ohrožených skupin, kam patří děti s obezitou, děti, jejichž zájmové aktivity souvisí s kontrolou hmotnosti a tělesného vzhledu, jako například tanečnice, modelky, gymnastky, žokejové apod. Terciární prevence už se věnuje prevenci relapsu a obnově plného zdraví včetně plodnosti. V současnosti se snaží zabránit také přenosu patologického jídelního chování na následující generace. (Uhlíková, 2018, s. 143-144) Také v této oblasti by se, dle mého názoru, mohla sociální práce více uplatnit, ať už ve formě sociální práce s rodinou, nebo při výchově k rodičovství.

Nejdůležitější roli v prevenci PPP však mají rodiče, kteří svou výchovou působí na vytváření žebříčku postojů a hodnot svých dětí, na budování zdravého sebevědomí, které je založeno na jiných hodnotách než je tělesný vzhled, a na vytváření vhodných stravovacích návyků. (Uhlíková, 2018, s. 144)

Dalším úkolem rodičů je rozpoznání případných změn v jídelním chování dětí a dospívajících, které mohou signalizovat PPP. Jedná se zejména o změnu jídelníčku, vyhýbání se společnému jídlu, výmluvy okolo jídla, změny chuti, zvýšenou fyzickou aktivitu, orientaci na zdravý životní styl apod. U bulimie může docházet k mizení jídla či peněz v domácnosti. Nápadné může být také zhoršení kvality pleti, vlasů či nehtů a zimomřivost. V oblasti

psychiky se objevují časté změny nálad, podrážděnost až agresivita, nespokojenost, smutek apod. (Uhlíková, 2018, s. 144)

Jako další důležitý článek v prevenci PPP uvádí Krch a Marádová (2003) prostředí školy. Ta by měla v rámci programu výchovy ke zdraví poskytnout žákům dostatek kvalitních informací ohledně PPP a vést je ke zdravému životnímu stylu. Součástí prevence vzniku onemocnění je také vytváření podmínek pro rozvoj žáků a pro posilování jejich zdravé sebedůvěry a vytváření zdravého sociálního klimatu ve škole. (Krch, Marádová, 2003, s. 21-22) Zdravé školní klima jako součást prevence PPP zmiňují také autoři výzkumu zaměřeného na body shaming, o kterém píše v kapitole 2.4. Současně uvádí i potřebu posilování sociálních dovedností a zvyšování psychické odolnosti dětí. (Třetina mladistvých kvůli vzhledu zažila online zesměšňování, 2022) Na vytváření zdravého klimatu a upevňování sociálních dovedností ve školách by se rovněž mohl podílet sociální pracovník.

Častým jevem v souvislosti s PPP je relaps onemocnění. To znamená, že se po uzdravení opět objeví příznaky onemocnění. Uzdravením se v případě PPP rozumí „(...) *dosažení a udržení uspokojivých změn ve fyzické, emoční a sociální oblasti a přiměřené stravovací návyky bez chování vedoucího ke snížení váhy.*“ (Polanská, Sladká Ševčíková, Švédová, 2007) Uzdravení z PPP často nebývá úplné. Štíhlá postava a dietní strava se v dnešní společnosti stávají všeobecnou normou a hodnota člověka se mnohdy měří jen podle toho, jak vypadá.

To je také jeden z důvodů, proč je relaps PPP tak častý. Můžeme se s ním setkat až v 50 % případů. Je to přirozená součástí léčby, kdy se znovu objeví některé příznaky onemocnění. Na příchod relapsu je proto dobré se připravit již při terapii. Úspěšná léčba tedy znamená schopnost zvládnout nebo předcházet relapsu. Mezi strategie, které mohou pomoci překonat toto náročné období, patří:

- dosažení a udržení optimální hmotnosti,
- pravidelnost v jídlu,
- přiměřený pohyb,
- terapie zaměřená na tělo,
- realistická očekávání ohledně léčby,
- vytvoření cest pro zvládnání stresu jinak než přejídáním a hladověním,
- trpělivost a odvaha začít znovu. (Polanská, Sladká Ševčíková, Švédová, 2007)

5 Sociální práce s dětmi a s rodinami dětí s poruchou příjmu potravy

V předchozích kapitolách jsem se věnovala poruchám příjmu potravy, faktorům, které ovlivňují jejich vznik, zdravotním, psychickým a sociálním důsledkům onemocnění a možnostem léčby. Zaměřila jsem se zejména na to, jak toto onemocnění ovlivňuje život dětí, dospívajících a jejich rodin. V následujících kapitolách se věnuji tomu, jak může s léčbou PPP pomoci dětem a jejich blízkým sociální práce.

Sociální práce je dle Matouška (2008): *„Společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). (...) Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci. (...)“* (Matoušek, 2008, s. 200-201)

5.1 Metody sociální práce využívané při práci s dětmi s poruchou příjmu potravy

Jak uvádí Strieženec (dle Špiláčková, 2013, s. 9-10), rozumíme pojmem metoda postup či návod, prostřednictvím něhož dosáhneme stanoveného cíle. Metoda nám říká, jak získat a uspořádat znalosti a jak z nich vyvodit nové poznatky. Metoda sociální práce je tedy způsob, kterým dosáhneme předem stanoveného cíle prostřednictvím naplánované a zodpovědné práce s jednotlivcem, skupinou a komunitou.

Matoušek (2003) uvádí jako základní metody sociální práce:

- práci s jednotlivcem,
- práci se skupinou,
- práci s rodinou,
- práci s komunitou (Matoušek, 2003, s. 13).

V sociální práci s dětmi a dospívajícími s PPP je využívána zejména individuální sociální práce a sociální práce s rodinou.

5.1.1 Sociální práce s jednotlivcem

Úkolem individuální, nebo také případové sociální práce je podporovat klientovy schopnosti tak, aby zvládal sám řešit své problémy. Základem individuální sociální práce je poradenství.

(Matoušek, 2003, s. 14) Sociální práce se snaží o zlepšení sociálního fungování jedinců, skupin a komunit prostřednictvím aktivit zaměřených na jejich vztahy. Tyto aktivity lze rozlišit jako aktivity zaměřené na problém, aktivity zaměřené na klienta a využití jeho potenciálu a aktivity preventivního charakteru. (Navrátil, 2001, s. 17) Přičemž sociální fungování definuje Bartlettová (dle Navrátil, 2001, s. 12) jako interakce probíhající mezi požadavky prostředí a lidmi. Lidé a prostředí jsou v neustálé interakci, kdy prostředí klade na člověka požadavky, na něž je nucen reagovat. Tento náhled na sociální fungování jedince umožňuje vnímat klientovy individuální schopnosti řešit problém v rámci prostředí, ve kterém klient o řešení problému usiluje. Mezi požadavky prostředí a jedincem musí být určitá rovnováha. V případě, že jedinec požadavky svého prostředí nezvládá, nastupuje pomoc sociálního pracovníka. (Navrátil, 2001, s. 12)

Z tohoto konceptu sociálního fungování jedince vychází také sociální práce s lidmi s PPP. Sociální fungování se týká oblastí, ve kterých dochází u lidí s PPP k problémům, jak v průběhu trvání onemocnění, tak v jeho důsledku. Jedná se o vztahové problémy, otázku bydlení a finanční soběstačnosti, hledání a udržení zaměstnání, motivace ke studiu a k jeho dokončení, otázku schopnosti hájit svá práva, ale také o oblast péče o vlastní psychické a fyzické zdraví. Centrum Anabell tak v rámci sociální práce s jednotlivcem poskytuje svým klientům odborné sociální poradenství, internetové poradenství a telefonickou krizovou pomoc. Odborné sociální poradenství je využíváno také pro práci s rodinou a pro skupinovou sociální práci. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 59-63)

Odborné sociální poradenství Centra Anabell

V rámci odborného sociálního poradenství využívá sociální pracovník zejména rozhovor. V průběhu individuální sociální práce jsou využívány různé metody jako „(...) *aktivní naslouchání, dotazování, strukturovaný rozhovor s prvky motivační terapie, edukace v oblasti výživy a zdravého životního stylu a další.*“ (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 61). V průběhu spolupráce poskytuje sociální pracovník klientovi podporu zejména ve snaze vyhledat další služby, které potřebuje k léčbě, a ve snaze zvládnout situaci sám. Společně usilují také o to, aby klient neupadnul do izolace a udržel si přirozené rodinné a vrstevnické vazby. Sociální pracovník má k dispozici ověřenou databázi kontaktů na odborníky a nabízí klientovi další možné cesty. Poskytuje edukaci s cílem pomoci klientovi získat náhled na jeho onemocnění, a poskytuje mu také podporu při aktivním zvládnání situace. Odborné sociální poradenství mnohdy pomáhá vyplnit prázdné místo v případě, že se klient rozhodne pro léčbu, ale z důvodů dlouhých čekacích lhůt na odborné lékaře by svoji motivaci mohl ztratit. Odborné sociální poradenství je možné, na základě platné legislativy, využívat anonymně. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 61)

Internetové poradenství

Internetové poradenství je další formou odborného sociálního poradenství. Umožňuje komunikaci klienta se sociálním pracovníkem v době, kdy nemůže, nebo nechce s pracovníkem komunikovat z očí do očí. Výhodou tohoto způsobu komunikace je, že klientovi poskytuje určitou formu anonymity a že se k informacím může zpětně vracet. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 61-62)

Telefonická krizová pomoc

Dotazy na telefonické krizové lince zodpovídá speciálně vyškolený pracovník telefonické krizové pomoci. Klientům se zde dostane krizové intervence. Dostanou také odpovědi na otázky týkající se PPP a kontakty na další odborníky a zařízení zabývající se léčbou PPP. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 62)

5.1.2 Sociální práce s rodinou

Sociální práce s rodinou může mít formu aktivit organizovaných pro jednu rodinu nebo pro skupinu rodin (například poradenství rodičům v rozvodu, osvětová péče pro rodiče dětí se závislostmi apod.). Může se také jednat o rodinnou terapii, jejímž cílem je zlepšení fungování rodiny, vyjasnění vzájemné komunikace, vymezení rolí jednotlivých členů rodiny či vytyčení hranic vzájemné odpovědnosti. (Matoušek, 2003, s. 14)

Cílem sociální práce by mělo být posilovat kompetence rodiny tak, aby byla sama schopná řešit vlastní obtíže. Pracovník je „dočasným spojencem rodiny“ a vše, co dělá, by mělo směřovat ke stavu, kdy ho rodina nebude potřebovat. Důležité oblasti pro práci s rodinou jsou zejména: zvládání emocí ve vzájemných vztazích a celkové emocionální klima rodiny, provázanost vztahů mezi jednotlivými členy rodiny, vazby na další lidi mimo rodinu atd. Práci na těchto otázkách je již možné nazývat terapií, přičemž se nemusí jednat o profesionálního terapeuta, ale může ji provádět sociální pracovník. V tomto případě už se od něho ale očekává určitá kvalifikace v podobě terapeutického výcviku. (Matoušek, 2013, s. 303)

V případě silných negativních emocí uvnitř rodiny hledá terapeut jejich význam a snaží se členům rodiny přiblížit potřeby, na které tyto emoce ukazují. Pro vzájemnou komunikaci je důležité, aby jednotliví členové rodiny začali vnímat své potřeby a porozuměli jim. Pro pochopení vzájemných potřeb je ale třeba vytvořit takové prostředí, kdy jeden druhému naslouchá, nepřerušuje ho a na jeho sdělení reaguje přijatelným a čitelným způsobem. Tempo v této komunikaci by měla určovat rodina, terapeut zasahuje pouze v případech, kdy je vhodné tempo vzájemného „otvírá se“ zrychlit, nebo zpomalit. Pokud je třeba se v komunikaci vracet do minulosti, je dobré zaměřit se na rodinné tradice a rituály, které rodinu posilují a o které se může opřít. (Matoušek, 2013, s. 303)

Vybudování kvalitních vztahů mezi rodinou a sociálním pracovníkem může být někdy velmi obtížné. Důležitá je proto osobnost samotného pracovníka, jeho důvěryhodnost, jistota a angažovanost na osudu rodiny. Pro práci s touto cílovou skupinou je třeba absolvovat výcvik zaměřený na práci s rodinou. Jedná se o velmi náročnou disciplínu, která kromě potřebného vzdělání vyžaduje také podporu kolegů a mateřské organizace. Alespoň v začátcích terapie by měl být sociální pracovník, minimálně telefonicky, k dispozici všem členům rodiny i mimo dohodnuté návštěvy. Ukončení terapie by pak mělo být dohodnuté v dostatečném časovém předstihu. (Matoušek, 2013, s. 304)

Rodinná terapie v rámci léčby PPP je určena zejména dětem a mladším adolescentům. U rodičů dětí s poruchou PPP bývá využívána také párová terapie pro řešení partnerských problémů. Některé pacientky s PPP nereagují na standardní léčbu příznivě, a proto se v léčbě dětí a adolescentů s PPP začíná využívat také vícerodinná terapie. Jedná se o intenzivní psychoterapeutický program pro skupiny několika rodin, ve kterých jeden nebo více členů trpí PPP. Přístup je znám pod zkratkou FBT – family based therapy. (Papežová, 2018, s. 451)

Vícerodinná terapie má formu jednoletého kurzu s danou strukturou. Umožňuje členům rodiny, aby se aktivně podíleli na léčbě a znovu v sobě našli sílu a naději po dlouhém a vyčerpávajícím boji s PPP. Kurzu se účastní 5 až 6 rodin, v nichž některý ze členů trpí PPP. Nejčastěji se jedná o dospívající dceru. O rodiny obvykle pečují čtyři až pět terapeutů, přičemž každá z rodin je v péči jednoho z terapeutů. Důraz je kladen na vytvoření pozitivní atmosféry v rodinách a obnovení komunikace a to především při společném stolování, které je často zdrojem konfliktních situací a hádek. V rámci terapie dochází k náviku společného stolování. Rodiny tak mají možnost srovnávat vlastní vzorce chování, vyměňují si názory s ostatními a poskytují si zpětnou vazbu. (Procházková, Sladká Ševčíková, s. 56)

Svépomocné skupiny

Součástí procesu uzdravení z PPP jsou také svépomocné skupiny. Jsou vedené odborníky i laiky a jsou určeny pro pacienty s PPP a jejich rodiny. Podílí se také na primární a sekundární prevenci v oblasti zdravého přístupu ke stravování. Jejich účinnost však zatím nebyla prokázána. U různých diagnóz PPP plní formu náhrady za jinak nedostupnou péči. (Papežová, 2018, s. 453-454)

Svépomocné skupiny jsou určeny nemocným, jejich rodičům i partnerům. Účastníkům poskytují podporu, motivaci, prostor ke sdílení a pocit sounáležitosti. Napomáhají s překonáním sociální izolace. Jsou využívány jako doplňková metoda při léčbě nebo jako místo prvního kontaktu. (Procházková, Sladká Ševčíková, s. 55)

5.2 Psychoterapeutické metody využívané při práci s dětmi s poruchou příjmu potravy

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky prováděná speciálně vyškoleným terapeutem. Mezi terapeutem a klientem, případně více klienty, dochází k vytvoření terapeutického vztahu. Psychoterapie má řadu směrů, které se liší v tom, co je cílem terapie (například změna chování, potlačení příznaků, změna ve vztazích apod.), ale také v tom, co je příčinou duševní nerovnováhy (například duševní trauma, ztráta smyslu života, nastavení komunikačních vzorců apod.). (Matoušek, 2008, s. 165)

5.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Základní východiska behaviorální teorie jsou: evoluční teorie Charlese Darwina, výzkumy I. P. Pavlova o podmíněných reflexech a psychologická škola behaviorismu J. B. Watsona, která je definovaná jako objektivní experimentální věda o chování. Klasická behaviorální teorie se zaměřuje na konkrétní chování jednotlivce v souvislosti s prostředím a nezabývá se vnitřními příčinami chování. Základní myšlenkou je, že všechno chování je naučené v interakci s prostředím. Cílem behaviorální terapie je tedy změna takového chování, které brání jedinci ve správném sociálním fungování. (Navrátil, 2001, s. 99-101)

Kognitivně-behaviorální teorie je soubor specifických poznatků o lidském chování. Je to spojení znalostí klasické behaviorální teorie a moderní kognitivní vědy, které se z různých úhlů pohledu zabývá determinanty lidského chování. Dnešní kognitivně-behaviorální teorie se zaměřuje na všechny aspekty lidského chování, které je možné si empiricky ověřit. Na základě svých zjištění potom doporučuje metody a postupy práce s klienty v pomáhajících profesích. Využití této teorie v praxi je pak známé pod názvem kognitivně-behaviorální terapie. (Kappl, 2013, s. 17)

Kognitivně-behaviorální terapie považuje za určující prvek klientova chování interpretaci událostí v prostředí i uvnitř klienta (Navrátil, 2001, s. 105). Psychoterapeutické postupy pak vychází z behaviorální terapie, která se snaží kromě klientova chování působit také na jeho myšlení. Terapeut sleduje souběžně klientovo chování i způsob jakým uvažuje o sobě a o situacích, ve kterých se nachází. Učí klienta jinak hodnotit sebe i situace. (Matoušek, 2008, s. 83-84)

Kognitivně-behaviorální teorie je využívána zejména při psychoterapeutické práci s pacienty s duševním onemocněním. Přináší však mnoho podnětů také do praxe sociálních pracovníků, neboť tvoří základ pro různé metody a techniky využívané v sociální práci. (Kappl, 2013, s. 19) Úkolem sociálního pracovníka je, aby dal klientovi možnost načerpat potřebné zkušenosti a aby mu vytvořil bezpečné prostředí pro nácvik nezbytných dovedností. Kanfer a Schefft (dle Navrátil, 2001, s. 103) uvádí šest pravidel pro práci behaviorálně zaměřeného sociálního pracovníka: orientace na chování, orientace na řešení, pozitivní orientace, krok za krokem, flexibilita a orientace na budoucnost. (Navrátil, 2001, s. 103-105)

Při léčbě PPP byla nejvíce zkoumanou psychoterapeutickou metodou právě kognitivně-behaviorální terapie, která ve 40-60 % vede k úplnému nebo částečnému návratu fungování pacienta do stavu před vypuknutím nemoci. Obvykle se jedná o dvacet individuálních sezení během pěti měsíců. V devadesátých letech byla metoda kritizována za to, že se věnuje pouze hmotnosti, vzhledu a dietám. Novější formy už se zaměřují také na motivaci, terapeutický vztah, mezilidské vztahy a emoční reakce na ohrožující situace. Z kognitivně-behaviorální terapie vychází svépomocné manuály pro léčbu PPP. (Papežová, 2018, s. 449)

5.2.2 Rodinná terapie

Rodinná psychoterapie se soustředí na vzájemné působení, vazby a ovlivňování jednotlivých členů rodiny, ale také na jejich očekávání a pohnutky jednání. Cílem rodinné terapie je nejčastěji dosažení jasné a srozumitelné komunikace, vymezení rolí a odpovědnosti, ale také stanovení hranic mezi jednotlivými členy rodiny a jejími subsystemy. Hlavní rodinné subsystemy jsou: manželský, rodičovský a sourozenecký. Dalším cílem může být také zvýšení vzájemné ohleduplnosti a dosažení náhledu na potřeby ostatních členů rodiny. Terapie je realizována s jednotlivými členy rodiny, manželským párem, s celou rodinou, nebo její částí. Terapeut by měl být neutrální a měl by podporovat otevřené vyjednávání. (Matoušek, 2008, s. 178-179)

Mezi významné představitele rodinné terapie patří:

- **N. Ackerman** pokládá za důležité získat náhled na to, jak se u dospělých členů rodiny projevuje opakování nevyřešených problémů z dětství. Jedním z cílů terapie je dosažení určité pružnosti rolí v rodině, které umožní dospívajícím dětem dostatečnou samostatnost odpovídající vývojovým stádiím.
- **M. Bowen** považuje za důležitý úkol terapie dosažení určité samostatnosti každého člena rodiny. Takto samostatný jedinec, přestože má vytvořené jasné hranice, má k ostatní blízký vztah. Jeho vlastní mínění o sobě není závislé na názoru rodiny.
- **S. Minuchin** se soustředí na rodinné subsystemy a jejich hranice. Aby mohla rodina dobře fungovat, musí mít jasně danou strukturu. Problémy pak působí mezigenerační rigidní koalice, jako například matka s dcerou proti otci se synem. Cílem terapeuta je tyto vazby narušit a vytvořit tak příznivější komunikační klima v rodině, které napomůže vzájemnému sblížení sourozenců i rodičů.
- **V. Satirová** hovoří o čtyřech nesprávných rigidních vzorcích v komunikaci v rodině. Tuto komunikaci označuje jako obviňující, usmiřující za každou cenu, chladně racionální a nevěcnou, rušivou. Terapeut vede rodinu k tomu, aby tyto vzorce rozpoznala a nahradila je novými, které budou vyjadřovat jejich skutečné pocity a zároveň respektovat ostatní členy rodiny.

Satirová také vytvořila systém nazvaný Model růstu, kdy si jednotliví členové skupiny zpracovávají své prožitky ze současné i původní rodiny a jejich dopady na současný život. Využívá k tomu techniky jako nastavování do sousoší či hraní rolí. Cílem této terapie je pomoci klientům vyrovnat se s událostmi z minulosti a posílit jejich sebeúctu, zodpovědnost a schopnost rozhodovat se samostatně. Klade důraz na nové možnosti a osobnostní růst. (Kratochvíl, 2017, s. 266-269)

Strukturální terapie (Minuchin) a terapie rodinných systémů (Bowen) jsou zařazovány pod pojem „*systémové pojetí*“, protože považují rodinu za otevřený systém, na který lze terapeuticky působit zvenčí. V osmdesátých letech se z tohoto systémového pojetí oddělil přístup, který je označován jako systemické pojetí či systemická terapie. (Kratochvíl, 2017, s. 269)

5.2.3 Systemická terapie

Systemická terapie nahlíží na rodinu jako na uzavřený systém, který je autonomní a seberegulující. Systemická terapie vychází z teorie poznání antropologa G. Batesona a neurobiologa H. Maturany, která je označována jako radikální konstruktivismus: „(...) *vnější svět naším poznáním neodhalujeme, nýbrž si ho vytváříme, realita je individuální konstrukcí každého jedince*“. (Kratochvíl, 2017, s. 270)

Od radikálního konstruktivismu se systemická terapie přesunula k proudu, který se nazývá sociální konstruktivismus. Ten chápe konstruování světa jako sociální produkt: „(...) *skutečnost se vytváří shodou více pozorovatelů, k níž dochází k rozhovoru*“. (Kratochvíl, 2017, s. 271) Z tohoto konceptu vychází narativní terapie, kterou bych chtěla také zmínit, neboť ji ve své praxi úspěšně používají Chvála s Trapkovou pro léčbu PPP u dětí.

Narativní terapie vychází z předpokladu, že životy lidí jsou tvořeny příběhy, které oni sami o sobě vypráví. Tato myšlenka se objevila již v sedmdesátých letech 20. století v sociologických pracích H. Garfinkela. Je to obor, který studuje, jak si člověk vysvětluje svět. Ke konstrukci každý člověk využívá pojmy a principy, které si bere ze svého prostředí a zároveň si toto prostředí utváří. Součástí tohoto osobního názoru na svět jsou příběhy, které fungují jako interpretační prostředek. Narativní terapie umožňuje člověku odvyprávět osobní příběh a oddělit od něho svou vlastní totožnost. Proces, při němž dochází k oddělování osoby od příběhu, se nazývá externalizace problému. Terapeut při tomto procesu klade klientovi otázku, jak problém v příběhu ovlivňuje jeho život a jak by mohl klient ovlivnit tento problém, tedy převyprávět svůj příběh. (Matoušek, 2008, 108)

Chvála a Trapková (2003) k tomu dodávají, že základním principem externalizace je postřeh, který terapeuti rodině zprostředkovávají, a to, že nositel příznaku (např. přejídání se, zvracení aj.), není totéž, co příznak sám, a proto ho lze od příznaku oddělit pomocí hledání rozdílů. V rodině, která je tímto symptomem vydírána, jako by oním vydírajícím byl sám nemocný (Ona zase nejl! Už zase mi všechno sežrala!), což má na nemocného velmi špatný vliv. Nemá tak proti sobě jen nemoc, ale celou rodinu. Externalizace umožní spolupráci s nemocným tak, že ho ukáže jako oběť symptomu (Anorexie jí brání jíst. Bulimie ji nutí přejídat se.). Současně je však nemocný stále zodpovědný za pokroky v léčbě a za boj proti symptomu. Boj je o to účinnější, čím lépe se daří na stranu nemocného dítěte stavět ostatní členy rodiny. (Chvála a Trapková, 2003)

5.3 Shrnutí

Prostor pro širší uplatnění sociální práce v léčbě poruch příjmu potravy vnímám zejména v oblasti sociální práce s rodinou, ve spolupráci sociálních pracovníků s lékaři, ale také v oblasti prevence PPP.

S ohledem na komplexnost onemocnění se v posledních letech při léčbě PPP začíná uplatňovat **multidisciplinární spolupráce**, do níž se zapojují také sociální pracovníci.

A právě v rozvoji spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků vnímám velké možnosti pro pomoc rodinám s dětmi s PPP. V průběhu své praxe v Centru Anabell jsem se seznámila s tím, jak funguje multidisciplinární tým, ve kterém má sociální pracovník roli case managera a organizuje a koordinuje setkání rodiny s odborníky. Vždy se snaží najít odborníky dle potřeb rodiny. Spolupráce trvá většinou půl roku, ale může být delší i kratší, v závislosti na potřebách rodiny a na jejích časových možnostech. Četnost setkání se odvíjí od zdravotního a psychického stavu dítěte s PPP. Vytváření těchto multidisciplinární týmů je však závislé na finančních zdrojích.

Další formou spolupráce, která by mohla v léčbě PPP pomoci je **rozšíření spolupráce sociálních pracovníků s psychiatrickými klinikami**. V Centru Anabell probíhala v rámci projektu financovaného Evropskou unií spolupráce s Psychiatrickou klinikou LF MU a FN Brno. Součástí spolupráce byly i stáže sociálních pracovníků na psychiatrické klinice. Tento projekt byl ukončen, ale spolupráce mezi Centrem a klinikou se osvědčila, a proto probíhá i nadále, už však méně intenzivně. Mnohdy se jedná o velmi zajímavé projekty, které jsou však finančně i časově omezené.

Závěr

Ve své absolventské práci jsem se zaměřila na téma poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů a na to, jaký vliv má toto onemocnění na sociální fungování nemocného jedince a ostatních členů rodiny. Při psaní práce jsem čerpala z odborné literatury na téma PPP, sociální práce, psychoterapie aj.

Cílem mé absolventské práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby rodin, ve kterých dítě trpí PPP a jak vypadá stávající pomoc těmto rodinám.

Absolventská práce je rozdělena do pěti kapitol. V úvodní kapitole jsem charakterizovala jednotlivé formy PPP. V následující kapitole, ve které uvádím možné příčiny vzniku onemocnění, jsem se zaměřila zejména na rodinné a sociokulturní faktory, které mohou vznik PPP ovlivnit. Třetí kapitola je věnována zdravotním, psychickým a sociálním důsledkům, které s sebou onemocnění přináší. V poslední části této kapitoly jsem se zaměřila na důsledky onemocnění PPP, které jsou specifické v dětství a v rané adolescenci. Ve čtvrté kapitole uvádím současné metody a postupy pro léčbu PPP, možnosti prevence a opět jsem se zvlášť věnovala specifikům léčby PPP u dětí. V páté kapitole se věnuji tomu, jakým způsobem je v současné době do léčby PPP zapojena sociální práce. Vyjmenovávám jednotlivé metody a terapeutické přístupy využívané v sociální práci pro pomoc dětem s PPP a jejich rodinám.

Bibliografie

- BRUNEROVÁ, Ludmila. 2018. „Diabetes a poruchy příjmu potravy“. In: PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.
- FALTUS, František. 2018. „Historie poruch příjmu potravy“. In: PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.
- FIALOVÁ, Ludmila. 2012. „Úskalí přílišné péče o tělo“. In: FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.
- GARNER, David M. 1999. „Přehled léčby poruch příjmu potravy“. In: KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.
- JURKECHOVÁ, Martina, OSAĐAN, Róbert. 2014. „Body image a její sociálně patologické projevy“. In: FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5046-0.
- KAPPL, Miroslav. 2013. „Kognitivně-behaviorální teorie a kognitivně-behaviorální terapie (KBT)“. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- KOUKALOVÁ, Gabriela, MORAVEC, Martin. 2018. *Jiná*. Hořovice: Ing. Petr Koukal. ISBN 978-80-270-3595-3.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. 2017. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
- KRCH, František David. 1999. „Etiologie a komorbidita“. In: KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, František David. 1999. „Vymezení poruch příjmu potravy“. In: KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-627-7.
- KRCH, František David. 2003. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, František David. 2010. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KRCH, František David. 2012. „Tělesná zkušenost a narušené vnímání těla u poruch příjmu potravy“. In: FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.
- KRCH, František David, MARÁDOVÁ, Eva. 2003. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. „Úvod: Cíle a úrovně sociální práce“. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. „Sociální práce s rodinou“. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- NOVÁK, Michal. 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM, s.r.o. ISBN 978-80-7204-657-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. 2018. „Diagnostika poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění“. In: PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana. 2018. „Poradenské a léčebné programy pro poruchy příjmu potravy“. In: PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.
- POLANSKÁ, Michaela, SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana, ŠVÉDOVÁ, Jarmila. 2007. *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy*. Brno: O. s. Anabell. 2007.
- PONĚŠICKÝ, Jan. 2014. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-804-7.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka, SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. 2017. *Poruchy příjmu potravy. Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o. ISBN 978-80-88163-46-6.
- ŠPILÁČKOVÁ, Marie. 2013. „Vymezení individuální sociální práce“. In: ŠPILÁČKOVÁ, Marie, NEDOMOVÁ, Eva. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-434-4.
- UHLÍKOVÁ, Petra. 2018. „Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících“. In: PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0695-5.

Internetové zdroje

- ANABELL. 2022. *Služby*. In: anabell.cz [online]. [cit. 30.7.2022]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
- DIAGNOSTICKÝ A STATISTICKÝ MANUÁL DUŠEVNÍCH PORUCH. 2022. In: *Wikipedie. Otevřená encyklopedie* [online]. 14.2.2022. [cit. 8.7.2022]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Diagnostick%C3%BD_a_statistick%C3%BD_manu%C3%A1l_du%C5%A1evn%C3%ADch_poruch
- FALTUS, František. 2007. „Syndrom nočního jedliectví“. *Česká a slovenská psychiatrie*. 6 (2007): 291-296. Dostupné z: http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_291_296.pdf
- CHVÁLA, Vladislav a TRAPKOVÁ, Ludmila. 2003. *Osm kroků externalizace v narativní terapii u PPP*. Přednáška z Konference o PPP v Praze 2003 [online]. Liberec: Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, s.r.o. [cit. 31.7.2022] Dostupné z: <https://www.sktlib.cz/?p=428>
- CHVÁLA, Vladislav a TRAPKOVÁ, Ludmila. 2007. *Otec a dcera s poruchou příjmu potravy*. Přednáška z Konference o PPP v Praze 2007 [online]. Liberec: LIRTAPS, o.p.s. [cit. 24.7.2022]. Dostupné z: <https://www.lirtaps.cz/otec-a-dcera-s-ppp/>
- KOCOURKOVÁ, Jana. 2004. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci*. Publikace Státního zdravotního ústavu [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 21.7.2022]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/Mentalni_20anorexie.pdf
- NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. „Co přesně znamená ortorexie“. In: *Fakultní nemocnice Brno* [online]. [cit. 28.6.2022]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/co-presne-znamenaa-ortorexie/t6052>
- O MKN-10. 2022. In: *MKN-10 2022* [online]. 1.1.2022. [cit. 8.7.2022]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza, RATAJOVÁ, Dagmar. „Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy“. In: *Healthy and free* [online]. [cit. 28.7.2022]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>
- TŘETINA MLADISTVÝCH KVŮLI VZHLEDU ZAŽILA ONLINE ZESMĚŠŇOVÁNÍ. 2022. In: *Žurnál Online zpravodajství z univerzity* [online]. 15.6.2022. Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 28.7.2022]. Dostupné z: <https://www.zurnal.upol.cz/nc/zprava/clanek/tretina-mladistvych-kvuli-vzhledu-zazila-online-zesmesnovani/>
- VINKLÁRKOVÁ, Denisa. 2019. *Co je diabulimie?* [online]. In: *DIAsstyl* [cit. 29.6.2022]. Dostupné z: <https://www.diastyl.cz/co-je-diabulimie/>

Anotace

Tato práce se zabývá poruchami příjmu potravy v dětském věku a zaměřuje se na to, jaký mají tyto poruchy vliv na sociální fungování nemocného dítěte a jeho rodiny. V úvodní části charakterizuje jednotlivé poruchy příjmu potravy a věnuje se příčinám jejich vzniku, zejména rodinným a sociokulturním faktorům. Dále se zabývá zdravotními, psychickými a sociálními důsledky onemocnění a možnostmi a metodami léčby poruch příjmu potravy. Závěrečná kapitola je věnována metodám a přístupům sociální práce, které jsou využívány při práci s dětmi s poruchou příjmu potravy a s jejich rodinami.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, sociální práce, sociální fungování, prevence, rodina, děti

This thesis deals with eating disorders in childhood and focuses on how these disorders affect the social functioning of the affected child and his/her family. In the introductory section, it characterizes the different eating disorders and discusses the causes of their onset, particularly family and sociocultural factors. It then discusses the medical, psychological and social consequences of the disorder and the options and methods of treatment for eating disorders. The final chapter is devoted to social work methods and approaches used in working with children with eating disorders and their families.

The main contributions of this graduate thesis are summarized in its conclusion.