

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Mgr. Jana Tučková

**Jihočeská univerzita
České Budějovice
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie**

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY
EATING DISORDERS**

Bakalářská práce

Autor: Mgr. Jana Tučková

Vedoucí práce: Mgr. Renata Jandová

Odborný konzultant: MUDr. Nora Kočvarová

ANOTACE

Bakalářská práce má charakter teoreticko-empirický se zaměřením především na problematiku poruch příjmu potravy.

První část práce se soustřeďuje na vymezení základních pojmů poruch příjmu potravy, jejich znaky a diagnostická kritéria, dále možnosti jejich prevence.

Praktická část obsahuje popis a rozbor fungování preventivně-informačního programu k dané problematice pro základní školu.

Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit jasný, přehledný a jednoduchý návod pro pedagogy na začlenění tématu poruch příjmu potravy do výuky II. stupně ZŠ jako formu možné prevence těchto poruch.

ABSTRACT

The overall scope of my Bachelor's thesis focuses on the problems of eating disorders.

The first section focuses on defining the basic concepts of eating disorders, their features and diagnostic criteria, as well as possibilities for their prevention.

The practical section includes a description and analysis of a preventative-informational program dealing with this issue at the elementary school level.

The aim of this thesis was to create a clear, concise and simple guide on the topic of prevention of eating disorders for the use of upper-grade elementary instructors.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Renatě Jandové, vedoucí mé bakalářské práce, že mi byla nápomocna radou při jejím zpracování a za připomínky při metodickém vedení.

Děkuji paní MUDr. Noře Kočvarové za umožnění získat pro práci velké množství odborné literatury, za její cenné rady a zkušenosti, a především za její ochotu spolupodílet se na praktické části této bakalářské práce, a to zrealizování přednášky a následné besedy se žáky osmého ročníku ZŠ Matice Školské v Českých Budějovicích na téma Poruchy příjmu potravy.

Dále chci poděkovat paní ředitelce, učitelům a žákům ZŠ Matice Školské v Českých Budějovicích, kteří mi umožnili provést praktickou část mé bakalářské práce na jejich škole.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne

podpis

Obsah

1. Úvod.....	7
2. Teoretická část – klasifikace základních pojmů	8
2.1 Mentální anorexie	10
2.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10.....	10
2.1.2 Specifické typy mentální anorexie	11
2.1.3 Příčiny mentální anorexie.....	12
2.1.4 Průběh a formy mentální anorexie	13
2.1.5 Léčba mentální anorexie	20
2.2 Mentální bulimie.....	24
2.2.1 Historie nemoci	25
2.2.2 Příčiny mentální bulimie	26
2.2.3 Důsledky zvracení, užívání laxativ a diuretik	28
2.2.4 Léčba	29
3. Přehled a zhodnocení prostudované literatury.....	30
3.1 Přehled prostudované literatury	30
3.2 Zhodnocení jednotlivých titulů.....	31
4. Praktická část	35
4.1 Příprava praktické části.....	35
4.1.1 Rozvaha o zařazení tématu poruch příjmu potravy do výuky II. stupně základní školy.....	36
4.2 Realizace praktické části bakalářské práce	36
4.3 Interpretace praktické části	38
4.3.1 První projektová vyučovací jednotka	39
4.3.2 Druhá projektová vyučovací jednotka.....	40
4.4 Závěr a zhodnocení praktické části.....	47
5. Závěr	48
6. Seznam použité literatury	49
Příloha I.....	51
Co je to BMI? záznamový arch	
Příloha II.....	52
Citace z knihy Petra Vomastka Z deníku anorektika, strana: 11-13	
Příloha III	55
Seznam vybraných internetových stránek věnující se problematice poruch příjmu potravy	
Příloha IV	58
Přehled vybraných zdravotnických zařízení či jiných zařízení pracujících s klienty trpící poruchami příjmu potravy	
Příloha V	61
Citované kazuistiky dívek trpící poruchou příjmu potravy	
Příloha VI.....	67
Další aktivity zabývající se problematikou poruch příjmu potravy	

1. Úvod

Tato závěrečná práce je koncipována jako pomocný materiál pro učitele II. stupně základní školy, kteří se chtějí laicky, ale i odborně vzdělat v problematice poruch příjmu potravy a pochopit, že prevence je u těchto poruch velmi důležitá a prospěšná, a tkví především v naší (pedagogické) informovanosti a ochotě seznamovat děti s touto problematikou.

Být poučen o těchto problémech dnešní doby a vhodně je začlenit do své výuky, je dobrou pomocí, aby generace našich dětí netápaly zbytečně v deziluzích „ideálu štíhlé krásy“ někdy i za cenu ztráty vlastního života.

Postačí žákům přednést problematiku zdravého životního stylu spojenou se správným chápáním vhodné tělesné hmotnosti a správné životosprávy a ukázat možná a velmi častá rizika při kladení si nemožných a opravdu nereálných nároků na krásu a štíhlost našeho lidského těla.

Práce je členěná do dvou částí.

První teoretická vychází z dostupné literatury, která se zabývá touto problematikou.

Druhá část práce je praktická. Popisuje dvě projektové vyučovací jednotky, přípravu a samotnou realizaci, která se podařila uskutečnit v konkrétní třídě 8. A ZŠ Matice Školské v Českých Budějovicích.

2. TEORETICKÁ ČÁST – klasifikace základních pojmů

Poruchy příjmu potravy – druhy, průběh a léčba

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Některé příznaky mentální anorexie je možné pozorovat až u 6 % dívek na konci puberty. Později naopak přibývá těch, kterým se nedaří přizpůsobit se sníženému energetickému příjmu v počátku dospělosti a začnou se přejídat a tím přibývat na váze. Tyto poruchy se vyskytují nejčastěji převážně ve formě mentální anorexie, mentální bulimie a chorobného přejídání.

Problémy spojenými se strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby jak „kontrolovat“ tělesnou hmotnost, dnes trpí i mnoho dospělých žen a mužů a nejsou proto dobrým příkladem pro vypořádání se s těmito otázkami pro děti ve svém okolí.

Zvyšující se počet onemocnění bývá dáván do souvislosti se sociokulturními faktory, jako je relativní nadbytek potravy, posun ideálů krásného těla směrem k větší štíhlosti a prosazování hodnot jako je výkon, úspěch a důraz na individualitu. Poruchy příjmu potravy bývají označovány za nemoci z nadbytku, hladověním u prostřeného stolu a podobně.

Krch uvádí (Krch,2004), že poruchy příjmu potravy (především mentální anorexie) se objevují obvykle v pubertě a to především mezi 13 až 18 rokem. Postihují nejen dívky a mladé ženy, ale také muže. Ovšem tyto poruchy jsou u nich méně časté. Odhaduje se, že muži tvoří 7,5 % všech pacientů trpících mentální anorexií, procento mužů trpících mentální bulimií je mizivé. Existuje hypotéza, že muži trpící poruchou příjmu potravy mají sklon k homosexualitě (až ve 30 % mužů postižených mentální anorexií) nebo mají jinak narušen sexuální život.

Za zmínku také stojí, že stále ještě 5 – 17 % případů poruch příjmu potravy v ČR končí smrtí, což je srovnatelné číslo se zeměmi západní Evropy.

Problematika poruch příjmu potravy je velice složitá a různorodá, ale to neznamená, že se jedná o nesrozumitelný a logiku postrádající problém. Příčiny těchto poruch mají svůj logický vývoj a v převážné většině jsou známe. Nevhodné jídelní návyky, nespokojenost s vlastním tělem, snaha o přílišnou štíhlost, tlak okolí, důraz na maximální výkon a úspěch za každou cenu, následné pocity zklamání, snaha nedospět a nepřevzít tak odpovědnost dospělého člověka a sebepodceňování vedou k odlišnému životnímu stylu, který je sebedestruktivní a mnohdy končí na nemocničním lůžku. Často končí smrtí (ve 30 %).

Pod poruchy příjmu potravy řadíme především dva syndromy, a to mentální anorexii a mentální bulimii. Přes svou zdánlivou odlišnost jsou si velmi podobné. Liší se zejména podle závažnosti jednotlivých příznaků – stupeň podvýživy, různé metody používané ke kontrole tělesné hmotnosti a jiné. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a hmotnosti, nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout a na ostatní život jim nezbývá chuť ani síla. Celý svůj život těmto starostem podřizují. Jsou otroci svého vlastního vzhledu.

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, přičemž nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu jsou spíše druhotnými důsledky dlouhodobého hladovění. U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj neustále, sbírají recepty, rádi vaří, rádi na jídlo „sahají“...).

Postižení pacienti přijímají potravu v minimálním množství. Myšlení a jednání pacientů je při výrazných projevech nemoci soustředěno už jen na závislost na pocitu být viděn štíhlým, na uspokojení chorobné žádosti dokonale ovládat sám sebe a své okolí, což je nereálné. Ostatní duševní i společenské potřeby jsou zcela zanedbávány.

Od šedesátých let přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie. Za třicet let vzrostl počet hospitalizací s diagnózou mentální anorexie v populaci více než čtyřikrát. 30 nových případů na 100 000 obyvatel za 1 rok, jak uvádí Krch (Krch 2004).

2.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10

- tělesná hmotnost je záměrně držena minimálně 15% pod normální úrovní pro daný věk a výšku
- jídlu se postižený záměrně vyhýbá a to obzvláště těm, po kterých se hodně tloustne, záměrně vyvolává zvracení, užívá laxativa, anorektika a diuretika a nadměrně cvičí
- postižený sám sebe vnímá jako tlustého a strach z tloustnutí ho vede ke stanovení se příliš malé váhy
- endokrinní porucha, která se u mužů projevuje ztrátou potence a u žen jako amenorea
- osoby, které zatím nedosáhly puberty, a nastalo u nich toto onemocnění, mají pubertu odloženou anebo dokonce nikdy nenastane.

(Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize. Praha, Psychiatrické centrum 1992)

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- snaha o udržení nižší tělesné váhy než je minimální úroveň pro daný věk či výšku, nebo nedostatečný nárůst hmotnosti vzhledem k přibývajícím výšce

- stálá obava z přibývání na váze a to i přes to, že pacient je velmi hubený
- vnímání vlastního těla je velmi narušené, špatné sebehodnocení
- u žen se vyskytuje ještě další kritérium, jedná se o minimálně tři po sobě následujících menstruačních cyklů.

(Smolík, P., 1996)

2.1.2 Specifické typy mentální anorexie

Mentální anorexie není vždy jednoznačná a to v případě, kdy nedochází k naplnění některého z kritérií, a proto existují její specifické typy.

- nebulimický (restriktivní) typ: kdy mentální anorexie není doprovázena opakovanými záchvaty přejídání
- bulimický (purgativní) typ: kdy během mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání s typickými poruchami nálady, emoční labilitou, závislostí na alkoholu a jiných drogách

(Smolík, P., 1996)

Jaké příznaky musí být přítomny, abychom mohli hodnotit stav člověka jako onemocnění mentální anorexií?

Pro potřeby učitelské praxe a mé bakalářské práce nám postačí si uvědomit následující typické příznaky:

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (BMI pod 17,5, u předpubertálních dětí není přítomen očekávaný hmotnostní přírůstek. BMI viz příloha I)
- strach z tloušťky a chorobná představa o vlastním těle a to i v případě, že je nemocná/ý již „vyhublá/ý na kost“, používají různé prostředky a metody ke snižování hmotnosti, jako vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, anorektik, diuretik a hlavně též nadměrnou fyzickou zátěž, sportují často i v nočních hodinách
- nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, přání nedospět a zřít se tak odpovědnosti za svůj budoucí dospělý život
- porucha endokrinního systému projevující se u žen především nepřítomností menstruačního cyklu a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. U dětí

před pubertou jsou pubertální projevy opožděné nebo dokonce zastavené – zastavuje se růst, sekundární pohlavní znaky se nevyvíjí.

Porucha se rozvíjí pomalu a nenápadně, „ zhubnout chce přece skoro každý“, a obrovské procento vrstevníků také drží různé diety. Jídelní návyky dnešních mladých rodin pozbyly tradice společného stolování. Vyjádřením pocitu domova již příliš často není velký prostřený stůl s celou rodinou sedící pohromadě okolo.

Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a gradují ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Místo aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem.

2.1.3 Příčiny mentální anorexie

Pro vznik mentální anorexie existují individuální a sociální příčiny. Akutní náruživá snaha zhubnout propuká teprve tehdy, kdy na člověka působí několik faktorů najednou. Všechny příčiny onemocnění se sice dosud nepodařilo vysvětlit, ale ty nejdůležitější jsou dnes již s jistotou známy.

Už od útlého dětství podléhá člověk tlakům a požadavkům společnosti a učí se podrobovat se jejím nárokům. To mu umožňuje, aby byl v dospělosti schopen vést společensky adaptovaný život. Jak dobře se tento proces povede, závisí částečně na výchově, částečně je určován tím, jaké představy o společnosti získá dítě během svého zrání.

Působení nepříznivých sociálních faktorů vede k tomu, že se mladému člověku nakonec vůbec nejeví vhodné usilovat o to, aby v takové společnosti žil jako dospělý se svými odpovědnostmi. Tento konflikt, který prožívají mnohé děti i pubescenti během svého sociálního dozrávání, může být zodpovězen buď přizpůsobením se, nebo odmítáním okolního světa a jeho životního stylu a následnou vzpourou, která se manifestuje mnoha různými způsoby.

Časté sociální vlivy spolupodílející se na vzniku mentální anorexie:

- pronikavá změna pojetí úlohy ženy v naší společnosti, která je výsledkem feministického a emancipačního hnutí

- přehnaný ideál štíhlosti ve společnosti, kdy se již mírná nadváha chápe jako selhání
- usilování o výjimečnost a přání pozvednout se nad ostatní
- velká nabídka specializovaných potravin (light výrobky, a jiné)

Kromě těchto příčin existuje ještě velký počet dalších důvodů v osobní i sociální sféře, které jsou velice individuální. Patří sem konflikty v mezilidských vztazích, stavy úzkosti a deprese z nejrůznějších příčin, potíže v zaměstnání, špatné zážitky z dětství, nevhodná slovní hodnocení týkající se vzhledu a jiné.

2.1.4 Průběh a formy mentální anorexie

1. Odmítání potravy

Aby se mentální anorektici vyhnuli nátlaku a obešli kontrolu ze svého okolí, pokoušejí se jíst své jídlo o samotě. Přitom si často berou velké porce, které ale nesnědí, spláchnou je tajně do záchodu, nebo je odstraní jiným způsobem.

Nakonec přijde kritický bod, kdy se rozhodne o dalším průběhu nemoci. Příbuzní už nechtějí jen přihlížet, jak stále víc hubnou. Dostavují se první tělesné potíže, které nelze skrývat.

V této fázi se někteří pacienti pod okolním nátlakem vracejí k normálnímu chování ve vztahu k jídlu a alespoň na přechodnou dobu zvládají překonat nutkavé nejezení. Jiní se rozhodnou konzumovat alespoň minimum potravy a udržovat svou sníženou hmotnost na stále stejné úrovni. Sice jen takové, aby nedošlo k ohrožování života, ale kterou oni sami považují za přijatelnou. Stanou se tak chronicky mentálně anorektickými. To je stav, který může být stabilní po celý život, ale za určitých okolností, například při stresu, může opět dojít do přesmyku do akutní mentální anorexie, nebo do jiné chorobné poruchy postoje k jídlu. Část postižených se ale pod nátlakem svých bližních utíká hlouběji do odmítání potravy. To ovšem končí smrtí, pokud jejich okolí nezajistí co nejdříve odbornou léčbu dle věku postiženého na pediatrickém či interním oddělení.

Mentální anorektičky netrpí nedostatečnou chutí k jídlu, ale spíše naopak. Velká část jejich myšlenek se zabývá potravou a oni pocítují hlad. Nepodléhají mu, protože pohrdají potřebami vlastního těla. Odtud pochází také jejich pocit, že dělají něco neobvyklého a že jsou samy něčím mimořádné.

2. Rapidní snižování hmotnosti

Omezený příjem potravy vede nutně ke snížení hmotnosti. Jak rychle závisí na tom, kolik potravy postižený ještě přijímá a kolik kalorií spotřebovává svými často přehnanými tělesnými výkony.

Rychlost redukce také závisí na počáteční hmotnosti. Jakmile dojde k překročení hranice pro podváhu, je nutné co nejdříve zahájit odborné léčení ještě dříve, než vyhubnutí způsobí závažné, život ohrožující tělesné komplikace.

3. Přehnaná činorodost

K nejnápadnějším příznakům mentální anorexie patří dlouhodobě trvající činorodost postižených, ke které se svou železnou vůlí nutí ještě překvapivě dlouho poté, kdy už pro extrémní vyhubnutí trpí značnými tělesnými potížemi a rychlým úpadkem sil. Pacienti se tak ještě více utvrzují v tom, že jsou výjimeční. Pokud se včas nezastaví činnost nemocných, úplně se fyzicky a posléze psychicky zhroutí. Takové těžké vyčerpání může skončit smrtelně anebo zanechat velmi vážné trvalé následky.

4. Přehnaná starostlivost o jiné

V nápadném protikladu k zanedbávání vlastních životních potřeb je u mnohých anorektiků jejich přehnaná starostlivost o blaho druhých. Nadměrná starostlivost jim přináší pocit užitku, který by byl jiným způsobem pro ně nedosažitelný. Tím získávají zdánlivé řešení svých problémů, přece jen to pro ně znamená na nějaký čas psychickou úlevu.

5. Popírání tělesných signálů

Tělo vysílá stále naléhavější signál. Anorektici jej však ignorují, protože právě zanedbávání tělesných potřeb pro ně znamená vítězství nad vším „nečistým“ a jejich povýšení se na něco zvláštního. Berou hlad na vědomí a trpí jím, ale nepodléhají mu.

6. Tělesné následky

Tělesné následky, které se objeví jako důsledek odmítání potravy, závisí na délce odmítavého chování. Často uběhne hodně času, než se pacienti dostanou k odbornému léčení, protože dokáží své blízké dlouhou dobu úspěšně klamat. Někdy se však může stát, že je příliš pozdě, protože už došlo k takovým tělesným poškozením, že se nedá zabránit smrti. Na následky akutní mentální anorexie umírá až 10% postižených tímto onemocněním, především na selhání srdce, těžké hormonální rozvraty a v nekonečné řadě dokonané sebevraždy.

- Úpadek sil

Všechny životní pochody potřebují energii, která se přivádí potravou. Po nějaký čas může žít tělo z vlastních rezerv. Jak dlouho je to možné, závisí na tom, jaká byla výchozí hmotnost na začátku onemocnění a kolik energie bylo během nemoci spotřebováno.

Anorektici ale se silou nehospodaří. Naopak mají sklon k přehnané tělesné aktivitě a opotřebují se proto rychleji. Mizící síly se mohou ještě nějaký čas nahrazovat snahou o výkon, ale nakonec se nedaří už ani to. Dochází ke zhroucení s těžkým tělesným vyčerpáním.

Přes veškeré chorobné projevy nejsou pacienti pořád ještě ochotni akceptovat svůj stav jako následek odmítání jídla a přijmout fakt, že zničí sami sebe. Stále se uchylují k výmluvám a výčitkám, aby příbuzné odradili od zařizování léčby.

- Poruchy metabolismu a vstřebávání

Když tělo dostává málo potravy, uzpůsobuje rychle svou činnost, aby mohl být život zachován tak dlouho, jak to jen jde. Tato reakce nastupuje automaticky, a proto jí nemůže zabránit ani mentální anorektik.

Zvlášť výrazně působí tato protiregulace těla na látkovou přeměnu, která zodpovídá za získávání energie z potravy a za její výdej. Bazální metabolismus, tedy život udržující činnost látkové přeměny v úplném klidu, se značně zmenší, aby se šetřila energie. To má za následek, že všem tělesným činnostem, které nejsou tak důležité, je poskytováno méně energie, aby byla nerušeně udržována činnost orgánů životně důležitých. Teprve po nějakém čase, když program „úsporné energie“ látkové přeměny už nedokáže nouzově vyrovnávat následky odepírání potravy, objeví se také na životně důležitých orgánech vážné poruchy,

pokud nejsou léčeny vedou nakonec k selhání celého organismu a následné smrti.

Zažívací orgány jsou brzy zasaženy nedostatečnou výživou. Na žaludku mohou vznikat záněty sliznice i žaludeční vředy, které při prázdném žaludku působí značné potíže. Tato onemocnění brání také mimo jiné využití dodávaného, již beztak nepatrného množství potravy, což urychluje vznik tělesných stavů z podvýživy.

Navíc se u pacientů objevuje chronické zpomalení střevní činnosti v důsledku nedostatku vlákniny, nestravitelných a pro pravidelné vyprazdňování nepostradatelných látek. Proto se přes snížený příjem potravin shromažďují ve střevech jedovaté zplodiny látkové přeměny, které jsou opětovně vstřebávané do těla a způsobují tak lehkou sebeotravu s bolestmi hlavy, nadýmáním a nečistou kůží. Dále bývá jedy poškozena životně důležitá střevní flóra, nutná mimo jiné také k vlastní produkci některých vitamínů. Mnoho anorektiků používá projímadla. To jen zhoršuje poškození sliznice gastrointestinálního traktu a vstřebávání. Při trvalém používání dokonce dochází k paradoxní zácpě po projímadlech, protože střevo už nereaguje na podráždění laxativy.

- Srdečně oběhové potíže

Kardiovaskulární systém zodpovídá za zásobování těla kyslíkem a dalšími výživnými látkami. Patří sice k těm životně důležitým orgánovým soustavám, jejichž potřeba je i při „úsporném řízení“ látkové přeměny ještě nějaký čas pokrývána, ale přece jen bývá dost brzy postižena následky nedostatečné výživy. Prvním příznakem většinou bývá pokles krevního tlaku a zpomalení srdeční frekvence. Zvláště tak při přehánění tělesné námahy se srdce brzy tak silně přetěžuje, že se objevují vážnější potíže.

K včasným varovným příznakům, které upozorňují na začínající komplikace srdečně oběhového systému, patří především závratě a mdloby.

- Amenorea-vynechání menstruace

Tento symptom se dá částečně vysvětlit tělesnými následky podvýživy a částečně psychicko – nervovými vlivy na systém žláz s vnitřní sekrecí, který řídí menstruaci. Takový výsledek bývá pacientkami všeobecně vítán a ještě zesiluje

jejich odmítání jídla. Podvědomě jim jde právě o to, aby nedospívaly, a menstruace je pro ně významným znakem pohlavní zralosti. Anorexie také většinou zabraňuje tvarování prsů, dalšího znaku pohlavně vyvinuté ženy.

To všechno jasně svědčí o tom, že se za mentální anorexií skrývá také strach před zdravým sexuálním životem.

- Další následky
 - Chronický nedostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků vede například k chudokrevnosti, abnormálnímu sklonu ke křečím, poruchám nervové činnosti a chybné funkci štítné žlázy. Kromě toho dojde časem k nedostatku bílkovin, který značně naruší tělesný i duševní vývoj, protože bílkoviny jsou životně důležitým stavivem pro vlastní tělesnou substanci.
 - Enormně zvýšená náchylnost k mnoha nemocem, protože chronická podvýživa oslabuje obranyschopnost těla do té míry, že už se nedokáže bránit ani banálními infekcemi.
 - Projevy podvýživy na kůži, vlasech, nehtech, především velmi suchá, precitlivělá kůže, pomalu rostoucí, lámavé a ve větším rozsahu padající vlasy a příliš měkké nehty. Hormonální změny také vedou k nadměrnému ochmýření těla (lanugo).
 - Snížená tělesná teplota s abnormálním sklonem k prochladnutí dokonce i při poměrně vysokých teplotách zevního prostředí, které se dá vysvětlit zmenšenou produkcí tepla při látkové přeměně, která běží na „úsporný plamen“.

7. Psychické a sociální následky mentální anorexie

Anorexie vede k různým psychickým a sociálním poruchám, které v nejhorších případech končí sebevraždou. Ale už sama chorobná závislost vede k pomalému sebezničení. V centru psychických poruch stojí euforické i depresivní stavy s pocity nadřazenosti, viny a provinění.

- Sociální izolace

Typický anorektik kolísá ve svém chování mezi přehnanou starostlivostí o blaho druhých a svými pocity nadřazenosti, které způsobují, že často působí arogantně. Proto nemocní vytvářejí sociální vztahy velmi problematicky a anorektici jsou stále více izolováni.

