

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY
V ADOLESCENČNÍM VĚKU

Bakalářská práce

Klára Luhanová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na
vzdělávání (2007-2012)

Vedoucí práce: **PhDr. Lenka Novotná**

Plzeň, červen 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 30. června 2012

.....
vlastnoruční podpis

Ráda bych především poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Novotné za poskytnuté konzultace, podporu a podnětné rady, které mi byly nápomocny při psaní této bakalářské práce. Dále velice děkuji Centru lékařské prevence - poradně zdravého životního stylu v Plzni za poskytnutí podkladů potřebných k vypracování kazuistik.

Obsah

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK..... | 8 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 10 |
| 2 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 12 |
| 2.1 Mentální anorexie - anorexia nervosa..... | 13 |
| 2.1.1 Pojem..... | 13 |
| 2.1.2 Diagnostická kritéria..... | 14 |
| 2.2 Mentální bulimie - bulimia nervosa..... | 16 |
| 2.2.1 Pojem..... | 16 |
| 2.2.2 Diagnostická kritéria..... | 17 |
| 2.3 Atypické a jinak nspecifikované poruchy příjmu potravy..... | 19 |
| 2.4 Nové druhy poruch příjmu potravy..... | 20 |
| 2.4.1 Ortorexie - ortorexia nervosa..... | 20 |
| 2.4.2 Bigorexie (Adonisův komplex, obrácená anorexie)..... | 21 |
| 2.4.3 Drunkorexie..... | 22 |
| 3 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 24 |
| 3.1 Biologické a genetické faktory..... | 24 |
| 3.2 Individuální faktory..... | 25 |
| 3.3 Rodinné faktory..... | 26 |
| 3.4 Sociokulturní faktory..... | 26 |
| 3.5 Diety a hladovění..... | 27 |
| 4 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY..... | 28 |
| 4.1 Somatické důsledky..... | 28 |
| 4.2 Psychické a sociální důsledky..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 5DIAGNOSTIKA A LÉČBA..... | 31 |
| 5.1Hospitalizace | 32 |
| 5.2Ambulantní léčba..... | 33 |
| 5.3Psychoterapie..... | 33 |
| 5.4Farmakoterapie..... | 34 |
| 6PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY | 35 |
| II. PRAKTICKÁ ČÁST..... | 37 |
| 1 ÚVOD K EMPIRICKÉMU VÝZKUMU, CÍLE A METODA VÝZKUMU..... | 38 |
| 2 KAZUISTIKY..... | 40 |
| 2.1 Kazuistika č. 1..... | 40 |
| 2.2 Kazuistika č. 2..... | 43 |
| 2.3 Kazuistika č. 3..... | 46 |
| 3 VYHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI..... | 49 |
| ZÁVĚR..... | 52 |
| SHRNUTÍ..... | 53 |
| RESUME..... | 54 |
| SEZNAM LITERATURY..... | 55 |
| SEZNAM OSTATNÍCH ZDROJŮ..... | 56 |

Úvod

Tématem této bakalářské práce je fenomén poruch příjmu potravy. Toto závažné onemocnění je již od 2. poloviny 20. století značně diskutovaným tématem. S rozvojem médií a propagace diet, stoupl i počet onemocnění. Nejpostiženějšími jedinci na přelomu 20. a 21. století byly dívky v období adolescence. V současné době se však onemocnění nevyhýbají ani mladším dětem, hochům či dospělým jedincům. Objevují se dokonce nové formy těchto poruch jako je ortorexie, bigorexie a drunkorexie.

Pro normální společnost je chování postižených často nepochopitelné. Co vedlo nemocné ke změně jejich postoje k tělu a jídlu? Co lze do onemocnění očekávat? Jak se dá léčit? I těmito otázkami se tato bakalářská práce zabývá. Jejím cílem je popsat základní charakteristiky onemocnění, možnosti léčby a prevence a upozornit na rizikové faktory a důsledky poruch příjmu potravy.

Práce je stručným přehledem dané problematiky, mohla by sloužit jako pomocný výukový materiál, popřípadě jako základní přehled pro nemocné a jejich okolí. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části je pojednáno stručně o historii poruch příjmu potravy. Druhá kapitola se již zabývá charakteristikou jednotlivých poruch. Ve třetí kapitole je upozorněno na rizikové etiologické faktory. Čtvrtá kapitola je pak věnována důsledkům poruch příjmu potravy. Poslední dvě kapitoly teoretické části jsou věnovány léčbě a prevenci onemocnění. Praktická část se zabývá analýzou tří případových studií nemocných dívek a porovnává zjištěné závěry s teoretickými poznatky uvedenými v první části práce.

Seznam použitých zkratk

| | |
|--------------|---|
| a kol., kol. | a kolektiv, kolektiv |
| BMI | Body mass index (index tělesné hmotnosti) |
| DSM – IV | Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – IV. revize |
| kcal | kilokalorie (jednotka energie) |
| KJ | kilojoule (jednotka energie) |
| MKN – 10 | Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize |
| např. | například |
| s. | strana |
| VŠ | vysoká škola |

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie poruch příjmu potravy

Ač by se mohlo zdát, že poruchy příjmu potravy jsou onemocněním moderní doby, není tomu tak. Historie těchto poruch sahá až do daleké minulosti. Příznaky onemocnění popisuje již Hippokrates v 5. století před naším letopočtem. Ve druhém století našeho letopočtu jako vůbec první použil termín „anorexie“ Galén.

Ve starověku a středověku bylo hladovění a přijímání nedostatečného množství potravy obvyklé u náboženských rituálů a protestních činů. Ve starověku se hladovění přikládalo hluboký léčebný a duchovní význam, tělo se tak mělo zbavovat usazených škodlivin, což mělo nastartovat proces obnovování životních sil. V raném středověku byly popisovány případy, kdy se ženy, které „hladověly, aby umlčely své hříšné tělo“, prohlašovaly za světice a sebetrýzní tak měly odčičňovat své hříchy a osvobodit duši. V 16. století se však náhled společnosti na tyto ženy změnil a začaly být církví pronásledovány jako „posedlé ďáblem“. Oproti asketismu přejídání nebylo společností v této době významně trestáno, naopak ve vyšší společnosti byl tento úkaz běžným jevem a společnost mu nevěnovala přílišnou pozornost. Není proto divu, že jako první byla v odborné literatuře popsána mentální anorexie.

První klinické obrazy, které by mohly odpovídat diagnóze mentální anorexie, byly zaznamenány v 17. století. (F. Faltus in Papežová (ed.), 2010, s.20). Nejdokonalejší popis choroby v této době podal anglický lékař Richard Morton ve svém díle „Phthisiologia“ (1689). Po Mortonovi se chorobným syndromem zabývali i další autoři. První prokazatelně a věrohodně popsané případy se však objevily až ve 2. polovině 19. století, kdy nezávisle na sobě americký lékař William Stout Chipley a francouzský lékař Luis - Victor Marcé popsali případy dívek, které trpěly nechutí k jídlu, byly vyhublé, přesto odmítaly své stravovací návyky změnit. Práce těchto autorů byly doplněny kazuistikami a anamnézami, které potvrdily, že jde o první bezpečně identifikovatelné případy mentální anorexie.

Od 2. poloviny 19. století získávala choroba, později označená za mentální anorexii, zvláštní postavení v anglo - americké a francouzské medicíně. V roce 1873 sir William Whitey Gull formálně popsal mentální anorexii a varoval před omyly, aby tomuto onemocnění byly přikládány somatické příčiny. Gull také jako první přinesl termín „anorexia nervosa“ (F. Faltus in Papežová (ed.), 2010, s.21) Ve Francii zhruba ve stejné době publikoval pojednání o anorexii také klinik Ernest - Charles Lasègue. Oba lékaři onemocnění popsali jako chorobu, vyskytující se převážně u mladých žen a dívek, charakterizovanou velkým

úbytkem hmotnosti, amenoreou, zácpou, neklidem a nepřítomností jakýchkoliv známek organické etiologie. (F. Faltus in Papežová (ed.), 2010, s. 21)

Ve 40. letech 20. století byla mentální anorexie definitivně zařazena mezi duševní choroby.

V Čechách se mezi prvními zabýval mentální anorexií profesor Otakar Janota, který se v článku „O tak zvané mentální anorexii“, uveřejněném v roce 1956, podrobně zabývá problematikou tohoto onemocnění. Dalším průkopníkem léčby anorexie u nás je doc. František Faltus, který v roce 1983 založil na 1. LF UK v Praze první specializovanou jednotku péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy ve střední a východní Evropě. V současné době se výzkumem poruch příjmu potravy zabývají zejména prof. H. Papežová, F.D.Krch, J. Kocourková a další.

Oproti mentální anorexii o bulimických syndromech existovaly v historické vědecké literatuře pouze osamocené zmínky. Patrně tomu bylo proto, že přejídání nebylo v historii považováno za něco nenormálního. Praktiky antického římské vyšší vrstvy popsal v 1. století př. n.l. Seneca slovy: „Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli.“ (F. Faltus in Papežová (ed.), 2010, s.22)

Teprve v 50. letech 20. století začalo být záchvatovité přejídání a následné zvracení uváděno jako část mentální anorexie. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russel oficiálně použil termín „bulimia nervosa“ a mentální bulimii začal být věnován samostatný výzkum (F. Faltus in Papežová (ed.), 2010, s.22-23)

V 80. letech 20. století došlo k definitivnímu vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie. Od konce 20. století se na téma poruch příjmu potravy publikovala řada článků a prací. Autoři se zabývají nejen příčinami poruch, nespecifickými případy základních poruch a možnostmi léčby, ale i prevencí.

2 Charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou významným fenoménem moderní společnosti. Byť známe případy i z minulosti, od poloviny 20. století můžeme hovořit až o epidemickém nárůstu těchto onemocnění. Svou podstatou se jedná o závažné bio-psycho-sociální onemocnění, jehož etiologie není jednoznačná. Odborná literatura uvádí predisponující faktory biologické (např. neznámá genetická vloha pro hormonální nerovnováhu, ženské pohlaví), psychologické (vysoký perfekcionismus, nízké sebevědomí, nejistá identita) a sociokulturní (příslušnost k vyšší střední třídě).

Onemocnění není limitováno věkem, může se vyskytovat od dětství až do dospělosti, nejčastěji postiženou skupinou jsou však adolescenti a mladí dospělí. Uvádí se, že v období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností 2 x vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a 10 x vyšší v porovnání se zdravými jedinci. (Uhlíková P. in Papežová H. (ed.), 2010, s.134)

Jak již sám název onemocnění napovídá, jedná se o poruchy spojené s jídlem a jídelním chováním jedince. Příjem potravy, její množství a skladba, má vedle somatické stránky i své dimenze osobnostně psychologické a sociálně psychologické. Jídlo je prostředkem, jímž lze sama sebe odměňovat anebo trestat. Prostředek, jímž lze snižovat prožívaný stres, pocity strachu, úzkosti, frustrace. Stoupenci hlubinné psychologie v jídle viděli dokonce nástroj, jímž lze oddalovat pohlavní dospívání a vyhýbat se sexuálnímu životu. S pomocí jídla může člověk ovlivňovat své chování, prožívání a vzhled.

Dle MKN - 10 jsou poruchy příjmu potravy z medicínského hlediska řazeny do široké kategorie Syndromů poruch chování, spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, ve které tvoří samostatný oddíl F 50 - Poruchy příjmu potravy. Vedle základních poruch příjmu potravy, „klasické“ mentální anorexie a mentální bulimie, jsou do tohoto oddílu zařazeny ještě atypická mentální anorexie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy (např. pica u dospělých), porucha příjmu potravy nespecifikovaná. V popředí všech těchto chorob je patrné patologické jídelní chování bez somatických příčin.

Základními poruchami příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Pro obě tyto poruchy je charakteristické manipulativní zacházení s jídlem vyvěrající ze strachu z

tloušťky, v popředí chorob stojí nadměrné sebezpozorování a péče věnovaná vlastnímu vzhledu. Dalšími typickými rysy jsou snížené sebevědomí a pocity méněcennosti.

S nárůstem poruch příjmu potravy však přibýlo i pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria pro jedno z těchto základních onemocnění. V těchto případech mluvíme o případech atypických nebo nevyhraněných (například v případě, že pacientka splňuje kritéria pro mentální anorexii, přesto u ní stále přetrvává pravidelná menstruace). Vedle uvedených poruch jsou v současné době popisovány poruchy nové, které se od základních onemocnění odlišují především tím, že jejich primárním cílem nemusí být dosažení štíhlosti a v popředí choroby nedomínuje strach z tloušťky. Jedná se o syndromy ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Psychické i somatické důsledky jsou však i zde velmi vážné.

2.1 Mentální anorexie - anorexia nervosa

2.1.1 Pojem

„Mentální anorexie je psychická porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, přičemž snižování váhy si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“, nadměrně cvičí nebo využívá jiných prostředků ke snížení hmotnosti (vyprovokované zvracení, laxativa, diuretika apod.).“ (Krch a kol., 2010, s. 25). Důvodem snižování váhy je chorobný strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá ovládací myšlenka. Postižené tvoří z 95 % ženy, v naprosté většině ve věku 12 - 18 let. Úmrtím končí až 5 % postižených. (Hartl P., Hartlová H., 2010, s. 38)

Termín „anorexie“ pochází z řečtiny a znamená nechutenství či ztrátu chuti. Jedná se však o pojem poněkud zavádějící, neboť anorektičky neodmítají jídlo proto, že by na něj neměly chuť, ale proto, že jíst nechtějí. Nechutenství je většinou až sekundárním důsledkem hladovění. Pro mnohé nemocné je charakteristický naopak zvýšený zájem o jídlo, anorektičky o jídle rády mluví, připravují pokrmy pro členy rodiny nebo sbírají recepty. (Krch, 2010, s. 25)

Pro rané fáze nemoci je charakteristická zvýšená činorodost. Nemocné vykazují mnohem více vytrvalosti a energie než jejich vrstevnice. Úspěch v hubnutí a vlastní sebekontrola přináší pacientkám pocity vlastní výjimečnosti, sebevědomí roste. V důsledku psychických a fyzických změn se dostávají i euforické stavy. S postupující vyhublostí však nálada poklesá, pacientky jsou úzkostné, přecitlivělé a depresivní. Namísto posilování

sebevědomí dochází k nárůstu nejistoty a úzkostných prožitků. Na sebemenší tlak reagují nemocné téměř hystericky. Nálady a psychické prožívání se stávají nadměrně závislé na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Pokles tělesné hmotnosti vyvolává dobré pocity, naopak sebemenší nárůst váhy probouzí úzkostné a depresivní myšlenky a zvyšuje podrážděnost. Myšlenky a život pacienta se neustále točí kolem jídla. Zájem o okolí, koníčky a přátele se snižuje. Pacient se postupně stále více izoluje a s přehnanou důsledností lpí na svých jídelních rituálech, které mu pomáhají ve víře ovládnutí svého života. S postupem choroby se zhoršuje i celková intelektová výkonnost, koncentrace pozornosti a schopnost řešit problémy. Dlouhodobé hladovění negativně postihuje pacienty jak po psychické, tak po fyzické stránce.

2.1.2 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria pro mentální anorexii vymezuje jak MKN - 10, tak DSM - IV. Rozdíl mezi těmito diagnostickými systémy spočívá v tom, že MKN - 10 se standardně používá v klinické praxi, oproti tomu DSM - IV se využívá ve výzkumu. (Krch a kol., 2005, s.15)

MKN - 10 uvádí pro syndrom mentální anorexie následující diagnostická kritéria: (dle Krch a kol., 2005, s. 16-17):

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
2. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
3. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo – hypofyzo – gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny

periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

DSM -IV vyhotovený Americkou psychiatrickou asociací uvádí převážně shodné znaky, tyto však shrnuje do čtyř bodů. Dále rozděluje dva specifické typy anorektického syndromu, a to:

- a) typ nebulimický (restriktivní) a
- b) typ bulimický (purgativní)

U nebulimického typu během epizod mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Pro bulimický typ mentální anorexie je naopak charakteristické, že během epizody mentální anorexie dochází i k opakovaným záchvatům přejídání.

Pro syndrom mentální anorexie DSM-IV uvádí následující diagnostická kritéria: (dle Krch a kol., 2005, s. 17)

1. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.
2. Intenzivní obava z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
3. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
4. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není dán další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). Za amenoreu je považován i stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů.

Shrneme-li výše uvedená kritéria charakterizují syndrom mentální anorexie tři základní znaky:

1. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti
2. Strach z tloušťky, který přetrvává i přes nízkou tělesnou hmotnost

3. Amenorea u žen

(Krch, Marádová, 2003, s.7)

Vhodné je si povšimnout zejména prvního kritéria snížení tělesné hmotnosti dle MKN - 10. Použití ukazatele BMI pod 17,5 (kg/m²) nelze použít u dětských pacientů. Zde je nutné sledovat, zda během růstu splňují očekávaný hmotností přírůstek. Nelze akceptovat, aby dívka v 15 letech vykazovala stejnou váhu jako ve 12, pokud u ní dříve nebyla indikována silnější nadváha nebo obezita.

2.2 Mentální bulimie - bulimia nervosa

2.2.1 Pojem

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. (Krch a kol., 2005, s.18) Psychologický slovník vymezuje pojem mentální bulimie jako „*syndrom zahrnující opakující se záchvaty přejídání velkými dávkami jídla během velmi krátké doby s nutkavou touhou potlačit důsledky vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, anorektik nebo diuretik, užíváním klystýrů a obdobím hladovění, jehož příčinou je nadměrný strach z tloušťky*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 71)

Z uvedeného je zřejmé, že základním znakem mentální bulimie jsou záchvaty přejídání a strach z tloušťky. Přejídání je ovšem pojem velmi relativní, je třeba jej posuzovat subjektivně, z pohledu nemocného. Důležitý je osobní pocit nemocného, že jeho přejídání je záchvatové nebo nutkavé. Často se totiž může stát, že pacienti snědí pouze o něco málo více, než by chtěli, nebo než jsou zvyklí, a přesto mají pocit přejedení, který vede k neadekvátním kompenzacím. Udává se, že během záchvatu přejedení bulimička v průměru zkonsumuje 1000 - 3000 kcal (4200 - 12600 KJ). Objevují se však i případy, kdy nemocné sní při záchvatu až 20000 kcal.¹ Konzumovány jsou jakékoliv potraviny, včetně základních. Záchvaty přejídání nemocné úzkostně tají, neboť si jejich nenormálnost uvědomují a velmi se za ně stydí.

V naprosté většině onemocnění postihuje adolescentní dívky a mladé ženy. V popředí osobnostních vlastností postižených se obvykle objevuje nejisté sebevědomí, bulimičky

¹ Pro srovnání průměrný denní příjem dospělé ženy činí 2000 kcal.

bývají výrazně závislé na hodnocení druhých a velmi si cení sebeovládání a sebekontroly. Porušování sebekontroly ve vlastních bulimických epizodách snášejí s pokořením, studem a pocity viny. Na druhou stranu již nebývají premorbidně hodnoceny tak konformní a přizpůsobivé jako anorektičky. (Kocourková a kol., 1997, s. 19)

Oproti mentální anorexii se u bulimiček nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti, naopak u některých nemocných může dojít i k přibírání na váze. I díky tomu se nemocným daří onemocnění déle skrývat a je velmi obtížné jej v raných stádiích odhalit. U bulimie se také až na výjimky neobjevuje trvalá amenorea. Co je však pro obě poruchy společné je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. „Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají a kolik váží. Vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat.“ (Krch, 2008, s.21) Zatímco anorektičkám se to daří, bulimičky po čase začnou jíst více než by chtěly, což u nich vyvolá pocity viny a vede k drastickým metodám kompenzace. Postižené se nutí na zvracení nebo berou projímadla. Hladovky, zvracení a zneužívání léků pak ovšem jen zvyšují další riziko přejedení a koloběh se opakuje.

2.2.2 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria pro mentální bulimii vymezuje opět jak MKN - 10, tak DSM - IV. MKN - 10 uvádí pro syndrom mentální bulimie následující diagnostická kritéria: (dle Krch a kol., 2005, s. 19):

1. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
2. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
3. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulínem.
4. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle.

Shodné znaky pak uvádí pro mentální bulimii i DSM-IV. Obdobně jako u mentální anorexie však i mentální bulimii dělí na dva specifické typy: (Krch a kol., 2005, s. 19)

- a) purgativní typ, kdy pacient pravidelně používá zvracení, laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti a
- b) nepurgativní typ, kdy pacient užívá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické metody, nikoliv však pravidelné purgativní metody

Pro syndrom mentální bulimie pak DSM-IV uvádí následující diagnostická kritéria: (dle Krch a kol., 2004, s. 19)

1. Opakující se epizody záchvatového přejídání. Epizodu záchvatového přejídání (binge eating) charakterizuje:
 - a) Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 - b) Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
2. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
3. Minimálně dvě epizody záchvatového přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
4. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
5. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Z uvedeného diagnostických kritérií můžeme opět shrnout základní znaky pro syndrom mentální bulimie:

1. opakující se záchvaty přejídání doprovázené nepřiměřeným kompenzačním chováním, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti,
2. strach z tloušťky,
3. přítomnost nadměrného zájmu o tělesný vzhled a hmotnost, kdy se sebevědomí postiženého pohybuje v závislosti na těchto hodnotách

Z lékařského hlediska pro indikaci léčby je velice důležitým znakem, zmíněným DSM - IV. skutečnost, že charakteristické znaky mentální bulimie se nevyskytují pouze během epizod mentální anorexie. Pokud totiž pacientka trpí podvýživou a zároveň ztratila menstruaci je nutné upřednostnit diagnózu mentální anorexie.

2.3 Atypické a jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy

Vedle pacientů s diagnostikovanou mentální anorexií nebo bulimií v současné době přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria základních poruch příjmu potravy. U některých může dojít ke komplexnímu rozvoji příznaků, u jiných se plný syndrom nikdy nevyvine. Nemocní však mohou trpět stejně závažnými psychickými i zdravotními obtížemi jako pacienti s typickou anorexií nebo bulimií. (Krch a kol., 2005, s.21)

MKN - 10 užívá pro tyto pacienty diagnózy atypická mentální anorexie (F 50.1) a atypická mentální bulimie (F 50.3). U atypické mentální anorexie a atypické mentální bulimie se jedná o poruchy, které splňují některá kritéria mentální anorexie nebo mentální bulimie, ale celkový klinický obraz neopravňuje k této diagnóze, neboť chybí některý z klíčových znaků syndromu. DSM - IV tyto atypické formy shrnuje pod jeden pojem „jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy“ (EDNOS - eating disorders not otherwise specified).

Do kategorie atypických nebo jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy může zahrnout pacientky, : (dle Papežová a kol., 2010, s. 127)

1. které splňují kritéria pro mentální anorexií, ale přetrvává u nich pravidelná menstruace,
2. které splňují kritéria pro mentální anorexií, ale přes velmi signifikantní váhovou ztrátu jejich individuální váha spadá ještě do normálního rozmezí (u premorbidní nadváhy a obezity),
3. které splňují kritéria pro mentální bulimii, pouze frekvence záchvatů přejídání a kompenzačního chování je menší než 2 x týdně po dobu 3 měsíců,
4. které pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy po požití malého množství potravy a mají normální váhu,
5. které pravidelně žvýkají a vyplivují velká kvanta jídla, aniž by je polykaly,
6. psychogenní přejídání - opakované epizody přejídání bez užívání kompenzačních mechanismů.

