

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Katedra školní a sociální pedagogiky - oddělení rodinné výchovy

Poruchy příjmu potravy jako aktuální problém středoškoláků

Diplomová práce

Autor: Iveta Slechtová

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Praha 2007

ANOTACE

SLECHTOVA, I. *Poruchy příjmu potravy jako aktuální problém středoškoláku.*
Praha: Katedra školní a sociální pedagogiky - oddělení rodinné výchovy, Fakulta pedagogická. Univerzita Karlova v Praze, 2007, 83 s. Diplomová práce, vedoucí PaedDr. Marádová, E.,CSc.

Diplomová práce se zabývá poruchami příjmu potravy, jakožto aktuálním problémem středoškoláků. Práce je rozdělena do teoretické a praktické-empirické části. Samostatnou část práce tvoří přehledná informace o již zrealizovaných výzkumech výskytu poruch příjmu potravy na středních školách v ČR a v zahraničí.

Teoretická část obsahuje poznatky z odborné literatury, zabývá se mentální anorexií a mentální bulimií obecně, zkoumá možné příčiny těchto poruch a možnosti léčby.

Empirická část obsahuje vlastní výzkum na pražských středních školách. Výzkum byl realizován formou rozhovoru se středoškolskými pedagogy.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zdaje problém poruch příjmu potravy aktuální na pražských středních školách, navrhnout strategii prevence dle získaných poznatků a zpracovat vlastní návrh opatření - doporučení pro školní vzdělávací program.

ANNOTATION

SLECHTOVÁ, I. *Eating disorders as a current problem of secondary students.*

Prague: Department of school and social pedagogy - family education compartment, Faculty of Education, Charles University in Prague, 2007, 83 p., Graduation thesis, master PaedDr. Marádová, E., CSc.

My graduation thesis deals with eating disorders, as a current problem among secondary students. My thesis is divided in the theoretical part and the practical empirical part. The separated part of the thesis is formed by general information about researches on frequency of eating disorders at secondary schools in the Czech Republic and abroad.

The theoretical part includes remarks from scientific literature. It is concerned with anorexia nervosa and bulimia in general and tries to find causes of these disorders and treatment possibilities.

The empirical part concerns my own research at secondary schools in Prague. My research was carried out by interviewing secondary teachers.

The aim of research was to find out whether the problem with eating disorders is current at secondary schools in Prague, to suggest a strategy of prevention according to my acquired knowledge and to work out my own draft of measures - recommendation for school education programme.

Poděkování

Úvodem bych chtěla poděkovat vedoucí své diplomové práce paní PaedDr. Evě Marádové, CSc. za pomoc při vypracovávání této práce, za poskytnuté cenné rady a informace.

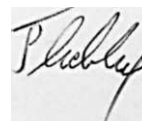
Iveta Šlechtová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Praze, dne 15.11.2007

Podpis

A square box containing a handwritten signature in black ink, which appears to be 'P. Hlubek'.

1 ÚVOD.....	7
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
2.1 Teoretický úvod.....	9
2.2 Co to jsou poruchy příjmu potravy.....	11
2.2.1 Mentální anorexie.....	13
2.2.2 Mentální bulimie.....	14
2.3 Historie poruch příjmu potravy.....	16
2.3.1 Historie mentální anorexie.....	16
2.3.2 Historie mentální bulimie.....	16
2.4 Příčiny poruch příjmu potravy.....	18
2.4.1 Biologické faktory.....	18
2.4.2 Osobnost a psychologické faktory.....	19
2.4.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory.....	20
2.4.4 Emocionální faktory.....	22
2.4.5 Sociokulturní faktory.....	22
2.4.6 Životní události.....	24
2.4.7 Exkluzivní porucha.....	25
2.4.8 Jak lze vzniku poruch příjmu potravy předejít.....	26
2.5 Důsledky poruch příjmu potravy.....	26
2.5.1 Důsledky mentální anorexie.....	27
2.5.2 Důsledky mentální bulimie.....	28
2.6 Léčba - terapie poruch příjmu potravy.....	29
2.6.1 Jednotlivé možnosti léčby.....	29
2.6.2 Svépomoc.....	29
2.6.3 Svépomocná skupina Anabell Praha.....	29
2.6.4 Motivace k léčbě.....	34
2.6.5 Často kladené otázky a odpovědi k léčbě.....	35
3 SITUACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR A V ZAHRANIČÍ.....	36
4 VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ.....	39
5 PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
5.1 Vlastní výzkumné šetření.....	48
5.1.1 Výzkum na Střední zdravotní a sociální škole.....	48
5.1.2 Výzkum na Gymnáziu.....	48
5.1.3 Výzkum na Střední průmyslové škole.....	51
5.1.4 Výzkum na Obchodní akademii.....	52
6 STRATEGIE PREVENCE.....	54
7 NÁVRH OPATŘENÍ - DOPORUČENÍ PRO ŠKOLNÍ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM.....	55
8 ZÁVĚR.....	55
9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
9.1 Seznam dalších použitých informačních zdrojů.....	58
10 SEZNAM PŘÍLOH.....	60

1 ÚVOD

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma poruch příjmu potravy, protože se stávají velmi závažným problémem dnešní společnosti, především pak pro dospívající mládež. Zasahují do širokého spektra života jedince, mají dopad na fyziologickou stránku organismu, na osobnost člověka, jeho sociální okolí. Tyto poruchy ovládají nejen blízké okolí postiženého, rodinu, přátele, ale také i širší sociální okolí, např. školu, zaměstnavatele. Navíc se jedná o nemoci, které většinou přicházejí ve věku, kdy je rozhodující celý psychosociální vývoj jedince.¹

Závažnost onemocnění nespočívá pouze v jejich dramatickém průběhu (nebezpečí úmrtí), ale především v tom, že těmito poruchami trpí značná část dospívajících dívek a mladých žen v ekonomicky vyspělých zemích a v tom, že jde o poruchu základní lidské potřeby, poruchu obživného pudu.²

Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Někteří autoři odborných publikací řadí mezi poruchy příjmu potravy i záchvatovité přejídání. Ve své práci se budu věnovat prvním dvěma formám onemocnění.

Cílem mé práce je zjistit s pomocí vlastního výzkumu četnost výskytu poruch příjmu potravy na pražských středních školách, dle získaných poznatků ověřit hypotézy současné společnosti o aktuálním výskytu a příčinách poruch příjmu potravy u dospívajících a získat údaje z již uskutečněných výzkumů výskytu poruch příjmu potravy u dospívajících v ČR a v zahraničí. Na závěr zvolím dle výsledků výzkumů strategii prevence a navrhnou opatření - doporučení pro školní vzdělávací program.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, samostatnou část práce tvoří přehledná informace o již zrealizovaných výzkumech výskytu poruch příjmu potravy na středních školách v ČR a v zahraničí.

V teoretické části se, po prostudování odborné literatury a dalších informačních zdrojů, věnuji poruchám příjmu potravy - mentální bulimii a mentální anorexii - obecně, vysvětluji zde danou problematiku, základní pojmy, zabývám se možnými příčinami poruch příjmu potravy

¹ *Občanské sdružení Anabell* [cit. 07-09-15] <online> [hUp://www. anabell.cz](http://www.anabell.cz)

² SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Deník Rovnost*. 28. 2. - 27. 3. 2004. 1.-5. část

a uvádím důsledky tohoto onemocnění. Velmi důležitá část je věnována léčbě poruch příjmu potravy, která je velmi zdoluhavá, náročná a leckdy bohužel neúspěšná.. Velmi často se ve své teoretické části opírám o fakta a informace z občanského sdružení Anabell - pro nemocné anorexií a bulimií. *Anabell je jediné občanské sdružení v ČR; které se zabývá touto problematikou.* Dalším velmi důležitým zdrojem informací jsou pro mne výzkumná šetření a publikace pana PhDr. F. D. Krcha. Více informací o občanském sdružení Anabell a o PhDr. F. D. Krchovi přikládám v příloze č. 1 a č.2.

V empirické části se zaměřuji na vlastní výzkum výskytu poruch příjmu potravy v praxi, na pražských středních školách rozhovorem se středoškolskými pedagogy. Pro svůj výzkum jsem si vybrala 4 rozdílné školy: Střední zdravotní a sociální školu, Gymnázium, Střední průmyslovou školu a Obchodní akademii. Pro rozhovor jsem si vždy vybrala pedagoga, který vyučuje jeden z těchto předmětů: biologii, anatomii, zdravotní nauku nebo tělesnou výchovu či je také třídním učitelem. K rozhovoru využívám vlastní záznamový list, který přikládám ke svému výzkumu. Záznamový list je členěn na 4 hlavní oblasti, podle kterých jsem rozhovor uskutečňovala: 1. Respondent - základní informace o respondentovi, 2. Poruchy příjmu potravy - zkušenosti respondenta s danou problematikou, 3. Škola - výskyt poruch příjmu potravy na škole, kde respondent vyučuje, 4. Názor respondenta - názor na příčiny poruch příjmu potravy.

2 TEORETICKÁ ČASŤ

2.1 Teoretický úvod

Poruchy příjmu potravy byly roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se, že na celém světě trpí některou z forem poruch příjmu potravy kolem osmi milionů lidí. V České republice se udává, že se toto vážné psychogenní onemocnění týká každé dvacáté mladé ženy, či dívky. Mentální anorexií trpí především dospívající dívky, převážně tedy v období střední školy, na které se ve své práci zaměřím. Není ale neobvyklé, že tímto onemocněním trpí již dívky na základní škole či dospívající chlapci. Úspěch léčby potom záleží hlavně na včasném rozpoznání těchto problémů a následném vyhledání odborné pomoci.³ V USA umírá na následky poruch příjmu potravy ročně 150 000 lidí. To je o 17 000 lidí více než na chorobu AIDS.⁴

V současné době se můžeme setkat se stále více lidmi, kteří nejsou spokojeni se svým tělem, s postavou, se svoji hmotností a snaží se více přiblížit dnešnímu mediálně propagovanému „ideálu krásy“ - až příliš štíhlé modelky s dokonalou postavou, proporcemi, které nesmějí mít ani vrásku, pupínek či sebemenší nepravidelnost. Jen tak dnes žena může být „krásná“. Určitě stojí za zmínku volby MISS, které jsou tohoto fenoménu typickým příkladem. V nelítostném obchodu s ženskou krásou mohou uspět jen ženy s mírami panenky Barbie.' Dnes dosáhl kult štíhlosti svého maxima. Dnešní dívky a mladé ženy jsou opravdu ochotny obětovat mnoho sil, času a hlavně také peněz, aby dosáhly onoho „ideálu krásy“, který vídají na obálkách módních časopisů, billboardů a tv reklam. Díky hubnutí a dietám dochází k poruchám příjmu potravy, patologickému zacházení s jídlem, ke kterým řadíme mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání.

Poruchy příjmu potravy jsou poruchou velmi častou především v období dospívání, i když počátky anorexie jsou již mnohdy před 14. rokem věku. Bohužel byly zaznamenány i případy anorexie před 10. rokem věku. Tato hranice se snižuje hlavně proto, že s věkem vzrůstají i tukové zásoby, tělesná hmotnost a výška. Maximum váhového přírůstku je někdy kolem 13 let. Dívky si přejí být štíhlé, ale postupně se více a více vzdalují od své dětské „klučičí“ postavy a vytváří se jim zejména tukové tkáně. Najednou si nevědí se svojí postavou rady. Chlapci v tomto věku to mají jednodušší. Přejí si být větší, silnější, svalnatější a vývoj

¹ Internetová stránka o zdraví, článek „Poruchy příjmu potravy“ [cit. 07-08-10] <online> <http://zdravi.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy>

* BROUMOVA, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999

⁵ ISROI IMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999

jejich postavy se opravdu tímto směrem ubírá., protože tělo chlapce vytváří v tomto období především svalovinu. Období dospívání je obdobím plným zvrátů, pocitů, změn nálad a uvědomování si sebe sama. Je těžké se s tím vším vyrovnat, když se musí dospívající věnovat nejen svému dospívání, ale ještě k tomu tak markantní změně postavy.⁶ Pro určitý věk v dospívání je daná orientační průměrná hmotnost měřená v BMI, tj. indexové číslo vypočítané z poměru tělesné výšky a hmotnosti (BMI neboli BODY MASS INDEX, česky lze přeložit jako index tělesné hmotnosti). BMI se snaží vzájemně porovnávat výšku a hmotnost člověka. Vypočítaná hodnota BMI nám pak napovídá, jestli máme podváhu, hmotnost v normě, nadváhu nebo obezitu.

Hodnota BMI je dána hmotností v kilogramech, která se vydělí druhou mocninou výšky v metrech. Výsledná hodnota určuje zařazení do rizikové skupiny.

Tabulka č. 1 - hodnoty BMI

Věk	Chlapci	Dívky
11	16-19	16-19
12	16,5-19,5	17-20,5
13	17-20	18-21
14	18-21	18,5-22
15	19-21	19-22
16	19,5-22	19,5-23
17	20-23	20-23

Tělesná hmotnost tedy vzrůstá s věkem (zejména v průběhu dospívání), a tak u dětí mladších 15 let je důležitějším ukazatelem, než BMI, očekávaný hmotnostní přírůstek. To znamená, že děti před pubertou mohou mít tělesnou hmotnost, která je nižší než je BMI 17,5 a nemusí být anorektické. Na druhé straně by však v tomto věku měly přibírat na hmotnosti. Není normální, aby například v 15 letech měly stejnou nebo nižší tělesnou hmotnost jako ve 12 letech. Výjimkou jsou děti, které trpěly skutečnou nadváhou a přiměřeně zhubly. U dospívajících dětí

⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kolín - přeloženo [cil. 07-08-21] <online> <http://www.bzga.de>

mohou vyhublost a podvýživa zpozdít, nebo dokonce zastavit, tělesný růst. U dívek se dále nevyvíjejí prsa, u hochů zůstávají dětské genitály. Po návratu k přiměřené tělesné hmotnosti většinou dojde k normálnímu dokončení tělesného vývoje, i když dospívající s časným počátkem mentální anorexie bývají menší než jejich vrstevníci. Vývoj kostí se může zcela zastavit, když váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Podvýživa v dětství, ať už z jakýchkoli důvodů, je vždy nebezpečná a může mít trvalé následky.⁷ S těmito problémy souvisí celý bio-psycho-sociální vývoj jedince.

V dnešním moderním, přetechizovaném světě, kde je všeho dostatek, kdy si dospívající mládež může koupit v podstatě cokoli, může vycestovat kamkoli, se nelze divit, že tato mládež dospívá a sociálně dozrává tak nějak rychleji. Možnosti výběru jídel, potravin jsou obrovské a vlastně sama tato hojnost umožňuje odmítání jejich příjmu, protože ten, komu nebyla poskytnuta možnost, aby bojoval o své přežití, pokrytím životně nutné potřeby jídla, si přeci nebude vážit dosažitelné potravy. Poruchami stravovacích návyků trpí mimochodem pouze západní industriální společnosti. V rozvojových zemích, v nichž jsou hlad a podvýživa velmi rozšířeny, není tato diagnóza aktuální.⁸

Také s finanční stránkou si dnešní dospívající nedělají starosti, od rodičů dostávají nemalé kapesné jako „omluvu“ za to, že na své děti nemají příliš mnoho času díky zaměstnání či jen uspěchanému stylu života. A právě v rodinném prostředí můžeme hledat příčiny vzniku poruch příjmu potravy. Ať už se jedná o nějaký traumatický zážitek z dětství, či bolestivý rozchod rodičů, špatný stravovací režim v rodině, používání/zneužívání jídla jako zdroj útěchy či naopak hrozby, jako náhrada za lásku, nebo když se stane člen rodiny trpící anorexií či bulimií vzorem pro dospívající dítě.

Každý příběh je jiný, protože každý člověk je jiný. Proto také nelze jednoznačně stanovit „typický profil“ člověka trpícího mentální anorexií či mentální bulimií.

2.2 Co to jsou poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou představovat pokus k řešení hluboce uložených duševních problémů, východisko, únik nebo náhradu potlačovaných pocitů a potřeb či mohou být jen němým protestem, odmítnutím. Signalizují odpírání a zároveň rezignaci či přizpůsobení se.

KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, str. 23-24

* BROHMOVÁ. P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999, str. 43

Pocit uspokojení z jídla nebo hladovění vede v první fázi k rychlé úlevě a prožitku jistoty a samostatnosti. Jelikož se nejedná o uspokojení krátkodobé, vyžadují postižení opakování. Tím získá porucha příjmu potravy vlastní dynamiku a vymyká se kontrole. Postižení se poté v jídle neovládají a jsou vydáni nemoci napospas.

Poruchy příjmu potravy jako závislost

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, u nichž dochází na základě duševních zátěží k fyzickým poruchám, hovoří se tedy o psychosomatických poruchách. Poruchy příjmu potravy představují pokus manipulovat příjem potravy a tím i své tělo. Cíl, který stojí ve středu zájmu postižených, je docílení váhového úbytku popř. váhové kontroly. Podvědomě se jedná o pokus překonání vnitřních konfliktů zdánlivě beznadějných těžkostí a stresu. I když má výraz „závislost na jídle“ pojmovou souvislost s jinými závislostmi, jsou poruchy příjmu potravy něco jiného než např. drogová či alkoholová závislost (závislost na konkrétní látce). Některé způsoby chování takto postižených mohou ovšem mít přesto charakter obyčejné závislosti:

- ztráta kontroly;
- nutková potřeba k opakovanému jednání či chování;
- sociální izolace.

Nežádka se zároveň s poruchy příjmu potravy objevují i další psychická doprovodná onemocnění a závislosti jako např. vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, deprese, úzkosti, závislosti na lécích, alkoholismus. Poruchy příjmu potravy se mohou vyskytnout také v kombinaci se sebedestruktivní problematikou např. úmyslné poranění nožem, žiletkou, střepy, popáleniny a vytrhávání si vlasů.⁹

Mezi poruchy příjmu potravy řadíme především mentální anorexii a mentální bulimii.

Podle Krcha¹⁰ jsou si mentální bulimie a mentální anorexie velmi podobné. Jednotlivé příznaky se odlišují podle používaných metod kontroly váhy a podle závažnosti podvýživy.

⁹ MÁLKOVÁ, I. KRCH, F. D.: „SOSnadváha: při vodce úskalím diet a životního stylu“. Praha: Portál, 2001
KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. 1999

Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti.

Kranzová a Maloney" zařazují mezi poruchy příjmu potravy i záchvatovité přejídání. Ti, co trpí záchvatovitým přejídáním, konzumují velké množství jídla, i když právě nemají hlad. Dokonce jí i takové jídlo, které jim nechutná, zkrátka proto, že mají pocit, že musí jíst. Dá se říci, že zajídají své úzkosti a své problémy.

U mentální anorexie a mentální bulimie můžeme hovořit o propojení těchto dvou poruch. Asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se časem rozvine mentální bulimie.¹²

„Ve světě, kde je redukční dieta považována za normální jídelní režim a nadměrná kontrola v

13

• r jídle za zdravou výživu, splývají určité rozdíly mezi normou a poruchou."

2.2.1 Mentální anorexie

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti."¹⁴

Dívky se snaží redukovat příjem potravy na minimum. Zpočátku je chuť k jídlu vědomě potlačována. Postupem času anorektičky ztrácí chuť k jídlu, a tak u nich dochází k oslabení pocitu hladu, teprve poté dochází k nechutenství. Projevem anorexie je narušený postoj k tělesné hmotnosti a tloušťce.¹⁵

Anorektici se většinou udržují tělesnou hmotnost pod hranicí BMI 17.5. Normální hodnota pro ženy je mezi 20 - 24 BMI a pro muže od 21 - 25 BMI.

Anorektici využívají různých metod k hubnutí - vyprovokovaného zvracení, užívání laxativ, (projímadel), anorektik (léky snižující chuť k jídlu), diuretik (léky odvodňující organismus) či nadměrného cvičení. U nemocných dívek přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle.¹⁶

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku od 13 do 20 let. Anorexie se však objevila i u dvanáctiletého děvčete či čtyřicetileté ženy.¹⁷

¹¹ MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Nakladatelství Lidové noviny. 1997

¹² KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999

¹³ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D.: „*SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*". Praha: Portál. 2001, str. 73

¹⁴ KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, str. 14

¹⁵ MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D.: „*SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*". Praha: Portál. 2001

¹⁶ KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999

¹⁷ KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999

Podle Krcha¹⁸ existují dva typy mentální anorexie: typ nebulimický (restriktivní) a typ bulimický (purgativní). U nebulimického typu nedochází u nemocných k opakovaným záchvatům přejídání. U bulimického typu mentální anorexie se nemocní v období, kdy nedrží diety, přejídají (o domnělé přejídání, jelikož anorektici mají subjektivní pohled na množství jídla), zvrací či používají projímadla.

Osoby trpící touto poruchou jsou velmi senzibilní k potřebách jiných a mohou velmi dobře komunikovat s přáteli a se známými. Avšak přístup do jejich vlastního emocionálního světa je pro ně těžký. Proto je i pro jim blízké osoby těžké se k nim duševně přiblížit a podporovat je.

Pro mentální anorexii je typické:

- zkreslené vnímání vlastního těla;
 - vlastní tělo je považováno za nepřítele, proti kterému je třeba bojovat;
 - postižení se neustále váží a cítí se příliš tlustí;
 - hlava kontroluje a řídí;
 - tato kontrola zprostředkovává pocit autonomie a samostatnosti;
 - uzavřené chování;
 - černobílé myšlení a depresivní nálady;
 - požití extrémně horkých či extrémně studených jídel;
 - upřednostňování nízkokalorických potravin a nápojů, zpravidla velmi jednostranná volba potravy;
 - hodně věcí dělají ve stoje, vystavují se chladu, přepjatě sportují, nosí těžké tašky;
 - perfekcionismus;
 - hyperaktivita;
-
- velmi dlouho se brání tomu, přiznat si, že jsou nemocní.

2.2.2 Mentální bulimie

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“¹⁹

Navenek vypadají bulimičtí lidé normálně a většinou jsou štíhlí, upravení, ctižádostiví, úspěšní. Je těžké rozpoznat, že mají problémy a potřebují pomoc.

