

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií v Brně

Patologie příjmu potravy u dětí ve starším školním věku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.**

**Vypracovala:
Yveta Tesařová**

Brno 2009

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Dagmar Přinosilové, Ph.D. za odborné rady a trpělivé vedení mé bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Patologie příjmu potravy u dětí ve starším školním věku“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 5. 3. 2009

.....
Yveta Tesařová

OBSAH

Úvod	2
1. Poruchy příjmu potravy restriktivního typu	4
1.1 Vymezení základních pojmů	4
1.2 Mentální anorexie	5
1.3 Mentální bulimie	8
1.4 Záchvatové přejídání	9
1.5 Nové typy poruch příjmu potravy	9
2. Obezita a její charakteristika	13
2.1 Etiologie obezity a riziková období pro vznik obezity ve vývoji dítěte	14
2.2 Léčba a zdravotní následky obezity	17
2.3 Doporučení pro rodiče obézních dětí	18
3. Poruchy příjmu potravy ve vztahu k sociálnímu prostředí	21
3.1 BMI a zdravá výživa dětí	21
3.2 Specifika poruch příjmu potravy v dětství a rané adolescenci	24
3.3 Doporučení pro rodiče a pedagogy	25
3.4 Zdravotní následky a hospitalizace jako forma léčby	27
4. Kasuistika dívky s poruchou příjmu potravy	31
4.1 Anamnestické údaje	31
4.2 Rozvoj a průběh choroby	32
4.3 Léčba	33
4.4 Závěr – doporučení pro praxi	35
Závěr	37
Resumé	38
Anotace	39
Klíčová slova	39
Annotation	40
Key words	40
Použitá literatura a prameny	41

Úvod

„Devět desetin našeho štěstí spočívá výlučně ve zdraví. S ním se stává všechno zdrojem požitku. Naproti tomu bez něho není žádný vnější statek, ať je jakéhokoliv druhu, uchopitelný.“

Artur Schopenhauer

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady“. Jednou z podmínek somatického a psychického zdraví je jídlo, jakožto nenahraditelný zdroj základních živin. V průběhu života získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být v tomto složitém bio-psycho-sociálním kontextu obtížné.

Obsahem mé bakalářské práce jsou závažná témata k diskusi a především k řešení v oblasti zdraví - patologické postoje k jídlu u dětí, tedy současné problémy se stále stoupající tendencí.

Patologie příjmu potravy jsou velmi širokým okruhem onemocnění. Zahrnují dva, naproti sobě stojící, extrémní postoje k jídlu, pro které je společné *zkreslené vnímání a prožívání příjmu potravy a vlastního těla, stejně jako nevhodné stravovací návyky a nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti*. Ať už strach z tloušťky je opodstatnělý nebo nikoliv, významným způsobem velmi negativně ovlivňuje způsob a kvalitu života jedince. V této práci bych chtěla blíže definovat ony extrémní postoje k jídlu, tedy obezitu a poruchy příjmu potravy, do kterých můžeme zařadit mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatové přejídání a skupinu specifických poruch příjmu potravy. Tyto relativně nové typy poruch příjmu potravy - ortorexie, bigorexie a drunkorexie, však ve své extrémní podobě mohou být životu stejně nebezpečné jako anorexie nebo bulimie.

Jedním z hlavních důvodů, proč volba padla právě na toto téma, je má osobní zkušenost s mentální anorexií - před několika lety jí trpěla moje tehdy patnáctiletá dcera. V paměti mám stále ještě velmi živé vzpomínky na bolest a beznaděj spojené s vědomím, že nevím jak své dceři pomoci. Velice se skláním přede všemi, kteří svůj boj vyhráli, ale i před těmi, kteří zatím bojují. A to nejen před nemocnými, ale i před jejich nejbližšími. Vím, jak těžký je to boj.

Cílem mé bakalářské práce je pomoci rodičům, přátelům a učitelům pochopit složitost problémů spojených nejen s poruchami příjmu potravy, ale také s obezitou. I tyto problémy mají svoji srozumitelnou logiku a dostupné řešení.

*„Všichni jsme andělé s jedním křídlem.
A pouze v objetí můžeme létat.“*

Luciano de Crescezo

1. Poruchy příjmu potravy restriktivního typu

*„Nežijeme, abychom jedli, ale jíme,
abychom žili.“*

Sókratés

Zapadlé, unavené oči, suchá pokožka napjatá přes vystouplé kosti, příliš jemné, řídké vlasy, 35, 40 nebo 45 kilogramů tělesné váhy na 165, 170 nebo 175 centimetrů výšky. Tak vypadá mnoho děvčat, které přicházejí do ambulance pro poruchy příjmu potravy. *„Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování.“* (Vágnerová, 2004, s. 463).

Podle Krcha (2002, s. 9) zastávají PPP pověst tajemné, zákeřné a hlavně nesrozumitelné duševní choroby. Široká veřejnost laiků často anorexii nebo bulimii, jako nejznámější představitele z celé skupiny PPP, za chorobu nepovažuje, okolí nemocného má sklon PPP bagatelizovat. Člověk trpící PPP se pro zdravé lidi chová nepochopitelně, některé jeho projevy mohou vzbuzovat i odpor (Vágnerová, 2004). *Potřeba potravy patří mezi základní biologické potřeby* a neumřít hlady bylo pravděpodobně vůbec první starostí člověka. Dívky trpící PPP umírají hlady, navenek zdá se, zcela dobrovolně. V bakalářské práci bychom chtěli prezentací těch nejzákladnějších informací o PPP, jako jednoho z patologických postojů k jídlu, dosáhnout větší informovanosti u rodičů, přátel i pedagogů, kteří se mohou setkat s dívkou trpící některou z PPP, a tím i pochopení složitosti problémů spojených s omezováním v jídle, podvýživou, vyhublostí a návratem k normálnímu životu (Krch, 2002).

1.1. Vymezení základních pojmů

„PPP jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, také jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen“ (Krch 1999, s. 11). Působí dlouhodobé potíže nejen jim samotným, ale i jejich okolí. Vágnerová (2004, s. 465) uvádí, že strachem

z tloušťky, pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem a nevhodnými jídelními návyky dnes trpí častěji dívky. Podle Krcha a Marádové (2003) trpí mentální anorexií a bulimií desetkrát až dvacetkrát častěji dívky než chlapci. Přibývá však případů, kdy byly PPP diagnostikovány u osmiletých děvčátek, zralých žen nebo u mužů. „*Jedním z důvodů je sociokulturní stereotyp zdůrazňující význam ženské krásy. Současným ideálem je štíhlost, naproti tomu silnější postava je posuzována jako sociální stigma. Aktuální vzor krásy, s tendencí k uniformitě, je však pro většinu populace nedostupný.*“ (Vágnerová, 2004, s. 465)

PPP mohou mít charakter obou extrémů, to znamená odmítání jídla (mentální anorexie) i tendenci k nadměrnému přejídání (mentální bulimie a záchvatové přejídání) (Vágnerová, 2004, s. 467). Mezi PPP se řadí také relativně nové specifické typy PPP – ortorexie, bigorexie, drunkorexie. Přes zdánlivou odlišnost jsou si všechny PPP velmi podobné. Pro onemocnění je společným jmenovatelem jídlo, které v průběhu života získává různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem i způsobem komunikace. Pro jedince trpící PPP jsou ve vztahu k jídlu typické obsedantně-kompulzivní projevy¹ (Vágnerová, 2004), např. rádi vaří, sbírají recepty, tzv. jedí prostřednictvím druhého (Claudie-Pierre, 2001). Poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná tělesné hmotnosti a vlastnímu vzhledu, k němuž mají přinejmenším ambivalentní, ne-li přímo negativní vztah. Nemocní se stále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, dosáhnout svého ideálu nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. U poruch se vyskytuje nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické potíže, závislé především na kontrole tělesné hmotnosti (Krch, 1999).

1.2 Mentální anorexie

Krch (2002, s. 14) charakterizuje mentální anorexiu (anorexia nervosa) zejména *úmyslným snižováním tělesné hmotnosti*. Termín „anorexie“ však může být v mnoha

¹ **Obsese** - chorobně utkvělé představy, myšlenky, popudy k jednání apod., které bezdůvodně ovládají mysl pacienta, i když se je snaží potlačit. Jsou automatické, časté, úzkostné, těžko kontrolovatelné <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/obsese>> [cit. 2009/1/13].

Kompulze - jednání, které osoba, obvykle opakovaně, vykonává, aby se zbavila obsese a úzkostí, kterou způsobuje. Například u lidí trpících PPP kompulze obvykle zahrnují shromažďování receptů, sledování pořadí o vaření <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/kompulze>> [cit. 2009/1/13].

případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, které se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo, někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. *Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst.* Primárním rysem v chování je nadměrné omezování jídla. Jejich averze k jídlu (Hsu sec. cit. Krch, 1999) je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Podle Vágnerové (2004, s. 475) se může mentální anorexie projevit jen jednou epizodou s úplnou remisí, ale může mít i chronický průběh.



Obr. 1 Dívka trpící mentální anorexií

Kritéria pro diagnostiku mentální anorexie lze podle Krcha (2002, s. 23) shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
 2. strach z tloušťky přetrvávající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
 3. amenorea² u žen, v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.
- U mužů ztráta libida a potence.

S posledním desetiletím se školní mládež stala významnou cílovou skupinou různých mediálních kampaní módního, potravinářského a dietního průmyslu (Krch,

² **Amenorea** - porucha menstruačního cyklu u žen, způsobená výrazným narušením hypotalamohypofy- - zogonadální osy <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie> [cit. 2009/3/13].

Marádová, 2003). Podle Vágnerové (2004, s. 465) je mediálně presentovaný vzor velice blízký prepubertálnímu vzezření. Mediální produkce ruší hranici mezi fikcí a skutečností, mezi normou a extrémem. *Paradoxní je, že zatímco průměrné dívky jsou čím dál větší a logicky více váží, ideál krásy je čím dál štíhlejší.* A právě módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty (Bruch sec. cit. Krch a kol, 1999).

Výchozí tělesná hmotnost dívek později trpících PPP je zpravidla normální a ve skutečnosti hubnout nepotřebují. Nejdříve ze svého jídelníčku vylučují potraviny obsahující tuky a jednoduché cukry. Místo plnotučných mléčných výrobků si vybírají nízkotučné a časem mléko a mléčné výrobky ze stravy úplně vyloučí. Změny nastávají také ve frekvenci a způsobu přijímání potravy. Nejdříve dívky vynechávají svačiny mezi hlavními jídly, které obvykle ve školním věku představují hodnotnou část příjmu energie a živin, později začnou vynechávat snídani a nakonec i oběd. Jediným jídlem, které obvykle zůstane je večeře, protože probíhá v době, kdy si rodiče nejvíce jídla všimají. Drastické diety dívky spojují s nadměrným cvičením a užíváním anorektik³. Podle Krcha (1999) se společně s omezováním jídla rozvíjejí i odchylky od normálního jídelního chování a obavy a úzkosti spojené s jídlem. Běžné je obsedantní sledování množství sněžených potravin, krájení potravy na velmi malá sousta, nadměrné žvýkání, celková úzkost a v důsledku toho velmi pomalé jedení. Do dívčina omezování jídla bývá často vtažena celá rodina. Všichni se přizpůsobují jídlu, které chce jíst ona, některá jídla se přestanou vařit úplně.

Vágnerová (2004, s. 472) uvádí, že osobnost dívek se sklonem k mentální anorexii má řadu typických znaků:

- *odlišnost emočního prožívání* (deprese, zvýšená dráždivost, převaha negativních emocí),
- *specifický způsob uvažování* (černobílý styl myšlení, chybějící smysl pro humor, nízká potřeba vyhledávat nové podněty a vzrušení),
- *vztahy k jiným lidem* (introverze, uzavřenost, nedůvěra, málo přátel),
- *vztah k sobě* (sebekritičnost, sebeomezování),

³ **Anorektika** – léky snižující chuť k jídlu. Fungují na principu potlačení pocitu hladu a zvýšení bazálního metabolismu <<http://www.hubnuti.org/encyklopedie/anorektika>> [cit. 2009/3/13].

- *odlišnost motivace a regulačních kompetencí* (důraz na výkon, vysoké aspirace, perfekcionalismus, důraz na platné normy a pravidla).

1.3 Mentální bulimie

Spolu s mentální anorexií stručně charakterizovanou výše, řadíme mezi PPP také mentální bulimii (bulimia nervosa) neboli vlčí hlad. Krch (1999, s. 17) definoval bulimii jako „*poruchu charakteristickou zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti*“. Podobně jako anorexie, není ani bulimie v medicíně novým pojmem. Už například Hippokrates rozlišoval „boulimos“ jako nezdravý hlad od normálního hladu. Novodobá historie ale začíná až v roce 1979, kdy anglický psychiatr Gerard Russell publikoval článek, ve kterém použil termín „bulimia nervosa“ k popisu příznaků třiceti pacientů, který doplnil detailním klinickým popisem skupiny. Pro vymezení mentální bulimie navrhnul tři základní kriteria, která platí dodnes:

1. silná a nepotlačitelná touha přejídat se,
2. snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení,
3. chorobný strach z tloušťky (Krch, 1999).

Pacienti trpící bulimií obvykle jedí tajně a v ústraní se také zbavují snědeného jídla, protože se za své chování stydí (Vágnerová, 2004). Kromě zvracení praktikují také užívání diuretik⁴ či laxativ⁵. Léky užívají v nekontrolovaném množství, které může vést až k otravě.

Bulimií trpí ženy ve věku od 15 – 55 let. *V nižším věku je však bulimie sama o sobě méně častým onemocněním.* Mnoho autorů uvádí (Vágnerová, 2004, Krch, 2002), že anorexie jde s bulimií „ruku v ruce“. V kombinaci se vyskytuje především tehdy, kdy jsou pacientky léčící se s mentální anorexií nuceny jíst běžným způsobem. Nezvládají

⁴ **Diuretika** – látky, které zvětšují objem moči vytvářené v organismu (močopudná látka). U osob s PPP mohou způsobovat návyk, protože po jejich vysazení se zvýší tělesná hmotnost dříve dehydrovaného organismu. <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/diuretika>> [cit.2009/1/13].

⁵ **Laxativa** – léčiva používaná při zácpě, místním působením ve střevě stimulují pohyb střev či změkčují a zvyšují střevní obsah <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/laxativa>> [cit.2009/1/13].

obrovský tlak snědeného jídla v žaludku a uchylují se ke zvracení. V případě kombinace bulimie s anorexií je prognóza méně příznivá. Krch a Marádová (2003) uvádějí, že bulimie bývá často spojena i s jinými problémy v oblasti sebekontroly a některých duševních poruch, např. oligofrenie, deprese, mánie, užíváním alkoholu, léků či drog. (To je také důvod, proč se bulimií v této kapitole hlouběji zabývat nebudeme.)

1.4 Záchvatové přejídání

Poslední z trojice nejznámějších zástupců PPP je, možná trochu v pozadí stojící, záchvatové, psychogenní neboli nutkavé přejídání (Binge Eating Disorder). Porucha se sice častěji vyskytuje u žen, avšak zastoupení mužů je častější než v případě jiných PPP. *Počátek poruchy se často projevuje až ve starším věku.* Krch (1999, s. 20) definuje záchvatové přejídání obdobně jako mentální bulimii. V tomto případě však pacienti nezvrací, což je zásadní rozdíl mezi přejídáním a mentální bulimií. „*Při epizodách záchvatového přejídání opakujících se nejméně 2x týdně, jí člověk mnohem rychleji než je obvyklé. Začíná jíst bez pocitu hladu, záchvat trvá tak dlouho, dokud se necítí nepříjemně plný*“. Jí o samotě, díky studu z množství zkonsumovaného jídla. Po přejedení se cítí sám sebou znechucen, deprimován, objevují se pocity úzkosti.

Pokud jde o vztah obezity a záchvatovitého přejídání, ukazuje se, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se lze setkat i se záchvatovým přejídáním. Přesto, že není spojeno s kompenzačním chováním, bývá zpravidla spojeno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. Nemocný střídá období hladovění se záchvatovým přejedením, po nichž následují výčitky svědomí (Krch, 1999).

1.5 Nové typy poruch příjmu potravy – ortorexie, bigorexie, drunkorexie

Krch (1999, s. 19) uvádí, že s rostoucí incidencí PPP, které ohrožují stále širší populaci bez výraznější obecné psychopatologie, přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria. Relativně novými typy PPP jsou ortorexie, bigorexie, drunkorexie. *Ve své extrémní podobě mohou být stejně nebezpečné jako mentální*

anorexie, bulimie či záchvatové přejídání. V bakalářské práci je uvádíme pouze pro úplnost, u dětí ve starším školním věku se téměř nevyskytují.

Ortorexie je patologická *posedlost zdravou výživou*, výraz se skládá ze dvou řeckých slov: „orthos“ - správný a „orexis“ - chuť. Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň času. Roste strach z „nezdravého“ jídla, jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání a postupně přestává být dost zdravé, tedy bezpečné. Jídelníček se tak zužuje na minimum, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou. Navíc musí na jídlo, podobně jako při mentální anorexii, velmi často myslet, trápí ho úzkosti a deprese, které vedou k pocitu osamění a skutečné izolaci – nemá si v takovém stavu s druhými lidmi co říct. Častěji se tento problém vyskytuje u žen i když v menší míře, než je tomu u mentální anorexie či bulimie. Nemocní ortorexií jsou radikálními odpůrci uměle hnojených, geneticky upravovaných potravin s použitím chemických konzervantů a barviv, výhradně se orientují na bio-potraviny ze specializovaných obchodů. *Patologické je na tom extrémní odmítání všeho ostatního, nikoliv samotná myšlenka, že by mělo být jídlo maximálně přírodní a tedy zdravější.* Seznam „povolených potravin“ se však časem zužuje, ani bio-potraviny nemusejí být bezpečné, záleží na tom, kdo je vyrobil, jestli skutečně dodržel všechny „bio-postupy“, jestli potraviny nekontaminoval znečištěný vzduch. Zároveň s tím se „nezdravé potraviny“ mění v jedy, kterými by se nemocný po jejich požití jistě otrávil nebo by určitě vážně onemocněl.

Myslíme, že je tu celkem dobře vidět, že je skutečně rozdíl mezi preferováním zdravých potravin bez „éček“ a posedlostí „bio-fanatizmem“. Rozhodně tu nejde o patologizování toho, čemu se říká zdravý životní styl, ale o pojmenování stavu, který se „vymkne z rukou“.

Termín ortorexie použil pro označení fanatického zaujetí zdravou výživou poprvé americký lékař Steven Bratman ve své knize Healthfood Junkies. Původně totiž sám založil komunitu lidí, kteří se zabývali zdravou výživou, ovšem časem zjistil, že *přehnané zabývání se zdravým jídlom vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích*

pod vlivem obsesivních omezení se značnými negativními důsledky na tělesné i psychické zdraví a sám komunitu rozpustil [www.pppinfo.cz].

Bigorexie se naopak týká převážně *tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem*. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, svých tělesných proporcí. V odborné literatuře se o této duševní poruše píše také jako o variantě dysmorfofobie⁶. Bigorektici si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí a jsou ochotni pro dosažení vzhledu z kulturních časopisů nebo akčních filmů udělat opravdu hodně. Často jsou tak závislí na posilování, zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky a látky, podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus.

Mezi hlavní rizika této poruchy patří tzv. „*overuse syndrom*“ – poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním. Naprosto nevyváženou stravou a nadužíváním ergogenních prostředků⁷ bývá také přetěžovaný trávicí systém, ledviny a játra. Bigorektici trpívají nadváhou, ke které se dopracují záměrně vysokým příjmem energie kvůli svalovému růstu. Podstatné riziko hlavně pro duševní zdraví přináší sociální izolace. Podobně jako u jiných závislostí i zde ztrácejí nemocní společná témata s ostatními lidmi, před společenskými kontakty dávají přednost fitcentru. Do psychických problémů se mohou bigorektici dostat také kvůli nedostatku financí (fitcentra, strava i potravinové doplňky představují dost velké finanční výdaje) a zároveň dochází k problémům či ztrátě zaměstnání [www.anabell.cz].

Drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy *s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu*. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol, zejména „*tvrdý*“, je poměrně kalorický, opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji. Tato porucha se týká více žen, i když ani muži nejsou vůči ní imunní. Statistiky v americké populaci říkají, že 30% dívek ve věku 18-24 let vynechává jídlo, aby mohly více pít alkohol. Hlavní nebezpečí takového chování spočívá v tom, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se může dostat za méně než 15 minut.

⁶ **Dysmorfofobie** – nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vyhlížející osoby.

⁷ **Ergogenní prostředky** – doplňky stravy obsahující vysoké množství bílkovin a aminokyselin.

Účinek alkoholu je silnější a také mnohem nebezpečnější – tělo ho hůře vstřebává, navíc ho dostane často ve vyšší dávce, vždyť „po vynechání jídla můžeme více vypít!“ Po fyzické stránce je také velmi nebezpečné míchat alkohol s energy drinkem. Psychiku ohrožuje drunkorexie podobně jako jiné PPP – nemocní zažívají úzkost při snaze kontrolovat své pororce, nespokojenost z toho, že se to nedaří podle jejich naprosto nereálných představ a „pomejdanové deprese“ z množství vypitého alkoholu a často i snědeného jídla (v opilosti či v kocovině se nemocní jednoduše dojí). Nemocný člověk postupně také strádá společensky – opakovaná podrážděnost z hladu či rychlé opilosti z pití nalačno, výrazně snižují společenskou atraktivitu postiženého a mohou vést k pocitům odcizení, osamělosti, izolace [www.pppinfo.cz].

2. Obezita a její charakteristika

*„Být otlým není tělesná vlastnost –
to je světový názor.“*

Kurt Tucholsky

Dosud jsme se zabývali pouze jedním patologickým přístupem k jídlu, tedy PPP. K potravě se můžeme však stavět také naprosto protikladným extrémním způsobem. V této kapitole bychom se chtěli věnovat obezitě, která nás, tak jak vědci v posledních letech konstatují (Fořt, 2004), zasáhla jako epidemie. Obezita, česky otyllost, zastarale obtloustlost, je *onemocnění s individuální poruchou řízení energetiky organismu, která vede k hromadění tukových rezerv*. Jde o stav člověka, ve kterém přirozená energetická rezerva, která je uložena v tukové tkáni, stoupla nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví.

Podle závěrečné zprávy z výzkumu pro MZ ČR a Českou obezitologickou společnost „Životní styl a obezita“ v České republice trpí nadměrnou hmotností každé páté dítě ve věku od 6 do 12 let (10 % dětí v tomto věku je obézních, dalších 10 % má nadváhu). O něco málo lépe jsou na tom děti ve věku 13 až 17 let (5 % jich je obézních a 6 % má nadváhu). Naopak nejvíce obézní jsou děti ve věku kolem 7 let (18 %), kterým se s nástupem do školy mění životní styl (www.fzv.cz).



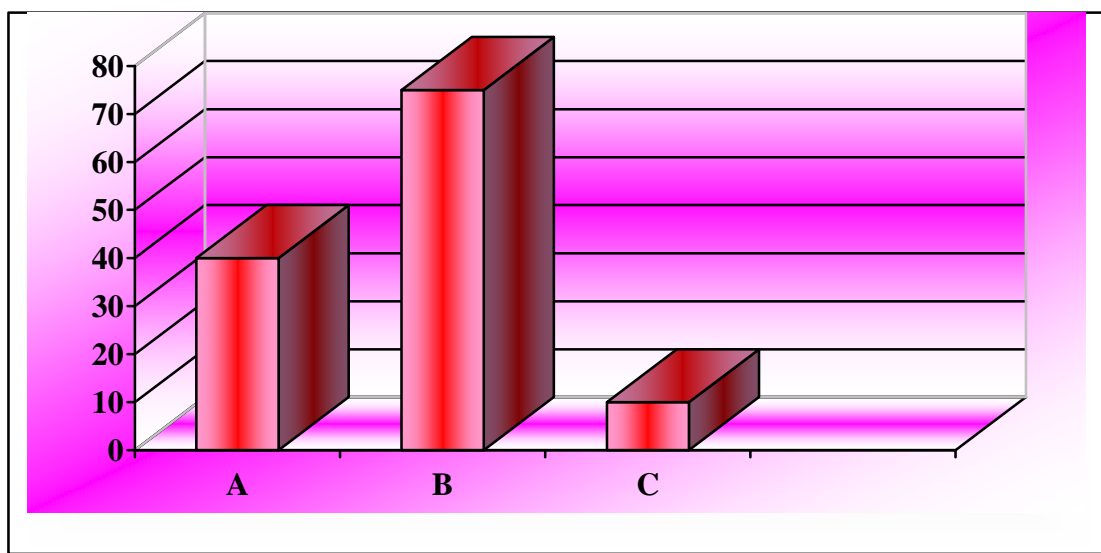
Obr. 2 Dítě s nadváhou

Názor, které dítě je obézní a které ne, se za poslední generace velmi změnil. Naši prarodiče a praprarodiče v dětství pocítili nebezpečí nedostatku jídla a nejrůznějších

nemocí, přežít mohl jen silný a to jak psychicky, tak fyzicky. Proto není divu, že považují tloušťku za známku zdraví. Jenže to, co bylo oprávněné v dobách jejich dětství, dnes již neplatí.

2.1 Etiologie obezity a riziková období pro vznik obezity ve vývoji dítěte

Genetika hraje v problému obezity roli pravděpodobně až z 50-ti %. Na genetiku se však nelze vymlouvat. Přesnější bude, řekneme-li, že dítě se rodí s určitou dispozicí k tloušťnutí, nejnovější konstatování odborníků hovoří o poruše činnosti takzvaného „ob genu“. Níže uvedený graf ukazuje, jak rapidně se pro dítě zvyšuje riziko obezity v případě obézních rodičů. Jestliže má dítě *jednoho obézního rodiče* (A), je jeho šance, že v dospělosti bude také obézní asi 40-ti procentní, v případě *obézních obou rodičů* (B) se riziko obezity v dospělosti zvyšuje na 70 – 80 %. Tato čísla jsou poměrně hrozná, zvláště v porovnání s dítětem, jehož *rodiče obézní nejsou* (C), to má asi 10-ti procentní šanci, že v dospělosti obézní bude (Fořt, 2004)



Graf 1: Riziko vzniku obezity dítěte z hlediska genetiky

Klíčovou roli ale také hrají stravovací návyky. Z generaci na generaci se dědí „společná kuchyně“ a „životní elán“. Která věta platí pro vaši rodinu? Neděle bez kofeinu není neděle a ke kávě musí být zákusek, nebo se neděle neobejde bez společné procházky? Obézní dítě nesní v porovnání s dítětem s normální vahou často ani o gram

potravy více. Rozdíl je však v odlišném rozdělení příjmu potravy. Obézní děti nesnídají, nesvačí, obrovské množství jídla, které by mělo být rozděleno po celý den, však snědí v pozdním odpolední a večer. Rozložení zkonsumovaného jídla mají tedy přesně opačné.

Dětská obezita může mít více příčin, ale z 90 % ji vystihuje tato věta: „Příliš jídla a (nebo) málo pohybu“, Fořt (200) ji tedy definuje jako *nepoměr mezi příjmem a výdejem energie*. Tento nepoměr může být způsoben nadměrným příjmem energie nebo jejím nedostatečným výdejem. V drtivé většině případů se však jedná o kombinaci obojího.

Přes rozšířený názor, že příčinou obezity bývá onemocnění, je choroba jako etiologie uplatněna pouze v 1 % případů. Důvodem je především hypotyreóza⁸ a Cushingův syndrom⁹. Také některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a přispívat tak k rozvoji obezity. Jsou to zejména některá antidepresiva, neuroleptika (psychofarmaka), tranquilizéry (léky na uklidnění), glukokortikoidy a další. Předpokládáme však, že u dětí jsou léky jako příčina vzniku obezity takřka vyloučeny.

Děti mohou zvýšenou konzumací jídla a sladkostí reagovat také na osamělost, deprese, frustrace, napětí, dlouhou chvíli nebo stres, a to pouze z toho důvodu, že jinak své pocity vyjádřit neumí, nebo se jich jednoduše na to, jak se cítí a co je trápí, nikdo neptá.

Podle Fořta (2004) existují v životě dítěte zhruba čtyři období, která mohou být pro vznik obezity kritická. Prevence je ale důležitá nejenom v těchto meznících. Podle vědecké studie (Fořt, 2004), je mimořádně zásadní už skladba stravy těhotné ženy – plod si u určitých potravin přijímaných matkou dokáže vytvořit návyk (u kofeinu a alkoholu se jedná o zcela známou věc, v tomto případě máme ale na mysli zejména cukry nebo čokoládu). Určitým předpokladem pro vznik obezity u dítěte může být také

⁸ **Hypotyreóza** – snížená funkce štítné žlázy, kdy produkuje malé množství hormonů a organismus tím pracuje pomaleji.

⁹ **Cushingův syndrom** – onemocnění dané poruchou hormonálního systému, kdy dojde ke zvýšení hladiny kortizonu v kůře nadledvin. Příznakem je obezita s maximem tuku v oblasti břicha a obličeje <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/cushinguv-syndrom>> [cit.2009/3/13].

to, jestliže matka v průběhu *těhotenství* přibere více jak 12 kg, můžeme tedy hovořit o jakémsi kritickém období 0.

Dalšími kritickými obdobími jsou:

1. kritickým obdobím je *výživa kojence po porodu*

Dostatečně dlouhé kojení je základ prevence obezity. Rizikové je předčasné odstavení kojence (výjimkou je samozřejmě ztráta mléka matky nebo jakýkoli jiný zdravotní problém znemožňující kojení), kterákoli jiná strava než mateřské mléko je nevhodně „energetická“.

2. důležitým obdobím je *několik měsíců, následujících po odstavení*

Rizikové je dávat dítěti obiloviny, bohatě slazené a ochucované mléčné výrobky, výrobky přeplněné cukrem a nevhodnými ztuženými tuky a maso již po ukončení několika prvních měsíců jeho života. Potraviny, které nám vnucuje reklama jako ty nejvhodnější mnohdy těmi pravými nejsou. Výživa dítěte musí obsahovat živiny ve správném poměru, nutném k zajištění v době rychlého růstu, avšak s ohledem na to, že dítě roste v periodách.

3. specificky rizikovým obdobím je *puberta*

Dítě ve věku ovládaném hormonů je velmi snadno manipulovatelné. Utvořme z dítěte silnou osobnost, aby se nenechalo ovládat reklamou a nejrůznějšími lákadly.

4. mimořádně kritickým obdobím je *věk, kdy se již definitivně zastavil růst* (individuálně je to mezi 15. až 18. rokem)

Jestli v tomto období stále přetrvává nekontrolovaná konzumace nezdravého jídla, například u dětí na internátě, nebo „žravost“ v kteroukoli denní i noční dobu, především u chlapců, budou tyto návyky již velmi pevně zakódovány a ovlivní celý budoucí život jedince (Fořt, 2004).

2.2 Léčba a zdravotní následky obezity

Obezita není jenom neschopnost dítěte nebo dospělého odolat koláčům a pečínce, jak si mnozí myslí. Obezita je onemocnění. A jako každá nemoc vyžaduje odbornou léčbu. Vůně a vzhled oblíbeného jídla aktivuje v mozku stejné oblasti jako u narkomanů, když baží po nové dávce drogy. Není asi moc překvapivé, že největší odezvy jsou na typicky nezdravá jídla, jako pizzu, hranolky nebo zmrzlinu. U narkomana nás ani nenapadne, že by se mohl ze své závislosti vyléčit sám.

Oněch pár kilogramů navíc může dítěti způsobit obrovský psychický problém, který ovlivní celý jeho budoucí život. Odsoudí ho k tomu, že některá povolání, jako třeba stát se letuškou nebo vrcholovým sportovcem, si prostě nebude moci ani vysnit. Největší chybu, kterou můžeme udělat, je mávnout nad tloustnoucím dítětem rukou se slovy „Však ono z toho vyrostě“. Neřeší-li se však problém včas, *z deseti obézních dětí si jich osm přenese svoji nadváhu do dospělosti*. Čím dříve začneme s dětskou obezitou bojovat, tím větší šanci, že zdravotní i psychické následky budou minimální, dítě má. Na začátku léčby obezity by mělo stát *vyšetření funkce štítné žlázy dítěte, endokrinologické vyšetření a testy na dostatek vitamínů a minerálů*.

Trpí-li naše dítě některou z PPP, nemusí si do dospělosti odnést všechna níže uvedená omezení a onemocnění. Velmi záleží na stupni daného onemocnění, délce trvání a časnosti zahájení léčby. Obecně platí že, čím dříve začneme s léčbou, tím menší zdravotní následky pacient bude mít.

Zdravotní následky obezity:

- diabetes mellitus,
- vyšší riziko vzniku zubního kazu,
- metabolické poruchy v organismu,
- předčasný rozvoj kardiovaskulárních chorob (vysoký krevní tlak, zvětšená svalovina srdce),
- bolesti kloubů a páteře (především bolesti tzv. nosných kloubů – kyčle, kolena, meziobratlové klouby na páteři, změna zakřivení páteře, vznik patologického tvaru kostí a kloubů),

- vyšší riziko vzniku nádorů ,
 - tromboembolická nemoc¹⁰,
 - nemoci dýchacího systému (mělké dýchání, Pickwickův syndrom¹¹),
 - syndrom spánkové apnoe¹²,
 - poruchy trávení a nemoci jater (pálení žáhy, kýly, kaménky ve žlučníku, záněty žlučníku, ztučnění jater),
 - kožní potíže (ekzémy, plísňe, strie¹³, celulitidové změny, nadměrné ochlupení, otoky, horší hojení ran),
 - chirurgická a anesteziologická rizika ,
 - psychosociální aspekty (anti-fat rasismus¹⁴, horší pracovní uplatnění, horší sebevědomí, poruchy motivace, sebeobviňování, deprese, úzkost)
- [www.zbynekmlcoch.cz].

Právě z těchto výše uvedených důvodů se obezita nesmí stát celoživotním bojem, je proto nutná co nejrychlejší spolupráce s odborníky – dietní sestra, dietetici, internisté.

2.3 Doporučení pro rodiče obézních dětí

Při léčbě dětské obezity bychom měli být velice opatrní. Neuvážené a extrémní chování by mohlo být spíše na škodu celé věci. Naštěstí vznikají nejrůznější centra, například *Klinická centra pro diagnostiku a léčbu obezity*, která nám v boji s ní mohou pomoci. Vznikají i *občanská sdružení* – například *STOB PLUS*, jejichž náplní práce je nejen pomoci se snížením hmotnosti dítěti, ale také zlepšení stravovacích návyků a způsobů trávení volného času celé rodiny.

¹⁰ **Tromboembolická nemoc** – křečové žíly.

¹¹ **Pickwickův syndrom** – vzniká jako důsledek nadměrné obezity. V těle se hromadí oxid uhličitý, který způsobuje výraznou spavost s usínáním během dne <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/pickwickuv-syndrom>> [cit. 2009/3/13].

¹² **Syndrom spánkové apnoe** – porucha spánku, při které se v dýchání objevují dlouhé přestávky apnoe vedoucí k zhoršení okysličení krve. Apnoe je přerušování dechu na dobu 10 sekund a déle. Jednou ze složek léčby je redukce hmotnosti <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/spankovy-apnoicky-syndrom>> [cit. 2009/3/13].

¹³ **Strie** – drobné pajizévký v kůži vznikající narušením, popraskáním elastických vláken pod povrchem kůže. Objevují se v době, kdy je kůže náhle roztáhena – v těhotenství, při prudkém nárůstu svalů u mužů, při dramatickém přibrání na váze <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/strie>> [cit. 2009/3/13].

¹⁴ **Anti-fat rasismus** – společenská diskriminace obézních <<http://obezita.zbynekmlcoch.cz>> > [cit. 2009/3/13].

- studujte dostupné materiály o výživě,
- snažte si udělat přehled kolik a jaké potraviny dítě jí, které má rádo a které naopak, které jí nejčastěji,
- pokuste se naučit vařit novým způsobem (např. drůbež je jistě zdravá, ale rozhodně ne v podobě smažených nuggetů),
- jděte příkladem,
- zkuste nenápadně zvýšit nabídku vhodných potravin,
- věnujte mimořádnou pozornost dostatečnému příjmu vhodných tekutin,
- snažte se regulovat velikost porcí a tím i příjem energie v domácích pokrmech (nabízejte menší porce, samozřejmě s tím, že můžete vždy přidat),
- zabraňte jakémukoliv napětí a stresu při jídle,
- pokrmy by měly být atraktivní již na pohled,
- nenuťte dítě vyprázdnit talíř (nedojí-li dítě již první chod - polévku, dejte mu hlavní jídlo v malém množství),
- nový – zdravý pokrm nabídněte dítěti v malém množství na začátku obvyklého jídla, kdy je ještě hladové,
- je vhodné, aby dítě pomáhalo při přípravě pokrmů, zejména jde-li o ovoce a zeleninu, vytvoří si k nim osobní vztah a mnohem raději je bude konzumovat,
- nedovolte dítěti, aby si z chladničky nebo spíže bralo hotové potraviny nebo laskominy podle vlastní volby, pokud nebudete mít jistotu, že si zvolí správně,
- nechoďte na víkendové nákupy do obchodních center s výhledem návštěvy restaurací „fast food“,
- nepoužívejte jídlo a především laskominy jako metodu „odměny a trestu“. Dítě v opačném případě odmala učíme, že jídlo není jen k obživě nebo k příjemným pocitům, ale také k prosazování vůle rodičů,
- nesnažte se dítě naprosto odtrhnout od všeho nezdravého, dopřejte si jednou za určitý čas něco „nezdravého“. Zakázané ovoce přece chutná nejlépe. Zabráníte tak tomu, že dítě se při první příležitosti, kdy bude bez vašeho dozoru, přejí smaženými brambůrky, pizzou, hamburgery a vše zapije coca-colou (Fořt, 2004).
- neméně důležitý je také pohyb dětí, pravidelné procházky a pohybové venkovní aktivity alespoň 1 hodinu denně (nejlépe za určitým cílem),
- trávení víkendů i rodinných dovolených by mělo mít aktivní charakter, tedy se zaměřením na procházky, výlety, sportovní aktivity,

- ve školním věku je důležitá účast ve sportovních kroužcích a klubech, důležité je dbát na pravidelnost,
- vhodným způsobem usměrňovat, ne zakazovat, sedavý způsob činnosti (hraní počítačových her, dívání se na televizi, aj.).

3. Poruchy příjmu potravy ve vztahu k sociálnímu prostředí

Krch (1999, s. 25) uvádí, že první zmínky o dobrovolném hladovění v podobě PPP sahají až do dávné historie. Tehdy se však nejednalo o žádné onemocnění. Především hluboce věřící křesťanští lidé se vyhýbali jídlu, nepřijímali žádnou nebo téměř žádnou potravu, a tvrdili, že k životu jim stačí pouze láska k Bohu. Za takto odhodlanými „světci“ putovali zástupy poutníků, včetně králů, kteří jim přinášeli dary.

Dnešní situace je zcela jiná. Mnozí autoři (Garfinkel, Garner a Hsu sec. cit. Krch, 1999) předpokládají, že jádro problému PPP je v rychle se měnící kultuře. Sociokulturní norma vymezuje dosažení co nejvyššího stupně atraktivity jako úkol, který je třeba zvládnout. U mužů je za atraktivní považováno vypracované svalnaté tělo, u žen velmi štíhlá a vysoká postava. Žádoucí je pouze to, co se nejvíce přibližuje ideálu. Kdo by se ve větší míře odlišoval, bude vystaven riziku nepříznivého hodnocení se všemi důsledky (Vágnerová, 2004). Je nutné, abychom svým dětem a žákům připomínali, že *v našem kulturním kontextu není hladovění dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní zkušeností, a nadváha nepředstavuje estetickou vadu, ani mravní selhání* (Kleinman sec. cit. Krch 1999).

3.1 BMI a zdravá výživa dětí

Ve světě se pro určení obezity, normy či podvýživy, tedy k *hodnocení tělesného vývoje* používá tzv. BMI¹⁵. Výsledky se porovnávají s *monogramem*, tedy s průměrnými hodnotami získanými z co nejširší skupiny populace v daném věku a pohlaví.

$$BMI = \frac{m(kg)}{v^2(m)}$$

¹⁵ **BMI** – Body Mass Index, tedy Index tělesné hmotnosti, zavedl jej v 19. století belgický statik Adolphe Quetelet.

Průměrná doporučená normální tělesná hmotnost a odpovídající hodnota BMI u dětí od 6 do 18 let (Fořt, 2004):

Věk	Tělesná hmotnost		BMI	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
6 let	21,5	21	14,5-15,6	14,4-16,6
7 let	24	24	14,6-16,9	14,5-17,0
8 let	27	27	14,9-17,4	14,8-17,5
9 let	30,5	30	15,2-18,0	15,2-18,1
10 let	34	34	15,6-18,6	15,5-18,7
11 let	37	38	16,0-19,2	16,0-19,4
12 let	42	43	16,5-19,9	16,6-20,2
13 let	47	48	17,1-20,6	17,3-21,0
14 let	54	53	17,7-21,3	18,0-21,7
15 let	60	56	18,3-22,0	18,5-22,3
16 let	64	57	18,8-22,6	19,0-22,7
17 let	68	58	19,4-23,1	19,3-23,0
18 let	70	59	19,9-23,6	19,6-23,2

Tabulka 1 (Fořt, 2004)

Samotný BMI může být velmi zavádějící. Odborníci doporučují kombinovat ho například s testem kožní řasy.

V předchozích kapitolách jsme charakterizovali oba extrémní postoje – obezitu i PPP. Zmínili jsme i jednoduchou diagnostickou pomůcku pro stanovení, zda je naše dítě v pásmu normálu či nikoli. Možná si kladete otázku, jakým způsobem tedy dítě stravovat, aby rostlo, prospívalo, bylo zdravé a nechyběly mu žádné minerály a vitamíny. *Dítě není zmenšený dospělý*, proto není možné, aby konzumovalo naprosto stejnou skladbu jídla jako dospělý člověk, pouze v upraveném množství. Pro správné sestavení jídelníčku nám může pomoci nová výživová pyramida [www.fzv.cz]. Díky snadno pochopitelnému grafickému schématu výživové pyramidy, dostaneme jasné vysvětlení, v jakém poměru bychom měli konzumovat různé potraviny určitého druhu.

Potraviny jsou členěny do různých skupin a vršeny na sebe tak, že ty, kterých máme konzumovat denně nejvíce, tvoří základnu, a v dalších užších patrech směrem k vrcholu jsou řazeny potraviny s postupně se snižujícími doporučenými dávkami.



Obr. 3 Výživová pyramida

Pracovníci poradenského centra Výživa dětí sestavili „Desatero zdravé výživy dětí“, tedy informace a doporučení týkající se správné životosprávy dětí, nutné k jejich správnému růstu a vývoji:

1. Dopřejte dětem pestrou a rozmanitou stravu, bohatou na ovoce a zeleninu, celozrnné potraviny, mléčné výrobky, ryby a drůbež.
2. Nenechte děti se přejídat, ale ani hladovět – jíst by měly pravidelně 5 až 6x denně, velikost porce přizpůsobte jejich růstu, hmotnosti a pohybové aktivitě.
3. Dodávejte dětem pravidelně kvalitní zdroje bílkovin (drůbeží a rybí maso, luštěniny, cereálie).
4. Několikrát denně dětem podávejte mléčné výrobky, přednostně polotučné.
5. Upřednostňujte kvalitní rostlinné tuky a oleje před živočišnými tuky.

6. Učte děti střídmosti v konzumaci cukru, sladkostí a slazených nápojů. Sacharidy by děti měly přijímat hlavně z cereálií, ovoce a zeleniny.
7. Nedosolujte již hotové pokrmy; sůl a solené potraviny dětem nabízejte jen výjimečně.
8. Naučte děti správnému pitnému režimu, měly by vypít alespoň 1,5 až 2,5 litru tekutin denně.
9. Učte děti zdravému způsobu života svým vlastním příkladem a aktivně se zajímejte o to, co jedí mimo domov.
10. Pravidelně konzultujte zdravotní stav dítěte (hladinu cholesterolu, krevních tuků, krevního tlaku, nadváhu aj.) s jeho praktickým lékařem (www.fzv.cz).

3.2 Specifika poruch příjmu potravy v dětství a rané adolescenci

PPP jsou typickou poruchou období dospívání, i když počátky mentální anorexie se objevují již u šesti a sedmiletých dětí. Podle Krcha a Marádové (2003) je *u časného počátku poruchy vždy třeba počítat s možnými komplikacemi, co nejrychleji vyhledat lékaře a snažit se zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy*. Mentální bulimie je ve skupině dívek, které ještě nemají menstruaci, vzácná, i když zvracení jako příznak, se kterým přicházejí, je běžné. Mezi mladšími pacienty s bulimií jsou relativně více zastoupeni chlapci. Stejně ojedinělé je užívání laxativ a jiných léků (Krch, 1999).

Krch (2002) přiznává, že o somatických aspektech u dětí s PPP před pubertou a kolem puberty je toho známo jen málo. Díky relativně menším tukovým zásobám začnou děti rychleji hubnout a hrozí časnější nástup zdravotních obtíží. Děti mají sklon k rychlejší dehydrataci než dospělí. *Omezení v příjmu potravy může vést k zastavení tělesného růstu, opoždění puberty a zpomalení sexuálního zrání, spíše, než jen k nízké tělesné hmotnosti*. Mladší děti si nemusejí uvědomovat svou nízkou tělesnou hmotnost a dokonce ji mohou chtít ukazovat, na rozdíl od typických adolescentů, kteří se mohou snažit své tělo skrývat. Hrozí vyšší riziko výrazného narušení psychosociálního zrání dítěte (Krch, 2002).

Dlouhodobé následky časněho počátku PPP nejsou stále ještě dostatečně prozkoumány. I když většina dětí pubertu dokončí, u některých z nich k tomu nemusí dojít. U dívek s časnějším začátkem onemocnění může být vliv poruchy na tělesný růst obrovský a nezvratný. U dospělých pacientů s mentální anorexií je osteoporóza¹⁶ známým rizikem. U mladších pacientů se problém ztráty kostní hmoty mísí s poruchou přirůstání kostí, takže není nikdy dosaženo normální maximální kostní hmoty. PPP mohou ohrozit život v jakémkoli věku. Jejich průběh v dětství může být zvláště dramatický, zejména když se objeví dehydratace. U dětí je snaha o kontrolu nad tím, co jedí, příliš nebezpečným zápasem, i když to může být v jejich životě jediná oblast, o které mají pocit, že ji mohou kontrolovat. Prvním krokem v léčbě je zajistit kontrolu rodičů nad přijímáním jídla a tekutin. *Velice důležité je, aby se v jakémkoli přístupu oba rodiče shodli*, i když třeba nežijí společně. I při těžké podvýživě se pacientkám daří udržet si ve škole výborné výsledky. Rodiče si často dělají starosti s přerušením školní docházky, které by přinesla hospitalizace. Mnohdy bylo zjištěno, že dítě si udržuje ve škole výborné výsledky i za cenu dlouhých hodin práce navíc. (Krch, 1999).

3.3 Doporučení pro rodiče a pedagogy

O PPP byly popsány stohy papírů, přesto jsou však dětská oddělení psychiatrických léčeben plná malých pacientů s některou z PPP. Pacienti si svoji nemoc neuvědomují, často musejí, zvláště u těch mladších, přijít první impulsy k léčbě od nejbližších, tedy od rodiny. Ne každý má však doma vynikající zázemí a tak více než se svými rodiči vychází se svými učiteli. V předchozích kapitolách jsme stručně popsali PPP a její specifika v dětství a rané adolescenci. V následující kapitole bychom rádi uvedli velmi cenné rady jak pro rodiče, tak i pro pedagogy, které mohou některému dítěti zachránit zdraví, možná i život.

Anorexie či bulimie jsou velmi zrádná onemocnění, která se zpočátku mohou jevit jako nový životní styl dítěte. V období dospívání se „velké děti“ často hledají. Nejdříve navštěvují Mc Donald's minimálně 5x do týdne, z toho ze dne na den ho zatracují

¹⁶ **Osteoporóza** – řídnutí kostní hmoty. Díky nedostatku kvalitní stravy nedochází k dostatečnému doplňování vápníku v době, kdy jej organismus má schopnost ukládat – asi do 30-ti let. Po tomto období začíná proces odvápnění kostí. Osteoporóza představuje dlouhodobý následek anorexie - bolesti zad, netraumatické zlomeniny <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/osteoporoza>> [cit. 2009/3/13].

a dříve naprosto samozřejmé „Dáme si sraz u meka“ je dnes nepřípustné. Častá změna názorů a střídání idolů je v tomto věku přirozená. Nejenom my rodiče bychom však měli svým dětem naslouchat a se zdravým rozumem posoudit, co je pouhým výstřelkem našich ratolestí a co už je problém. Děti jsou velmi rafinované a vynalézavé, často svoji extrémní vyhublost maskují vrstvami oblečení a do svých výmluv zapojují celou fantazii. V žádném případě své děti nepodezírejte a zbytečně neobviňujte, mějte jen otevřené oči a naslouchejte možnému tichému volání o pomoc.

„Trpí moje dcera PPP?“

- v poslední době výrazně zhubla,
- nechce s námi obědovat, večeřet,
- drží dietu,
- to, že nejí maso, odůvodňuje tím, že to není správné, to, že nejí tučné a sladké, tím, že to není zdravé,
- někdy z ledničky zmizí velké množství jídla,
- pobývá dost často na toaletě a v koupelně,
- vyhýbá se nám nebo se s námi hádá a to hlavně kvůli jídlu,
- je čím dál více hubenější a tvrdí, že je tlustá a musí ještě trochu zhubnout,
- straní se kamarádů, většinu času tráví doma přípravou do školy,
- začínám mít o ni strach (Švédová, 2006).

Zpozorujeme-li u svých dětí některou z výše uvedených charakteristických změn v chování, neznamená to ještě, že dcera či syn některou z PPP trpí. *Chování pacientů s některou PPP jsou si však nápadně podobná.* Sejde-li se tedy více z těchto faktorů, nečekejme a vyhledejme odbornou pomoc.

V této kapitole bychom chtěli uvést rady nejenom pro rodiče, ale také pro pedagogy, kteří s našimi dětmi zejména na základní škole tráví mnohdy více času než rodiče, kteří přijdou večer unaveni z práce. Nápadných tělesných změn si mohou všimnout i učitelé tělesné výchovy, kteří vidí své žáky oblečeny pouze ve cvičebních úborech, což se rodičům dětí trpící některou z PPP, u nichž je typické maskování vyhublosti vrstvami oblečení, nepodaří.

„Trpí moje žákyně PPP?“

- po prázdninách nějak moc zhubla, místo aby začala růst a dospívat,
- je uzavřenější, posmutnělejší,
- straní se ostatních,
- vypadá nesoustředěně,
- přestala chodit na obědy, vlastně jsem ji neviděla za poslední dobu vůbec něco sníst,
- na školním výletě odmítala jíst, protože jí nevyhovovalo jídlo (Švédová, 2006).

Co by měl pedagog v případě, že si všimne u svého žáka nějakých změn, dělat? Jistě kontaktovat rodiče, protože mnohdy nemají ani tušení, že s jejich dítětem není něco v pořádku. Pedagog nic nepokazí ani spojením se s *Občanským sdružením Anabell*, které má s PPP letité zkušenosti.

3.4 Zdravotní následky a hospitalizace jako forma léčby

PPP mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak u bulimie (Krch, 1999). *Zdravotní následky PPP souvisejí především s úbytkem hmotnosti, nedostatečně vyváženou stravou, jsou ale také důsledkem zvracení, nadužívání laxativ a diuretik.*

Můžeme říci, že čím je pacientka s PPP mladší, tím jsou následky dobrovolného mučení se hlady, či přecpávání se a následného zvracení katastrofálnější:

- citlivost na chlad, pokrytí celého těla jemnými chloupky jako ochrana před zimou, poruchy termoregulace projevující se studenými periferními částmi těla,
- poruchy trávicího traktu (zácpa),
- nejruznější neurotické komplikace – svalová slabost, křeče, motorické poruchy, bolesti hlavy, mdloby, závratě, ztráta vědomí, dvojité vidění, zmatenost,
- zhoršení kvality pleti, nehtů, vypadávání vlasů,

- oslabený krevní oběh, snížený počet bílých krvinek, anemie¹⁷, hypotenze¹⁸, snížená sedimentace,
- srdeční obtíže - arytmie¹⁹, bradykardie²⁰,
- osteoporóza,
- poškození jater, nadměrné zatížení ledvin,
- oslabení obranyschopnosti organismu,
- pocity nevolnosti a přejedení při návratu k normálnímu jídlu,
- dehydratace, narušení rovnováhy vnitřního prostředí ve smyslu dysbalance minerálních látek a iontů, zadržování tekutin,
- zranění krku a jícnu při opakovaném vyvolávání zvracení, následná možnost vzniku infekce, prasknutí jícnu, při opakovaném zvracení vznikají otoky slinných žláz pod čelistí, které navozují dojem odulého a oteklého obličeje,
- hypokalémie²¹,
- gynekologické potíže (poruchy menstruačního cyklu a plodnosti),
- eroze zubní skloviny způsobená žaludečními šťávami při zvracení, zápach z úst,
- možný vznik závislosti při užívání laxativ nebo diuretik,
- narušení psychické pohody, osobního i společenského života,
- kolísavost nálad, nejistota, úzkostné prožitky,
- úzkostná sebekontrola,
- zhoršení pozornosti, snížené pracovní tempo a zájem o okolí (Krch a Marádová, 2003).

Při onemocnění některou z PPP si pacient nemusí vždy odnést tento jmenný seznam zdravotních následků. Obecně platí, že čím dříve je onemocnění odhaleno, a čím dříve je zahájena léčba, tím snadnější návrat do normálního života jej čeká, a tím méně fyzických a psychických následků nemocnému zůstane.

Čím dříve se nemocnému dostane pomoci, tím větší šanci má na úplný návrat do běžného života a minimální zdravotní následky. Podle Vágnerové (2004) můžeme

¹⁷ **Anemie** – chudokrevnost, způsobená nedostatkem železa <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/anemie>> [cit. 2009/3/13].

¹⁸ **Hypotenze** – nízký krevní tlak .

¹⁹ **Arytmie** – nepravidelný srdeční rytmus <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/arytmie>> [cit. 2009/3/13] .

²⁰ **Bradykardie** – zpomalení tepové frekvence <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/bradykardie>> [cit. 2009/1/13].

²¹ **Hypokalémie** – nízká hladina draslíku vyvolávající vážné nepravidelnosti srdečního rytmu (Krch, Marádová, 2003).

rozdělit léčbu na dvě základní složky – lékařskou péči a psychoterapii. Hlavním cílem lékařské péče je úprava příjmu potravy a odstranění stavu podvýživy. V psychoterapii jsou běžně používány individuální (např. kognitivně-behaviorální a psychodynamické) i skupinové metody. Užitečné jsou i svépomocné podpůrné skupiny. Doplňkovou léčbou, která slouží k úpravě dílčích problémů, je farmakologická péče. *Medikace by však neměla být hlavním způsobem terapie* (Raymond at al. sec. cit. Krch 1999). Pro většinu nemocných s PPP je výhodnější formou léčby denní stacionář nebo částečná hospitalizace (Kaplan a Olmsted sec. cit. Krch 1999). Mnohdy je však onemocnění v tak pokročilém stavu, že ho není možné ambulantně zvládnout. Nejkrajnějším způsobem léčby PPP je hospitalizace.

Ve většině případů je hospitalizace nezbytnou součástí léčby PPP u dětí. Ani u starších pacientů však není možné hospitalizaci odkládat. Bohužel právě ti, kteří si svou nemoc neuvědomují, a jež nemoc vážně ohrožuje, nejčastěji potřebují intenzivní lékařskou péči. Znamená to, na delší dobu vypadnout z každodenního života, prioritou se stává léčba a proces uzdravování. V terapii, která ukazuje úzkou souvislost PPP s jeho sebevědomím, se naučí přijímat své vlastní tělo. Negativa hospitalizace lze vidět *v dočasné absenci ve škole*, která může vést až k nutnosti opakovat ročník, v určitém *omezení svobody a podvolení se léčebnému režimu*. Obzvláště v posledním roce povinné školní docházky může znamenat opakování ročníku absolutní ztrátu kontaktu se spolužáky, kteří se rozejdou na nejrůznější střední školy. Nemusí být vyhráno, ani v případě, že k opakování ročníku nedojde. Žáci se připravují na přijímací zkoušky, avšak zvýšená unavitelnost, poruchy koncentrace a úpadek sil jim může přípravy velmi ztížit nebo dokonce znemožnit. Což může mít velmi negativní důsledky na budoucnost dítěte (Krch, Marádová, 2003).

Odborníci (Krch, Marádová) stanovili několik kritérií, kdy je nutné přistoupit k hospitalizaci, protože nemocnému hrozí vážné zdravotní následky, které by mohly být nevratné, v nejhorším případě smrtelné:

- velká podváha (úbytek hmotnosti je více než 25 % optimální tělesné hmotnosti),
- opakované záchvaty přejídání a zvracení během dne nebo zvracení krve, nadužívání laxativ,
- patrné známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak, ...),

- riziko sebevražedného chování, těžká deprese (plačtivost, sklíčenost, neschopnost něco dělat, apatie, izolace) nebo jiné závažné psychické problémy (drogy, alkohol, sebepoškozování),
- hrozí-li dehydratace organismu,
- v případech, kdy ambulantní péče nevede po určité době (2-3 měsíce) k výraznějším změnám, co se týče úpravy hmotnosti, jídelního režimu a snížení frekvence přejídání a zvracení nebo dítě odmítá spolupracovat.

Hospitalizace u dětí probíhá na dětských odděleních psychiatrických klinik. V Brně jsou přijímáni pacienti od 4 do 18 let například na *dětské oddělení Psychiatrické kliniky při Fakultní nemocnici v Brně Bohunicích*. Dětské oddělení spolupracuje daleko více s rodinou. Rodinná terapie probíhá společně s dítětem nebo také odděleně. Neúčastní se jí jen rodiče, ale například i prarodiče, sourozenci, ostatní příbuzní, případně i škola a vrstevníci. Hospitalizace trvá většinou 6 týdnů. Pobyť může být prodloužen dle aktuálního stavu pacienta.

Jediným samostatným klinickým pracovištěm v České republice v oboru dětské psychiatrie zabývající se diagnostikou a terapií duševních poruch dětí a dospívajících do 18-ti let je Dětská psychiatrická klinika v Praze Motole. Přijímá v závislosti na typu onemocnění či poruchy pacienty z celé republiky. Pracoviště je zaměřeno na komplexní pedopsychiatrickou péči jak ambulantní, tak lůžkovou, a v celém bio-psycho-sociálním spektru. V léčbě jsou uplatňovány nejmodernější přístupy biologické i psychoterapeutické léčby psychiatrických onemocnění [www.anabell.cz].

4. Kasuistika dívky trpící poruchou příjmu potravy

V bakalářské práci jsem se zabývala patologickými postoji k jídlu, tedy PPP a obezitou. V následujících kapitolách bych chtěla uvést kasuistiku dívky trpící PPP, konkrétně mentální anorexií. Měli-li jste někdy možnost přečíst si příběhy osob trpících některou z PPP, jistě Vás zarazilo množství bodů, ve kterých se příběhy shodují až s neuvěřitelnou přesností. Ať jsou to již počáteční výmluvy, proč nechce nemocný jíst maso nebo proč později nechce jíst už nic, či snahy o maskování ztracených kilogramů. Přesto je kasuistika z následujících kapitol jiná, je příběhem mé dcery.

4.1 Anamnestické údaje

Narodila se jako první dítě v roce 1985. V dětství prodělala jen běžné nemoci. Od 2,5 roku začala chodit do jeslí, poté do školky. V těchto zařízeních neměla žádné problémy, neplakala, bývala označována za veselé a průbojné dítě. Po absolvování základní školy s výborným prospěchem, nastoupila na Obchodní akademii. Po maturitě v r. 2004 byla přijata na Masarykovu univerzitu, Pedagogickou fakultu, kde v tomto roce končí magisterské studium. Od dětství byla vždy velice výřečná, musela mít „poslední slovo“. V kritických situacích dokáže velice racionálně uvažovat, což již několikrát dokázala (například v r. 2004 měl její bratr velice vážné zranění a ona mu svým poskytnutím první pomoci zachránila život). Už šest let má přítele.

Kristýna žije s rodiči a bratrem v rodinném domku. Vztahy v rodině jsou bezproblémové. Vždy byla na matku, otce i bratra velmi citově fixována. V raném dětství můžeme říct až patologicky, musela navštívit pedagogicko-psychologickou poradnu. I v dnešní době je citová vazba Kristýny k celé rodině silná, ale již v normálu.

Kristýna byla vždy velmi kamarádká. V současné době tráví nejvíce času přípravou na státní zkoušky, ale také se svým přítelem. Přesto si najde chvíli zajít si za svými kamarádkami. Při studiu pracuje ve zprostředkovatelské agentuře. Práce ji velmi baví.

4.2. Rozvoj a průběh nemoci

Kristýna začala chodit do 9.třídy a v dubnu ji čekaly přijímací zkoušky na střední školu. Tak, jako spousta dívek v jejím věku, chodila i ona do cvičení, takže když začala vynechávat ze svého jídelníčku všechno sladké, vůbec to matku neznepokojilo. Proč taky? Cvičí, tak si přece nebude vynaloženou námahu kazit nějakými sladkostmi. Jenomže omezování v jídle pokračovalo. Jogurty musely být nízkotučné, minerálky neslazené, pečivo jenom celozrnné a tak dále. V této době matka ještě chtěla věřit, že se snaží pouze zdravě jíst.

Kristýna byla vždy ctizádostivá. V době „nemoci“ se však tato pozitivní vlastnost stala urputností. Velice svědomitě se připravovala na přijímací zkoušky. Denně se hned po příchodu ze školy začala učit. Přestávala pouze, když šla do cvičení. Později svůj volný čas dělila už jen na cvičení a učení. Večer v osm hodin byla tak unavená, že chodila spát. Zpočátku si matka její přepečlivou přípravu vysvětlovala tím, že je zodpovědná a má zájem dostat se na školu, kterou si vybrala. Ovšem příznaků, potvrzujících její zvyšující se obavu, že se jedná o závažné onemocnění, neustále přibývalo.

Kristýna začala dodržovat čas posledního jídla, zpočátku v 17 hodin, následně se tato doba zkracovala, až na dobu oběda. Po každém jídle hned vstala, uklízela ze stolu, umývala nádobí. Dělala to proto, aby nepřibrala. Po obědě už ale nejedla. Přestávala i pít. V této době považovala sklenici vody za porci jídla. Dříve jedla spoustu ovoce, hlavně jablka, nyní žádné.

Velice ráda připravovala jídlo pro ostatní členy rodiny a také pročetla různé recepty. Z pořadů v televizi sledovala jenom ty o vaření, v té době například pořad „Prima vařečka“. Na všech potravinách kontrolovala, kolik mají kalorií.

Průběh nemoci dospěl tak daleko, že ztratila menstruaci. Vlasy jí zřídly, bledá pokožka se pokryla jemnými chloupky.

Když matka viděla, jak je Kristýna unavená, jak se ztrácí před očima, napadlo ji, že pro ni musí být vyčerpávající i hodiny tělocviku. Nemluvě o tom, že i učitelka

si musela všimnout, že s ní něco není v pořádku. Kristýna byla zvyklá cvičit, s tímto předmětem nikdy problémy neměla, ale jak sama řekla, teď už ostatním nestačila. Matka chtěla předejít tomu, aby se jí kantorka před spolužačkami na něco vyptávala. Rozhodla se za učitelkou tělocviku zajít. Domluvily se, že do tělocviku bude chodit, ale když už nebude stačit, tak si sama půjde odpočinout. Kristýna se nejdříve zlobila, ale nakonec domluvu matky a učitelky uvítala.

4.3 Léčba

Dotazy matky ohledně stravování začaly Kristýnu brzy otravovat. Bránila se tím, že se nic neděje a že žádné problémy nemá. Svoji nemoc si vůbec neuvědomovala. Když začala hubnout a její omezování se v jídle neustále pokračovalo, rozhodla se matka požádat o radu dětskou lékařku. Lékařka ale po vylíčení všech příznaků naznala, že je mladá, chce se líbit, tudíž chce jíst zdravě a všechno je tedy v pořádku. Navrhla, „pro uklidnění matky“, že bude Kristýnu každý týden vážit.

Toto řešení matce nevyhovovalo, proto začala hledat jiného lékaře. Pro děti do patnácti let mnoho možností ale nebylo. Na nátlak matky a v jejím doprovodu Kristýna navštívila lékaře v bohunické nemocnici v Brně. Tam byla zvážena, prohlédnuta, absolvovala pohovor s lékařem a s pláčem vyšla z ordinace. Lékař chtěl dále mluvit s matkou. Dozvěděla se, že dcera nespolupracovala, mlčela, nebo plakala. Při příští návštěvě ji budou udělány odběry a na základě výsledků by byla hospitalizována, s čímž už může počítat nyní. Hospitalizace bude trvat osm týdnů. Doktor nebyl z těch, ke kterým máte od první chvíle důvěru, přesto matka učinila nesmělý dotaz, zda je hospitalizace opravdu tak nutná, když Kristýnu viděl jednou a to z ní navíc nedostal ani slovo. Dovolila si podotknout, že je dcera v deváté třídě a má před přijímacími zkouškami. Odpovědí jí bylo pouze konstatování, ať si vybere, co je jí přednější, jestli přijímací zkoušky, nebo zdraví dcery. Žádné vysvětlování, rady, konzultace nebo náznak pochopení. Jeho neprofesionální přístup však měl spíše negativní efekt.

Pobyt v nemocnici se zdál nevyhnutelný. Ani tato hrozba, ale s Kristýnou a jejím stravováním nic neudělala. S rozhodnutím, umístit dceru do nemocnice, se matka ne-

mohla smířit. Pořád se jí v hlavě odehrával rozhovor s tavním lékařem, jeho přístup, jeho otázka co je jí milejší, jestli zdraví dcery nebo škola. Samozřejmě, že zdraví, ale neustále přemýšlela, jestli vyčerpala všechny možnosti. Protože hospitalizace by znamenala možná opakování ročníku, promeškání přijímaček, ztrátu kontaktu se spolužáky a s kamarády. V nemocnici možná přibere, ale co její psychika? Jak se potom zařadí nazpět, mezi své kamarády, zrovna v tomto, pro ni tak důležitém období? Rozhodla se, že nemocnice možná, jednou, bude muset být také řešení, ale teď ještě ne.

Matka navštívila svého známého, který je obvodním lékařem a ten jí doporučil paní doktorku, zabývající se poruchami příjmu potravy. Kristýna byla ještě tentýž týden přijata na ambulantní psychiatrické léčení. Lékařku nezajímaly výsledky odběrů, ani zprávy z nemocnice. Vzhledem ke zdravotnímu a především psychickému stavu Kristýny, byla nutná medikamentózní léčba. Kristýna se dostala do rukou lékařky dehydrovaná a se značnou ztrátou vitamínů, minerálních a stopových prvků. Bylo nepředstavitelným problémem přibrat na váze 20 dkg. Střídalo se období nezájmu, absolutního bojkotu léčby, malých pokroků a stagnace. Začala dělat ústupky v jídlu, ale pak se opět zasekla. Když nešla váha nahoru, pohrozila jí lékařka, že jestli do příště nějaké deko nepřibere, pošle ji i ona do nemocnice.

To už se blížil konec školního roku a Kristýna měla možnost jet se školou k moři. Matka ji nechtěla pustit. Bylo pro ni nepředstavitelné, že ji pustí z dohledu, že nebude moci kontrolovat, jak se stravuje, kolik toho sní a vypije. Měla strach z toho, že se jí dcera vrátí opět vyhublá na kost a budou zase na začátku. Na druhou stranu jí chtěla udělat radost, udělala výborně přijímačky, dostala se na školu, ve třídě byla premiantka. Kristýna k moři moc chtěla. Nakonec rozhodnutí zůstalo na doktorce. Ta s odjezdem souhlasila. Vysvětlila matce, že za týden se dceři nic nestane, naopak jí pobyt u moře, v kolektivu spolužáků, může jenom prospět. Paní doktorka měla opět pravdu. To, o co usilovala tolik měsíců, se stalo během jednoho týdne, který strávila Kristýna se svými spolužáky u moře. Na školní výlet odjížděla s pořádným vetřelcem v hlavě, ale domů se vrátila úplně jiná dívka, se zakulacenými tvářičkami. Možná mořský vzduch, možná bezstarostnost kamarádů, kteří se neustále nezabývali počítáním kalorií, přimělo Kristýnu k tomu, aby si po velmi dlouhé době dopřála zmrzlinu a nebo bez výčitek svědomí třeba obyčejnou večeři.

Nastal pravý opak toho, co zažívali v předchozích měsících. Matka měla pocit, jako by se Kristýna nemohla dojíst. Nesnědla jednu buchtu, ale celý plech. Lékařka před přílišným optimismem varovala. Anorexie jde ruku v ruce s bulimií!!! V tomto případě tomu tak naštěstí nebylo. I když Kristýna během několika měsíců přibrala skoro 20 kg, dokázala se s touto váhou vyrovnat sama a bez pomoci drastických diet se dostala na svou původní váhu.

4.4 Závěr – doporučení pro praxi

Tato nemoc ale nepostihla jenom Kristýnu. Zasáhla celou rodinu – bratra, babičky a samozřejmě také otce, i když zde není zmiňován. Rodiče prožívali všechno spolu, hádali se, brečeli. Zpočátku dávala matka otci za vinu, že tím spouštěcím impulsem byly jeho narážky typu „roste ti zadek“. Všechno bylo ale jinak. Kristýna o svých problémech s nikým nemluvila, jen s matkou a zřejmě ne zcela otevřeně. Pochopitelně, vždyť si ani neuvědomovala, jak je nemocná. Je hrozné vidět vlastní dítě, jak se zcela záměrně ničí, jak si ubližuje a ztrácí se před očima. A přitom nevědět, jak mu pomoci.

Pro rodiče je vždy obtížné, když jejich dítě onemocní, zvláště pak takovouto plíživou nemocí, o které nemají většinou dostatek informací a čtou o ní pouze v časopisech ve spojení s modelkami. V drtivé většině případů si myslí, že toto se jim nikdy nemůže stát.

Mám-li uvést nějaká doporučení pro rodiče, začala bych heslem „na nic nečekat a jednat“. Vyskytne-li se již problém PPP, sám od sebe neodezní, nemocný potřebuje odbornou pomoc. Od praktického lékaře se většinou nedostane adekvátní pomoci. V jeho silách není bohužel více, než pravidelné týdenní vážení, ve snaze zabránit dalšímu hubnutí. Existuje však Občanské sdružení Anabell pro nemocné anorexií a bulimií, které nabízí pomoc a podporu osobám postiženým i ohroženým PPP hledat a nalézt východiska k řešení jejich problému. Pomoci mohou také na Psychiatrické klinice při fakultní nemocnici v Brně – Bohunicích. Na internetu lze nalézt kromě vyčerpávajících informací o této problematice také kontakty na ambulantní specialisty na PPP a psychiatry, zabývající se touto problematikou. Cesta léčby PPP je velmi

náročná a zdlouhavá, a to nejen pro nemocného, ale také pro jeho nejbližší. Léčba však nekončí ani po návratu do běžného života, PPP jsou celoživotním bojem. Přeji všem hodně sil.

Závěr

Úspěch, uznání a krása jsou pro dnešní děti cílem a hodnotami, kterých se snaží nějakým způsobem dosáhnout. Každý po svém. A právě zde hrozí nebezpečí, že nebudou umět čelit všudypřítomným nástrahám, které na ně v podobě PPP nebo naopak nezvládnuté obezity čekají. Z tohoto důvodu je žádoucí, aby si vytvořili správné stravovací návyky a byli s danou problematikou, co nejdříve seznámeni. Snad právě tato práce, která obsahuje základní i velmi cenné informace o obou patologických postojích k jídlu, tedy PPP a obezitě, pomůže jak rodičům, tak pedagogům k tomu, aby mohli děti naučit hodnotám, které jsou v tom opravdovém světě mnohem důležitější, tedy zdraví, rodina a vzdělání.

Jednu z kapitol bakalářské práce tvoří kasuistika dívky trpící mentální anorexií. Kasuistiku, která doplňuje popsané stránky právě o problematice PPP a ne o obezitě, jsem zvolila záměrně, jak už jsem uvedla v úvodu, mentální anorexií trpěla moje dcera. Víím, jaké to je, když matka zjistí, že s jejím dítětem není něco v pořádku, když vidí, jak se vzdaluje kamarádkám a jak se jí před očima záměrně ničí. Víím také, jak těžké bylo dosáhnout byť i jen malých pokroků během léčby. Snad i tato osobní zkušenost přispěje ke splnění cíle mé bakalářské práce, tedy k pochopení PPP a otevře oči těm, kteří stále ještě nevěří, jak je toto onemocnění nebezpečné. Doufám, že obsah práce bude rádcem i pomocníkem rodičům a pedagogům, kteří se setkají s někým, kdo touto nemocí trpí.

V žádném případě nechci uveřejněním kasuistiky dívky trpící mentální anorexií, a ne osoby trpící obezitou, problematiku PPP nadsazovat nad problémem obezity. I přes to, že mnozí chápou obezitu pouze jako neschopnost ovládat se, považují obezitu za onemocnění, které v důsledku může způsobit, co se závažnosti týče, stejné tělesné a hlavně psychické problémy, jako kterákoliv z PPP. Přesto, musela-li bych se rozhodnout, zda bych měla raději dítě obézní nebo s PPP, zvolila bych obézní dítě. Jistě k tomu přispěl fakt, že pocity, které jsme každodenně zažívali jako rodiče anorektičky po několik dlouhých let, jsou ještě velmi čerstvé.

Resumé

Tématem bakalářské práce jsou patologické postoje k jídlu, tedy obezita a PPP. Problematika PPP je velmi složitá a veřejností často nepochopená. Spousta lidí dodnes nevěří, že se jídlo může stát tak velkým problémem. Názor, že pokud dítě nejí, je to výchovný prohřešek rodičů a mají si s ním poradit, nejlépe dát vzdorujícímu dítěti pár pohlavků, je bohužel docela častý. Nevěří, že se jedná o psychické onemocnění. Nedovedou si představit, jak obrovské a dalekosáhlé důsledky tato nemoc s sebou přináší, ani co prožívají lidé, kteří touto nemocí trpí, natož jejich blízcí. Naproti tomu obezitu především laická veřejnost za onemocnění nepovažuje, a už vůbec ji nestaví na stejnou úroveň jako PPP.

V bakalářské práci jsme se zabývali všemi onemocněními, které skupinu PPP představují, specifiky u dětí a v období rané adolescence, radami, jak mentální anorexii a mentální bulimii, jako nejčastější onemocnění ze skupiny PPP, rozeznat, hospitalizací a jejím úskalím a také výčtem zdravotních následků jak fyzických, tak i psychických, které mohou PPP doprovázet. Samostatnou kapitolu zde tvoří obezita, jako opačný pól k PPP. Uvádíme rady pro rodiče, jak pomoci dítěti s obezitou a také možné tělesné i psychické následky neléčené obezity. Závěrečnou kapitolou celé bakalářské práce je kasuistika dívky trpící PPP, konkrétně mentální anorexií. Právě ta ilustruje závažnost problému PPP.

Anotace

Bakalářská práce pojednává o obezitě a poruchách příjmu potravy, jejichž společným jmenovatelem je patologický postoj k jídlu. Stručně také charakterizuje jednotlivé PPP, specifika u dětí, léčbu a zdravotní následky PPP. Zabývá se možnými příčinami a rizikovými obdobími vzniku obezity, jejími zdravotními následky, léčbou a radami pro rodiče obézních dětí. Součástí jsou i rady pro pedagogy a rodiče, jak anorexii nebo bulimii, jako nejčastější onemocnění ze skupiny PPP, rozeznat. Jako naznačení správné cesty je v práci uvedena výživová pyramida a doporučení pro zdravou výživu dětí. Pro dokreslení závažnosti problematiky PPP je poslední kapitolou kasuistika dívky s mentální anorexií.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatové přejídání, ortorexie, drunkorexie, bigorexie, obezita, příčiny obezity, zdravotní následky obezity a PPP, léčba obezity a PPP, hospitalizace a její úskalí, zdravá výživa dětí, BMI.

Annotation

The bachelor thesis treats obesity and eating disorders, whose common factor is a pathological attitude towards eating. Also individual ED, special characteristics for children, treatment and health consequences of ED are characterized. The thesis deals with possible causes and high-risk periods for the development of obesity, the health consequences of obesity, its treatment and advices for parents of obese children. Also advices for teachers and parents concerning recognizing anorexia or bulimia, as the most common ED, are included. The nutrition pyramid and recommendation for a healthy diet of children are presented as an indication of the right approach. A case report of a girl with anorexia nervosa constitutes the last chapter to illustrate the seriousness of this topic.

Keywords

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating, orthoexia, drunkorexia, bigorexia, obesity, causes of obesity, health consequences of obesity and ED, treatment of obesity and ED, hospitalization and its drawbacks, healthy diet of children, BMI.

Použitá literatura a prameny

1. CLAUDE-PIERRE, P.: *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
2. FOŘT, P.: *Stop dětské obezitě*. Praha: Euromedia Group, k.s., 2004, 206 s. ISBN 80-249-0418-7.
3. HORNBACHER, M.: *Na dně*. Praha: Domino, 1999.
4. KOCOURKOVÁ, J.: *Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galen. 1997.
5. KRCH, F. D.: *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
6. KRCH, F. D. a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, spol.s r.o., 1999, 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
7. KRCH, D., MÁLKOVÁ, I.: *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Granit, 1993.
8. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E.: *Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.
9. KRCH, F., RICHTEROVÁ, I.: *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, 87 s. ISBN 80-85872-86-2.
10. LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.
11. MOLONEY, M., KRANZOVA, R.: *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.

12. PAPEŽOVÁ, H.: *Anorexia nervosa*. Praha, Psychiatrické centrum, 2000.
13. ŠVÉDOVÁ, J.: *Jak poznám, že je s jídlem problém*. In Zpravodaj Anabell č. 3. 2006, s. 14 - 16.
14. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s., ISBN 80-7178-802-3.
15. VOMASTEK, P.: *Z deníku anorektika*. Praha: Houška, 2000. ISBN 80-86068-10-3.
16. ČESKÁ OBEZITOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Životní styl a obezita*. [cit. 2009/1/5].
Dostupné z: http://www.fzv.cz/web/fzv-akcni/informacni_materialy/obezita/
17. KOLOUCH, V. *Bigorexie*. [cit. 2009/1/13].
Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-kрасy/207-bigorexie>
18. KUHLÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. [cit. 2009/1/20]. Dostupné z: http://www.pppinfo.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251
19. POLEDNE, R. *Pyramida zdravé výživy*. [cit. 2008/12/7].
Dostupné z: http://www.fzv.cz/web/fzv-akcni/informacni_materialy/pyramida
20. www.hubnutí.org
21. www.lekarske.slovníky.cz
22. www.stopanorexia.estranky.cz
23. www.zbynekmlcoch.cz

24. www.wikipedia.cz