Atypickým formám poruch příjmu potravy je nutné věnovat velkou pozornost, neboť mohou život nemocného ztrpčovat stejně intenzivně jako plně rozvinutá mentální anorexie nebo bulimie. V mnohých případech jde také o počátek komplexního syndromu. Včasné

podchycení onemocnění znamená větší šanci na úspěšnou léčbu a ušetření mnohých závažných důsledků choroby.

2.4 Nové druhy poruch příjmu potravy

Dnes se často píše a mluví o tom, jak je společnost postižena snadným přístupem k potravě a nedostatkem aktivního pohybu. Většina článků módních časopisů se pak snaží propagovat „zdravý životní styl“ a prezentuje ideál jedince, který pravidelně sportuje, stravuje se výhradně dle zásad zdravé výživy a vyhýbá se chemicky a geneticky upravovaným potravinám. V médiích se mnohdy přehnaně hovoří o škodlivinách v potravinách a skandalizuje se neaktivní životní styl. Ve snaze přizpůsobit se těmto ideálům se mnozí jedinci uchylují k extrémním řešením. Poměrně nedávno byly proto v populaci objeveny a definovány tři nové poruchy příjmu potravy - ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tyto poruchy nesou specifické znaky moderní doby a jsou v podstatě stejně nebezpečné jako mentální anorexie nebo mentální bulimie.

K řazení těchto poruch do samostatných diagnóz se sice někteří autoři staví skepticky. Prof. Papežová upozorňuje na skutečnost, že tyto nové diagnózy bývají často především laickou veřejností používány k zakrytí diagnózy mentální anorexie nebo jiné formy poruch příjmu potravy. Dle mého názoru, ať se již jedná o nové samostatné formy poruch příjmu potravy nebo součást již dříve definovaných poruch, je vhodné o nových příznacích hovořit, neboť zvláště u ortorexie a bigorexie jsou postižení, ale i okolí přesvědčeni, že se nejedná o abnormální chování, ale o přednost.

2.4.1 Ortorexie - ortorexia nervosa

Název této poruchy pochází z řečtiny, skládá se ze dvou slov: „orthos“ - správný a „orexis“ - chuť. Výraz „ortorexie“ použil pro označení fanatického zaujetí zdravou výživou poprvé Steven Bratman v roce 1997. Podstatou této poruchy je posedlost zdravým stravováním, která je dovedena do extrémů. Na rozdíl od mentální anorexie a bulimie je u ortorexie kladen důraz nikoliv na kvantitu přijímané potravy, ale na její kvalitu. Začínat může zcela nevině např. jako prostá snaha zlepšit svůj stravovací režim.

Ortorexie je definována jako patologická posedlost zdravým stravováním. Projevuje se tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou stravu stává posedlost a hlavní náplň času. „Nezdravé“ potraviny jsou postupně vylučovány z jídelníčku a nahrazeny potravinami

„zdravými“. Jedinec úzkostlivě podrobuje zkoumání každou potravinu, zda je dostatečně zdravá, biologicky nezávadná, má dostatek živin a minerálů. Postupně se jídelníček ortorektiků zužuje natolik, že zůstane jen velmi málo „povolených“ potravin. Nad zkoumáním zdravotní nezávadnosti potravin tráví postižení většinu svého času. Svůj jídelníček mají do detailů naplánovaný a jeho porušení vede k pocitům rozmrzelosti, podrážděnosti a úzkosti. Strach z tloušťky je nazen strachem z nezdravých potravin. Častěji se tento problém vyskytuje u žen.

Obdobně jako mentální anorexie může i ortorexie vést k závažným stavům podvýživy. Svou daň si vybere i příliš jednostranné zaměření jídelníčku. Nedostatek důležitých živin a minerálů má za následek nesprávné fungování životně důležitých orgánů i celého organismu vůbec. Shodně jako u mentální anorexie a bulimie jsou i psychické a společenské důsledky. Na počátku rozvoje ortorexie se mohou objevit dobré pocity a nárůst sebevědomí spojený s dodržováním vytyčeného cíle a stanoveného režimu. Postupně se však zvyšuje úzkostnost a myšlenky postiženého se točí pouze kolem jídla. Snižuje se schopnost koncentrace, dobrá nálada klesá. Sebehodnocení nemocného je spojeno s dodržováním stanoveného režimu.

Patologický zájem o jídlo se promítne i do společenského života nemocného. Ortorektici se stále více izolují, ztrácí přátele, koníčky, hlavní činnosti a náplní volného času se stává jídlo a zkoumání jeho kvality.

2.4.2 Bigorexie (Adonisův komplex, obrácená anorexie)

Bigorexie je novou poruchou příjmu potravy, v jejímž pozadí stojí zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky, obsedantní myšlení na vlastní svalstvo, zneužívání steroidních hormonů a intenzivní cvičení. (Papežová (ed.), 2010, s.129-130) Osoby postižené bigorexií vnímají samy sebe jako slabé, malé, nedostatečně svalově vyvinuté a snaží se vysokou spotřebou energie, nadužíváním doplňků výživy (zejména bílkovinných preparátů), náročným posilovacím tréninkem a nezřídka i zneužíváním léků dosáhnout vzhledu, který je prezentován na stránkách kulturistických časopisů.²

Bigorexie propuká zejména u mužů, výjimečně se může objevit i u žen, převážně sportovkyň. K rozvoji této poruchy přispěl „fitness boom“ moderní doby. Velkým problémem je skutečnost, že si postižení nepřipouštějí žádné obtíže a řada lidí z jejich okolí jim dává najevo, že se chovají normálně, ba dokonce vzorně.

² <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>

S bigorexií je spojena řada zdravotních nebezpečí, jedná se zejména o riziko poškození hybného systému jeho dlouhodobým přetěžováním, rizika spojená s nadměrnou tělesnou hmotností, kdy hmotnost bigorektiků často přesahuje doporučené normy o dvacet i více kilogramů, což vede k přetěžování kloubů, páteře a dalších struktur těla a může ve vyšším věku vést k závažným funkčním poruchám pohybového systému, nebo riziko nadměrné spotřeby výživových doplňků a zneužívání steroidních hormonů, které mohou vést k závažným poškozením životně důležitých orgánů či dokonce ke smrti.³ Rizikem je i zařazení enormně vysokého zastoupení bílkovin do jídelníčku, kdy hrozí zatížení ledvinového systému dusíkatými metabolity, zvyšuje se krevní tlak, dusíkaté soli se ukládají i v kloubech, což může vést k rozvoji dny.

Ve společenském a rodinném životě bigorektiků se postupně jako u jiných poruch příjmu potravy projevuje dříve či později sociální izolovanost. Ve své snaze o dosažení nereálných cílů věnují totiž postižení značné množství času cvičení, diskusím o cvičení, nákupu doplňků potravy a „vhodné“ stravy. Byly popsány případy, kdy bigorektici patologickým přístupem k životu rozbili svoje manželství nebo ztratili zaměstnání. Časté návštěvy fitness center, výživové doplňky a množství stravy vyžadují také velké množství finančních prostředků. Nedostatek financí pak nakonec může některé jedince dohnat i k trestné činnosti.

2.4.3 Drunkorexie

*„Drunkorexie je označení pro nově vznikající fenomén, který kombinuje strach z přibírání na hmotnosti s nárazovitým pitím alkoholu (např. na večírcích, ale i o samotě). Nemocní úmyslně vynechávají některá denní jídla, aby mohli večer popíjet alkohol beze strachu, že přiberou na váze“.*⁴ Výraz drunkorexie vznikl spojením slova „drunk“ (angl. opilý) a „anorexie“, pro kterou je typické záměrné hladovění.

Hlavní roli u drunkorexie, obdobně jako u anorexie či bulimie, hraje nespokojenost se svou postavou a strach z přibírání na váze. Postiženými jsou převážně mladé ženy ve věku mezi 18 – 24 lety, ani mužům se však nemoc nevyhýbá. Poprvé byla pozorována mezi vysokoškolskými studentkami v USA a Velké Británii.

³ http://www.stopanorexia.estranky.cz/clanky/ortorexie_-bigorexie_-drunkorexie/posedlost-vzhledem.html

⁴ http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=176:163&catid=68:poruchy-prijmu-potravy&Itemid=118

Podstata vychází ze skutečnosti, že alkohol je velmi kalorický, pokud si jej chce jedinec dopřát beze strachu, že přibere na váze, musí energetický příjem snížit jinde. Poměrně často se proto u drunkorexie objevuje též cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji nebo tancem. U některých drunkorektiků může být hladovění spojeno s nárazovitým přejídáním a následným zbavením se potravy (záměrným zvracením, požitím projímadel). Pod vlivem alkoholu u vyhladovělého jedince klesá úzkostnost a přestává se kontrolovat, proto může vydatně jíst. Následně ze strachu, aby nepřibral, obdobně jako u mentální bulimie, zvrací.

Následky drunkorexie jsou o to horší, že zde dochází ke kombinaci dvou nebezpečných jevů - chování typického pro poruchy příjmu potravy a nárazovitého pití většího množství alkoholu. Konzumace alkoholu na lačný žaludek urychluje jeho vstřebávání do krve, proto může snadno dojít k akutní otravě alkoholem, navíc jde o velkou zátěž pro játra. V neposlední řadě je nutné upozornit na značné riziko vzniku alkoholové závislosti.

3 Etiologie poruch příjmu potravy

Etiologie poruch příjmu potravy není doposud zcela známá. O možných příčinách těchto poruch bylo vysloveno mnoho hypotéz, avšak žádná nebyla jednoznačně potvrzena a nevysvětluje veškeré případy. Odborníci se dnes převážně shodují na tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný specifický faktor nebo příčinná událost, které by vysvětlovaly obtíže nemocných. Téměř vždy jde o „*souhrn různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, biologických a vývojových faktorů*“ . (Krch a kol, 2005, s. 57)

Faktory, které zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy můžeme rozdělit do následujících skupin:

1. biologické a genetické faktory
2. individuální faktory
3. rodinné faktory
4. sociokulturní faktory
5. diety a hladovění

Váha jednotlivých determinantů není jistá, patrně u každého jedince mohou působit individuálně.

3.1 Biologické a genetické faktory

Jedním z nejvýznamnějších rizikových biologických faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. „*Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát větší.*“ (Krch a kol., 2005, s. 61).

Ženské tělo je tradičně společensky i biologicky důležitější a tělesné proporce hrají v životě ženy jinou roli než v životě muže. Zatímco v období dospívání se chlapci přibližují mužskému ideálu krásy, dívky se ženskému ideálu oddalují. (Krch a kol., 2005, s.61). Brzká tělesná vyspělost může být pro dívky velikým rizikovým faktorem.

Dalším možným determinantem vzniku poruch příjmu potravy je i tělesná hmotnost. S rostoucí tělesnou hmotností roste i nebezpečí držení diet a vzniku některé poruchy příjmu potravy. Roli při vzniku onemocnění hraje zřejmě i rozložení tělesného tuku po těle. Na základě různých studií bylo zjištěno, že u žen, u kterých je tuk nejvíce rozložen na bocích, stehnech a hýždích, je riziko vzniku poruch příjmu potravy vyšší. (Krch a kol., 2005, s.62)

K biologickým rizikovým faktorům můžeme přiřadit i faktory genetické. Bylo prokázáno, že výskyt poruch příjmu potravy v rodině, zejména u nejbližších příbuzných - rodičů a sourozenců, významně zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Názory se však liší v tom, zda jde o genetickou dispozici či naučené nevhodné vzorce chování. Určitá nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy jsou také spojována s výskytem afektivní poruchy, deprese a alkoholismu v rodině.

3.2 Individuální faktory

Individuální faktory mohou být dalším predispozičním faktorem vzniku poruchy příjmu potravy. Jedná se především o osobnostní rysy, způsob regulace afektů, kognitivní zpracování informací či traumatizující zkušenosti.

Z osobnostních rysů patří k nejrizikovějším pro vznik mentální anorexie vysoký stupeň konformity, perfekcionismus, soutěživost, ambicioznost, zaměření na úspěch a negativní sebehodnocení. Pro vznik mentální bulimie jsou rizikové hysterické rysy a impulzivita. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s.266, 273; Krch a kol., 2005, s.73).

Z emocionálních faktorů se poruchy příjmu potravy pojí zejména se sklony k depresím a úzkostností. Mnohými autory jsou dávány do souvislosti s obsedantně – kompulsivní poruchou, neboť obsedantní rysy byly nalezeny u více pacientů. Jak u depresí, tak u úzkostí či obsedantních rysů lze však velmi těžce říci, zda jsou tyto charakteristiky příčinou či důsledkem choroby, tedy zda byly přítomny již premorbidně či zda jsou vlastního já cizí. (Kocourková a kol., 1997, s. 53; Krch, a kol., 2005, s. 71-75)

Dlouho bylo za příčinu vzniku poruch příjmu potravy považováno též trauma sexuálního zneužití. Zážitek sexuálního zneužití v dětství může negativně ovlivnit tělový obraz a ztížit tak akceptaci ženské role. „*Potřebu kontrolovat a omezit všechno, co přichází dovnitř, můžeme u psychogenních poruch příjmu potravy vidět v symbolicky sexuálním významu.*“ (Kocourková a kol., 1997, s. 55). Většina autorů se však shoduje na tom, že se jedná pouze o jeden z nespécifických faktorů, neboť trauma ze sexuálního zneužití zvyšuje riziko vzniku jakékoliv psychické poruchy. (Krch, 2008, s.45)

K individuálním rizikovým faktorům můžeme přiřadit též jiné negativní životní události než životní trauma. Nejčastěji zmiňovanými bývají nárážky na tloušťku a tělesný

vzhled, významné životní změny, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině. (Krch a kol., 2005, s. 64)

3.3 Rodinné faktory

Role rodiny, její fungování, rodinná výchova a rodičovské vzory jsou výraznými determinanty chování dětí, utváření jejich postojů a hodnot. Rodina se podílí na formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle. V rodině si jedinec vytváří i základní jídelní a pohybové návyky. Nevhodné jídelní návyky, obezita a diety v rodině, nadměrný zájem věnovaný tělesnému vzhledu a úspěchu mohou být determinanty vzniku poruch příjmu potravy.

Mnohé studie se zabývaly fungováním rodiny, vzájemným vztahem mezi členy a rodinou jako celkem. Jako velmi rizikové se ukazují rodiny orientované především na úspěch a dokonalost. Rodiny s anorektickým dítětem byly popisovány jako hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům. Naopak rodiny s bulimickým dítětem vykazovaly spíše nedostatek péče a empatie a častý výskyt negativních a hostilných interakcí. V současné době se však jedná spíše o hypotézy, existence typické anorektické či bulimické rodiny nebyla věrohodně prokázána. (Krch a kol., 2005, s. 67)

Rodinné interakce mohou vést ke vzniku nemoci a zároveň mohou být významným faktorem, který ztěžuje vyléčení, při terapii je proto práce s rodinou velmi důležitá.

3.4 Sociokulturní faktory

Poruchy příjmu potravy nejčastěji vznikají ve společnostech zaměřených na úspěch, výkon a sebeovládání. Pro dnešní moderní západní společnost je charakteristické, že úspěch je prezentován ve spojení s tělesnou atraktivitou a štíhlostí. Nadváha nebo obezita jsou odsuzovány, média neustále zdůrazňují módní ideál ženské krásy, který ovlivňuje děvčátka již od útlého věku. Výrazná negativní role je přikládána zejména vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které ve svých čtenářích a posluchačích vzbuzují falešnou představu, že zhubnout je snadné a sebemenší nadváha je špatná. Jsou prezentovány ideální proporce a silueta ženského těla, které jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné. „*V rozporu s tím, jak průměrná hmotnost populace roste, kulturní ideál hubne*“ (Krch a kol., 2005, s.59)

Dalším vysledovaným fenoménem moderní společnosti je předpojatost vůči obézním lidem a lidem s nadváhou. Tito lidé jsou popisováni jako líní, oškliví, hloupí nebo zlí a jsou

společností také tak vnímání. Nadváha je prezentována jako společensky nepřijatelná a nevhodné jídelní návyky a postoje jsou médií vyobrazovány jako společenský standard. Takovýto postoj společnosti jen posiluje u vnímavých dospívajících strach z tloušťky a může přispět k rozvoji poruchy příjmu potravy. Hlavním problémem je, že zejména děti a dospívající mediální sdělení přijímají velmi nekriticky.

3.5 Diety a hladovění

Velkým společenským problémem v současné době je skutečnost, že držení diet převládá nad normálním jídelním chováním a cílem mladých dívek není dosažení normální váhy, ale vyhublosti. Redukční diety jsou samy o sobě popisovány jako jediný specifický etiologický faktor vzniku poruch příjmu potravy. F.D. Krch uvádí, že *„redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát. U 20 – 30 % patologických dietářek se později rozvine plný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy“* (Krch, 2008, s. 49). Diety mění chuť k jídlu (roste chuť na sladké) a zažívání pocitu sytosti. Dívky držící diety většinou postupně ztrácejí schopnost určení velikosti běžné porce. Tato skutečnost může vést k přesvědčení o ztrátě kontroly nad jídelním chováním a je již jen krůčkem ke vzniku některé z poruch příjmu potravy. Velmi alarmují skutečností je, že v České republice drží redukční dietu asi 20 % šestnáctiletých dívek a kolem šedesáti procent se o ni již pokoušelo. (Krch, 2008, s. 49)

4 Důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou vážných zdravotních obtíží fyzického i psychického rázu. Tyto komplikace představují vážné ohrožení života postižených a významně přispívají k zvýšené úmrtnosti.

4.1 Somatické důsledky

Mezi nejčastější zdravotní komplikace poruch příjmu potravy patří kardiovaskulární poruchy, které se objevují téměř u 90 % postižených (Krch a kol., 2005). Z dalších obtíží můžeme jmenovat poruchy ledvin, řídnutí kostí, chudokrevnost, zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi a poruchy trávicí soustavy jako jsou žaludeční vředy nebo zácpa.

Jako časté důsledky nedostatečné výživy a podvýživy se objevují dále:

- citlivost na chlad,
- celková svalová slabost, spavost, unavenost,
- poruchy spánku,
- zažloutlá praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po těle, řídnutí a lámání vlasů,
- zvýšená kazivost zubů,
- nepravidelná menstruace nebo amenorea,
- otoky v důsledku poškození funkce jater,
- odvápnění kostí,
- poruchy vědomí a závratě, dvojitě vidění nebo bolesti hlavy,
- u mladých dívek se může zpomalit nebo zastavit růst a opozdit puberta.

(Krch, 2008, s. 35)

Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně stoupá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného.

Se závažnými zdravotními důsledky je spojeno též samotné zvracení. Skutečnost, že si velká část nemocných vyvolává dávicí reflex prstem nebo různými předměty, představuje výrazné nebezpečí pro zranění krku a jícnu, může dojít i ke spolknutí pomocného předmětu nebo prasknutí jícnu. V důsledku zvracení se pak u třetiny postižených objevují nepříjemné otoky slinných žláz pod čelistí, které vytvářejí dojem opuchlého a kulatého obličej. Méně viditelným, ale o to nebezpečnějším, důsledkem je narušení rovnováhy tělesných tekutin a

solí, které neúměrně zatěžuje srdce a ledviny. V důsledku narušení vnitřního tělesného prostředí se objevují i neurologické komplikace jako křeče, závratě nebo stavy zmatenosti. Dlouhodobým zvracením dochází u pacientek k výrazné erozi zubní skloviny.

Velmi nebezpečné je rovněž zneužívání projímadel a diuretik. Dlouhodobé užívání těchto léků vede k zadržování tekutin spojenému s nepříjemnými otoky. Na projímadlech se velmi snadno vytváří závislost a k dosažení žádoucího účinku jsou nutné stále vyšší dávky, ty poté způsobují vážné komplikace v oblasti tlustého střeva. Nejzávažnějším důsledkem může být poškození střevní stěny a narušení vstřebávání bílkovin.

4.2 Psychické a sociální důsledky

Probíhající onemocnění postihuje jedince po všech stránkách – jak po fyzické, tak po psychické a sociální. Většina psychických a sociálních problémů, se kterými se u poruchy příjmu potravy můžeme setkat, je důsledkem nedostatečné výživy a neuspokojivé kvality života. Řada psychických obtíží se objevuje shodně jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Jedná se zejména o depresivní stavy a úzkostnost. Sebehodnocení je nadměrně závislé na tělesné hmotnosti a vzhledu. Daří-li se nemocným dosahovat svých cílů, tedy hubnout, nálada a zájem o okolí roste. Naopak pokud se jim to nedaří, roste nespokojenost, podrážděnost, nezájem o okolí a deprese. Neschopnost dosáhnout vytyčeného cíle proniká do celkového pocitu vlastní neschopnosti a neefektivnosti, roste nejistota a úzkostnost. V pozdějších stádiích nemoci se může objevit i celková apatie.

Anorektičky i bulimičky se v myšlenkách neustále zabývají jídlem, jejich celý svět se točí kolem jídla. Postupně se nedokážou soustředit na nic jiného. Časté jsou proto poruchy koncentrace, zhoršení výsledků ve škole či práci, poruchy spánku a děsivé sny.

U anorektiček se v prvních stádiích choroby může objevovat zvýšená aktivita a činorodost. Dívky srší energií, jsou velice produktivní, nepotřebují spát ani odpočívat. Tyto euforické pocity jsou do jisté míry způsobeny biochemickými procesy při nedostatečné výživě a pocitu vlastní výjimečnosti. Pocit nadřazenosti se však ztrácí ve chvíli, kdy anorektička podlehne hladu. Poté totiž nastupují pocity viny a hanby a neustále zaobírání se svým „prohřeškem“. Dívky jsou přecitlivělé, podrážděné a plačtivé.

U bulimiček je chování a prožívání výrazně ovlivněno oslabenou sebekontrolou. U nemocných se často setkáváme s intenzivními a rychle se střídavými náladami. Neschopnost sebekontroly se projevuje do celkového pocitu neschopnosti, v jehož důsledku dochází ke

snižování sebehodnocení a nárůstu nejistoty. Tím se zvyšuje se riziko dalších bulimických záchvatů. Oslabená sebekontrola se postupně přenáší i do jiných oblastí života. Bulimičky jsou proto více než anorektičky náchylné k zneužívání alkoholu, drog, kouření, promiskuitě nebo nepřiměřenému utrácení peněz. (Krch, 2008, s. 43)

Postupem nemoci se jak bulimičtí, tak anorektičtí pacienti začínají uzavírat do sebe a izolovat od okolí. Ztrácejí původní zájmy a přátele. Přehnaná vztahovačnost, podezřívavost, podrážděnost a egocentrismus vede k řadě konfliktů s okolím, které jen prohlubují sociální izolaci. Celkové chorobné prožívání může vést až k sebedestrukčnímu chování.

5 Diagnostika a léčba

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, které je multifaktoriálně podmíněné, proto je nutné na diagnostický proces i léčbu nahlížet v širším biopsychosociálním kontextu. Největší problém pro včasnou a správnou diagnózu představuje utajování celé problematiky nebo některých symptomů (např. zneužívání laxativ, diuretik, anorektik) jak samotnými pacientkami, tak často i jejich rodinami. Nejčastější příčinou tohoto chování je stud, strach ze stigmatizace a bagatelizace závažnosti onemocnění.⁵

Při diagnostice onemocnění hrají významnou roli praktičtí lékaři, pediatři, gynekologové a další lékaři prvního kontaktu (stomatologové, endokrinologové, kardiologové a další), neboť jsou většinou prvními odborníky, na které se nemocné obracejí. Pacientky většinou pravou podstatu svých tělesných obtíží tají a uvádějí jen nespecifické somatické problémy, jako slabost, bolesti žaludku, amenorea apod. Pokud se však při návštěvě lékaře podaří včasné odhalení poruchy příjmu potravy, léčba je podstatně jednodušší.

