

 Anabell

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

MANUÁL PRO PEDAGOGY



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Manuál pro pedagogy je vydán v rámci projektu PPP (Podpora profesionální prevence) z grantového programu OP VK 1.3 Jihomoravského kraje. Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR.

The image features a decorative floral pattern in the top-left and bottom-right corners. The pattern consists of intricate, swirling lines, leaves, and small flowers, rendered in a light purple or lavender color. The background is a solid, light cream or off-white color. The text is centered in the middle of the page.

PSYCHOSOCIÁLNÍ ČÁST

PROČ SE ZABÝVAT PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy patří u dospívajících mezi nejčastější a nejnebezpečnější **psychické onemocnění** s vážnými somatickými (tj. zdravotními) následky. V ČR trpí poruchou příjmu potravy podle odhadů odborníků každá dvacátá dívka¹ (tj. 4 až 6 %).

To, že poruchy příjmu potravy jsou duševním onemocněním znamená, že od určitého stádia nemoci není člověk schopen vlastní vůlí ovládat chování spojené s příjmem potravy a je nutné ho odborně léčit (tuto skutečnost si však nemocní neradi přiznávají, což léčbu velmi komplikuje a vede k jejímu prohlubování).

Nebezpečí poruch příjmu potravy spočívá v jejich rozsáhlých a mnohdy nevratných následcích – onemocnění zasahuje do oblasti:

- **fyzické** – celkové zhoršení zdravotního stavu, ohrožení života – toto onemocnění je letální (!). Smrtí končí 8 až 20 % případů, nejčastěji následkem srdečního selhání nebo sebevraždy,
- **psychické** – nedostatečný příjem potravy má také zhoubný vliv na psychiku – objevují se deprese, úzkosti, nutkavé myšlenky zaměřené pouze na kontrolu příjmu potravy, hrozí nebezpečí sebevražedného jednání, často dochází ke zneužívání alkoholu a návykových látek,
- **sociální** – negativní změny ve výše uvedených oblastech se dále odrážejí ve schopnosti studovat, pracovat či být sociálně aktivní. Až ve 30 % případů se poruchy příjmu potravy stávají chronickou záležitostí, jsou nutné opakované hospitalizace a nemocní tak většinou končí sociálně izolovaní a s invalidním důchodem.

Přes tyto všechny závažné následky bývají problémy s příjmem potravy stále ještě podceňovány („to nic není, z toho vyroste“), zjednodušovány („stačilo by, kdyby se pořádně najedla a bylo by po problému“) nebo zcela nepochopeny („zase si něco vymýšlí, chce být zajímavá, dám jí pár na zadek a ono ji to hubnutí přejde“) a zůstávají tak nerozpoznány a o to déle neléčeny.

Proto by měl mít pedagog, který tráví s dětmi v průběhu celého rizikového období² mnohdy více času než jejich rodiče, k dispozici informace o tom, jak poruchy příjmu potravy rozpoznat, jak účinně zasáhnout, jak se k nemocné chovat, ale také jak preventivně působit tak, aby se poruchy příjmu potravy objevovaly v co nejmenší míře.

VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Mezi nezávažnější poruchy příjmu potravy patří **mentální anorexie** a **mentální bulimie**.

Mentální anorexie se projevuje striktním omezováním příjmu potravy, pro **mentální**

- 1 Výskyt poruch příjmu potravy u chlapců a mužů je poměrně vzácný, i když v poslední době vzrůstá. Zjištěný počet nemocných chlapců/mužů k počtu dívek/žen je v poměru 1:10 až 1:20. Proto v dalším textu budeme o nemocných hovořit převážně v ženském rodě.
- 2 Nejčastěji vznikají poruchy příjmu potravy v období od 12 do 25 let, ohroženy jsou však i děti mladší. Strach z tloušťky a dietní tendence vzrůstají v průběhu dospívání a určují život stále většího množství dětí.

bulimii jsou příznačné neovladatelné záchvaty přejídání, tzv. vlčí hlad a následné vyvolávané zvracení.

Tyto základní příznaky anorexie a bulimie vlastně představují krajní varianty postojů a chování normální v naší (tzn. západní) populaci. Naše společnost je zaměřená na konzum a počet obézních v ní je alarmující; zároveň lidé chtějí být štíhlí, proto se snaží hubnout. Většinou co nejrychleji bez ohledu na to, jaký to má vliv na jejich zdraví. Běžné jsou snahy o dodržování různých zaručených diet, celodenní hladovění, omezování určitých skupin potravin, vynechávání některého denního jídla, ale také přejídání např. o svátcích, nadměrný večerní energetický příjem, nepravidelnosti v příjmu stravy, stolování u televize, novin, časopisů, užívání léků na hubnutí, projímadel. Skoro každý člověk již někdy držel dietu nebo se nějakým způsobem snažil zhubnout.

Pomalou se rozvíjející příznaky anorexie či bulimie mohou tedy zůstat mezi jídelními zvyklostmi v rodině (např. každý člen domácnosti jí o samotě, připravuje si své jídlo) a mezi nevhodnými postoji k jídlu u ostatních dětí ve třídě (např. vynechávání oběda, snaha držet dietu, požívání sladkostí místo svačiny) dlouho nepovšimnuty.

Od nevhodných jídelních návyků se však anorexie a bulimie liší **specifickou patologií**, která se postupně vlivem hladovění a nedostatečného příjmu potravy rozvíjí.

Jak pro anorexii, tak pro bulimii je typické:

Intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním příjmu potravy, každý nadbytečný příjem potravy je prožíván jako ztráta kontroly a vyvolává pocit studu, neschopnosti, zhnusení a vede ke kompenzačnímu chování, tj. zvracení, cvičení, užití projímadel, diuretik, dalšímu hladovění. V závislosti na neúspěšnosti hubnutí se mění sebehodnocení a nálada.

Neustálé zabývání se jídlem (co jíst, co za žádnou cenu nejíst, kam jídlo vyhodit, jaké jídlo si nakoupit atd.), **vlastním vzhledem a hmotností**.

Hrůza a panický **strach z tloušťky** a z přibírání na hmotnosti.

Výrazná **nespokojenost s vlastním tělem**, celkově negativní mínění o sobě sama, zkreslené představy dívek o tom, jak vypadají a jak je samotné hodnotí druzí lidé.

MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je charakterizovaná zejména **úmyslným hladověním a snižováním tělesné hmotnosti**. Nejedná se o nechutenství v klasickém slova smyslu, chuť na jídlo a zpočátku i hlad zůstávají, bývají však popírány a přemáhány³.

První zhubnutí bývá spojeno s nárůstem sebevědomí a zlepšením nálady. Postupně však nemocná dívka začíná mít **strach z jídla**, zvláště z potravin, po kterých se podle ní tloustne,

- 3 Pokud dojde ke ztrátě kontroly nad jídlem a dívka sní více než chtěla nebo sní pro ni tzv. zakázané jídlo (např. chipsy, čokoládu, rohlík s máslem), může dojít ke zvracení (tzv. purgativní mentální anorexie) a k postupnému rozvoji mentální bulimie, do které anorexie ve většině případů časem přechází.

spektrum těchto tzv. zakázaných potravin se den ze dne rozšiřuje a nakonec zůstává v jídelníčku třeba jen jablko nebo nízkotučný jogurt. V této fázi se jedná o těžké hladovění, někdy také s omezováním příjmu tekutin, dochází k výraznému úbytku hmotnosti a k podvaze (tj. BMI méně než 17,5). Paradoxně dívky více cvičí, až excesivně a subjektivně se cítí mnohdy velmi dobře. Z fyzických příznaků je typická ztráta menstruace, tento příznak však není v případě užívání hormonální antikoncepce spolehlivým ukazatelem.

Jak je možné, že nemocné dívky nevidí, jak jsou hubené a drží stále přísnější a přísnější dietu? Způsobují to **zkreslené představy vlastního těla**, tento narušený způsob vnímání je u anorexie patologickým příznakem a vystihuje závažnost tohoto onemocnění.

V mysli nemocných se vlivem různých negativních pocitů, prožitků a klíčových okamžiků života⁴ vytváří zcela jiná představa vlastního vzhledu, která není reálným odrazem skutečnosti. Dívky s mentální anorexií své tělesné proporce několikanásobně nadhodnocují (problematické jsou zejména oblasti břicha, stehen, boků) a jako důvod k odmítání potravy uvádí svou domnělou tloušťku. Tento stav umocňuje kontrola hmotnosti, která probíhá někdy i několikrát během dne. Schopnost udržet si nízkou hmotnost se pro nemocnou stává posedlostí, jakýkoli nepatrný výkyv hmotnosti směrem nahoru je důvodem k nesnesitelným pocitům tloušťky, což u nemocné dívky velmi komplikuje léčbu a motivaci ke spolupráci.



MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především **opakujícími se záchvaty přejídání**, většinou po snaze dodržovat dietu. Přejídání je **impulzivní**, vlastní vůli **neovladatelné**. Pocit přejedení je velmi relativní, někdy dochází ke konzumaci velkého množství jídla, ale často nemocní sní jen o něco málo, než původně chtěli.

Psychologický obsah se velmi podobá mentálnímu obsahu anorexie, prožívání je silně ovlivňováno myšlenkami na jídlo, strachem z přibírání a negativními emocemi – úzkostí,

4 Vysoce rizikovým je v tomto směru traumatický zážitek fyzického napadení, znásilnění nebo sexuálního zneužívání. Běžně dívky uvádějí jako negativní prožitky kritické komentáře k jejich postavě ze strany rodiny (nejčastěji otec, bratr, strýc), čteně také ze strany vrstevníků, zejména chlapců, ale také je slyší z úst učitelů (!), např. při hodinách tělesné výchovy.

apatií, špatnou náladou, smutkem, pocity viny, neschopností, nepatřičností, nenávistí vůči sobě a vlastnímu tělu. Typický je **pocit ztráty kontroly nad jídlem**. Dívky uvádějí, že při záchvatu přejídání se s nimi něco děje, cítí se otupělé, přestávají je trápit jejich problémy. Jídlo jim poskytne úlevu. Necítí se ale nijak zvlášť dobře – jen jinak, většinou cítí úlevu od úzkosti. Každé přejedení je bezprostředně provázeno pocity těžkých výčitek a depresí ze selhání, následuje tedy kompenzační chování – zvracení, které dlouhodobě odstraňuje strach z přibírání a vede k dalšímu přejídání, čímž se upevňuje bludný kruh onemocnění. Nemocní se většinou chtějí léčit, ale za nemoc se stydí a proto přicházejí k odborníkům mnohdy až po několika letech.

Jiné patologické postoje k jídlu, o kterých lze mluvit jako o poruchách příjmu potravy

Záchvatové přejídání – opakované epizody přejídání bez hladovek nebo vyvolávaného zvracení, cvičení, užití projímadel; během jedné epizody člověk zkonsumuje velké množství potravin (například i jídlo, které mu běžně nechutná), přestože nemá hlad ani chuť. Jídlem zahání nudu, zklamání, osamělost nebo nervozitu.

Noční přejídání – konzumace většiny denního jídla po večeři a v noci, charakteristická je nespavost, po ránu nechutenství. Spouštěčem tohoto onemocnění je držení diety a celkové narušení jídelního režimu např. v období zvýšeného stresu.

Ortorexie – patologická posedlost zdravou výživou, lidé nejsou schopni sníst nic jiného než to, o čem jsou si jisti, že neobsahuje např. žádné konzervační látky, barviva, cukr, sůl, bílou mouku, průmyslově zpracované potraviny. Snaha dodržovat zdravý životní styl a přemýšlení nad složením jídla postupně začínají zabírat podstatnou část času, potraviny se stávají stále méně bezpečné. Strach, že jídlo není zdravé může vést k výrazné podváze a zúžení spektra potravin na minimum (člověk jí pouze určité např. speciální biopotraviny), čímž také dochází k sociální izolaci – takové jídlo nelze sehnat a připravit všude.

Drunkorexie – strach z přibírání vede k záměrné redukci příjmu potravy s cílem snížit příjem energie, ale za účelem zvýšeného pití alkoholu, který je poměrně kalorický.

Bigorexie – vyskytuje se spíše u mužů (nejčastěji u kulturistů), jedná se o posedlost vlastním vzhledem a snahu dosáhnout velké fyzické zdatnosti a svalové hmoty, přičemž nemocní si připadají stále nedostatečně vyvinutí, malí, slabí. Dochází také ke zneužívání anabolických steroidů a jiných látek, které podporují růst svalové hmoty.

JAK ROZPOZNAT PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Jelikož ve škole existuje vysoká pravděpodobnost zachytit první známky poruch příjmu potravy včas, je přínosné znát konkrétní projevy anorexie či bulimie. Ty mohou být následující:

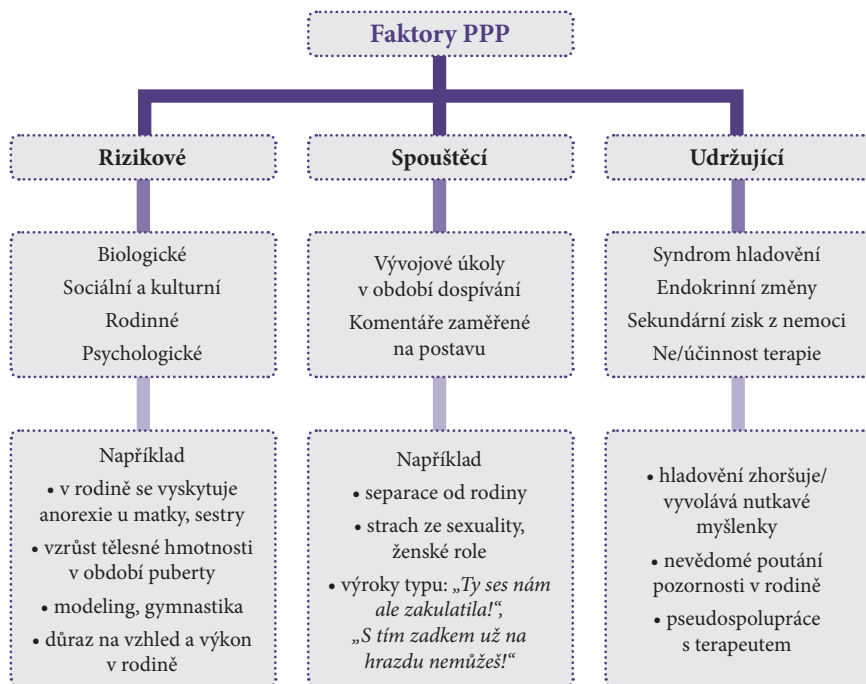
- **Změny v hmotnosti** – výrazné zhubnutí např. po prázdninách, v případě, že se nejednalo o vážnější onemocnění spojené s úbytkem hmotnosti a nechutenstvím, nebo, v případě problému s bulimií a přejídáním, rychlé zvyšování hmotnosti.
- **Nápadná izolace od ostatních** - obzvláště v případě, že dívka byla dříve do kolektivu bez problémů zapojena.

- **Ztráta zájmů** – zejména typických pro dospívající (večírky, návštěva diskotéky), **introverze, posmutnělost, zamyšlenost, vážnost**.
- **Snaha o precizní výkony** – obvykle ve všech předmětech, později ale zhoršení prospěchu, nesoustředěnost, únava, apatie.
- **Aktivní pohyb** – nadměrné cvičení při tělocviku, neklid při sezení v lavici, nápadné vybíhání schodů, potřeba se neustále hýbat.
- **Výrazný důraz na vzhled** – zároveň nejistota, stud před ostatními, např. při návštěvě bazénu, v tělocviku. Dívky zpočátku nosí přiléhavé oblečení, aby zdůraznily svou štíhlost, později naopak volí oblečení spíše volné (mikiny, svetry).
- **Zhoršení zdravotního stavu** – častější nemocnost, zhoršení kvality vlasů, pleti, v souvislosti s anorexií se může objevit lanugo (nadměrné ochmýření), nápadná je zimomřivost.
- **Zhoršení psychického stavu** – depresivní nálady, podrážděnost, přecitlivělost.
- **Změny ve chování při jídle** – vynechávání svačin (bývají vyhazovány do koše), obědů ve školní jídelně, vyhýbání se společným aktivitám kvůli jídlu, např. výletům, školním akcím, kde je společné stravování, odmítání jíst před ostatními, různé výmluvy, proč nemocná nemůže jíst. Pokud dívka jí s ostatními, vyžaduje menší porce, úzkostlivě srovnává své jídlo s jídlem druhých. V případě problémů s přejídáním může dívka sníst jídlo velmi rychle, hltavě, v různých neobvyklých kombinacích. V případě anorexie jí dívka velmi pomalu (mnohdy i hodinu a déle), po malých soustech, jídlo důkladně žvýká, vybírá z talíře, co bude jíst a co ne, v jídle se „nimrá“. Nápadné je zejména posuzování obvyklých porcí potravin jako obrovských, které není možné sníst.
- **Změny ve složení jídelníčku** – lze rozpoznat např. na školním výletě, mohou si jich všimnout spolužáci. Dívky rozhodně odmítají tučné, sladké, energeticky vydatné pokrmy, ale i potraviny běžné jako např. pečivo a maso. Argumentují tím, že jsou to jídla „nezdravá“, jí pouze pro ně dietní potraviny (light jogurty, zeleninu), někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí, jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace. Velmi dobře znají kalorickou hodnotu potravin a pečlivě studují etikety a obaly na potravinách.
- **Mentální bulimie** je těžko rozpoznatelná, na rozdíl od typické anorektické „vychrtlosti“. Lze říci, že možná právě proto je i zrádnější – nemocné dívky se za přejídání a zvracení stydí, svou nemoc dokáží dlouhodobě tajit a nikdo si žádných příznaků nemusí všimnout. Podezření na bulimii lze pojmout při častých a dlouhých návštěvách toalety, ztracení jídla a při vysledování výše uvedených příznaků.

ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Odborníci se shodují v tom, že kromě držení **redukčních diet**, které zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie asi osmkrát, **neexistuje žádný specifický etiologický faktor**, který by se vyskytoval u většiny nemocných a vysvětloval jejich obtíže. Proto se hovoří o **multifaktoriální podmíněnosti** poruch příjmu potravy, tj. souhrě a spolupůsobení různých **biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních rizikových**

faktorů. Kromě těchto tzv. rizikových faktorů vzniku poruch příjmu potravy lze uvažovat o faktorech, které ovlivňují průběh i výsledek onemocnění, jsou to tzv. faktory spouštěcí a udržující.



BIOLOGICKÉ FAKTORY

Jedním z biologických faktorů rozvoje poruch příjmu potravy je **dědičnost**, genetický podíl při vzniku anorexie se uvádí 50 až 90 % a při vzniku bulimie 35 až 83 %.

Rodinná dispozice může spočívat v dědění některých povahových rysů, které jsou pro vznik onemocnění rizikové. U anorexie jsou to úzkostné, obsedantní, perfekcionista a vyhýbavé rysy a u bulimie se jedná zejména o emoční labilitu a impulzivitu. Dědičnost rovněž ovlivňuje **rozvoj obezity**, která představuje významný rizikový faktor, zejména v rozvoji bulimie. Lze tedy předpokládat, že poruchy příjmu potravy se zjevně předávají z generace na generaci, nelze však jednoznačně říci, zda jde o genetickou predispozici nebo nebezpečné vzory chování, požadavky na hmotnost v rodině, přístup k jídlu a k dietám. Bylo však prokázáno, že u příbuzných ženského pohlaví je větší riziko rozvoje choroby.

Ženské pohlaví obecně představuje vyšší riziko onemocnění. Ženy a dívky vykazují zvýšený zájem o svou hmotnost a množství tělesného tuku, muži a chlapi se více zaměřují na svalovou hmotu. Ženy jsou také velmi sebekritické v závislosti na **rozložení tělesného tuku** (zejména v oblasti hýždí, stehen, břicha).

Protože poruchy příjmu potravy jsou spojeny se strachem z tloušťky, objevují se nejvíce v životních obdobích, která jsou spojena s tělesnými změnami. K výraznému nárůstu hmotnosti dochází v **období puberty a adolescence**, které jsou typicky rizikovými obdobími pro vznik poruchy příjmu potravy. U fyzicky zralejších dívek, které jsou na začátku dospívání výrazněji nespokojené se svým tělem nebo s nelibostí prožívají nástup menstruace a s ní spojený **rozvoj sekundárních pohlavních znaků**, existuje dvojnásobně vyšší riziko vzniku poruchy příjmu potravy. S časnější fyzickou zralostí je často spojen strach z dalšího přibírání na váze, pocity méněcennosti a některé další depresivní příznaky. Z biologických faktorů se v současnosti zkoumají zejména poruchy souhry neuronálních mechanismů, hormonů, neurotransmiterů a peptidů.

PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

V souvislosti se vznikem a rozvojem poruch příjmu potravy bývají připomínány určité **osobnostní rysy a psychologické charakteristiky**, které se vyskytují již před onemocněním a mohou být tedy pro jeho rozvoj rizikové.

U anorexie se jedná např. o přílišné zaměření se na dosažení úspěchu (zejména ve školní oblasti), nadměrnou přizpůsobivost a poslušnost, vyhýbavost, úzkostnost, pochybnosti, obavy, vysokou sebekontrolu a zodpovědnost. S rozvojem nemoci ale dívky ve spojitosti s jídlem často podvádí, lžou a snahu druhých osob přinutit je k jídlu vnímají velmi konfliktně, reagují vzteky, lítostí a pocity viny. U bulimie se popisují takové rysy jako např. impulzivita, nezdrženlivost, labilita, sebekritičnost a zranitelnost.

U obou poruch je typická vnitřní nejistota, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení. Některé tyto rysy a charakteristiky se rozvíjí důsledkem hladovění a podvýživy. Kupříkladu úzkost a introverze ustoupí v případě, že se podaří obnovit původní hmotnost a znovu získat kontrolu nad příjmem potravy. Ve vztahu k tělesnému schématu, jídlu a sebekontrolě je rizikový zejména **perfekcionismus**, který jako osobnostní rys přetrvává i po uzdravení. Projevuje se například snahou o přísné a dokonalé dodržování jídelníčku, při selhání dochází k pocitům viny a k dalšímu zpřísnění jídelního režimu. Důraz na sebekontrolu a sebeovládání je u obou poruch společný, u anorexie extrémně dodržovaný, u bulimie patologicky porušovaný s pocity viny, selhání, prohlubující se bezmocností.

VLIV STRESUJÍCÍCH ŽIVOTNÍCH UDÁLOSTÍ

Poruchy příjmu potravy mohou být reakcí na stresové události objevující se zákonitě během dospívání (např. sexuální zrání) a samozřejmě i na aktuální osobní problémy (např. v rodině). Samy dívky dávají při pátrání v minulosti vznik poruchy do souvislosti s nějakou významnou životní událostí, nejčastěji to bývají **vysoké nároky okolí, sexuální konflikty, sexuální zneužití, životní změna** (např. přechod na jinou školu), **problémy v rodině** (hádky, rozvod, závislost na alkoholu). Tyto události mohou vést k pocitům méněcennosti a neschopnosti, zvláště pokud není možné je kontrolovat a ovládat, výsledkem může být snaha tyto pocity překonat kontrolou a zdokonalováním těla.

SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY

Zatímco biologické a psychologické faktory jsou spíše zodpovědné za závažnost průběhu nemoci, společenské faktory v podobě mediálně proklamovaného **důrazu na vzhled a štíhlost** jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se počet onemocnění. Anorexie a bulimie se objevují i v zemích, které přejaly tzv. západní kulturu a ve kterých se dříve nevyskytovaly. Módní průmysl, časopisy, televize a internet totiž rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem atraktivity a úspěšnosti. Přehnaný zájem o hmotnost se stává společenskou normou, ideálem však není optimální tělesná hmotnost, ale vyhublost.

Takové společenské a kulturní trendy jsou přítom v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, předkládají **nerrealistické cíle a nevhodné vzory**, které oslabují sebedůvěru, protože pro většinu populace jsou nedostižné a vedou k nespokojenosti s vlastním tělem, podněcují k jeho narušenému vnímání. Jako reakce na tuto nespokojenost, která je patrná u většiny dospívajících dívek, se objevuje **přání zhubnout, vědomé omezování se v jídle, strach z tloušťky, nucení do zvracení**.

Pokud se dívkám podaří zhubnout, díky nízké hmotnosti a tělesným proporcím odpovídajícím současnému ideálu krásy, získávají pocit vlastní hodnoty a kompenzují tak nedostatek sebevědomí.

Mezi sociální rizikové faktory rozvoje poruchy příjmu potravy patří také **profese nebo profesní příprava**, která je výrazněji spojena s fyzickým zevnějškem, nebo kde je štíhlá postava nezbytným předpokladem kariéry (např. gymnastika, balet, modeling).

RODINNÉ FAKTORY

Rizikovým faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy je jejich **výskyt u nejbližších příbuzných** ženského pohlaví (matka, babička, teta, sestra). I když zatím není znám mechanismus genetické podmíněnosti poruch příjmu potravy, lze se domnívat, že **vyšší sklon k dodržování diet** může být tedy dán jednak geneticky, jednak nápodobou nebezpečných vzorů chování v rodině. Z výzkumů jídelních zvyklostí v rodinách nemocných dívek vyplývá, že ve stejnou dobu jako nemocná dívka držela dietu i její matka nebo sestra, a že v rodinách nebylo zvykem společné stolování, jídelní návyky byly nesprávné a chaotické.

Rizikové jsou také další faktory vyskytující se v rodinách: **kritický komentář** týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a hmotnosti a **přílišný důraz na sebekontrolu a nadměrné ambice**. Je poukazováno na **nadměrně vysoká očekávání**, kritičnost rodičů a oceňování jen mimořádných výkonů. V rodinách nemocných se také častěji vyskytují různé závislosti, alkoholismus nebo depresivní onemocnění.

DOSPÍVÁNÍ A PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Pubertu a dospívání lze považovat za období, které může být spojeno s mimořádným stresem a ve kterém dochází ke kumulaci řady rizikových faktorů.

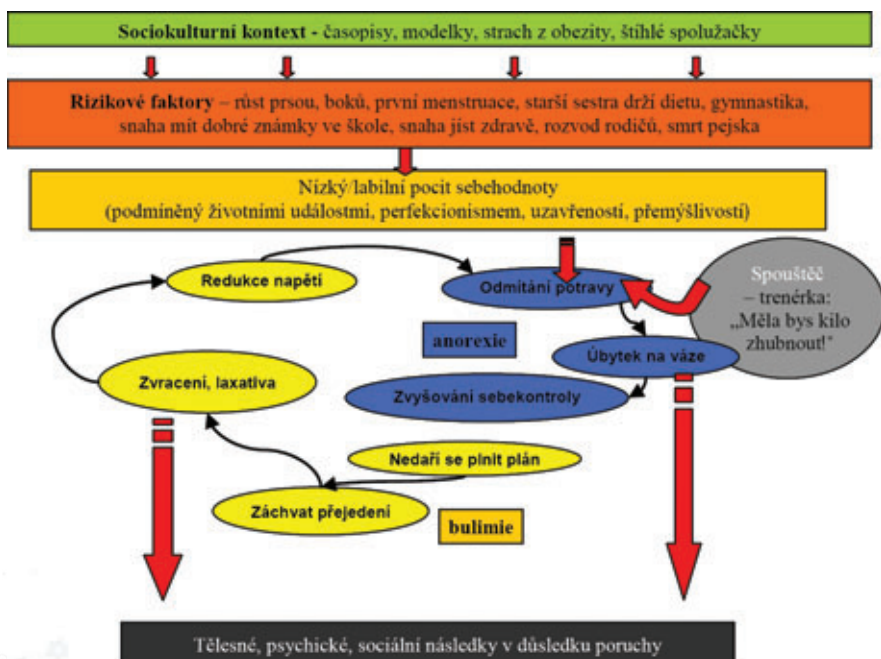
Poruchy příjmu potravy mají vztah k řadě psychologických jevů, které provázejí dospívání, např.:

- srovnávání se s ostatními,
- problémy s identitou,
- hledání vzorů,
- rozvoj autonomie v kontrastu se závislostí na rodině,
- rozvoj sebeúcty, sebedůvěry,
- ne/schopnost zvládnout vývojové úkoly adolescenta,
- strach z dospělosti.

Po fyzické stránce se v období dospívání organismus náhle a často radikálně mění. Dívčám se začíná měnit postava, zaoblují se boky, rostou prsa, zesilují stehna. Tento fakt některé dívky nedokáží akceptovat, zvláště, když se tím vzdalují současnému ideálu krásy a proporcím oblíbených modelek, zpěvaček, hereček. Navíc rozvinuté sekundární znaky a sexuální zralost posouvají dívku náhle z období dětství do dospělosti, i když na tuto změnu nemusí být ještě psychicky připravená.

Zatímco mnozí dospívající nemají problém vyrovnat se s novými sociálními a sexuálními nároky, pro některé senzitivnější typy osobnosti mohou být obtížně zvládnutelné. Zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může být spojena s vnitřní nejistotou, zvýšenou sebekritičností a náchylností k depresím a se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se sociální kontext.

MODEL ROZVOJE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U 14LETÉ DÍVKY



14letá Anna prožívá zvláštní období – všechno v jejím životě se během jednoho roku začalo rychle měnit a je úplně jiné, než byla dosud zvyklá.

Do svých 14 let byla ve škole premiantkou, měla samé jedničky ve všech předmětech, tento rok ve škole učiva přibýlo a hlavně se Anna začala připravovat na přijímací testy na gymnázium. Ve zkušebních testech zjistila, že mezi ostatními dětmi z jiných škol již není nejlepší a že má v učivu mezery. Také v gymnastice, které se každý den věnovala, se v poslední době zhoršila. Přes prázdniny jí začaly růst prsa a trochu taky zadek a už jí to na kladině, kde byla nejlepší z celého oddílu, nešlo jako dřív. Dokonce jí trenérka řekla, že aby mohla závodit, měla by alespoň kilo zhubnout. Anna do té doby žádnou dietu nedržela, ani se o svou postavu nezajímala, jedla všechno, jídlo měla ráda, zvláště koláče od babičky. Protože jí ale záleželo na tom, aby byla nejlepší a také chtěla udělat radost rodičům s dobrými výsledky v gymnastice, protože jí často říkali, že je jejich naděje a taky do ní investovali hodně času a peněz, rozhodla se, že bude držet dietu. Začala si o přestávkách půjčovat od spolužaček časopisy, ve kterých se psalo o dietách, jaké drží modelky a herečky. I starší sestra držela dietu, takže velmi brzo zjistila, jaké potraviny nejíst, po kterých se přibírá, po kterých hubne, kolik má co kalorií. První týden diety byl těžký, Anna stále myslela na své oblíbené koláčky a jen s těžkým srdcem je na návštěvě u babičky odmítla. Byla na sebe ale hrdá, že to vydržela a neodolala. Po týdnu se zvážila a zjistila, že něco málo zhubla, její radost byla obrovská. Cítila se hned lépe a proto se začala ještě více hlídat, dalo jí to přece tolik práce, tak by bylo škoda, kdyby se hned najedla a zase přibrala.

Anna ze svého jídelníčku postupně vyřadila skoro všechna svá oblíbená jídla, přestala chodit na obědy a jedla pouze bílé jogurty, jablka, celozrnný chléb, nic nesladila, a její hmotnost začala klesat ještě více. Anna se sebou nikdy nebyla spokojenější - spolužačky ve třídě jí záviděly, také trenérka ji pochválila, že tak pěkně zhubla, Anna se cítila plná energie, vrátilo se jí sebevědomí při cvičení i při učení. Po čase však Anně začaly padat vlasy, čehož si všimla její matka, která dosud nic netušila, měla v poslední době hodně starostí, rozváděli se s otcem, který si našel novou partnerku. Ani otec si Anny příliš nevěšmal – vždyť s ní nikdy nebyly problémy. Matka vzala Annu k lékařce a ta stanovila diagnózu mentální anorexie. V té době Anna již skoro nic nejedla, i ty bílé jogurty jí připadaly moc tučné a bylo zbytečné je jíst, když se jí dařilo tak dobře. Nechápala, proč by se měla léčit, ale protože své rodiče vždy poslouchala, slíbila, že začne pod dohledem maminky jíst a že přibere pár kilo. Doma jí matka připravila oblíbené špagety, Anna je však nedokázala sníst a když se dívala na talíř plný kalorií, draly se jí slzy do očí, bála se, že pokud špagety sní, přibere hned vše, co tak pracně zhubla a bude zase tlustá. Vymluvila se na bolesti břicha s tím, že se nají později. Když se rodiče hádali, tak špagety vyhodila a byla spokojená s tím, jak situaci vyřešila. Rodiče mysleli, že je snědla a že tak zlé to tedy s Annou nebude. Anna dál pokračovala v hubnutí, jídlo vyhazovala nebo se v něm před rodiči tak dlouho nímrala, že si nikdo nevšiml, že ho nesnědla.

Jednou přišla ze školy a zjistila, že její nemocný pesek umřel. Anna byla strašně smutná a velmi unavená, cítila se slabá, neměla na nic náladu a doma nebyl nikdo, s kým by si o svém trápení mohla promluvit. V kuchyni našla babiččiny koláče, chvíli váhala, ale potom si řekla, že jeden koláček jí nemůže přece ublížit. Ta chuť byla báječná, Anna se neudržela a vzala si ještě jeden a další a další, v té chvíli na nic nemyslela a snědla je všechny. Po chvíli se probírala a uvědomila si, co udělala. Bylo jí špatně od žaludku, ale hlavně ze sebe samé, že se nekontrolovala a když uviděla své břicho, které jí připadalo obrovské, běžela na záchod a vše vyzvracela. Druhý den nic nejedla, rozhodla se, že se jídlu bude raději vyhýbat úplně. V noci se ale probudila hladová a obvyklé jablko jí nestačilo. Pomyslela si, že pokud bude zvracet, tak přece nepřibere a vyjedla skoro celou lednici – tolik dobrého jídla, které si tak dlouho odpírala!

Tak vznikl návyk na zvracení. Po něm však Anna mívala výčitky svědomí a snažila se druhý den nejíst, ta chuť jí ale vždy přemohla.

Po čase Anna přibrala, všichni okolo byli spokojeni, že je opět v pořádku, Anna se však trápila, měla pocit, že je obrovská, styděla se před ostatními, přestala chodit na gymnastiku a ve škole se jí prospěch rapidně zhoršoval. Anna myslela jen na jídlo a v hodinách se nedokázala soustředit. Odpoledne s dobrým předsevzetím šla domů, když ale nikdo nebyl doma, strávila celý den přejídáním. Anna začala trpět depresemi, náladu měla dobrou jen, když se jí dařilo nejíst, měla pocit, že je tlustá a všichni se jí smějí, tak se začala stranit kolektivu. Zůstala sama a smutná a na to nejlépe pomáhalo jídlo. Anna si nevěděla rady, jak se z tohoto začarovaného kruhu dostat, chtěla to říci rodičům, ale hrozně se styděla a bála se, že ji nepochopí. Naštěstí si jeden učitel ve škole všiml, že se s Annou něco děje, že není jako dřív a nabídl jí, že s rodiči promluví a pokud bude chtít doprovodí ji třeba do psychologické poradny. Anně se velmi ulevilo, že se může někomu svěřit a rozhodla se, že se bude léčit, aby mohla dál studovat a žít jako před tím.

LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Vzhledem ke komplexnosti a rozsáhlosti faktorů, které ovlivňují vznik a průběh onemocnění je v léčbě optimální **multidisciplinární spolupráce** odborníků (praktický lékař, psychiatr, psycholog, internista, pediatr, gynekolog, endokrinolog, nutriční specialista). Co se týče jednotlivých terapeutických metod a technik, nelze říci, která je neúčinnější, přístup k nemocné by měl vždy být individuální a „šitý na míru“ podle aktuálních problémů a potřeb.

Léčba by se nikdy neměla zaměřovat pouze na kontrolu váhy a chování, týkajícího se jídla, i když bezprostředním cílem terapie u mentální anorexie s výraznou podvážou a podvýživou je navození normálního jídelního režimu a odstranění somatických následků nemoci. Při léčbě anorexie tedy většinou bývá nutná **hospitalizace**⁵, která je také indikována při nebezpečí sebevraždy, při současném abúzu (nadměrném užívání) alkoholu a drog, u života ohrožujících somatických komplikací (výše uvedené hrozí samozřejmě i u mentální bulimie). Při hospitalizaci se uplatňuje především režimová léčba doplněná psychoterapií.

U lehčích forem onemocnění je léčba **ambulantní** nebo probíhá v **denních centrech** (přes den terapie, na noc návrat do domácího prostředí).

Do terapeutického plánu je možno zahrnout různé psychoterapeutické přístupy, které mohou probíhat **individuálně** nebo ve formě **skupinové terapie**. Na všech stupních léčby je zdůrazňován význam **psychoedukace**, tj. poučení o povaze nemoci, následcích hladovění a diet a možnostech léčby a **motivační terapie**, poněvadž terapeutická práce s nemocnými poruchou příjmu potravy bývá komplikována sníženou motivací nemocného k léčbě a ambivalentními pocity. Ty se týkají léčby a váhového přírůstku.

Z psychoterapeutických metod byla nejvíce zkoumána účinnost klasické **kognitivně behaviorální terapie**, která zahrnuje různé přístupy, např. psychoterapii zaměřenou na zlepšení tělesného sebepečení, sebedůvěry, trénink asertivity a sociálních dovedností.

5 Obvykle na psychiatrických odděleních, při nutnosti lékařské stabilizace na jednotce intenzivní péče, hospitalizace trvá cca 2 až 3 měsíce, dle nutnosti i déle.

Na kognitivně behaviorální terapii jsou také založeny **svěpomocné manuály** pro nemocné i jejich rodiny. Význam **svěpomocných skupin** pro nemocné i jejich rodiče je také nezanedbatelný, tyto skupiny poskytují emocionální podporu a motivaci nemocným i jejich rodinám, přispívají k překonání sociální izolace a včasné iniciaci pomoci.

Pro velký význam interpersonálních faktorů při vzniku poruchy příjmu potravy byly vyvinuty různé varianty **interpersonální psychoterapie**, která se na jídlo nezaměřuje. Identifikuje vztahové problémy, které vedly ke vzniku onemocnění, a které je udržují. **Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie** pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. Cílem je zejména změna osobnosti, zlepšení zrání v oblasti separace a individuace.

Rodinná terapie zapojuje do léčby celou rodinu, je účinná především u mladších adolescentů a dětí, často je nezbytnou podmínkou úspěšné léčby (vzhledem k tomu, že rodinné vztahy bývají onemocněním, a většinou již před ním, narušeny). **Psychofarmakoterapie** není u poruch příjmu potravy metodou první volby, její užití je stále převážně podpůrné, slouží zejména k mírnění depresivních a úzkostných stavů. **Na samotnou anorexii a bulimii žádný lék neexistuje!**

Nejlepší výsledky v terapii mají **komplexní programy**, zahrnující nutriční poradenství, programy zaměřené na změnu chování, individuální, skupinovou a rodinnou terapii.

Léčba by měla vždy sledovat následující cíle:

- ➔ **léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží** (vzniklých vlivem opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, dlouhodobého hladovění),
- ➔ **psychoterapie k pochopení příčin onemocnění** a zejména k pochopení „role“ nemoci,
- ➔ **psychoterapie, zaměřená na změnu** nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocné.

Výsledkem léčby by měla být zdravá dívka⁶, která akceptuje svou tělesnou hmotnost a postavu, má přiměřené pozitivní sebehodnocení, znovu nalezla potěšení z jídla, podařilo se jí obnovit rodinné a další sociální vztahy.

PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Ačkoli základem prevence poruch příjmu potravy je rodina, především pozitivní komunikace a dobré vztahy mezi rodiči a dětmi, ale i postoje k jídlu a vhodné stravovací zvyklosti, neměla by být tato problematika zanedbávána ani ve škole.

Ve škole děti tráví mnohdy více času než doma a setkávají se v ní s předáváním nejen školních znalostí, ale také společenských hodnot. Pedagogové navíc mohou napravit to, co rodiče v určitých ohledech nezvládli (přílišný důraz na výkon, na vzhled, autoritativní výchova podřívající sebevědomí dítěte, chyby ve stravování dětí apod.).

6 Znakem návratu zdraví bývá obnovení pravidelného menstruačního cyklu a samozřejmě dosažení a udržení optimální tělesné hmotnosti.

Pedagogové, příp. výchovní poradci, školní psychologové by měli:

- mít dostatek správných informací o příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy a zprostředkovat je vhodným a komplexním způsobem (nezastrašovat, nepřehánět, nezduřazňovat pouze určité aspekty poruch příjmu potravy⁷),
- připravit děti v rizikovém období na tělesné (zejména přibírání na hmotnosti) i psychické změny, které je v průběhu dospívání čekají, poučit děti o různých tělesných typech a rozdílech mezi lidmi,
- zabránit šíření předsudků vůči odlišnostem (tj. naučit děti mít rády sebe i ostatní takové, jací jsou),
- varovat děti před nevhodnými jídelními zvyklostmi a rizikovými způsoby kontroly hmotnosti,
- dbát také na prevenci obezity a vést děti ke správným stravovacím návykům (umožnit plnohodnotné obědy a pauzu na ně, omezit prodej cukrovinek ve škole, pestrou stravu a pravidelnost v jídlu) a zároveň u dětí neposilovat strach z nadváhy a některých potravin (vyvarovat se kategorických tvrzení např. o kalorických hodnotách jídel, škodlivosti určitých potravin),
- podporovat pozitivní sociální klima ve třídě tak, aby se tam mohly cítit dobře všechny děti, vytvářet podmínky pro jejich zdravý osobnostní růst a sebedůvěru,
- podporovat sociální dovednosti dětí, učit je asertivitě, umění se zdravě prosadit, řešit konflikty,
- učit děti adekvátně reagovat na stres, neúspěch, kritiku,
- podporovat sebezpoznání a skupinové aktivity.

K zamyšlení

Následující body mohou sloužit reflexi vlastních pocitů a myšlenek ohledně poruch příjmu potravy. Sebereflexe a uvědomování si vlastních citových pohnutek může napomoci účinnější pomoci nemocným s anorexií a bulimií.

- Mám dostatek informací o poruchách příjmu potravy, abych si mohl/a říci, že jim rozumím?
- Uznávám, že poruchy příjmu potravy jsou vážným psychickým onemocněním?
- Jak se dívám na nemocné poruchou příjmu potravy?
- Jaké pocity ve mně vyvolává hubenost dívek s mentální anorexií?
- Jaký pocit ve mně vyvolává představa, že moje studentka po jídlu zvrací?
- Nebojím se podat pomocnou ruku, protože nevím, co mám dělat?
- Jsem schopen/schopna unést, že moje pomoc bude odmítnuta?
- Nenaplňuji svou pomocí druhým své potřeby? (např. problematický vztah s partnerem mě vede k tomu, abych se ve svém volném čase zabýval/a nemocnou studentkou).

7 Je známo, že nevhodně pojatá prevence mnohdy působí jako spouštěč chování, před kterým má např. přednáška varovat. Může se stát, že některé dívky se teprve prostřednictvím přednášky dozví o tom, že je možné po jídlu zvracet, někoho mohou nadchnout obrázky hubených modelek, apod.

JAK SE CHOVAT K OSOĚ NEMOCNÉ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Při komunikaci s nemocným poruchou příjmu potravy je důležité nezapomínat na to, že:

- se jedná o psychické onemocnění, většinou bez náhledu a motivace nemocného k léčbě,
- onemocnění samotné vede ke lhaní, podvádění, výmluvám,
- dívky s poruchou příjmu potravy bývají velmi citlivé, inteligentní, přemýšlivé, zároveň pochybovačné, nedůvěřivé, v souvislosti s poruchou příjmu potravy mívají pocit, že jim blízcí lžou o postavě i jídle a snaží se je jen vykrmit,
- nelze nemocného vyléčit bez toho, aniž by sám aktivně chtěl,
- potřeby nemocných bývají v rozporu s potřebami jejich organismu a není možné nemoci ustupovat (nezapomenout na vysoké riziko úmrtí!),
- dívky nechtějí být nemocné, ale začít jíst je pro ně kvůli narušenému vnímání vlastního těla a pevně zabudovaným návykům velmi obtížné,
- lze nabídnout pomoc, být oporou, ale nepomůže řešit problém za nemocného.

Kroky při podezření na poruchu příjmu potravy:

- Promluvit si s nemocnou dívkou/chlapečkem o svých pocitech a obavách z onemocnění poruchou příjmu potravy („V poslední době jsi hodně zhubla, říkám to proto, že mám obavy o tvé zdraví a domnívám se, že možná máš problémy s jídlem.“).
- Nabídnout pomoc („Pokud budeš chtít, tak bych ti rád pomohl, můžeš za mnou kdykoli přijít.“).
- S vědomím dívky/chlapce kontaktovat rodinu („Mám o tebe vážné starosti a protože mám za tebe zodpovědnost, myslím, že je správné, abychom o tom řekli rodičům, nemusíš se bát, vysvětlím jim to.“).
- Společně napláňovat další postup tak, aby nedocházelo k rozvoji nemoci, zejména co se týče:
 - **cvičení ve škole** (cvičení při podvázce je rizikové a mělo by být omezeno, samozřejmě s vysvětlením, proč je takový krok nutný, je důležité přestat s vrcholovým sportem a rizikovými zájmy, jako je gymnastika, modeling, balet, tanec),
 - **stravování ve škole** (měla by být dohodnuta pravidla kontroly nemocného),
 - **školní přípravy** doma nebo v případě hospitalizace (pohlídat čas, který nemocní věnují učivu, někdy je ho příliš mnoho, úkoly jsou vypracovávány perfekcionisticky, někdy je plnění úkolů odkládáno, nelze se soustředit, pocit tlaku vyhovět však může vést k frustraci a přejídání jako řešení situace),
 - **zkoušení** (většinou je vhodné vypracovat individuální plán).
- Pokud není komunikace s nemocným možná, kontaktovat organizace věnující se problematice poruch příjmu potravy a poradit se o dalším postupu (bližší informace na www.anabell.cz).

Jak se k nemocné osobě chovat?

- Při zachování dohodnutých pravidel (cvičení, zkoušení) přistupovat k nemocnému stejně jako ke zbytku třídy.

- Důležité je nemocného neochraňovat, ale zabránit případné šikaně a jeho stigmatizaci.
- Je vhodné nemocného vtahovat do skupinového dění, zabránit další izolaci a uzavřenosti.
- Být trpělivý, laskavý, taktní, ale zároveň pevný.
- Nedělat nic bez vědomí nemocného.
- Budovat vzájemnou důvěru a upřímnost.

A decorative floral pattern in shades of purple and white, featuring intricate scrollwork, leaves, and small flowers, positioned on the left side of the page.

NUTRIČNÍ ČÁST

Jak bylo uvedeno v předchozí části Manuálu, jsou poruchy příjmu potravy psychickým onemocněním. Přesto je problematika jídla a správného příjmu stravy neoddělitelnou součástí komplexního řešení poruch příjmu potravy. Vhodná realimentace, tj. správný postup při znovuzískávání stravovacích návyků, má tedy v léčbě poruch příjmu potravy své důležité místo.

VÝCHOVA KE SPRÁVNÝM STRAVOVACÍM NÁVYKŮM

Stravovací návyky se utvářejí od útlého dětství. V podstatě již krmení miminka může ovlivnit jeho další vztah k jídlu (odmítání/preference některých potravin, pravidelnost/nepravidelnost v příjmu potravy apod.). Vlivem rodinného prostředí se také utváří různé zlozvyky a jídelní rituály.

Klíčové momenty, které ovlivňují návyky v příjmu potravy dítěte:

- Schází se rodina společně u jídla nebo jí každý kdy chce, kde chce a co chce?
- Dovolují rodiče dětem si jídlo vybrat?
- Vaří maminka každému členu rodiny jiné jídlo nebo jí všichni společně rodinné jídlo?
- Jí tatínek u stolu nebo si vezme talíř do obýváku a při čtení novin nebo sledování televize bezmyšlenkovitě konzumuje jídlo na talíři?
- Dbá rodina na společná sváteční jídla?
- Navštěvují rodiče rychlá občerstvení?
- Schází se rodina o víkendech při společném obědě nebo se jídlo odbude něčím v nákupním centru?
- Jsou rodiče obézní a zdravá strava jim příliš neříká nebo dbají na pravidelnou stravu?
- Nutí rodiče děti do jídla nebo panuje při jídle doma pohoda?
- Kupují babičky hodně sladkostí, dovolí rodiče dětem sladkosti i přesto, že není normální jídlo?

Pod výlučným vlivem rodiny bývá dítě do věku 3 let. Po vstupu do **materšské školy** si dítě rozšiřuje repertoár stravovacích návyků (přesnídávka, oběd, svačina, společné stolování, základy používání příboru, možnost určit si velikost porce apod.). V dětském kolektivu rovněž dochází k napodobování dalších zvyků. Přítomnost ostatních dětí se může projevit negativně, pokud děti odmítají některé potraviny nebo je nevhodně komentují. Potom dítě, které až doposud dobře jedlo, začne **náhle odmítat** třeba zeleninu nebo mléčné výrobky (dítě např. mluví o špenátu jako o blátě, říká, že zelené věci se nesmí jíst, polévka mu také najednou nechutná apod.). Bohužel mezi dětmi se spíše upevňuje právě toto chování, málokdy se stane, že dítě, které zeleninu doma nejedlo, ji s nástupem do materšské školy začne jíst. Ale i takto pozitivně může materšská škola působit a naučit dítě, které nemělo v rodině žádný řád, natož stravovací řád, správným návykům. Dítě má příležitost se v materšské škole naučit jíst jídla a potraviny, které jsou pro jeho vývoj a zdraví důležité, ba nezbytné.

ŠKOLNÍ STRAVOVÁNÍ

Další fází ve vývoji stravovacích návyků dítěte je jeho **vstup do školy**. Škola může ovlivnit zejména hlavní jídlo dne - oběd. Svačiny, snídaně a večeře opět zůstávají na rodičích. Co se týče snídaně, v období školní docházky se může často objevit „nesnídání“. Děti vstávají na poslední chvíli a nestíhají se doma nasnídat. Pokud nemají snídaní nebo svačinku nachystanou od rodičů a jsou odkázány již samy na sebe, rády si cestou do školy koupí to, na co mají chuť – tatrunku, sušenky, bonbony, chipsy apod., což není z nutričního hlediska právě vhodná a zdravá svačinka. V zájmu dětí také není, pokud jsou na chodbách školy instalovány automaty na čokoládové tyčinky, colové nápoje a limonády. Děti by měly mít k dispozici čerstvé ovoce, mléčné výrobky, pečivo. V tomto ohledu velice záleží na škole a na personálu (a bohužel také na finanční stránce). Školní strava proto mívá různou kvalitu, nedá se jednoznačně říci, zda je špatná nebo naopak vynikající. Výhodou vždy je, že děti mají zajištěn teplý oběd splňující základní požadavky. A tam, kde dětem vaří opravdu pestrou a chutnou stravu, je velká šance naučit je jíst zdravější potraviny.

V této rovině by i pedagogové měli jít příkladem a měli by umět děti motivovat ke správným stravovacím návykům. To je velkým úkolem hlavně na prvním stupni školní docházky. Pokud totiž mají děti vštípeny dobré základy výživy a stravování, mnohem méně v období dospívání podléhají vlivu vrstevníků. Ten bývá v oblasti jídla evidentní, stravování dospívajících se často poddává reklamám, tomu, co je módní nikoli zdravé. Na jedné straně kultura fast food – hranolky, chipsy, smažená jídla, hamburgery a na druhé straně vynechávání obědů, dodržování a soutěžení v různých dietách (banánová, vajíčková apod.), hladovění⁸.

K zamyšlení

Zde jsou body, které mohou sloužit sebereflexi – zamyšlení nad tím, jaké stravovací návyky máte vy, vaše vlastní rodina a děti. Nezapomínejte, že jako pedagogové byste měli být co nejvíce v souladu s tím, co učíte děti ve škole:

- Všímate si, co děti ve škole jedí? Co nosí na svačiny, zda svačinu vůbec nosí, zda jí sní, zda chodí na obědy, zda některé z nich nápadně nehubne apod.?
- Scházíte se alespoň jednou denně celá rodina u společného jídla?
- Scházíte se společně u stolu alespoň o víkendech?
- Máte pocit, že stravování vaší rodiny je v pořádku?
- Víte, co jedí vaše děti mimo domov?
- Navštěvují vaše děti školní jídelnu nebo dostávají peníze, ať si samy něco koupí?
- Kontrolujete, zda a co jedí vaše děti ke svačině?
- Máte přehled o tom, zda se chování vašich dětí nějak v souvislosti s jídlem nezměnilo?

8 Různé diety jsou téměř v každém ženském a dívčím časopise, na internetu kolují různé návody, jak zhubnout. Zejména tzv. pro-ana stránky jsou velmi nebezpečné, propagují přímo anorektické a bulimické chování, děvčata se na nich mohou inspirovat, radit a povzbuzovat se v tom, jak více zhubnout, jak zvracet apod.

Z ČEHO SE SKLÁDÁ STRAVA ČLOVĚKA

■ Sacharidy

Sacharidy jsou pro lidský organismus základním zdrojem energie. Jejich podíl ve stravě je také největší a tvoří **55 až 60 %** celkové energetické potřeby. Energetická hodnota 1 g sacharidů je 4 kcal = 17 kJ. Podle chemického složení rozlišujeme jednoduché sacharidy (mono- a disacharidy) a složené (oligo- a polysacharidy).

■ Bílkoviny

Jsou základními stavebními kameny lidského organismu. Jejich zastoupení ve stravě by mělo tvořit **15 až 20 %** celkového energetického příjmu. Energetická hodnota 1 g bílkovin je stejná jako 1 g sacharidů. Bílkoviny dodávají našemu tělu nepostradatelné aminokyseliny a musí být ve stravě přijímány pravidelně, tělo si je nedokáže vytvářet samo.

■ Tuky

Představují nejvydatnější zdroj energie, 1 g má přibližně 9 kcal = 38 kJ. Jejich zastoupení ve stravě by mělo být **do 30 %** celkového energetického příjmu, přičemž u dětí by měl být podíl tuku ve stravě vyšší než u dospělého člověka. Děti potřebují tuky především pro správný vývoj mozku a mozkových funkcí. Tuky dávají stravě chutnost a jemnost. Rozpuštějí se v nich některé vitaminy (A, D, E, K).

Kromě základních složek potravy potřebuje lidský organismus také **vitaminy, minerální látky** a tzv. **biologicky aktivní látky** (enzymy, koenzymy a nukleotidy).

■ Tekutiny

Důležitou složkou stravy jsou také tekutiny, denně by měl člověk přijmout zhruba **2 až 3 litry** tekutin v závislosti na věku, hmotnosti, pohybové aktivitě, venkovní teplotě apod.⁹

Energetická potřeba jedince

Energetická potřeba je velmi individuální. Existuje vzorec, podle kterého lze tuto spotřebu spočítat, hodnota je však pouze teoretická¹⁰. U onemocnění poruchou příjmu potravy není příliš žádoucí zabývat se čísly a počítáním kalorií, ovšem je vhodné alespoň orientačně vědět, kolik kcal/kJ by měl dospívající přijmout. Doporučený příjem u zdravých dívek je 2 000 až 2 500 kcal (8 500 až 10 500 kJ). Pro představu, redukční dieta má cca 1 200 kcal (5 000 kJ). Pod tuto hodnotu by neměl klesnout ani energetický příjem obézního člověka, redukujícího svou hmotnost.

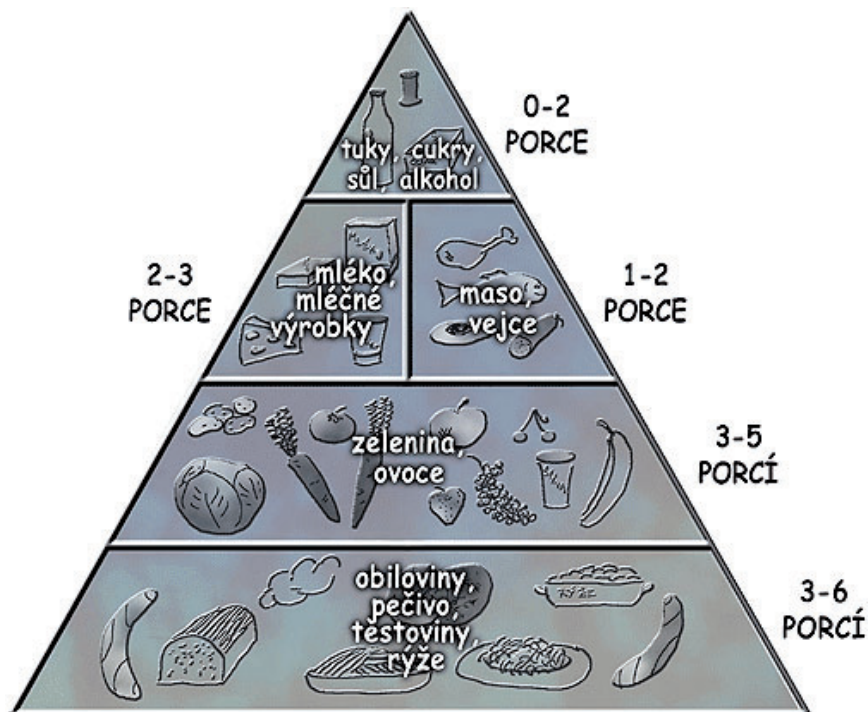
9 Dospělý má potřebu tekutin 40 ml/kg tělesné hmotnosti a den. U dětí se potřeba tekutin odvíjí podle věku a udává se v ml/kg tělesné hmotnosti. Zde je celkový přehled potřeby tekutin:

- Novorozenci: 90 až 150 ml/1 kg tělesné váhy
- kojenci 1-12 měsíců: 150 až 120 ml/1 kg tělesné váhy
- děti do 6 let: 1 000 ml + 50 ml na každý kilogram nad 10 kg tělesné váhy
- děti 7 až 15 let: 1 500 ml + 20 ml na každý kilogram nad 20 kg tělesné váhy
- dospělí: 2 500 ml a více

10 tzv. Harris-Benedictova rovnice.

JAK BY MĚLA VYPADAT SPRÁVNÁ STRAVA ŠKOLNÍHO A DOSPÍVAJÍCÍHO DÍTĚTE

Pro zjednodušení může posloužit **model pyramidy výživy**.



Základnu pyramidu tvoří skupina **obilovin** – jsou to převážně sacharidové potraviny. Denně by dítě mělo sníst 5 až 6 porcí, přičemž jedna porce představuje krajíc chleba (60 g), jednu housku nebo jeden rohlík, misku ovesných vloček nebo 125 g vařeného rýže či těstovin.

Další stupeň (patro) pyramidu tvoří **ovoce a zelenina**. Denně by dítě mělo zkonsumovat 3 až 5 porcí, v reálu to znamená sníst ke každému jídlu kousek zeleniny nebo ovoce. Jednu porci představuje např. jedno jablko, jeden kus zeleniny nebo 100 g nakrájené zeleniny (miska). Samozřejmě nejlépe je konzumovat zeleninu v čerstvém stavu, dále pak dušenou nebo vařenou. Sterilovaná zelenina již nemá tolik vitamínů a důležitých nutričních látek.

Další skupinou je **mléko a mléčné výrobky**. Denně by mělo dítě sníst 2 až 3 porce. Představuje to asi 500 ml mléka nebo nějakého ekvivalentu (sýr, jogurt, kysaný mléčný nápoj). U dětí trpících laktózovou intolerancí nebo alergií na bílkovinu kravského mléka je potřeba mléko nahradit sojovými produkty. Pokud jde o vápník, lze ho získat ze sojových produktů, ze semínek nebo ořechů, které jsou také bohatým zdrojem vápníku. Vápník je základním stavebním kamenem kostí a zubů. Kromě něj je potřeba dostatečného množství vitamínu D, který pomáhá vápník vstřebat.

Skupina **masa a vejce** představuje zdroj plnohodnotných bílkovin, které dospívající potřebují především pro správný růst a vývoj. Doporučené denní množství je 1 až 2 porce, tzn. plátek masa k obědu, plátek masa k večeři nebo luštěniny (které obsahují kvalitní formu bílkovin, nejlépe však v kombinaci s obilovinami, např. čočka s rýží) nebo vejce, které obsahuje plnohodnotnou bílkovinu.

Vrcholek pyramidy představuje **cukr a sůl** – tyto látky nelze nazvat živinami, jsou to pochutiny, které by člověk měl konzumovat v minimálním množství.¹¹

Tuky znázorněné na vrcholku pyramidy člověk nepřijímá jen volně (máslo, olej), ale velké množství z nich je skryto (v mase, masných výrobcích, mléku a mléčných výrobcích, popř. v sladkostech).

PŘEHLED VELIKOSTI PORCÍ

Skupina potravin	1 porce
Obilniny, těstoviny, rýže, pečivo	1 krajíc chleba (60 g) 1 rohlík, 1 houska 1 kopeček vařené rýže či těstovin (125 g) 1 miska ovesných vloček nebo müsli
Zelenina	1 paprika, 1 mrkev či 2 rajčata 1 miska zeleninového salátu půl talíře brambor
Ovoce	1 jablko, 1 banán, 1 pomeranč (100 g) 1 miska jahod, rybízu, borůvek 1 sklenice 100% ovocné šťávy
Mléko a mléčné výrobky	1 sklenice mléka (200 - 300 ml) kelímek jogurtu (125 - 150 ml) sýr (55 g)
Ryby, drůbež, maso, vejce, luštěniny	80 g ryby, drůbeže, masa 1 vejce 1 miska fazolí nebo čočky 1 porce sójového masa

¹¹ Vzhledem k rozvoji obezity a civilizačních onemocnění je obecně vhodné množství přijaté soli, cukru i tuku kontrolovat, z hlediska poruch příjmu potravy a jejich léčby (i prevence!) je však důležité naučit nemocné jíst vše (čokoládu, hranolky, zmrzlinu apod.) tak, aby si takové jídlo uměly občas vychutnat a sníst ho v přiměřeném množství.

Příklad jídelníčku dospívajícího dítěte:

Snídaně: 2 krajíce chleba s máslem, medem (nebo sýrem, šunkou), kousek zeleniny nebo jogurt a 2 ks pečiva nebo 2 celozrnné rohlíky s pomazánkou

Přesnídávka: celozrnný rohlík se sýrem nebo šunkou, ledovým salátem, jablko (lze i jogurt, rohlík s máslem, ovoce)

Oběd: bramborová polévka, znojemská hovězí pečeně, rýže, salát z čínské zeleni

Svačina: pudink/tvaroh/jogurt/smetánek a ovoce, pečivo 1 ks nebo koláč/buchta/kousek bábovky

Večeře: buď teplá, alespoň 3x do týdne nebo studená – dva krajíce chleba, pomazánka nebo máslo, sýr, šunka, zelenina (ledový salát, kapie, rajče, strouhaná mrkev apod.)

Druhá večeře: jogurt, rohlík se sýrem, ovoce

ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY VÝŽIVY

V dnešní době nejsou alternativní způsoby výživy žádnou vzácností, naopak jedná se o velmi častý jev. Velmi populární bylo svého času **vegetariánství** (odmítání masa), které je nejčastějším alternativním způsobem výživy i nadále. Často se lze také setkat s **veganstvím**, které vylučuje naprosto všechny živočišné potraviny. Stále se rozšiřuje **makrobiotika**, která z jídelníčku navíc zcela vylučuje mléko a mléčné výrobky. Makrobiotici upřednostňují potraviny pocházející z daného podnebného pásma, základ jejich stravy tvoří obiloviny, a to hlavně celozrnné, dále tu má své místo zelenina, podle sezony buď vařená nebo syrová, z masa jsou občas povoleny ryby a ovoce pouze jako moučník. Cukr, zejména jednoduchý rafinovaný, se nepoužívá, stejně tak konzervované potraviny. Je dbáno na co nejpřirozenější původ potravin. Makrobiotika není jen o jídle, jde o celou filozofii.

Pokud se děti díky rodinným zvyklostem alternativně stravují od malička, nebývá nedostatek bílkovin a jiných důležitých látek velkým problémem, tyto živiny lze hradit z jiných zdrojů (luštěniny, tofu aj.)¹².

Problém může nastat, pokud dospívající dívka začne odmítat maso, cukr, bílé pečivo, vařená jídla apod. a tyto živiny v jídelníčku ničím nenahradí. Jí např. pouze ovoce, zeleninu, jogurty, brambory, tmavé pečivo. V důsledku nedokonalé znalosti zvoleného stravovacího směru hrozí vážné poškození zdraví - především na základě nedostatku kvalitních bílkovin, které jsou potřebné pro růst a vývoj dospívajícího organismu, a také nedostatku některých důležitých vitaminů a minerálních látek (vitamin B12, železo, vápník). Takové zásadní narušení jídelníčku může vést (a většinou vede) k rozvoji poruchy příjmu potravy. Zpočátku může být odmítání některých složek motivováno snahou žít zdravě (viz **ortorexie**), časem však organismus začne strádat až do stavu hluboké podvýživy (malnutrice).

12 Takový jídelníček by měl být ideálně konzultován s nutričním terapeutem příp. lékařem.

Pokud dospívající dítě najednou radikálně mění své stravovací návyky, je třeba zjišťovat, proč se tak děje. Někdy jde o „módu“, zkoušení něčeho odlišného, než je zvykem doma, snahu jíst zdravěji, často se však jedná o varovné známky rozvíjející se poruchy příjmu potravy. Alarmující je vyhýbání se společnému jídlu, výrazné hubnutí, izolace od kamarádů.

ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Zdravotní komplikace, které jsou primárně způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti a/nebo souvisí se zvracením, nadužíváním projímadel a diuretik, mohou zasáhnout všechny tělesné systémy. Mezi nejčastější důsledky bulimie patří obtíže kardiovaskulární, vyplývající z porušené elektrolytické rovnováhy. Velmi častou komplikací v důsledku snížení tělesné hmotnosti bývá osteoporóza. U anorexie je zdravotním rizikem i nepřiměřeně rychlá realimentace, při níž hrozí metabolické komplikace.

Kardiovaskulární komplikace

- Snížená tepová frekvence
- Nízký krevní tlak (< 90/60 mmHg) – v důsledku chronického snížení objemu tekutin → závratě, náhlé ztráty vědomí
- Srdeční arytmie (porucha elektrolytické rovnováhy v důsledku užívání projímadel, diuretik)
- Změny na EKG, hrozí náhlé srdeční selhání!

Renální (ledvinové) komplikace

- Poruchy elektrolytické rovnováhy → hypokalémie (nízká hladina draslíku), hyponatrémie (nízká hladina sodíku), hypochlorémie (nízká hladina chloridů)
- Zvýšení hladiny urey (močoviny) v krvi
- Riziko vzniku močových kamenů (důsledek dehydratace, nízkého výdeje moči, užívání projímadel a diuretik)
- Otoky (při předávkování projímadly vzniká výrazná hypoproteinemie – nízká hladina bílkovin v krvi a následně hypovolemický šok, ledvinový infarkt, kardiovaskulární selhání)
- Chronické renální selhání
- Hypokalemická nefropatie

Komplikace v trávicím traktu

- Narušení skloviny → zvýšená kazivost zubů
- Zduření parotických slinných žláz
- Záněty jícnu, eroze až možná ruptura jícnu
- Dilatace žaludku, žaludeční vředy
- Snížená motilita střev
- Zácpa, střídání zácpy a průjmu
- Porucha vstřebávání

Kosterní komplikace

- Zpomalení vyzrávání
- Vývoj kostí se může zastavit
- Snížená denzita (hustota) kostí až osteoporotické změny (řidnutí kostí)

Endokrinní komplikace

- Ztráta menstruace (amenorea) při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti (záleží na podílu tukové hmoty)
- Hypogonadismus¹³ s nízkými bazálními plazmatickými hladinami LH a FSH¹⁴
- Zvýšená hladina kortizolu v plazmě (u mentální anorexie)
- Zvýšená hladina růstového hormonu a snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykémii
- Nižší hladiny hormonů štítné žlázy (T3, T4)

Hematologické komplikace

- Změny krevního obrazu a kostní dřeně
- Chudokrevnost

Neurologické komplikace

Elektrolytická nerovnováha, která může způsobit tonicko-klonické křeče, stavy akutní zmatenosti, tetanie, svalovou slabost aj.

Metabolické komplikace

- Zhoršení regulace tělesné teploty (projevuje se zimomřivostí)
- Porucha metabolismu glukózy, vápníku
- Snížení bazálního metabolismu
- Zvýšení hladiny cholesterolu v krvi

Dermatologické komplikace

V důsledku nedostatečné výživy se může objevit suchá šupinatá kůže, lanugo (jemné ochlupení) a karotenodermie (žluté zbarvení pokožky). V důsledku zvracení modřiny a mozoly na hřbetech rukou. Dále kožní vyrážky z užívání projímadel a diuretik. Hyperkarotenémie se objevuje hlavně u dívek s mentální anorexií a způsobuje jasně nažloutlé zbarvení kůže – karotenodermii. Vzniká v důsledku nadměrného příjmu karotenu a vitamínu A v potravě nebo v důsledku získaného defektu v metabolizaci a využívání vitamínu A.

Obecné důsledky plynoucí z hladovění a omezení příjmu stravy

Nízká váha, zimomřivost, nízký tlak, poruchy srdečního rytmu, osteoporóza, ztráta menstruace, snížení bazálního metabolismu, ledvinové kameny, selhání ledvin.

Obecné důsledky plynoucí z přejídání a zvracení

Poškození zubů, oteklé uzliny, podráždění jícnu a trávicí trubice, hrozí až ruptura jícnu, minerálový rozvrat (narušení elektrolytické rovnováhy), ruptura žaludku, žaludeční vředy, poruchy metabolismu, srdeční arytmie, poruchy střevní motility.

13 Stav spojený s poruchou funkce gonád (pohlavních žláz, tj. vaječníků u žen a varlat u mužů) s následnou sníženou či chybějící produkcí hormonů.

14 LH – luteinizační hormon, FSH – folikulostimulační hormon.

Obecné důsledky užívání projímadel a diuretik

Narušení elektrolytické rovnováhy v organismu, snížená motilita střev a z toho plynoucí problémy se zácpou, event. střídání zácpy a průjmu, renální komplikace v důsledku dehydratace.

NUTRIČNÍ PODPORA NEMOCNÝCH PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Nemocní se musí znovu naučit:

- pravidelně 5 až 6x denně jíst,
- jak má jídelníček vypadat – snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, popř. druhá večeře (u jedinců, kteří potřebují přibrat),
- jíst normální jídla – obvyklá hlavní jídla, bílé pečivo, koláče, jogurty s přiměřeným obsahem tuku atd.,
- jíst i pro ně tzv. zakázaná a problematická jídla (např. zákusky, chipsy),
- že při pravidelné normální stravě si lze udržet optimální hmotnost.

Nemocní by měli mít možnost svůj jídelníček zkontrolovat s **nutričním terapeutem**. Nutriční terapeut může pomoci v jídelníčku nalézt zásadní chyby z hlediska pravidelnosti stravování a dostatečnosti v příjmu kalorií a živin a na základě toho poradit, kdy a které potraviny je potřeba do jídelníčku zařadit. Nutriční terapeuti pracují v nemocnicích (v některých fungují nutriční poradny nebo ambulance), příp. ve specializovaných centrech a poradnách. Bohužel tato služba není ještě zcela běžná a není všude dostupná. Nutriční poradny jsou také v rámci komplexních služeb provozovány Anabell v Praze, Brně, Ostravě a Plzni (více na www.anabell.cz).

Nemocnému poruchou příjmu potravy lze účinně pomoci tehdy, pokud o to sám projeví zájem, pokud si sám svou nemoc uvědomuje a je ochoten ji aktivně řešit.

REALIMENTACE U NEMOCNÝCH S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Mentální anorexie

Dívky s anorexií se dostanou často na velmi nízký kalorický příjem, sahající hluboko pod hranici redukční diety. Není výjimkou, že za celý den sní jedno jablko nebo jeden bílý jogurt nebo dokonce jen jedno rajče. Při tak nízkém příjmu nelze po dívce požadovat ihned normální kalorický příjem odpovídající jejímu věku, ale realimentace musí probíhat postupně¹⁵. První týden je potřeba postupovat velmi pomalu a stačí, když nemocná dosáhne kalorického příjmu odpovídajícímu právě redukční dietě (1 200 kcal/5 000 kJ). Poté lze energetický příjem postupně zvyšovat až na 3 000 až 4 000 kcal (12 600 až 16 800 kJ), aby bylo dosaženo přírůstku na váze. Je možné využít perorální nutriční doplňky, tzv. sipping.

15 Velmi vyhublé pacientky by měly být pod dohledem lékaře, je nutné sledovat hladiny některých látek v krvi!

Jsou to hyperkalorické přípravky jako Nutridrink, Resource, Fresubin, které jsou určeny k popíjení mezi jídly a měly by navýšit kalorický příjem nad rámec jídla konzumovaného ústy. Doplněk je nutričně vyvážený, obsahuje všechny potřebné živiny, vitaminy a minerální látky, které tělo potřebuje.

Příklad výkrmného jídelníčku:

- Snídaně:** (cca 2 500 kJ) 3 rohlíky s máslem, tučnějším sýrem nebo asi 5 větších kousků závinu, k tomu sladký čaj, bílá káva nebo kakao
- Přesnídávka:** (cca 1 200 kJ) např. smetanový jogurt, tatranka, tmavý rohlík s máslem a šunkou a sladký nápoj. Vhodné jsou různé kysané mléčné výrobky s vyšším obsahem tuku
- Oběd:** (cca 4 000 kJ) polévka zahuštěná, velká porce masa s omáčkou a příloha (rýže, knedlíky, brambory), k tomu salát popř. moučník
- Svačina:** (cca 1 500 kJ) houska s tučnější pomazánkou, kousek zeleniny nebo smetanový jogurt, ovoce nebo smetánek a pečivo, koláč
- Večeře:** (cca 2 800 kJ) větší porce rizota, bramborových šišek se špenátem, těstoviny s masovou směsí se zeleninou, moučník
- Druhá večeře:** (cca 1 200 kJ) smetanový jogurt, smetánek nebo palačinka s ovocem nebo banán nebo chléb s máslem a šunkou

Naprosto nevhodné je v období realimentace používat výrobky se sníženým obsahem tuku, cukru, výrobky s umělými sladidly, naopak je potřeba vybírat potraviny s vyšším obsahem energie. Kdyby totiž nemocná konzumovala nízkotučné a light výrobky, velké množství syrové zeleniny a ovoce, objem potravin by potom musel být mnohem větší, aby přijala potřebné množství energie.

Mentální bulimie a záchvatové přejídání

U dívek, které mají hmotnost normální nebo i o něco málo vyšší a trpí bulimií, spočívá realimentace především v pravidelném příjmu stravy, energetická hodnota jídla by měla být odpovídající jejich věku a fyzické aktivitě. Hlavní požadavek je právě pravidelnost, pravidelné časové odstupy mezi jídly a naučit se jíst „normální porce“. Tato taktika by měla zabránit záchvatům přejídání a normalizovat hmotnost pacientky.

HOSPITALIZACE

Jednou z možností léčby poruch příjmu potravy je hospitalizace na některém z psychiatrických oddělení. V České republice není těchto zařízení mnoho, proto bývají čekací doby velmi dlouhé. Pokud jde o hospitalizaci dětí, rozhodují o ní rodiče. Režim na dětském oddělení bývá mnohem přísnější a „direktivnější“ než je tomu u hospitalizace dospělých. Dospělí se rozhodují sami, zda chtějí být nebo nechtějí být hospitalizováni a podrobeni léčebnému režimu. Podepisují souhlas s režimem, který bývá na psychiatrickém oddělení nastaven. Nejsou do ničeho nuceni, samotná léčba vyplývá z jejich vůle léčení podstoupit.

V každé nemocnici v ČR stále rámcově platí dietní systém, ze kterého se pacientům dle jejich onemocnění vybírá vhodná dieta. Pacienti s poruchou příjmu potravy bez jiných přidružených onemocnění mohou jíst normální stravu, indikována je dieta značená často jako č. 3 – racionální nebo dieta výživná, většinou označovaná č. 11 (každá nemocnice si může označení diet upravit podle svých potřeb). Nemocným je zajištěn pravidelný stravovací režim, tzn. snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, popř. druhá večeře. I když nemocniční strava není ideální, je nutričně vyvážená. Je důležité, aby tento pravidelný stravovací režim nemocný přijal a respektoval jej jako nezbytnou součást léčby.

Hlavním cílem léčby je u nemocných poruchou příjmu potravy obnovit návyk pravidelně jíst. Obsah talíře je také důležitý, ale v první fázi léčby není až tak podstatný. Výhodou hospitalizace je, že nemocnému je předkládána normální vyvážená strava, jejíž příjem je kontrolován personálem. Pokud by např. dívka s anorexií měla možnost výběru stravy, nemuselo by to vést k jejímu uzdravení. Nemocný poruchou příjmu potravy mívá vlivem onemocnění velmi zkreslený náhled na to, co je a není zdravé, co je a není normální porce. Jak již bylo zmíněno, v akutních fázích onemocnění je příjem potravy mnohdy nulový. V této fázi léčby je potřeba nemocným jídlo naservírovat a naučit je znovu poznat, co je a není v příjmu potravy obvyklé.

Co mohou pro nemocné a ohrožené poruchou příjmu potravy udělat samotní pedagogové?

- Všimněte si dětí nejen při vyučování, ale i o přestávkách.
- Pokud vám nějaké dítě připadá nápadně hubené, zkuste se na něj zaměřit. Zjistěte, zda nosí svačiny, zda chodí na obědy, zda je jeho hubenost přirozená nebo v poslední době nápadně zhublo, zda se nestrání spolužáků, jak se jeví při tělocviku.
- Za povšimnutí stojí i děti, které sice mají normální hmotnost, ale změnil se ve svém chování, jsou více uzavřené do sebe. Zkuste zjistit, proč tomu tak je, jestli je k tomu nějaký adekvátní důvod, např. v rodině.
- Hodně se dá vyzorovat na školních výletech, na společných akcích. Zbystřete, pokud se dítě společným akcím vyhýbá, pokud se straní společného jídla, pokud se často vymlouvá na to, že je mu špatně, že nemůže zrovna jíst apod.

Při výuce o zdravé výživě je potřeba dětem zdůraznit, že:

- jíst se má všechno, ale s mírou,
- žádná potravina či jídlo není vyloženě nezdravé nebo zdravé. Záleží na tom, jak často danou potravinu konzumujeme, v jakém množství a za jaké situace,
- každý má svou optimální hmotnost, která je pro člověka zdravá.

Děti by měly vědět, že je obvyklé si občas na výletě dát párek, že je normální si smlsnout na kousku dortu, ale že není příliš žádoucí dávat si denně po obědě zákusek nebo místo svačiny jíst bonbony či oplatky. Na druhou stranu by měly vědět, a to hlavně dospívající dívky, že mít na svačinu do školy pouze ovoce je nedostatečné, zvláště pokud je mezi snídaní a obědem delší časový úsek.

SHRNUTÍ

- Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou nebezpečná psychická onemocnění s vážnými fyzickými, psychickými a sociálními následky. Jejich výskyt mezi dětmi, zvláště u dospívajících dívek je velmi častý.
- Mezi PPP patří zejména mentální anorexie (úmyslné hladovění vedoucí k velmi nízké hmotnosti) a mentální bulimie (nekontrolovatelné přejídání a vyvolávané zvracení jako metoda kompenzace záchvatu přejezení), patologických postojů k jídlu a ke svému tělu je však celá řada. Riskantní je jakékoli závažnější narušení jídelního režimu a držení diety, která je přímým spouštěčem PPP.
- Pro PPP je typická snaha o snížení hmotnosti, neustálé zabývání se jídlem, vzhledem a hmotností, panický strach z tloušťky, nespokojenost se svým tělem a sama se sebou. Jakékoli nápadnosti v příjmu potravy dítěte, v chování kolem jídla i celkově ve třídě, zhoršení psychického stavu i školního výkonu jsou alarmující a mohou poukazovat na problém s poruchou příjmu potravy.
- PPP jsou nemoci, mělo by se k nim tedy tak přistupovat a měly by se tak i léčit. Nejvhodnější metodou léčby je odborná a komplexní psychoterapie, někdy je nezbytná hospitalizace. Důležitou součástí léčby je dostatečná a vhodná psychoedukace a motivace nemocného k léčbě. Zde svou velkou roli může hrát právě pedagog, který svou všímavostí a citlivým přístupem k dítěti může léčebný proces velmi urychlit.
- Pedagog hraje velkou roli také v prevenci poruch příjmu potravy, nejen ve zprostředkování informací dětem, ale zejména v možnosti působit na vytváření vhodných jídelních návyků.
- Na utváření stravovacích návyků, ať vhodných či různých zlovyků, má samozřejmě největší vliv rodina. Ve školním věku rodiče svůj vliv a kontrolu částečně ztrácejí, protože děti tráví většinu času ve škole. Zde velmi záleží na tom, co dítě zná z domu, jak se nechá ovlivnit svými vrstevníky i tím, jaká je úroveň stravování ve škole. Velkou roli hrají právě pedagogové, kteří mohou korigovat nesprávné jídelní návyky a podpořit ty zdravé.
- Děti by měly vědět, že mají snídat, obědvat, svačit i večeřet (případně mít i druhou večeři). Měly by vědět, které potraviny jsou kvalitní a plnohodnotné a měly by mít hlavně příležitost jíst je i ve škole. Děti by se měly naučit konzumovat své oblíbené pochutiny a sladkosti v přiměřeném množství. Nezbytné je také motivovat děti k pitnému režimu.
- Z hlediska prevence PPP je nezbytné děti poučit o nebezpečí držení diet. Děti by měly vědět, kam se obrátit v případě problémů s hmotností a trápením se svým vzhledem.
- Nejdůležitější je děti si všimnout, mít pro ně pochopení a zájem, snažit se rozvíjet jejich sebedůvěru, sebedůvěru, sebedůvěru, komunikační dovednosti a podporovat je v tom, aby byly šťastné takové, jaké jsou.

ZDROJE A LITERATURA DOPORUČENÁ K DALŠÍMU STUDIU:

Krch, F. D. a kol. (1999). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada

Krch, F. D. (2002). Mentální anorexie, Praha: Portál

Krch, F. D. (2003). Bulimie – Jak bojovat s přejídáním. 2. doplněné vydání. Praha: Grada

Papežová, H. (2003). Bulimia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum

Papežová, H. (2003). Anorexia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum

Autorky: Mgr. Jarmila Švédová, Mgr. Lenka Mičová
Odborná spolupráce: PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková
Grafická úprava: Petr Šváb

Anabell

Občanské sdružení Anabell
Bratislavská 2, 602 00 Brno
tel. 542 214 014, e-mail: posta@anabell.cz

LINKA ANABELL: 848 200 210
(telefonická krizová pomoc pondělí až pátek od 8 do 16 hodin)
www.anabell.cz

© Občanské sdružení Anabell, leden 2010