Mentální bulimie má některé společné znaky s mentální anorexií. Anorektici na rozdíl od bulimiků dokáží nejíst nebo redukovat příjem potravy více intenzivněji a dlouhodoběji.

Bulimici však po určité době nezvládají tzv. hladovku a nají se více než by chtěli - vnímají to jako velkou osobní prohru. Zpočátku se to obvykle snaží kompenzovat další dietou, přísnější

KRO I. F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Cirada, 1999
KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999. str. 17

než předtím. Později však přichází na účinnější prostředky, jak jíst a nepřibrat: pročišťování (zvracení), nebo využívají jiných prostředků, např. nadměrný pohyb, projímadel, zneužití nebezpečných léků (diuretika, anorektika). Přejedením ztrácí bulimici kontrolu nad jídlem, když se vyzvrací, nebo využijí jiného prostředku, ztracenou kontrolu znovu nachází.

Podle Krcha²¹ se důvody bulimických záchvatů opakují, rozlišuje vnější a vnitřní důvody přejedení. Mezi vnější důvody zařazuje snadný přístup k potravinám, nevhodné stolování, jídelní a denní režim, také i hádky s rodiči, partnerem. Z vnitřních důvodů uvádí na prvním místě hlad, poté myšlenky na jídlo, pocit tloušťky, změnu hmotnosti. Záchvat může trvat několik hodin, ale i několik dní.

Bulimička se přejedení brání. Proto sama před sebou jídlo schovává, zamyká ho, znehodnocuje potraviny (např. vyhodí do odpadkového koše na odpadky). Jakmile pocítí potřebu přejíst se, je schopna jídlo si sehnat, ať už jej ukradne v obchodě, či jej vytáhne z koše na odpadky.²²

Pro mentální bulimii je typické:

- příjem potravy na veřejnosti je kontrolován;
- při „oficiálních“ jídlech jsou voleny nízkotučné a nízkokalorické produkty;
- dělení na „dovolené“ a „zakázané“ potraviny;
- nepravidelný stravovací režim;
- z vnějšího pohledu vše výborně funguje;
- postižení se za bulimii stydí a provozují ji tajně;
- odpor sama k sobě;
- pocit abnormálnosti;
- sociální izolace;
- zanedbávání zájmů;
- depresivní nálady;
- řada fyzických aktivit;
- neustálé vážení se;
- užívání projímadel, diuretik, laxativ;
- zvracení;
- diety.

KRCH, F.D. *Bulimie jak bojoval s přejídáním*. Praha: Grada, 2000

KRCH, F.D. *Bulimie jak bojoval s přejídáním*. Praha: Grada, 2000

Občanské sdružení AnabelL článek č. 1060 [cit. 07-09-15] <online> <http://www.anabell.cz/clanky.php.Mmk-clanky/clObU.pnp>

2.3 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy a snaha dosáhnout toho „být krásná a štíhlá“ mají dlouhou historii. Krása - alespoň v dnešní době - souvisí se štíhlostí. Vystává zde ale otázka, co je to vlastně KRÁSA? Co je považováno za „krásné“, závisí na mnoha faktorech. Každá doba a každá kultura si žádá vlastní ideály krásy. Ženský ideál krásy přitom vypovídá mnohé o roli ženy v té které společnosti. Ještě v 17. století byly v oblibě baculaté křivky. Za krásnou ženu tehdy považovali „mateřský typ“ s vyvinutým poprsím a velkým pozadím. V době, kdy nejdůležitější funkcí ženy bylo rodit děti, silně ovlivňovali tyto ideály krásy muži. Na přelomu minulého století se však mladé ženy tomuto trendu zničehonic vzepřely. Tehdy začaly ženy poprvé vytvářet ženský ideál krásy samy. Zavrhly vše, co poukazovalo na mateřství a plodnost. Ve 20. letech si mladé ženy stříhaly vlasy do účesu zvaného bubikopf a tančily charleston. Oblé tvary ženských nader, hýždí a boků přestaly být moderní. Do módy přichází velmi štíhlá, skoro chlapecká silueta, dlouhé nohy a malá prsa. Štíhlá postava „nové j ženy“ symbolizovala sexuální osvobození a odmítnutí tradiční ženské role. Pouze v 50. letech a začátkem 60. let přišly ještě jednou do módy o něco oblejší křivky ženského těla (idolem této generace se stala Marilyn Monroe, kterou ale v 60. letech vystřídala štíhlá modelka s dětským vzhledem, Twiggy).²³

2.3.1 Historie mentální anorexie

! „Odmítání potravy patřilo 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.“²⁴

Mentální anorexie má delší historii než mentální bulimie. V průběhu středověku drželi přehnaný půst silně věřící křesťané a také postící se svěťci. Ti jen přijímali minimum potravy nebo odmítali potravu vůbec. Odmítání jídla si ostatní vysvětlovali božím přičiněním, zázrakem nebo i vlivem ďábla.²⁵

Ve 2. století našeho letopočtu popsal Galén příznaky mentální anorexie. Mentální anorexiu připisoval hlavně k špatným tělesným tekutinám a odporu k jídlu.²⁶

[^] BROUMOVÁ, I. *Jsem já :e všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999, str. 8-9

^{j,} [^] RCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada, 1999. str. 24

["] KRCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada. 1999

MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D.: „SOS nadváha-privodce úskalím diet a životního stylu“. Praha:Portál, 2001

Richardu Mortonovi se obvykle přičítá první lékařský popis anorexie už v roce 1694. Popisuje dva případy úmyslného odmítání potravy, u dívky a chlapce. V 19. stol. začali lékaři pokládat mentální anorexii za chorobu, viděli ji jako patologický jev. William Gull a Charles Laseque (1868 a 1888) upozornili lékařskou veřejnost na další případy, které byly podobné těm předchozím i současným. Jednalo se vždy o extrémní vyhubnutí a nadměrnou aktivitu. V české odborné literatuře popsali první případy poruchy příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení Jonáš (1941) a Janota (1946). Dnešní pacienti se častěji odlišují větším strachem z tloušťky, odmítáním stravy se snahou zhubnout ještě více a přiblížit se dnešnímu ideálu krásy. V současnosti jsou také rozvinuty různé léčebné přístupy, především podle závažnosti onemocnění.²⁷

2.3.2 Historie mentální bulimie

„Samotný pojem bulimie má vlastní historii. Pojem *bolimos* označoval zlého démona a původně znamenal velký hlad.“²⁸

Roku 1874 Gull popsal nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky.

Téměř do 20. století byla bulimie pokládána, hlavně v Německu a ve Francii, za projev špatného zažívání.

Roku 1976 byla popsána bulimie-anorexie u vysokoškolských studentek, r. 1979 anglický profesor Bernard Russel poprvé popsal bulimii jako zlověstnou formu *anorexia nervosa*. R. 1980 se syndrom bulimie poprvé dostal do americké klasifikace nemocí (DSM-III). R. 1980 - 1982 poukazují americké a anglické studie na skutečnost, jak je bulimie v populaci častá, a objevuje se literatura o účinnosti kognitivně-behaviorální terapie a antidepresiv. R. 1987 se bulimie objevuje i v evropské klasifikaci (MKN-9).²⁹

Dnes již je dostatek informací o onemocnění i léčbě, takže je mnohem snazší proti němu bojovat, než tomu bylo dříve, ale bohužel se stále více zvyšuje počet onemocnění mentální anorexii či mentální bulimii a je na místě si položit otázku PROČ? Co je vlastně příčinou poruch příjmu potravy?

²⁷ PÁPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, str. 26
²⁸ KRCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, str. 29
²⁹ PÁPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, str. 26

2.4 Příčiny poruch příjmu potravy

Existuje mnoho teorií o příčinách poruch příjmu potravy, ale jisté je to, že na vzniku a rozvoji těchto poruch se spolupodílí celá řada faktorů.

Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.³⁰

Krch³¹ mezi tyto faktory řadí následující:

- > biologické faktory
- > osobnost a psychologické faktory
- > rodinné okolnosti a genetické faktory
- ^ emocionální faktory
- ^ sociokulturní faktory
- > životní události

2.4.1 Biologické faktory

»Proč je mentální anorexie a bulimie typickým onemocněním dospívajících dívek? Stačí být ženou, a riziko poruchy příjmu potravy je nejméně desetkrát větší."³²

Ženské pohlaví - PhDr. F. D. Krch ve své knize³³ uvádí, že stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Výzkumy, které prověřovaly spokojenost žen s jejich postavou, ukazují, že ženy si samy vytvářejí aktuální a ideální schéma svého těla. Srovnání těchto dvou schémat (skutečného a vysněného) vede zákonitě k tomu, že většina žen je se svým tělem nespokojena. Do této kategorie patří také společenské a kulturní požadavky na ženskou roli.

³⁰ KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. 1999

³¹ KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999

-mm cr 77

³² MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D.: . *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu* . Praha: Portal, 2001, str. 77

KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. 1999

Tělesná hmotnost - s rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá, zejména u žen, nespokojenost s vlastním tělem. Tím se také zvyšuje nebezpečí hazardování s redukčními dietami, hladovkami a tedy i s poruchami příjmu potravy. Cyklické kolísání váhy je pro tělo stejně závažným zdravotním problémem jako obezita.

Menstruační cyklus - někteří autoři uvádějí, že četnost bulimických záchvatů přejídání je spojena s hormonální dysfunkcí během premenstruačního syndromu. Co se týká mentální anorexie, odborníci se nemohou shodnout v tom, zdali je ztráta menstruace (jeden z hlavních příznaků mentální anorexie) projevem primárním či naopak až sekundárním v souvislosti se ztrátou hmotnosti.

Puberta - jedná se o zvláště rizikové období pro vznik poruchy příjmu potravy. V tomto období rapidně narůstá přemýšlení o sobě samém a uvědomování si sebe sama. Právě v období puberty jsou dívky konfrontovány s názory a narážkami na jejich vyvíjející se ženské tělo. Dívky mají, opět více než chlapci, větší obavy o to, jak jsou a jak budou okolím přijímány. Nízké sebevědomí je může velmi snadno, bohužel také často, dovést ke spásné myšlence „vše se spraví, jakmile zhubnu“, „začne si mne všímat, až budu stejně hubená jako kamarádka“ apod.

2.4.2 Osobnost a psychologické faktory

Anorektičky jsou často úzkostné, zaměřené na úspěch, perfekcionistické, snaží se o dokonalost, které nikdy nemohou dosáhnout. Ve společnosti se chovají nenápadně, respektují společenské, etické, rodičovské hodnoty a normy. Naproti tomu bulimičky jsou obvykle emocionálně labilnější, impulsivnější, depresivní. Často mají tendenci k sebepoškození.³⁴

Ukazuje se, že jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Většina postižených ještě před propuknutím choroby trpí pocity méněcennosti, nedostatkem sebedůvěry, vyšší emoční zranitelností, přecitlivělostí. Mají velmi silnou potřebu plnit veškerá sociální očekávání - chtějí být dokonalí, perfektní, neubližovat, nepřidělovat starosti a to vše na úkor naprostého potlačení svého vlastního já. Jsou nadmíru sebekritičtí.

³⁴ SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003

2.4.3 Rodinné okolnosti a genetické faktory

Různí autoři se zmiňují o závislosti postižených na matkách, které bývají nadměrně úzkostlivé, starostlivé, aktivní, rozhodné a ctižádostivé. V souvislosti se stravovacími potížemi bývá někdy zmiňován i otec, jako pasivní a udržující si emoční odstup, někdy ale také jako osoba příliš dominantní. Mezi spouštěcí faktory patří především *ty události, které naruší či zásadním způsobem změni stabilitu rodinného systému*. Rodinné faktory vzniku poruchy příjmu potravy jsou velmi komplikované a jejich léčba patří do rukou odborníka.

„Dosud nebylo potvrzeno, že by existovala nějaká typická anorektická nebo bulimická rodina.“³⁵

Je možné, že *dispozice* k poruchám příjmu potravy může být zčásti *vrozená*. Pro tuto domněnku existují dva druhy důkazů. Za prvé, poruchy příjmu potravy se v některých rodinách udržují. Za druhé, v případech, kdy jedno z dvojčat trpí poruchou příjmu potravy, je mnohem pravděpodobnější, že i druhé dvojče bude mít tuto poruchu, jde-li o jednovaječná dvojčata (která mají stejné geny), než v případě dvojvaječných dvojčat. Obě tato zjištění mohou znamenat, že tendenci ke vzniku poruch příjmu potravy děti získávají geneticky od rodičů. Obě tyto skutečnosti je však možné vysvětlit také působením rodinného prostředí, nikoliv jen fyzickou dědičností. Členové rodiny do velké míry sdílejí stejné prostředí, a právě tato společná zkušenost může vysvětlovat, proč se poruchy příjmu potravy v rodinách dědí. Identická dvojčata obvykle sdílejí stejné prostředí v míře daleko větší než neidentická dvojčata, a může to být právě tato skutečnost, spíše než stejný genetický základ, která vysvětluje vysoký výskyt poruch příjmu potravy u obou identických dvojčat.

Co se dědičnosti týče, tak existují důkazy o tom, že kolik bude člověk vážit v dospělosti, *rozhoduje* právě do velké míry *dědičná složka*.⁶

Rodina je nejdůležitější, neodmyslitelnou a nenahraditelnou součástí života každého z nás. Rodiče pro nás chtějí od samého prvopočátku našeho narození to nejlepší. Snaží se nás navést, dle jejich názoru, na správnou cestu životem. Snaží se nám pomoci, nikoliv ublížit. Bohužel ale právě rodina je mnohdy spouštěčem poruch příjmu potravy. Že tomu tak může být dokazuje i následující výzkum Zuzany Kocábové z Občanského sdružení Anabell. Jejího výzkumu se zúčastnilo 19 dívek s poruchami příjmu

K.RCII, F.D. *Bulimie -jak bojoval s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. str. 26

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání*. Olomouc: Votobia. 1995. str. 52.

potravy a 30 dívek bez tohoto onemocnění. Zkoumala rodinné prostředí jako jeden z rizikových faktorů pro vznik mnoha psychických problémů a psychiatrických onemocnění.

Rodinné prostředí jako celek

Celkově bylo rodinné prostředí dívek s poruchami příjmu potravy konfliktnější, více orientované na úspěch a více kontrolující a zároveň méně soudržné než tomu bylo ve srovnání s dívkami bez tohoto onemocnění. Taktéž rodiče byli těmito dívkami vnímáni více negativně a vztahy k nim byly výrazně konfliktnější. Rodiny dívek s bulimií byly ve srovnání s rodinami dívek s anorexií více konfliktní a méně soudržné, organizované a kontrolující.

Negativní emoce k rodičům

Dívky s poruchami příjmu potravy vnímaly více negativně otce než matku. U dívek s bulimií ve většině případů ve vztahu k otci převládaly pocity strachu a úzkosti, který často pramenil z nejistoty a nevyzpytatelnosti jeho chování. Otce často popisovaly jako chladného, kritického a nedostupného. Dívky s anorexií pak pociťovaly spíše lítost, pramenící z časté nedostupnosti otce, jeho odtažitosti, nezájmu a neschopnosti přijmout svou dceru takovou, jaká je. Svě matky dívky s bulimií vnímaly j obvykle jako chladné, kritické, odmítající a poskytující nedostatek opory. Naproti tomu negativní emoce u dívek s anorexií pramenily naopak z nadměrné starostlivosti matek.

Konflikty

Nejčastějšími příčinami konfliktu mezi dívkami s poruchami příjmu potravy a jejich rodiči bylo jídlo a nemoc. Rodiče jen těžce přijímali pro ně málo srozumitelné problémy dcery, týkající se jídla. V mnoha případech ji do jídla nutili, kontrolovali množství, které snědla. Zvláště pro matky se jídlo stalo hlavním tématem hovoru. Konflikty s matkami byly v obou skupinách dívek častější ve srovnání s konflikty s otci. V mnoha případech ani dívky neměly možnost se s otcem pohádat. V případě dívek s bulimií tomu bránila přísnost a nekompromisnost otce, kvůli které měly dívky pocity, že si nesouhlas s ním nemohou dovolit. Otcové dívek s anorexií zase často nebyli přítomni a výchovy se neúčastnili. Dceřina tak neměla mnoho příležitosti pro jakoukoliv komunikaci.

U dívek s anorexií byly nejčastějším důvodem konfliktů kromě jídla a jejich onemocnění také práva a povinnosti (zahrnující přípravu do školy či domácí práce). V mnoha případech rodiče chtěli dokonalost. Chtěli, aby jejich dcera zvládala skvěle školu, domácí práce, kroužky. Jen těžko Přizpůsobovali své požadavky a pravidla měnícímu se věku dcery. Co jejich dcera mohla či nemohla v deseti letech, zůstávalo v mnoha případech stejné i v 18 letech.

Shrneme-li výsledky různých výzkumných studií, ukazuje se, že rodiny, kde jeden z člena trpí poruchou příjmu potravy, jsou více konfliktní, méně organizované, s menší otcovskou a mateřskou péčí, s nedostatkem opory a s malou soudržností. Na druhé straně jsou však v těchto rodinách typické také přílišné ochranné tendence. Dále se projevuje častá tendence emoce spíše potlačovat než vyjadřovat.

Nejednotnost výsledku, týkající se poruch příjmu potravy obecně, je kromě jiných faktorů dána také odlišností rodinného prostředí dívek s bulimií a dívek s anorexií. Obvykle jsou rodiny s dcerami s anorexií popisovány jako strnulé. Jen obtížně se dokáží přizpůsobovat změnám, zejména změnám v souvislosti s dospíváním dcery. Je pro ně těžké přijmout, že se jejich malá holčička mění v nezávislou ženu, která chce dělat vlastní rozhodnutí. Vztahy v těchto rodinách jsou až příliš úzkostné, typická je přílišná péče a tendence chránit dívku před emočními zraněními. Tyto rodiny mají tendence negativní emoce spíše potlačovat a konflikty vytěšňovat. Vytvářejí tak dojem bezchybně fungující rodiny, kde každý konflikt může znamenat ohrožení jednoty a dokonalosti

2.4.4 Emocionální faktory

Podle různých studií je více než polovina postižených s anorexií nebo bulimií depresivních až úzkostných. Znamky výraznějších, těžkých depresí se objevují trvaleji u mentálních bulimiček, a to v 20 - 70 % případů. Právě deprese, pocity viny, zmaru života, neschopnosti bojovat s nemocí, vedou mnoho nemocných k sebevražedným pokusům. Poruchy příjmu potravy jsou z pohledu rizika sebevražedného jednání až 200x nebezpečnější než ostatní psychiatrické diagnózy. Vzhledem k tomu, že ani nebezpečí smrti nevede u postižených s mentální anorexií ke změně stravování, objevily se i názory, zda není mentální anorexie určitou formou *sebevražedného chování*.

2.4.5 Sociokulturní faktory

Do sociokulturních faktorů jako příčin poruch příjmu potravy lze zařadit mnoho oblastí:

Vliv médií - Setkáváme se až s nekritickou oslavou téměř kostnaté štíhlosti, vyhublosti modelek a zotuzováním obezity. Naše hodnoty jsou posouvány směrem k úspěchu, výkonu a prestiži, na úkor pohody, zdraví, lásky, citů a tradiční rodinné role.

Média mají v naší společnosti velký vliv. Jsme obklopeni různými časopisy, reklamami, televizí. Většina masmédií tlumočí, že žena má být štíhlá, hezká, svůdná a smyslná. Je ironií, že některé

herečky, zpěvačky, modelky, které jsou reprezentovány jako štíhlé, šťastné a zdravé, samy trpí poruchou příjmu potravy, např. Naomi Campbell

Komerční reklama - Kam naše oko pohlédne vidíme nejen články o hubnutí nebo příliš štíhlé modelky, ale také reklamy na zaručeně netučné jogurty, zázračné hubnoucí tabletky či koktejly.

Módní ideál - Právě módním ideálem jsou nejvíce dospívající ovlivnění a zraňování. Mohou se tak mylně domnívat, že kontrola tělesné hmotnosti je přivede ke kráse, společenskému uznání a tedy i k úspěchu.

Diety - Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy ženy bez rozdílu společenského postavení, rasy i věku. Na počátku jejich problémů je v naprosté většině případů *redukční dieta*. Doporučují ji lékaři, prodává se v lékárnách a vyzkoušely si ji alespoň již $\frac{3}{4}$ žen. Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát. V průměru 30 % redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v to, co je nazýváno patologickou dietou. U 20 - 30 % patologických dietárek se později rozvine plný nebo částečný syndrom poruch příjmu potravy."

Tisíc londýnských středoškolaček bylo rozděleno na ty, které držely dietu, a na ty, které ji nedržely. Po roce byly opět vyšetřeny. 21% dívek, které před rokem držely diety, mělo výrazně narušené jídelní chování, zatímco ve druhé skupině měly podobné problémy jen 3%. Podle amerických výzkumných pracovníků dospěla situace už tak daleko, že mezi dívkami a mladými ženami dnes převažuje držení redukčních diet nad normálním chováním, tedy nad jídlem bez hubnutí a strachu z tloušťky. V USA a Kanadě má ve 13 letech osobní zkušenost s dietami 80% dívek a 10% chlapců. V České republice drží redukční dietu asi 20% šestnáctiletých dívek a kolem 60% děvčat se o ni už někdy pokoušelo.⁴"

Postavení ženy ve společnosti - Ve velké míře je za vznik a podporu poruch příjmu potravy spoluzodpovědná role ženy v dnešní společnosti. Především role, jež by měla žena hrát v malých rodinách. Jedna z hlavních výpovědí anorektiček totiž je, že se *vzpírají převzít role matky*. Řada postižených již prodělala zkušenost, že *ženy jsou vůči mužům znevýhodněny* a to jak v zaměstnání, tak i v rodině. Neustále se setkávají s tím, že na ženy jsou kladeny příliš *vysoké nároky*. Řada dcer například trpí nutkavou představou, že musí svým rodičům od narození nahradit vysněného syna. Potlačují proto veškeré „ženské“ pocity, schovávají strach,

TM HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: IIRA, 2003

⁴ⁿ ^P *Bulimie - jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, str. 25.

KRCH, F. D. *Butimie-jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, str. 25.

smutek a slabosti. Pokoušejí se potlačovat slzy a silné emoce, aby se zdálo, že jsou neustále silné a mají silnou vůli. A následně se tak skutečně projevují. V jiných případech nechávají ostatním, většinou mužským, členům rodiny, nebo i ženám, které se podřídily panujícímu společenskému obrazu ženy, zřetelně pociťovat, že jsou dle jejich názoru méněcenné. Takto smějí například chlapi zůstat v noci déle vzhůru a dříve sledovat „náročnější“ filmy v televizi. V některých případech nechťejí dívky vůbec převzít role svých matek. Mají strach, že by tak vedly život sestávající se z obětí a odříkání; strach z toho být pořád k dispozici rodině a přehlížet vlastní potřeby. Řada těchto matek se sama nedokáže vnitřně ztotožnit s touto rolí, tuto skutečnost ale dlouho popírají a perfektně hrají svoji roli. I z těchto důvodů⁴¹ se řada dívek zdráhá stát se ženou. Dívky tedy revoltují ze strachu z podobného osudu.

Uměle vytvořený ideál ženské krásy - Současné propagované ideální proporce, silueta a tělesná hmotnost jsou hluboko pod dostupnou hranicí lidských možností.

Sociální diskriminace ne-štíhlých podle umělých ideálů - Štíhlost je stále více spojována s mládím, s výkonností, úspěšností. Jakýkoliv výkyv od tohoto vrcholu je hodnocen jako selhání, neschopnost, degradace. Navíc je v naší společnosti často obezita spojována s leností, hloupostí, ošklivostí.

Přirozená potřeba lásky a uznání - Často se postižení poruchou příjmu potravy cítí přetížení nejen neřešitelnými problémy, eventuálně okolnostmi, ale hlavně povinnostmi a pravidly, které si sami stanovili. Většina lidí má potřebu být milována a uznávána, ale někteří jsou vystaveni nebezpečí tuto potřebu přeceňovat tím, že se snaží celý svůj život pomáhat jiným, nebo se přetvařovat a získávat tak jejich náklonnost.

2.4.6 Životní události

„Různé životní situace a události jsou často považovány za významné, predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy.“⁴²

Výzkumy dokladují, že počátky somatických i psychických onemocnění obecně předchází velmi často vzestup počtu životních událostí. Do této oblasti určitě patří *vážné onemocnění či úmrtí blízké osoby nebo akt znásilnění či přepadení*.[^]

⁴¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kolin - přeloženo |cit. 07-08-211 <online> <http://www.bzga.de>

[^] KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, str. 64

['] *Občanské sdružení Anabett. článek č. 1185* [cit. 07-09-15] <online> <http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php>

Sexuální zneužití - Každý má právo rozhodovat se o svém těle. Děti a mladistvé v ohrožení většinou brání rodiče. Děti dospělému nemohou říci ne a zastavit jej. Nechápu, co se děje. Dospělí se v takové situaci vždy dopouštějí kriminálního činu. 10 % žen a 30 - 40 % postižených poruchami příjmu potravy bylo v dětství sexuálně zneužíváno nebo později znásilněno. *Oběti sexuálního zneužití se často obviňují* za to, co se stalo, že tomu nezabránili nebo že událost vyprovokovali. Jsou často fyzickým či psychickým nátlakem nuceni k mlčení. A když se odhodlají mluvit, mohou se setkat s nedůvěrou, skrýváním v rodině, přičemž oběť je nucena žít nadále v pachatelově blízkosti. Mnoho obětí sexuálního násilí cítí, že to, co se stalo, navždy změnilo jejich vztah k sobě a že rána se nikdy nezahojí.⁴

2.4.7 Exkluzivní porucha

Poruchy příjmu potravy jsou považovány za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Dieta je přepych, a tak není divu, že jejími prvními oběťmi byly dívky z vyšších sociálních vrstev (herečky, modelky). Svět se ale změnil a tělesná vyhublost se stala významnou hodnotou i pro nižší socioekonomické vrstvy, jiné rasy a kultury. Vzrostl výskyt poruch příjmu potravy v izraelských kibucech, v Japonsku a mezi přistěhovalci v západní Evropě a v USA. Na druhé straně stále platí některé rasové a sociální rozdíly, pokud jde o tělesnou hmotnost. Podle několika populačních studií dívky s bílou barvou pleti a z rodin s vyššími příjmy jsou v průměru na počátku dospívání silnější, ale koncem dospívání štíhlejší než dívky z rodin s nižšími příjmy nebo s tmavou barvou pleti.

Protože nadváha a redukční diety spolu souvisejí podobně jako diety a poruchy příjmu potravy, jsou dnes dívky z rodin s nižšími příjmy a s nižším vzděláním vystaveny stejnému nebo vyššímu riziku poruch příjmu potravy jako jejich vrstevnice. Srovnání jídelního chování studentek Harvardu v roce 1982 a 1992 ukazuje, že v roce 1992 významně méně studentek drželo redukční diety a jinak se omezovalo v jídle. Častěji jedly tři jídla denně a méně trpěly poruchami příjmu potravy než před deseti lety. Současně byly spokojenější se svým tělem, přestože v průměru vážily o 2,5 kg více. Podle amerického psychologa Davida Garnera to může znamenat projev nového trendu, kdy se ve společnosti začínají objevovat myšlenky, že je čas být v souladu se svým tělem, i když naše tělo neodpovídá kulturnímu ideálu.⁴ⁿ

⁴ PAPEŽOVÁ, I. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, str. 44-45
KRCH, F.D. *Bulimie -jak bojoval s přejídáním*. Praha: Grada, 2000, str. 24

2.4.8 Jak lze vzniku poruch příjmu potravy předejít

K rozvoji poruch příjmu potravy přispívá tolik faktorů, že je na místě, aby skutečná prevence zahrnovala faktory všechny, ať už jsou kulturní, sociální, biologické, rodinné, emoční, sexuální či jiné.

Informace o tom jak zdravě jíst a varování před riziky spojenými s držením diety by měly být součástí osnov základních i středních škol. Měli bychom dále vzdělávat rodiče stávající i budoucí, učitele, lékařskou komunitu, kondiční trenéry, pracovníky ve zdravotnictví, duchovní, média atd. Musíme je seznamovat se symptomy, příčinami a následky poruch příjmu potravy a také s tím, jak je včas rozpoznat a adekvátně zasáhnout. Pokud však máme dosáhnout kýžených výsledků, pak nemohou preventivní programy nabízet pouze základní informace, neboť se ukazuje, že to ani zdaleka nestačí. I přes naše nejlepší úmysly může například hodinová přednáška o bulimii posluchače poučit jen o tom, jak se stát bulimickým pacientem.

Aby prevence opravdu fungovala, musí se na ní podílet všichni a musí být systematická a dlouhodobá. Poučit studentku o rizicích poruch příjmu potravy, aniž bychom zároveň poučili její rodiče, učitele a vrstevníky, je neúčinné. Je naprosto běžné, že přednášející poskytne informace o zdravých stravovacích návycích a marnosti snahy držet dietu, načež studenti po další vyučovací hodině s učitelkou držící dietu jdou na oběd s přáteli, kteří jedí jenom mrkev a celer. Vracejí se domů ke svým rodinám zatíženým předsudky vůči lidem, jejichž postava není dost štíhlá na to, aby odpovídala společenskému ideálu krásy, a když zalistují časopisem nebo si zapnou televizi, ihned se ocitnou v záplavě reklam, které tento ideál hájí se stejnou j vehemencí. Má-li být prevence skutečně účinná, musí se stát součástí života každého z nás a musíme ji integrovat do všech oblastí naší kultury.⁴⁶

2.5 Důsledky poruch příjmu potravy

Diety, hubnutí, zvracení, přejídání je spojeno s různými zdravotními komplikacemi, které představují vážné ohrožení zdraví i života.⁴⁷

Důsledky poruch příjmu potravy jsou somatické (zdravotní) i psychické:

* HALL, L., C01 IN. L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: tra. 2003. str. 51
K.RCH, F D. *Bulimie-jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000

2.5.1 Důsledky mentální anorexie

Většina anorektiček popírá jakékoli problémy, přestože anorexie je těžká porucha, která může (způsobit vážné zdravotní problémy, a dokonce i smrt."⁴⁸

Anorektičky trpí často závratěmi, omdlévají z podvýživy. Mezi další somatické problémy patří těžká insomnie (nespavost), zvýšená citlivost na chlad, která může způsobit častější nachlazení. Postižení si často stěžují na suchou, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle (tzv. lanugo), vypadávání vlasů. Nemocným se častěji dělají modřiny.⁴⁾

Somatické důsledky mentální anorexie:

- poruchy látkové přeměny a zažívání kvůli nedostatečné výživě; bazální metabolismus se snižuje, aby se šetřila energie pro životně důležité orgány; dochází k tzv. „programu úspory energie“, kdy se ale anorektici snaží ještě zbylou energii odčerpávat nadměrnými fyzickými aktivitami » dochází k tělesnému kolapsu; také zažívací orgány jsou zasaženy nedostatečnou výživou » žaludek - záněty sliznice a žaludeční vředy, chronické zpomalení střevní činnosti (nedostatek vlákniny), poškození střevní flóry;
- snížení srdečního tepu, krevního tlaku (nebezpečí úplného srdečního selhání) a tělesné teploty, což vede k únavě, zimomřivosti a zácpi;
- vynechání - zástava menstruace (tělesné následky podvýživy + psychicko-nervové vlivy na systém žláz s vnitřní sekrecí - hormonální systém, který menstruaci řídí); anorektičkami je tento následek vítán (menstruace = znak pohlavní zralosti = dospělost » anorektičky se dospělosti brání); (!při požívání hormonální antikoncepce se může menstruace nadále objevovat);
- příliš suchá pleť, kůže; lámavé, vypadávající vlasy, příliš měkké nehty, změna tělesného ochlupení, to vše poukazuje na hormonální změny;
- trvalá tato porucha několik let, může v důsledku hormonálních změn dojít až ke vzniku osteoporózy;
- chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků má za následek křeče, chudokrevnost, poruchy nervové činnosti, chybnou funkci štítné žlázy; časem také dojde k nedostatku bílkovin;
- enormně zvýšená náchylnost k četným nemocem (oslabení obranyschopnosti);
- úpadek sil » 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 hmotnost na začátku onemocnění a kolik energie bylo během nemoci spotřebováno; anorektici se silou nehospodaří, naopak, vyvíjejí až přehnanou tělesnou aktivitu; dochází ke zhroucení s těžkým tělesným vyčerpáním;

Psychické důsledky mentální anorexie:

- neustálé srovnávání se s ostatními lidmi;
- silná potřeba kontroly;
- strach před vlastními potřebami;

⁴ © KRrM_{nu}^NrX^W K!*4NZoVÁ. R. O poruchách příjmu potravy. Nakladatelství Lidové noviny, 1997. str. 65
Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002

- sebenenávist;
- pocity viny, hanby;
- lakomství;
- nutkavé chování - praní, uklízení;
- sociální izolace;
- depresivní nálady, euforie;
- sebe destruktivní tendence.⁵⁰

2.5.2 Důsledky mentální bulimie

Bulimie a záchvatovité přejídání s sebou přináší řadu somatických a psychických komplikací. Přejedení vyvolává nepříjemný pocit plnosti, někdy i akutní bolest v břišní krajině. Žaludek tlačí vzhůru na bránici, a tím překáží dýchání. Může dojít k poškození stěny žaludeční, ale i k jejímu protržení, a to vyžaduje okamžitý zákrok lékaře. Postižení zpravidla dostanou nejméně dvakrát týdně, ale někdy i denně, záchvaty vlčího hladu, které trvají od 15 minut až do 4 hodin. Ti, kteří trpí bulimií, trpí celkovými problémy zažívání (zácpa, průjem).. Těmito komplikacemi mohou trpět i anorektičky, jak nebulimického, tak bulimického typu.⁵¹

Somatické důsledky mentální bulimie (hladovění):

- poruchy tepelné regulace (pocity chladu, především končetin);
- poruchy spánku (časné probouzení a buzení během noci);
- časté močení během dne (slabost močového měchýře);
- zvýšené ochlupení těla (jemné chloupky na zátylku, rukách);
- poruchy oběhu, nízký tlak, kolapsové stavy;
- osteoporóza (časté zlomeniny a bolesti);
- poruchy menstruace;
- bolesti žaludku, pocity nadýmání i po malých dávkách jídla;
- zácpa;
- poruchy krvetvorby v kostní dřeni mohou vést k anémii;
- poruchy jaterních funkcí a metabolismu bílkovin, otoky;
- zvýšený cholesterol (s poruchou estrogenů a jaterních funkcí);
- změny normálního vnímání bolesti;
- únavnost a svalová slabost;
- u dívek ve vývoji zastavení růstu a puberty.

Somatické důsledky mentální bulimie (zvracení, užívání projímadel, laxativ a diuretik):

- chronická únava a slabost;
- neschopnost koncentrovat se;
- závratě, bolesti hlavy, bušení srdce a nepravidelnost srdečního rytmu;

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, str. 73-78

COOPER. P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc: Votobia. 1995

- epileptické záchvaty;
- poruchy ledvin, infekce, kaménky;
- porucha zubní skloviny naleptaná žaludečními šťávami, kazy a bolesti zubů;
- otoky slinných žláz, mohou být bolestivé a zhoršit strach z tloušťky;
- chronické zvracení poškozuje posun stravy v trávicím traktu a jídlo se může vracet;
- chronické užívání laxativ může paralyzovat střeva a vést k život ohrožujícímu stavu vyžadujícímu chirurgický zákrok.

Psychické důsledky mentální bulimie:

- silné ambivalentní chování;
- černobílé myšlení;
- deprese, úzkosti;
- pocity viny, bezcennosti;
- odpor vůči sobě samým, vztek;
- perfekcionismus;
- často dochází k popírání poruchy a postižení se snaží zachovat nenápadnou tvář;
- dochází k pocitům studu a následné izolaci.

2.6 Léčba - terapie poruch příjmu potravy

Při každé terapii poruch příjmu potravy je důležitý individuální přístup, a to především proto, že každá z těchto poruch má rozdílné důvody. Hlavní úlohou terapie není vrátit postiženého na ideální váhu, ale zjistit pozadí poruchy příjmu potravy a vyřešit z toho vycházející problémy. Postižení ovšem musí být s takovouto terapií svolní a musí mít vůli s problémem bojovat. Léčení musí být celkové, tedy psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky. U těžkých případů je k tomu žádoucí i delší pobyt na klinice, při akutním ohrožení života bohužel i proti vůli postiženého, který sám není schopen rozumné úvahy.⁵³

V první řadě je nejdůležitější léčba tělesných následků. Podle toho, jak dlouho trvala chorobná závislost, než se postižený dostavil k odbornému ošetření, a kolik jídla ještě předtím konzumoval, objevují se rozdílně těžké následky choroby, které se musí zčásti léčit v nemocnici. Pokud postižený v průběhu choroby zneužíval také léčiva, jsou navíc nutné i kúry detoxikační a odvykací, při nichž se odstraňují případné vedlejší nežádoucí účinky léků. K léčebným metodám patří rovněž správná výživa; v žádném případě to ale nesmí být »výkrmná kúra«, jinak hrozí vážné tělesné poruchy a psychické reakce, které by pak mohly zmařit veškerou námahu.

⁵³ 1 EIBni n ^A " *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, str. 37-38
^G *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, str. 93

Všechny léčebné postupy včetně regenerující výživy předepisuje odborník, který také neustále sleduje průběh onemocnění/⁴

2.6.1 Jednotlivé možnosti léčby

Hospitalizace

„Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se i na psychické problémy, které poruchy příjmu potravy udržují nebo snimi nějak souvisejí. Získat pacientku k aktivní spolupráci vyžaduje velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu.“⁵

Je-li u postiženého poruchou příjmu potravy nutná hospitalizace, rozhoduje řada kritérií, napr.:

- > špatný psychický a/nebo fyzický stav;
trvání nemoci po několik let;
- >- neúspěšná ambulantní léčba;
- >" neúnosné napětí se sociálním prostředím;
- > přání překonat nemoc bez pomoci rodiny;
- > přesvědčení o větší vhodnosti hospitalizační péče.^{M1}

Ve většině případů, především pak, je-li důvodem hospitalizace zdravotní stav postiženého, je snaha pobyt v nemocnici zkrátit na minimum. Zpravidla jsou postižení po pominutí nejtěžších tělesných útrap předáni na psychoterapii. To především proto, že dle nejnovějších výzkumu slibuje psychoterapie největší úspěchy. Doba hospitalizace je rozdílná v závislosti na těžkosti a délce trvání nemoci.

Nebezpečí hospitalizace

Hlavní smysl hospitalizace se často mívá účinkem, protože jsou postižení nuceni k tomu, aby přibrali, a to neřeší jejich hlubší psychický problém.

⁵ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, str. 94.

⁶ KRCH, F.D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, str 129

" *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kolín - přeloženo* [cit. 07-08-211 <online> <http://www.bzga.de>

Umělá výživa

Jelikož přísun umělé výživy u anorektiků musí být téměř vždy prováděn proti jejich vůli, pozvolna se od této metody ustupuje. Volí se jen v případech život ohrožujících

Metody psychoterapie

Jelikož se anorexie a bulimie řadí mezi neurózy, je cílem psychoanalýzy zpřístupnit nevyřešené konflikty z minulosti, vědomí a prožití. Je velmi důležité, aby se postižený dopracoval s pomocí analytika k vlastnímu návrhu řešení a zpracování problému. Klasická analýza je ovšem velmi nákladná a náročná na čas, zpravidla zabírá 4 dny v týdnu a trvá 1 - 5 let.

Léčba psychologickými metodami, většinou mluveným slovem, má různé podoby. Existují i psychoterapie pomocí kreslení a malování, hudby, tance, meditativní přístupy a terapie více zaměřené na sebezpřijetí a přijetí vlastního těla. Terapie může být **individuální nebo skupinová**, u poruch příjmu potravy je diskutována délka i zaměření účinné psychoterapie a jsou srovnávány jednotlivé postupy. Jedna z nejlépe popsanych je **interpersonální psychoterapie**, která byla popsána především u depresí. Je zaměřena na krátkodobé řešení mezilidských vztahů, které souvisí s psychickým problémem nebo poruchami příjmu potravy. Nejdelsí a nejnákladnější je **psychoterapie psychoanalytická**, která podle autorů pro oblast poruch příjmu potravy vyžaduje různé modifikace. Jedním z nových přístupů je například **kognitivně-analytická metoda**, která spojuje prvky několika klasických přístupů. I ech je mnoho, žádný není účinný stoprocentně pro všechny a ve stejném stadiu onemocnění. Žádná metoda neuzdraví bez aktivního přístupu a změny v jídelním chování samotných postižených.⁵⁷

Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie byla nejlépe dokumentována jako účinná u poruch příjmu potravy, je založena na rozpoznání problému, jeho popsání a změně chování, která je vázána na některá (např. černo-bílá) přesvědčení, hodnocení a myšlenky.

¹ PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, str. 49

Rodinná terapie

Tam, kde je výraznější problém v rodinných vztazích, hlavně u mladších dívek, které v rodině ještě žijí, je tato terapie doporučována. I když je rodina ochotna na léčbě spolupracovat, je důležité se ale o vhodnosti terapie poradit s odborníkem.

Hlubinné psychoterapeutické rozhovory

Hlubinně psychoterapeutický rozhovor sleduje určitá pravidla, která definoval americký psychoterapeut Rogers. Cíleně vedený rozhovor pomáhá pacientům poznat sebe sama a porozumět si a pomocí naučených postupů změnit své chování. Základním předpokladem je atmosféra plná porozumění a neomezené nefalšované náklonnosti, která upouští od jakékoliv kritiky a poučování. Taková atmosféra se nedá vždycky vytvořit, závisí hodně na vzájemné sympatii nebo antipatii mezi pacientem a terapeutem. Nevýhodou také je její dlouhé trvání při individuálních sezeních.

Psychoanalýza

Kolem psychoanalýzy jsou ostré vědecké spory, ale přes veškerou kritiku a pochybnost této Sigmundem Freudem založené léčby bývá nasazována u mentální anorexie, u níž se již docela dobře osvědčila.

Technika psychoanalýzy spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychických komplexů, které sahají často až do raného dětství. Za tím účelem hovoří pacient v otevřené atmosféře plné důvěry (jako u rozhovorové terapie) o svých myšlenkách, pocitech a snech. Terapeut je rozebírá -analyzuje- a ve srozumitelné formě a ve správném čase je vrací zpět pacientovi. Tím dospívá pacient k hlubokému sebepoznání.

Jiná forma psychoterapie, kterou vyvinul Freudův žák Alfred Adler -individuální psychologie-, se často hodí pro léčení mentální anorexie ještě lépe. Tato metoda se opírá o představu, že psychická onemocnění vyvolávají komplexy méněcennosti pacienta, které souvisejí s výchovou a s negativními životními zkušenostmi.

Kritika léčby individuální psychologií směřuje vůči zdůrazňování komplexů méněcennosti. Ale právě třeba takový strach z dospívání je často způsoben také pocitem méněcennosti a pacient pak na tuto terapii dobře reaguje.

2.6.2 Svépomoc

Svépomoc vychází z událostí všedního dne, které jsou během svépomocné terapie uměle vytvářeny, ale s větším zapojením vědomí a cíleněji, než je tomu v běžném životě. Je zde využívána relaxační terapie s pozitivním sebeovlivňováním ve stavu uvolnění."

Svépomocné skupiny v léčbě poruch příjmu potravy

Svépomocné skupiny jsou reakcí na nedokonalé nebo chybějící služby profesionální, věnují se lidem v krizi, i lidem dlouhodobě duševně nemocným, lidem závislým atd. Podstatnými prvky jejich činnosti jsou:

- > oslabení pocitů izolace u lidí s jakýmkoliv problémem, emocionální podpora, kterou si členové navzájem poskytují;

zvládnání těžkosti tím, že postižený pomáhá s tímtož problémem někomu jinému.