Přes zřejmé příznaky mentální anorexie nebo mentální bulimie je v první řadě nutné vyloučit jiné psychické nebo somatické onemocnění. Z psychiatrických onemocnění se jedná například o deprese, schizofrenii, somatizační poruchu, obsedantně – kompulzivní syndrom, poruchy osobnosti, mánie nebo přejídání a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami. Ze somatických onemocnění je nutné vyloučit zejména tumory CNS, jiná nádorová onemocnění, endokrinní onemocnění, alergie na potraviny, onemocnění trávicího traktu, žloutenku a tuberkulózu. (J. Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2010, s. 267, s. 244)

Samotná léčba poruch příjmu potravy bývá svízelná. Většina pacientů se snaží léčbu odmítat, těžko spolupracují, nejsou spolehliví. Léčba musí být především systematická a kompletní, zahrnuje jak biologické a psychologické, tak sociální formy terapeutické intervence. Využívanými terapeutickými metodami jsou psychoterapie, farmakoterapie, režimová léčba, rodinná terapie a nutriční poradenství.

Pokud stav pacienta dovolí, upřednostňuje se ambulantní psychiatrická léčba, která zahrnuje psychoterapii i farmakoterapii. Psychoterapie se zaměřuje zejména na příčiny chorobné závislosti na hubnutí. Velice důležité pro rozhodování, zda zvolit ambulantní léčbu,

⁵ <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-a-obezita-rozvoj-novych-diagnostickych-a-terapeutickych-pristupu-457927>

je podchycení poruchy příjmu potravy včas. Včasné podchycení ovlivní i průběh a délku terapie. V počátcích onemocnění je možno kladně ovlivnit průběh onemocnění i pouze psychologickými metodami bez další farmakoterapie. V dnešní době vznikají též nová centra, která se zabývají výhradně poruchami příjmu potravy a soustřeďují specializované odborníky z různých oborů.

Pacienty, kteří vykazují výrazný úbytek hmotnosti a vzniká u nich kachexie, je nutno hospitalizovat. Indikací k hospitalizaci je i sebepoškozování, silné deprese, stavy provázené dehydratací a patologické rodinné interakce. Tyto stavy mohou znamenat pro pacienty ohrožení života. Nejčastějšími příčinami úmrtí pacientů s poruchou příjmu potravy je selhání životně důležitého orgánu (velice často srdce či ledvin), úmrtí na běžnou infekci, kterou vyčerpaný organizmus není schopen zvládnout (často chřipka či onemocnění horních cest dýchacích) a sebevražda. Včasnou hospitalizací je možno tragickým koncům předejít.

Základní indikační kritéria pro hospitalizaci jsou následující: (J. Koutek in Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2010, s. 270)

- medicínské
 1. kritický váhový úbytek pod 75% váhy odpovídající věku a výšce jedince
 2. tělesné komplikace, metabolický rozvrat, extrémní dehydratace, bradykardie
 3. depresivní syndrom a možnost suicidia
- psychosociální
 1. rigidní rodinná konstalace
 2. sociální izolace
 3. silně omezená výkonnost v každodenním životě
- psychoterapeutické
 1. selhání nebo přerušování ambulantní terapie
 2. chybí-li terapeutická alternativa k hospitalizaci

5.1 Hospitalizace

V první fázi hospitalizace je třeba provést vyšetření výživového stavu a zhodnotit hydrataci. Při závažnějších poruchách podvýživy je nutno přistoupit k parenterální výživě infúzní terapií či zavedením výživy sondou. U lehčích případů je dobře se pokusit o podávání stravy per os. Realimentace musí být šetrná a pomalá. Prvních několik dní je nutno podávat

množství potravy odpovídající pouze 50% doporučené výživové dávky pro daný věk pacienta. Dávka se pak přibližně po 3 dnech zvyšuje. Strava musí být lehce stravitelná, dietní. Nárůst tělesné hmotnosti by měl v průběhu realimentace být 1 – 1,5 kg za týden. Při ambulantní léčbě přibližně 0,5 kg za týden. Strava se musí podávat minimálně 6x denně či častěji v malých dávkách. Za 2 týdny by měla celková energetická dávka odpovídat dávce doporučené – tj. 3000 až 3500 kcal/den. Po prvních 14ti dnech se již doporučuje i mírná svalová činnost, aby pomalu docházelo k obnově svalové hmoty.

Hlavními aspekty léčby jsou přístupy psychoterapeutické a režimové. Jejich volba závisí na mnoha faktorech jako je osobnost pacienta, věk, fáze onemocnění, chuť spolupracovat. Vše ve vážnějších případech doplňuje farmakoterapie, která využívá léčebných prostředků k úpravě zdravotních i psychických příznaků.

5.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba se skládá z psychoterapie a farmakoterapie stejně jako léčba na lůžkovém oddělení. V průběhu ambulantní léčby je třeba sledovat nutriční stav klienta, kontrolovat hmotnost (eventuálně zastoupení tuku v těle či rozložení tělesné stavby bioimpedancí), BMI, obvody těla, biochemické vyšetření krve by mělo být zaměřeno na hladinu glukózy, elektrolytů a bílkovin v těle. Kromě individuální ambulantní psychoterapie bývá vhodné zařadit i skupinovou terapii, která přináší zisk ze skupinové podpory.

5.3 Psychoterapie

Základními metodami jsou psychoanalýza, kognitivně – behaviorální terapie, dynamická psychoterapie, rodinná a skupinová terapie. Hlavní metody je možno doplnit např. arteterapií, muzikoterapií. Cílem psychoterapie je změnit patologické bloky ve vztahu k jídlu, jídelnímu chování, jídelním návykům, zvrátit negativní postoje k vlastnímu tělu i negativní způsob myšlení. Jsou rozebírány příčiny vzniku poruchy příjmu potravy včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je možná u mladších pacientů, kteří žijí s rodinou. Přestože se často rodina podílí na vzniku nemoci, může také být silným faktorem při zvládnutí této poruchy. Vhodné je připravit pro rodiče pacientů s poruchou příjmu potravy psychoterapeutickou skupinu, kde se naučí vše potřebné.

5.4 Farmakoterapie

Zásadní význam v léčbě poruch příjmu potravy nesou i psychofarmaka. Z nich se nejvíce uplatňují antidepresiva různých druhů či neuroleptika. Další používané léky podporují organismus – vitamíny, minerální látky, aminokyseliny, bílkoviny. Dále se využívají léky povzbuzující chuť k jídlu, prokinetika trávicího traktu, antiemetika a hormonální gynekologická léčba.

6 Prevence poruch příjmu potravy

Otázka předcházení vzniku onemocnění je u poruch příjmu potravy nesmírně důležitá. *„Problém mentální anorexie a bulimie je vždy nějak spojen se strachem z jídla, se strachem z nadváhy, se strachem ze společenského neúspěchu a někdy i se strachem z dospělosti nebo z odpovídající sexuální role.“* (Krch F.D.: „Poruchy příjmu potravy“ na www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf) Nejdůležitější je umět se strachu postavit. Základní prevence začíná v rodinném prostředí. V rodině se dítě učí základním dovednostem a buduje si systém hodnot a postojů. Právě rodiče by měli vést své děti ke kvalitním stravovacím návykům, předávat jim pozitivní hodnoty a budovat kladné sebehodnocení. Zároveň by jim měli jít příkladem. V dětech by neměl být zbytečně posilován strach z některých potravin nebo nadváhy, zároveň by měly být vedeny k přiměřené pohybové aktivitě, která by měla mít spíše relaxační než výkonnostní charakter.

V dnešní době, ve které je jedinec vystaven mediálními tlakům, které pro zdravý a aktivní život nejsou žádoucí, je nutné naučit děti též srovnávat a samostatně hodnotit. Vysvětlit jim, že ne vše, co vidí v televizi nebo čtou na internetu či v časopisech, je pravdivé a správné. Obdobně by na děti měla působit i škola, která by měla vychovávat osobité jedince, kteří budou respektovat odlišnost druhých a chápat ji kladně. Vhodné je děti a dospívající o poruchách příjmu potravy přiměřeně informovat. Dle Krcha: *„přímé varování před mentální anorexií a bulimií většinou nepomáhá a mnoho pacientek začalo zvracet nebo nadměrně hubnout po tom, co se seznámily s příběhem nějaké bulimičky nebo si něco přečetly o anorexii. Co naopak pomáhá, je varování, že diety, zvracení a projímadla jsou nejenom nebezpečná, ale dlouhodobě i neúčinná.“* (Krch F.D.: „Poruchy příjmu potravy“ na www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf)

Zároveň by rodiče a škola měli věnovat pozornost rizikovému chování dětí. Varovnými signály vzniku poruchy příjmu potravy jsou: (dle Krch, Marádová, 2003, s.9-10)

- změny v jídelníčku – z jídelníčku nejprve mizí pokrmy, které jsou považovány za „nezdravé“, posléze dítě začíná preferovat pouze dietní potraviny označené „light“ ,
- změny ve stravovacím režimu – nemocní si neberou nic navíc, pod různými záminkami se vyhýbají hlavnímu jídlu,
- srovnávání s ostatními – při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měli co nejmenší porce,

- změny dietního tempa a chování u stolu – nemocní jí velmi pomalu, dlouho si vybírají co snědí, a co ne, jídlo drobí na malé kousíčky a v jídle se nimrají,
- izolace od společnosti – nemocní se vyhýbají jídlu ve společnosti, přecitlivěle reagují, když je někdo sleduje, jak jí, pro sebe si připravují jiné jídlo než pro ostatní,
- zvýšená pohybová aktivita – nemocní neustále někde pobíhají, mají potřebu „dát si do těla“,
- přílišné soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost – nemocní postávají před zrcadlem, neustále se váží,
- projevy kategorického odporu proti jídlu – na tlak jíst reagují nemocní zásadním odporem, když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět.

Včasně podchycení rizikového chování může zabránit vzniku poruchy, případně umožní včasný začátek léčby.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Úvod k empirickému výzkumu, cíle a metoda výzkumu

V praktické části budou ověřovány poznatky o poruchách příjmu potravy uvedené v části teoretické. Cílem je ukázat na konkrétních případech specifické projevy těchto poruch a zjistit jaké faktory se na vzniku onemocnění podílejí. Zaměříme se i na léčbu a prognózu do budoucnosti.

Poznatky budou zjišťovány prostřednictvím analýzy tří případových studií (kazuistik). Případová studie představuje specifickou techniku kvalitativního výzkumu, jejíž podstatou je souhrnný detailní popis a vysvětlení jednoho nebo několika málo případů daného jevu. Tato metoda předpokládá, že podrobný výzkum byť malého množství případů přispěje k lepšímu porozumění případům obdobným.

Případové studie jsem zvolila, neboť jsem toho názoru, že ukázka teoretických poznatků na konkrétních případech je velmi efektivní a přispěje k pochopení dané problematiky. Podklady pro vypracování jednotlivých kazuistik mi byly poskytnuty vedením Centra lékařské prevence v Plzni, které se zabývá problematikou životního stylu jedinců, řešení nadváhy a obezity, ale i poradenstvím v oblasti poruch příjmu potravy. Listinné podklady byly konzultovány s ošetřující lékařkou.

Součástí každé kazuistiky je popis rodinného prostředí, osobní a školní anamnéza, popis průběhu onemocnění a analytické shrnutí daného případu. V konečném vyhodnocení jsou poté všechny tři případy stručně porovnány a shrnuty závěry pro cíle stanovení v prvním odstavci této kapitoly.

Výběr jednotlivých případů jsem volila tak, aby odpovídal názvu bakalářské práce, tedy aby byly posuzovány poruchy příjmu potravy v adolescentním věku (15-20/22 let). Záměrně jsem však vybrala takové případy, aby bylo zahrnuto celé toto období. Prvním případem je dívka, u které mentální anorexie propukla již v preadolescentním období, do období adolescence však spadl nejprogresivnější průběh onemocnění. Druhým případem je dívka, u níž porucha příjmu potravy vznikla v období adolescence a posledním případem je dívka, u níž se anorexie rozvinula až na konci adolescentního období. Domnívám se, že variabilita může být velmi prospěšná při porovnávání jednotlivých případů a vyvozování závěrů.

Ze získaných údajů byly v důsledku ochrany osobnosti a soukromí pacientů záměrně odstraněny identifikační údaje. Jména pacientek jsou smyšlená a slouží pouze k přehledné ilustraci a srovnání závěrů.

2 Kazuistiky

2.1 Kazuistika č. 1

Jméno: Martina

Ročník: 1989

Jedná se o 22letou pacientku s chronickou psychotraumatizací v dětství, léčenou pro anorexii poprvé ve 14 letech ve FN Plzeň a následovně ambulantně v Praze a v Plzni v soukromých psychiatrických zařízeních. V době stupňovaných obtíží docházela pravidelně do Centra lékařské prevence, kde byly řešeny stravovací a jídelní návyky i další problémy kognitivně - behaviorálním přístupem.

Osobní anamnéza

Dívka pochází z rozvedené rodiny. Do 16 let žila s matkou, poté s prarodiči. Otec rodiny odešel, když byly dívce dva roky.

Otec i matka jsou vysokoškolsky vzdělaní. Oba pracují v soukromém sektoru. Finanční situace matky i otce byla velmi dobrá.

Premorbidně pacientka hodnocena jako svědomitá, pečlivá, konformní, ale ctižadostivá. Ve vztahu k druhým byla otevřená, ráda byla středem pozornosti, chtěla vynikat. V dětství prodělala běžné dětské nemoci, před vznikem anorexie nepociťovány žádné somatické ani psychické obtíže. Otec zdrav. Matka prodělala v 45 letech mozkovou mrtvici.

Rodinné prostředí

Klientka pochází z neúplné rodiny, rodiče se rozvedli, když byly dívce 2 roky. Zůstala s matkou, otec časem založil novou rodinu, s novou partnerkou má syna, který je o 14 let mladší než Martina. Otec má k dívce vřelý vztah, záleží mu na ní, ale své city nedokáže řádně dávat najevo. Je pasivní, submisivní až slabošský.

V současné době 46letá matka je dominantní, zahleděná do sebe, klade důraz na své vzezření i vystupování. Co se týká domácnosti, matka nikdy řádně nevařila, občas připravovala spíše jednoduchá jídla. Jídlo od doby, kdy to zvládla, pomáhala připravovat sama Martina. Řádně stravovací návyky matka s dcerou nedodržovaly, často se stravovaly v restauracích, matka sama brala jídlo jako „nutné zlo“. Na dotaz matka přiznala, že v době vysokoškolského studia měla potíže s jídlem, nepotřebovala jídlo, obávala se, že přibere, ale udala, že potíže sama bez léčby překonala.

Dívka často pobývala u prarodičů a to i delší dobu, měla u nich svůj vlastní pokojík. S babičkou vychází velice dobře, respektuje ji, svěřuje se jí se svými problémy. Dědeček je uzavřený, spíše přísný až despotický, ale v rodině prarodičů rozhoduje hlavně babička. Jedná se o rodiče matky. Druzí prarodiče již nežijí.

Matka od klientčina dětství na veřejnosti dává na odiv svůj báječný vztah k dceři, nazývala ji v téměř dospělém věku zdobnělinami a předstírala o ni výjimečný zájem. Dívka bývala od dětství matčiným módním doplňkem. Matka, atraktivní vysokoškolačka, velice ráda chodila do společnosti a dávala na odiv nejen sebe a svoje úspěchy, ale i dceru a její výsledky ve škole. Dceři kupovala pěkné značkové oblečení a vybavení. V době, když bylo dívce asi 12 let, začala matka dívce vyčítat, že přibírá na váze. Často jí to připomínala, nejprve slovně, posléze se jí začala dotýkat v partiích, kde se dle jejího mínění tuk usazoval. Dívce toto nebylo příjemné, přemýšlela o tom, zda nemá matka pravdu. Ve 13 letech začala držet diety, ve 14 letech byla hospitalizována s poruchou příjmu potravy - anorexií ve Fakultní nemocnici v Plzni na psychiatrickém oddělení. I po návratu z nemocnice se matka k dceři v soukromí chovala zvláště, dcera musela spát s ní v posteli, nechávat otevřené dveře na záchod či do koupelny s tím, že matka ji bude kontrolovat, zda nezvrací či neschovává jídlo. Matka jí někdy pomáhala i s mytím. V ordinaci Centra lékařské prevence si tehdy 15letou dívku matka posazovala na klín. Chovala se k ní jako k malému dítěti.

Matka vykazovala hysterické rysy, byla chronickou stěžovatelkou, stěžovala si na všechny v okolí, babičku, pracovnice sociální služby, terapeuty, lékaře. Stížnosti zasílala i na místa vysokých nadřízených. S ničím není spokojená, neuspokojivý byl i její partnerský život, často střídala partnery. V soukromí dívku matka neustále kontrolovala, telefonovala jejím kamarádkám, kamarádům a pedagogům. Přes dívku vydírala babičku, od které se snažila získat příspěvky na živobytí. S babičkou matka nemá dobrý vztah.

V době dívčiny nemoci ji matka nechávala doma připravovat jídla. Nespolupracovala s terapeuty, neřídila se jejich doporučením. Babička proto zalarmovala sociální pracovnice. Dívka v době pobytu s matkou měla tendenci stále ubírat na váze, po pobytu u babičky dokázala za týden přibrat i více než 5 kg. Ve věku 16 let se dívka dostala soudní cestou do péče a její stav se rapidně zlepšil.

Dnes dívka již bydlí ve svém bytě v domě, kde bydlí prarodiče, studuje vysokou školu, s matkou se vídá občas, dokáže ji již nyní tolerovat a přezírat. Vztah dívky k nevlastnímu malému bratrovi a nové manželce otce je dobrý, má tendenci otcovu novou rodinu chránit

před matkou. Zažila totiž obrovské scény na veřejnosti, které matka dokázala při setkání s otcovými novými rodinnými příslušníky ztropit.

Školní anamnéza

V době vzniku nemoci dívka navštěvovala osmileté gymnázium. Nyní studuje na dvou vysokých školách zároveň. Vždy měla výborné výsledky. V druhém ročníku VŠ se obává, aby si je udržela. Vztahy s ostatními spolužáky byly velice dobré, před vznikem poruchy příjmu potravy byla dívka vyhledávanou společnicí, měla několik výborných kamarádek. Po vzniku anorexie se stranila kolektivu, zůstala jí jen jedna dobrá kamarádka, o které však klientka udávala, že o ní v té době nestála. Zájem neměla ani o kamarády druhého pohlaví. Přestala se společně se spolužáky zúčastňovat volnočasových aktivit, udávala, že ji to nezajímalo. Dále však sledovala, aby měla výborný prospěch, na škole jí záleželo.

Po první atace anorexie, se znovu vrátila k běžnému životnímu stylu středoškoláků, v 16 letech si našla prvního přítele. V 17 letech se však s ním tento přítel rozešel a ona se znovu uzavřela do sebe, zaobírala se svým tělem a sebou samou a opět hubla a ztrácela sociální kontakty. Stav se během roku opět stabilizoval. V 19 letech odmaturovala a dostala se na vysokou školu, našla si nového přítele. V 21 letech se s ním i další přítel rozešel, což vedlo spolu se školním stresem k nové atace choroby.

Průběh nemoci

Ve 13ti letech byla dívka dohnána matkou k dietám. Ve 12 letech vážila 58 kg, měřila 165 cm, BMI 21,3. Postupně začala odmítat jídlo, vyhýbat se mu a drobit jej na malé kousičky, kterých se snažila nepozorovaně zbavit. Po roce průběhu choroby byla nutná hospitalizace, protože dívka byla již velice zesláblá, měla zažívací potíže, padaly jí vlasy, objevila se hypothyreóza, snížená glykemie, ztratila menstruaci, postupně degenerovala svalovina. Ve 14ti letech byla hospitalizovaná s diagnózou mentální anorexie na Psychiatrickém oddělení FN Plzeň po 3 měsíce. Hmotnost při příjmu byla 34 kg, výška 1,72m, BMI 11,95. V průběhu hospitalizace se dívka pokusila o sebevraždu spolykáním léků. Režimová léčba ji nevyhovovala, v nemocnici byla nešťastná. Po propuštění s hmotností 40 - 41kg se při pobytu s matkou stav vždy zhoršil, naproti tomu při pobytu u prarodičů přibírala za týden i o 5 - 8 kg a zlepšil se i její psychický i fyzický stav. V 16 letech se dostala do péče prarodičů a vrátila se do běžného života, hmotnost se stabilizovala okolo 60 - 65 kg. S touto hmotností však nebyla spokojena, vrátila se k pohybové aktivitě a hmotnost se snížila na 58 kg. V této době dívka jevila zájem o pravidelné konzultace, ale nebyla schopná odevzdat záznam o stravě delší než 3 dny. Doporučení se v rámci možností snažila plnit. Navštěvovala

těž psychiatry, medikamentózně léčena Letroxem (pro hypofunkci štítné žlázy), antidepresivy a antiemetiky, posléze i hormonální léčbou. V 16 letech se jí vrátila menstruace a somatické potíže se upravily. Vnímání vlastního těla však bylo stále narušeno, přestože klientka uznávala, že je jí lépe, stále se obávala, zda nebude více přibírat.

Po rozchodu s prvním přítelem se objevila druhá ataka choroby, tentokrát však s bulimickými fázemi. Dívka popisovala při vyhladovění velice výraznou chuť na sladké, které podlehla. Dokázala zkonsumovat objemnou porci sladkého pečiva (líčila: 1 celá vánočka, 6 malých koláčků, 1 zákusek - vše najednou) a následovně vyvolávala zvracení. Snažila se o to, aby nikdo nic nepoznal. V té době bydlela u babičky v centru města, chodila zvracet na veřejné záchodky ve městě. Svoji situaci si uvědomovala a sama vyhledala opět terapeuty z Centra lékařské prevence a začala opět docházet i na psychiatrickou ambulanci. Stav se postupně opět zlepšil po asi roční léčbě, symptomy ustoupily. Ústupu obtíží napomohlo seznámení se s novým přítelem. Dostala se na dvě vysoké školy, což zlepšilo její sebevědomí. Po nástupu na vysokou školu však přibyla stresová nepohoda zejména ve zkouškovém období. V té době byly velice časté hádky s partnerem, znovu se objevilo zaobírání se sama sebou. Opět se snaží ubírat na dávce a hmotnosti, objevuje se i úmyslné zvracení 2-3x do týdne. Babička si situace všimla, snaží se ji řešit, tentokrát však dívka odmítá vyhledat terapeuty a spolupracovat.

Shrnutí

Mentální anorexie byla u dívky diagnostikována již ve 13ti letech, ve 14ti letech byla donucena k hospitalizaci. Průběh onemocnění byl závažný, dívka se pokusila o sebevraždu, úprava k běžnému stavu i při léčbě je nejistá. Díky vlivu rodinného prostředí, zejména vlivu hysterické matky. Při psychické stresové zátěži se onemocnění opakovaně vrací v dalších atakách. Z toho je patrné, že dívka nebyla nikdy zcela vyléčena.

2.2 Kazuistika č. 2

Jméno: Tereza

Ročník: 1992

Dvacetiletá pacientka, která se od svých 16 let léčila 3 roky pro anorexii, v současné době opět navštívila Centrum lékařské prevence, kam docházela v průběhu léčby pravidelně do nutriční poradny. Zároveň navštěvovala soukromou psychiatrickou ordinaci. Léčba anorexie probíhala standardními metodami. Nyní po úspěšně složené maturitě nastoupila do

zajímavého zaměstnání, kde je značně vytížená. Přichází do Centra kvůli opakovanému zvracení a nechutenství s obavami, aby se potíže spojené s PPP nevrátily. Se zvyšujícími se nároky v práci se zvracení stupňuje.

Osobní anamnéza

Dívka pochází z neúplné rodiny, v době vzniku onemocnění však byla rodina úplná. Matka zemřela, když jí bylo 18 let. Má patnáctiletého vlastního bratra, o kterého se nyní stará. Otec má novou přítelkyni.

Premorbidně byla Tereza hodnocena jako šikovná svědomitá dívka. Na svůj věk velmi vyspělá. Spíše uzavřená, kolektivu vrstevníků se stranila. Při matčině nemoci vypomáhala v domácnosti a starala se o bratra. Na ostatní věci dle svých slov „neměla čas“. Silně orientovaná pro rodinu. Otce za to, že se v době nemoci matky o rodinu nepostaral, dle svých slov, neviní.

Premorbidně somaticky zdráva, v dětství běžné prodělala běžné dětské nemoci, často bývala nachlazená. Psychicky neléčena na jinou poruchu. Otec zdrav. Matka zemřela v 40 letech na roztroušenou sklerózu. Oba středoškolsky vzdělaní s maturitou, otec podnikal ve stavebnictví, matka byla v invalidním důchodu. Finanční situace rodiny byla v důsledku rozvoje matčiny nemoci složitá.

Rodinné prostředí

V dětském věku dívky rodina fungovala bezproblémově. Poté byla zjištěna matce roztroušená skleróza, léčba byla velice dlouhá a finančně náročná. Otec se nedokázal vyrovnat se zdravotním stavem manželky a řešil svůj stres, který prožíval kvůli manželčině nemoci, metodou úniku. Našel si přítelkyni, která ho utěšovala. Starost o vlastní rodinu se snižovala. V tomto čase se musela pacientka postarat o sebe a mladšího bratra, často i o nemocnou matku. Rodině vypomáhala matčina příbuzná, se kterou má dívka dobrý vztah. V 18 letech věku dívky matka zemřela. O rodinu se nyní stará pacientka.

Školní anamnéza

Po základní škole dívka studovala osmileté gymnázium. Výsledky zpočátku dobré. S progresivním vývojem matčiny nemoci se však dívka začala ve škole zhoršovat. V domácnosti na sebe přebrala část matčiných povinností a na učení jí již nezbyval čas. V důsledku rodinných problémů a posléze i propukající anorexie vznikaly konflikty s pedagogy i spolužáky. Nikdo z okolí neznal její rodinné poměry a to, že je léčena pro poruchy příjmu potravy. Problémy s prospěchem se postupně vyostřovaly, potíží si všimla školní výchovná

poradkyně, která pomohla dívce situaci řešit. Tehdy již rodina téměř nefungovala a před dívčinou maturitou matka zemřela. Dívka přestoupila díky všímavé pedagožce na jinou střední školu, kde se situace uklidnila a dívka nakonec odmaturovala. V té době si našla staršího přítele, který jí byl oporou. Později nastoupila po maturitě na prestižní místo v bance a nadále se společně s přítelem stará o vlastního bratra.

Průběh nemoci

V dívčině pubertálním období se nevléčitelná nemoc matky začala zhoršovat. V 15 letech začala mít pacientka problémy s jídelním chováním. Nedostatečnou kontrolu nad životem, kompenzovala alespoň kontrolou nad příjmem potravy. Dívka vypovídala, že důvod proč změnila stravovací režim již přesně neví, jídlo bylo drahé a rodina měla finanční problémy, proto možná začala méně jíst. Zároveň ze stresu kolem matčiny nemoci dle svých slov ani neměla na jídlo chuť. Když zhubla, líbilo se jí to, získala tak kontrolu nad svým tělem. Pocit, že je tlustá neměla, přesto svou postavu, obdobně jako její spolužačky řešila. Přiznala, že v té době preferovala spíše hubenou „chlapeckou postavu“, připisovala jí větší výkonnost. Když zhubla připadala si atraktivnější a hlavně výkonnější, vše jí šlo snadněji. Večer si stanovila dietní režim na následující den, když se jí podařilo jej dodržet, měla z toho dobrý pocit. Dodržování režimu jí pomáhalo zvládat i jiné denní problémy.

Toho, že dívka nápadně hubne a má problémy s jídlem, si všimla vzdálená příbuzná, kterou dívka respektovala a chovala si k ní velice přátelský vztah. Dokázala se jí svěřit i se svými trápeními. Ta jí zavedla k odborníkům a dívka se začala léčit s diagnózou mentální anorexie na psychiatrické klinice ambulantně. Léčba probíhala 3 roky. Užívala antidepresiva, navštěvovala psychoterapeutickou skupinu. V počátcích terapie se hmotnost pohybovala rozmezí 39 - 44 kg při 170 cm, po roce terapie se hmotnost srovnala k 58 - 62 kg. Hmotnost kolem 65 kg si udržuje i nyní. Dívka se vyznačuje velice silnou vůlí, chovala se na svůj věk již v 15 letech velmi vyspěle, v současné době si uvědomuje a chápe rizika spojená s mentální anorexií, kterých se obává. Chce zůstat zdráva, nevrací se jí ulpívavé myšlenky, týkající se zacházení s jídlem. V návaznosti na stres z nového zaměstnání se však objevily potíže se zvracením.

V současné době se situace vyvíjí pozitivně, po několika měsících psychoterapie potíže se zvracením mizí, vrací se chuť k jídlu. Situace v zaměstnání se stabilizuje, dívka se zapracovává a dokáže již zvládat novou zátěž. Diagnosticky se dá říci, že se nejedná o novou ataku mentální anorexie, potíže byly navozeny novou situací v zaměstnání. Přesto však bylo důležité s pacientkou pracovat, neboť pod vlivem negativního stresu, který nezvládá, by se

potíže mohly stupňovat a posléze přejít k nové atace mentální anorexie či jiné poruchy příjmu potravy.

Shrnutí

Mentální anorexie vypukla pacientky v 15 letech v důsledku traumatické životní situace. Relativně včas byla podchycena rodinným příslušníkem, i díky tomu mohla probíhat léčba pouze ambulantně bez nutnosti hospitalizace. Dívka spolupracovala a léčbu lze hodnotit jako zdařilou. V současné době se však objevilo v souvislosti se stresem v práci psychogenní zvracení.

U Terezy jsou jednoznačným spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy náročné životní situace a stres. Anorexie vypukla v době, kdy se již rodina rozpadala a dívka se musela vyrovnávat se závažnou nemocí matky. Vzhledem k tomu, že otec nedokázal rodině pomoci, musela se o rodinu postarat Tereza, bylo na ní však vloženo víc odpovědnosti, než byla schopná v 15 letech unést.

Nynější psychogenní zvracení má souvislost opět se stresem v novém zaměstnání. Jak již bylo uvedeno nelze jej však považovat za novou ataku mentální anorexie, nicméně je třeba tomuto problému věnovat pozornost, neboť by k rozvoji poruchy příjmu potravy mohl vést. Dívka spolupracuje s odborníky proto se prognóza jeví příznivě.

2.3 Kazuistika č. 3

Jméno: Eva

Ročník: 1990

Eva se objevila v Centru lékařské prevence ve svých 22 letech. Na schůzku ji přivedl její 24letý přítel. Udával, že jeho přítelkyně po návratu z ciziny velmi rapidně ubyla na váze, pozoroval též psychické změny, podrážděnost a nevrlost zejména pokud se jednalo o jídlo. Denní dávky jídla byly minimální. Při dotazu přímo na dívku bylo zjištěno, že trpí silnými obavami z jídla a pití, strachem z přibrání na váze a těžkou úzkostí. Úzkost pramenila z toho, že se svým tělem nemůže ve společnosti lidí existovat, že si na ní všichni ukazují kvůli tloušťce. Dívka v této době vážila 40 kg při 173 cm. Diagnóza mentální anorexie.

Osobní anamnéza

Dívka pochází z úplné rodiny. Těhotenství bezproblémové. Dívka nemá žádné sourozence, je jedináček. V dětství prodělala pouze běžné nemoci a úrazy. V nemocnici pobývala pouze jednou s podezřením na zánět slepého střeva. Otec i matka jsou zdraví.

Psychiatricky nikdo z nejbližších příbuzných neléčen. Otec i matka vysokoškolsky vzdělaní. Otec se věnuje trenérské činnosti, matka pracuje na úřadě.

Premorbidně byla Eva hodnocena jako veselá, cílevědomá a soutěživá. V kolektivu oblíbená, vůči druhým spíše otevřená.

Rodinné prostředí

Rodina dívky je velice sportovně založená. Otec v mládí aktivně sportoval, nyní se věnuje trenérské činnosti. Matka i Eva také rády sportují. Vztahy v rodině jsou velmi dobré, bezproblémové. Rodiče dívku vždy ve všem podporovali a má u nich zázemí. V současné době však za nimi jezdí pouze občas, neboť bydlí daleko. V době vysokoškolského studia se dívka seznámila s nynějším přítelem, se kterým nyní žije v bytě.

Školní prostředí

Dívka navštěvovala osmileté sportovní gymnázium. Zde patřila k žákům s velmi dobrým průměrem, dařilo se jí i na sportovních soutěžích. Po maturitě byla přijata na vysokou školu pedagogickou, což bylo jejím snem. V budoucnu totiž chce trénovat děti.

Ve školním kolektivu byla vždy oblíbená, neměla konflikty se spolužáky ani s pedagogy. Udávala, že dokázala vyjít s každým.

Průběh onemocnění

Při nástupu na vysokou školu měla dívka normální váhu 62 kg při 173 cm výšky. Ráda cvičila a sportovala. V hodině tréninku trenérka stanovovala svým svěřenkyním zastoupení tuku v těle. U dívky zjistila vyšší procento tuku a neadekvátně dívku napadla, že nemůže sport vykonávat jako budoucí trenérka, pokud bude mít skrytou obezitu. Toto tvrzení opakovala dívce při každém setkání velmi nevybíravým způsobem hraničícím s psychickou šikanou. Protože dívka sport milovala a chtěla v budoucnu trénovat děti, snižovala neustále denní dávky potravin i tekutin. V té době odjela na půl roku do ciziny, kde zůstala bez přítele i bez rodiny, při tomto pobytu se jí váha snížila až na 40 kg. Po návratu byla vyhublá, unavená, malátná, bledá a odmítala jídlo, neboť měla strach, že přibere na váze. Menstruace byla stále přítomna v důsledku užívání hormonální antikoncepce. Až její přítel ji přiměl navštívit poradnu.

Lékařka s dívkou probrala stav jejího jídelníčku, dívka dostala pokyn zapisovat si snědené jídlo i pocity, které při jídle měla. Obdržela doporučený jídelníček, který lékařka společně s ní vypracovala tak, aby dívku neděsil. Přítel byl ochoten dívku ve všem podpořit a dohlédnout na její stravovací návyky. Dále lékařka pohovořila s dívkou o jejích úzkostech a

obavách, že je nutné poruchu léčit nejen úpravou stravování, ale že porucha souvisí se změnou psychiky a tudíž je nutné vyhledat pomoc odborníka z oboru psychiatrie a psychologie.

Dívka se začala léčit, nadále navštěvovala nutriční poradnu a stav se po počátečních výkyvech začal postupně zlepšovat, váha s zvyšovala, mírnily se úzkostné stavy a deprese. Přibližně po roce se stav zlepšil natolik, že dívka začala žít normálním životem bez farmakologické terapie pouze s občasnými návštěvami psychiatrické ambulance. Váha se nakonec ustálila na 58 kg.

Shrnutí

U Evy byla diagnostikována typická mentální anorexie. Evin případ jasně ukazuje nutnost včasného podchycení nemoci. K léčbě pomohlo i to, že nemoc propukla až v pozdějším věku a pacientka měla dobré rodinné zázemí, které bylo ochotno ji podpořit. Měla i vysokou motivaci se léčit, kterou byl zájem jejího přítele. Z preventivního hlediska lze vysoce kladně hodnotit přístup přítele dívky, který svou všímavostí a zájmem dívku patrně zachránil před značnými negativními důsledky mentální anorexie. Spouštěcím faktorem byly s největší pravděpodobností neadekvátní poznámky její trenérky. Sama pacientka pocházela ze sportovního prostředí, které je obecně pojímáno jako vysoce rizikové pro vznik poruch příjmu potravy. Vyskytuje se zde důraz na soutěživost a výkonnost, tělesné schéma stojí v popředí zájmu. Prognóza do budoucna se jeví příznivě. Byť se dívka pohybuje v rizikovém sportovním prostředí, je si vědoma nebezpečnosti onemocnění a má dobré rodinné zázemí, které je jí oporou.

3 Vyhodnocení praktické části

V předchozí kapitole byly popsány tři případy dívek s mentální anorexií. Pro srovnání shrneme základní poznatky do tabulky:

| | Martina | Tereza | Eva |
|--|--|--|---|
| Diagnóza | Mentální anorexie, později mentální anorexie s bulimickými fázemi | Mentální anorexie, později psychogenní přejídání | Mentální anorexie |
| Zjištěné povahové vlastnosti | Svědomitá, konformní, ctižádostivá, perfekcionistická extrovertní | Svědomitá, s výraznou fixací na rodinu introvertní | Veselá, cílevědomá, soutěživá, spíše extrovertní |
| Školní výsledky | Výtečné | Zpočátku dobré, s rozvojem onemocnění matky zhoršení | Velmi dobré |
| Vzdělání | Úspěšně ukončené studium na 8letém gymnáziu, nyní studuje dvě VŠ | Studium na 8letém gymnáziu nedokončeno, přestup na jinou školu, ukončena úspěšně | Úspěšně ukončené studium na 8letém sportovním gymnáziu, nyní studium na VŠ |
| Rodinné prostředí | Neúplná rodina, ve dvou letech věku pacientky otec matku i dceru opustil, patologický vztah s matkou | Neúplná rodina, matka zemřela v dívčích 18 letech, rodinné prostředí silně poznamenané dlouhou a závažnou nemocí matky | Úplná rodina, bezproblémové vztahy |
| Sourozenci | Nevlastní bratr, 7 let | Bratr, 16 let | Žádní |
| Finanční situace rodiny | Výborná | Špatná | Dobrá |
| Rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy | Ženské pohlaví Hereditární zatížení - matka trpěla anorexií Perfekcionismus, vysoká inteligence, zároveň však nejisté sebepojetí, vztah k tělu determinován výchovou matky | Ženské pohlaví Svědomitost Náročná životní situace - rozpad rodiny, nutnost vyrovnat se s odpovědností, na kterou nebyla dívka | Ženské pohlaví Soutěživé prostředí Negativní životní událost - nevhodné poznámky authority, ke které měla respekt |

| | | | | |
|--|---|---|----------------------|---|
| | | | připravena | |
| | Patologické rodinné prostředí | | | |
| Faktor, který se nejvíce podílel na rozvoji poruchy | Rodinné prostředí | Náročná situace, rodinné prostředí | životní neuspokojivé | Negativní událost životní |
| Věk první ataky choroby | 13 let | 15 let | | 21 let |
| Léčba a prognóza do budoucna | Léčba od 14 let, nyní již pacientka nechce spolupracovat s odborníky. Doposud nevléčena. Prognóza nejistá. | Léčba 3 roky, v 22 letech se objevilo psychogenní zvracení. Po odeznění stresu prognóza příznivá | | Léčba 1 rok, nyní již jen občasná psychoterapie. Prognóza příznivá |

Z přehledové tabulky je zřejmé, že případy jsou značně odlišné, jediné, co je spojuje, je diagnóza mentální anorexie. Pokud se jedná o příčiny vzniku chorob, jsou u každé dívky jiné. U Evy a Terezy vychází především z exogenních příčin, u Martiny je patrný i vliv endogenních faktorů. Srovnáme-li rizikové faktory u všech dívek, shodně nalézáme ženské pohlaví. Dalším rizikovým faktorem by též mohla být vyšší inteligence, neboť všechny dívky studovaly na výběrových středních školách. Patrný je však i vliv prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, toto můžeme pozorovat zejména u Terezy a Martiny. U posuzované Martiny je patrné množství rizikových faktorů, lze jen velmi těžko říci, který převážil, zda se jednalo o hereditu (matka přiznala poruchu příjmu potravy na vysoké škole), patologické rodinné prostředí či osobnostní rysy samotné pacientky. Osobně se domnívám, že největší vliv mělo patologické rodinné prostředí, které na podkladě genetické dispozice a povahových vlastností vedlo k rozvoji poruchy příjmu potravy.

Z tabulky a výše uvedeného je patrné, že etiologické faktory jsou u každého jedince jiné, nelze stanovit určitou vlastnost, faktor či životní událost, která by byla jednoznačnou příčinou vzniku onemocnění.

Zaměříme-li se na věk vzniku první ataky choroby, zjistíme, že u Martiny a Terezy se anorexie objevila v období dospívání, u Evy se problémy objevily až na konci adolescentního období, spíše již v období rané dospělosti. Tímto bylo potvrzeno, že onemocnění není

limitováno věkem, byť se těžiště vzniku anorexie nachází v období mezi 15 - 18 lety, ohroženi jsou i mladší a starší jedinci.

Z průběhu onemocnění, zejména u Martiny, bylo zjištěno, že poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobé onemocnění, byť dojde k potlačení příznaku a začne se měnit i pohled na vlastní tělo, stačí stres nebo náročná životní situace a může se objevit další ataka choroby. Na Martině a Tereze je patrné, že tato další ataka již nemusí zcela odpovídat původnímu onemocnění, anorexie může přejít v bulimii (popřípadě bulimický typ anorexie) i v jinou poruchu příjmu potravy (např. psychogenní zvracení).

Léčba poruch příjmu potravy je dlouhodobá a vyžaduje spolupůsobení psychiatrů, psychologů i dalších odborníků. Neobejde se však bez snahy pacienta a jeho okolí. Tuto skutečnost můžeme jasně vidět u všech pacientek. U Martiny matka s lékaři nespolupracovala, což vedlo pouze ke zhoršení stavu dcery. K jeho zlepšení došlo až poté, co se pacientka přestěhovala k prarodičům. U Evy se zájem přítele kladně podepsal na včasném podchycení onemocnění. Dlouhodobost léčby je patrná i z přehledové tabulky.

Pokud se jedná o prognózu do budoucna, asi nejlépe je na tom Eva, její onemocnění bylo podchyceno poměrně včas. Pozitivní prognóza by mohla být konstatována i u Terezy, záleží však na tom, jak se vyrovná s pracovní stresem a zda bude nadále navštěvovat psychologickou poradnu. Značně nejistá prognóza je u Martiny, pokud tato dívka nezačne svou situaci řešit a nenavštíví odborníka, lze s vysokou pravděpodobností předpokládat negativní vývoj.

Závěrem je nutné poznamenat, že kromě 3 postižených anorektiček bychom mohli v kazuistikách najít ještě jeden případ - Martininu matku, ta na sezení přiznala potíže s jídlem a náhledem na vlastní tělo v době vysokoškolských studií. Dle jejího názoru však onemocnění sama překonala. Nemáme sice dostatečné údaje k vyvození závěrů, z výpovědi lékařky, která se s matkou setkala, i ze situací popsanych v kazuistice však vyplývá, že onemocnění kompenzováno nebylo a patologické jídelní chování trvá doposud. Svými jídelními postoji a postoji k sebehodnocení bohužel poznamenala i svou dceru.

Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou závažným onemocněním, které může skončit dokonce tragicky. Tato práce se snažila popsat základní charakteristiky těchto chorob. Zaměřila se nejen na všeobecně známou mentální anorexii a mentální bulimii, ale i na další poruchy příjmu potravy moderní doby, kterými jsou ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Teoretická část dále popisuje etiologii poruch příjmu potravy, léčbu a prevenci. Jedna z kapitol je věnována i náhledu do historie onemocnění.

Práce se detailněji zabývala charakteristikami jednotlivých poruch příjmu potravy. Tyto nemoci mají mnoho společných znaků. Mohou se prolínat a přecházet jedna v druhou. Zdůrazněna byla i jejich nebezpečnost. Všechny poruchy příjmu potravy krutě zasáhnou do života jednice. V některých případech mohou skončit i smrtelně. Proto je třeba v rodinách a ve školách věnovat čas prevenci, seznámit žáky s riziky, která toto onemocnění přináší. Zároveň je nutné dětem vštípit správné jídelní návyky a budovat u nich kladné sebepojetí.

V práci byly popsány i rizikové faktory pro rozvoj těchto chorob. Je nutné si uvědomit, že ne za vše mohou mediální kampaně. Pokud matka stále řeší svou hmotnost, drží neustále dietu a stravuje se chaoticky. Dívka si tento způsob chování zafixuje a v pubertě, kdy se její postava začne přibližovat matčiným rysům, se začne také cítit tlustá a bude držet dietu. Velice časté jsou i jiné vlivy z rodinného prostředí např. tragédie v rodině, despotický otec či jiný člen rodiny nebo vlivu okolního prostředí (sport, škola, modeling).

Cílem práce stanoveným v úvodu bylo popsat základní charakteristiky onemocnění, možnosti léčby a prevence a upozornit na rizikové faktory a důsledky poruch příjmu potravy. Práce měla sloužit jako stručný základní přehled problematiky. Domnívám se, že tento cíl byl splněn. Teoretickou část doplňuje i část praktická, která tyto otázky rozebírá na konkrétních případech. Výzkumný vzorek sice není početný a závěry lze jen složitě zobecnit, přesto si myslím, že i praktická část svůj cíl splnila.

Shrnutí

Tato bakalářská práce s názvem „Poruchy příjmu potravy v adolescentním věku“ se zabývá otázkou poruch příjmu potravy, jejich charakteristikou, etiologií, léčbou i prevencí. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část podává základní obraz onemocnění, věnuje se vymezení poruch příjmu potravy, zabývá se stručnou historií. Dále také popisuje důsledky, které tato onemocnění provází. Zabývá se možnostmi léčby a prevence. Praktickou část představují tři případové studie dívek s anorexií. Kazuistiky ilustrují průběh onemocnění u konkrétních pacientů a ověřují teoretické poznatky z první části práce.

Resume

This thesis entitled „Eating Disorders in the Adolescent Age“ deals with the issue of eating disorders, their characteristics, etiology, treatment and prevention. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part provides a basic picture of the eating disorders, It is also focused on definition of eating disorders and their history. It describes the consequences, that are associated with. It deals with the prevention and treatment options, too. The practical part presents three case studies of girls with anorexia. Case reports illustrate the course of disease in individual patients and verify the theoretical findings from the first part.

Seznam literatury

- HARTL, P., HARTLOVÁ H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-404-5
- KELLER, U., MEIER, R., BERTOLI S. *Klinická výživa*. 1. vyd. Praha : Scientia medica, 1993, ISBN 80-85526-08-5
- KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi*, 2002, roč. 3, č. 3, s. 98-100
- KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J., LEBL, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN: 80-85824-51-5
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-0840-X
- KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2130-9
- KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-807-4
- KRCH, F.D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele*. 1.vyd. Praha: VÚP, 2003. 32 s.
- NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN: 978-80-7204-657-7
- NOVOTNÁ, L., HŘÍCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2000. ISBN: 80-7082-626-6
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN: 85121-32-8
- PAPEŽOVÁ, H.(ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy : interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

Seznam ostatních zdrojů

- <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/207-bigorexie>
- http://www.stopanorexia.estranky.cz/clanky/ortorexie_-bigorexie_-drunkorexie/posedlost-vzhledem.html
- http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=176:163&catid=68:poruchy-pijmu-potravy&Itemid=118
- www.pppinfo.cz
- www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf