

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Poruchy příjmu potravy u dětí jako sociální problém

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Vypracovala:
Květa Vodičková DiS.

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Poruchy příjmu potravy u dětí jako sociální problém, zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 25. 2. 2010

.....
Květa Vodičková

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za metodickou pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat za morální podporu a pomoc při zpracování mé bakalářské práce svému manželovi, rodině a Ing. Evě Sedláčkové.

Květa Vodičková

OBSAH

Úvod	2
------------	---

I. Teoretická část

1 Poruchy příjmu potravy	5
1.1 Historie aneb dějiny hladovění a přejídání	6
1.2 Mentální anorexie	8
1.2.1 Charakteristika	8
1.2.2 Diagnostika	8
1.2.3 Klinický obraz	9
1.3 Mentální bulimie	13
1.2.1 Charakteristika	13
1.2.2 Diagnostika	13
1.2.3 Klinický obraz	13
1.4 Etiologie	16
1.5 Terapie	17
1.6 Dílčí závěr	19
2 Vliv společnosti a médií	20
2.1 Nemocný svět	20
2.2 Ideál krásy	21
2.3 Rodina	23
2.3.1 Vliv rodiny a výchovy na vznik poruch příjmu potravy	23
2.3.2 Rodinná anamnéza	24
2.3.3 Primární prevence v rodině – vhodné výchovné postupy	25
2.4 Média a jejich vliv	27
2.4.1 Thinspiration	28
2.5 Dílčí závěr.....	31

II. Praktická část

3 Poruchy příjmu potravy u dětí – kasuistiky.....	33
3.1 Kasuistika dívky s diagnózou mentální anorexie č. 1	33
3.2 Kasuistika dívky s diagnózou mentální anorexie č. 2	37
3.3 Kasuistika dívky s diagnózou mentální bulimie	40
4 Porovnání, vyvození analogií	42
Závěr	45
Resumé	47
Anotace	48
Seznam použité literatury	49

ÚVOD

V současné době se v celé populaci, a tedy i u dětí, ve zvýšené míře projevují poruchy příjmu potravy, které mají negativní dopad na fyzický a psychický stav i další vývoj dítěte. V posledních desetiletích se výskyt mentální anorexie a bulimie u dětí několikanásobně zvýšil. Narůstá také počet dívek i chlapců s tímto onemocněním již v období mladšího školního věku, což signalizuje, že věková hranice těchto poruch má snižující se tendenci.

V roce 2006 jsem ukončila Vyšší zdravotnickou školu v oboru Diplomovaná psychiatrická sestra. Během své praxe jsem měla možnost získávat zkušenosti na různých psychiatrických odděleních. Pracovala jsem s alkoholiky, drogově závislými, s nemocnými trpícími různými duševními poruchami jako je schizofrenie, deprese, agorafobie a mnoho dalších. Nejvíce mě však vnitřně „zasáhla“ práce na dětském psychiatrickém oddělení, kde jsem se poprvé, mimo jiné, setkala s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy. Nedokážu popsat, jak moc těžké pro mě bylo vidět tolik smutku, nenávisti a beznaděje, které tyto děti v sobě nosí. Máte chuť je obejmout a dát jim alespoň kousek radosti, kterou v sobě máte.

Později, když jsem psala svoji absolventskou práci na téma Nejčastější psychické poruchy u dětí, byla právě mentální anorexie porucha, která v počtech hospitalizací dětí obsadila první příčku. Uplynuly tři roky a počet dětí hospitalizovaných s touto poruchou se nadále zvyšuje. Na internetu se objevují takzvané pro-ana a pro-mia blogy, což jsou internetové stránky, které si vytvořily děvčata, trpící těmito poruchami. Zde uveřejňují své jídelničky, fotografie anorektických dívek, návody jak svoji poruchu utajit a jak se stát „jednou z nich“. Vznikl nový pojem „thinspiration“. Mentální anorexie a bulimie se stává jejich životním stylem.

Chtěla bych podotknout, že přesné statistiky týkající se výskytu mentální anorexie a bulimie mezi dětmi a mladistvými neexistují. Většina dětí s poruchami příjmu potravy svoji nemoc před okolím tají. Dle mého názoru je toto téma aktuální a já sama jsem přesvědčena o tom, že je nutné se tímto problémem intenzivně zabývat.

Cílem mojí bakalářské práce je shromáždění teoretických znalostí týkajících se poruch příjmu potravy u dětí a jejich následné ověření v praktické části. Nejprve se budu zabývat objasněním a charakteristikou poruch příjmu potravy u dětí, blíže se zaměřím na mentální anorexii a mentální bulimii, dále se budu zabývat vlivem společnosti a médií na vznik těchto poruch. Praktická část, bude obsahovat kasuistiky dětí s poruchou příjmu potravy, které se pokusím navzájem porovnat a najít v nich určité podobnosti a souvislosti. Proto zakládám výzkumnou otázku, resp. hypotézu na předpokladu, že u případů poruch příjmu potravy u dětí se vyskytují určité analogie. Dále uvedu své zkušenosti s prací s těmito dětmi.

Chci se pokusit upozornit na tento problém naší společnosti, zdůraznit neopomenutelnou roli prevence – v podobě dostatečného množství kvalitních informací o nebezpečných následcích a důležitost včasného rozpoznání počátečních příznaků těchto poruch.

Teoretická část bakalářské práce bude zpracována na základě znalostí uvedených v odborné literatuře, vědeckých publikacích, člancích a z internetových zdrojů. V praktické části se zaměřím na sběr informací ve formě rozhovorů, prací s dokumentací, pozorování orientovaných na dívky a chlapce s poruchami příjmu potravy a na jejich okolí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou závažným duševním onemocněním, které zahrnuje změny v psychické a somatické oblasti. Rozlišujeme dvě formy onemocnění, formu restriktivní, a to mentální anorexii a formu bulimickou, tedy mentální bulimii. Přes zdánlivou odlišnost jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je nadměrná pozornost věnovaná hmotnosti a strach z tloušťky. „Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň nepřibrat.“ (Krch, 2000, s. 14)

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou onemocněním, které zaujalo praktiky každého, kdo přišel s těmito pacienty do styku. Toto onemocnění je těžce srozumitelné a terapeutický kontakt s nemocnými velmi obtížný. Nemocný, který hladový, v některých případech až na pokraj smrti, je nesrozumitelným patologickým obrazem lidské vůle v konfliktu se silami snažícími se o jejich adaptivnější způsoby reagování. Poruchy příjmu potravy se stávají hrozbou pro celou generaci adolescentů, patologií, která destruuje proces dospívání a to nejen z hlediska samotného jedince, ale také z hlediska jeho rodiny. (Kocourková, 1997)

„V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“ (Maloney, 1997, s. 7)

„Poruchy příjmu potravy, to je především strach z tloušťky. Může mít různé podoby, jako je strach ze sladkostí, strach sníst, strach najíst se v restauraci, sníst o trochu víc nebo strach mít plný žaludek. Jako každý jiný strach roste s pozorností, kterou mu věnujete, a s kroky, o které před ním ustupujete.“ (Krch, 2000, s. 19)

„Velmi závažná je skutečnost, že se stále snižuje věk postižených dívek (anorexií trpí někdy i devítileté holčičky a například ve FN Brně-Bohunicích evidujeme případ sedmileté pacientky). Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Riziko sebevražedného jednání je u těchto osob až 200 krát vyšší, než u ostatních psychických poruch.“ (Mičová, 2004, s. 32)

1.1 Historie aneb dějiny hladovění a přejídání

Už po staletí jsou doloženy nejrůznější formy narušení příjmu potravy. Pica, což je konzumace a touha po pojídání nevhodných, často nestravitelných látek, je známa již od starověku. V plastikách z doby kamenné byli také rozeznány známky nadvýživy, tedy obezity. A ne jinak tomu bylo s hladověním a přejídáním.

Odmítání jídla v průběhu lidských dějin bylo spojeno s řadou somatických a psychiatrických onemocnění a patřilo k jejich běžným příznakům. Toto chování však samo o sobě nebylo považováno za patologii. Pokud však docházelo k extrémnímu hladovění, tedy držení půstu, bylo toto chování považováno za sebetrestající praktiku zbožných křesťanů.

V pozdním středověku byly ženy, které držely extrémní půst považovány za svaté, jelikož tvrdily, že je při životě udržuje boží moc. Později se objevují „zázračné panny“ tedy adolescentní dívky, které se již neodvolávají na boha, přesto jim však okolí věnovalo spoustu pozornosti a v některých případech se za nimi vydávali poutníci, kteří jim přinášeli různé dary. Označení „inedia prodigiosa“ nebo „anorexia mirabilis“ byla pojmenování, kterými lékaři značili tuto dlouhotrvající abstinenci jídla, protože nebyli schopni si tento stav jinak vysvětlit a přisuzovali mu nadpřirozený charakter. Později se přidala teorie, která byla založena na představě, že lidé mohou žít z „výživných částic“, které jsou součástí vzduchu. V pozdějších dobách tyto projevy, bez dalších doprovodných příznaků, které by signalizovali somatické nebo psychické onemocnění, vedly k úvahám o nadpřirozených schopnostech či posednutím ďáblem. V průběhu devatenáctého století bylo již na tyto projevy nahlíženo jako na patologické známky choroby. Veřejnost na tyto panny začala pohlížet jako na hysterické osoby, které chtějí připoutat pozornost.

Termín anorexie nervosa zavedl britský lékař Viliam Gull v roce 1874, přesto nelze vyloučit, že tato porucha existovala již dříve pod jinými jmény. Chloróza, jiným jménem blednička, často uváděna v lékařských spisech osmnáctého a devatenáctého století postihovala hlavně mladé dívky. Tato nemoc se projevovala skupinou příznaků jako je bledost, ztráta menstruace, ztrátou chuti k jídlu, přejídáním a picou. Na konci devatenáctého století, byla jako příčina označena absence železa.

Britský lékař Richard Morton ve svém díle „Phthisiologia“ z roku 1689 popisuje tzv. nervové opotřebení popisem případu dcery pana Duka, která trpí problémy s jídlom, vyhublostí, amenoreou, hypotermií a záchvaty mdloby. Morton jí předepsal různé léky, které však dívka odmítala a později zemřela. Morton se tímto popisem, který naznačoval mentální anorexii, zapsal jako první portrétista anorexie nervosa.

Ve druhé polovině devatenáctého století se objevují první věrohodné případy mentální anorexie. První popisy, které nesou charakteristické znaky onemocnění, které platí dodnes, podali lékař Ernest-Charles Lasègue a Sir Wiliam Withey Gull v roce 1873 a 1874.

Přes přesné popisy, kterými byla mentální anorexie popsána známými lékaři, nebylo tomuto onemocnění nadále věnováno dostatek pozornosti. Až ve čtyřicátých letech dvacátého století byla vlivem psychosomatické medicíny a psychoanalýzy mentální anorexie znovu objevena jako duševní porucha. Postupně se přesunula z učebnic vnitřního lékařství do učebnic psychiatrie a začal se rýsovat její komplexnější obraz. Od šedesátých let přibývaly k rysům této nemoci další dva, a to narušení vnímání obrazu vlastního těla a neúnavná snaha o dosažení štíhlosti. V posledních desetiletích se na mentální anorexii pohlíží jako na „módní“ poruchu a veřejnost ji sleduje s velkým zájmem.

Dějiny přejídání jsou přibližně stejně staré jako historie odmítání jídla. Přejídání bylo časté zejména mezi privilegovanou vrstvou. Od starověku až do devatenáctého století byla „fames canina“ označována jako nenasytná žravost provázena zvracením, za příčinu byly označovány žaludeční abnormality. Přejídání bylo také, jako hladovění, spojováno s řadou chorob. V roce 1874 popsal Gull nenasytnou chuť k jídlu u anorektických pacientek ve své přednášce a také Lasègue popisuje záchvaty přejídání u léčících se pacientek. Švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger v roce 1944 publikoval nejlépe popsanou kasuistiku pacientky Ellen Westové, kterou její touha po štíhlosti s následným přejídáním a zvracením dohnala k extrémnímu nadužívání laxativ. Od počátku sedmdesátých let začaly přibývat případy žen, které se přejídaly a svoji váhu udržovaly prostřednictvím zvracení, projímadel či diuretik. V roce 1979 anglický psychiatr Gepar Russell publikoval článek, ve kterém použil termín bulimia nervosa k popisu třiceti sledovaných případů. Označení bulimie se brzy stalo běžným a nahradilo všechny ostatní. (Krch, 1999)

1.2 Mentální anorexie

1.2.1 Charakteristika

Záměrné omezování příjmu potravy a následné hubnutí je charakteristické pro mentální anorexii. Toto hubnutí je doprovázeno tělesnými změnami, které jsou způsobeny malnutricí¹ či zneužíváním diuretik, laxativ a anorektik². Někdy je hubnutí doprovázeno zvracením. Přítomny jsou nejen tělesné změny, ale i změny psychické jako je depresivní syndrom, zvýšená dráždivost. Přítomné je také nereálné přesvědčení o nadváze pacientky. (Koutek in Hort, 2008)

„Vnímání vlastního těla je narušené, anorektické dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté, zejména v oblasti typických ženských znaků. Nemocným chybí náhled na situaci, mají tendenci své problémy popírat. Vzhledem k tomu nejsou ani motivováni k léčbě.“ (Vágnerová, 2004, s. 472)

Specifické typy u mentální anorexie

- ❖ Restriktivní typ - během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- ❖ Purgativní typ - během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

1.2.2 Diagnostika

Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod hmotností, která se předpokládá a nebo je tzv. Queteletův index hmoty těla (BMI) 17,5 a méně. Tento index je však proměnlivý s věkem. Tedy index 13,5 v 10 letech, ve 12 letech pak 14,2. Pacient si způsobuje snížení váhy sám. Vyhýbá se jídlu a užívá některé z následujících prostředků: vyprovokovaná defekace, vyprovokované zvracení, užívání anorektik a diuretik nebo nadměrné cvičení. (Koutek in Hort, 2008)

¹ Podvýživa je stav nedostatku živin pro správné fungování lidského organismu.

² Diuretika jsou močopudné látky, které povzbuzují ke zvýšené tvorbě moči. Laxativa mají projímavý účinek a anorektika jsou léky či látky, které potlačují chuť k jídlu.

Abychom mohli stanovit diagnózu mentální anorexie, musíme nejdříve vyloučit somatické či duševní poruchy, které mají a mohou mít stejné či podobné příznaky. Podobné příznaky mohou mít některá nádorová onemocnění, hypotalamické poruchy, tuberkulóza, a s některými anorektickými rysy se můžeme setkat i u toxikomanů. Objevuje se zde specifická psychopatologie. Přetrvává zkreslená představa o vlastním těle¹, která má charakter vtíravé myšlenky, a také velký strach z tloušťky.

Přítomny jsou také endokrinní poruchy. Hypotalamo-pituitární-gonádová osa se projevuje u žen amenoreou a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Endokrinní poruchy se projevují zvýšením hladiny kortizolu a růstového hormonu. Dále pak jsou také přítomny odchylky ve vylučování inzulínu a změna metabolismu tyreoidního hormonu. Pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo až zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty. (Koutek in Hort, 2008)

Nichols a Lask navrhli pro dětský věk následující kritéria:

- ❖ úmyslný úbytek tělesné hmotnosti,
- ❖ nepřiměřené vnímání a přesvědčení, jež se týká postavy či hmotnosti,
- ❖ patologické zabývání se postavou či hmotností.

Pro konečnou diagnózu mentální anorexie musí být přítomny všechny uvedené příznaky. Pokud jeden nebo více příznaků chybí, jedná se o atypickou mentální anorexii. (Koutek in Hort, 2008)

1.2.3 Klinický obraz

Začátek onemocnění bývá obvykle kolem puberty nebo později v adolescenci. Nejčastěji však po té, co se objeví sekundární pohlavní znaky. Dívka dojde k názoru, že je příliš silná a začne držet dietu. Jindy jsou za spouštěč označovány nevhodné výroky okolí na postavu dívky, nebo se jedná o zátěžovou situaci, ve které se dívka ocitla. Dietní opatření se stávají drastičtější, od omezování sladkostí až po omezování příjmu tekutin. K tomu se mohou používat další metody redukce váhy jako je

¹ V odborné literatuře se také ujal název „deviace body image“.

zneužívání laxativ, diuretik. Časté je cvičení, které má až nutkavý charakter. Postupná redukce může vést až ke kachexii¹. „Místo aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem“ (Krch, 1999, s. 21)

Přítomny jsou i psychické změny jako je depresivní syndrom, zvýšená dráždivost a ztráta zájmu o školní výuku, kamarády i koníčky. Průvodní příznakem je porucha tělového schématu. Dívka má i přes extrémní vyhublost pocit, že je stále silná a musí nadále usilovat o redukci své váhy. Objevuje se velký strach, že pokud se dívka nají, začne narůstat její váha. (Koutek in Hort, 2008)

Pocit hladu a chuti k jídlu postupně vymizí. Dívky se až nápadně zabývají jídlem. „Někdy se posedlost jídlem u anorektiček projevuje podivnými rituály při jídle. Krájí si jídlo na malé kousky, počítají, kolikrát přežvýkaly jedno sousto nebo kolikrát si ukously, někdy vypijí sklenici vody po každém soustu, jedí bez vidličky nebo si vytvoří jiný zvláštní způsob jedení“. (Maloney, 1997, s. 62) Tyto rituály mají plnit několik funkcí. Pomáhají zamaskovat a utajit sebehladovění před ostatními a pomáhají dívkám uvěřit, že ovládají příjem potravy a tím i svůj život. Zaměřením se na rituál také napomáhá zapomenout na nepříjemné pocity, které by si jinak musela uvědomovat. Do pozadí se tak dostávají konflikty s rodinou, přáteli, spolužáky. Dívka se tak soustředí například na to, jak rozkrájet čtvrtku jablka na 50 miniaturních kousků. Některé rituály se týkají i cvičení. Dívky cvičí proto, že se děsí tloustnutí i z toho mála, co s ní. Dívky mohou tajně cvičit třeba celou noc. Vymýšlí způsoby, jak cvičit ve škole. Když třeba sedí u stolu, otvírají a zavírají dlaně, pohupují nohou, jedí a přitom pochodují po místnosti. Bojí se zůstat chvíli v klidu. (Maloney, 1997)

K častým konfliktům s rodiči i okolím dochází v situacích, kdy se snaží dívku do jídla nutit. Dívka tento nátlak odmítá a začíná rodičům lhát a manipulovat s jídlem. Postupně se vztahy zhoršují. Nejedná se pouze o vztahy v rodině, ale zhoršují se i vztahy mezi přáteli a spolužáky. Dívka se straní společnosti a svým zájmům, které dříve měla tolik ráda.

¹ Kachexii lze definovat, jako silnou celkovou sešlost a patologickou vyhublost.

Mentální anorexie se závažným způsobem promítá do stavu tělesného. Chronická podvýživa se projevuje opožděnou pubertou. Přítomna je kachexie, amenorea¹, vypadávání vlasů, zvýšená lomivost nehtů a suchá kůže. Kůže může být pokryta ochlupením, tzv. lanugem. Toto ochlupení má zřejmě chránit tělo před chladem namísto chybějící tukové vrstvy. Dále se pak objevují symptomy jako je bolest břicha, zácpa, závratě, nehojící se infekce, podlitiny a nízký tlak. Děti mají sklon k rychlejší dehydrataci než dospělí, a také se u nich objevuje mnohem rychleji. Nutriční strádání zapříčiní mnoho metabolických změn, které se mohou projevit jako hypokalemická alkalóza, hypochloremie, hypokalemie. Hypokalemie se projevuje svalovou slabostí a může vést k arytmií a v některých případech až k srdeční zástavě. Dále se objevují změny v krevním obraze jako anemie, leukopenie a trombocytopenie. Z dalších laboratorních nálezů je to například snížená hladina tyreoidálních hormonů. (Koutek in Hort, 2008), (Maloney, 1997)

Rozpoznání prvních příznaků poruch příjmu potravy u dětí je velmi obtížné vzhledem k velice běžné vybíravosti v jídle, kdy na určité jídlo zrovna nemají chuť. Rodiče tak s dětmi mající poruchu příjmu potravy vyhledají odborníka, až když dojde k většímu úbytku tělesné hmotnosti. Je velmi důležité nepodceňovat tento stav, jelikož větší snížení tělesné hmotnosti je nebezpečné v tom, že váhový úbytek může u dětí ohrožovat jejich tělesný růst a celkový psychický vývoj.

Rozdíly mezi časným (do 14 let) a pozdějším začátkem anorexie (Krch, 2002)

- ❖ menší tukové rezervy a tedy rychlejší nástup zdravotních potíží, vyhubnutí a dehydratace je rychlejší
- ❖ možné opoždění až zastavení tělesného růstu, puberty i sexuálního zrání
- ❖ mentální bulimie začíná před 14. rokem zřídka, avšak mezi mladšími pacienty jsou ve větší míře zastoupeni chlapci
- ❖ děti jsou více důslednější v dodržování svých dietních pravidel, méně se objevuje přejídání, užívání laxativ i zvracení

¹ Amenorea znamená vynechání menstruace, nebo její nedostavení.

- ❖ na domluvy a snahu vykrmit reagují mladší pacienti s větším odporem než dospělí, jsou útoční, více agresivní nebo naopak, někdy se jejich chování mění ve dvou extrémech současně – tedy chovají se jako malé děti
- ❖ je s nimi těžká spolupráce při jejich léčbě, protože cíl léčby je pro ně jen těžko pochopitelný a snahu o vykrmování cítí jako nátlakovou
- ❖ v rodinách dítěte dochází k častým konfliktům, rodiče se cítí provinile, následuje vzájemné obviňování mezi rodiči, rodiče se soustředí na problematické dítě, ostatní sourozenci zůstávají stranou
- ❖ zapojení rodičů do léčby dítěte je nezbytné, zajišťují kontrolu nad příjmem jídla a tekutin
- ❖ nebezpečí narušení psychosociálního vývoje dítěte je výrazně vyšší

Takto vypadá mentální anorexie v praxi.



1.3 Mentální bulimie

1.3.1 Charakteristika

Mentální bulimii lze charakterizovat jako opakující se záchvaty přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Touha zůstat štíhlá veda k pocitům viny a ke snaze zmírnit přejedení vyvoláním zvracení. Na rozdíl od mentální anorexie si nemocní uvědomují své chorobné příznaky a většinou mívají snahu se svého přejídání a zvracení zbavit.

Specifické typy u mentální bulimie

- ❖ Purgativní typ - provádí pravidelně zvracení, zneužívá diuretika či laxantiva.
- ❖ Nepurgativní typ - používá přísné diety, hladovky a intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

1.3.2 Diagnostika

Neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po jídle spojená s epizodami přejídání konzumací velkého množství jídla během krátké doby. Potlačování „výkrmného“ účinku jídla následujícími způsoby: vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, fáze hladovění, užívání léků. Objevuje se zde psychopatologie, která spočívá ve velkém strachu z tloušťky. Často se v anamnéze objevuje dřívější epizoda mentální anorexie v intervalu od několika měsíců až několika let. (Koutek in Hort, 2008)

„S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy přibývá netypických pacientů, kteří nemusí splňovat všechna diagnostická kritéria. I tyto nevyhraněné nebo atypické případy však mohou mít závažné psychické a zdravotní obtíže.“ (Krch, 2000, s.15)

1.3.3 Klinický obraz

U mentální bulimie jsou charakteristické záchvaty až „vlčího“ hadu, při kterých je nemocný schopen sníst obrovské množství jídla. Energetická hodnota jednorázově snědené dávky jídla může mít 5-10 000 kcal (přibližně 20-40 000 kJ) a za celý den může dosahovat až 50 000 kcal (asi 210 000 kJ). Nejběžnější průběh dne je, že nemocný v průběhu dne hladoví a snaží se mít svou váhu i jídlo pod kontrolou. Navečer však tyto vnitřní kontroly selžou a nemocný se přejí. Mnohdy sní prakticky vše, co je v lednici

k dispozici pro celou rodinu. V průběhu přejedení často kombinuje neobvyklá jídla. Následuje typický pocit viny ze selhání, strach z tloušťky a přibrání na váze. Tento pocit viny nejčastěji kompenzuje vyvoláváním zvracení a všechno požití jídlo vyzvrací. Zpočátku jde vyvolávání zvracení nesnadně, postupně se však stává spontánní, stačí se jen předklonit. Nemocní pak zvracejí i několikrát denně, aniž by to chtěli. Na závislosti požitého jídla a četnosti zvracení, může hmotnost stagnovat či výrazně fluktuovat. Postupně se rozvíjí typický kruh: záchvat hladu, přejedení, pocit viny, zvracení, pocit selhání a nové přejedení. Tento cyklus se může během dne opakovat i několikrát. Ne vždy musí následovat zvracení, někdy se může jednat o zneužívání laxativ či následné excesivní cvičení. (Koutek in Hort, 2008)

Nemocní popisují tento cyklus přejídání a pročišťování jako neustálou bitvu o získání kontroly. V případě, že se přejídají, kontrolu ztrácejí, když se pročišťují, kontrolu zpátky získávají. Záchvaty přejídání pro ně představují útěk od všech svých pocitů. Jediným prostředkem, kterým lze potlačit úzkost je pro ně jídlo, a proto se celý den strukturuje kolem jídla. Musí si být jisti, že před nějakou důležitou událostí a nebo po ní, budou mít příležitost k přejedení a následnému pročištění, a tímto způsobem se i uklidnit. Jindy se zase obávají, že během dne budou mít více možností k přejedení a proto si vymýšlejí různé složité strategie, aby se jídlu vyhnuli. Někteří nemocní se přejídají po určitém podnětu nebo v reakci na určité mimořádné události, například kvůli školní písemce nebo neshodě s kamarády. (Maloney, 1997)

V psychopatologickém obrazu převládá nutkavá myšlenka na jídlo, váhu, štíhlost. Je zde přítomen velký strach z tloušťky. Přítomna je také emoční labilita, depresivní prožívání až suicidální tendence. U těchto nemocných se objevují problémy v oblasti vztahů s blízkými osobami, hlavně však s rodiči. V některých rodinách dochází k zamykání spíží a lednicí. Mentální bulimie je onemocnění, které je ekonomicky velmi náročné, proto se můžeme u nemocných setkat s krádežemi jak jídla, tak i peněz.

Při mentální bulimii se může rozvinout, stejně jako u mentální anorexii, rozvrat vnitřního prostředí. Při zvracení dochází k hypokalemické alkalóze. Hypokalémie může způsobovat únavu, spavost, srdeční arytmií a může vést až k srdeční zástavě. Opakované zvracení a následný snížený příjem tekutin může vést k dehydrataci organismu. Zvracení poškozuje zubní sklovinu a vede k následné kazivosti a vyvolává i retroaktivní zvětšení příušních žláz, což způsobuje také psychický problém.

V důsledku jejich zvětšení a otokům dochází k vizuálnímu rozšíření obličeje, což potvrzuje jejich pocit, že jsou příliš silné. (Koutek in Hort, 2008)

Takto vypadá mentální bulimie v praxi.



1.4 Etiologie

O etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho teorií, avšak každá hypotéza, či etiologický model má svá omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruch.

„Mezi výzkumnými a klinickými pracovníky, kteří mají dlouhodobou zkušenost s poruchami příjmu potravy, dnes většinou panuje shoda v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíž ...většina autorů však dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy.“ (Krch, 2000, s. 57)

Na vzniku poruch příjmu potravy působí především tyto vlivy:

- ❖ vlivy sociokulturní,
- ❖ vlivy rodinné,
- ❖ vlivy biologické,
- ❖ vlivy individuálně psychologické.

Dále sem můžeme zařadit vlivy společenské, jako je ideál zdravého štíhlého těla. Rozšíření poruchy ve 20. století souvisí s nadbytkem jídla, objevuje se zejména v zemích, kde je jídlo snadno dostupné. Dívky postižené anorexií bývají premorbidně často ctižádostivé, nápadně přizpůsobivé s perfekcionistickými rysy a s vysokými studijními ambicemi, přísně dodržující společenské normy. Na druhou stranu postrádají spontánnost a fantazii.

Poruchy většinou přichází ve vývojovém stádiu puberty a adolescence. V tomto období se kladou na jedince zvýšené nároky. Toto období má dva hlavní úkoly, které jsou psycho-sexuální zrání a snaha postupného osamostatnění od rodiny. V průběhu dospívání dochází k mnoha hormonálním změnám, které mohou ovlivnit chuť k jídlu, metabolismus, vztah k sobě samému i vlastnímu tělu. Také mohou ovlivnit náladu dospívajících. Vše se mění, vaše tělo, vaše jídelní návyky, vaše samotná představa o vás i okolním světě. Rodiče od dětí očekávají, že se budou chovat dospěle,

ale přitom s nimi zacházejí jako s dětmi. Nároky ve škole se stupňují, přibývají další povinnosti ve sportu a v mimoškolních činnostech. (Maloney, 1997)

V rámci onemocnění dojde k porušení vývoje v těchto dvou klíčových bodech. Jako jeden z faktorů vzniku onemocnění je často udáván strach z dospělosti a obava z přijetí mateřské role. Také proto se příznaky objevují s rozvojem sekundárních pohlavních znaků a po menarché.

Některé rodiny postižených dívek se soustřeďují na držení různých diet a pracovní úspěch. V rodině jsou tendence konflikty spíše zastírat než řešit. Genetické predispozice lze zjistit ve vyšším riziku onemocnění u sourozenců. Další rizikový faktor je přítomnost afektivních poruch a alkoholismu v rodině.

V etiopatogenezi onemocnění má význam také samo hubnutí. U osob, které ztrácí vyšší procento své tělesné váhy v průběhu hubnutí, byly zjištěny projevy některých symptomů mentální anorexie, jako je zvýšená dráždivost, ztráta zájmů a zabývání se jídlem. (Koutek in Hort, 2008)

1.5 Terapie

Léčba musí být komplexní a zahrnovat faktory biologické, psychologické a sociální. Znamená to zajistit přiměřený váhový přírůstek, zabývat se emočními potřebami nemocného, rodičů a vzít v úvahu úlohu školy a vrstevníků.

„Terapie bývá obtížná, individuální léčebný program kombinuje medicínský, psychologický a sociální přístup. Určitým problémem je častý negativní postoj anorektických pacientů k léčbě. Hlavním cílem lékařské péče je úprava příjmu jídla a odstranění stavu podvýživy. Psychoterapie je velmi důležitou složkou léčby. Nezbytná je práce s rodinou, proto bývá indikovaná i rodinná psychoterapie.“ (Vágnerová, 2004, s. 478)

Nejdříve se posuzuje zda je nutná hospitalizace nebo postačí léčba ambulantní. Nejčastější příčinou přijetí na lůžkové oddělení je výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií, dehydratace, známky oběhového selhání, depresivní syndrom a suicidální tendence. Důležité pro léčbu je poskytnout dostatek informací rodičům, a to jak ve formě literatury, tak ve formě sdělení o povaze potíží dítěte. Informace pomáhají omezit pocity viny, které často rodiče cítí.

V první fázi hospitalizace se hodnotí stav výživy a hydratace. Někdy se přistupuje k infuzní terapii pro závažné metabolické změny. Normalizaci somatického stavu vyžaduje pozvolnou, správnou a opatrnou realimentaci. Jíst by se měla strava lehce stravitelná v menších porcích a častěji. Podává se jídlo bohaté na bílkoviny a s nadbytkem vitamínů. Celková dávka se během jednoho až dvou týdnů postupně zvyšuje na 3 000-3 500 kcal. Postup realimentace¹ je závislý na spolupráci pacientky. Při nespoupráci nebo při somatických potížích je nutné přistoupit k sondování. (Koutek in Hort, 2008)

Psychoterapeutický a režimový přístup je nenahraditelnou součástí léčby. Základními psychoterapeutickými přístupy v léčbě mentální anorexie a mentální bulimie jsou metody kognitivně-behaviorální, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, skupinová a rodinná terapie. Volba metody je individuální. Závisí na věku, fázi onemocnění, motivaci a osobnosti pacienta. Psychoterapeutické přístupy je pak možno doplnit muzikoterapií či arteterapií. Kognitivně-behaviorální terapie si klade za cíl změnu patologické vzorce chování ve vztahu k jídlu, ve způsobu myšlení a postoj k vlastnímu tělu. Psychoanalytická a dynamická psychoterapie pomáhá pacientovi odhalit hlubší souvislosti vzniku onemocnění. Rodinná terapie je důležitá pro zlepšení a napravení vztahu pacienta a jeho rodiny. Skupinová terapie je tradiční součástí většiny léčebných programů a zaměřuje se na rozvoj sebeúcty. (Koutek in Hort, 2008), (Langmeier, 2000)

Nedílnou součástí léčby je farmakoterapie. Vzhledem k depresivnímu syndromu se podávají antidepresiva. U neklidu s výrazným napětím, negativismem a nutkavými projevy přicházejí v úvahu i antipsychotika. Jako podpůrné léky jsou vhodné vitamíny, doplnění chybějících minerálů. Medikace by se nikdy neměla používat bez současného nasazení dalších způsobů léčby. Gynekologická medikamentózní léčba patří do rukou zkušeného gynekologa, který rozhodne o vhodnosti navození menstruačního krvácení při nízké váze. (Koutek in Hort, 2008)

¹ Realimentace znamená obnovení výživy, zlepšení stavu výživy.

1.6 Dílčí závěr

Poruchy příjmu potravy představují závažné duševní onemocnění, které zahrnuje změny v oblasti psychické i somatické. Rozeznáváme dvě formy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Společné oběma onemocněním je touha po extrémně štíhlé postavě. Obě formy mohou přecházet jedna v druhou, nejčastěji však přechází mentální anorexie v bulimii. Vyskytují se často na počátku dospívání. Etiologii onemocnění můžeme označit jako multifaktoriální, tedy vlivy sociokulturní, individuálně psychologické, rodinné a biologické. Léčba musí být komplexní. Dle aktuálního stavu, jak tělesného i psychického, se posuzuje nutnost hospitalizace či možnost terapie v ambulantní formě.

2 VLIV SPOLEČNOSTI A MEDIÍ

Současný empirický výzkum je ve shodě s klinickou praxí na tvrzení, že poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí. Na základě rozsahu těchto změn je nesporná jejich kulturní a sociální podmíněnost. Významný je nejen vliv médií, sociální hodnota vzhledu a těla, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, role a postavení ženy ve společnosti, mění se životní styl, ale mnoho dalších nespecifických sociálních vlivů, jako zvýšená sociální úzkost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, úpadek jídelní kultury. (Krch, 2000)

2.1 Nemocný svět

Příčiny rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina autorů v rychle se měnící kultuře, která oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu.

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou téměř neznámé poruchy v zemích, kde hladovění není dobrovolnou volbou a nadváha zde nepředstavuje žádnou estetickou vadu či mravní selhání. Zde ztrácejí poruchy příjmu potravy svůj smysl. Oproti tomu v zemích ekonomicky rozvinutých obyvatelé tloustnou, ale jejich ideál krásy hubne. Ve studiích provedených v Japonsku či Argentině bylo zjištěno, že společnost, která se přizpůsobuje západním standardům života a tedy i krásy, začíná rychle trpět nespokojeností se svými tělesnými partiemi a pocíť tloušťky. (Krch, 2000)

„Zdá se, že pokud neprožíváme válku nebo deprivaci ve vnějším prostředí, nacházíme ji uvnitř sama sebe.“ (Bartlová in Sladká - Ševčíková, 2007, s.12)

Peggy Claudie-Pierre zdůrazňuje vzrůstající tlak okolí na děti, který vede k pocítům nedosažitelné dokonalosti. „Děti reagují mnohem citlivěji na rozpor, který je v naší společnosti. Na jednu stranu jsou lidé nuceni k dokonalosti, současně však vidí všechny ničím nezmírněné bolesti světa - chudobu, nemoci a smrt. Všechna média a celá naše společnost vykreslují náš nevyhnutelný osud v těch nejčernějších barvách a současně od lidí požadují nemožné - dokonalost. Dítě pak - v naději, že odvrátí nějaké nebezpečí hrozící jeho rodině nebo celé společnosti - zkouší stále více utěšovat ostatní a předcházet všem možným katastrofám.“ (Claudie-Pierre, 2001, s. 70)

2.2 Ideál krásy

Jedním z faktorů, který přispívá ke vzniku poruch příjmu potravy a nezdravému vztahu k vlastnímu tělu je celospolečenský důraz na vzhled a štíhlou postavu, zvláště u žen.

Dle americké feministické autorky Naomi Wolfové je mýtus krásy symbolem skutečnosti, existence společenské síly, která tvrdí ženám, že pokud chtějí být úspěšné, musí být i krásné. Mýtus krásy znamená nové omezení pro ženy, které získaly volební právo, mohly opustit domácnost a nastoupit do zaměstnání dříve určených mužům. Nikdy nekončící práce na vlastním vzhledu tak nahradila starost a práci v domácnosti. Hodnota ženy je přímo závislá na společenské „hodnotě“ jejího těla. Pokud chce být žena úspěšnou a uznávanou, musí být uznávaná i její tělo jako takové. Tělo se tak stává objektem péče a opatrování. Je mu věnována pozornost, jaká v jiných dobách byla věnována snad jen v antice.

Idealizování štíhlé postavy jako ideálu krásy je poměrně nové. Ve vyšší míře se objevuje zhruba od dvacátých let. Krátce po druhé světové válce začíná převládat styl vyžadující chlapeckou postavu. Ženy si stahovaly hrud' pomocí korzetů, cvičily ve snaze přiblížit se tomuto novému ideálu. Od třicátých do padesátých let minulého století se však módním ideálem staly hollywoodské hvězdy plnějších tvarů, jako Marilyn Monroe.

Naomi Wolf ve své knize Mýtus krásy dále uvádí že padesátá léta opět přinesla potěšení z přirozené plnosti ženských tvarů, protože myšlení žen se omezilo na ústraní domácnosti. Ale době, kdy ženy vtrhly do světa mužů, vyvstal před nimi společenský požadavek, který změnil vězení domácnosti na vězení těla. (Wolf, 2000)

Na počátku šedesátých let se opět stává štíhlost symbolem příslušnosti k vyšší společenské vrstvě. Ideálem mladých dívek se stává extrémně štíhlá britská modelka Twiggy. Podobný trend pokračuje i v sedmdesátých letech. Ideálem krásy osmdesátých let byla štíhlost, ale zároveň i fyzické zdraví, pozornosti se těšily modelky typu Claudie Schiffer nebo Cindy Crawford. Vychrtlé modelky nastupují na scénu v devadesátých letech. Tento trend přetrvává do dnes. (Brimová, 2006)

Vágnerová uvádí, že „pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem trpí častěji dívky. Současným ideálem je štíhlost, která je chápána jako nezbytný předpoklad atraktivity.

Mediálně prezentovaný vzor je velice blízký prepubertálnímu vzezření: dívka je hubená, bez boků a stehen, má dlouhé nohy. Modelky jsou akceptovány jako představitelky normy, i když jsou pouze určitou populační krajností. Přitom v adolescenci se mění ženská postava spíše opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí. Aktuální vzor krásy je pro většinu populace nedostupný. Přesto o něj dívky i mladé ženy usilují. A protože postava člověka, její hmotnost souvisí s výživou, mohou se mnohé subjektivní problémy projevit změnou vztahu k jídlu, případně až poruchou příjmu potravy.“ (Vágnerová, 2004, s. 465)

Z časopisů, televize se na Vás usmívají mladé, vysoké a štíhlé dívky s dokonalým úsměvem. Říkají Vám: „I vy byste měla být taková, a můžete taková být. Stačí, když budete držet dietu, koupíte si léky na hubnutí, necháte si vybělit zuby, podstoupíte liposukci, operativně zvětšíte prsa...“. Dnešním ideálem krásy se stalo štíhlé, pevné tělo odolávající známkám stárnutí. Synonymum slova „krásná“ znamená v nynější společnosti být úspěšná, obdivovaná a pro některé (bohužel) i šťastná.

Ideály krásy v našich dějinách

období pravěku



období renesance



současnost



2.3 Rodina

„Rodina je nejmenší sociální skupina, spojovací článek mezi jednotlivcem a společností.“ (Bakošová, 2008, s. 108)

„Přes všechny problémy a peripetie, kterými rodina ve svém historickém vývoji prošla, zůstává i na počátku nového století nepostradatelnou a těžko nahraditelnou institucí i pro dospělého člověka, natož pro dítě.“ (Kraus, 2008, s. 79)

2.3.1 Vliv rodiny a výchovy na vznik poruch příjmu potravy

„Pacienti s poruchami příjmu potravy nás naučili tomu, že na tuto poruchu má rodina zcela zásadní vliv, jak na její vývoj, tak na její uzdravení“. (Chvála, 2006, s. 5)

Souvislost vzniku poruch příjmu potravy a vlivu rodiny je často diskutovaným tématem. Někteří odborníci uvádějí, že funkčnost rodiny v riziku vzniku onemocnění je spíše vedlejším faktorem, jiní ji považují za hlavní faktor. Teorie, které kladou přílišný důraz na vliv rodiny zpochybnil například František Krch. Uvádí, že neexistuje typický rodinný model pro vznik poruch příjmu potravy. Avšak připouští, že v rodinách nemocných se můžeme častěji setkat s obezitou, dietami a posedlostí po zdravé výživě.

Poruchy příjmu potravy, to je především nadměrný strach z tloušťky spojený s nevhodnými jídelními návyky. Obojí má zdroj v určitých životních podmínkách, které je mohou dále posilovat. Rodina znamená u dospívajících rozhodující zdroj zkušeností. Z rodinných charakteristik bývá nejčastěji dáována do souvislosti s výskytem poruch příjmu potravy nadváha nebo diety a další nevhodné jídelní návyky v rodině, kritický komentář týkající se jídla, tělesného vzhledu, hmotnosti a přílišné zaměření na cíl.

Na rodinu může být také pohlíženo jako na zprostředkovatele kulturních hodnot, které se spolupodílí na utváření určitých očekávání a sebehodnocení. Zvláště významná je role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy, představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků, životního stylu a při formování představy o nepostradatelné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů. Něktěrymi autory je v souvislosti s rozvojem poruch příjmu potravy poukazováno na vysoká očekávání a kritičnost rodičů na nedostatečnou péči a empatii.

Ulrika Schmidt a její kolegové připomínají v souvislosti s rozvojem mentální bulimie tyto rodinné rizikové faktory:

- ❖ afektivní porucha, alkoholismus nebo obezita v rodině,
- ❖ deficit v rodičovské péči v dětství spojený se spory a neshody v rodině, zanedbáváním a fyzickým nebo sexuálním zneužíváním.

V závěru práce ale připomínají, že zmíněné nedostatky v rodičovské péči se vyskytují i u pacientů trpících depresí, závislostí na alkoholu a osobnostní poruchou. (Krch, 2006a)

2.3.2 Rodinná anamnéza

Rodiče mohou dlouho přehlížet chorobné jídelní návyky a vyhublost svých dětí. Později jsou vyděšeni, netrpěliví a chtějí by problém vyřešit, pokud možno bez rozporů. Spoléhají pak na intervence lékařů, vážné kroky odkládají a s postoji svého dítěte mají tendenci smlouvat. Hledají příčinu a navzájem se obviňují. Problémy v manželství nebo neshody v soužití nejsou specifickou příčinnou poruch příjmu potravy, jen mohou vytvářet prostor pro hypotézy jejího vzniku a pro obranu proti změně. Nemocnému se tak naskytuje větší možnost k manipulaci se svým okolím a důvod navíc proč ve svém jednání pokračovat. Rodiče si často vyčítají své reakce a postoje v souvislosti s rozvojem poruchy. Dle I. Eislera z britského institutu of psychiatry, jídlo, jídelní chování a starosti, které porucha vyvolává, prostupují rodinnou strukturou a ovlivňuje její každodenní rodinný život. Podobný proces probíhá i v ostatních rodinách, které se vyrovnávají s chronickou nemocí svého dítěte. Účinná intervence má vést k porušení nevhodných návyků a k potlačení vlivu faktorů udržujících poruchu. (Krch, 2006b)

Existují popsané charakteristické rysy rodičů nemocných s poruchou příjmu potravy, avšak toto posuzování nevedlo k jednotlivé shodě mezi autory a v současnosti je věnováno více pozornosti rodině jako celku se specifickými interakcemi. Matky anorektických dívek bývají charakterizovány jako snížene empatické k potřebám dítěte, ulpívající na pořádku a perfektnostech, zklamané vlastním profesionálním neúspěchem, který obětovaly dětem. Dcery mohou nevědomě pociťovat vinu vůči své matce. Otec je charakterizován jako nepřítomný v rodině, zaměstnaný vlastní prací a odmítající

se podílet na ženském světě rodiny. Objevují se i charakteristiky otce jako zklamaného manželkou a idealizující si svoji dceru. (Kocourková, 1997)

Kocourková a kol. ve své publikaci dále uvádí, že dle Maloneyho a Kranzové se poruchy příjmu potravy často vyskytují v rodinách, kde se z nejstarší dcery stává „maminčina nejlepší kamarádka“ nebo „tatínkova malá ženuška“.

Nové výzkumy podporují tezi, že poruchy příjmu potravy jsou nejenom problémem rodinný, ale také geneticky podmíněný. Genetická dispozice může spočívat v dědění některých povahových rysů citlivých na stres a úzkostných rysů, které jsou pro vznik onemocnění rizikové. A také tělesná hmotnost, rozložení tuku v těle a mechanismy energetické rovnováhy podléhají genetické kontrole. (Papežová, 2003)

2.3.3 Primární prevence v rodině – vhodné výchovné postupy v rodině

Problémy poruch příjmu potravy lze shrnout do tří základních okruhů:

- ❖ manipulativní zacházení s jídlem,
- ❖ problémy kontroly a sebekontroly,
- ❖ problematický vztah k sobě.

Výraz „manipulativní“ můžeme definovat jako chování, kterým se snažíme změnit jednání či prožívání jiného (např. člena rodiny). Pomocí jídla se může snažit rodič ovládat své dítě a dítě může ovládat své rodiče.

V dětství jsme často jídlem odměňováni nebo trestáni. Když jsme hodní a posloucháme rodiče, dostaneme nějakou sladkost. Když ale neposloucháme, nedostaneme ji. Tak se učíme, že jídlo neslouží jen k obživě nebo k příjemným pocitům, ale stává se z něj také určitá forma prosazování vůle rodičů. Není nic špatného na tom, když dítě odměníme něčím dobrým, nebo mu to za trest naopak nekoupíme. Problém nastane v případě, kdy je na způsobu odměňování a trestání prostřednictvím jídla kladen příliš velký důraz.

Dojídání je dalším jevem, který souvisí jak s manipulacemi, tak s učením sebekontroly. Povinnost sníst vše, co je na talíři, patří k častým rodinným zvykostem. Pochvala dítěte nebo alespoň úleva rodiče nastává, když jeho dítě nakonec svoji porci přeci jen zdolá.

Dítě se tak učí hned dvě věci:

- ❖ jasně vnímat, že má v rukou pocity radosti, nebo vzteku,
- ❖ množství jídla, které dítě musí sníst, nezávisí na jeho potřebách a pocitu hladu nebo sytosti, ale na úsudku rodičů.

Tedy odměna a trest formou jídla nesmí být časté. Spíše posilovat funkci jídla jako společné stolování, což pomáhá pozitivně upevňovat rodinu. Dítě bychom do jídla neměli nutit, pokud sní málo, nesmí se již dojídat sladkostmi, tím přijde na to, že pokud se dostatečně nenají bude mít hlad. (Kulhánek, 2009)

Peggy Claude-Pierre v knize Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy uvádí, že vývoj dítěte, který probíhá bez správného vedení jeho rodičů a bez vhodného zázemí, vede ke stavu, kdy je dítě stále více zmatené a nechápe svoji roli ve společnosti. Pokud si dítě není jisté tím, co od něj rodiče očekávají, nemůže si vytvořit svoji vlastní identitu. Přebírá odpovědnost za celou rodinu a snaží se o zdokonalení sama sebe. V konečném stádiu neúspěch ze snahy o dokonalost vede k pocitům méněcennosti. Tyto pocity vedou u nemocných s bulimií k stále větším záchvatům přejídáním a k následným „očistám“ a u pacientům s anorexií k touze po stále větší štíhlosti. Dále uvádí: „Myslím, že se v dnešní době přenáší na děti zodpovědnost za různá rozhodnutí příliš brzy. Je méně pravidel, méně jistot, méně jasných postojů. Rodiče pravděpodobně nechtějí příliš ovlivňovat vývoj svých dětí, protože v dnešní společnosti jsou si lidé obecně méně jisti svým okolím, a tím i svou rolí v životě. Možná je to právě náš přehnaný respekt k individualitě našich dětí, který způsobuje, že pro ně nevytváříme tak potřebná pravidla a jistoty“. (Claudie-Pierre, 2001, s. 91)

Rodiče by měli budovat sebedůvěru a rozvíjet osobnost svých dětí. Právě nízká sebedůvěra a strach z možného selhání jsou častými výchozími symptomy narušených jídelních postojů, které vedou k poruchám příjmu potravy. Požadavky, které rodiče kladou na své děti, by měly být vždy splnitelné a brát ohled na schopnosti dětí. Dítě by mělo vědět, co se od něho očekává, nemělo by být v nejistotě. Také při budování hodnotového systému dětí, mají rodiče nezastupitelnou úlohu, a proto by měli dětem vysvětlit, že v životě jsou důležitější hodnoty, než jen fyzická krása. Pokud mají rodiče více dětí, měli by ke všem přistupovat stejně. A co je nejdůležitější, děti by měli vědět, že je rodiče mají rádi právě takové, jaké jsou.

2.4 Média a jejich vliv

Tlak médií, které v dnešní době bezprostředně patří do našeho života, ovlivňují nejen dospělé, ale i děti. Uspěchaná doba, ve které žijeme, k tomu jen přispívá. Rodiče nemají čas na své děti a ty jej tráví na internetu, hraním počítačových her a sledováním televize. Tyto média však ukazují dětem nereálné vzory, před kterými se jen málokteré „ubrání“.

„Křehká dětská duše získává informace často především z televize a ostatních médií, které se honí za senzací a znehodnocují základní principy humanity. Děti jsou vystaveny nepřetržitému proudu negativních informací ve věku, kdy ještě nejsou schopny patřičného odstupů a nadhledu“. (Claudie-Pierre, 2001, s. 68)

Výzkum společnosti Factum invenio na téma „Dětské sebevědomí ve vztahu k fyzické kráse prezentované v médiích“ proběhl v měsících září a říjnu roku 2008 mezi 439 žáky šestých tříd základních škol a žáky primy víceletých gymnázií v Praze a několika dalších moravských městech. Dle výsledků by na sobě něco změnilo téměř 85 procent dívek, a dvě pětiny dívek si myslí, že štíhlá postava je důležitá pro to, aby byli lidé v životě šťastní. Dívky obecně častěji než chlapci využívají různých rad a informací, které získají z časopisů. Rady ohledně postavy a držení diet někdy využije přibližně 46% dívek. S různými narážkami na svůj vzhled nebo postavu se ze strany jiných spolužáků setkala přibližně 56% dívek a 51% chlapců. Svědky zesměšňování některého ze svých vrstevníků kvůli jeho silnější postavě bylo 59% dívek a 52% chlapců. (http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_22.pdf)

Jednou z možností primární prevence je poskytnout co možno nejvíce informací ohledně poruch příjmu potravy. Mocným médiem je televize, avšak zde se většina informací o poruchách příjmu potravy vyskytuje v omezené míře a většinou ve spojitosti s nějakou celebritou. Podobně je na tom většina časopisů. Dalším mocným médiem se nepochybně stal internet, kde většina z nás hledá informace. Zde vznikají odborné stránky, na kterých lze předávat kvalitní informace všem, kteří je potřebují. Děje se tak formou interaktivních testů, článků, diskusních fór a kontaktů. Ale na druhou stranu internet dává prostor ke zveřejňování nekvalitních informací a vzniku takzvaných pro-ana a pro-mia blogů, kde se realizují ti, kteří svoji poruchu charakterizují jako životní styl.

Média tedy mohou být spojencem při prevenci poruch příjmu potravy, ale na druhou stranu i nepřítelem. Je nutné, aby se je odborníci naučili využívat při zmírnění nátlaku na nereálné ideály krásy a tímto způsobem informovali veřejnost o patologickém zacházení s jídlem. (Kulhánek, 2009)

2.4.1 Thinspiration

Jistě jste ve svém okolí zaznamenali chlapce či dívku lehce depresivního vzezření s výrazně černě namalovanými očima, od hlavy až k patě v tmavém oblečení. Jedná se o nyní velmi moderní styl EMO. V poslední době se stále více rozmáhá nová vlna, a dle mého názoru mnohem nebezpečnější, Thinspo komunita.

Thinspiration vzniklo složením dvou anglických slov „Thin“, tedy hubený a „Inspiration“, což znamená inspirace. Nejčastěji je tento název užíván na takzvaných internetových pro-ana a pro-mia blocích k pojmenování jejich ideálů krásy. Tyto ideály mají však jedno společné, svoji nezdravou až extrémní štíhlost. První, co Vás na těchto stránkách přivítá je tučný nápis: „Mentální anorexie a bulimie není nemoc, ale životní styl“. Jsou zde prezentovány jídelníčky, které se často skládají jen z jediného jogurt a jablka za celý den. Dále zde naleznete tipy a triky jak zhubnout co možno nejvíce a jak svoji poruchu utajit před rodiči a okolím. Dívky se zde sdružují do celých blogerských komunit, vzájemně se podporují a popisují své zkušenosti. Na důkaz sounáležitosti s touto komunitou nosí barevně odlišené náramky. Červený pro označení onemocnění mentální anorexií a modrý pro mentální bulimii. Prezentují zde popisy své výšky, aktuální váhy, nejnižší váhy a hodnotu jejich „vysněné“ váhy.

Na některých stránkách jsem našla i návody, jak se stát jednou z nich. V jedné diskusi jsem narazila i na dotaz dívky, která zde prosila jiné o radu: „Ahoj, prosím pomozte, mám velký hlad, ale nechci přibrat, myslíte, že můžu sníst papír, není to nebezpečné?“ a reagovala na to jiná dívka: „Papír určitě nejez, je to nebezpečné. Zkus raději vatu.“ Velmi hojně se zde vyskytují příspěvky typu: „Ahoj, jsem zoufalá. Je mi 11 let a mám 40 kilo. Jsem hrozně tlustá, nemůžu se na sebe koukat. Takhle už to nejde. Musím to skončit!“

Tyto blogy anorexii či bulimii neřeší, udržují nemocné v tomto stavu a je jen otázkou, zda-li by tito nemocní nevyhledali odbornou pomoc už mnohem dříve.

Pro ilustraci, níže uvádím některé články z rubriky „Typy a triky“.

- ❖ Kamarádům řekni, že už jsi jedla doma a jsi plná.
- ❖ Rodičům řekni, že jsi jedla ve škole nebo u kamarádky.
- ❖ Jídlo splachuj do záchodu, ale pozor aby v záchodě po spláchnutí nezůstaly kousky jídla. Stopy zanechává např. špenát nebo různé omáčky. Prostě raději spláchni víckrát.
- ❖ Svou porci dej nenápadně psovi nebo kočce, ale pozor! Nikdy jim nedávej jídlo, které jim nechutná a nesní ho! Vyplivuj jídlo do neprůhledného hrníčku!
- ❖ Kdykoliv přijde řeč na tvou postavu, řekni že jsi se sebou spokojená a nic bys na sobě nezměnila. Když to někdo okomentuje tím, že se ztrácíš před očima řekni, že si váhu udržuješ a nesnažíš se shodit. Případně si postěžuj, že ti padají kalhoty, a že bys chtěla trochu přibrat.
- ❖ Nos volné oblečení, když na tobě půjde vidět, že rychle hubneš!
- ❖ Necvič před nikým, kdo tě zná!
- ❖ Občas vysyp brambůrky nebo vylij plechovku a obal nech někde se povalovat a řekni, že jsi to snědla.
- ❖ Řekni rodičům, že máš moc úkolů nebo že se jdeš dívat na film, tak si vezmeš jídlo do pokoje, a pak ho můžeš schovat a později vyhodit.
- ❖ Chod' často do kuchyně a např. otvírej ledničku, nebo šusti nějakým sáčkem, jako že jíš.
- ❖ Čas od času, zašpiň misku nebo talíř nějakým jídlem, jako že jsi jedla.
- ❖ Když ti někdo vnutí jídlo, řekni, že jsi plná, protože si jedla jinde.
- ❖ Nos těsnou gumičku kolem zápěstí a pokaždé, když budeš chtít jíst, tak ti gumička připomene, že chceš být hubená.
- ❖ Pijte dietní sodu nebo Pepsi, má jen asi 1kcal na 100ml a navíc zasytí.
- ❖ Uklid' nebo očisti něco nechutného, přejde tě chuť.
- ❖ Když sedíš, klepej si nohou nebo klepej tužkou, nikdy se nepřestávej hýbat.
- ❖ Studená voda spaluje více kalorií a teplá voda vyvolává pocit plnosti.

- ❖ Zahod' jídlo, když budeš mít pocit, že ho chceš sníst - vyndej to z obalu a něco k tomu dej, aby tě nenapadlo to pak vytahovat!!!
- ❖ Noste fotku vaší oblíbené inspirace (modelky, vás osobně) všude při sobě.
- ❖ Snaž se oblékat co nejméně (tělo musí vynaložit víc energie, aby se zahřálo).
- ❖ Jestli máš žravou, nepolykej to, rychle to vyplivni.
- ❖ Sabotuj všechno jídlo (najdi si odůvodnění ke každému jídlu proč zrovna to bys neměla jíst, vše si znechut').
- ❖ Pamatuj si, že THINSPIRATION je váš nejlepší přítel.
- ❖ Nauč se milovat ten prázdný pocit ve tvém žaludku.
- ❖ Když budeš mít bolesti z hladu, schouli se do klubíčka a nebo to zaspí.
- ❖ Káva zmenšuje chuť na jídlo.
- ❖ Pokud dostaneš opravdu velký hlad, (žravou) jdi se projít, čerstvý vzduch ti pomůže přestat myslet na to jídlo.
- ❖ V nejhorším tu jsou vždycky projímadla nebo zvracení.

(http://www.thin-dee.estranky.cz/clanky/ana-a-mia/jak-skryt-anu_ 12. 12. 2009)

(<http://www.thin-dee.estranky.cz/clanky/ana-a-mia/anicky-tipy-2> 12.12. 2009)

Ukázka fotografií z pro-ana stránek.



2.5 Dílčí závěr

Poruchy příjmu potravy dnes postihují mladá děvčata a chlapce napříč širokým společenským spektrem, prostupují různé sociální vrstvy s rozdílným rodinným zázemím i vzděláním. Společnost je poháněná touhou po „dokonalé image“ a živená reklamou. Reklamou, která podporuje a propaguje nezdravou štíhlost. Rodiče a okolí dítěte často nevěnují pozornost varovným signálům a nebo nemají dostatek informací o těchto poruchách, a pokud snad zpozorní, bývá již většinou pozdě. Náprava musí začít u celé společnosti, každého jedince ve formě zajištění dostatečných a kvalitních informací. Jen tak se můžeme zamyslet nad aktuálními hodnotami naší společnosti a můžeme s nimi do budoucnosti něco dělat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ

KASUISTIKY

Následující kasuistiky dětí trpících poruchami příjmu potravy byly získány na specializovaném zdravotnickém pracovišti, které se terapií a touto problematikou zabývá.

3.1 Kasuistika dívky s diagnózou mentální anorexie č. 1

Dívka, 12 let

Diagnóza

Dvanáctiletá dívka s příznaky restriktivní formy mentální anorexie, manipulace s jídlem, zvýšená tělesná aktivita, zkreslené vnímání tělesného schématu, bez náhledu na onemocnění, racionalizace potíží.

- ❖ Mentální anorexie
- ❖ Střední protein - energická podvýživa
- ❖ Primární amenorea

Rodinná anamnéza

Otec dívky narozen v roce 1962, vystudoval SOU a nyní pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná, zdravý. Matka narozena v roce 1968 vystudovala SŠ, nyní na Úřadu práce, zdráva. Jedná se o první manželství obou rodičů. V roce 1988 porodila matka za svobodna svého syna. Syn žije samostatně, v rodině však bydlel do svých 13-ti let, pak odešel k babičce, dle matky zde měl více „volnosti“. S matkou se stýká. V rodině nebyla zjištěna žádná psychiatrická heredita.

Osobní anamnéza

Dívka narozena z druhé gravidity matky. Porod byl spontánní a v termínu. Kojena byla šest měsíců. Chodila do jednoho roku, hygienické návyky od dvou let. Dívka

neprodělala žádné vážné úrazy či operace. Alergie nejsou známy. Hospitalizována byla v páté třídě pro dlouhodobý horečnatý stav, dle matky se jednalo o těžší virózu.

Do mateřské školy nechodila a do základní školy nastoupila v šesti letech. Dle matky se učí výborně, má samé jedničky. Po příchodu ze školy se učí každý den přibližně jednu hodinu. Do školy se připravuje samostatně. Co se týká zájmů: ráda čte, kreslí, má ráda zvířata, doma má kočku. Kamarády má, ale chodí s nimi ven málo. Od září, co má problémy s jídlem s nimi nechodí ven vůbec. Povahově klidná, dříve spontánní, veselá. Nyní však zamlklá a uzavřená.

Nynější potíže dle rodičů dívky

V polovině října se vrátila ze seznamovacího pobytu v šesté třídě na tři dny. Po návratu začala odmítat sladkosti, jedla stále menší porce jídla a začala hubnout. U dětské lékařky byla dívka vyšetřena. Dle lékařky v únoru 2009 vážila na preventivní prohlídce 38 kg, nyní zhubla na 29 kg. Lékařkou byla odeslána k hospitalizaci. Důvod hubnutí se od dívky nepodařil zjistit. Otec přiznává, že někdy vedl kritické poznámky na obézní lidi, ale vzhled dcery nikdy nehodnotil. Dle otce, v sousedství začala kamarádka dívky držet dietu nebo možná dcera slyšela ve škole nějaké poznámky spolužáků. Dále udává, že začátkem školního roku se o dceru začali zajímat chlapci. Otec také zjistil, že na internetu navštěvuje „seznamky“, dostává pak nabídky od starších mužů, někdy i s pornografickými obrázky a vulgárními nabídkami. Otec jí tyto aktivity zamítnul. Stanovisko dcery však nezná.

Když matka zjistila úbytek váhy, začala dceru do jídla nutit, avšak dívka nepřibírala. Nad stravováním ve škole rodiče nemají přehled. Váhu rodiče zakoupili až před Vánocemi, během svátků otec dívku denně vážil a stoloval s ní. Dívka začala jídlo schovávat do oblečení, nechávala jej v puse a nelze vyloučit ani zvracení. Dle matky potají cvičila. Často slyšela dupání a skoky, když ale přišla do místnosti, dcera přestala. Se svým vzhledem je dívka spokojená, nevnímá se jako hubená. Hospitalizaci dívka přijímá podrobně, avšak motivace k léčbě je sporná. Během poskytování informací spolu rodiče minimálně komunikují, často jsou naznačeny protichůdné názory.

Rozhovor s dívkou

Dvanáctiletá dívka přichází k rozhovoru ochotně. Dívčin zevnějšek je upravený. V průběhu rozhovoru reaguje zdrženlivě až vyhybavě. Sděluje, že chodí do šesté třídy.

Ve škole ji nejvíc baví tělocvik, ráda však skáče přes švihadlo, ještě v létě trénovala přeskoky, ale nyní už ne. Jiné cvičení či aktivitu popírá. Na známkách ve škole jí záleží. Má samé jedničky, snesla by maximálně dvojky. Školu, ale nemá ráda, bere ji jako zátěž, raději by byla venku s kamarádkami. Doma je spokojená, hodně si rozumí s mamkou, je ráda, když jsou spolu a pomáhá ji s domácími pracemi, ráda teď vaří. S bratrem se nestýká. S otcem má vztah normální, ale nesvěřuje se mu. Rodina ráda tráví společný čas formou výletů do přírody či prohlídek hradů. Společné akce organizuje otec. Má několik kamarádů ve škole, přes prázdniny s nimi byla často, během zimy však méně, většinou byla doma. Vysvětluje to tím, že nemá ráda zimu. Dále vypráví o své kočce. Náladu popisuje jako normální. Pokles váhy se nedovede vysvětlit, myslí si, že se nyní snaží a jakékoliv manipulace s jídlem, zvracení a cvičení popírá. Chtěla by prý přibrat, ale nejde to. Někdy má pocit plnosti, že by už více nesnědla. Sladké vynechává, protože na něj nemá chuť. Když jí otec nutí do jídla, má na něj zlost, nebrání se. Říká vždy, že už nemůže. V nemocnici je proto, že je nemocná. „Možná“ by chtěla nemít starosti kolem jídla, aby bylo vše jako dřív. Zájem kluků o svou osobnost bere bezproblémově: „jsou to jen kamarádi.“ Ráda čte detektivky a chtěla by zažít nějaké dobrodružství. Přeje si jet v létě na tábor. S kamarády je v kontaktu přes internet a mobil.

Důležité okolnosti v průběhu léčby.

V průběhu léčby se matka v individuálním pohovoru svěřila psychologce, že je manželem napadána, bita, ponižována a je omezována její svoboda a to často za drobné prohřešky. Uvedla, že jí manžel vyhrožuje zabitím i zabitím její matky. Při pohovoru měla v obličejí hojící se modřinu. Byla jí doporučena návštěva lékaře. Dále byl informován Orgán sociální péče o dítě. Z dalších vyšetření nebylo zjištěno, že by byla dívka týrána, zneužívána či jinak zanedbávána. Dle matky na ni otec někdy nadměrně křičel, ale dívka sama ovšem nic takového nesdělila. V psychologických testech však vychází najevo, že konflikty doma dívka vnímá, přesto má k oběma rodičům kladný citový vztah.

Šetření sociální pracovnice.

Dle šetření sociální pracovnice vychází najevo, že v rodině dochází k fyzickému i psychickému týrání matky ze strany otce. Otec bránil matce v kontaktech s okolím, izoloval ji a zakázal jí mít u sebe mobilní telefon. Pravidelně kontroloval hovory na pevné lince. Dával ji k dispozici minimální finanční prostředky. Otec matku fyzicky napadal na méně viditelných místech. Matka by prý od manžela ráda odešla, ale bojí se. On ji přesvědčuje, že dceru dostane do péče. Dále bylo zjištěno, že syn matky byl ve svých 13-ti letech odstěhován od otce, kvůli jeho teroru, k babičce. Nebylo však zjištěno, že by otec fyzicky týral i dceru.

Další průběh událostí.

Úřad, kde bylo řešeno domácí násilí, podal trestní oznámení a otec byl zatčen. Nyní je ve vyšetřovací vazbě. Matka se odstěhovala i s dceřinými věcmi k bratrovi a jeho rodině. Zde byly vše přijaty a mají k dispozici dva pokoje. Matka si hledá za pomoci švagrové práci. Začala také o sebe více dbát a vnímá úlevu z řešení problému. Otec, dle vyšetřování, nic nepřiznal a matka nemá dostatek důkazů o pácháním domácího násilí. Matka také po poradě s psychologem sdělila tyto události dceři. Ta to akceptovala a je ráda, že bude doma klid. Dále matce pověděla, že je ochotna vypovídat a říct, co se doma dělo. Matce se svěřila, že do té doby nechtěla na víkend domů. Nyní se však těší a to i do nového domu. Akceptuje i plánovanou změnu školy. O otci však mluvit nechce.

V průběhu léčby dochází k vyjasnění situace v rodině. Během dne sní dívka přibližně $\frac{3}{4}$ porce jídla. Dochází k pozvolnému nárůstu váhy. Po jídle má často pocit plnosti a občas vynechá večeře. Dívka má stále příznaky, jako obavy z tloušťky a omezování porcí. Dochází však ke zlepšení náhledu na onemocnění. Nadále je nutná hospitalizace a vzhledem k onemocnění a rodinným událostem i pokračující psychoterapie.

3.2 Kasuistika dívky s diagnózou mentální anorexie č. 2

Dívka 13 let

Diagnóza

- ❖ Mentální anorexie
- ❖ Střední protein-energická podvýživa
- ❖ Primární amenorea

Rodinná anamnéza

Matka narozena v roce 1971, pracuje jako dispečerka u drah, zdráva. Otec narozen v roce 1973 pracuje jako policista, zdrav. Dívka má jednoho sourozence a to bratra, kterému je osm let a chodí do základní školy, zdrav.

Osobní anamnéza

Dívka narozena z druhého těhotenství matky, narozena 14 dní před termínem. Poporodní adaptace dobrá, kojena byla přes rok. Psychomotorický vývoj v normě. Od čtyř let navštěvovala mateřskou školku. Do základní školy nastoupila s ročním odkladem. Nyní navštěvuje sedmou třídu základní školy, prospěch má výborný. Na posledním vysvědčení měla samé jedničky. Ve škole ji baví hudební výchova, a také chodí do keramického kroužku. Dívka bydlí v rodinném domku společně s rodiči a bratrem. Manželství rodičů je pro oba první a trvá 16 let. Rodinné soužití je klidné. Dívka sdílí pokoj s mladším bratrem. Citově má blíže k matce, ale nesvěřuje se jí. Otec je výchovně přísnější.

Nynější potíže

Prvních obtíží si matka všimla na jaře. Dívka byla s babičkou na horách v zahraničí. Babička po příjezdu „referovala“ rodičům, že vnučka málo jí, pije a celkově je slabá. Stav se začal nadále zhoršovat. Dívka dále nejedla, cvičila a hubla. Maximální váhu měla 37 Kg. Před prázdninami vážila 32 kg. Začali se hledat somatické příčiny. Matka již v této době tušila psychickou podstatu potíží. V průběhu prázdnin, kdy byla u babičky, došlo ke zhoršení. Na podzim pak jedla pod dohledem a váha postupně narůstala.

Na konci listopadu dívka onemocněla virózou a došlo ke zhoršení fyzického i psychického stavu. Dle matky jí dívka doma pouze pod dozorem. Snaží se, aby jedla i ve škole, ale jistá si není. Dle matky nyní necvičí, nezvrací a neužívá žádná projímadla. Dívka matce říká, že ví, že je hubená a málo jí, ale má strach přibrat. Matka jako možnou příčinu udává problémy ve škole a posměch spolužáků. Říká, že se dívka povahově změnila v „pravý opak“. V měsíci prosinci byla při váze 27,5 kg a výšce 146 cm doporučena hospitalizace. V průběhu hospitalizace se dívčin stav výrazně zlepšil. Dívka přibírá na váze, vtíravé myšlenky se nadále vyskytují, avšak v mnohem menší míře. Víkendy trávila doma.

Rozhovor s dívkou

Dívka přichází k rozhovoru ochotně, zevnějšek upravený. Dívka je mírně lítostivá. Sděluje, že chodí do sedmé třídy, letos po domluvě s rodiči změnila třídu. V původní třídě se cítila odstrčena, téměř nikdo ze třídy se s ní nebavil. Před tím měla ve třídě jednu dobrou kamarádku, která se s ní však po prázdninách náhle přestala bavit. Dle dívky pak strhla na svou stranu všechny ostatní spolužáky. Nyní navštěvuje sousední třídu, kde se cítí dobře. Zná zde spoustu dětí, kamarádila s nimi již dříve. V minulé třídě několikrát od kluků zaslechla poznámky na svou postavu. Ona sama si také myslela, že by měla trochu zhubnout. Začala méně jíst a přestala jíst sladké. Začala často na jídlo myslet a po jídle měla velké výčitky. Když šla váha hodně dolů, začala více jíst, ale moc se jí to nedařilo. Má velký strach, že začne rychle přibírat a kvůli tomu strachu nemůže jíst. Doma se jí daří jíst, ale ve škole jí málo, nejí polévky a málokteré jídlo jí chutná. Myšlenky na to, co bude jíst má každý den. Tyto myšlenky ji obtěžují a chtěla by se jich zbavit. Někdy se jí to podaří, hlavně když je s kamarádkami.

Sděluje, že by se chtěla uzdravit, hlavně kvůli mamince, která je teď velmi smutná a často pláče, chtěla by jí pomoci, ale neví jak. S mámou si rozumí nejvíc z celé rodiny. Vztahy doma líčí jako velmi dobré: „Všichni se máme moc rádi“. Táta jí slíbil nový pokoj, pokud se jí podaří přibrat. V současnosti má pokoj dohromady s bratrem. Někdy je na bratra našťvaná, ale jinak si rozumí. Ráda vyrábí výrobky z keramiky, různé korálky a přívěšky. Před Vánoci si takto vydělala kolem 1000 Kč a byla na sebe pyšná. Teď ji to ale už moc nebaví. Ani s kamarády se nestýká tak, jako dřív. Náladu má poslední dobou zhoršenou, ale to taky proto, že musela do nemocnice, protože hůř snáší

odloučení od rodiny. Má strach, že by mohla kvůli anorexii umřít. Často se taky bojí o ostatní členy rodiny. Loni už začala chodit s kluky ze třídy. O jednoho měla zájem a druhý spolužák si ji našel sám. Oba vztahy už skončily, nikoho nehledá a ani nemá potřebu.

3.3 Kasuistika dívky s diagnózou mentální bulimie

Dívka 15 let

Diagnóza

- ❖ Mentální bulimie
- ❖ Primární amenorea

Rodinná anamnéza

Matka narozena v roce 1969, vystudovala střední průmyslovou školu, zdráva. Otec narozen v roce 1965, vysokoškolák, zdrav. Rodiče pracovali v rodinné firmě společně s dosti dominantními rodiči matky. Matka z firmy odešla a nyní je nezaměstnaná a hledá si práci. Dívka má sestru o tři roky starší, samostatná, nyní spíše žije v rodině přítele.

Osobní anamnéza

Psychomotorický vývoj v normě. V roce 2007 byla dívka hospitalizována pro kolapsový stav. V roce 2008 hospitalizována v Praze pro mentální anorexii. Ve čtyřech letech nastoupila do mateřské školky v šesti letech pak do základní školy. Nyní je ve třetím ročníku šestiletého gymnázia. Má výborný prospěch, skoro samé jedničky. Ve škole je spokojená, jen v posledním ročníku si moc nerozuměla s kamarádkami. Cítila se opuštěná.

Dosavadní léčba

Od roku 2006 dochází do psychiatrické ambulance. V roce 2008 byla hospitalizována pro atypickou mentální anorexii. Dochází na psychoterapii, kineziologii a do svépomocné skupiny.

Nynější potíže

Dívka od jara 2007 radikálně změnila jídelníček. Chtěla jíst zdravě a trochu zhubnout. Střídala období absolutních hladovek, které pak přecházely v tendence k přejídání. Postupně se přidává nutkavé přesvědčování o tom, že netloustne. V poslední době se nechává po jídle opakovaně ujišťovat od matky. Někdy se po jídle tluče do břicha. Vysvětluje to tím, že se obává, aby se nic špatného nestalo jejím blízkým,

když se nají. Posledních několik měsíců během dne hladoví, večer se přejí (hlavně sladkostí) a pak zvrací. Má tendenci si jídlo drobit na malé kousky.

Rozhovor s dívkou

Dívka přichází k rozhovoru upravená a dobře naladěná. Sděluje, že v posledních týdnech již byla vyčerpána z toho, jakým způsobem se stravuje. Přes den hladoví, večer se přejí a následně zvrací. Zároveň omezila svoje zájmy, přestala se stýkat s kamarády. Když mluví o disharmonii mezi svými rodiči je plačtivá. Během pohovoru se nechává opakovaně ujišťovat o tom, že nebude muset přibrat. Dívka také sděluje, že má nutkavé potřeby se poškozovat. Na pravé ruce na předloktí má povrchové řezné poranění. Nechce se zabít, spíše se jedná o formu trestu, za její chování. Dívka nebyla nikdy spokojená se svým tělem. A co se týká jídla, sděluje, že již od malinka byla „vybíravá“. Vždy nejraději sáhla po sladkostech a trucovala kolem jídla, ale nikdy to nebylo, jak říká, nic důležitého. Zlom svého postoje pocítuje kolem 12 roku. Klíčový moment byl rozchod s její „nejbližší spřízněnou dušičkou“ kamarádkou. Popisuje vztah rodičů a „křivdu“, kterou jí tatínek provedl. Našel si novou přítelkyni.

4 POROVNÁNÍ, VYVOZENÍ ANALOGIÍ

Na základě informací a zkušeností jsem přesvědčena, že u poruch příjmu potravy existují určité analogie.

Srovnáním výše uvedených případů lze vyvodit následující analogie.

- ❖ Prvním a zásadním jevem, který je všem dívkám společný a bývá odborníky označován za „spouštěč“ poruch příjmu potravy, je držení redukčních diet. Slova, která slyšíme velmi často u většiny nemocných: „Chtěla jsem jen trošku zhubnout...omezit sladkosti...jíst zdravě.“ Držení diet, z jakéhokoliv důvodu, může vést k poruše příjmu potravy.
- ❖ U všech třech dívek s poruchou příjmu potravy převládá patologický strach z tloušťky, který má u jedné z dívků až charakter vtíravé myšlenky. Strach z tloušťky je tak silný a vytrvalý, že málokterý argument, který použijete, má u dívky pozitivní vliv na to, aby jedla. Jednou mi jedna dívka řekla: „Já vím, že bych měla jíst a chci jíst, ale nemůžu...nemůžu, i když cítím, že mé tělo hladem pojídá samo sebe. Mám hrozný strach, že přiberu!“
- ❖ Myšlenky na jídlo jsou dalším jevem, který je doprovází každý den. Ráno se probudí a první nad čím přemýšlejí, je co budou jíst a pít. „Dám si čaj? Ne, obyčejný ne? Dám si zelený čaj, ten spaluje kalorie...a dám ho do ledničky..... jo, do ledničky, bude studený a tělo spálí další kalorie zahříváním.“ V podobném duchu se nese celý jejich den. „Koupím si normálně jídlo nebo si koupím jídlo na přejedení?“. „Ten rohlík přece nemůžu sníst, tak si uloupnu jen půlku, ne půlku ne, je v něm bílá mouka a po ní se přibírá...raději ho vyhodím.“ Večer ulehají do postele a jsou zoufalí a vysílení bojem sami se sebou. Nenávidí se, protože zase zvraceli, snědli půlku rohlíku, vypili láhev zeleného čaje.
- ❖ Manipulace s jídlem je další z jevů, který byl u všech tří dívek přítomen. Dívky jídlo schovávají, vyhazují a lžou rodičům, že už jedly. Zde bych se chtěla více rozepsat. V průběhu hospitalizace je nutné dodržovat určitá pravidla. Dívky se každý den ráno po probuzení chodí vážit, musí se dohlížet na to, aby před

vážením nevypily větší množství vody s úmyslem vážit více. V určitých případech není vhodné, dívkám sdělovat kolik váží, protože to může mít negativní vliv na jejich psychický stav a zhoršit jejich potíže. Během jídla je nutné dívky sledovat, kolik toho snědly a vypily, zda neschovávají jídlo do kapsy. Jedna dívka natrhala půlku rohlíku na malé kousky a ty pak nastrkala do zbylé půlky rohlíku a tvrdila, že ji snědla. Při jídle běžně smlouvají, nebo chtějí vyměnit jídlo za něco jiného, to však nelze tolerovat. Také přibližně 30 minut po jídle nesmějí chodit na záchod. Tato pravidla je nutné dodržovat, i když je to velmi těžké. Dívky prosí, pláčou, slibují a nadávají.

- ❖ Neschopnost odhadnout, zvolit správnou porci jídla. Jedna z dívek mi při příjmu sdělila, že jí dvakrát denně normální porce jídla. Při bližší otázce zjišťuji, že si pod pojmem normální porce jídla představuje přibližně osminu běžné porce. I zbylé dívky nebyly schopny říct, kolik by měly denně sníst porcí jídla a v jakém množství. A tak je to u většiny nemocných, je proto nutná edukace a spolupráce s nutriční terapeutkou.
- ❖ Reakce rodičů u všech dívek byla v podstatě stejná. Potížemi dětí jsou překvapení. Nechápu to, a stále opakují, že s dcerou nebyly nikdy problémy, bylo na ni, jak říkají „spolehnutí“.
- ❖ Rodiče také sdělují, že se jejich dítě povahově velmi změnilo. Radostná a usměvavá dívka se stala smutnou a uzavřenou.
- ❖ Společná je i ztráta zájmu o okolí, společenská izolovanost. S kamarády se většinou nestýkají, pokud ano, tak jejich forma kontaktu je buď přes mobilní telefon nebo internet. Nejvíce času tráví doma.
- ❖ Koníčky a zájmy zůstávají v pozadí. Pokud však nějaké jsou, pak koníčky nové a těmi jsou vaření a cvičení.
- ❖ Pokud porovnáme jejich školní výsledky, zjistíme, že prospěch je popisován jako „výborný“, jedna z dívek dokonce sdělila, že by nesnesla horší známku než dvojku. Je to tedy jejich přílišná ctižádostivost, touha po dokonalosti nebo strach, že neobstojí, co je spojuje. Neobstojí před kým, rodiči nebo samy před sebou?

- ❖ Často bývá na tyto dívky okolím pohlíženo jako na „sobecké“, ale co se týká mých zkušeností, a to nejen s těmito třemi dívkami, jedná se o velmi citlivé jedince, často až přecitlivělé. Nechtějí nikoho obtěžovat svými problémy, stydí se za sebe, mrzí je potíže, které způsobují svým blízkým.
- ❖ Vliv rodiny a společnosti je zde patrný. Dívky popisují konflikty ve škole, ať už se jedná o narážky na jejich postavu nebo neshody s kamarádkou. Ve dvou případech jsou jasné rodinné problémy. V prvním domácí násilí, které se podařilo odhalit během hospitalizace dívky a v druhém případě se problém týká otce, který si našel novou přítelkyni. Není jasné, zda to jsou příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie u dívek, i když rodinné vztahy u těchto poruch hrají důležitou úlohu. Je však nesporné, že negativně ovlivňují zdravotní a psychický stav dívek a brání v jejich uzdravení.

ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o poruchách příjmu potravy u dětí jako o sociálním problému. Je reakcí na stále se zvyšující počet dětí trpících těmito poruchami. V první části práce jsem shromáždila teoretické poznatky o této problematice a zabývala jsem se vlivem společnosti a médií na vznik těchto poruch. V praktické části jsem zpracovala kasuistiky dívek s poruchami příjmu potravy. Tyto kasuistiky jsem navzájem porovnávala a vyvodila určité analogie, jejichž existenci jsem předpokládala. Dále jsem uvedla svoje zkušenosti související s prací s dětmi s poruchou příjmu potravy. Během své práce jsem se také snažila aplikovat a uplatnit teoretické znalosti a poznatky, které jsem získala v průběhu studia.

Poruchy příjmu potravy prostupují a ohrožují celou naši společnost. Způsobují potíže v oblasti psychické, fyzické a sociální. Mnozí se stále ještě chybně domnívají, že poruchy příjmu potravy postihují jen ženy, avšak muži i osmileté děti již nejsou výjimkou. Tyto poruchy zanechávají nejen fyzické, ale i psychické následky a není ojedinělé, aby nemocný této nemoci podlehl. Důležitou úlohu zde má prevence a včasné rozpoznání poruch. Hlavní význam proto vidím v dostatku kvalitních informací v rodinách, ve školách a v celé společnosti.

Myslím si, že tyto poruchy lze přirovnat k závislostem, kdy místo alkoholu a drog je středem zájmu nemocného jídlo. Stejně jako u závislostí, tak i u poruch příjmu potravy, je jedním z hlavních kroků k uzdravení uvědomění si problému a chtění s ním něco dělat. Získání motivace a spolupráce dítěte je však často velmi obtížné a složité, ale když se to povede šance na vyléčení v tomto věku jsou vysoké.

Velký přínos v oblasti osvěty vidím v začlenění vzdělávací složky, týkající se této problematiky, do osnov zejména základních škol. A aby stejně tak, jako se snaží předcházet závislosti na drogách, alkoholu a kouření, varovali před důsledky nezdravé redukce váhy.

Nejdůležitější složkou ve výchově a vzdělávání dítěte je rodina, právě proto by měli mít rodiče základní povědomí o této problematice. Rodina by měla budovat ve svých dětech zdravé sebevědomí a rozumný pohled na mediálně prosazovaný ideál krásy, položit základy správného stravovacího chování a také poskytnout vhodný nástroj možností řešení problémů, tak aby při pochybnostech a obtížích nehledaly cestu úniku

v mentální anorexii nebo mentální bulimii. A právě proto je nutné rodiče edukovat a směřovat k pozitivnímu postoji a důslednému vedení ve vztahu k dítěti.

Děti trpící poruchou příjmu potravy jsou produktem dnešní moderní doby, proto odpovědnost za jejich vznik nese celá naše společnost, nikoli pouze ony samotné. Věřím, že informovanost v této problematice může pomoci sociálnímu pedagogovi nejen v jeho profesní kariéře, ale už v pozici metodika prevence nebo sociálního pracovníka, ale také v jeho osobním životě v roli matky či otce.

RESUMÉ

Bakalářská práce pojednává o poruchách příjmu potravy u dětí, jako sociálním problému. Podrobně se zaměřuje na problematiku mentální anorexie a mentální bulimie u dětí. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce stručně charakterizuje mentální anorexii a mentální bulimii. Uvádí jejich historický vývoj, etiologií a terapií. Rovněž popisuje jejich dopad na psychické i fyzické zdraví a důsledky ve sféře sociální. Dále se zabývá vlivem společnosti, médií a rodiny na vznik těchto poruch u dětí a popisuje dnešní „ideál krásy“. Uvádí také základní možnost primární prevence a vhodné výchovné postupy v rodině.

Praktická část obsahuje kasuistiky dětí s poruchou příjmu potravy, z nichž lze vyvodit určité analogie, které jsou popsány v závěru. Uvádí také zkušenosti s prací a přístupem k dětem trpícími poruchou příjmu potravy.

Závěr bakalářské práce zdůrazňuje důležitost prevence a včasného rozpoznání poruch příjmu potravy. Uvádí nástin možných preventivních opatření ve škole, rodině a celé společnosti.

ANOTACE

Téma bakalářské práce je Poruchy příjmu potravy u dětí, jako sociální problém. Práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy u dětí. Blíže se zaměřuje na dvě základní formy, mentální anorexii a mentální bulimii.

Teoretická část obsahuje stručný historický vývoj těchto poruch, základní informace, charakteristiku hlavních projevů a terapii. Dále se zabývá vlivem společnosti na vznik poruch příjmu potravy a jejich prevencí v rodině.

Praktická část uvádí kasuistiky dětí s poruchou příjmu potravy. Cílem této práce je stručné popsání problematiky poruch příjmu potravy a zjištění a vyvození určitých analogií.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, děti, ideál krásy, prevence.

ANNOTATION

The title of the final project is Childrens' eating disorders as a social problem. This study theoretically analyses the problems with eating disorders. It is especially focused on its two basics forms, anorexia nervosa and bulimia.

The theoretical part contains history of these diseases, basic information about these problems, characteristics of the main sorts of these diseases including their symptoms, the course of particular diseases and the following therapy. Then the work deals with the reasons of their genesis in society and prevention in the family.

The practical part describes the studies of concrete cases, where children suffer from these disorders. Aim of this work is to describe problems of food-intake disorders. Practical part of work was ment to find out some analogies if there any.

Keywords

Food-intake disorders, anorexia nervosa, bulimia, children, ideal beauty, precaution.

SEZNAM LITERATURY

Monografie

1. BAKOŠOVÁ, Z., *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. 1. vyd. Bratislava: Stumul 2005, 203 s. ISBN 80-89236-00-6
2. CLAUDE-PIERRE, P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma 2001, 264 s. ISBN 80-7205-818-5
3. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 496 s. ISBN 80-7178-472-9
4. KOCOURKOVÁ, J., et al., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5
5. KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*. Praha:Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3
6. KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7
7. KRCH, F., *Bulimie, Jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 195 s. ISBN 80-7169-946-2
8. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9
9. LANGMEIER, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
10. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, Praha: Nakladatelství lidové noviny 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0
11. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
12. ŘEHOŘ, A. *Metodické pokyny pro zpracování bakalářské práce*, Brno: Institut mezioborových studií, 2009
13. SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, S. et al., *Život ti může nabídnout víc*, Brno: ERA, 2007. 108 s.
14. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004, s. 870, ISBN 80-7178-802-3
15. WOLF, N., *Mýtus Krásky*, Bratislava: Aspekt, 2000, s. 338, ISBN 80-85549-15-8

Články publikované v tisku

16. BRIMOVÁ, E.,(2006), *Mýtus krásy*, Zpravodaj Anabell, únor 2006, č. 3., s. 3-4.
Web: http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_03.pdf
17. CHVÁLA, V., (2006) *Jaký má podle vás vliv rodina na vznik poruch příjmu potravy*, Zpravodaj Anabell, březen 2006, č.4., s. 5.
Web: http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_04.pdf 12. 12. 2009
18. MIČOVÁ, L.,(2004) *Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie a mentální bulímie*, SESTRA, 14 (2), s. 32. ISSN 1210-0404
19. KRCH, F., (2006b) *Copak rodiče nevidí, jak jsi hubená*, Psychologie dnes, 12 (10), s. 25-27. ISSN 1211-5886
20. KRCH, F., (2006a) *Jaký má podle vás vliv rodina na vznik poruch příjmu potravy*, Zpravodaj Anabell, březen 2006, č.4., s. 5.
Web: http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_04.pdf, 12.12. 2009
21. KULHÁNEK, J., (2009) *O primární prevenci, aneb jak lze účinně předcházet poruchám příjmu potravy*, Zpravodaj Anabell , červenec 2009, č. 22, s. 4-6.
Web: http://www.anabell.cz/images/stories/zpravodaj/cislo_22.pdf, 14.12.2009

Internetové zdroje

22. Web: <http://www.anabell.cz>
23. Web. <http://www.pppinfo.cz>
24. Web: http://www.thin-dee.estranky.cz/clanky/ana-a-mia/jak-skryt-anu_ 12. 12. 2009
25. Web: <http://www.thin-dee.estranky.cz/clanky/ana-a-mia/anicky-tipy-2> 12.12. 2009