V současné době v České republice působí několik svépomocných skupin pro klientky s poruchou příjmu potravy. Specifika těchto klientek a jejich onemocnění vyžadují určitou modifikaci klasické svépomocné skupiny tak, aby reagovala na jejich potřeby."¹⁾

2.6.3 Svépomocná skupina Anabell Praha

V listopadu 2003 členové občanského sdružení Anabell Ondra Stískal a Ria Černá založili s pomocí Jany Sladké-Ševčíkové svépomocnou skupinu pro nemocné s poruchami příjmu potravy. Od počátku své existence spolupracovala s brněnským občanským sdružením Anabell, které pomáhá nemocným anorexií a bulimií, jejím rodinným příslušníkům a přátelům, šíří osvětu v této problematice, zajišťuje i odbornou psychologickou pomoc svým klientům. Po necelém roce fungování se pražská skupina připojila k tomuto sdružení a spolupráce se prohloubila.

Charakteristika a cíle svépomocné skupiny

Svépomocná skupina nenahrazuje léčbu u psychologa, terapeuta či psychiatra, nefunguje jako terapeutická skupina, i když je moderována koordinátory. Představuje můstek na cestě

¹⁾ MATNINOVÁ, J. *Manorexie*. Praha: Svoboda, 1995, str. 103-119
²⁾ FRIEDL, O. *Zaklady sociální práce*. Praha: Portál, 2001

klientek za odbornou pomocí, je tedy jakýmsi mezistupněm v léčbě. Svépomocná skupina se tedy nestaví do role alternativní pomoci, je doplňkem a vlastně předstupněm odborné pomoci.

Hlavním cílem je vytvořit snadno dostupné kontaktní místo, kam klientka může kdykoliv přijít, zažít pocit sounáležitosti s ostatními, v neformálním prostředí mluvit o svých problémech, získat náhled na své onemocnění a být podpořena v úmyslu se léčit. Koordinátoři jí mohou poskytnout důvěryhodné kontakty na odborníky zabývající se poruchami příjmu potravy, ať soukromé nebo hrazené zdravotní pojišťovnou. Klientka si může bezplatně půjčit odbornou literaturu o poruchách příjmu potravy, dále se může objednat na bezplatnou konzultaci k psychologce občanského sdružení Anabell.

Svépomocná skupina se schází jednou týdně, je otevřená, délka sezení je 2 hodiny. Přítomni jsou vždy oba koordinátoři, muž a žena, počet klientek na skupině je proměnlivý, pohybuje se kolem deseti klientek. Základní pravidla skupiny se zčásti blíží pravidlům terapeutických skupin, jsou však mnohem volnější a méně zavazující. Klientka může kdykoliv ze skupiny odejít bez udání důvodu. Pokud nechce, nemusí mluvit a může jen poslouchat, nemusí odpovídat na otázky, které jsou jí nepříjemné (má právo říci "stop"). Její účast na skupině je dobrovolná, není nutné, aby se skupin účastnila pravidelně a svou absenci nějak vysvětlovala. Skupiny se může účastnit spolu s klientkou i partner či někdo z rodiny, pokud to koordinátoři považují za vhodné a všechny ostatní klientky s tím souhlasí. V zásadě ale platí, že skupiny se účastní pouze samy nemocné, případně vyléčené ženy a dívky. Ty poskytují velkou podporu a jsou pro ostatní důkazem toho, že vyléčení je možné. V neposlední řadě platí také pravidlo, že to, co je řešeno na skupině, je vázáno mlčenlivostí a důvěrností a nemělo by se dostat za hranice skupiny.⁶⁰

2.6.4 Motivace k léčbě

PPP jsou důsledkem vlivu socio-kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů. Bez motivace k uzdravení nelze v životě docílit jakékoliv chtěné změny.

⁶⁰ *Jak vypadá svépomocná skupina v Praze* [cit. 07-09-20] <online> http://povidani.unas.cz/o_skupine.litm

⁶¹ *Občanské sdružení Anabell* [cit. 07-09-15] <online> <http://www.anabell.cz>

Motivaci ke změně lze rozdělit do 5 kroků - stádií:

1. **Popření.** První stadium. Člověka ani nenapadne, že je něco v nepořádku, nevěří, že má problém, a nechce nic měnit, protože nevidí důvod..
2. **Úvahy.** Stadium pozorování, rozjímání, úvah. Člověk začíná přemýšlet o tom, že má problém, a věnovat pozornost obtížím spojených s jídlem a jídelním chováním. Někdo připustí, že je třeba něco změnit. Odpoví na konfrontaci nebo poučení, ale zůstává nerozhodný, ambivalentní a nedělá žádné aktivní kroky ke změně.
3. **Příprava.** Člověk už chce změnu a přeje si pomoc, ale není si jistý, co se stane, když se jeho jídelní chování změní. Faktory, které ztěžují změnu (chaotické jídelní chování rodiny, podobná porucha u sourozenců a rodičů) mohou ještě hrát významnou roli.
4. **Akce.** Člověk se rozhodne pro změnu a začíná se změnou chování. Snaží se postupně měnit svou rigidní kontrolu nad dietou a začíná věřit, že bude schopen vydržet, když začne jinak a využije podpory a povzbuzení.
5. **Udržení.** Pokračuje v práci na uzdravení a vyhýbá se relapsu.⁶¹

2.6.5 Často kladené otázky a odpovědi k léčbě

KDY JE TŘEBA VYHLEDAT ODBORNOU POMOC?

V každém případě a v každém okamžiku nemoci, i když samozřejmě nejlépe ihned v počátku. Je nezodpovědné domnívat se, že onemocnění odezní „samo“. Odborníci, ať již psychologové, psychiatři nebo nutriční specialisté, disponují takovými terapeutickými nástroji a metodami, kterými lze nemocného poměrně účinně poučit o rizicích, pomoci mu pochopit mnohdy skryté významy nemoci a podpořit jej v učení se zdravému sebevědomí a stravování. Motivace ovšem musí být na všech stranách, tedy jak na straně nemocného a jeho blízkého okolí, tak na straně odborníka. Léčba poruch příjmu potravy nebývá snadná, vyžaduje mnoho trpělivosti a často opakovaného hledání síly i odvahy ke změnám. Nemocný by měl také věřit ve své uzdravení tak, jak je tomu ostatně i u jiných psychosomatických chorob.

¹ PAPEŽOVA, 11. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. str. 28

KDE JE MOŽNÉ NAJÍT ODBORNOU POMOC?

Místa a kontakty odborné pomoci příkládám v příloze č.1

JAK MOHOU NEMOCNĚMU POMOCI RODINA. BLÍZCÍ PŘÁTELÉ?

Nejdůležitější zásadou je bezmezná trpělivost. Je důležité si uvědomit, že většinu lidí vnímají postižení poruchou příjmu potravy jako své nepřátele, kteří stojí v cestě jejich úsilí. Cítí se opuštěni a mají tendenci stahovat se ještě více do sebe. Musíme se snažit zrušit jejich sociální izolaci. Zapojovat je do aktivit s přáteli, nalézt společného koníčka. Velmi opatrně mluvit o všem, co se týká jídla a postavy. Rozhodně postižené nepřesvědčovat, že by měli víc jíst. Zároveň se nedoporučuje odpovídat na otázky, jestli jsou tlustí, nebo jestli se nám líbí jejich postava. V podstatě totiž neexistuje možnost správné odpovědi; pokud jim postavu pochválíme, budou to považovat za povzbuzení, pokud jim sdělíme, že jsou příliš hubení, budou to považovat za lež. Psychologové v takových situacích obvykle doporučují převést řeč na jiné téma, nebo jim pochválit jinou část těla, například oči, tvar rtů a podobně.""

3 SITUACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR A V ZAHRANIČÍ

Neexistují žádné skutečně spolehlivé statistiky k počtu lidí trpících poruchami příjmu potravy a to z řady důvodů:

- * Řada lidí se za své onemocnění stydí a nechtějí o něm hovořit. To odpovídá situaci např. u alkoholiků, z nichž řada ani nehodlá uznat, či přiznat si, že mají problém s alkoholem.
- > Lékaři často léčí symptomy, které jsou vlastně důsledky poruch příjmů potravy, aniž by si všimli, že pacientka trpí takovouto poruchou.
- > Pravděpodobně je jen u cca 10 % případů poruch příjmu potravy stanovena přiměřená diagnóza a léčba. V průměru dochází mezi začátkem poruchy a její diagnózou k časovému zpoždění 8 let.

Existují některé zcela typické formy extrémní anorexie či bulimie, ale existuje také řada mezistupňů. Porucha příjmu potravy může být způsobena například nadváhou, která ale může mít i řadu jiných příčin. Psychologické faktory zde můžou hrát velkou roli, takže může pomoci terapie.⁶³

^v ČR

Zajímavý údaj je, že **"až 60 % českých středoškolaček není spokojeno se svým tělem a více než polovina z nich si přeje zhubnout."**⁶⁴ V poslední době se tyto údaje začínají týkat i mnohem mladších dívek.

"Obecně je rozšíření mentální anorexie v České republice srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně 0,5-0,8 % dospívajících dívek. Určité příznaky se však mohou vyskytnout až u 6 % dívek na konci puberty. Dnes může být výskyt o trochu vyšší; je to důsledkem toho, že je dieta čím dál častěji zaměňována za normální jídelní režim. Zároveň má jen málokterá dívka reálnou představu o tom, kolik by měla vážit.

Mentální bulimie je v České republice rozšířena přibližně stejně jako v zemích západní Evropy. Nejčastěji jí onemocní mladé ženy. Krch⁶⁶ uvádí, že **"mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena.** Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat až u 10 % mladých žen a dívek.

Podle Krcha⁶⁷ se strach z tloušťky a **nevhodné stravovací návyky objevují u velké části třináctiletých českých dívek.** U mužů se bulimie vyskytuje zřídka. Pokud se vyskytne, souvisí to většinou s nadváhou. U žen je riziko výskytu bulimie nejméně desetkrát vyšší než u mužů. V posledních letech se čím dál častěji můžeme setkat se ženami, které uvádějí počátek obtíží až v dospělém věku.

68

Dle jednoho internetového zdroje (výzkum studentky bakalářského studia Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra, zpracováno dle odborných konzultací) jsou **strach z tloušťky a dietní tendence mezi českými děvčaty dostatečně zřetelné už ve věku 11 let** a významným

⁶³ Statistika výskytu mentální anorexie a bulimie v Německu - přeloženo [cit. 07-10-12] <online>

<http://web4health.info/de/answers/ed-other-incidence.htm>

⁶⁴ KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, str. 52

" KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, str. 52

⁶⁶ KRCH F.D. *Bulimie* . 2. dopl. vydání. Praha: Grada, 2003. str. 34

" KRCH, F.D. *Bulimie* , 2. dopl. vydání. Praha: Grada, 2003

^{**} *Semestrální projekt - mentální anorexie* [cit. 07-09-10] <online> <http://terez.ic.cz/vievv.php7cisloclankiF2006120001>

způsobem ovlivňují jejich způsob života a často i zdravotní stav. Podle jejího výzkumu na českých školách vzrostl počet děvčat, která drží dietu mezi 11. a 15. rokem, na více než dvojnásobek. Jen třetina patnáctiletých dívek si myslí, že nepotřebuje držet dietu. Alarmující je i počet mladých děvčat, která ze strachu z tloušťky zvracejí nebo berou projímadla.

Podobné varování přinesla i rozsáhlá studie Psychiatrické kliniky pražské 1. lékařské fakulty mezi českými školáky. Celkem 57 % dívek a 34 % chlapců v ní uvedlo, že není spokojeno se svým tělem. Většina dětí se přiznala, že svou touhu po štíhlejší postavě řeší od dětství redukčními dietami, vynecháváním hlavních jídel, nadměrným cvičením nebo násilným zvracením.

Přesné statistiky týkající se výskytu mentální anorexie a mentální bulimie mezi dětmi a mladistvými stále neexistují. Většina dětí s poruchami příjmu potravy totiž svou nemoc před okolím tají a k lékaři nikdy nepřijde.⁶⁹

Česká republika zaostává oproti Západní Evropě v oblasti nabídky možných terapeutických intervencí, též osvěta a prevence je nedostatečná. Zdůrazňuje se stále jen nebezpečí nadváhy a obezity, v posledních desetiletích se zhoršila kultura stolování, většina českých rodin nejí společně a nápadně se zvýšila konzumace alkoholu a sladkostí. Ve střední a východní Evropě se neustále hledají nové vzory, které se soustřeďují na vnější znaky a hodnoty tzv. západního životního stylu. Mezi ně patří úspěch a štíhlost. Na vysoké úrovni je propagace diet.⁷⁰

Německo

V Německu téměř **každá třetí dívka trpí v pubertě poruchami příjmu potravy.** To dokládá nová Studie zdraví dětí a mladistvých Institutu Roberta Kocha, která byla představena v Berlíně. Výzkumu se účastnilo 17.641 osob, díky čemuž nabízí tato v Evropě jedinečná studie (2003-2006) poprvé rozsáhlý obraz o zdravotním stavu dospívajících v Německu.⁷¹

Dle této studie byly u **28,9 % jedenáctiletých až sedmnáctiletých dívek diagnostikovány nemoci, mezi které patří anorexie, bulimie a další.** U chlapců téhož věku byl pak výskyt

Semestrální projekt - mentální anorexie [cit. 07-09-10] <online> <http://terez.ic.cz/view.plip7cisloclankLF2006120001>

I" KRCTI in COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovitěpřejídání.* Olomouc: Votobia, 1995

Studie zdraví dětí a mladistvých Institutu Roberta Kocha - přeloženo [cit. 07-10-27] <online>

<http://www.tagesschau.de/inland/meldung95684.html>

těchto nemocí zjištěn v 15,2 %. Ve věku tři až sedmnáct let má celkem 15 % dětí nadváhu. Procento výskytu těchto poruch je téměř dvojnásobný u mladistvých pocházejících ze sociálně slabších rodin (27,6 %) ve srovnání s jejich vrstevníky z „vyšších společenských tříd“ (15,5 %).⁷²

Pozn. K lomulo tématu přikládám přílohu č. 3, která nastíní problém poruch příjmu potravy li dospívajících, převážně na módních molech, v ostatních zemích.

4 VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ

A) dle Dr. Krcha - v ČR

Dr. Krch se podílel na studii mapující jídelní postoje pražských a budějovických středoškolaček: „Ukázalo se, že studentky odborných učilišť byly ve srovnání se studentkami gymnázia méně spokojeny se svým tělem, častěji držely dietu, měly větší riziko vzniku poruch příjmu potravy a navíc měly vyšší váhu.“

V rozporu s tradovaným předpokladem, že velkoměstská populace je poruchami příjmu potravy více ohrožena, vykazovaly dívky z Českých Budějovic kritičtější výsledky Testu jídelních postojů než dívky v Praze. Podobně překvapivé výsledky byly zjištěny i s ohledem na typ školy, kde nejkritičtějších výsledků (narušené jídelní postoje, nadměrná sebekontrola v jídle, časté diety apod.) vykazovaly studentky učňovských škol. V přihlídnutí k ostatním rizikovým faktorům je otázka, zda pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy je „nebezpečnější“ nízké sebehodnocení a negativní sebekoncept (SOU) nebo nadměrná sebekontrola (vysoká hodnota správných zásad a nejlepšího výkonu u studentek gymnázia a SŠ)?⁷⁴

Název projektu: Analýza kognitivních a behaviorálních faktorů přispívajících k rozvoji rizikových postojů a návyků v průběhu dospívání

~ Studie zdraví dětí a mladistvých Institutu Roberta Kocha - přeloženo [cit. 07-10-27] <online>

<http://www.tagesschau.de/inland/nielendung95684.html>

⁷² Občanské sdružení Anabett. článek č. 1059 [cit. 07-09-18] <online> <http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/c1059.php>

⁷⁴ Současné změny životního stylu a duševní zdraví české mládeže, výzkum. Krch F., Drábková H. [cit. 07-10-05] <online>

<http://riss.arcliives.ceu.hu/archive/00001028/01/29.pdf>

Řešitel: PhDr. František Krcli, Psychiatrická klinika VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2

Příjemce: Všeobecná fakultní nemocnice, U nemocnice 2, 128 08, Praha 2

V dubnu až červnu 2002 byla realizována studie na vybraných školách v Praze a Českých Budějovicích, při které byl použit dotazník obsahující 52 položek - několik standardních škál (EAT-26, škála perfekcionismu z EDI, Rosenbergova škála sebehodnocení, Windleho dotazník, škála deprese a anomie), doplněných o otázky týkající se zájmu a hodnot respondentu, jejich rodiny, sociálního života, jídelních návyku (včetně dietních návyku rodiny a výběru základních potravin) a užívání psychoaktivních látek. Dotazník jídelních postojů (EAT-26) je 26 položkový dotazník zaměřený na identifikaci narušených jídelních postojů a chování. Eating Disorder Inventory (EDI) je dotazník konstruovaný pro měření psychologických a behaviorálních rysů příznačných pro anorexii a bulimii.

V souladu s užívaným výzkumným standardem byla zařazena jen škála perfekcionismu, jejichž 6 otázek je zaměřeno na míru osobní sebekontroly a „ambicióznost“ rodiny respondenta. Deseti položková Rosenbergova SelfEsteem Scale je často užívaným nástrojem hodnocení obecné úrovně sebevědomí. 6 položková škála deprese, stejně tak jako 6 položková škála anomie je převzatá z The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Windleho dotazník Retrospective Childhood Problems má 25 položek retrospektivně zaměřených na výskyt specifických poruch chování v dětství (poruchv pozornosti a hyperaktivita, opoziční tendence, poruchy chování a vyhýbavé chování).

Studie se týkala 2. stupně ZŠ a SŠ. V 8. a v 9. ročnících bylo náhodně vybráno po jedné třídě, na víceletých gymnáziích to byla jedna třída z tercie a jedna z kvarty. Celkem bylo osloveno 1501 chlapců a dívek ze 72 tříd z 27 pražských a 9 budějovických škol. Tazatelé navštívili celkem 31 základních škol (z nich jedna škola s rozšířenou sportovní výukou a jedna třída pro dyslektiky) a 5 gymnázií (jedno soukromé). Věk sledovaných dětí se pohyboval v rozmezí od třinácti do šestnácti let. Byla použita i data : výzkumu v roce 1996 (střední školy).

Výsledky studie byly z velké části prezentovány na odborném fóru nebo publikovány v odborném tisku; epidemiologická data byla zařazena do některých monografií (F.D. Krch /Ed./ a kol. Poruchy příjmu Potrav. Praha:Grada, 2004; V. Hamer /Ed/ a kol. Klinická obezitologie. Praha:Grada, 2004). Výsledky studie byly autory studie využity ve vystoupeních k dané tématice ve sdělovacích prostředcích « populárně naučných člancích. Projekt byl prezentován na zasedání Evropské rady pro poruchy Příjmu potravy (ECED).

Výsledky šetření mezi adolescenty potvrdily, že výživové a jídelní návyky dospívajících chlapců a dívek se zásadním způsobem liší a jsou významným způsobem podmíněny tím, jaký mají vztah ke svému tělu a jaké mají v tomto směru aspirace. Už ve věku **třinácti let** **Pokládá velká část děvčat dietní omezení za samozřejmá a ztotožňuje je se zdravou výživou.** Strach z tloušťky neurčuje jenom jejich výživu a jídelní režim (mnoho děvčat proto

vynechává některé hlavní jídlo, nechodí do školní jídelny, vyhýbá se jídlu s rodiči, odmítá maso), ale je v pozadí i dalších ohrožujících návyků.

S věkem sledovaných dívek přibývalo váhových odchylek od normy a děvčat s velmi nízkou tělesnou hmotností; **přibližně 4 % čtrnáctiletých a téměř 6 % patnáctiletých respondentek splňovalo „váhová“ kritéria anorexie** (tělesná hmotnost o 15 % nižší). **Většina těchto vyhublých dívek byla se svojí hmotností spokojena nebo si přála ještě zhubnout.** Kromě příznaků poruch příjmu potravy (přibližně 10 % sledovaných dívek akceptovalo zvracení jako možný způsob kontroly tělesné hmotnosti a 4 % uvedla, že ze strachu z tloušťky pravidelně zvrací) může mít strach z tloušťky vliv i na rozvoj jiných nevhodných návyků, jako například kouření. Stejně tak ale může mít některé pozitivní konotace. **Pravděpodobně ze strachu z tloušťky sledované dívky častěji cvičily, preferovaly ovoce a zeleninu a jedly méně uzenin než chlapci.** Sporná může být **preference light výrobků**, které patří mezi potraviny, jimiž se dietující a bulimičky často přejídají. Za poměrně novodobý fenomén, který se může v budoucnu ukázat jako významný, lze pokládat relativně **častý výskyt užívání prostředků na posílení a zvětšení svalové hmoty mezi sledovanými chlapci.** 1,8 % chlapců v 8. a 9. třídě uvedlo, že pravidelně, a téměř 5 % že příležitostně, podobné prostředky užívá; téměř 13 % chlapců současně uvedlo, že alespoň jednou týdně chodí do posilovny. Je zřejmé, že ani chlapci nezůstávají stranou ve snaze dosáhnout atraktivního vzhledu bez ohledu na možná rizika. Stejně tak jako dívky Preferují krátkodobě účinné prostředky a jsou pod silným tlakem vrstevníků a konzumně orientované kultury.

Kromě popisu existujícího normativu a frekvence výskytu určitého problému byla velká Pozornost věnována analýze možných intervenujících vlivů. **V případě poruch příjmu Potravy je zřejmé, že porucha překračuje tradované demografické a sociální hranice a stává se závažným problémem dospívajících děvčat bez ohledu na místo bydliště, určitý věk, jejich sociální zázemí, vzdělání rodičů.** Dříve nejvíce ohrožená skupina děvčat s vyšším vzděláním a sociálním statutem dnes naopak začíná vykazovat nižší dietní tendence a méně rizikové postoje ve výživě. Podobný trend je popisovaný od počátku 90. let například ve Velké Británii a USA. Jde o děvčata s v průměru zřejmě kvalitnější výživou, lepšími jídelními zvyklostmi a náplní volného času, která tak mají méně reálných důvodů ke „strachu z tloušťky“ a více možností k rozptýlení zájmu o tělo. Podobně rizikové postoje jako děvčata s vyšší tělesnou hmotností však vykazují i jejich hubenější vrstevnice, což ukazuje, nakolik je ¹¹² v tomto věku silný tlak na dodržování diet.

Oproti literárním referencím nebyla zjištěna korelace mezi sklonem k perfekcionismu a nízkým sebevědomím na jedné straně a rizikem poruch příjmu potravy, respektive bulimie na druhé straně, což připomíná význam dynamiky vývoje poruchy, v jejímž průběhu se některé charakteristiky mění nebo hrají rozdílnou roli. **Potvrdil se vztah mezi přáním zhubnout, depresivitou a negativní představou o svém těle.** Jako významný rizikový faktor se ukázal být způsob trávení volného času a některé rodinné charakteristiky. Se zájmy, způsobem trávení volného času a referenčním sociálním prostředím souvisela i zkušenost s psychoaktivními látkami. **Skupina respondentek riziková, z hlediska poruch příjmu potravy, se ukázala být riziková i z hlediska jiných závislostí.** Otázka rizikových faktorů u poruch příjmu potravy byla diskutována ve třech odborných sděleních.^

li) dle Habermase - v Německu

Habermas se zabýval otázkou poruch příjmu potravy z pohledu středoškolské mládeže.

Tento problém studoval především z těchto dvou hledisek:

- > A) *Vliv věku a pohlaví?*
- > D) *Jak se liší nemocní poruchou příjmu potravy od svých vrstevníků a jestli se liší již před samotným projevem nemoci?*

Ad A)

Habermas se při zodpovězení této otázky přidržoval výsledků vývojově psychologických studií. (H. str.1072) **Raná adolescence se zdá být pro dívky těžší než pro chlapce. Existují rozdíly v sebehodnocení a hodnocení vlastního těla a z tohoto vyplývající i různé stravovací návyky.** Relativně viděno dívky jí méně než chlapci. Přejídání považují dívky za neženské, a pakliže k tomuto dojde, stydí se za to. Z výzkumu 13-18 letých chlapců a dívek vyplynulo, že více než 40x nuceně zvracelo 1 % dotazovaných děvčat, ale jen 0,4 % chlapců.

Analýza kognitivních a behaviorálních faktorů přispívajících k rozvoji rizikových postojů a návyků v průběhu dospívání, výzkum, Krch F. Ictt.07-10-02] <online> <http://209.85.135.104/search?q=cache:DWzYYzle0zMJ:www.viap.cz/pvpsps-^yzkumgacr03.doc+krch+poruchy+prijmu+potravy+vyzkum&hl=cs&ct=clnk&cd=13&gl=cz>

V této věkové skupině se poprvé setkáváme s anorexií a bulimií. Habermas na tomto místě jmenuje při svém výzkumu zaměřeném na pohlaví a věk 3 relevantní vývojové linie:

1) *tělesný vývoj*

2) *sociální stav*

3) *kognitivní vývoj*

Ad 1)

Dívky prožívají pubertu dříve a tělesné změny jejich těla jsou výraznější než u chlapců. Dívčí postava spíše tenduje k tzv. dětským „faldíkům“ a to proto, že podíl tuků v dospívání výrazně narůstá.(H. str.1071, D. str.28) Tím může dojít k traumatizujícím účinkům puberty. Dívky, které se s touto „novou“ postavou nevyrovnají a touží po „štíhlé linii“, mohou při přehnané a euforické dietě snadno onemocnět anorexií.(D. str.29) Habermas nesrovnával ale jen pubertální vývoj chlapců a děvčat, ale diferencoval ho také podle vyspělosti.(H. str. 1072) **Výzkum 14 a 17 letých prokázal, že předčasně vyspělé dívky spíše tendují k negativní náladě. Mají horší tělesné sebehodnocení a vykazují vyšší psychopatologické hodnoty než „včas“ zralé dívky.**(H. str. 1073) To znamená, že předčasně vyspělé dívky spíše upadají do vývojové krize než jiné dívky. Později vyvinuté dívky se méně zdržují v jídle, jelikož jejich tukový podíl narůstá později. Mají proto nižší tělesnou váhu než předčasně vyspělé dívky.(H. str. 1073) Jak již bylo zmíněno, je u anorektických dívek možno spatřit vyvolávající moment strachu z puberty. Ale rovněž strach ze sexuální zralosti hraje velkou roli.(H. str. 1073)

Ad 2)

Je-H mladistvý schopen přejít ze sociální pozice dítěte do role dospělého, odrazí se tento Přejít psychologicky ve vývojových úlohách. **Dospívající si musí pozvolna vybudovat dospělou identitu a převzít zralou roli svého pohlaví.** Dospívající dívky si musí osvojit Platné normy pro dospělou ženu a tyto normy realizovat.(H. str. 1073) V adolescenci se pak musejí dívky orientovat dle ideálů a normativních restrikcí ženské role, což má negativní důsledek, protože se dívky nemohou nadále chovat tak, jak by rády. Musejí přestat vyvádět dětské marnosti, je od nich očekávána zdrženlivost a zkrášlování se. Zdrženlivost v jídle Působí ženštěji. **Řada dívek ještě nedozrála komplexního významu ženskosti, který dává ženské roli atraktivitu. Cítí se z dnešních nároků společnosti velmi přetížené. Jejich anorexie je pak protestem proti existujícím pravidlům.** Bohužel se to, v tomto případě,

obrací proti jim samým, protože škodí sami sobě. **Tělesné sebehodnocení dívek má větší vliv na celkový pocit vlastní hodnoty než je tomu u chlapců.** Kromě toho je zpravidla velká propast mezi vlastním tělesným sebehodnocením a tělesným ideálem. Mezi 12. -16. rokem je tělesný ideál konstantně „být štíhlý“. Ale právě v tomto věkovém rozmezí dívky přibývají na hmotnosti. A právě tím se zhoršuje tělesné vnímání sebe sama, což má za následek nárůst držení diet.(II. str. 1073)

Ad 3)

Sociálně-kognitivní vývoj je rozhodující pro vývoj identity mladistvého. Habermas vyjadřuje názor, že teprve rozvoj uceleného chápání osobnosti umožní v rané adolescenci definovat vlastní identitu jen jedním indikátorem: totiž indikátorem tělesné váhy a schopnosti tuto váhu kontrolovat.(H. str. 1074)

Ad R)

Habermas se zabýval otázkou, liší-li se dívky s poruchou příjmu potravy od svých vrstevníků. Jak již bylo výše uvedeno, způsobují poruchy příjmu potravy tělesné, duševní a psychické vývojové blokády, kterými se postižené dívky liší od svých vrstevníků. To platí především pro anorexii. **Díky jednotlivým specifickým vývojovým opožděním se dívky postižené poruchou příjmu potravy chovají jinak.** Např.se vyhýbají konfliktům v rámci kamarádství, typickým pro tento věk. „Perspektiva třetí osoby“, jak to nazývá Habermas, je děsí, jelikož ohrožuje křehkou nezávislost a individualitu.(H. str.1074) Schorin, Hart a Damon toto dokládají na vývojovém modelu, ke kterému dochází při vývojovém opoždění v sebekontrolě vlastní osoby.(H. str. 1075) **Ve studii, která byla provedena s 12 - 15 letými děvčaty, která měla v dotazníku odpovědět na otázky, co, popř. koho, činí zodpovědným za svoji anorexii, odpověděla většina z nich, že nedostatečné tělesné sebehodnocení.** Tedy ne jak byly očekávány atributy zralosti či špatné vztahy krodinč.(H. str. 1075) Vyvinula-li se již u děvčete porucha příjmu potravy, existuje možnost, že potrvá déle než 2 roky, v případě nepodstoupení se terapie.(H. str. 1075) **V závislosti na délce trvání této nemoci bylo zjištěno, že 10 -15 % anorektických onemocnění končí smrtí. Příčinou je jednak podváha, ale i sebevražda či jiné faktory. Téměř 1/3 postižených trpí anorexií déle než 10 let a 1/3 je po překonání této choroby bez symptomů. Zbývající 1/3 vykazuje často ještě bulimickou zbytkovou symptomatiku.**(H. str. 1075) Pro příznivou prognózu je důležitý věk při vzniku Poruchy příjmu potravy. Čím mladší dívka onemocní, tím větší je šance, na zamezení větších

osobnostních poruch ve vývoji. Jen sama nemoc mentální anorexie je již dostatečně těžké onemocnění, ale bohužel se k ní přidružují ještě psychické symptomy, např. deprese a poruchy osobnosti.(H. str.1075)

Shrnutí výzkumu dle Habermase

- > I přes řadu výzkumů spekulují vědci ještě pořád o příčinách poruch příjmu potravy mladistvých. Jisté je, že labilní charakter mladistvého může vyvést z rovnováhy už i maličkost. Ať je to rebelie proti rodičům či zvláště pak vůči matce, nebo pouze jen marnivost zachovat si dobrou postavu, tak jako tak nelze separovat pouze jeden faktor. *Vědci jsou zajedno, že důvodů, které se vyskytnou již od puberty, je celá řada.*
- > Spouštěcím impulsem pro poruchu příjmu potravy v životě psychicky nestabilní dívky může být i *nějaká rozhodující událost.*
- > Poruchy příjmu potravy by měly být pro osoby blízké, pro rodinu, přátele a hlavně také pro učitele vždy zřejmým signálem, že s dorůstajícím mladistvým není něco v pořádku. *Je nesprávné toto přehlížet a považovat to za „mladistvé bláznění“.* Snadno by se pak mohlo stát, že by bylo již pro každou pomoc pozdě.
- > Možná se podaří díky *psychoanalýze*, která se zaměřuje na vývojové krize ve fázi adolescence, objasnit, jaké důvody vedou dívky k odmítání potravy. Je to prostředek jak získat pozornost rodičů, nebo protest proti dosavadní nesamostatnosti? Důvodů může být mnoho. A zřejmě budou u každého takto postiženého mladistvého individuální. *Ale jedno potřebují všichni postižení, lásku a bezpečí, pocit být někým.* Tento pocit mohou zprostředkovat rodina a přátelé a tím pomoci adolescentovi ze začarovaného kruhu. A to i přesto, že postižení tuto péči napřed povrchně odmítnou. Tím bychom se neměli nechat odradit.^{76/}

^{76/}

HABERMAS, T. *Essstörungen der Adoleszenz*. In MON I ADA. 1... OERTER, R. *Entwicklungspsychologie*. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995, 2. vyd., str. 1071-1075

OOI.TO. F., DOLTO-TOI.ITCII, C. *Von den Schwierigkeiten, erwachsen zu werden*. Stuttgart: Klett-Cotta. 1991, 2. vyd.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Jak jsem již uvedla v úvodu mé diplomové práce, v empirické části se zaměřím na vlastní výzkum výskytu poruch příjmu potravy na pražských středních školách formou rozhovoru se středoškolskými pedagogy dle záznamového listu.

Cílem mého výzkumu je potvrdit nebo vyvrátit *hypotézu* současné společnosti (dle části teoretické) o aktuálním výskytu poruch příjmu potravy u dospívajících a dle zjištěných skutečností zpracovat strategii prevence a navrhnout doporučení pro školní vzdělávací program.

Hypotéza č. 1: Poruchy příjmu potravy jsou aktuálním problémem dospívající mládeže, tedy v období střední školy.

Hypotéza č. 2: Za vznik poruch příjmu potravy může mediálně propagovaná štíhlost, tedy onen „ideál krásy“.

Cílová skupina respondentů

Pro svůj výzkum jsem si vybrala 4 rozdílné, náhodně vybrané, typy škol: Střední zdravotní a sociální školu, Gymnázium, Střední průmyslovou školu a Obchodní akademii. Pro rozhovor jsem si vždy vybrala pedagoga, který vyučuje jeden z těchto předmětů: biologii, anatomii, zdravotní nauku nebo tělesnou výchovu či je také třídním učitelem, aby respondentova odbornost mohla být co nejbližší problematice poruch příjmu potravy. Mého respondenta jsem nejprve telefonicky kontaktovala a poté si domluvila osobní schůzku pro rozhovor, který netrval déle než 20 min (z důvodu časové tísně mých respondentů).

školy i respondenti zůstanou v mé práci anonymní z důvodu přání, nezveřejňovat jména, ze strany vedení škol.

Metoda výzkumu

Jako metodu pro svůj kvalitativní výzkum jsem zvolila strukturovaný rozhovor, který jsem uskutečňovala dle mého předem připraveného záznamového listu. Záznamový list je členěn na 4 hlavní oblasti, podle kterých jsem kladla respondentům otázky a jejich odpovědi si do tohoto listu také zaznamenávala: **1. Základní informace o respondentovi, 2. Zkušenosti respondenta s problematikou poruch příjmu potravy, 3. Výskyt poruch příjmu potravy**

na škole, kde respondent vyučuje, 4. Názor respondenta na příčiny poruch příjmu potravy.

Záznamový list

Základní informace o respondentovi

- 1. pohlaví*
- 2. věk*
- 3. vzdělání*
- 4. dosavadní odborná praxe - ve školství (případně v oblasti zdravotnické)*
- 5. vyučované předměty*

Zkušenosti respondenta s problematikou poruch příjmu potravy

- 1. Co si myslíte, že patří mezi poruchy příjmu potravy? O jaké poruchy se konkrétně jedná?*
- 2. Myslíte si, že máte dostatečné informace o této problematice?*
- 3. Setkala jste se již někdy s někým - mimo školu, kdo trpěl (či trpí) jednou z forem poruch příjmu potravy?*
- 4. Pokud ano, byl/a to dívka či chlapec? Jakého věku? Jaké sociální anamnézy?*

Výskyt poruch příjmu potravy na škole, kde respondent vyučuje

- 1. Je tato problematika zahrnuta do učebních osnov na Vaší škole?*
- 2. Vyučujete ji v rámci některého z Vašich předmětů ?*
- 3. Pokud ano, jaké jsou reakce studentů? Znají tuto problematiku?*

4. *Znáte nějakého konkrétního student/ku z Vaší školy, který/á má s danou problematikou zkušenost či aktuálně trpí jednou z forem poruch příjmu potravy? - věk studenta/ky?, pohlaví?, možná příčina?, která z forem poruch příjmu potravy?*

Názor respondenta na příčiny poruch příjmu potravy

5. *Co si myslíte, že je nejčastější příčina poruch příjmu potravy?*
6. *Jaký typ prevence byste doporučila studentům / škole?*

5.1 Vlastní výzkumné šetření

y Výzkum na Střední zdravotní a sociální škole

Respondent A) - žena ve věku 50 - 60 lety, vzděláním vysokoškolským

y Výzkum na Gymnáziu

Respondent B) - žena ve věku 30 - 40 lety, vzděláním vysokoškolským

Respondent C) - žena ve věku 40 - 50 lety, vzděláním vysokoškolským

> Výzkum na Obchodní akademii

Respondent D) - žena ve věku 30 - 40 lety, vzděláním vysokoškolským

5.1.1 Výzkum na Střední zdravotní a sociální škole

1) Respondent A - Základní informace o respondentovi

Respondentem byla žena ve věku 50 - 60 lety, vzděláním vysokoškolským - Filosofická fakulta, s praxí ve školství přes 30 let a také s dlouholetou praxí v nemocnici . Vyučující
Předměty: zdravotní nauka, somatologie, gynekologie, psychologie + třídnictví 2. roč. Díky Příslušnému odbornému vzdělání a dlouholeté praxi (především v nemocnici) zná má

respondentka problematiku poruch příjmu potravy velmi detailně a již se i setkala s osobami trpícími touto poruchou. Jednalo se převážně o dívky v období dospívání - při praxi v nemocnici. Ve škole se bohužel také setkala s *několika* dívkami - studentkami - a jedním chlapcem - studentem - - trpícími poruchou příjmu potravy, především mentální anorexií, a pomáhala jim s řešením, vypořádáním se s touto nemocí.

2) Zkušenosti respondenta s problematikou poruch příjmu potravy,

Problematika poruch příjmu potravy je na škole, kde má respondentka vyučuje, zahrnuta do učebních osnov. Především má respondentka tuto problematiku vyučuje v rámci svých vyučovacích předmětů, a to převážně (ale nejen) ve 2. ročníku. Hodina je vždy velmi pestrá, kromě standardního frontálního vyučování využívá má respondentka i aktivit žáků formou diskuzí, čtením příběhů lidí postižených poruchami příjmu potravy, pouští studentům filmy na dané téma atd. **Studenti** mají velmi dobré informace, zajímá je daná problematika, dokonce i sami již tuto **problematiku zpracovali formou obsáhlých absolventských prací, kazuistik, dostupných v knihovně školy.** *Knihovnu jsem navštívila i já a záznam ze studia kazuistik studentů této školy přikládám v příloze č. 6.*

3) Výskyt poruch příjmu potravy na škole, kde respondent vyučuje

V současné době je bohužel na této střední škole, jak mi vypověděla má respondentka. jedna dívka - studentka - hospitalizovaná. Jedná se o trochu plnoštíhlou 17. letou dívku , výbornou studentku, perfekcionalistku. Jak začala víc a víc hubnout, nosila těsnější trička, aby každý viděl, jak má „krásnou“ postavu. Bohužel snaha o dokonalost ji zavedla až do nemocnice.

4) Názor respondenta na příčiny poruch příjmu potravy

Má respondentka si myslí, že nejčastější příčina poruch příjmu potravy je snaha být štíhlá/ý, jen to že je dle dospívajících hezké » onen „ideál krásy“, dále je to určitě prý Perfekcionalismus a velký vliv má *vzor* (idol, rodina). Jako prevenci proti poruchám příjmu Potravy má respondentka doporučuje dostatek informací nejen pro dospívající samotné, ale hlavně pro jejich rodiny, na kterých velmi záleží.

5.1.2 Výzkum na Gymnáziu

1) Respondent B - Základní informace o respondentovi

Respondentem byla žena ve věku 30 - 40 lety, vzděláním vysokoškolským - Pedagogická fakulta, s praxí ve školství přes 10 let (ZŠ 1,5 roku, SŠ 2,5 roku a současné Gymnázium 6 let). Vyučující předměty: biologie, tělesná výchova + třídnicí 4. roč. Díky příslušnému odbornému vzdělání zná má respondentka problematiku poruch příjmu potravy velmi dobře a již se i setkala s osobami trpícími touto poruchou. Mimo školu se jednalo o dívku, z neúplné rodiny, v období dospívání. Ve škole se setkala s *několika* studentkami trpícími poruchou příjmu potravy, mentální anorexií. S chlapcem postiženým poruchou příjmu potravy se ještě nesetkala. Má respondentka může využít jedinečné možnosti k rozpoznání poruchy příjmu potravy, především co se tělesné hmotnosti týče, díky vyučování tělesné výchovy a znalostem z oblasti anatomie, biologie.

2) Zkušenosti respondenta s problematikou poruch příjmu potravy,

Problematika poruch příjmu potravy je na škole, kde má respondentka vyučuje, zahrnuta do učebních osnov. Především má respondentka tuto problematiku vyučuje v rámci svých vyučovacích předmětů, a to převážně (ale nejen) ve 3. ročníku. Studenti již mají dostatečné informace o dané problematice, také asi díky zkušenostem se spolužačkami trpícími mentální anorexií.

3) Výskyt poruch příjmu potravy na škole, kde respondent vyučuje

Na této střední škole si bohužel, jak mi vypověděla má respondentka, mentální anorexie vyžádala jeden lidský život. Podlehla jí jedna studentka 2. roč. Opět perfekcionalistka, výborná studentka. Chtěla být ve všem dokonalá. Bohužel ji k tomuto „ideálu“ vedli rodiče. Na léčbu nastoupila příliš pozdě...

4) Názor respondenta na příčiny poruch příjmu potravy

Má respondentka si myslí, že nejčastější příčina poruch příjmu potravy je snaha být dokonalá/ý, perfekcionalismus, onen mediálně propagovaný „ideál krásy“ a určitě problémy v rodině, případně špatná výchova. Jako prevenci proti poruchám příjmu potravy má respondentka určitě doporučuje již aplikovanou komunikaci s rodiči, upozorňování rodičů na

toto onemocnění, případně na již získaný problém některého ze studentů a také dostatek informací (včetně nebezpečí důsledků nemoci) pro dospívající samotné.

5.1.3 Výzkum na Střední průmyslové škole

1) Respondent C - Základní informace o respondentovi

Respondentem byla žena ve věku 40 - 50 lety, vzděláním vysokoškolským - Fakulta tělesné výchovy a sportu UK, s praxí ve školství 21 let (ZS, SS a v současné době VOŠ a Střední průmyslová škola). Vyučující předměty: biologie a tělesná výchova. Díky příslušnému odbornému vzdělání zná má respondentka problematiku poruch příjmu potravy dobře a již se i mimo školu setkala s jednou dívkou, 17 let, trpící poruchou příjmu potravy. Dívka měla vysoké sportovní cíle a její energetický výdej zcela záměrně převyšoval energetický příjem. Ve škole se má respondentka se studenty trpícími poruchou příjmu potravy ještě nesetkala. Má respondentka může využít jedinečné možnosti k rozpoznání poruchy příjmu potravy, především co se tělesné hmotnosti týče, díky vyučování tělesné výchovy a znalostem z oblasti anatomie, biologie. Spíše se ale zatím setkala se studenty, které trápí opačný problém, a to obezita. Již několik chlapců se s její respondentkou radilo, po hodině tělesné výchovy, jak správně a zdravě snížit hmotnostní nadbytek

2) Zkušenosti respondenta s problematikou poruch příjmu potravy,

Problematika poruch příjmu potravy je na škole, kde má respondentka vyučuje, zahrnuta do učebních osnov. Má respondentka tuto problematiku vyučuje v rámci svého vyučovacího předmětu, biologie, a to převážně ve 2. ročníku - poruchy trávicího ústrojí. Také v hodinách tělesné výchovy se snaží na danou problematiku upozornit. Jinak tuto problematiku vyučuje kolegyně mé respondentky, která ji vyučuje v oblasti výživy. Studenti mají informace o dané problematice, zpracovávají také seminární práce na témata ohledně správné výživy, případně přímo na téma poruch příjmu potravy.

3) Výskyt poruch příjmu potravy na škole, kde respondent vyučuje

Na škole, kde má respondentka vyučuje, je 570 chlapců a 30 dívek. To je asi také jeden z hlavních důvodů, proč se poruchy příjmu potravy na škole nevyskytují. Chlapci s tím prý opravdu nemají zkušenosti, snad jen s již zmíněnou nadváhou a dívky jsou také bez zjevných symptomů.

4) Názor respondenta na příčiny poruch příjmu potravy

Má respondentka si myslí, že nejčastější příčina poruch příjmu potravy je současná medializace štíhlosti, nabídka oblečení v obchodech s nízkými velikostmi, nedostatečné porozumění dospívajících v rodinách. Jako prevenci proti poruchám příjmu potravy má respondentka doporučuje dostatečnou informovanost a zdůrazňovat vnitřní krásu člověka a ne jen zevnějšek.

5.1.4 Výzkum na Obchodní akademii

1) Respondent D - Základní informace o respondentovi

Respondentem byla žena ve věku 30 - 40 lety, vzděláním vysokoškolským - Vysoká škola ekonomická, s praxí ve školství 2 roky (současná střední škola). Vyučující předměty: zbožíznalství, ekonomika, marketing. Má respondentka si myslí, že má o problematice poruch příjmu potravy dostačující informace a již se i mimo školu setkala s dívkami trpícími poruchou příjmu potravy. Jednalo se o dívky ve věku 17 -23 let, anorektičky, které přišly do relaxačního studia patřící mé respondentce. Jako hlavní důvod jedna dívka uvedla, že musí být štíhlá, protože chce být modelkou a že chce vypadat jako Isabelle Carová, která se nechala vyfotografovat pro kontroverzní kampaň v boji proti mentální anorexii (jedná se o kampaň v Itálii, o které se zmiňuji v příloze č. 3). S chlapcem trpícím poruchou příjmu potravy se ještě nesetkala. Ve škole se má respondentka se studenty trpícími poruchou příjmu potravy také ještě nesetkala.

2) Zkušenosti respondenta s problematikou poruch příjmu potravy,

Problematika poruch příjmu potravy není na škole, kde má respondentka vyučuje, zahrnuta do učebních osnov. Má respondentka tuto problematiku vyučuje v rámci svého vyučovacího Předmětu, zbožíznalství, a to ve 2. ročníku - výživa, poživatiny, pochutiny. Také v předmětu marketing, který má respondentka vyučuje, zasahuje do tématu poruch příjmu potravy (ceny Potravin, ceny ve fast foodech » špatná výživa). Problematiku poruch příjmu potravy má respondentka vyučuje hlavně díky nebezpečí rozšíření obezity, která je na škole, dle mé respondentky, aktuálnější. Aktuálnost vidí má respondentka právě především v dnešním stylu stravování, hlavně v tzv. fast foodech. Jinak studenti již prý danou problematiku znají.

3) Výskyt poruch příjmu potravy na škole, kde respondent vyučuje

Na škole, kde má respondentka vyučuje, se v současné době poruchy příjmu potravy u studentů nevyskytují, ale z doslechu ví, že dříve alespoň tak 3 studentky této školy trpěly mentální anorexií.

4) Názor respondenta na příčiny poruch příjmu potravy

Má respondentka si myslí, že nejčastější příčina poruch příjmu potravy je v rodinách, kdy rodiče díky uspěchanému životnímu stylu nemají na své děti čas, nemluví s nimi o jejich problémech a starostech, často s nimi jednájí ještě jako s dětmi (to můžeš, to nesmíš..) a oni se pak snaží jen získat pozornost.... Jako další důvody má respondentka uvádí možnost onemocnět poruchou příjmu potravy kvůli partnerovi, který řekne dívce, že je „tlustá“, nízké sebevědomí dospívajících, medializace štíhlosti a velmi špatné stravování (fast foody, sladké, tučné..). Jako prevenci proti poruchám příjmu potravy má respondentka doporučuje především komunikaci s dospívající mládeží, která vyžaduje vyjádření svého názoru, diskuzi, radu a především naslouchání a oporu.

Shrnutí výzkumu

Vyhodnocení stanovených hypotéz:

Hypotéza č. 1: Poruchy příjmu potravy jsou aktuálním problémem dospívající mládeže, tedy v období střední školy.

Resumé: Dle výpovědí mých respondentů se mi *stanovená hypotéza potvrdila*. Poruchy příjmu potravy *jsou* aktuálním problémem středoškolské mládeže. Především se jedná o *dospívající dívky*. Jen malé procento chlapců trpí poruchami příjmu potravy - dokazuje to můj výzkum ze Střední průmyslové školy, kde studuje převážná většina chlapců a daná problematika se na této škole vůbec nevyskytuje. Moji respondenti se také obávají zatím možných skrytých forem poruch příjmu potravy u svých studentů.

Navštívila jsem jen 4 pražské školy, ale bohužel téměř vždy, když jsem se někoho zeptala (mého respondenta, studentů na škole, jejich kamarádů), zda znají ze svého okolí nějakou konkrétní osobu v období dospívání, která trpí či trpěla jednou z forem poruch příjmu

potravy, tak mi bylo odpovězeno, že ano. Mezi nejčastější odpovědi patřila *mentální anorexie*, a téměř vždy se jednalo o dívku.

Hypotéza č. 2: Za vznik poruch příjmu potravy může mediálně propagovaná štihlost, tedy onen „ideál krásy“.

Resumé: Dle výpovědí mých respondentů se mi i druhá hypotéza potvrdila. Moji respondenti uvádějí, že ve většině případů nemocných poruchou příjmu potravy je příčinou onemocnění mediálně propagovaný ideál krásy, štihlosti, kdy velkým vzorem pro dospívající dívky jsou až příliš štíhlé modelky a herečky. Mezi další hlavní příčiny poruch příjmu potravy moji respondenti uvádějí perfekcionalismus, nízké sebevědomí, nedostatečné rodinné zázemí a problémy s komunikací a výchovou v rodině.

6 STRATEGIE PREVENCE

Je důležité uvědomit si zákonitou spojitost mezi vlivem rodiny, školy, poskytováním sociálních a zdravotnických služeb i komplexním vlivem veřejnosti. To předpokládá dostupnost kvalitních odborných, a zároveň srozumitelných, informací, dostatek informačních brožurek a letáčků, přednáškové akce, odbornou literaturu. Potřebná je i odborná platforma a diskuse odborníků (psychologů, pedagogů, metodiků prevence na školách, praktických lékařů, výchovných a sociálních pracovníků, pracovníků v pomáhajících profesích apod.). V každém případě by měla být zajištěna především spolupráce mezi jednotlivými odborníky, a to taková, aby dokázala včasně detekovat jakékoli primární, případně i latentní, projevy budoucího onemocnění nebo patologie ve vztahu k jídlu a sebevímání.⁷⁸

Pedagogové by měli znát varovné příznaky různých závislostí, například na drogách, cigaretách a alkoholu a rozpoznat i začínající poruchy při přijímání potravy. Na včasném záchytu onemocnění se mimo rodinných příslušníků mohou totiž významnou měrou podílet i pedagogičtí pracovníci, neboť mimo rodinný kruh tráví dítě ve škole značnou část dne. Proto je důležité, aby i učitelé znali rizikové faktory vzniku onemocnění, dokázali rozlišit rizikové

* *Občanské sdružení Anabett* |cit. 07-09-15| <online> <http://www.anabell>.

skupiny dětí a základní příznaky onemocnění a uměli zasáhnout již ve fázi rozvoje onemocnění, případně dát signál rodině.⁷⁹

Na prevenci by se určitě měli podílet rodiče i učitelé již od raného dětství a ne až v dospívání, kdy už může být pozdě. Rodiče by měli zdůrazňovat vnitřní krásu člověka a ne jen jeho zevnějšek. Rodina může mít velký vliv na vznik poruch příjmu potravy.

7 NÁVRH OPATŘENÍ - DOPORUČENÍ PRO ŠKOLNÍ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM

Problematiku poruch příjmu potravy doporučuji vyučovat ve více předmětech, které jsou v učebních osnovách středních škol (či ZŠ). Ať už se tedy jedná o stěžejní biologii, anatomii či zdravotní nauku, kdy jde především o somatické důsledky poruch příjmu potravy, tak je možné tuto problematiku vyučovat v rámci předmětu psychologie, sociologie, jakožto psychických důsledků poruch příjmu potravy. Dalšími možnými předměty jsou nauka o výživě a tělesná výchova, která je zvláště vhodná pro rozpoznání poruchy příjmu potravy (možnost upozorovat hmotnostní úbytky). Ještě bych ráda zmínila informační technologii, ve které je také možné vyučovat téma poruch příjmu potravy (studenti mohou s pomocí internetu vyhledávat různé informace o dané problematice, mohou vypracovávat např. preventivní brožury, letáčky..). Je zde tedy dobré využít mezipředmětových vazeb, protože poruchy příjmu potravy také zasahují do širokého spektra života jedince.

8 ZÁVĚR

Cílem práce bylo především s pomocí výzkumu ověřit hypotézy současné společnosti o aktuálním výskytu a možných příčinách poruch příjmu potravy u dospívajících a ze získaných poznatků stanovit strategii prevence a navrhnout doporučení pro školní vzdělávací program.

''Semestrální projekt-mentální anorexie [cit. 07-09-10] <on!ine> <http://terez.ic.cz/view.plip?cislocianku=2006120001>

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Důležitou částí práce je přehledná informace o již zrealizovaných výzkumech výskytu poruch příjmu potravy na středních školách v ČR a v zahraničí.

V teoretické části diplomové práce jsem se věnovala poruchám příjmu potravy obecně, uvedla jsem možné příčiny tohoto onemocnění, jeho důsledky a možnosti léčby. Danou problematiku jsem zpracovala formou literární rešerše.

V části praktické - empirické jsem se věnovala vlastnímu výzkumu na pražských středních školách. Výzkum byl realizován formou rozhovoru se středoškolskými pedagogy dle záznamového listu.

Byla bych velmi ráda, kdyby má práce byla přínosem nejen pro moji budoucí praxi, ale i pro všechny, kteří se o danou problematiku zajímají, a aby přispěla k prevenci poruch příjmu potravy na školách i v rodinách. Pak mohu považovat svůj cíl za splněný

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRÓHMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha : Amulet, 1999. ISBN 80-86299-17-1
2. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání.* Olomouc : Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2
3. DOLTO, F., DOLTO-TOLITCH, C. *Von den Schwierigkeiten, erwachsen zu werden.* Stuttgart: Klett-Cotta, 1991, 2. vyd. ISBN 3608957561
4. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla* Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1
5. FRAŇKOVÁ, S. aj. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte.* Praha : HZ Editio, 2000. ISBN 80-86009-32-7
6. HABERMAS, T. *Essstörungen der Adoleszenz.* In: MONTADA, L., OERTER, R. *Entwicklungspsychologie.* Munchen-Weinheim : Psychologie Verlags Union, 1995, 2. vyd. ISBN 3621272445
7. HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií.* Brno : Era, 2003. ISBN 80-86517-60-8
8. KOCOURKOVÁ, J. aj. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání* Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5
9. KRCH, F. D. *Bulimie -jak bojovat s přejídáním.* Praha : Grada, 2000. ISBN 80-7169-946-2
10. KRCH, F. D. *Mentální anorexie.* Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9
11. KRCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy.* Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7
12. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout.* Praha : Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2
13. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu "* Praha : Portál, 2001. ISBN 80-85805-12-X
14. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie.* Praha : Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0
15. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy.* Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0
16. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce.* Praha : Portál, 2001. ISBN 978-80-7178-473-9

17. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 85-121-32-8
18. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6
19. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7
20. VOMASTEK, P. *Z deníku anorektika*. Praha : Tomáš Houška, 2000. ISBN 80-86065-10-3

9.1 Seznam dalších použitých informačních zdrojů

1. *Časopis INSTINKT*, 20.září 2007, č. 38/VI
2. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Deník Rovnost*. 28. 2. - 27. 3. 2004, 1.-5. část
3. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kolín - přeloženo* [cit. 2007-08-21]
dostupné z: <<http://www.bzga.de>>
4. *Občanské sdružení Anabell* [cit. 2007-09-15]
dostupné z: <<http://www.anabell.cz>>
5. *Občanské sdružení Anabell, článek č. 1060* [cit. 2007-09-15]
dostupné z: <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/c1060.php>>
6. *Občanské sdružení Anabell článek č. 1185* [cit. 2007-09-15]
dostupné z: <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php>>
7. *Občanské sdružení Anabell, článek č. 1059* [cit. 2007-09-18]
dostupné z: <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl059.php>>
8. *Jak vypadá svépomocná skupina v Praze* [cit. 2007-09-20]
dostupné z: <http://povidani.unas.cz/o_skupine.htm>
9. *ípt^oXtfÁti<tbc'íí. č > MÚMd M< 2Í1H7- í 0-051*

dostupné z: <<http://www.anabell.cz/zpravodaj.php>>

10. *Internetová stránka o zdraví, článek „Poruchy příjmu potravy“* [cit. 2007-08-10]

dostupné z: <<http://zdravi.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy>>

¹¹ • *Soukromá internetová stránka, článek „Anorektičky často nesnesitelně trpí“* [cit.

2007-09-20] dostupné z: <<http://www.deathduck.estranky.cz/stranka/dess>>

12. *Statistiky výskytu mentální anorexie a bulimie v Německu -přeloženo* [cit. 2007-10-12]

dostupné z: <<http://web4health.info/de/answers/ed-other-incidence.htm>>

13. *Studie zdraví dětí a mladistvých Institutu Roberta Kocha - přeloženo* [cit. 2007-10-27]

dostupné z: <<http://www.tagesschau.de/inland/meldung95684.html>>

14. *Semestrální projekt - mentální anorexie* [cit. 2007-09-10]

dostupné z: <<http://terez.ic.cz/view.php?cislocclanku=2006120001>>

15. *Italský týden módy provází kampaň proti anorexii* [cit. 2007-10-23]

dostupné z: <<http://www.novinky.cz>>

16. *Příběhy dívek nemocných poruchou příjmu potravy* [cit. 2007-09-25]

dostupné z: <<http://derewi.blog.cz/rubriky/pribehy>>

17. *Současné změny životního stylu a duševní zdraví české mládeže, výzkum Krch F DrábkováH.* [cit. 2007-10-05]

dostupné z: <<http://rss.archives.ceu.hu/archive/00001028/01/29.pdf>>

18. *Analýza kognitivních a behaviorálních faktorů přispívajících k rozvoji rizikových postojů a návyků v průběhu dospívání, výzkum, Krch F.* [cit.2007-10-02]

dostupné z:

<http://209.85.135.104/search?q=cache:DWzYYzl_e0zMJ:www.viap.cz/pvpsps-vyzkumgacr03.doc+krch+poruchy+prijmu+potravy+vyzkum&hl=cs&ct=clnk&cd=13&gl=cz>

19. *Fotografie dívek nemocných poruchou příjmu potravy* [cit. 2007-09-12]

dostupné z: <<http://weare3.blog.cz/0702/anorexie-bulimie-obrazky>>

10 SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha č. 1</i>	Občanské sdružení Anabell + místa odborné pomoci	61
<i>Příloha č. 2</i>	PhDr. F. Krch - bibliografie + publikace	63
<i>Příloha č. 3</i>	Boj proti mentální anorexii a bulimii na módních molech - článek	64
<i>Příloha č. 4</i>	Příběhy dvou dívek, anorektičky a bulimičky	70
<i>Příloha č. 5</i>	Fotografie dívek nemocných poruchou příjmu potravy	76
<i>Příloha č. 6</i>	Kazuistiky studentů Střední zdravotní a sociální školy	80

PŘÍLOHA Č. 1

Občanské sdružení Anabell

Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, poskytuje nemocným s poruchami příjmu potravy celou řadu programů v oblasti sociálních i zdravotnických služeb. K nejvýznamnějším patří odborné sociální poradenství (psychologické a nutriční), telefonická krizová pomoc na **Lince Anabell 848 200 210** (po až pá od 8 do 16 hodin), svépomocné a podpůrné skupiny pro nemocné i pro jejich rodiče a blízké nebo přednášková činnost a edice specializovaného dvouměsíčníku Zpravodaj Anabell. V letech 2006 až 2008 tyto služby Anabell realizuje s podporou Evropského sociálního fondu, z grantového programu SROP 3.2. v rámci projektu Každý krok se počítá, který je spolufinancován ze zdrojů Evropské unie, státního rozpočtu a rozpočtu Jihomoravského kraje. Strukturu dalších finančních zdrojů Anabell doplňují dotace Moravskoslezského kraje, Jihomoravského kraje, Magistrátu hlavního města Prahy a Magistrátu města Brna.

Další odbornou pomoc a podporu mohou nemocní i jejich rodinní příslušníci hledat v ordinacích psychologů a psychiatrů v každém kraji České republiky. Bohužel specializovaných pracovišť je stále málo, tři z nich jsou v Praze na Psychiatrických klinikách ve FN Motol a VFN Ke Karlovu 11 a v Brně na Psychiatrické klinice FN Brno Bohunice.

Občanské sdružení Anabell sídlí na adrese:

Dům lékařských služeb

Bratislavská 2, 4. patro

602 00 Brno

Tel. 542 214 014

e-mail: nosta@anabell.cz

Návštěvní hodiny PO - PÁ od 8:00 do 16:00 hod.

Místa odborné pomoci

Kontaktní adresy:

Jednotka specializované péče pro psychogenní poruchy příjmu potravy

Psychiatrická klinika Všeobecné fakultní nemocnice

Ke Karlovu 11

128 21 Praha 2

Tel. 224 916 858

Dětská psychiatrická klinika 2.LF

V Úvalu 84

150 00 Praha 5

Tel. 224 433 400 - FN Motol

Fakultní nemocnice Brno

Psychiatrická klinika

Jihlavská 20

625 00 Brno

Krizové centrum FN Brno

Tel. 532 232 078 - nepřetržitý provoz

Linka Naděje FN Brno

Tel. 547 212 333 - nepřetržitý provoz

PŘÍLOHA Č. 1

PhDr. Krch František

Přední odborník na problematiku poruch příjmu potravy, výživy a závislostí. Dlouhodobě se zabývá léčbou mentální anorexie a bulimie a výzkumem v této oblasti. Dále se podílí na pedagogické a osvětové činnosti Psychiatrické kliniky VFN, přednáší v odborném a postgraduálním výcviku k problematice poruch příjmu potravy, zdravé výživy, závislostí a psychoterapie, publikuje v odborném i populárně naučném tisku.

Bibliografie

PhDr. František Krch aktivně vystupuje na odborném fóru u nás i v zahraničí, je zakladatelem Společnosti pro výzkum a terapii anorexie a bulimie (SVATAB), členem předsednictva několika odborných společností v ČR i v zahraničí a redakční rady Eating and Weight Disorders. Autor čtyř monografií týkajících se problematiky redukce nadváhy a poruch příjmu potravy a řady odborných článků.

Publikace:

- KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999
KRCH, F.D. *Bulimie -jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000
KRCH, F.D. *Bulimie*, 2. dopi. vydání. Praha: Grada, 2003
KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002
KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. „SOS nadváha:průvodce úskalím diet a životního stylu" Praha-Portál, 2001

PŘÍLOHA Č. 1

Boj proti mentální anorexii a mentální bulimii na módních molech (aktuální článek z časopisu INSTINKT)

V New Yorku už při zimních přehlídkách zavedli omezení pro štíhlost modelek. Navíc přestali pouštět na mola dívky mladší šestnácti let. Totéž se očekávalo od Londýna, ale Angličané nakonec žádné dramatické změny nezavedli. Navíc i New York hlásí: všechno při starém. „Je to ostuda. Minulou sezonu to bylo takové velké téma, a teď se zdá, že si nikdo nevšiml, že modelky nepřibraly ani deko," řekl David Wolfe z návrhářské skupiny The Doneger Group. O problému se podle něj ani moc nemluví, protože trendy pro příští jaro zahrnují nabírané rukávy a sukně či delší šaty, které vychrtlé nohy i trčící kyčle schovávají. „V podstatě jim jde o to, aby po molu kráčely jen tak visící šaty," kritizuje návrháře sedmnáctiletá modelka Hannah Davis. „Chtějí holky, které nemají žádné křivky."

Londýn na BMI nehledí

Britové odmítli hodnotit dívky podle indexu tělesné hmotnosti, protože není z lékařského hlediska úplně směrodatný. „Zvážili jsme to pečlivě a porovnali názory řad expertů. Nemyslíme si, že by cestou vpřed měl být hlavně BMI. Dáváme přednost jinému přístupu, a to, aby zdraví modelek z londýnského Týdne módy hodnotili specializovaní lékaři," prohlásila Britská módní rada. V ní zasedají návrháři, modelky a specialisté na stravování. Dívky budou ovšem od příštího září ukazovat lékařské osvědčení od odborníka na výživu, zároveň by neměly být mladší šestnácti let. Nicméně zpráva se o vychrtlosti dívek přímo nezmiňuje, na přehlídkách je nikdo vážit nebude. Na newyorských molech se našla je jediná společnost, která by předváděla větší velikosti oděvů. Společnost, která si uvědomuje, že mezi normálními lidmi je trend spíše opačný, tedy k nadváze a obezitě. „Prodáváme sebedůvěru," prohlásila jedna z jejích manažerek. „Přetvořili jsme poslední trendy tak, aby seděly a lichotily objemnějším ženám." Tedy takovým, kterých je v bohatých zemích stále víc. Návrháři ale očividně dál vydělávají na svých zažitých způsobech, a tedy na vychrtlých modelkách.

Nejdál šla v boji proti anorexii Itálie. Už před rokem doporučila, aby na mola neměly přístup modelky, jejichž index tělesné hmotnosti je pod hranicí normální hmotnosti.

Alespoň do zákulisí módních přehlídek, nechvalně proslulého stresem nebo drogami, přicházejí změny. Dřív se modelky spíš brčkem napily šampaňského (to aby si nerozmazaly make-up) a zapalovaly jednu cigaretu od druhé, v Londýně měly k dispozici zdravou stravu. A v šatnách a na chodbách bylo kouření zakázáno.

Jenže v sezoně módních týdnů, tedy v září a začátkem října, bývají modelky pod silným tlakem. Za den absolvují několik castingů, na přehlídkách pak musejí v pár okamžicích převlékat jednotlivé šaty a zase vyběhnout na molo. Na zdravé jídlo nemají čas ani náladu. Jindy se zase při čekání na výstup nudí a rády by si zapálily...

Podle zprávy Britské módní rady trpí problémy v přijímání potravy až čtyři z deseti modelek, zatímco v normální populaci jde tak o 3 %. Rada proto také doporučuje, aby se dívkám dostalo osvěty a začalo se s programy zdravotní výchovy. Trend extrémně hubených modelek existuje už léta. Ale kritika, že anorektické modelky jsou špatným vzorem pro dospívající dívky, sama o sobě nestačila. K regulaci přiměl kolotoč módy až loňský rok, kdy dvě modelky zemřely. Jednadvacetiletá Brazilka Ana Carolina Reston (BMI 13,4!) jedla jen rajčata a jablka. O rok starší Luisel Ramos z Uruguaye se živila hlávkovým salátem a dietní colou. Oběma selhal organismus, kterému se měsíce nedostávaly základní živiny a vitamíny.

Ve Španělsku se měří a váží ženy, aby se zjistilo, jaké jsou jejich skutečné velikosti. Jde o součást kampaně, jejímž cílem je skoncovat s reklamou předvádějící superštíhlé modelky. Soudí se, že pod vlivem takové reklamy mohou vznikat závažné poruchy v příjmu potravy, jako je anorexie.

Španělská vláda chce ukázat, že většina žen neodpovídá vychrtlému ideálu módního průmyslu. Hodlá přesvědčit přední výrobce módního zboží, aby pro výlohy a módní časopisy vybírali modely větších velikostí.

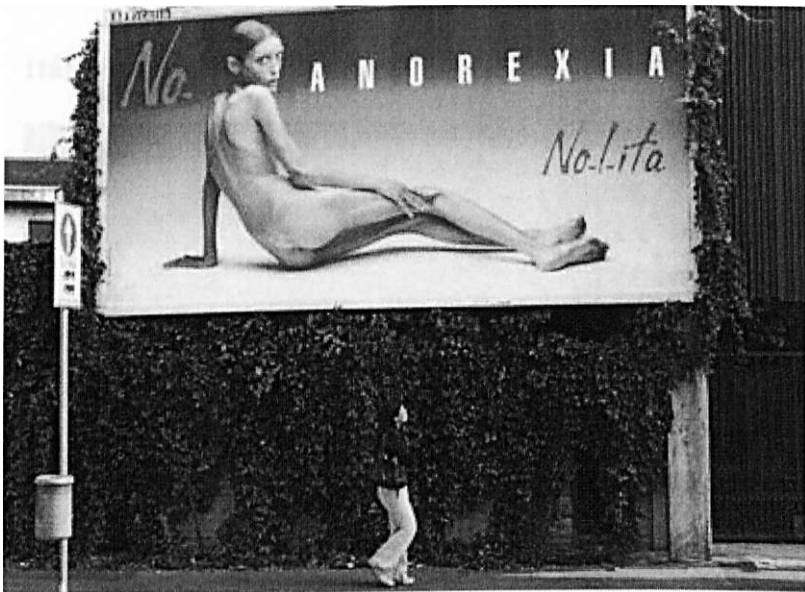
"Pro mnohé ženy je nemožné takového ideálu dosáhnout, takové úsilí navíc může skončit poškozením zdraví," řekla španělská ministryně zdravotnictví Elena Salgadová.

Podle některých odhadů více než milión Španělů buďto trpí problémy souvisejícími s odtučňovací kúrou, jako je bulimie nebo anorexie, nebo jsou jimi bezprostředně ohroženi. Počet případů poruch v příjmu potravy roste ve Španělsku ročně o 15 procent.

Ministryně Salgadová již jednala s představiteli španělské módy a s výrobcí konfekce o vytvoření pracovní skupiny, která by připravila změny velikostí. Španělská děvčata a ženy různých věkových skupin se měří a váží, aby se zjistily jejich průměrné velikosti, hmotnost a výška.

Vláda také chce výhledově vytvořit standardní velikosti, aby už spotřebitelé neměli problémy při nákupu zboží u různých výrobců a zboží různých značek. "Nechceme diktovat pravidla, doufáme, že se módní průmysl přizpůsobí sám," řekla ministryně.⁸⁰

Italský týden módy provází kampaň proti anorexii



Reklamní kampaň by prý mohla ženy s anorexií povzbudit k hubnutí, aby také získali popularitu.

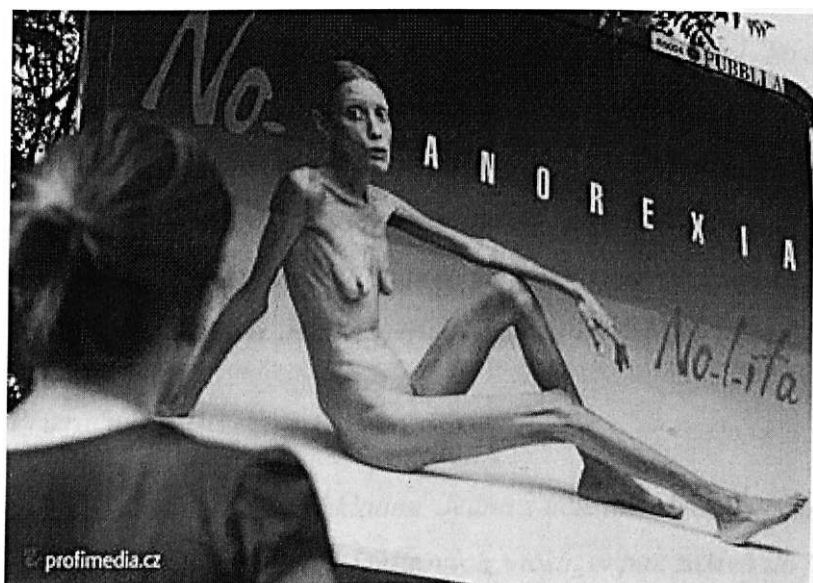
26.9.2007

Milánský módní týden provází letos kampaň proti anorexii, která bývá častou chorobou vyhublých modelek. Dominuje jí reklamní fotografie předního italského fotografa Oliviera Toscaniho, na níž je zcela vyzáblá nahá žena a nápis Ne anorexii. Reklamní dílo si objednala firma Flash&Partners, která pracuje pro módní dům Nolita.

MILÁN - "Toscani doslova svlékl svůj objekt, aby tímto nahým tělem ukázal všem reálnou podobu nemoci, která je ve většině případů způsobena stereotypy diktovanými módním světem," uvedla v prohlášení společnost Flash&Partners.

"Dlouho jsem se skrývala a zahalovala si tělo. Nyní bych se chtěla ukázat bez obav, i když vím, že moje tělo budí odpor. Chtěla bych se uzdravit, protože miluji život," řekla v rozhovoru pro časopis Vanity Fair sedmadvacetiletá Francouzka Isabelle Carová, která se nechala zvěčnit na fotografii. Přiznala, že sama trpí anorexií od svých třinácti let a váží 31 kilogramů.

Itálie zakázala reklamu s fotografií anorektičky



Kontroverzní billboard s fotografií francouzské herečky Isabelly Carové

23.10.2007

Italské úřady zakázaly reklamní kampaň módní společnosti Nolita, v jejímž rámci na vývěskách figuruje nahá anorektičky vyhlížející žena. Podle úřadů překračují snímky etická

pravidla. Itálie se tak po Francii stala další zemí, v níž musí být poutače s fotografiemi staženy.⁸¹

Ráda bych ještě připojila článek, přesnou citaci zjednoho internetového zdroje, který je ze „života“ mentální anorexie.

Tajný spolek

Nedávno odvysílala britská rozhlasová stanice BBC reportáž o existenci internetových stránek a chatu, na nichž si převážně dívky a mladé ženy vyměňují své zkušenosti s onemocněním, mentální anorexií. Jejich zkušenosti a postřehy se však netýkají toho, jak se s nemocí vypořádat a jak začít zase normálně a zdravě jíst, ale jak docílit co největší vychrtlosti či kam schovávat nesnčdené jídlo, aby ho nikdo nenašel. Stránky není lehké najít a redaktoři se o nich dozvěděli díky rodičům, jejichž dcera byla pravidelnou účastnicí těchto chatu a později upadla důsledkem mentální anorexie do komatu. Pustili jsme se do malého pátrání a zjistili, že skutečně existuje internetová komunita, takzvaná pro-ana (pro anorexií), jejíž stoupenci propagují odmítání potravy jako jeden ze způsobu plnohodnotného životního stylu, na který mají právo. Jedno z jejich hesel zní: "Vše pro anorexií."

Přízračný svět

Vynalézavosti se meze nekladou. Jedna z účastnic, která si říká Baby Thin, například popisuje, že balí jídlo do úsporných igelitových sáček, ty pak zašívá do látky a balíčky posléze zašívá do sýpku peřiny a polštáře. Dokud jídlo nezačne výrazně zapáchat, existuje malá šance, že ho rodiče najdou. Pod postel by je možná napadlo se podívat, kdyby měli podezření, že jejich dcera jídlo schovává, ale kdo by páral sýpek peřiny? Další z účastnic komunity, Kate30 (že by třicítka znamenala, kolik kilogramu dívka váží?) skládá krátké básničky, v nichž opěvuje vychrtlost. Jedna by se dala přeložit přibližně takto: "Při chůzi se vznáším, létám, jsem ve stavu beztlíže, k zemi mě nic netíže. Jsem lehká jako pták, život bez tuku je fajn." Jiná z dívek se svěřuje, že dává spolužákovi ze školy peníze, aby za ni jedl obědy, další se sáhodlouze rozepisuje, kolik radosti jí přináší každý ztracený gram a jak se sama sobě čím dál víc líbí. Po chvíli pročitání příspěvků si člověk připadá jako v přízračném světě, kterému není schopen

*1 www.novinky.cz

porozumět. Ne nadarmo odborníci přirovnávají mentální anorexii k drogové závislosti. "Mentální anorexie je nemoc," zdůrazňuje doktorka Marie Černá. "Není to rozmar, ale velmi závažné onemocnění. To je třeba si uvědomit. Laici, kteří o něm nic nevědí, jsou přesvědčení, že anorexie se dá léčit snadno. Nemocný prostě začne jíst. To je ale obrovsky omyl, který vede k podcenění problému, což může mít za následek i smrt. "

Nebezpečný kult

Rodiče nemocných dívek považují internetové stránky, na nichž se mentální anorektičky v nemoci podporují, za ilegální a snaží se docílit toho, aby byly zakázány. To je však podle odborníků na internetovou kriminalitu velmi složité, ne-li nemožné. Britský novinář Andrew Tyler tvrdí: "Zatímco zakázat propagaci fašismu či dětskou pornografií lze, protože toto jde přesně a jasně definovat, se stránkami propagujícími kult hubnutí je to mnohem těžší. Existují přece tisíce jiných stránek o hubnutí a dietách, lidé píšou o dietách knihy, ženy i muži si vyměňují zkušenosti, jak jim která dieta pomohla. Určit hranici skoro nejde. Kdo řekne, že tohle je ještě únosné a tohle už ne? Pak by se dalo mluvit o cenzuře a cenzura jako taková je velmi zneužitelná. " Rodiče z reportáže BBC by přesto rádi zákaz podobných stránek a vůbec celé komunity pro-ana prosadili. "Naše dcera leží v komatu a není zdaleka jediná. Kdyby neměla v internetové komunitě tak silnou podporu, nemoc by určitě nepostupovala tak rychle."

Čtyřicetiletá podnikatelka Magda má podobný názor. Její patnáctiletá dcera přestala jíst spolu se svými třemi nejlepšími kamarádkami. Všechny chtěly zkusit kariéru modelky. Nejrychlejším způsobem, jak zhubnout, pro ně bylo přestat jíst. "Vymýšlely, jak nás ošálit," říká Magda. "Moje dcera, která měří sto sedmdesát pět centimetrů, skončila na jednotce intenzivní péče s pětatřiceti kilogramy. Ale je to také moje vina. Měla jsem si toho všimnout dřív. Dokud jsem nepoznala mentální anorexii z bezprostřední blízkosti, vůbec mě nenapadlo, jak strašlivě nebezpečná je. Moje dcera váží po půl roce léčení pořád jen čtyřicet dva kilogramy, vynechávají jí ledviny a trpí výpadky paměti. Nevíme, jestli se někdy vyléčí úplně, protože její tělo potravu odmítá."

⁸² <http://www.deathduck.estranky.cz/stranka/dess>

Příběhy dvou dívek, anorektičky a bulimičky

Monika, citace z internetu dne 2. 9. 2007

Všechno začalo, už když jsem byla malá. Vždycky jsem málo jedla a máma pořád nadávala. Když mi bylo 9 let začala jsem se cítit špatně ve svém vlastním těle! Máma si pořád na něco stěžovala a já byla jen její malá, nedokonalá a strašně špatná holka, která si snad nezaslouží nic dobrého! Táta nikdy nebyl doma, měl svý ženský a to mu dokonale vyhovovalo. Domů se vracel jen vyspat a najíst. Nikdy jsme spolu o ničem vážném nemluvili, kromě toho, kolik komu dluží, kde by se dalo něco ukrást, nebo jakej zase vymyslel skvělej podvod. Kamarádku jsem měla jen jednu a ta odešla na jinou školu. Od té doby jsem celý odpoledne trávila u televize a jedla, to mi bylo 11. Byla jsem trošku kulatější, ale né nějak moc. Chtěla jsem být zase s kámoškou, a tak jsem odešla na stejnou školu jako ona-osudová chyba!!! Na tý škole si mě kámoška vůbec nevšímala, ba naopak dělala si ze mě srandu, jako ostatní! A právě tady to všechno začalo. Na škole byla šikana jak blázen a oběť jsem samozřejmě musela být já! Ten kluk mi zničil život! Nikdy mu to neodpustím, nikdy! Nadával mi, vyhrožoval smrtí, kopal do mě, plival po mě atd. Celý 4 roky! Jenže se ho všichni báli, a tak se k němu většina přidala! Nikdo s tím nic nedělal, i když to každý věděl, i moje máma! Nejdřív jsem ze strachu a stresu přestala jíst svačiny, ale pak přišly první letní prázdniny, který jsem trávila sama doma a neměla jsem co dělat. Začala jsem pořád uklízet a pomalu zjišťovala, že toho hodně udělám a nepotřebuju tolik jíst. Strašně se mi to zalíbilo! Pak už to takhle jelo dál! Každý den strach, co se mi zase ve škole stane hnusnýho, ale já přece měla svou anorexii! Byla něco jako moje kámoška, která mě zbavovala bolesti! Strašně jsem se za to styděla, protože jsem si myslela, že dělám něco, co nikdo na světě! Najednou jsem, se omezila jen na potřebu přežít, a tak jsem přežívala. Měla jsem pocit, že každou chvíli musím umřít, ale smrt nepřicházela! Všechno mě bolelo, už jsem nemohla ani sedět! Pak ale základka skončila a já byla volná! Myslela jsem, že všechno skončilo! Ale začaly problémy na jedný stř. škole, pak na druhý, a teď už jsem na třetí! O fobiích, depresích a úzkostech ani psát nebudu! Na tý škole, kde jsem teď by bylo všechno fajn, kdybych zase nezačla hubnout! Začala jsem chodit s jedním klukem, ale když jsme se rozešli, chtěla jsem se zabít! Byl jediná krásná věc, která mě v životě potkala. Teď mám 3 skvělý kámoše a za žádnou cenu je nechci ztratit! Jednoho z nich dokonce miluju! Jenže já si ani žádný další vztah dovolit nemůžu-brání mi v tom můj přítel i nepřítel zároveň, má nemoc! Všechno by se dalo přežít, ale ty problémy-strašně mi padaj vlasy, bolejí mě

klouby, když jdu jen po schodech, blbě se mi dejchá atd. Je toho strašně moc! Je mi 19 a poprvé za 8 let jsem vyhledala pomoc, ale nevím jak to dopadne. Mám dojem, že bez tyhle nemoci fakt nemůžu žít! Vždyť co by země pak bylo? Jen obyčejná Monika, který si nikdo ani nevšimne! To se mi na mý nemoci líbí asi nejvíc, že jsem tím alespoň trochu výjimečná! Nikdy jsem v ničem nebyla tak dobrá, jako v tomhle!!! Ani nevím, proč to sem píšu, rozhodně jsem nechtěla zbuzovat nějakou lítost, jen jsem se potřebovala vykecat. Tady nikdo neví, kdo jsem, neznámá Monika z netu...⁸³

Ukázka z knihy „ Z deníku bulimičky“ , autor Jana Sladká-Ševčíková

Víte, co je na bulimii nejhorší? Že vás naprosto ovládá. Můžete si stokrát sami říkat, že už to nikdy neuděláte, že je to odporné, že se vám to příčí. Nepomůže to. Druzí (až se jim přiznáte a svěříte) vám mohou radit, že se musíte změnit, najít si správné stravovací návyky, mít ráda sama sebe... Přijde záchvat a naráz zapomenete na všechno. Jako by všechna předsevzetí i dobře míněné rady zmizely, nedbáte na peníze, na špinavý záchod či koupelnu, kde právě zvracíte, necítíte zvrátky a už v tom lítáte. Je vám to jedno. Zpočátku je to docela pohoda. Najíte se, vyzvracíte se a jde se dál. Stane se to jednou, dvakrát, desetkrát... Pak zjistíte, že se ukrýváte před okolím, stahujete se do soukromí - protože tam vás nikdo nevidí, jak se cpete a jak zvracíte. Přijdou různé fyzické projevy - máte odulé oči, nateklé slinné a lymfatické žlázy, opuchlé břicho, jste unavení, potíte se studeným potem. Po nějaké době však nastanou potíže ještě horší, psychické. Deprese, pocity viny, potíže se spánkem... Dostat se do takového stavu lze velice snadno, o to hůř se hledá cesta zpět.

Procitám. Jsou tři hodiny ráno. Zase musím vstát a cosi mne ponouká bloudit nočním bytem. To cosi je hlad. To cosi je bulimie. Co jsem vlastně večer jedla, že mne nenechala spát celou noc? Normální večeři, normální krajíček chleba, trochu másla, sýr, pár koleček salámu. Ano, vzpomínám si, měla jsem pak ještě hlad. Věděla jsem, že na mě bulimie znovu útočí. Ale myslela jsem si, že to zvládnou. Že už jsem překonala všechny nejhorší fáze. Ne, nepřekonala. Vezmu si tedy jen jogurt a kousek buchtu. Ale ne, ne, ne ... to přece nechci! Nechci se zase cpát, nechci být nešťastná z toho, že jsem to opět nedokázala.

⁸¹ <http://derewi.blog.cz/rubriky/pribehy>

Mé bulimické já mi odpovídá: "Ale chceš, vždyť si odpočineš, vyspíš se. Že máš domluvené tři schůzky? No a co, zavoláš a omluvíš se. Všichni to pochopí. Je to tak jednoduché."

"A co Petr? Co řeknu jemu?"

"Nic. Ráno jde do práce, to nějak zvládneš, budeš jakoby ještě spát a pak přijde až večer."

"Mají přijít na návštěvu rodiče...," zkouším se bránit.

I na to ale má moje bulimie odpověď: "Nevadí, omluvíš se, že je ti špatně. Budou určitě rádi. Také přijdou unavení z práce, jen jim vlastně pomůžeš, že nemusí za tebou chodit."

"Tak dobře, ale jen jednu buchtu navíc."

Jím buchtu. Ale když ona je tak dobrá! Kakaový piškot s čokoládovou polevou. "Že bych si vzala ještě jeden kousek?"

"Proč ne? Vždyť ses už rozhodla, teď je teď, zítra všechno nějak dopadne. A navíc je to až zítra! Třeba to zvládneš. Třeba se ráno probudíš a já budu pryč. Nebudu tě nutit do dalšího jídla."

"Ty moc dobře víš, co uděláš, ty potvoro," bráním se v slzách, oslabena záchvatem a zoufalá svojí nedokonalostí. Druhá buchtu, třetí buchtu, čtvrtá, pátá, šestá. Na talířku už nejsou žádné buchty.

"Co břicho?"

"Není to tak hrozné. Zatím je pořád rovné. Ani žaludek mne nebolí, cítím se dobře. Tentokrát to zvládnou. Nepřemůžeš mě!" v duchu odpovídám svému druhému já. Jdu si zase lehnout. Procitám podruhé. Je o hodinu víc. Už si nemusím s nikým povídat. Už nemám uvnitř dva světy. Dva hlasy. To není schizofrenie, to jsem jen já sama, zcela ztotožněná se svou bulimií. Ona se nedá porazit. Jdu přímo do kuchyně. Protože bulimie tam patří. Patřím tam tedy i já sama. Buchty už nejsou, nevadí. Ani na ně nemám chuť. Teď by to chtělo něco slaného, kolečko salámu, další, další... Pomalu dojídám všechn salám v ledničce. Chuť na slané ale pořád trvá. V ledničce je pomazánka, kterou jsem včera umíchala. K tomu rohlík. Namažu, ukousnu, namažu, ukousnu. Žádná kultura stolování, která jindy tak samozřejmě náleží k mé distingované povaze. Žádný talířek, žádný ubrousek. Hltám housku jako o život. Přitom bedlivě poslouchám, jestli jsem neprobudila svou rodinu. Zase si budu muset vymýšlet, zase se budu muset tvářit, že mi není dobře. Zase do sebe budu cpát jídlo jako peníze do pytle. A stejně tak budu vypadat. Tlustá, kulatá, nafouknutá a uszlzená. Bulimické já mi zase napovídá: "Nevadí, nic nevadí. Nějak to dopadne."

Jdu spát. Probouzím se až ráno.

"Miláčku, tobě není dobře?" má o mne starost Petr. "Trošku, ale nic to není, jen zůstanu ještě chvíli ležet a půjdu do práce později," mumlám z peřin a snažím se skrýt svůj napuchlý obličej do polštáře. Petr mne políbí na čelo a vstává. Poslouchám jeho kroky. Čekám, až za ním zaklapnou dveře od bytu. Rychle vstávám a mířím opět do kuchyně. Jsem naprosto mimo kontrolu. V mikrovlnné troubě si ohřívám tři párky, krájím si chleba. Mezitím u stolu pojídám pudink se šlehačkou. Mikrovlnka pořád hučí. To teda trvá! Čekání si krátím čokoládovou tyčinkou. Konečně slyším známé cinknutí. Z párečků se kouří a tak voní! Přidávám k nim hořčici a chleba a s velikou slastí a požitkem je jím. Pomerančový džus piji přímo z láhve. Stéká mi po bradě na noční košili. Jsem jak posedlá. Je půl deváté, volám do práce. "Není mi dobře, mám nějakou náhlou střevní nevolnost, asi zůstanu dnes doma. Celou noc jsem nespala, pořád lítám na záchod. Zvládnete to beze mě?" naoko se tvářím nemocně a chrochtám do telefonu, aby skutečně bylo poznat, jak moc je mi zle. "Jasně, Jani, spolehni se. Hlavně si odpočiň a nemysli na práci. Nepotřebuješ něco?" ptá se ustaraně kolegyně.

Ach jo, jsem hrozná, ale je to v suchu. Jak jen mohu být tak falešná? Jak se budu zítra dívat svým kolegům do očí a vykládat jim o náhlé nevolnosti, o které prý nemám nejmenší tušení, kde se vzala. Vždyť přesně vím, odkud přišla a co ji způsobilo! Ještě posílám pár SMS zpráv mobilním telefonem, abych dostála svým závazkům a omluvila se ze schůzek, které jsem chtěla dnes vyřídit. Jdu si znovu lehnout. Do postele si ještě беру balíček plátkového sýra. Ten miluji. Pěkně odlupuji plátek po plátku a polykám svou pochoutku. Myšlenky na povinnosti odešly daleko od mé mysli, zmizely z dohledu mě skutečné, spolehlivé, precizní, vyrovnané a normální. Usínám.

Probouzím se k obědu. V obličejí jsem zelená, kruhy pod očima, břicho je tvrdé, nafouknuté. Cítím, jak se mi během spánku sádlem nalily hýždě a stehna. Co bych si tak dala k obědu? Všechny dobroty už jsou pryč. Nedá se nic dělat, musím vyrazit do obchodu. Oblékám se jako na doma, jen přes ramena hodím plášť, vždyť obchod je hned za rohem. Hlavně si musím koupit zákusky, nějaký majonézový salát, zmrzlinu, čerstvé pečivo a limonádu. Také čokoládové tyčinky a slané chipsy. Jednu tyčinku nechávám navrchu tašky. Abych ji mohla sníst ještě po cestě. Domů to mám sice tři minuty, ale i ty tři minuty bych bez jídla nevydržela. Sláva, už jsem doma. Ani se nepřevlékám, ani nevybaluji tašku. Hltavě piji limonádu, mám hroznou žízeň. Usedám ke stolu a přímo z papíru jím zákusky. Rukama. Žádný talířek, žádná dezertní lžička. Vše bez přestání zapíjím limonádou. Pak si dávám dva čerstvé rohlíky a hermelínový salát. K němu už si беру lžičku, ale talířek ne. Škoda nádobí!

Cítím se opět tak akorát na spaní. Ještě si vezmu k posteli balíček slaných crackerů, zapínám televizi a lebedím si v teple pod dekou. Sleduji hodiny. Ještě je to dobré, manžel bude ještě určitě dlouho v práci. Mám volno, jsem sama doma.

"No, vidíš to. Zas to na tebe přišlo. Zase jsi zklamala. Podívej se na to břicho, na tu kouli, jsi jak ve třetím měsíci gravidity!" Rukou si hladím břicho. Je to pravda. Co teď? Vyzvracet se! Uvnitř slyším odpověď: "Pohoda. Vyzvracíš to. Břicho splaskne, trochu se prospíš a bude vše v pořádku." "Nebude. Najím se znovu a znovu a znovu. A ty mě znovu donutíš zvracet! Ty to víš!" "Ne, už ne, stačí jednou. Uleví se ti. Běž, nestyď se, neboj se. Nikdo nepřijde! Jsi přece sama doma až do večera."

Jako smyslů zbavená vstávám, zamykám se v koupelně. Z vodovodu hltám vlažnou vodu, mám hroznou žízeň. Zvracím. Zvratky se rozstříkují po umyvadle. Umyvadlo se plní. Trápím se asi 15 minut. Břicho trochu splasklo, z vyzvracené hmoty poznávám, co se mi podařilo dostat ven a co ne. Jsem spokojená. Já, nebo bulimie? Čistím umyvadlo. Není to právě nejjednodušší dostat všechno přes odpad ven, ale nakonec se mi to podařilo. Koupelnu provoním deodorantem a jdu si lehnout. Okamžitě usínám. Spím skoro dvě hodiny. Mám opět hlad. Tentokrát si mažu chleba máslem a hustou vrstvou marmelády. Tou jahodovou. Od maminky. Namažu jeden krajíc, lehnu do postele, sním ho. Vstávám, jdu si nachystat další. Mezitím do sebe láduji čokoládové bonbony. Tak to jde třikrát po sobě. Břicho je ve stejném stavu jako před dvěma hodinami. V zrcadle vidím oteklou tvář, na krku si nahmatávám zduřelé uzliny. Celá se cítím jakoby vodnatá, nasáklá jak houba ve vaně. Musí to ven! Musím se znovu vyzvracet! Musím to udělat! Zvracím, stydím se a je mi špatně. Opět usínám. To, co kdysi začalo jako nevinné laškování s dietou, je pro mne dnes černá noční můra. Probouzím se kolem páté hodiny odpoledne. Všude je nepořádek, v kuchyni spousta nádobí, postele jsou neustlané, koupelna by chtěla důkladnější úklid. Pořád cítím zvratky. Propadám depresi, chce se mi plakat. Jsem si tak odporná. Nechci se ani vidět, nemám chuť dívat se do zrcadla, nebudu stoupat na váhu, nechci! Nechci! Nechci!

Ach jo, nikdy to nedokážu. Nikdy už nebudu normální. Co mám dělat? Co mám, proboha, dělat? Takhle už nemohu dál. Musím se léčit, musím něco podniknout. Musím začít nový život. Bez bulimie, beze strachu, bez přejídání se, bez depresí a pláče. S úsměvem ve tváři a s klidem v duši. Ztratilo se mi světlo slunce. Jenom trošku, sluníčko, pomoz mi, prosím.

S hlavou v dlaních přemýšlím, co dál. Beru mobilní telefon a posílám SMS svému tatínkovi. Tati, musím s tebou mluvit, jsem na dně. J. To byl začátek mého začátku.⁸⁴

⁸⁴ Sladká-Ševčíková, J. Z deníku bulimičky. Praha: Portál, 2003

PŘÍLOHA Č. 1

Obrázek č. 1



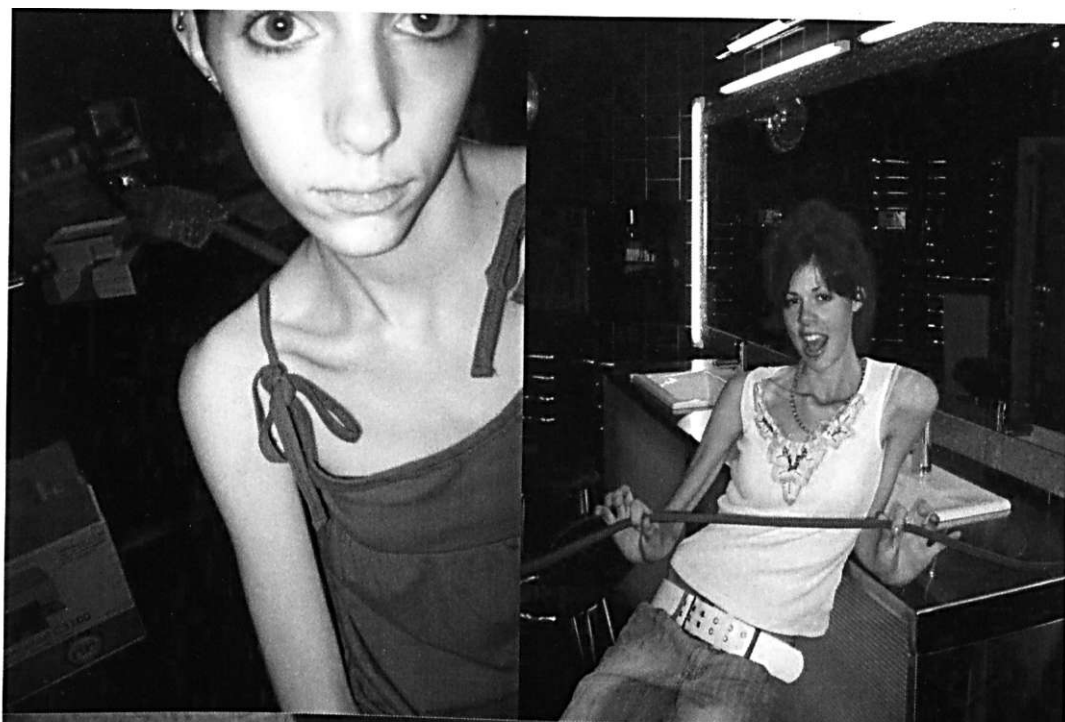
Obrázek č. 2



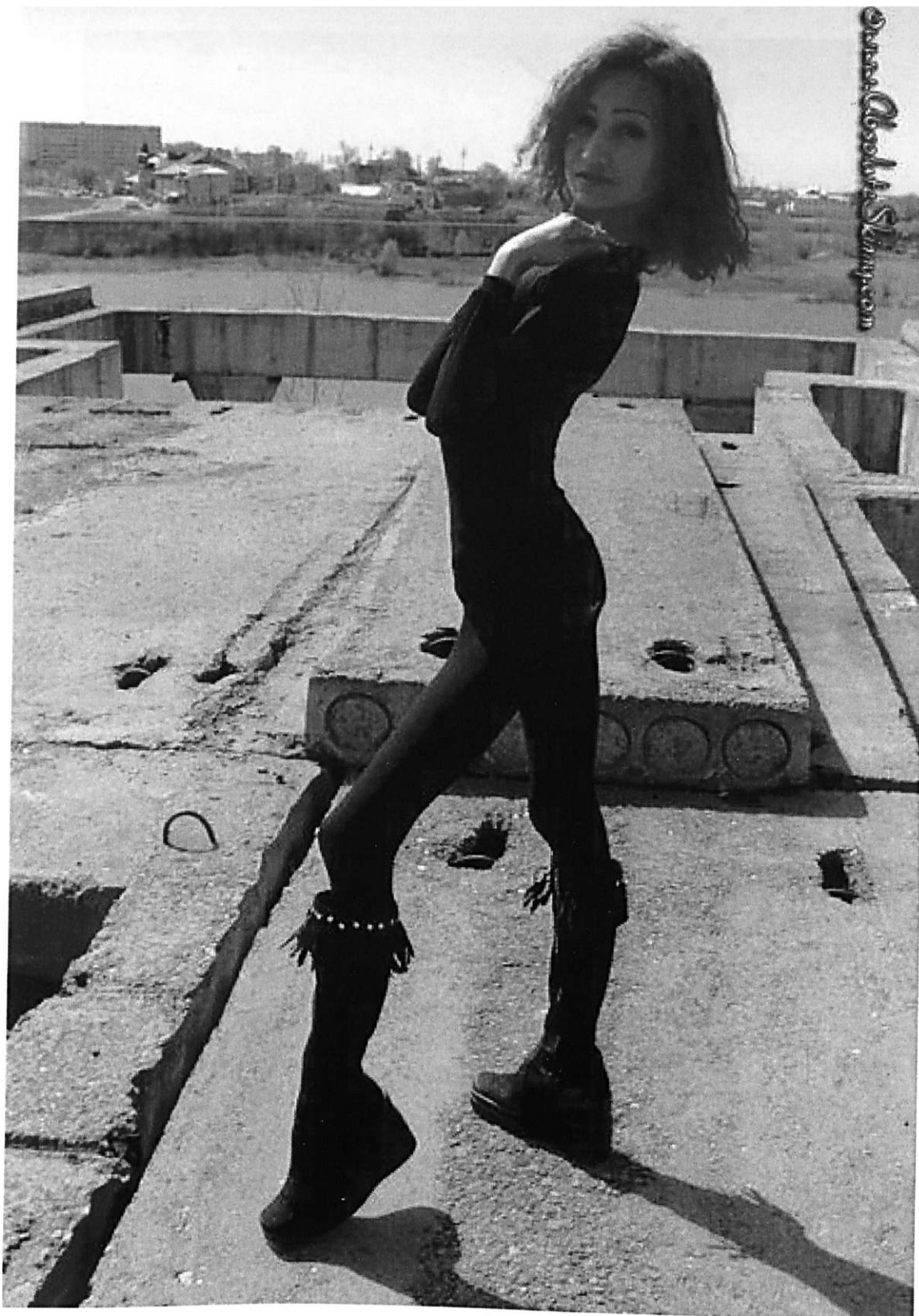
Obrázek č. 3

Obrázek č. 4

Obrázek č. 5

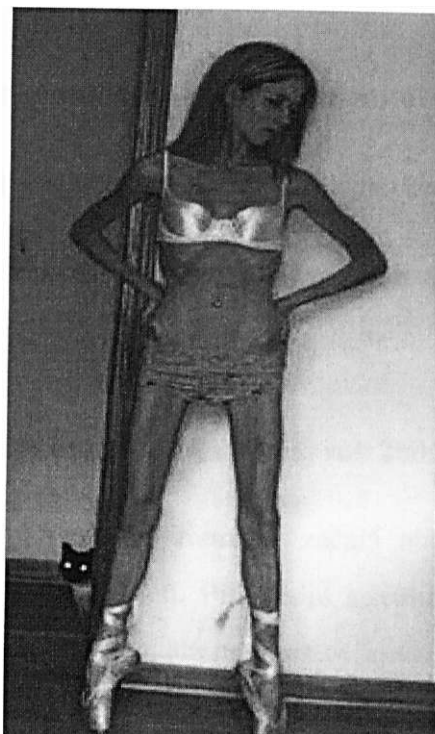


Obrázek č. 6

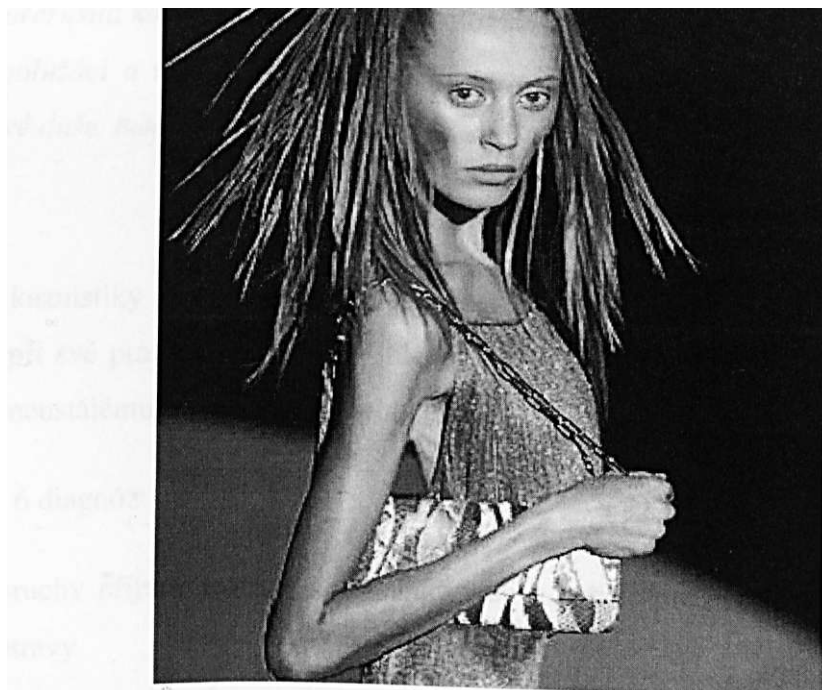


Obrázek č. 7

Obrázek č. 8



Obrázek č. 9



Obrázek č. 10⁸⁵

⁸⁵ <http://weare3.blog.cz/0702/anorexie-bulimie-obrazky>

PŘÍLOHA Č. 1

Kazuistiky studentů Střední zdravotní a sociální školy

Studentky na praxi na psychiatrickém oddělení FN Motol.

Cíl: Studentky se snaží porozumět nemocným poruchami příjmu potravy.

Kazuistika č. 1, autorka Petra, rok 2005

O tématu mentální anorexie začala autorka kazuistiky přemýšlet na základě zkušenosti s kolegyní-studentkou. Při studiu střední zdravotnické školy na vlastní oči sledovala osud spolužačky, která mentální anorexií trpěla.

Byla to prý hezká, inteligentní, velmi štíhlá dívka, která již v minulosti s anorexií bojovala. Bohužel choroba se neustále vracela. Dívka mizela kamarádům, spolužákům a učitelům před očima, její hmotnost dosahovala pouhých 35 kg. Přesto všechny i sebe přesvědčovala, že je tlustá. Následovala další hospitalizace v nemocnici, kvůli které nakonec studium přerušila.

Bohužel přerušila kontakt i s kamarády a spolužáky. Na vzkazy přestala reagovat. Dodnes na ní prý spolužáci a učitelé často myslí. Bojovala nejen s poruchou příjmu potravy, ale i s nemocí své duše. Bohužel se mi nepodařilo zjistit, zda s nemocí ještě bojuje, či už dobojovala

Autorka kazuistiky popisuje příběh chlapce, anorektika, 17 let, s kterým se setkala na oddělení při své praxi v nemocnici. Chlapec prožil časté stěhování, změny míst studia a byl vystaven neustálému stresu z toho plynoucímu.

Stanovila 6 diagnóz:

- > poruchy příjmu potravy z důvodu stresu a velké zátěže projevujícími se odmítáním potravy
- > únava vzhledem k podvýživě a metabolickému rozvratu projevující se neschopností déletrvající fyzické zátěže

- > porucha vyprazdňování z neznámé příčiny projevující se častou a řídkou stolicí
- > porucha integrity kůže v oblasti konečníku z důvodu častého průjmu
- > hypotermie vzhledem k podvýživě projevující se sníženou tělesnou teplotou
- > narušená funkce rodiny z důvodu dlouhotrvající hospitalizace

Autorka provedla rodinnou, školní, sociální, osobní, alergickou, farmakologickou, patologickou anamnézu; kontrolu fyzického a psychického stavu, vnímání a poznávání, schopnost mezilidských vztahů a zvládnání stresu.

Dle autorky je důležitá spolupráce všech zúčastněných terapeutů, psychiatrů, psychologů, doktorů, sester a ostatního personálu, jen tak je možnost úspěšné léčby.

Velmi důležitá je také ochota nemocného ke spolupráci, víra v léčbu a silná vůle k uzdravení.

Chlapec absolvoval léčbu úspěšně.

Pozn.: Ráda bych ještě připojila „Hymnu anorektiček“, která byla součástí této absolventské práce.

Hyntna anorektiček

*Máš anorektičko stále hlad a kouká ti to z očí,
5 vidinou jídla chodíš spát, kdy s dietama skončíš?
Všude samá kost, pleť zase mdlou máš,
už řekni si dost, kdy to uděláš?*

*Máš anorektičko stále hlad,
nemůžeš spát, jen se zahřívát.
Já musím se ptát: „Načje to? “
Konečně koukej se vzdát svých stavů.*

*Máš anorektičko žádný tuk, tkáň svalová ti chybí,
nekouká po tobě žádný kluk, proč se stále tlustá vidíš?
Kalorický plán už přestaň si číst,
tak přidej se k nám a začni jíst!*

*Máš anorektičko stále hlad,
bojíš se každého kila.
Mýlíš se, není o co stát,*

dřív krásná jsi byla.

*Máš anorektičko zvrhlé myšlení,
zapomeň na hladovění, zvracení.
Dřív byla jsi krásná, teď to tak není,
kdy vrátí se reálné vidění?*

*Bojíš se jídla-přibrání,
s hladem v noci usínáš.
Anorexie v tobě ti teď brání,
pomalu najisto umíráš.*

*Tvé oči lžou, vzepři se,
dívej se do zrcadla - co vidíš?
Já radím ti, najez se,
nechceš umřít - tak proč nejíst?*

*Dřív byla jsi šťastná, krásná,
teď jsi jen chodící troska.
Na sobě jen kůži, bez kouska masa,
vidíš však tuky - to je jen maska!*

Kazuistika č. 2, autorka Jana, rok 2006

Autorka popisuje příběh chlapce, anorektika, 16 let, s kterým se setkala také při své praxi v nemocnici. Chlapec denně posiloval a nezvyšoval energetický příjem. Zjistila, že problém poruch příjmu potravy je také v samotné rodině chlapce. Především se jednalo o neustálé vazem se. Právě hlavně díky problémům v rodině, narušených vztazích a snaze chlapce upoutat pozornost, onemocněl poruchou příjmu potravy.

Chlapec absolvoval léčbu úspěšně, ale je potřeba, aby dodržoval následující doporučení lékaře:

- > pokračovat v medikaci + vitamíny
- > pravidelná ambulantní psychiatrická a psychoterapeutická péče
- > pokračovat v rodinné psychoterapii
- > pevný stravovací režim
- > dohled lékaře

- > příjem přizpůsobovat výdeji energie
- > bezlepková dieta