Sociální osamocení však nevyplývá pouze z chování anorektika, ale vysvětluje se také zklamáním nadějí jeho blízkých přátel. Pacient nedokáže poslechnout jejich rady, cítí se nepochopený a pod nátlakem, a proto se proti tomu brání.

Sociální osamocení souvisí také s narůstajícím nezájmem anorektiků o mezilidské vztahy. Jejich myšlenky se zaměřují především jejich chorobným chováním, takže vedle nich už sotva zůstává prostor pro sociální potřeby, a ty jsou pak stále více zanedbávány.

- Pocity nadřazenosti, viny a hanby

Pocit nadřazenosti a sebevědomí stojí na nejisté půdě. Je to patrné z toho, že se snadno zhroutí z nejrůznějších příčin. Stává se to velmi často, když pacient výjimečně, tajně nebo otevřeně podlehně svému hladu nebo nátlaku okolí a opět trochu více jí. Toto „selhání“ pak vyvolává těžké pocity studu a viny a pocit převahy je už dále neudržitelný. V reakci na to se pak mnozí pacienti stahují hlouběji do odmítání potravy, aby odstranili následky své slabosti.

- Euforie a deprese

Povznesený euforický pocit mnohých anorektiků se dá vysvětlit částečně bezprostředními biochemickými změnami nedostatečně vyživovaného těla, částečně vzniká z pocitu převahy některých anorektiků. Navenek se zdá, že mají dobrou náladu, srší nápady a plány, často jdou svému okolí svým neustálým mluvením „na nervy“ a zdá se, že vůbec nepotřebují spánek. Ovšem jejich schopnost koncentrace i výkonnost se rychle snižují.

Často se u nich projevuje kolísání nálady. Jsou schopni zaujmout a nakazit svou čínorodostí, vzápětí ostatní ale urazí svou arogancí, agresivitou a podrážděností. Bývají také přecitlivělí vůči hluku a nadměrnému světlu, které u nich mohou vyvolat neovladatelné agresivní reakce.

Během několika hodin se může tato euforie přeměnit na depresi, doprovázenou často pocity viny a studu. Pak se anorektici stahují do svého pokoje, po dlouhé dny neopouštějí postel a na pokusy okolí opět je povzbudit, reagují mlčením nebo agresivními výbuchy. Jejich myšlenky se točí kolem domnělého selhání a s tím spojeného pocitu méněcennosti, který je pro ně vzhledem k jejich touze být něčím výjimečným nesnesitelný. Většinou se také pokoušejí své „chyby“ opět vyrovnat tím, že jedí ještě méně anebo že nejedí vůbec. V těžkých případech nastupuje depresivní strnulost, v níž se pacienti ani nehýbou a vypadají, že už se o život vůbec nezajímají.

Deprese mohou také probíhat skrytě. Projevují se neklidem, podrážděností a tělesnými potížemi.

- Sebevražedné ohrožení

Nebezpečí sebevraždy zůstává relativně nepatrné po dobu, kdy jsou v hluboké depresi, protože v tu dobu na ni nenajdou dostatek energie. Jakmile se opět životní náboj zvýší, aniž by se současně zlepšila nálada, může se nově vzniklá energie zaměřit proti vlastnímu životu. Antidepresivní léky to často ještě podpoří, protože působí ve dvou etapách. V první vrátí životní náboj a až po té mizí ostatní symptomy. A právě v tomto kritickém mezidobí dochází k sebevraždám.

- Chronická mentální anorexie

Akutní chorobná závislost na hubnutí přechází asi u jedné třetiny pacientů do chronické fáze. Postižení pak akceptují určitou tělesnou hmotnost, která je sice nižší než normální hmotnost, ale nevede k dalšímu hubnutí, které by přímo ohrožovalo život.

- Kontrola chování u jídla

Chronický mentální anorektik musí bojovat stejně tak s hladem, jako s pokušením opět snížit příjem potravy. Obojímu může zabránit jen přísnou kontrolou svého chování u jídla.

K typickým způsobům chování při jídle patří především:

- omezování příjmu potravy na akceptované minimum k udržení stanovené tělesné hmotnosti nezávisle na apetitu
 - přesná kontrola množství konzumované potravy, která se provádí odhadem, ale je-li to možné, pomocí váhy a kalorických tabulek, často postižení trvají na tom, aby jejich jídla byla připravovaná odděleně od jídel pro ostatní a pod jejich dohledem, anebo si je připravují sami
 - upřednostňují jídla s malým obsahem kalorií, zvláště syrových rostlinných potravin bez olejů a tuků, dávají přednost nápojům, které jsou chudé na kalorie, často pijí teplou vodu
- Úmyslně navozením zvracení
K tomu mají sklon zvláště tehdy, když snědí o trochu více než si sami dovolili, anebo když pod nátlakem okolí konzumují neustále více potravy, než by si sami dovolili.

2.1.5 Léčba mentální anorexie

Protože mentální anorexie je psychosomatické onemocnění, léčení musí být komplexní, tedy zaměřené jak na tělesné příznaky, tak i na psychické příznaky. Je nutné odstranit všechny příčiny i následky mentální anorexie. U těžkých případů je nutná hospitalizace, při akutním ohrožení člověka na životě i proti vůli pacienta, i bez souhlasu pacienta, dříve tzv. nedobrovolným pobytem.

- **Léčení tělesných následků**

Podle toho, jak dlouho trvala chorobná závislost, než se pacient dostavil k odbornému ošetření, a kolik jídla ještě předtím konzumoval, se objevují rozdílně těžké následky choroby, které se musí léčit při hospitalizaci v nemocnici. Pokud pacient v průběhu choroby zneužíval také léčiva, jsou navíc nutné i kúry detoxikační a odvykací, při nichž se odstraňují případné vedlejší účinky léků. K léčebným metodám také patří správná výživa, ale postupuje se velmi pomalu a opatrně.

Nejtěžší případy jsou léčeny za hospitalizace v nemocnici podáváním infúzí výživných roztoků s elektrolyty, protože výživa normálním způsobem (per os) není zpočátku možná. Navíc se podávají léky, které podporují srdeční činnost a

stabilizují krevní oběh a další léčiva podle individuálního nálezu. Když se zdravotní stav stabilizuje, provede se celkové vyšetření.

Tím lékař zjistí, jaké další následky anorexie přetrvávají, a může zahájit následnou cílenou léčbu. Tato terapie vyžaduje většinou delší dobu a je doprovázena psychoterapií.

- **Psychoterapie**

Psychoterapie vyžaduje obvykle delší čas, je třeba počítat minimálně s několika měsíci až roky. Délka léčby závisí na použitých metodách a na aktivní spolupráci pacienta. Je zapotřebí zkušený a proškolený psychoterapeut

- *Klasické metody*

Klasické psychoterapeutické metody, které se opíraly hlavně o rozbor nevědomých procesů podle Sigmunda Freuda a jeho následovníků, se ukázaly v minulosti účinné i při terapii mentální anorexie. S rostoucími zkušenostmi v jejich léčení se časem léčebné metody stále více přizpůsobovaly jejich speciálním potřebám. V poslední době přibývá nových terapeutických postupů, které ve srovnání s klasickou psychoterapií vynikají především rychlým účinkem.

- *Hlubinné psychoterapeutické postupy*

Cíleně vedený rozhovor pomáhá pacientům poznat sama sebe, porozumět si a pomocí naučených postupů měnit své chování. Základním předpokladem je atmosféra plná porozumění a neomezené náklonnosti, která upouští od jakékoli kritiky a poučování. Tato atmosféra se nedá vždycky vytvořit. Záleží na vzájemné sympatii nebo antipatii mezi pacientem a terapeutem. Proto se každý psychoterapeut nehodí pro každého pacienta. Nevýhodou hlubinné terapie je její dlouhé trvání.

- *Hypnóza*

Jednoduchá hypnóza se pokouší podnítit pacienta cílenou sugescí k normálnímu vztahu k jídlu, aniž by se zabývala příčinami mentální anorexie. To často

vyvolává kritiku, že hypnóza pouze překrývá symptomy, ale ve skutečnosti nemoc neléčí. Zapomíná se přitom, že také psychické uvolnění, které je s hypnózou spojené, může aktivovat hlubší vnitřní samoléčebné mechanismy, které pak dokážou překonat příčiny onemocnění vlastními silami. To se ale vždy nepodaří. Hypnóza se často používá jen jako doplňková terapie.

- *Behaviorální terapie*

Tato terapie je novou formou psychoterapie, podstatně zkracuje nácvik správných jídelních návyků. Nepátrá dlouze po podvědomých příčinách choroby, ale začíná ihned s jednoduchým odnaučováním nesprávných návyků a vytváření těch dobrých. K tomu se přidávají různé relaxační techniky, protože ty urychlují proces nácviku správných stravovacích návyků.

- *Léčení nemocné rodiny*

Nepříznivé rodinné poměry hrají u mentální anorexie často důležitou úlohu. Pacient utíká podvědomě do chorobné závislosti na hubnutí před situací, která je pro něj už nesnesitelná.

Rodinná terapie přivádí opět do podvědomí narušené vztahy v rodině a vede k jejich společnému zpracování. Terapie se ale kromě pacienta musí zúčastnit všichni, tedy rodiče i sourozenci. Cílem je pozitivní změna sociálních rodinných vztahů.

- *Skupinová terapie*

Šest až dvanáct účastníků jedné terapeutické skupiny se schází vícekrát týdně v ordinaci terapeuta, aby se zde otevřeně vypovídali. Už jen ta možnost jim pomáhá, protože v denním životě k tomu často neexistuje žádná příležitost. Skupina může pomoci jednotlivci snadněji si vybavovat podvědomé příčiny své nemoci a je nápomocná také při jejich zpracování. Tímto způsobem se navozují různé nácvikové postupy, které mají pomáhat překonat nemoc. Svou roli zde hraje také poznání každého z účastníků, že se svou poruchou postoje k jídlu není osamocen a že mu zkušenosti s utrpením druhých mohou posloužit jako předobraz pro své vlastní chování, kterému se má naučit.

- *Somatopsychoterapie*

Somatopsychoterapie se pokouší obnovit celistvost těla, psychiky i duševního života, aby všechny tyto oblasti se všemi jejich potřebami byly možné bez omezování akceptovat. To pomáhá obzvlášť těm pacientům, kteří už nepovažují své tělo za součást jich samotných.

Při jednotlivých způsobech léčení hrají významnou úlohu různé uvolňovací a dechové cviky, masáže a tělesný pohyb. To vše napomáhá pozitivnímu uvědomováním si svého těla.

- *„Feministická“ psychoterapie*

Hlavním cílem je posílit pocity sebevědomí a sebedůvěry u žen a pomáhat při zpracování konfliktů, které vznikly na základě proměny o představách o úloze ženy. Kromě toho mají ženy rozvíjet uvědomování si svého těla a obrnit se vůči přehnanému ideálu štíhlosti, aby získaly individuálně přiměřenou tělesnou hmotnost. Nakonec se feministická psychoterapie vypořádává se sexualitou pojímanou tak, že ji ženy už tradičně mají prožívat jako pasivní objekt, který nemá pociťovat rozkoš, a když už, tak jen se špatným svědomím.

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Začíná nejčastěji ve věku mezi 16 a 25 lety, ale je možné se setkat s počátkem poruchy až po třicátém roku věku. Podobně jako anorexie není bulimie v medicíně novým pojmem.

K určení diagnózy mentální bulimie je především zapotřebí několika z uvedených příznaků:

- Silná a nepotlačitelná touha se přejídat, v krátkém čase velké množství jídla (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců).
- Neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po jídle, pocit ztráty kontroly nad jídlem.
- Nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolávaného zvracení, zneužívání projímadel a i jiných léků na odvodnění zahrnuje i období hladovky a nepřiměřeného cvičení.
- Charakteristický a nadměrný zájem o tělesný vzhled a svou tělesnou hmotnost, pocit přílišné tloušťky, často mají v anamnéze epizodu anorexie nebo intenzivní odmítání jídla.
- Na rozdíl od mentální anorexie se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti a trvalá amenorea (nepřítomnost menstruace).

S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy přibývá i netypických pacientů, kteří nemusí splňovat všechna diagnostická kritéria. I tyto nevyhraněné nebo atypické případy však mohou mít závažné psychické a zdravotní obtíže. V některých případech může později dojít k plnému rozvoji všech příznaků poruch příjmu potravy.

Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat ale i u jiných onemocnění, jako například duševních poruch – bipolárních poruch (depresí, mánií), mentální retardace, závislosti na alkoholu a jiných onemocněních.

2.2.1 Historie nemoci

Zajímavý je popis dějin přejídání. Dějiny přejídání jsou staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Krch (Krch, 2004) zmiňuje, že na jarmarcích občas veřejnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli vedle zrůd a dalších atrakcí. Termín bulimie má svou rozsáhlou historii. Podle Plutarcha měl pojem bolimos označovat zlého démona, velký hlad. Je možný výklad, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), který popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola. Výraz fames canina je znám jako psí hlad, kdy tímto výrazem byla označována nenasytná žravost, podobná psímu chování, následovaná spontánním zvracením.

Teprve nedávno, v roce 1979, britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem z tloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí“ jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků u žen s normální tělesnou hmotností.

2.2.2 Příčiny mentální bulimie

V rodinách bulimických pacientek často najdeme vliv nesprávných nebo chaotických jídelních návyků, někteří členové rodiny nedodržují jídelní řád, někteří se přejídají nebo drží diety anebo prodělali poruchu příjmu potravy, ať už se pro ni léčili nebo ne.

Problematická nebo nevhodná rodičovská péče, časté hádky a násilí mezi rodiči, fyzické i sexuální zneužívání jsou častější u těch, kteří trpí poruchou příjmu potravy. Zraňující je rozchod nebo rozvod rodičů, ale také jejich problémy jako jsou alkohol a deprese.

Jsou popisované různé situace a problémy, které nemoc spouští.

Seznam nejběžnějších stresujících událostí – Holmesova – Rahova stupnice

(události jsou seřazeny podle závažnosti)

1. Úmrtí partnera
2. Rozvod
3. Uvěznění
4. Úmrtí blízkého člena rodiny
5. Sňatek

6. Propuštění z práce
 7. Změna zdravotního stavu člena rodiny
 8. Změny v zaměstnání
 9. Změny finanční situace
- apod.

Charakterové vlastnosti, které k nemoci přispívají

- *Perfekcionismus*

Snaha být ve všem dokonalý a tím utišit zvýšenou sebekritičnost a nízké sebevědomí. Mnoho dívek s poruchami příjmu potravy mají nerealisticky velká očekávání. Když se nedaří plnit vysoké požadavky, člověk se cítí neúspěšný a nevěří si.

- *Úzkost*

Vedou k ní nejisté situace, někdy nutnost rozhodnout se, zvýšené nároky a očekávání. Je spojena s nejistotou, pocitem ohrožení a pocity bezmoci.

- *Puritánství a asketismus*

Morální je překonat své potřeby, včetně jídla. Dívky se někdy trestají za to, že mají problémy, se kterými se neumí vyrovnat. Věří, že jsou proto špatné. Kdyby byly perfektní, neměly by problémy nebo by je měly pod kontrolou.

- *Zranitelnost*

Nejistota ohledně sama sebe vede ke zvýšené snaze se zalíbit druhým. Je společná všem poruchám příjmu potravy.

- *Závislost*

Výrazná potřeba vedení a potvrzování ostatních.

- *Sebekritičnost*

Vnímání sebe sama jako bezmocného a neschopného s potřebou trvalé podpory a ubezpečování od ostatních.

- *Nestálost*

Kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.

- *Impulzivita*

U nemocných se často vyskytuje hraniční porucha osobnosti, která je charakteristická následujícími kritérii (ne všichni musí splňovat všechny podmínky).

- Nestabilní a intenzivní vztahy
- Poruchy identity (problémy se sebehodnocením, vnímáním sebe sama, pocity prázdnoty)
- Poruchy nálady (rychlé a intenzivní změny nálad)
- Impulzivní chování
- Sebevražedné myšlenky nebo chování

2.2.3 Důsledky zvracení, užívání laxativ a diuretik

- Chronická únava a slabost
- Neschopnost koncentrace
- Závratě, bolesti hlavy, bušení srdce, nepravidelnost srdečního rytmu
- Epileptické záchvaty
- Poruchy ledvin, infekce, kaménky
- Porucha zubní skloviny naleptaná žaludečními šťávami, kazy, bolesti zubů
- Otoky slinných žláz
- Chronické zvracení poškozuje peristaltiku

2.2.4 Motivace k léčbě

Pomoci lidem změnit jejich chování není lehké. Motivaci ke změně můžeme rozdělit do 5 kroků.

1. Popření

To je první stadium, kdy člověka nenapadá, že je něco v nepořádku, nevěří tomu, že by měl problém, a nechce nic měnit, protože se domnívá, že není ke změně důvod.

2. Úvahy

Stadium pozorování, rozjímání a úvah. Člověk začíná přemýšlet o tom, že nějaký problém má a začíná věnovat pozornost obtížím spojeným s jídlem. V této fázi už je občas schopen připustit, že je třeba něco změnit. Ale nedělá žádné aktivní kroky ke změně.

3. Příprava

Člověk už změnu chce a přeje si pomoc, ale není si jistý, co se stane, když se jeho jídelní chování změní.

4. Akce

Člověk se rozhodne pro změnu a začíná se změnou svého chování.

5. Udržení

Pokračování v práci na uzdravení.

Často se stává, že člověk v nějaké fázi ustrne. Mnoho nemocných potřebuje být ke změně donuceno okolím.

Rozšíření mentální anorexie a bulimie je srovnatelné v České republice se zeměmi západní Evropy a má vzrůstající tendenci. Mentální anorexií trpí přibližně půl procenta dospívajících dívek a mladých žen. Narušenými jídelními postoji a ohrožujícími způsoby kontroly tělesné hmotnosti a příjmu potravy už ale trpí 7 až 11 % dívek a žen.

Možnosti léčby jsou u mentální bulimie velmi podobné terapii mentální anorexie, a proto pro potřeby této bakalářské práce postačí uvedený přehled terapie v kapitole mentální anorexie.

3. Přehled a zhodnocení prostudované literatury

Od své odborné konzultantky MUDr. Nory Kočvarové jsem získala opravdu velké množství jak odborné literatury, která popisuje poruchy příjmu potravy především z lékařského hlediska, tak i řadu informačních letáků a brožurek, které jsou věnované především laické veřejnosti, která sama trpí těmito poruchami, nebo jimi trpí někdo z jejich blízkých.

A protože poruchy příjmu potravy jsou onemocněním biopsychosociálním, je blízké okolí nuceno prožívat tuto chorobu se svým blízkým. Někdy je rodina ochotna se zapojit do dlouhodobé a náročné práce na uzdravení nemocného člena, ale často se stává, že se rodina vzdává jakékoli zodpovědnosti mít s touto chorobou cokoli společného. A pacienti trpící tímto onemocněním jsou nuceni bojovat se svou nemocí sami jen se svým lékařem či terapeutickou skupinou, proto se léčba stává velice těžkou. Být nemocen a nebýt pochopen svým okolím je těžký úděl.

3.1 Přehled prostudované literatury:

- KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2004.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003.
- KRCH, František David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout: Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*. Motto, 1998.
- KRCH, František, David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Grada, 2000.
- COOPER, Peter, J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Votobia, 1995.
- VOMASTEK, Petr. *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houska, 2000.
- MÁLKOVÁ, Iva, KRCH, František D. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001.

3.2 Zhodnocení jednotlivých titulů:

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Tuto odbornou publikaci sestavil PhDr. František David Krch spolu s kolektivem zahraničních i českých odborníků zabývajících se poruchami příjmu potravy. Tato publikace je dle mého názoru stěžejním zdrojem mých informací o této problematice. Je přehledně členěná na kapitoly, zabývající se komplexností těchto poruch. Protože poruchy příjmu potravy jsou dosti závislé na společenských a kulturních vlivech a mají velmi křehkou hranici mezi normou a patologií, jsou objektem zkoumání nejen lékařství – psychiatrie a interní medicíny, ale i psychologie, sociologie a dalších oborů. Jednotlivé kapitoly se věnují důkladně základnímu vymezení pojmů, historii odmítání potravy, přejídání a možným příčinám. Epidemiologie těchto poruch je velice ovlivněná především osobnostními, sociálními a kulturními faktory. Pátá kapitola se zabývá tělesnou hmotností a správnému náhledu na ni ve vztahu k příjmu potravy.

Další kapitoly jsou věnované specifickým zdravotním komplikacím těchto chorob a jejich léčbou.

Protože je autor především psycholog, věnuje velkou pozornost psychoterapii a jejích možnostech využití u těchto chorob, např. kognitivně - behaviorální přístup, skupinová terapie a jiné. Autor klade důraz především na komplexnost terapie a spolupráci několika odborníků při léčbě takto nemocných pacientů.

ANOREXIA NERVOSA A BULIMIA NERVOSA

Tyto dvě útlé knížky napsala MUDr. Hana Papežová Csc., která je psychiatr, psychoterapeut a zároveň vedoucí Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice, jedná se o nadmíru fundovanou autorku. Při četbě této knihy jsem se cítila, jako bych byla její pacientkou a ona se mnou rozmlouvala na dálku. Při čtení jsem si představovala, jak asi přemýšlí ta žena, která trpí strachem z jídla: Opravdu už mám problém, nebo mám ještě věc pod kontrolou? Cesta, na které si musím nejprve přiznat, že mám problém a potom získat odvahu a připustit myšlenku, že existuje možnost uzdravení, většinou ale nemá konce. Získat sebedůvěru, že nad nemocí zvítězím. Ale v další kapitole jsem prožívala bolest ale i odhodlání maminky, která bojuje s dcerou proti „nestvůře“ (nemoci), nebo se snaží odhadnout, zda její dcera už trpí nějakým vážným příznakem poruchy příjmu potravy. „Jak jako

matka mohu odhalit první známky onemocnění své dcery? Dívka hubne a začíná se skrývat do volného oblečení. Začíná vynechávat jídla s rodinou, protože ... jídlo si krájí na malé kousíčky, které postrkuje po talíři... začíná být velmi aktivní, hodně a stále cvičí, přestává se dívat na televizi, neodpočívá, neumí se zastavit.

Mění se jí často nálada, uzavírá se do sebe, přestává se stýkat s přáteli. Může se přejídat, je cítit často zápach zvratků, tráví dlouhý čas v koupelně a na záchodě....

Kapitola určená profesionálům si klade za cíl připomenout několik pravidel, které pomohou nenechat se svést pacienty na jejich stranu. Je nutné pravidelně vážit hmotnost klientek a nenechat se oklamat. Být si vědom, že terapie těchto chorob trvá průměrně 5 až 6 let a většinou pacienti touto chorobou trpí po celý život v různé míře přítomnosti již zmiňovaných příznaků.

V neposlední řadě je zde kapitola věnovaná učitelům. Autorka se snaží upozornit, v čem jsou hlavní úskalí problémů těchto poruch ve spojitosti se školou. Anorektičky jsou velmi perfekcionalistické ve svém přístupu k povinnostem, snaží se vše zvládat, ale nad míru jejich současných sil. Rodiče mohou být iniciátoři při sjednávání individuálního plánu. Je na místě zákaz tělesného cvičení, které je při nízké váze velkým zdravotním rizikem, a není možné, aby škola na sebe vzala vysoké riziko poškození zdraví. Je možné domluvit dohled nad jídlem, a umožnit přijímat potravu během celého dne. Také je dobré brát ohled na to, že pacientky trpící poruchou příjmu potravy pocítují neustálý chlad a je jim zima.

Tyto dvě knihy mi více pomohly vcítit se do prožitků pacientů s touto chorobou. Jsou doplněné působivými kresbami dívky, která v době jejich kreslení trpěla anorexií. Po 7 leté terapii říká, že život s anorexií možná může být v něčem sebeuspokojující, ale život bez této nemoci je mnohem pestřejší a zajímavější. Dochází do centra a podporuje pacientky na jejich správné cestě za uzdravením a překonáním svého bludného kruhu s jídlem.

CHCI JEŠTĚ TROCHU ZHUBNOUT

Autorem je již citovaný PhDr. Krch, který společně s PhDr. Ivanou Richterovou dal dohromady několik kasuistik, příběhů lidí, kteří sami trpěli mentální anorexií nebo jejich blízcí, především dcery, přítelkyně a matky. Každý příběh je velmi upřímně podán a silně se vás dotkne, začnete přemýšlet, že se tato nemoc může přihodit skutečně každému. Hloupá poznámka, kterou utrousíte na okomentování zevnějšku dcery nebo

přítečkyně, může odstartovat nenápadnou, ale vleklou změnu v chování, ve vztahu k jídlu a ke svému tělu. Začátek není ze dne na den, ale důsledky jsou o to hroživější. Každý příběh je uveden výškou a nejnižší hmotností osoby, které se příběh týká. Některá jména jsou změněná, jiná původní, ale to je v této chvíli vedlejší. Kniha dokladuje jak tenká je hranice a jak slabý impulz stačí, aby o sobě člověk začal pochybovat a začal nenávidět svůj zevnějšek. Jak může být nebezpečné zahrávat si s dietami a zlovyky s jídlem. Každý příběh je doplněn „slovem odborníka“, který vybere na příběhu to nejtypičtější, co se týká těchto poruch a popisuje způsob konkrétních kroků při léčbě.

BULIMIE, JAK BOJOVAT S PŘEJÍDÁNÍM

Autorem je opět PhDr. František Krch. Je to takový „svépomocný průvodce“, jak to charakterizuje sám autor. Taková kuchařka šitá na míru lidem, kteří již mají pocit, že jejich vztah k jídlu je jiný, než by měl být. Stručně jsou zde zmíněny příznaky mentální anorexie a mentální bulimie. Ale bohatě jsou rozvedené kapitoly o konkrétních úkolech, které je třeba splnit na úspěšné cestě léčení mentální bulimie a přejídání se, což se může někdy týkat opravdu každého z nás. Takže konkrétní rady, jak posoudit svou tělesnou hmotnost, neúčinnost diet, co znamená normálně jíst, popis správných jídelních návyků, jak správně nakupovat, jak si vařit. Řeší emocionální stav při pocitech nedokonalosti našeho těla. Jak se naučit mít rád své tělo, i když neodpovídá bláhovým a nereálným výmyslům módních časopisů. Jak vydržet na cestě zdravého přístupu k jídlu a být šťastný a spokojený se svým tělem.

MENTÁLNÍ BULIMIE A ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

Autorem je psycholog Peter J. Cooper. Tato publikace je také takovým pomocníkem pro lidi, kteří se chtějí sami uzdravit a předejít přejídání, vyvolávání zvracení a všem možným způsobům, ke kterým se uchylují lidé, kteří mají problémy s příjmem potravy. Nepřísluší mi žádné odborné posuzování, ale v případě, že bych si měla jako laik vybrat, po jaké knížce „pomocníci“ bych sáhla, kdybych řešila své problémy s jídlem, každopádně bych si vybrala knihu Dr. Krcha bulimie, jak bojovat s přejídáním. Vychází z českého mně bližšího prostředí.

Z DENÍKU ANOREKTIKA

Petr Vomastek napsal své zážitky s nemocí, mentální anorexií, které se nedají moc komentovat. Jsou velmi osobní a konkrétní, psané jazykem obyčejného kluka, ale o to více se vás dotknou! Chce-li někdo pochopit, představit si, a vžít se do člověka-muže, který je sužován nemocí, která ovládá jeho všechno, pak necht' si přečte tuto působivou knihu zážitků sám pro sebe. V jedné příloze této práce cituji několik jeho prožitků a zkušeností. Tuto knihu jsem použila i v projektu se žáky, abych jim co nejvíce přiblížila, co cítí a jak vnímá člověk trpící mentální anorexií.

SOS NADVÁHA

Je dílem Dr. Ivy Málkové a Dr. Krcha, oba jsou jedni z největších českých odborníků na správnou životosprávu. Po této knize může sáhnout opravdu každý, kdo má nadváhu nebo je již obézní, a ne jen ten, co si myslí, že není tak hubený, jak by si přál. Tato publikace mi posloužila pro ukonejšení i mého svědomí, jestli jím skutečně normálně, protože po studiu všech možných knih o poruchách příjmu potravy lehko můžete dojít k pocitu nejistoty, jestli jste ještě normální „jedlík“. Doporučuji ji všem lidem, kteří uvažují o změně svého stravovacího stylu. Převezmete dobrý vyzkoušený a hlavně odborně vedený systém příjmu potravy, který vás dovede k vaší ideální hmotnosti a způsobům platným po celý život.

4. PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Příprava praktické části

4.1.1 Rozvaha o zařazení tématu poruch příjmu potravy do výuky II. stupně základní školy

V teoretické části jsem zpracovala z dostupné odborné literatury oblast poruch příjmu potravy. Tato teoretická část mi posloužila jako východisko pro praktickou část, která je koncipována jako vytvoření návodného pomocného materiálu - manuálu pro učitele, kteří zařazují oblast poruch příjmu potravy do své výuky v rámci mezipředmětových vztahů ve Výchově ke zdraví - Člověk a zdraví. V rámci hodin přírodopisu, občanské nauky, rodinné výchovy, dále podle mých návrhů i v matematice, výtvarné výchově a českém jazyce, lze využít náměty z mé práce pro přímé použití například citace, texty a tabulky, úkoly, hry a jiné.

Při své bakalářské práci na téma Poruchy příjmu potravy jsem spolupracovala s mou vedoucí práce Mgr. Renatou Jandovou z pedagogické fakulty, dále s paní MUDr. Norou Kočvarovou, lékařkou dětské psychiatrie Nemocnice České Budějovice.

4.2 Realizace praktické části bakalářské práce

Skládá se ze dvou částí. První byla příprava a realizace besedy žáků 8. tř. ZŠ Matice školské pod vedením paní Dr. Kočvarové na téma poruchy příjmu potravy. V této části jsem byla zodpovědná za dohodu s paní ředitelkou Mgr. Rychlíkovou v ZŠ Matice Školské, při níž nám dala k dispozici pouze dvě vyučovací jednotky. Jednu v rámci občanské výchovy, druhou v následující den místo hodiny matematiky. V obou případech byla přítomna třídní učitelka žáků Mgr. Kateřina Štiková.

První vyučovací jednotka byla přednáška vedená od MUDr. Nory Kočvarové – lékařky pedopsychiatrické ambulance Psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, která měla mnohaleté zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Měla nespočet svých pacientů s těmito diagnózami a uskutečnila mnoho přednášek v rámci preventivních programů v řadě základních a středních školách. Tato vyučovací jednotka byla čistě v její kompetenci. Proběhla během 45 min. v klasické hodině předmětu občanské nauky, v 8. ročníku na základní škole Matice Školské v ČB. Při této besedě jsem byla jako přisedící.

Druhý díl praktické části práce je zpracován jako případová studie, kdy na základě prostudované literatury, konzultace s vedoucí práce a odborným konzultantem a mých vlastních nápadů jsem připravila několik aktivit, které jsem měla v plánu s dětmi uskutečnit, skutečně je zrealizovat a po jejich realizaci je zhodnotit.

Rozmýšlela jsem se, do kterých vyučovacích předmětů toto téma začlenit. RVP platný od 1. 9. 2007 uvažuje o výuce v rámci vzdělávacích oblastí. V našem případě by to byla Výchova ke zdraví v sekci Člověk a zdraví. Přírodopis, Občanská nauka a Rodinná výchova jsou tři předměty, které by byly oprávněné téma poruch příjmu potravy především akceptovat.

Má představa je, v rámci minimálně dvouhodinového bloku či v nejlepším případě jednodenního projektu zařadit různé aktivity, při nichž by žáci mohli mít šanci poznat tuto problematiku osobněji a v určité hloubce. Zkušenost praví, že osobní prožitek zanechá silnější stopu v mysli a v citění každého zúčastněného, než pouze podaná informace.

Vytvořila jsem si rozvahu s nabídkou aktivit v různých variantách i časových dotacích.

Zatím neučím na žádné škole, proto jsem se musela spolehnout na ochotu ředitele školy, kterou oslovím, zda dovolí uskutečnit můj záměr, totiž zrealizovat alespoň několik aktivit zprostředkovávajících problematiku poruch příjmu potravy.

Oslovila jsem paní ředitelku Mgr. Janu Rychlíkovou ze Základní školy Matice Školské, protože je to škola nejbližší k mému domovu. Paní ředitelka souhlasila s dvouhodinovým projektem a „propůjčila mi žáky VIII.A k zrealizování praktické části této bakalářské práce.

Hledala jsem odborného lékaře, který se zabývá poruchami příjmu potravy v našem městě. Byla mi doporučena MUDr. Nora Kočvarová z Nemocnice České Budějovice a.s. z pedopsychiatrické ambulance Psychiatrického oddělení. Po konzultaci s ní jsme se domluvily, že by byla ochotná uskutečnit jednu přednášku s následnou besedou.

Naplánovala jsem, že první návštěvu ve třídě bude mít MUDr. Kočvarová plně ve své kompetenci formou přednášky a besedy. Při druhé návštěvě již nebude přítomna.

4.3 Interpretace praktické části

4.3.1 První projektová vyučovací jednotka

Přednáška vedená MUDr. Norou Kočvarovou „Úvod do problematiky poruch příjmu potravy“.

Paní doktorka se žákům představila, uvedla že je lékařka místní nemocnice z psychiatrického oddělení. To už bylo pro žáky velmi motivující a nové. Svou přednášku prokládala praktickými ukázkami, například fotografiemi pacientek s anorexií, které jsou velmi emočně laděné. Také četba ukázek z knihy *Z deníku anorektika* od Petra Vomastka byla pro děti hlubokým zážitkem, protože je psaná opravdu velmi osobitým a otevřeným způsobem. Žáci bystře reagovali na její otázky a Dr. Kočvarová je velmi chválila, že dokázali o těchto pro ně nových věcech skutečně přemýšlet a vcítovat se do stavu nemocných, o kterých jim vyprávěla.

Časová dotace vyučovací jednotky 45 minut je velmi krátká doba na tak rozsáhlou oblast nových informací, proto jsme ještě využili přestávky, samozřejmě se souhlasem žáků.

Žáci nás velmi překvapili, protože i když neznali přesné odborné termíny (což je pochopitelné a očekávané), tak věděli, že nějaká taková onemocnění existují, tušili, jak jsou asi závažná a jak asi probíhají, i jak z jedné třetiny případů i končí.

Je překvapivé, že debatovali zejména chlapci, dívky spíš poslouchaly a jako by se styděly o těchto věcech mluvit nahlas a před „mužským pohlavím.“

Žáci dostali na konci přednášky příležitost si připravit anonymně otázky na příští setkání, což dopadlo ne zrovna podle mého očekávání. Otázky nikdo nenapsal. Možná to bylo tím, že chlapci se nebáli ptát se již při prvním setkání a všechny otázky jim vlastně již byly zodpovězené. A děvčata se pořád styděla vyvíjet nějakou aktivitu ohledně tak osobního tématu.

Paní doktorka podobnou přednášku vedla pro děti i v jiných základních školách už několikrát, ale vždy pro dělené skupiny podle pohlaví na dvě skupiny. Zdá se, že to byla

chyba, ale nám nic jiného nezbývalo, dostala jsem k dispozici jen dvě vyučovací hodiny, a to vždy pro celou třídu současně.

4.3.2 Druhá projektová vyučovací jednotka

Diskuse a plnění úkolů na dané téma-praktická ukázka začlenění tématu do výuky.

Podruhé jsme se setkali následující den druhou vyučovací hodinu. Žáci už věděli, koho mají očekávat a těšili se na to, že zase bude nějaká „změna.“ Tentokrát už setkání bylo více otevřené.

Jak už jsem uvedla, žáci nevyužili dané možnosti anonymních dotazů, takže jsme přešli rovnou ke hrám a úkolům – motivačním prvkům, které nám současně posloužily jako fixační metody k upevnění nových informací a poznatků.

Na úvod hodiny jsem vybrala metodu brainstormingu, protože se mi jevila jako vhodná aktivizační metoda v návaznosti na předešlou přednášku z minulého dne.

Metoda brainstormingu, časová dotace 20 minut

Časová dotace, kterou jsem si na tuto metodu vyhradila v rámci celého bloku, který jsem měla k dispozici, byla 20 minut, i když vím, že na tuto metodu se používá i 45 až 60 minut, ale pro můj zamýšlený účel - tedy jen zopakování a znovuvyvození nových pojmů a vztahů z minulého dne, a navození atmosféry to stačilo. Pár větami jsme se přivítali a shrnula jsem několika větami oblast našeho zájmu – tedy oblast zdravého náhledu na vyvážený příjem potravy a možné nemoci spojené s touto oblastí.

Pomůcky na tuto metodu nejsou náročné, nám postačila tabule a křída. Většinou se ale používá i flipchart záznamové archy, pro písemné zachování a rozboru nápadů k další práci s odstupem času, ale ve třídě nebyla k dispozici, musela jsem využít stávající výukové prostředky.

Otázka pro tuto metodu zněla: Jak poznám na první pohled, kdy je holka jen hubená, a kdy již trpí mentální anorexií?

Žáci se snažili nalézt znaky, kdy už nejde jen o hubenost, ale o nemoc. Já jsem zapisovala na tabuli, rozdělenou na dvě poloviny: ½ tabule pouhá hubenost, ½ tabule již nemoc. Pro zjednodušení a urychlení času, které bylo v danou dobu žádoucí, jsem

nezvolila k zapisování žádného žáka, ani žákyni. Také psaní myšlenek rozdělené současně na dvě podkategorie by mohla žákům při zápise dělat potíže. Tato volba se osvědčila, protože na konci přepokládaného času nám zbyl dostatek času na zhodnocení názorů a zápisů na tabuli. Instrukce pro děti zněla: Máme tabuli rozdělenou na dvě části, vaším úkolem je, říkat mi vaše jednotlivé nápady a myšlenky, které se týkají zadané otázky. Máme čas 10 minut, vymyslete co nejvíce nápadů a já budu zapisovat jednotlivé myšlenky.

Uvádím zde několik myšlenek, které děti vhodně a správně uváděly především do kategorie již probíhající nemoci mentální anorexie. Tyto charakteristiky se jim lépe vymezovaly na rozdíl ještě od stavu „normální hubenosti“.

Zapisovala jsem pouze hesla. Ale v závorkách je uvedena celá myšlenka, pro účely této bakalářské práce většinou doslovně citovaná, která se k heslu vztahovala.

Otázka: Jak poznám na první pohled, kdy je holka jen hubená, a kdy již trpí mentální anorexií?

V závěru jsme společně došli k následujícím charakteristikám:/ citováno doslovně/:

- vychrtlost (jdou vidět kosti všude na těle)
- prosvítá kůže (nejsou vidět žádné svaly)
- má „rozestoupené nohy“ (nemá na nich žádný sádlo ani svaly)
- hrozně chlupaté ruce
- má vystouplé obrovské oči
- padají vlasy
- lámou se nehty, má na kůži boláky
- zima (je jí pořád zima, nedokáže se zahřát, nemá na to energii z jídla)
- přehnaně cvičí (musí se pořád...hejbat, pořád chce něco dělat, aby spotřebovávala energii)
- jí sama (nerada jí s námi, chce jíst někde zavřená, aby jídlo mohla tajně vyhodit)
- nevidí, že je dost hubená (nikomu nevěří, že už je hubená dost)
- nerada sedí (rozvalí se jí přitom stehna, má pocit, že je ještě víc tlustá)
- je unavená a podrážděná
- hádá se (je příliš roztržitá hádá se, bojuje s každým)
- zadek (hubená má ještě nějaký zadek, kdežto anorektická ho má propadlej)

- nemá přátele (chce už být jen sama, nechce s nikým kamarádit, nikdo ji nerozumí, neumí přijmout pomoc)
- nevěří si (přestává si věřit a také nikomu nevěří)

Ve zbylých 10 minutách, které jsem si pro tuto činnost zvolila, jsme diskutovali o uvedených myšlenkách, které se jim zdály nejvíce charakterizující pro stavy, které jsme měli popsat.

Z daného zápisu je vidět, že děti jasně a naprosto přesně dokázaly vyjádřit hranici ještě běžné hubenosti na rozdíl již od probíhající nemoci, a to jen na základě vyslechnuté včerejší přednášky za 45 minut.

Použitím této metody na začátku dnešního setkání jsem si ověřila, jak byla včerejší hodina úspěšná. Kolik nových informací si děti zapamatovaly či si uvědomily již známé poznatky v nových vztazích.

Co je BMI a jeho hodnota? Časová dotace 10 minut

Žáci dostali záznamové archy /viz příloha I/, na kterých je dán výpočet BMI, jeho význam a možnost zjištění. V jakém intervalu se mé BMI nachází? Mám normální-optimální hmotnost k mé výšce, jsem v pásmu nadváhy nebo jsem obézní, či spadám do pásma podprůměru až kachexie.

Co to pro mne znamená, když znám hodnotu svého BMI?

Citace a zamyšlení. Časová dotace 25 minut

Citace z knihy. Předčítám, zastavuji se u vybraných míst a pokládám doplňující otázky. „Anorektik má silný sklon k sebekázni, chce přesně odlišovat, co je správné, a co špatné, a to správné potom realizovat. Naneštěstí to tak ve světě nechodí, že by bylo jedno bílé a druhé černé. Stejně je to s hubnutím. Hubnutí a podávání náročných fyzických výkonů mu krátký okamžik dávají zažít ten tak fantastický pocit, že je zde nějaké skutečné já. Ale za tento pomíjivý přelud musí draze zaplatit strádáním a v konečné fázi svým životem. To ale anorektik nevnímá. Anorektik nežije pro sebe sama, ale pro svůj obraz – jaký by měl být. Vidí svůj asketický ideál a pro zbytek světa je hluchý a slepý. Způsob, jakým se anorektik žene za svým ideálem, nápadně

připomíná způsob, jakým požitkář shromažďuje své požitky. Honba za uspokojením je společná oběma, rozdíl je pouze v tom, před jakou modlou se klaní. Stejně tak lze nalézt paralely i mezi anorexií, alkoholismem, braním drog a gamblingem. Všechno to jsou druhy závislostí, a zároveň způsoby úniku ze světa a jako slzavého údolí.

Anorektik trpí přemírou sebekontroly – je skrytým manipulátorem, který nemůže svou moc projevit navenek a tak trhá své vlastní maso. Chce všechno uchopovat rozumem, tedy i to, co je rozumu nepřístupné – všechno tělesné a city. Svůj strach z tloustnutí zakládá na zkresleném vnímání určitých částí svého těla /břicho, hýždě, stehna/, nadhodnocováním jejich rozměrů. Podle mého názoru je ale anorexie projev – vyústění něčeho daleko hlubšího.

Úzkostně dodržuje striktní dietní chování. Ukázněně následuje ten hlas v sobě, který ho vybízí ke stále menšímu příjmu kalorií a jejich stále většímu výdeji skrze pohyb. Pokud je k jídlu přece jen donucen, jeho gesta a mimika vypovídá o tom, jak usilovně uvažuje: „Jak to do sebe nasoukat?“, případně: „Jak se toho zbavit?“. Trápí se a vyčítá si přečin, který je nucen páchat. Proto vyvíjejí nejrůznější podpůrné techniky, jak co nejvíce snížit množství vstřebané energie z přijímané stravy a jak, co nejvíce zefektivnit výdej energie:

- vyhledává nízkokalorická jídla s velkým obsahem vlákniny
- požívá projímadla
- před jídlem pije velké množství tekutiny
- drolí a žmoulá jídlo. Když už musí něco sníst, tak si s tím pěkně pohraje a vychutná si to. Vlastně se může jednat o postoj požitkáře, ale stejně tak může být požívání malých soust jen prostředkem, který umožní jídlo roztáhnout na takovou dobu, kdy už u stolu nikdo nezbude. Některé mentálky totiž nesnesou, když na ně při jídle někdo pohlédne. Takový pohled je okamžitě za spolupůsobení jejich vztahovačnosti interpretován jako špatný či dokonce vysmívavý
- odpor jíst společně. Potírají prastarý rituál jedení v kruhu (kolem ohně), snad právě proto, že při takovém posezení se rodí blízkost a vřelost
- snaží se odlákat pozornost toho, kdo dohlíží, aby za den snědl alespoň jakési minimum. Chvilka nepozornosti a jídlo končí v odpadkovém koši, kapse či u povedených kamarádů

- v některých případech chodí oblékání velmi spoře, a opakovaně se sprchují studenou vodou
- jsou náruživí běžci, chodci, kulturisti zkrátka, co je zrovna po ruce. S kachektickým zjevem někdy nápadně kontrastuje nepřiměřená aktivita a čilost. Některé jejich výkony nemají daleko do megalomanie. Cvičí se pouze proto, aby se cvičilo a uvolnila se tak přijatá energie. Chová se jako pružina... kolik přijme, minimálně tolik vydá
- kůže je vrásčitá a suchá
- mají podlitiny, vypadávají jim vlasy, kazí se zuby, lámou si nehty
- mají pocit stálé zimy, jsou zimomřiví, v důsledku neustále mírně snížené teploty těla, spí v silných ponožkách a rukavicích, protože je chlad budí
- při sezení a ležení je bolí celé tělo, kosti mají jen potažené kůží a tlak na kosti je vahou velký
- mají většinou zácpu, žaludek je sevrklý, střevo se nemůže vyprázdnit
- mají časté křeče.

Návaly lítosti a plačivosti, pocit nepochopení, úzkostlivost a deprese, beznaděj agresivita a hysteričnost v okamžiku, kdy se anorektikovi vymkne sebekontrola z rukou a uvolní se tak nahromaděné napětí. Obsedantnost – nevydrží chvíli v klidu. Vzpomínám si, jak jsem s oblibou při čtení kopal nohama. Při cestování jsem zatínal svaly na nohou s takovou zádrží, že mne potom, když jsem vystoupil, bolely. Přítomný je i strach z tloustnutí, tedy ze své tělesnosti, plodnosti a dospělosti. Anorektik se bojí dospělosti, protože to by znamenalo postavit se na své nohy, stát se odpovědný za sebe a svůj život a vynášet rozhodnutí. Což také souvisí s poruchami sebehodnocení a sníženým sebevědomím.

Anorektik je vlastně jenom takovým moderním romantikem. Přes starosti z tohoto světa, který ho opakovaně zraňoval, utíká hledat lepší – ideální svět do svého nitra a snění. Snění je sůl bez chleba. (Serna) Anorektik se uzavírá sám do sebe a buďto ztrácí zájem udržovat přátelské vztahy, anebo z původně vřelých vztahů vytváří vztahy neosobní, které může chápat až jako povinnost, což nakonec stejně vede k jejich rozpadu. A je tu další zklamání a další potvrzení přesvědčení, že svět nestojí za tu

námahu. Pro anorektika není život radostným rozdováděným tancem, ale vyčerpávající dřinou, která nebere konce!“

Ukázka kreseb anorektických pacientek. Časová dotace 10 minut

Tato aktivita nakonec nebyla použita. Vypustila jsem ji z důvodu, že další aktivity se mi zdály vhodnější na základě momentální atmosféry ve třídě.

Obrázky jsou typické, naivní dětsky vypadající, sepjatost, uzavřenost, nemohoucnost nic podniknout proti „svému údělu“, sepjaté ruce, čáry jako vězení, při kresbě postavy se kreslí jako hubené princezničky a kluci jako velcí svalnatci, kresby stromů (jedna psychologická projekční technika) anorektičky se kreslily jako hubené stromečky, bulimičky jako bujné plodící stromy v květu nebo s ovocem. Tyto kresby mi zapůjčila Dr. Kočvarová. Byly upraveny tak, aby neumožňovaly identifikaci pacientů.

Naše rodinné jídelní návyky, časová dotace 10 minut

Na konec práce s dětmi jsem zvolila několik otázek na zamyšlení ohledně rodinných stravovacích návyků, protože tam lze spatřovat jednu z největších možností prevence poruch příjmu potravy. Poslední otázka by byla jako bonus na přemýšlení pro bystřejší žáky.

Otázka: Jíte doma spolu u jednoho stolu, kolikrát jíte společně?

Děti reagovaly různě. Někdo jedl každý sám ani se u nich o víkendu nevařilo, jedli jen něco z ledničky, jiní jedli alespoň o víkendu společný oběd, někdo v týdnu sedí alespoň u jednoho stolu při večeři. Někde jen maminky něco uvaří, ale už s dětmi nejí. Málokdo každý den večeřel společně s rodinou. Na otázku, vaří ještě maminky doma teplé jídlo, děti reagovaly, že třeba neviděly maminku jíst teplé jídlo dost dlouho, protože pořád drží nějakou dietu.

Závěr z mé strany byl, aby děti pochopily, jak moc je důležité jíst spolu v rodině a mít rády společně strávené chvíle u jídla.

Motivační otázka pro bystré žáky: Proč bulimičky tolik tloustnou, když pořád tolik zvrací? Časová dotace 5 minut

Došli jsme společně k závěru:

Za normálních okolností má žaludek objem 1 až 1,5 l, při přejedení až 2 až 2,5 l, a to už se cítíme hrozně přejedení. Jak se asi musí cítit bulimička, která má žaludek roztažený do 5 až 8 l? Ona sice zvrací, ale asi jen $\frac{3}{4}$ toho, co sní. Takže zvrací-li 5x za den (průměrně, může dokonce podle literatury i 20x za den), tak přijme přes 20 l jídla denně, vyzvrací 15 l, přesto denně fakticky přijala 5 l jídla. Samozřejmě, že je to nadbytečný příjem a tělo si činí zásoby.

Musíme si také uvědomit, že trávení nezačíná až v žaludku, ale již v ústech.

Tloustnou a trpí zklamáním, zneužívají projímadla a tak dále, aby se co nejvíce zbavovaly přijatého jídla.

Bulimičky jsou často i ve finanční krizi, protože nakrmit svůj žaludek, který je při bulimické atace schopen spořádat jídlo za několik stovek korun několikrát denně, je velmi těžké.

Citace z knihy Petra Vomastka,

Pro tuto aktivitu není časová dotace, tuto ukázkou dostal každý nakopírovanou, jako dárek a vzpomínku na práci s námi.

Báseň Obecné symptomy

(Neznámá anorektička, z materiálů Dr. Kočvarové)

Jedno kilo, druhý, třetí

Z kopečka to se mnou letí.

O půl kila každý den,

Býti štíhlá byl můj sen.

Jeden knedlík, masa kousek,

To byl celý oběd můj,

Svoje míry denně měřím.

Nesnídám a nevečeřím.

Jídlo už mne neláká,

Stala se ze mě mentálka.

Místo času ve škole,

Strávila jsem v Motole.

Jedno deko, druhý, třetí

*O půl kila jsem už těžší.
Tři rohlíky posnídám,
O kilo už více mám.
Ze dne na den stále víc,
Neodradí mne už nic.
Přes padesát vážím nyní,
Co mně vlastně takhle chybí?
Nic! Děvčátko jsem jako lusk,
Říká mi to každý kluk.
To je všechno pravda holá:
„Nikdy více do Motola.“*

4.4 Závěr a zhodnocení praktické části

Po společné debatě s Dr. Kočvarovou jsme musely uznat, že žáci jsou velmi dobře informovaní o tom, jak má vypadat správná životospráva, jaké jídlo a asi v jakém množství by ho měli přijímat, kolik by přibližně měli vážit, jak si to porovnali s propočtenými hodnotami z tabulek hodnocení BMI, ale už jim chybělo odhodlání se podle těchto informací řídit. Nemají v dospělých správný příklad dobrých jídelních návyků, matky a možná i otcové pořád drží nějaké bláhové diety, pořád řeší svou postavu a svaly, chodí do fitcenter, kde se snaží odčinit důsledky svého přejídání. Z rodin se vytratil společně trávený čas u jídla s možností společné konverzace. Dostatek nevhodných jídel je tak obrovský, jednodušší a rychlejší, než možnosti se správně, zdravě a kvalitně se najíst. Děti z domova neznají téměř nic jiného, než polotovary a domácí „fast foody“ (hranolky, řízky, majonézy, limonády, nadmíru sladkostí a jiné).

Jsou zmatené, co si počít. Nikdo je nenaučil jíst zdravě, ač se o to všichni pokoušejí, děti dostávají jen informace bez přirozeného příkladu, jak, co a v jakém množství správně jíst.

5. ZÁVĚR

Přestože poruchy příjmu potravy jsou nemoci, které jsou rozšířené mezi ekonomicky vyspělými státy již poměrně dlouhou dobu, informace o ní nejsou příliš rozšířené. Lidé o nich vědí velmi málo a zejména si nejsou vědomi všech možných rizik, které s nimi přicházejí a k jakým důsledkům to vše může dospět.

Po prostudování odborné literatury a kasuistik, a po rozhovorech o zkušenostech MUDr. Nory Kočvarové s lidmi trpícími tímto okruhem nemocí jsem si uvědomila, jak důležitá je prevence – informovat děti a mladé lidi (zasloužili by si i dospělí) nejen o správné životosprávě a zdravém životním stylu, ale i o správných jídelních návycích a rodinných tradicích spojených s konzumací potravy.

Jsem přesvědčená, že kdyby se rodiče dětí zastavili a uvědomili si, jak mohou zlepšit svůj přístup k jídlu a ke vztahu k vlastnímu vzhledu svého těla, udělali by velký kus práce v prevenci těchto poruch. Bylo by správné aby se do rodin vrátil prostřený stůl a společně strávený čas při konzumaci kvalitního a zdravého jídla.

Co může pedagog ovlivňovat a jaká je jeho role na základní škole? Především předávat informace a návody, jak správně jíst a starat se o své tělo. Informovat o tom, jak to může skončit v případě, že nás vzhled vlastního těla dožene k utrpení a nenávisti, smutku a sebeobviňování, že nejsme příliš hezcí, abychom ve světě obstáli a pocítili radost z úspěchu. Ostatní každodenní praxe je na rodině.

Je pravda, že poruchy příjmu potravy jsou nemocí, a diagnostikovat by je měl především lékař, ale my pedagogové, laici v tomto oboru, můžeme odhalit část příznaků už v prvopočátku možného vzniku anorexie či bulimie.

Pozorujme své žáky, nejen co umějí, ale jak se chovají, protože jak víme, poruchy příjmu potravy mají především psychosociální příčiny.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- COOPER, Peter, J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Votobia, 1995. 207 s.
- Duševní poruchy a poruchy chování. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize*. Praha, Psychiatrické centrum, 2000. 306 s.
- KRCH, František David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout: Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*. Motto, 1998. 96 s.
- KRCH, František, David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Grada, 2000. 120 s.
- KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2004. 255 s.
- MÁLKOVÁ, Iva, KRCH, František D. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001. 240 s.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha: Maxdorf, 1996
- VOMASTEK, Petr. *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houska, 2000. 256 s.
- Internet, viz příloha III

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA I CO JE TO BMI?

ZÁZNAMOVÝ ARCH

Nejjednodušším způsobem posouzení tělesné hmotnosti je využití některého z indexů, které vyjadřují poměr tělesné hmotnosti a výšky v různých mocninách. Nejčastěji se dnes používá Quetelův index tělesné hmotnosti tzv. **Body Mas Index – BMI**, který lze vypočítat podle následujícího vzorce

$$\text{BMI} = \text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2 = \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$$

Vypočítej si svůj BMI a

vyhledej si

tuto hodnotu v tabulce a

zakroužkuj ji.

Tabulka č. 2. Hodnoty indexu tělesné hmotnosti (BMI)

Váha (kg)	Výška v metrech															
	1,52 m	1,56	1,60	1,64	1,68	1,72	1,76	1,80	1,84							
44	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	13	13	13
45	19	19	18	18	17	17	16	16	16	15	15	15	14	14	14	13
46	20	19	19	18	18	17	17	16	16	16	15	15	15	14	14	14
47	20	20	19	19	18	18	17	17	17	16	16	16	15	15	14	14
48	21	20	20	19	19	18	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14
49	21	21	20	10	19	19	18	18	17	17	17	16	16	15	15	14
50 kg	22	21	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15
51	22	22	21	20	20	19	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15
52	23	22	21	21	20	20	19	19	18	18	18	17	17	16	16	15
53	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	18	17	17	16	16
54	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16
55	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	19	18	18	17	17	16
56	24	24	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16
57	25	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	17	17
58	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	17
59	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18	17
60 kg	26	25	25	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18	18
61	26	26	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18
62	27	26	25	25	24	24	23	22	22	21	21	20	20	19	19	18
63	27	27	26	25	25	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19	19
64	28	27	26	26	25	24	24	23	23	22	22	21	21	20	20	19
65	28	27	26	25	25	24	24	23	22	22	21	21	21	20	20	19
66	29	28	27	26	26	25	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19
67	29	28	28	27	26	26	25	24	24	23	23	22	21	21	20	20
68	29	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	22	22	21	21	20
69	30	29	28	28	27	26	26	25	24	24	23	23	22	22	21	20
70 kg	30	30	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22	22	21
71	31	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24	23	23	22	22	21
72	31	30	30	29	28	27	27	26	26	25	24	24	23	23	22	21
73	32	31	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24	24	23	23	22
74	32	31	30	30	29	28	28	27	26	26	25	24	24	23	23	22
75	32	32	31	30	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23	22
76	33	32	31	30	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24	23	22
77	33	32	32	31	30	29	28	27	27	26	25	25	24	24	23	23
78	34	33	32	31	30	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24	23
79	34	33	32	32	31	30	29	29	28	27	27	26	26	25	24	23
80 kg	35	34	33	32	31	30	30	29	28	28	27	26	26	25	25	24
81	35	34	33	32	32	31	30	29	29	28	27	27	26	26	25	24
82	35	35	34	33	32	31	30	30	29	28	28	27	26	26	25	24
83	36	35	34	33	32	32	31	30	29	29	28	27	27	26	25	25
84	36	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28	28	27	26	25	25
85	37	36	35	34	33	32	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25
86	37	36	35	34	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26	25
87	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25
88	38	37	36	35	34	34	33	32	31	30	30	29	28	28	27	26

44 ■ Bulimie: jak bojovat s přejídáním

Vyhublost	Podváha	Normální váha	Nadváha	Obezita
Zdraví trpí je třeba přibrat	Zdraví může trpět	Priměřená, zdravá tělesná hmotnost	Zdraví může trpět. Určité snížení váhy lze doporučit	Zdraví je ohroženo Je třeba zhubnout

PŘÍLOHA II

CITACE Z KNIHY PETRA VOMASTKA Z DENÍKU

ANOREKTIKA, strana: 11-13

(viz seznam použité literatury)

„Anorektik má silný sklon k sebekázni, chce přesně odlišovat, co je správné, a co špatné, a to správné potom realizovat. Naneštěstí to tak ve světě nechodí, že by bylo jedno bílé a druhé černé. Stejně je to s hubnutím. Hubnutí a podávání náročných fyzických výkonů mu krátký okamžik dávají zažít ten tak fantastický pocit, že je zde nějaké skutečné já. Ale za tento pomíjivý přelud musí draze zaplatit strádáním a v konečné fázi svým životem. To ale anorektik nevnímá. Anorektik nežije pro sebe sama, ale pro svůj obraz – jaký by měl být. Vidí svůj asketický ideál a pro zbytek světa je hluchý a slepý. Způsob, jakým se anorektik žene za svým ideálem, nápadně připomíná způsob, jakým požitkář shromažďuje své požitky. Honba za uspokojením je společná oběma, rozdíl je pouze v tom, před jakou modlou se klaní. Stejně tak lze nalézt paralely i mezi anorexií, alkoholismem, braním drog a gamblingem. Všechno to jsou druhy závislostí, a zároveň způsoby úniku ze světa a jako slzavého údolí.

Anorektik trpí přemírou sebekontroly – je skrytým manipulátorem, který nemůže svou moc projevit navenek a tak trhá své vlastní maso. Chce všechno uchopovat rozumem, tedy i to, co je rozumu nepřístupné – všechno tělesné a city. Svůj strach z tloustnutí zakládá na zkresleném vnímání určitých částí svého těla /břicho, hýždě, stehna/, nadhodnocováním jejich rozměrů. Podle mého názoru je ale anorexie projev – vyústění něčeho daleko hlubšího.

Úzkostně dodržuje striktní dietní chování. Ukázněně následuje ten hlas v sobě, který ho vybízí ke stále menšímu příjmu kalorií a jejich stále většímu výdeji skrze pohyb. Pokud je k jídlu přece jen donucen, jeho gesta a mimika vypovídá o tom, jak usilovně uvažuje: „Jak to do sebe nasoukat?“, případně: „Jak se toho zbavit?“. Trápí se a vyčítá si přečin, který je nucen páchat. Proto vyvíjejí nejrůznější podpůrné techniky, jak co nejvíce snížit množství vstřebané energie z přijímané stravy a jak, co nejvíce zefektivnit výdej energie.

- vyhledává nízkokalorická jídla s velkým obsahem vlákniny
- požívá projímadla
- před jídlem pije velké množství tekutiny
- drolí a žmoulá jídlo. Když už musí něco sníst, tak si s tím pěkně pohraje a vychutná si to. Vlastně se může jednat o postoj požitkáře, ale stejně tak může být požívání malých

soust jen prostředkem, který umožní jídlo roztáhnout na takovou dobu, kdy už u stolu nikdo nezbude. Některé mentálky totiž nesnesou, když na ně při jídle někdo pohlédne. Takový pohled je okamžitě za spolupůsobení jejich vztahovačnosti interpretován jako špatný či dokonce vysmívavý

- odpor jíst společně. Potírají prastarý rituál jedení v kruhu (kolem ohně), snad právě proto, že při takovém posezení se rodí blízkost a vřelost

- snaží se odlákat pozornost toho, kdo dohlíží, aby za den snědl alespoň jakési minimum. Chvilka nepozornosti a jídlo končí v odpadkovém koši, kapse či u povedených kamarádů

- v některých případech chodí oblékání velmi spoře, a opakovaně se sprchují studenou vodou

- jsou náruživí běžci, chodci, kulturisti zkrátka, co je zrovna po ruce. S kachetickým zjevem někdy nápadně kontrastuje nepřiměřená aktivita a čilost. Některé jejich výkony nemají daleko do megalomanie. Cvičí se pouze proto, aby se cvičilo a uvolnila se tak přijatá energie. Chová se jako pružina... kolik přijme, minimálně tolik vydá

- kůže je vrásčitá a suchá

- mají podlitiny, vypadávají jim vlasy, kazí se zuby, lámou si nehty

- mají pocit stálé zimy, jsou zimomřiví, v důsledku neustále mírně snížené teploty těla, spí v silných ponožkách a rukavicích, protože je chlad budí

- při sezení a ležení je bolí celé tělo, kosti mají jen potažené kůže a tlak na kosti je vahou velký

- mají většinou zácpu, žaludek je scvrklý, střevo se nemůže vyprázdnit

- mají časté křeče

Návaly lítosti a plačivosti, pocit nepochopení, úzkostlivost a deprese, beznaděj agresivita a hysteričnost v okamžiku, kdy se anorektikovi vymkne sebekontrola z rukou a uvolní se tak nahromaděné napětí. Obsedantnost – nevydrží chvíli v klidu. Vzpomínám si, jak jsem s oblibou při čtení kopal nohama. Při cestování jsem zatínal svaly na nohou s takovou zádrží, že mne potom, když jsem vystoupil, bolely. Přítomný je i strach z tloustnutí, tedy ze své tělesnosti, plodnosti a dospělosti. Anorektik se bojí dospělosti, protože to by znamenalo postavit se na své nohy, stát se odpovědný za sebe a svůj život a vynášet rozhodnutí. Což také souvisí s poruchami sebehodnocení a sníženým sebevědomím.

Anorektik je vlastně jenom takovým moderním romantikem. Přes starosti z tohoto světa, který ho opakovaně zraňoval, utíká hledat lepší – ideální svět do svého nitra a snění. Snění je sůl bez chleba. (Serna) Anorektik se uzavírá sám do sebe a buďto ztrácí zájem udržovat přátelské vztahy, anebo z původně vřelých vztahů vytváří vztahy neosobní, které může chápat až jako povinnost, což nakonec stejně vede k jejich rozpadu. A je tu další zklamání a další potvrzení přesvědčení, že svět nestojí za tu námahu. Pro anorektika není život radostným rozdováděným tancem, ale vyčerpávající dřinou, která nebere konce!“

PŘÍLOHA III

SEZNAM VYBRANÝCH INTERNETOVÝCH STRÁNEK VĚNUJÍCÍ SE PROBLEMATICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Adresář psychiatrů v ČR

Adresa: <http://www3.pcp.lf3.cuni.cz/psyweb/>
Internetová verze aktuálního adresáře

Centrum celostní medicíny na internetu

Adresa: <http://www.celostnimedicina.cz>
Články o zdraví z pohledu celostní medicíny, Lékařská internetová poradna,

Doktorka.cz

Adresa: <http://www.doktorka.cz>
Internetový časopis o zdraví a nemoci, diskusní fórum na téma anorexie, bulimie

Fórum zdravé výživy

Adresa: <http://www.fzv.cz>
Odborníky vedené informační stránky pro každého, pod hlavičkou Institutu klinické a experimentální medicíny IKEM Praha

Modrá linka

Adresa: <http://www.modralinka.cz/>
Internetové stránky provozuje občanské sdružení Modrá linka - centrum a linka důvěry pro děti a mládež

OS pro nemocné anorexií a bulimií ANABELL

Adresa: <http://www.anabell.cz/>
Internetové stránky OS ANABELL, obsahují informace o ppp, stanovy sdružení, pořádané akce...

Rozhovor s MUDr. Marií Foltýnovou o mentální anore

Adresa:
<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=651&sekce=10>
Rozhovor s MUDr. Marií Foltýnovou o příčinách, následcích, léčení a prevenci mentální anorexie.

Sekce poruchy příjmu potravy

Adresa: <http://www.sekkeppp.eu>
Stránky sekce pro ppp při České psychiatrické společnosti JEP

Stop ppp

Adresa: <http://www.stop-ppp.estranky.cz>

Stránky o všem co se týká poruch příjmu potravy.

Anorexia - a Game of Control!

Adresa: <http://ezinearticles.com/?Anorexia---a-Game-of-Con>

Low self-esteem produces a game of control. It causes a person to suffer in silence – suffering that can lead to anorexia.

Anorexia - Ask the Dietitian

Adresa: <http://www.dietitian.com/anorexia.html>

Got questions about Anorexia or Eating Disorders? Ask Joanne Larsen, Registered Dietitian and nutrition counselor.

Anorexia Information

Adresa: <http://www.findinfo.com/anorexia.htm>

Our web site offers information about anorexia

Anorexia Nervosa: Judy's Story

Adresa: <http://www.angelfire.com/ms/anorexianervosa/album.html>

Jeden příběh ze života s fotodokumentací

Bulimia.com

Adresa: <http://www.gurze.net/>

Specializes in information about eating disorders including anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating, plus related topics such as body image and obesity.

Eating Disorders - Mirror, Mirror

Adresa: <http://www.mirror-mirror.org/eatdis.htm>

This Canadian website provides the reader with definitions, signs and symptoms and physical/medical complications for anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and compulsive eating

Eating Disorders Independent Learning Unit

Adresa:

http://www.med.sc.edu:1060/eating_disorders_independent%20learning%20unit.htm

View the video clips, review the Power Point Lecture

Eating Disorders Mirror

Adresa: <http://www.mirror-mirror.org/eatdis.htm>

Informační stránky se zajímavými kapitolkami jako Myths and realities

Ernährung - Anorexia Nervosa

Adresa: <http://www.medizinfo.de/ernaehrung/anorexie.htm>

Inhaltsübersicht: Allgemeines, Krankheitsbild, Psycho-soziale Bedingungen, Therapie

Face The Issue

Adresa: <http://www.facetheissue.com/index.html>

Animace, informace - zajímavé!

Hungrig-Online

Adresa: <http://www.hungrig-online.de/index.html>

Je toho tu hodně - např. forum, chat, vše v němčině

Infor Anorexie & Boulimie

Adresa: <http://www.anorexie-boulimie.com/>

Infor A&B est un centre d'aide et soutien, d'information et prévention, et d'orientation thérapeutique.

MySelfHelp.com

Adresa: <http://www.myselfhelp.com/Programs/TCB.html#>

Ovládá bulimie váš život? Svépomocný program online

Something Fishy

Adresa: <http://www.something-fishy.org/>

Stránky o anorexii, bulimii a záchvatovitým přejídání - PRO-Recovery website

The Royal College of Psychiatrics

Adresa: <http://www.rcpsych.ac.uk/info/help/anor/index.asp>

This leaflet is for anyone who has anorexia or bulimia, or who feels that their eating or dieting is getting out of control

PŘÍLOHA IV

PŘEHLED VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ ČI JINÝCH ZAŘÍZENÍ PRACUJÍCÍCH S KLIENTY TRPÍCÍ PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

[LETOKRUH - Mgr. Ladislav Muller](#)

Brno, Rezkova 53

Tel: 776 14 40 80, **Email:** muller@letokruh.cz

Popis: Psychologické poradenství a psychoterapie, arteterapie

Nabídka: individuální psychoterapie, arteterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? ne

[Nemocnice Bohunice](#)

Brno, Jihlavská 20

Tel: 547 19 35 00, **Email:** pdite@med.muni.cz

Popis: Interní gastroenterologická klinika se specializací také na poruchy příjmu potravy

Nabídka: individuální psychoterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ano, informujte se při prvním kontaktu

[PhDr. Světlana Skálová](#)

Brno, Husitská 10

Tel: 777 10 69 54, **Email:**

Popis: Soukromá psychoterapeutická praxe - Dynamicky orientovaná individuální a skupinová psychoterapie

Nabídka: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ne

Psychiatrická klinika FN Brno - Bohunice

Brno, Jihlavská 20

Tel: 547 19 20 78, **Email:**

Popis: Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy na lůžkovém oddělení 24 pro dospělé, pro pacienty do 18 let dětské oddělení. K hospitalizaci se objednávejte prostřednictvím ambulantního psychiatra.

Nabídka: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, arteterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ano, informujte se při prvním kontaktu

PhDr. et PaedDr. Miroslav Petrzela

Brno 2, Špalíček, Zelný trh 12,

Tel: 542 21 90 21, 608 70 98 62, **Email:** petrzela@email.cz

Popis: Psychologické a psychoanalytické konzultace - psychologické a psychoanalytické konzultace; individuální psychoterapie: psychoanalytická psychoterapie, imaginativní psychoterapie (KIP)

Nabídka: individuální psychoterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ne

PhDr. Pavel Humpolíček

Bystřice pod Hostýnem (Brno, Zlínský kraj), Lipnická 1135

Tel: 737 62 03 99, **Email:** psycholog@email.cz

Popis: Psychologické poradenství a diagnostika; hypnóza, Scénotest

Nabídka: individuální psychoterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ne

Arteterapie pro klienty s anorexií a bulímií

České Budějovice, U Trojice 4

Tel: 603 759 916, 335 341 212, **Email:** hovorkovan@volny.cz

Popis: Mgr. Nicole Hovorková - skupinový a individuální arteterapeutický program, zaměřený na sebepoznání, rozvoj kreativity a uvolnění

Nabídka: arteterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ne

STŘEDISKO KOMPLEXNÍ TERAPIE

Liberec, Jáchymovská 286

Tel: 485 15 08 90, 485 15 13 98, **Email:** skt@sktlib.cz

Popis: Terapeutický tým tvoří přední odborníci v oblasti psychoterapie a psychosomatické medicíny.

Nabídka: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ano, informujte se při prvním kontaktu

Mgr. Lada Skulilová

Lipník nad Bečvou, Tyršova 12

Tel: 604 71 64 90, **Email:** skulilova@cbox.cz

Popis: psychoterapeutka (hypnoterapie, regresní terapie)

Nabídka: individuální psychoterapie,

Platí zdravotní pojišťovna? Ne

Převzato z webových stránek: www.anabell.cz

PŘÍLOHA V

CITOVANÉ KAZUISTIKY DÍVEK TRPÍCÍ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Pomůcka pro učitele

Převzato z knihy:

KRCH, František, David., RICHTEROVÁ, Ivana *Chci ještě trochu zhubnout*, Praha: Motto, 1998

Zkopíruj podle počtu skupin ve třídě, dej čas na přečtení a diskusi ve skupině, poté mluvčí skupin referují o příběhu dívky, stanoven časový limit 3 minuty.

Cvičení v rámci motivační fáze projektové vyučovací jednotky- hlavní ziskem tohoto cvičení jsou vcítění a vhled do problematiky poruch příjmu potravy, schopnost používat nové pojmy, pochopit vztahy v dané problematice

V reálné vazbě závěrečné práce – jsou stránky zkopírované a sestavené tak, aby každá skupina měla svůj příběh na jedné straně formátu A4.

Přestože je každý nemocný jiný a pochází z jiného prostředí, poruchy příjmu potravy jsou srozumitelným problémem s určitým obdobným vývojem, a tím pádem i s poměrně jednoduchými kroky směřujícími k řešení.

První krok musí udělat sám nemocný. Musí se rozhodnout, zda se chce léčit. Při rozhovorech s terapeutem pak směřuje k lepší orientaci v problému, který přestává být osobní tragédií a řetězem selhání. Nemocný si postupně zvyká na situaci, že sice nic nepomáhá okamžitě a nevyřeší celý jeho problém, ale že přesto může něco smysluplného a účinného dělat. