

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDÍÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Problematika poruch příjmu potravy

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Ph.Dr. Geraldina Palovčiková, CSc.

Vypracovala:

Kolářová Jana, DiS.

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma "Problematika poruch příjmu potravy" 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 22. 4. 2012

.....

Jana Kolářová, DiS.

Poděkování

Děkuji paní Ph.Dr.Geraldině Palovčikové, CSc. za její ochotu, trpělivost a velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat prim. MUDr. Dagmar. Dvořákové za její pomoc a užitečné, odborné rady týkající se této problematiky.

Mé díky patří i Mgr. et Mgr. BA (Hons) Jiřímu Riedlovi, DiS. a Martině Munduchové za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Obsah

ÚVOD	6
I. Teoretická část	8
1 Vymezení poruch příjmu potravy	8
1.1 Mentální anorexie	9
1.2 Mentální bulimie	13
1.3 Nespecifikované poruchy příjmu potravy	16
2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	18
2.1 Genetické a biologické faktory	18
2.2 Kulturní a sociální faktory	20
2.3 Psychologické a emocionální faktory	22
2.4 Situační a rodinné faktory	22
3 Průběh onemocnění	24
3.1 Průběh a zdravotní následky mentální anorexie	24
3.2 Průběh a zdravotní následky mentální bulimie	25
3.3 Rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií	27
3.4 Rodina a porucha příjmu potravy	28
4 Léčba poruch příjmu potravy	30
4.1 Ambulantní léčba	32
4.2 Hospitalizace	33
4.3 Psychoterapie a režimový přístup	34
4.4 Farmakoterapie	34
4.5 Prevence	35
II. Praktická část	38
5 Kasuistiky	39
5.1 Kasuistika č. 1	39
5.2 Kasuistika č. 2	44
5.3 Kasuistika č. 3	50
5.4 Porovnání a vyvození analogií z případových studií	55
ZÁVĚR	57

<i>RESUMÉ</i>	59
<i>ANOTACE</i>	60
<i>SEZNAM LITERATURY</i>	61
<i>PŘÍLOHY</i>	63

ÚVOD

Při výběru tématu bakalářské práce jsem se řídila srdcem a zvolila jsem si téma, které je mi velmi blízké. Pracuji jako zdravotní sestra v psychiatrické léčebně, ve které se setkávám s lidmi trpícími různými psychickými poruchami. Můj zájem se upíná ke stále aktuálnějšímu problému – problematice poruch příjmu potravy, která patří mezi nejzávažnější. Zahrnují změny v psychické a somatické oblasti s rozsáhlými sociálními důsledky. Jeho podstatou je zaujetí procesem konzumace jídla, to zde nefiguruje jako jedna ze součástí života, je jeho hlavní náplní.

Dle mé zkušenosti je toto onemocnění i přes svoji mediální kampaň stále pro běžnou populaci tabu a to zejména díky celospolečenskému důrazu na postavu a celkový vzhled. Lidé si toto onemocnění většinou spojují s vyhublými modelkami či herečkami, ale již si nejsou schopni připustit, že by se to mohlo týkat i jich samotných či někoho z rodiny. Nevědí, co tyto choroby obnášejí, jaké mají příznaky, průběh, možnosti léčby či důsledky, které mohou být fatální pro celou rodinu. Mnohdy jsou jejich informace velmi zkreslené.

Alarmujícím faktem je, že výskyt onemocnění v populaci roste a dotýká se stále mladších dívek a chlapců. Jen stěží lze uvést přesné procento a to zejména proto, že jen mizivá část nemocných se s tímto problémem svěří.

Vzhledem k těmto souvislostem stoupá důležitost efektivní prevence. A to zejména té primární, neboť vstoupí-li jedinec do tohoto bludného kruhu, jen obtížně nalézá cestu zpět a mění své návyky a názory. Základem je mít dostatek správných informací. Jen na nich lze stavět kvalitní výchovu a to nejen ke zdravému způsobu života, ale také k postojům k sobě samému a ke společnosti jako celku.

Cílem mé bakalářské práce je přinést komplexní pohled na poruchy příjmu potravy, usnadnit orientaci v této složité problematice a ukázat jak jsou tato onemocnění závažná a že nelze přehlížet jejich počáteční příznaky. Ráda bych poukázala na možnosti sociální pedagogiky při nápravě tohoto stavu v rámci prevence a terapie.

Teoretická část charakterizuje jednotlivé poruchy příjmu potravy, jejich projevy a příčiny, mezi které řadíme hlavně ty nejzávažnější – kulturní a sociální, které ovlivňují celkový pohled společnosti na tuto problematiku. Dále popisují průběhy jednotlivých onemocnění, vztah onemocnění k rodině a možnosti léčby.

Praktická část obsahuje, tři případové studie dívek s poruchami příjmu potravy, které nám blíže vykreslí složitost tohoto problému vzhledem k sociální realitě. Měli by nám pomoci ukázat, jak se lidé v dané situaci chovají, co je k tomu vede a zda si uvědomují veškeré souvislosti. V závěru nalézám společné analogie, které nám ještě více přiblíží tuto složitou problematiku.

I. Teoretická část

1 Vymezení poruch příjmu potravy

Příjem potravy je jedna ze základních lidských potřeb. Je součástí sebezáchovného pudu. Pokud přestaneme přijímat potravu, zemřeme. Během staletí se z jídla stal pro lidskou společnost jistý kompenzační prostředek. Jídlo používáme jako odměnu a trest či jako způsob komunikace. Již od raného dětství máme každý pokrm, po kterém sáhneme, potřebujeme-li se odměnit, utěšit apod.

Jídlo není tedy jen cíl, ale i prostředek. Prostředek k přežití, který také ovlivňuje tělesnou hmotnost v rámci genetického předpokladu. Právě pomocí přijímané stravy, lze změnit žádoucím či nežádoucím způsobem své tělo. Můžeme docílit štíhlosti, atraktivnosti, ale také jsme schopni si své tělo zničit, buď nadměrným, nebo nedostatečným příjmem potravy. Právě při poruchách příjmu potravy se nutnost přijímat více či méně vymkne kontrole.

Jejich podstatou je porucha rozumového a emocionálního postoje k jídlu. Se změnou postoje se samozřejmě mění i chování a pohled na vlastní tělo. Dochází k neustálému zabývání se jídlom, na úkor jiných sociálních aktivit, a naléhavé kontrolování výživy. V konečném důsledku to způsobí postiženým dlouhodobé potíže, které postupně zasáhnou i jejich okolí.

Jedná se tedy o velmi závažné primární duševní onemocnění, které se nejčastěji objevuje v době puberty či rané dospělosti, ale není výjimkou vznik v dětství či dospělosti. Dívky a ženy mají mnohem větší pravděpodobnost k rozvoji než muži, což v důsledku zahrnuje změny v oblasti psychické, somatické, ale i sociální. Hovoříme tedy o léčitelných nemocích s komplexními bio-psycho-sociálními příčinami.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) zahrnuje pod tímto pojmem diagnózu mentální anorexie, mentální bulimie, jejich atypické formy, ale také diagnózu přejídání a zvracení spojené s psychologickými poruchami a jiné poruchy přijímání jídla. Oproti tomu současná klasifikace Americké psychiatrické asociace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders z roku 1994 (DSM – IV), ve světě nejvíce používaná

pro vědecké studie, dělí „*anorexie na restriktivní a purgativní (se zvracením a jinými kompenzačními mechanismy) a jasněji vymezuje přejídání a zvracení u bulimii.*“¹

Pro účel své práce, přinést široké veřejnosti komplexní pohled na tuto problematiku, jsem zvolila rozdělení poruch příjmu potravy do tří základních kategorií, neboť je to problematika velmi složitá, závažná a to zejména pro svůj chronický průběh. Do těchto tří základních typů řadím mentální anorexii, mentální bulimie a nespecifikované poruchy příjmu potravy.

1.1 Mentální anorexie

Historie tohoto onemocnění sahá až do starověku ačkoliv se termín anorexie nervosa poprvé objevuje ve francouzské literatuře. Použil jej v 19. stol. Fleury Imbert, ale k formálnímu popsání došlo v roce 1873 Williamem Whitey Gullem, jenž se, ale o své prvenství dělí s Ernestem - Charlesem Laséguem. Oba podali nezávisle na sobě podrobné vylíčení nemoci, pojednávají o psychogenní chorobě, vyskytující se převážně u mladých dívek a žen. Jimi popsané příznaky jsou platné i dnes. Hovoří o velkém hmotnostním úbytku, amenoree neboli ztrátě menstruace, zácpě, neklidu a nepřítomnosti jakýchkoliv známek organické etiologie.²

Podle Leibolda pochází toto slovo z řečtiny a je složeno s předpony **an** (ve smyslu ne-, bez-) a ze slova **orexie** (chuť k jídlu, snaha, žádostivost). Hovoříme tedy o sníženém či scházejícím popudu pro příjem stravy.³

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize a klasifikace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders z roku 1994 uvádějí tři základní diagnostická kritéria:

- úbytek váhy pod 15% oproti normální hmotnosti
- nutkavé chování jedince zaměřené na redukci vlastní hmotnosti
- narušené vnímání vlastního těla

¹ Seifrtová, D. et al. Postupy v léčbě psychiatrických poruch. 1.vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, s. 464 – 465

² Papežová, H.. et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 21-23.

³ Leibold, G. Mentální anorexie. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, s. 64.

Psychologické a sociální příznaky

V popředí příznaků této nemoci stojí nekritické vnímání své tělesné hmotnosti, nemocní se cítí být tlustí navzdory podprůměrným somatickým ukazatelům a neustále se snaží snižovat svoji tělesnou hmotnost.

Každý člověk se totiž určitým způsobem vnímá a hodnotí, vidí se takovým, jakým si přeje být, nebo jakým se obává, že je. Celkový postoj k tělu ovlivňuje i to, jak se momentálně cítí, je-li sám se sebou spokojený, či nikoli. Tato představa nemusí být vždycky přesná, tělo se může jevit jinak, než jaké skutečně je. Subjektivní zkreslení vyplývá z celkového vztahu k sobě samému - ze sebepojetí.⁴

Dívka, která byla v dětství a v období dospívání obézní a její okolí ji tento fakt neustále připomínalo, se za obézní bude považovat i když zhubne, neboť k sobě již zaujímá tento postoj a pokud se jej nepokusí změnit, nemá fakt, že zhubla, větší význam.

S tímto příznakem jde ruku v ruce nutkavé chování jedince zaměřené na redukci vlastní hmotnosti. Postupně je život osob trpících anorexií ovládnut jídlem, hovoříme o posedlosti množstvím a druhem přijímané potravy. Dietní opatření se stávají drastičtějšími, od omezování příjmu sacharidů až po omezování příjmu tekutin. Nemocní se učí nazpaměť kalorickou hodnotu jednotlivých potravin, počítají si denní příjem a neustále si jej snižují. Tito lidé se zvýšeně váží a to i několikrát v průběhu dne, povětšinou to dospěje k vážení před a po požití potravy. K těmto postupům se postupně přidávají další metody k redukci váhy jako je zneužívání anorektik, laxativ, klystýrů a diuretik, ale mnohdy si i dopomáhají zvracením. Vedle snahy o snížený příjem potravy, tito jedinci zvýšeně cvičí. Ze cvičení se postupně stává posedlost s nutkavým charakterem. Jenž v důsledku konsternuje se zuboženým zjevem postižených. *"Místo, aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem"*⁵

Anorektičtí pacienti se snaží docílit potlačení pocitu hladu a chuti k jídlu. Někteří s tím bojují pomocí léků k potlačení apetitu, či zvýšeným příjmem tekutin. Některé anorektičky a anorektici, však raději nepijí, neboť mají pocit nadmutosti. Jiným ze způsobů

⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 463.

⁵ Krch, F. et al. Poruchy příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, s. 238

řešení je čtení kulinářských receptů či vaření pokrmů pro druhé, z nichž však většinou ani neokusí. Nemocní se stávají naprosto nekritičtí k vlastnímu tělesnému stavu, zatajují své potíže před okolím, lžou, podvádějí. A to zejména před svoji rodinou a nejbližšími, neboť ti bývají většinou prvními, kteří si všimnou, že něco není v pořádku. Tito dívky a chlapci mívají nacvičeno mnoho triků, které jim pomohou oddálit odhalení, že nejedí. Velmi častým praktikovaným trikem při společném stravování, je předstírání příjmu potravy. Krájí si stravu na drobné kousky, pohrávají si s ní a různě ji ukrývají, nejčastěji do ubrousků, kapes či ji házejí pod stůl a následně ji vyhazují. Postupně dochází k tomu, že se straní a vyhýbají společnosti a opouštějí své koníčky a zájmové činnosti. Velký problém nastává, když okolí odhalí, že něco není v pořádku. Nemocní si nejsou schopni připustit problém a vidí v okolí hrozbu.

Společně s psychickými a sociálními příznaky se objevují tělesné, neboť podvýživa s sebou nese mnoho následků. Ty se projevují v rámci celého těla.

Somatické příznaky

Mentální anorexie neboli anorexie nervosa je velmi závažné psychiatrické onemocnění, které je charakterizované neschopností udržet normální tělesnou váhu, která je často méně než 15% ideální tělesné hmotnosti. Bohužel u nemocných dívek nebývá vzácností pokles o 20- 30 % váhy. Velmi závažným varovným znakem je pokles váhy pod 50 % standardu, neboť latentní případy nebývají vzácností.

Pokles tělesné hmotnosti o 15% lze zjistit za pomoci Queteleva indexu hmotnosti tzv. BMI neboli Body mass indexu, jenž se však proměňuje s věkem. BMI vyjadřuje poměr tělesné hmotnosti v kg a tělesné výšky v m² (kg/m²). Hodnoty nad 25 označují nadváhu, hodnoty nad 30 již obezitu. Opačným pólem a ukazatelem podvýživy jsou hodnoty pod 18,5.

Dochází k poruchám v endokrinním systému, z nich nejčastější je spojena s reprodukčním systémem. Je to také jedno z kritérií pro určení diagnózy anorexie nervosa, hovoříme o amenoree neboli vymizení menstruace. V poslední době je hodnota tohoto příznaku diskutabilní a odborníky zpochybňována. Menstruace se u dívek objeví opět teprve tehdy, došlo-li ke zlepšení stavu a normalizaci váhy. U většiny nemocných

pozorujeme sexuální nezralost, pokles libida - sexuálního pudu a s tím bývá spojena nedostatečná komunikace s druhým pohlavím.

U postižených dochází ke gastrointestinálním potížím, z nichž nejčastější je chronická zácpa, kterou si nemocní vypěstují povětšinou v souvislosti se zvýšeným užíváním laxativ. Dále dochází k jaterní steatóze neboli „ztukovatění“ jater, což vede ke změnám normálních biologických pochodů.

U podvyživených pacientů dochází ke změnám v kosterním systému, je zde potlačena kostní novotvorba, dochází k úbytku kostní hmoty, což je velkým rizikem pro vznik zlomenin. U postižených se setkáváme s poruchami růstu.

Patrné jsou také změny v dýchacím systému, dochází k změnám v plicní skladbě tkáně, tím pádem jsou postižené plicní funkce a je zde velké riziko vzniku sekundárních neboli druhotných infekčních komplikací.

Renální - ledvinové komplikace v rámci tohoto onemocnění se projevují ve snížené hladině různých pro tělo nezbytných minerálů, především hořčíku, draslíku, fosfátu. Děje se tak zejména pokud tito jedinci užívají diuretika a laxativa.

Změny v neurologickém čili nervovém systému jsou ojedinělé a bývají spojeny s dalšími fyziologickými systémy. Projevuje se zde celková svalová slabost, vymizení určitých reflexů a mnohdy dochází i ke křečím, které jsou také důsledkem iontové disbalance.

Toto onemocnění bývá doprovázeno řadou kožních potíží, které jsou navenek patrné. Nejvíce se vyskytujícím příznakem jsou změny v ochlupení. U postižených dochází k vypadávání vlasů a objevuje se u nich tzv. lanuginózní ochlupení, což jsou jemné, krátké, chmýřovité stvoly, které se objevují v oblastech zad, břicha a obličeje. Postižené jsou také nehty, na nichž se objevují různé nerovnosti, jsou lámavé a křehké. Změny jsou patrné i na ústech. Objevují se zde červené, praskající koutky. Pokud postižení jedinci zvracejí, dochází k různým zánětům dásní, tvorbě afty a poškození zubní skloviny.⁶

U nemocných s mentální anorexií se velmi často objevují i další doprovodné psychiatrické nemoci, nejčastěji jsou to úzkostné stavy a deprese. Mnohdy úzkostné stavy a deprese předcházejí rozvoji mentální anorexie a bohužel i u mnohých postižených

⁶ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 187 – 280.

přetrvávají po vyléčení. Mohou se také vyskytnout hysterické a obsedantní rysy nebo příznaky neurózy.⁷

1.2 Mentální bulimie

První zmínka o bulimických syndromech sahá do antického Říma, kde se jídlo konzumovalo v nadměrném množství, obžerství, zde bylo rozšířeno mezi společenskou elitou. Lidé se přejídali a mnohdy zvraceli. Během dalších staletí došlo k různým způsobům vysvětlování těchto stavů a definicím bulimie. Například Plutarcha si pod pojem bolimos představoval zlého démona, jenž měl nejprve označovat velký hlad. Teprve v roce 1979 použil termín bulimie nervosa britský psychiatr Gerard Russel a hovoří o silném a neovladatelném nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí, jímž dle něj trpí ženy s normální tělesnou hmotností. Následně dochází k vývoji charakteristické formy chování, která má jedincům trpícím tímto onemocněním pomoci zbavit se nebezpečí ztloustnutí z nadměrného požití potravy, zvracením či zneužíváním laxativ či kombinací těchto způsobů.⁸

Mezi základní příznaky bulimie nervosa dle mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize patří:

- opakované, nutkavé záchvaty přejídání, jenž dotčený není schopen ovládat a to i za předpokladu, že již nemá pocit hladu
- nepřiměřené hodnocení vlastního těla spojené s chorobným strachem z obezity
- po konzumaci nadměrného množství potravy, záchvatech žravosti, následuje nutkání se potravy zbavit, a to co možná v nejkratším čase, zejména za pomoci zvracení, projímadel a následnému hladovění⁹

V klasifikaci Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders z roku 1994 je záchvat přejídání "binge eating" charakterizován, jako nadměrná konzumace potravy

⁷ Příloha č. 2

⁸ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 22-23.

⁹ Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize. 1. vyd. Praha: Mistral, 1992, s. 206.

v krátkém časovém úseku. K naplnění kritérií pro bulimie nervosa je frekvence záchvatů přejedení a zvracení třikrát týdně.¹⁰

Psychologické a sociální příznaky

Osoby trpící mentální bulimií nebývají na první pohled nápadné, mívají normální tělesnou váhu oproti lidem s mentální anorexií. Společným rysem je zkreslené vnímání a naprosto iracionální chování v záležitostech kolem jídla. Mentální bulimie totiž představuje jednu z nejrozšířenějších forem manického vztahu k jídlu, neboť zde dochází ke dvěma velmi neobvyklým způsobům zacházení s potravou. Nejdříve dochází k přehnanému příjmu a následuje nutkavá snaha se snědené potravy úmyslně zbavit. Toto chování je způsobeno snahou udržet si přijatelnou váhu. Není neobvyklé, že se u nemocných jedinců objevuje tzv. Jojo efekt. Dotyční při záchvatech přibírají a posléze se zase vrací na svoji původní tělesnou hmotnost. Záchvaty mohou trvat několik hodin, ale také i několik dnů. Jedinci konzumují obvykle tučná a sladká jídla s vysokou kalorickou hodnotou. Energetická hodnota jednorázově snědené stravy může mít od 5 - 10 000 kcal a za celý den může dosahovat až 50 000 kcal. Ač se většina nemocných pokouší přejídání instinktivně bránit, a to zejména schováváním potravy či jejím znehodnocením, nebývá to povětšinou nikterak platné. Neboť bulimie má tu moc projevit se v plné síle. V těchto nutkavých okamžicích jsou dotyční schopni i ukrást potraviny v obchodě. Záchvat přejedení u bulimie začíná příjemným pocitem z jídla, který však brzy vystřídá pocit selhání, deprese a snaha opět získat kontrolu. Právě onen pocit kontroly vede k vyvolávání zvracení či užití laxativ, diuretik. Na začátku onemocnění mívají jedinci problém si zvracení sami vyvolat, ale postupně dochází k spontánnímu zvracení, mnohdy nemocným postačí se pouze předklonit či se rukou pohladit po krku. Obdobně jako u anorexie nervosa se u těchto jedinců objevuje snaha vyvíjet zvýšenou fyzickou aktivitu.

Bulimičtí jedinci stejně jako anorektičtí vynikají schopností své potíže před okolím utajit, stydí se za své chování, cítí stud a zhnusení se sebe samých. U obou nemocí lze

¹⁰ Seifertová, D., et al. Postupy v léčbě psychických poruch. 2. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2008, s. 465.

chápat jejich kontrolu nad potravou jako snahu zvládnout silné emoce a city. Jídlo jim zastupuje věci, které považují za nepřijemné a nedokážou je přímo a jasně vyjádřit.

Mentální bulimie si vybírá svou daň i na psychice, která se vyznačuje zejména úzkostmi a depresiemi. Stavý přejídání působí problémy i v sociálním cítění a projevuje se jistou izolovaností. Dotyční opouštějí své zájmy a začínají se stranit okolí.

Somatické příznaky

Mentální bulimie vede k mnohým fyzickým problémům. Opakované zvracení a následné snížení příjmu tekutin může vést k dehydrataci organismu. V popředí se projevuje nedostatek vitamínů a minerálů, které vedou k nerovnováze elektrolytu v organismu, to se následně podepisuje na narušené funkci tělních orgánů, především v renálním systému. Dochází k hypokalémii - sníženému množství draslíku, jenž se projevuje slabostí, únavou či srdeční arytmií, což může vést až k zástavě srdce.

Dochází k problémům v gastrointestinálním traktu v souvislosti s nadužíváním laxativ, projevující se vznikem chronické zácpy. Bulimičtí pacienti si časem také vypěstují reflex, který narušuje stěny zažívacího traktu.

V rámci orálního zdraví má časté zvracení za následek zduření slinných žláz, jenž se projeví odulým obličejem, tento jev se nazývá "veverčíným obličejem". Kyselé žaludeční šťávy dále způsobují abrazi - obrušování zubní tkáně, vedou k zvýšené tvorbě zubního kazu, zánětům dásní, což v důsledku působí velice bolestivé problémy při konzumaci potravy.¹¹

Bohužel i u mentální bulimie se lze setkat s úplným rozvratem vnitřního prostředí, což může vést ke smrti postiženého jedince.¹²

¹¹ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 187 – 280.

¹² Příloha č. 1

1.3 Nespecifikované poruchy příjmu potravy

Mezi blíže nespecifikované poruchy příjmu potravy, řadíme mnohé varianty, které jsou podobné mentální anorexii a mentální bulimii, ale s drobně rozdílnými charakteristikami.¹³

Nejnámější z těchto poruch je psychogenní přejídání, které si v poslední době získává zvýšenou pozornost jak odborníků, tak i laické veřejnosti.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize pojednáváme o přejídání spojeném s jinými psychickými poruchami, vznikajícími především v reakci na různé stresové události, například na úmrtí v rodině, narození dítěte apod. Mohou být spojené s jinými rušivými duševními příznaky.

Pacient se neustále zaobírá jídlem. Nejtypičtějším příznakem je typické bažení po jídle tzv. craving, jenž se podobá touze po drogách a přejídání, „binge eating“, jako u bulimických pacientů, doprovázený trýznivým pocitem ztráty kontroly. V těchto případech pacienti nezvrací.¹⁴

Klasifikace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders z roku 1994 vyžaduje přítomnost přejídání během 2 dnů v týdnu během šesti měsíců, bez kompenzačních mechanismů jakými jsou zvracení, zneužívání laxancií, hladovění, užívání jiných léků.

Čtvrtina takových záchvatů přejídání trvá po celý den a má velkou variabilitu projevů. Řadíme sem strach z obezity, nespokojenost s vlastním tělem, nepříjemné pocity po záchvatech přejídání, které vedou k opakování neúčinných diet.

Mezi další nespecifikované poruchy příjmu potravy, lze zařadit poruchy příjmu potravy v nočních hodinách, které byly popsány poprvé v roce 1955 u obézních pacientů s poruchami spánku. Hovoříme o syndrom nočního přejídání (Night Eating Syndrom-NES), dále o syndromu nočního příjmu potravy a pití (Nocturnal Eating/Drinking Syndrom-NEDS) a noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku (Nocturnal Sleep-Related Eating Disorders-NSRED).

¹³ Andersen, A. E. et al., Eating Disorders, National Institut of Mental Health, 2007, s. 15

¹⁴ <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/problemy-psychogenniho-prejidani-a-obezita-173673>

Jednotlivé poruchy rozlišujeme podle míry porušeného vědomí a ztráty paměti na epizody přejídání během noci vzhledem k symptomům mentální anorexie a mentální bulimie vyjádřeným u jedince během dne a v anamnéze.

Tyto poruchy se liší různou mírou stresu, jenž danou poruchu spouští a psychiatrickou morbiditou.

O jejich prevalenci a léčbě je známo jen velmi málo informací. Naději přinášejí nové výzkumy a poznatky o orexinech, podílejících se na regulaci spánku, bdění i příjmu potravy.¹⁵

¹⁵ Seifertová, D., et al. Postupy v léčbě psychických poruch. 2.vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2008, s. 465

2 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

O příčinách vzniku poruch příjmu potravy bylo již mnohé v literatuře sepsáno s nepřeberným množstvím různých teorií a hypotéz. S narůstajícím výskytem těchto onemocnění, lze jednoznačně říci, že neexistuje žádná specifická příčina mentální anorexie, mentální bulimie a nespecifikovaných poruch příjmu potravy, jejíž okamžité odstranění by vedlo k vyléčení pacienta.

Na vzniku těchto onemocnění se podílí vzájemné působení mnoha faktorů, mezi které řadíme faktory genetické, biologické, kulturní, sociální, rodinné, a psychologické.

Mnohé vědecké studie potvrdili, že rozhodující úlohu, mají faktory, které jsou významné z hlediska držení různých diet. Jedinci drží dietu zejména z důvodu nárůstu tělesné hmotnosti či nerovnoměrného rozložení tuku a pro zlepšení celkového vzhledu.

Poruchy příjmu potravy se rozvíjí u jedinců s nízkou sebeúctou, u nejistých lidí, jejichž filozofie života je nastavena na všechno nebo nic, neboli u jedinců smýšlejících v absolutních termínech, u osob snažících se získat obdiv a respekt okolí. Také vznikají u těch, kteří mají problémy s vyjádřením vlastních pocitů, nedůvěřující lidem a jedinců, kteří mají obavy, že nesplňují nároky svého okolí. Poruchy s příjmem potravy jsou výsledkem snahy nastolit, podílet se či řešit nějaký problém, neboť hladovění může vzbuzovat pocit, že mají svůj život pod kontrolou.¹⁶

2.1 Genetické a biologické faktory

Genetické studie a výzkumy poruch příjmu potravy, se zaměřují zejména na studium dvojčat, rodin postižených a prokazují genetické determinanty podobné jako u jiných psychických poruch, zejména alkoholismu, deprese a obsedantně-kompulzivní poruchy. Ty často tvoří komorbidní onemocnění.¹⁷

V 80. letech se výskyt anorexie nervosa a bulimie nervosa pohyboval na rozhraní 25 - 50% u jednovaječných a kolem 10% u dvojvaječných dvojčat. Podle Noegela a Fichtera je tento stav dán tím, že jednovaječná dvojčata mají zvýšenou genetickou

¹⁶ Ladishová, L. C. Strach z jídla. 1.vyd. Rožumberk: EPOS, 2006, s. 159

¹⁷ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 56-59

zranitelnost pro rozvoj poruch příjmu potravy. Společně s tímto jsou však zároveň více náchylný pro rozvoj jiných duševních poruch, z nichž dominuje deprese.¹⁸

V rámci studií bylo zjištěno, že na vzniku těchto onemocnění se mohou podílet změny ve funkci podvěsku mozkového - hypotalamu, který reguluje příjem potravy. Jeho nedostatek lze pozorovat při větším stresu. Z biologických dispozic je to také narušení neurohumorálních a neurotransmiterových systémů regulujících pocit hladu a sytosti.¹⁹

Právě studie zabývající se vyplavováním serotoninu, který zprostředkovává pocit sytosti a z části reguluje příjem sacharidů, ukázali spojitost se vznikem poruch příjmu potravy. Bulimie nervosa je spojována s deficitem serotoninergivní aktivity v rámci centrální nervové soustavy, následného snížení pocitu sytosti a záchvaty přejídání. Naproti tomu je anorexie nervosa dávána do spojitosti se zvýšenou citlivostí a koncentrací serotoninu, následným omezením příjmu jídla a poklesem tělesné hmotnosti.²⁰

Z biologických faktorů je pro vznik poruch příjmu potravy velkým rizikovým faktorem příslušnost k ženskému pohlaví a to zejména v rodinném kontextu. Dalším z významných činitelů je období hormonálních změn během puberty a adolescence, kdy se jedinec musí adaptovat na řadu změn ve vývoji těla. Dochází k rychlému růstu, který je spojen s nárůstem tělesné hmotnosti, s přibýváním tukových zásob. Pro dospívající jsou rizikovým faktorem i nenápadné změny těla, se kterými si nedokážou poradit, neboť pro ně mohou představovat hrozbu. Současná společnost totiž nastavuje kritérium krásného, štíhlého těla, od nichž se oni odchyľují. Hovoříme o stádiu života, ve kterém, musí dospívající čelit pro ně mnohdy nepochopitelným narážkám, které s sebou nesou snížené sebevědomí a podceňování. Mívají tendence vrátit se do doby dětství, které nevzbuzovalo pozornost. Objevují se zde snahy o snížení tělesné váhy a s tím spojené experimentování s dietami a mnoho jiných účinných metod. Mnohé z tohoto období si přenáší do dospělosti.²¹

¹⁸ Krch, F. D., et al. Poruchy příjmu potravy. 2.vyd. Praha: Grada, 2005, s. 251

¹⁹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, s. 467-470

²⁰ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 57-58

²¹ Krch, F. D., et al. Poruchy příjmu potravy. 2.vyd. Praha: Grada, 2005, s. 48 - 61

2.2 Kulturní a sociální faktory

*"Příčinu rostoucího počtu poruch příjmu potravy, vidí většina autorů v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu."*²²

*"Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Naopak ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní skutečností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl."*²³

V dnešní moderní společnosti je trend tzv. ideál krásy, který na nás útočí skrz masmédiá a reklamu. Ze stran časopisů na nás hledí mladé, štíhlé až vyhublé, nezdravě vypadající modelky, které vyzařují sebejistou a spokojeností. Nelze se proto tedy divit, že mnozí jedinci podlehnou tomuto tlaku a rozhodnou se dle této pokřivené filozofie zachovat. Hovořím o filozofii, která hlásá, že naše osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na štíhlosti a kráse. Ideální proporce neboli silueta a hmotnost těla, jsou v této společnosti pro většinu žen z genetického a biologického hlediska nedosažitelné a život ohrožující. Stejně tak je tomu i u metod, jak k tomuto stavu dospět. Přerušování diet a mírná nadváha jsou vnímány jako selhání, které v konečném důsledku vede až k sociální izolaci a velmi nízkému sebevědomí.

Módní průmysl, i přes snahy odborníků vymístit kult štíhlosti, rozšiřuje názor o nebezpečnosti mírné obezity a udává štíhlost jako nejdůležitější kritérium fyzické přitažlivosti a tím dopomáhá utvářet obraz nezdravě vypadajících jedinců. Z předpojatosti vůči obézním jedincům se stal jakýsi fenoménem a to zejména v rámci ženského pohlaví. I z tohoto důvodu je štíhlost synonymem pro mládí, přitažlivost, sebekontrolu, eleganci.

Dietní průmysl, také posiluje tuto myšlenku. V regálech většiny obchodů nalezneme nepřehledné množství tzv. dietních potravin, které nám mají vnutit na mysl, že jinak než dietně žít nelze a že tloušťka je něco ošklivého. Dalo by se říci, že pod takovým to tlakem nemá jedinec nic jiného na výběr. Nadváha je vnímána jako neschopnost, nedostatek vůle jedince s tím něco udělat.

²² Krch, F. D., Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3.vyd. Praha: Grada, 2008, s. 51

²³ Krch, F. D., Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3.vyd. Praha: Grada, 2008, s. 51

Dalším z důležitých socio-kulturních faktorů je uměle vytvořený tlak na ženy v souvislosti se škálou profesionálního uplatnění. Žena musí být za jakýchkoliv okolností přitažlivá a splňovat profesionální nároky na úspěch a výkon. Z medií je známo mnoho případů šikany, diskriminace a zesměšňování obézních jedinců jejich zaměstnavateli, kteří bohužel tento kult podporují.

Považuji za nutné v souvislosti s profesionálním uplatněním zmínit i rizikové prostředí, ve kterém je tělo zdrojem obživy, jako je modeling, balet, gymnastika, akrobacie a mnohé další. Nejen zvýšená fyzická námaha přispívá k nižší tělesné váze, ale obavy o ztrátu tohoto zaměstnání, mnohonásobně zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy.

S moderní dobou se bohužel diskriminace pro tloušťku objevuje již na mateřských a základních školách, tyto děti jsou brány jako líné, hloupé a nešikovné. A tento pocit si odnášejí do budoucna. Později díky tomu snadno podléhají tlaku a rozvíjí se u nich porucha příjmu potravy.

Lze tedy konstatovat, že tlaky na dodržování štíhlosti, jsou nejen v rozporu s přirozeností lidského těla, ale negativně ovlivňují sebevědomí, sebedůvěru mladých dívek a mužů, které pak mají nereálné cíle a s tím spojené nesprávné názory vůči sobě samým, zejména ke svým postavám.

Z kulturních faktorů je velmi významný pocit separace od vlastní rodiny a akulturace neboli přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí. Hovoříme o tom, že regulace příjmu potravy je prostředkem ztišujícím negativní emoce v těžkých chvílích, dále je třeba se podívat na stravovací návyky v dané zemi, které vedou často iniciálně ke ztrátě sebekontroly a nárůstu váhy, které pak vede ženy ke špatným způsobům řešení nebo je cizí prostředí vede k pokusům dosáhnout prostřednictvím snížení váhy v zahraničí něčeho hodnotného. Osoby trpící poruchou příjmu potravy mnohdy spatřují ve změně prostředí řešení tohoto problému, mnohdy však bezúspěšně.²⁴

²⁴ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 42- 48

2.3 Psychologické a emocionální faktory

Do psychologických faktorů, způsobující poruchy příjmu potravy, patří určité osobnostní rysy, impulzivita, perfekcionalismus a osobnostně-kompulzivní osobnost, kognitivní zpracování informací a vazbové chování.

Charakteristiky osob trpících poruchami příjmu potravy jsou odlišné. Typická osoba trpící anorexií je zaměřena na úspěch, výkon, je perfekcionalistická, dodržuje společenské normy a rodičovské hodnoty, ale postrádá vynalézavost a fantazii. Je úzkostná, introvertní, neurotická, což znamená, že má neuvědomělé tendence vytvářet situace, které zvyšují její starosti, stresy a utrpení. Snaží se o dokonalost, ale té nemůže nikdy dosáhnout. Snaží se vyniknout pro svoji extrémní štihlost, kterou si, ale nepřipouští.

U anorektických pacientů se nejčastěji poukazuje na obsedantně-kompulzivní poruchu, kterou řadíme do škály chronických úzkostných poruch. Tito jedinci mají nutkání vykonávat určitý soubor činností - kompulze, které jsou také běžně nazývány rituály, a dotýčný bude mít pocit nesnesitelné úzkosti, dokud nevykoná kompulzi.²⁵

Bulimičtí jedinci bývají impulsivní s projevy emocionální lability, se sklonem k depresím či sebepoškozování. Jsou úzkostní, důslední, ctižádostiví, kladou na sebe i okolí velké nároky, jsou nadměrně kritičtí ke své osobě, podceňují se, mají nízké sebevědomí.

2.4 Situační a rodinné faktory

„Až dvě třetiny dívek trpící mentální anorexií či bulimií dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí.“²⁶

Nejdůležitější ze situačních faktorů jsou právě nepříznivé životní události. Ač v otázce, zda nepříznivé události mohou vyvolat vznik psychického onemocnění, nepanuje shoda v okruhu odborníků. Shodnou se však, že lidé trpící poruchami příjmu potravy, musí být vystaveni opakovaným traumatizujícím událostem. Osoby trpící bulimií nervosa či anorexie nervosa prožili dle výzkumů stejné množství negativních zážitků. Anorektičtí, však byly rok před vznikem nemoci, vystaveny mnohem intenzivnějším

²⁵ Krch, F. D., et al. Poruchy příjmu potravy. 2.vyd. Praha: Grada, 2005

²⁶ Krch, F. D., Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3.vyd. Praha: Grada, 2008, s. 49

tlaku, který v nich vyvolal znechucení a stud související s jejich sexualitou, než bulimičtí pacienti.²⁷

Velkou úlohu v rozvoji těchto onemocnění hrají různé sexuální a rodinné konflikty, problémy v rodině, neadekvátní tlak nebo vyloučení z rodiny, životní změny, osobní prohry a nezdary, narážky na osobní vzhled.

Významnou velmi diskutovanou otázkou je souvislost sexuálního zneužívání s rozvojem těchto poruch. Toto trauma vede ke vzniku poruch příjmu potravy, stejně jako ke vzniku jiných psychiatrických onemocnění. Tzv. automeditační hypotéza podle Rotryho a Yagera (1996) tvrdí, že sexuální zneužívání v dětství vede k pocitům studu a deprese, stejně jako zneužívání návykových látek, neboť je snahou tyto pocity otupit. Jinými slovy řečeno hladovění nám umožňuje ovládat alespoň malou část našeho života.²⁸

Velmi podstatným činitelem pro rozvoj poruch příjmu potravy jsou rodinné faktory, neboť rodina je první a podstatný socializační činitel. Předává nám model chování, role, hodnoty, normy. Rodina je z hlediska rozvoje poruch příjmu potravy důležitá při předávání životního stylu, má spoluúčast na tvorbě osudu, řešení problému, utváření konceptu úspěchu, představy o vlastním těle, utváří nám povědomí o stravovacích návycích, pohybových aktivitách apod.

Mezi nejčastější, specifické rodinné faktory řadíme styl rodinné výchovy. Neschopnost v rodině řešit problémy, vyjadřovat emoce, uzavřenost a izolovanost rodiny či jistá rigidity a vzájemná přehnaná péče o její členy.

Podstatnou úlohu hraje komunikace mezi členy. Rozdílná je v rodinách s výskytem mentální anorexie a bulimie. Rodiny s výskytem anorexie jsou uzavřenější a je zde velký důraz na výkon potomků. Rodiče trvají na tom, aby jejich děti dosáhli minimálně stejných výkonů jako oni, nejlépe však větších. Uspokojují tak vlastní ambice prostřednictvím dětí a nedbají o jejich individuální rozvoj. Oproti tomu v rodinách s mentální bulimií panuje jakýsi chaos a nedostatek péče o potomky.²⁹

²⁷ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, s. 40- 41

²⁸ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 40- 44

²⁹ Krch, F. D., et al. Poruchy příjmu potravy. 2.vyd. Praha: Grada, 2005, s. 66 - 68

3 Průběh onemocnění

Skupina onemocnění poruchou příjmu potravy je velmi různorodá. Tato onemocnění, z nichž nejčastější je mentální anorexie a mentální bulimie se vyskytují převážně u dívek a mladých žen v období dospívání. Pojednáváme o poruchách, u kterých jsou dotyční nepřiměřeným způsobem zaměřeni na své tělo, váhu a příjem potravy. Chtějí docílit štíhlosti za jakoukoliv cenu, trpí strachem z tloušťky.

Dvě základní formy se v základní rovině liší způsobem, jak tohoto stavu dosáhnout. U mentální anorexie jde především o extrémní omezování stravy a u mentální bulimie o extrémní přejídání spojené s vůli vyvolaným zvracením.

3.1 Průběh a zdravotní následky mentální anorexie

Onemocnění mentální anorexie může probíhat v akutní či chronické formě. Akutní forma začíná v období puberty a postihuje téměř výhradně dívky. Podle průzkumu přechází v jedné třetině do chronické formy.

- Mezi počáteční příznaky mentální anorexii řadíme:
- ztrátu hmotnosti pod 15 % a více procent
- snížený denní kalorický příjem, nejčastěji pod 1000 cal
- ztrátu menstruačního cyklu v důsledku dlouhodobého hladovění
- jídlo se stává nepřítelem a snaha zhubnout se prohlubuje
- enormní pohybová aktivita, jedinci cvičí neustále, mnohdy i v noci
- objevují se, zde snahy zbavit se snědené potravy, nejčastěji zvracením či za požitím laxativ
- mohou se objevit záchvaty přejídání a následné pročišťování a období hladovění
- neustálý, extrémní strach z přibývání hmotnosti a tloušťky
- narušená představa o vlastním těle
- intenzivní, extrémní strach z obezity, i když je osoba štíhlá či kachektická³⁰

³⁰ Maloney, M., Oranžová, R. O poruchách příjmu potravy. Praha: Lidové noviny, 1997

Anorexie nervosa se rozvíjí postupně, na počátku stojí změna jídelníčku, ze kterého povětšinu postižení jedinci vyřazují tučné a sladké potraviny, snaží se žít „zdravě“. S přibývajícím zájmem o skladbu stravy si začínají všimnout množství přijaté stravy, snaží se jíst méně než okolí, dochází ke změně jídelního chování a to jak v tempu – jedí pomalu, tak v manipulaci - s jídlem si na talíři pohrávají, krájí je na malé kousky, mění se jejich chuť. Aby byli co nejméně nápadní, začínají se stranit stravování ve společnosti, při společném jídle vypadají strnule, vyděšeně a napjatě. Zvyšuje se jejich zájem o pohybovou aktivitu, jsou schopni cvičit i několik hodin v kuse, v různou denní dobu. Dochází k intenzivní monitoraci hmotnosti u mnohých i několikrát denně, i když jsou jedinci, kteří se vážení vyhýbají, ty se však o to více pozorují v zrcadle. Pro anorektické pacienty se z pozorování sebe samých stává posedlost. Paradoxně s ubývajícím kily mají jedinci lepší, povznesenou, veselou náladu a dochází k nárůstu sebevědomí, dochází k nárůstu energie, tento jejich psychický stav bývá posilován obdivnými pochvalami od okolí.

Se ztrátou hmotnosti se začínají objevovat první zdravotní potíže, nejčastěji zácpa, dochází k narušení menstruačního cyklu, dotyční bývají zimomřivý, objevují se nedostatky na pleti a vypadávání vlasů. Postupně se začínají stranit kolektivům, přátelům, ale i rodině, uzavírají se do sebe, bývají přecitlivělí a reagují podrážděně. Toto se povětšinou děje při snaze okolí ukázat jedincům, že mají problém a něco s nimi není v pořádku. Na tlaky okolí donutit je k normálnímu příjmu stravy a stravovacím návykům, reagují s odporem, dochází k vyhrožování či vydírání, musí-li jíst pod dohledem, podvádějí.

Jedinci s mentální anorexií, ve většině případů, nejsou schopni pochopit, že jsou nemocní a mnoho s nimi je v nepořádku. Trvají na tom, že jsou zdraví a nechápu okolí, které je nutí k léčbě, dochází k nezvratným somatickým a psychickým změnám, které bohužel mohou končit až smrtí jedince, z důvodu selhání organismu z vyhladovění.

3.2 Průběh a zdravotní následky mentální bulimie

Bulimie nervosa bývá považována za jistou formu emoční poruchy, která se v mnohých případech vyskytuje v souvislosti s jinými psychickými poruchami, nejčastěji s depresí nebo obsedantně – kompulzivní poruchou. Mentální bulimie

také v řadě případů úzce souvisí s mentální anorexií, neboť jedinci s bulimií trpěli právě anorexií. Rozvíjí se převážně u žen a to v období 15 – 30let.

Onemocnění bulimie nervosa se rozvíjí stejně jako anorexie nervosa postupně a má několik podobných znaků. Jedinec má snahu snížit tělesnou váhu, zhubnout, snaží se ukrýt své tělo ve volném oblečení. Objevují se změny v jídelním chování, jedinci dokážou zkonsumovat velké množství potravy, jedí rychle, hltají stravu, pijí velké množství tekutin, vyhýbají se příjmu ve společnosti či v rodině a podstatné je, že si přesto všechno udržují normální hmotnost či jen minimálně pod. Na rozdíl od anorexie se zvýšená fyzická aktivita objevuje jen u některých postižených. Mění se jim nálada, bývají plačtivý, netrpělivý. Stranění se kolektivů, přátel, ale i rodiny. Tráví mnoho času v koupelně či na WC.

Objevují se záchvaty přejídání, které bývají vyvolány obavou o tělesnou hmotnost a postavu, při špatné náladě, pocitech osamělosti a často jsou vyvolány při porušení dietního režimu. Během záchvatu se mění myšlení a prožívání, dochází k potlačení veškerých pocitů, což je pro dotyčné velmi příjemné. Dochází k pocitům úlevy, povznesenosti. Záhy jsou, ale vystřídány pocity viny, zahanbení a dochází ke snaze se požitou potravu rychle zbavit, nejčastěji zvracením, projímadly, diuretiky, hladověním. Při těchto pokusech se však jedincům podaří zbavit pouze 30-50 % přijaté energetické hodnoty, neboť ke štěpení stravy dochází již v ústech, což je důvod, proč nehubnou. V této fázi se rozjíždí kolotoč přejídání a vyprazdňování naplno. Dochází k nezvratným somatickým a psychickým změnám. V rámci tělesných změn je nejvíce zřetelná celková únava, svalová slabost, poruchy spánku, objevují se změny na pokožce, v ústech, menstruačního cyklu, zácpa, postupně může dojít až k selhání organismu, nedojde-li k léčbě. V rámci psychiky pozorujeme příznaky úzkosti a deprese. Dochází k ještě větší sociální izolovanosti, zejména pro pocity, že za nic nestojí, jsou nepotřební, ztrácejí své zájmy, uchylují se k alkoholu či k sebepoškození.³¹

³¹ Cooper, J., P. Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání. 1.vyd. Oloumoc: Votobia, 1995, s. 17 - 79

3.3 Rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií

Tabulka číslo 1 – Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie³²

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Amenorea	60–100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	20–40 %
Deprese	10–60 %	20–90 %
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije	jí spíše rychleji někdy degradace jídel. chování, obvykle hodně pije, často i místo jídla
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Navozené zvracení	15–30 %	75–90 %
Počátek obtíží	12–20 rok, výjimečně později	14–30 rok
Pohlaví pacientů (Ž:M)	10–15 : 1	20 : 1
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení, časté je výrazné kolísání
Prevalence (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %	1,5–5 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Sebepoškozování	výjimečně	občas, zpravidla při vzrůstu hmotnosti
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2–8 %	0–2 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Významné zlepšení	20–75 %	60–85 %

³² <http://www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf>

Průběh těchto poruch je pozvolný, zprvu nenápadný, tendence zhubnout jsou okolím pozitivně přijímány, což je pro dotyčné posilujícím a povzbuzujícím impulsem. Postupně s rozvojem onemocnění dochází u okolí k pochybnostem o přiměřenosti takového jednání. U postižených dochází k rozvoji zatloukacích praktik, ke lhaní a podvádění.

Zásadní rozdíl těchto poruch je i ve stavbě těla, postava anorektických jedinců je vyhublá, nápadná, kdežto u bulimických vás ničím neupoutá. Společným znakem je touha po štíhlosti a strach z obezity. Jedinci s poruchou příjmu potravy jsou nešťastní, postupně nepoznávají rozdíl v normální porci stravy, jejich stravovací návyky prodělaly velkou změnu a pacienti se straní kolektivu.³³

3.4 Rodina a porucha příjmu potravy

Jak jsem již popsala v druhé kapitole, za vznikem těchto onemocnění mnohdy stojí právě rodinné faktory, z nichž nejdůležitější roli hrají vztahy a komunikace mezi jejími členy.

Dalo by se říci, že poruchy příjmu potravy jsou jakýmsi způsobem komunikace s okolím. Jedinci se mohou pomocí hubnutí pokoušet volat o pozornost, která jim chybí a kterou takto mnohdy drasticky získávají. Období rozvoje onemocnění bývá na rozhraní puberty či dospívání, kdy právě komunikace dospívajících s rodiči naráží na různé překážky. Může se zdát, že dospívající nemají zájem komunikovat, mluvit o sobě s rodiči a ti je následně nechávají žít podle svého. Je velmi těžké stanovit hranici zájmu, ale je třeba, aby ji rodič hledal pro své dítě neustále a trpělivě. Rodina by měla dospívajícím pomoci vyjádřit negativní i pozitivní pocity, neshazovat je za jejich projevy a obezřetně posuzovat jejich vzhled a proměny těla.

Právě problémy v komunikaci mezi členy rodiny, zavírání očí před potížemi a konflikty, tyto jedince podněcují k různým způsobům řešení, kterým může být právě touha po štíhlosti a dokonalosti. Komunikace se samozřejmě ještě ztíží, pokud se onemocnění plně rozvine. Rodiče se mnohdy stávají bezradnými a bezmocnými. Nevědí, jak s nemocnými mluvit a přesvědčit je, aby jedli.

³³ Příloha č. 3

Touha po krásném těle nutí postižené jedince lhát a podvádět své blízké. Sami však v mnohých případech trpí výčitkami svědomí, avšak touha po snížení váhy bývá mnohem silnější.

Dotyční by tedy neměli slyšet slova výčitek ani ze strany rodičů, protože už takto jsou vystaveni obrovskému psychickému tlaku. Odmítají o jídle a svých stravovacích návycích mluvit, tvrdí, že vše je pod kontrolou a veškeré rozhovory týkající se jídla nebo léčby zavrhnou. I přes to všechno, by se rodiče měli snažit komunikovat, nezastavovat rodinný život a nesoustředit pozornost jen na jídlo.³⁴

Hovoříme o období, kdy je rodina vystavena velkému stresu. Je dobré sehnat si velké množství informací, pohovořit s odborníky a stát se podporou pro své nemocné dítě. Je nutno stanovit pevný a jasný způsob řešení obtíží, ale o tom více v následné kapitole.

³⁴ <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>

4 Léčba poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy řadíme do psychosomatických poruch, což jsou poruchy mající za následek změny v oblasti těla a psychiky. Proto léčba musí být komplexní a obsáhnout faktory biologické, psychologické a sociální. Je to běh na dlouhou trať, neboť léčba je velmi zdlouhavá, obtížná, plná komplikací, a v mnohých případech i neúspěšná. Hovoříme o onemocněních, která provázejí nemocné celý život a negativně ho ovlivňují a často se objevuje recidiva.

Pro postižené jedince je velmi obtížné vzdát se něčeho, co je jejich nedílnou součástí. Z jejich nemoci se stala jejich jistota, a pokud by došlo k léčbě, objevil by se strach a nejistota. Velmi důležitý, nezbytný a velice problematický je první krok, odhodlat se, vydržet a po léčbě nedopustit návrat onemocnění. Proto je velmi důležitá a nezbytná podpora rodiny, přátel a partnerů. Nutností jsou časté intervence, které musejí být trvalé.

Dle americké psychiatrické asociace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders z roku 1994 (DSM – IV) terapie zahrnuje 3 komponenty:

1. nastolení normální, zdravé váhy
2. léčbu psychologického problému, který se váže k poruše příjmu potravy
3. eliminaci chování a myšlenek, které vedou k poruše v příjmu potravy a prevenci recidivy³⁵

Z tohoto vyplývá, že základem úspěšné léčby jsou tyto tři cíle:

1. léčba dlouhodobé malnutrice a somatických obtíží, způsobených opakovaným zvracením, zneužíváním projímadel apod.
2. psychoterapie, která by nemocnému dopomohla k pochopení příčin jeho nemoci a zejména úlohy, jakou v jeho současném životě onemocnění plní

³⁵ Andersen, A. E. et al., Eating Disorders, National Institut of Mental Health, 2007, 21 s.

3. psychoterapie, zaměřená pragmaticky na změnu špatných jídelních návyků případně nezdravého životního stylu nemocného.³⁶

Nutností je specifikace cílů pro jednotlivé poruchy. U mentální anorexie se zaměřujeme především na nutriční rehabilitaci. Její body v roce 1998 rozvedl Russell a Byrnes:

- navození normální hmotnosti k obnovení reprodukčních funkcí. U žen zejména menstruace a ovulace. U mužů normálního sexuální citění a hormonálních hladin. U dětí a adolescentů obnovit tělesný růst, zastavit demineralizaci kostí a obnovit sexuální vývoj.
- Odstranit další biologické a psychologické následky podvýživy
- Docílit zvýšené motivace ke spolupráci na terapii
- Psychoedukovat o zásadách zdravé životosprávy a následcích hladovění a diet
- Stanovit a dosáhnout přijatelné cílové tělesné váhy a jejich jednotlivých týdenních přírůstků. Toto se děje v rámci domluvy s terapeutem
- Změnit maladaptivní myšlení, postoje a pocity týkající se příjmu potravy
- Léčit ostatní psychologické projevy, poruchy nálady, sebehodnocení a chování
- Podpora rodiny a partnerů, obstarat poradenství či terapii v indikovaných případech
- Prevence relapsů

U terapie mentální bulimie jsou nutností tyto cíle:

- Minimalizovat zvracení a přejídání
- Akceptovat ustanovenou individuální optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability

³⁶ <http://hubnuti.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy-lecba>

- Nastolit pravidelný stravovací režim, pestrou stravu a redukovat dodržování různých diet, nejlépe v rámci nutričního poradenství
- Nastolit adekvátní tělesnou zátěž
- Léčit komorbiditu
- Pracovat s dalšími psychopatologickými symptomy souvisejícími s onemocněním např.: práce na osobnostním rozvoji a hledání vlastní identity, změna sebehodnocení zúženého pouze na vlastní váhu a postavu, řešení sexuality, akceptace mužské a ženské role, řešení rodinou situací, hledání způsobů zvládnání stresů, řešení problémů apod.³⁷

V léčbě poruch příjmu je nutná komplexní a diferencovaná péče spolupracujících odborníků – psychologů, psychiatrů, internistů, nutričních terapeutů, endokrinologů, gynekologů, stomatologů a mnohých dalších. Vše se odvíjí od rozvinutosti a závažnosti onemocnění. Lehčí formy lze léčit ambulantně nebo v denních centrech, dále dle průběhu a výsledku léčby dochází k hospitalizacím na pediatrických, interních, metabolických, psychiatrických odděleních.

Ve většině případů bývá první kontakt z důvodů tělesných obtíží v ambulanci praktických lékařů, kteří dále doporučují další léčebné kroky. Pokud není prvotně kontaktován lékař v primární péči, bývají to různé linky důvěry. Pokud dochází k vyslovení diagnózy týkající se poruchy příjmu potravy, bývá přizván psycholog a psychiatr ke stanovení konkrétního léčebného plánu.

V rámci poruch příjmu potravy přichází v úvahu léčba ambulantní, hospitalizace, psychoterapie a farmakoterapie.³⁸

4.1 Ambulantní léčba

Vyhovující je pro klienty, u kterých se žádá aktivní spolupráce, musejí aktivně a ochotně docházet do zdravotnického zařízení a zapojovat se v rámci terapie. V ambulantní léčbě bývá zapotřebí aktivní spolupráce rodinných příslušníků. Pokud je klientem dítě, které není vyloučeno ze školní docházky je nutno zapojit i pedagogy.

³⁷ Seifertová, D., et al. Postupy v léčbě psychických poruch. 2. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2008, s. 466 - 478

³⁸ Příloha č. 4

U onemocnění anorexie nervosa se indikuje v případech s poklesem hmotnosti pod 30% ideální váhy, jen při dobré motivaci, fungující, spolupracující rodině a krátkém trvání symptomů. U těchto jedinců je nutností monitorovat pravidelně váhu, minimálně jedenkrát týdně a hlídat i léčebné pokroky. Váhový přírůstek u ambulantních pacientů by měl být za týden 0,5kg.

U pacientů s bulimie nervosa se tato léčba používá ve většině nekomplikovaných případů. Za komplikace jsou považovány suicidální tendence, současné užívání alkoholu, drog, u klientek s vážnými somatickými komplikacemi či u nichž se stav nelepší.³⁹

Ambulantní terapie probíhá buď individuálně, nebo ve skupině s pravidelnými konzultacemi lékaře. Ve skupině je důležitá podpora, která s sebou přináší pozitivní motivaci. Je zde také nutný dohled psychologa, zejména z důvodu rizika výměny informací o dietách, návodech na hubnutí apod. Ze stejného důvodu není vhodné, aby byli dohromady pacienti s anorexií a bulimií.

Dále bývá indikována u pacientů v chronickém stádiu, kde léčba nejeví známky úspěchu. *„Tato lékařská péče se nezaměřuje na překonání poruch příjmu potravy, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability.“*⁴⁰

4.2 Hospitalizace

Důvodem hospitalizace je lékařská stabilizace, ať už se svolením pacienta, či v nezbytných situacích i bez svolení. Využívá se v případech, kdy byla ambulantní terapie neúčinná, nebo právě v případech jedná-li se o život ohrožující stav proti vůli dotyčného. Pobyt v lékařských zařízeních je zaměřen, jak na léčbu fyzických tak psychických problémů postižených jedinců.

Mezi nejvýznamnější důvody řadíme úbytek tělesné hmotnosti spojený s kachexií, dehydrataci, známky oběhového selhání, zvracení, zvracení krve, depresivní syndrom a sebevražedné tendence.

Nejdůležitějším aspektem hospitalizace je přimět nemocné ke spolupráci a k aktivnímu zapojení se do léčebného procesu, což pro členy ošetřovatelského týmu

³⁹ Seifertová, D., et al. Postupy v léčbě psychických poruch. 2.vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2008, s. 467

⁴⁰ Krch, F. D., et al. Poruchy příjmu potravy. 2.vyd. Praha: Grada, 2005, s. 130

vyžaduje velké úsilí, které není bezproblémové. Velmi důležité je zapojit členy rodiny, dát jim dostatek informací, neboť se u nich povětšinou rozvíjí či prohlubuje pocit viny.

Obvyklá délka hospitalizace bývá 1 – 2 měsíce, eventuelně i déle. A snažíme se docílit dosažení alespoň 90% cílové hmotnosti, normalizovat stravovací návyky při jídle, změny postoje vůči vzhledu a hmotnosti a pokoušíme se nemocného připravit na opětovné zařazení do společnosti.⁴¹

Existuje také tzv. částečná hospitalizace, při které jsou pacientům poskytovány terapeutické služby, jídelní režim, ale klienti, zde nepřespávají. Výhodou je, že nejsou izolováni od okolí. Podobná forma je denní stacionář.

4.3 Psychoterapie a režimový přístup

Mezi základní postupy v léčbě poruch příjmu potravy jsou metody kognitivně-behaviorální, které si kladou za cíl změnu patologických vzorců chování vzhledem k příjmu potravy, ve způsobu myšlení a v postoji k vlastnímu tělu. Dále psychoanalytická a dynamická psychoterapie, které by měli dopomoci jedinci odhalit hlubší souvislosti vzniku onemocnění. Skupinová terapie si klade za cíl rozvoj sebeúcty a rodinná terapie je nezbytná pro zlepšení a napravení vztahu mezi postiženým jedincem a členy jeho rodiny.⁴²

Volba vhodného postupu je individuální a rozhodujícími faktory je věk, fáze onemocnění, motivace, osobnost pacienta.

4.4 Farmakoterapie

Tento druh léčby nebývá u poruch příjmu potravy metodou první volby a její efekt je posuzován v kombinaci s psychoterapií, režimovým opatřením a nutričním poradenstvím. Hovoříme o ní jako o podpůrném prostředku.

Její podstatou je podávání léků, zejména antidepresiv, které slouží ke zmírnění příznaků deprese a úzkosti. Další z významných psychiatrických léčiv jsou antipsychotika a léky ke stabilizaci nálady, které se využívají zejména při léčbě mentální anorexie. Také

⁴¹ Volský, P. et al. Speciální psychiatrie. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998, s. 206

⁴² Seifertová, D., et al. Postupy v léčbě psychických poruch. 2. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2008, s. 466 -479

sem lze zahrnout hormonální léčbu, k léčbě poruch menstruačního cyklu či k prevenci osteoporózy a mnohé další.⁴³

4.5 Prevence

Tento termín označuje soustavu opatření, která mají předcházet nežádoucímu jevu a lze jí docílit pozitivní změny ve stavu populace. Bývá zaměřena buďto na jedince či celoplošně na populaci. Dělí ji na tři stupně:

- Primární – souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění a to v době kdy nemoc ještě nevznikla.
- Sekundární – zaměřuje se na ohrožené skupiny a vyhledává rizikové faktory vedoucí k onemocnění
- Terciární – minimalizuje škody na zdraví v případě vzniklého onemocnění

Prevence u poruch příjmu potravy

Z celkového pohledu na problematiku stravování, se dá říci, že prevence poruch příjmu potravy se neobejde bez prevence nadváhy. Podstatou problematiky poruch příjmu potravy je strach. Strach z jídla, nadváhy, z dospělosti a sexuální role, z neúspěchu ve společnosti. Pozitivně na nás působí, jsme-li schopni se mu postavit. Z čehož vyplývá, že základem preventivních opatření je neposilovat v lidech strach z některých potravin, z obezity a je třeba dát lidem prostor pro stabilizaci přiměřených stravovacích návyků, předejít možnostem držení různých diet ke snížení váhy.⁴⁴

Preventivní programy by měli být tvořeni na základě průzkumu jídelních zvyklostí, nejvíce ohrožené rizikové skupiny osob v pubertě a adolescenci.

Cílem je:

- Zabránit nezdravým dietám a dbát o podporu zdravých jídelních návyků a dlouhodobé fyzické aktivity
- Pracovat na pozitivním vnímání vlastního těla

⁴³ Andersen, A. E. et al., Eating Disorders, National Institut of Mental Health, 2007, 21 s.

⁴⁴ <http://www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf>

- Podporovat společné stravování a zároveň nabádat rodiny, aby málo hovořili o váze
- Mluvit o problému šikany osob s nadváhou, ale i s poruchami příjmu potravy. A doporučovat pomoci postiženým jedincům a jejich rodinám se změnou jejich chování a zabývání se tělesnou hmotností.⁴⁵

V dnešní moderní době hrají v tomto ohledu důležitou roli masmédia, díky kterým je realizace osvěty prevence poruch příjmu potravy jednodušší, ale zároveň je zde i prostor pro jejich propagaci. Existují tzv. pro-ana a pro-mia blogy, které propagují onemocnění, poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexii a mentální bulimii, jsou zaměřeny na rady v oblasti hubnutí, tvarování postavy, diet apod. Uživatelsky si, zde navzájem radí, jak postupovat při řešení svých problémů.

Preventivně můžeme působit formou různých televizních pořadů, přednášek ve školách, propagací informačních brožur či knih a zejména za pomoci internetu a to i prostřednictvím různých sociálních sítí.

Nejvíce známé na poli primární prevence je občanské sdružení Anabell se sídlem v Brně a pobočkami v Praze a Olomouci. Toto sdružení si klade za cíl, pomoci nemocným a jejich rodinám s problémy týkající se poruch příjmu potravy. Snaží se rozšířit společenské povědomí o této problematice a preventivně působit za pomoci mnoha odborníků. Anabell vydává mnoho edukačních materiálů, brožur, měsíčníků, ale také organizuje přednášky a to nejen na školách.⁴⁶

V rámci prevence hraje nepostradatelnou roli rodina jako první socializační činitel. Rodina by měla vštěpovat jedinci zdravé stravovací zvyky, kulturu stravování, dělbu vyvážené potravy do pravidelných denních dávek, které si dotyčný ponechá po celý život. Dbát o to, aby se jídlo nestalo prostředkem pro odměny a tresty. Měla by je vést ke zdravému způsobu života, podporovat je ve sportovní a pohybové činnosti, jakožto prostředku radosti ze života a ne jako prostředek pro hubnutí. Rozvíjet jejich sebeúctu a zdravý nadhled na vlastní osobu.⁴⁷

⁴⁵ Papežová, H., et al. Spektrum poruch příjmu potravy. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, s. 311-315

⁴⁶ <http://www.anabell.cz/>

⁴⁷ Ladishová, L. C. Strach z jídla. Rožumberk: EPOS, 2006, s. 159

Nezbytností je též, aby se preventivně chovali i školská zařízení. Ty by měli poskytnout žákům a studentům dostatek informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy, vést je ke správným stravovacím návykům, podporovat pozitivní sociální klima ve škole a hlavně vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.

Prevence je tedy nezbytnou součástí odborné péče. Je nutné docílit změny postoje k poruchám příjmu potravy v populaci a to pouze za asistence kvalitních programů, na kterých se budou podílet odborníci, kteří se zabývají spektrem těchto poruch.

II. Praktická část

V rámci mé bakalářské práce – Problematika poruch příjmu potravy, jsem pro zpracování praktické části zvolila kvalitativní výzkum, neboť nám nabízí mnohem intenzivnější vhled do lidské dimenze sociální situace a lidské reality. Pomáhá nám tak porozumět sociální realitě a lidem v sociálních situacích.

Za cíl si kladu zmapovat konkrétní příběhy postižených jedinců a poukázat tak na to jak se lidé v určité situaci a prostředí dobírají pochopení toho co se děje a proč jednají daným způsobem.

V rámci kvalitativního výzkumu jsem pro dokreslení problematiky zvolila formu kasuistik. Především chci poukázat na jejich boj s nemocí a zdravotní, sociální důsledky. Výzkumný soubor tvoří 3 dívky, u nichž se objevila, porucha příjmu potravy.

Dvě dívky znám již od dětství a všechny tři dívky byly hospitalizovány v Psychiatrické léčebně v Jihlavě, ve které pracuji. Odtud jsem čerpala materiál pro následující kasuistiky. Ve všech případových studiích nejsou, uvedeny pravá jména dívek.

5 Kasuistiky

5.1 Kasuistika č. 1

Markéta – 22 let

Anamnéza

Výška 160 cm, současná váha 57kg, BMI – 22,3 – v normě.

Mezi její záliby patří jízda na kole a ráda kreslení. Vyučená malířkou skla, nyní pracuje jako dělnice ve firmě vyrábějící LCD monitory. Svobodná, bezdětná. Vztahy s rodiči jsou dobré, i když preferuje otce. Mentální bulimie u ní propukla v 16-ti letech. Hospitalizovaná byla dvakrát a pokračuje v ambulantní léčbě.

Markéta vyrůstala v rodině, ve které panovaly dobré vztahy, ale finanční situace, nebyla nejlepší. Nemohli si dopřát, co by chtěli, ale její otec jí to vynahrazoval zájmem a péčí, vše je učil, jí i její sourozence – bratra a sestru. Matka byla dle Markéty hlava rodiny, vše řídila a snažila se rodinu zabezpečit, nebývala mnoho doma. Markéta ve vzpomínkách udává, že když byla malá, měla dojem, že se matka podivně stravuje. Oba rodiče byli atraktivní a společenší, se sourozenci vycházela bez potíží, vždy jí podporovali.

Ve škole byla oblíbená a vyhledávaná, se spoustou kamarádů. Její prospěch byl průměrný, učila se na trojky. Po škole jí lákala umělecká činnost, ale se svými známkami se šla učit malířkou skla, pak propagační výtvarnicí s maturitou, mezi tím 1 rok na UPRUM, ale zde již měla vážné problémy s příjmem potravy a tak studium ukončila.

První náznaky nemoci

Problémy s příjmem potravy začaly u Markéty v 16-ti letech, kdy začala jezdit na internát. Markéta si v novém prostředí začala uvědomovat rozdíly mezi ní a ostatními děvčaty, cítila se osamocená, nevěděla jak zapadnout do kolektivu. Při pohledu do zrcadla si připadala silná, neatraktivní, škaredá.

Druhý významný faktor byla tíživá rodinná finanční situace. Její spolužačky jí dávaly najevo, že vybočuje. Markéta neměla na značkové oblečení, na akce které ostatní podnikali. Stýskalo se jí po rodině, kamarádech, které měla doma. Markéta si nemohla

dovolit, jezdit každý víkend domů a i z tohoto důvodu se začala omezovat v jídle. Nejprve si skrz finanční situaci odhlásila školní obědy, domů si kupovala pouze pečivo, rýži a luštěniny. Jenže i to se snažila po nejvíce omezovat. Přála si, být chtěná, krásná, což v té chvíli v jejich očích znamenalo být štíhlá.

Život s nemocí

Po půl roce začala zvracet. Začalo to nevině, otec se sourozenci ji k narozeninám, připravili oslavu a ona nevěděla jak se z této situace vyvléknout. Markéta se přejedla, až tak že musela utíkat na toaletu a všechno vyzvracet. Zjistila, že jí potom nebylo ani moc zle. A že je to způsob, jak se pěkně a dostatečně najíst a neztloustnout.

Její záchvaty zpočátku probíhaly, takže přes týden se omezovala, skoro nejedla a o víkendu v domácím prostředí měla záchvaty přejídání a zvracení. Převážně v pátek, hned po návratu a to i několikrát během dne.

S tím jak moc se snažila během týdne nejíst, se o to víc pak přejídala doma, však rodina jí k tomu utvářela ideální podmínky. Těšili se na ní, hlavně otec, který ji vařil její oblíbené pokrmy. Situace dospěla postupem času k tomu, že se záchvaty objevovali i vícekrát během celého víkendu.

V 18-ti se seznámila se svým prvním přítelem, byla to její první vážná známost. Byly spolu tři roky. Zpočátku byl jejich vztah harmonický, společně jezdily na kole, podnikali výlety, užívali si. Po roce vztahu přišli první problémy, přítel začal pít, později i hrát automaty. Stal se z něj alkoholik a gambler. Sliby, že přestane, neplnil. Pro Markétu to bylo období velkého stresu a mnohých krizových situací. Začala se více upínat k jídlu. Objevili se záchvaty přejídání, již i v týdnu.

Markéta si při každé větší hádce, uklidňovala jídlem, nakoupila si ho za poslední peníze. Intenzita záchvatů tak třikrát během týden. V této době se začala uzavírat do sebe. Objevili se problémy se soustředěním, špatně spala.

Začínala si uvědomovat, že takto to dál nejde. Došlo také k tomu, že změny jejích stravovacích návyků si všiml otec, který se rozhodl Markétě domluvit a pomoci. Dohodli se na příjmu stravy 5x denně, omezení záchvatů zvracení, dostatečném pitném režimu.

Ale Markéta se v té době dostala na UPRUM, další pro ni stresující období a rozhodla se otcovi rady zrealizovat po svém. V této době vážila pouhých 35kg, neboť přes týden pouze pila a o víkendu se přejídala.

Následkem toho v 20-ti letech zkolabovala a byla dovezena na psychiatrickou jednotku intenzivní péče v Brně. Markéta není schopna říci, co bylo příčinou kolapsu, ač z toho jak se stravovala a žila, je to zjevné. Zde byla hospitalizovaná pouze týden, neboť matka, zde nechtěla dceru nechat a rozhodla se mít jí doma pod dohledem.

Během následujícího roku, kdy se definitivně rozešla s přítelem, ukončila studium na UPRUMu a matka ji měla neustále pod dohledem, se rozhodla učinit zásadní rozhodnutí. Rozhodla se jít se dobrovolně léčit s vidinou ideální váhy 55 kg a začala si psát deník: *„když o tom přemýšlím, nedokážu se soustředit na jiné věci, práci, bojím se toho. Ještě před chvílí, jsem zvracela a vím, že je to špatně. Potřebuji režim. Chci se toho zbavit. Když něco s ním, mám výčitky, špatný pocit, že jím a že se opět přejím a půjdu to vyzvracet.“*

Léčba a hospitalizace

Markéta byla ve svých 21 letech přijata na otevřené oddělení psychiatrické léčebny v Jihlavě s diagnózou: Poruchy přijímání jídla – Mentální bulimie.

Zde bylo zapotřebí zjistit, jaký byl příjem stravy a způsob života během posledního týdne, pro nastolení správného postupu. Markéta udává, že k snídani si dávala miskou jogurtu s vločkami, v rámci rozhodnutí, že bude jíst zdravě, pak ale povětšinou přišlo něco, co jí rozhodilo a tak se přejedla tím, co našla a měla. Udává, že se přejídala i několikrát denně, třeba i do večera. Důvodem toho dle ní bývali malichernosti: *„něco se mi nepovedlo, například špatně napsaný test a tak.“* V záchvatu snědla například 15 rohlíků, čtvrtku másla, 3 tatranky, polárkový dort, pak to zapila 2 litry limonády, čímž si usnadnila zvracení. V posledním týdnu zvracela údajně jen třikrát a vždy jen jedenkrát v průběhu dne.

Pro popis jejího psychického stavu jsou výstižné situační výkyvy, pokleslé ladění, patrné je vnitřní napětí, tenze a pouze částečná motivace. Markéta měla velké problémy se spánkem. Z tohoto důvodu ji byla nasazena medikamentózní terapie Paroxetinem v dávce 60mg na den – lék k léčbě úzkosti a na spaní Trittico 50mg.

V rámci léčebného programu jí byla strava dělena na 5 porcí, vždy po jídle byla 30 minut pod intenzivním dohledem. Během celé léčby docházela na arteterapii – léčba využívající výtvarné umění, hipoterapii – využívající koně a do keramické dílny. A současně probíhala intenzivní individuální psychoterapie a rodinná terapie.

Již během prvního psychologického pohovoru bylo zjištěno, že podkladem pro toto chování je nenávist vůči sobě. Markéta udala, že se nemá moc ráda, myslí si, že zklamala otce, mohla prý dokázat víc.

Zpočátku pro ni bylo, velmi těžké dodržovat zejména pravidla kolem příjmu potravy. Do deníku si zapsala: „*jsou to muka, muka udržet tu potravu v sobě. Mnohdy mám takou chuť jít zvracet, ale nemůžu, nepustí mě.*“ Již během čtrnácti dní ji byl dohled nad stravou zrušen, vše již zvládala bez větších problémů. Pouze spekulovala ohledně určitých druhů mas, které by si doma nevařila, zejména hovězí. Žádala a přijímala stravu spíše vegetariánskou.

Po třech týdnech byla Markétě umožněna první dovolenka domů, hovoříme o třech dnech, kdy nebyla v léčebně, ale doma u rodiny. Markéta se v rámci této propustky měla poohlédnout po zaměstnání, do kterého nastoupí po propuštění. Bohužel se to neobešlo bez potíží. Z pocitu marnosti nad nenalezenou prací se hned po příjezdu domů přejedla, měla výčitky a následně zvracela. Nedbala na doporučení, že vnitřní napětí je lepší řešit jinou činností než konzumací velkého množství potravy. Druhá dovolenka po dalších čtrnácti dnech již proběhla bez potíží, Markéta dodržovala pravidelné rozestupy v konzumaci potravy, při tenzi se snažila najít jiné řešení, bavila se s rodinou a snažila se i nadále nalézt zaměstnání, což se jí také povedlo, byla jí přislíbena práce ve firmě vyrábějící LCD monitory.

Postupně s léčebnou terapií docházelo ke zlepšení psychického stavu, nálada se projasňovala, upravoval se spánek. Po dvou měsících byla i její mentální bulimie kompenzovaná. Markéta byla klidná, motivovaná a byla propuštěna do ambulantní péče. Markétě bylo v rámci shánění nového zaměstnání doporučeno nehledat si práci na směny, neboť tím by se jí rozhodil pravidelný režim stravování.

Současný stav

Markéta již ví, že je schopna regulovat svoji hmotnost a je si vědoma, že se svoji postavou a příjmem potravy bude bojovat vždy mnohem víc než ostatní. Momentálně si je jistá tím, že nechce spadnout zpět do bludného kruhu hladovění, přejídání a zvracení. Stres a problémové situace se snaží řešit rozumně, ne za pomoci stravy. I nadále si vede pravidelně deník, ventiluje v něm své pocity a zážitky.

Markéta se po nástupu do zaměstnání seznámila s o pět let starším přítelem a momentálně je s ním spokojená, jejich vztah charakterizuje jako harmonický. Mají společné zájmy a záliby. Její přítel ví o onemocnění, kterým si prošla a je ochoten jí popřípadě nabídnout pomocnou ruku.

Do psychiatrické ambulance dochází na pravidelné sezení, mnohdy i s rodinou či novým přítelem, a pokud si s určitou situací neví rady je schopna se ozvat a říci si o pomoc.

Markéta si je vědoma toho, že si problémy s příjmem potravy způsobila sama. Stresovou situaci s nástupem na internát měla řešit minimálně pohovorem s rodiči a stejně tak i další problémy, které během tohoto období přišli. V současnosti je schopna řešit situace rozumnějšími způsoby a v ideálu štíhlosti již nevidí východisko.

Závěr

Markétino onemocnění bylo vyvoláno velkým a dlouhotrvajícím stresem spojeným s nástupem na internát, byla zde vystavena novému kolektivu, který hleděl pouze na hmotnou stránku, na značkové oblečení, peníze. Také, zde dle mého názoru, sehrála roli matka, která neměla čas se dceři více věnovat, a otec ji nemohl v určitých oblastech nahradit.

S přibývajícimi krizemi se prohlubovalo i její onemocnění, postupně se stalo náplní jejího dne, neboť již neviděla jiné možnosti řešení malicherností. Ale sama Markéta našla odvalu a dospěla k rozhodnutí se jít léčit, což je dle mých zkušeností polovičním úspěchem.

V současné době Markéta šanci být normální, atraktivní, společenskou ženou, bez přízraku mentální bulimie.

5.2 **Kasuistika č. 2**

Petra 20 let

Anamnéza

Výška 166 cm, současná váha 47kg, BMI – 17,1 – podváha

Pochází z neúplné rodiny, rodiče se rozvedli, když jí byl 1 rok. Vyrůstala u matky, která se podruhé vdala, když jí bylo 17let. Má jednoho nevlastního bratra. Vztahy v rodině nejsou moc dobré. Otec alkoholik, dcera se s ním vídá nepravidelně. Matka se léčí pro depresi a mentální bulimii. S matkou jsou vztahy dobré, stále se jí snaží pomoci. Petra je momentálně ve 2. ročníku Střední sociální školy, má individuální plán. Mezi její záliby patří angličtina.

Porucha příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie se u ní začala projevovat ve 13 letech. Postupně se u ní objevily úniky k alkoholu a také sebevražedný pokus podřezáním žil obou předloktí. Docházela pravidelně k psychologovi a jedenkrát byla hospitalizována v psychiatrické léčebně, nyní pokračuje v ambulantní psychiatrické léčbě.

Petra na dětství vzpomíná s radostí, udává, že i když se rodiče rozvedli do jejich 11let se o ní v péči střídali, vzpomíná na společné výlety. Udává, že to bylo bezstarostné dětství. V té době byla malá, plnoštíhlá postava. Vybavuje si, také jak navštěvovali s otcem a babičkou matku v psychiatrické léčebně. Udává, že několikrát přistihla matku při jejích záchvatech přejídání, ale nevěnovala jim hlubší pozornost.

Okolo jejích 11 let přišel zlom, otec začal pít, přišel o práci a začali konflikty, nejprve mezi ním a matkou a později byl zlý i na dceru. To vše mělo samozřejmě negativní vliv na matku. Matka již nemohla počítat s finanční pomocí od otce, byla nucena najít si druhé zaměstnání, tím pádem měla méně času na dceru, prohlubovali se u ní depresi, domů chodila unavená, v nepříjemném rozpoložení. U nich doma se začali střídát její nové známosti, se kterými dcera povětšinou nevyházela. U Petry došlo ke zhoršení prospěchu, ale na druhé straně se začala snažit, vyplňovat si čas jinými činnostmi a kroužky, ale toto jí vnitřně nenaplnovalo, chyběl jí kontakt s matkou.

První náznaky nemoci

Tento stav se stupňoval a kolem 13 let přišli i narážky na její postavu od tehdejšího přítele matky. Při každé příležitosti ji kritizoval a shazoval. Petra si začala více uvědomovat své proporce a všimnout si okolních dívek, začala sledovat současný ideál krásy. Porovnávala se také s matkou, která byla vždy štíhlá a vysoká i přes své stravovací návyky, zejména přes záchvaty přejídání. Říkala si, že kdyby byla také tak hubená, třeba by si jí i matka začala více všimnout a měla u ní více uznání, citově strádala.

Nejprve ze svého jídelníčku začala vynechávat tučná a sladká jídla. Také se rozhodla více hýbat, nejprve pravidelně dvakrát denně běhala kolem bloku. Vyhledávala na internetu a v knihách zaručené recepty na hubnutí, později již i byla schopna vypočítat si kalorickou hodnotu jednotlivých pokrmů. Začala vynechávat svačiny a postupně i z jídelníčku vyřazovala jednotlivá jídla, ale při mimořádných společných povětšinou večerích se snažila účastnit, aby si matka ničeho nevšimla. Udává, že se v pokrmehc nimrala, snažila se je krájet na malé kousíčky, vše dělala pro to, aby byla co nejméně nápadná a nemusela to vše sníst. Její snaha se jí začala vyplácet, hubla. Jenže jak sama udává, při pohledu do zrcadla si stále připadala obézní, nehezká. K tomuto pocitu jí také dopomáhalo neustálé citové strádání, matka jakoby v té době dceru nevnímala, nevšimla si změny.

Život s nemocí

Petra se začala ještě více upínat ke svému vysněnému cíli. Zintenzivnila cvičení, běhala každou volnou chvíli či cvičila dle kazet u televize a také si začala zaznamenávat přijatou kalorickou hodnotu všech pokrmů a rozhodla se, že většinu zbývajících pokrmů nahradí zvýšeným příjmem tekutin. Postupně se začala vyhýbat společným večerím, ač to byl čas, který mohla strávit s matkou. Začala se stranit kolektivu, uzavírala se do sebe, přestala chodit do zájmových kroužků. Její zájem se zcentralizoval pouze na splnění jejího snu, být štíhlá, už jí ani netrápilo, že s ní matka nemluví.

Její hubenosti a podivnosti v chování si v té době začalo všimnout i okolí a zejména matka. Ta s dcerou měla několik vážných rozhovorů. Všimla si, že Petra je už moc

pohublá, že skoro nejí, že pouze předstírá, že jí. Rozhovory však na Petru nezapůsobily a tak se matka rozhodla dceru odvést k lékaři. Lékař provedl různé vyšetření a dospěl k diagnóze mentální anorexie a doporučil jim pohovory s psychologem.

Petra se však snahám o pomoc bránila, nebyla schopna si připustit, že má problém. V té době se u ní již i zvýšeně projevíly negativní důsledky hladovění, byla unavená, ospalá, začali ji vypadávat vlasy a často se u ní objevovali křeče v končetinách a vymizela u ní menstruace. Cítila zvýšený tlak okolí a zejména matky, která se již dceři věnovala co jí volný čas dovolil.

Velkým psychickým činitelem byl také nástup na hotelovou školu. Tlak z nového prostředí a nových lidí Petra špatně nesla a právě tehdy objevila kouzlo alkoholu. Sloužil jí jako únik od světa, který ji připadal složitý a zlý, nedokázala se v něm vyznat. Pod vlivem alkoholu byla otupělá a schopná s matkou hovořit a alespoň z části zvládat studijní povinnosti. Alkohol se stal i náhradou za stravu. Ve svých očích byla nadále silná ba přímo tlustá.

Toto jednání však nemohlo dlouhodobě uniknout pozornosti matky tak psychologa, který doporučil hospitalizaci na psychiatrii. Petra se tomu snažila zabránit, uniknout od nutné hospitalizace. Dokonce se jí povedlo přesvědčit matku, že přeručí studium, aby na ní a na její příjem potravy mohla dohlížet. Ale bohužel pokud to šlo tak dcera s jídlem podváděla, zvýšeně cvičila a uchýlila se i k užívání přípravků na vyprazdňování a odvodnění.

V jejich 17 letech se matka podruhé vdala a do rodiny tak přibyli další dva členové. Matka se již tolik na dceru nesoustředila, navíc se sama i nadále potýkala s depresivními epizodami. U Petry se začaly objevovat záchvaty vzteku a pláče. Vše to vyvrcholilo Petřiným pokusem o podřezání žil na předloktích horních končetin v alkoholovém opojení. Byla odvezena do nemocnice, odkud byla následně převezena do psychiatrické léčebny.

Léčba a hospitalizace

Přijata byla na uzavřené oddělení s diagnózou – stav po sebevražedném pokusu pořezáním obou předloktí v opilosti a mentální anorexie. Petřin stav byl vážný, i přes opakované pohovory se nesnažila nějak výrazně spolupracovat. Zpočátku odmítala

jakoukoliv stravu, výživa ji byla dodávána za pomoci infuzí, hrozilo i krmení skrz zavedenou sondu přes nos do žaludku. V rámci terapie probíhala intenzivní psychoterapie, byli ji nasazeny léky na depresi a proti úzkosti.

Postupně se její psychický stav začal upravovat a po malých krocích začala spolupracovat, ač nastolený režim byl pro ni velmi těžký, byla pod neustálým dohledem. Nejproblematičtější pro ni bylo nastolení normálních stravovacích návyků, v rámci toho se musela naučit přijímat stravu 5x denně, při i po její konzumaci byla hlídána zdravotnickým personálem. V rámci léčebného programu navštěvovala skupinové sezení stejně nemocných klientů, rodinou terapii a účastnila se terapie za pomoci výtvarného umění, pracovní terapie a navštěvovala keramickou dílnu.

Po čtyřech týdnech mohla na svoji první třídenní dovolenku, jejím cílem bylo zjistit, zda vše doma bude probíhat bez větších komplikací a také za účelem ukončení studia na hotelové škole, neboť po přerušení již do školy nenastoupila a v rámci pohovorů s lékaři dospěla ke zjištění, že tuto profesi vykonávat nechce. Navíc vzhledem k její nemoci je riziková. Dovolenka neproběhla zcela ideálně, neboť Petra byla pod velkým psychickým tlakem a stres řešila zvýšenou fyzickou aktivitou a hádkami s matkou.

Po návratu byla zintenzivněna rodinná terapie a Petra byla přeložena na otevřené oddělení, kde panuje lehčí režim, bylo to také z důvodu zajištění dalšího profesního uplatnění. Petra se rozhodla pro studium sociální školy, na doporučení psychiatra se s ředitelem školy dohodla na individuálním plánu. Zejména pro riziko znovu vzplanutí onemocnění, neboť je to nový začátek nesoucí s sebou velký tlak.

Po třech měsících byla Petra propuštěna do ambulantní péče, s již minimální medikamentózní terapií. Stále s podvábou, ale již s projasněným vnímáním, jiným pohledem na sebe a své tělo, usměvavou a s obnovenými normálními stravovacími návyky, s instrukcemi jak se lze se stresovými situacemi vypořádat.

Současný stav

Je to již rok a půl co je doma u matky a i nadále pokračuje ve studiu Sociální školy, stále v rámci individuálního plánu. Petra udává, že takto je, to pro ni snaží, není na ni kladen takový tlak a není vystavena mnohým stresovým situacím, které by dle ní opět

zpustil koloběh onemocnění. Během roku se totiž objevily situace, při kterých měla tendenci utéct zpět do hladovění, nevěřila si a v tu chvíli to bylo pro ni jediné viditelné a možné východisko. Ale za pomoci matky a psychiatra našla jiné řešení. Matka na ni i nadále dohlíží, kontroluje jí, zejména příjem stravy a tendence plynoucí z příznaků anorexie.

Petra již nyní ví, že se mentální anorexie, dle ní „stigmatu“ nikdy zcela nezbaví. Sama přiznává, že i nadále si počítá kalorickou hodnotu přijaté stravy a mnohdy mívá výčitky, není schopna si jídlo plně vychutnat a užít, tak jako lidé v jejím okolí. Navštěvuje dvakrát týdně fitness centrum, za účelem alespoň částečné kompenzace. Zde je pod dohledem informovaného trenéra, který ji určuje správné aktivity. Nadále si zvýšeně hlídá svoji váhu. Váží se sice jedenkrát týdně, ale pečlivě si vše zaznamenává a každý nárůst hmotnosti nevnímá zcela pozitivně, ba naopak přiznává pocity provinění a studu.

Během posledního půl roku se také seznámila s přítelem, který o jejím onemocnění zatím nic neví. Petra se bojí mu o své nemoci říci. Ví, že to bude muset udělat, ale prozatím nenašla odvalu. Má strach, že ho tím odradí.

Petra udává, že onemocnění jí mnohé vzalo, zúžilo její úhel pohledu pouze na tělo a jeho dokonalost, připravilo ji o kamarády a o čas, který mohla strávit jiným účelnějším způsobem.

Závěr

Petřino onemocnění bylo vyvoláno citovým strádáním a narážkami na její vzhled.

Matčin nezáměr si vykládala jako svoji vinu. Připadala si v jejích očích nedokonalá, nechtěná. Postupně ji onemocnění pohltilo a nebyla schopna vidět již nic jiného než jen touhu po dokonalém štíhlém těle. Při větších tlacích a stresech utíkala k nejsnadnějšímu řešení - k hladovění, alkoholu a poté i k sebevražednému pokusu. To poslední bylo krajním voláním o pomoc, které se v tomto případě ukázalo jako nezbytné.

V současné době má Petra před sebou ještě dlouhý kus cesty, neboť jsou zjevné tendence opět unikat zpět k ideálu štíhlosti. Nemohou nám uniknout snahy tohoto ideálu docílit. I nadále se jí snaží matka v příjmu potravy kontrolovat a o dceru zvýšeně pečovat.

Doufejme, že nalezne tu správnou cestu a jednoho dne se plně osvobodí od zvyklostí a zlovyků, které ji naučila mentální anorexie.

5.3 **Kasuistika č. 3**

Jana 18 let

Anamnéza

Výška 175 cm, současná váha 49 kg, BMI – 16 – podváha

Pochází z úplné rodiny, má o 11 let starší sestru, se kterou moc dobře nevychází. Rodiče Janu vychovávali ve stylu hyperprotektivní výchovy, jejímž spouštěčem bylo její předčasné narození a další významný faktor byl postarší věk rodičů. Studuje druhým rokem na střední průmyslové škole, obor informační technologie. Mezi její záliby patří studium a běh. V 18-ti ji byla diagnostikována mentální anorexie. Hospitalizována byla dvakrát a vždy pouze krátkodobě, jedenkrát v psychiatrické léčebně a následně v dětské psychiatrické léčebně.

Vzpomínky na dětství a dospívání má Jana radostné, udává, že rodiče jí hýčkali, snažili se jí vždy dopřát to, co chtěla, chránili jí. Úkolovali i její starší sestru, která se v jejich nepřítomnosti musela o ni starat. Jediné co po ni požadovali a to především matka byl výborný školní prospěch, přáli si mít z dcery vysokoškolsky vzdělanou bytost, sami na titul nedosáhli, oba mají středoškolské vzdělání.

Jana, od dětství introvert jejich vizi plnila. Od první třídy měla samé jedničky, ač jak sama udává, neměla zde žádné kamarády, nikdy se jí nepodařilo, spřátelit se se spolužáky. Při hlubším zamyšlení udává, že v jejich očích byla za podivínku, šprtku, neboť každou volnou chvíli trávila studiem a měla problém s veřejným vystupováním a vyjadřováním. Studium představovalo hlavní náplň jejího dne, pokud se nevzdělávala, trávila čas v přítomnosti rodičů, kteří ji vyšli vstříc v jejich přáních. Společně navštěvovali divadla, muzea a různé kulturní akce a snažili se naplnit program dle dceřiných přání.

Jana se bez jakýchkoliv problémů dostala na střední průmyslovou školu, která sídlila ve 40km vzdáleném městě. V té době měla vytáhlou, klukovskou postavu, odhadovaný věk 12 let, ne reálných 16.

První náznaky nemoci

Nástup na střední školu sebou nesl přestěhování se na internát a s tím spojené odloučení od rodiny. Od jejich péče, která jí do té doby usnadňovala a dosti skreslovala prozatímní cestu životem. Jana se jen velmi obtížně přizpůsobovala novému prostředí, nevěděla jak správně zapadnout do kolektivu, jak hovořit se spolužáky. Do kolektivu nezapadla. Připadala si osamocená, nechtěná. Spolužáci ji považovali za dětinskou, nevyzrálou. Jana se setkala se šikanou. Spolužáci si z ní utahovali, kritizovali ji pro její vzhled a nadávali ji do šprtek, ponižovali ji. Ani víkendy na které jezdila domů, ji nepomáhali přestat myslet na týdenní utrpení. To vše se začalo postupně podepisovat na jejích studijních výsledcích, neměla již samé jedničky, což velmi znepokojovalo její rodiče.

Matka měla s Janou během tohoto roku několik vážných rozhovorů, snažila se přijít na to, co ji trápí a proč dcera nepodává premiantské výsledky a nevyniká i přesto, že viděla, jak dcera zvýšila své úsilí v rámci studia. Jana se jí ke konci studijního roku svěřila s problémy, které měla ve škole i na internátě. Rodiče se na základě zjištěných informací rozhodli navštívit ředitele školy, který o těchto potížích nic nevěděl. V rámci řešení vzniklé situace si k sobě zavolal jak Janu tak ty, kteří ji ubližovali, ti samozřejmě vše popřeli a z dané situace odešli pouze s důtkou ředitele školy.

Život s nemocí

Pro Janu to bylo období velkého stresu a rozhodla se pod vlivem neutuchajících narážek na její vzhled pro změnu, alespoň v této oblasti. V létě roku 2011 si dala za cíl zhubnout alespoň pět kilo, v té době vážila 65 kg. Prvotně ze svého jídelníčku vyřadila pouze sladké pokrmy a výsledek se dostavil, od okolí postupně začala sklízet pochvaly na její vizáž. Což byla pro ni nová a velmi příjemná zkušenost, která ještě více podnítila její snahu. Začala běhat, běhala každý den minimálně hodinu a půl a postupně vyřadila z jídelníčku i tučné pokrmy. S tím jak šla váha dolů, tak se i snižovalo množství zkonsumované potravy. Její stravování v konečném důsledku v průběhu posledních šesti měsíců vypadalo tak, že během dne snědla pouze jedno jablko, zvýšila příjem tekutin, byla

schopna vypít přes čtyři litry sladkých limonád, zejména koly. Příjem sladkých nápojů měl jediný význam, dodával ji energii.

Hladovění s sebou neslo samozřejmě i změny v jejím psychickém rozpoložení. Jana se ještě více uzavřela do sebe, přestávala komunikovat s okolím, zejména s rodinou, měla snahu se od všeho distancovat, byla zvýšeně úzkostná a přecitlivělá. Přestávala na víkendy jezdit domů. Její zájem se od studia plně přesunul na dosažení svého vysněného vzhledu.

Při pohledu do zrcadla si stále připadala tlustá a nehezká ač v reálu byla velmi kachektická. Její pocit z nedokonalosti prohlubovali i negativní zdravotní důsledky z nedostatečného příjmu živin. Začali ji vypadávat vlasy, objevili se nedostatky na pleti, v oblasti břicha ji narostly jemné, chmýřovité chloupky, lámali se jí nehty. Došlo k vymizení menstruace a k problémům s vyprazdňováním. Jana také udává, že v té době pociťovala pouze chlad, zimomřivost.

Tyto změny nemohly samozřejmě uniknout pozornosti pečlivých rodičů. Kteří nevěděli jak s dcerou hovořit ač se o to mnohokrát pokusily, ale bez zjevného výsledku. Pro ně samotné to byla nová situace, se kterou si nevěděli rady, neuměli si představit, čemu čelí. Dovedli tedy dceru k obvodnímu lékaři, který byl jejím zjevem zděšen a po pár vyšetřeních diagnostikoval mentální anorexii. Není se čemu divit Jana v té době již 18letá, vážila na svých 175cm pouhých 47kg. Byl to nepřehlédnutelný impuls pro převoz do psychiatrické léčebny.

Léčba a hospitalizace

S pobytem v novém prostředí, na uzavřeném oddělení léčebny si však Jana nevěděla rady, nespolupracovala, objevovali se u ní záchvaty vzteku, pláče, zloby, který umocňovala ještě nutnost personálu ji za každé situace hlídat. Významnou, nezastupitelnou roli, zde sehrála její dětinská povaha a nedostatečně vyvinutý smysl pro řešení těchto situací. Personál nevěděl jak ji přesvědčit, alespoň k částečné spolupráci. Stravu razantně odmítala, stejně tak i přijímat tekutiny, bylo tedy nezbytné zavést parenterální výživu, ale to nebylo dlouhodobé řešení. Po dvou dnech se matce podařilo dceru přesvědčit, alespoň k pití, ale více nic. Rodiče společně s ošetřujícím lékařem dospěli k rozhodnutí převést dceru do Dětské psychiatrické léčebny.

Zde to pro Janu bylo přijatelnější, zprvu i z důvodu slibu, který dala matce, ohledně spolupráce. To však nemělo trvání delší nežli deset dní, utočila na matku, ať ji vezme domů a hlídá ji, slibovala, jak společně vše zvládnou. Matka souhlasila a Jana odešla na "reverz" domů.

V domácím prostředí však Jana postupně zaujala opět pozici opečovávaného dítěte. Matka, poučená a proškolená od zdravotnického personálu, se zpočátku snažila, dceru vést k pravidelnému příjmu potravy, správnému dennímu režimu, snažila se bránit ji ve zvýšené pohybové aktivitě. To vše však nemělo dlouhodobého trvání. Dceři se postupně podařilo dostat alespoň částečně matku na svoji stranu a to pod slibem, že již nebude více hubnout.

To se však nelíbilo otci, který se pokusil nalézt, alespoň nějakou pomoc či řešení za pomoci centra Anabell. Jeho snaha však zkrachovala na nespolupráci dcery.

Současný stav

Jana se v současné době nalézá v domácím prostředí v náručí pečující matky, kterou si plně podvolila. Otec se i nadále snaží nalézt alespoň nějaké řešení situace, trápí ho pohled na kachetickou dceru, která si počítá a krájí i zrníčka rýže. Jana je plně v moci mentální anorexie a není schopna a hlavně ochotna se z tohoto bludného kruhu vymotat. Momentální stav ji plně vyhovuje.

Přesto všechno se i nadále snaží, ač již v rámci individuálního programu studovat střední průmyslovou školu a zavděčit se tak alespoň z části matce.

Závěr

Jana si není vědoma svého onemocnění a všeho co s sebou nese, její vidinou je pouze ideální štíhlá postava, za kterou sklízí obdiv okolí. Velmi dobře ji také dělá neustálá matčina péče. Matka již není schopna nastolit opatření, která by zabránila její dceři zničit se a otcovy snahy, jsou v tomto kontextu marné a nicotné. Těžko říci, jak dlouho ještě bude ochoten se pokusit nynější situaci zvrátit.

Za rozvojem onemocnění jejich dcery stojí jejich hyperprotektivní výchova, v rámci které byly na dceru přehnaně opatrní, přepečliví, hlídali ji, nedokázali se plně od dcery

odpoutat a dát jí tak prostor k nezávislému chování a k vytvoření si zkušeností a dovedností potřebných k životu. Jana se vzhledem ke svému věku chová dětinsky, nevyspěle.

Dalším nezbytným faktorem, který podnítil vznik onemocnění, bylo nové prostředí, nástup na internát a s tím spojený intenzivní stres, který byl prohlouben ještě snahou Janiných spolužáků o zničení již tak nízkého sebevědomí prostřednictvím šikany a narážek.

Jen stěží hádat kdy mentální anorexie nad Janou vyhraje.

5.4 Porovnání a vyvození analogií z případových studií

Na základě mých zkušeností a mého zaměstnání, ve kterém se setkávám, s osobami trpícími poruchou příjmu potravy, mohu usuzovat na určité analogie, které tyto nemoci provázejí. Tři předešlé případové studie, by měli dokreslovat složitost tohoto problému, a pokud do nich nahlédneme, zjistíme několik společných znaků:

- Nejvíce patrný je zde vliv rodiny, rodinná výchova velmi ovlivňuje, to co bude následovat. V prvních dvou případech dívky citově strádají a ve třetím případě je dívka naopak vystavena přehnanému a špatnému výchovnému stylu. Nesporně tak negativně ovlivnili vznik onemocnění.
- V daných případech také jako příčina figuruje změna prostředí a situační kontext. Dívky jsou vystaveny několika problémovým a pro ně novým situacím a nadměrnému, dlouhotrvajícímu stresu.
- Dívky, které jsou postiženy tímto onemocněním, bývají velmi citlivé, až přecitlivělé. Pověštinou nevědí jak poukázat na své problémy, stydí se. Ač na okolí mohou působit vyrovnaně, mnohdy až sobecky.
- Pokud porovnáváme, jejich studijní výsledky bývají dobré, ba u některých přímo výborné.
- V jídle s postupujícím stresem vidí jediné řešení, upínají se na různé redukční diety. Dává jim to pocit, že se dokáží kontrolovat a vytváří iluzi úspěchu, dokonce, lze u nich pozorovat zvýšené sebevědomí.
- Na počátku u všech případů pozorujeme hladovění. Myšlenky ohledně konzumace potravy, je postupně doprovázejí každý den, až je úplně pohltí. Bulimičtí pacienti se nenávidí za přejídání a následné zvracení. Anorektičtí oproti tomu za to, že vůbec jedí. To co jim mělo, přinést řešení se pro ně stává pastí.
- Všem případům je společná manipulace se stravou. Jídlo schovávají, vyhazují, hrají si s ním a mnohdy lžou rodičům, že již jedly. Nebo naopak se přejídají, shromažďují velké množství různých pokrmů, které jsou schopni během několika minut sníst.

- U dívek můžeme pozorovat nepřiměřený důraz na tělesný vzhled. Každá z nich má vysněný ideální obraz krásy, toho jak musejí vypadat.
- Dlouhodobý proces hladovění má za následek jak fyzické tak psychické změny. Jejich psychika bývá velmi silně postižena. Dívky se před zraky okolí mění, uzavírají se do sebe, straní se okolí, opouští své zájmy, a pokud se objevují nové, bývají zaměřeny na prohloubení jejich onemocnění, například jak je patrné z těchto případů, zvýšeně cvičí, běhají či vaří.
- Jen velmi těžko si přiznávají svůj problém a mnohdy nejsou schopni jej sami řešit.
- Reakce rodičů bývá povětšinou ve všech případech stejná. Potížemi dívek jsou velmi překvapeni, nechápou to, nevědí, jak k tomu došlo. Povětšinou se shodují na tom, že s dívkami nikdy nebyly nikdy žádné problémy, neumějí si jejich stav rozumně vysvětlit. Jsou rozpačití v hledáních možností pomoci.
- Všechna tato onemocnění, mají za následek zhoršený zdravotní stav, který si vždy vyžádá hospitalizaci a nutnost dlouhodobé léčby. Mnohdy je léčba neúspěšná, objevují se recidivy.
- V průběhu hospitalizace je vždy nutné dodržovat určitá pravidla. Každý den se váží, jsou pod neustálým dohledem, strava je dělena do 5 porcí, monitoruje se kolik toho, snědly a vypily a po jídle bývají pod 30 minutovým intenzivním dohledem, z důvodu rizika snahy se přijaté potravy zbavit, nesmějí během této doby na toaletu. Musejí se aktivně účastnit různých terapií a terapeutických činností.

V případě poruch příjmu potravy je tedy nepopiratelný fakt, že jsou to vážné nemoci postihující nejen organismus jedince, ale také jeho psychiku a společenský život. Tato onemocnění mají negativní dopad i na rodinu a jeho nejbližší okolí.

Tato onemocnění nemůžeme brát pouze jako klinickou záležitost. Naopak si žádají pozornost velkého spektra lékařů, psychologů, ale také speciálních a sociálních pedagogů a učitelů.

Úkolem rodičů a společnosti by mělo být vychovávat jedince se zdravým sebevědomím, schopné se o sebe postarat.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce pojednává, o problematice poruch příjmu potravy a měla by přinést ucelený a komplexní pohled. Jsou to závažná psychogenní onemocnění, která postihují jedince v celém bio-psycho-sociálním konceptu.

Celá problematika je velmi složitá a veřejností často nepochopitelná. Osobně bych ji přirovnala k závislostem, kde jako střed zájmu místo drog a alkoholu figuruje jídlo. Veřejnost si není schopna připustit, že se jídlo či jeho odmítání může stát opravdovým návykem. Stejně jako u závislosti je nutností k uzdravení se uvědomění si problému a vůle s tím něco udělat. Bohužel však osoby trpící těmito onemocněními nebývají motivovány a šance na vyléčení se tak snižuje. Nezbytné je také rodinné zázemí, neboť nemocný potřebuje cítit zázemí a je zde velmi důležitá spolupráce všech zúčastněných, včetně lékařů, psychologů, sociálních pedagogů.

Hovoříme o poruchách, které mohou negativně ovlivnit vývoj osobnosti, a dokáží se na jedinci velmi negativně podepsat.

Lidé trpící těmito poruchami svým způsobem s okolím komunikují, volají o pomoc, nevědí jak si poradit se složitostmi, bolestmi a neporozuměním se kterými se denně setkávají. Dnešní společnost klade na jedince vysoký tlak. Vždyť jen nastolený ideál krásy, kult štíhlosti je přehnaný, vyhnáný do extrémů a právě rozvoj mentální anorexie, mentální bulimie či nespecifikované poruchy příjmu potravy, bývá pouze logickým vyústěním. Je třeba, aby si lidé a společnost tento fakt uvědomili a nezavírali před ním oči.

Hlavní význam tedy vidím v informační osvětě, je nutno rozšířit povědomí o těchto nemocech prostřednictvím kvalitních informací v rodině, škole a celé společnosti.

Rodina by měla mít povědomí o nebezpečí těchto nemocí, vždyť je nejdůležitější složkou ve výchově jedince. Měla by děti vést k zdravému sebevědomí, správným pohledům na problematiku dnešní doby a nastítnit jim správné možnosti řešení.

Školy, by měly zařadit, problematiku poruch příjmu potravy do svých osnov a varovali tak před jejím nebezpečím. Každý sociální pedagog by měl být proškolen v této problematice, ať už působí na pozici metodika prevence či sociálního pracovníka.

K tomuto účelu by mohla pomoci i tato bakalářská práce, která nabízí souhrn informací o těchto nemocech.

Ve své výzkumné části jsem se snažila odhalit složitost tohoto problému z pohledu jedince. Dívek, které se tváří v tvář setkali s těmito onemocněními, poukázat na nebezpečnost v kontextu zdraví, životního stylu, hodnot i sociálních vazeb. Podepisují se totiž i na celé rodině jedince a na jejich nejbližších.

Riziko, které s sebou tato onemocnění nesou, jsou natolik vážná, aby je mohla společnost nadále přehlížet. Je nutno rozšířit povědomí o těchto nemocech. Vždyť mentální anorexií či bulimií trpí každá dvacátá dívka. Pomožte i vy.

RESUMÉ

Bakalářská práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy. Podrobně se zaměřuje na mentální anorexii, mentální bulimii a nespecifikované poruchy příjmu potravy. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První se zabývá, vymezením poruch příjmu potravy a podrobně popisuje její příznaky. Druhá kapitola nám objasňuje příčiny vzniku onemocnění. Třetí popisuje průběh onemocnění a jeho vliv na rodinu. Čtvrtá se zaměřuje na druhy terapie. Pátá nám nastiňuje možnosti preventivního působení.

V praktické části je uveden kvalitativní výzkum charakteru kasuistik osob, které mají osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy a z nichž lze vyvodit určité analogie a dává nám nástin možností preventivně a cíleně působit, ať již v rodině, škole, či celé společnosti.

ANOTACE

Téma bakalářské práce zní "Problematika poruch příjmu potravy". Je zaměřena na mentální anorexii, mentální bulimii a nespecifikované poruchy příjmu potravy.

Teoretická část vymezuje jednotlivá onemocnění a poukazuje na příznaky, příčiny jejich vzniku, průběh u jednotlivých onemocnění, druhy léčby a na preventivní opatření.

Praktická část uvádí kasuistiky dívek, s poruchou příjmu potravy a následné vyvozené analogie.

Tato práce je příspěvkem v oblasti informovanosti o těchto onemocněních

ANOTATION

This thesis name is "Eating disorders issues". This thesis is focuses on anorexia nervosa, bulimia nervosa and others not specified eating disorders.

The theoretical part defines each disease and points to the symptoms, origin causes, course of each disease, treatments and preventive measures.

The practical part includes case studies of girls with eating disorders and the subsequent deduced analogies.

This work is contribution of awareness of these diseases.

KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příznaky, příčiny, průběh, léčba, prevence

KEYWORDS

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, symptoms, causes, course, treatment, prevention

SEZNAM LITERATURY

1. Andersen, A. E. et al., *Eating Disorders*, National Institut of Mental Health, 2007, 21 s.
2. Cohen R. M., *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 199 s., ISBN 80-7178-497-4
3. Cooper P. J., *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. 1. vyd. Praha: Votobia, 1995, 216 s. ISBN 80-85885-97-2
4. Darborim I., *Nemoci v souvislostech a jejich příčiny*. 1. vyd. Praha: Medynamis, 2003, 535 s. ISBN 80-903216-0-7
5. Elliot J., Place M. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2002, 206 s. ISBN 80-247-0182-0
6. Kraus B., Sýkora P. *Sociální pedagogika*. IMS Brno, 2009
7. Kraus B., *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3
8. Krch, F. D., *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3.vyd. Praha: Grada, 2008, 194s., ISBN 978- 80- 247 - 2130-9
9. Krch F. D., et al.. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 238 s. ISBN 80-7169-627-7
10. Krch, F. D., et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005, 251 s. ISBN 80-247-0840-X
11. Ladishová, L. C. *Strach z jídla*. 1. vyd. Rožumberk: EPOS, 2006, 159 s., ISBN 80-89191-53-3
12. Leibold G. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0
13. Maloney, M., Kranzová, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0
14. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*. 1. vyd. Praha: Mistral, 1992, s. 206.
15. Papežová H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6

16. Radvan E., Vavřík M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. IMS Brno, 2009
17. Radimský, M., *Psychiatrie I*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 171 s. ISBN 80-7013-151-9
18. Seifertová, D. et. al., *Postupy v léčbě psychických poruch*, Praha: Academia Medica Pragensia, 2008, 616 s. ISBN 80-86694-07-0
19. Ševčíková, J., et. al. *Život ti může nabídnout víc*, Brno: Anabell, 2007, 108 s.
20. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál 1999, 353 s. ISBN 80-7178-214-9
21. Volský, P. et. al. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 206 s. ISBN 80-7184-666-X.

Internetové zdroje

1. Občanské sdružení Anabell [online]. 2002 [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
2. Mentální anorexie v kontextu rodinného systému. Občanské sdružení Anabell [online]. 2002 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>
3. Poruchy příjmu potravy - léčba. *Doktorka.cz* [online]. 1999 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://hubnuti.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy-lecba>
4. Poruchy příjmu potravy. In: KRCH, PhDr. František David Ph.D. Sekce poruchy příjmu potravy při České psychiatrické společnosti JEP [online]. 2005 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf>
5. Poruchy příjmu potravy. In: KRCH, PhDr. František David Ph.D. *Sekce poruchy příjmu potravy při České psychiatrické společnosti JEP* [online]. 2007 [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf>
6. Problémy psychogenního přejídání a obezita. PAPEŽOVÁ, MUDr. Hana. Zdravotnické noviny [online]. 2006 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/problemy-psychogenniho-prejidani-a-obezita-173673>

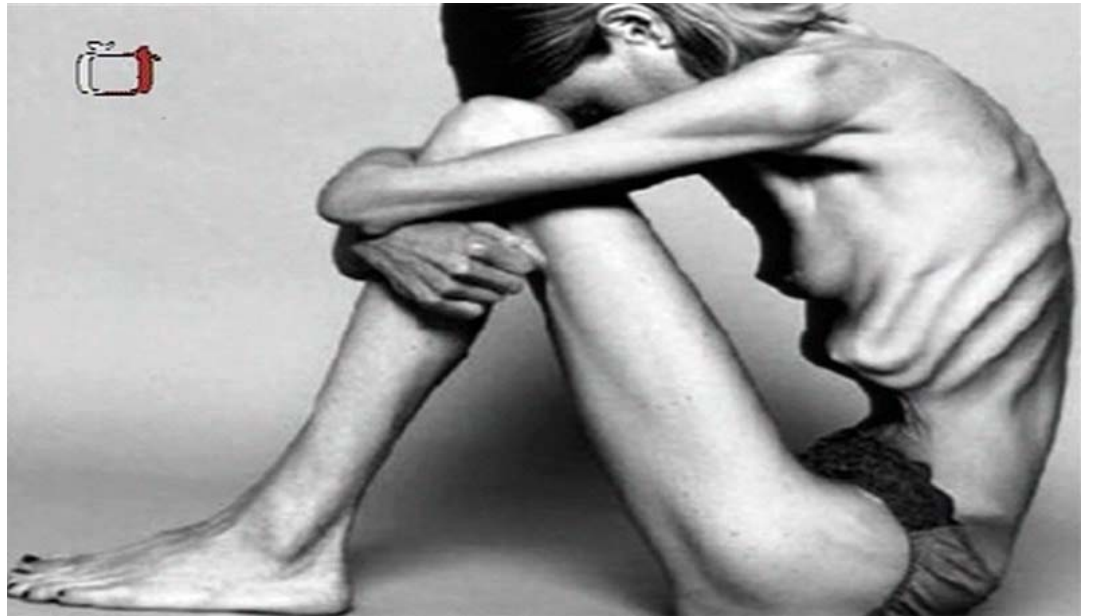
PŘÍLOHY

1. *Mentální bulimie*



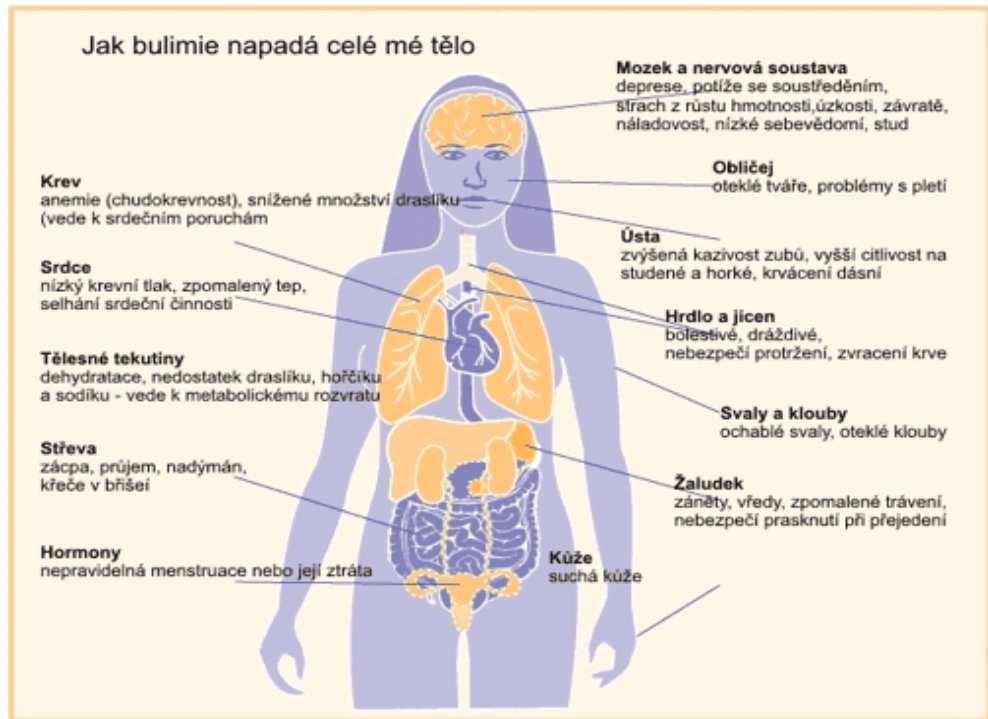
Zdroj:http://nd03.jxs.cz/913/333/364426618f_65510652_o2.jpg

2. Mentální anorexie



Zdroj: <http://radovan.blogger.cz/obrazky/kacenka2.blogger.cz/anorexie-hlavni.png>

3. Důsledky mentální bulimie a anorexie



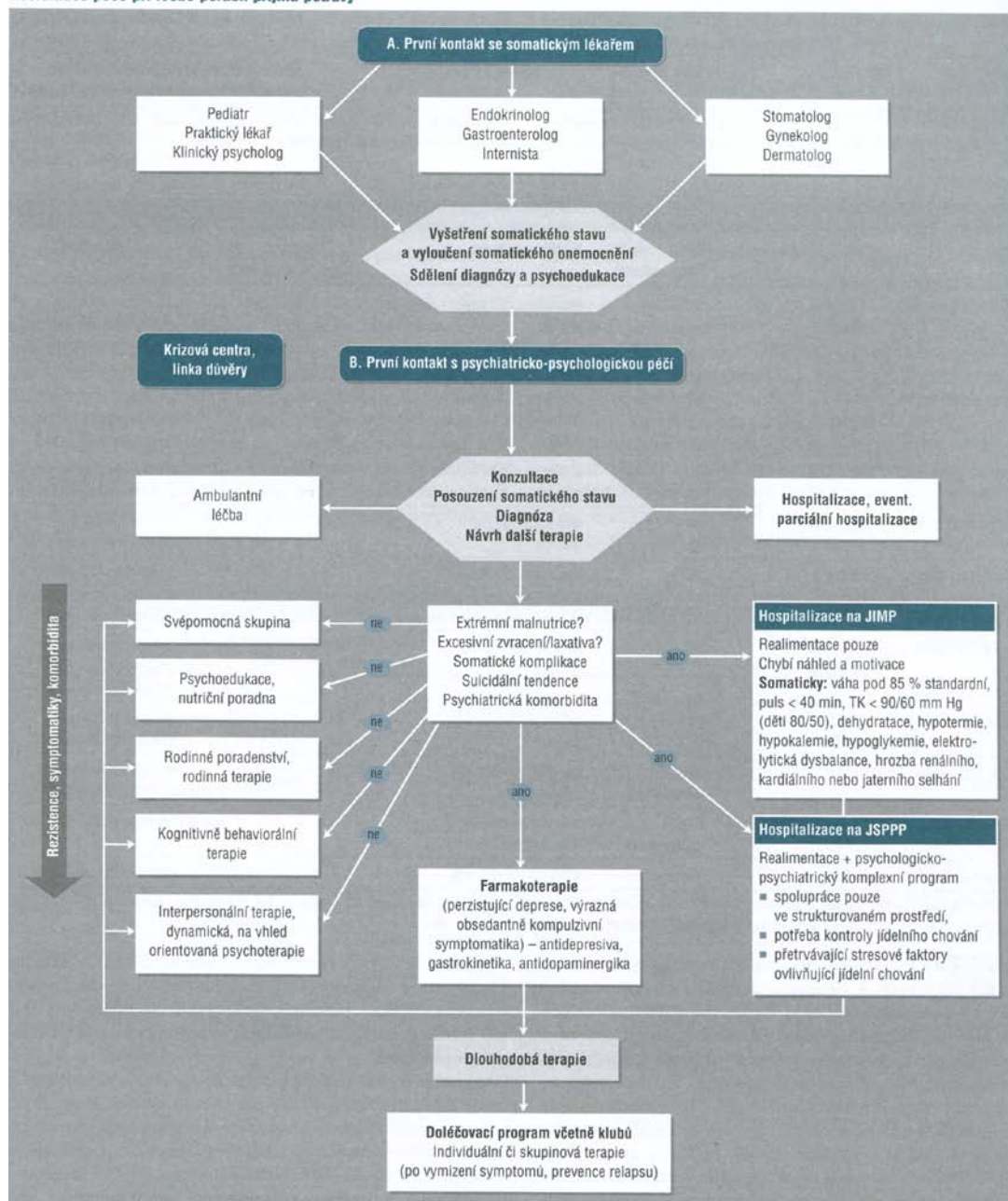
Zdroj: http://nd03.jxs.cz/065/565/49df179d93_63991152_o2.gif



Zdroj: <http://www.pppinfo.cz/pic/schema-ac.gif>

4. Koordinace při léčbě poruch příjmu potravy

Koordinace péče při léčbě poruch příjmu potravy



JIMP – jednotka intenzivní metabolické péče; JSPPP – jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy.

Zdroj: Seifrtová, D., et al. Postupy v léčbě psychiatrických poruch. 2.vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, s. 478