

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Praha 2014

David Rudolf

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Poruchy příjmu potravy – příčiny vzniku,
možnosti léčby a pomoci**

**Eating Disorders – Causes,
Treatment Options and Help**

Vedoucí práce

Mgr. Monika Nová

Autor práce

David Rudolf

Poděkování

Rád bych tímto poděkoval Mgr. Monice Nové za odborné rady a trpělivý přístup při vedení této bakalářské práce a MUDr. Pavlu Špatenkovi za odborné konzultace.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Poruchy příjmu potravy – příčiny vzniku, možnosti léčby a pomoci“ napsal samostatně, pouze s použitím uvedené literatury a pramenů, na základě konzultací s vedoucí bakalářské práce a moje práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 4. 2014

David Rudolf

.....

Anotace

Bakalářská práce je věnována tématu poruch příjmu potravy, hlouběji se zabývá zejména jednou z nejnebezpečnějších poruch – mentální anorexií. V úvodních kapitolách jsou popsány příčiny vedoucí k onemocnění, příznaky a projevy nemoci, rizikové faktory i nebezpečí diet a jejich následky. Dále jsou uvedeny obvyklé léčebné postupy, možnosti odborné léčby, poradenství a pomoci u nás i různé formy terapií. Práce se zabývá také otázkami podpory ze strany rodinných příslušníků a blízkých, zaměřuje se na způsoby a možnosti prevence poruch příjmu potravy v rodině i ve školách, poukazuje na význam pozitivního myšlení pro uzdravení. Na příbězích několika slavných osobností zastupujících typické „rizikové“ profese ukazuje časté příčiny vedoucí k poruše příjmu potravy.

Součástí práce jsou také dva příběhy žen popisující konkrétní případy onemocnění mentální anorexií a bulimií. Na základě analýzy příčin a projevů patologického jídelního chování vedoucího ke vzniku poruchy jsou navrženy možnosti léčby a potřebné kroky k řešení situace nemocných. U obou případů je uveden i návrh vhodné terapie doporučený odborníkem. Práce se snaží poukázat na problematiku poruch příjmu potravy jako na současné velmi aktuální téma, upozornit na nebezpečí, které toto zákeřné onemocnění představuje, a zároveň i na nutnost širší informovanosti veřejnosti a prevence.

Klíčové pojmy

Mentální anorexie, mentální bulimie, dieta, rodinná terapie, podvýživa, poradenství, poruchy příjmu potravy, přejídání, psychoterapie, zdravá výživa.

Annotation

This bachelor's thesis focuses on eating disorders, especially on one of the most dangerous disorder – anorexia nervosa. In the opening chapters I deal with the causes leading to the disease, typical features of the disease, risk factors and the danger of various diets and their consequences. I also mention standard treatments, options of professional treatments, advisory help and various forms of therapy. I discuss questions of family and friends support and ways of eating disorder prevention in families and at school. The importance of positive thinking is included, too. The causes leading to the eating disorders are demonstrated on several VIP's from typical "risk" professions.

Integral parts of the thesis are also two stories of women stricken by anorexia nervosa and bulimia nervosa. Through the analysis of the causes and pathological eating behaviour leading to the disorder, I suggest options of treatment and steps needed to the solution of the problem. In both cases there is a way of optimal therapy suggested by an expert.

This thesis tries to present the problem of eating disorders as contemporary topical matter. It brings attention to the danger that is omnipresent with this sinister strain, and in the same time it stresses the necessity of more complex public information and prevention.

Key words

Anorexia nervosa, bulimia nervosa, diet, eating disorders, family therapy, guidance, healthy nourishment, malnutrition, overeating, psychotherapy.

Obsah

ÚVOD	9
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	10
1.1 Příčiny vzniku PPP.....	11
1.2 Mentální anorexie a bulimie	13
1.3 Diagnostická kritéria	15
1.4 Rizikové faktory	18
1.5 Příznaky a projevy nemoci	21
2. DIETY – SKRYTÉ NEBEZPEČÍ	23
2.1 Redukční diety a „zdravá výživa“.....	24
2.2 Následky hladovění a přejídání	25
3. LÉČEBNÉ POSTUPY A METODY	28
3.1 Formy péče o pacienty s PPP	31
3.2 Terapie a poradenství	33
3.3 Rodinná a vícerodinná terapie	34
4. ODBORNÁ POMOC A PODPORA	37
4.1 Pomoc rodiny, přátel a okolí	39
4.2 Pomáhající společníci	41
4.3 PPP – podpora, povzbuzení, pochopení	42
5. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	44
5.1 Prevence a preventivní programy	45
5.2 Cesta k sobě – jak se mít rád	50
6. PŘÍBĚHY PPP.....	52
6.1 Příběhy slavných.....	52
6.2 Příběh Evy – případ mentální anorexie	56
6.3 Příběh Dany – případ mentální bulimie	61
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
SEZNAM PŘÍLOH	I
Příloha č. 1: Kontakty a odkazy.....	I

SEZNAM ZKRATEK

AN anorexia nervosa

BMI index tělesné hmotnosti, body mass index

BN bulimia nervosa

MA mentální anorexie

PPP poruchy příjmu potravy

SAAP Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy

VFN a 1. LF UK Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je problematika poruch příjmu potravy, která je v současné době stále více aktuální. Poruchy příjmu potravy jsou pro mnoho mladých lidí stále větším problémem, ačkoliv dnešní společnost toto závažné téma dostatečně mediálně neprezentuje. Média a reklama pomáhají vytvářet mylné a zkreslené povědomí o tom, co je zdravé a krásné, mladí lidé se dnes stále častěji chtějí podobat obecně obdivovaným idolům a slepě kopírují to, co je všeobecně za ideál krásy, zdraví či úspěchu považováno.

Práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol, které obsahují základní poznatky a informace o problematice PPP čerpané z odborné literatury, ale i mé vlastní úvahy. V úvodní kapitole jsou popsány příčiny vzniku mentální anorexie a bulimie, příznaky a projevy těchto poruch, diagnostická kritéria, rizikové faktory, příznaky a projevy nemoci. Ve druhé kapitole upozorňuji na nebezpečí diet, úskalí „zdravé výživy“, následky hladovění a přejídání. Třetí kapitola shrnuje současné odborné léčebné postupy a metody, formy péče, poradenství a pomoci u nás i různé formy terapií. Čtvrtá kapitola se zabývá otázkami podpory ze strany rodinných příslušníků a blízkých. Pátá kapitola se zaměřuje na způsoby a možnosti prevence poruch příjmu potravy v rodině i ve školách, poukazuje na význam pozitivního myšlení pro uzdravení. V šesté kapitole na příbězích několika slavných osobností zastupujících typické „rizikové“ profese poukazují na časté příčiny vedoucí k PPP. Součástí práce jsou také dva příběhy žen popisující konkrétní případy onemocnění mentální anorexií a bulimií. Přímým impulzem pro to, abych se začal tématem poruch příjmu potravy zabývat, byla osobní situace mé blízké kamarádky popsaná v prvním příběhu. Na základě analýzy příčin a projevů nesprávného jídelního chování v obou případech navrhu možnosti léčby a kroky k řešení situace obou nemocných. Uvedu také návrh vhodné terapie doporučený odborníkem.

Cílem této práce je získat odborné znalosti, poznatky a informace o problematice PPP, zjistit, jaké jsou možnosti léčby, péče, poradenství a pomoci. Pokusím se navrhnout řešení situace u obou uvedených případů nemocných mentální anorexií a bulimií. Mou snahou je jim na základě získaných poznatků, informací a kontaktů pomoci dostat se z bludného kruhu nemoci. K cíli práce se budu snažit dospět pomocí informací z odborné literatury, analýzou příčin a projevů patologického jídelního chování obou žen, vedoucího ke vzniku poruchy, a konzultacemi s odborníkem. Chci také upozornit na nebezpečí, které toto onemocnění představuje, na nutnost širší informovanosti veřejnosti a prevence. Problematiku poruch příjmu potravy vnímám jako velmi naléhavé a důležité téma, kterému je třeba věnovat větší mediální pozornost z hlediska prevence a péče o zdraví (nejen) mladých lidí.

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou pro dnešní společnost hodně klíčovým problémem, který je způsoben nejen nadbytkem produkce potravin ve většině západních zemí, špatnou životosprávou a nezdravým životním stylem jejich obyvatel, ale zároveň i ochotou mnoha lidí slepě přijímat zaručeně dobrá doporučení různých výrobců či potravinových řetězců, podporovaných reklamními triky a prezentujícími většinou produkty nevalné výživové kvality neodpovídající potřebám lidského organismu k udržení zdravé kondice. Dalším důvodem je neustálý tlak médií a reklamních kampaní, které podávají mnohdy zkreslené informace o tom, jak zdravě jíst a vypadat, čímž pomáhají vytvářet v podvědomí lidí zkreslené představy o tom, co je a co není zdravé.

Tyto tendence jsou podporovány také módními trendy a ovlivňovány mnoha kulturními a společenskými faktory, jako jsou např. přílišný důraz na vnější vzhled, kult štíhlosti, sebekontrolu, soutěživost aj. Obezita či nadváha je spojována s ošklivostí a zdravotními problémy, s přibývajícím počtem obézních lidí proto roste i tlak na hubnutí, zdravou výživu, vzrůstá zájem o **redukční diety** – vniká tak začarovaný kruh, protože je mnohdy těžké určit, kde je ta tenká hranice mezi redukční dietou a mentální anorexií.

Hodně mladých lidí pod vlivem falešných představ a „vzorů“ získaných z médií, z televize nebo internetu, kde je často prezentovaná vyhublost známých osobností spojována se zdravím a úspěchem, začne pociťovat nedostatky a nedokonalosti vlastního těla jako něco nezdravého, co je odlišuje od všeobecně uznávaných ideálů krásy, cítí se často svými vrstevníky neakceptováni a hledají zejména v období dospívání cesty, jak se svým idolům přiblížit. Nejpatrnější jsou tyto snahy u pubertálních dívek, které mají potřebu se vzájemně hodnotit, soutěžit spolu, srovnávat se s modelkami či herečkami, nebo se svými spolužačkami a vrstevnicemi, kladou přehnaný důraz na svůj vzhled. Přidá-li se k tomu pocit nespokojenosti s vlastním tělem, je to první krok k rozhodnutí zhubnout.

Strach z tloušťky nutí dívky neustále hlídat svou váhu a jídlo, omezovat energetický příjem a zvyšovat energetický výdej nadměrným cvičením, běháním, v další fázi pak různými dietami, projímadly nebo jinými prostředky na hubnutí. Snaha o dosažení štíhlé postavy je natolik dominantním motivem, že přehluší jakoukoliv logickou argumentaci okolí. Tak se začínají plíživě a nenápadně projevovat poruchy příjmu potravy, především dvě, navzájem si velmi podobné – **mentální anorexie** a **bulimie**.

Obě tyto poruchy mají společného jmenovatele – **strach z jídla** a z **tloušťky**. Tento strach vedoucí k odmítání jídla a ztrátě hmotnosti je často zpočátku mnoha dívkami a ženami vnímán „pouze“ jako snaha více nepřibírat a netloustnout.

Kromě toho však existují i další příčiny vedoucí k onemocnění PPP, které zároveň poukazují i na hlubší rozměr nemoci, jímž je **nemoc duše**. Proto není mnohdy zcela jednoznačně přesně určit, co bylo prvotní příčinou onemocnění, obvykle se jedná o soubor více příčin, které spolu souvisí a je třeba vždy brát v úvahu konkrétní situaci, rodinné zázemí, osobnost a duševní stav jedince. „*To, co se druhým zdá jako pobláznění poněkud tvrdohlavých dívek snících o tom, že se stanou topmodelkami, je ve skutečnosti hluboká a bolestná nemoc duše, která zasahuje osoby v jejich fyzickém i psychickém rozměru, postihuje a podkopává nejbližší vztahy, nejnítěrnější city i mnohá přátelství a kamarádství.*“ (Brunellová, 2013, s. 8)

Podle Bukovského (2009) je bolest, nezralost, závistivost či vyčerpanost duše často důvodem špatného jedení a přejídání, rány v duši se dnes považují za spouštěcí mechanismus anorexie, bulimie i většiny případů obezity a „*jsou velmi často příčinou, proč si potřebujeme jídlem vyvolávat pocit uznání, bezpečí, odměny, požitku a uvolnění*“ (Bukovský, 2009, s. 186).

1.1 Příčiny vzniku PPP

Jak se na vzniku PPP podílejí nevhodné stravovací návyky a diety, módní trendy, nekritické přejímání vzorů, nespokojenost s vlastním tělem, vliv reklamy a médií

Jednou z příčin vzniku PPP jsou snahy mnoha mladých dívek a žen **zhubnout** pomocí **zdravé výživy** a **diet**, mnohdy chtějí pouze „zdravě“ jíst a pod vlivem různých informací, návodů z časopisů nebo mediálních reklamních kampaní podporovaných často i známými osobnostmi, se začnou orientovat na „zdravou výživu“, přestanou jíst některé druhy „závadných“ potravin, sladkosti, bílé pečivo, obvykle také maso, začnou přepočítávat kalorie a úzkostně kontrolovat, co všechno snědly. Držení různých diet se stává návykem, strach z porušení režimu a zvýšená sebekontrola vlastního těla roste. Spolu s ubývající hmotností a celkovou ztrátou energie se brzy dostaví psychické problémy a další zdravotní komplikace – únava, zimomřivost, apatie, nemoc začne postupně ovládat život.

Léky, doplňky stravy a všemožné přípravky na hubnutí se staly výnosným byznysem, který spotřebitelům přináší pocit uspokojení z celkem bezbolestného řešení problémů s váhou. Konzumace těchto přípravků však nikdy nemůže nahradit plnohodnotnou a vyváženou stravu, ani vyléčit nemocnou mysl.

Nespokojenost s vlastním tělem se začíná projevovat u dětí už v raném věku, kdy silnější či obézní jedinci bývají v kolektivu vrstevníků oblíbeným terčem vtipů a posměšků, postupně se u nich vyvíjí pocit méněcennosti a podléhají snadno negativním emocím. Pokud se jim podaří zhubnout, pak může jejich spokojenost s výsledkem vést k dalším dietním omezením, která mohou přejít v anorexii (Krch, 2010, s. 26). Narůstá také počet soutěží krásy i v dětském věku, dospělé královny krásy mají často index tělesné hmotnosti (BMI) nižší než 17,5, což je kritérium stanovené odborníky pro diagnózu mentální anorexie (Papežová, 2010). Dívky se obvykle snaží řešit problémy s váhou různými **dietami**, touha být atraktivnější je nutí hubnout, zvracet a kontrolovat příjem kalorií, hladovění je pak může dovést ke druhému extrému – **záchvatovitému přejídání**.

Držení diet, jak uvádí Pavlová (2010), vede k negativní emocionalitě a přejedení je pak pokusem zlepšit si náladu. Především ženy, které vnímají krásu a štíhlost jako měřítko nejen své úspěšnosti, ale i celkové sebehodnoty, a jejichž tělo se zároveň ideálu krásy příliš nepodobá, podléhají často pocitům méněcennosti, studu, viny, ohrožení a depresím. Výkyvy nálad pak provází ztráta zájmu o mezilidské vztahy, myšlenky se koncentrují hlavně na jídlo. Pro nemocné PPP představují diety prostředek, jak si odůvodnit svou závislost. Jsou přesvědčeni, že pokud dodrží přísná dietní omezení a postupy, budou blíže k vysněnému ideálu krásy, budou se cítit šťastnější a úspěšnější.

Počátek poruch příjmu potravy je však vždy otázkou **souhry několika nepříznivých vlivů a faktorů**, mezi nimiž hrají hlavní roli ty, které souvisí s držením **diet**, jako jsou například výskyt nadváhy v minulosti nebo v rodině, vzrůst tělesné hmotnosti a změna tělesných proporcí v průběhu dospívání nebo nevhodný vzor v rodině. Důležitý vliv na omezování hmotnosti mají i některé osobní **zájmy** či provozování **sportů**, při nichž je vyžadována potřebná nízká tělesná hmotnost, nebo činnosti, kde je kladen zvýšený důraz na vzhled. Ke vzniku PPP mohou přispět i mnohé situace a **špatné výchovné vlivy** v rodinách, kdy je požadován **výkon** a přehnaná **sebekontrola**, vzájemné srovnávání mezi vrstevníky nebo strach z dospívání, z přijetí ženské role a sexuality. Neexistuje však žádná specifická příčina anorexie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení.

Ať už jsou **příčiny vzniku** poruchy příjmu potravy jakékoliv, vždy je třeba hledat hlavní důvod onemocnění ve svém vlastním nitru, nespolehat se na to, že se něco samo změní, pokud se nemocný sám nerozhodne a nenajde v sobě sílu k postupným krokům ke zdravému životu.

1.2 Mentální anorexie a bulimie

Mentální anorexie je jednou z nejnebezpečnějších poruch, která mnohdy končí až úmrtím. Většina nemocných mentální anorexií jsou ženy, u nichž je riziko vzniku poruch příjmu potravy vyšší než u mužů. První příznaky nemoci se obvykle objevují mezi 13. a 16. rokem, v období puberty a dospívání, kdy dívky začínají věnovat mnohem větší pozornost svému tělu a tomu, aby netloustly, než starosti o pestrou a vyváženou stravu, mnohdy z obav, aby nepřibraly, začnou jídlo omezovat nebo dokonce cíleně hladovět. Nízké sebehodnocení, malá sebedůvěra, zkreslené představy o ideálním vzhledu a váze, často i vzájemné soupeření a poměňování se s vrstevnicemi, to jsou některé příčiny vedoucí mladé dívky k dietám.

Anorektičky se snaží neustále snižovat svou tělesnou hmotnost a odmítají jídlo. Mají strach z tloušťky a z přibývání na váze. Neustále proto kontrolují energetický příjem a výdej (přijaté kalorie, energetickou hodnotu potravin, spálené kalorie, hodiny cvičení, kilometry chůze). Navzdory vyhublosti se nutí k **nadměrnému cvičení**, trpí **úzkostnou sebekontrolou v jídle** a problémy se **zvracením** po něm, **nechutenství** je obvykle způsobeno **hladověním**. Často se u nich projevuje **přecitlivělost**, **sebestřednost**, **hysterické emocionální reakce** a různé **fobie**. Mívají silné tendence přesvědčovat své okolí, že jsou v pořádku, snaží se odpoutat pozornost mnohdy až teatrálními výstupy (všechno je úžasné, nic mi není, cítím se dobře), vypisováním dlouhých e-mailů kamarádkám o tom, co si připravily k jídlu nebo co právě snědly, snaží se přesvědčit samy sebe, že mají vše pod kontrolou.

Typické **příznaky** počínajícího onemocnění – posedlost fyzickým cvičením, stranění se společného stolování a minimalizaci denních jídelních dávek uvádí ve své knize jedna z (prozatím vyléčených) anorektiček, která popisuje svůj stav ve věku 14-ti let, kdy vážila 33 kg, takto: *„To vnitřní pnutí bylo šílené... Pravidelně jsem se zamykala ve svém pokoji a cvičila a cvičila a cvičila. Když jsem odskákala 150 dřepů s výskokem, byla jsem na pokraji sil. Ale za dvě hodiny jsem musela znovu... Pak přišly na řadu sklapovačky. Těch jsem dala až 700. Páteř na vyhublém těle jsem měla rozdrásanou do krve. Ale cvičila jsem i přes bolest do naprostého vyčerpání.“ ... „Společné stolování pro mě znamenalo nepředstavitelná muka... Moje nejčastější mantra zněla: „Ať nemusím jíst.“ ... Moje denní strava? Průsvitný plátek chleba a dvě jablka. To druhé už s velkými výčitkami svědomí a s hrůzou, že snad přiberu. A tak následoval náležitý trest v podobě další dávky urputného cvičení.“* (Jendruchová, 2013, s. 25-26)

Z její autentické osobní výpovědi si lze udělat představu o síle nemocné mysli, která diktuje tělu, co si smí a nesmí dovolit až do téměř úplného vyhladovění. Ani po dalších letech nemoci, kdy jí ve věku 29 let při váze 43 kg už šlo opravdu o život, si nedokázala vzít „ani o deko víc“, než striktně dodržovala: „*Snídaně: 6 rýžových chlebiček nebo tmavý rohlík či arabský chléb a sýr. Vždy přesně 5 dkg. Nikdy ani o deko víc. Kdyby rohlík vážil 6 dkg, tak kousek odkrojím*“ (tamtéž, s. 52), protože žádná anorektička se nenají víc, než si sama povolí.

Známé české přísloví „Sytý hladovému nevěří“, by se dalo parafrázovat tak, že „Anorektik nevěří nikomu, jen hlasu své mysli“, která mu velmi rafinovaně dokáže namlouvat přesně to, co chce slyšet a utvrzovat ho v přesvědčení, že všechno zvládne sám. Podvědomě se totiž brání změnit svou roli nemocného, který budí pozornost okolí (a může jím často nenápadně manipulovat). Anorektička si v hloubi duše užívá pocit své výlučnosti, konečně ji netrápí výčitky svědomí, že snědla něco, po čem může přibrat, dokázala si, že má vůli a že si jí konečně okolí začalo všimnout. Netuší ovšem, jak těžkou poruchou trpí nejen její tělo, ale i mysl. Nalhává si, že se konečně osvobodila od toho starého těla, v němž se necítila spokojená, ale nedochází jí, že si zároveň s ubývající váhou snížila i obranyschopnost organismu a že spěje k celkovému kolapsu. Vnitřní hlas nemocné mysli neustále připomíná, kolik gramů si povolila odvážit, jakou denní dávku může zkonsumovat. Tělo trpí nedostatkem živin a díky snížené imunitě je anorektik náchylnější i k dalším onemocněním, setrvává ve fázi **popření problému**, protože ani jejich mozek nemá dost energie nastartovat fázi léčby.

S rostoucí vyhublostí jsou jídelní změny dodržovány se stále větší důsledností, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Nemocní se při jídle úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měli co nejméně. Často chtějí vařit a kontrolovat jídlo celé rodiny. Jedí velmi pomalu a obřadně, vyhýbají se jídlu ve společnosti. Anorektičky i bulimičky se často váží nebo se naopak váže a zrcadlu vyhýbají. Když přiberou, může se jejich nespokojenost s vlastním tělem projevit i **sebepoškozováním**. V některých případech se anorektičky v určitém stádiu onemocnění změny v **bulimičky**, kdy začnou zdánlivě jíst a zároveň zvracet, nejčastěji proto, aby měly klid od poznámek okolí. Jak popisuje ve své knize bývalá bulimička: „*Skončila jsem s nejedením a začala jsem zvracet. Přestala jsem s anorexií a začala s bulimií.*“ ... „*Zjistila jsem, že si můžu nandat na talíř a oni budou spokojeni. Že všechno sním a oni budou šťastní, protože budu konečně podle nich normální. A že nakonec všechno vyzvracím a oni to vůbec nezjistí. Přelstila jsem je...*“ (Weissová, 2013, s. 26).

1.3 Diagnostická kritéria

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním hmotnosti.

Základní **diagnostická kritéria** MA podle Krcha (2010) jsou :

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy), což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI,
- strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
- porucha menstruačního cyklu u žen.

Anorexia nervosa (AN) je charakterizována snižováním váhy, které si pacientka úmyslně způsobuje a udržuje sama (Papežová, 2010, s. 126). Aktivní snaha **snížit tělesnou hmotnost** a **nepřibírat** je spojená s nadměrnou sebekontrolou v jídle. Nemocní však nemluví o hubnutí, ale o zdravé výživě a životním stylu, chuť na jídlo a hlad jsou vědomě popírány. Zhubnutí bývá spojeno s nárůstem sebevědomí a aktivity, s postupným snížením příjmu energie ale přibývá i různých **psychických obtíží** (únava, přecitlivělost, sebestřednost, podrážděnost, kolísání nálad), vzrůstá strach z jídla a s ním i počet „zakázaných potravin“. Psychické problémy anorektiček vyplývající z nejistoty a nízkého sebehodnocení vedou k rozvoji **deprese**, apatie, pocitů úzkosti, viny a beznaděje, k izolaci a vyhýbání se společnosti. Narušený způsob vnímání vlastního těla je patologickým příznakem anorexie a vystihuje závažnost tohoto onemocnění. Mentální anorexie představuje vážný zdravotní problém, vyžadující odbornou lékařskou pomoc a kontrolu, většinou i hospitalizaci.

O tzv. **bulimický typ mentální anorexie** jde tehdy, pokud pacientka splňuje kritéria anorexie (rozhodující je hlavně vyhublost) a současně **opakovaně zvrací** nebo bere projímadla.

Mentální bulimie (bulimia nervosa, BN) začíná později a často se vyvíjí z anorexie.

U **atypických forem** anorexie a bulimie chybí jeden i více klíčových rysů, u pacientek s podvýživou se postupuje jako u AN, u pacientek se zvracením jako u BN (Papežová, 2010).

Hlavní příznaky mentální anorexie (vyhublost, nadměrná sebekontrola v jídle, přehnaný pohyb), ale i bulimie (pocit úlevy spojený s vyprázdněním či s přejedením) přináší nemocným **uspokojení**, a to i v období, kdy už jsou spojeny s mnoha obtížemi. Proto nemocní nejsou často ochotni připustit, že mají vážný problém a jen velmi neochotně spolupracují. Jejich nálada a sebehodnocení se mění podle toho, jak se jim daří **kontrolovat příjem potravy** a tělesnou hmotnost. Podobnými problémy jako lidé s anorexií a bulimií však mohou trpět i lidé, kteří mají nadváhu nebo často hubnou.

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2008, s. 22).

Tři základní znaky k určení diagnózy mentální bulimie podle Krcha (2008) jsou:

- opakující se **přejídání**, pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem,
- opakující se nepřiměřená nebo nadměrná **kontrola tělesné hmotnosti** (vyvolávané zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění, hladovky, nadměrné cvičení),
- nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Bulimia nervosa (BN) se projevuje zejména u dívek v období puberty (13–18 let), není však výjimkou ani ve vyšším věku a u mužů.

Pro **bulimii** jsou příznačné opakující se **záchvaty přejídání**, spojené s neadekvátní kontrolou tělesné hmotnosti pomocí hladovek, zvracení a užívání projímadel. Pocit **přejedení** může být velmi relativní a zpočátku často znamená jen to, že nemocní snědli víc, než chtěli. Postupně dochází ke stále větší konzumaci jídla, stupňuje se i pocit ztráty kontroly nad jídlem.

Hladovky, zvracení a projímadla, užívané ke kontrole tělesné hmotnosti, dlouhodobě zhoršují problémy dívek s bulimií. Bulimičky se podobně jako anorektičky také příliš zaobírají svým tělem a jídlem, jedí spíše chaoticky a rychle, ve škole a před ostatními se snaží spíše nejíst, často dlouze mluví o tom, jak se cítí „nafouknuté“, probírají jídelníček a svoje pocity. Mnoho dívek trpících bulimií prošlo obdobím mentální anorexie nebo riskantních diet. Jak uvádí Kocourková (1997, s. 16), bulimickou symptomatiku vyvine 30 – 50 % pacientek s mentální anorexií.

Mentální anorexie a bulimie ve svých projevech představují mezní polohy **patologického jídelního chování** od život ohrožujícího omezování se v příjmu potravy u mentální anorexie až po přejídání spojené se zvracením nebo jinou nevhodnou kompenzací energetického příjmu (mentální bulimie). Obě poruchy spojuje strach z tloušťky, redukce příjmu kalorií, nadměrná pozornost věnovaná vzhledu a tělesné hmotnosti, intenzivní snaha o dosažení štíhlosti spojená s omezováním příjmu potravy nadměrným cvičením, užíváním projímadel, prášků na odvodnění nebo zvracení.

„Jeden z důvodů, proč jsou poruchy příjmu potravy tak nebezpečné, je, že zpočátku se skutečně zdají být řešením spíše než problémem,“ říkají autorky knihy *„První kroky z poruchy příjmu potravy“* (2013, s. 31) Kate Middleton a Jane Smith. Uvádí, že dle aktuálních studií v současné době trpí poruchou příjmu potravy až 5 % populace.

Výskyt mentální anorexie v České republice je srovnatelný se zeměmi západní Evropy, kde postihuje asi jednu dívku z dvou set a poslední studie ukazují, že anorexií někdy v životě trpělo až 4,5 % žen (Krch, 2010, s. 56). Podle Papežové (2010) se vyskytuje v 90 – 95 % u dospívajících dívek a mladých žen, v 5 – 10 % u mladých chlapců a mužů. Mentální anorexie se u dívek projevuje už ve školním věku, mentální bulimie se často objevuje u žen až v dospělém věku, ve spojení s dalšími zdravotními a psychickými obtížemi.

Mentální bulimii u nás trpí každá dvacátá dívka či mladá žena, narušené jídelní postoje má však více než 10 % žen, většina mladých žen si přeje zhubnout. Dospívající dívky drží redukční diety či hladovky a cvičí zcela běžně. U dívek bulimii většinou předchází období diet a hladovění nebo anorexie, rozvoj poruchy u chlapců bývá spojen obvykle s nadváhou a přejídáním. U mužů se bulimie vyskytuje zřídka, jen asi 5 % nemocných s bulimií jsou muži (Krch 2008, s. 42).

V současnosti přibývá také **atypických případů**, kdy pacienti nemusí splňovat všechna diagnostická kritéria, mohou však mít závažné zdravotní či psychické potíže, které později povedou k rozvinutí PPP. Zároveň vznikají **nové diagnózy** poruch příjmu potravy, jako jsou například **ortorexie**, **bigorexie** nebo **drunkorexie**, které souvisejí s nadměrným zájmem o tělesný vzhled, výživu nebo tělesný pohyb. Některé z nich jsou **variantou mentální anorexie**, zvyšují riziko jejího výskytu nebo mohou být jinak nebezpečné.

V případě **ortorexie** jde o patologickou **posedlost zdravou výživou** a kvalitou stravy. Přílišné soustředění na zdravý životní styl a výživu je důsledkem strachu a neurózy, je provázeno postupným omezováním jídelníčku a eliminací „nezdravých potravin“ (potraviny, které obsahují barviva či konzervační látky, cukr, sůl, bílá mouka, průmyslově zpracované potraviny). Omezování druhů potravin a obava z konzumace nezdravých potravin může vést k výrazné **podváze** a k pozdějšímu rozvinutí **mentální anorexie**.

Drunkorexie je označení poruchy, při které dochází k záměrné redukci příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií proto, aby bylo možné vypít více alkoholu nebo energetických nápojů. Bez jídla se alkohol vstřebává v žaludku mnohem rychleji, je zde riziko závislosti na alkoholu. Pro **bigorexii** je příznačná posedlost vlastním vzhledem a přehnaná snaha dosáhnout fyzickou zdatnost a svalovou hmotu, vyskytuje se spíše u mužů, nejčastěji u kulturistů a návštěvníků posiloven. Lidé s tímto problémem si připadají nedostatečně vyvinutí, malí a slabí. Často dochází ke zneužívání anabolických steroidů a jiných látek, které podporují růst svalové hmoty.

1.4 Rizikové faktory

Na vzniku poruch příjmu potravy se podílí řada **faktorů sociokulturních, psychosociálních osobnostních, situačních** i jinak **specifických**, jde vždy o souhru více faktorů a vlivů (vliv módních trendů a kultu štíhlosti). Významnou roli hraje především déletrvající držení různých **diet** spojených s odmítáním určitých (obvykle vysokokalorických) potravin, v souvislosti s nespokojeností s vlastním tělem a sníženým sebehodnocením. Riziko vzniku PPP mohou ovlivnit také **rodinné faktory** či nepříznivé životní události, chronické obtíže, zážitky **sexuálního zneužívání** či **zanedbávání** v dětství, **separace** (odloučení od původní rodiny) nebo **akulturace** (přizpůsobení se životu v cizí zemi). Ojedinelý „rizikový“ faktor nemusí mít žádný efekt (např. poznámka o vzhledu), pouze v kombinaci s jinými faktory a vlivy (touha po dokonalosti, úzkostná povaha, rodinná orientace na výkon) vede ke vzniku onemocnění (Papežová, Hanusová, 2012).

Mezi hlavní **vlivy a faktory**, které jsou spouštěči poruch příjmu potravy, patří zejména:

- **vztahy v rodině, konflikty** s rodiči, časná odloučení od rodiny,
- přehnané **nároky rodičů**, příliš velká **vázanost** na ně a strach z nenaplnění jejich představ, problém prosadit se vůči rodičům,
- **separační proces**, studium v zahraničí, samostatné bydlení (narušení přirozených jídelních návyků), sociální úzkosti,
- **puberta**, negativní sebehodnocení a pocity nedostatečnosti, kdy se dívky nedokážou vyrovnat s proměnou postavy, nejistota,
- **konflikty** s vrstevníky, vymezování se, snaha o sebeprosazení,
- **osobnost pacientky** a její vlastnosti – např. **perfekcionismus** (chce mít vše pod kontrolou, to se jí daří v omezování v jídle), odříkání, sebekontrola,
- **změny vnímání a myšlení** vznikající s ubývajícím váhou.

Podle Pavlové (2010) lze **rizikové faktory** také rozdělit na:

- **psychosociální**: věk, pohlaví a etnický původ,
- **osobnostní**: impulzivita, perfekcionalismus, depresivní a úzkostné poruchy, negativní emocionalita,
- **situační**: nepříznivé události, separace, sexuální zneužívání, riziková povolání,
- **specifické**: dlouhodobé problémy v rodině, stud, neadekvátní tlak rodičů.

Mezi hlavní **psychosociální rizikové faktory** vzniku PPP, které nelze ovlivnit, patří **pohlaví, věk a etnický původ**. Mnohé výzkumy ukazují, že **ženy** onemocní anorexií a bulimií mnohem častěji než muži, trpí více záchvaty přejídání a je u nich také větší riziko onemocnění depresivními poruchami a úzkostnými stavy. Muži jsou anorexií ohroženi méně, nedrží tak často redukční diety, v období dospívání chlapani více přibírají na svalové hmotě než na tělesném tuku, mají také vyšší sebevědomí než dívky. Časté **diety** a kontrolované stravování, patří podle Jacobi at al. (2004, s. 27) k nejlépe podloženým rizikovým faktorům pro vznik poruch příjmu potravy, zejména pro bulimii. U osob, které často drží diety, studie uvádějí 8 až 18 krát větší riziko rozvinutí úplné nebo částečné poruchy příjmu potravy (tamtéž, s. 28).

Pro vznik PPP je nejrizikovějším obdobím **adolescence** a časná dospělost, kdy zároveň mohou propuknout i jiná duševní onemocnění. V období **puberty** a **dospívání** ke vzniku PPP přispívají také **negativní emoce** doprovázející hormonální a tělesné změny, sebevědomí adolescentů je labilnější, dívky se začínají vzájemně srovnávat, nízké sebehodnocení a sebepodceňování v souvislosti s nespokojeností s vlastním tělem pak obvykle vede k touze po zlepšení vzhledu a zhubnutí prostřednictvím diet.

Mentální anorexie se vyskytuje častěji u „bílých“ dívek, různé studie a výzkumy však ukazují, že ačkoliv jsou např. Afroameričanky či Američanky se svým tělem spokojenější a drží diety méně často než „bílé“ dívky, trpí zato častěji záchvaty přejídání. Složení obyvatel České republiky je dnes etnicky různorodější než dříve, migrace obyvatel v rámci Evropské unie, mediální a reklamní kampaně zdůrazňující západní ideál štíhlosti, krásy a zdravého vzhledu ovlivňují stejně tak původní obyvatele jako přistěhovalce.

K **osobnostním rizikovým faktorům** patří např. impulzivita, perfekcionalismus, depresivní a úzkostné poruchy či negativní emocionalita. **Impulzivita** bývá spojována se zneužíváním návykových látek (převážně u mužů), nedostatečná kontrola impulzů bývá uváděna i jako jedno z možných vysvětlení **záchvatovitého přejídání** a vzniku PPP (častěji u žen). **Bulimie** je často spojená s **impulzivitou** a **perfekcionalismem**, u dívek se tyto rysy projevují už v dětství (snaha mít všechno přesně tak, jak má být). Spolu s nízkým sebevědomím a nespokojeností s vlastní postavou se riziko onemocnění ještě více zvyšuje. **Negativní emocionalita** je častým rizikovým faktorem pro záchvatovité přejídání, pacientky s PPP trpí často duševními poruchami, **depresemi** a **úzkostnými stavy**.

Záchvatovité přejídání mívá mimo jiné přímou souvislost s poruchou osobnosti spočívající v nedostatečné schopnosti ovládnout se a v **přehnané impulzivité**. Impulzivní muži mívají častější sklony k zneužívání návykových látek, impulzivita u žen se projevuje silnější závislostí, která může vést až k poruchám příjmu potravy.

Otázkou, nakolik mohou **situační** a **rodinné faktory** či **nepříznivé životní události** ovlivnit vznik onemocnění PPP, se zabývá řada psychologických i psychiatrických studií, které ukazují, že pacientky s anorexií trpěly dlouhodobě rodinnými problémy (nesoulad mezi rodiči, rozvod rodičů, problémy se sourozenci, onemocnění rodičů, výskyt PPP v rodině), narušenou komunikací v rodině, nedostatkem péče a empatie nebo velkým očekáváním rodičů vedoucím k **neadekvátnímu tlaku** dovést je k vyššímu vzdělání či sportovním úspěchům bez ohledu na jejich schopnosti. Také zážitky **sexuálního zneužívání** či **zanedbávání** v dětství bývají příčinou nízkého sebehodnocení a mohou později vyústit v potíže s jídlem, představují zvýšené riziko vzniku nejen PPP, ale i jiných psychiatrických onemocnění.

Odloučení od původní rodiny (**separace**) z důvodu studia nebo práce v zahraničí či odchod skoro dospělých dětí z domova a začátek samostatného života jsou pro řadu mladých lidí náročným obdobím v životě, kdy se mění jídelní návyky a ve spojení se stresem (studium, hledání zaměstnání a uplatnění) mohou vznikat různé druhy závislostí včetně PPP.

Poruchy příjmu potravy se vyskytují častěji také u žen žijících v cizí zemi (studentky, au-pair). Nutnost přizpůsobit se cizí kultuře a životu v jiné zemi (**akulturace**) i odlišným stravovacím návykům má vliv na jejich duševní zdraví, stres z cizího prostředí bývá provázen depresi, negativními emocemi, ztrátou kontroly a nárůstem váhy, jídlo často funguje jako „zklidňující“ prostředek. **Negativní události** a problémové situace prožívá každý člověk jiným způsobem, pro vznik onemocnění je proto důležité právě to, jak člověk na nepříznivé okolnosti a situace reaguje, zda a jakým způsobem je zvládá.

Za **rizikovou skupinu** jsou považováni vrcholoví sportovci a zejména disciplíny spojené s požadavky na udržení určité tělesné hmotnosti (balet, gymnastika, tanec), mezi **riziková prostředí**, v nichž se může onemocnění PPP objevit nejčastěji, patří hlavně obory přitahující dívky zaměřené na své tělo (modeling) nebo práce, při níž je kladen zvýšený důraz na vzhled (moderování), ale i různé manažerské pozice (častá prezentace na veřejnosti, pod tlakem a v neustálém stresu).

1.5 Příznaky a projevy nemoci

Pro poruchy příjmu potravy je příznačná úporná snaha o snižování tělesné hmotnosti, přetrvávající i po dosažení váhového úbytku. Anorektičky jsou ovládány myšlenkami na jídlo a strachem z tloušťky, což však nepřiznávají a deklarují především svou orientaci na „zdravou výživu“, snahu jíst zdravě. Problémy popírají, argumentují často velmi rafinovaně a vymlouvají se na to, že už jedly, nemají chuť, trpí alergií, nechťejí se přejídat, atp. Pokud tyto „argumenty“ nestačí a tlak okolí trvá, neváhají použít i vydírání a vyhrožování („něco si udělám“), o emocionální a hysterické reakce není nouze. Pro rodinu a blízké nemocných je zvládání těchto situací velmi náročné a bolestné, jakkoliv je ale těžké na podobné výlevy reagovat, nelze jim ustupovat a nechat se jimi manipulovat.

Mezi **příznaky mentální anorexie** patří podle Krcha (2010) zejména:

- změna jídelníčku (mizí energeticky vydatná a „nezdravá“ jídla, sladkosti, tučná jídla, maso, později bílé pečivo, knedlíky, přílohy,
- změna jídelního režimu a manipulace kolem jídla – zmenšování porcí, na jídlo není čas ani chuť, rafinované výmluvy,
- zpomalení jídelního tempa, obřadnost, nimránání v jídle, vybírání, uždibování, dělení na malé kousky, musí „jíst v klidu“,
- změna chuti (více soli, pití kávy, pijí hodně nebo vůbec – hrozí dehydratace),
- vyhýbání se jídlu ve společnosti, připravují si samy méně vydatná jídla, snadno se cítí přejedené, mluví o tom, kolik toho snědly,
- zvýšená fyzická aktivita (cvičení, posilování, běhání, chození pěšky),
- přílišné zaobírání se svou postavou a váhou,
- zdravotní potíže – zácpa, porucha menstruace, zimomřivost, vypadávání vlasů,
- vyhýbání se rodině i přátelům, uzavírání se do sebe,
- výkyvy nálad, podrážděnost, přecitlivělost, emocionální až hysterické reakce, podvádění v jídle – výmluvy, vyhrožování, vydírání.

Prvních známek poruch příjmu potravy u dětí a mladých dívek si mohou všimnout kromě rodičů i učitelé a spolužáci **ve škole**, je zde poměrně vysoká možnost zachytit příznaky PPP včas. Je proto důležité, aby učitelé studenty seznámili s konkrétními **projevy patologického jídelního chování**, anorexie či bulimie. Jestliže dítě v poslední době nápadně zhublo, je třeba

sledovat, jestli nosí svačiny, chodí na obědy, jak se projevuje při tělocviku, zda se nestraní spolužáků na školních výletech či společných akcích. Pokud se dívka začne vyhýbat společnému jídlu, po jídle odbíhá na toaletu nebo do koupelny, kde zůstává dlouho zavřena (obvykle zde zvrací), začne se oblékat do příliš volných šatů, nebo oblečením zvýrazňuje svou vyhublost, stále častěji mluví o jídle a tělesném vzhledu, nebo se této tematice přehnaně vyhýbá, je to signál, který by neměli rodiče, učitelé, ani spolužáci přehlížet. Na důsledky zvracení upozorní také otoky slinných žláz pod čelistí, vytvářející dojem opuchlého obličeje.

Mezi nejčastější **známky poruch příjmu potravy** dále patří:

- snaha jíst pouze **dietní potraviny**, vybírání v jídle a odmítání společného stravování,
- **vynechávání svačin i hlavních jídel** pod různými záminkami, místo jídla časté žvýkání žvýkaček, pití neslazených minerálek a čajů,
- **přecitlivělost vázaná na vzhled a jídlo**, úzkostlivé srovnávají s ostatními, snaha mít kontrolu nad jídlem, jíst co nejméně, mít méně než ostatní,
- velká **pomalost při jídle**, dlouhé prohlížení a vybírání jídla, častá **nevolnost** po jídle,
- **vyhýbání se společnému jídlu**, přecitlivělé reakce na sledování při jídle,
- **hyperaktivita**, potřeba stále něco dělat, pobíhat, zpotit se,
- zhoršení schopnosti **soustředit se na učení**,
- s rostoucí podvýživou zvyšující se **únava, apatie a vyčerpanost, náladovost**,
- **psychické změny**, uzavřenost, izolace.

Nemocné PPP mají často velkou zálibu v **dopisování**, v dlouhých e-mailech obšírně vypisují všechno, co snědly, co si připravují k jídlu, co prožily nebo co právě dělají, mají potřebu sdílet svou situaci, ale bez osobního kontaktu se svými blízkými a přáteli, jen vrší mnoho slov, kterými se ale nic nevyřeší. Často si také začnou vést **deník**, kde si pečlivě zaznamenávají, co nakoupily a snědly, kolik váží, kolik zhubly, podrobně vysvětlují své niterné pocity a myšlenky, vypisují se z pocitů viny, deník je pro ně náhražkou běžné komunikace, která je čím dál více omezována.

Protože anorektičky často svou **nemoc popírají**, odmítají uznat, že jsou nemocné tělesně i duševně, mnohdy si uvědomují utrpení, které způsobují svým blízkým a stydí se za to, je velmi obtížné s nimi o jejich problému mluvit. Pro anorektičky je pocit kontroly nad jídlem hlavním kritériem sebehodnoty. Neustále kontrolují a řeší pouze jídlo, tím se vyhýbají řešení problémů v jiných oblastech života, i kontaktům s jinými lidmi.

2. DIETY – SKRYTÉ NEBEZPEČÍ

Na vzniku onemocnění mentální anorexií se podílí řada různých faktorů a vlivů, k nejpodstatnějším patří ty, které souvisejí s držením diet. **Redukční diety** jsou dnes pro většinu žen samozřejmostí a všeobecně akceptovanou skutečností, která celkem bezbolestně pomáhá řešit problémy s nadváhou, málokdo ale zvažuje všechna rizika. Jak uvádí Krch (2010, s. 58), v průměru 30 % redukčních diet přechází během jednoho až dvou let v tzv. patologickou dietu a u 20 – 30 % „patologických dietářek“ dojde později k rozvoji příznaků poruchy příjmu potravy, redukční diety tak stojí ve většině případů na počátku problémů a významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie. *„Různé klinické studie referují, že u 73 – 91 % bulimických a anorektických pacientek předcházela vzniku onemocnění fáze úmyslného držení diety případně ztráty na váze.“* (Jacobi et al., 2004, s. 27)

K nejdůležitějším kulturním a společenským faktorům, které posilují **strach z tloušťky**, patří mimo jiné povrchní a jednostranné spojování vyhublosti se zdravím a obezity s ošklivostí, zdravotními problémy či leností, zkreslené informace o účinnosti a následcích redukčních diet a také příliš velký důraz na to, co je a není „**zdravé**“. Vzory a návody prezentované médií jsou pro dnešní (nejen) mladé lidi hodně svazující a často se jimi nechají ovlivňovat jen proto, aby se nelišili od svých vrstevníků. Jídelní návyky v rodině ovlivňují rozhodujícím způsobem výživové chování dětí, které obvykle napodobují a přebírají stravovací zvyklosti rodičů. Pro dospívající dceru jistě není vhodným vzorem matka držící často redukční diety. Jak uvádí Bukovský (2009), je hmotnost dítěte vizitkou rodičů. Příčinou nadváhy a obezity u dětí je kromě nedostatku pohybu a nevyvážené stravy i to, že nesnídají a chodí do školy bez svačiny. *„Tlusté a pasivní dítě může být výsledkem zanedbávání anebo problémových vztahů v rodině. Anorexie rovněž.“* (Bukovský, 2009, s. 21)

Reklama zaměřená na děti a dospívající spotřebitele využívá vlivu dětí na rodiče, děti jsou ovlivňovány reklamními upoutávkami na sladkosti, sladké nápoje či fast foody v médiích, prodejní automaty na tyto výrobky jsou umístěovány i ve školách, aniž by někdo přemýšlel o tom, že tím roste motivace dětí k nákupu a konzumaci produktů přispívajících k nadváze a obezitě. Pokud nezíská člověk **správné jídelní chování a stravovací návyky** v rámci své rodiny v dětství, je větší pravděpodobnost, že bude v období dospívání těmto reklamním lákadlům podléhat a v době dospělosti může jeho stravování vykazovat různé nebezpečné anomálie a zlozvyky včetně držení diet.

2.1 Redukční diety a „zdravá výživa“

Stále větší počet žen zaměňuje **držení diet** za **zdravý životní styl** a zaujetím „zdravou výživou“ kompenzuje často svůj problém nevyrovnanosti a nespokojenosti s vlastní postavou nebo se způsobem svého života. Je známo, že **nezdravá strava**, podobně jako **negativní myšlení**, mohou vyvolat zdravotní potíže. Také nesprávně aplikované **diety** nebo mohou vést nejen ke zhoršení zdravotního stavu, ale i k vážným zdravotním následkům. Odborníci se shodují na tom, že *„zvýšená pozornost zdravé výživě a nespokojenost s vlastním zevnějškem mohou být právě rizikovými faktory, které vedou k patologickému jídelnímu chování“* (Papežová, 2010, s. 312).

Alternativní způsoby stravování

Na pozdější vznik poruchy příjmu potravy může mít vliv také stravování podle pravidel některého z **alternativních způsobů výživy**. Nejrozšířenějším alternativním způsobem výživy je **vegetariánství** (odmítání masa), poměrně rozšířené je také **veganství** (vylučuje všechny živočišné potraviny) nebo **makrobiotika**, která upřednostňuje hlavně potraviny pocházející z daného podnebného pásma, celozrnné obiloviny, zeleninu, luštěniny, mořské řasy, polévky, občas ryby, ovoce, semena, ořechy. Makrobiotici zcela vylučují mléko a mléčné výrobky, cukr či konzervované potraviny, spotřeba tekutin je nízká. K vyznavačům alternativního způsobu stravování patří dále také **laktovegetariáni** (jedí mléčné výrobky, nejedí vejce a maso), **ovovegetariáni** (jedí vejce, nejedí mléčné výrobky a maso), **laktoovovegetariáni** (jedí mléčné výrobky i vejce, nejedí maso), **vegani** (jedí výlučně stravu rostlinného původu – ovoce, zeleninu, obiloviny, ořechy, luštěniny, med), nebo **vitariáni** (vegani, kteří jedí pouze syrovou stravu bez tepelné úpravy).

Nízká energetická hodnota většiny druhů ovoce a zeleniny vzbuzuje mylný pocit, že ho lze bez následků konzumovat větší množství, aniž by způsobilo nadváhu. **Přejídání se ovocem** a **vegetariánská dieta** jsou ale často cesty k přejídání a návyku na velké množství jídla.

Pokud dospívající odmítají maso, vařená jídla, cukr, bílé pečivo, apod. a jí pouze ovoce, zeleninu, jogurty, tmavé pečivo, může vzniknout problém. Vegetariáni mohou trpět nedostatkem bílkovin a vitaminů. Ten, kdo nejí tmavé maso, může mít nedostatek železa a zinku. Při nedostatku kvalitních bílkovin potřebných pro růst a vývoj dospívajícího organismu, některých důležitých vitaminů a minerálních látek (vitamin B12, železo, vápník) pak hrozí vážné poškození zdraví, které může vést až k rozvoji poruchy příjmu potravy.

Mezi základní pravidla zdravého stravování patří:

- jíst pestrou stravu v přiměřeném množství, pravidelně a v menších porcích,
- omezovat sůl, cukr, jíst více celozrnných produktů, mít dostatek zeleniny a ovoce,
- vyhýbat se tučným jídlům a nadbytku živočišných bílkovin, zachovávat pitný režim,
- udělat si na jídlo čas, jíst v klidu na vhodném místě, nevynechávat žádné hlavní jídlo.

Pacientkám s poruchami příjmu potravy, které se v rámci léčby mají naučit znovu se správně a zdravě stravovat, doporučuje Jacobi at al. (2004, s. 83) dodržovat tato pravidla:

- rozvrhnout si denní jídlo na tři hlavní jídla a dvě „mezijídla“,
- vyhradit si na jídlo dost času (aspoň půl hodiny na každé jídlo),
- jíst pravidelně na trvale vymezeném místě, nejíst ve stoje, ale za stolem,
- nedělat při jídle nic jiného (nečíst, nepracovat, nesledovat televizi),
- jíst pomalu, důkladně rozžvýkat každé sousto,
- druh a množství jídla plánovat, nerozhodovat se až v průběhu jídla,
- nevytvářet si žádné zásoby, nakupovat maximálně na dva dny, jen ty potraviny a v takovém množství, co chceme sníst,
- připravit si seznam potřebných potravin, nakupovat jen to, co je na něm.

2.2 Následky hladovění a přejídání

Poruchy příjmu potravy patří k onemocněním s velmi závažnými následky, které mohou končit i smrtí. Ovlivňují nejen zdraví, ale i psychický stav nemocných, jejich sociální život. Dlouhodobé omezování potravy a klesající tělesná hmotnost je provázána různými **tělesnými i psychickými problémy**. Podle Jacobi at al. (2004, s. 42) jsou u bulimických pacientek nebo u anorektických pacientek bulimického typu jedním z prvních následků **záchvaty přejídání**, které většinou nastupují několik měsíců po skončení diety. Počáteční úleva je střídána dalším záchvatem žravosti a následným kompenzačním opatřením (zvracení, užívání projímadel, další přísnější dieta), pacientka se ocitá v bludném kruhu. U anorektiček se pocit kontroly nad jídlem stává stále více jediným kritériem sebehodnoty.

Cyklus omezování jídla a následné ztráty kontroly a záchvatů se nazývá **záchvatovité přejídání**. Záchvaty se objevují několikrát týdně a nemocní při něm často konzumují „zakázané“ vysokokalorické jídlo (Middleton, Smith, 2013, s. 17). **Záchvaty přejídání a noční přejídání** patří k patologickým postojům k jídlu.

Záchvaty přejídání jsou často spojeny s **nadváhou** nebo **obezitou**, která pak pro nemocné představuje další emoční problém. Záchvaty přejídání bývají vždy spojeny s nevhodnými jídelními zvyklostmi a příležitostnými **dietami**. Nemocní často řeší přejídáním své problémy, důvodem bývá obvykle neschopnost vyrovnat se s osamělostí, depresi či zklamáním, neschopnost nalézt životní naplnění, nuda nebo nervozita. Častým jevem je nespokojenost se svým tělem, které nemocný nesnáší, propadá pocitům bezmoci a bezradnosti a zkouší jednu dietu za druhou. Neschopnost udržet kontrolu nad jídlem a zhubnout vede k frustracím, objevují se pocity viny, sebenenávist. Následné „**pročišťování**“ pomocí projímadel, cvičení a dietních přípravků k odbourání kalorií kruh uzavírá a může postupně vést až k rozvoji bulimie. **Noční přejídání**, kdy ke konzumaci většiny denního jídla dochází až **po večeři** a **v noci**, bývá provázeno **nespavostí** a **nechutenstvím** po ránu. Nočnímu přejídání často předchází držení diety a celkové narušení jídelního režimu v období zvýšeného stresu.

Zdravotní následky hladovění a podvýživy

Mentální anorexii provází hladovění, různé diety, zvracení a užívání prostředků „na hubnutí“, které způsobují řadu obtíží, vážně ohrožují zdraví i zhoršují kvalitu života nemocných. Nedostatek draslíku, hořčíku a sodíku vede k rozvratu metabolismu. Nebezpečí **podvýživy** a **dehydratace** vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného. Důsledky nedostatečné výživy představují vážná rizika, dlouhodobé hladovění a podvýživa mohou končit smrtí. **Psychickými následky** bývá špatná koncentrace, snížení pozornosti, zúžení myšlení, rozvoj deprese a úzkosti. Téměř u 90 % anorektiček se vyskytují srdeční obtíže (Krch, 2010, s. 44), až u dvou třetin se mohou objevit poruchy funkce ledvin. Úmrtnost u mentální anorexie uvádí různé studie v rozmezí 3 – 8 % (tamtéž, s. 45).

Mezi nebezpečné **zdravotní důsledky přílišného úbytku váhy** patří:

- **oslabení srdce, arytmie**, snížený puls, hrozí srdeční selhání,
- **nízký krevní tlak**, oslabený krevní oběh (studené ruce a nohy), mdloby,
- **anémie** (chudokrevnost), změny krevního obrazu, únava, zadýchávání, omdlávání,
- zvýšená hladina **cholesterolu** v krvi,
- **zácpa** – zpomalení funkce střev, poruchy funkce ledvin, poškození jater,
- zvýšená **kazivost zubů**, **otoky slinných žláz** pod čelistí důsledkem zvracení,
- suchá, zažloutlá, praskající pleť, vyrážky, **modřiny**, tenká, suchá a šupinatá kůže,
- **vypadávání vlasů**, vlasy jsou řídké, lámou se, zvýšený růst ochlupení po těle,

- **zimomřivost**, zvýšená citlivost na chlad, nebezpečí podchlazení,
- **svalová slabost, křeče** v důsledku zvracení a užívání projímadel,
- **osteoporóza**, odvápnění kostí (slábnutí a řidnutí kostí),
- celkové **oslabení imunity** organismu, **ztráta menstruace**, hrozí neplodnost,
- poruchy **spánku, únava**, apatie, vyčerpání, náladovost, deprese,
- pocity **nevolnosti** (zmenšení žaludku), hrozí žaludeční vředy.

Zdravotní důsledky přílišného zvýšení hmotnosti

Užívání **projímadel** a **diuretik** (prostředky ke snížení tělesných tekutin) způsobuje vážné komplikace v oblasti **tlustého střeva** (zácpa, nevolnost, zvracení, zadržování tekutin, otoky), projímadla ve velkých dávkách mohou narušit střevní stěnu. Dochází k narušení trávicích procesů, zažívacím potížím (zácpa, průjem, problémy udržet jídlo) a komplikacím v důsledku dehydratace. Zvracení způsobuje narušení vnitřní rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Nepříjemným důsledkem **přejídání a zvracení** je poškození zubů, otékání uzlin, podráždění jícnu a trávicí trubice (hrozí až protržení jícnu), minerálový rozvrat (narušení elektrolytické rovnováhy) a poruchy metabolismu. Mezi hlavní zdravotní rizika přílišného zvýšení hmotnosti patří **kardiovaskulární poruchy**, cévní změny (hrozí ucpání cév), nebezpečí infarktu, pohybové a kloubní potíže, artritida.

Následky bulimie jsou podobně jako u anorexie závažné a mají vliv na celkový zdravotní stav nemocných, kteří mohou trpět **vysokým tlakem, hypoglykemií** (nízká hladina krevního cukru), jsou ohroženi diabetem. Vlivem nedostatku draslíku a dalších pro tělo důležitých látek dochází k **srdečním poruchám** a **rozvratu metabolismu**. Mezi typické následky bulimie patří zvýšená **kazivost zubů** a **krvácivost dásní** vlivem žaludečních kyselin při zvracení. Bulimie ovlivňuje také stav pleti, pokožka je suchá, tváře oteklé. U žen se bulimie projevuje **nepravidelnou menstruací** nebo její úplnou **ztrátou** a **problémy s otěhotněním**. Mezi další vážné následky patří **zácpy, průjmy** a **nebezpečí prasknutí žaludku** v důsledku přejedení. **Psychickými následky** bulimie je rozvoj **depresivních poruch**, pocitů viny a úzkosti, krize spojené s poruchou osobnosti. Bulimii charakterizuje Krch (2008, s. 26) jako „*balík různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se*“, na počátku i na konci bulimie vidí nejistotu, nízké sebehodnocení a především chorobný strach z tloušťky, který je živěn ústupky a pozorností, která je mu věnována (tamtéž, s. 32), proto je třeba mu neustupovat, změnit jídelní návyky, nezvracet, přestat s dietami a začít měnit sebe sama.

3. LÉČEBNÉ POSTUPY A METODY

Mentální anorexie je vážné onemocnění, související zdravotní rizika není radno podceňovat. **Léčba mentální anorexie** je obtížná, měla by vždy probíhat pod dohledem lékařů, obvykle je nutná spolupráce více specialistů. Je třeba požádat o provedení základních tělesných vyšetření, EKG a laboratorních testů (krevní obraz, moč, bílkoviny, glykémie aj.). Vždy záleží nejen na tom, jaký je aktuální zdravotní stav nemocné, ale i na její motivaci a míře odhodlání se léčit. Léčbu anorexie je možné začít jen tehdy, pokud si svůj problém uvědomuje. Když onemocnění popírá nebo odmítá léčbu, nemůže být léčba příliš efektivní.

Priznání si problému je prvním krokem k uzdravení. Dalším krokem by měla být návštěva **obvodního lékaře**, u něhož je pacient evidován a který ho nejlépe zná. U něho se také shromažďují veškeré informace od ostatních ošetřujících. Po provedení nutných základních vyšetření (celková zdravotní prohlídka, laboratorní testy) doporučí vhodný způsob zahájení léčby, odkáže pacienta na konkrétní specializovaná pracoviště a obvykle ho odešle také k **psychiatrovi**, který posoudí psychický stav nemocné a stanoví další postup léčby. Nejprve rozhodne, zda bude léčba probíhat **ambulantně**, nebo zda je nutná **hospitalizace** v některém specializovaném **psychiatrickém oddělení** (nemocnice v Praze, Brně, nebo v Ostravě).

V některých závažných případech s vážnou podváhou a podvýživou je zpočátku nutné umístění na jednotce intenzivní péče, kde je potrava podávána nitrožilně a lékaři se snaží stabilizovat kolabující organismus, který je následkem hladovění zesláblý natolik, že hrozí selhání základních životních funkcí. Za pobytu v nemocnici probíhají laboratorní a další **vyšetření**. Po překonání **krize metabolického rozvratu** se přechází na **příjem potravy ústy**, který musí být kontrolován. Hospitalizace je vždy nutná v případech s vážnými zdravotními komplikacemi nebo s vyšším rizikem sebevraždy.

Po zvládnutí stavů akutního ohrožení bývá obvykle indikována léčba vhodnými **psychofarmaky** ke zmírnění úzkostných stavů, které u pacientek vyvolává nutnost dodržovat nový jídelní režim a absolvovat léčebné postupy, ke zklidnění psychiky a tlumení depresí jsou užívána **antidepresíva**. Psychofarmaka působí nejen na podporu a léčbu psychiky, ale některé navíc podporují chuť k jídlu a přibírání na váze, jsou podávána také léčiva k nutriční podpoře, vitamíny a medikace gynekologická. Léčba psychofarmaky spadá obvykle do specializace psychiatrů. V další fázi léčby, pokud je pacient v lepším psychickém stavu schopen sám dostatečně jíst, lze psychofarmaka vysadit.

Základ úspěšné léčby spočívá v **psychologické práci s nemocným**, která vyžaduje **individuální přístup**. Úkolem psychiatra je zvolit co nejvhodnější postup odpovídající osobnosti pacienta, charakteru a stadiu onemocnění. Může pak doporučit také některou z forem **psychoterapie**, která by měla být vedena zkušeným psychologem, odborníkem na poruchy příjmu potravy. Ve všech případech PPP je vhodné při léčbě spolupracovat s **nutričním terapeutem**, který doporučí vhodnou skladbu jídelníčku.

Cílem **komplexní léčby** je docílit úpravu příjmu výživy ke zdraví vedoucímu stavu, tak aby pacient znovu našel pozitivní vztah k jídlu, zlepšilo se jeho sebehodnocení, podařilo se mu obnovit rodinné i jiné sociální vztahy. Léčba mentální anorexie je dlouhodobá, obtížná a je nutné počítat s tím, že často dochází k recidivám.

Psychoterapeutické metody jsou vhodným podpůrným prostředkem léčby v případech, kdy jsou pacientovy obtíže podmíněné jeho duševním stavem, tedy i při léčbě PPP.

Při léčbě **mentální anorexie** je třeba především docílit změny myšlení pacienta o sobě samém a obnovení jeho reálného vnímání vlastního těla, uplatňují se proto zejména techniky pomáhají nemocnému budovat sebevědomí, snižování úzkosti a odstranit chorobný strach z jídla. Jedním z cílů terapie je také obnovení a zlepšení vztahů v rodině.

U **mentální bulimie** je důležité přerušit kolotoč přejídání, zvracení, výčitek, hladovění a dalšího přejídání, je třeba odhalit spouštěče a příčiny tohoto chování. Terapie mohou nemocnému pomoci naučit se, jak pracovat se svými pocity, chovat se asertivně, být sám sebou a zároveň se dokázat prosadit mezi ostatními lidmi.

Léčba **záchvatovitého přejídání** směřuje k docílení změny stravovacích návyků. Přejídání bývá spojeno s depresivními a úzkostnými stavy, s pocity osamění, terapie je proto zaměřena na zlepšení a řešení těchto stavů. Nemocní se učí technikám zvládnání stresu, který je hlavním spouštěcím mechanismem.

Široké spektrum psychoterapeutických metod mohou v některých případech doplnit i postupy využívané obvykle v alternativní medicíně, jako jsou například akupunktura, akupresura, baňkování, léčení světlem, regresní terapie a další. K nastolení duševní rovnováhy nemocných Pomáhají i různé **relaxační techniky**, výuka jógy, dechová cvičení a meditace, vedoucí ke zklidnění a zmírnění stavů úzkosti. K léčení a harmonizaci těla i duše přispívají také činnosti, při níž může nemocný využít (nebo objevit) vlastní tvůrčí potenciál, vhodná je **muzikoterapie** (léčení hudbou) nebo **arteterapie**.

V rámci terapie může být využíváno i více postupů s cílem najít co nejvhodnější individuální řešení, záleží i na ochotě nemocného spolupracovat. U stejně postižených jedinců je často využívána **skupinová terapie**, prospěšná a přínosná je i **rodinná terapie** (viz kapitola 3.3), kdy se do léčby zapojují rodinní příslušníci a blízcí nemocného. Pomocí vhodně zvolených psychoterapeutických metod může pacient lépe pochopit příčinu vzniku a podstatu svého onemocnění. Díky podpoře a pomoci odborníků, svých blízkých nebo i při konfrontaci s podobně postiženými ve skupině pak může snáze najít způsob, jak své problémy řešit. Změnit postoj k životu i přístup k sobě samému, přehodnocení životních hodnot a priorit však není pro nemocného lehké, proces uzdravování může probíhat řadu let.

Možností léčby je několik, záleží na zkušenostech psychiatra, zda zvolí tu nejvhodnější. Proto je vždy velmi důležité důkladné **individuální posouzení** každého případu a příčin, které ke vzniku nemoci vedly. Na někoho, kdo prožívá anorexii jako způsob prosazení vlastní osobnosti, není vhodné uplatňovat direktivní přístup zbavující odpovědnosti. Je proto třeba vést nemocnou k uvědomění si vlastní **zodpovědnosti** za svůj život a podporovat její vůli vedoucí k vlastnímu **rozhodnutí** přiznat si nemoc a chtít se léčit.

Proces uzdravování nemůže začít, pokud u nemocného nedojde k

- pochopení všech důležitých příčin, které onemocnění spustily,
- uvědomění si vlastní odpovědnosti za každé chybné rozhodnutí směřující k omezení příjmu potravy,
- přiznání si nemoci, uvědomění si nebezpečí a následků,
- osobnímu rozhodnutí vyléčit se podepřenému spoluprací s lékaři a odborníky,
- pochopení své situace jako příležitosti začít žít plnohodnotný zdravý život.

Teprve potom je možné přistoupit k prvním krokům vedoucí ke **změně stravovacích zvyklostí a osobních postojů**.

Svépomocný program, jak postupně překonat strach z tloušťky a problémy s jídlem, rozděluje Krch (2010) do několika navazujících kroků a doporučuje:

- zbavit se strachu, nenechat se jím ovládat,
- přestat s dietami, nezvracet, nebrat projímadla,
- začít pravidelně dostatečně jíst, aspoň 5x denně,
- důvěřovat sám sobě a naslouchat potřebám svého těla.

3.1 Formy péče o pacienty s PPP

V současnosti u nás existuje několik základních forem péče o pacienty s PPP. U nejvážnějších případů je nutná **Pobytová péče** neboli **hospitalizace**, obvykle na psychiatrických odděleních fakultních nemocnic ve větších městech, kde existují specializované jednotky péče zaměřené na poruchy příjmu potravy, jako je **Centrum pro poruchy příjmu potravy** na Psychiatrické klinice I. LF UK a VFN v Praze 2. Pacienti zde pobývají dva až pět měsíců.

Hospitalizace je doporučována v případech vážných ohrožení na životě (podvýživou, sebevražednými úmysly), nebo po dlouhodobě neúspěšné stacionární či ambulantní péči. Hospitalizaci doporučuje obvodní lékař. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Čekací doba na přijetí je 2 – 3 měsíce. U dívek mladších 18-ti let rozhodují o hospitalizaci její rodiče.

Stacionární péči v ČR poskytuje pouze jediné zařízení svého druhu – **Denní stacionář pro pacienty s PPP** na Psychiatrické klinice VFN v Praze, kde je umístěno také **Lůžkové oddělení** pro léčbu poruch příjmu potravy. Do Denního stacionáře dochází pacientky ráno, absolvují zde individuální i skupinovou terapii, konfrontují své prožitky spolu s dalšími nemocnými, večer odchází domů. V domácím prostředí si pak upevňují návyky získané ve Stacionáři (Černá 2008). Tato forma léčby je určena pro pacientky, které jsou schopny svou nemoc alespoň částečně zvládat a mají **BMI vyšší než 16**. Maximální délka léčby je tři měsíce, předpokládá finanční spoluúčast pacientky na léčbě ve výši cca 50 Kč/den).

Ambulantní péče je nejrozšířenější formou odborné pomoci, poskytují ji lékaři, psychologové, psychiatři a psychoterapeuti v ordinacích či terapeutických zařízeních. Pacientky se v rámci léčby zúčastňují různých individuálních i skupinových terapií, zpravidla několikrát měsíčně, mohou absolvovat **rodinnou, vícerodinnou** či **párovou psychoterapii**, podle svých individuálních potřeb. Při terapii se pacientky pod vedením odborníků učí zvládat např. správné jídelní návyky, měnit nezdravé postoje k sobě a ke svému tělu, získávají informace a rady k léčbě. Péči v některých ambulantních zařízeních hradí zdravotní pojišťovny, někde pacientka sama. Cena jednoho terapeutického sezení je obvykle 500 – 900 Kč. Seznam specialistů na PPP lze najít na www.idealni.cz nebo na www.anabell.cz.

Kromě těchto tří základních forem péče mohou pacientky s PPP využít pomoci terapeutů v **terapeutických skupinách**, zúčastňovat se **skupinové terapie** v rámci hospitalizace nebo „ambulantních“ terapeutických skupin, zároveň mohou docházet i na **individuální terapii**.

Další možnost setkání s odborníky nabízejí **svépomocné podpůrné skupiny**, v nichž pacientky spolu s ostatními nemocnými mohou ve skupině sdílet zkušenosti a vzájemnou podporu v léčbě. Svépomocné skupiny jsou vhodným doplněním odborné péče a individuální terapie, účast v nich sama o sobě ale není zpravidla pro úspěšnou léčbu dostačující.

Svépomocné skupiny a aktivity podporuje např. **o. s. Anabell** (v Praze, Brně, Ostravě), realizuje skupinová setkání, poskytuje sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií. Více informací o svépomocných skupinách je možné najít na www.idealni.cz.

Na Psychiatrické klinice VFN v Praze funguje v rámci Centra pro poruchy příjmu potravy **Klub pro rodiče, příbuzné a partnery** – otevřené informační fórum, kde se rodiče mohou informovat o možnostech léčby a podpory a vyměnit si zkušenosti s ostatními.

Je zde možné navštěvovat také **Klub pro pacienty a zájemce o léčbu** s možností individuální konzultace posouzení nejvhodnějšího postupu v léčbě s odborníkem, **vícerodinnou terapii** nebo **doléčovací skupiny** pro pacienty po ukončení hospitalizace.

Pomocníkem i průvodcem nemocí mohou být i **svépomocné manuály**, které v případech, kdy nemocná nechce vyhledat odbornou pomoc, ani docházet na skupinovou terapii, ji mohou nasměrovat a motivovat ke změně jídelního režimu a upevnění zdravých jídelních návyků.

Je možné doporučit také knihy známého odborníka F. D. Krcha, *Mentální anorexie a Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*, které svépomocné manuály a potřebné návody obsahují.

Jednou z organizací, které jsou přímo specializované na oblast poruch příjmu potravy, je **o. s. ANABELL**, které od roku 2002 nabízí odbornou poradenskou a terapeutickou pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy, jejich rodičům, životním partnerům a blízkým. Věnuje se i primární prevenci, přednáškovým a lektorským aktivitám, k nimž patří také oblast zdravého životního stylu. Na stránkách www.anabell.cz lze najít potřebné rady, informace a odkazy, i seznam užitečných knih.

V současné době Anabell poskytuje **sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech Anabell** v Brně (sídlo organizace), v Praze, Ostravě a ve Zlíně.

Kontaktní centrum Anabell Praha v rámci svých služeb nabízí Poradnu pro osoby s PPP a jejich blízké, nutriční poradnu, individuální terapie, terapeutickou skupinu, programy primární prevence, knihovnu či dobrovolnictví, prostřednictvím anonymního telefonického kontaktu **krizovou intervenci**, podporu a kontakty na odborníky, psychology a psychiatry.

3.2 Terapie a poradenství

Léčba poruch příjmu potravy zahrnuje komplexní léčbu nemocného, včetně jeho psychiky. Nové pohledy, metody a techniky v léčbě duševních poruch přinesly nové možnosti, které lze využít i při podpoře léčby PPP. **Komplexní terapii** nemocných s mentální anorexií může významně obohatit **rodinná** a **vícerodinná terapie**, které patří k doporučeným léčebným standardům u nás i v zahraničí a jsou odborníky považovány za velmi účinné metody zejména u dětí a mladších pacientek trpících mentální anorexií. Z psychoterapeutických metod se dále podle Kocourkové (1997) užívá individuální a skupinová psychoterapie, léčba prostředím s režimovými a rekreačními prvky, vývoj já podporující aktivity.

Vícerodinná terapie je doporučována téměř ve všech případech PPP, je dobré, aby se do programu zapojila celá užší rodina včetně partnerů, může se jí však zúčastnit i pouze jeden člen. U závažných stavů může být terapie kombinována s hospitalizací. Pokud se pacient odmítá do programu zapojit, může se zúčastnit pouze jeho rodina.

Zájemci o účast ve **vícerodinné terapii** se mohou obrátit na některou z poraden, která terapie nabízí, nabídku cyklů s kontakty je možné najít např. na stránkách Svěpomocné asociace psychogenních poruch příjmu potravy (SAPPP). V Praze se na **rodinnou** a **párovou psychoterapii** specializují odborníci **Ambulance klinických psychologů a psychoterapeutů** (Psychoterapie ANDĚL Praha, www.psychoterapie-andel.cz). Tým zkušených odborníků nabízí psychologickou pomoc v různých životních situacích, v oblasti **psychoterapie** s dětmi i dospělými, v individuální práci s rodinou či skupinou klientů (společné partnerské konzultace, komunikaci v páru i společná sezení celé rodiny, **skupinové terapie**). Nabídka obsahuje například psychoterapeutickou pomoc rodinám při zvládání životních a partnerských krizí, psychologické poradenství pro rodinu v rozvodové situaci, pomoc rodičům při zvládání **výchovných problémů** s dětmi, pomoc při řešení nejčastějších **problémů v dětství** (úzkostné a depresivní stavy, problémy se školním kolektivem, pocity osamělosti, šikana, zvládání hyperaktivity) a v **dospívání** (komunikace s vrstevníky, poradenství a pomoc při psychosomatických problémech, **potížích s nechutenstvím** či **přejídáním**, a také při **poruchách příjmu potravy** (mentální anorexie, bulimie, přejídání), při depresivních stavech, sebepoškozování aj.

Možnost vzdělávání formou **systemické a rodinné terapie** poskytuje např. **Institut rodinné terapie Praha** v Motole (<http://www.rodinnaterapie.cz>). Kontakty jsou uvedeny v Příloze č.1.

3.3 Rodinná a vícerodinná terapie

Rodinnou terapii a skupinovou psychoterapii doporučuje například Kocourková (1997) především pro dospívající pacienty, kterým pomáhá řešit hlavně problémy s vrstevníky a úzkostí po návratu z psychiatrického oddělení do kolektivu. Při onemocnění mentální anorexií jsou dále nejčastěji užívanými psychoterapeutickými přístupy behaviorální a kognitivní terapie, nebo psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie.

Behaviorální terapie se po počáteční analýze jídelního chování pacienta uplatňuje zejména v průběhu hospitalizace s cílem zvýšit váhu pacienta, terapii lze pozitivně podmiňovat např. stupňováním sociálních výhod v průběhu hospitalizace (návštěvy doma, aktivity). Důležité je navození kladného vztahu pacienta a terapeuta, otevřená informovanost dítěte i rodiče o způsobu a cílech terapie, která se zaměřuje na oblasti prožívání, myšlení a vztahů pacientky (Kocourková, 1997). **Kognitivní přístup** v psychoterapii zdůrazňuje důležitost změny patologického myšlenkového procesu podmiňujícího patologické prožívání a chování, důraz je kladen na kontakt s pacientem, vytvoření pozitivního psychoterapeutického vztahu, dotazování, cílem je změna myšlenkových procesů (lpění na výborném prospěchu či výkonu).

V **rodinné terapii** pracují terapeuti s mnoha různými technikami, např. s klientovým **příběhem**, kdy je důraz kladen na význam slov, které klient používá k popisu své reality. Podle charakteru skupiny rodin využívají také různé techniky imaginativní, arteterapeutické (kresba, modelování), akční (psychodrama, hraní rolí) či skupinové (sdílení zkušeností). Současné trendy práce s rodinami zahrnují také nové formy pomoci a komunikace s využitím technologií, internetového poradenství nebo psychoterapie prostřednictvím chatu s odborníky.

Při terapii je podporována **individualita** každého člena rodiny, jeho právo na vlastní osobní problémy, kterým je třeba také věnovat pozornost. V mnoha případech se porucha příjmu potravy vyvine i u sourozence pacienta, jedním z možných vysvětlení je touha po stejné pozornosti rodičů, jaké se dostává dítěti s PPP. Důležitou součástí vícerodinné terapie je proto také terapeutická péče o **sourozence** nemocných PPP, kteří se často mohou cítit ostranění a zanedbávání, je tedy třeba podpořit i jejich individualitu a dát jim prostor, aby se mohli k situaci také vyjádřit a měli příležitost ventilovat své problémy a emoce.

Mezi **práva a povinnosti rodin** při terapii patří např. právo na zpětnou vazbu, právo odmítnout některé techniky, povinnost nesdělovat důvěrné informace mimo skupinu.

Výhodou **skupinové rodinné terapie** je především podpora vzájemné komunikace a posílení rodinných vazeb, přístupy terapeutů jsou přizpůsobovány charakteru každé skupiny rodin a voleny dle jejich individuálních potřeb, důraz je vždy kladen na vzájemnou solidaritu.

Cílem tohoto přístupu je podle Papežové (2010) zejména:

- umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém problému s podobně postiženými rodinami a učit se vzájemně ze svých zkušeností,
- nabídnout možnost vyjít ze sociální izolace způsobené PPP,
- vytvářet prostředí otevřené pomoci, naděje a perspektivy,
- pomoci obnovit zdravé funkční vztahy a komunikaci v rodině.

Terapeutický program má několik **fází** s odlišně zaměřenými cíli.

V **první fázi** je kladen důraz na **vytvoření terapeutického vztahu s rodinou**, otevřené **atmosféry, přijetí** a vzájemné **důvěry**. Terapeut zkoumá vliv PPP na rodinu z pohledu jejich jednotlivých členů, při **rozhovoru** získává informace o kladech a záporech rodinného zázemí.

Druhá fáze je orientovaná na **symptomy** a negativní **následky** onemocnění, rodičům je objasněna podstata problému a jejich role v nové situaci při změně jídelního chování a priorit, rodiny jsou vedeny k posílení kompetencí k léčbě a vymezení se vůči PPP.

Ve **třetí fázi** orientované na **vztahy** se členové rodin učí rozpouštět staré špatné komunikační vzorce, vzájemně si odpouštět, dochází k uvolňování emocí, přehodnocování priorit a hodnot.

V závěrečné **čtvrté fázi** terapie dochází k obrácení pozornosti do budoucna, k zdravějšímu životu a novým **perspektivám**, rodina dostává informace o prevenci relapsu s cílem pomoci nemocnému změnit jeho závislé chování a udržet navozené změny, učí se řešit případné problémy racionálně, na základě získaných vědomostí.

Vícerodinné terapie a programy přinášejí nový přístup v péči o pacientky a jejich rodiny, jsou určeny rodinám pacientek trpících PPP. Skupina složená z několika rodin absolvuje intenzivní psychoterapeutický program, na první setkání, které trvá 3 – 7 dní navazuje ambulantní sledování. Celý cyklus trvá několik týdnů, během nichž se rodiny zúčastňují několika dalších společných jednodenních setkání celé skupiny. Nezbytnou součástí celého programu je **společné stravování**, pro které je třeba mít adekvátní zázemí. Všichni účastníci by měli jíst společně normální stravu, bez dietních úprav, v rámci programu by se na přípravě jídla a servírování pokrmů měly podílet také rodiny a pacientky s PPP.

Model **vícerodinné terapie PPP**, jak uvádí Hana Papežová (2010), byl poprvé uveden v Drážďanech v roce 1998 a o rok později v Londýně, v Čechách je využíván modifikovaný londýnský model supervidovaný Ivanem Eislerem z Institute Of psychiatry v Londýně.

V roce 2004 byl zahájen první cyklus také u nás, v prostorách **Denního stacionáře pro PPP** při Jednotce specializované péče pro PPP Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze. Práce ve skupině cca 5 rodin pomáhá snižovat napětí v rodině a umožňuje jejím členům zapojit se do řešení problémů spojených s onemocněním. Terapie probíhá v rámci uceleného cyklu **šesti terapeutických dní** (9 – 15 hod.), první dvě dvoudenní setkání (čtvrtek a pátek) jsou v odstupe 14 dní, po nich následují další dvě setkání se třítydenním odstupem.

Příklad „**pražského modelu**“ terapeutického programu **jednodenního setkání**, který uvádí Papežová (2010, s. 356), obsahuje tyto části:

- 8.30 – schůzka terapeutického týmu (specifikace terapeutického programu)
- 9.00 – zahájení programu I. skupinového setkání, reflexe mezidobí, pokroky a změny
- 10.00 – společná svačina, možnost konzultace jídla se specializovanou sestrou
- 10.30 – skupinová práce, téma: rodinná vztahová síť a její změny vlivem AN, práce s rodinami, asistence terapeuta
- 12.00 – společný oběd, supervize a asistence sestry a terapeuta
- 13.00 – společný nácvik relaxačních technik k zvládnání psychického napětí
- 13.30 – skupinová práce: diskuzní skupina – význam PPP, nebezpečí, rizika
- 14.30 – společné zhodnocení dne, reflexe emočních procesů, doporučení terapeutů

Vícerodinná terapie je odborníky hodnocena jako velmi efektivní metoda léčby zejména u PPP adolescentů. Spolupráce a zapojení rodiny je důležité pro podporu ambulantní léčby, u většiny adolescentů snižuje nutnost hospitalizace. Pravděpodobnost terapeutického úspěchu vícerodinné terapie se podle Papežové (2010) zvyšuje vhodnou volbou rodin a jejich maximální možnou účastí, programovou flexibilitou (reakce na momentální potřeby rodiny) a shodou všech terapeutů na týmovém přístupu. Pozitivní přínos vícerodinné terapie spočívá především v možnosti sdílení zkušeností s jinými rodinami i v navázání užší individuální spolupráce s terapeuty s využitím potřebné psychologické podpory a možností získat hlubší poznatky o příčinách a projevech nemoci.

4. ODBORNÁ POMOC A PODPORA

Nejen nemocní, ale i jejich rodinní příslušníci se dnes mohou s prosbou o radu či pomoc obrátit na řadu odborných pracovišť a institucí, kde je možné vyhledat odbornou pomoc, získat potřebné informace i kontakty a pomoci zprostředkovat nemocnému účinnou podporu. V Praze, ale i v dalších velkých městech (Brno, Ostrava), dnes kromě odborných oddělení fakultních nemocnic existují i různá další specializovaná pracoviště a poradenská centra pro léčbu poruch příjmu potravy. Nejvyhledávanějším specializovaným odborným pracovištěm je pražské **Centrum pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK**, Ke Karlovu 11, Praha 2. Na této adrese je také **Lůžkové oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy pro dospělé** a **Denní stacionář** pro pacienty s PPP. Nemocní zde mohou absolvovat specializovaný program pro pacienty s PPP, individuální a skupinové terapie.

Na **Dětské psychiatrické klinice UK 2. LF, FN Motol** je lůžkové oddělení pro pacienty do 18 let. Jsou zde také speciální psychoterapeutické skupiny, zaměřené na problematiku PPP. Kontakty s odkazy na tato pracoviště jsou uvedeny v části příloh – viz Příloha č. 1.

Odborníci – specialisté na PPP

V České republice se problematice PPP věnuje řada předních odborníků, lékařů a psychologů, mezi nejvýznamnější z nich patří například **prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.** (Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Praha), vedoucí Centra pro poruchy příjmu potravy, zakladatelka SAAP, autorka knihy „Spektrum poruch příjmu potravy – Interdisciplinární přístup“, **doc. Ph.D. Jana Kocourková** (Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha), která se věnuje psychogenním poruchám příjmu potravy, traumatickým poruchám dětí a adolescentů, problematice krizových situací studentů, psychoterapii, psychoanalýze, je autorkou knihy „Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání“,

PhDr. František David Krch, Ph.D. (Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Praha), známý odborník na problematiku PPP, zdravý životní styl a výživy, autor knih „Poruchy příjmu potravy“, „Mentální anorexie“, „SOS nadváha“, „Bulimie. Jak bojovat s přejídáním“,

Mgr. Jan Kulhánek, klinický psycholog a psychoterapeut, specialista na léčbu PPP u dětí a dospívajících, spoluautor internetového portálu o PPP www.idealni.cz.

Kontakty na tyto specialisty s odkazy na jejich pracoviště jsou uvedeny v Příloze č. 1, která obsahuje i další užitečné kontakty na odborná pracoviště a poradny, kontaktní centra, linky důvěry, portály o PPP, psychologii a prevenci, výběr důležitých webových stránek aj.

SAPPP – Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy

(Psychiatrická klinika VFN v Praze, 1. LF UK). **Asociace SAPPP** byla založena v roce 1992 na základě zahraničních zkušeností pro péči o příbuzné i pacienty s PPP. SAPPP organizuje a podporuje skupiny pro rodiče, přátele a partnery postižených, doléčovací skupiny, kluby pro pacientky a následnou péči. Podporuje přednáškové aktivity ve školách i na internetu, další vzdělávání terapeutů, informovanost populace a zlepšení odborné péče o pacienty s poruchou příjmu potravy a jejich příbuzné. Pořádá konference o PPP a obezitě s mezinárodní účastí pro odbornou veřejnost, lékaře, psychology, zdravotní sestry i sociální pracovníky. Asociace také pomáhá zlepšit prostředí pacientek hospitalizovaných i docházejících do **Denního stacionáře** Centra pro poruchy příjmu potravy. Podporuje terapeuty ve zvyšování kvalifikace a vytváří podmínky pro zavádění nových metod s kvalitními zahraničními výcviky a supervizí (vícerodinná terapie od roku 2003). Členy Asociace jsou bývalé pacientky a jejich příbuzní, profesionálové pracující v pomáhajících profesích a další dobrovolníci (Papežová 2010).

Na českých stránkách **SAPPP** je řada užitečných odkazů, informací, článků a kontaktů pro pacienty, rodiče, sourozence, partnery či blízké přátele i pro profesionály, **chaty pro rodiče**, **online konzultace s psychologem** (o způsobech léčby, možnostech motivace k léčbě, komunikaci s nemocným, příznacích, průběhu a formách PPP, vhodném jídelníčku aj.), v sekci **For Youth** mohou mladí lidé nalézt informace o PPP, chaty a **diskuzní fóra** s odborníky i individuální on-line konzultace. V diskuzním fóru se mohou poradit i učitelé, najdou zde také příručku pro praxi.

Na adrese **www.idealni.cz** je umístěn **Informační portál o poruchách příjmu potravy** garantovaný odborníky, kontakty na odbornou pomoc, informace o nemoci, příběhy nemocných, modelové jídelníčky i diskuzní chat. Portál vznikl v roce 2002 ve spolupráci klinického psychologa **Mgr. Jana Kulhánka** z Dětské psychiatrické kliniky FN Motol v Praze a **doc. Hany Papežové** z Psychiatrické kliniky VFN v Praze, s podporou SAPPP. Na stránkách portálu lze nalézt množství užitečných informací o mentální anorexii, bulimii a záchvatovitém přejídání, konkrétní návody a doporučení (např. jak pracovat s jídelníčkem), informace a praktické rady pro nemocné a jejich blízké, pedagogy i odborníky z pomáhajících profesí, články, diskuze, rady odborníků, odkaz na **internetovou poradnu**, užitečné kontakty na kvalitní odbornou pomoc či literaturu. Prostřednictvím portálu se mohou jeho návštěvníci podělit o své zkušenosti s problémy či nemocí, mohou o nich přímo diskutovat. Portál nabízí také služby pro odbornou veřejnost a studenty pomáhajících profesí. Registrace je zdarma.

4.1 Pomoc rodiny, přátel a okolí

Přestože je velmi obtížné anorektičkám pomáhat a cokoliv radit, protože veškerou pomoc odmítají, potřebují oporu svých nejbližších, jakkoliv to vypadá, že si jí neváží, nic nerespektují, že je veškerá snaha a pomoc marná a zbytečná. Anorektičky vidí pouze to, co vidět chtějí, co se jim nehodí, odkládají, neplní, co slíbí, žijí v iluzi, že vše zvládnou samy, když budou chtít, často mylně přeceňují svou schopnost „sebekontroly“. Neuvědomují si, jak rychle je díky nízkému energetickému příjmu opouštějí síly a jak se jejich schopnost rozlišit iluzi a realitu zmenšuje. Své problémy však potřebují s někým sdílet, popovídat si o nich s někým, komu důvěřují, kdo je dobře zná, komu na nich záleží, kdo je natolik empatický, že je schopen nemocnou pochopit, ale zároveň jí i nastavit pravdivé zrcadlo.

Při podezření na poruchu příjmu potravy není dobré své pocity a obavy potlačovat, je třeba o nich otevřeně **mluvit** a nabídnout pomoc a podporu. Pro nemocné PPP je důležité vědět, že nejsou sami a mají někoho, komu mohou důvěřovat. **Pomoc rodičů** a blízkých je potřebná i v komunikaci s **učiteli**, společně s nimi je nutné naplánovat potřebné další kroky tak, aby byla nemoc včas podchycena a nedocházelo k dalšímu prohlubování problémů. Je třeba upravit podmínky **školní docházky**, požadavky na **zkoušení** a **pravidla klasifikace**, obvykle je povolen **individuální studijní plán**. Měla by být dohodnuta také pravidla **kontroly stravování** nemocného ve škole. Plnění školních povinností i docházky je pro nemocného s PPP velmi problematické, zejména v případě hospitalizace. Přípravu do školy a úkoly obvykle odkládá, nedokáže se na ně soustředit nebo nezvládá jejich množství. Je nutné omezit i další školní a volnočasové aktivity nemocného PPP, zejména **cvičení**, které je při podvaze rizikové. Jestliže se nemocný věnuje vrcholovému sportu nebo rizikovým zájmům (gymnastika, balet, tanec, modeling), je důležité s nimi přestat.

Rodiče dívek nemocných PPP mohou skutečnost, že dcera trpí některou z forem tohoto onemocnění, vnímat rozdílně. Jak uvádí Černá (2008), bývá tato situace pro otce více překvapivá než pro matku. Také doba, za kterou otec tento fakt vezme vážně a přijme jej, bývá delší, někdy k přijetí nemoci u otce nedojde vůbec a porucha příjmu potravy je popírána nebo bagatelizována. Průvodcem léčby dcery je obvykle matka. Podle Černé (2008) je pohled otce zvláště u mladších dívek stejně důležitý jako matčin, jeho zapojení např. do rodinné terapie je velmi žádoucí a pro léčbu poruchy příjmu potravy dospívající dcery často klíčové.

Při komunikaci s nemocnou je důležité mít na paměti, že se jedná o **psychické onemocnění**. Nemocná si často vymýšlí, lže, podvádí. Pacienti s PPP bývají velmi citliví, inteligentní a přemýšliví, zároveň ale i pochybovační a nedůvěřiví. Pokud nemocná odmítá komunikovat a navštívit lékaře, je vhodné se obrátit o radu a pomoc na organizace věnující se problematice PPP, které mají dostatek zkušeností i kontaktů na odbornou pomoc a podporu. Nikoho nelze vyléčit bez jeho aktivní spolupráce, je možné nabídnout pomoc, ale nelze řešit problém za něj.

Léčba má smysl jedině tehdy, pokud se nemocná sama rozhodla, že se léčit chce. V této fázi jí pomoc rodiny a přátel bude jistě také vítanou oporou, ať už při doprovodu k lékaři, do nemocnice nebo poradny, tak i při hledání vhodného psychologa či terapeuta. Najít toho správného odborníka však není lehké a volba nemusí vyjít hned napoprvé, protože „*lékař duše, psycholog, by nám měl „sednout“*. *Měl by nám být sympatický a hlavně, musí se nám někde vzadu v hlavě rozsvítit červená kontrolka, že TOMUHLE člověku budeme moct důvěřovat*“ (Weissová, 2013, s. 210). Obvykle platí, že toho „svého“ nejlepšího odborníka pro sebe si musí každý nemocný najít sám. Na internetu je hodně stránek, které kontakty obsahují, lze doporučit www.anabell.cz nebo www.idealni.cz, kde je možné nalézt dost užitečných informací pro nemocné PPP i jejich blízké.

Úspěšnost a efektivita léčby záleží vždy především na **motivaci** pacienta, na jeho odhodlání se léčit a v léčbě vytrvat až do úplného uzdravení. Aby pacient pochopil, proč se chce uzdravit, potřebuje mít **motivaci** silnější, než je ta, která ho přivedla až na hranici sil, někdy až života a smrti. Takovou motivaci mohou být právě nejbližší rodinní příslušníci (dětí, partner) či blízcí přátelé, nejdůležitějším důvodem by ale měla být snaha uzdravit se sám pro sebe, vědět, proč chci být zdravý, odmítnout nemoc ve všech jejích aspektech. Je třeba být pravdivý a upřímný k sobě i k ostatním, **přehodnotit priority** a pochopit, že na světě existují důležitější věci, než je velikost oblečení. Důležité je **mít se rád, mít rád své tělo** a být s ním v souladu, i když úplně neodpovídá ideálu. Často je také nutné mnohé **odpustit** sobě i druhým. Sebeobviňováním trpí anorektičky a bulimičky často, mají pocit viny, když ztrácí kontrolu. K tomu, aby nemocná zvládla všechna úskalí léčby i svého myšlenkového přerodu, potřebuje **podporu** a **důvěru rodiny i přátel** více než cokoliv jiného.

V celkovém procesu uzdravování se tak často nejedná pouze o zdraví jednotlivce, ale o napravení a **ozdravení vztahů v rodině**. Je důležité neztrácet naději a víru v uzdravení, protože stojí za to v tomto boji vyhrát – cílem je návrat ke zdraví a k plnohodnotnému životu.

4.2 Pomáhající společníci

Je velmi dobré, má-li nemocný člověk oporu v někom ze svých rodinných příslušníků nebo ve svých přátelích, jimž se může svěřit. V případě členů rodiny je však velmi těžké zůstat k nemocnému stále otevřený, neutrální, chápající a bez emocí, výčitek či lítosti přijmout situaci takovou, jaká je, nepropadat beznaději, že už bylo všechno vyzkoušeno a že nic nezabírá. Je to tím těžší, že právě rodinní příslušníci obvykle pocítují projevy a dopad nemoci nejbolestněji, v počátku většinou netuší, co je to anorexie, jak se mají k nemocnému chovat, a když nepomáhají rady, přemlouvání ani prosby, objeví se často výčitky a bezmoc.

„Věděl jsem, že pro tebe nemůžu nic udělat. Musel jsem se učit odpoutat se od toho. Žít svůj vlastní život...Musel jsem se smířovat s tím, že to nepřezijesh. Cítil jsem jen bezmoc, strach, vztek, bolest!“ (bratr anorektičky, Jendruchová, 2013, s. 62)

Role pomáhajícího společníka není lehká a není pro každého. Často se může snaha pomoci obrátit proti pomocníkovi, kdy mu nemocný dává najevo svůj hněv, může být i agresivní a chovat se nepřátelsky, i zde však platí, že je třeba nebrat si nic osobně, protože tyto projevy a emoce pramenící z nemoci jsou ovlivněny také jinými faktory (např. nízkým obsahem cukru v krvi). Mnozí pomocníci mohou v dobré víře propadnout iluzi „ochránce“ či „zachránce“ a při opakované recidivě se pak často trápí neúspěchy, selháním a chybami pacienta. To je ale další mylná iluze. Protože odpovědnost za svůj život má v rukou především nemocný sám. Jeho přátelé a blízcí mu však mohou pomoci otevřít oči, zprostředkovat informace a být mu oporou, aby našel správnou cestu a sílu k vlastnímu rozhodnutí – žít a být zdravý.

Rodiče, příbuzní a partneři nemocných zpočátku přesně nevědí, co si mají pod poruchou příjmu potravy představit a jak se správně k nemocnému chovat. Obvykle mají řadu protichůdných pocitů a emocí, s nimiž si mnohdy ani oni sami neumí poradit – cítí se bezmocní, unavení, vyčerpaní, naštvaní, nešťastní, mohou podléhat strachu, pocitům viny a frustracím, trápit se výčitkami, propadat zoufalství, někdy i s pocitem beznaděje rezignují. Časté jsou i pocity křivdy, obava z budoucnosti, lítost, strach z vlastního selhání. Pokud rodiče či partneři řeší zdraví své dcery (partnerky) tak intenzivně, že přestanou myslet na své vlastní potřeby a zdraví, dostanou se brzy do problémů i oni sami. Žijí v neustálém napětí, nemoc poznamenává fungování celé rodiny, snaha problém řešit přináší řadu konfliktů. Prožívaný stres může negativně ovlivnit i jejich zdravotní stav, neměli by proto zapomínat sami na sebe, na své potřeby a zdraví.

Oporou nemocnému může být jen ten, kdo je sám pevný a má dost sil. Proto je dobré mít na mysli tuto užitečnou radu: „*Nezkoušejte podporovat své dítě, aniž byste si zajistili nějakou podporu pro sebe.*“ (Middleton, Smith, 2013, s. 73)

Kde najít pomoc pro sebe? Pro prvotní orientaci může posloužit **internet**, kde lze nalézt řadu webových stránek s informacemi o problematice PPP, možnostech léčby, kontakty na odborníky, pomoc a podporu, v diskuzích a chatech mohou dívky a ženy s PPP sdílet své problémy s jinými nemocnými. Také rodiče, partneři a další blízcí pomáhající společníci si zde mohou vyměňovat rady a zkušenosti, jak účinně pomáhat svým blízkým, získávat informace a ujasnit si svou roli. Na webových stránkách o PPP www.idealni.cz nebo www.anabell.cz lze nalézt také dostatek doporučené odborné literatury.

4.3 PPP – podpora, povzbuzení, pochopení

Podporovat nemocného PPP je hodně vyčerpávající, vyžaduje to ode všech zúčastněných velkou vytrvalost a psychickou odolnost, protože toto onemocnění přináší řadu nečekaných zvrátů, nejistot a stresujících situací, na které se nelze předem připravit. Obvykle právě nejbližší rodinní příslušníci, především rodiče, jsou terčem silných emocionálních, někdy až agresivních reakcí svých dětí, pokoušejí-li se dohlížet na jejich jídelní režim. Je pro ně mnohdy velmi obtížné nebrat si tyto projevy osobně a dále poskytovat nemocným bezpodmínečnou lásku a podporu. Je však třeba, aby rodiče i další rodinní příslušníci byli ve své pomoci nejen obětaví a důslední, ale aby si stanovili jistou mez, za niž už nelze ustupovat.

Ten, kdo chce a může nemocnému opravdu pomoci a má jeho důvěru, by měl být velmi trpělivý a tolerantní, aby dokázal nejen naslouchat, ale i podpořit a povzbudit nemocného k vlastní aktivitě, nelitovat ho, nenechat se vydírat a neustupovat jeho rozmarům. Měl by být důsledný a neměl by se nenechat odradit počátečními neúspěchy. Některé problémy, které musí anorektik při své léčbě překonat, pomoc a oporu svých blízkých přímo vyžadují (např. absolvovat společné jídlo, doprovod nemocného do restaurace či do společnosti). Společný oběd je potřebný k tomu, aby se anorektik znovu naučil jíst ve společnosti, nemohl se neustále vymlouvat, vyhýbat ostatním a vybírat si jen určité potraviny.

Přes všechny problémy a těžkosti lze vždy nalézt na nemoci i něco pozitivního, častokrát si teprve díky ní rodinní příslušníci na sebe najdou čas, začnou se snažit o zlepšení vzájemných vztahů. Nemoc může nastartovat změny v jídelním chování rodiny, skladbě jídelníčku či v celkovém přístupu k životu, prioritám a životním hodnotám.

Jak (ne)komunikovat?

Při komunikaci v rodině je pro rodiče v diskuzi důležité povzbuzovat dítě k **rozhovoru, naslouchat mu**, případně se vyhnout neustálým debatám o váze a zaměřit jeho pozornost na něco jiného, nesledovat stále úzkostlivě, co dítě jí, ale to, jak se cítí celkově. Je třeba umět vyjádřit své pocity, srozumitelně formulovat sdělení, vcítit se, sdílet s ním problém a dát mu zpětnou vazbu. Pro rodiče je hodně emocionálně náročné najít vhodnou formu komunikace a argumentace. Vždy je třeba podporovat v nemocných naději a víru, že porucha příjmu potravy je problém dočasný, a pokud jej bude nemocný chtít řešit, uzdraví se.

Při řešení problémů spojených s PPP v rodině je třeba nehledat viníka, ale řešit konkrétní situaci. Rodina by měla přijmout minulost, neobviňovat se navzájem, zbavit se negativního myšlení, netrápit se pocity viny a neúspěchy, ale soustředit energii na současnost a uzdravení (Papežová, Hanusová, 2012). Důležité je spojit se s odborníky a hledat společně řešení problému, případně i kompromis, pokud nějaký postup nefunguje, zkusit jiný, pravidla by měla být stanovena se souhlasem nemocné. Je žádoucí, aby rodiče konzultovali svůj postup s odborníky, pomáhá také spojení se školou, svépomocnou organizací a přáteli.

Častým omylem mnoha rodičů a partnerů je představa, že mohou svým blízkým pomoci sami, bez pomoci odborníků. Příčinou jejich pocitů je mnohdy strach o problémech mluvit, nedostatek zkušeností a informací a obvykle i obava, aby se o tom nedozvědělo širší okolí. Zpočátku se snaží sjednat nápravu sami, s pomocí různých rad a zprostředkovaných informací, brzy však zákonitě dojdou k poznání, že na nemoc, jako je porucha příjmu potravy, nemohou stačit sami. Ve fázi, kdy již vyčerpali dostupné možnosti a ví, že slibům nemocného věřit nelze, se obvykle vlivem dlouhodobé zátěže a stresu cítí také sami značně unaveni, bezradní a plni pochybností o nemocné dceři či partnerce, často i o sobě. Je tedy nejvyšší čas vyhledat odbornou pomoc lékaře, psychologa, psychiatra nebo psychoterapeuta.

Mnohé problémy je možné konzultovat i telefonicky např. na **Lince důvěry** nebo osobně s odborníky v **ambulanci** či **Poradně pro poruchy příjmu potravy**, spolu s nemocnou (nebo samostatně) je možné se zúčastnit **terapeutické léčby**. Na internetu lze vyhledat informace s odbornou garancí na portále <http://www.idealni.cz>, kde je adresář kontaktů na odborníky v jednotlivých regionech. Rodiče se mohou poradit na chatu www.pomocppp.cz. Na adrese <http://www.asociaceppp.eu/pro-rodiny-a-pratele> jsou informace o konání setkání s odborníky pro rodiče, partnery a příbuzné nemocných.

5. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Vytvořit **kvalitní a účinnou prevenci PPP** není v dnešní době lehké, mladí lidé jsou ovlivňováni virtuálním světem internetu a moderních médií, tlaky reklam a módního průmyslu, díky nimž si vytváří zkreslené představy o tom, co je zdravé a krásné. Nejvíce ohroženy jsou hlavně mladé dívky a ženy nespokojené se svou postavou a váhou, které trpí díky ideálu štíhlosti prezentovaného médií pocitem méněcennosti a problémy pak začnou řešit dietami. Podle Pavlové (2010) je role **držení diet** a nespokojenosti s vlastním tělem při vzniku PPP nepopíratelná, vliv současného **kultu štíhlosti** experimentální studie potvrzují. „*Dominující orientace na zevnějšek spojený s úspěšností a zdravým životním stylem a s obavami z obezity dává různým dietám zdánlivě zdravý racionální rámec.*“ (Papežová, 2010, s. 312). Zdravý životní styl je dnes ale často komerčně zneužíván, reklamní kampaně jsou vedeny hlavně s cílem prodat výrobky, které nemají mnohdy pro zdravý jedince žádný prokazatelně pozitivní význam.

Narůstající počet **soutěží krásy** pro děti i adolescenty je dokladem toho, jak jsou nejen děti, ale i jejich rodiče zaslepeni touhou po rychlém úspěchu, a že jsou pro vidinu pomíjející slávy a peněz ochotni obětovat i to nejcennější – zdraví svých dětí. Mnoho obětí PPP se dnes objevuje také v prostředí **vrcholového sportu**, kde je snižování či udržování hmotnosti přímo vyžadováno, dívky posedlé dosažením co nejlepších sportovních výkonů se podrobují přísným dietám, aby regulovaly svou hmotnost. Poruchy příjmu potravy jsou v současnosti často provázeny **hladověním a sebepoškozováním**, které je projevem vzdoru dospívajících.

Dospívající dívky ovlivněné různými soutěžemi krásy podléhají falešným iluzím, že budou-li hubené, mají šanci uspět také. Řada modelek, hereček a jiných celebrit dnes však díky podvýživě a hladovění kolabuje a na následky PPP i umírá. Mnohé modelky i slavné osobnosti se potýkají s anorexií řadu let, aniž by si byly ochotny problém přiznat. Jsou však mezi nimi i takové, které začínají o svých problémech s PPP **otevřeně hovořit**, protože si uvědomují, že tak mohou pomoci nalézt odvahu k léčbě a cestu k uzdravení i ostatním.

Jednou z nich byla **Isabelle Caro**, která se stala symbolem boje proti anorexii díky kampani „**Ne anorexii**“, nafocené v roce 2007 Olivierem Toscanim, v níž ukázala, co dokáže anorexie. „*Počítala jsem s tím, že to vyvolá polemiku, ale v duchu jsem si řekla, že kdybych takovou fotografii viděla před několika lety, možná bych dnes nevážila třicet kilo.*“ (Caro 2011, s. 224)

5.1 Prevence a preventivní programy

Na základě studia rizikových faktorů pro PPP je třeba vyvinout hlavně účinné **preventivní programy**. Preventivní intervence se podle Pavlové (2010) zaměřují na objasnění vlivu médií, na snížení internalizace ideálu štíhlosti a na zvýšení sebevědomí.

Už od raného dětství je důležité nejen učit dítě „správně jíst“, ale také se snažit zabránit tomu, aby děti a dospívající prostřednictvím odmítání potravy manipulovali s okolím. Prevence spočívá zejména v poučení matek o významu **správné výživy** dětí. Je také třeba dbát na vytvoření **správných stravovacích návyků**:

- dbát na pestrost i vzhled stravy (povzbuzují chuť k jídlu),
- stravu podávat častěji, pravidelně, v menších porcích,
- učit dítě řádně rozmělnovat jídlo v ústech,
- netrestat, pokud jí dítě pomalu nebo nedojí jídlo, je-li nasyceno.

V dětství je nutné rozvíjet u dětí hlavně takové aktivity, které podporují jejich **sebedůvěru, samostatnost a tvůrčí schopnosti**. Důležitý je trpělivý individuální přístup přizpůsobený a respektující **osobnost** dítěte. Je třeba **podporovat zájmy** a koníčky dítěte, jejich rozvíjení ve společnosti vrstevníků, zároveň však i **individualitu** dítěte tak, aby se cítilo ve svém těle přirozeně a dobře. Vyskytnou-li se zdravotní problémy či příznaky PPP, je potřebné o nich otevřeně mluvit a vyhledat včas kvalifikovanou pomoc a odbornou léčbu.

V období **dospívání** je u **adolescentů** především třeba:

- podporovat sebevědomí a individualitu,
- umět pochválit a ocenit pokroky, úspěchy,
- mluvit s dospívajícími otevřeně o probíhajících tělesných změnách, podporovat pozitivní vnímání vlastního těla,
- nebát se mluvit o problémech, vstřícně komunikovat,
- naučit je samostatně myslet, hodnotit a srovnávat, vytvořit si správný hodnotový systém, dovolit jim rozhodovat se a nést následky,
- vytvářet a prezentovat pubertálním dívkám dobré vzory (otec, učitelé),
- dbát na dobré vztahy v rodině, vytvářet atmosféru důvěry,
- upozorňovat na lživé reklamy na zdravou výživu a hubnutí,
- nepřejídat se, přiměřeně sportovat,
- dbát na zdravou kvalitní stravu a vyvážený jídelníček,
- podporovat tvůrčí aktivity, zájmy, koníčky a činnosti přinášející radost ze života.

Prevence PPP by měla být **komplexní**, měla by probíhat jak individuálně v rodině, ve školách, tak i v rovině celospolečenské. V rovině osobnostní by se měla zaměřit zejména na vytvoření a upevnění správných **stravovacích návyků**, udržování dobrého **psychického stavu**, podpory **individuality** jedince, jeho sebevědomí, **sebedůvěry** a schopnosti **sebepřijetí**. V rovině celospolečenské je třeba vytvořit kvalitní **preventivní programy** jako účinnou protiváhu komerčním tlakům prodejců nesmyslných diet a doplňků stravy, podporovat **šíření osvěty** o zdravém životním stylu a správné výživě. Velmi málo programů skutečně vede ke změnám jídelního chování, a to by měl být, jak uvádí Papežová (2010), do budoucnosti náš skutečný společný cíl.

Velký prostor pro **preventivní opatření** je i v **oblasti reklamy** – omezit množství (i skrytých) reklam v televizním vysílání pro děti a adolescenty, eliminovat lživé a nevhodné reklamy, snažit se sjednat nápravu i zákonem. Je také nutné hlouběji zkoumat **vliv médií** a jejich dopad na výskyt onemocnění PPP. V oblasti **televizního vysílání** – zařadit do vysílání více osvětových programů, setkání s odborníky (lékaři, psychology) a diskuzních pořadů na téma poruch příjmu potravy, zdravé výživy a zdravého životního stylu.

Internet je další médium, které může díky svým možnostem v prevenci PPP sehrát významnou roli, vzhledem k širokému spektru uživatelů může oslovit nejen dospívající, ale i jejich rodiče a učitele, poskytnout jim potřebné odborné informace a rady, zprostředkovat užitečné kontakty na odborníky, terapeutky či poradny, umožňuje jim také vzájemně sdílet osobní zkušenosti. **Internet** může sloužit jako **nástroj včasné prevence**.

Na stránkách **Pražského centra primární prevence** www.prevence-praha.cz je umístěn zajímavý a inspirativní online **Program ProYouth** zaměřený na **prevenci poruch příjmu potravy**. Je určen pro žáky základních, středních i studenty vysokých škol ve věku 15 – 25 let. Tohoto mezinárodního programu se účastní sedm evropských zemí (program je zaměřen na celkem 660 000 studentů z těchto zemí). Osloveny budou všechny školy v České republice. Studenti mohou anonymně v ProYouth zjistit, zda jsou sami ohroženi poruchami příjmu potravy a potkat lidi, kteří mají podobný problém. Naleznou zde informace a kontakty na odborná pracoviště zabývající se PPP a non-stop krizové linky, pomoc a podporu prostřednictvím **online chatů s odborníky**, mohou se poradit se zkušenými psychology i se svými vrstevníky. Registrace na www.proyouth.eu je bezplatná (podrobné informace o programu na <http://www.prevence-praha.cz/pro-youth>).

Na stránkách je ke stažení **příručka pro školní praxi**, obsahující rady a informace o PPP a pomocný manuál pro učitele, **informační letáky** pro studenty i učitele s potřebnými odkazy. Vznikl také **web pro rodiče a blízké nemocných PPP**, kde mohou chatovat s odborníky.

V rámci **prevence na školách** lze studentům doporučit zhlédnutí poučného **filmu Sami**, který se zabývá problematikou PPP, jejich příčinami a důsledky. Dokumentární část filmu popisuje osudy tří osob trpících anorexií a bulimií. V části filmové sledujeme osud šestnáctileté Anny. Film *Sami* je doporučenou školní pomůckou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Ke zhlédnutí je zdarma na: <http://www.filmsami.cz/index.htm>.

Primární prevenci PPP jako součást svých hlavních aktivit realizuje i občanské sdružení **ANABELL** (www.anabell.cz), které se kromě odborné poradenské a terapeutické pomoci nemocným s PPP věnuje v rámci **primární prevence** také přednáškovým a lektorským aktivitám. Pro potřeby školní výuky vznikla inspirativní **Metodika pro pedagogické pracovníky** s názvem „**Klobouk nových inspirací aneb i zdravý životní styl může bavit**“, vydaná v rámci projektu Aplikace zásad zdravého životního stylu do výuky ZŠ. Příručka představuje oblasti života člověka související se **zdravým životním stylem i s PPP**, pro výuku na školách nabízí zajímavé aktivity a činnosti, které jsou inovativní, moderní a pro děti zábavné. Obsahuje také **rady a tipy pro učitele, jak rozpoznat poruchy příjmu potravy**.

Na vzniku **metodiky** se podíleli lékaři a odborníci na problematiku poruch příjmu potravy, nutriční specialisté, ale také sami pedagogové. Tento **metodický materiál** by měl sloužit jako **inspirace pro učitele ZŠ i SŠ**, jak mohou s dětmi pracovat a různá témata (drogy, kouření, závislosti, alternativní způsob stravování, jídelníček) **interaktivně** rozvíjet.

Prevence PPP na školách – preventivní programy pro učitele

Jednou z nejdůležitějších oblastí prevence PPP je **školství**. Učitelé dnes mají dost možností získat potřebné informace o prevenci rizikového chování žáků, mohou se zúčastnit různých seminářů a konferencí na téma PPP, kde mohou konzultovat problémy z praxe s lékaři, psychology a psychoterapeuty. Učitel by neměl nahrazovat terapeuta, je ale důležitým vzorem, může po dohodě s rodiči vypomoci dohledem, podporou a přiměřenou zpětnou vazbou (Krch, Marádová, 2003). Základ prevence PPP spočívá jistě v rodině, škola ale může také významně pomoci, právě učitelé mohou zachytit první známky poruch příjmu potravy u svých žáků či studentů včas, pokud dokážou aktivně a účinně využívat všechny možnosti preventivních opatření, rady odborníků i doporučené **primárně preventivní programy**.

Jak lze předcházet poruchám příjmu potravy ve škole?

V rámci účinné komplexní **prevence PPP na školách** je třeba:

- zajistit **hlubší informovanost** učitelů a výchovných poradců, rozvíjet jejich znalosti, vyškolit je v práci s rizikovými jedinci,
- využívat ve výuce **preventivní programy** a **metodické materiály** vytvořené odborníky na poruchy příjmu potravy,
- nedávat studentům **nevhodné příklady** (vyhublá nebo obézní učitelka držící diety),
- zprostředkovat žákům **informace o** příčinách vzniku a projevech PPP, seznámit je s konkrétními **projevy** anorexie či bulimie, diskutovat s nimi o možných následcích,
- vést ke správným stravovacím návykům, vysvětlovat nebezpečí různých diet,
- omezit prodej sladkostí a sladkých nápojů ve škole,
- **včasná intervence u rizikových jedinců**, kteří příliš rychle hubnou nebo zvrací,
- intervenci zaměřit proti „**dietnímu**“ **chování** dívek, přejídání, zvracení,
- **bránit šikaně** pro vzhled, oblečení, tělesný výkon,
- učit děti vzájemnému **respektu** bez předsudků a **toleranci** k odlišnostem.

Pro zdravý sociální vývoj jedince v rámci skupiny jeho vrstevníků je důležité

- podporovat **individualitu** žáků, zdravé sebevědomí a **sebedůvěru**, osobnost,
- podporovat vzájemnou **kommunikaci** a pozitivní sociální klima ve třídě,
- podporovat **sociální dovednosti** dětí, učit je asertivitě, schopnost řešit konflikty, adekvátně reagovat na stres, neúspěch, kritiku,
- podporovat **rozvoj** všeobecných **aktivit** a **zájmů** žáků a studentů,
- podporovat skupinové a **tvůrčí aktivity** ve škole i ve volném čase.

Učitel může včas rozpoznat některé příznaky typické pro začínající PPP:

- „**dietní chování**“ – nemocní nosí do školy k svačině jen ovoce nebo zeleninu, přestávají chodit do školní jídelny na obědy, vyhýbají se sladkostem,
- změny v chování v **hodinách tělesné výchovy**, **vyhýbají se jim** (stydí se za svoji postavu), nebo naopak **cvičí velmi usilovně**, aby rychleji zhubli,
- extrémní **citlivost na chlad**, sedají si k topení, nosí několik vrstev oblečení, kterým zakrývají svou vyhublost či „tloušťku“,
- **kulatá, napučená tvář** (způsobeno zduřením slinných žláz podrážděných zvracením),
- **sociální izolace**, vyhýbání se spolužákům (o přestávkách, na výletě apod.),

- **nízké sebevědomí, depresivní nálady**, bázlivost, uzavřenost, smutek,
- **depresivní pocity** a myšlenky mohou vést až k úvahám o sebevraždě,
- nálady si lze všimnout například v hodinách výtvarné výchovy (při práci nad úkolem vyjádřit vlastní pocity a nálady pomocí kresby),
- **narušené vnímání vlastního těla**, nemocní často mluví o tom, jak moc jsou tlustí a jak potřebují zhubnout.

Jak konkrétně může škola pomoci?

Pokud má učitel u některého z žáků **podezření na poruchu příjmu potravy**, měl by s ním nejprve navázat kontakt, říci mu o svých obavách o něj, nabídnout mu pomoc a podporu. Společně s nemocným a jeho rodinou může škola stanovit určitá **pravidla**, aby nedocházelo k dalšímu rozvoji poruchy příjmu potravy:

- omezit nebo **zakázat cvičení** (cvičení při nízké váze je velkým zdravotním rizikem),
- kontrola stravování ve škole, stanovit a dodržovat **plán stravování** (společné jídlo nebo společné svačiny s kamarádkou o přestávce),
- stanovit **časové limity pro domácí studium** (úkoly zaberou postiženým pro jejich perfekcionistačké rysy daleko více času, než je nutné),
- při delších písemných pracích pamatovat na přestávku, teplé nápoje a svačinu,
- povolit **individuální studijní plán**, upravit podmínky školní docházky a požadavky na zkoušení, podpora a pomoc při plnění úkolů v případě hospitalizace
- **snažit se začlenit** nemocného zpět do kolektivu, promluvit obecně o nemoci také s ostatními žáky ve třídě.

V rámci **širší prevence PPP** by dále jistě pomohla **cílená osvěta v médiích**, rozdávání informačních materiálů v čekárnách lékařů, pro větší informovanost veřejnosti, rodičů i učitelů, která je stále nedostatečná. Pro **příbuzné a přátele nemocných** je důležité získávat průběžně informace o nemoci a o způsobu léčby, mít možnost setkat se s podobně „postiženými“ lidmi a vyměnit si zkušenosti s léčbou PPP.

Je důležité vytvářet a nabízet mladým lidem **alternativní nabídku kvalitních kulturních akcí**, zajímavých míst k **setkávání** a smysluplného trávení volného času. Je důležité, aby mladí lidé mohli provozovat aktivity, které jim přinášejí pocit naplnění a radost ze života. Je třeba zprostředkovávat a předávat mladým lidem pozitivní hodnoty, které nejsou založeny na tom, jak člověk vypadá a jaký má majetek, ale inspirovat je k získání a rozvíjení vlastního duševního bohatství a trvalejších hodnot.

5.2 Cesta k sobě – jak se mít rád

Každý člověk je jedinečná bytost, která má svůj úkol, a mnohdy i zdánlivé omezení, hendikep či nečekaná nemoc mohou být prostředkem k otevření srdce a mysli světu i tomu, co nás přesahuje, k pochopení příčin a vyšších záměrů, uvědomění si své hodnoty a k nalezení vlastní cesty k naplnění životního úkolu. K nemocnému s poruchou příjmu potravy je třeba přistupovat s respektem a vírou, že i tato bolestná zkušenost pro něj má svůj smysl, přinese mu pochopení souvislostí. Každé kilo navíc, které tělo nese, se podle Virtue (2009) rovná citové bolesti v srdci a lidé, kteří hledají potěšení v jídle, v dětství často citově strádali, trpěli nedostatkem lásky a porozumění.

Naše vnímání a cítění i (ne)projevované emoce významně ovlivňuje citový život v dětství, vztahy s rodiči i sourozenci, spolužáky a kamarády, jejich názory. Když bude rodič dítěti stále opakovat, jak je hloupé, vytvoří v jeho podvědomí pocit viny, který následně vyústí v odpor. To, co si o nás myslí druzí, často ovlivňuje a poznamenává schopnost **sebe přijetí**, **nedostatek sebelásky** a **sebehodnoty** pak může být jednou z příčin onemocnění PPP. **Sebehodnocení** mohou už v raném věku negativně ovlivnit také učitelé ve škole, kde systém hodnocení prostřednictvím známek, nedostatek individuálního přístupu a subjektivní názory některých z nich (na baletku nejsi dost hubená) často nevytváří právě vhodnou motivaci ke správnému vnímání vlastní hodnoty, jedinečnosti a schopností jedince a mnohé přirozené ambice dětí či dospívajících tak mohou být potlačeny, pozastaveny či zničeny.

K nastartování procesu uzdravení je třeba zbavit se nejprve starých **vzorů myšlení**, **mentálních návyků** a některých **omezujících přesvědčení**, které mohou být jednou z příčin onemocnění. Mezi taková přesvědčení patří podle Louise L. Hay (*Miluj svůj život*, 1993) například tato: „**nestojím za nic**“ (důsledek podceňování a ponižování jedním z rodičů nebo opuštění a přehlížení), „**život je nebezpečný**“ (ovlivnění bázlivou matkou). Přesvědčení „**nezasloužím si**“ způsobuje odkládání problémů a následné výčitky, **nedostatek sebelásky** může mít příčinu v **nedostatku uznání** a **chvály od otce** (viz příběh J. Fondové v kapitole 6).

Na vzniku mnohých onemocnění se podílíme my sami – svými nevhodnými mentálními návyky a negativním myšlením, které s příčinami nemoci souvisí. Tělo naše myšlenky zrcadlí, chceme-li pochopit příčiny vzniku onemocnění, musíme mu naslouchat, snažit se vnímat souvislosti, najít odpověď na otázku, jaké myšlenky mohly nemoc vyvolat a následně pak ve svém vědomí mentální návyky odstranit. Negativní emoce strachu, zlosti, napětí

či studu, které jsou často spouštěči chorobného přejídání, je možné proměnit v odpuštění, sebezpřijetí a sebedůvěru pomocí cvičení, afirmací a vizualizačních technik (Virtue, 2009). Za mentální příčinu anorexie a bulimie označuje L. Hay (1993) **odpírání si života, extrémní strach, sebenenávist a odmítavost**. „*Sebenenávist je pouze nenávist k myšlenkám, které o sobě máte. A myšlenky lze změnit!*“ (Hay, 1993, s. 149). K upevnění nových pozitivních vzorců myšlení a k posílení sebedůvěry na cestě k uzdravení doporučuje opakovat si tato slova: „*Je bezpečné být sám sebou. Jsem dokonalý takový, jaký jsem. Jsem ochoten žít. Raduji se a беру se takový, jaký jsem.*“ (tamtéž, s. 117)

Význam pozitivního myšlení pro uzdravení

Jak se uzdravit? Prvním předpokladem je naučit se **mít rád sám sebe** a brát se takoví, jací jsme, protože jen tak se můžeme cítit dobře, spokojeně a šťastně. Dále je třeba **odpustit sobě i druhým**, odpoutat se od minulých závislostí a škodlivých vzorců chování, nehledat vinu a zástupné důvody, proč nejsme dost milováni a přijímáni, soustředit se na přítomnost, začít ovládat svou mysl **pozitivními myšlenkami** a **vizemi uzdravení**, láskou k sobě i druhým. „*Nezáleží na tom, co se nám přihodí. Záleží na naší reakci.*“ (Hay, 1993, s. 152)

Schopnost **mít rád sám sebe** a přijímat se takoví, jací jsme, předpokládá **zbavit se pocitů viny** (vina vyvolává pocit nutnosti potrestání). K tomu, abychom se dokázali zbavit starých myšlenkových vzorců, musíme být ochotni a schopni **odpouštět** druhým i sami sobě, netrápit se pocity viny, přestat se vymlouvat, **neobviňovat** druhé, ani **nehledat vinu v minulosti**. Důležitá je pouze **přítomnost** a naše současné myšlenky, které utvářejí budoucnost. Proto je pro uzdravení tak potřebné **myslet pozitivně**, otevřít srdce lásce a naději, věřit, že ve správný čas pochopíme všechno, co vědět potřebujeme. Nejdůležitějším předpokladem k uzdravení je **rozhodnout se** změnit své myšlení a naučit se **být sám se sebou spokojený**.

Na cestě k novému zdravějšímu životu by měly nemocného provázet pozitivní myšlenky, které mu mohou pomoci změnit vnímání sebe sama a nalézt sílu k rozhodnutí se uzdravit. Inspirací mohou být například podobné věty, jaké uvádí L. Hay (1993, s. 154):

*„V nekonečnu života, kde se nacházím, je všechno dokonalé, úplné a celistvé.
Mé tělo je můj dobrý přítel. V každé jeho buňce je skryta Boží Inteligence.
Naslouchám jeho poselstvím a vím, že mi radí dobře. Jsem vždy v bezpečí,
neboť Bůh mne vede a ochraňuje. Jsem ochoten být zdravý a svobodný.
V mém světě je všechno v pořádku.“*

6. PŘÍBĚHY PPP

Poruchami příjmu potravy trpělo mnoho slavných žen, jako například rakouská císařovna Sissi nebo princezna Diana, které tak demonstrovaly světu, to, co jinak vyjádřit nedokázaly. Anorexií či bulimií trpí v honbě za ideální štíhlou postavou mnoho známých osobností, modelek a hereček (Victoria Beckham, Angelina Jolie, aj.), typickým příkladem nezdravé vyhublosti a doslova chodícími reklamami na anorexii jsou účastnice světových i tuzemských soutěží Miss, podléhající extrémním požadavkům a nárokům organizátorů těchto přehlídek. Mezi neznámější „bulimičky“ patřila **princezna Diana**, u níž bulimie propukla jako reakce na příliš odtažitě chování a vztahy v královské rodině, kde se necítila šťastná a nedokázala přijmout fakt, že není pro svého manžela jedinou ženou. Byla neustále vystavena silnému tlaku médií a požadavkům na dokonalost, kterým nedokázala čelit bez následků.

S bulimií bojoval známý zpěvák **Elton John** nebo herecký idol **Marlon Brando**. V mládí se s touto poruchou potýkaly i zpěvačky **Alanis Morissette** či **Lady Gaga**, nebo také zesnulá nadějná zpěvačka **Amy Winehouse**, která byla známá svou zálibou v návštěvách fastfoodů. Dnešní doba je plná odstrašujících příkladů různých celebrit, které trpěly PPP, mezi něž patří také **Jane Fondová**, **Allegra Versace** nebo **Isabelle Caro**. Vybral jsem si tyto tři ženy různého věku, protože jejich příběhy ilustrují typická prostředí, příčiny a situace, kdy PPP vznikají, a zároveň také ukazují, jak je možné nemoc zvládnout a kdy už je pozdě.

6.1 Příběhy slavných

Jane Fondová – herečka

Zajímavým příkladem toho, jak **nedostatek sebelásky** v dospělosti může mít příčinu v **nedostatku uznání a chvály od otce**, je příběh známé americké herečky **Jane Fondové**, hvězdy přelomu 60. a 70. let, držitelky dvou Oscarů, dcery slavného otce – herecké legendy Henryho Fondy, která bojovala řadu let s **bulimií** a dlouho měla problémy s přijetím svého těla. Porucha příjmu potravy u ní vznikla částečně také kvůli vztahu s otcem, který ji v době, kdy vyrůstala (50. léta), učil, že nejdůležitější je to, jak vypadá a že krása a dokonalá postava jsou základem úspěchu a štěstí v životě. Jane Fondová svého otce milovala a respektovala ho jako dobrého člověka, ale s odstupem let po prožití zkušenosti s bulimií pochopila, jak ji negativně ovlivnilo jeho tvrzení, že nebude milována, dokud nebude vypadat perfektně.

„Nebyla jsem šťastná, řekněme od puberty do padesáti,“ přiznala. „Trvalo mi to dlouho. Pokud trpíte bulimií, čím jste starší, tím hůře to jde.“¹

Jane Fondová je příkladem silné ženy, která dokázala silou vůle nad nemocí zvítězit a dokonce z ní získat díky svému pozitivnímu přístupu inspiraci pro další aktivity, které jsou přínosem i pro ostatní, stala se fitness ikonou, uznávanou propagátorkou aerobiku, zdravého životního stylu a vlastních cvičebních programů, je autorkou řady videí, audioprogramů, DVD a knih o cvičení. Dnes je ve svých 75-ti letech navzdory překonaným zdravotním komplikacím (umělé koleno a kyčel, nádor v prsu) v dobré fyzické kondici, překvapuje mladistvým vzhledem, vitalitou a štíhlou postavou, kterou si udržuje cvičením a pozitivním myšlením. Svůj boj s bulimií vyhrála a její příklad může být povzbuzením a inspirací i pro jiné ženy v podobné situaci.

Allegra Beck Versace – oběť módní značky

Dosud otevřený konec má další příběh ze světa módního průmyslu – příběh neteře proslulého módního návrháře Gianniho Versace. Dcera jeho sestry Donatelly, **Allegra Versace**, trpěla několik let **mentální anorexií**, v roce 2007 ve svých dvaceti letech vážila pouhých 32 kilogramů a bojovala na psychiatrické klinice o život napojena na umělou výživu a infuze. Pěťadvacetiletá Allegra Versace v jednom rozhovoru vzpomíná, jak ji v době dospívání jméno Versace tížilo: *"Nazývám to mým obdobím nepřítomnosti... Především jsem toužila po jediné věci – být nikdo, aby mě nepoznávali, nenaháněli. Studovala jsem divadlo a těšilo mě hrát v malých nezávislých filmech, na které se pravděpodobně nikdo nešel podívat. Ale kamkoli jsem šla, byla jsem Versace. Nemohla jsem tomu utéct a ubližovalo mi to,"²* říká dědička světoznámé italské luxusní oděvní značky.

Její matka, italská módní návrhářka **Donatella Versace**, která produkuje oblečení pro modelky, je známá svou chorobnou posedlostí po štíhlé postavě. I ona jistě nese svůj podíl viny na onemocnění své dcery, z níž dělala **módní ikonu** už od útlého dětství.

Příčinou vzniku a rozvoje mentální anorexie v tomto případě byla snaha vymanit se ze světa celebrit, touha „**být nikdo**“, což byl v rodině slavných světoznámých návrhářů problém. V současné době Allegra studuje módní návrhářství v USA a stále dává přednost anonymitě. I dnes je dosud na její vyhublé postavě anorexie znát, zdá se, že s nemocí stále bojuje...

¹ Zdroj: http://revue.idnes.cz/jane-fondova-bojovala-s-bulimii-a-kvuli-otci-nesnasela-sve-telo-p7o-/lidicky.aspx?c=A110805_115502_lidicky_zar [cit. 2014-08-04]

² Zdroj: http://revue.idnes.cz/neter-versaceho-promluvila-o-anorexii-chtela-jsem-byt-neviditelna-10b-/lidicky.aspx?c=A110607_162453_lidicky_nh [cit. 2014-08-04]

ISABELLE CARO – „holčička, která nechtěla vyrůst“

Jednou z nejvýraznějších postav boje s anorexií se stala francouzská herečka a modelka **Isabelle Caro**, která v roce 2007 nafotila šokující billboardy pro kampaň "**Ne anorexii**" podpořenou italským ministerstvem zdravotnictví, v níž pózovala italskému fotografovi Olivieru Toscanimu. Na vlastním příkladu chtěla varovat před touto nebezpečnou nemocí. Snímky jejího na kost vyhublého těla obletěly svět, aby pomohly v boji s anorexií.

Příběh své rodiny Isabelle popsala v knize „**Holčička, která nechtěla vyrůst**“, v níž popisuje svůj život, příčiny, které vedly ke vzniku anorexie i její boj s ní. Na jejím příběhu jsou patrné mnohé typické příčiny a projevy onemocnění mentální anorexií, proto mu věnuji větší pozornost a poukážu na některé z nich. Jednou z podstatných příčin vzniku a rozvoje nemoci byl zvláštní a chorobný vztah s matkou.

Matka Isabelle si nepřála, aby její dcera vyrostla, chtěla, aby zůstala pořád malou holčičkou, jako v dobách, kdy ona sama byla šťastná, kupovala jí i menší oblečení a o číslo menší boty, nedovolila jí chodit do školy a učila ji sama doma, Isabelle nesměla chodit ani ven, svět poznávala jen prostřednictvím televize. Matka si stěžovala, že musí sama, ačkoliv váží 50 kg, vláčet těžké plynové bomby vážící 45 kg, Isabelle jí proto nechtěla přidávat problémy, nechtěla vážit více než je váha plynové bomby, kterou nosila její matka na zádech. Už ve svých osmi letech si připadala „příliš stará, příliš velká, příliš tlustá, příliš ošklivá, příliš hloupá. Zkrátka nehodná lásky“ (Caro, 2011, s. 70). Myslela si, že čím víc poroste, tím méně jí bude mít matka ráda, ve všem se podřizovala její vůli. V jedenácti letech se stala vegetariánkou. Začala omezovat porce, jíst méně kalorické potraviny. Jejím cílem bylo uniknout matce, která ovládala její život. *“Ovládla jsem svou potravu, abych si vytvořovala tělo podle svého gusta, abych ho stvořila já a abych přestala být stvořením své matky.”* (Caro, 2011, s. 105). Ve 14-ti letech se k anorexii přidala lupenka. Rodina měla existenční problémy a žila i díky cholerickému otci neustále ve stresu. Isabelle nechtěla dělat matce starosti, aby nebyla smutná, ve všem jí poslouchala. Cítila, že i matka je sama obět', které nikdo nepomohl.

Své jídelní chování popisuje například takto: *„Byla jsem úplně posedlá sebekontrolou. Každý den jsem musela myslet na to, co si dovolím a nedovolím sníst nebo co vyplivnu. Kolik mám sníst klíčků? Třicet, nebo čtyřicet gramů? Co kdybych si vzala spíš lžičku salátu? Nebo si mám dát kostičku čokolády? Je v ledničce dost lehké koly, abych si mohla po rozkousání jídla vypláchnout pusu?“* (Caro, 2011, s. 129)

Po ukončení studia na lyceu se Isabelle rozhodla věnovat divadlu (chtěla se stát někým jiným), nastoupila na divadelní katedru Filmové fakulty v Paříži. Chodila sice do menzy, ale všechno vyzvracela. Začaly jí padat vlasy, ve svých 19 letech vážila 40 kg. Při studiu na divadelní fakultě si zvolila pseudonym Caro, nechala si postupně udělat plastiku nosu, brady a rtů. Při váze 28 kg byla hospitalizována s diagnózou anorexie, léčila se na psychiatrii. Chtěla se podobat své matce, která vážila 50 kg při 165 cm výšce, stále si stěžovala, že je tlustá a často trpěla depresemi. Po dalších komplikacích (křeče díky poklesu draslíku v krvi, omdlávání) byla nutná internace v nemocnici. Matka ji vozila na nákupy na vozíku, Isabelle přiznává, že byla ráda, že se veze v kočárku, jako když byla malá (s. 193). I přes vážné zdravotní problémy ukončila studia na univerzitě a získala červený diplom. Vážila tehdy 27 kg, už nemohla mít zavedenu ani sondu do jícnu, upadla do kómatu.

Po zlepšení stavu se přestěhovala do Marseilles, kde začala psát blog, navázala kontakt s televizní stanicí TF1 s pořadem Právo vědět, aby využila vlivu médií pro svůj boj s anorexií. Natáčela rozhovory pro televizi, v roce 2006 vyšla v Paříži řada reportáží. Když fotograf Oliviero Toscani, proslavený svými kontroverzními kampaněmi pro Benetton, hledal anorektickou dívku pro kampaň proti anorexii, rozhodla se s ním spolupracovat, její fotografie na billboardu v italském Miláně vyvolala velký rozruch, s velmi příznivým ohlasem se fotografie odhalující hrozné následky anorexie setkaly také v USA.

V roce 2008 vyšla její kniha „*Holčička, které nechtěla vyrůst*“, Isabelle doufala, že její příběh pomůže změnit pohled na anorexií. Dva roky po vydání knihy modelka Isabelle Caro svůj boj s anorexií prohrála, zemřela ve věku 28 let. Druhou obětí nemoci byla i její matka, která spáchala dva měsíce po její smrti sebevraždu, neunesla prý pocit viny, že dala dceru do nemocnice, kde Isabelle zůstat nechtěla. Tento příběh je ukázkou dvojité tragédie, končí **smrtí matky i dcery**. Ukazuje, jak mohou být příčiny vzniku anorexie vzájemně propletené, jakým způsobem se může negativně projevit opičí láska matky, která byla také jedním ze spouštěčů onemocnění dcery a nechtěně poznamenala celý její krátký život.

Přesto, že měla Isabelle velkou vůli žít, problémy si nakonec přiznala a chtěla je řešit, zemřela v listopadu 2010. Až do své smrti se snažila šířit osvětu a pomáhat v boji proti anorexii. Příklad Isabelle Caro jistě může pomoci mnoha dívkám si uvědomit, o jak zákeřnou nemoc jde a jak tragické mohou být její následky.

6.2 Příběh Evy – případ mentální anorexie

Popisovaný případ je příběh mé blízké kamarádky z dětství, která již tři roky trpí poruchou příjmu potravy s typickými příznaky MA, odbornou pomoc a léčbu však odmítá.

Záznam vznikl po osobních setkáních a rozhovorech s ní, jejími blízkými a konzultaci s terapeutem.

EVA – popis případu

Základní anamnéza

Věk: 20 let

Studium: SŠ uměleckého zaměření

Rodina: do 18 let žila s rodiči, nyní žije odděleně, je jedináček

Udává hmotnost: 40 kg/172 cm, BMI = 14 (výrazná podváha)

Jídelníček: ráno nesnídá, 12:00 palačinka nebo pohár, káva, 15:00 – 17:00 zeleninový salát nebo jablko, občas jogurt, 19:00 sushi, pivo nebo červené víno

Rodinná anamnéza

Eva vyrůstala v rodině, kde oba rodiče jsou intelektuálové se sklonem k alternativnímu způsobu života, který se vyznačoval uplatňováním principů „zdravé výživy“ ve stravování i množstvím experimentů s různými látkami vyvolávajícími změněné stavy vědomí, které považovali oba rodiče za inspiraci k duchovnímu růstu i k umělecké tvorbě. V oblasti stravování byla v rodině preferována **makrobiotika**, jejíž principy znamenaly nejen skladbu jídelníčku, ale i celkový životní styl rodiny. Od dětství Eva slýchala, jak je nezdravé jíst maso, matčino vegetariánství a otcův striktní požadavek makrobiotické stravy v ní postupně budovaly nesprávné vnímání toho, co je a co není zdravé.

V **dětství** se projevovala jako tichá, poněkud zakřiknutá holčička, silně závislá na matce, která jí plnila všechna přání. Brzy se Eva naučila matčinu opičí lásku využívat, chtěla mít neustále její pozornost jen pro sebe a nechtěla se o ni s nikým dělit. Evin vztah k otci byl naopak od počátku velmi odtahitý a chladný, nevnímala ho jako autoritu, od dětství ho oslovovala křestním jménem. Velmi špatně nesla, když se ve společnosti více lidí matka věnovala někomu jinému nebo když s někým telefonovala, téměř hystericky se pod různými záminkami dožadovala její pozornosti. Vyrůstala jako jedináček, který dostane, na co si vzpomene a je neustále středem zájmu ostatních.

Zlom přišel v **pubertě** kolem 14. roku, kdy se jí spolužačky začaly posmívat kvůli váze. Přestože nebyla nijak silná, začala „řešit“ problém s postavou, s níž byla již dlouhodobě nespokojená v souvislosti se svým celkově nízkým sebevědomím. Špatně snášela výsměch spolužaček, začala se stranit kolektivu, rozhodla se zhubnout, aby vypadala jako ony. V tomto směru prokázala nečekaně silnou vůli, denně si opakovala mantru „musím zhubnout, budu štíhlá“, po vzoru své matky se začala stravovat výlučně ve vegetariánských restauracích nebo produkty z prodejen Zdravé výživy, jídlo si pečlivě vybírala, jedla většinou jen saláty a ovoce, zmenšovala porce, nakupovala „zdravé pamlsky“ a speciality. Během roku dokázala zhubnout tak, že začala uvažovat o práci **modelky**, podvědomě stále toužila po pozornosti okolí. Veškerý volný čas trávila nakupováním s kamarádkami, problémy ve škole neřešila, zabývala se jen počítáním kalorií, prohlížením módních časopisů a svou postavou.

Po nástupu na **střední školu** uměleckého zaměření mimo Prahu se objevují problémy pramenící z nevyhraněné osobnosti, která neví, co vlastně chce, nechce se jí učit ani dělat úkoly, řeší pouze svůj vzhled a jídlo. Dlouze vypisuje na Facebook své pocity, co a kolik čeho snědla, čas tráví hlavně fotografováním sebe sama a umístováním svých fotografií na Facebook. V cizím městě se cítí osaměle, trpí odloučením od rodiny, projevuje se její nesamostatnost, neschopnost být sama a postarat se sama o sebe, začíná dále **hubnout**. Školu opouští, vrací se do Prahy a nastupuje na jinou uměleckou SŠ.

Vztahy v rodině jsou navenek harmonické, ale Eva v nitru bojuje s pocitem nedostatečného sebehodnocení a uznání od otce, který je neustále ponořen do své práce a na dceru nemá čas.

Vztahy s otcem jsou napjaté, Eva ho od dětství neuznává jako osobnost, není pro ni autoritou, dává mu vinu za všechno, co se jí nedaří, svým odmítavým chováním mu ubližuje.

Matka ji od raného dětství rozmazluje, plní všechna její přání, konflikty s Evou řeší ústupky, neuvědomuje si včas, kam taková nedůslednost vede, Eva ji nenápadně postupně donutila přistoupit na svou manipulativní hru. Nedůslednost a ústupky matky přispěly k prohloubení špatných stravovacích návyků, matka sama také drží různé **diety** a jí **velmi malé porce**, otec jí nepravidelně a pouze **makrobiotickou stravu**, Eva si vybírá potraviny sama v obchodech se **zdravou výživou**, jí ve specializovaných restauracích, obě s matkou nejraději navštěvují **čajovny**. Společné stravování v rodině u jednoho stolu už téměř neexistuje, všichni si zvykli, že Eva jí sama, odděleně, pokud jí zrovna není špatně. Eva si užívá pochvalné reakce kamarádek, jak hezky zhubla a zaobírá se myšlenkami zkusit uspět v modelingové agentuře.

V období **od 16 do 17 let** se příznaky mentální anorexie proměňují ve zcela jasné známky počínajícího onemocnění, v průběhu dvou let Eva vymění další tři střední školy, starou opouští buď z důvodu, že nezvládá zkoušení, nebo se jí nelíbí učitelé či poznámky spolužaček o její extrémní vyhublosti. Pocit nejistoty a strachu se odráží na výsledcích ve škole, kde v 1. ročníku nezvládla opravné zkoušky z několika předmětů a musí školu opustit. Těžce nese **odchod ze školy**, na které jí záleželo, nová škola ji už tolik nemotivuje. Neúspěch prohlubuje její pocit nespokojenosti, který si kompenzuje únikem do světa alternativních učení, vodních dýmek a experimentů s **alkoholem**. Trvalý spánkový deficit a neustálý stres ze školy mají nepříjemné následky, prohlubují se **hádky s rodiči**. Při cestě letadlem do zahraničí několikrát **omdlívá**, zvrací, trpí nechutenstvím, hubne, ale nemoc nepřiznává a jakoukoliv léčbu odmítá

Období 17 – 18 let – další výrazné **zhubnutí**, Eva je extrémně štíhlá, vyhublá, již s mnoha patrnými příznaky MA, nezdravé jídelní chování, manipulace s jídlem, jí velmi málo nebo vůbec, oddělené stravování, rodiče už vůbec nemají přehled o tom, co Eva jí, „nestíhá“ docházet do školy, ranní vstávání je pro ni velmi namáhavé, večery tráví s kamarády v klubech či barech, přes den místo školy vysedává po kavárnách. Cítí se neustále unavená a vyčerpaná, všechny varovné příznaky jsou nadále přehlíženy. Na těle se objevují modřiny, stále větší vyhublost maskuje vrstvami oblečení, silnými svetry či kožichem.

Na letním hudebním festivalu kolabuje, není schopná se orientovat, ani téměř nic sníst. V této době váží pouhých **37 kg**, po intervenci matky navštěvuje lékaře. Doporučení lékaře k **hospitalizaci** odmítá, po návštěvě **Centra pro poruchy příjmu potravy** spolu s matkou se jen utvrzuje v přesvědčení, že způsob léčby a postup navrhovaný zdejšími odborníky (léčba na Psychiatrické klinice) je pro ni nepřijatelný. Odmítá i návrh pravidelného docházení do Denního stacionáře bez nutnosti hospitalizace, není schopná dodržet žádnou pravidelnost v jídle, v docházce do školy, na domluvené schůzky, ani k lékaři.

Období 18 – 19 let – snaha o **separaci od rodičů**, Eva začíná žít „samostatně“ v pronajatém bytě, vrací se opět do 2. ročníku soukromé SŠ (již sedmá změna školy) a věří, že je díky svému „osvobození“ od rodičů schopna sama všechno zvládnout. Léčbu i docházku do ambulance pro PPP stále odmítá. Říká, že chce jíst, ale nemůže udržet žádnou stravu, zvrací denně téměř po každém jídle, přiznává, že má strach cokoliv sníst, aby nezvracela. Jí nejraději zmrzlinu či poháry, kousek palačinky, bagety se zeleninou, saláty, sushi, někdy polévku či jogurt, občas pije kávu, červené víno, pivo, maso dlouhodobě nejí vůbec.

Složitě řeší své **psychické problémy**, střídání a **výkyvy nálad**, hledá „vinu“ za svůj stav v minulých životech, má pocit, že jí nikdo nerozumí, z euforie se propadá do **depresí**, uzavírá se do sebe, přímé komunikaci i bývalým přátelům se vyhýbá, vypisuje se v dlouhých e-mailech nebo na sociálních sítích. Projevuje se celková **únava** a slabost, **apatie**, není schopna ráno včas vstávat a docházet pravidelně do školy. Ve svých 19-ti letech vystřídala již sedm středních umělecky zaměřených škol, dvakrát se vrátila do stejné, stále má problémy s klasifikací. V současné době (20 let) studuje dle individuálního plánu znovu 3. ročník soukromé SŠ, kam však dochází jen zřídka.

Počátkem roku 2013 vyvrcholily psychické i fyzické problémy natolik, že se Eva rozhodla **promluvit**, vypsala se v dlouhých mailech rodinné přítelkyni, začala spolupracovat s **psychoterapeutkou** (arteterapie). Když však měla vypsát svůj denní jídelníček nebo si zaznamenat, co denně sní, její reakce byla odmítavá, dělal jí **problém splnit jakýkoliv úkol**, po měsíci konzultací se opět stáhla, prohlásila, že všechno zvládne a léčit se nepotřebuje.

V současné době žije izolovaně, společnosti starých přátel se vyhýbá, s nadšením se věnuje buddhismu a meditacím, hledá různá „karmická“ vysvětlení svého stavu a vztahů. Ačkoliv stále velmi málo jí a často zvrací, cítí se být „zdravá“ a schopná vše zvládnout sama. I když léčbu stále odmítá, je zřejmé, že pomoc potřebuje.

Prognóza vývoje nemoci je zatím stále velmi nejistá, podle posledních zpráv začala Eva příležitostně pracovat v modelingové agentuře a touží být fotografkou i modelkou zároveň.

Klíčové problémy a potíže: problém s přijetím sebe sama, pocit nejistoty a nesebehodnoty, pocity méněcennosti, nesoustředěnost, neschopnost plnit zadané úkoly, sebedestruktivní sklony, pocity viny vyvolávající stres, následné zvracení a deprese, dva roky užívá antidepresiva.

Protože jde o mou blízkou kamarádku, rozhodl jsem se po posledním setkání s ní, kdy jsem ji stěží poznal, nskočit už na její výmluvy, získat potřebné informace a najít vhodné řešení její situace dříve, než bude opravdu pozdě. Pomoci jí bylo pro mě i motivací při volbě tématu této práce. Vzhledem k tomu, že je její situace v mnohém specifická, je třeba zvolit **individuální přístup** a citlivě navrhnout **vhodnou léčbu a terapii**. Obrátil jsem se proto s prosbou o radu na známého pražského **psychoterapeuta**, který při práci využívá specifické psychologické přístupy a případ s ním konzultoval. Uvádím svůj návrh postupu i jeho návrh terapie.

Podle povahy nemocné bych navrhol toto řešení:

- navštívit znovu odborné pracoviště – Centrum pro poruchy PPP,
- zahájit ambulantní léčbu podle návrhu odborníka,
- doplnit léčbu skupinovou a individuální terapií,
- upravit a doplnit jídelníček, konzultovat s poradcem pro výživu,
- pravidelně docházet na psychoterapii a konzultace s odborníkem,
- vědomě pracovat na zlepšení vztahů v rodině (vztah s otcem),
- pokračovat v pravidelném setkávání s terapeutkou (arteterapie),
- obnovit setkávání s blízkými přáteli,
- vést si jídelní záznamy (svépomocné manuály),
- podporovat pozitivní myšlení.

Je ale zřejmé, že toto všechno by dotyčná mohla podstoupit jen tehdy, pokud vůbec bude schopná nahlédnout na svůj stav a ochotná vědomě pracovat na jeho zlepšení. Pokud ne, jestli zůstane i nadále uzavřena ve svém světě a nic k ní zvenku nedolehne, pak je tento návrh pouze výčtem teoretických možností.

Vyjádření odborníka – lékaře a psychoterapeuta k terapii

„Vzhledem ke specifickým osobnosti a prostředí, ve kterém se rozvinula nemoc, je třeba zvolit nikoliv konvenční, ale dialektický přístup k terapii. Její osobnost je významně spirituálně zaměřena, proto je třeba volit způsob terapie, který její spiritualitu zohledňuje a také dostatečně empatického terapeuta, který zohlední specifika její osobnosti. Vzhledem k tomu, že její prožívání je poměrně rozvinuté, je důležité, aby byla součástí psychologické intervence i analýza, která jí pomůže zvědomit její vlastní prožívání a dovoli jí nahlédnout na vzdor vůči rodičovské autoritě na jedné straně a na straně druhé jí pomohl pochopit a integrovat méněcennou stránku vlastní osobnosti. Prožívaná méněcennost a s ní související vzdor se promítá i do přístupu k nemoci. Analytická terapie jí může dát potřebnou sebereflexi k tomu, aby mohla své onemocnění reflektovat a změnila přístup nejen ke stravování, ale také k rodičům a k životu. Prakticky je možné zařadit do léčení některý z postupů kognitivně behaviorální terapie. Nehledě na to, že potřebuje jakýkoliv způsob práce s tělem v psychoterapii, který jí pomůže navázat vztah k vlastnímu tělu a reflektovat jeho přirozené potřeby. Rodinnou terapii bych zpočátku do léčení nezařazoval. Vzhledem k tomu, že se jedná o člověka, který terapii odmítá, je naše úvaha pouze hypotetická.“ (MUDr. Pavel Špatenka)

6.3 Příběh Dany – případ mentální bulimie

Popisovaný případ je příběh mé příbuzné, která již několik let trpí PPP, projevují se u ní příznaky mentální bulimie v kombinaci se záchvatovitým přejídáním.

Záznam vznikl na základě osobního rozhovoru s ní, setkání s její matkou i sestrou a konzultace s terapeutem.

DANA – popis případu

Základní anamnéza

Věk: 45 let

Studium: střední knihovnická škola

Rodina: do 15 let žila s matkou, rodiče rozvedeni, od 25 let žije samostatně, je vdaná, bezdětná, má jednu starší sestru

Udává hmotnost: 95 kg/170 cm, BMI = 33 (obezita 1. stupně, zvýšené zdravotní riziko)

Stravovací návyky: ráno nesnídá, jí nepravidelně, zajídá stres a problémy (hádky s matkou nebo se zaměstnavatelem), střídá různé diety, opakují se záchvaty přejídání v době stresů, ztráta kontroly nad jídlem, deprese, apatie

Jídelníček: častá konzumace vysokokalorických tučných jídel, dortů, koláčů, čokolády, sladkostí, omáček, tučného masa, uzenin, klobás, uzeného masa, pije kávu, coca-colu, sladké šťávy, sirupy, pivo nebo červené víno

Rodinná anamnéza

Dana vyrůstala v neúplné rodině, oba rodiče byli učitelé. V rodině byla preferována klasická česká kuchyně, s omáčkami a těžkými jídly. Od dětství Eva slýchala, že musí dobře jíst a všechno dojídat (jídlo je drahé), otcův příklad nezdravého nepravidelného stravování u ní přispěl ke špatné životosprávě. Po otci má dispozice k obezitě a k cukrovce.

Osobnost Dany

V **dětství** se projevovala jako nevýrazná, neprůbojná dívka, silně ovlivňovaná matčinými názory a jejím zjednodušeným neobjektivním vnímáním partnerských vztahů. Vztah k autoritativnímu **otci** byl od dětství problematický, otec se jí příliš nevěnoval, nikdy ji nepochválil, bála se ho. Nikdy mu neodpustila, že rodinu opustil (rodiče se rozvedli, když jí bylo 12 let). **Matka** je učitelka, která „má vždycky pravdu“, Danu vždy spíše demotivovala (to stejně nevyjde, to raději ani nezkoušej, to nezvládneš, nejsi jako tvá sestra), čímž neustále podporovala její pasivní a bojácny přístup k životu, pocity nejistoty a strachu ze změny.

Vztah se **sestrou** není příliš osobní, vidí se málo, sestra žije v jiném městě. Dana vždy trpěla tím, že není tak chytrá, bystrá a šikovná jako její starší sestra, které šlo všechno lépe a je v životě úspěšnější, nikdy spolu nenašly společnou řeč ani společné téma.

Ve **škole** prospívala průměrně, učení ji nebavilo, střední školu ukončila s obtížemi. Žila na internátě v cizím městě, měla vážné problémy s učením, nepravidelnou životosprávu. V pubertě trpěla Dana osamělostí a díky své silnější postavě i poznámkami spolužaček, neměla kamarádky a kolektivu se stranila. Od 25-ti let žije sama v podnájmu v blízkém městě. Nespokojenost se svou postavou začala řešit **držením diet** a následným **přejídáním** v souvislosti s ukončením prvního vážnějšího vztahu, ve věku kolem 29-ti let, kdy zároveň **ztratila i zaměstnání**, v průběhu dvou let výrazně přibrala na váze. Nedokázala už sehnat práci v oboru, který vystudovala, od té doby pracuje na podřadných pozicích, práce ji nebaví a nijak nemotivuje. Prohlubuje se pocit celkové nespokojenosti a ukřivděnosti, který si kompenzuje jídlem. Hodně času tráví nakupováním velkého množství potravin a vyvařováním tučných těžkých jídel pro svého manžela. Přejídá se večer u televize a zároveň počítá kalorie, v noci často tajně „vyjídá“ ledničku.

Klíčové problémy: problém najít motivaci v životě, hlubší smysl svého bytí, uvědomit si svou hodnotu, problém s přijetím sebe sama, pocity méněcennosti, nejistoty a nesebehodnoty, neschopnost aktivně řešit existenční i vztahové problémy, **nebýt „obět“**, chybí **vůle** ke změně, silný strach ze ztráty „jistot“ i ze změny špatných vzorců chování a odstranění zažitých návyků, pocity viny vyvolávají stres, následné zvracení a deprese, bojí se přibírání, **užívá** léky na štítnou žlázu a vysoký tlak, antidepressiva, léky a doplňky stravy na hubnutí

Zdravotní problémy: obezita, přejídání se, následkem velké nadváhy problémy s klouby, porucha štítné žlázy, gynekologická operace myomu a odstranění dělohy, chronické problémy s neléčeným zánětem Achillovy šlachy a menisku v důsledku nadměrné zátěže, vysoký tlak a cholesterol, paradentóza, zvýšená kazivost zubů, bolesti břicha, zvracení, trávicí problémy, poruchy spánku

Psychické problémy: emoční labilita, nízké sebevědomí, nedostatečné sebehodnocení, nedůvěřivost, poraženecký přístup, neochota ke změně, lenost, lítostivost, vztahovačnost, našťvanost, narušená osobnost, nejistota, strach něco měnit, napětí, uzavřenost, stresy, deprese, celková únava a vyčerpanost, apatie, negativní emoční vztahy, neschopnost odpustit

Současná situace: vztah s manželem je celkem spokojený, Dana je vdaná, ale ne šťastná, má problémy s dětmi partnera, po gynekologické operaci sama mít děti nemůže, náhradou je kočka, o kterou se přehnaně úzkostlivě stará jako o dítě.

Vyvaňuje kaloricky tučná jídla, večer se přejídá u televize. Střídá různé **diety** a **přejídání se** se striktními dietami, jí velmi nepravidelně, občas zvrací, chce mít jídlo pod kontrolou (denně se váží). Problémy s jídlem si dlouho odmítala přiznat. Přejídáním léta řešila strach ze ztráty zaměstnání či partnera, existenční nejistoty i nespokojenost se svou postavou i vztahy.

Chtěla by **zhubnout**, je ale zároveň velmi skeptická a odmítá řešit zdravotní své problémy (zánět Achillovy šlachy, zánět menisku, bolestivé). Díky bolestivým problémům s klouby a Achillovou šlachou již nemůže provozovat ani svůj koníček – turistiku, spojenou s fotografováním a pobytem v přírodě. Schází jí tělesný pohyb. Od dětství trpí pocitem, že není brána dostatečně vážně a vnímá jako velkou křivdu, že vykonává podřadné práce (když „má na víc“), sama se však o změnu aktivně nesnaží.

Doporučení lékařů nerespektuje, bojí se operace. Nedá ani na rady své sestry (protože „ta ví vždycky všechno nejlíp“), reaguje skepticky, i přes silné bolesti čeká, že „se to zlepší samo“ a že jí pomohou diety a různé potravinové doplňky. Prognóza vývoje nemoci není zatím příliš optimistická. I když léčbu odmítá, pomoc odborníka potřebuje.

Příznaky bulimie a záchvatového přejídání se proměňují v tyto zřejmé **známky onemocnění**: jí velké dávky jídla během krátké doby, střídá období přejídání a diet (hladovek) spolu s užíváním přípravků na hubnutí, má strach z tloušťky, po přejedení mívá depresivní nálady a výčitky. Ačkoliv neužívá projímadla a diuretika, vykazuje všechny ostatní příznaky mentální bulimie, atypický případ kombinace bulimie a záchvatového přejídání.

Protože jde o mou vzdálenou příbuznou, rád bych jí poradil, kde může získat potřebné informace a jak má situaci řešit. Vzhledem k její tvrdohlavé povaze je třeba zvolit **individuální přístup** a navrhnout **vhodnou léčbu** i podpůrnou **terapii**. Její problém jsem také konzultoval s lékařem – **psychoterapeutem**. Uvádím svůj návrh postupu i jeho návrh terapie.

Na základě výše uvedených skutečností bych navrhoval toto řešení:

- vyřešit akutní zdravotní problémy (operace Achillovy šlachy a menisku),
- nutná redukce nadváhy, přestat držet diety, zbavit se záchvatů přejídání a zvracení,
- navštívit odborné pracoviště pro poruchy PPP v místě bydliště,
- zahájit ambulantní léčbu podle návrhu odborníka,

- doplnit léčbu skupinovou a individuální terapií,
- změnit nesprávné stravovací návyky,
- skladbu jídelníčku konzultovat s **výživovým poradcem**,
- vést si pravidelné **jídelní záznamy**,
- docházet na **psychoterapii** a konzultace,
- vědomě pracovat na zlepšení rodinných vztahů (odpuštění),
- více komunikovat se sestrou, setkávat se s přáteli (nalézt nové),
- aktivně hledat nové zaměstnání,
- rozvíjet zájmy, koníčky a pozitivní myšlení.

Při léčbě i "samoléčbě" mentální bulimie a přejídání je třeba lépe porozumět svému jídelníčku. Práce s **jídelními záznamy** pomůže ujasnit představy o tom, co jíme i odpovědět na otázku, proč váha narůstá, i když se v jídle omezujeme. Pokud Dana pochopí závažnost svých fyzických potíží a bude ochotná vědomě pracovat na zlepšení svého zdravotního stavu, je naděje na uzdravení. Jestli však bude i nadále setrvávat ve svém pasivním přístupu k řešení problémů, budou následky na tělesném i duševním zdraví vážné.

Zvolená metoda – vysvětlení příčin vzniku PPP a možných následků při neléčení

Psychoterapie – cílem je zvýšení sebevědomí a sebehodnoty, odpuštění, pomocí **analytické terapie** pochopit, které prožitky a příčiny vedly ke vzniku chorobného jídelního chování, lze využít také techniky zaměřené na **sebepoznání a rozvoj osobnosti**.

Vyjádření odborníka – lékaře a psychoterapeuta k terapii

„Psychoterapii je třeba zaměřit na hlubší analýzu osobnosti. Pacientka by měla poznat a pochopit své strachy, které vyrůstají z nadměrných nároků, které si na sebe klade. Lze využít hlubinnou analytickou terapii k osvětlení nevědomých tendencí a motivací patologického jednání i ublíženeckých postojů pramenících z narušení osobnosti v dětství. Komplex méněcennosti je s tímto problémem spojen a celý tento mechanismus ústí v chorobné jednání. Pokud by se klientce podařilo nahlédnout na prožitkový mechanismus, který podmiňuje její patologické jednání, mohla by dále pokračovat v analýze a zároveň se cvičit ve vytváření návyků, které jí pomohou získat nový vztah k tělu a k jeho přirozeným potřebám. Navrhol bych jakékoliv terapie, které jsou cílené tímto směrem. V průběhu terapie bych doporučil i sezení s oběma rodiči, popřípadě i párovou terapii. Neuškodí hlubší zasvěcení okolí do této problematiky.“ (MUDr. Pavel Špatenka)

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabýval tématem poruch příjmu potravy, zejména jednou z nejnebezpečnějších poruch – mentální anorexií. Práci jsem rozdělil do šesti hlavních kapitol, které obsahují základní poznatky a informace o problematice PPP čerpané z odborné literatury, ale i mé vlastní úvahy a návrhy řešení.

V úvodní kapitole jsem popsal příčiny vzniku mentální anorexie a bulimie, diagnostická kritéria, hlavní vlivy a rizikové faktory, podílející se na vzniku onemocnění, typické příznaky a projevy těchto poruch. Druhá kapitola upozorňuje na nebezpečí redukčních diet a různých alternativních způsobů stravování, úskalí „zdravé výživy“, následky hladovění a přejídání. Třetí kapitola shrnula současné obvyklé léčebné postupy a metody, možnosti odborné léčby, formy péče, poradenství a pomoci u nás i různé druhy terapií, zaměřil jsem se zejména na možnosti skupinové, rodinné a vícerodinné terapie u nás.

Ve čtvrté kapitole jsem se zabýval otázkami odborné pomoci a podpory, včetně pomoci a podpory nemocných ze strany rodinných příslušníků, partnerů a blízkých, uvedl jsem zde také potřebné odkazy na odborná pracoviště poradenská centra a portály.

V páté kapitole jsem se zaměřil na způsoby a možnosti prevence poruch příjmu potravy v rodině i ve škole, upozornil na důležitost primárně preventivních programů pro učitele i na význam pozitivního myšlení nezbytného pro uzdravení.

Šestá kapitola obsahuje příběhy několika slavných osobností zastupujících typické „rizikové“ profese, na nichž jsem ilustroval časté příčiny vedoucí k poruchám příjmu potravy, uvádím zde příběh anorektičky Isabelle Caro, která se stala symbolem boje proti anorexii. Součástí této kapitoly jsou dva příběhy žen popisující konkrétní případy onemocnění mentální anorexií a bulimií. Přířímým impulzem k tomu, abych se začal tématem poruch příjmu potravy zabývat, byla osobní situace mé blízké kamarádky, která již třetí rok vykazuje typické příznaky mentální anorexie, přes všechno úsilí a snahu okolí jí pomoci odbornou pomoc odmítá a stále setrvává v přesvědčení, že všechno zvládne sama pouze prací své mysli, že je zdravá, ačkoliv již vícekrát zkolabovala. Případ popisuji v této kapitole, druhý příběh je případ patologického jídelního chování s příznaky bulimie ženy z širšího okruhu mé rodiny.

Cílem této práce bylo získat odborné znalosti, poznatky a informace o problematice PPP, o možnostech léčby, péče, poradenství a pomoci. Na základě získaných poznatků z literatury, analýzy příčin a projevů nemoci a po konzultaci s odborníkem, lékařem a terapeutem, jsem se

pokusil navrhnout řešení situace obou nemocných. Mou další snahou bude zprostředkovat jim potřebné informace a kontakty na odbornou pomoc a být jim i nadále oporou na cestě zpět do normálního života.

Při rozhovoru s **výchovnou poradkyní** jednoho pražského gymnázia jsem zjistil, že učitelé mají o PPP velmi málo informací a potřebných materiálů, na základě vlastních zkušeností vím, že problematika PPP není ve školách dostatečně prezentována, informovanost učitelů i studentů je velmi nízká. Řešení tohoto problému vidím v zesílení prevence a zlepšení informovanosti o této problematice v médiích, na internetu a ve vytváření kvalitních preventivních programů a materiálů pro učitele základních i středních škol. Domnívám se, že bych mohl využít svých poznatků o PPP v praxi i v tomto směru a udělat informační přednášku pro studenty ve „své“ bývalé škole. Tato práce by mohla sloužit jako pomocný materiál pro učitele či výchovné poradce a dala by se využít v rámci preventivních přednášek.

Navštívil jsem také **Centrum pro poruchy příjmu potravy**, kde se pravidelně koná **Klub pro rodiče, příbuzné a partnery**, jde o setkávání uzavřené skupiny každou 3. středu v měsíci pod vedením odborníka, jehož návštěvu chci doporučit nemocné kamarádce. Na **internetu** je možné nalézt řadu stránek o anorexii a bulimii s kontakty na léčebná zařízení i terapeuty, které lze doporučit, např. www.idealni.cz, www.anabell.cz, www.doktorka.cz.

V Příloze č. 1 jsem vybral některé užitečné kontakty a odkazy na odborná pracoviště, specialisty a poradny pro PPP, kde je možné vyhledat radu a pomoc.

Existuje však mnoho internetových stránek, které vytvářejí samy anorektičky, a jejichž obsah není příliš věrohodný. Krch (2010) upozorňuje na nebezpečí těchto proanorektických stránek, na nichž se čtenářky vzájemně podporují v chorobných postojích k jídlu a tělu i v iluzi své výjimečnosti, poruchy příjmu potravy jsou pro ně životní filozofií. Nebezpečí vzniku závislosti na virtuálním světě chatu hrozí zejména mladým osamělým lidem, kterým chybí ocenění okolí a smysluplný životní program. Problém dnešní mladé generace nalézt svou vlastní identitu, způsob sebevyjádření a přirozené komunikace ve světě, v němž mnohým virtuální realita nahrazuje reálné vnímání skutečnosti, je hodně naléhavý, zvláště proto, že má dopad i na tělesné a duševní zdraví.

Téma poruch příjmu potravy je v současné době celospolečensky aktuální, je třeba o něm mluvit a předávat nezkreslené pravdivé informace široké veřejnosti, nejen z hlediska významu prevence a péče o zdraví, ale i vzhledem k nutnosti podpory zdravého vývoje mladé generace.

RESUMÉ

Název bakalářské práce:

Poruchy příjmu potravy – příčiny vzniku, možnosti léčby a pomoci

Autor: David Rudolf

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexií. Popisuje příčiny vzniku, příznaky a projevy nemoci, rizikové faktory i nebezpečí diet a jejich následky. Shrnuje obvyklé léčebné postupy, současné možnosti odborné léčby, poradenství a pomoci i různé formy terapií. Uvádí způsoby a možnosti podpory ze strany rodinných příslušníků, zaměřuje se na otázky prevence poruch příjmu potravy v rodině i ve školách. Práce obsahuje popis dvou konkrétních případů onemocnění mentální anorexií a bulimií, analýzu příčin a projevů patologického jídelního chování vedoucího ke vzniku poruchy. Jsou navrženy možnosti léčby a kroky k řešení situace nemocných a uveden návrh vhodné terapie doporučený odborníkem. Práce poukazuje na problematiku poruch příjmu potravy jako na současné velmi aktuální téma, upozorňuje na nebezpečí, které toto onemocnění představuje, na nutnost širší informovanosti veřejnosti a prevence.

SUMMARY

Title of the bachelor's thesis:

Eating Disorders – Causes, Treatment Options and Help

Author: David Rudolf

The bachelor's thesis focuses on eating disorders, especially on anorexia nervosa. It describes the causes leading to the disease, symptoms and features, risk factors as well as the dangers of diets and their consequences. It sums up standard treatments, contemporary options of specialized treatments, advisory, help and various forms of therapy. It mentions ways and possibilities of the family support, focuses on questions of eating disorder prevention in family and at school. This thesis includes the description of the two particular cases of anorexia nervosa and bulimia nervosa, the analysis of causes and symptoms of the pathological eating behaviour leading to the origin of the disorder. Options of treatment and steps needed to the solution of the situation of the people concerned have been suggested, as well as the optimal way of therapy proposed by an expert.

This thesis presents the problem of eating disorders as a contemporary topical matter, brings attention to the danger that is omnipresent with this sinister strain and stresses the necessity of more complex public information and prevention.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BRUNELLOVÁ, Clara. *Uzdravila jsem se z anorexie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2013. s. 141. ISBN 978-80-7195-692-1.

BUKOVSKÝ, Igor. *Hubnutí bez blbnutí. Pravdy a lži o dietách a detoxikaci*. 1. vyd. Bratislava: AKV – Ambulance klinické výživy, 2009. s. 191. ISBN 978-80-970129-1-5.

CARO, Isabelle. *Holčička, která nechtěla vyrůst. Můj boj proti anorexii*. Praha: Nakladatelství XYZ, 2011. s. 237. ISBN 978-80-7388-573-1.

HAY, Louise L. *Miluj svůj život*. 3. české vyd. Praha: Radost, 1993. s. 231. ISBN 80-85189-16-X.

JACOBI, Corinna, PAUL, Thomas a THIEL, Andreas. *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, 2006. s. 128. ISBN 80-88952-35-2.

JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou. Osobní zpověď (bývalé?) anorektičky. Anorexie a jak se s ní vyrovnat*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2013. s. 112. ISBN 978-80-7429-335-1.

KOCOURKOVÁ, Jana et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. s. 150. ISBN 80-85824-51-5.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 424. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: Papežová, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 36 – 48. ISBN 978-80-247-2425-6.

KRCH, František. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 200. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František. D. *Mentální anorexie*. 2., přepracované vyd. Praha: Portál, 2010. s. 264. ISBN 978-80-7367-807-4.

MIDDLETON, Kate, SMITH Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Nesovice: Doron, 2013. s. 81. ISBN 978-80-7297-115-2.

VIRTUE, Doreen. *Zbavte se svých kil bolesti*. Dotisk 1. vyd. Praha: Synergie CZ, 2009. s. 269. ISBN 978-80-7370-119-2.

WEISSOVÁ, Gabina. *Diagnóza F50. Skutečné příběhy*. 1. vyd. Praha: Motto ve společnosti Albatros Media, 2013. s. 247. ISBN: 978-80-7246-599-6.

PŘÍRUČKY A PUBLIKACE

ČERNÁ Ria, *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 2. vyd. Praha: Anabell, 2008. s. 64.

KRCH, František. D., MARÁDOVÁ Eva. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR 2003. s. 32.

PAPEŽOVÁ, Hana, HANUSOVÁ JANA. *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze, Togga, 2012. s. 49. ISBN 978-80-87258-98-9.

ANABELL: *Klobouk nových inspirací aneb i zdravý životní styl může bavit. Metodika pro pedagogické pracovníky*. Dostupné z: <http://anabell.cz/images/stories/dokumenty/klobouk.pdf>

Film **Sami**. Dostupný z: <http://www.filmsami.cz/index.htm>

INTERNETOVÉ ZDROJE:

<http://www.rodinnaterapie.cz>

<http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecibu-poruch-prijmu-potravy>

<http://www.idealni.cz>

www.psychoterapie-andel.cz

<http://www.anorekticka.cz>

www.stopstigma.cz

www.hubnuti4you.cz

www.prevence-praha.cz

1) Zdroj: http://revue.idnes.cz/jane-fondova-bojovala-s-bulimii-a-kvuli-otci-nesnasela-sve-telo-p7o-lidicky.aspx?c=A110805_115502_lidicky_zar [cit. 2014-08-04]

2) Zdroj: http://revue.idnes.cz/neter-versaceho-promluvila-o-anorexii-chtela-jsem-byt-neviditelna-10b-lidicky.aspx?c=A110607_162453_lidicky_nh [cit. 2014-08-04]

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: KONTAKTY A ODKAZY

Kontakty na odborná pracoviště:

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2, 128 01

Centrum pro poruchy příjmu potravy – tel.: 224 965 221, 224 961 111, 224 965 335

<http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecibu-poruch-prijmu-potravy>

Lůžkové oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy pro dospělé – tel: 224 965 335

Denní stacionář pro pacienty s PPP – tel.: 224 965 053

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF, FN Motol, Praha 5, V Úvalu 84, tel.: 224 433 400

SAPPP – Svépomocná asociace psychogenních poruch příjmu potravy

Kontakt: Psychiatrická klinika VFN v Praze, 1. LF UK, Ke Karlovu 460/11, 121 08 Praha 2,

tel.: 224 965 344 – 5, info@psychiatrie.lf1.cuni.cz, ambulance – tel: 224 965 221

Ambulance klinických psychologů a psychoterapeutů, Ostrovského 253/3, Praha 5 Anděl,

tel.: +420 608 178 543, e-mail: kontakt@psychoterapie-andel.cz,

Psychoterapie ANDĚL Praha, www.psychoterapie-andel.cz

Institut rodinné terapie Praha, V úvalu 84/1, 150 00 Praha – Motol,

tel.: +420 224 433 478, e-mail: info@rodinnaterapie.cz, <http://www.rodinnaterapie.cz>

Kontaktní centrum Anabell Praha, Drtinova 1a, Praha 5, tel.: +420 775 904 778,

www.anabell.cz, e-mail: paha@anabell.cz. Krizová linka Anabell – tel.: 848 200 210

Kontakty na odborníky – specialisty na PPP

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Praha,

kontakt: hpap@lf1.cuni.cz

doc. Ph.D. Jana Kocourková, Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha,

kontakt: Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

PhDr. František David Krch, Ph.D., Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Praha,

kontakt: krch.frantisek@vfn.cz

Mgr. Jan Kulhánek, privátní praxe,

kontakt: kontakt@psychoterapie-andel.cz, www.psychoterapie-andel.cz

Další užitečné odkazy

www.anabell.cz – kontaktní centra o. s. Anabell (Brno, Ostrava, Plzeň, Praha, Zlín), poradny PPP pro nemocné anorexií a bulimií, kontakty na odbornou pomoc, telefonická krizová pomoc, nabídka svépomocných skupin, kursů zaměřených na přijetí těla, arteterapie, informace o nemoci, modelové jídelníčky, příběhy nemocných, literatura o PPP

www.asociaceppp.eu – svépomocná asociace psychogenních PPP, odkazy na léčbu (Praha 1. LF UK, Ke Karlovu), sekce „pro pacienty“ a „pro rodinu a přátele“, chaty a diskuze s odborníkem, kluby

www.doktorka.cz – internetový časopis o zdraví a nemoci, diskuzní fórum na téma anorexie a bulimie, chat nejen na téma PPP

www.edap.org – National Eating Disorders Association – informace, rady (AJ)

www.idealni.cz – portál zaměřený na poruchy příjmu potravy

www.help24.cz – portál o psychologii a duševním zdraví, psychologická poradna, terapie

www.hubnuti4you.cz – zdravé hubnutí, výživa, poruchy příjmu potravy

www.krizovaintervence.cz/linky.html – seznam Linek důvěry v ČR

www.lekari-online.cz/psychologie-psychiatrie/lekari/poruchy-prijmu-potravy – edukativní a kontaktní portál, lékařské obory a specializace, odborné informace, články, kontakty, seznam lékařů podle oborů a podle města

www.modralinka.cz – Modrá linka důvěry nejen pro děti a mládež, schránka internetového poradenství, psychologická poradna (anonymní, bezplatná), články, příběhy, pomoc odborníkům z pomáhajících profesí, nabídka vzdělávání, telefon, e-mail, skype, chat s pracovníky Modré linky

www.prevence-praha.cz – Centrum sociálních služeb Praha, Pražské centrum primární prevence, metodická podpora školám a učitelům, konzultace a vzdělávání v oblastech rizikového chování, informační a metodické materiály

www.psychoterapie-andel.cz – Ambulance klinických psychologů a psychoterapeutů, kteří se specializují na rodinnou a párovou psychoterapii

www.stopstigma.cz – online psychiatrická poradna s odborníky pro osoby s duševním onemocněním, v sekci o duševních nemocech informace o PPP, internetová poradna PPP, informace, kontakty, stránky proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění