

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2012

**Bc. Kateřina Řezníčková**

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

Katedra psychologie

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY  
U ŽÁKŮ ZÁKLADNÍ ŠKOLY**

**Primary school pupils with eating disorders**

Diplomová práce

Bc. Kateřina Řezníčková

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

Léta studia (2007 – 2012)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

PLZEŇ, březen 2012

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Poruchy příjmu potravy u žáků základní školy* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce PhDr. Lenky Novotné. V práci jsem použila informační prameny, které jsou uvedeny v příložené bibliografii.

V Plzni, dne.....

.....

podpis autora práce

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce paní PhDr. Lence Novotné, za odborný dohled, rady a konzultace. Také za nadhled, který jsem s přibývajícím textem ztrácela a za konstruktivní připomínky k jeho nedostatkům. Zároveň bych chtěla poděkovat Základní škole Komenského 17 a ZŠ Msgre. B. Staška v Domažlicích za umožnění realizace dotazníkového šetření, na kterém je založena praktická část práce. Velký dík patří také mé dlouholeté přítelkyni Marcele Siranové, která souhlasila s uveřejněním svého příběhu o dlouholetém boji s mentální bulimií.

Děkuji také své rodině a ostatním blízkým, kteří mě podporovali v období mé nemoci a léčby mentální anorexie. Na závěr bych chtěla vyjádřit poděkování také svému životnímu partnerovi Lukášovi za trpělivost a emoční podporu, kterou mě zahrnoval nejen během psaní této práce ale i po celou dobu mého studia.

# OBSAH

## TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD.....	- 7 -
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>- 9 -</b>
1.1 ZÁKLADNÍ FORMY PORUCH PŘÍJMU A POTRAVY .....	- 10 -
1.1.1 <i>Latentní a maniakální otylost</i> .....	- 11 -
1.1.2 <i>Psychogenní a noční přejídání</i> .....	- 12 -
1.1.3 <i>Orthorexie a bigorexie</i> .....	- 12 -
1.1.4 <i>Mentální anorexie a bulimie</i> .....	- 13 -
1.2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V HISTORII.....	- 15 -
<b>2 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....</b>	<b>- 19 -</b>
2.1 EPIDEMIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	- 20 -
2.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	- 22 -
2.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	- 22 -
2.4 SYMPTOMY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	- 32 -
<b>3. MENTÁLNÍ BULIMIE.....</b>	<b>- 35 -</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIE MENTÁLNÍ BULIMIE .....	- 37 -
3.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ BULIMIE.....	- 37 -
3.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ BULIMIE .....	- 38 -
3.4 SYMPTOMY MENTÁLNÍ BULIMIE .....	- 41 -
<b>4. NÁSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>- 43 -</b>
4.1 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	- 46 -
4.1.1 <i>Formy léčby poruch příjmu potravy</i> .....	- 48 -

<b>5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....</b>	<b>- 52 -</b>
<b>6 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....</b>	<b>- 56 -</b>
6.1 PREVENCE PPP V RÁMCOVÉM VZDĚLÁVACÍM PROGRAMU.....	- 56 -
 <u>PRAKTICKÁ ČÁST</u>	
<b>7 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....</b>	<b>- 58 -</b>
7.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ .....	- 59 -
7.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTKY S MENTÁLNÍ BULIMIÍ .....	- 64 -
<b>8 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>- 58 -</b>
8.1 CÍLE A ÚKOLY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	- 71 -
8.2 POPIS VÝBĚROVÉHO VZORKU RESPONDENTŮ A PRŮBĚH PRŮZKUMU.....	- 72 -
8.3 ZÍSKANÁ DATA A JEJICH INTERPRETACE .....	- 73 -
8.4 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	- 98 -
<b>9 ZÁVĚR.....</b>	<b>- 101 -</b>
<b>10 RESUMÉ.....</b>	<b>- 103 -</b>
<b>11 SUMMARY .....</b>	<b>- 104 -</b>
<b>12 VYUŽÍVANÉ INFORMAČNÍ ZDROJE: .....</b>	<b>- 105 -</b>
12.1 INFORMAČNÍ ZDROJE A LITERATURA .....	- 105 -
12.2 ONLINE A JINÉ ZDROJE.....	- 106 -
<b>13 SEZNAM POUŽÍVANÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>- 108 -</b>
<b>14 SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>- 108 -</b>
14.1 PŘÍLOHY	

## Úvod

*„Uměle vytvořený Zákon, tyran lidí, dopouští se mnohých násilností proti přirozenosti.“ (Hippias)*

Žijeme ve světě 21. století. Ve světě reklam, kde hlavní slovo mají mediální prostředky. Zdá se, že dnešní doba, přeje lidem úspěšným, bohatým a krásným. A kdo by takový nechtěl být? Snadno tak podlehneme klamu, že ono štěstí nám jako mávnutím proutku přinese atraktivní vzhled, který je tak těsně spjatý s éterickou štíhlostí. Věříme, že ideálu se přiblížíme, shozením několika kilogramů. Držením diety potvrzujeme svoji vůli a sebedisciplínu. Dokazujeme sobě i ostatním, že za něco stojíme, a že jsme schopni dostat svým cílům. Redukční dieta se však může snadno zvrhnout v posedlou a ničivou snahu stále více hubnout. Promění se v dobrovolné hladovění, a pak už je jen krůček k poruchám příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou v současnosti velmi aktuálním problémem, a proto jsem jim věnovala následující stránky své diplomové práce. Mentální anorexie a bulimie představují hrozbu především pro pubertální a adolescentní dívky, ale nevyhýbají se ani mužskému pohlaví. Alarmující je také skutečnost, že klesá věková hranice ohrožené skupiny a PPP jsou stále častěji diagnostikovány u dětí mladších deseti let. Navíc lze předpokládat, že počet pacientů s mentální anorexií či s mentální bulimií stále ještě poroste.

Bohužel i přesto jsou PPP ve společnosti stále tabu. Málo se o nich mluví a ještě méně jsou lidé o jejich skutečných příčinách, průběhu a následcích informováni. Pacienti, kteří jimi trpí, zůstávají na svoji nemoc mnohdy úplně sami. Bez pomoci a pochopení. Nezasvěcení, si těžko mohou představit, proč někdo dobrovolně hladoví a proč je tak těžké začít normálně jíst? Nakonec dochází k mylnému přesvědčení, že si pacienti s poruchami příjmu potravy za svoji nemoc mohou sami.

Téma PPP jsem zvolila proto, že se domnívám, že je z hlediska profese vychovatele a učitele na ZŠ mojí povinností věnovat se tématům, které zahrnuje RVP ve vzdělávacích oblastech Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví, kam problematika poruch příjmu potravy a jejich primární prevence beze sporu patří. Hlavním motivem pro tuto práci však zůstává moje osobní zkušenost. Zkušenost tak blízká smrti.

Cílem práce je představit poruchy příjmu potravy jako rostoucí problém v dnešní společnosti, doložit jejich aktuálnost prostřednictvím skutečných klinických případů a zmapování primární prevence poruch příjmu potravy u žáků 8. a 9. tříd základní školy.

Práci tvoří dvě stěžejní oblasti. Jedná se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních pramenů a internetových zdrojů popisuje problematiku mentální anorexie a bulimie se zaměřením na různé teorie jejich vzniku. Mapuje rodinné, sociální i osobnostní předpoklady jedince a poukazuje na varovné signály, které mohou tyto poruchy odstartovat. Poslední kapitola teoretické části je věnována prevenci PPP v rámci výchovy ke zdraví a volně tak odkazuje k části praktické.

Praktická část doplňuje teoretické poznatky o případové studie pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií se zaměřením na jejich prognózy. Dále využíváme metody dotazníku, který zjišťuje, zda jsou žáci 8. a 9. tříd na základních školách dostatečně informovaní o poruchách příjmu potravy a zda mají s tímto psychickým onemocněním bezprostřední zkušenost. Závěrečná část dotazníku se orientuje na postoje dnešních pubescentů k vlastnímu tělu a jejich názory na trend štíhlosti.



## Teoretická část

### **1 Poruchy příjmu potravy**

Potřeba potravy se nachází v samotných základech Maslowovy pyramidy základních lidských potřeb (viz. příloha č. 1), pokud je dlouhodobě neuspokojována, nemohou být uspokojeny potřeby z dalších pater. Jídlo je nezbytným prostředkem k přežití, stejně tak jako dostatek tekutin, kyslíku a optimální teplota. Avšak i tato pudová potřeba je podmíněna psychosociálně. Různé problémy v životě člověka se proto mohou projevit změnou vztahu k jídlu. Jídlo může představovat odměnu, ale stejně tak může být trestem. (VÁGNEROVÁ, 1999)

Množství jídla a jeho energetická hodnota však společně s genetickými dispozicemi ovlivňuje váhu. Proto se někteří jedinci snaží své tělesné proporce ovlivnit regulací přijímané potravy. Člověk je schopen strádáním své tělo naprosto zdevastovat.

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejvíce záhadné psychiatrické diagnózy a v posledních desetiletích jejich výskyt bohužel v populaci stále narůstá. Jedná se o skupinu behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Tyto poruchy dokazují propojenost biologických, psychologických a sociálních komponent osobnosti.

Poruchy příjmu potravy (F50)<sup>1</sup> postihují desetkrát až dvacetkrát častěji dívky než chlapce. Vztahují se k jídlu a jsou charakteristické poruchou percepce, kdy se vnímání vlastního těla nemocného neshoduje s realitou. Vnímání tělesného schématu je zkresleno emocionálně. Pacienti s PPP se vidí takoví, za jaké se pokládají – tlustí, oškliví. Vnímání svého těla negativně ovlivňuje i celkové psychické rozpoložení. Vnímání tělového schématu však podléhá jisté rigiditě. Člověk, který má nadváhu se vnímá jako obézní i v době, kdy je objektivně štíhlý. Zde se ukazuje zásadní problém

---

<sup>1</sup> Pozn.: Označení poruchy příjmu potravy v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10). Duševní poruchy jsou označeny písmenem F a následnými dvěma – čtyřmi číslicemi.

pacientů trpících poruchou příjmu potravy: „*Tělo se může změnit, ale pokud se nezmění postoj člověka, nemá taková změna větší význam.*“<sup>2</sup>

Příčiny PPP mohou být různé, často se jedná o spojení určitých dispozic s exogenními vlivy. Objevují se především v období puberty a adolescence, kdy probíhají hormonální změny, které ovlivňují mimo jiné také tělesné proporce. Každá změna představuje určitou náročnou životní situaci, se kterou se dospívající více či méně obtížně vyrovnává, a proto vyvíjí úsilí tyto změny zpomalit nebo úplně eliminovat. Prostředkem je redukce potravy. Snížení energetického příjmu vyvolá hubnutí a tělo postupně ztratí typické sekundární znaky, které jedince děsily.

PPP představují psychickou poruchu, která je obtížně léčitelná také proto, že si nemocní odmítají dlouhou dobu problém přiznat a brání se psychiatrické léčbě. Problematická je také tzv. „několikanásobná závislost“, kterou se poruchy příjmu potravy nezdávka vyznačují. PPP představují určitý typ závislého chování, a jsou tudíž vyvolány stejnými faktory, které podporují vznik toxikománií. Pacienti často podléhají závislostem na nikotinu, alkoholu, nebo lécích (anorektika, diuretika, laxativa, psychofarmaka). Tyto přidružené závislosti významně znesnadňují léčbu.

## **1.1 Základní formy poruch příjmu a potravy**

Pacientky trpící jednou z forem poruch příjmu potravy cíleně odmítají jíst. Jejich chování má značný návykový charakter a ve svém důsledku ničí nejen tělo ale i psychiku. V současnosti Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje pouze dvě základní formy PPP mentální anorexii a mentální bulimii a jejich atypické formy.

V roce 1995 Leibold ve své publikaci *Mentální anorexie* uvedl 4 základní formy narušeného chování ve vztahu k potravě a stravovacím návykům a doplnil tak mentální anorexii a bulimii o latentní a maniakální otylost. Moderní medicína se však vyvíjí velmi rychle a v současné době vnímá poruchy příjmu potravy jako široké spektrum spolu propojených onemocnění zahrnující také psychogenní a noční přejídání, obezitu i méně známé poruchy jako je orthorexie a bigorexie.

---

<sup>2</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese; variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 1999. s. 227. ISBN 80-7178-496-6.

### 1.1.1 Latentní a maniakální otylost

Latentní otylost je často směřována s mentální anorexií a to proto, že příznaky obou poruch jsou si velice podobné. Rozdíl je v závažnosti poruch, jelikož u latentní obezity nedochází k závažným tělesným následkům. Pro pacientky trpící latentní otylostí je typická neustálá kontrola přijímané potravy. Je zde přítomen vtíravý strach z tučného a nezdravého jídla, z představy, že jí příliš mnoho a panická hrůza z tloustnutí. Tito lidé se neustále kontrolují a omezují podle zásad zdravého stravování. Vyznačují se až nadlidskou mírou sebeovládání. Přijmout odmítané jídlo považují za osobní selhání a sebetryznění je naplňuje pocitem výjimečnosti. Typická je také značná rigidita ve složení přijímané potravy a přípravě pokrmů. Důležité místo zastává váha a neustálé počítání kalorií. K poruše se váže samozřejmě neadekvátní vnímání svého těla a odmítání tělesných potřeb. Objevuje se vyhocené zdravotní uvědomění a striktní dodržování pravidel zdravé výživy. Po psychické stránce je člověk trpící latentní otylostí ohrožen především strachem z vlastní tloušťky, který vyvolává deprese a dostává jedince do sociální izolace. Pacient je neustále pod silným napětím a panickým strachem ze selhání, a proto je latentní otylost predisponujícím faktorem mentální anorexie.

Strach z vlastní tloušťky a napětí doprovázejí i maniakální otylost, která mnohdy splývá s běžnou otylostí a sníženým sebeovládáním ve vztahu k jídlu. Důležitým indikátorem poruchy je pocit bezmocnosti a ohrožení. Problém představuje abnormální chování při jídle, pro které je typické nepravdělné a nekontrolovatelné přejídání. Záchvaty žravosti nelze spojovat s bulimickými projevy, jelikož po přísunu nadměrného množství jídla nenásleduje zvracení ani jiné úmyslné vypuzení jídla. Maniakální otylost je nebezpečná především z hlediska fyzického ohrožení z nadváhy. Dochází k vápenatění tepen, pacienti mají vysoký krevní tlak a představují rizikovou skupinu pro vznik mozkové mrtvice a srdečního infarktu. Hrozbu pro ně představují také poruchy zažívání a jater, cukrovka, dna a projevy předčasného opotřebování kloubů a páteře. Nemocní se vyznačují i nedostatečným vědomím množství přijímané potravy. Domnívají se, že jedí stejně, nebo dokonce méně než ostatní lidé v jejich okolí. Neadekvátní vztah k jídlu má často své kořeny už v dětství. V osobních anamnézách pacientů jídlo vystupuje jako významný výchovný prostředek, kdy dítě bylo chváleno tehdy, když všechno snědlo, přestože

už bylo dávno syté. Jídlo fungovalo jako odměna za dobré chování a dobré známky. Jeho odejmutí naopak znamenalo trest. Jídlo proto pro jedince získalo daleko větší hodnotu, než mu ve skutečnosti náleží. Nadměrný příjem potravy může signalizovat i citové strádání, které si člověk kompenzuje náhradním uspokojováním ústy – jídlem. (LEIBOLD, 1995)

### 1.1.2 Psychogenní a noční přejídání

Projevem psychogenního neboli záchvatového přejídání jsou ambivalentní pocity ve vztahu k jídlu. Na jedné straně člověk jídlo miluje, těší se na něj a myšlenky upírá stále směrem ke konzumaci potravy, ale na druhé straně se jídla bojí a trpí nesnesitelným strachem z tloušťky. ¼ záchvatů přejídání trvá po celý den, jinak je psychogenní přejídání z hlediska průběhu obdobné jako u bulimických pacientek, avšak chybí využívání kompenzačních mechanismů. Právě proto, je velká pravděpodobnost překlenutí této poruchy v jinou formu PPP, nejčastěji v mentální bulimii.

Záchvaty přejídání doprovází i syndrom nočního přejídání na základě poruchy příjmu potravy. Syndrom se projevuje tzv. večerní anorexií (odmítáním jídla ve večerních hodinách) a nočním hladem. Pacient se během noci i několikrát probudí a není schopen pokračovat ve spánku, dokud hlad neukojí. Typická je konzumace především vysoce kalorických potravin, které jsou pro organismus spíše nezdravé. Rozhodující pro tuto diagnózu je, že vlčí hlad není pacient schopen vůlí ovládnout a atak nočního obžerství si ráno po probuzení detailně pamatuje. Příčinu tohoto onemocnění odborníci shledávají v nespokojenosti s vlastním tělem, v držení diet a hladovění během dne v souvislosti se stresem a frustrací, kterou pacient pocítuje před usnutím. (PAPEŽOVÁ, [online] 2011)

### 1.1.3 Orthorexie a bigorexie

Orthorexie a bigorexie jsou poměrně nové formy poruch příjmu potravy, ale pro naši společnost se stávají stále více aktuálním problémem. Můžeme se s nimi setkat u jedinců, pro něž je velmi důležitá zdravá strava, kterou se snaží striktně dodržovat. Důležitou úlohu v rozvoji těchto poruch hrají média a propagátoři zdravé výživy a fyzického ideálu krásy, které k tomuto životnímu stylu přímo vybízejí.

„*Orthorexie (orthorexia nervosa) je patologická závislost na zdravém stravování a biologicky čisté stravě.*“<sup>3</sup> Porucha se nevyhýbá ani jednomu pohlaví. Rizikovou skupinu však představují jedinci inklinující k alternativním stravovacím stylům např. veganství, vegetariánství, frutariánství, makrobiotika apod. Pacienti se vyhýbají výrobkům obsahujícím kontaminované látky a konzumují výhradně biopotraviny. Poruší-li své stravovací zásady, trpí výčitkami a pocity selhání, jelikož pro ně zdravá strava představuje hlavní prostředek k překonávání osobních problémů a zvyšování sebevědomí. Mnohdy pacient přesvědčen o škodlivosti jídla přestává jíst úplně. Takové případy zpravidla končí smrtí.

Zaujetí vlastním tělem a jeho nepřetržité sledování doprovází poruchu zvanou bigorexie. Tato forma PPP postihuje především mužskou část populace. Pacient se cítí nedostatečně svalově vyvinutý, a proto tráví mnoho času v posilovně. Tvorbu svalové hmoty podporuje nejrůznějšími doplňky stravy, často se objevuje užívání anabolických steroidů, s čímž jsou spojeny velmi vážné zdravotní komplikace. Vlivem nadprůměrné tělesné hmotnosti jsou zatěžovány kosti a klouby, nekontrolovanou konzumací bílkovin a aminokyselin obsažených v doplňcích stravy přestávají fungovat ledviny a játra. I u této poruchy velký problém představují deprese a zničující pocity viny při nedodržení cvičebního plánu, které jedince mnohdy dostávají do společenské izolace. (BERÁNKOVÁ, [online] 2010.)

#### 1.1.4 Mentální anorexie a bulimie

Mentální bulimie společně s mentální anorexií představují 2 nejrozšířenější a nejvíce diskutované poruchy příjmu potravy. Pro obě poruchy je totožná touha po dokonalé štíhlosti, nespokojenost s vlastním tělem, a nereálná představa o vlastních fyzických proporcích. Nemocní redukují přijímanou potravu a pro účinnost redukčního procesu zároveň užívají projímadla, diuretika a záměrně si vyvolávají zvracení či cíleně hladoví. Společný je i chorobný strach z tloušťky, který často přetrvává po celý život i po odeznění symptomů choroby.

---

<sup>3</sup> BERÁNKOVÁ, J. *Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy*. [online] 12. 4. 2010. [cit. 2012-02-9]. Dostupné zWorld Wide Web: <http://www.celostnimediceina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>

Mentální bulimie získala statut psychické poruchy až koncem 70. let 20. století. Nemoc se často vyvine z jiné formy manického chování na jídle, obvyklé je i pravidelné střídání etap mentální anorexie a bulimie. Mentální bulimie bývá označována také jako bulimarexie, což v překladu znamená býčí či vlčí hlad. Vyznačuje se dvěma extrémními projevy. Na jedné straně záchvaty žravosti, na straně druhé úpěnlivá snaha se pozřené potravy násilně zbavit. Nejčastějším způsobem je zvracení a používání medikamentů, jejichž nesprávné dávkování může vést až k otravě. V záchvatech jsou pacientky schopné pozřít pro zdravého jedince nepředstavitelné množství potravy i nepředstavitelného složení. Dokážou najednou sníst 8000 - 10 000 kalorií, výjimečně až 25 000. Konzumovány jsou hlavně tučné a sladké potraviny (dorty, čokolády, samotné máslo...). (LEIBOLD, 1995)

Jedinci s mentální bulimií jsou vnitřně rozpolcení. Zmítají se mezi touhou po jídle a touhou být štíhlí. Jedno však druhé vylučuje. Epizody obžerství mohou být vyvolány strachem, depresí, náročnou životní situací nebo zklamáním, často se však pravý impuls k tomuto jednání zjistit nedá. Onemocnění má negativní dopad na fyzickou i psychickou stránku člověka. Typické je vnitřní napětí, deprese, pocity viny a sebevražedné myšlenky.

Zvláštní postavení mezi poruchami příjmu potravy zaujímá mentální anorexie, která pro pacienty představuje největší ohrožení života. Jedná se o abnormální snahu zhubnout vyznačující se omezováním se v množství přijímané potravy, které postupně vede až k naprostému hladovění a vyčerpání organismu. „*Neléčená končí smrtelně anebo přechází do chronické mentální anorexie, při které nemocní konzumují alespoň život udržující minimum potravy. Akutní forma mentální anorexie začíná nejčastěji v průběhu puberty, chronická forma se může vyvinout v každém věku.*“<sup>4</sup> Pacienti s mentální anorexií často v průběhu léčby propadnou jiným formám maniakálního chování. Obzvlášť úzká je hranice mezi mentální bulimií a latentní otylostí.

---

<sup>4</sup> LEIBOLD, G. Mentální anorexie; Příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha : Svoboda, 1995. s. 38. ISBN 80-205-0499-0.

## 1.2 Poruchy příjmu potravy v historii

Mentální anorexie i mentální bulimie jsou považovány za poměrně mladá civilizační psychická onemocnění, avšak je zcela jisté, že se tyto poruchy ve svých specifických formách objevovaly již v naší dávné historii. Z dochovaných literárních záznamů je zřejmé, že hladovění i přejídání a následné vypuzení potravy představovaly neodmyslitelnou součást náboženských obřadů a rituálů. Navíc v minulosti hladovění sloužilo také jako prostředek k vyjádření nesouhlasu s neuspokojivými životními podmínkami. (MARÁDOVÁ,2007)

V antice byla anorexie, která se projevovala celkovou únavou a apatií, nazývána orexis a v 5. století př. n. l. ji Hippokrates nazývá asithia. Lékaři se soustředili především na příznaky fyziologické a příčiny shledávali v somatických poruchách (nesprávná funkce žaludku, střev). Z dob antického Říma také pochází první avšak sporadické záznamy o mentální bulimii. Bulimické syndromy byly zaznamenány ve vznešených kruzích, kde bylo zvykem konzumovat nadměrné množství potravy. Přejídání bylo posléze kompenzováno s úmyslně vyvolávaným zvracením. První filosofové vysvětlovali pojem „bolimos“ jako zlého démona, jenž je symbolem nadměrného hladu. Další názory se přikláněli k etiologii pojmu ze dvou řeckých slov bous (vůl, býk) a limos (hlad). V překladu tudíž bolimos znamená býčí hlad. Termín anorexie a bulimie byl poprvé užít až proslulým doktorem Galénem ve 2. století n. l.

Také ve středověku bylo vlivem nedostatku jídla přejídání posuzováno spíše kladně, a stalo se proto výsadou především vysoce postavených lidí. Opět jsou zmínky o vyvolávaném zvracení brkem v krku a následně opakovaném obžerství. Ve 14. století byl zaznamenán historicky první případ dívky, která odmítala potravu, a tak dobrovolně zemřela hladem. Sv. Kateřina ze Sienny byla přesvědčena, že ve víře v Boha dokáže přežít jen o chlebu, o vodě a čerstvé zelenině. Traduje se, že snědla-li více potravy, spolykala kořínky, které u ní vyvolaly zvracení. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Novověk (17. století) přináší první klinické obrazy mentální anorexie. V roce 1689 byl anglickým lékařem Richardem Mortonem popsán případ dívky, která trpěla vyhublostí, amenoreou, hypotermií a opakovaným omdléváním, a která nakonec zemřela. Díky této kasuistice je Morton považován za 1. portrétistu mentální

anorexie. Ve své knize „Phthysiologia“ popisuje jev nervového opotřebení, které je způsobeno jak fyzickými tak i emocionálními vlivy.

Lékařské záznamy z 18. století dokládají nemoc zvanou chloróza neboli blednička, která postihovala především mladé lidi. Hlavními příznaky byla bledost, nechutenství a u žen ztráta menstruace.

Na začátku 19. století byla popsána anorexie francouzským fyziologem. Fleury Imbert používal stejně jako Morton termín „nervová anorexie“, navíc rozlišoval anorexii gastrickou (poruchy trávení) a nervovou (nechuť k jídlu). U nervové anorexie pacienti odmítají jíst, protože jejich mozek nevysílá signály chuti k jídlu a pocitu hladu.

Mentální anorexie (anorexia nervosa) byla klasifikována jako duševní porucha až v 2. polovině 19. století. (MARÁDOVÁ, 2007) První oficiálně popsané a věrohodné případy diagnostikují lékaři Chipley, Marcé. Lékař ústavu pro duševně choré v Kentucky, William Stout Chipley, popsal onemocnění MA jako sitiomanií označovanou také jako sitiofóbií. Lékař Louis-Victor Marcé vnímal toto onemocnění jako zvláštní druh hypochondrického deliria. Svoji činnost zaměřil na sledování pubertálních dívek, které trpěly nechutí k jídlu, byly vyhublé a nic a nikdo je nedokázal přesvědčit, aby své chování změnily. Přesto, že tento Francouz popsal 1. případy mentální anorexie, společnost na jeho články v novinách nereagovala. Na rozšíření informací o mentální anorexii v odborných kruzích se zasloužil Sir William Whitey Gull (viz. příloha č 2). Ve svých přednáškách popisoval případy hysterické apepsie, která se projevuje zdánlivě stejně jako tuberkulóza, avšak v tomto případě není hubnutí způsobeno somaticky. V roce 1874 při své přednášce vyslovil termín „anorexia nervosa“. Onemocnění popisoval jako psychogenní chorobu, týkající se především mladých dívek a žen. Příznaky, které uváděl, platí i dnes: velký úbytek hmotnosti, opožděná 1. menstruace, zácpa, duševní neklid a nepřítomnost organické etiologie. Ve stejném roce Gull popisuje u jedné ze svých pacientek také bulimické záchvaty, avšak bulimii v této době chápe pouze jako atypický průběh mentální anorexie. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Až do počátku 20. století byly za původce bulimických obtíží považovány dysfunkce žaludku a poruchy trávení, nikoli však psychické onemocnění. Bulimie



byla navíc spojována s negativními emocionálními projevy, z nichž dominovala sklíčenost. (PHARMA NEWS [online], 2006)

Ve 40. letech 20. století díky výsledkům psychosomatické medicíny a psychoanalýzy získala mentální anorexie stabilní pozici v kategorii duševních poruch. Její další podstatné rysy (chorobná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání vlastního těla) byly však popsány teprve v 60. letech 20. století. (MARÁDOVÁ, 2007)

Termín bulimia nervosa byl poprvé vysloven až o téměř o 40 let později britským psychiatrem Geraldem Russlem v roce 1979. „*Tuto poruchu specifikoval následovně: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach z tloustnutí.*“<sup>5</sup> Přirozeným následkem pak chápal takové chování pacientek, kterým se bránili přibývání na tělesné hmotnosti – především zvracení a zneužívání léčiv s projímavým účinkem. Russel dále poukazoval na fakt, že ženy trpící mentální bulimií zpravidla vykazují normální tělesnou hmotností, což může být na první pohled pro lékaře matoucí. Avšak i Russel se přikláněl k názoru, že mentální bulimie je jen odlišnou formou mentální anorexie. V roce 1987 se světová zdravotnická organizace zasloužila konečně i o samostatné vymezení mentální bulimie.

V České republice se poruchami příjmu potravy zabýval profesor Vratislav Jonáš., který podněcoval české lékaře, aby v patologické hubenosti mladých dívek nehledali pouze somatické příčiny, ale mysleli i na potenciální možnost anorexie vyvolanou změněnou psychikou pacientky.

Od roku 1963 se mentální anorexii věnoval na pražské 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Prof. MUDr. Jan Dobiáš, CSc. Dobiáš v roce 1977 publikoval monografii „Řekni mi, co jíš“ a o dva roky později publikaci „Anorexia mentalis“. „*V roce 1983 založil na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu jako první svého druhu ve střední a východní Evropě.*“<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 23. ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>6</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 22. ISBN 978-80-247-2425-6.

V současnosti na vědeckou práci profesora Dobiáše v oblasti poruch příjmu potravy navazují PhDr. František David Křeh PhD. a Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., působící na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, klinická psycholožka Doc. PhDr. Jana Kocourková, působící na Dětské psychiatrické klinice FN Motol a v neposlední řadě PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková, která zastává funkci ředitelky O.s. Anabell. Autoři se orientují především na etiologii onemocnění, na jeho rozčlenění do několika subtypů, a dokonce je zaznamenán nárůst publikací také v literatuře věnující se léčbě.

## 2 Mentální anorexie

Mentální anorexie se v populaci vyskytuje méně často než mentální bulimie, přesto je považována za nejproslulejší poruchu příjmu potravy a to především pro její nápadné vnější znaky a rizika ohrožující život pacienta. Anorexií trpí v České republice cca 0,5 - 1 % dívek. (MARÁDOVÁ, 2007; NOVÁK 2010)

Nemoc zpravidla propuká v období fyziologických a hormonálních změn. Nejrizikovější je období pubescence a adolescence (z 85 % v období 13 – 18 let), kdy je nakumulována řada rizikových faktorů, které jsou často spojeny s nahromaděným stresem. Výjimečně se začátky anorexie objevuje i dříve – cca kolem 11. roku.

Z hlediska pohlaví jsou více ohroženy dívky, přesto se v současné době vzácně objevuje nemoc i u mladých chlapců. Být ženou je podstoupit desetkrát větší riziko, že se člověk stane obětí anorexie. V životě ženy hrají tělesné proporce důležitější roli. Zatímco v pubertě chlapcům mohutní svalstvo, dívky se v tomto období vlivem hormonálních změn zakulacují a zaznamenávají nárůst tělesné hmotnosti. „Průměrná tělesná hmotnost českých dívek přirozeně vzroste v období mezi 9 – 16 rokem z BMI 16 na 19.“<sup>7</sup> Proto jsou také více ohrožené dívky, které se vyvíjí předčasně. Sekundární pohlavní znaky a ono zaoblení se u nich objeví dříve než je běžné u většiny populace, čímž na sebe upozorní a tato pozornost jim nemusí příjemná. Určitá náchylnost k poruchám příjmu potravy je pubertě připisována také vlivem změny nálad a typickou podrážděností. V pubertě navíc vrcholí proces sebeuvědomění a nalézání vlastní identity a hodnoty. Dívky jsou daleko více než chlapci závislé na sociálním hodnocení, je pro ně důležité, jak je vidí druzí, zda jsou oblíbené a pro ostatní přitažlivé. Míra jejich sebevědomí se velmi často až do dospělosti odvíjí od tělesné schránky. Dále jsou více ohroženy jedinci, kteří mají ve své anamnéze cyklické a významné změny váhy nebo ti, kteří pocházejí z rodiny, obézních či naopak velmi hubených rodičů. (KRCH, 2004)

---

<sup>7</sup> KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání*. Havlíčkův Brod : Grada, 2004. s. 61. ISBN 80-247-0840-X

Anorexii hlásí mnoho příznaků, které se projevují v psychice, sociálních vztazích, ale také je viditelná změna fyzická. Nejspolehlivějším indikátorem mentální anorexie je úbytek váhy o více než 25 % celkové hmotnosti bez zjištění somatických potíží. Jedinci postižení touto poruchou mají narušené vnímání tělesného schématu a nesnesitelný strach z tloušťky, který je spojen také z fobií k jídlu. Nejedná se o ztrátu chuti k jídlu a odbourání pocitu hladu, ale tyto dívky hlad záměrně potlačují a hladovění vnímají jako hlavní úkol sebedisciplíny. Pro diagnostiku anorexie je tudíž důležité, že pacientky neví proto, že nemají hlad a chuť či z důvodu nějakého onemocnění žaludku, ale ze strachu z tloušťky. Záměrně se trápí hlady, přestože na jídlo myslí neustále. Ustavičně sestavují svůj denní jídelníček, přemýšlejí o tom, co by si daly a co ne, počítají nutriční hodnotu potravin, sbírají recepty, často s oblibou myjí nádobí, sledují pořady o vaření a samy rády vaří – ovšem jen pro druhé. Často se u pacientek s MA projevuje také změna v chuti např. zvýšená chuť na sladké. Jedná se o přirozenou obranu organismu, aby tělo získalo potřebnou energii, které má nedostatek.

Některé anorektičky hubnutí napomáhají požíváním některých doplňujících prostředků (projímadla, diuretika, laxativa a různá anorektika).

Vlivem redukce hmotnosti a omezenému příjmu živin z potravy v organismu dochází k endokrinním změnám, a tím je narušen menstruační cyklus. U většiny anorektiček se menstruace vytrácí zcela – (amenorea). Typická je hyperaktivita a nadměrná pohybová aktivity zacílená na další váhový úbytek. Charakteristické je naprosté popírání nemoci, obviňování druhých, omezování sociálních kontaktů a postupná izolace. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Porucha může mít jednorázovou, ale také chronickou podobu. Až u 20 – 25 % případů se nemoc vrací a opakuje. Podle výzkumů je léčba účinná pouze u poloviny pacientů s mentální anorexií a 2 – 8 % z nich umírá na podvýživu a selhání životních funkcí. (MARÁDOVÁ, 2007)

## **2.1 Epidemiologie mentální anorexie**

Většina epidemiologických studií vychází z registrů obvodních lékařů nebo případů, které byly předány k hospitalizaci. Tento fakt zásadně zkresluje výsledky

výzkumů, které reálnou prevalenci<sup>8</sup> a incidenci<sup>9</sup> podceňují. Bohužel stále přetrvává strach z diagnózy PPP a mnoho pacientek z obavy ze stigmatizace nenastoupí i přes vážné ohrožení života k terapii. Výsledky jsou ovlivněny také tím, jaká kritéria k diagnóze onemocnění užíváme. Práce uplatňující kritéria ICD 10 přináší odlišné výsledky než studie pracující se systémem DSM-IV.

Jedna z posledních studií, která se zabývá prevalencí mentální anorexie, vznikla ve Finsku a orientovala se na skupinu žen narozených v letech 1975 – 1979. Celoživotní prevalence MA dosáhla 2,2 %, při rozšíření definice onemocnění, která nevyžaduje splnění všech kritérií, dokonce celých 4,4 %. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Výskyt mentální anorexie je u mužů podstatně nižší. Muži tvoří jen 10 – 15 % z celkového počtu případů.

První epidemiologické studie pochází z 20. století. Většina z nich potvrzuje, že počet jedinců s anorexií stoupal v západní Evropě přibližně do 70. let. Poté se stav stabilizoval. V České republice nastalo zvyšování hospitalizací od roku 1994, což se přikládá sociálním a politickým změnám, trendům cestování za prací do zahraničí a medii propagovanému štíhlému ideálu krásy.

Existují názory, že poruchy příjmu potravy jsou problémem zejména západních států, pro které je typický konzumní způsob života a dostatek potravy. Epidemiologické studie však toto přesvědčení vyvracejí a přinášejí výsledky, které dokazují, že PPP nejsou výlučně syndromem západního světa. Nárůst výskytu mentální anorexie v afrických zemích je v odborné literatuře vysvětlován postupným zvyšováním životní úrovně, globalizací hodnot ve společnosti, westernizací<sup>10</sup> a strachem z akulturace<sup>11</sup>. Tyto symptomy jsou v kontrastu se symptomy PPP

---

<sup>8</sup> **Prevalence** vyjadřuje počet případů v dané populaci a udává se v určitém čase. Je zásadní pro plánování služeb a péče pro dané onemocnění. Celoživotní prevalence udává počet jedinců, kteří někdy během svého života trpěli sledovaným onemocněním. (PAPEŽOVÁ, 2010)

<sup>9</sup> **Incidence** udává počet nových případů v populaci v určitém časovém období, nejčastěji v jednom roce. Obvykle incidence udává výskyt případů onemocnění udávaný na 100 tisíc obyvatel a je zásadní pro pochopení etiologie onemocnění. (PAPEŽOVÁ, 2010)

<sup>10</sup> **Westernizace** = individuální ztráta tradičního životního stylu, pracovních, kulturních a jazykových zvyků ve prospěch postojů ovlivněných západní kulturou. (PAPEŽOVÁ, 2010)

<sup>11</sup> **Akultura** = přizpůsobování se cizím kulturám a jejich postupné přejímání. (PAPEŽOVÁ, 2010)

v západních zemích, kde převládá především strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem, přestože jejich hmotnost odpovídá normě.

## 2.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie

Mezi základní diagnostická kritéria mentální anorexie patří tělesná hmotnost, která je u pacientek nižší nejméně o 15 procent než je normální úroveň (BMI<sup>12</sup> je 17,5 a nižší). Tento úbytek na váze si pacienti záměrně způsobili sami dodržováním drastických diet a vyhýbáním se kalorickým a tučným pokrmům. Podstatným a nápadným rysem je chorobný strach z tloušťky, narušení vnímání selfkonceptu a stanovení si velmi nízké ideální tělesné hmotnosti, která se často neslučuje se životem. Zastavuje se růst, nejsou patrné druhotné pohlavní znaky. Nevyvíjí se prsa, u hochů zůstávají dětské genitály. Pro dívky je navíc typická porucha menstruačního cyklu. Zpočátku je menstruace nepravidelná a slabá, později úplně vymizí (amenorea).

Dojde-li k uzdravení a patřičnému přibírání na váze, tělesný vývoj se obvykle dokončí. U dívek, které však ještě před propuknutím onemocnění nemenstruovaly, je první menstruace (menarché) výrazně opožděna. (MARÁDOVÁ, 2007)

V klinické praxi jsou využívána diagnostická kritéria 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, 2006 (viz. příloha č. 3) a kritéria DSM-IV podle Americké psychiatrické asociace (viz. příloha č. 4). Domníváme se, že rozdíly mezi oběma systémy nejsou nikterak výrazné. Přednost systému DSM-IV však spatřujeme v rozlišování restriktivního a bulimického (purgativního) typu mentální anorexie. Čeští lékaři přesto upřednostňují kritéria MKN-10, ale ve výzkumu a v USA jsou naopak preferována kritéria DSM-IV. Diagnóza mentální anorexie předpokládá existenci všech níže uvedených diagnostických kritérií.

## 2.3 Etiologie mentální anorexie

Existuje mnoho teorií, které dokládají tzv. spouštěče mentální anorexie. Současná věda se kloní k názoru, že se jedná o psychické onemocnění, které je

---

<sup>12</sup> BMI = Body Mass Index, váha v kg / výška na druhou v metrech

podmíněno biopsychosociálně, tudíž v sobě zahrnuje vývojové, osobnostní i rodinné a sociokulturní aspekty. (NOVÁK, 2010)

Rizikovým faktorem pro vypuknutí mentální anorexie může být charakteristika nebo nějaká významná událost v životě pacienta, kterou pociťuje zpravidla negativně. Rizikový faktor tudíž není příčinou choroby, ale pouze zvyšuje riziko propuknutí nemoci. Cílem studia rizikových faktorů je především porozumění etiologii poruch příjmu potravy a vytvoření efektivních preventivních programů.

Uvádíme zde nejčastější predisponující faktory, mezi nimiž mají zvláštní postavení genetické dispozice a perinatální a perinatální komplikace. Klinické studie ukazují, že výskyt poruch příjmu potravy u sourozenců pacientů je v rozmezí 3 –10 %. „*Již v sedmdesátých letech Theander (1970) publikoval studii, kde 6,6 % sourozenců 94 sledovaných pacientek s anorexia nervosa trpělo tímž onemocněním.*“<sup>13</sup> Ještě častěji (až 14 %) je zaznamenána PPP v anamnéze matek anorektických dívek.

Prováděné studie však přímo nepřiznávají genetickou souvislost. Potvrzují sice, že se poruchy příjmu potravy vyskytují častěji u příbuzných pacientů než v kontrolní populaci, ale bilancují nad možností, že vše může být způsobeno environmentálními, kulturními, psychologickými, nebo rodinnými vlivy.

Závěry o genetických předpokladech lze konstruovat především na podkladě studií dvojčat a studií adopčních, které potvrzují, že PPP jsou familiárním onemocněním. Z hlediska perinatálních komplikací představuje zvýšené riziko předčasný porod. Podle odborníků (Foley, Cnattingius) nedonošenost až třikrát zvyšuje riziko, že jedinec v budoucnosti onemocní mentální anorexií. (PAPEŽVÁ, 2010)

Další velkou skupinu reprezentují faktory psychosociální, mezi které patří věk, etnický původ a pohlaví jedince. Jedná se o charakteristiky neměnné, a nelze je tudíž ovlivnit. Z hlediska pohlaví jsou mentální anorexií a celkově poruchami příjmu potravy ohroženy především ženy, které trpí mentální anorexií a bulimií až 10krát

---

<sup>13</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 56. ISBN 978-80-247-2425-6.

častěji než muži. PPP jsou společností vnímány jako nemoci západního světa, což epidemiologické studie nepotvrzují.

Prevalence zaznamenaných případů mentální anorexie vychází skutečně v rozvojových zemích příznivěji. Výsledky jsou však značně zkreslené. Ženy s nižším stupněm akulturace nemají často přístup ke zdravotní péči, nedostává se jim odborné pomoci, a tak není mnoho případů registrováno. Afroamerické ženy jsou obecně se svým tělem zpravidla spokojené, přestože je jejich BMI průměrně vyšší než u žen bílé pleti, ale objevuje se u nich častěji záchvatovité přejídání. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Dalším rizikovým faktorem je věk. Nejrizikovější životní etapou je z hlediska výskytu poruch příjmu potravy adolescence a raná dospělost. Mentální anorexie může být reakcí na strach z dospívání či na neochotu přijmout svoji pohlavnost a sexualitu. Pacienti často trpí chorobnými obavami z fyziologických i psychických změn a puberta takových změn přináší mnoho, proto je pro vznik poruch příjmu potravy velice riziková. V adolescenci jsou mladí lidé zase velice citliví na mínění ostatních. Záleží jim na tom, co si o nich myslí ostatní, jak je vnímají a hodnotí. Vyvíjejí proto velkou snahu, aby se alespoň přiblížili ideálu, který předkládají média, jež silně formují adolescentovu identitu. Člověk je navíc v těchto obdobích méně odolný i vůči jiným psychickým onemocněním.

Neméně zřejmé jsou osobnostní charakteristiky typické pro většinu pacientů s PPP. Před vypuknutím nemoci se pacienti s mentální anorexií jeví jako přizpůsobiví, poslušní, aktivní a značně cílevědomí. Zpravidla vykazují vysokou úroveň akademických schopností, vůli učit se a uspět, tudíž patří mezi nejlepší žáky třídy a učitelé je vyzdvihují nad výkony vrstevníků. „*Poslední výzkumy dokazují, že na vzniku poruchy příjmu potravy u mladých žen se stejnou měrou jako pohlavní zrání, ne-li silněji, podílí extrémně silná touha po získání akademického titulu.*“<sup>14</sup> Jejich životním cílem je vykonat něco neobyčejného a vymanit se tak z šedivého průměru davu.

---

<sup>14</sup> HORNACHER, M. Na dně – příběh jedné anorexie a bulimie. Ostrava : Domino, 1998. s. 48. ISBN 80-86128-25-3.



Navíc jsou úspěšní také v nejrůznějších zájmových oblastech, kde dosahují vynikajících výsledků. Typickým znakem anorektiček je perfekcionismus, velký důraz na výkon a smysl pro zodpovědnost. Hojně se vyskytuje nezdravá soutěživost, nadměrná schopnost sebekontroly a obsedantně kompulzivní rysy.

Pacientky mají pocit, že díky tvrdé disciplíně a odříkání získávají nejen kontrolu nad jídlem, ale také nad svým životem a neschopností řešit vyvstálé problémy. Odmítání potravy jim tak přináší onen vytoužený pocit nadlidství.

Přestože se vyznačují průměrnou až nadprůměrnou inteligencí, vysokou aspirační úrovní a touhou být úspěšní, trpí nízkým sebevědomím. Objevují se pocity nejistoty, potřeba sebekontroly, sebeovládání a sebeomezování. V chování a jednání pacientů je značná rigidita a ulpívání na nejrůznějších rituálech. Nepředstavitelně důležitý je pro ně jídelní režim, který si sami stanoví. V případě selhání a porušení jídelníčku nastupují deprese a zničující pocity viny, které často vedou k agresivním projevům.

Typickým znakem, který přímo predisponuje k poruchám příjmu potravy, je porucha sebeúcty. Lidé s nízkou sebeúctou reagují na kritiku vlastní osoby daleko citlivěji, jsou snadno manipulovatelní a trpí střídáním nálad. Jsou velmi vztahovační a projevují se černo-bílým viděním světa. Domnívají se, že je ostatní neustále sledují. Navíc mají nevídaný dramatický talent. *„Nízká sebeúcta je nejspíš jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících dietní chování a rozvoj, udržování a léčbu poruch příjmu potravy.“*<sup>15</sup>

S dalším rozvojem choroby mizí aktivita i vytyčené cíle a z energického člověka se postupně stává úzkostná a depresivní bytost postrádající smysl života. Podle studií trpí většina anorektiček přibližně 5 let před vypuknutím PPP úzkostnými stavy. (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ a kol. 2006) Původcem této úzkosti je především chorobný strach z nadváhy, který umocňuje neschopnost reálného vidění vlastního těla. Typické je introvertní založení, vnitřní rozervanost, ambivalentní pocity, uzavřenost a nedůvěřivost vůči okolí i nejbližším lidem. Nezřídka pacienti prožívají hlubokou sebenenávist, která jim nedovoluje prožívat lásku ani k další osobě. Dávají najevo nezájem o druhé pohlaví a jakýkoli fyzický kontakt. Jejich sexualita jakoby

---

<sup>15</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2010. s. 20. ISBN 978-80-7204-657-7.

neexistovala. Téměř vždy je však přítomen odpor vůči vlastnímu tělu a základní, vůči životu nepřátelský postoj, který vede ke smrti. (LEIBOLD, 2005).

U pacientek s PPP se často lékaři také setkávají s určitými psychopatologickými projevy a negativní emocionalitou. Vlivem narušené psychické rovnováhy dívky trpí depresemi, úzkostí, pocity nejistoty, pocity vlastní neschopnosti a chorobným strachem z tloušťky. Spojitost depresivních stavů s PPP vysvětluje zlepšení stavu pacientek, pokud jsou léčeny antidepresivy. Často se objevují i obsedantní příznaky, separační úzkost či panická porucha.

Domníváme se, že na propuknutí poruchy se významně podílí také problematicky prožívaná puberta a adolescence. Mentální anorexie se v těchto případech jeví jako strach z dospívání či neochota přijmout svoji pohlavnost a sexualitu. Pacienti často trpí chorobnými obavami z fyziologických i psychických změn a puberta takových změn přináší mnoho, proto je pro vznik poruch příjmu potravy velice riziková. Problém může představovat např. předčasná menstruace. Její brzký nástup zpravidla vztah jedince k vlastnímu tělu ovlivní negativně. Dospívající jsou schopni vynaložit maximální úsilí pro věc, pro niž jsou fanaticky zaujatí. Zdraví, krása a štíhlost pro ně představují významné hodnoty, kterých se snaží dosáhnout za každou cenu. Predisponujícím faktorem se ukazuje také s úzkostí prožívaná sexuální potřeba, která je úzce propojena s problémem vlastní atraktivity a přitažlivosti pro opačné pohlaví.

V adolescenci jsou mladí lidé zase velice citliví na mínění ostatních. Záleží jim na tom, co si o nich ostatní myslí, jak je vnímají a hodnotí. Vyvíjejí proto velkou snahu, aby se alespoň přiblížili ideálu, který předkládají média, jež silně formují adolescentovu identitu.

Puberta a adolescence je také obdobím hledání vlastní identity. Významnou úlohu hrají vrstevnické vztahy. Kamarádi získávají nad rodinou převahu a mají na jedince daleko větší vliv, což je často důvodem konfliktů s rodiči a konfliktů mezi rodiči. Vleklé a těžko řešitelné spory mohou být rovněž spouštěcím mechanismem pro vznik PPP.

Velký problém mimo jiné spatřujeme v dlouhodobém neuspokojení základních potřeb. Tím, že společnost vyžaduje štíhlost, zároveň vyvíjí především na

ženskou část populace obrovský tlak, který ženy nutí redukovat přijímanou potravu, čímž jim brání přirozeně uspokojovat potřebu lásky a bezpečí. (NOVÁK, 2010) Potřeba potravy však patří mezi základní fyziologické potřeby člověka. Bez jídla by lidský jedinec nemohl fungovat a přežít.

Nepochybujeme o tom, že už od narození souvisí potrava s uspokojováním primárních potřeb dítěte a díky kojení se vytváří a posiluje mateřské pouto mezi matkou a novorozencem. Nasycení si dítě spojuje s láskou, teplem, něhou a bezpečím a tuto bazální zkušenost si z raného dětství odnáší do dalšího života. Dostatek dobrého jídla chápe jako dostatek lásky. Problém vyvstává, pokud má dítě s jídlem negativní zkušenost. „*Odpírá-li matka dítěti v dětství jídlo, hrozí, že si dítě omezování v jídle spojí s neláskou.*“<sup>16</sup>

Podle NICE (2004) bývá ze 70 % spouštějícím mechanismem poruchy příjmu potravy nějaká nečekaná a stresující událost nebo náročná životní situace, která uvedla jedince do těžko řešitelných obtíží. Nejčastěji taková situace představuje konflikt s okolím (nemístná narážka na hmotnost, sexuální konflikty), změna prostředí (škola, zaměstnání, bydliště), nemoc, patologie v rodině (hostilní vztah rodičů, alkoholismus, domácí násilí, sexuální zneužívání), rozvod rodičů nebo odloučení od rodiny (domov mládeže, dlouhodobější pobyt v zahraničí, hospitalizace). Navíc se zpravidla nejedná o jednorázový konflikt, nýbrž o opakovanou expozici traumatizujících událostí či vleklé rodinné problémy.

Jako významný, ale dosud zcela neprozkoumaný negativní faktor představujeme separaci<sup>17</sup> a akulturaci<sup>18</sup>. Odchod od rodičů bezesporu přispívá k jídelní patologii a pro mladého člověka představuje konfliktní situaci, kdy musí vyřešit rozpor mezi touhou osamostatnit se a touhou zůstat chráněný. „*Nemoc jednak chrání dívku před nároky dalšího životního období a jednak jí umožňuje demonstrovat ambivalenci, kterou vůči odchodu z domova prožívá.*“<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2010. s. 15. ISBN 978-80-7204-657-7.

<sup>17</sup> **Separace** = odloučení původní rodiny (PAPEŽOVÁ, 2010)

<sup>18</sup> **Akultura** = přizpůsobení se cizí kultuře a životu v zahraničí (PAPEŽOVÁ 2010)

<sup>19</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 43. ISBN 978-80-247-2425-6.

Studie dokazují (Heatherton, 1997), že dívky se stávají s nástupem na Univerzitu nespokojenější se svými tělesnými proporcemi a hmotností. Dalším rizikovým obdobím je věk 18 - 20 let, který je přirozeně u většiny mladých lidí spojen s odchodem z domova.

Odchod z rodiny setkávající se s akulturací navíc představuje pro jedince ještě daleko silnější psychickou zátěž, a tudíž větší riziko propuknutí choroby příjmu potravy. Dívky přechodně žijící v zahraničí, pracující např. jako au-pair, používají regulaci potravy jako prostředek ztišující negativní pocity a stesk po rodině a blízkých přátel. Ve svých počátcích jsou často regulační diety reakcí na rychlý přírostek váhy způsobený jinou skladbou potravy a odlišným jídelním režimem, nebo pokusem o snížení váhy, který je součástí jejich snahy vykonat v zahraničí něco obdivuhodného a výjimečného.

V souvislosti s rizikovými faktory se mnoho mluví o negativním body-image. Příkladně se k názoru, že vnímání vlastního těla a subjektivní vnímání jeho přitažlivosti či odpudivosti ovlivňuje kvalitu a způsob celého života. Ovlivňuje dokonce to, s kým se jedinec přátelí, s kým vstoupí do manželství, způsob, jak komunikuje, jednání s lidmi i každodenní pocit pohody či nepohody a většina poruch příjmu potravy vzniká právě na podkladě nespokojenosti s vlastním tělem. Média tuto zhoubnou nespokojenost navíc svojí činností dále vyostřují. Předkládají nedosažitelný ideál krásy a kladou na vzhled ženy stále větší nároky. Méně spokojení jsou zpravidla se svým tělem jedinci, jejichž štíhlost pro ně představuje hlavní zdroj obživy. Tato nespokojenost je pak jedním z mnoha faktorů, které přispívají ke vzniku PPP. Mezi zvláště rizikové profese, kde tělesná hmotnost ovlivňuje výkony a úspěšnost, patří balet, gymnastika, modeling a herectví.

Rizikovou skupinou jsou také děti, jejichž BMI je oproti vrstevníkům vyšší. Tyto silné děti se velmi snadno stávají terčem posměšků ostatních vrstevníků, což se projevuje v negativních postojích k jejich vlastnímu tělu a v úpěnlivé snaze zhubnout. Držení redukční diety je však jako pohyb na tenkém ledě. Hranice mezi normou a patologií je křehká, a tudíž i těžko rozpoznatelná. „*Redukční diety zvyšují*

*riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát.*“<sup>20</sup> Je proto alarmující, že v současné době se stává redukce hmotnosti běžnou záležitostí. Téměř každá žena vykazuje některé známky anorektického chování a cíleně si hlídá svoji tělesnou hmotnost. Dietní chování navíc není neobvyklé ani u žáků ZŠ - především u 8. a 9. ročníků. (NOVÁK, 2010)

Sebehodnocení a spokojenost či nespokojenost s vlastním zevnějškem výrazně ovlivňuje rodina. Často se rodiče dopouštějí chyby a chválí štíhlost a schopnost ovládat se, což onemocnění sice primárně nevyvolává, ale určitě tak podporuje jeho rozvoj. (NOVÁK, 2010)

Odborníci na PPP často hovoří o určité typologii rodin těchto pacientů. V rodinách panují obvykle chladné citové vztahy, role členů jsou velmi nevyvážené a komunikace zpravidla probíhá pouze na základní úrovni. Někdy se o anorexii hovoří také jako o snaze „volání o pomoc“, kdy dívka touží skrze nemoc získat pozornost a lásku svých rodičů. Porucha příjmu potravy se tak stává prostředkem manipulace, jakýmsi zvláštním typem komunikace.

Často se zde vyskytují i různé patologické formy chování, existence koalice mezi rodiči a dětmi či absence rodinné hierarchie, což brání uspokojení potřeby bezpečí a jistoty. Hovoří se také o typických charakterových rysech a projevech v chování rodičů. Matky dívek s anorexií jsou zpravidla hyperprotektivní, obtěžují dítě svoji přehnanou péčí a jsou velmi dominantní. Jsou ambiciózní a cílevědomé. Mají na své děti příliš vysoké, až nedosažitelné požadavky. Očekávají ze strany svých dětí vynikající sportovní nebo akademické výkony, bez ohledu na jejich schopnosti, možnosti a přání. Vyžadují poslušnost, ukázněnost a píli, ale na druhé straně neposkytují upřímné povzbuzení a radost z dílčích úspěchů. Nepodporují samostatnost dítěte. Někteří autoři (Kog, Vandereycken) poukazují na spojitost PPP s osobností otce, který je charakterizován jako slabý a pasivní z vyšší socioekonomické třídy. K dceři si udržuje emoční odstup. Někdy je naopak popisován jako velmi dominantní, vzteklý nebo agresivní muž.

---

<sup>20</sup> MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. s. 16. ISBN 978-80-86991-09-2.

Rodiny jsou neobvykle fixovány na jídlo a dietní chování. Neobvyklý a nezdravý je i způsob stolování. Jí se ve stejný čas, v napjaté atmosféře, probíhá rigidní konverzace. V některých rodinách jsou společná jídla naopak velmi chaotická a nahodilá, chybí rodinné tradice (členové rodiny nestolují společně, chybí zasedací pořádek...). Ke vzniku PPP mohou také přispívat hádky při jídle a tendence moderní společnosti k oddělenému stolování. *„Existují důkazy o tom, že moderní trend osamoceného jezení vede k divné konzumaci, člověk si vybírá kombinace, které by v rodině nebo ve společnosti nikdy nezvolil. Lidé jedí o samotě potraviny s vysokým obsahem uhlohydrátů, soli a tuku, s nízkou schopností ukojit skutečný tělesný hlad, což vede k přejídání.“*<sup>21</sup>

Pro rodiče pacientek je také charakteristický přehnaný důraz na zdravou výživu, fitness a zájem o fyzickou krásu. Často jsou mezi rodiči pacientek napjaté vztahy a pacientky byly jako děti svědky nekonečných malicherných hádek „o ničem“.

Závažnými rizikovými faktory v rodině jsou úmrtí jednoho z rodičů, ztráta kontaktu s rodiči vlivem rozvodu, konflikty mezi rodiči a konflikty rodičů s dětmi, problematický sourozenec, zanedbávání dítěte, týrání a sexuální zneužívání.

K poruchám příjmu potravy častěji inklinují také dívky, jež prožily nějakou traumatickou událost. Podle statistik se v 10 % případů jednalo o sexuální zneužívání. (KRCH, 2004) *„Zážitek sexuálního zneužívání položí základy disociaci jako obrany před nepříjemnými prožitky.“*<sup>22</sup> Dítě, které prožilo sexuální zneužívání, nabývá přesvědčení, že nemá žádnou hodnotu. Pociťuje stud a odpor k vlastnímu tělu, se kterým podle toho v dospělosti zachází. Hladovění pacientkám pomáhá zapomenout nejen na traumatické prožitky, ale podporuje vytrácení druhotných pohlavních znaků a tělesné změny těch částí těla, kterým přikládají zodpovědnost za své sexuální zneužívání. Nejvíce jsou PPP ohroženy ženy, zneužívané opakovaně, v dětství i v dospělosti, znásilňované blízkým rodinným příslušníkem a za použití násilí. (PAPEŽOVÁ, 2010)

---

<sup>21</sup> HORNACHER, M. Na dně – příběh jedné anorexie a bulimie. Ostrava : Domino, 1998. s. 22. ISBN 80-86128-25-3.

<sup>22</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 42. ISBN 978-80-247-2425-6

Na závěr bychom poukázaly na společenskou podmíněnost PPP a nemalý vliv médií. Moderní společnost je charakteristická mnoha změnami. Od konce 60. let 20. století ztrácely na významu tradiční české hodnoty, které pro desítky let sloužily k orientaci v životě člověka. Hnutí za emancipaci žen, dezorientace v rodinných rolích a nejistota z budoucnosti se projevila ve zvýšeném výskytu toxikomanie, psychických poruch a to včetně poruch příjmu a potravy. (LEIBOLD, 1995)

21. století představuje ideál krásy prostřednictvím extrémně hubených modelek, které svojí nízkou hmotností propagují dietní programy a nadměrnou sebekontrolu. Kult štíhlosti má své kořeny již v 60. letech díky úspěchům anglické manekýnky Twiggy (viz. příloha č. 5), která diametrálně změnila pohled na ženskou krásu. Zapomnělo se na symbol plodnosti a mateřství. Tělo se redukovalo bez ohledu na jeho potřeby a zdraví člověka. *„Identifikace s hodnotami a ideálem západní kultury bývá spojena s rostoucím zájmem o tělo a často i s pocitem tloušťky.“*<sup>23</sup> Manipulací módního průmyslu jsou ohroženi především adolescenti a pubescenti, kteří snadno uvěří tomu, že hodnota člověka je v tom, zda je krásný a štíhlý, a že štíhlost je hlavním kritériem fyzické přitažlivosti. Štíhlost je spojována s bohatstvím, postupem vzhůru na společenském žebříčku, úspěchem a tyto věci jsou svázány se sebeovládáním a s disciplínou. Pacientky pokládají hubenost jako základní předpoklad životního úspěchu. Věří, že jakmile zhubnou, bude z nich nový člověk. Lepší.

Společnost prezentuje krásu a štíhlost jako socio-kulturní normu a tím určitým způsobem podporuje uniformitu. Tento postoj výrazně stigmatizuje plnoštíhlou a obézní část populace, vůči které se ve společnosti formují určité předsudky. Za atraktivní je považován ten, kdo se přibližuje ideálu. Lidé s nadváhou jsou mu značně vzdálení, a proto jsou ostatními vnímáni jako slabí, líní, nepohybliví, nudní, dokonce jako hloupí a oškliví. Tato předpojatost je pak diskriminuje v mnoha oblastech jejich života, například ve výběru partnera, v zaměstnání apod. *„V pohádkách a televizních seriálech se děti setkávají s postavami zlého nebo*

---

<sup>23</sup> KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání*. Havlíčkův Brod : Grada, 2004. s. 59. ISBN 80-247-0840-X

*hloupého tloušťka. Diskriminace a zesměšňování provází obézní děti od mateřské školy. Předsudky vůči obézním mají i někteří lékaři a učitelé.*“<sup>24</sup>

Média nás manipulují k nezdravému stravování a k redukci hmotnosti. Tyto špatné návyky jsou pak většinou pojmány jako norma, přestože jsou zdraví ohrožující, o následcích drastického hubnutí však média samozřejmě neinformují.

Sklon k redukci mají nejčastěji jedinci vyznačující se nízkým sebevědomím. Podceňují se, nevěří si, velmi silný je pocit vlastní neschopnosti a nenávisti vztážen k vlastnímu tělu. Striktní dodržování diety pak mohou pokládat za záležitost sebekontroly. Porušení dietního režimu je naopak bráno jako vlastní neodpuštělné selhání. Situace ve společnosti však nemůže být jediným faktorem, který PPP vyvolá. Všechny ženy podléhají každodennímu mediálnímu tlaku, ale jen málokterá se s ním bytostně ztotožní a stane se závislá. (LEIBOLD, 1995)

Dalším ze sociálních faktorů, které přispívají ke vzniku PPP, je současná nadměrná nabídka potravin v průmyslových státech. *„Pouze tehdy, když je společnosti zajištěna denní minimální potřeba potravin, může si jedinec vůbec dovolit vzdát se jejich příjmu anebo je náruživě pojídat v nadbytku a pak je opět úmyslně navozeným způsobem vyvrátit.*“<sup>25</sup>

## 2.4 Symptomy mentální anorexie

Je nezbytné, aby rodiče i učitelé na základních školách znali a rozpoznali typické příznaky poruch příjmu potravy u svých dětí a žáků. Čím dříve je nemoc rozpoznána, tím méně je dítě ohroženo a naděje na vyléčení naopak větší. Je důležité, aby se k ohroženému dítěti dostaly základní informace o nebezpečí těchto poruch a aby se včas dostalo do rukou pověřených odborníků.

Mezi viditelné projevy anorexie patří změny ve stravování. Nemocný nejprve začne ve svém jídelníčku omezovat některé druhy potravin (sladkosti, pečivo, živočišné tuky...). Po čase vymizí úplně a jsou nahrazeny nízkokalorickými

---

<sup>24</sup> MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. s. 23. ISBN 978-80-86991-09-2.

<sup>25</sup> LEIBOLD, G. *Mentální anorexie; Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995. s. 17. ISBN 80-205-0499-0.



produkty. Porce denního jídla se neustále zmenšují, až jsou omezeny na minimum či úplně vynechány. Nemocní se vyhýbají společnému stravování, ale vařením pro druhé jsou horlivě zaujatí. Změny jsou patrné i v jejich jídelním tempu. Jí velmi pomalu, jedno sousto přežvykují i několik minut. Přijímají velké množství tekutin, především neslazenou vodu, kterou zapíjejí hlad. Tomu, kdo nejí delší dobu, se změní způsob uvažování. Začne být posedlý jídlem. Neustále se baví o jídle, rozebírá chuť jídla, dlouho žvýká, vybírá si jídlo, které má výraznou chuť. Obvyklá je zvýšená chuť na sladké, někdy pacientky nadměrně solí a pijí silnou aromatickou kávu. V jejich chování je patrný tento základní paradox: přestože jídlo odmítají a projevují k němu navenek silný odpor, neustále se jím zabývají. Téměř celý den jsou schopny na jídlo myslet. Co si vybrat? Kolik má kalorií? Jak se ho zbavit?

Typické je ulpívání na rituálech, neschopnost přizpůsobit se změněným podmínkám. Úzkostlivé dodržování rituálů se projevuje právě v jejich jídelníčku. Mají přesně daný jídelní režim - počet porcí, soust, dobu i způsob žvýkání potravy. Seběmenší vychýlení z pevného řádu vyvolá vlnu agrese a rozhořčení.

Objevují se obsedantní myšlenky. Vtíravé myšlenky na jídlo, oblečení a hygienu, což se může projevovat v abnormální čistotě. Některé pacientky si několikrát denně myjí ruce, čistí zuby a převlékají se. Obvyklá je neschopnost vydržet v nečinnosti. Jsou citlivé na pořádek, stále uklízí, utírají prach a srovnávají věci kolem sebe. Do úhledných komínků přerovnávají oblečení ve skříni. Rády píšou. Mnoho pacientek si vede deník, díky jehož záznamům je možné zpětně proniknout do prožívání jedince v době nemoci. V době, kdy byl vůči okolnímu světu uzavřen.

Z hlediska sociálních vztahů se pacienti postupně izolují od společnosti a přerušují veškeré přátelské vztahy. Přestávají mít zájem o své koníčky, budují si systémy sebeobrany, kterými by mohli účinně ovládat své okolí. Často mezi tyto projevy chování patří smýšlení fiktivních kamarádů, konkrétně uspořádané hračky či předem daný způsob chůze po dlažbě.

Charakteristická je také zvýšená pohybová aktivita. Někteří cvičí i desítky hodin denně – často do naprostého vyčerpání. Objevuje se tzv. zhmotnělé vědomí. Pacientky svá vlastní těla pozorují cizíma očima, jakoby jim přes rameno nahlížel nějaký cizí pozorovatel, který stále zjišťuje další a další nedostatky. Vyskytuje se

pocit zrcadlového vidění. Osobnost pacientek je rozpolcená na vlastní já a jeho obraz, na tělo a mozek. (HORNACHER, 1998)

Nadměrně se soustředí na svoji tělesnou hmotnost. Váží se několikrát denně, postávají před zrcadlem, měří si a zapisují tělesné míry, nosí buď obtažené, nebo naopak plandavé oblečení, zadržují dech a zatahují břicho. Ovládá je strach z tloušťky, ale ať zhubnou sebevíc, jejich strach se neztrácí, paradoxně roste.

Zásadní je i kategorický odpor k jídlu. V duchu třídí lidi kolem sebe podle tloušťky, obézní považují za nedisciplinované a slabé. Jedním z dalších výrazných rysů je neopodstatněná sebenávist, perfekcionalismus a úpěnlivá snaha naplnit očekávání druhých. Anorektičky jsou vnímavější k tomu, jak jejich potřeby vnímají ostatní, než k potřebám samotným. Jejich identita je budována zvnějšku.

Velkým problémem, který ohrožuje samotný život pacientek, jsou sklony k sebepoškozování, sebetřýznění a pokusům o sebevraždu.

### 3. Mentální bulimie

Mentální bulimií trpí téměř každá dvacátá dívka v České republice, což je 6 % z celkové populace. (NOVÁK, 2010) Z 70 % se vyskytuje u dívek ve věku 16 – 20 let. Ale postihuje i dívky mladší (13 – 15 let), dospělé ženy a ojediněle také mladé chlapce. Vyznačuje se neodolatelnou touhou po jídle a chorobným přejídáním. Ataky obžerství střídají obvykle kratší intervaly hladovění, dietní chování a přehnaná až patologická kontrola tělesné hmotnosti.

Epizody záchvatů nadměrné konzumace potravy v krátkém čase končí zpravidla zvracením nebo jinak vyvinutou snahou zbavit se právě pozřené potravy, kdy jsou také hojně využívána projímadla, diuretika a laxativa. Nemocní trpí depresemi a pociťují k sobě a ke svému tělu, které vnímají jako odporné, velkou nenávist. Stejně tak vztahy k ostatním jsou narušené a povrchní. Bulimičky často propadají závislosti na alkoholu, drogách a jiných psychotropních látkách. (MARÁDOVÁ, 2007)

Nemoc bývá často vyvolána nějakou psychosociální zátěží a mnohdy jí předchází epizody mentální anorexie. Na rozdíl od mentální anorexie se však u této poruchy příjmu potravy zpravidla nevyskytuje dramatický úbytek na váze. Pokud ano a BMI pacientek je nižší než 17,5, jedná se o tzv. bulimickou purgativní formu mentální anorexie. Autor publikace Společnost kultura a poruchy příjmu potravy Michal Novák od sebe odlišuje 2 formy mentální bulimie. Purgativní forma je charakteristická zvracením. Nepurgativní formou naopak nazývá bulimii, jejíž průběh je charakteristický střídáním epizod přejídání a epizod drastických diet a cvičení. Pacient trpící touto druhou formou nezvrací.

Osobnost bulimiček je charakteristická sníženou schopností sebeovládání, impulzivitou a nadměrnou sebekritičností. Typický je také subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem, depresivní nálady, sklony k sebepoškozování a sebevražednému jednání. 0 – 2 % pacientek mentální bulimii podlehnou. Pouze 2/3 se z této nemoci vyléčí (MARÁDOVÁ, 2007).

### 3.1 Epidemiologie mentální bulimie

Mentální bulimie se podle epidemiologických studií vyskytuje v populaci častěji než mentální anorexie, přesto je o jejích podobách, etiologii a symptomech laická společnost méně informovaná. Mnohdy se tyto dvě základní formy PPP navzájem prolínají, přecházejí jedna v druhou nebo se vyskytují v tzv. atypických formách (F 50.1, F. 50.3). Z hlediska rizikového období se oproti mentální anorexii mentální bulimie objevuje později, nejvíce jsou ohroženy dívky ve věku 16 – 25 let.

Výsledky celoživotní prevalence mentální bulimie žen v USA a Kanadě se v současnosti pohybují mezi 1,1 – 2,8 %. U mužů se mentální bulimie vyskytuje spíš výjimečně. Tvoří pouze 0,1 – 0,4 % z celkového počtu případů. Prevalence v populaci je stejně jako u mentální anorexie nižší, dosahuje 0,1 % - 0,2 %, což je 8 – 10 % z celkového počtu případů. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Občanské sdružení Anabell na svých webových stránkách potvrzuje výskyt mentální bulimie v rozmezí 1 – 3 % z celkové populace. Navíc poukazuje na významné procentuální zvýšení výskytu v populaci středoškolaček a studentek vysokých škol. (OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL [online], 2010). Tento názor podporuje i PhDr. František David Krch: „*Mentální bulimií u nás trpí, asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat až u deseti procent mladých žen.*“<sup>26</sup> Podle výzkumů není se svým tělem spokojeno až 60 % studentek středních škol a polovina z nich se snaží o snížení tělesné hmotnosti.

Incidence onemocnění MB neustále vzrůstá, ale mnoho pacientů zůstává bohužel nevidováno. Předpokládá se, že lékařskou pomoc vyhledá pouze 12 % pacientů trpících mentální bulimií. Dalším specifikem 21. století je zvýšení počtu diagnóz, kdy pacientky udávají počátek bulimických obtíží až v dospělém věku. Jedná se většinou o vdané ženy, které touží po ideální tělesné hmotnosti a atraktivitě. Ve snaze zastavit proces stárnutí, se stávají oběťmi redukčních diet, které se snadno mohou rozvinout v PPP. (KRCH, 2000)

---

<sup>26</sup> KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. s.24. ISBN 80-7169-946-2.

### 3.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Pacienti s diagnózou mentální bulimie mají neukojitelnou touhu po jídle a jídlem se zabývají neustále. Dochází u nich k opakovaným epizodám přejídání alespoň dvakrát týdně v průběhu tří měsíců. Po nekontrolované a nadměrné konzumaci potravin se snaží výkrmný účinek potlačit vyvolaným zvracením či užitím projímadel. „*Po každé epizodě se pocit vlastní neschopnosti prohlubuje.*“<sup>27</sup> Celý proces doprovází paranoia z tloušťky. Na nemoc často upozorňuje nápadně kulatý obličej, což způsobují otoky slinných žláz.

V systému Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10, 2006 (viz. příloha č. 6) je mentální bulimie zařazena do kategorie s označením F 50.2. Pro atypickou formu mentální bulimie, kdy chybí v diagnóze pacienta jeden nebo více ze základních příznaků onemocnění, je užíváno označení F 50.3. (SUCHOPÁROVÁ, 2009)

V systému DSM-IV pozitivně hodnotíme přesné vymezení frekvence záchvatů přejídání a následného zvracení pro daná časová období. Aby mohla být u pacienta diagnostikována mentální bulimie, musí k takovému jednání docházet minimálně 3krát týdně po dobu 3 měsíců.

Stejně jako systém MKN-10 i v DSM-IV jsou zahrnuty atypické formy označované zkratkou EDNOS, Eating Disorders Not Otherwise Specified. Mezi atypické formy mentální bulimie jsou zařazeny případy, kdy žena pravidelně menstruuje, její hmotnost odpovídá normální tělesné váze, frekvence záchvatů nespĺňuje stanovenou pravidelnost ani dobu tří měsíců, používání kompenzačních mechanismů i po konzumaci běžné porce jídla, nebo případy, kdy po záchvatech přejídání kompenzační mechanismy charakteristické pro mentální bulimii naopak použity nejsou. (PAPEŽOVÁ, [online], 2011)

Za jednu z atypických forem MB je také považováno dnes velmi rozšířené psychogenní přejídání. Podle klasifikace je vyžadováno přejídání tohoto typu alespoň

---

<sup>27</sup> SUCHOPÁROVÁ, L. *Správnou výživou proti anorexii a bulimii*. Praha : Státní zdravotnický ústav, 2009. s. 7. ISBN: 978 – 80 – 7071 – 309 - 9 (CD)

2krát týdně v období nejméně 6 měsíců. Pro diagnózu je typická navíc existence minimálně tří z těchto projevů: (rychlá konzumace jídla, jedení bez pocitu hladu, nepříjemný pocit sytosti, osamělá konzumace potravy, pocity studu, znechucení, viny a deprese po záchvatu přejídání.

Léčba pacientů s atypickou formou poruchy probíhá stejně jako u pacientů s typickou formou mentální bulimie. (PAPEŽOVÁ, 2010)

### 3.3 Etiologie mentální bulimie

Mentální bulimie zasahuje člověka po stránce fyzické, psychické i sociální a stejně tak, jak jsou rozmanité dopady na jeho osobnost, jsou rozličné i faktory, jež mentální bulimii mohou predisponovat. V současnosti se hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti.

Přestože je mentální bulimie samostatnou diagnózou, etiologie onemocnění je obdobná s etiologií mentální anorexie. Obě poruchy mají mnoho společného, často se prolínají či plynule přechází jedna v druhou, proto také jejich prevence i léčba probíhá zpravidla současně bez větších rozdílů.

Mentální bulimii může vyprovokovat souhra několika faktorů, které jsou detailně popsány již v kapitole 2.4 *Etiologie mentální anorexie*. U predisponujících faktorů mentální bulimie bychom z biologických faktorů navíc upozornily zvláště na větší hmotnost a tělesné proporce a na abnormální hladinu glykémie. Z psychologických aspektů stojí za zmínku některé charakteristické rysy osobnosti pacientů a z vlivů sociologických je zajímavá příslušnost k určité sociální vrstvě a shody v jejich rodinných anamnézách.

Jedním z hlavních ukazatelů mentální bulimie je chorobný strach z tloušťky, z čehož plyne zásadní vliv tělesné hmotnosti na její etiologii. V anamnézách mnohých pacientek se objevuje nadváha nebo je obezita zaznamenána u jejich rodinných příslušníků. Dívky trpící v dětství nadváhou mají tendenci k držení redukčních diet a ke kolísání váhy. Redukční dieta stojí na počátku většiny případů mentální bulimie a zvyšuje asi osmkrát riziko jejího vzniku. Problematické je, že okolí je jejich hubnutím nejprve nadšeno a jejich výsledky chválí, tím bohužel nevědomky nadále podporují rozvoj poruchy.

V rodinné anamnéze se však může objevovat i opačný problém – vyhublost. Pokud se jedinec identifikuje s lidmi, kteří jsou příliš hubení, vyvstává v konfrontaci s nimi smyšlenka o vlastní nadváze.

Na abnormální hladinu glykémie u bulimických pacientek upozorňujeme proto, že glykémie neboli hladina cukru v krvi, významně ovlivňuje pocit hladu. Cca za 20 minut po konzumaci jídla hladina krevního cukru stoupá a zároveň člověk přestává pociťovat hlad. „*Krevní cukr je potom zpracován za pomoci inzulínu. Zvýšená produkce inzulínu vede k rychlejšímu zpracování krevního cukru. Hladinu krevního cukru nejrychleji zvýší sladkosti a potraviny s vysokým obsahem škrobu (především pečivo), ale i alkohol nebo kofein.*“<sup>28</sup>

S každým zvýšením hladiny cukru se zároveň vyplaví také velké množství inzulínu. Inzulín umožňuje buňkám rychlé zpracování cukru, což způsobí pokles glykémie, mnohdy hrozí až hypoglykémie. Člověk trpící hypoglykemií reaguje na nedostatečný přísun potravy intenzivním pocitem hladu, malátností, zmateností, není schopen soustředění. Často v takové situaci pociťuje úzkost, deprese, mohou se objevit i bolesti hlavy nebo jiné fyzické obtíže. Tito lidé vyhledávají v kritickém okamžiku potraviny, které jim hladinu cukru rychle zvýší, což hypoglykémii paradoxně ještě více prohlubuje, jelikož se společně s cukrem zvýšila i produkce inzulínu. Koloběh hladu a přejídání se samozřejmě odráží na tělesné hmotnosti. Východiskem nemohou být drastické diety ani zvracení a užívání medikamentů, ale jedině pravidelný jídelní režim složený z plnohodnotných potravin (ryby, maso, mléčné výrobky, celozrnné pečivo...).

Z výše napsaného vyplývá, že hypoglykemické osoby jsou vystaveny daleko častěji pocitům hladu a riziku propuknutí záchvatovitého přejídání nebo mentální bulimie. (KRCH, 2000)

Z osobnostních faktorů bychom poukázaly na daleko vyhraněnější extrovertní zaměření bulimiček oproti pacientkám s mentální bulimií. Bulimičky se vyznačují velkou emociální labilitou a depresivní náladou. Deprese u bulimiček souvisejí především s panickým strachem z tloušťky a s nezvladatelnými atakami přejídání, po nichž ženy pociťují vinu a osobní selhání. Dalším rysem osobnosti je impulzivita.

---

<sup>28</sup> KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. s.17. ISBN 80-7169-946-2.

S ní se obvykle pojí také malá zdrženlivost a jiné patologické formy chování (lhaní, krádeže, požívání návykových látek, sebepoškozování...) V některých případech byla zaznamenána promiskuita a ambivalence v sexuální orientaci.

Cca u 2 % pacientek se vyskytuje hraniční porucha osobnosti, objevuje se také psychastenie<sup>29</sup> a hysteroidní struktura osobnosti. (COHEN, 2002)

Přikláníme se také k jisté spojitosti mentální bulimie s příslušností jedince k určité sociální vrstvě. PPP jsou často popisovány jako tzv. exkluzivní onemocnění. Tato představa vznikla z předpokladu, že se vyskytují především ve středních a vyšších sociálních vrstvách, což potvrzují i diagnózy známých osobností (princezna Diana, herečka Audrey Hepburnová nebo zpěvačka Karen Carpenterová a mnoho dalších).

*„Podle několika populačních studií dívky s bílou barvou pleti a z rodin s vyššími příjmy jsou v průměru na počátku dospívání silnější, ale koncem dospívání štíhlejší než dívky z rodin s nižšími příjmy nebo s tmavou barvou pleti.“<sup>30</sup> Vyšší tělesná hmotnost v dospívání samozřejmě zvyšuje tendenci k redukčním dietám, avšak sociologové poukazují, že v současnosti se vyhublost stává významnou hodnotou i pro lidi z nižších sociálních vrstev, nehledě na rasu a kulturu. (KRCH, 2000)*

Na závěr bychom rády ze sociologických vlivů uvedly několik shodujících se charakteristik v rodinných anamnézách pacientek. Rodiny pacientek s mentální bulimií se vyznačují několika typickými rysy a projevy ve fungování společné domácnosti. V rodinách je často absence řádu a pravidel. Členové jsou velmi emotivní a dostávají se tak do vzájemných konfliktů. Výchova je chaotická, nedůsledná, a proto ani reakce rodičů nelze předem odhadnout. Vlivem této situace dítě permanentně pociťuje nejistotu a úzkost, což se negativně odráží na jeho osobnosti.

V publikaci *„Bulimie, jak bojovat s přejídáním“* však pan doktor Krch upozorňuje na fakt, že tyto rodinné charakteristiky byly zjištěny i v rodinách s jinak

---

<sup>29</sup> **Psychastenie** = duševní onemocnění charakterizované fóbiemi, nutkavými představami nebo přílišnou úzkostí.

<sup>30</sup> KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. s. 25. ISBN 80-7169-946-2.



chronicky nemocnými dětmi. Tudíž existence typické bulimické rodiny nebyla doposud vědecky prokázána. (KRCH, 2000)

### 3.4 Symptomy mentální bulimie

Průběh mentální bulimie je velmi dlouhodobý a pro okolní pozorovatele je i velmi nenápadný, jelikož pacientky mají zpočátku normální tělesnou hmotnost. Abnormální jídelní návyky přetrvávají u pacienta i několik let, avšak liší se v jednotlivých případech svoji intenzitou. Mentální bulimie má několik podob. U některých pacientek se může projevit pouze jako jediná epizoda s úplnou remisí<sup>31</sup>, u jiných se epizody nemoci projevují po dobu několika let a u části pacientů může mít i chronický průběh (10 – 15 let).

Mezi základní symptomy mentální bulimie patří nadměrné soustředění na tělesnou hmotnost a neopodstatněný strach z tloušťky. Dívky se neustále zabývají jídlem, které snědly a kalorickou hodnotou potravin. Váží se několikrát denně, téměř po každém jídle a pití. Jejich hlavním cílem je zhubnout nebo alespoň nepřibrat. S tímto přirozeně souvisí změny ve stravování. Pacientky se obvykle řídí podle přesně stanoveného jídelního režimu, jehož složení však nepředstavuje pro tělo dostatečnou energii. Přísně stanovený jídelníček a přehnaná kontrola tělesné hmotnosti přispívá k opakovaným atakům přejídání. Vlivem vyhladovění klesá schopnost sebeovládání. Množství snědeného jídla během záchvatu se u jednotlivých pacientek značně liší. Některé bulimičky jsou schopné pozřít až 20 000 kalorií během jediného záchvatu. Hltají vše, co je v dosahu. Obvykle se ale kalorická hodnota zkonsumované potravy pohybuje v rozmezí 1500 až 4000 kalorií.

*„Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství.“<sup>32</sup>* Mnohé pacientky vnímají jako přejedení každé nedodržení jídelního režimu. Nedostatečná kontrola nad zkonsumovanou potravou vyvolává pocity úzkosti, selhání, viny a sebenenávisti,

---

<sup>31</sup> **Remise** = návrat k původnímu fungování pacienta před vypuknutím nemoci

<sup>32</sup> KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. s.14. ISBN 80-7169-946-2.

což pacientky vede k naléhavé potřebě zbavit se právě zkonsumované potravy. Uchylují se tak k uměle vyvolanému zvracení, k užívání projímadel, diuretik, laxativ a dalších medikamentů příslibujících redukci hmotnosti.

PhDr. František David Krch mluví o vnějších a vnitřních důvodech k přejídání. Z vnějších důvodů zde figuruje snadný přístup k potravě, nevhodné stolování a chaotický jídelní režim či nevhodné poznámky okolí. Z vnitřních činitelů se nejvíce uplatňuje pocit hladu, který přirozeně roste s dodržováním redukčních diet a rigidně sestaveného jídelníčku a negativní psychické rozpoložení. Cyklus přejídání a vyprazdňování představuje pro pacienty určitý způsob zvládnání stresu, a stává se tak nevhodným prostředkem pro řešení nejrůznějších problémů a náročných životních situací. Vyvolané zvracení či jiné způsoby vyprázdnění přináší pocity úlevy a navozují pocit získané sebekontroly, což je dojem pouze krátkodobý. Ve skutečnosti takové jednání pouze zvyšuje riziko návyku. (KRCH, 2000)

## 4. Následky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy bezprostředně ohrožují život pacientů. Psychosomatické potíže a hrozba smrti však zpravidla nejsou dostatečným důvodem, aby nemocní své jídelní návyky upravili. PPP pak mohou být chápány jako jistá forma sebevražedného jednání. A mnohé pacientky považují smrt za vysvobození.

Následky mentální anorexie a mentální bulimie jsou podobné, avšak u mentální bulimie se k jejich výčtu přidružují navíc zdravotní problémy, které způsobuje opakované přejídání a časté zvracení. U mentální anorexie jsou zase výraznější komplikace způsobené extrémní podvýživou, která vyvolává změny ve většině tělesných funkcí.

Nedostatkem tělesného tuku vynechává nebo zcela vymizí menstruace. Velký problém také představují poruchy reprodukce. „*Poměrně častou porodní komplikací bývá u bulimie předčasný porod a nízká porodní váha dítěte.*“<sup>33</sup> U anorektiček je vyšší riziko neplodnosti z důvodu nefunkčnosti vaječníků či zakrnění dělohy.

Tzv. amenorea (absence menstruace) navíc kvůli nedostatečnému zadržování vápníku způsobuje úbytek kostní hmoty (osteoporózu) a podílí se tak na četných zlomeninách kyčle, které jsou jednou z hlavních příčin smrti převážně u pacientek trpících mentální anorexií. Osteoporóza je navíc jedním z řady nevratných následků.

Dalším problémem je snížená termoregulace a nízká teplota periferních částí těla, což se projevuje citlivostí na chlad, zimomřivostí, až vznikem omrzlin. Snížená je také imunita a krevní tlak (hypotenze), s nímž souvisejí časté závratě. Srdeční tep je zpomalený (bradykardie), nastávají srdeční obtíže. U pacientek s mentální anorexií je snížení tepové frekvence běžné na 60 tepů za minutu. U mnohých lékařů diagnostikovali tepové frekvence nižší než 40 tepů za minutu, dokonce byl zjištěný nález 28 tepů za minutu. Srdeční arytmie je vedle sebevraždy a těžké malnutrice nejčastější příčinou úmrtí pacientek s mentální anorexií. Hladovění má také negativní vliv na snížení srdeční hmoty myokardu a způsobuje abnormality diastolické i

---

<sup>33</sup> KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. s. 21. ISBN 80-7169-946-2.

systolické funkce. *“U pacientek s mentální anorexií jsou kardiální abnormality přítomné až v 86 %.”*<sup>34</sup>

Ohrožení oběhovým selháním je vysoké, proto je nutné klinické sledování lékařem, který má s možnými komplikacemi zkušenosti. Pacientky trpící bulimií mají srdeční rytmus nepravidelný, což je způsobeno nízkou hladinou draslíku. Mohou vyvstat také neurologické komplikace, kdy pacient pocítuje nepříjemné závratě, ojedinělá není ani ztráta vědomí.

U anorektiček je pozorovatelné proximální<sup>35</sup> slábnutí končetin, namodralé až mramorově fialové zbarvení kůže končetin (akrocyanóza), otoky kotníků a výrazné hubnutí. U bulimiček postava často klame. Jejich váha neustále kolísá, proto nemusejí být nutně štíhlé. Cukry se štěpí už v ústech a zvracení jejich vstřebávání nezabrání. Vlivem opakovaného přejídání nastává pocit nepříjemné plnosti a nadmutosti. *„Plnost může vést až ke ztrátě dechu a dýchavičnosti, protože tlak na bránici překáží dýchání. Výjimečně může dojít k poškození žaludeční stěny.”*<sup>36</sup> Diagnostikovány byly také případy akutní slinivky břišní, objevuje se plynatost, ale i problémy se zažíváním jako je zácpa, nebo naopak průjemy. Nevhodná skladba potravy navíc může způsobit hypoglykémii. (KRCH, 2000)

Nadměrným přísunem potravy se navíc rozšiřuje žaludek, přestává fungovat činnost střev. Objevují se žaludeční vředy a vředy na jícnu. Natržení jícnu je pak často příčinou vnitřního krvácení. Díky opakovanému zvracení trpí bulimičky záněty dásní, otoky slinných žláz pod čelistí, mají prasklé cévky pod očima, narušenou rovnováhu tělesných tekutin a solí, čímž jsou zatěžovány ledviny a srdce. Uměle vyvolané zvracení navíc způsobuje na hřbetě nebo kloubech dominantní oděrky, z nich se tvoří mozoly, které se v lékařském slangu nazývají „Russellovo znamení“. (HORNBACHER, 2008)

Žaludeční šťávy poškozují zubní sklovinu a způsobují častou kazivost zubů. Stomatologové poškození zubů vlivem zvracení dokážou dobře rozpoznat, proto

---

<sup>34</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 170. ISBN 978-80-247-2425-6.

<sup>35</sup> **Proximální** = bližší k trupu

<sup>36</sup> KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada, 2000. s.20. ISBN 80-7169-946-2.

mohou být jedni z prvních, kdo mentální bulimii u pacientky diagnostikuje. Nebezpečí představuje užívání projímadel a močopudných prostředků, které způsobují ztráty minerálních látek a dalších živin. Nerovnováha tělesných tekutin a solí nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Obzvlášť je životu nebezpečná ztráta tekutin. (KRCH, 2000) Projímadla paradoxně tělesnou hmotnost výrazně neovlivní, jelikož vyprázdní zejména tlusté střevo, ale energii využívá tenké střevo. Na projímadlech si navíc pacientka snadno vypěstuje závislost. Pro vyprázdnění potřebuje stále větší dávky a užívání projímadel pak způsobuje zácpu, nevolnost a nepříjemné otoky. Otoky končetin vznikají vlivem nahromadění tekutin v kloubech a v kůži, což vede k omezení hybnosti. Nepříjemné jsou bolesti hlavy, poruchy spánku, křeče a celkově snížená výkonnost organismu.

U pacientek s PPP je výrazně zhoršená kvalita nehtů a pleti, která je suchá, šupinatá, praskající, promodralá až nažloutlá. Vlasy jsou suché, lámou se a padají. Vlivem hormonálních změn se po celém těle objevuje jemné ochlupení (lanugo). Častým jevem je chudokrevnost a výskyt ketonů v moči (kyselinové sloučeniny, které se akumulují v krvi a jsou vylučovány v moči u jedinců, kteří trpí hladovkou). Odchytky jsou zaznamenávány i ve vylučování inzulínu, hladina kortizolu je zvýšená. Vážné bývá poškození jater vlivem nedostatku živin.

Mezi psychosomatické potíže patří poruchy spánku, bolesti hlavy a břicha, zácpa, časté nucení na močení, nezvladatelná únava, až celkové vyčerpání organismu. Narušení elektrolytické rovnováhy se projevuje všeobecnou slabostí, zmatením a snížením poznávacích procesů. Psychika je labilní. Sílí deprese, podrážděnost, pocity úzkosti a zničující nejistota. I malé problémy se zdají být neřešitelné. Pacientky jsou malaadaptivní, egocentrické, trpí šířajícími pocity viny a sebenávisti. V myšlenkách se pacienti neustále zabývají jídlem a ztrácí zájem o vše, co se jídla netýká. Nálada je ovlivněna především jejich aktuální tělesnou hmotností. Některé pacientky ovládají depresivní stavy, které jsou spojené s obavami z tloustnutí a s pocitem vlastní nedokonalosti. Objevují se sebepoškozující praktiky, dokonce i myšlenky na smrt. (KRCH, 2000)

V sociální oblasti se PPP projevují přerušáním přátelských i dalších společenských vztahů. Pocit tloušťky, předpojatost a nedůvěřivost vůči svému okolí může vyústit až v úplnou sociální izolaci. Objevují se stále ostřejší a častější

konflikty s rodiči i ostatními blízkými. Sexualita jedince prudce upadá, jelikož odpor k vlastnímu tělu přirozeně znemožňuje jakýkoli fyzický kontakt s druhou osobou.

#### **4.1 Léčba poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy zasahují celou osobnost pacienta. Ovlivňují jeho fyzický a psychický stav i jeho sociální situaci. Následky bývají fatální. I přes vysoké riziko smrti mnoho pacientů však odmítá odbornou pomoc, brání se léčbě, nespolupracuje. Dají cokoli za to, být štíhlí, dokonce i svůj vlastní život.

Léčba představuje dlouhodobý proces, na němž spolupracuje team řady odborníků: lékaři, psychiatři, psychologové a výživoví specialisté. Východiskem pro jejich práci je vědomí multifaktoriální podmíněnosti onemocnění. Proto je nezbytné PPP posuzovat a léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu (posoudit psychický somatický i sexuální vývoj ohroženého jedince). Spolupráce pacientky a její rodiny významně usnadňuje a urychluje diagnózu. První kontakt s nemocným má zpravidla praktický lékař, pediatr nebo gynekolog. Aby bylo možné u pacienta existenci PPP potvrdit či vyvrátit, musí být jedinec podroben lékařskému vyšetření, které v případě zjištění nemoci stanoví závažnost poruchy a míru ohrožení pacienta. Fyzikální vyšetření se zaměřují zejména na kardiovaskulární systém a metabolické procesy. U pacientů s mentální anorexií lékaři sledují především hmotnost pacienta a důkazy, které dokládají podvýživu (zpomalený srdeční tep, namodralá kůže končetin, snížený krevní tlak, chudokrevnost). Alarmující je ztráta druhotných pohlavních znaků, snížená hladina mědi, zinku, hořčíku a množství vitaminů rozpustných v tucích. Zpravidla se provádí jaterní testy, kardiologická a neurofyzilogická vyšetření, zubní prohlídka a ultrazvuk vaječníků.

V existenci PPP může lékaře utvrdit i chování pacienta, pro které jsou typické záchvaty vzteku, popírání nemoci a neochota spolupracovat na léčbě. Nápadný je i vzhled pacienta, který je výrazně neupravený. Volné oblečení mnohdy záměrně maskuje vyhublost. Častá jsou viditelná poranění na těle od pořezání či popálení, která jsou následkem sebepoškozování. (COHEN, 2002) Pro včasnou a správnou diagnózu PPP, která je základním předpokladem pro efektivnost léčby bylo vyvinuto 5 screeningových otázek SCOFF:

1. *Cítíte se někdy až k zbláznění nepříjemně plná?*
2. *Bojíte se ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla?*
3. *Ztratila jste v poslední době na váze více než 7 kg za dobu 3 měsíců?*
4. *Myslíte si, že jste tlustá, když si ostatní myslí, že jste příliš štíhlá?*
5. *Myslíte si, že jídlo ovládá Váš život?* (PAPEŽOVÁ 2010)

Dalším předpokladem úspěchů léčebného procesu je vnitřní motivace pacientky léčit se a aktivní spolupráce její rodiny. Pacient musí pochopit, že nesprávné jídelní návyky souvisejí se sníženou schopností zvládat stres, emoce, nudu a také často s neadekvátními ambicemi. Některé pacienty se podaří zcela vyléčit a eliminovat nebezpečí relapsu, jiné se však s PPP potýkají celý život. Z hlediska prognostického má dlouhodoběji příznivější průběh mentální bulimie. Pacientky zpravidla vykazují vůli uzdravit se a mnoho z nich se skutečně s odbornou pomocí vyléčí. Ve prospěch uzdravení vypovídá mimo jiné také nepřítomnost kachexie<sup>37</sup>, tudíž ve většině případů není nutné vynakládat lékařské úsilí na zvýšení tělesné hmotnosti pacienta. Statistiky jsou příznivé pro celých 60 % pacientů s mentální bulimií. (SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ; POLANSKÁ, 2007)

U pacientek s MB lékaři nejčastěji přistupují k ambulantní léčbě, která probíhá na základě pravidelné psychoterapie a užívání medikamentů za stálého dohledu a podpory rodiny. Další možnost představují svépomocné skupiny, laické intervence a teprve je-li pacient v ohrožení života, přistupují lékaři k hospitalizaci. U pacientek s mentální anorexií je hospitalizace často, vzhledem k jejich výrazné podvýživě, nezbytná. V případě selhávání základních životních funkcí jsou pacienti uměle vyživováni a omezováni v pohybu na metabolické jednotce. „*Jediná spolehlivá léčba je nárůst hmotnosti.*“<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> **Kachexie** = nepřiměřený úbytek hmotnosti vlivem jakéhokoliv onemocnění

<sup>38</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 150. ISBN 978-80-247-2425-6.

#### 4.1.1 Formy léčby poruch příjmu potravy

Formu léčby volí lékař na základě výsledků lékařského vyšetření po dohodě s pacientem nebo jeho zákonným zástupcem. Většina pacientek je, alespoň v počáteční fázi onemocnění, vhodná pro ambulantní léčbu nebo pro parciální hospitalizaci na denním stacionáři. Je nezbytná týmová spolupráce. Nejvhodnější je, aby se na procesu léčení podílel nejen lékař, ale také nutriční sestra a terapeut. Velmi účinné se jeví konzultace s psychiatrem, čemuž se však mnozí pacienti i jejich rodinní příslušníci brání. Důvodem je zpravidla strach ze stigmatizace nebo také pocity viny a studu. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Pro pacienty, u nichž jsou diagnostikovány méně závažné příznaky onemocnění, představují jistou možnost léčby svépomocné skupiny, svépomoc, laické intervence a edukativní (vzdělávací) osvěta. Činnost svépomocných skupin umožňuje vyslechnout zkušenosti a životní příběhy ostatních, což zúčastněným pomáhá pochopit patologii vlastního dietního chování. Učí je identifikovat stresory, které přejídání spouštějí a podporují osvojení adaptivnějších způsobů zvládnání stresu, čímž se podílí na prevenci relapsu. (PAPEŽOVÁ, 2010) Svépomoc vyžaduje od pacientů daleko větší sebedisciplínu, jelikož obnáší každodenní práci na celkové změně vlastního chování a postojů a silnou vůli uzdravit se. Pacient si musí být vědom, že k vyléčení nedochází ze dne na den. Neměl by si klást nedosažitelné cíle, ale cíle zcela konkrétní a splnitelné a postupovat od srozumitelných a aktuálních kroků. (KRCH, 2000) Tzv. laické intervence představují pomoc blízkého okolí pacienta, na které je přímo úspěšnost léčby PPP závislá. Edukativní osvěta je přínosná především zprostředkováním nutričního poradenství, učí technikám zvládnání stresu či nabízí školou organizované preventivní programy. (MINAŘÍKOVÁ, 2010)

Jelikož jsou PPP řazeny mezi psychiatrické poruchy, je jedním z pilířů, na kterém stojí úspěšná léčba, psychoterapie. Základem úspěchu je navázání důvěrného vztahu mezi terapeutem a pacientem, který předpokládá ze strany terapeuta respekt, úctu a pochopení. Základním psychoterapeutickým nástrojem je rozhovor. Psychoterapie může probíhat v nemocnici, v ambulanci, ve specializovaném centru nebo ve stacionáři. Její podoby závisejí na počtu účastníků a vzájemných vztazích mezi nimi. Rozlišujeme individuální, párovou, rodinnou,



vícerodinnou a skupinovou psychoterapii. Individuální psychoterapie je účasten pouze terapeut a klient, kteří společně pracují na řešení problému. Z důvodu zásahu mentální bulimie do partnerského života, nalézají stále větší uplatnění psychoterapie párová, která předpokládá nejen aktivní účast pacienta, ale také spolupráci jeho partnera. U dětí a dospívajících je nejčastěji využíván model rodinné psychoterapie, během které má terapeut přímý kontakt s rodiči pacienta. Vyšetření rodiny a vytvoření rodinné anamnézy může pomoci nalézt příčinu PPP. Rodinná terapie je však přínosná i pro ostatní členy v rodině, protože každá dlouhodobější vážná nemoc ovlivňuje charakter rodiny, vnitřní vztahy a celkový rodinný životní styl. Mění se také hodnoty a zájmy všech členů, všichni své síly a iniciativu směřují na zvládnutí nemoci. (VÁGNEROVÁ, 1999) Snahou terapeuta je těmto rodinným vztahům porozumět, korigovat interakci mezi členy v rodině, podpořit jejich vzájemnou komunikaci a naučit je používat efektivní strategie v řešení problémů. Vícerodinná terapie je využívána pouze jako doplněk léčby k dalším formám psychoterapie. Řídí ji 3 – 4 terapeuti a účastní se jí několik rodin, které spojuje stejný problém. Zde je prostor pro získávání zkušeností a vzájemnou podporu. Poslední typ představuje skupinová psychoterapie, během které terapeut pracuje se skupinou pacientů se stejnou nebo obdobnou poruchou. Tento model využívá skupinové dynamiky, interakce a vzájemných vztahů, které se významně podílí na účinné motivaci k léčbě.

V moderní medicíně je vyzdvihována kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která se snaží dosáhnout u pacienta normální tělesné hmotnosti, změnit jeho jídelní chování, postoj k jídlu a váze. Psychoterapeuti pracují na budování zdravého sebevědomí a přiměřeného sebehodnocení pacienta, čímž pozitivně přispívají k prevenci relapsu, který je u PPP aktuální až v 50 % případů. První krok v behaviorální intervenci představuje motivace ke změně. Doplnující formou léčby může být i individuální psychoterapie a psychoedukace pacientů i jejich rodičů. Zcela zásadní je navíc nutriční intervence. Představuje postupné a strukturované zařazení přiměřeného množství potravy v pravidelných intervalech. Jejím cílem je postupné zvyšování hmotnosti o 0,5 -1 kg za týden až k hranici normální hmotnosti vzhledem k danému věku i pohlaví pacienta a znovunastolení menstruace a ovulace. U pacientek s mentální bulimií je intervence zaměřena zejména na omezení záchvatů přejídání, snížení frekvence vynuceného zvracení, eliminaci dysfunkčních myšlenek a strachu z tloušťky. *„S tím často souvisí návrh terapeuta, aby nemocný zapisoval*

*jídelní záznamy. To je velmi užitečná technika pro předcházení záchvatům přejídání a zároveň nepřibírání na váze.*“ (KULHÁNEK, J. [online], 2011)

Zapisování jídelních záznamů by mělo být každodenním rituálem. Nejprehlednější jsou zápisy do předem vypracovaných formulářů s kolonkami: čas, druh jídla nebo nápoje, místo, pocit, zvracení či přejedení a poznámky nebo zajímavé okolnosti. Pacient by měl dojít k závěru, že nejčastějším důvodem přejídání je hlad. Pocitům hladu lze však předcházet plánovitou, včasnou a přiměřenou stravou (4 - 6 jídel denně). Pro ještě lepší porozumění vlastním pocitům a myšlenkám je vhodná práce s deníkovými záznamy, které terapeut na sezení může zpětně rozebírat a nalézt případné souvislosti.

Mezi další využívané terapeutické směry patří např. hlubinná psychologie, komunikační a systematická psychologie, Rogersovská psychologie a mnoho dalších. V poslední době jsou podporovány i různé formy terapie (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, dramaterapie apod.) a relaxační techniky (jóga, sporty a jiné zájmy). (KRCH, 2000)

V případech ohrožení života pacienta je nutná krátkodobá nebo i dlouhodobá hospitalizace. Hospitalizovaní zůstávají ve zdravotním zařízení většinou i přes noc, ale je možná i varianta denního stacionáře. K hospitalizaci jsou doporučováni pacienti, jejichž hodnota BMI je nižší než 16, kteří mají vážné somatické komplikace, trpí depresemi, sklony k sebepoškození a často i myšlenkami na sebevraždu.

Lékařský team se v nemocnici zaměřuje na léčbu psychických i fyzických příznaků nemoci a na získání pacientů pro spolupráci. Jejich hlavním cílem je ale především stabilizovat zdravotní stav pacienta a eliminovat nebezpečí smrti.

U výrazné podvýživy volí lékaři nutriční podporu. Umělá výživa může být podávána cestou enterální nebo parenterální. *„Parenterální výživa je způsob dodávání živin přímo do cévního systému, tedy mimo zažívací trakt, jde o nefyziologickou cestu dodávky živin a energie.“*<sup>39</sup> V případě funkčního zažívacího traktu se dává přednost výživě enterální. Enterální nutriční podpora je pro pacienta

---

<sup>39</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup.* Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 161. ISBN 978-80-247-2425-6.

přirozenější, má minimální riziko komplikací a představuje pro nemocnici nižší náklady. Enterální výživa může být podávána popíjením, nazogastrickou<sup>40</sup> nebo nazoduodentální<sup>41</sup> sondou. Nutriční podpora u pacientů s PPP se neliší od umělé výživy podávané ostatním pacientům. Lékaři však musí pracovat s faktem, že se jedná o psychiatrické onemocnění, a tudíž je nutné postupovat v součinnosti s psychiatry, jejichž dohled je nezbytný i po propuštění z metabolické kliniky. U pacientek s mentální bulimií většinou není problém s podvýživou, ale naopak je nutné eliminovat příležitosti k přejídání a následnému zvracení nebo zneužívání projímadel. Nezbytný je stálý lékařský dohled a kontrola dodržování stanoveného jídelního režimu.

U dětských pacientů (u dětí do 14 let) se k hospitalizaci přistupuje tehdy, je-li úbytek hmotnosti větší než 25 procent, hrozí-li dehydratace organismu, oběhové selhání či jsou u pacienta zřetelné silné deprese a sebevražedné tendence. Výhodou hospitalizace je především vytržení z domácího prostředí, tedy z místa, kde jedinec dokonale zvládá manipulativní techniky a neustále tak posiluje svoji jídelní patologii. Pozitivní výsledky přináší hospitalizace na psychiatrickém oddělení s kvalifikovaným personálem a dostatkem zkušeností s poruchami příjmu potravy.

Pro chronické pacienty, kteří kategoricky hospitalizaci odmítají, je vhodná skupinová či individuální ambulantní léčba. Jejím cílem není vyléčení, ale pouze pravidelná lékařská kontrola zdravotního stavu pacienta (sledování hmotnosti, měření srdečního rytmu) a jeho stabilizace.

Všechny uvedené formy léčby zpravidla doplňuje farmakoterapie. Lékaři často předepisují antidepresiva, která mají hlavní význam především v raných fázích poruchy a také ve fázi uzdravování, kdy napomáhají snížit nebezpečí relapsu.

---

<sup>40</sup> **Nazogastrickou** = zaváděná nosní dutinou do žaludku

<sup>41</sup> **Nazoduodentální** = zaváděná nosní dutinou do tenkého střeva

## 5 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

V současnosti stoupá počet pacientů s poruchami příjmu potravy, zároveň však také klesá i věk, ve kterém jsou u nich poruchy diagnostikovány. V období dospívání jsou poruchy příjmu potravy na třetím místě mezi nejčastějšími psychiatrickými onemocněními s úmrtností dvakrát větší, než je tomu u ostatních psychiatrických chorob. Prevalence mentální anorexie bývá celosvětově u mladých dívek vyčíslena 0,3 – 1 %. (PAPEROVÁ, 2010)

Příznaky mentální anorexie jsou zaznamenány již u desetiletých i mladších dětí. Přičemž děti do 12 let představují asi 5 % pacientů. Častější je u předškoláků a dětí mladšího školního věku mentální anorexie, mentální bulimie je spíše výjimečná. Avšak při dlouhodobém onemocnění přechází až 50 % případů MA do MB.

Plodné podhoubí pro vznik poruchy se může pěstovat už od dětství. Výzkumy ukazují, že už děti předškolního věku rozlišují štíhlost a obezitu a přejímají zakořeněné stereotypy posuzující nadváhu jako slabost a neschopnost kontrolovat se. Už v tomto věku mají vyhraněnou představu, jak má vypadat ženské a mužské tělo a tlusté vrstevníky vyčleňují z kolektivu, protože je vnímají jako legrační, líné, špinavé a hloupé. Zásahu na tom mají do jisté míry média a reklamy, které štíhlost prosazují jako ideál krásy a děti tento ideál pokládají za svůj. Obecně tlaku médií podléhají dívky snáz a rychleji, než je tomu u chlapců, protože jsou už v mladším školním věku zaujaté proporcemi vlastního těla. (NOVÁK, 2010)

Nižší věk propuknutí poruchy zvyšuje rizika i vážnost a četnost nevratných následků, které nemoc způsobí. Problémy jsou spatřovány především v zastavení růstu, zpoždění puberty i celkového sexuálního a psychosociálního zrání. Celoživotním následkem u žen často bývá infertilita, porucha menstruačního cyklu či porucha štítné žlázy. Neméně závažná je osteoporóza, poruchy imunity, termoregulace, svalová atrofie, kazivost zubů a nepříjemné bolesti břicha. Mladší pacienti navíc zpravidla na léčbu reagují s větší agresí a odporem, jsou útoční a odmítají jakoukoli pomoc zvenčí. Riziko představují sklony k sebepoškození, které se objevují až u 40 % pacientů. U dětí navíc dochází k dehydrataci a vyhubnutí

daleko rychleji než u dospělých jedinců. Ohrožení představuje arytmie, která může vést až k úplné zástavě srdce.

S narůstajícím počtem pacientů s PPP v dětské a dospívající populaci zřejmě významně souvisí stav dětské výživy, který je v naší zemi momentálně hodnocen jako nerovnoměrný nadbytek příjmu potravy. Způsob a kvalita výživy se v raném dětství dostává do podvědomí jedince a ovlivňuje jeho budoucí vztah k potravě. Velmi důležitý je proces krmení, který již od narození působí kladně nebo naopak negativně na psychický stav miminka. Zkušenost s uspokojováním základních potřeb, mezi které přisun potravy patří, formuje celoživotní postoj dítěte ke světu, který je dítětem vnímán jako místo bezpečné. Z hlediska vývoje je dalším rizikovým obdobím pro vznik negativních jídelních návyků vývojové stádium 1. negativismu. Rodiče často nevědomky posilují u dítěte představu jídla jako manipulativního prostředku a nástroje k vydírání a to zejména v případech, kdy na přisun potravy kladou nepřiměřený důraz, nebo dítě dokonce do jídla neustále nutí. Nejrizikovějším obdobím zůstává prepuberta a puberta, kdy může onemocnění vypuknout velmi nenápadně v rámci tělesných i psychických změn, které provází běžnou populaci. Spouštěcím mechanismem mohou být traumatické události, nadměrná psychická zátěž, onemocnění vyžadující přísné dodržování dietního režimu či kritické poznámky mířené na tělesnou hmotnost. Nezdravý pokles váhy je u dětských pacientů stejně jako u dospělých doprovázen dramatickými změnami v oblasti psychiky. Objevuje se deprese, úzkost, emoční labilita, podrážděnost, snížení pozornosti a soustředění, což se negativně promítá do úrovně dosažených školních výsledků. Mění se i chování, které je nápadně netypickým zaujetím jídlem, vařením pokrmů a také kontrolou jídelníčku ostatních členů v rodině. Indikátorem pro vznik PPP mohou být i nápadné změny v jídelním chování. Děti jedí nezvykle pomalu, dlouho přežvykují, jídlo pouze po talíři přesunují ze strany na stranu a zapíjí každé pozřené sousto. Jedí v jinou dobu než ostatní členové rodiny a za zvláštních nestandardních situací. Patrné jsou navíc změny v chuti, kdy preferují více kořeněná a solená jídla.

Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících nereprezentují pouze jejich 2 základní podoby, mentální anorexii a mentální bulimii. Spektrum PPP je u této věkové kategorie daleko širší. Objevuje se infantilní ruminační porucha, která se

projevuje znovunavrácením potravy z žaludku do dutiny ústní, přestože dítě předtím nepociťovalo nevolnost. Potrava je pak opět přežvýkána a podruhé pozřena. Dítě pociťuje při této činnosti příjemné pocity. Infantilní ruminační porucha je častá u dětí mentálně retardovaných, u dětí týraných a sexuálně zneužívaných, ale může mít i organické příčiny, které je nutné při diagnostice PPP vyloučit. Dalším typem je infantilní anorexie. Zpravidla se objevuje ve věku od tří měsíců do tří let. Dítě prosazuje své potřeby především v rovině jídla. Vynucuje si při jídle nejrůznější rituály, vyžaduje noční krmení. V tomto případě souvisí porucha patrně s přenosem emočního neklidu z matky na dítě. U některých dětských pacientů se objevuje onemocnění zvané pika. Jedná se o poměrně vzácný syndrom, který se projevuje zvráceností v chutích a požíváním nejeđlého. Příznaky musejí trvat alespoň jeden měsíc. Nejeđlé látky jsou látky, které jsou z hlediska mentální úrovně jedince a kultury, v níž jedinec žije, považovány k požití jako nepřijatelné. Pika má velmi blízko k obsedantně-kompulzivní poruše. Mezi další typy ze skupiny PPP patří syndrom pervazivního odmítání potravy, kdy pacientky odmítají jídlo, komunikaci i péči o svůj zevnějšek, syndrom vybíravosti v jídle, syndrom nočního ujídání nebo upíjení a v neposlední řadě také posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie, která je zpravidla reakcí na prožitá trauma. (PAPEŽOVÁ, 2010)

Diagnostika PPP je obtížná. Děti mají sklony k popírání nemoci, což značně komplikuje včasné určení typu onemocnění. V diagnostice se tedy lékaři a psychologové nemohou spoléhat na sebehodnotící dotazníky a škály, ale je nutné komplexní posouzení zdravotního stavu pacienta. Mezi navrhovaná diagnostická kritéria patří úmyslný hmotnostní úbytek, nepřiměřené vnímání tělesné váhy a proporcí a chorobné zabývání se vlastní postavou. (PAPEŽOVÁ 2010) Indikátorem k hospitalizaci je váhový úbytek vyšší než 25 %, život ohrožující somatické komplikace, labilní psychika či nedostupnost méně direktivních forem léčby.

Předpokladem úspěšné léčby je mezioborová spolupráce pediatriů, gynekologů, psychologů psychiatrů, endokrinologů a mnoho dalších specialistů. Léčení dospělých jedinců je založeno především na aktivní spolupráci, dobrovolnosti a motivaci k uzdravení. Tento moment u dětských pacientů často chybí. „*Stručně lze říci, že čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled na chorobnost stavu horší a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte, včetně*

rodičů.“<sup>42</sup> Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s prožíváním velké úzkosti, které se děti a dospívající vlivem své emoční nezralosti nedokážou bránit stejně účinně jako dospělí, což se promítá v tendenci sabotovat snahy lékařů. U dětských pacientů je nezbytné stanovení jasných mantinelů a dohlížení na striktním dodržování daných pravidel.

Velké riziko znesnadňující léčbu představuje, že si dítě uvědomí výhody, které nemoc a hrozba smrti přináší. Díky anorexii je středem zájmů rodičů, získá jejich vytouženou pozornost a lásku. Hrozí pak, že se svoji nemoc naučí využívat jako prostředek k manipulaci a psychickému vydírání. Začne se soustřeďovat pouze samo na sebe, je sobecké a egocentrické. Patrný je také nezájem o záliby, hru a přátele. Ztrácí se radost a celkově schopnost radovat se z běžných věcí. (MARÁDOVÁ, 2007)

---

<sup>42</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Havlíčkův Brod : Grada, 2010. s. 138. ISBN 978-80-247-2425-6.

## **6 Prevence poruch příjmu potravy**

Prevence má tři úrovně - primární, sekundární a terciární. Každý stupeň se zaměřuje na jinou část populace, čemuž přizpůsobuje i stanovené cíle.

Primární prevence je zaměřena na předcházení ohrožujícím jevům, čímž poruchy příjmu potravy bezpochyby jsou. Je zacílena na celou populaci a spočívá především ve výchově v rodině a ve školských zařízeních. Výrazně se na ní podílí působení médií a kultura stravování v dané společnosti.

Užší pole působnosti zaujímá prevence sekundární, která se orientuje pouze na populační skupiny, které byly z nějakého důvodu označeny jako více vulnerabilní ke vzniku poruch příjmu potravy. Ohroženou skupinou jsou například lidé obézní, dietologicky léčení, se somatickým onemocněním doprovázeným hubnutím či jedinci zapojeni do zájmových aktivit spojených s kontrolou tělesné hmotnosti a fyzické krásy např. tanec, gymnastika, modeling a výkonové sporty.

Prevenčí relapsu se zabývá prevence terciární. Hlavním úkolem je obnova plného zdraví a ochrana před znovu-propadnutím patologickému jídelnímu chování. V současné době se její působnost rozšiřuje i na oblast prevence přenosu PPP na další generaci. (PAPEŽOVÁ, 2010)

### **6.1 Prevence PPP v Rámcovém vzdělávacím programu**

Prevence poruch příjmu potravy by měla zahrnovat podporu správných stravovacích návyků, dostatečně informovat žáky o možných příčinách a důsledcích PPP, podporovat zdravé sebevědomí, sebedůvěru, napomáhat k vytváření optimálního sebehodnocení, posilovat pozitivní sociální klima a předcházet chorobnému strachu z tloušťky.

V současnosti jsou na základních školách zpravidla organizovány na téma poruch příjmu potravy besedy. Setkání s člověkem, který si nemocí prošel, je jistě prospěšné a žáci tak získají základní informace o existenci tohoto onemocnění a jeho rizicích. Avšak pro skutečně efektivní prevenci je nutné s dětmi dále pracovat. Z tohoto důvodu jsou učitelé jedním z hlavních činitelů prevence, jelikož mohou



dlouhodobě a soustavně realizovat preventivní aktivity a cíleně tak působit na velkou skupinu dětí určitého věku.

Tento fakt předpokládá větší informovanost učitelů o dané problematice a možnostech intervence, jelikož právě učitel může vysledovat rizikové okamžiky v období dospívání, které k rozvoji PPP mohou přispět. Informovaný učitel navíc musí být dostatečně motivován, aby ve své výuce dokázal bez ostychu zařazovat aktivity ve prospěch zdravého sebevědomí a adekvátního sebehodnocení a nebál se hovořit i o doposud tabuizovaných tématech. Měl by propagovat zdravou výživu, tělesnou aktivitu a formy optimálního stravování ve škole i mimo ni, a tím u žáků podnítit trvalý zájem o zdravý životní styl.

Závazný dokument pro výchovu a vzdělání představuje tzv. Rámcový vzdělávací program, který nabyl platnosti 1. 9. 2007. RVP pro ZŠ je určený všem základním školám, víceletým gymnáziím, ale také základním školám specializovaným pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Vzdělávací obsah RVP je rozčleněn do devíti vzdělávacích oblastí, z nichž oblasti „Člověk a jeho svět“ (viz. příloha č. 7) a „Člověk a zdraví“ (viz. příloha č. 8) poskytují dostatečný prostor k začlenění primární prevence PPP na základní školy a svým vzdělávacím obsahem k preventivním aktivitám pedagogické pracovníky nepřímo vybízejí.

## Praktická část

Praktickou část tvoří dva samostatné celky. 1. oddíl demonstruje poznatky teorie na případových studiích pacientek s poruchami příjmu potravy. 2. oddíl je zaměřen na analýzu informovanosti žáků na 2. stupni ZŠ v oblasti poruch příjmu potravy a jejich prevence.

## **7 Případové studie**

Případové studie dokumentují příběh dvou dívek a jejich boje s mentální anorexií a bulimií. Za největší přínos studií shledáváme dlouhodobé pozorování pacientek v časovém úseku téměř jedenácti let od doby prvních příznaků PPP až po jejich léčbu s důrazem na jejich prognózy.

Pozorování bylo započato na podzim v r. 2001. Zahrnuje období puberty, adolescence i mladší dospělosti a zaznamenává důležité mezníky v životě pacientek, které se významně odrazily na rozvoji a průběhu onemocnění. Závěry z pozorování byly sumarizovány na jaře v r. 2012. Etiologii onemocnění, jeho následky, projevy a současný stav každé pacientky zpracovává samostatná tabulka.

### **Případové studie:**

- Případová studie pacientky s mentální anorexií
- Případová studie pacientky s mentální bulimií

### **Cíl:**

- Doložení teoretických poznatků a jejich provázání s klinickou praxí

### **Metody:**

- Studium odborné literatury
- Prostudování osobní a zdravotní dokumentace
- Pozorování
- Rozhovor s pacientkou s MB (viz. příloha č. 9)
- Analýza výsledků šetření

## 7.1 Případová studie pacientky s mentální anorexií

Pacientka č. 1: Katka 24 let (viz. příloha č. 10)

Diagnóza: Mentální anorexie

### **Rodinná anamnéza:**

Katka vyrůstala do svých 21 let v úplné rodině s rodiči a jedním sourozencem (o 5 let mladším bratrem) v rodinném domě na malé vesnici. Matka (45 let) je štíhlá, diety nikdy nedržela ani neprosazuje žádné formy zdravé výživy. Nesplňuje ani jinou z obvyklých charakteristik matek pacientek s PPP. Otec (46 let) je plnoštíhlý, v rodině z jeho strany se objevují sklony k tloustnutí. Ve vztahu k dceři byl vždy emotivně chladnější, do výchovy příliš nezasahoval, o studijní výsledky se nezajímal. Mentální anorexii u dcery vůbec nezaznamenal.

V rodině je přítomna jídelní patologie. Nesprávné jídelní návyky rodičů představovaly pro jejich děti špatný model vztahu k jídlu (stravování max. 2krát denně - hlavně večer, někdy i v noci, teplé jídlo je výjimkou, společné stolování rodiny max. jednou týdně). Otec trpí už několik let žaludečními vředy, které odmítá léčit. Téměř po každém teplém jídle zvrací.

Patologický byl i po celou dobu manželství partnerský vztah rodičů. Chyběla vzájemná úcta, respekt a chuť společně žít. Problémy posilovala otcova závislost na alkoholu a sklony k agresii. Katka byla navíc často svědkem ostrých sporů a hádek.

V rodinné anamnéze se nikdo s PPP neléčil. Žádný z příbuzných nemá výrazné problémy s nadváhou ani nedržel redukční dietu.

### **Osobní anamnéza:**

Narozena 19. 5. 1987 jako prvorozené dítě svých rodičů. V současné době měří 162 cm a váží 51 kg. S tělesnou hmotností neměla nikdy výrazné problémy. Váha kolísala během roku cca +/- 3 kg.

1. menstruace se objevila už v 11 letech, stejně tak sekundární pohlavní znaky upozorňovaly na časnější sexuální vyspělost oproti vrstevníkům. První pochybnosti o vlastní přitažlivosti pocítila ve 14 letech. Domnívá se, že negativní hodnocení vlastního těla přišlo s první nešťastnou láskou. Chtěla být krásnější, úspěšnější,

zajímavější, přitažlivější a všechny tyto charakteristiky spojovala s vytouženou štíhlostí. Chtěla něco dokázat, stát se herečkou nebo modelkou.

### Temperament a charakterové vlastnosti

Katka odpovídá typologii člověka, který je vlivem svých osobnostních předpokladů predisponován ke vzniku PPP. Patří do skupiny temperamentu na pomezí sangvinika a cholera. Je přátelská, energická a je ráda středem pozornosti. V kritických situacích však jedná nerozváženě, impulsivně a zkratovitě s určitou mírou agrese a teatrálnosti. Z kladných vlastností cholera jí charakterizuje cílevědomost se silnou touhou po změně. Už od malička toužila být v nějaké vedoucí pozici, řídit ostatní kolem sebe a za každých okolností zvítězit. Z hlediska rozvoje poruchy se u ní velmi uplatnila především cílevědomost a silná vůle, kterou směřovala právě k redukci hmotnosti.

Z povahových vlastností u Katky dominuje perfekcionismus, pečlivost a velký smysl pro zodpovědnost. Katka vždy patřila mezi premianty třídy a její studijní výsledky jsou pro ni velmi důležité. Má vysokou úroveň sebekontroly a sebedisciplíny, nepřipouští vlastní selhání. Na okolí působí velmi sebevědomě a sebejistě, ale ve skutečnosti trpí poruchou sebeúcty. Je citově labilní a lehce zmanipulovatelná.

### Zájmy

Katka má spíše povrchové, ale všestranné zájmy. Ve svém volném čase se věnuje hudbě (zpívá, tančí a hraje na klavír), miluje kulturu a umění (divadelní scény, výstavy, galerie), v dětství několik let působila v ochotnickém divadelním souboru. Ráda chodí do společnosti. Preferuje individuální sporty jako je plavání, běh, jízda na kole nebo aerobní cvičení, ze zimních sportů se věnuje především lyžování.

Na vznik anorexie měl největší vliv vytčený cíl uplatnit se v modelingu. Katka se účastnila několika soutěží Miss léto 2004 plzeňského kraje, Tvář ČR 2005 a mezinárodní soutěže krásy v Liberci. Na střední škole se okrajově věnovala fotomodelingu.

## Vzdělání a současné pracovní uplatnění

Katka vystudovala Karlovu univerzitu v Praze – obor Vychovatelství a v současnosti studuje Západočeskou univerzitu v Plzni – obor Učitelství pro 1. Stupeň ZŠ. Zaměření obou oborů ji předurčuje pro práci s dětmi a mládeží. Pracuje jako vychovatelka ve školní družině, ale hledá místo učitelky. Další vzdělávání nevyklučuje.

## Rozvoj poruchy a formy léčby

Na začátku školního roku v 9. třídě při váze 56 kg radikálně změnila svůj dosavadní životní styl. Odhlásila si obědy ve školní jídelně, začala každý den sportovat, starala se o svůj fyzický vzhled. Za měsíc zhubla 3 kg. Na váze 53 kg vyzkoušela první redukční dietu (viz. příloha č. 11). S knihou „*Beverlyhillská dieta*“ pět týdnů dodržovala přísný dietní plán založený na principu dělené stravy (viz. příloha č. 12) a shodila dalších 6 kilogramů. Při váze 47 kg si svůj jídelníček tvořila sama. Vyřadila zcela pečivo a konzumovala výhradně ovoce, zeleninu a mléčné výrobky. Denní příjem byl často pod hranicí 500 kalorií – např. 2 nízkotučné jogurty, jablko. Do svého režimu často zařazovala tzv. čistící dny, kdy přijímala pouze tekutiny. I přes nedostatečný příjem energie každý den 40 minut běhala a dvakrát denně aerobně cvičila a posilovala. Na konci 9. ročníku vážila 41 kilo (viz. příloha č. 13). V této době si v rámci patnáctileté prohlídky radikálního úbytku hmotnosti všiml dětský lékař a upozornil na možný rozvoj mentální anorexie rodiče.

Na doporučení pediatra se Katka v doprovodu matky podrobila lékařskému vyšetření na oddělení dětské psychiatrie v Plzni. Lékaři jednoznačně diagnostikovali mentální anorexii. Znepokojující byl především nízký a velmi slabý srdeční tep pohybující se pod hranicí 40 tepů za minutu. Katka byla doporučena k hospitalizaci, na kterou však nikdy nenastoupila. Léčbě se bránila, dokonce vyhrožovala sebevraždou. Nakonec matku přesvědčila k ambulantní léčbě.

Ambulantní léčba probíhala prostřednictvím schůzek s dětskou psychiatrickou v soukromé ambulanci v Horšovském Týně. Sezení se Katka společně s matkou a jednou i s otcem účastnila celkem třikrát. Sezení neměla velký úspěch, Katka nespolupracovala a mařila všechny snahy směřující k jejímu uzdravení. Předepsaná antidepresiva nikdy ve skutečnosti neužívala. Na konci letních prázdnin v r. 2002 vážila pouhých 37 kilogramů. Psychiatricka doporučila opět hospitalizaci,

na kterou Katka ani rodiče nepřistoupili. Nakonec podepsali dokument, kterým převzali zodpovědnost za případnou Katčinu smrt.

V září 2002 nastoupila Katka na Střední pedagogickou školu v Berouně, kde od neděle do pátku bydlela v domově mládeže. Na povinné snídaně a obědy zpočátku nechodila. V prosinci téhož roku dosáhla své minimální hmotnosti 34 kg (viz. příloha č. 14). Katka ztratila veškerou energii. Problémy jí činila rychlejší chůze a delší cesta, natož aktivita při hodinách tělesné výchovy. V noci nemohla spát a ráno neměla sílu vstát z postele. Stav naprostého vyčerpání a depresí přinášely myšlenky na smrt. Nechtěla umřít, ale stále to pro ni bylo přijatelnější než přibrat. Nenáviděla své tělo. Viděla ho reálně, ale dostat se na normální váhu nechtěla. Neodradila ji ani úplná ztráta menstruace a hrozba nemít vlastní děti. Více než dva roky na doporučení gynekologa absolvovala hormonální léčbu. Rodiče si nevěděli rady. Po té, co pozitivní výsledky nepřinesla ani práce kineziologa, rezignovali.

Zlom nastal v roce 2003, kdy se Katka rozhodla bojovat o svůj život a svépomocí a s podporou svého blízkého okolí se jí podařilo během půl roku nabrat 10 kilo. Významnou roli v jejím uzdravení sehrál trpělivý přítel a jeho láska a přátelství se spolužačkou a spolubydlící Denisou, která dohlížela na její denní příjem potravy a motivovala ji k uzdravení. Katka mimo jiné vzpomíná na anorektičku z vyššího ročníku navštěvující stejnou střední školu jako ona. Teprve při pohledu na onu dívku si uvědomila hrůzu a odpor s jakým i na ni ostatní pohlížejí. Uvědomila si, jak blízko je smrti a jak vzdálená je životu.

#### Etiologie, projevy a následky poruchy a současný stav

	<b>FYZICKÁ OBLAST</b>	<b>PSYCHICKÁ OBLAST</b>	<b>SOCIÁLNÍ OBLAST</b>
<b>ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ</b>	Časný nástup puberty a 1. menstruace, výrazné sekundární pohlavní znaky Mírně vyšší hmotnost oproti kamarádkám	Osobnostní předpoklady ( <i>porucha sebeúcty, perfekcionismus, cílevědomost, vysoká aspirační úroveň, výrazná schopnost sebekontroly</i> ) Psychické trauma ( <i>Ve 13. letech</i> )	Netaktní poznámky okolí Patologie v rodině ( <i>nesprávné jídelní návyky, stresová atmosféra při stolování, bouřlivý vztah rodičů, alkoholismus otce, subjektivně vnímaný nedostatek</i> )

		<i>náhlé úmrtí babičky a setrvání s mrtvým tělem v jedné posteli)</i>	<i>pozornosti ze strany rodičů)</i> Tlak médií Cíl: Být modelkou
<b>PROJEVY A NÁSLEDKY ONEMOCNĚNÍ</b>	Výrazný úbytek hmotnosti ( <i>váha 34 kg</i> ) Ztráta menstruace ( <i>2,5 roku</i> ) Zmenšená děloha ( <i>9 cm</i> ) Zastavení tělesného růstu Snížená tepová frekvence ( <i>40/min</i> ) Malátnost Stavy fyzického vyčerpání Nedostatečná termoregulace Poruchy spánku Vypadávání vlasů Třepení nehtů Lanugo	Psychická labilita Deprese Poruchy pozornosti Obsedantní myšlenky Ulpívání na rituálech ( <i>přepisování školních výpisků, přerovnávání šatní skříně, přesný počet kroků na daném úseku cesty, vážení se po každém jídle i pití apod.</i> ) Strach z jídla Myšlenky na smrt	Omezení přátelských kontaktů Společenská izolace Ztráta zájmu o sex Vyvolávání konfliktů s rodiči Fixace na studijní výsledky Nedůvěřivost vůči okolí Vnímání ostatních jako obézních, neschopných a nedisciplinovaných
<b>SOUČASNÝ STAV</b>	Váha 51 kg Pravidelná menstruace Snížená tepová frekvence Poruchy termoregulace	Psychická labilita Zaujetí aktuální tělesnou hmotností Fixace na osobní váhu Nálada je závislá na aktuální hmotnosti	Obnova navazování přátelských kontaktů Spokojený partnerský vztah Touha po založení vlastní rodiny

### Prognóza

Současný stav pacientky je ve vztahu k prognóze příznivý. Katka se snaží dodržovat zdravý životní styl a udržet si aktuální tělesnou hmotnost především vyváženou stravou a pravidelným pohybem. Snaží se o normální život, i když přiznává, že se denní rekapitulace zkonsumovaného jídla, strachu z tloušťky, opakovaného vážení se a pozorování se v zrcadle zřejmě nikdy úplně nezbaví.

Katka plánuje v následujících letech založit vlastní rodinu a doufá, že běžné rodinné starosti zmírní zaujetí sama sebou. Riziko relapsu je v současné době minimální, avšak problémy mohou vyvstat s nečekanou krizovou situací, která by PPP mohla znovu spustit.

## 7.2 Případová studie pacientky s mentální bulimií

Pacientka č. 2: Marcela 24 let

Diagnóza: Mentální bulimie

### **Rodinná anamnéza:**

Marcela se narodila v roce 1987 teprve sedmnáctileté matce a o rok staršímu otci. Od svých 4 let žila pouze s matkou a jejím novým partnerem. Otec ji i malého bratra opustil kvůli jiné ženě (sestřence matky) a založil novou rodinu. Přítel matky (bratranec otce) si adoptoval pouze mladšího bratra. Marcela měla jako jediná jiné příjmení. Nikdy se nezbavila pocitu, že do této nově zrekonstruované rodiny nepatří a rozvodem svých rodičů velmi trpěla. Žárčila na svého mladšího sourozence a nenáviděla partnery svých rodičů, protože si myslela, že ji připravují o lásku, která by jinak patřila pouze jí.

Ze strany matky byly na Marcelu kladeny vždy velmi vysoké nároky. Promítala do dcery vlastní nesplněné sny a vyžadovala od ní naprostou poslušnost, až oddanost. Byla emočně nevyrovnaná, citově k dceři spíše chladná a dávala najevo, že si její lásku musí zasloužit. Marcela po matce zdědila sklony k nadváze a už ve školce patřila k výrazně baculatým dětem. Matka jí však nikdy nebyla dobrým modelem a vzorem zdravého vztahu ke svému tělu. Štíhlost si udržovala kouřením, přísnými dietami a každodenním několikahodinovým cvičením v domácí posilovně. Na tloušťku Marcelu netaktně upozorňovala. Vyčítala jí kila navíc, podněcovala ji k dietám a zamykala před ní v noci lednici. Na prvním stupni byla Marcela dokonce několikrát na ozdravném pobytu se zaměřením na redukci hmotnosti. Nikdy se jí však během tří týdnů nepodařilo výrazně zhubnout.

Otec byl ten, kdo Marcelu rozmazloval. U něho se cítila být milovaná bezpodmínečnou láskou. Vztah rodičů však byl velmi napjatý a několik let po rozvodu spolu vůbec nekomunikovali. Navzájem se před dcerou shazovali, aby v jejích očích znevážili jeden druhého a získali ji na svou stranu. Nakonec se Marcela z napjaté a nepřehledné situace naučila těžit. Hrála na obě strany, jak se jí to zrovna hodilo. Když byla u matky, pomlouvala otce a naopak.



Když jí bylo dvanáct let, zažádal si otec o její svěření do vlastní péče. Pro Marcelu byla tato situace velmi stresující. Chtěla jít k otci, ale nakonec se po matčině psychickém nátlaku a vydírání rozhodla zůstat u ní.

### **Osobní anamnéza:**

Narozena 23. 6. 1987 jako prvorozené dítě svých rodičů. V současné době je šťastně vdaná a je matkou čtyřleté holčičky. Měří 170 cm a váží 74 kg.

V dětství i v pubertě měla vyšší hmotnost oproti svým vrstevníkům. Svoji váhu jako handicap začala vnímat především kvůli nevhodným připomínkám své matky

(„*Nejez, budeš tlustá.*“ *apod.*) Z počátku chtěla zhubnout především proto, aby vyhověla přání své matky a byla hodna její lásky. S nástupem puberty se však začala více zajímat o svůj vzhled. Chtěla se líbit, chtěla se hezky oblékat, a proto potřebovala být štíhlá. Uplatnila zásady, kterým se učila na ozdravných pobytech a začala hubnout díky pravidelnému stravování.

### Temperament a charakterové vlastnosti

Marcela je extrovert, který touží po pozornosti ostatních lidí. Cítí se dobře ve společnosti, ráda se baví, je velmi aktivní, komunikativní a cílevědomá. Často však upadává do melancholických stavů, trpí pocity úzkosti a depresí.

Marcela je také velmi dominantní a energická. Kritiku si bere velmi osobně a reaguje na ni přecitlivěle. Velmi jí záleží na tom, co si o ní myslí ostatní. Někdy má sklony k teatrálnosti a přehánění. Mezi její výrazný charakteristický rys patří impulzivita a puntičkářství. Pro svůj život potřebuje přesné mantinely a řád, jinak její myšlení a jednání ovládne chaos a nejistota.

### Zájmy

Marcela je spíše umělecky zaměřená. Je výtvarně nadaná, má smysl pro estetiku a detail, s čímž souvisí její sen stát se oděvní návrhářkou. Na základní škole se věnovala hraní v ochotnickém divadelním souboru a aktivně cvičila aerobic. Nadšení pro sport a tanec přetrvávalo do současnosti, kdy se věnuje především Zumbě a plavání. Je také velkým zastáncem zdravé výživy a biostravy. Největším koníčkem je jí však její dcera, se kterou tráví nejvíce času.

## Vzdělání a současné pracovní uplatnění

Marcela po základní škole nastoupila na střední pedagogickou školu v Berouně, jejíž studium musela po roce kvůli zahájení hospitalizace ukončit. Po návratu z nemocnice byla přijata na střední oděvní průmyslovou školu v Klatovech, kde také úspěšně odmaturovala. Vystudovanému oboru se nikdy nevěnovala a nejprve pracovala na poště. Poté byla 3 roky na mateřské dovolené a nyní je zaměstnaná v hypermarketu, kde pracuje v trafice. V budoucnu by se chtěla stát instruktorkou dětského plavání. Často také polemizuje o dálkovém studiu na vysoké škole, aby měla šanci na lepší pracovní uplatnění.

## Rozvoj poruchy a formy léčby

Marcela se rozhodla zhubnout několik kilogramů na konci osmého ročníku základní školy. Bylo jí 13 let. První změnu v dosavadním životním stylu představoval nový jídelní režim. Marcela o pozitivním vlivu konzumace malých porcí v pravidelných a častých intervalech věděla už z ozdravných pobytů. Začala se také více pohybovat a každý den poctivě cvičila po vzoru své matky v domácí posilovně. Hubnutí se dostavilo velmi rychle a Marcela se během 8 měsíců dostala z váhy 68 kilogramů na 53 kilo.

Zpočátku nikdo z rodiny netušil, že by se mohlo jednat o počátky mentální anorexie. Matka byla dokonce ráda, že dcera hubne. Konečně se přibližovala normě a byla dcerou, za kterou se nemusí stydět. Marcela si vytoužené štíhlosti však dlouho neužila. Během téhož roku se u ní projeví první příznaky mentální bulimie. Spouštěčem byla situace, kdy Marcela 5. prosince na sv. Mikuláše snědla celou čokoládu. Neovládla se a pocity viny, které následovaly, byly nesnesitelné. Propadla v zoufalství, plakala a tehdy začal ničivý kolotoč přejídání střídající se s epizodami hladovění. Tehdy Marcela ještě neuměla vyvolat zvracení, a proto během 3 týdnů nabrala 10 kg. Nakonec se to naučila – od kamarádky ze třídy. Od té doby každé sněžené jídlo končilo v záchodové míse. Zkoušela i projímadla, ale ta nikdy nebrala pravidelně. Zdálo se jí, že nejsou tak účinná jako zvracení, chyběl jí pocit prázdného žaludku, okamžité zbavení se zkonsumovaného jídla.

Časté zvracení a mizení domácích zásob potravin už nešly utajit a matka se po radě s lékaři rozhodla umístit dceru na léčení. Do Plzně na oddělení dětské

psychiatrie (PSA) Marcela nastoupila v dubnu a strávila zde 75 dní. Při příjmu na kliniku vážila 62 kilogramů. Během léčby se její zdravotní stav ještě více zhoršil. K jídlu měla neomezený přístup díky místnímu bufetu. Záchod měla přímo na pokoji, a tak během hospitalizace zvracela nejvíce za dobu své nemoci a to až 7krát denně. Při záchvatech přejídání dokázala sníst např. plný talíř těstovin, velký pytel brambůrků, čokoládu, zmrzlinový pohár se šlehačkou, krabici mléka nebo kakaa. Léčbu ukončila se svolením rodičů o patnáct dní dříve, aby mohla jet na poslední školní výlet se svoji třídou. Rodiče si mylně mysleli, že je zdravá, ale Marcela se dál přejídala a zvracela. Rodiče spolu nekomunikovali, což jí nahrávalo, aby svoje záchvaty přejídání utajila. Zvracela venku tak, aby ji nikdo neviděl.

Během letních prázdnin se pokusila o demonstrativní sebevraždu spolykáním prášků na spaní. Naštěstí se na její úmysl včas přišlo a lékařům se ji díky vypumpování žaludku podařilo zachránit. Po propuštění z nemocnice docházela na ambulantní sezení k dětské psychiatričce. Na zmírnění depresí brala Deprex (2 prášky ráno a 2 večer) a Anafranil ( ½ pilulky ráno a ½ večer). Předepsané léky užívala poctivě a cítila se po nich lépe.

V září 2002 nastoupila na střední pedagogickou školu v Berouně, kde přes týden bydlela v domově mládeže. Konečně ji nikdo nekontroloval, nemusela hledat vhodnou příležitost a místo ke svým zvráceným orgiím. Mohla zvracet kdykoli. V této době si Marcela svoji nemoc plně uvědomovala, ale netušila, jak by situaci mohla vyřešit. A tak se dál utápěla v depresích, že nedokáže zastavit kolotoč hladovění, přejídání a zvracení. Problém představovalo omezené měsíční kapesné (1200 Kč). Marcela za jídlo zkonsumované během jednoho záchvatu často utratila i více než polovinu z této částky.

Rodiče věděli, že je jejich dcera vážně nemocná a k uzdravení potřebuje odbornou pomoc, proto jí bez jejího vědomí a souhlasu zařídili hospitalizaci v pražském Motole na dětské psychiatrické klinice (DPK). Marcela se nástupu do Motola bránila, ale doufala, že jí lékaři konečně dokážou pomoci. V Praze byl přísnější režim než na léčení v Plzni. Každou výhodu si pacient musel zasloužit průkaznými pokroky. Marcela absolvovala v rámci léčebného procesu arteterapii, bodyterapii, psychoterapii skupinovou i individuální, učila se správným stravovacím návykům. Chtěla se vyléčit a velkou motivací pro ni bylo propuštění z nemocnice na

Vánoce domů a přítel, který byl pro ni v době hospitalizace největší oporou. Doma se Marcela však opět nedokázala ovládnout. Přejedla se a zvracela.

Po návratu do Motola Marcela své psychiatričce přiznala, že opět zvrací. Lékaři se domnívali, že příčinou propuknutí poruchy je Marcelina matka a doporučili rodičům, aby dceru přestěhovali k otci. Matka si tento návrh vzala velmi osobně a od té doby přestala Marcelu v nemocnici navštěvovat. Po určité době poslala dceři dopis (viz. příloha č. 15).

Ani hospitalizace v Motole nepřinesla zázračné vyléčení. Marcela se bulimie nezbavila, navíc se naučila na klinice dalším patologickým formám chování. Viděla u ostatních patientek způsoby sebepoškozování se. I ona se začala řezat žiletkami nebo břity z ořezávátka. Bolest jí přinášela úlevu a pocit osvobození. V Motole si také uvědomila svojí nevyhraněnou sexuální orientaci a vznikl tak lesbický vztah s jinou pacientkou.

Po propuštění z kliniky dojížděla v doprovodu otce do Prahy na pravidelné kontroly. Do Berouna se už nevrátila. Půl roku studovala podle individuálního plánu, nakonec studium ukončila úplně. Půl roku byla doma. Bydlela u táty, nudila se, zvracela a začala kouřit. Kouření jí pomáhalo odolávat chutím, a tak kouřila víc a víc, aby se ubránila atakům přejídání.

V roce 2003 nastoupila na střední oděvní průmyslovou školu v Klatovech. Tento rok přinesl i dramatický rozchod s přítelem, který u ní spustil silné deprese. Objevovaly se myšlenky na smrt, nechtěla žít. Opět obnovila sezení s psychiatričkou a začala užívat SEROPRAM. Po celé studium na střední škole měla Marcela s jídlem problémy a vystřídala několik sexuálních partnerů.

V roce 2007 se seznámila se svým současným manželem. Toužila po dítěti, a proto se rozhodla po dohodě se svojí psychiatričkou vysadit léky. Obě doufaly, že v dítěti najde nový smysl života a bude jedním z hlavních důvodů a motivací k uzdravení. V roce 2008 se Marcele po několika hodinovém porodu narodila nedonošená sedmiměsíční dcera, ale ani role matky a šťastný manželský život ji od mentální bulimie úplně neosvobodil. Často propadá depresím, pocitům méněcennosti a myšlenkám o nicotnosti svého života. Se svojí aktuální hmotností je relativně spokojená, ale neustále žije v chorobném strachu z tloušťky a z ataků

přejídání, kterým se nemůže ubránit. Před rodinou však tyto problémy s jídlem skrývá. Potraviny konzumuje potají, když nikdo není doma. Po té vše vyzvrací. Přestože je jí manžel velkou oporou, v této věci u něj postrádá pochopení a ochotu pomoci. Není o PPP dostatečně informován. Neprožil se svojí ženou nejkritičtější období nemoci ani komplikovanou a neúspěšnou léčbu, a proto se možná domnívá, že je problém definitivně uzavřen.

Etiologie, projevy a následky poruchy a současný stav

	<b>FYZICKÁ OBLAST</b>	<b>PSYCHICKÁ OBLAST</b>	<b>SOCIÁLNÍ OBLAST</b>
<b>ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ</b>	Vyšší hmotnost oproti vrstevníkům	Osobnostní předpoklady ( <i>porucha sebeúcty, cílevědomost</i> ) Psychická labilita Nevyrovnanost Impulzivita Depresivnost Strach z neúspěchu Strach ze selhání a zklamání rodičů	Narážky na vyšší hmotnost Ambivalentní vztah k matce Výčitky matky Rozvod rodičů Patologie v rodině ( <i>nesprávné jídelní návyky, redukční diety, nadměrné cvičení, neustálé pozorování hmotnosti, labilita matky, nedostatek pozornosti a lásky ze strany rodičů</i> ) Ozdravné pobyty
<b>PROJEVY A NÁSLEDKY ONEMOCNĚNÍ</b>	Nezvladatelné záchvaty přejídání a vyvolávané zvracení Užívání projímadel Výrazné kolísání váhy Kazivost zubů Vypadávání vlasů Lámání nehtů Žaludeční problémy Zácpa a nadýmání Fyzická slabost ( <i>nedostatek energie</i> ) Nepřavidelný srdeční rytmus	Psychická labilita Pocity úzkosti Deprese Agrese Vtíravé myšlenky Strach z tloušťky Sebepoškozování ( <i>řezání se žiletkou, pálení se cigaretou, štípání a bodání</i> ) Pokus o sebevraždu ( <i>předávkování léky</i> ) Neschopnost orientovat se Noční děsy	Promiskuita ( <i>střídání sexuálních partnerů</i> ) Nejasná sexuální orientace ( <i>vztah s dívkou</i> ) Konflikty s okolím Vztahovačnost Patologické chování ( <i>krádeže, lhaní, kouření a další formy závislosti</i> ) Zhoršení prospěchu ve škole

<b>SOUČASNÝ STAV</b>	Váha 74 kg Méně časté záchvaty přejídání Vyvolávané zvracení Zácpa Stravování se o samotě ( <i>jídlo potajmu</i> )	Psychická labilita Zaujetí aktuální tělesnou hmotností Fixace na osobní váhu Nálada je závislá na aktuální hmotnosti Zabývání se jídlem, jeho složením a kalorickou hodnotou Počátek orthorexie Pocity viny po přejedení	Spokojené manželství ( <i>manžel o bulimii nemá tušení</i> ) Čtyřletá dcera ( <i>velmi striktně je u ní dodržována zdravá výživa ze strachu, aby nebyla obézní</i> ) Problematický vztah s matkou ( <i>spory, omezený kontakt</i> )
----------------------	--	--	--

### Prognóza

Současný stav pacientky není pro budoucí vývoj příliš příznivý. Marcela má s jídlem stále velké problémy, které se negativně odrážejí na její psychice. Po porodu dcery se u ní ještě více prohloubilo zaujetí vlastním tělem. Upnula se na zdravou výživu, pravidelnou tělesnou aktivitu a neustále sleduje svoji hmotnost. Sílí její perfekcionismus, touží být dokonalá ve všech směrech a zvládat bez zaváhání roli pečující matky, milující manželky, ale také roli úspěšné a atraktivní ženy.

V posledních letech se její požadavky na zdravou stravu dostaly do extrémů. Čím častěji propadá atakům přejídání, tím více sleduje složení potravin. Kупuje především bio produkty a úpěnlivě chrání svoji dceru před konzumací „škodlivých“ potravin (tj. smažená a mastná jídla, slazené nápoje, čokoláda a jiné sladkosti). Tento přísný jídelní režim vyžaduje i po dobu, kdy je dcera v mateřské škole, čímž se několikrát dostala do konfliktu s učitelkami.

Riziko relapsu je v tomto případě bohužel vysoké. Marcela si uvědomuje, že na svou nemoc sama nestačí, a že potřebuje odbornou pomoc. Ráda by proto obnovila pravidelná sezení s psychiatrickou. Její manžel je však zásadně proti. Přiznává, že má Marcela velké psychické problémy, ale netuší, že za nimi stojí stále přítomná porucha příjmu potravy.

## 8 Průzkumné šetření

Průzkumné šetření je založené na metodě dotazníku a orientuje se na věkovou skupinu žáků 8. a 9. tříd. Cílem je zjistit, zda žáci ZŠ mají o poruchách příjmu potravy dostatek informací. Jestli se orientují v jejich základních formách, příčinách, symptomech a následcích a jakým způsobem se k těmto informacím dostali. Zajímá nás také, jak tato cílová skupina vnímá své tělo a zda obě pohlaví vnímají ideál lidského těla stejně, anebo rozdílně.

Sestavený dotazník (viz. příloha č. 16) je koncipován do tří hlavních celků. První zjišťuje osobní údaje o respondentovi, druhý je zaměřen na jeho úroveň informovanosti a orientace v dané problematice. Poslední část je věnována sebepojetí a sebehodnocení daného žáka. Dotazník se skládá z 18 otázek, které jsou zpravidla formulovány tak, aby respondent volil jednu z nabízených možností. Otázky 15 – 18 pracují s doprovodným obrazovým materiálem. Poslední otázka je navíc atypická prostorem pro volné vyjádření respondentů.

### 8.1 Cíle a úkoly průzkumného šetření

#### Hlavní cíl:

- Zjištění úrovně informovanosti žáků 8. a 9. ročníků ZŠ v problematice PPP

#### Dílčí cíle:

- Zmapování bezprostřední zkušenosti žáků ZŠ s PPP
- Doložení souvislosti mezi patologickými jídelními návyky v rodině a PPP
- Demonstrování ženského pohlaví jako rizikového faktoru pro vznik PPP

#### Metody:

- Dotazník
- Studium odborné literatury
- Analýza výsledků šetření

### **Předpoklady:**

1. Většina žáků je o poruchách příjmu potravy informována a má alespoň základní znalosti o jejich symptomech a následcích. 75 % žáků uvádí, že se s problematikou PPP setkali ve škole, nejčastěji však formou besedy nebo jednorázového výkladu učitele.
2.  $\frac{3}{4}$  respondentů nejsou spokojeni se svým tělem (s proporcemi, s váhou). U dívek je procento nespokojených výrazně vyšší. V 75 % se ideální postava od subjektivně vnímané reality liší o jeden nebo o dva stupně, při čemž ideál představuje štíhlejší silueta. Ideální mužskou postavu vnímají obě pohlaví v 90 % stejně, avšak u ideálu ženského těla se názory chlapců a dívek liší.
3. Více než 50 % respondentů spojuje štíhlost s atraktivitou, krásnou, úspěchem, disciplínou a cílevědomostí. Naopak nadváhu vnímají jako handicap, který člověka předurčuje k lenosti, k nízkým ambicím a k malé vůli.

## **8.2 Popis výběrového vzorku respondentů a průběh průzkumu**

Průzkumné šetření jsem realizovala se žáky 8. a 9. tříd na dvou základních školách v Domažlicích (Základní škola Komenského 17, Základní škola Msgre. B. Staška). Záměrně jsme oslovily žáky věkové kategorie 13 – 15 let, protože jsou z hlediska vývojové etapy nejrizikovější skupinou pro vznik poruch příjmu potravy. Celkový počet respondentů je 141 žáků, z toho 72 chlapců a 69 dívek.

Úroveň informovanosti žáků v problematice PPP, jejich sebehodnocení a pohled na lidské tělo jsme zjišťovaly pomocí metody dotazníku. Dotazník je nestandardizovaný a používá především uzavřené otázky, na něž žáci vybírali odpověď z nabízených možností.

Průzkumnému šetření předcházela předvýzkum, který byl realizován v jedné z 9. tříd na ZŠ Komenského 17 s 27 žáky. Po vyhodnocení pilotních dotazníků nebyly shledány žádné problémy s porozuměním otázek. Žáci bez obtíží vyplnili všechny položky dotazníku, proto nemuselo dojít k žádným úpravám v jeho formální ani v obsahové stránce.



Samotné průzkumné šetření bylo realizováno v průběhu měsíce února 2012. Žáci dotazníky vyplňovali během výuky v rámci výchovy ke zdraví. Rozdání dotazníků nepředcházely žádné instrukce ani opakování týkající se PPP.

Žáci poctivě vyplnili téměř celý dotazník. Pozitivně hodnotíme také závěry z odpovědí na poslední otázku, která nabízela dotazovaným prostor pro volné vyjádření. Celé šetření probíhalo anonymně s vyhrazeným časem 15 – 20 minut. Na ukázkou přikládáme dva vyplněné dotazníky. (viz. příloha č. 17)

#### **Tabulka podávající přehlednou strukturu sledovaného souboru**

<b>Základní škola, Domažlice</b>	<b>Počet dívek</b>	<b>Počet chlapců</b>	<b>Celkem</b>
ZŠ Komenského 17	47	53	100
ZŠ Msgre. B. Staška	22	19	41
<b>Celkem</b>	<b>69</b>	<b>72</b>	<b>141</b>

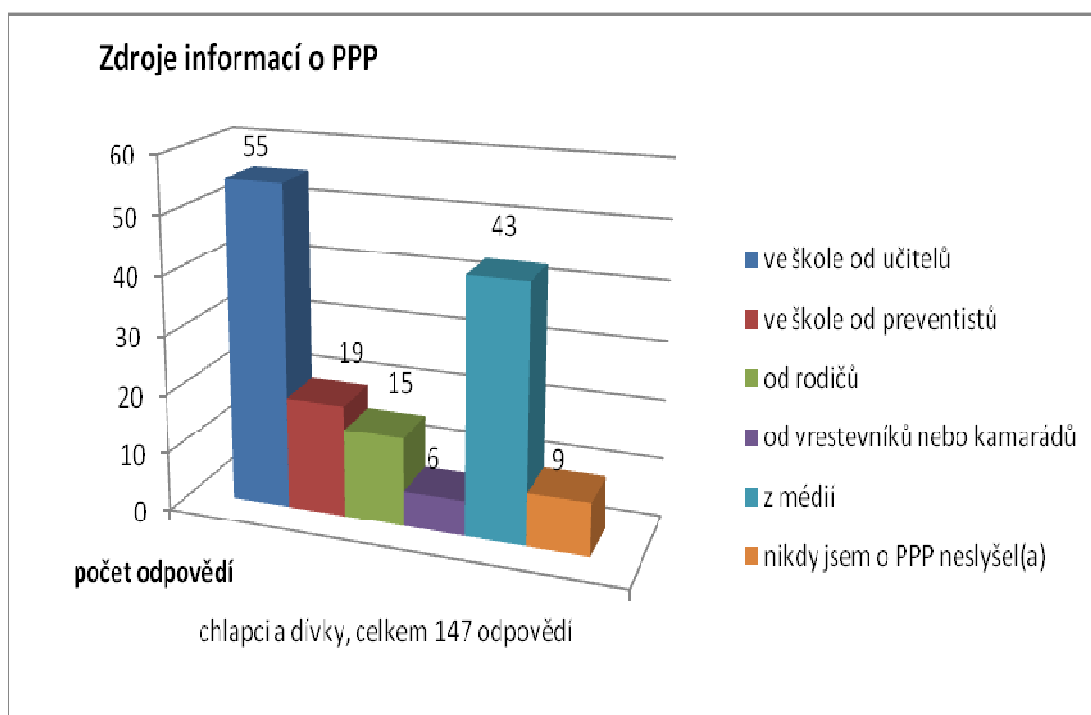
### **8.3 Získaná data a jejich interpretace**

Vzorek respondentů 141 žáků zahrnoval obě pohlaví. Dívek bylo 69 (48,9 %) a chlapců 72 (51,1 %). Získaná data jsou vyhodnoceny v tabulkách a grafech pomocí absolutní četnosti. Pro přehlednost ke každé otázce uvádíme také procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. Výsledky doplňujeme stručným komentářem.

#### **1. O poruchách příjmu potravy jsem se poprvé dozvěděl(a) .....**

Odpověděli všichni dotazovaní, 6 z nich zaškrtnulo 2 možné varianty. Z tabulky vyplývá, že mají dotazovaní o PPP alespoň základní informace. Pouze 9 žáků nikdy o této problematice neslyšelo. Nejvíce respondentů bylo informováno díky škole, ať už prostřednictvím učitelů nebo preventistů. Z hlediska pohlaví se zdroj informací výrazně liší. U chlapců byla prvním informátorem škola (63,9 %), u dívek byla nejvíce zastoupena média (40 %).

ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (75)		CELKEM (147)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ve škole od učitelů	36	50	19	25,4	<b>55</b>	<b>37,4</b>
Ve škole od preventistů	10	13,9	9	12	<b>19</b>	<b>12,9</b>
Od rodičů	5	6,9	10	13,3	<b>15</b>	<b>10,2</b>
Od vrstevníků nebo kamarádů	3	4,2	3	4	<b>6</b>	<b>4,1</b>
Z médií	13	18,1	30	40	<b>43</b>	<b>29,3</b>
Nikdy jsem o PPP neslyšel(a)	5	6,9	4	5,3	<b>9</b>	<b>6,1</b>

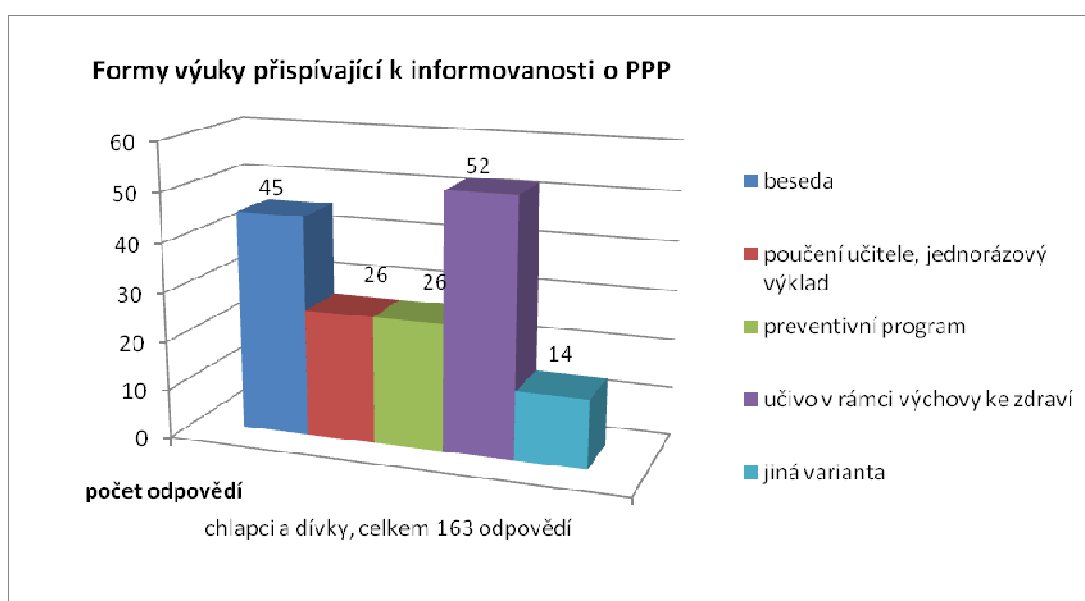


## 2. Zaškrtni varianty, které v rámci výuky přispěly k tvé informovanosti o PPP

Je uspokojivé, že učivo týkající se poruch příjmu potravy na základních školách neprobíhá nejčastěji formou jednorázového výkladu. Výsledky prokázaly, že na obou domažlických školách probíhá v souladu s RVP výchova ke zdraví. K této variantě se přiklonilo 52 žáků (31,9 %). Další velká skupina o 45 žácích (27,6 %) získala informace prostřednictvím besedy.

14 žáků zvolilo jinou variantu: rodiče (4), nikdy jsem o tom neslyšel/a (3), žádná z variant (3), trenér (1), pracovnice PPP – rodinná přítelkyně (1), nezajímám se o tyto nesmysly (1), být s tím dotyčným v kontaktu, vidět ho každý den, prožívat (1).

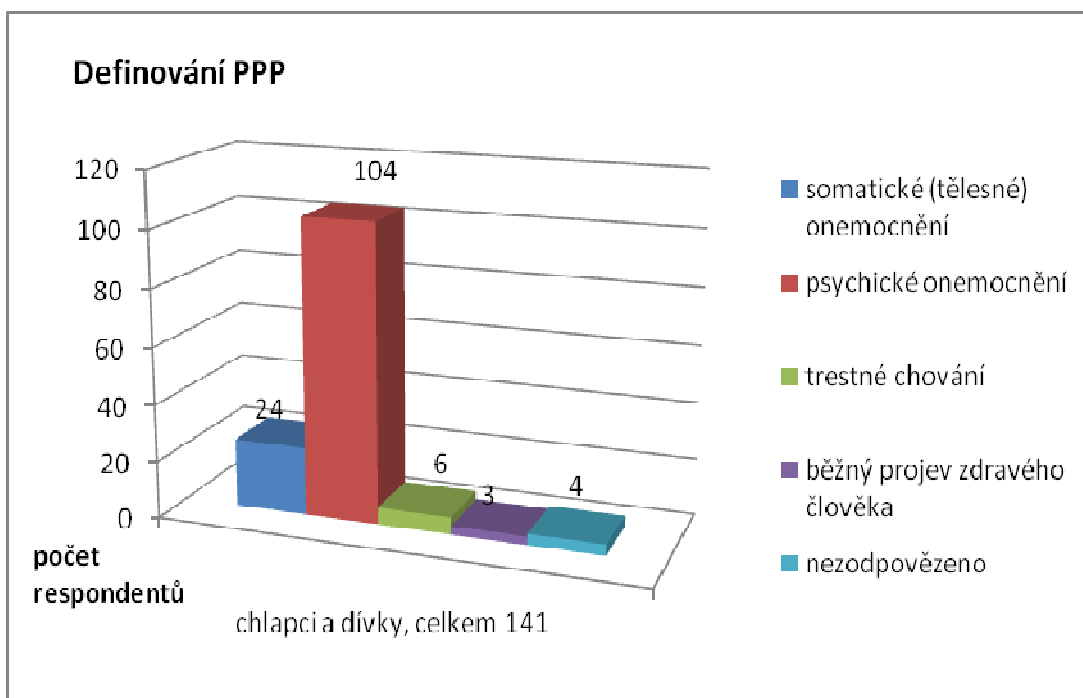
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (80)		DÍVKY (83)		CELKEM (163)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Beseda	19	23,7	26	31,3	45	27,6
Poučení od učitele, jednorázový výklad	13	16,3	13	15,7	26	16
Preventivní program	13	16,3	13	15,7	26	16
Učivo v rámci výchovy ke zdraví	27	33,7	25	30,1	52	31,9
Jiná varianta	8	10	6	7,2	14	8,5



### 3. Poruchami příjmu potravy rozumím .....

Téměř ¾ (73,8 %) dotázaných správně přiřadily poruchy příjmu potravy k psychickým onemocněním. Pouze 24 respondentů (17 %) se nechalo zmást zřejmě následky PPP, které se promítají také do fyzické stránky pacientů, a zvolilo variantu somatického onemocnění.

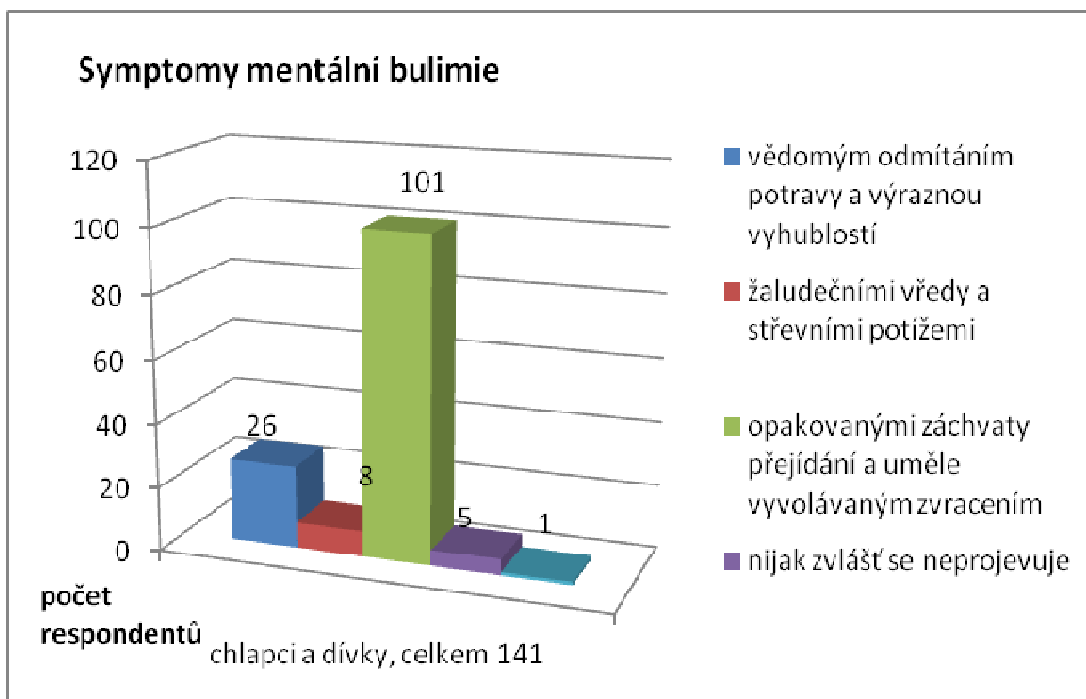
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Somatické (tělesné) onemocnění	16	22,2	8	11,6	<b>24</b>	<b>17</b>
Psychické onemocnění	50	69,4	54	78,3	<b>104</b>	<b>73,8</b>
Trestné chování	4	5,6	2	2,9	<b>6</b>	<b>4,3</b>
Běžný projev zdravého člověka	2	2,8	1	1,4	<b>3</b>	<b>2,1</b>
Nezodpovězeno	0	0	4	5,8	<b>4</b>	<b>2,8</b>



#### 4. Mentální bulimie se projevuje .....

Projevy mentální bulimie správně určilo 101 dotázaných (71,6 %). Více správných odpovědí měli z hlediska pohlaví chlapci (75 %).

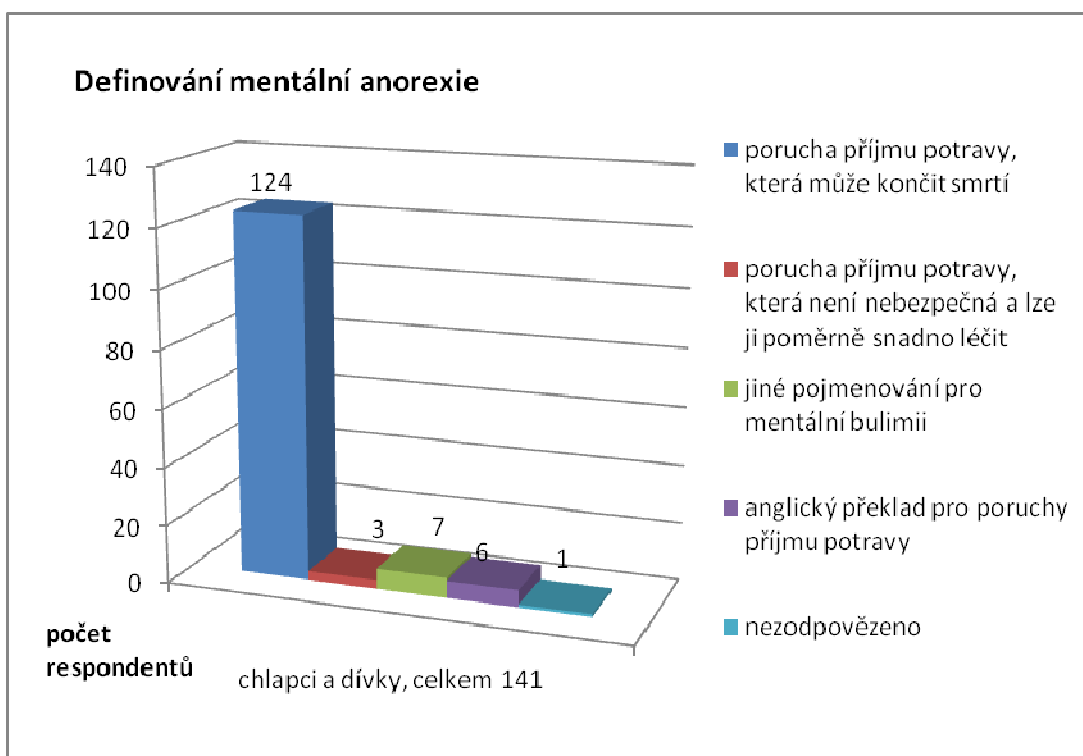
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Vědomým odmítáním potravy a výraznou vyhublostí	12	16,7	14	20,3	26	18,5
Žaludečními vředy a střevními potížemi	3	4,2	5	7,3	8	5,7
Opakovanými záchvaty přejídání a uměle vyvolávaným zvracením	54	75	47	68,1	101	71,6
Nijak zvlášť se neprojevuje	2	2,7	3	4,3	5	3,5
Nezodpovězeno	1	1,4	0	0	1	0,7



## 5. Mentální anorexie je .....

Výsledky dokazují, že jsou žáci o PPP informováni a navíc si celých 87,9 % z dotázaných uvědomuje riziko smrti.

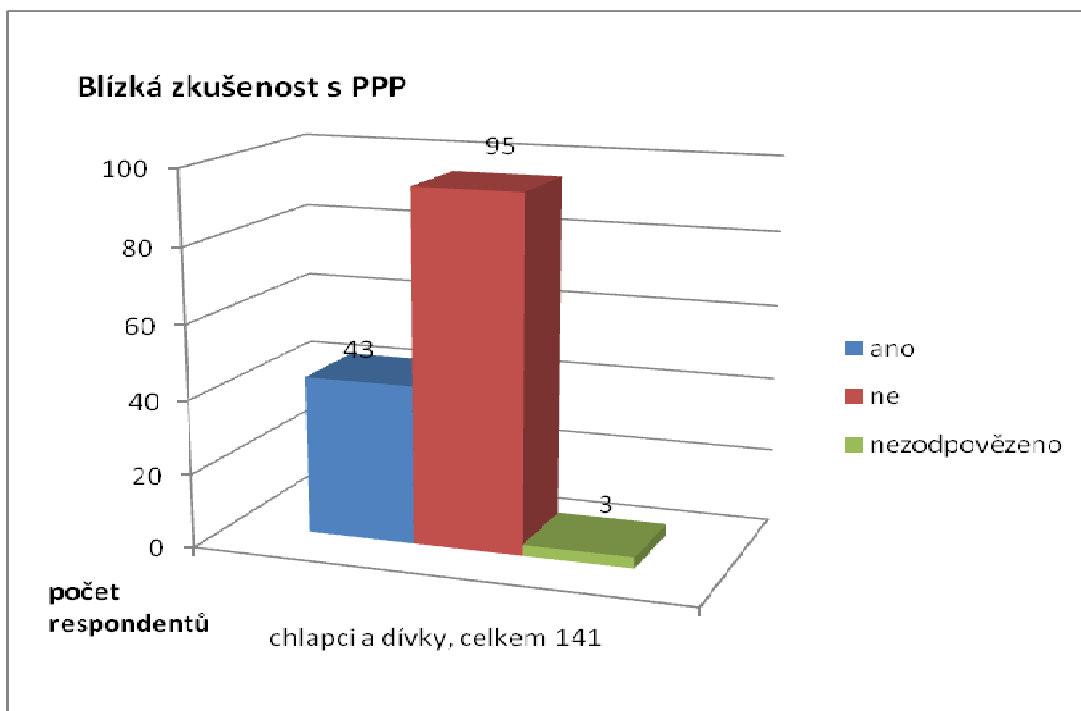
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Porucha příjmu potravy, která může končit smrtí	63	87,5	61	88,4	<b>124</b>	<b>87,9</b>
Porucha příjmu potravy, která není nebezpečná a lze ji poměrně snadno léčit	0	0	3	4,3	<b>3</b>	<b>2,1</b>
Jiné pojmenování pro mentální bulimii	4	5,6	3	4,3	<b>7</b>	<b>5</b>
Anglický překlad pro poruchy příjmu potravy	4	5,6	2	2,9	<b>6</b>	<b>4,3</b>
Nezodpovězeno	1	1,4	0	0	<b>1</b>	<b>0,7</b>



## 6. Setkal/a ses ve svém blízkém okolí s někým, kdo trpěl PPP?

Je alarmující, že více než ¼ z dotázaných se ve svém blízkém okolí setkala s člověkem trpícím poruchou příjmu potravy. Z hlediska pohlaví výsledky dokazují, že zvýšené riziko propuknutí PPP hrozí především dívkám. Oproti chlapcům (15,3 %) se s PPP setkávají daleko častěji (46,4 %).

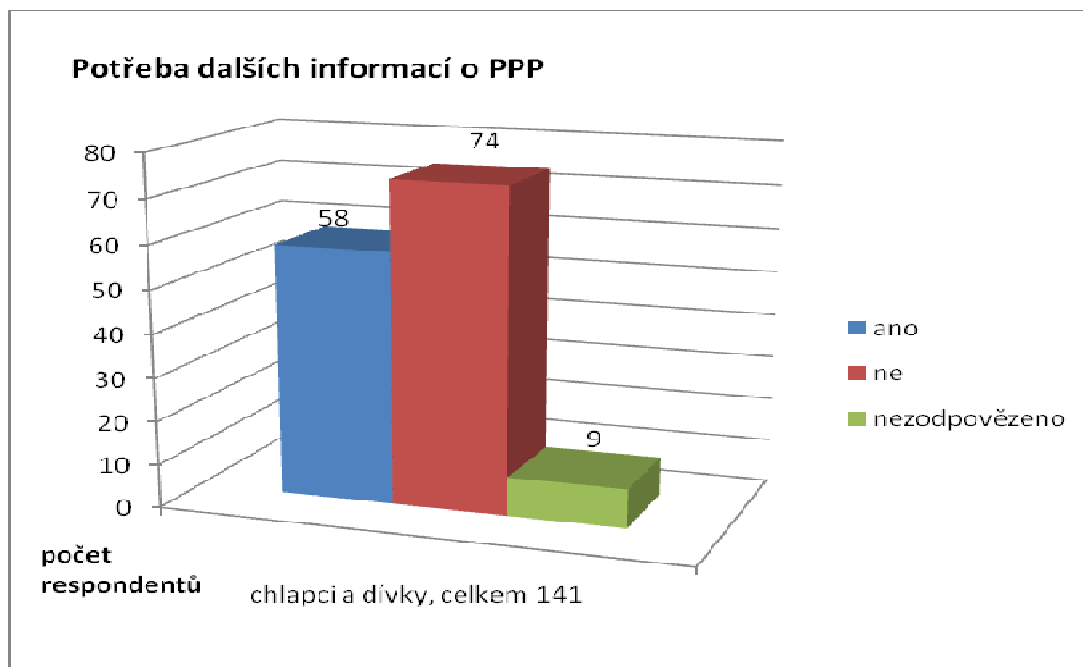
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano	11	15,3	32	46,4	43	30,5
Ne	58	80,6	37	53,6	95	67,4
Nezodpovězeno	3	4,2	0	0	3	2,1



## 7. Chtěl/a by ses o tomto problému dozvědět více informací?

Je překvapivé, že více než polovina respondentů (52,5 %) necítí potřebu dozvědět se o problematice PPP více informací. Jednou z příčin může být kvalitní výuka výchovy ke zdraví na obou školách, v níž učitelé poruchám příjmu potravy již věnovali dostatek prostoru a času. Odpovídají tomu i výborné znalosti žáků, které chlapci i dívky 8. a 9. tříd prokázali v odpovědích na předešlé otázky.

ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano	23	31,9	35	50,7	<b>58</b>	<b>41,1</b>
Ne	42	58,4	32	46,4	<b>74</b>	<b>52,5</b>
Nezodpovězeno	7	9,7	2	2,9	<b>9</b>	<b>6,4</b>

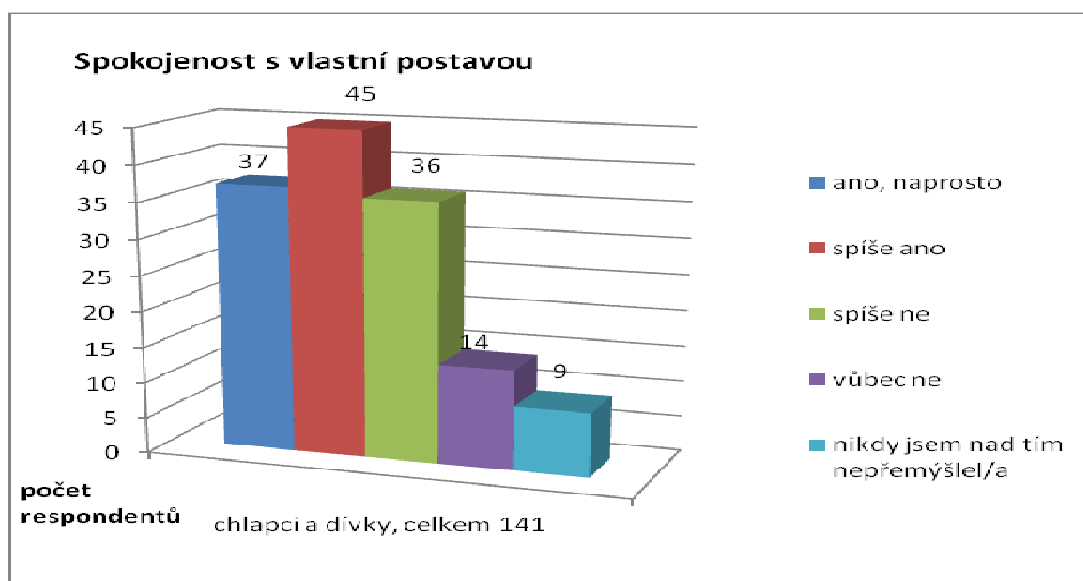




## 8. Jsi spokojen/a se svojí postavou?

Graf mapující spokojenost žáků s vlastní postavou vyznívá poměrně pozitivně. Téměř třetina dotázaných je podle výsledků se svým tělem naprosto spokojena a téměř třetina se přiklonila k odpovědi „spíše ano“. Výsledky pro jednotlivá pohlaví se však v tomto bodě dotazníku rozcházejí. Chlapci jsou se svojí postavou obecně daleko více spokojeni. 75 % z nich volilo první dvě varianty odpovědí (ano, naprosto; spíše ano). Absolutní nespokojenost vykazují pouze dva respondenti mužského pohlaví (2,8 %). Hodnoty v tabulce dokazují, že dívky jsou k sobě přísnější a kritičtější. 12 z nich (17,4 %) není se svou postavou spokojeno vůbec, nejvyšší procento u nich zastává odpověď „spíše ne“ (33,3 %).

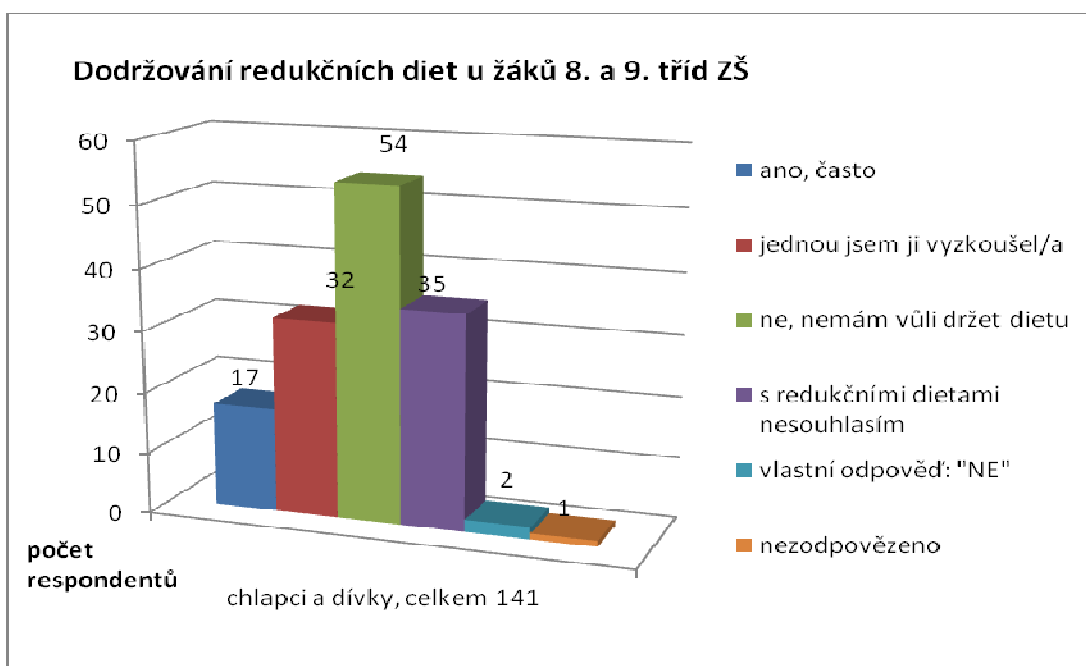
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano, naprosto	31	43,1	6	8,7	37	26,3
Spíše ano	23	31,9	22	31,9	45	31,9
Spíše ne	13	18	23	33,3	36	25,5
Vůbec ne	2	2,8	12	17,4	14	9,9
Nikdy jsem na tím nepřemýšlel/a	3	4,2	6	8,7	9	6,4



## 9. Dodržel/a jsi někdy redukční dietu?

49 z dotazovaných žáků 8. a 9. tříd (34,8 %) už někdy vyzkoušelo redukční dietu. Tento výsledek koresponduje s vyhodnocením předešlé otázky, kde 50 respondentů otevřeně přiznalo větší či menší nespokojenost se svou postavou (35,4 %), což je nepochybně jedním z hlavních spouštěčů dodržování redukční diety. Dívky opět představují rizikovější skupinu. 17 z nich (12,1 %) dokonce dodržuje dietu často. Vzhledem k tomu, že redukční diety zvyšují riziko vzniku PPP, není tato situace příliš povzbudivá.

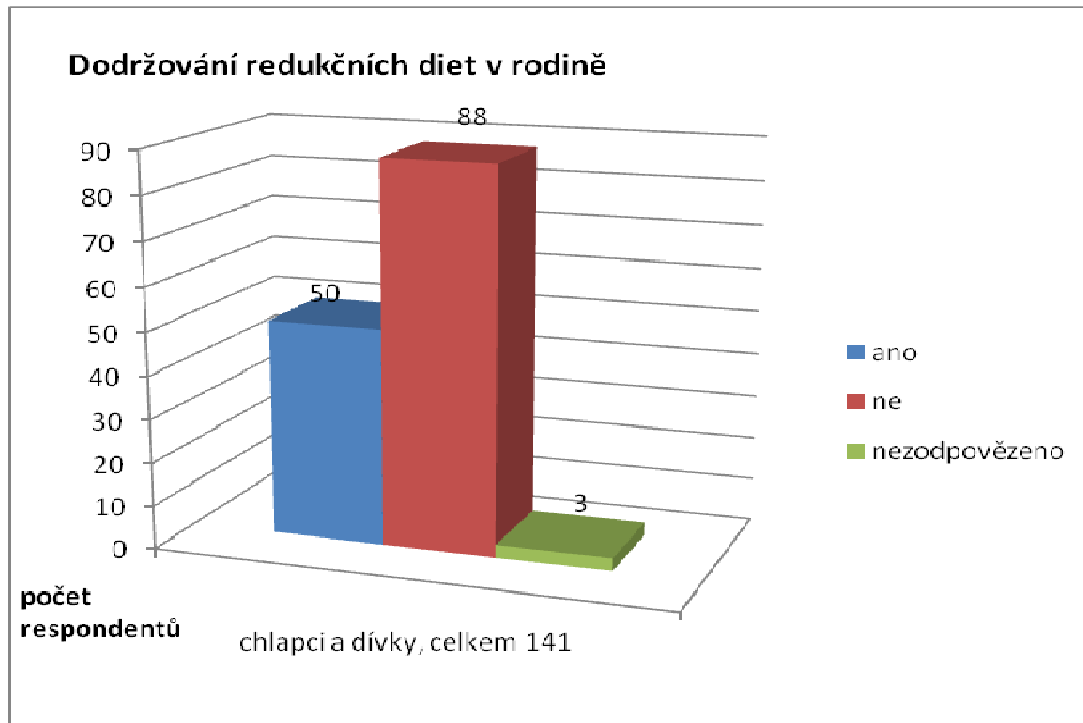
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano, často	4	5,6	13	18,8	<b>17</b>	<b>12,1</b>
Jednou jsem ji vyzkoušel/a	10	13,8	22	31,9	<b>32</b>	<b>22,7</b>
Ne, nemám vůli držet dietu	29	40,3	25	36,2	<b>54</b>	<b>38,3</b>
S redukčními dietami nesouhlasím	27	37,5	8	11,6	<b>35</b>	<b>24,8</b>
Vlastní odpověď: „NE“	2	2,8	0	0	<b>2</b>	<b>1,4</b>
Nezodpovězeno	0	0	1	1,5	<b>1</b>	<b>0,7</b>



## 10. Dodržoval někdo z tvé rodiny redukční dietu?

50 respondentů (35,5 %) odpovědělo, že v jejich rodině někdo dodržoval redukční dietu. Vzhledem k tomu, že téměř stejné procento žáků (34,8 %) redukční dietu samo vyzkoušelo, existuje výrazná tendence k nápodobě redukčního chování. Z tohoto hlediska je pro primární prevenci nezbytný fungující model optimálního jídelního chování a pozitivního vztahu ke svému tělu.

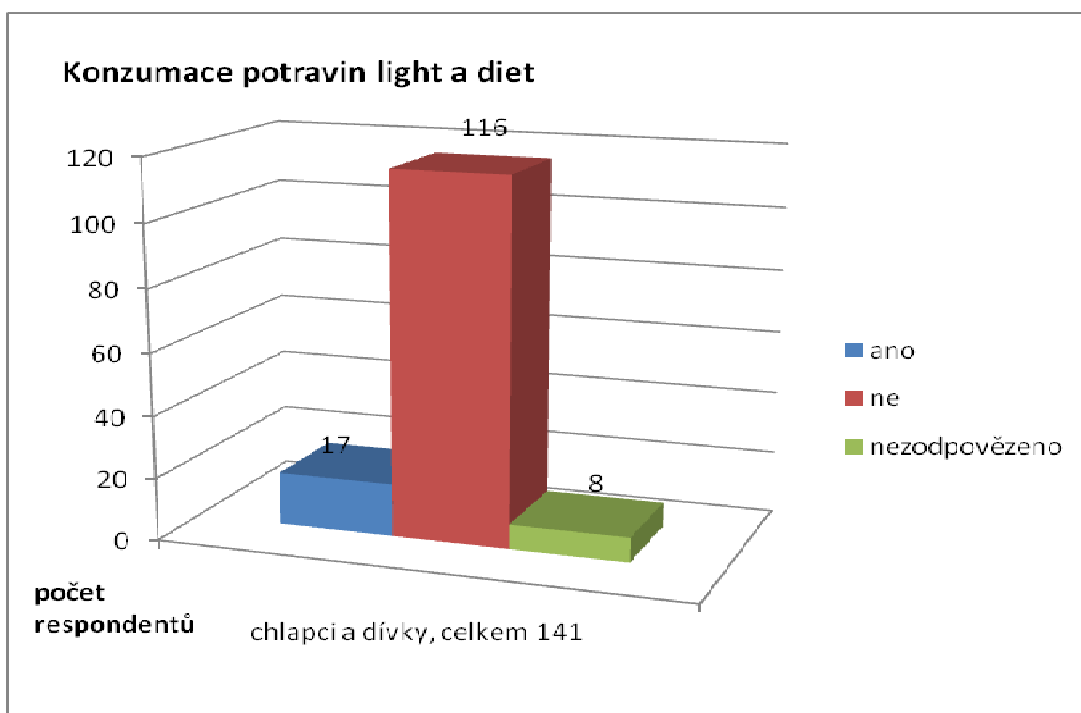
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano	17	23,6	33	47,8	50	35,5
Ne	55	76,4	33	47,8	88	62,4
Nezodpovězeno	0	0	3	4,4	3	2,1



## 11. Jíte doma převážně potraviny s označením light nebo diet?

116 z dotazovaných (82,3 %) potvrdilo, že v jejich rodině nejsou konzumovány především light nebo diet výrobky.

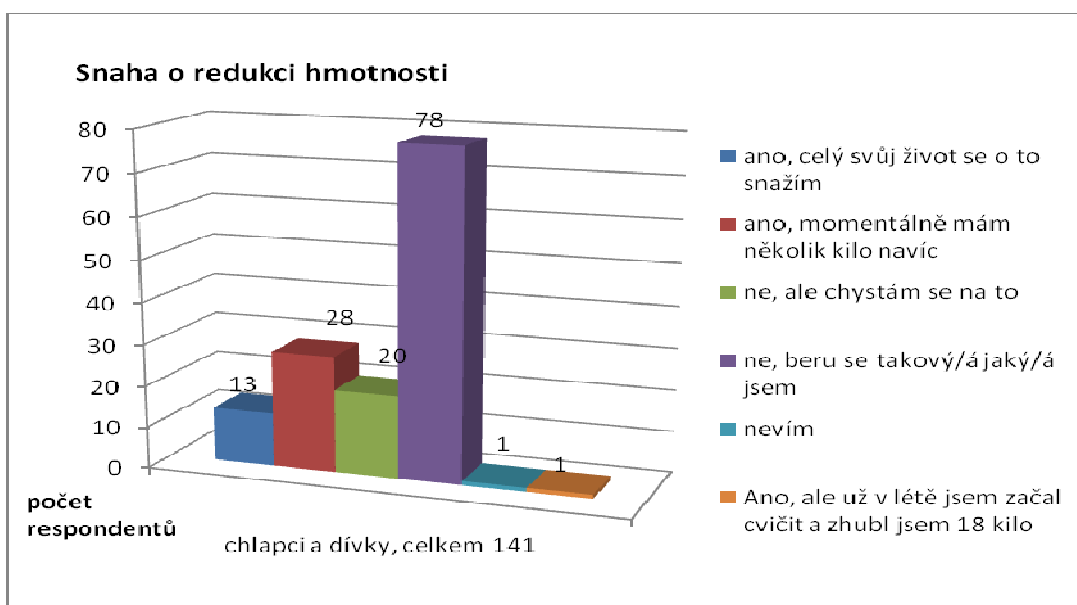
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano	3	4,2	14	20,3	<b>17</b>	<b>12</b>
Ne	67	93	49	71	<b>116</b>	<b>82,3</b>
Nezodpovězeno	2	2,8	6	8,7	<b>8</b>	<b>5,7</b>



## 12. Snažíš se v současnosti zhubnout?

42 respondentů (29,8 %) se v současné době snaží zhubnout. 13 z nich (9,2 %) dokonce přiznává, že se o redukci hmotnosti snaží po celý svůj život. Tato poměrně vysoká čísla ukazují, že fyzický vzhled je pro pubescenty velmi důležitý. 78 z dotazovaných žáků naopak odpovědělo, že se v současné době zhubnout nesnaží a berou se takoví, jací jsou (55,3 %). Tato skupina je však tvořena 53 chlapci a pouze 25 dívkami, což opět potvrzuje větší spokojenost mužského pohlaví se svým tělem.

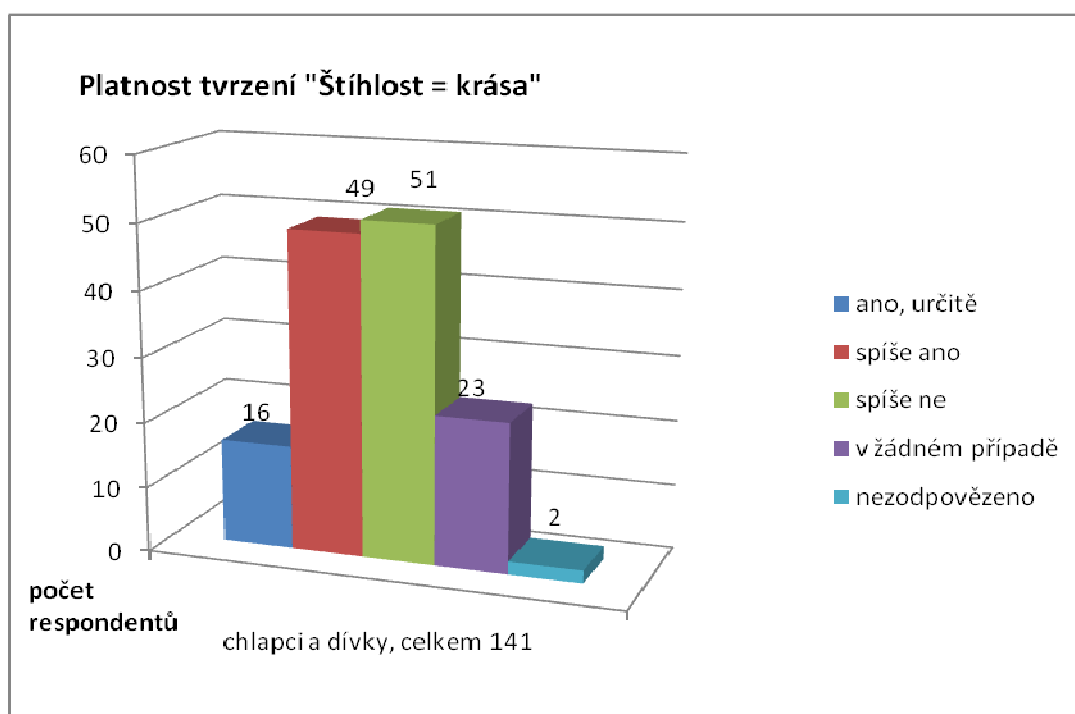
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano, celý svůj život se o to snažím	4	5,6	9	13,1	13	9,2
Ano, momentálně mám několik kilo navíc	9	12,5	19	27,5	28	19,9
Ne, ale chystám se na to	5	6,9	15	21,7	20	14,2
Ne, beru se takový/á jaký/á jsem	53	73,6	25	36,2	78	55,3
Nevím	0	0	1	1,5	1	0,7
Ano, ale už v létě jsem začal cvičit a zhubl jsem 18 kilo	1	1,4	0	0	1	0,7



### 13. Souhlasíš s tvrzením: Štíhlost = krása?

65 respondentů (46,1 %) spojuje štíhlost s krásou. Více než polovina (74 respondentů, 52,5 %) ale s tvrzením „Štíhlost = krása“ překvapivě nesouhlasí.

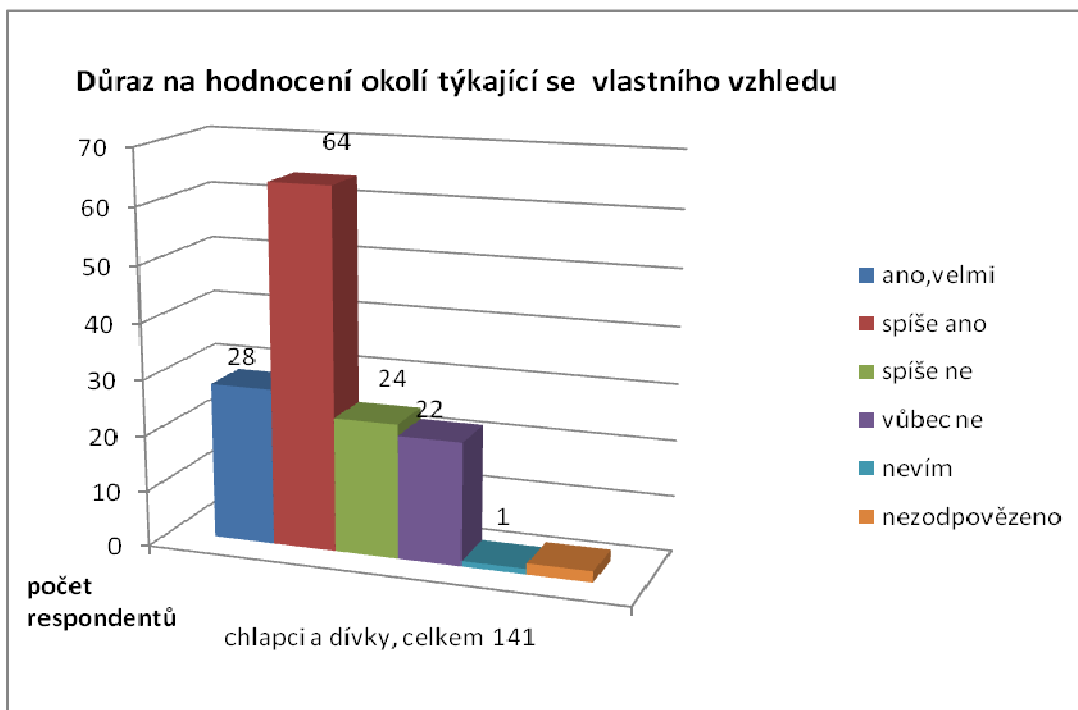
ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano, určitě	6	8,3	10	14,5	<b>16</b>	<b>11,3</b>
Spíše ano	22	30,6	27	39,1	<b>49</b>	<b>34,8</b>
Spíše ne	29	40,3	22	31,9	<b>51</b>	<b>36,2</b>
V žádném případě	13	18	10	14,5	<b>23</b>	<b>16,3</b>
Nezodpovězeno	2	2,8	0	0	<b>2</b>	<b>1,4</b>



#### 14. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní?

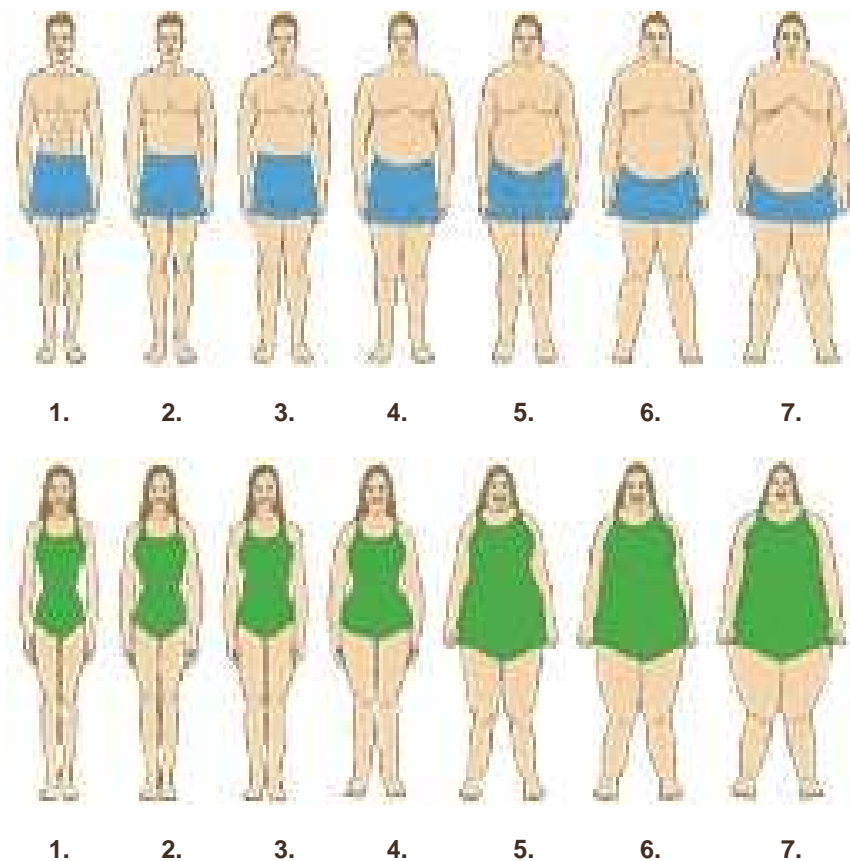
92 (65,3 %) respondentům záleží na tom, co si lidé z okolí myslí o jejich vzhledu. 28 z nich (19,9 %) je na mínění ostatních dokonce velmi citlivá. Opět se zde ukazuje v nevýhodě ženské pohlaví, které je na hodnocení druhých podle výsledků šetření mnohem více závislé.

ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Ano, velmi	13	18,1	15	21,7	28	19,9
Spíše ano	27	37,5	37	53,6	64	45,4
Spíše ne	15	20,8	9	13	24	17
Vůbec ne	15	20,8	7	10,2	22	15,6
Nevím	0	0	1	1,5	1	0,7
Nezodpovězeno	2	2,8	0	0	2	1,4



### 15. Zakroužkuj obrázek, který nejvíce odpovídá tvé postavě.

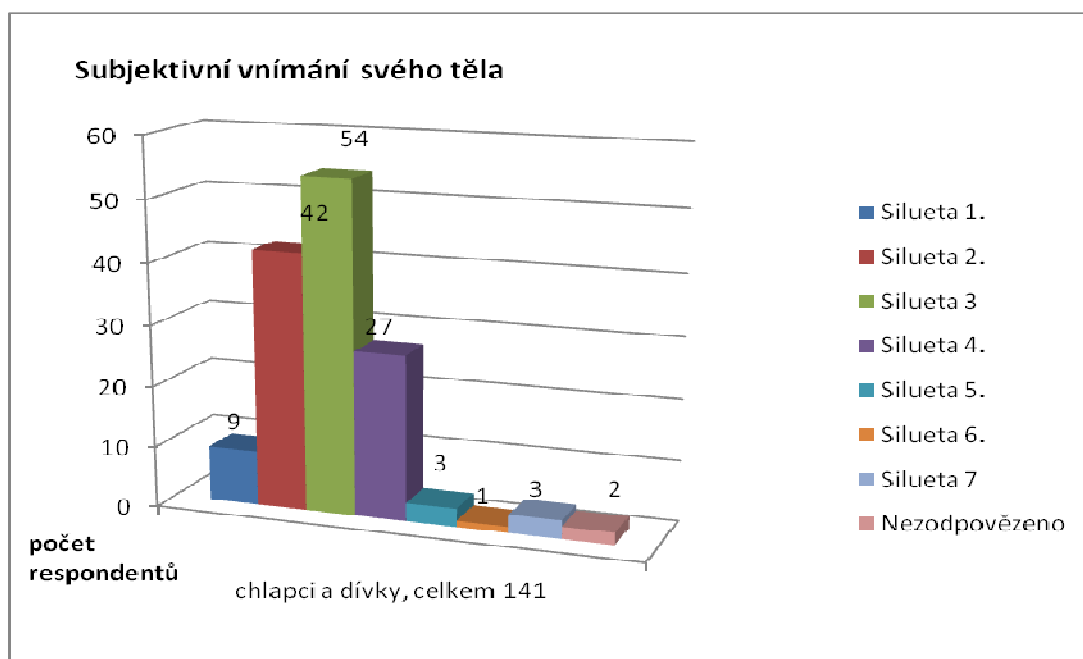
Nejvíce z dotázaných chlapců (28; 38,9 %) srovnává své tělo se siluetou č. 2. Téměř třetina (22; 30,6 %) se ztotožňuje s postavou číslo 3. U dívek necelá polovina (32 dívek; 46,4 %) vidí své tělo jako siluetu č. 3 a 14 (20,3 %) jako siluetu č. 2. 16 dívek (23,1 %) zakroužkovalo postavu ženy s číslem 4.



ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Silueta 1.	6	8,3	3	4,3	<b>9</b>	<b>6,4</b>
Silueta 2.	28	38,9	14	20,3	<b>42</b>	<b>29,8</b>
Silueta 3.	22	30,6	32	46,4	<b>54</b>	<b>38,3</b>
Silueta 4.	11	15,3	16	23,2	<b>27</b>	<b>19,2</b>
Silueta 5.	1	1,4	2	2,9	<b>3</b>	<b>2,1</b>



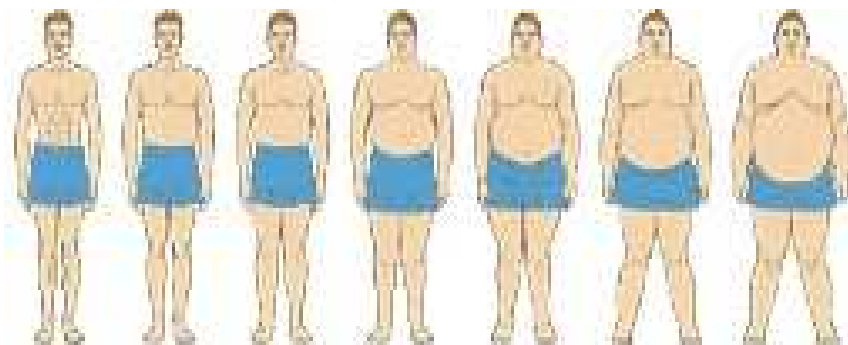
Silueta 6.	1	1,4	0	0	1	0,7
Silueta 7.	1	1,4	2	2,9	3	2,1
Nezodpovězeno	2	2,7	0	0	2	1,4



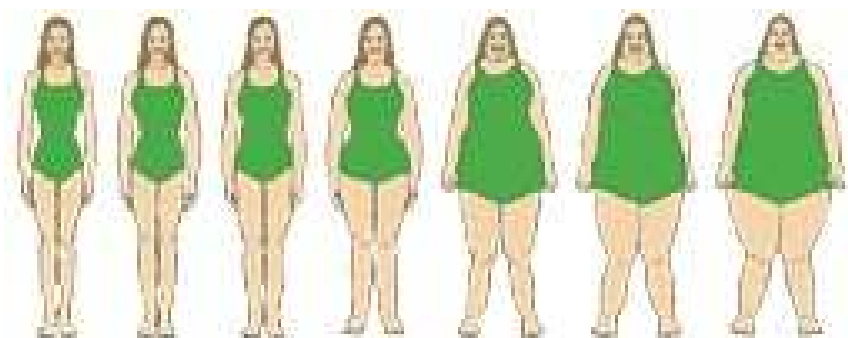
## 16. Podtrhni obrázek, který splňuje tvé představy o ideální postavě.

Největší počet chlapců (32; 44,4 %) spatřuje ideál mužského těla v obrázku postavy č. 2. Další velkou skupinu dotázaných hochů (18; 25 %) tvoří respondenti, pro něž je ideální silueta č. 3. Výsledky opět potvrzují, že téměř 1/3 chlapců je se svou postavou spokojena, neboť 30 z nich (46,9 %) udalo svoji subjektivně vnímanou postavu shodnou s ideálem. 15 chlapců shledalo ideál v postavě o 1 pozici štíhlejší, 4 o dvě pozice a 5 o tři. Pro 9 chlapců (14,1 %) je však ideálem silueta naopak o 1 pozici silnější než skutečnost. Stejně jako u chlapců i u největšího počtu dotázaných dívek (33; 47,8 %) jednoznačně dominuje ideální postava shodná se siluetou č. 2. 14 z nich (20,3 %) se přiklání k ideálu postavy, který znázorňuje obrázek č. 1 a 18 (26,1 %) k siluetě č. 3. Pozitivní hodnocení vlastního těla je u pubertálních dívek vzácnější než u chlapců stejného věku. Pouze u 10 z dotázaných slečen se ideál shoduje s jejich postavou. Naopak více než 60 % vidí ideál v siluetě o jednu pozici štíhlejší, než jsou ony samy, 8 o 2 štíhlejší a 3 o 3 pozice. Pouze 5

z nich má dojem, že ideální postava ženy je o 1 stupeň silnější. Výsledky sumarizující odpovědi chlapců i dívek upozorňují na skutečnost, že se trend výrazné štíhlosti až nepřirozené podvýživy u mladé populace pomalu vytrácí.

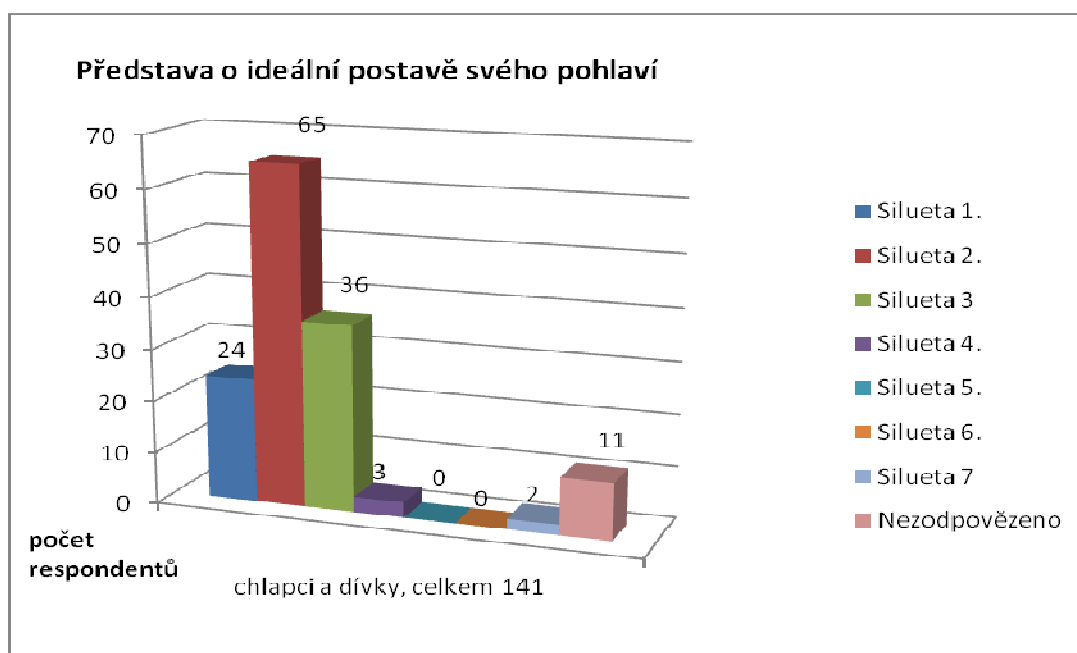


1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.



1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Silueta 1.	10	13,9	14	20,3	<b>24</b>	<b>17</b>
Silueta 2.	32	44,4	33	47,8	<b>65</b>	<b>46,1</b>
Silueta 3.	18	25	18	26,1	<b>36</b>	<b>25,6</b>
Silueta 4.	3	4,2	0	0	<b>3</b>	<b>2,1</b>
Silueta 5.	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Silueta 6.	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Silueta 7.	1	1,4	1	1,5	<b>2</b>	<b>1,4</b>
Nezodpovězeno	8	11,1	3	4,3	<b>11</b>	<b>7,8</b>

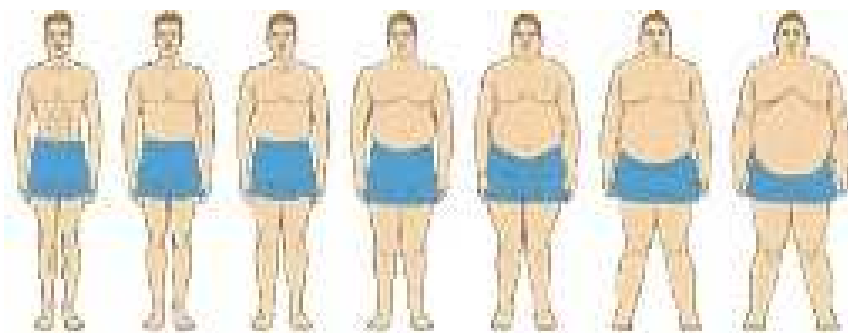


### 17. Škrtni siluetu, která se ti u opačného pohlaví zdá nejpřitažlivější.

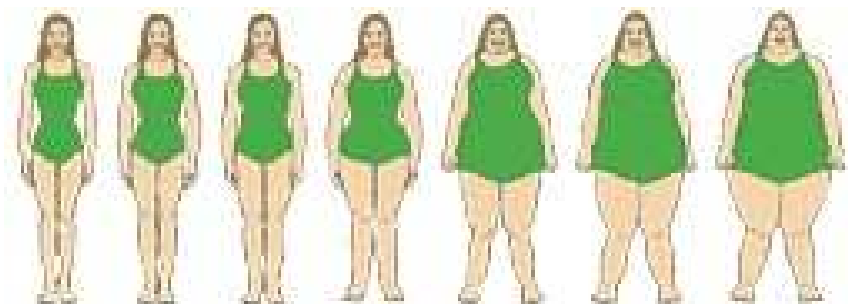
Také výsledky z odpovědí na tuto otázku potvrzují, že dokonalost lidského těla se nezvyšuje přímo úměrně s nižší a nižší tělesnou hmotností. Chlapci překvapivě jako nejvíce atraktivní nevnímají tělo prezentované 1. siluetou. Nejvíce z nich (37; 51,4 %) se přiklonilo k obrázku postavy na třetí pozici siluet žen. Velká část (25; 34,7 %) preferuje štíhlejší siluetu č. 2. Siluetu pod č. 1 však označili jen 3 z respondentů (4,2 %)

Ženy jsou, co se týče tělesné hmotnosti přísnější nejen na sebe ale i na druhé pohlaví. Jako ideální mužskou postavu pokládají obrázek s č. 2, který označilo 41 dívek (59,4 %). Pro dívky je dále také velmi atraktivní silueta č. 1 (17; 24,6 %). Obrázek mužské postavy s č. 3 preferuje pouze 8 respondentek (11,6 %).

Obecně se v ideálu mužské postavy dívky i chlapci téměř shodují. V požadavcích na atraktivitu ženského těla se však jednotlivá pohlaví lehce rozcházejí, při čemž chlapci dávají přednost před dokonalou štíhlostí výraznějším ženským tvarům.



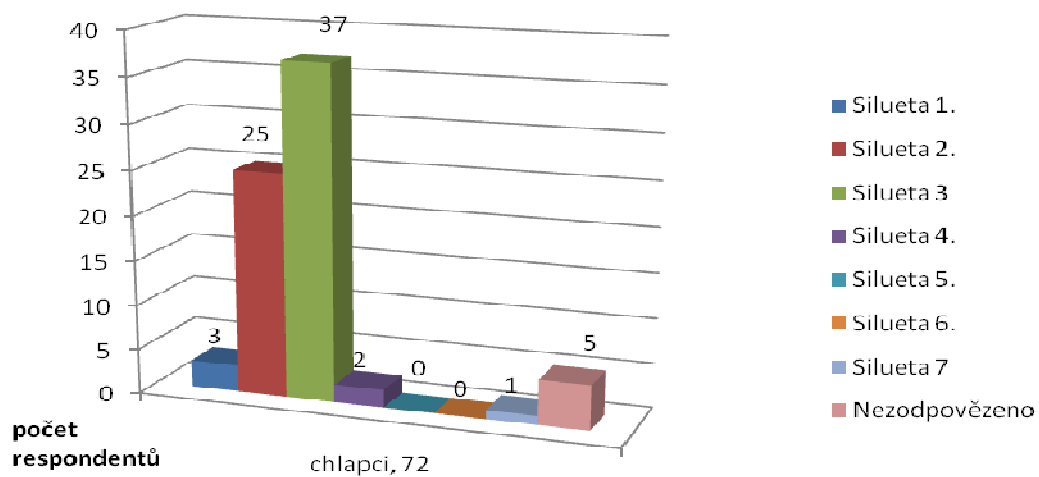
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.



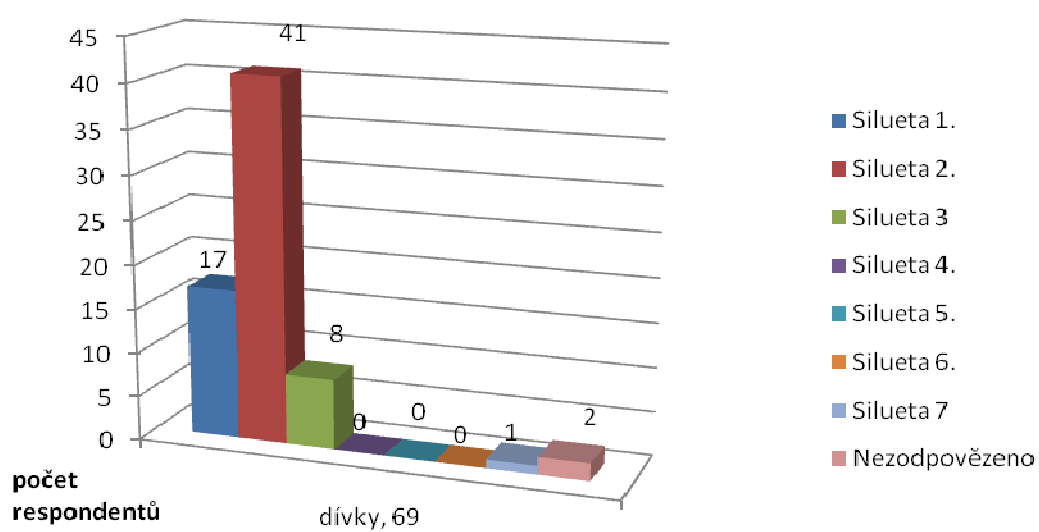
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

ODPOVĚĎ	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Silueta 1.	3	4,2	17	24,7
Silueta 2.	25	34,7	41	59,4
Silueta 3.	37	51,4	8	11,6
Silueta 4.	2	2,8	0	0
Silueta 5.	0	0	0	0
Silueta 6.	0	0	0	0
Silueta 7.	0	0	1	1,4
Nezodpovězeno	5	6,9	2	2,9

### Ideální postava u opačného pohlaví



### Ideální postava u opačného pohlaví



**18. Zkus z fotek vyčíst vlastnosti těchto dvou žen, charakterizuj je v několika větách.**

**Tabulka č. 1**



**Tabulka č. 2**



Nejvíce respondentů popisovalo ženy pomocí vnějších znaků a provozovaných aktivit, které ovlivňují jejich hmotnost. U první ženy dominovala štíhlost (50; 35,5 %). 23 respondentů (16,3 %) napsalo, že je dívka na fotografii krásná a stejný počet se přiklonil k domněnce, že nejspíš sportuje a je v dobré kondici. 19 z dotázaných žáků je přesvědčeno, že žena dodržuje zdravý životní styl a se svou postavou je velmi spokojená. Odpovědi chlapců a dívek se lišily především v tom, že se v charakteristikách dívek častěji objevovaly vlastnosti a povahové rysy vyobrazené ženy (cílevědomá, sebevědomá, sebejistá, namyšlená, ne moc chytrá aj). U druhé ženy si žáci také nejvíce všímali její postavy a její nadváhu nějakým způsobem komentovali. Výraz tlustá nebo tučná použilo pro její popis 29 (20,6 %) respondentů. Dívky však více užívaly jemnější vyjádření např.: (je při těle, má nějaká kila navíc, baculka aj.) Na 15 žáků (10,6 %) působila žena s nadváhou jako vyrovnaná a spokojená.

**Tabulka č. 1**

ODPOVĚĎ (ŠTÍHLÁ ŽENA)	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
Štíhlá, hubená	21	29,2	29	42	50	35,5
Má míry modelky	1	1,4	2	2,9	3	2,1
Má ideální ženskou postavu	1	1,4	2	2,9	3	2,1

Až příliš hubená	3	4,2	7	10,1	10	7,1
Má anorexii	1	1,4	-	-	1	0,7
<b>Krásná</b>	10	13,9	13	18,8	23	<b>16,3</b>
Milá	2	2,7	1	1,4	3	2,1
Sexy, přitažlivá	4	5,6	3	4,3	7	5
Chce se líbit mužům	1	1,4	1	1,4	2	1,4
Šťastná	2	2,7	3	4,3	5	3,5
Oblíbená	-	-	1	1,4	1	0,7
Dbá na svůj vzhled	6	8,3	3	4,3	9	6,4
<b>Sportuje, je v kondici</b>	10	13,9	13	18,8	23	<b>16,3</b>
Usměvavá, veselá	4	5,6	5	7,2	9	6,4
Vtipná, zábavná	3	4,2	-	-	3	2,1
Ráda se chodí bavit	1	1,4	-	-	1	0,7
Oblíbená	-	-	1	1,4	1	0,7
<b>Spokojená se svým tělem</b>	8	11,1	11	15,9	19	<b>13,5</b>
<b>Žije zdravě, jí zdravě</b>	12	16,7	7	10,1	19	<b>13,5</b>
Nemá psychické potíže	1	1,4	-	-	1	0,7
Je venkovní typ	1	1,4	-	-	1	0,7
Nemá prsa	4	5,6	1	1,4	5	3,5
Má max. 1 dítě	1	1,4	-	-	1	0,7
Snaží se zhubnout, drží dietu	11	15,3	2	2,9	13	9,2
Snaží si udržet štíhlou postavu za každou cenu	-	-	1	1,4	1	0,7
Hlídá si váhu, měří se a váží se	2	2,7	2	2,9	4	2,8
Trpí pro svou štíhlost	-	-	1	1,4	1	0,7
Není se sebou spokojená	1	1,4	3	4,3	4	2,8
Ráda nosí sukně a kraťasy	-	-	1	1,4	1	0,7
Myslí si, že je tlustá	3	4,2	-	-	3	2,1
Snáze vybírá oblečení	-	-	2	2,9	2	1,4
Plná života, energická, aktivní	-	-	3	4,3	3	2,1

Blondýna	-	-	4	5,8	4	2,8
Sebevědomá, sebejistá	-	-	5	7,2	5	3,5
Cílevědomá	-	-	1	1,4	1	0,7
Namyšlená	-	-	2	2,9	2	1,4
Mrška	-	-	2	2,9	2	1,4
Ne moc chytrá	-	-	1	1,4	1	0,7
nezodpovězeno	14	19,4	-	-	14	9,9

**Tabulka č. 2**

ODPOVĚĎ (PLNOŠTÍHLÁ ŽENA)	CHLAPCI (72)		DÍVKY (69)		CELKEM (141)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
<b>Tlustá, tučná</b>	13	18	11	15,9	29	<b>20,6</b>
<b>Má kila navíc, je při těle, baculka</b>	-	-	18	26	18	<b>12,8</b>
Ráda jí, má chuť k jídlu	6	8,3	5	7,2	11	7,8
Nezdravě jí	-	-	1	1,4	1	0,7
Má hlad	1	1,4	-	-	1	0,7
Přejídá se	3	4,2	1	1,4	4	2,8
Je jí jedno, kolik váží, nehlídá se	7	9,7	-	-	7	5
Záleží jí na vzhledu	-	-	2	2,9	2	1,4
Nepečuje o sebe	1	1,4	-	-	1	0,7
Měla by zhubnout	1	1,4	3	4,3	4	2,8
Měří se, váží se	1	1,4	-	-	1	0,7
Šťastná	2	2,8	9	13	11	7,8
Nešťastná	-	-	1	1,4	1	0,7
<b>Spokojená, vyrovnaná</b>	8	11,1	7	10,1	15	<b>10,6</b>
Optimistická	-	-	1	1,4	1	0,7
Není spokojená	2	2,8	5	7,2	7	5
Nic ji netrápí	1	1,4	-	-	1	0,7
Nestydí se za to, jak vypadá – bere se taková, jaká je	2	2,8	7	10,1	9	6,4
Nic si nemusí dokazovat	1	1,4	-	-	1	0,7



Záleží jí více na charakteru	1	1,4	-	-	1	0,7
Trápí se	1	1,4	1	1,4	2	1,4
Jí kalorická jídla	7	9,7	-	-	7	5
Má problémy se štítnou žlázou	-	-	1	1,4	1	0,7
Nesportuje, nemá dostatek pohybu	4	5,6	5	7,2	9	6,4
Má snahu zhubnout	6	8,3	4	5,8	10	7,1
Drží dietu	-	-	1	1,4	1	0,7
Žije, jak jí to vyhovuje	2	2,8	-	-	2	1,4
Ošklivá	3	4,2	-	-	3	2,1
Nedostává se jí zájmu opačného pohlaví	-	-	2	2,9	2	1,4
V mládí se jí smáli za to, jaká je	-	-	1	1,4	1	0,7
Po porodu	-	-	1	1,4	1	0,7
Pěkná	-	-	5	7,2	5	3,5
Atraktivní	-	-	1	1,4	1	0,7
Těžko shání oblečení	1	1,4	1	1,4	2	1,4
Nerada nosí sukně	-	-	1	1,4	1	0,7
Nepřitažlivá	1	1,4	-	-	1	0,7
Má prsa	1	1,4	-	-	1	0,7
Bruneta	-	-	1	1,4	1	0,7
Nic moc	2	2,8	-	-	2	1,4
Stará paní	1	1,4	-	-	1	0,7
Stará se o děti	1	1,4	-	-	1	0,7
Stará se o domácnost, je doma, je rodinný typ	2	2,8	1	1,4	3	2,1
Dobře peče buchty	-	-	1	1,4	1	0,7
Hodná	1	1,4	-	-	1	0,7
Ochetná	1	1,4	-	-	1	0,7
Pracovitá	1	1,4	-	-	1	0,7
Rozumná	-	-	1	1,4	1	0,7
Sympatická	-	-	2	2,9	2	1,4

Pracuje v kanceláři	-	-	1	1,4	1	0,7
Společenská	1	1,4	-	-	1	0,7
Vtipná, je pro každou srandu	3	4,2	1	1,4	4	2,8
Milá, příjemná	1	1,4	8	11,6	9	6,4
Upřímná	-	-	1	1,4	1	0,7
Spolehlivá	-	-	1	1,4	1	0,7
Cílevědomá	-	-	1	1,4	1	0,7
Sebevědomá	-	-	2	2,9	2	1,4
Usměvavá, veselá	4	5,6	7	10,1	11	7,8
Užívá si život, má chuť do života	2	2,8	1	1,4	3	2,1
V kolektivu oblíbená, i když je při těle	1	1,4	1	1,4	2	1,4
Nevyplněno	-	-	9	13	9	6,4

## 8.4 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Ze srovnání výsledků plynoucích z odpovědí respondentů se stanovenými hypotézami vplynuly následující závěry:

**Hypotéza č. 1:** *Většina žáků je o poruchách příjmu potravy informována a má alespoň základní znalosti o jejich symptomech a následcích. 75 % žáků uvádí, že se s problematikou PPP setkali ve škole, nejčastěji však formou besedy nebo jednorázového výkladu učitele.*

Tato hypotéza se potvrdila pouze částečně. Odpovědi respondentů na vědomostní otázky týkající se informovanosti byly sice vždy alespoň ze 70 % správné, ale zdrojem prvních informací o PPP byla škola pouze v 37,4 %. Velká část respondentů (29,3 %) se základní informace dozvěděla prostřednictvím médií. I samotní žáci se domnívají, že jsou o PPP dostatečně informováni, jelikož více než polovina z nich uvedla, že necítí potřebu přísunu dalších informací.

**Hypotéza č. 2:** *3/4 respondentů nejsou spokojeny se svým tělem (s proporcemi, s váhou). U dívek je procento nespokojených výrazně vyšší. V 75 % se ideální postava od subjektivně vnímané reality liší o jeden nebo o dva stupně, při čemž ideál*

*představuje štíhlejší silueta. Ideální mužskou postavu vnímají obě pohlaví v 90 % stejně, avšak u ideálu ženského těla se názory chlapců a dívek liší.*

Hypotéza č. 2 se podle výsledků dotazníkového šetření v prvním bodě nepotvrdila. Překvapivě je téměř 60 % respondentů spokojeno se svou postavou, pouze 35,4 % je nespokojených. Platí však, že ve srovnání obou pohlaví vycházejí dívky jako méně spokojené (50,7 %). Nespokojení chlapci tvoří přibližně 1/5 (20,8 %). Potvrdil se také hypotetický předpoklad, že se představy o ideální postavě od reálné podoby liší. Pouze u 14,5 % dívek se ideál shoduje s realitou, ovšem ve více než 70 % je ideál o 1 nebo 2 pozice posunutý směrem ke štíhlejší siluete. Sumarizování výsledků potvrdilo i téměř shodný pohled dívek a chlapců na ideální mužské tělo. Ideál ženského těla obě pohlaví vnímají rozdílně. Chlapci dávají přednost žensky tvarované postavě před extrémní štíhlostí, kterou naopak preferovaly dívky.

**Hypotéza č. 3:** *Více než 50 % respondentů spojuje štíhlost s atraktivitou, krásou, úspěchem, disciplínou a cílevědomostí. Naopak nadváhu vnímají jako handicap, který člověka předurčuje k lenosti, k nízkým ambicím a k malé vůli.*

Hypotéza č. 3 byla díky výsledkům dotazníkového šetření vyvrácena. Při vytváření charakteristik k obrázkům žen na základě prvního dojmu, žáci vypisovali především zřetelné vnější znaky, někteří doplnili také několik předpokládaných vlastností. Sumarizování výsledků bylo obtížné vzhledem k charakteru otázky, na kterou se mohli žáci volně vyjádřit, a proto byly jejich odpovědi velmi různorodé a těžko zařaditelné do obecnějších kategorií. Štíhlost evokovala krásu u 16 % respondentů, cílevědomost jmenoval pouze 1 respondent (1,4 %). Ani v rámci charakteristiky plnoštíhlé ženy se hypotéza nepotvrdila. Lenost, nízké ambice ani nedostatečnou vůli nikdo s nadváhou nespojoval. Dokonce jí byly přiřazovány i mnohé pozitivní vlastnosti např.: (rozumná, milá, usměvavá, veselá, upřímná, pracovitá.) Mezi charakteristikami vyobrazených žen nebyly významné rozdíly. Obě byly popisovány kladnými i negativními vlastnostmi, což přisuzujeme výběru fotografií, na které i plnoštíhlá žena působí velmi sympaticky. Dalším z důvodů může být také to, že štíhlost není pro více než polovinu respondentů jediným ani hlavním kritériem pro krásu a fyzickou přitažlivost.

Za další důležité závěry realizovaného průzkumného šetření považujeme zjištění, že existuje jistá souvislost mezi rodinným modelem a vlastním chováním pubescenta. Sklony k nápodobě byly zjištěny u respondentů, kteří se v rodině setkali s dodržováním redukčních diet a preferováním light či diet výrobků. U 1/3 z celkového počtu respondentů shledáváme vyšší riziko pro vznik PPP, jelikož tito jedinci nejsou spokojeni se svojí postavou, snaží se v současné době zhubnout a dodržovali nebo dodržují redukční dietu.

Potvrdila se i velká závislost pubescentů na hodnocení okolí, které ovlivňuje jejich subjektivní spokojenost či nespokojenost s vlastním zevnějškem.

## 9 Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou v současné době velmi aktuálním problémem, který zasluhuje dostatečnou pozornost nejen ze strany odborníků, ale také pedagogů, rodičů a široké veřejnosti. Důvodem je stále větší počet pacientů, procento zastoupených mužů a především klesající věková hranice. Čím je však výchozí věk pacienta nižší, zvyšují se rizika nevratných následků, které se pak negativně promítají do celého dalšího života jedince.

Pro studium dané problematiky jsem využila desítky odborných publikací, ze kterých jsem načerpala mnoho cenných poznatků nejen pro teoretickou část práce, ale také pro část praktickou. Potřebné doplňující informace jsem získala na oficiálních webových stránkách.

Přikláním se k názoru, že v České republice existuje dostatek kvalitní literatury věnující se problematice poruch příjmu potravy. Vyzdvihla bych především publikace Františka Krcha, Evy Marádové a Hany Papežové. Avšak právě díky velkému množství dostupné literatury bylo zpracování vybraného tématu velmi náročné a obsáhlé. Největší pozornost jsem věnovala objasnění rizikových faktorů a jejich vzájemné souhře při vzniku PPP.

Za největší přínos diplomové práce „*Poruchy příjmu potravy u žáků základní školy*“ pokládáme případové studie pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií, které zachycují subjektivní pohled dívek na celý průběh jejich nemoci a závěry plynoucí z průzkumného šetření.

Vzhledem k výsledkům jsme dospěly k závěru, že primární prevence poruch příjmu potravy je na domažlických školách na velmi dobré úrovni. Žáci jsou dostatečně informováni a výborně se orientují v jednotlivých formách PPP, dokážou je charakterizovat z hlediska příčin, symptomů i následků. K informovanosti žáků zajisté velmi přispěl učitel realizovaný projekt týkající se dané problematiky, v němž žáci nebyli pouze pasivními příjemci informací, ale sami poznatky o jednotlivých formách PPP zjišťovali a vytvářeli informační plakáty a preventivní letáky.

Pozitivní vliv primární prevence sledujeme také v posilování sebevědomí a sebelásky, což se promítlo do pozitivního hodnocení vlastního těla u více než 50 %

z dotazovaných žáků. Vyvozené závěry však nelze považovat za vyčerpávající a směrodatné, neboť vzorek respondentů byl pouze reprezentativní.

I přes uspokojivé výsledky průzkumného šetření se však domnívám, že má primární prevence poruch příjmu potravy stále ještě rezervy. Příčiny shledávám v nedostatečné odborné přípravě u mnohých učitelů citlivě toto téma ve výuce uchopit, v malé ochotě ke spolupráci mezi učiteli, rodiči a lékaři a možná také v neinformovanosti rodičů, kteří často nejsou schopni u svých dětí začínající projevy PPP včas odhalit.

Jako doporučení pro další práci bych viděla vytvoření několika navazujících vzorových příprav pro výuku výchovy ke zdraví zabývajících se prevencí poruch příjmu potravy a posilováním zdravého sebevědomí žáků, které by byly pro učitele v praxi zajisté přínosem a prospěšným didaktickým materiálem.

## 10 Resumé

Diplomová práce „*Poruchy příjmu potravy u žáků základní školy*“ se zabývá problematikou poruch příjmu potravy se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Studuje jejich etiologii, symptomy, následky, léčbu i možnosti jejich primární prevence zakotvené v RVP.

Cílem je zmapovat současnou situaci primární prevence poruch příjmu potravy na domažlických základních školách, analyzovat úroveň informovanosti žáků a sumarizování jejich postojů a názorů týkající se dané problematiky.

S ohledem na výsledky dotazníkového šetření jsme došly k závěru, že žáci domažlických škol jsou o problematice poruch příjmu potravy dostatečně informováni. Z jejich odpovědí lze předpokládat kvalitní primární prevenci PPP i aktivní posilování sebevědomí, sebelásky a kritického pohledu vůči médií předkládanému ideálu krásy.

Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice je možné považovat případové studie, jež zaznamenávají autentické prožitky pacientek s mentální bulimií a anorexií. Popisují jejich nekonečný boj s poruchami příjmu potravy, který s sebou nesl opakované prohry, ale také radost z drobných vítězství.

## **11 Summary**

The diploma thesis “Eating Disorders Of The Students at Primary Schools” deals with the topic of eating disorders especially mental anorexia and bulimia. It examines their etiology, symptoms, consequences, treatment and possibilities of their primary prevention registered in Framework Education Programme.

The goal is to map current situation of primary prevention of eating disorders at primary schools in Domažlice, West Bohemia; to analyze the level of information which the students have; and to summarize their attitude and opinion on these problems.

Based on the results of questionnaires there was made the conclusion that the students are adequately informed. Their answers reflect the quality of basic prevention within eating disorders and active strengthen confidence, self-regard and critical view towards media which shows them the ideal of beauty.

The biggest contribution of the work is a case study. It reflects authentic experience of female patients with bulimia and anorexia. The patients describe a never-ending fight with eating disorder. It brings repeated failures and on the other hand the joy from small triumphs.



## 12 Využívané informační zdroje:

### 12.1 Informační zdroje a literatura

1. BARKER, P. *Základy dětské psychiatrie*. Praha : Triton, 2007. s. 252. ISBN 978- 80-72-54-955-9.
2. COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha : Portál, 2002. s. 190. ISBN 80-7178-497-4.
3. HORNBACHER, M. *Na dně – příběh jedné anorexie a bulimie*. Ostrava : Domino, 1998. s. 291. ISBN 80-86128-25-3.
4. HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2008. s. 492. ISBN 978-80-7367-404-5.
5. KRCH, F. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2000. s. 120. ISBN 80-7169-946-2.
6. KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání*. Havlíčkův Brod : Grada, 2004. s. 255. ISBN 80-247-0840-X.
7. KRCH, F.; MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003. ISBN-.
8. KOUTEK, J.; LEBL, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha : Galén, 1997. s. 156. ISBN 80-85-824-51-5.
9. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie; Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha : Svoboda, 1995. s. 136. ISBN 80-205-0499-0.
10. MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Turkyňe v Ústí nad Labem, 2006. s. 250. ISBN 80-70-44-768-0.
11. MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie; učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002. s. 143. ISBN 80-7178-700-0.
12. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. s. 32. ISBN 978-80-86991-09-2.
13. MARÁDOVÁ, E. *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2010. s. 111. ISBN 978-80-7290-480-8.

14. MAZELOVÁ, J. *Nová beverlyhillská dieta*. Praha : Columbus, 1999. s. 292. ISBN 80-7249-003-6.
15. MINAŘÍKOVÁ, M. *Poruchy příjmu potravy a jejich prevence : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2010. s. 101. Vedoucí diplomové práce: RNDr. Mgr. Alice Prokopová, PhD.
16. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2010. s. 105. ISBN 978-80-7204-657-7.
17. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa – příručka pro všechny, kteří nemocí trpí*. Praha : psychiatrické centrum, 2000. s. 76. ISBN 80-85121-32-8.
18. PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy, interdisciplinární přístup*. Praha : Grada, 2010. s. 424. ISBN 978-80-247-2425-6.
19. PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha : Portál, 2003. s. 359. ISBN 80-7178-737-X.
20. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha : Portál, 2003. s. 127. ISBN 80-7178-795-7.
21. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese; variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 1999. s. 444. ISBN 80-7178-496-6.
22. VOMASTEK, P. *Z deníku anorektika*. Praha : Příbram PB tisk, 2000. s. 256. ISBN 80-86065-10-3.

## 12.2 Online a jiné zdroje

1. ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE. *Poruchy příjmu potravy od dětství až do dospělosti*. [online] 5. 6. 2010. [cit. 2012-02-9]. Dostupné zWorld Wide Web: <http://www.addp.cz/nejcastejsi-dusevni-poruchy-deti-a-dorostu/prouchy-prijum-potravy>
2. BERÁNKOVÁ, J. *Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy*. [online] 12. 4. 2010. [cit. 2012-02-9]. Dostupné zWorld Wide Web: <http://www.celostnimediceina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>
3. KULHÁNEK, J. *Parazit v zrcadle, Léčba mentální bulimie*. [online] 4. 3. 2011. [cit. 2012-01-10]. Dostupné zWorld Wide Web: <http://derewi.blog.cz/1103/lecba-mentalni-bulimie>
4. SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J; POLANSKÁ, M. *Tři Pé, aneb poruchy příjmu potravy od A do Z*. [CD-ROM] 1. vyd. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2007.

5. SUCHOPÁROVÁ, L. *Správnou výživou proti anorexii a bulimii*. [CD-ROM] Praha : Státní zdravotnický ústav, 2009. s. 60. ISBN: 978-80-7071-309-9.
6. PAPEŽOVÁ, H. *Poruchy příjmu potravy a obezita – rozvoj nových diagnostických a terapeutických přístupů*. [online] 8. 2. 2011. [cit. 2012-02-08]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-a-obezita-rozvoj-novych-diagnostickych-a-terapeutickych-pristupu-457927>
7. PHARMA NEWS. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. 2006, roč. 5, č. 6. [cit. 2012-01-03]. Dostupné z World Wide Web: [http://www.pharmanews.cz/2006\\_06/potrava.html](http://www.pharmanews.cz/2006_06/potrava.html)
8. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL. *Endokrinní a jiné změny u mentální bulimie*. [online] 2010. [cit. 2012-01-07]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/11-zdravotni-rizika-poruch-pijmu-potravy/126-endokrinni-a-jine-zmny-u-mentalni-bulimie>
9. VÚP Praha 2007. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. [online]. 2010 [cit. 2012-01-02]. Dostupné z World Wide Web: [http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV\\_2007-071.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-071.pdf)

## 13 Seznam používaných zkratk

**MA** (mentální anorexie)

**MB** (mentální bulimie)

**PPP** (poruchy příjmu potravy)

**RVP** (rámcový vzdělávací program)

## 14 Seznam příloh

Příloha č. 1: Maslowova pyramida (*obrázek*); str. 9

Příloha č. 2: Pacientka s mentální anorexií podle Gulla (*obrázek*); str. 16

Příloha č. 3: Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN – 10, 2006. str. 22

Příloha č. 4: Diagnostická kritéria mentální anorexie podle DSM – IV; str. 22

Příloha č. 5: Twiggy (*obrázek*); str. 31

Příloha č. 6: Diagnostická kritéria mentální bulimie MKN – 10, 2006.

MB (F 50.2); str. 37

Příloha č. 7: Obsah vzdělávací oblasti „Člověk a jeho svět“ (*text*); str. 57

Příloha č. 8: Obsah vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“ (*text*); str. 57

Příloha č. 9: Písemný záznam rozhovoru s pacientkou s mentální bulimií; str. 58

Příloha č. 10: Novinový článek o pacientce s MA (*kopie z berounského tisku*); str. 59

Příloha č. 11: Fotografie pacientky s MA - hmotnost 53 kg; str. 61

Příloha č. 12: Pětítýdenní jídelní plán; str. 61

Příloha č. 13: Fotografie pacientky s MA – hmotnost 41 kg; str. 61

Příloha č. 14: Fotografie pacientky s MA – hmotnost 34 kg; str. 62

Příloha č. 15: Dopis od matky (případová studie pacientky s MB); str. 68

Příloha č. 16: Dotazník; str. 71

Příloha č. 17: Vyplněné dotazníky; str. 73

## 14. 1 Přílohy

### Příloha č. 1: Maslowova pyramida



Maslowova pyramida ukazuje hierarchickou stupnici lidských potřeb. V roce 1943 ji zkoncipoval Abraham Herbert Maslow. Lidské potřeby jsou zde řazeny od nejnáléhavějších, na kterých stojí samotná existence člověka až po potřeby nejméně důležité.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> CAUFIELD, H. *Maslowova pyramida lidských potřeb*. [online] 1. 6. 2008. [cit. 2012-02-8]. Dostupné zWorld Wide Web: <http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>

## Příloha č. 2: Pacientka s mentální anorexií podle Gulla

Pacientka s mentální anorexií před léčbou a po léčbě (podle Williama Withey Gulla, Londýn, 1887)<sup>44</sup>

**NOTES** [MARCH 17, 1886.]

Jud. Magistrate's order of reception and detention. It is last signed, and should follow the others:—

To **Arcton.**


"I, the undersigned, direct you to receive the above-named and described, whom I have personally examined, as a patient into your asylum, particulars concerning whom are contained in the foregoing statement and medical certificate.

— Signed —  
Qualification \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

**Clinical Notes:**  
**MEDICAL, SURGICAL, OBSTETRICAL, AND THERAPEUTICAL.**

**ANOREXIA NERVOSA.**  
By **SIR WILLIAM GULL, BART., M.D., F.R.S.**

It may interest the readers of THE LANCET to look at the accompanying wood engravings, which were made from photographs of a case of extreme starvation (anorexia nervosa) which was brought to me on April 20th of last year by Dr. Leachman, of Petersfield. Dr. Leachman, was good enough subsequently to send me the following notes; and afterwards, at my request, the two photographs, taken by Mr. C. S. Titchhurst, of Petersfield. The case was so




Photographed April 21st, 1887.

extreme that, had it not been photographed and accurately engraved, some assurance would have been necessary that the appearances were not exaggerated, or even caricatured, which they were not.

Miss K. R.—, aged fourteen, the third child in a family of six, one of whom died in infancy. Father died, aged sixty-eight, of pneumonic phthisis. Mother living, and in good health. Has a sister the subject of various nervous symptoms, and a nephew epileptic. With those exceptions, there have been no other neurotic cases on either side in the family, which is a large one. The patient, who was a plump, healthy girl until the beginning of last year (1887),

**THE LANCET.] CLINICAL**

began, early in February, without apparent cause, to evince a repugnance to food; and soon afterwards declined to take any whatever, except half a cup of tea or coffee. On March 13th she travelled from the north of England, and visited me on April 20th. She was then extremely emaciated, and persisted in walking through the streets to my house, though an object of remark to the passers-by. Extremities blue and cold. Examination showed no organic disease. Respiration 12 to 14; pulse 46; temperature 97°. Urine normal. Weight 4 st. 7 lb.; height 5 ft. 4 in. Patient expressed herself as quite well. A nurse was obtained from Guy's,



Photographed June 11th, 1887.

and light food ordered every few hours. In six weeks Dr. Leachman reported her condition to be fairly good; and on July 27th the mother wrote: "K— is nearly well. I have no trouble now about her eating. Nurse has been away three weeks." This story, in fine, is an illustration of most of these cases, perversion of the "ego" being the cause and determining the course of the malady. As part of the pathological history, it is curious to note, as I did in my first paper, the persistent wish to be on the move, though the emaciation was so great and the nutritive functions at an extreme ebb.

**CASE OF**  
**STRANGLATED INGUINAL HERNIA UNACCOMPANIED**  
**BY LOCAL PAIN.**  
By **JAMES SHAW, M.D. GLAS.**

THE case of strangulated femoral hernia narrated by Mr. Oscar B. Thelwell in your issue of Jan. 14th, and the following case, for permission to publish which I am indebted to the courtesy of Dr. Arrol, may serve a useful purpose if they emphasize and enforce the fact that cases of strangulated hernia may, and do, occur without manifesting local symptoms sufficient to excite suspicion or alarm. Indeed, cases are on record where patients have been in ignorance that they suffered from hernia, and the surgeon

Fig. 1

<sup>44</sup> KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy 2., aktualizované a doplněné vydání.* Havlíčkův Brod : Grada, 2004. s. 30. ISBN 80-247-0840-X.

### Příloha č. 3: Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN – 10, 2006. MA (F 50.0)

V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 jsou duševní poruchy zakotveny v oddíle F, mentální anorexie pak F 50.0. Označení (F 50.1) zahrnuje formy atypické mentální anorexie. Používá se u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více ze základních příznaků, ale kteří vykazují téměř typický klinický obraz. (SUCHOPÁROVÁ, 2009).

Výhodu tohoto systému vidíme ve snaze postihnout i prepubertální populaci, avšak vždy je při zhodnocení nutné zohlednit vývojové hledisko.

- Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou. Důvodem může být její záměrné snížení, nebo jí nikdy nebylo dosaženo. Body mass index je 17, 5 a méně. Prepubertální pacienti nesplňují obvyklý váhový přírůstek.
- Chování zaměřené na redukci hmotnosti. Pacientky si snižují váhu dietami, dobrovolně vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ nebo nadměrným cvičením.
- Specifická psychopatologie: Pacientky trpí přetrvávajícím strachem z tloušťky a to i při výrazné podvýživě. Vnímání vlastního těla je nereálné (tělo není často pocíťováno jako součást osobnosti, ale jako cizí objekt). Představy o něm jsou zkreslené, vtíravé a ovládají myšlenky pacientů na udržení podprůměrné hmotnosti.
- Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy; u žen se projevuje opožděním 1. vaginálního krvácení (menarché) nebo ztrátou dříve pravidelné menstruace, u mužů se jeví jako ztráta sexuálního zájmu.
- Propukne-li onemocnění před začátkem puberty, je opožděn či zcela zastaven tělesný růst, vývoj prsou, primární amenorea i vývoj dětských genitálů u chlapců. Po nabytí zdraví neohrožující hmotnosti zpravidla dochází k normálnímu dokončení růstu, ale menarché může být opožděna. (PAPEŽOVÁ, 2010)

## Příloha č. 4: Diagnostická kritéria mentální anorexie podle DSM – IV

Diagnostická kritéria DSM-IV rozdělují mentální anorexii na anorexii restriktivní a bulimickou (purgativní). U pacientek trpící purgativním typem onemocnění se vyskytuje kombinace hladovění, opakovaného přejídání, zvracení a další patologické mechanismy napomáhající ke snižování váhy. Objevuje se emoční labilita, sklony k závislostem, sebepoškozování a sebevraždám. Komplikovanější je i průběh poruchy a vyšší riziko relapsu. Atypické formy jsou v tomto systému v kategorii pod zkratkou Eating Disorders Not Otherwise Specified. Jsou zde například zahrnuty pacientky, které splňují kritéria pro MA, ale přetrvává u nich menstruace a ty, u kterých je váha i přes výrazný hmotnostní úbytek zatím v normálním rozmezí. (PAPEŽOVÁ, [online], 2011)

V současné době se hovoří o přípravě systému DSM-V, který by měl více vycházet z klinické praxe a být tak pro ni i více užitečný.

- Odmítání udržení vyšší hmotnosti, než je udávaná minimální hodnota pro danou výšku nebo věkovou skupinu nebo nedostatečný hmotnostní nárůst během vývoje.
- Strach z tloustnutí - i v případě výrazné podvýživy.
- Narušené vnímání vlastního těla, nepřiměřený vliv hmotnosti a tělesných proporcí na sebehodnocení. Popírání závažnosti podprůměrné tělesné hmotnosti.
- Absence minimálně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů.



## Příloha č. 5: Twiggy

Twiggy (angličanka Lesley Hornby) byla 1. světovou topmodelkou. Její kariéra dosáhla vrcholu v 60. letech 20. století a její chlapecký vzhled (krátké vlasy, velké oči, drobná štíhlá postava) vystřídal dosavadní ideál ženské krásy Marilyn Monroe, ženu plných tvarů. Právě Twiggy v určité míře přispěla k rostoucí nespokojenosti žen s vlastním tělem, k držení redukčních diet i k rozvoji poruch příjmu potravy.<sup>45</sup>



---

<sup>45</sup> PLECHÁČOVÁ, D. *Nejslavnější modelka v dějinách Twiggy*. [online] 26. 7. 2011. [cit. 2012-02-8]. Dostupné zWorld Wide Web: <http://www.super.cz/3463-nejslavnejsi-topmodelka-v-dejinach-twiggy-takhle-vypada-v-jednasedesati.html>

## Příloha č. 6: Diagnostická kritéria mentální bulimie MKN-10, 2006.

### MB (F 50.2)

- Zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, opakované neovladatelné záchvaty přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), konzumace velkých dávek potravin během krátké doby.
- Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, nereálný „selfkoncept“, váhový práh pacientů je daleko nižší než optimální hmotnost.
- Snaha potlačit kalorický účinek potravy. Nutkavá potřeba zbavit se právě pozřeného jídla – jakýmkoliv způsobem bez ohledu na zdraví (vyvolávané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, hladověním, u diabetiků manipulací s inzulínovou léčbou).

## Příloha č. 7: Obsah vzdělávací oblasti „Člověk a jeho svět“

Vzdělávací oblast Člověk a jeho svět je jedinou z oblastí RVP, která je koncipovaná pouze pro výuku na prvním stupni ZŠ. Vymezuje vzdělávací obsah týkající se člověka, jeho rodiny, společnosti, kultury, vlasti, techniky, přírody, ale také zdraví a dalších témat. Pohlíží do historie i současnosti a svojí komplexností směřuje k vytváření dovedností pro praktický život.

Vzdělávání v oblasti Člověk a jeho svět navazuje na poznatky získané v rodině a v předškolním vzdělávání a zároveň žáky připravuje pro specializovanější výuku v oblastech jako je Člověk a společnost, Člověk a příroda, Člověk a zdraví a pro výuku ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví.

Oblast Člověk a svět je členěna do pěti tematických okruhů: Místo, kde žijeme, Lidé kolem nás, Lidé a čas, Rozmanitost přírody a Člověk a jeho zdraví. Prevenci poruch příjmu potravy lze nejlépe zakomponovat do posledního ze zmíněných tematických okruhů „Člověk a jeho zdraví“. Tento okruh zahrnuje poznatky o vývoji člověka. Žáci se učí, jak se člověk od narození do dospělosti fyzicky i psychicky mění. Poznávají, jaký denní režim, hygienu a výživu by měl člověk dodržovat, jaké by měl pěstovat mezilidské vztahy. Získávají základní poučení o tělesném zdraví, nemocech a o zdravotní prevenci i zásadách první

pomoci. Hlavním cílem je, aby žáci došli k poznání, že za své zdraví i zdraví jiných lidí nesou zodpovědnost. (VUP [online], 2007)

### Příloha č. 8: Obsah vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“

Problematiku PPP na 1. stupni ZŠ je samozřejmě možné zahrnout také do tematického okruhu „Člověk a zdraví.“ Ale i v tomto případě záleží především na školních vzdělávacích programech jednotlivých škol a na ochotě učitelů se tomuto citlivému tématu věnovat.

*„Zdraví člověka je chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka atd. Protože je zdraví základním předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost, stává se poznávání a praktické ovlivňování rozvoje a ochrany zdraví jednou z priorit základního vzdělávání.“* (VUP [online], 2007 s. 70.)

Vzdělávací obsah oblasti Člověk a zdraví by měl žáky podnítit k aktivitě ve prospěch pozitivního ovlivňování zdraví. Cílem tohoto vzdělávání je pochopení zdraví jako významné hodnoty a získání potřebné míry zodpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví ostatních lidí. Důraz je kladen především na praktické dovednosti, jejichž nácvik probíhá v modelových situacích i v každodenním životě školy. Velký vliv hraje vzor a pomoc učitele, který vytváří přátelskou atmosféru. Oblast Člověk a zdraví je realizována ve dvou praktických oborech: Tělesná výchova a Výchova ke zdraví, která skýtá velké možnosti pro realizaci prevence poruch příjmu potravy.

Výchova ke zdraví svým obsahem plynule navazuje na obsah oblasti Člověk a jeho svět. Informuje žáky o preventivní ochraně vlastního zdraví, upevňuje jejich hygienické, stravovací, pracovní i jiné zdravotně-preventivní návyky. Rozvíjí dovednosti odmítnout návykové i jinak zdraví škodlivé látky, učí předcházet úrazům a čelit každodennímu nebezpečí v běžných i mimořádných situacích. Cílem je naučit žáky rozhodovat ve prospěch vlastního zdraví. Výchova ke zdraví je velmi úzce propojena s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova.

Výchova ke zdraví je v RVP vymezena tímto učivem: **Vztahy mezi lidmi a formy soužití** (vztahy ve dvojici, vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity),

**Změny v životě člověka a jejich reflexe** (dětství, puberta, dospívání, sexuální dospívání a reprodukční zdraví), **Zdravý způsob života a péče o zdraví** (výživa a zdraví, tělesná a duševní hygiena, režim dne, ochrana před přenosnými i nepřenosiými chorobami, chronickým onemocněním a úrazy), **Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence** (stres a jeho vztah ke zdraví, civilizační choroby, autodestruktivní závislosti, skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita, bezpečné chování, dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví, manipulativní reklama a informace, ochrana člověka za mimořádných událostí), **Hodnota a podpora zdraví** (celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci, podpora zdraví a její formy, podpora zdraví v komunitě), **Osobnostní a sociální rozvoj** (sebepoznání a sebepojetí, seberegulace a sebeorganizace činností a chování, psychohygiena, mezilidské vztahy, komunikace a kooperace, morální rozvoj.)

Očekávané výstupy pro žáky 2. stupně základní školy RVP pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví definuje takto:

- Respektuje přijatá pravidla soužití mezi vrstevníky a partnery; pozitivní komunikací a kooperací přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů v širším společenství (v rodině, komunitě).
- Vysvětlí role členů komunity (rodiny, třídy, spolku) a uvede příklady pozitivního a negativního vlivu na kvalitu sociálního klimatu (vrstevnická komunita, rodinné prostředí) z hlediska prospěšnosti zdraví.
- Vysvětlí na příkladech přímé souvislosti mezi tělesným, duševním a sociálním zdravím; vysvětlí vztah mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví.
- Posoudí různé způsoby chování lidí z hlediska odpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví druhých a vyvozuje z nich osobní odpovědnost ve prospěch aktivní podpory zdraví.
- Usiluje v rámci svých možností a zkušeností o aktivní podporu zdraví.
- Vyjádří vlastní názor k problematice zdraví a diskutuje o něm v kruhu vrstevníků, rodiny i v nejbližším okolí.

- Dává do souvislostí složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí a v rámci svých možností uplatňuje zdravé stravovací návyky.
- Uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami; svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc.
- Projevuje odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu; dobrovolně se podílí na programech podpory zdraví v rámci školy a obce.
- Samostatně využívá osvojené kompenzační a relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu, překonávání únavy a předcházení stresovým situacím.
- Optimálně reaguje na fyziologické změny v období dospívání a kultivovaně se chová k opačnému pohlaví.
- V souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a životními cíli mladých lidí přijímá odpovědnost za bezpečné sexuální chování.
- Dává do souvislostí zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého člověka; uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc sobě nebo druhým.
- Vyhodnotí na základě svých znalostí a zkušeností možný manipulativní vliv vrstevníků, médií, sekt; uplatňuje osvojené dovednosti komunikační obrany proti manipulaci a agresii. (cit. VUP [online], 2007 s. 72.)

## Příloha č. 9: Písemný záznam rozhovoru s pacientkou s mentální bulimií

### **Co si myslíš, že bylo u tebe hlavní příčinou propuknutí poruchy příjmu potravy?**

*„Mojí rodiče se brzy rozvedli. Žila jsem u matky, která na mě měla velké nároky a chtěla, abych byla hubená. Říkala, že na hubené holky se lépe šije oblečení. Asi kvůli spotřebě materiálu. Taky mi asi nepomohlo, že v té kritické době jsem měla dokonce tři kamarádky, které měly problémy s jídlem. Vzájemně jsme se podporovaly, jedna z nich mě naučila zvracet.“*

### **Kdy tě napadlo, že jsi tlustá a měla bys zhubnout?**

*„Jako dítě by mě asi nenapadlo, že jsem tlustá, kdyby mi to pořád někdo neříkal. Pořád jsem slyšela: „Nejez, budeš tlustá!“ Matka se znala s doktorem a tak mi na léto místo táborů domlouvala ozdravné pobyty se zaměřením na redukci hmotnosti. Jela jsem dobrovolně, vždycky. A za tři týdny jsem zhubla celé dvě kila.“*

### **Kdo si všimnul jako první, že jsi nemocná, že máš poruchu příjmu potravy?**

*„Matka. Ale ze začátku dlouho nic nezaregistrovala. Ona byla šťastná, že hubnu. Všimla jsi toho až, když mi byly velké kalhoty velikosti 38. A to jsem dostala vynadáno, že jsem moc hubená. Musela mi je zužovat. Zase jsem neodpovídala normě.“*

### **V osmé třídě jsi začala držet dietu, zhubla jsi 15 kilo a začaly se u tebe objevovat symptomy mentální anorexie. Kdy se nemoc přeměnila v mentální bulimii?**

*„Bylo to v prosinci – na Mikuláše. Vážila jsem 53 kg. Ale v ten den jsem se neovládla a snědla jsem 100 gramovou čokoládu s oříšky. Neudržela jsem se. Zoufale jsem tenkrát brečela. A to to spustilo. Začala jsem se přejídat, ale neuměla jsem zvracet. Měla jsem deprese, protože jsem během tří týdnů ztloustla přes deset kilo. Zkusila jsem projímadla, ale nikdy jsem je nebrala pravidelně, chyběl mi ten pocit dokonale prázdného žaludku, který nastupuje po zvracení.“*

### **Kdy ses začala s mentální bulimií léčit?**

*„Začátkem dubna v roce 2002. Měla jsem strávit 75 dní v Plzni na Lochotíně na oddělení PSA (na dětské psychiatrii). Odcházela jsem ale o 14 dní dříve na*

*revers, abych měla poslední výlet s devátou třídou. Při příjmu jsem vážila 62 kilo. Přijali mě, protože jsem zvracela. Ne, že bych byla moc hubená.,,*

### **Jaký byl v nemocnici jídelní režim?**

*„Večeře byly velké. Mohli jsme si kupovat, co jsme chtěli. Jídla bylo dost. Hlíдали nás jen půl hodiny po jídle, ale jinak ne. Záchod jsme měli na pokoji. Trhla jsem svůj rekord a zvracela tam až sedmkrát denně.“*

### **Pomohl ti pobyt na Lochotíně?**

*„Ne. Naopak. Účastnila jsem se sice skupinových i individuálních terapií, ale neměly moc velký účinek. Na pokoji jsme byly čtyři holky. Každá měla jiný psychický problém od nočního pomočování, agrese až k poruchám příjmu potravy. Naučila jsem se sebepoškozování. Viděla jsem u druhých, jak se pořezávají žiletkou nebo ostřím z ořezávátka, a tak jsem to pak doma taky zkusila. Na psychiatrii byla pěkná nuda a došlo i na sexuální experimentování v lesbickém vztahu.*

*Na víkendy se jezdilo domů, ale jen tehdy když jsme měly dostatek bodů. Lékaři o mém zvracení neměli tušení. Svěřila jsem to jen své psychiatrice, ale ta nic nesměla říct. Psychiatricka řekla matce, že si myslí, že může za moji nemoc. Ta za mnou díky tomu přestala jezdit, namísto ní začal táta. Doporučila mi navíc, abych šla bydlet k tátovi. Chtěla jsem u něj bydlet už, když mi bylo dvanáct. Tenkrát si o mě zažádal, ale matka řekla, že jestli k němu odejdu, tak přestanu být její dcerou. Táta řekl, že ať se rozhodnu jakkoli, bude mě mít rád. Tak jsem zůstala u mámy.“*

### **Jak probíhaly tvé záchvaty přejídání?**

*„Držela jsem se, nejedla, ale pak jsem měla hlad. Nezvládala jsem to. Dostala jsem se do začarovaného kruhu: nejíst – přežrat se – vyzvracet se. Nezvracela jsem ale po každém jídle. Jenom, když jsem se přejedla. Při jednom záchvatu jsem dokázala sníst např. plný talíř těstovin, celý balíček brambůrků, čokoládu, zmrzlinový pohár se šlehačkou a taky hodně pití, aby to šlo dobře ven. Normálně piju vodu, ale v záchvatu mléko, kakao nebo šňávu, aby to stálo za to. Jedla jsem zásadně sama, aby to nikdo neviděl. Rozvedení rodiče byli v tomto případě výhodou. Nemluvili spolu, a tak si to neřekli. Když jsem hubla, tak jsem matce řekla, že jsem jedla u táty nebo u babi. Když jsem zvracela, najedla jsem se všude a mámě řekla, že jsem u táty nejedla. Pak jsem jela na kole a někde venku se vyzvracela. Je to takový jiný zvracení než normálně. Bleješ skoro ještě celý*

*nestrávený jídlo a hlavně proto, že chceš. Je to ale nutný zastavit v pravý moment, jinak mi pak bylo pěkně špatně. Motá se hlava, a to se pak musím najíst znova.“*

**Po ukončení léčby na Lochotíně jsi nastoupila na střední školu do Berouna, ale díky bulimii jsi musela studium předčasně ukončit. Jak celou situaci vnímáš dnes?**

*„Věděla jsem, že mám problém, ale nevěděla jsem, jak z toho ven. Nestačily mi peníze. Na účet mi chodilo kapesné 1200 Kč, ale já jsem dokázala utratit i šest set korun za jeden nákup a všechno během jediného záchvatu sníst. Myslím, že o školu jsem tenkrát nijak zvlášť nestála. Musela jsem tam být na intru, ale já chtěla být s Jaroušem (přítel). Studium jsem nakonec přerušila díky další hospitalizaci – tentokrát v pražském Motole. Matka mě tam bez mého vědomí objednala. Obrečela jsem to, nechtěla jsem tam, ale doufala jsem, že mi pomůžou. Jarouš byl mou velkou oporou.“*

**Zaznamenala jsi nějaké rozdíly mezi hospitalizací na Lochotíně a léčbou v Motole?**

*„V Motole jsem strávila celý jeden měsíc na DPK (dětská psychiatrická klinika). Byla tam daleko lepší úroveň než v Plzni. Naučili nás, jak správně jíst. Chodili jsme na arteterapii, bodyterapii i individuální a skupinovou psychoterapii. Nesměli jsme mít ale mobil. Vše fungovalo za odměnu. Po každém týdnu, kdy jsme spolupracovali, jsme dostali nějakou další výhodu např. volání bez dozoru, vycházky z areálu, delší vycházky mimo areál, celodenní vycházku. Pamatuji si, jak za mnou přijel Jarda. Celý den jsme chodili po Praze. Dostala jsem delfína pro štěstí. Když lékaři viděli pokroky, mohli jsme strávit noc doma a nakonec i prodloužený víkend. Jakmile tohle všechno zvládneš, propustí tě. Domů jsem šla na Vánoce. Ale zas jsem to nevydržela a ZVRACELA.“*

**Rozumím tomu dobře, že i bezprostředně po propuštění z Motola jsi zvracela?**

*„Zvracela. Ale oficiálně jsem byla prohlášena za zdravou a do Prahy jsem jezdila pouze na pravidelné kontroly. Odstěhovala jsem se k tátovi a začali jsme u něj bydlet společně s Jaroušem. V Berouně jsem si zažádala o individuální plán, ale byla jsem tam jen jednou. Nakonec jsem studium ukončila a zůstala jsem přes půl roku doma. Začala jsem navíc kouřit, protože mi to pomáhalo odolávat chutím.“*



### **Brala jsi nějaké léky?**

*„Nejvíc, když jsem se rozešla s Jardou. Měla jsem velké deprese a nechtěla jsem žít. Během své nemoci jsem užívala Anafranyl (celou tabletku ráno, odpoledne ½ a večer taky ½). Jsou to takové malé žluté prášky. Brala jsem je už v deváté třídě dříve, než jsem byla poprvé hospitalizovaná. Po nich mi bylo všechno jedno. Byla jsem úplně mimo. Dlouho a poctivě jsem užívala Deprex (2 prášky ráno a 2 večer) a opravdu jsem se po něm cítila mnohem líp. Na nervy jsem brala také Seropram a to hlavně v době, kdy jsem intenzivně pomýšlela na sebevraždu.“*

### **Jak se cítíš dneska?**

*„Občas se člověk nají, ale protože mě hlídají, tak jdu spát s odporně plným žaludkem. Manžel by se chtěl milovat, ale já nechci, protože se cítím tlustá a odporná. A pak jsou chvíle, kdy mě nikdo nehlídá, tak to jde ven a docela snadno. Myslím si, že se člověk nikdy nevyléčí, ale dá se s tím žít. Vedu dceru ke zdravé výživě a k pravidelné stravě. Nechci, aby byla tlustá. A až vyroste, povedu ji ke sportu a taky se snažím, aby viděla, že jím dobře i já.“*

*Hodně mi pomohla knížka “Bulimie aneb záchvatovité přejídání“. I teď, když jsem zvracela čtyřikrát denně, jsem ji vytáhla a zase mi to pomohlo. Třeba to, že jeden rohlík na snídani je málo, ale 2 rohlíky na svačinu je moc.“*

### **Čeho nejvíc lituješ?**

*„Mrzí mě, že jsem si neužila dobu, kdy jsem byla hubená. Mozek mi zkrátka nefungoval.“*

### **Jaký je tvůj největší sen?**

*„Chtěla bych být bohatá.“*

# Kateřina bojovala o život, vážila pouze 34 kilogramů

## Anorexií jsou nejvíce ohroženy dospívající dívky

LUCIE ZEMANOVÁ

**Beroun** – Mentální anorexie je duševní nemoc, která spočívá v odmítání potravy a zkreslené představě o vlastním těle. Touto nebezpečnou nemocí trpí čím dál více dívek a žen. S konkrétními případy se setkali také profesori na Střední pedagogické škole v Berouně, a proto uspořádali přednášku, která poukázala na všechna rizika spojená s přehnanou snahou o štíhlou postavu.

„Na naší škole jsme se setkali s několika případy anorexie a jedna studentka musela kvůli této nemoci dokonce ukončit studium. V řadě případů byla tato nemoc spojená i s problémy v rodině, které když se vyřešily, došlo k uzdravení,“ vzpomíná výchovná poradkyně na střední pedagogické škole Bohuslava Drvotová.

Podle lékařky Ivany Růžičkové je touto nemocí ohrožená především mladší populace a může se objevit i u chlapců. „Rodina ji pozná většinou rychle. Dívka se totiž začne jít nápadně zabývat a dochází k velkému váhovému úbytku. Setkala jsem se ale i s případem, kdy pacientka s hořkostí vzpomínala na to, když během dospívání zhubla deset kilo a rodiče si toho vůbec nevšimli,“ říká Ivana Růžičková, která si myslí, že případů anorexie od osmdesátých let značně přibývalo.

Jednou z bývalých studentek Střední pedagogické ško-

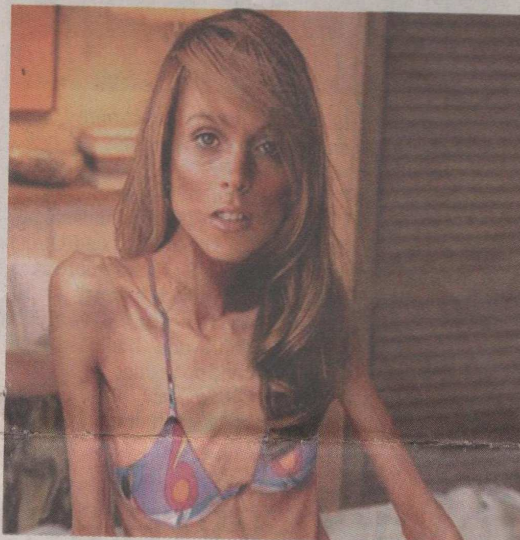
ly v Berouně, která svůj boj s anorexií vyhrála, je Kateřina Řezníčková.

Kateřina onemocněla v roce 2001, když jí bylo čtrnáct let. Podle ní jsou v tomto věku dívky ohroženy nejvíce. „Myslím, že právě v této době se začaly objevovat na stránkách časopisů nevyzpykaly hubené fotomodelky, jakoby se změnila parametry krásy. Mladý člověk se tímto ideálem nechal lehce zmanipulovat. Pro mě to bylo období prvních lásek a intimních kontaktů. Která dívka by nechtěla být krásná?“ vzpomíná Kateřina.

### Zlom nastal pod čtyřiceti pěti kily

„Chtěla jsem být hubená, krásná a přitažlivá, ale bohužel jsem za to zaplatila krutou daň. Nežádoucí příznaky na sebe nechaly kupodivu dlouho čekat. Byla jsem hyperaktivní, veselá, všechno mi šlo snad ještě lépe než dřív. Ve škole jsem měla samé jedničky a byla jsem šťastná a hrdá, že jsem dokázala nejíst. Jídlo mi připadalo jako nechutná zbytečnost. Nesnášela jsem jej. Odměnou za své odříkání mi byly stále menší velikosti oblečení. Ale jakmile se váha překlenula pod hranici 45 kilogramů, všechno se radikálně změnilo,“ říká.

Kateřina začala být unavená a v noci nemohla spát. Došlo to až tak daleko, že vážila 42 kilogramů. Do léčebny však nikdy nenastoupila.



Dívky, které trpí mentální anorexií, se často domnívají, že je jejich váha ideální.

Ilustrační foto: internet

„Bohužel ani to, že mi rodiče tak hodně věřili a nenechali mě nikam zavřít, mi neotevřelo oči. Hubla jsem dál. Vzpomínám si, že jsem si říkala, že 42 kilogramů je pro mě ideální a nechtěla jsem v žádném případě ztloustnout. Bála jsem se najíst, a váha šla samozřejmě dolů. Zhubla jsem až na 34 kilogramů. Když dneska vidím svoje fotografie, je mi do breku. Vypadala jsem hrozně. Hnusná, vyhublá kostra.“

### Zachránil jí oběd ve školní jídelně

Kateřině pomohl až vstup na střední školu, kde si teprve uvědomila, jak těžce je nemocná, a že by mohla

zemřít. „Když jsem nastoupila do prvního ročníku, setkala jsem se v jídelně s vyžáblou dívkou. Bylo mi jasné, čím trpí. U ní jsem viděla, jak je to odporné. Když mi spolužáci řekli, že já vypadám úplně stejně, dostala jsem strach. Poprvé jsem se bála, že můžu umřít. Také mně asi pomohlo i to, že už jsem si nemohla kupovat krásné hadříky v buticích. Všechno mi totiž bylo velké, i dětské oblečení. Pochopila jsem, že takhle to dál nejde. A tak jsem snědla svůj první oběd v jídelně. Zřejmě mi nějak zachutnalo a já dostala hlad. Ten oběd mně zřejmě zachránil život,“ uzavírá svůj smutný příběh Kateřina Řezníčková.

Příloha č. 11: Fotografie pacientky s MA - hmotnost 53 kg





Příloha č. 12: Pětitydenní jídelní plán<sup>46</sup>

MINIDENÍČEK			
	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA
<b>1. TÝDEN</b>	1. den 12.11. 53 datum.....váha..... ananas; kukuričný klas; salát s dresinkem	2. den 13.11. 53 datum.....váha..... švestky; jahody; pečené brambory	3. den 14.11. 52,5 datum.....váha..... hroznové víno
<b>2. TÝDEN</b>	8. den 17.11. 52 datum.....váha..... hroznové víno (rozinky/pružená kukuřice)	9. den 18.11. 52 datum.....váha..... švestky; jahody; kuře nebo krocan	16. den 21.11. 51,5 datum.....váha..... sušené meruňky; papája; ananas
<b>3. TÝDEN</b>	15. den 25.11. 51 datum.....váha..... ananas; zeleninový salát	16. den 26.11. 51 datum.....váha..... sušené meruňky; papája; ananas	17. den 28.11. 51 datum.....váha..... meloun
<b>4. TÝDEN</b>	22. den 3.12. 50 datum.....váha..... hroznové víno nebo lzečně odměna na dobou noc	23. den 4.12. 50 datum.....váha..... švestky; sendvič dle vášeho přání; Rybářův sen/bílkoviny	24. den 5.12. 51 datum.....váha..... ananas; papája; ananas
<b>5. TÝDEN</b>	29. den 9.1. 49,5 datum.....váha..... meloun nebo hroznové víno	30. den 11.1. 47 datum.....váha..... švestky; zeleninový sendvič; zeleninový pokrm dle národní kuchyně; volný uhlíkovodanový pokrm	31. den 10.1. 44,5 datum.....váha..... pomarančový džus; meloun nebo 1/2 grapefruitu; sendvič dle výběru; bílkoviny

<sup>46</sup> MAZELOVÁ, J. *Nová beverlyhillská dieta*. Praha : Columbus, 1999. s. 124-125. ISBN 80-7249-003-6.

ČTVRTEK	PÁTEK	SOBOTA	NEDĚLE
4. den 15.11 52 datum..... váha..... sušené meruňky; zeleninový salát z miniuhl.; těstoviny	5. den 16.11 52 datum..... váha..... ananas; papája; ananas	6. den 17.11 52 datum..... váha..... papája; steak nebo jehněčí kotleta	7. den 18.11 52 datum..... váha..... ananas; zeleninový salát
11. den 22.11 51,5 datum..... váha..... meloun	12. den 23.11 51 datum..... váha..... sušené meruňky; avokádový sendvič; rýže se zeleninou	13. den 24.11 51 datum..... váha..... hroznové víno; 2 banány	14. den 25.11 51 datum..... váha..... ananas; jahody; volný pokrm
18. den 19.11 50,5 datum..... váha..... fíky; zákusek dle vlast. výběru; maso/bílkoviny	19. den 20.11 50 datum..... váha..... mango nebo papája; ananas; artyčoky, chřest nebo brambory	20. den 21.12 50 datum..... váha..... kiwi; volný pokrm; bílkoviny	21. den 2.12 50 datum..... váha..... ananas; 2 banány
25. den 18.12 49 datum..... váha..... meloun	26. den 5.1 44 datum..... váha..... Na vlastní noze jístě ne přeme 44g	27. den 6.1 47,5 datum..... váha..... Na vlastní noze mírně kvy'se ni.	28. den 7.1 47,5 datum..... váha..... ananas; papája; ananas
32. den 12.1 44 datum..... váha..... bílkoviny	33. den datum..... váha..... ananas; 2 banány	34. den datum..... váha..... ananas; papája; ananas	35. den datum..... váha..... meloun nebo hroznové víno

Příloha č. 13: Fotografie pacientky s MA - hmotnost 41 kg



Příloha č. 14: Fotografie pacientky s MA - hmotnost 34 kg









4

jinou. Právě, jakli, k tomu mají dopis  
 něco do, nebo jsem si psal kase jin  
 ublika. At us let nebo tak, mysl  
 me to se se masim rodit, I lety buda  
 prajijot, nez jsem byla. Jedna jsem  
 the masima, a to budu respektovat  
 at chco's nebo ne.

Msim par, koga pijate k to bo,  
 aby jame to zabraty tak, masime problem  
 (mei nebo) tak to vyresime k m,  
 se pijate bydel k. padu. To nam, kolum.  
 Tim se no's problem nepisi. My  
 bychom si ten problem vyresit, me  
 sam pijate.

Jestli bude chit, a pijate  
 ma or'end, tak masime v sam jz  
 na kafe a premlat si. Jestli mas  
 o cem. Masima k nivo po pitim' to  
 jak dop si zapocte. Smad to po  
 mu' pates.

Alij' sta' mam!

3

nivo bylo. To jsem chtela nadejt. Eg.  
 To, co se stalo skola, mamim,  
 jidli na to minku ja. Ji us masim prout  
 ke mieu na psicim. (Alpim' si do myh  
 myslim si, ze mam obr'nyjs' ke mieu,  
 a proto se ke mieu tak chco's.

Ty pijate' Druhem, ze rosmat  
 si jinim. Dgata's Alms' ze rosmat by  
 jindek. Kama vycto's, ze rosmat by  
 tak stbe? Ted jsem mila masimot  
 k mieu. Ty k'ijim' mieu' j'imez to, co  
 chco's.

Jestli pijate bydel k k'ison,  
 chco's Alms. Ta do bude mit o k'adec  
 k'osi' nez' Druhe. I lety si nivo vycto  
 v'itimou byl al' sticla. V'itimou se  
 si am' rosmim. Alms' si to k' b' d  
 nemecl's. Ty k'oji proutce. Mngol'm  
 se by Alms' na sebe k'ar'bla. J'is  
 mieu. Ty chly, co se k'ee mieu, nebo  
 mieu mieu' k'ady' masime chly, ale  
 masime si ji nam' p'imeas. Me, pr'  
 chly smad na nivo nebo nebo



## Příloha č. 16: Dotazník

### A) OSOBNÍ ÚDAJE

- POHLAVÍ žena / muž VĚK: ..... let
- VÝŠKA a TĚLESNÁ HMOTNOST ..... cm..... kg

### B) INFORMOVANOST O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

#### 1. O poruchách příjmu potravy (PPP) jsem se poprvé dozvěděl(a).....

- a) ve škole od učitelů
- b) ve škole od preventistů (beseda, preventivní programy)
- c) od rodičů
- d) od vrstevníků nebo kamarádů
- e) z médií (TV, časopisy, internet)
- f) nikdy jsem o PPP neslyšel(a)

#### 2. Zaškrtni varianty, které v rámci výuky přispěly k tvé informovanosti o PPP

- a) beseda
- b) poučení učitele (jednorázový výklad, 1 vyučovací hodina)
- c) preventivní program (práce ve skupinách, problémové aktivity, video)
- d) učivo v rámci výchovy ke zdraví (dlouhodobější práce, více hodin)
- e) jiná varianta  
(napiš).....

#### 3. Poruchami příjmu potravy rozumím.....

- a) somatické (tělesné) onemocnění
- b) psychické onemocnění
- c) trestné chování
- d) běžný projev zdravého člověka

#### 4. Mentální bulimie se projevuje ....

- a) vědomým odmítáním potravy a výraznou vyhublostí
- b) žaludečními vředy a střevními potížemi
- c) opakovanými záchvaty přejídání a uměle vyvolávaným zvracením
- d) nijak zvlášť se neprojevuje

#### 5. Mentální anorexie je ....

- a) porucha příjmu potravy, která může končit smrtí
- b) porucha příjmu potravy, která není nebezpečná a lze ji poměrně snadno léčit
- c) jiné pojmenování pro mentální bulimii
- d) anglický překlad pro poruchy příjmu potravy

**6. Setkal/a ses ve svém blízkém okolí s někým, kdo trpěl PPP? ANO/NE**

**7. Chtěl/a by ses o tomto problému dozvědět více informací? ANO/NE**

**C) SEBEHODNOCENÍ (SPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM)**

**8. Jsi spokojen/a se svojí postavou?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Vůbec ne
- e) Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

**9. Dodržoval/a jsi někdy redukční dietu?**

- a) Ano, často
- b) Jednou jsem ji vyzkoušel/a
- c) Ne, nemám vůli držet dietu
- d) S redukčními dietami nesouhlasím

**10. Dodržoval někdo z tvé rodiny redukční dietu? ANO/ NE**

**11. Jíte doma převážně potraviny s označením light nebo diet? ANO/NE**

**12. Snažíš se v současnosti zhubnout?**

- a) Ano, celý svůj život se o to snažím
- b) Ano, momentálně mám několik kilo navíc
- c) Ne, ale chystám se na to
- d) Ne, beru se takový/á jaký/á jsem

**13. Souhlasíš s tvrzením: Štíhlost = krása?**

- a) Ano, určitě
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) V žádném případě

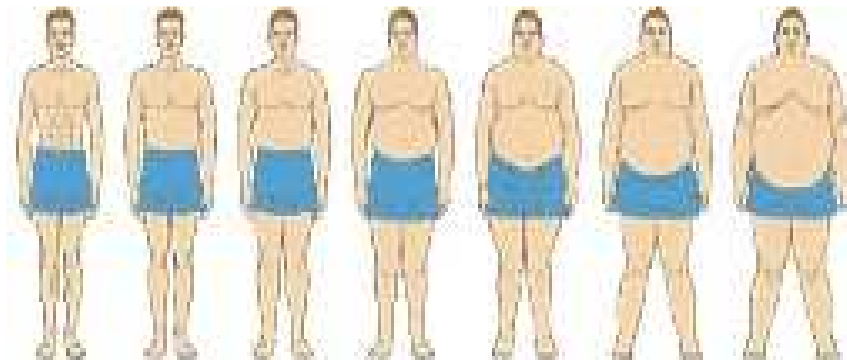
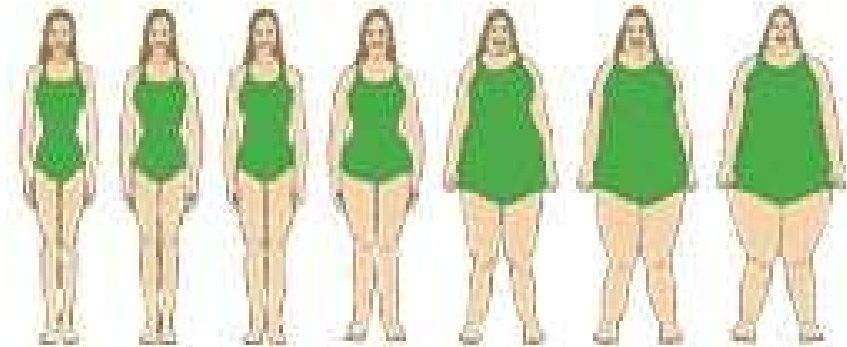
**14. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní?**

- a) Ano, velmi
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Vůbec ne

15. Zakroužkuj obrázek, který nejvíce odpovídá tvé postavě.

16. Podtrhni obrázek, který splňuje tvé představy o ideální postavě.

17. Škrtni siluetu, která se ti u opačného pohlaví zdá nejpřitažlivější.



18. Zkus z fotek vyčíst vlastnosti těchto dvou žen, charakterizuj je v několika větách



→

---

---

---

---

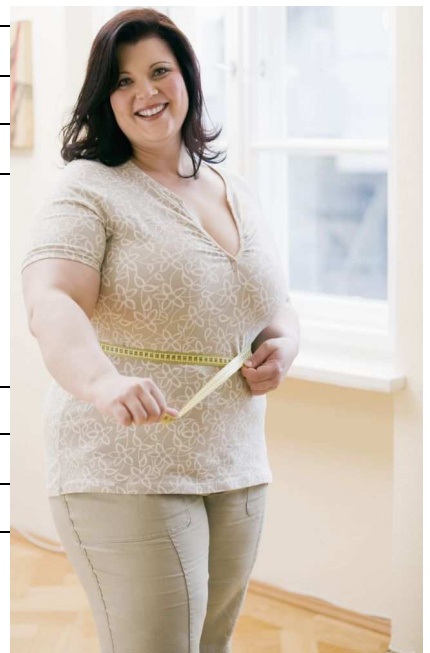
---

---

---

---

←



## Příloha č. 17: Vyplněné dotazníky

# DOTAZNÍK

### A) OSOBNÍ ÚDAJE

- POHLAVÍ žena /  muž VĚK: ..... 14 ..... let
- VÝŠKA a TĚLESNÁ HMOTNOST ..... 162 ..... cm... 46... kg

### B) INFORMOVANOST O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

#### 1. O poruchách příjmu potravy (PPP) jsem se poprvé dozvěděl(a).....

- a) ve škole od učitelů
- b) ve škole od preventistů (beseda, preventivní programy)
- c) od rodičů
- d) od vrstevníků nebo kamarádů
- e) z médií (TV, časopisy, internet)
- f) nikdy jsem o PPP neslyšel(a)

#### 2. Zaškrtni varianty, které v rámci výuky přispěly k tvé informovanosti o PPP

- a) beseda
- b) poučení učitele (jednorázový výklad, 1 vyučovací hodina)
- c) preventivní program (práce ve skupinách, problémové aktivity, video)
- d) učivo v rámci výchovy ke zdraví (dlouhodobější práce, více hodin)
- e) jiná varianta (napíš).....

#### 3. Poruchami příjmu potravy rozumím.....

- a) somatické (tělesné) onemocnění
- b) psychické onemocnění
- c) trestné chování
- d) běžný projev zdravého člověka

#### 4. Mentální bulimie se projevuje ....

- a) vědomým odmítáním potravy a výraznou vyhublostí
- b) žaludečními vředy a střevními potížemi
- c) opakovanými záchvaty přejídání a uměle vyvolávaným zvracením
- d) nijak zvlášť se neprojevuje

#### 5. Mentální anorexie je ....

- a) porucha příjmu potravy, která může končit smrtí
- b) porucha příjmu potravy, která není nebezpečná a lze ji poměrně snadno léčit
- c) jiné pojmenování pro mentální bulimii
- d) anglický překlad pro poruchy příjmu potravy

6. Setkal/a ses ve svém blízkém okolí s někým, kdo trpěl PPP? ~~ANO~~  NE

7. Chtěl/a by ses o tomto problému dozvědět více informací? ~~ANO~~  NE

C) SEBEHODNOCENÍ (SPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM)

8. Jsi spokojen/a se svojí postavou?

- a) ano, naprosto
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne
- e) nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

9. Dodržel/a jsi někdy redukční dietu?

- a) ano, často
- b) jednou jsem ji vyzkoušel/a
- c) ne, nemám vůli držet dietu
- d) s redukčními dietami nesouhlasím

10. Dodržel někdo z tvé rodiny redukční dietu? ~~ANO~~  NE

11. Jíte doma převážně potraviny s označením light nebo diet? ~~ANO~~  NE

12. Snažíš se v současnosti zhubnout?

- a) ano, celý svůj život se o to snažím
- b) ano, momentálně mám několik kilo navíc
- c) ne, ale chystám se na to
- d) ne, beru se takový/á jaký/á jsem

13. Souhlasíš s tvrzením: Štíhlost = krása?

- a) ano, určitě
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) v žádném případě

14. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní?

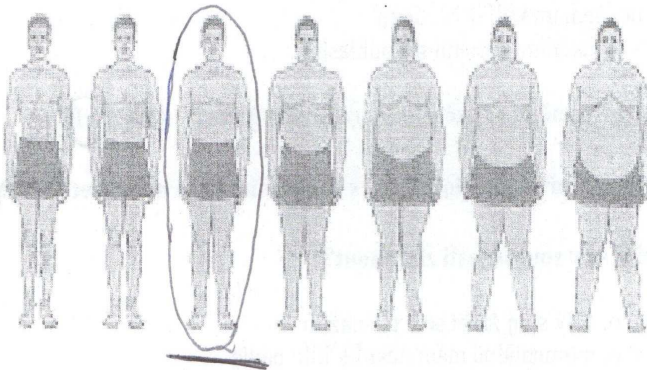
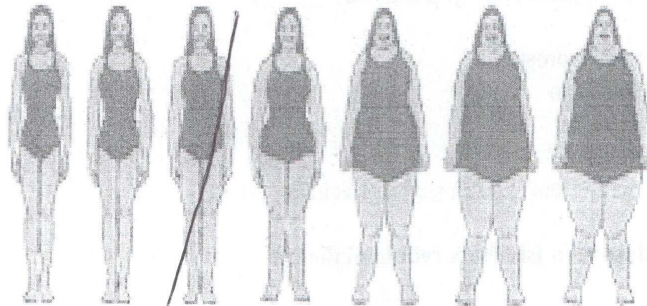
- a) ano, velmi
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne



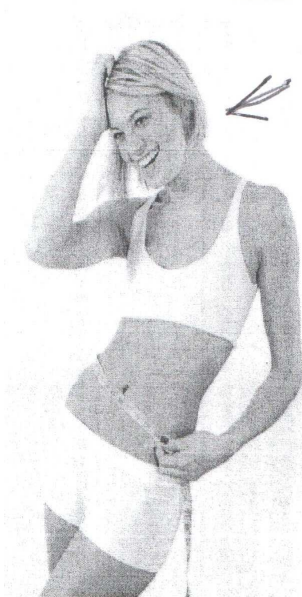
15. Zakroužkuj obrázek, který nejvíce odpovídá tvé postavě.

16. Podtrhni obrázek, který splňuje tvé představy o ideální postavě.

17. Škrtni siluetu, která se ti u opačného pohlaví zdá nejpříťažlivější.



18. Zkus z fotek vyčíst vlastnosti těchto dvou žen, charakterizuj je v několika větách.



Takle je štíhla, více dává diety, dbá na svou postavu, je dietní jídelna



Takle je více při těle, více jí nezáleží na tom co jí a je spokojená jak není co řešit

# DOTAZNÍK

## A) OSOBNÍ ÚDAJE

- POHLAVÍ žena / muž VĚK: ..... 14 ..... let
- VÝŠKA a TĚLESNÁ HMOTNOST ..... 160 ..... cm..... kg

## B) INFORMOVANOST O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

### 1. O poruchách příjmu potravy (PPP) jsem se poprvé dozvěděl(a).....

- a) ve škole od učitelů
- b) ve škole od preventistů (beseda, preventivní programy)
- c) od rodičů
- d) od vrstevníků nebo kamarádů
- e) z médií (TV, časopisy, internet)
- f) nikdy jsem o PPP neslyšel(a)

### 2. Zaškrtni varianty, které v rámci výuky přispěly k tvé informovanosti o PPP

- a) beseda
- b) poučení učitele (jednorázový výklad, 1 vyučovací hodina)
- c) preventivní program (práce ve skupinách, problémové aktivity, video)
- d) učivo v rámci výchovy ke zdraví (dlouhodobější práce, více hodin)
- e) jiná varianta (napiš).....

### 3. Poruchami příjmu potravy rozumím.....

- a) somatické (tělesné) onemocnění
- b) psychické onemocnění
- c) trestné chování
- d) běžný projev zdravého člověka

### 4. Mentální bulimie se projevuje ....

- a) vědomým odmítáním potravy a výraznou vyhublostí
- b) žaludečními vředy a střevními potížemi
- c) opakovanými záchvaty přejídání a uměle vyvolávaným zvracením
- d) nijak zvlášť se neprojevuje

### 5. Mentální anorexie je ....

- a) porucha příjmu potravy, která může končit smrtí
- b) porucha příjmu potravy, která není nebezpečná a lze ji poměrně snadno léčit
- c) jiné pojmenování pro mentální bulimii
- d) anglický překlad pro poruchy příjmu potravy

6. Setkal/a ses ve svém blízkém okolí s někým, kdo trpěl PPP? ANO/NE

7. Chtěl/a by ses o tomto problému dozvědět více informací? ANO/NE

C) SEBEHODNOCENÍ (SPOKOJENOST S VLASTNÍM TĚLEM)

8. Jsi spokojen/a se svojí postavou?

- a) ano, naprosto
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne
- e) nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

9. Dodržel/a jsi někdy redukční dietu?

- a) ano, často
- b) jednou jsem ji vyzkoušel/a
- c) ne, nemám vůli držet dietu
- d) s redukčními dietami nesouhlasím

10. Dodržel/a někdo z tvé rodiny redukční dietu? ANO/NE

11. Jíte doma převážně potraviny s označením light nebo diet? ANO/NE

12. Snažíš se v současnosti zhubnout?

- a) ano, celý svůj život se o to snažím
- b) ano, momentálně mám několik kilo navíc
- c) ne, ale chystám se na to
- d) ne, beru se takový/á jaký/á jsem

13. Souhlasíš s tvrzením: Štíhlost = krása?

- a) ano, určitě
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) v žádném případě

14. Záleží ti na tom, co si myslí o tvém vzhledu ostatní?

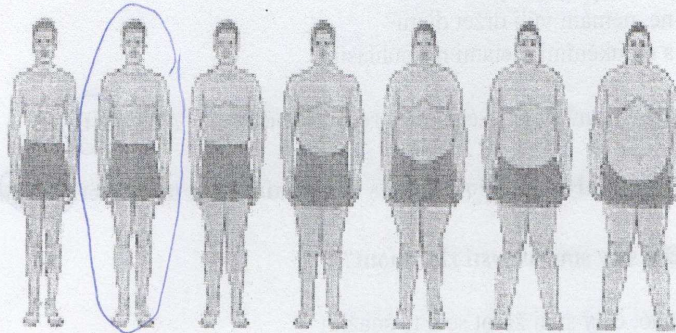
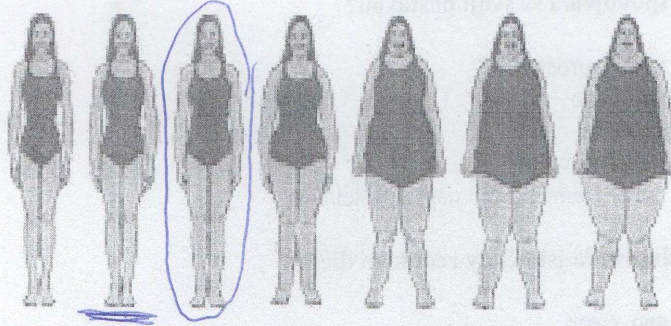
- a) ano, velmi
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne



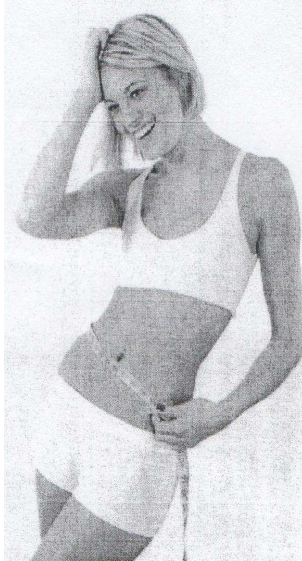
15. Zakroužkuj obrázek, který nejvíce odpovídá tvé postavě.

16. Podtrhni obrázek, který splňuje tvé představy o ideální postavě.

17. Škrtni siluetu, která se ti u opačného pohlaví zdá nejpřitažlivější.



18. Zkus z fotek vyčíst vlastnosti těchto dvou žen, charakterizuj je v několika větách.



→ Šiklá veselá, má ráda svoji postavu

veselá, baculka →  
laska se medví

