MASARYKOVA UNIVERZITA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

PRIMÁRNÍ PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Diplomová práce

Brno 2010

Vedoucí diplomové práce:

MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Vypracovala:

Mgr. Lenka Bednářová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Souhlasím, aby má práce byla uložena na Masarykově univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

……

Chtěla bych poděkovat MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D. za jeho odborné vedení a věcné připomínky, které mi věnoval během zpracování diplomové práce.

Obsah

ÚVOD **5**

1. VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY **6**

1.1. MENTÁLNÍ ANOREXIE 6

1.2. MENTÁLNÍ BULIMIE 13

1.3. MOŽNÉ PŘÍZNAKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 18

1.4. TYPICKÉ RYSY OSOBNOSTI DÍVEK TRPÍCÍCH MENTÁLNÍCH ANOREXIÍ 20

1.5. TYPICKÉ RYSY OSOBNOSTI DÍVEK TRPÍCÍCH MENTÁLNÍ BULIMIÍ 21

2. HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY **23**

2.1. HISTORIE MENTÁLNÍ ANOREXIE 24

2.2. HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE 25

3. SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU **27**

3.1. MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU 27

4. SPECIFICKÉ SYNDROMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU 30

5. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ **32**

5.1. MOŽNÉ PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 33

6. DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY **38**

6.1. SOMATICKÉ KOMPLIKACE 38

6.2. DŮSLEDKY PSYCHICKÉ 42

6.3. DŮSLEDKY SOCIÁLNÍ 43

6.4. POSTUP PŘI ZJIŠTĚNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY DÍTĚTE 44

7. PREVENCE **45**

7.1. TYPY PREVENCE 45

7.2. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY 46

7.3. PROJEKT PPP 48

8. METODICKÉ POZNÁMKY **49**

8.1. PROBLEMATIKA RÁMCOVÉHO VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU 50

9. DIDAKTICKÝ MATERIÁL K VÝUCE **51**

9.1. PODĚKOVÁNÍ TĚLU 52

9.2. DVA S JEDNOU KŘÍDOU 54

9.3. DOKONČENÍ PŘÍBĚHU 55

9.4. DEŠTNÍK SEBEÚCTY 58

9.5. TO NEJLEPŠÍ, CO O TOBĚ VÍM 60
9.6. INZERÁT - SEBEPREZENTACE 61
9.7. OCHUTNÁVKA 62
9.8. KRABICE NA STAROSTI 63
9.9. NADŘAZENÝ – PODŘAZENÝ 65
9.10. OSOBNÍ ERB 66
9.11. SHRNUTÍ 68

10. DISKUSE 69

ZÁVĚR 72

RESUMÉ 73

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ 74

POUŽITÁ LITERATURA 75

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou typem chování, které má závislostní ráz. Tyto poruchy ovlivňují především ženy ve věku dospívání a po stránce společenské představují velký problém. Toto téma jsem si vybrala proto, že bych chtěla aktivně přiložit ruku k dílu v oblasti primární prevence těchto poruch.

Poruchy příjmu potravy byly a jsou problematickou kapitolou, zvláště pak u dospívajících dívek. Abychom nemuseli přihlížet tomu, že problémem i budou, pokusím se začlenit do výuky pátých tříd základní školy návrhy činností, které se zabývají primární prevencí poruch příjmu potravy.

V úvodních kapitolách popíši problematiku pojmů, které souvisejí s poruchami příjmu potravy, především pak s mentální anorexií a mentální bulimií. Po vymezení pojmů, nastínění historie poruch příjmu potravy, uvedení příčin, příznaků a důsledků bych se ráda zaměřila na problematiku dětí mladšího školního věku. Těchto dětí se zpravidla ještě poruchy příjmu potravy netýkají, proto je rozumné věnovat se prevenci, aby se v budoucnu nestaly oběťmi těchto závažných onemocnění.

Domnívám se také, že Rámcový vzdělávací program pro základní školy této oblasti a v tomto vzdělávacím období nevěnuje dostatečný prostor. Proto se nám učitelům otevírají možnosti, jak nejvhodněji prvky prevence do vyučování zapojit. Pozornost věnuji žákům, kterým je 10 – 12 let, konkrétněji páté třídě základní školy. Z různých výzkumů víme, že nejčastěji poruchy příjmu potravy nastávají kolem 13 roku, proto je skupina dětí do dvanácti let pro primární prevenci vhodná.

Jak se můžeme dozvědět v úvodních kapitolách, poruchy příjmu potravy nejsou zapříčiněny nechutí k jídlu, nýbrž nějakým psychickým problémem, který může být následkem nezdravého sebehodnocení, nízkého sebevědomí nebo narušeným vnímáním vlastního těla. Proto se v praktické části zaměřím na sestavení metodického materiálu pro oblasti, jejichž cílem je tyto stránky osobnosti posilovat.

1. Vymezení poruch příjmu potravy

Poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem „poruchy příjmu potravy“ dva nejzřetelněji vymezené syndromy - mentální anorexii a mentální bulimii. Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplňují některé z diagnostických kritérií, věnují obě diagnostické příručky pozornost i atypickým, subklinickým, parciálním nebo jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy. Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů (Krch, 1999).

Krch rozlišuje ještě atypickou mentální anorexii a atypickou mentální bulimii. Dále hovoří o kategorii poruch příjmu potravy označované jako jiné poruchy jídla. Patří sem např. nutkavé požívání látek, které nejsou určeny k jídlu nebo psychogenní ztráta chuti k jídlu. Poslední kategorií jsou nespecifikované poruchy příjmu potravy, jako je např. syndrom nočního přejídání, pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Do této kategorie Krch řadí i záchvatovité přejídání. Záchvatovité přejídání se liší od mentální bulimie absencí kompenzačního chování a častou přítomností obezity. Existují zprávy o tom, že se tento typ záchvatovitého přejídání sice vyskytuje častěji u žen, že však zastoupení mužů je častější než v případě jiných poruch příjmu potravy. Pokud jde o vztah obezity a záchvatovitého přejídání, ukazuje se, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se lze setkat i se záchvatovým přejídáním.

(Krch, 1999)

1.1. Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění. Nechutenství se ale nemusí vyskytovat u všech nemocných, naopak u některých je omezování v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo ve formě shánění receptů, vaření, apod.

Mentální anorexie je závažné onemocnění, které postihuje především dívky ve věku 11-18 let. Nemoc je zdánlivě spuštěna jedním konkrétním spouštěčem (samy nemocné takto označují např. poznámku okolí o jejich vzhledu, rozvod rodičů, rozchod s partnerem,…), ve skutečnosti je však propuknutí nemoci důsledkem mnoha faktorů. Mohou to být např. genetické dispozice, osobnostní nastavení, vztahové obtíže, nízké sebevědomí, jiné psychické onemocnění, společenský tlak a tlak médií, akutní či dlouhodobý stres, psychické trauma z dětství, rodinné problémy, pocit ztráty kontroly nad svým životem, mentální anorexie matky či sestry, ztráta blízkého člověka, rychlý nárůst tělesné hmotnosti a mnoho dalších.

Ženy a dívky s mentální anorexií neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.

(Černá, 2008)

Diagnostická kritéria podle MKN-10

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena, nebo nebyla nikdy dosažena, nebo BMI 17,5 a nižší). Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

BMI (Body Mass Index)

$$BMI = \frac{Hmotnost \quad (kg)}{Výška^2 \quad (m^2)}$$

Tab. 1: Posuzování hodnot BMI u dospělých osob

Stav	**Muži**	**Ženy**
Podváha	Do 20	do 19
Normál	20 – 25	19 – 24
Nadváha	25 – 30	24 – 29
Obezita	více než 30	více než 29

Tab. 2: Posuzování hodnot BMI u dětí a mládeže

Věk	**BMI**	**Odchylka**
Hoši		
12	18,31	2,55
13	19,04	2,69
14	19,72	2,54
15	20,33	2,43
16	21,10	2,38
17	21,70	2,25
18	22,12	2,51
Dívky		
12	18,83	2,91
13	19,75	2,98
14	20,32	2,72
15	20,98	2,70
16	21,45	2,57
17	21,61	2,46
18	21,53	2,45

(Rouhová, 2001)

- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá kalorickým jídlům a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty.

Kritéria užitá v Diagnostickém a statistickém materiálu Americké psychiatrické asociace i v desáté verzi MKN lze shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti
2. strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
3. amenorea u žen

(Krch, 1999)

Mentální anorexie je biopsychosociálním onemocněním, nelze jej zjednodušovat jen na jídelní problém. Jídlo, resp. hladovění je pouhým symptomem, příznakem, který přivolává pozornost pečujících. Pro úspěšnou léčbu je třeba nejen začít jíst, ale také porozumět hlubším kontextům, za kterých se nemoc utvářela a hlavně nadále udržuje.

(Černá, 2008)

Specifické typy:

- nebulimický (restriktivní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání;
- bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání;

Příběh anorektičky Patricie

Pro ilustraci uvádíme příběh dívky, jejíž nemoc komplikuje alergie na lepek, a tudíž má omezenější možnosti přísunu potravy a tíží ji také představa, že by konzumovala „své“ pečivo před cizími lidmi. Mimo jiné její nemoc podpořil nevydařený partnerský vztah.

„Anorexii spustil můj kluk. Podváděl mě s nejlepší kamarádkou

Skončila jsem jako vychrtlina z kostí a kůže. Je mi 18 let a mám mentální anorexii. Místo toho, abych tento krásný věk prožívala stejně jako mí vrstevníci, tiše trpím.

Začalo léto a s ním spojené prázdniny, na které se všichni ze školních lavic tolik těšíme. Pro mě ale mělo nastat peklo. Partner mě začal podvádět s mou nejlepší přítelkyní. Celé dny jsem probrečela, ani jsem nemohla usnout, přestala jsem jíst a za měsíc jsem zhubla pět kilo.

Jídlo mě začalo ovládat

Po překonání této krize jsem už bohužel byla v pasti. Také kvůli tomu, že jsem si nemohla jen tak něco koupit na ulici, když byl hlad, protože mám alergii na lepek. Styděla jsem se jíst své "divné" rohlíky před lidmi, co o mé alergii nevědí. Lepší bylo se prostě vůbec nenajíst.

A tak mě jídlo začalo ovládat. Najednou bylo všude. Začala jsem přemýšlet, o tom co jím, kdy jím a jak moc si toho můžu dát. Nikdy v životě jsem nebyla tlustá. Myšlenky na to, že bych měla zhubnout, se ani neobjevily.

Naučila jsem se jíst podle redukčního jídelníčku. Tvrdila jsem, že jím zdravě. Odpírala jsem si hory jídla a jedla jen ovoce a zeleninu. K tomu se přidal nadměrný pohyb. Začala jsem chodit do posilovny, doma jsem cvičila a v mém pokoji byste nenašli ani kousek smítka. Všechno muselo být dokonalé, stejně jako já.

Už jsem nedokázala jíst normálně

Stále jsem hubla. Už jsem nedokázala jíst normálně. Vypadávaly mi vlasy, měla jsem neustále depresivní náladu a nedokázala jsem s nikým normálně mluvit.

Zhubla jsem dalších pět kilo, a to pořád ještě neměl být konec. Moje váha byla na hranici podváhy, ale já se stále viděla normální. Lidé mi tvrdili, že už jsem dost hubená, ať neblbnu a nehubnu, ale nešlo to.

Dokázala jsem sníst za celý den jen jedno rajče a misku jogurtu. Jiného člověka by hlad donutil najíst se, ale mně to stačilo.

Nemohla jsem ani vyjít schody

Cvičila jsem až do úplného vyčerpání. Už jsem nemohla ani spát. Pořád jsem přemýšlela nad tím, co si dám další den k jídlu. Byla jsem neustále unavená a strašně slabá.

Někdy jsem nemohla ani vyjít schody. Točila se mi hlava a bála jsem se dokonce jít i přes přechod, aby mě nepřejelo auto, protože už jsem nedokázala normálně vnímat věci kolem sebe. Ztratila jsem najednou všechny kamarády.

Připadala jsem si strašně sama. V mém životě už nebyli přátelé, škola a ani můj kluk. Už bylo jen jídlo, cvičení a "dokonalá postava".

Musela jsem si koupit nové oblečení, protože většina věcí mi byla moc velká. Velikost XS mi byla tak akorát a ještě pořád by se do kalhot této velikosti kousek mě vešel. Přestala jsem menstruovat a chuť na sex úplně vymizela. Byla jsem k ničemu.

Nad vodou mě drželo jen to, že mám ještě svého přítele, který mě snad neopustí.

Skončila jsem na psychiatrii

Doma si všimli, že není něco v pořádku. I mně instinkt napověděl, že už je možná pozdě. Musím začít něco dělat, jinak nepřežiju. Nastoupila jsem do psychiatrické nemocnice na oddělení pro poruchy příjmu potravy.

Měla jsem štěstí, že jsem nedopadla jak některé moje spolubydlící. Nevěřila bych, že se setkám s holkami, které vypadaly, jako kdyby vyšly z koncentračního tábora.

Jinak jsme ale byly všechny stejné. Žádná z nás se neuměla normálně najíst. Strach z jídla ovládal všechny. Strávila jsem tam dva týdny. Musela jsem zvládnout sníst spousty jídla, ale bezvýsledně. Nepřibrala jsem ani půl kila.

Nejspíš kvůli tomu, že nemocnice neměla tak dobrý přístup k bezlepkovým potravinám, které jsou navíc velmi drahé. Nepřispěla tomu ani moje každodenní

depresivní nálada, a proto jsem podepsala revers a den před Vánoci odešla domů.

Stala se ze mě vyrchtlina

Myslela jsem si, že to budu zvládat. Nezvládala jsem však nic. Život začal být těžší a těžší. Přitom by stačilo se jednou pořádně najíst.

Vánoce jsem zkazila nejen sobě, ale i ostatním z rodiny, kteří se snažili mi vyhovět a kontrolovali můj stravovací režim naučený z nemocnice. Stejně to bylo málo. Co se dalo vyhodit, jsem vyhodila. Když se nikdo nedíval, dokázala jsem v mžiku strčit do kapsy půlku rohlíku i vylít jogurt.

Všechno mi už bylo jedno, pro mě existovalo jen jídlo. Bylo to něco, o čem jsem si myslela, že se na to můžu upnout, co mám pevně pod kontrolou a co mě nezradí.

Jedla jsem málo a hubla jsem dál. Už jsem nezvládala nic. Na nic jsem se nemohla soustředit. Přítel mě dávno opustil. Nevydržel neustálé hádky, rozhovory o jídle a o tom, jak vypadám. Poslední měsíce mi vadil každý jeho dotyk. Stala se ze mě zrůda.

Vychrtlina z kostí a z kůže. Někdy jsem se ani sama sobě nelíbila, jenže pomoct už jsem si nedokázala.

Bez dohledu se nenajím

Nakonec jsem znovu skončila v péči psychiatrů a psychologů, a tak je tomu dodnes. S jídlem mi pomáhají rodiče. Hlavně máma. Nejsem schopná se bez dohledu najíst. Pořád mi něco v hlavě radí, jak jídlo schovat nebo vyhodit. Nedokážu ten hlas umlčet.

Je to už víc než půl roku, co mám mentální anorexii. Léčím se asi čtyři měsíce a ještě zdaleka nemám vyhráno. Přibrala jsem tři kila, i když moje váha ukazuje podvýživu, já si připadám normálně hubená.

Nevím, kdy v sobě objevím to, abych si řekla, že už chci konec toho všeho a že chci začít žít jako normální zdravá holka. Někdy mám pocit, že by snad bylo

lepší umřít. Už se nikdy nevyrovnám s tím, že jsem tolik ublížila lidem, které mám ráda. Díky antidepresivům už nemám tak špatné nálady. Odešla i podrážděnost a výčitky z jídla.

Sama si však říkám, kdy tohle všechno skončí? Budu zase jako dřív? Přestane mě jídlo ovládat? Kdoví...“

(zdravi.idnes.cz [on-line], 2010)

1.2. Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Mentální bulimie je závažné onemocnění, které postihuje dívky a ženy nejčastěji ve věku 18-24 let.

Minimálně polovina žen, které onemocní mentální bulimií, prodělaly předtím epizodu mentální anorexie. Po delším období omezování se v jídle či hladovění je přejídání logickým důsledkem. Dívka či žena však potřebuje kontrolovat svou hmotnost a příjem potravy začne regulovat vyvolaným zvracením. Po nějakou dobu se jí tak daří konečně jíst to, co si tak dlouho odpírala a zároveň nepřibírat. Přejídání a zvracení může mít i další význam - může přinášet dobrý pocit z nasycení a následného uvolnění, ventilaci stresu a uklidnění.

Záchvatovité přejídání může být reakcí na stres, vede k nárůstu hmotnosti následkem psychických faktorů a poruch stravovacího chování. Obezita pak může vést postupně ke sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci nebo rozvoji další somatoformní poruchy. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, afektivní labilitě i depresivním poruchám. (Černá, 2008)

Zpočátku je velmi těžké tato onemocnění u nemocné rozpoznat. Ta se za nemoc většinou stydí a velmi dobře ji maskuje. Přesto se ale dají vysledovat určité příznaky, kterými jsou: rychlé změny tělesné hmotnosti (dívka či žena může během několika týdnů přibrat až 10kg a následně je opět rychle zhubnout), zkonzumování velkého množství potravin během jednoho jídla,

pravidelně se opakující odchody na toaletu či do ústraní po jídle (to platí i pro stravování v restauraci či společné stravování doma), otoky v obličeji a v oblasti krku, časté „nevysvětlitelné“ nevolnosti, poranění na hřbetu ruky způsobené vyvoláváním zvracení, zápach z úst, zkažené zuby, problémy s pletí, dále také vyhýbání se společenským akcím mimo známé prostředí (ze strachu, že by dívka či žena neměla příležitost se vyzvracet). Nemocná také často skrývá rychlé změny tělesné hmotnosti a „nafouklé břicho“ za volné oblečení, vyhýbá se situacím, ve kterých by se musela vysvléknout (bazén, sauna, v intimním vztahu s partnerem, atd.). Mentální bulimie se navenek projeví také kolísáním nálad, vztahovačností, přecitlivělostí, černobílým viděním světa (buď vše, nebo nic, což je analogické i k příjmu potravy - buď úplné hladovění či naopak záchvat přejedení s následným zvracením jako prostředkem kontroly hmotnosti).

Mentální bulimie může trvat několik měsíců, ale i několik let, a to i z důvodu, že ji dívka či žena dokáže velmi dlouho tajit. Záleží na odolnosti organismu, zdravotní problémy způsobené bulimií se mohou u někoho objevit po pár měsících, u někoho až po letech přejídání a zvracení. Léčba mentální bulimie je stejně jako u anorexie dlouhodobá a vyžaduje odbornou pomoc.

(Černá, 2008)

Diagnostická kritéria podle MKN-10

- opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla;
- neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle;
- snaha potlačit výkrmný účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem;
- pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí;

Specifické typy:

- purgativní typ – provádí pravidelné zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika;
- nepurgativní typ – používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody;

(Krch, 1999)

Příběh bulimičky Hanky

Příběh dívky s bulimií je zvláštní v tom, že naopak rozchod s přítelem dívce napomohl hledat nový smysl života a otevřel jí oči. Dívka si našla nového partnera a je spokojená, protože i její problémy ustaly. Jen můžeme doufat, že se nejedná o euforické období zamilovanosti a že jí nadhled nad nemocí zůstane déle, než tomu bylo u prvního vztahu.

*„**Bulimie byla jako ďábel. Vzala mi mou duši i mého přítele***

Bylo mi asi 17 let, když se u mě začala zabydlovat bulimie. Žila se mnou dvanáct let. Nejdříve se tvářila jako nejlepší přítelkyně, ale pak se mi život změnil v peklo.

Bulimie nepřišla ze dne na den. Připlazila se skrytě, nepozorovaně, tiše se mi vkradla do mozku.

Nejdříve jsem díky ní vypadala štíhleji, cítila jsem se lépe, známí mě chválili, jak mi to sluší, když jsem zhubla. Dělalo mi to dobře a neviděla jsem problém v tom, že se občas neuvěřitelně přejím a pak vše vyzvracím. Myslela jsem, že mám vše pod kontrolou. Za pár měsíců, nebo snad let se však život s bulimií stal peklem na zemi…

Vybírala jsem odpadkový koš

Postupně si moje tělo zvyklo – zvyklo si na obrovské množství jídla, které sice spolkne, ale téměř nikdy nestráví. Začala jsem tloustnout, tloustla jsem pak snad už jen ze vzduchu, byla období, kdy jsem neudržela v žaludku třeba tři dny vůbec nic. A přesto jsem začala přibírat.

Ten parazit jménem bulimie se začal roztahovat čím dál tím víc. Pochopila jsem, že jsem v pořádném průšvihu, že ztrácím kontrolu nad svým tělem a hlavně nad svou hlavou, že se přestávám ovládat. Dělala jsem šílené věci – jedla jsem jídlo z odpadkového koše, běhala a cvičila jsem do absolutního vyčerpání, projedla často skoro celou výplatu.

Nebyla jsem schopna normálně uvažovat, bulimie nade mnou získala absolutní moc, myšlenky na jídlo ovládaly všechny mé činnosti – nemohla jsem se na nic soustředit, nemohla jsem číst, koukat se na film, pracovat. Neuměla jsem se rozhodovat, neměla jsem vlastní názor, vysosávala jsem zoufale názory jiných lidí, mých přátel.

Jakoby se moje vlastní osobnost úplně vytratila, jakoby jí ten parazit v hlavě úplně vytlačil.

A pak, když sežral mou osobnost, začal hledat novou oběť. Hledal ji jen proto, aby ji mohl také vymačkat jako citron. Našla jsem si kluka. Zbožňovala jsem ho. Zpočátku vše bylo krásné, měla jsem poprvé pocit, že mě miluje takovou, jaká jsem. Bulimie na chvíli zeslábla. Jenže po pár měsících, když opadla největší zamilovanost, zase zaklepala na dveře.

Chováš se jako malý fracek

Začala jsem se svým klukem žít. Intervaly zvracení se začaly postupně krátit. Asi po půl roce, v jedné slabé chvilce jsem se mu svěřila. Vyslechl mě a zdálo se, že pochopil. Ale byla to jen má domněnka.

Nikdy netušil, do jakého nerovného boje se společně se mnou pouští. Nikdy nepochopil, že moje věčná nespokojenost se mnou samotnou, moje touha po dokonalosti, moje věčná nervozita a stres z naprosto banálních věcí, moje absolutně žádné sebevědomí, můj neustálý pláč a mé záchvaty vzteku nepramení ze sobeckosti, jak mi často říkával.

Mohla za to zákeřná nemoc, která ve mně vzbuzovala neustálé pocity viny, která mi v hlavě sprostě nadávala, že jsem k ničemu, že jsem na tomto světě naprosto zbytečná, že o mě ani o mou pomoc nikdo nestojí.

Začali jsme se často hádat, nadával mi, že se chovám jako malý fracek. Když už jsem v hádce nevěděla kudy kam, začala jsem lhát. Vymýšlela jsem si bláznivé historky, které mě stavěly do pozice chudinky. Zabíralo to, obvykle ho obměkčily, začal mě objímat a já se zase cítila v bezpečí. Příšerné pocity viny a zlé hlasy v hlavě z toho lhaní mě ovšem znovu nutily přejídat se a zvracet ještě víc.

Postupně jsem klesla na dno

Postupně jsem se pod tíhou viny začala ke svým lžím přiznávat a jeho důvěra klesala. Hádali jsme se ještě víc.

Donutil mě jít k psychologovi, vyhrožoval, že mě jinak opustí. Chodila jsem tam jednou za měsíc. Nic se nestalo, měla jsem si psát tabulku, co jsem jedla, jak jsem se cítila a kdy jsem zvracela. Strašně jsem se snažila a brečela nad každým prohraným bojem s hlavou v záchodové míse.

Postupně jsem klesala na dno. Už jsem svému klukovi radši vůbec nic neříkala. Bála jsem se, že se na mě bude zlobit, že jsem "to" zase udělala. Měla jsem šílený strach, že mě pro mou neschopnost ovládnout se opustí. Uzavírala jsem se stále více do sebe, naše hádky se stupňovaly, byla jsem stále agresivnější.

Chtěla jsem se zabít. Nic pro mě nemělo smysl, naše hádky už často vrcholily dokonce fyzickým násilím z mé strany, připadala jsem si absolutně zbytečná, nepochopená, nešťastná, k ničemu. Rozešel se se mnou, odešel. Už to dál nezvládl, vyčerpal síly.

Začala jsem nový život

Jeho odchod mi paradoxně pomohl. Vztek, že mi ho bulimie vzala, byl tak velký, až způsobil, že se moje skutečná osobnost náhle zvedla, vzpřímila se a začala tvrdě s tím parazitem bojovat.

Je to půl roku, co žiju bez něj, půl roku, co mám jasnou hlavu. Začala jsem žít nový zdravý život, začala jsem žít sama a našla jsem si přítele. Každý den si užívám naplno, raduju se z každého nového rána a život pro mě získal úplně nový smysl.

Jen je mi líto věcí, které se kvůli té nemoci staly. Utrpení, které má nemoc mým nejbližším způsobovala. Ran, které mým milovaným zasadila. Přála bych všem, kteří s poruchou příjmu potravy bojují, aby ten správný impuls přišel co nejdříve, a aby byl pozitivnější než ten můj.“

(zdravi.idnes.cz [on-line], 2010)

1.3. Možné příznaky poruch příjmu potravy

Rodině nebo přátelům někdy trvá hodně dlouho, než poznají, že dotyčná osoba trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií. Postižená osoba se snaží skrývat projevy své poruchy, což se jí také mnohdy velice dobře daří. Pro lepší rozpoznání mentální anorexie a mentální bulimie zde uvádíme nejčastější průvodní znaky mentální anorexie a mentální bulimie, podle kterých mohou lidé blízcí postižené osobě poznat, že dotyčný člověk trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií. Tyto nemoci nelze striktně oddělovat, a tak se mohou průvodní znaky mentální anorexie a mentální bulimie navzájem mísit, nebo se nevyskytují všechny.

Možné příznaky mentální anorexie

- ztráta 15 a více procent z normální tělesné hmotnosti;
- pravidelný denní příjem nižší než 1000 kalorií;
- amenorea;
- neustálá snaha zhubnout i přes nízkou tělesnou hmotnost;
- jídlo je vnímáno jako nepřítel;
- pocit, že dieta ovládá celý život dotyčné osoby;
- neustálé tělesné cvičení, někdy i pozdě v noci nebo v jinou atypickou dobu, na toaletě nebo kdekoli jinde, kde není osoba nikým rušena;
- osoba hned po jídle (nebo pokud byla donucena jíst) pospíchá od stolu, aby mohla zvracet nebo použít projímadla;
- záchvaty přejídání nebo určité období přejídání a následného pročišťování je střídáno obdobím hladovění;
- neustálý strach z přibývání na váze;
- dotyčná osoba si myslí, že trpí nadváhou, i když ostatní lidé tento názor nesdílejí;

- vyhýbání se společnému jídlu s rodinou (většinou doprovázeno výmluvou, že osoba už jedla);
- „šťourání se v jídle“;
- stranění se ostatních lidí a okolního světa, který se jim zdá příliš složitý, než aby se s ním střetávali přímo;
- lpění na rutinním životu a stereotypech;
- náhlá změna v chování k ostatním (strohé, odmítavé, někdy až hrubé tendence);
- kontrola příslušníků rodiny v oblasti jídelního chování, negativní hodnocení jejich způsobu stravování a omezování v jídle;
- deprese a podrážděnost;
- zapadlé oči;
- zašedlá nebo zažloutlá pleť, která má tendence praskat;
- lámavé vlasy a nehty;
- určité části těla jsou pokryty jemným ochlupením (lanugem);
- infekce, které se nehojí;
- závratě;
- přehnaná činorodost a usilování o dobré výsledky ve svých činnostech;
- přehnaná starostlivost a péče o druhé (často právě v oblasti stravování, kdy pro druhé připravují různé pokrmy, které sami nejedí);

Možné příznaky mentální bulimie

- deprese;
- nepravidelná menstruace;
- zvýšená kazivost zubů;
- neobvyklé výkyvy tělesné hmotnosti;
- oteklé slinné žlázy, takže tvář vypadá odule;
- závratě;
- strach, že osoba nedokáže přestat jíst;
- neustálý strach z tloušťky, i když se tělesná hmotnost dotyčné osoby pohybuje kolem normálu;
- strach, že postižení ztratí sebeovládání, pokud jde o jídlo;

- strach jíst bez následného pročišťování nebo jiné kompenzace, kterou se postižení opět snaží skrýt;

(Krch, 1999)

1.4. Typické rysy osobnosti dívek trpících mentálních anorexií

Řada výzkumů a autorů se shoduje na tom, že u dívek trpících mentální anorexií můžeme nalézt několik typických osobnostních znaků. Např. Vágnerová (2002) uvádí, že dívky jsou nápadné svou bezproblémovostí, konformitou, jsou orientované na výkon, zodpovědné, až perfekcionistické, mívají dobrou inteligenci, jsou úspěšné ve škole, bývají nejisté a mají nízké sebevědomí, bývají spíše introvertní a senzitivní, často i depresivní. Přesto však nelze říci, že by všechny tyto znaky předurčovaly, že se z dívky stane anorektička.

(Vágnerová, 2002)

Vztah k vlastnímu tělu

Pacientky nemocné mentální anorexií mají téměř vždy narušené hodnocení vlastního těla, je to i jedno z kritérií diagnózy mentální anorexie. Hovoříme u nich o zkreslené představě těla. Nejčastějšími projevy patologického zakoušení vlastního těla u mentální anorexie jsou tyto:

- nerealistické hodnocení velikosti a proporcí vlastního těla;
- diskrepance mezi tím, co pacient vidí a co cítí nebo zažívá; vědí, že jsou vyhublí, ale cítí se tlustí;
- diskrepance mezi tím, jak hodnotí vlastní tělo a jak hodnotí tělo někoho jiného;
- pacient s mentální anorexií dokáže zcela realisticky hodnotit tělesné proporce někoho jiného, na rozdíl od vlastních proporcí;
- používá arbitrárních norem velikosti těla nebo vytváření vlastních (například - vnitřní plochy mých stehen se nesmějí dotýkat, když stojím);
- fixace na imaginární defekt vlastního těla a určitou část těla; pacienti věří, že jsou nenormálně tlustí, silní nebo neatraktivní;

- nerealistické představy o důsledcích přijímání potravy, diet a cvičení na tvar těla a jeho proporce;
- vyhýbání se odhalování vlastního těla;
- vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo s tělesností;
- posedlost vyhublostí;
- extrémně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu;
- forma depersonalizace: tělo je vnímáno jako cizí, pasivní, necitlivý objekt;
- ztráta důvěry ve vlastní tělo a fyzické pocity (hlad, žízeň);
- abnormální představy o tom, co si ostatní myslí o jejich těle;
- snaha vyhnout se situacím, které se nějak týkají fyzického vzhledu a fyzického kontaktu.

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

(Krch, 1999)

1.5. Typické rysy osobnosti dívek trpících mentální bulimií

Mnohé osobnostní rysy postižených jsou společné s typem osobnosti anorektických nemocných. Jde především o nízké sebehodnocení, nejistotu, závislost na názoru jiných lidí, která se projevuje sklonem ke konformnosti a v úsilí dosáhnout sociokulturně žádoucí normy. Pro bulimické nemocné bývá typická impulzivita a neschopnost sebeovládání. Smolík (1996) uvádí, že i tyto dívky kladou důraz na sebekontrolu, ale na rozdíl od anorektických dívek se tak chovat nedovedou. To v nich vyvolává pocity viny, studu a vzteku na sebe sama. Mají sklon se obviňovat, bývají zvýšeně sebekritické. Uvědomují si, že jejich chování není normální, a trápí se svou neschopností ovládat nutkání k excesivnímu přejídání. Vadí jim, že nemají dostatečně silnou vůli. Často se cítí vlastním jednáním zhnusené a zároveň bezmocné, bojí se, že se všechno bude znovu opakovat. Pocit selhání bývá spojen s depresí a s úzkostí. Zabývají se neustále jídlem, takže nemají na nic jiného čas. Jejich aktivity a kontakty s lidmi

bývají omezené. Svou společenskou neúspěšnost vysvětlují jako důsledek vlastní tloušťky, což je utvrzuje v pocitu nutnosti zhubnout.

(Smolík, 1996)

2. Historie poruch příjmu potravy

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Hladovění nebo přijímání sníženého množství stravy nebo modifikovaných diet bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, protestních činů nebo reakcí na špatné životní podmínky. V následujících bodech jsou uvedeny některé důležité okamžiky v historii poruch příjmu potravy:

Tab. 3: Historie poruch příjmu potravy

Období	**Poznatek**
2. století	Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie
12. - 15. století	ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo a prohlašují se za světice, sebetrýzní odčiňují své hříchy a osvobozují duši
16. století	tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za "posedlé ďáblem" a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání
1694	britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii
1874	William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o "apepsia hysterica"
1873	Charles Lasegue definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost
1883	Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii
1884	Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie
1890	spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum"
1908	P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu - poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vycpávky
1917	Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín „kalorie“, který byl znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sacharidové diety
1930	přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity)
1950	Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění - neuróza z hladovění
1962	Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, častý výskyt poruch příjmu potravy u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií
1967	Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue - 41 kg a

	170 cm
1970	S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hrozivým nárůstem poruch příjmu potravy, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky
1979	G. Russelll a termín „bulimia nervosa“, vznik prvních speciálních zařízení pro poruchy příjmu potravy
1980	vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie
1981	M. C. Brotman a G. Humprey přednášejí referát o MB - zneužívání ipekakuanhuy (hlavěnky dávivé - obsahuje emetin) - jed pro kosterní svaly - periferní myopatie + popisovaná kardiomyopatie
1983	R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP - snahu žen zachovat si štíhlost - adiktivní charakter PPP
1986	až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie - předpokládají multifaktoriální etiologii
1987	WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst incidence PPP
1990 - dosud	preventivní a podpůrné programy pro PPP, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifik PPP

(Navrátilová, 2000)

2.1. Historie mentální anorexie

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo o vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly být posléze pokládány za známku duševní poruchy.(Krch, 1999)

„Termín „mentální anorexie“ znamená, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. V antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „orexis“ (chuti, žádostivosti), to znamená celkové únavy, apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, používal tento

termín v užším slova smyslu, jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Stejně jako Hippokrates, i Galén obvykle užíval pojem „asitia“, když popisoval odmítání potravy. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám.“

(Krch, 1999, s. 25)

Třebaže se neopomíjely emocionální faktory, soustřeďovalo se především na somatické příčiny, zejména na poruchy funkce žaludku. Žaludek je také považován za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech známých nosologů osmnáctého století. Na počátku devatenáctého století byla anorexie stále ještě pokládána spíše za symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu.

Termín „nervová anorexie“ se objevuje hlavně ve francouzské literatuře na počátku devatenáctého století. Ve svém pojednání o ženských chorobách rozlišuje v roce 1840 Fleury Imbert dva druhy anorexie. Gastrickou anorexii, která je především poruchou zažívání, a nervovou anorexii, kde pacienti odmítají jíst, protože mozek nevyvolává signál chuti k jídlu.

Zpočátku byla mentální anorexie všeobecně považována duševní poruchu. V roce 1914 však hamburský patolog Morris Simmonds objevil u některých vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a mentální anorexie začala být nerozlučně spojována se „Simmondsovou chorobou“. Trvalo další dvě desetiletí, než byla tato chybná hypotéza jednoznačně odmítnuta. Ve čtyřicátých letech dvacátého století byla pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny mentální anorexie znovuobjevena jako duševní porucha.

(Krch, 1999)

2.2. Historie mentální bulimie

„Podle Plutarcha pojem „bolimos“ označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk

dokázal sníst celého vola. V lékařských kruzích byla etiologie bulimie těsně spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí.

Různé významy a rozličná vysvětlení pojmu „bulimie“ přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín „bulimia nervosa“, označující silné a neovladatelné nutkání přejídat se ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročisťujících prostředků u žen s normální tělesnou hmotností.“

(Krch, 1999, s. 29,30)

Výraz „mentální bulimie“ je nový, nicméně zprávy o chorobném hladu se pod různým pojmenováním objevují již s prvními medicínskými záznamy v historii. Specifický jiný obraz záchvatovitého přejídání spojeného se zvracením byl také zmiňován v kontextu jiných chorob. Podobně jako odmítání jídla nebo přejídání mohlo být spojováno s řadou dalších onemocnění, například s nervovými gastrickými poruchami, mánií nebo hypochondrií. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou.

(Krch, 1999)

3. Specifika poruch příjmu potravy u dětí mladšího školního věku

Poruchy příjmu potravy se u dětí vyskytují méně často než u dospívajících a mladých dospělých, ale představují závažnou komplikaci vývojového procesu na rovině biologické i psychosociální. Děti pod 12 let představují 5% pacientů s poruchou příjmu potravy. Diagnostika poruch příjmu potravy vymezená MKN – 10, je pro dětský věk omezující, jelikož trvá na jasně vymezeném syndromu a obtížně postihuje počátek poruchy. Děti popírají úmyslné hubnutí a spíše si stěžují na různé obtíže provázející příjem potravy – obtíže s polykáním, bolesti břicha, problémy ve vyměšování.

(Kakáčová, 2010)

Jako každé období, má také školní věk svá rizika. Některá se na první pohled nezdají tak závažná, ale po nějaké době mohou působit značné nesnáze. V souvislosti s poruchami příjmu potravy je důležité upozornit na obezitu, kterou trpí asi 15 % našich dětí. To je vysoké procento, a proto musíme ještě mnoho zlepšit ve výživě a pohybovém režimu dětí, který je též velmi zásadní.

(Matějček, Pokorná, 1998)

3.1. Mentální anorexie a bulimie u dětí mladšího školního věku

Poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou období dospívání, počátek mentální anorexie bývá nejčastěji kolem čtrnáctého roku věku. Avšak příznaky anorexie byly zaznamenány již u dětí mladších 10 let. U rozvinuté poruchy v útlém věku je potřeba vždy počítat s možnými komplikacemi. Je nutné co nejrychleji vyhledat lékaře a snažit se zabránit dramatickým následkům nedostatečné výživy mezi které patří zejména dehydratace a zástava tělesného růstu. U dětí při posuzování tělesné hmotnosti vždy přihlížíme k danému věku a výšce. Úbytek na hmotnosti v dětství může být důvodem k opoždění tělesného růstu a puberty. Podvýživa v dětství může mít vážné a trvalé následky.

(Marádová, 2007)

Mentální anorexie u dětí

Obvyklá kritéria pro mentální anorexii v dětském věku nejsou vhodná, proto Nicholls a Lask vymezili pro děti jiná kritéria, která nejsou zcela totožná s klasifikací MKN – 10. Jsou to:

- úmyslný úbytek tělesné hmotnosti, vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení,
- nepřiměřené vnímání hmotnosti či postavy,
- chorobné zabývání se postavou, tělesnou hmotností,
- stížnosti na nechutenství, bolesti břicha,
- spouštějícím faktorem může být dospívání, změna školy, skupiny vrstevníků, zážitek ztráty.

(Kakáčová, 2010)

Mentální bulimie u dětí

Mentální bulimie je v dětském věku vzácná, typický věk pro počátek mentální bulimie je 17 – 18 let. Mezi významné rizikové faktory patří:

- afektivní porucha v rodině, alkoholismus, obezita,
- zanedbávání, zneužívání a jiné nedostatky v rodičovské péči,
- stresující životní situace

(Kakáčová, 2010)

Jak uvádějí ve své publikaci Krch, Marádová (2003) zvýšení rizika u nemocných dětí do 14 let lze shrnout:

- rychlejší nástup zdravotních obtíží, velké nebezpečí dehydratace v důsledku menších tukových zásob,
- omezení v příjmu potravy vede k mnohem rychleji k výraznější vyhublosti,
- reálné zastavení tělesného růstu, zpoždění nástupu puberty, zpomalení sexuálního zrání,
- mentální bulimie začíná před 14 rokem méně často, mezi mladšími pacienty jsou zastoupeny více chlapci,

- děti jsou více důsledné v dodržování osobních dietních pravidel, což může mít kritické následky. Děti se ale oproti starším pacientům méně často přejídají, zvracejí a užívají projímadla,
- na snahu „vykrmit je“ reagují mladší pacienti více dramatickým odporem, jsou útoční, agresivní nebo se chovají jako malé děti,
- s dětmi se obtížně spolupracuje při léčbě, jejíž cíle často nechápou, vykrmování pociťují úkorně,
- často se vyskytují depresivní příznaky,
- problémy dítěte mohou vést k vyhrocení konfliktů v rodině, obviňování mezi rodiči, pocitu provinění u rodičů, kteří nevhodně ustupují konfliktům s dítětem. Problematické dítě je středem zájmu a ostatní sourozenci zůstávají stranou,
- do léčby je třeba vždy zapojit rodiče, kteří zajišťují kontrolu nad tím, jak jejich dítě přijímá jídlo a tekutiny,
- vysoké riziko výrazného narušení psychosociálního zrání dítěte. Pacient je ve věku, kdy se formuje osobnost, utváří si představu o okolním světě, vytváří si sociální návyky a pracovní zvyklosti. Velké riziko představuje v tomto směru jednostranná zkušenost nemocného, kdy se stává středem pozornosti celé rodiny. Mnohem více se soustřeďuje sám na sebe a své pocity, nenachází uspokojení v běžných aktivitách a odmítá kontakty s vrstevníky.

4. Specifické syndromy poruch příjmu potravy u dětí mladšího školního věku

V dětském věku se kromě mentální anorexie a mentální bulimie objevují i jiné formy poruch příjmu potravy (Hort et al., 2000). Tyto poruchy mohou být velmi závažné a mohou také být předchůdci mentální anorexie nebo mentální bulimie. V každém případě každý dlouhodobější netypický jev nebo postoj k jídlu by měl být konzultován s lékařem.

Infantilní mentální anorexie

Jde o anorektické chování dětí před nástupem puberty. Porucha nastupuje obvykle mezi šesti měsíci a třemi roky života a projevuje se v odmítání jídla, v jiném případě v extrémní vybíravosti v jídle.

Emoční porucha spojená s vyhýbání se jídlu

Jedná se o poruchu, která se objevuje u dětí a je na hranici mezi mentální anorexií a emoční poruchou v dětství. Typické pro jedince trpící touto poruchou je vyhýbání se jídlu, porucha nálady, úbytek tělesné hmotnosti. Nepřiměřeně vnímají přesvědčení týkající se jejich hmotnosti nebo postavy. Děti uvádějí různé důvody, proč nejedí, např. strach z toho, že jim bude špatně, že se udusí nebo pozvracejí, stěžují si na bolest břicha. Postupně přestávají přijímat potravu a mohou být z hlediska somatických následků postiženy stejně jako pacienti trpící typickou mentální anorexií.

Syndrom vybíravosti v jídle

Tento syndrom bývá pozorován u 8 – 12letých dětí, a to častěji u chlapců, kteří jedí jen několik druhů potravin a ostatní odmítají. Důsledkem jsou časté konflikty v rodině a také špatná adaptace v cizím prostředí. Tento způsob stravování je komplikací pro zdravou výživu

Syndrom pervazivního odmítání

Stav, který je spojen s odmítáním pití, jídla, mluvení, chůze, péče o sebe, atd. Tento stav může začít jako mentálně anorektický syndrom a postupně zasahuje do dalších oblastí života. Tento syndrom pozorujeme častěji u dívek ve věku 8-14 let.

Ruminace

Jde o poruchu příjmu potravy objevující se relativně zřídka, častěji v rámci mentální retardace. Děti, které trpí ruminací opakovaně a s častou frekvencí „ublinkávají“ bez toho, aniž by se objevovaly známky nevolnosti nebo jiných negativních pocitů. Děti naopak vypadají spokojeně a ruminace se objevuje v době, kdy jsou samy. Během poruchy dochází k poklesu či stagnaci hmotnosti, metabolickému rozvratu, dehydrataci. Ruminace může vést až k následnému ohrožení života. Deprivační vlivy, problémy ve vztahu k matce se podílejí na etiologii onemocnění. Také se na vzniku a udržování poruchy může podílet jako rizikový faktor pre- a perinatální poškození dítěte. Léčba samotná musí být zaměřena jak na dítě, tak i na psychoterapeutické ovlivňování matky a také celé rodiny. Častá je léčba pomocí herní terapie, u starších dětí se uplatňuje technika kognitivně – behaviorální terapie. Jestliže dojde ke vzniku závažného somatického stavu, přistupujeme k hospitalizaci.

Pika

Pojem „pika“ označuje pojídání nestravitelných látek, které nejsou k jídlu určeny. Jde tedy o hlínu, odpadky, barviva, písek, vlasy, papír, textil, apod. Vyskytuje se stejně jako ruminace v raném dětství, více u dětí z nižších sociálních vrstev. Do dospělosti může přetrvávat hlavně u mentálně retardovaných v ústavní péči. Pika se u dětí může objevit jako reakce na rozvrat manželství rodičů, týrání nebo výchovné zanedbání. U těchto dětí může ohrožovat život nebezpečí potravy v důsledku konzumace nestravitelných látek. Při léčbě se vychází z vyšetření a posouzení etiologických faktorů. Důležitá je jak psychoterapie dítěte, tak i konzultace s rodiči.

(Hort et al., 2000)

5. Příčiny poruch příjmu potravy u dětí

Přechodně může dítě odmítat potravu v souvislosti s rozvojem běžného onemocnění. Déle trvající nechutenství nebo jiné příznaky poruchy příjmu potravy mohou být projevem závažnějšího tělesného postižení, ale i psychických problémů dítěte.

K posouzení závažnosti poruchy příjmu potravy je však často nutné eliminovat některé subjektivní představy rodičů či prarodičů, co dítě snědlo, či by mělo sníst. Významným kritériem k hodnocení poruchy příjmu potravy je celkové posouzení zdravotního stavu dítěte, zvláště pak dynamiky změn jeho růstu a vývoje. Mezi dětmi s omezeným příjmem potravy nacházíme i děti zcela zdravé, jejichž růst a vývoj je přiměřený. Tyto děti jsou často velmi čilé, jídlo není v popředí jejich zájmu. Naopak, děti s nadměrným příjmem potravy se méně pohybují. Těchto dětí ve vyspělých zemích přibývá, což vede k obezitě a rozvoji civilizačních onemocnění.

Terminologické onemocnění "dítě s poruchou příjmu potravy" je však nejvíce používáno pro ty děti, u nichž se vzájemně propojují a potencují psychické a tělesné obtíže. Uplatňuje se zde řada faktorů, od individuálních přes rodinné až po společenské.

Uvedené obtíže s poruchou příjmu potravy se mohou objevit již od časného věku. Rodiče si stěžují, že dítě nechce jíst, nebo si v jídle vybírá. Tyto obtíže mohou vést až k úbytku tělesné hmotnosti a kolísání nálady dítěte. Děti uvádějí důvody, proč nejedí - např. že jim bude určitě špatně, že jídlo nespolknou, že se udusí, pozvracejí a často udávají po jídle bolesti břicha. V další fázi začínají nepřiměřeně vnímat svoji hmotnost a postavu - a to je již typické pro děti s mentální anorexií.

(www.anabell.cz [on-line], 2010)

5.1. Možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy

a) biologické příčiny – jsou vrozené dispozice k určitému typu chování. Dívky, které mají sklon k anorexii a bulimii, jsou většinou velmi citlivé bytosti, mnohdy až přecitlivělé.

b) psychologické příčiny – sem řadíme stresové a vypjaté situace v životě člověka, se kterými se vyrovnává dle svého temperamentu. Příčinou vzniku může být rozchod s přítelem, úmrtí někoho blízkého, rozvod rodičů, týrání.

C) společenské a kulturní příčiny – ovlivnění aktuálními módními trendy, mediální tlak.

(Mužík, 2007)

Příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie

Chorobný postoj k jídlu nevzniká z jedné jediné příčiny. Teprve spolupůsobí-li více činitelů, může se stát jídlo problémem. Zřejmě musí existovat také individuální předpoklady k tomu, aby tyto faktory vedly nakonec ke vzniku poruch příjmu potravy. Tyto souvislosti nejsou dosud úplně vyjasněné, protože manické vztahy k jídlu se intenzivně sledují teprve krátkou dobu. Mnohdy také nelze určit, jedná-li se o příčinu vzniku poruchy příjmu potravy, nebo o její důsledek. Rouhová (2001) uvádí následující:

- **Změna úlohy ženy**

Změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti způsobila řadu problémů v partnerských vztazích. Dívky v kritickém věku často nabývají dojmu, že partneři spolu ani nemohou dobře vycházet, proto se u nich vyvíjejí negativní představy o úloze dospělé ženy v partnerském vztahu a ve společnosti. Tyto představy v nich vyvolávají strach a odpor k dospívání.

- **Nadbytek potravin**

Odmítáním potravy mohou dívky projevovat solidaritu s lidmi, kteří trpí hladem. S tím souvisí i skutečnost, že všechno, co je v nadbytku, ztrácí na hodnotě.

- **Pocit výjimečnosti při odmítání potravy**

Dívka se snaží pozvednout se nad něčím tak průměrným, jako je potřeba jídla, a podtrhnout tak svoji individualitu. Jestliže se jí daří nejíst a nezapadnout do „průměrné“ společnosti, bývá na to hrdá.

- **Porucha ve vnímání těla**

Má-li dívka posoudit rozměry a hmotnost svého těla, je její subjektivní vnímání podhodnocené. To znamená, že se vidí silnější, než ve skutečnosti opravdu je. Tato utkvělá představa setrvává, i když je dívka vyhublá. Na vzniku poruchy vnímání těla se nejčastěji podílejí masové sdělovací prostředky, které navozují často nerealistickou představu ideálního těla. Také rodina a postoje rodičů se mohou u dospívajících dívek odrazit na vnímání tělesných rozměrů a vzniku nespokojenosti s vlastní postavou. Z výzkumu sledujícího postoje rodičů k fyzickému zjevu svých dětí vyplynulo, že s přibývajícím věkem klesá spokojenost rodičů s tělesnými rozměry svých dětí. Mezi postoji otců a matek nebyly větší rozdíly.

- **Strach ze zodpovědnosti a celkové odmítání dospět**

Dívky neshledávají v životě dospělých nic, co by stálo za to, aby také dospěly. Zda dojde k takovému druhu negativního uvažování, závisí v první řadě na vzoru rodičů. Určité obavy z dospívání mající přechodný charakter jsou pro daný věk normální. Za běžných okolností s přibývajícími životními zkušenostmi tyto obavy mizí.

- **Odpor k sexualitě a k pohlavnímu dospívání**

V období dospívání uvádí sexuální problematika do rozpaků mnoho lidí. Někteří vnímají sexuální pocity a pohlavní dospívání s radostí, jiní se zahanbením a s pocitem viny a začnou tyto projevy dospívání nenávidět. Tento negativní postoj bývá výsledkem působení rodiny a společnosti. Je-li sexualita považována za cosi hříšného a menstruace jako něco nečistého, o čem se nesmí mluvit, začne ji dívka skutečně tak brát a odmítání potravy se stane prostředkem, jak oddálit dospívání nebo potlačit jeho projevy. Rozporuplné

názory panují v otázce sexuálního zneužívání v dětství se vznikem poruchy příjmu potravy.

- **Problémy s vrstevníky**

V období puberty je pro každého důležité přijetí vrstevníky, kamarády. Dívky v souvislosti s rozvojem poruchy příjmu potravy uvádějí problémy s vrstevníky, špatné začlenění do party.

- **Předpojatost vůči obézním lidem**

V současné západní kultuře panuje silná předpojatost vůči lidem s nadváhou. Tito lidé jsou popisováni jako líní, hloupí a ošklivý. Tyto předsudky jsou ještě silnější vůči ženám než mužům.

- **Přibývání tukových zásob v dospívání**

V období puberty dochází u obou pohlaví ke zvyšování hmotnosti a ke změně postavy. Je zcela přirozené, že se dívkám začnou tvořit tukové zásoby v určitých partiích, které mají své biologické opodstatnění.

- **Dřívější tělesná vyzrálost**

Někdy se pokládají dříve tělesně vyzrálé dívky za ohroženější vznikem poruchy příjmu potravy, neboť bývají menší a silnější než jejich vrstevnice, což způsobuje jejich větší nespokojenost s postavou.

- **Obezita v dětství nebo v blízké rodině**

Tato příčina je spjata s negativním příkladem, který vychází z vlastní zkušenosti dívky s nadváhou v minulosti, ke které se již nechce vrátit, nebo si jako negativní příklad vezme někoho jiného (nejčastěji z rodiny). Odmítání potravy používá jako prevenci obezity.

- **Redukční dieta v rodině a v celé společnosti**

Mnoho dospělých žen se snaží o kontrolu své hmotnosti dodržováním různých redukčních diet. Někdy také směšují pojem „zdravá výživa“ a „redukční režim“ a nutí celou rodinu stravovat se tímto „zdravým“ způsobem. Dítě se nesetkává s redukční dietou pouze v rodině, ale také prostřednictvím sdělovacích prostředků. Nabývá dojmu, že štíhlý může být úplně každý a že štíhlost je prostředkem šťastného a úspěšného života.

- **Změna typu panenek na hraní**

Dřívější model panenek jako batolat nebo malých děvčátek vystřídaly panenky typu Barbie. Model miminka s batolecí postavou vychovával děvčátka k lásce k malým dětem a připravoval je na mateřství. Panenky typu Barbie už nejsou modely malého dítěte, které potřebuje péči, ale vzory moderních, pěstěných, velice štíhlých žen. Panenka už není předmětem péče, ale obdivu.

- **Deprese a úzkost**

Většina depresivních a úzkostných stavů je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Avšak jen velmi těžko lze zjistit, vznikla-li deprese ještě před počátkem akutního onemocnění nebo jako důsledek hladovění.

- **Přehnaná výchova a neschopnost osamostatnit se**

Dívky bývají od malička přehnaně chráněny, v rodině se klade velký důraz na všechno, co se považuje za zdravé. Tím vzniká silné citové pouto hlavně mezi matkou a dívkou, které má být za normálních okolností v pubertě povoleno, aby se dívka mohla začít osamostatňovat a odpoutávat se od rodiny.

- **Obraz rodiny**

Otázka podílu rodiny na vzniku poruch příjmu potravy zůstává sporná. Kromě již uvedených příčin, na kterých se může rodina podílet, vykazují rodiny dívky trpící mentální anorexií v určitých oblastech životního stylu a výchovy dítěte určitou shodu.

Štichová (2002) nachází v rodinách dívek s poruchou příjmu potravy podobné rysy takových rodin:

- členové těchto rodin jsou přehnaně ochraňující a pečující o sebe navzájem, nerespektují osobní hranice;
- rodiny izolované, uzavřené, které mají pocit ohrožení, jsou semknuté, jako kdyby zvenku přicházelo nebezpečí;
- rodiny rigidní, nepřizpůsobující se vývojovým změnám v rodině (udržování dospělého v roli dítěte);
- rodiny nevyjadřující emoce (zvláště negativní), a tak nedostatečně řešící konflikty;
- vztahy rodičů jsou méně významné partnersky („my jsme především rodiče“, nebo skrytý partnerský problém);
- matky jsou většinou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte; matky, které samy trpí poruchou příjmu potravy;
- otcové jsou nevýznamní, vzdálení, ať pro přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost, či neschopnost navázat s dítětem pevný vztah.

6. Důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu komplikací. Podle Krcha (1999) většina pacientek popírá jakékoli problémy, i když tělo vysílá jasné signály. Mnohé zdravotní komplikace se vyskytují jak u dívek s diagnózou mentální anorexie, tak s diagnózou mentální bulimie, neboť jak již bylo dříve řečeno, nelze tyto dvě poruchy příjmu potravy striktně oddělovat.

6.1. Somatické komplikace

Kardiovaskulární komplikace

Téměř u 90% postižených se někdy v průběhu onemocnění mohou vyskytnout kardiovaskulární potíže. K nejčastějším z nich patří snížená frekvence srdečních tepů, což je způsobeno snížením metabolismu (úspora energie) a vagovou hyperaktivitou. U podobného počtu pacientek se vyskytuje hypotenze pod 90/60mmHg. Je způsobena chronickým snížením objemu tekutin a ortostatickými změnami (změna polohy těla nejčastěji z polohy vleže do svislé polohy). To vede ke stavům závratí a náhlým ztrátám vědomí. Nadužívání diuretik nebo projímadel může jak u mentální bulimie, tak u mentální anorexie vést k narušení elektrolytové rovnováhy, a tím k vyvolání srdečních arytmií. Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě. Tato zástava by mohla nastat i při příliš rychlé realimentaci, jak to dokládají případy lidí navrácených z koncentračních táborů. Příčiny nejsou zatím zcela jasné. Nízký přívod Ca a Mg může vyvolat celkové zmenšení srdce.

Renální komplikace

Vzhledem k tomu, že anorektičky dohlížejí hlavně na nízký přívod tuků a cukrů, zatímco přívod bílkovin může být zcela normální, až u 2/3 pacientek s mentální anorexií dochází ke zvýšení hladiny urey v krvi v důsledku dostatečného příjmu bílkovin. Dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání projímadel a diuretik a zvláštnosti ve stravovacích návycích mohou zvyšovat rizika vzniku močových kamenů. Při předávkování projímadly může také dojít k rychle vznikajícím otokům, k hypovolemickému šoku (vznikajícímu při velmi těžkých průjmech, kdy

dochází ke snížení objemu obíhající krve) nebo k ledvinovým infarktům. Může jít o život ohrožující stav.

Gastrointestinální komplikace

Benigní (nezhoubné) zduření příušních slinných žláz se objevuje hlavně u mentální bulimie, ale může se vyskytnout i u jiných případů chronické podvýživy, hlavně u zvracejících pacientek. Porušení skloviny a zuboviny předních zubů horní čelisti se vyskytuje u poruch příjmu potravy doprovázených zvracením. V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů u zvracejících pacientek. Bouerhaavův syndrom (protržení jícnu) a perforace (proděravění) žaludku jsou vzácné. Zpomalení procesu vyprazdňování žaludku vyvolává ve fázi realimentace pocit plnosti a nadmutosti i po konzumaci malého množství jídla, což je pacientkám subjektivně nepříjemné a vykládají to jako známku ukládání tuku v těle. Časem tyto pocity zmizí. Také zácpa díky nedostatku tekutin patří k časté komplikaci.

Kosterní komplikace

Pacientky s časným začátkem mentální anorexie bývají o něco menší, vyzrávání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit. V důsledku nízké konzumace mléčných výrobků je hlavně u mentální anorexie velmi častá osteoporóza. Stupeň postižení osteoporózou koreluje s délkou trvání choroby (a amenoreou) a hodnotou BMI. Prokázaným následkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí. Bylo prokázáno, že snížená minerální denzita kostí se objevuje i u bulimiček, které nikdy netrpěly mentální anorexií.

Endokrinní (hormonální) komplikace

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince. Pro obnovení funkce osy hypotalamus – hypofýza – ovaria (vaječníky) je nezbytné zlepšit psychický stav dívky. K dalším

komplikacím mentální anorexie patří hypogonadismus (zmenšení vaječníků) doprovázený nízkými bazálními plazmatickými hladinami LH (lutropin) a FSH (folitropin). Mentální anorexie stejně jako podvýživa způsobuje narušený nebo nerovnoměrný výdej vazopresinu. Hladina volného trijodthyronimu (hormon štítné žlázy) je snížena na polovinu v důsledku snížení přeměny tetrajodthyroninu (hormon štítné žlázy), jehož hladina je obvykle v normě. U velmi podvýživených pacientek se jako ochranné mechanismy vyvolané stavem závažného stresu objevují infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizolu (hormon kůry nadledvinek) a růstového hormonu snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukoneogenezi.

Hematologické (krevní) komplikace

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se pravděpodobně vyskytují u více než poloviny pacientek s mentální anorexií a jejich závažnost roste s úbytkem hmotnosti. Realimentace zpravidla vede k velmi rychlé úpravě krevního obrazu.

Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, jako jsou např. tonicko-klonické křeče (záškuby svalstva), stavy akutní zmatenosti, tetanie (zvýšená nervosvalová dráždivost projevující se brněním prstů čí jazyka a v těžkých případech bolestivými svalovými křečemi obličeje, rukou nebo nohou), svalové slabosti, zvýšení hlubokých svalových reflexů, příznaky přechodné ischémie mozku. Abnormální EEG záznamy jsou pozorovány u 40 % případů mentální anorexie a anorexii střídající bulimie. 40% pacientek s mentální anorexií trpí svalovou slabostí, 6% bolestmi hlavy, 4% si stěžují na dvojité vidění. U mentální anorexie někdy dochází k úbytku mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor, jejichž velikost se po realimentaci opět upraví.

Metabolické komplikace

Dalším důkazem o narušení funkce hypofýzy u mentální anorexie je zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu nedochází ke zvýšení jádrové

tělesné teploty, ke stabilizaci tělesné teploty ani k tělesnému třesu. Při vystavení těla vyšším teplotám dochází jen k minimální vazodilataci (rozšíření cév) a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje. Také metabolismus glukózy je narušen, hodnoty svědčí pro diabetes. Při mentální anorexii dochází ke sníženému vstřebávání Ca a jeho zvýšenému výdeji močí. U 50 % anorektiček je zjištěna zvýšená hladina cholesterolu v krvi.

Dermatologické komplikace

Dermatologické komplikace u pacientek s mentální anorexií nebo mentální bulimií mohou mít řadu důvodů. K nejčastějším dermatologickým obtížím patří suchá šupinatá kůže mající tendenci praskat, suché, lámavé vlasy, lanugo (jemné ochlupení na tvářích, končetinách a trupu), karotenodermie (jasně nažloutlé zbarvení kůže v důsledku špatného vstřebávání karotenu díky nízkému přívodu tuků), u zvracejících pacientek se může objevit purpura (kožní výsev drobných tečkovitých krvácení), modřiny, mozoly na hřbetech rukou. Z nadužívání projímadel, diuretik a léků na hubnutí mohou vzniknout různé kožní vyrážky.

Leibold (1995) uvádí další možné důsledky poruch příjmu potravy v oblasti somatické, psychické i sociální.

Komplikace spojené s reprodukcí

Odstranění amenorey jako jednoho z diagnostických kritérií mentální anorexie neznamená, že došlo k úpravě ovulačního cyklu. Problémy s amenoreou může mít 20 – 75% pacientek s mentální bulimií. Z uvedeného vyplývá, že všechny anorektičky jsou v aktivní fázi mentální anorexie neplodné. Avšak z praxe je zaznamenáno několik případů otěhotnění i bez přítomnosti menstruace. Navíc ovulaci lze navodit hormonálně i při velké vyhublosti. Po uzdravení se plodnost žen, které trpěly mentální anorexií, neliší od žen v běžné populaci. Přesto asi 1/3 vdaných žen uzdravených z mentální anorexie si dobrovolně vybírá život bez dětí. Podle většiny výzkumů tyto ženy daleko více trpí obavami ze ztráty kontroly tělesné hmotnosti, a tak se tímto způsobem snaží zabránit jejímu

vzrůstu v době těhotenství. Výskyt poruch plodnosti u bulimických žen je zhruba dvojnásobný oproti ženám v běžné populaci.

Oslabení obranyschopnosti organismu

Chronická podvýživa způsobuje enormně zvýšenou náchylnost k četným nemocem. Pacientka se nedokáže bránit ani banálním infekcím a nemocem, které zdravý člověk vůbec nedostane, nebo se z nich rychle vyléčí, přetrvávají u pacientek s mentální anorexií velmi dlouho, probíhají v těžších formách a častěji se vyskytují komplikace.

6.2. Důsledky psychické

Celkové vyčerpání osobnosti

Všechny životní pochody vyžadují energii, která se přivádí potravou. Po nějaký čas může tělo žít z vlastních rezerv. Jak dlouho je to možné, závisí na tom, jaká byla výchozí váha na začátku onemocnění a kolik energie bylo během nemoci spotřebováno. Většina pacientek s mentální anorexií a méně často i mentální bulimií vydává hodně energie při tělesných aktivitách a aktivitách spojených se školními povinnostmi. Celkové vyčerpání se snaží zastřít usilovnou snahou o výkon. Po čase dochází ke zhroucení s těžkým tělesným vyčerpáním. Postižení nejsou často schopni ani vstát a postarat se o sebe.

Pocity nadřazenosti, viny a hanby

V období, kdy dívky trpící mentální anorexií nebo mentální bulimií nepřijímají potravu, cítí se být nadřazenými nad ostatními, někým výjimečným, neboť zvládly kontrolovat tyto „nízké tělesné potřeby“ jako je potřeba jídla. Jakmile se najedí, tajně nebo otevřeně, nebo se najedí pod nátlakem okolí, cítí se provinile a zahanbeně. V této fázi se mohou pokusit i o sebevraždu.

Euforie a deprese

Povznesený euforický pocit mnohých anorektiček se dá vysvětlit bezprostředními biochemickými změnami nedostatečné vyživovaného těla

(podobné pocity prožívají pacienti také při hladovce ze zdravotních důvodů) a momentálním psychickým rozpoložením osobnosti. Navenek se zdá, že mají dobrou náladu, srší nápady a plány, vypadají, že nepotřebují žádný spánek a často „jdou na nervy“ svému okolí díky množství mnohdy nesouvislých řečí. Během několika hodin se může tato euforie zvrátit v hlubokou depresi, která může mít i skrytou podobu (pouze určitý neklid, podrážděnost a tělesné potíže). Pacientky se stáhnou do svého pokoje, který neopouštějí. Na pokusy okolí povzbudit je často reagují apaticky nebo agresivními výbuchy. Doba mezi depresemi a euforií může být různě dlouhá.

Chronická mentální anorexie

Akutní chorobná závislost na hubnutí přechází asi u 1/3 pacientek do chronické fáze mentální anorexie. Postižení akceptují určitou hmotnost, která je sice pod normální hranicí, ale nevede k vyhubnutí, jež by přímo ohrožovalo život. To představuje určitý kompromis mezi přetrvávajícím sklonem k odmítání potravy a pochopením toho, že pouze příjem určitého množství potravy postiženého uchrání před nuceným léčením anebo případnou smrtí. Za nepříznivých okolností se znovu objevuje akutní mentální anorexie nebo jiná forma manického postoje k jídlu.

6.3. Důsledky sociální

Sociální izolace

Sociální izolovanost je způsobena celkovým chováním pacientky ke svému okolí a zklamáním nadějí blízkých a přátel, kteří se snaží jí radit a pomáhat. Jejich rady jsou odmítány. Pacientka je ani při nejlepší vůli nedokáže poslechnout, cítí se nepochopená a pod nátlakem. Tím se stávají sociální kontakty čím dál napjatější, až nakonec všichni zúčastnění nevidí smysl v nich dále pokračovat. Dívky se ještě více uzavřou do své nemoci.

6.4. Postup při zjištění poruch příjmu potravy dítěte

Poruchu příjmu potravy malého dítěte rodiče rychle zpozorují. Tyto děti jsou ještě většinou málo samostatné ve výběru a přípravě stravy. U větších dětí mohou poruchy příjmu potravy dlouhodobě unikat pozornosti. Zvláště tam, kde počátečním impulsem poruchy je reakce na poznámky okolí k váze dítěte. Snaha o redukci hmotnosti, zpočátku rodinou podporovaná, přechází do extrému a rodina se často přizpůsobuje chování dítěte. Někdy až lidé z okolí nebo dětský praktický lékař si začnou uvědomovat, že není něco v pořádku. Následuje návštěva odborníka. Po vyloučení organického onemocnění je nutné vyšetření psychologem, příp. psychiatrem.

Dítě slibuje, brání se vyšetřením, podvádí, lže, chrání si své návyky - to vše patří k charakteru daného onemocnění. Rezignace však není řešením. Rozvíjející se změny v organismu mohou dítě závažně ohrozit na životě. Je-li ambulantní léčba neúspěšná, je nutná hospitalizace dítěte.

Spolupráce celé rodiny s psychologem či psychiatrem je základní podmínkou úspěchu léčby psychosomatického onemocnění dítěte.

Léčba dětí s poruchou příjmu potravy je často svízelná, vyžaduje velkou trpělivost zdravotnického personálu i celé rodiny. Projevy onemocnění mohou recidivovat, přetrvávat do dospělosti, kdy je často již jen v rukou postiženého - nejčastěji postižené dívky či ženy - její další osud.

(www.anabell.cz [on-line], 2010)

7. Prevence

Prevence znamená soustavu opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu. Důslednou prevencí lze docílit pozitivní změny zdravotního stavu populace. Prevence se provádí buď na úrovni jedince, nebo na úrovni celé společnosti (celoplošná prevence). Podle způsobu, jak je prevence uplatňována, rozeznáváme tři druhy prevence: primární, sekundární a terciární.

7.1. Typy prevence

Primární prevence

Prevence, která zkoumá předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet. Primární prevence je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění, tj. snížit incidenci nemocí. Týká se období, kdy ještě nemoc nevznikla a jejím účelem je zabránit vzniku nemoci. Primární prevenci rozdělujeme na:

- **specifickou** - je zaměřená proti určitým nemocem nebo rizikům (např. anorexie, bulimie, obezita)
- **nespecifickou** - znamená aktivity k celkovému posílení zdraví a zlepšení životního stylu. Ve škole by měla převažovat zejména nespecifická primární prevence formou komplexně pojaté výchovy ke zdraví, zajištěním sítě škol podporujících zdraví a vytvářením celkového zdravého školního prostředí.

Prevence nespecifická je vhodná pro období 1. stupně ZŠ, kdežto prevence specifická již pro 2. stupeň ZŠ.

Sekundární prevence

Sekundární prevence se snaží příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování a šíření. Zaměřuje se na zvláště ohrožené skupiny, vyhledávání rizikových faktorů vedoucích k onemocnění a vhodnou léčbu časných stádií těchto onemocnění. Jde o snahu předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím.

Terciární prevence

Terciární prevence má za cíl minimalizovat škody na zdraví v případě již vzniklého onemocnění. Je záležitostí zdravotnickou.

7.2. Prevence poruch příjmu potravy

Vzhledem k tomu, že se poruchy příjmu potravy začínají objevovat u dětí ve věku kolem třinácti let, je vhodné s určitými preventivními opatřeními působit na děti kolem desátého roku věku. V ideálním případě se setkáváme s prevencí od narození – tzn. kladným postojem ke stravování, pěstováním zdravého sebevědomí, úctě k sobě samému.

Mužík (2007) uvádí některá možná preventivní opatření:

- Odměna a trest pomocí potravy by neměla být příliš častá. Namísto toho by měla být důležitá jiná funkce jídla, protože společné stolování může být příjemně prožitým časem pro celou rodinu.
- Dítě by se nemělo nutit za každou cenu vše sníst. Pokud toho sní málo, nemělo by mít potom možnost dojídat se sladkostmi, čímž dítě zjistí, že pokud se pořádně nenají, bude mít hlad.
- U jídelního stolu by nemělo docházet k hádkám mezi rodiči, ani mezi rodiči a dětmi. Dítě by si totiž velmi rychle mohlo společné stolování spojit s nepříjemnými zážitky a mohlo by se začít jídlům záměrně vyhýbat.
- Rodiče by neměli před dítětem držet dietu, která vede k hubnutí, pokud takovou dietu dodržují, neměli by o ní mluvit. Neměli by také před dětmi zdůrazňovat své úspěchy nebo neúspěchy v hubnutí.
- Rodiče by se neměli hanlivě vyjadřovat na adresu lidí s nadváhou, aby tak v dětech nevzbudili neúměrnou fobii z těchto nemocí.
- Rodiče a učitelé by měli děti pečlivě připravit na změny, které s sebou přináší období puberty.

Po velkém nárůstu případů poruch příjmu potravy (Grogan, 2000) v druhé polovině 20. století a jeho poklesu počátkem 80. let 20. století, což mohlo být důsledkem prvních informací o těchto onemocněních, počet případů poruch

příjmu potravy v současnosti i přes stále větší informovanost veřejnosti nijak neklesá. Stejně jako je mnoho příčin poruch příjmu potravy, které je mohou vyvolat, je také mnoho faktorů, které jejich vzniku brání. Jsou to:

- kladné sebehodnocení – lze ho ovlivnit např. pravidelným sportováním, vytváří se pozitivní obraz vlastního těla, lepší odolnost vůči stresu;
- zdravé sebevědomí;
- dobré rodinné vztahy, založené na vzájemné podpoře a důvěře;
- potlačení vlivu médií – pocit nespokojenosti s vlastním tělem by mohlo snížit zejména kulturní akceptování široké škály různých typů postav a velikosti v mezích normy a odstranění předsudků vůči postavám v kategorii nadváhy;
- zdravé stravovací návyky, omezení držení diet.

Je zřejmé, že ačkoli byly tyto poruchy definovány a byla vytvořena celá řada úspěšných léčebných programů, dlouhodobým cílem musí být vzniku těchto poruch zabránit úplně. V ohledu prevence poruch příjmu potravy je také důležité zmínit vzdělanost rodičů, stávajících i budoucích učitelů, lékařů, pracovníků ve zdravotnictví, trenérů a samozřejmě média. I široká veřejnost by měla být seznámena se symptomy, příčinami a následky poruch příjmu potravy a také s tím, jak je včas rozpoznat a adekvátně zasáhnout.

(Hall, 2003)

Ve světě, který bojuje proti obezitě a štíhlost propaguje jako synonymum zdraví, mohou být snahy o prevenci poruch příjmu potravy téměř sabotovány. V rámci výukových preventivních programů existuje nepřeberné množství programů zaměřených proti nadváze a obezitě a propagujících zdravou výživu. Tyto programy jsou nesporně velmi důležité a prospěšné, avšak měly by být vždy doplněny též prevencí anorexie a bulimie.

(www.anabell.cz [on-line], 2010)

7.3. Projekt PPP

V rámci primární prevence má asi největší podíl občanské sdružení Anabell a jeho **Projekt PPP** (Podpora profesionální prevence), který realizuje Kontaktní centrum Anabell Brno v období od 1. dubna 2009 do 30. června 2011**.** Předmětem projektu je uskutečnění specializovaného vzdělávání pedagogů a metodiků prevence Jihomoravského kraje v oblasti problematiky poruch příjmu potravy jako základ pro jimi realizovanou tvorbu školních vzdělávacích programů (předmětů Výchova ke zdraví a Člověk a zdraví) na základních školách a na středních školách/gymnáziích v souladu s doporučeními Rámcových vzdělávacích programů MŠMT ČR. Cílem projektu je rozšíření schopnosti pedagogů a metodiků prevence v systému dalšího vzdělávání:

a) orientovat se v problematice poruch příjmu potravy a v oblasti zdravých stravovacích návyků podle nejnovějších poznatků lékařské vědy prostřednictvím aktivního přístupu k tvorbě vlastních metodických listů,

b) umět podle těchto metodických listů zpracovat a prezentovat zážitkovou, srozumitelnou a interaktivní formou problematiku poruch příjmu potravy žákům a studentům základních a středních škol/gymnázií,

c) umět rozpoznat rizikové faktory onemocnění u žáků základních a studentů středních škol/gymnázií jako nejčetněji zastoupené rizikové skupiny pro vznik nemoci.

(www.anabell.cz [on-line], 2010)

8. Metodické poznámky

V praktické části se zaměřujeme na pravidelné vstupy do hodin s tématikou, která podporuje sebeúctu, kladné sebehodnocení, zdravé sebevědomí nebo zdravé stravovací návyky. Žáci nejsou informováni, že se jedná o činnosti, které by měly zabránit případnému vzniku poruch příjmu potravy či jiným nežádoucím jevům. Jedná se tedy o primární prevenci nespecifickou. Prevenci můžeme velmi dobře zapojit do téměř všech vyučovacích předmětů a lze tak posilovat mezipředmětové vztahy. Mezipředmětové vztahy jsou důležitým činitelem ve výchovně vzdělávacím procesu, neboť jejich důsledné uplatnění značně přispívá ke zvýšení úrovně pedagogické práce. Abychom předcházeli nejen těmto závažným onemocněním, jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie, potřebujeme nejprve dosáhnout námi vytyčených cílů, kterými jsou:

- rozvoj osobnosti
- vnitřní rovnováha
- podpora otevřenosti
- ovládnutí strachu a stresu
- spolupráce
- důraz na kladné stránky povahy

Tyto cíle nám upevní zdravé sebehodnocení, které je důležité pro předcházení psychických či psychiatrických onemocnění. Těchto cílů lze dosahovat mimo jiné i připraveným didaktickým materiálem k výuce. Tento didaktický materiál obsahuje náměty k realizaci jednotlivých aktivit. Kdy a jak jsou využity, záleží na možnostech každého vyučujícího, na souladu s jeho tematickým plánem a na potřebách žáků. Podle reakcí a odpovědí žáků v aktivitách předchozích může učitel zhodnotit situaci a dále četnost akcí zaměřených na podporu zdravého sebehodnocení přizpůsobit. Didaktický materiál je určen pro žáky mezi 10 – 12 lety, to znamená, že může být využíván ve čtvrté, páté, šesté třídě, ale samozřejmě neplatí zde striktní hranice. V tomto případě jsem si pro realizaci zvolila žáky páté třídy základní školy. Ve třídě je celkem 26 žáků, z toho 17 dívek. Třída se zdá svým počtem dívek vhodná pro provádění prevence poruch příjmu potravy. Ale víme, že nemoc může postihnout i chlapce. Prostředí třídy je

vcelku přátelské, samozřejmě při takovém počtu žáků, zdaleka ne idylické. Většina žáků se ve volném čase věnuje různým sportům nebo umělecky zaměřeným koníčkům. Vyučujícími zatím nebyly zpozorovány nezdravé postoje k přijímání potravy. Jeden chlapec je z přesvědčení od tří let vegetarián.

Při realizaci byly využity různé vyučovací metody, pomocí kterých dosahujeme vytyčených cílů. Nejvíce jsou zastoupeny metody rozdělené podle charakteru aktivizace, jako jsou metody diskusní, situační, inscenační, které zahrnují sociální učení a hraní rolí nebo pak didaktické hry. Dále jsou využity metody slovní, názorně demonstrační nebo praktické. Při činnostech se mohou různé metody navzájem doplňovat.

Nejčastěji zastoupenými metodami je diskutování nebo písemný projev, tak se většina činností může realizovat v hodinách českého jazyka. Uvádíme ale činnosti, které jsou vhodné také do hodin přírodovědy, tělesné a výtvarné výchovy či praktických činností. Většina uváděných činností zabere kolem poloviny vyučovací hodiny, takže je malá pravděpodobnost, že by narušovaly plnění tematických plánů.

8.1. Problematika Rámcového vzdělávacího programu

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání se problematikou prevence poruch příjmu potravy zabývá na 1. stupni jen z části a to v oblasti Člověk a jeho svět a jejím okruhu Člověk a jeho zdraví. Náplň témat a činností se jeví jako nedostatečná pro kompletní a účelnou primární prevenci. Právě ve věku dětí 10 – 12 let považujeme pravidelný a zodpovědný přístup v ohledu prevence poruch příjmu potravy za důležitý, neboť tyto poruchy podle výzkumů nastávají nejčastěji kolem 13-ti let. V praktické části se proto snažím o rozpracování některých činností, které byly z velké části v praxi ověřeny. K umocnění zážitků je vhodné občas zařadit celodenní program zaměřený na tuto problematiku. Pro děti v této věkové kategorii nejsou důležité pojmy nebo definice o poruchách příjmu potravy, ale provádění primární nespecifické prevence.

9. Didaktický materiál k výuce

Didaktický materiál k výuce má následující strukturu:

- název činnosti
  - vystihuje zaměření činnosti
- tematické zaměření činnosti
  - popisuje, jakým směrem se bude činnost odvíjet, které stránky osobnosti dítěte budeme posilovat
- pomůcky
  - jedná se většinou o běžně dostupné školní potřeby
- časová dotace
  - činnosti nepřesáhnou vyučovací hodinu
- průběh činnosti
  - detailní popis průběhu akce
- zhodnocení
  - hodnocení nesmí být demotivující, učitel nesmí působit autoritativně a měl by vždy ocenit vlastní názor dětí, v případě, že jsou názory nevhodné, je potřeba dětem klást otázky, aby vlastními úvahami mohly názor pozměnit, učíme děti dobrému vyjadřování, slušnosti při vyjadřování nebo asertivitě
- závěr
  - poznatky k činnostem, doplnění

Doporučená literatura a zajímavé odkazy pro pedagogy:

Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese

Papežová, H.: Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborník

Krch, F.: Poruchy příjmu potravy

Vopel, K.: Skupinové hry pro život

www.anabell.cz

www.fzv.cz

www.idealni.cz

9.1. PODĚKOVÁNÍ TĚLU

Tematické zaměření činnosti:	Touto fantazií dáváme každému dítěti příležitost posílit pozitivní vztah k vlastnímu tělu a tím i zpevnit základy sebeúcty. Zdůrazňujeme přitom vděčnost, kterou je dítě zavázáno různým částem těla, čímž nepřímo posilujeme také optimistický postoj a uvědomění si harmonie se světem.
Pomůcky:	Papír, tužka
Časová dotace:	20 – 30 minut
Průběh činnosti:	Jako motivaci použijeme příklady, kdy si lidé nechávají pojistit různé části těla. Fotbalista a modelka nohy, klavírista ruce, apod. Necháme děti chvíli přemýšlet, protože při odpovědi musí zdůvodnit, proč se rozhodují právě pro zvolenou část těla. Potom jim navrhneme, aby vybraly ty části těla, kterým by chtěly poděkovat. Mohou si zvolit styl, kterým budou psát i délku textu, jestli se bude jednat o humornou povídku nebo popis.
Zhodnocení:	Při hodnocení výsledků se většinou nesetkáme s problémy, které se týkají obsahu, možná pouze s formálními nedostatky, které v rámci hodiny českého jazyka můžeme upravit.
Závěr:	Protože se jedná o psaní v pozitivním slova smyslu – děkování, tak také všechny dopisy na nás působí pozitivně. Děti si tak ale aspoň uvědomí, jak jsou pro ně nezbytně důležité jejich části těla, až dochází k závěru, že děkují celému svému tělu.

Příklad konkrétního řešení:	*„Moc děkuji svému mozku, že můžu vůbec napsat tento příběh o částech svého těla, kterým děkuji. Děkuji očím, že vidím i za roh. Také děkuji svým uším, že slyším, co nemám. Nosu děkuji za to, že mohu cítit všechny vůně, puse děkuji za to, že můžu říct i to, co nevím. Děkuji rukám za hraní na kytaru. Žaludku děkuji, že dokáže strávit všechno možné. Nohám také děkuji, protože jinak bych nemohla běhat nebo skákat.“* (Kristýna, 11 let)

9.2. DVA S JEDNOU KŘÍDOU

Tematické zaměření činnosti:	Při této kooperativní hře spolu partneři nesmějí mluvit. Jsou odkázáni výhradně na nonverbální komunikaci. Aby pro ně byla spolupráce zábavou, měla by při ní hrát hudba, která se dětem líbí.
Pomůcky:	Barevné křídy, tabule nebo velký formát papíru, hudba.
Časová dotace:	15 – 20 minut
Průběh činnosti:	Každý si najde partnera, a buď se postaví, nebo posadí vedle sebe. Tvoří tým, který má namalovat obraz. Musí malovat oba současně a toutéž křídou, takže jednu křídu drží dohromady. Dodržují při tom pravidlo, že spolu nesmí mluvit a ani jeden druhému předem neříká, co chce namalovat. To, co namalují, bude překvapením.
Zhodnocení:	Při hodnocení jsme velmi shovívaví a chválíme hlavně kázeň. Zeptáme se dětí, jakou roli při činnosti sehrávaly – zda se plně podřídily, byly vůdčí nebo se ve vedení střídaly. V tomto případě nejde o vytvoření uměleckého díla, ale o schopnost spolupráce beze slov.
Závěr:	Děti musí ustoupit ze svých požadavků a spolupracovat s partnerem, nikoli se plně podřídit. Tato činnost napomáhá k uvolnění příliš perfekcionistických dětí.

9.3. DOKONČENÍ PŘÍBĚHU

Tematické zaměření činnosti:	Uvědomění si následků, které mohou přinést jednotlivé situace. Řešení problémů na příkladech a upevňování postojů pro případ, že by se děti v podobné situaci samy ocitly.
Pomůcky:	Nedokončený příběh (i více variant pro možnost volby), papír, tužka.
Časová dotace:	45 minut
Průběh činnosti:	Po krátkém motivačním rozhovoru, který se nenápadně opírá o připravené příběhy, jednotlivé příběhy přečteme. Po přečtení každého příběhu, který jsme si připravili, uděláme asi minutovou pauzu proto, aby děti měly čas na vstřebání toho, co slyšely a nechali jsme čas k jejich volnému běhu myšlenek, které potom použijí k realizaci. Děti mohou pracovat samostatně nebo ve dvojicích. Svoje příběhy potom vkládají do barevných obálek, které jsou připraveny u každého textu. Text necháme dětem k dispozici po celou dobu psaní, aby měly možnost se příběh kdykoliv připomenout.
Zhodnocení:	Při hodnocení výsledků se většinou nesetkáme s problémy, které se týkají obsahu, možná pouze s formálními nedostatky, které v rámci hodiny českého jazyka můžeme upravit.
Závěr:	Děti se učí domýšlet, jaké následky mohou mít jednotlivé situace. Snaží se příběh domyslet, většinou si přejí pozitivní zakončení.

Příklady konkrétního řešení:

Příběh 1:

Petra chce být tanečnicí. Od předškolního věku pilně trénuje, chtěla by studovat balet na konzervatoři. Její úsilí podporuje i matka, která už ji vidí tančit na divadelním jevišti a uskuteční tak svůj sen. Petru tanec moc baví. Je ochotná oželet zábavu s přáteli. Ví, že musí pilně trénovat, aby se její sen splnil. V poslední době má však nové starosti. Její postava se v souvislosti s dospíváním začala měnit. Při nácviku na školní představení se jí příliš nedařilo a navíc zjistila, že přibrala celý kilogram. Rozhodla se držet dietu. Začala si myslet, že čím bude hubenější, tím lepší výkon bude podávat. Podařilo si jí snížit hmotnost, ale…

„…kamarádky jí říkaly, že už nemá takové výkony, jaké mívala. Doma mamince pověděla, že slyšela od kamarádek, že už jí tancování moc nejde. Maminka jí poradila, že je to kvůli dietě, kterou drží. Petra o tom přemýšlela celý den a přišla na to, že už nebude držet dietu a bude více jíst a nakonec se jí splnil sen.“

(Nicole a Kristýna, 11 let)

Příběh 2:

Martina nikdy nebyla příliš štíhlá. Nyní ve čtrnácti letech se její postava mění v souvislosti s dospíváním. Dívá se do zrcadla a má pocit, že už by ji doma neměli považovat za malou holčičku. Pokud se své názory snaží prosadit, často se dostává do sporu s rodiči a to ji velmi mrzí. Dochází k závěru, že to jediné, co jí přináší potěšení, je jídlo. Cestou do školy si kupuje čokoládu, schovává ji ve škole ve skříňce i doma ve svém pokoji. Tajně ji potom rozbaluje a jí…

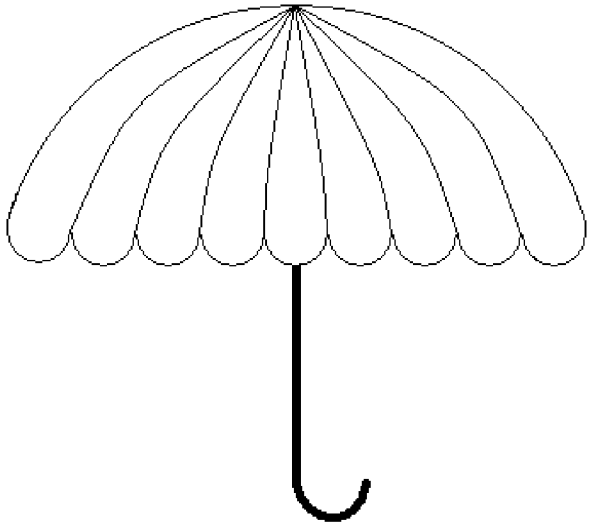
„…její život si s ní krutě zahrával. Byla velmi zoufalá a nevěděla, co má dělat, a tak jedla tajně ve velkém množství čokoládu. Rodiče si začali všímat, že Martina hodně přibrala. Martinina máma jí našla v pokoji spoustu čokolády. Rodiče si uvědomili, jak moc jejich dcera trpí a Martinu si zavolali. Domluvili se a ustanovili pravidla. Nakonec z nich byla, je a doufáme, že bude šťastná rodina“

(Silvie a Tereza, 11 let)

9.4. DEŠTNÍK SEBEÚCTY

Tematické zaměření činnosti:	Uvědomění si svých dobrých vlastností a být na sebe hrdý takový, jaký/á jsem.
Pomůcky:	Předtištěná předloha deštníku, tužka.
Časová dotace:	20 minut
Průběh činnosti:	Na tabuli nakreslíme podle přiloženého vzoru velký deštník. Žáci si tento deštník překreslí do sešitu, nebo jim rozdáme okopírovaný vzor. Jejich úkolem bude na každou příčnou čáru napsat jednu svoji kladnou vlastnost. Tento vytvořený komplex kladných stránek osobnosti má za úkol, podobně jako deštník, chránit dotyčnou osobu.

Obr. 1: Deštník sebeúcty



Zhodnocení:	Při této akci by nemělo docházet k problematickým situacím. Jen si musíme dávat při závěrečném hodnocení pozor, zda si děti nepletou svoje vlastnosti s popisem vzhledu.
Závěr:	Nezapomeneme na závěrečnou prezentaci prací. Je

také dobré zeptat se žáků, na kterou svoji kladnou vlastnost jsou nejvíce hrdi, která má pomyslnou „základnu na deštníku“ nejvíce pevnou, která je naopak nejvíce zranitelná a co ji může takto ohrozit.

9.5. TO NEJLEPŠÍ, CO O TOBĚ VÍM

Tematické zaměření činnosti:	Podnítit v dětech schopnost vyjádřit se o ostatních - tentokrát pouze v pozitivním smyslu. Nutnost zamyslet se nad kladnými stránkami druhých, popřípadě i umět pochválit, že to někomu sluší.
Pomůcky:	Papír, tužka.
Časová dotace:	30 minut
Průběh činnosti:	Každý dostane papír, na který se podepíše – v horní části. Potom všichni pošlou svůj papír v předem určeném směru. Děti na papír toho určitého žáka připíší jednu nebo i více kladných vlastností a všechno, co se jim na daném žákovi líbí. Děti upozorníme, že začínají psát od spodu, protože to, co napsaly, pak přeloží, aby si nikdo jiný vzkaz nečetl. Papír by měl být velký úměrně tomu, kolik dětí ve třídě je, aby každý mohl něco napsat. Jakmile lísteček doputuje zpět k vlastníkovi, hra končí.
Zhodnocení:	Hodnotit tuto situaci je velmi těžké, protože s výsledky se seznámí jen žáci samotní. Podle jejich výrazu ve tváři můžeme usuzovat, zda úkol splnil naše očekávání.
Závěr:	Každý si přečte, co o něm ostatní napsali. Když hru nastavíme jako nyní, že se vypisují pouze kladné vlastnosti, děti si určitě lísteček ponechají, nebo si zapamatují věci, které o nich byly napsány a v těžkých chvílích si na ně mohou vzpomenout. Také je upozorníme na to, že si lísteček mají dobře uschovat. Hru lze zařadit, když vidíme, že ve třídě není dobrá nálada. Z hodiny děti odcházejí pozitivně naladěny.

9.6. INZERÁT - SEBEPREZENTACE

Tematické zaměření činnosti:	Procvičení si dovednosti umět sám sebe vychválit tak, že si ho druzí vyberou jako svého nového zaměstnance.
Pomůcky:	Papír, tužka.
Časová dotace:	45 minut
Průběh činnosti:	Žáci dostanou za úkol napsat inzerát, v kterém se budou ucházet o nějaké velmi žádané pracovní místo. Aby toto místo získali, musí nabídnout všechno, co na své osobě pokládají za dobré (vědomosti, schopnosti, vzhled, zkušenosti apod.). Nejedná se o žádné konkrétní zaměstnání, takže není důvod své přednosti nějak orientovat k určité profesi. Cílem je, aby si žáci uvědomili své kladné stránky v celé šíři.
Zhodnocení:	Před hlasováním oceníme snahu každého, kdo se úkolu zhostil zodpovědně. Pochválíme dobré vystupování, schopnost se vyjadřovat a sebeprezentovat.
Závěr:	Na závěr svůj inzerát prezentují. Ostatní pak mohou po každém inzerátu hlasovat, jestli by žáka zaměstnali, popřípadě kvůli kterým vlastnostem. Můžou následně diskutovat o tom, jaké vlastnosti jsou pro která zaměstnání důležité.

9.7. OCHUTNÁVKA

Tematické zaměření činnosti:	Umožnění dětem ochutnat různé druhy ovoce, zeleniny či jiných potravin.
Pomůcky:	Různé druhy ovoce, zeleniny, popřípadě pečivo, apod., talířky nebo papírové tácky, nůž, párátka, šátky
Časová dotace:	45 minut
Průběh činnosti:	Každý si přinese jeden druh potravin, např. ovoce, které rozkrájí a připraví na talířek nebo tácek. Kousků by mělo být přibližně tolik, kolik je ve třídě žáků. Každý dílek opatří párátkem. Po přípravné části se děti rozdělí do dvojic, jeden ze dvojice si zaváže oči šátkem a ten druhý ho provází po jednotlivých stanovištích. U každého stanoviště podá párátko s ovocem, zeleninou a dítě s šátkem má za úkol rozpoznat, co ochutnává. Asi v polovině se děti vymění a pokračují. Zbylé jídlo si mohou dojíst společně o přestávce.
Zhodnocení:	Při hodnocení vyzdvihneme žáky, kteří akci zvládli v tichosti. Lehce se totiž může stát, že se činnost stane velmi hlučnou.
Závěr:	Trénujeme zde spolupráci mezi žáky, kdy vždy jeden z nich je indisponovaný, protože má zavázané oči. Dále si děti vyzkouší zábavnou formou jíst zdravé věci. Můžeme doufat, že jim po této činnosti přijdou více na chuť.

9.8. KRABICE NA STAROSTI

Tematické zaměření činnosti:	Pomáháme dětem rozlišovat mezi zbytečnými a důležitými problémy, všichni máme sklon ke starostem a je to snad stejně normální, jako potřeba jen tak si popovídat o běžných věcech. Děti se pokoušejí pochopit, že ne všechny starosti a obavy jsou stejně závažné.
Pomůcky:	Krabice, papír, tužka, materiál na ozdobení krabice
Časová dotace:	V průběhu školního roku asi 10 minut týdně
Průběh činnosti:	Děti si donesou malou krabici, kterou si mohou libovolně ozdobit. Vybídneme je, aby sepsaly všechny problémy a starosti, jaké mají. Na začátek je dobré dětem při shromažďování starostí pomoci. Rozhodující je rozdíl mezi řešitelnými a neřešitelnými obtížemi, proto u mnoha problémů nezbývá nic jiného než nechat se překvapit, jak se budou vyvíjet. Lístečky se sepsanými problémy každý vhodí do své krabice, kterou může mít uschovanou ve třídě nebo si ji odnést domů. V pravidelném intervalu (třeba jednou týdně) děti vyzveme, aby si krabici přinesly a lístečky si přečetly. Potom se při společné debatě bavíme o tom, které problémy jsme vyřešili sami, které se vyřešily samy, a které nám zůstaly nevyřešené.
Zhodnocení:	Kladně ohodnotíme, jsou-li děti schopny své problémy a starosti pojmenovat. Hodnotíme také to, zda si uvědomují, za jakých podmínek a v jaké situaci byl problém vyřešen.
Závěr:	Mnoho problémů vzniká z přehnaných obav. „Co bude, když onemocním?, Co bude, když ztratím přítele?“

Když si budou děti dělat přehnané starosti, už jim nebude zbývat energie, aby se soustředily na jednotlivé řešitelné problémy. Proto jim krabice na starosti má pomoci si své starosti a problémy utřídit. Ihned jim tak dáme možnost zamyslet se nad možným řešením a odpoutat se tak od tíživých myšlenek v průběhu dne. Už jen možnost napsat své starosti na papír je uvolňujícím momentem.

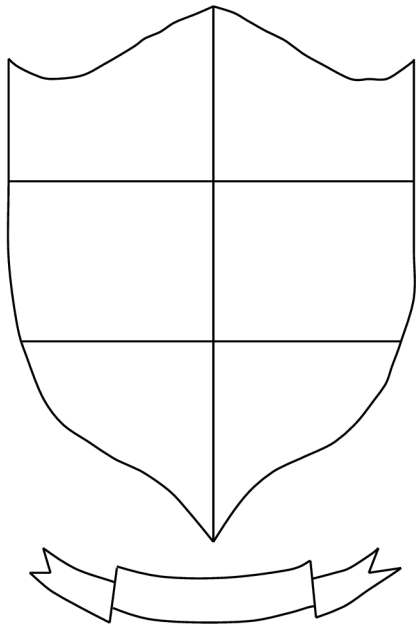
9.9. NADŘAZENÝ – PODŘAZENÝ

Tematické zaměření činnosti:	K získání pocitu rovnoprávnosti a rovnocennosti vede u většiny dětí obtížný proces poznávání. V mnoha situacích mají sklony cítit se buď v nadřazeném, nebo v podřazeném postavení. Obě pozice je izolují a vedou nevyhnutelně k napětí. V této hře upozorňujeme děti na problémy, které jsou s tím spojené, a dáváme jim příležitost být pozornější.
Pomůcky:	Bez pomůcek
Časová dotace:	15 – 20 minut
Průběh činnosti:	Děti stojí ve třídě a představují si pocit, že jsou horší než ostatní děti kolem nich. Myslí si, že všichni jsou chytřejší a silnější, že lépe vypadají a mají oblečené hezčí věci. Začnou se procházet a všímají si, jaké mají postavení těla a jak se pohybují, když mají pocit podřazenosti. Potom se akce opakuje ve dvojicích, kdy jeden má pocit podřazenosti a druhý nadřazenosti. Všímají si pocitů a postoje. Dvojice se vymění. Nadřazený vypráví, z čeho vyplývá jeho nadřazenost, a naopak. Nakonec si oba ve dvojici zkusí roli rovnocenných.
Zhodnocení:	Pokud se dětem podaří ztvárnit pomocí mimiky nebo dramatizace nadřazenost a podřazenost, musíme tuto činnost velmi pozitivně zhodnotit. Dále se zaměříme na vyjádření pocitů. V případě, že jsou děti schopny pocity vyjádřit, tak je velmi oceníme.
Závěr:	Jde o uvědomění si pocitu, že ve třídě není nikdo nikomu nadřazený ani podřazený. Děti si jsou rovny a mají spolu spolupracovat a pomáhat si jako partneři.

9.10. OSOBNÍ ERB

Tematické zaměření činnosti: Při této činnosti nám jde o to, aby každé dítě umělo vyjádřit své pocity, přání, tužby, prožitky. Ne vždy se vyjádření daří slovy, tak je nabízena varianta kresby.

Obr. 2: Erb



Pomůcky: Předtištěná předloha erbu nebo papír, pastelky

Časová dotace: 30 minut

Průběh činnosti: Žáci dostanou úkol. Do 1. políčka vyjádřete kresbou nejdůležitější událost ve vašem životě od narození do současnosti. Do 2. políčka vyjádřete kresbou největší úspěch za poslední rok. Do 3. políčka vyjádřete kresbou nejšťastnější okamžik za poslední rok. Do 4. políčka vyjádřete kresbou, co byste v příštím roce moc rádi udělali. Do 5. políčka vyjádřete kresbou to, v čem vynikáte (zde je nezbytné upozornit žáky, že tento bod mají ladit pozitivně). Do 6. políčka nakreslete vaše nejoblíbenější jídlo.

Zhodnocení:	Oceníme snahu, kterou děti vynaložily ke ztvárnění. Ke každému obrázku si necháme povykládat jeho příběh.
Závěr:	Děti si mohou nakreslit svůj vlastní erb, vyplněným erbem potom mohou ozdobit svoje pracovní desky, aby měly svoje pěkné vzpomínky neustále na očích.

9.11. Shrnutí

Pro diplomovou práci bylo vytvořeno deset listů s praktickými činnostmi, jejichž úkolem je pomáhat učitelům na základních školách při primární prevenci poruch příjmu potravy. Prostřednictvím těchto činností se dosahuje určitých cílů, které v prevenci uplatňujeme. Tyto cíle byly podle soudu autorky naplněny. Osoby postižené touto poruchou potřebují speciální přístup, a tak i učitelé by v tomto směru měli být vyškoleni. Pedagogovi by tyto pojmy měly být známé, stejně jako práce se žáky, kteří trpí poruchami příjmu potravy. Pro rozšíření informovanosti učitelů a poskytnutí materiálu s ukázkami možností práce, se bude autorka snažit rozšířit tento materiál na základní školy, minimálně pomocí zpřístupnění diplomové práce na internetových stránkách.

Navrhnuté činnosti byly z velké části zrealizovány v páté třídě základní školy, práce s dětmi splnila očekávání, které autorka měla.

10. Diskuse

Jednotlivé činnosti lze zařazovat do hodin podle potřeby a možností učitele. Vhodné by ale bylo, věnovat se aktivně tématu sebedůvěry alespoň dvakrát až čtyřikrát do měsíce. Učitel by se měl mimo tyto a podobné činnosti zaměřovat na témata sebedůvěry, sebeúcty apod. denně. Jedná se o každé jeho jednání se žáky, při kterých jim může dokazovat, že mu mohou být rovnocennými partnery.

Ke všem činnostem můžeme podle potřeby vytvořit vhodné varianty. U aktivity číslo 7 napřed zjistíme, zda netrpí některé z dětí alergií na určité druhy ovoce, zeleniny či jiných potravin. Dále pokud nejsou k dispozici šátky, lze přistoupit ke zjednodušení, aby děti pouze zavřely oči.

V 8. aktivitě můžeme méně skladnou krabici nahradit skladnějším sešitem, lépe se také přenáší z domu do školy.

K těm časově méně náročným aktivitám, kdy můžeme posílit pocit blízkosti dětí navzájem, patří také „psaní na záda“. Tuto činnost můžeme zařadit jak v rámci psychomotoriky do hodin tělesné výchovy, tak do českého jazyka nebo matematiky. Vždy jeden ze dvojice píše spolužákovi na záda – buď vzkaz, příklady na počítání nebo třeba mohou procvičit slovní druhy. Žák, který vnímá písmo, si může to, co „odpozoroval“, zapisovat na papír.

Mezi velmi úspěšné činnosti bych zařadila aktivitu „Dva s jednou křídou“, která se po všech stránkách velmi podařila. Za činnosti, kde hranice správnosti nejsou striktně určeny, se dá považovat veškerý písemný projev žáků. Při tomto hodnocení musí být učitel vždy velmi tolerantní, abychom u žáků nepotlačovali tvořivost. Při všech aktivitách, kde je atmosféra více uvolněná, musíme počítat s větším „pracovním ruchem“.

Mezi cíle, které jsme si stanovili, můžeme přiřadit další, kterých lze dosáhnout:

- Spojování dětí s ostatními dětmi – pro někoho je obzvlášť těžké rozvinout pocit sounáležitosti. Děti s malým sebevědomím, děti bojácné nebo nejisté se obávají, že ostatní by mohli odhalit jejich slabé stránky, a

proto se snaží udržet si odstup. Často už mají za sebou špatné zkušenosti a musí se pomalu učit, že mohou spolužákům i učiteli důvěřovat. Potřebují čas, aby zjistily, že nejen ony samy jsou „jiné“, ale že každé dítě je zvláštní osobnost, že každý se musí vypořádat se svými přednostmi a slabinami.

- Dávání naděje – jedním z důležitých úkolů učitele je dodávat dětem odvahu a posilovat je ve víře, že mohou svůj život dobře zvládnout. Velmi důležité je pomáhat jim v tom, aby byly hrdé na svou vlastní minulost a dívaly se s nadějí do budoucnosti. Naděje je existenciální postoj, s nímž přistupujeme k obtížným záležitostem. Naděje je naše schopnost užívat života i uprostřed potíží a po porážkách, dává dětem i dospělým sílu a vnitřní cíle.
- Učení dětí respektu – dobří učitelé zdůrazňují ve vyučování respekt a zároveň podporu. Podpora by přitom měla být nepřímá, měla by být vyjádřena tím, že se snažíme děti dobře poznat, postupně porozumět jejich životním osudům a nenechat ani problematické děti bez pomoci.
- Pomáhat dětem jasně myslet – zejména pro mladší děti je důležité, aby se naučily rozlišovat mezi myšlením a cítěním, mezi pravdou a fantazií. Musíme jim pomoci, aby se uměly vyrovnat s realitou.
- Pomáhat dětem ke správnému rozhodování – i děti se snaží dělat všechno správně, ale někdy jsou příliš zbrklé, nevědí, co je správné a co ne a neposoudí všechny možnosti, které mají. Můžeme je učit diskutovat o volbě z různých variant
- Učení soucitu – toho docílíme, když v dětech probudíme zájem poznat, co si ostatní lidé myslí a co cítí. Můžeme je naučit vžít se do obtížné situace starých, nemocných nebo do situace s úplně odlišným rodinným zázemím.
- Pomáhat rozvíjet osobnost – pokud tak chceme činit, nesmíme se nechat omezovat časem, nýbrž musíme dětem pomáhat, aby šly za svými vlastními vnitřními cíli a přáními. Často mohou snadněji objevit své osobní cíle, když se vyjadřují umělecky – když píšou, provozují hudbu, malují nebo hrají divadlo.

- Podpora otevřenosti a dodávání odvahy čelit obtížím – přání patřit někam nebo být populární brání částečně tomu, aby se děti zařadily mezi své vrstevníky. Pro umožnění jasné a realistické komunikace je důležité dodávat dětem odvahu.
- Pomáhat poradit si se strachem a stresem – musíme dát dětem příležitost hovořit také o nepříjemných záležitostech, a přitom jim trpělivě naslouchat. Ukážeme jim, jak se mohou naučit rozdělit svůj čas, aby zároveň splnily své povinnosti a také se tělesně i duševně uvolnily.
- Pomoc při dosahování vnitřní rovnováhy – když připravujeme aktivity, které mají dětem pomoci při dosahování vnitřní rovnováhy, tak to promýšlíme tak, aby byly pro děti co nejvíce přínosné. Perfekcionistickým dětem prospěje, když je naučíme uvolnit se a používat vlastní fantazii. Sebestředným a egoistickým dětem mohou vyhovovat hry zaměřené na přátelství a soucit. Děti, které jsou neorganizované a málo ambiciózní, získají podporu spíše u her zaměřených na úspěch a sebeúctu.
- Pomáhat rozvíjet kladné stránky jejich povahy – to nejdůležitější, co si mohou mladí lidé ze školy nebo z rodiny do života odnést, jsou kladné povahové vlastnosti, především schopnost vcítění a to, že budou schopni nést odpovědnost. Čím dřív s jeho pěstováním začneme, tím jistější si můžeme být, že tyto ctnosti dokážeme praktikovat i v těžkých časech.

(Vopel, 2009)

Téměř všechny činnosti byly prověřeny na „zkušební třídě“ a do budoucna plánuji prověřit i zbývající. Celou akci hodnotím velmi pozitivně a myslím, že dětem tato práce přinesla mnoho nových zážitků a posílila jim sebevědomí i vztahy ve třídě.

Závěr

Diplomová práce se zabývá primární prevencí poruch příjmu potravy. Úvodní kapitoly jsou věnovány vymezení pojmů týkajících se poruch příjmu potravy. Nejvíce místa je věnováno nejčastějším z nich – mentální anorexii a mentální bulimii, kde se můžeme seznámit se dvěma poutavými příběhy dívek postižených touto poruchou. Jedna z kapitol se věnuje také historii těchto poruch, kde se můžeme přesvědčit, že tento problém trápil již mnoho generací před námi. Z tohoto důvodu bylo toto téma vybráno pro zpracování diplomové práce, aby se díky primární prevenci tyto počty spíše snižovaly, než zvyšovaly. Aby byla prevence praktikovaná včas a na správném místě, byla práce směřována pro učitele 10 – 12letých žáků základních škol. Toto téma bylo také zvoleno proto, že zastoupení těchto témat v Rámcovém vzdělávacím programu se mi jeví jako nedostatečné. Proto se autorka snažila do jednoho celku uspořádat řadu činností, které jsou při primární prevenci nezbytné. Z úvodních kapitol víme, že při primární prevenci je důležité působit na posilování zdravého sebevědomí, kladného vnímání vlastního těla, tzn. přijetí sebe sama takového, jaký jsem, nebo na kladný postoj ke stravování. Výběr činností v diplomové práci by měl k těmto cílům směřovat a pomáhat tak učitelům zařazovat je do své výuky.

Resumé

Diplomová práce se zabývá primární prevencí poruch příjmu potravy. V úvodních kapitolách je nastíněno vymezení pojmů, týkajících se této problematiky, především pak mentální anorexie a mentální bulimie. Dále jsou uvedeny příčiny, příznaky a důsledky, které tyto nemoci provází. Práce se zaměřuje na primární prevenci, a to především u dětí do dvanácti let. V praktické části diplomové práce vznikl didaktický materiál v rozsahu deseti listů, s nimiž učitel na základní škole v rámci prevence může pracovat.

The subject of this Master's thesis is the primary prevention of the food intake disorders. First chapter contains definititions of terms, with emphasize of anorexia nervosa and bulimia, including causes, symptoms and consequences which follows these deseases. Thesis focuses mainly on primary prevention, especially for children up to age 12. Prevention activities for elementary school teacher are described in didactic part of the thesis.

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1: Posuzování hodnot BMI u dospělých osob, str. 7

Tabulka 2: Posuzování hodnot BMI u dětí, str. 8

Tabulka 3: Historie poruch příjmu potravy, str. 23

Obrázek 1: Deštník sebeúcty, str. 58

Obrázek 2: Erb, str. 66

Použitá literatura

ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery.* Praha, 2008.

GROGAN, S. *Body Image - Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000.

HALL, L. *Rozlučte se s bulimií.* Brno: ERA Group, 2003.

HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

Kakáčová, M. *Znalosti dětí mladšího školního věku o poruchách příjmu potravy: diplomová práce.* Brno 2010

Krch, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, F. D. MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví*. Poruchy příjmu potravy příručka pro učitele. Praha: Vydal VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003.

Leibold,G.: *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0449-0.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

MATĚJČEK, Z. POKORNÁ, M. *Radosti a strasti: předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk.* Jinočany: H+H, 1998. ISBN 80-86022-21-8.

MUŽÍK, V. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole.* Příručka pro učitele. Brno: Paido, 2007. ISBN: 978-80-7315-156-0.

NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Klinická výživa v psychiatrii.* Maxdorf, 2000, ISBN-10: 80-85912-33-3

ROUHOVÁ, M. *Primární prevence poruch příjmu potravy: diplomová práce.* Brno, 2001

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996.

ŠTICHOVÁ, Z. *Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy* in VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2002. ISBN 1593850158.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002.

VOPEL, K. W. *Skupinové hry pro život 4.* Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-519-6.

http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/edicni-a-edukacni-centrum/projekt-ppp-podpora-profesionalni-prevence

http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/94-dti-s-poruchou-pijmu-potravy

http://zdravi.idnes.cz/anorexii-spustil-muj-kluk-podvadel-me-s-nejlepsi-kamaradkou-pl2-/pribehy-ctenaru.asp?c=A100315_091707_pribehy-ctenaru_pet

http://zdravi.idnes.cz/bulimie-byla-jako-dabel-vzala-mi-mou-dusi-i-meho-pritele-pgp-/pribehy-ctenaru.asp?c=A100301_121229_pribehy-ctenaru_pet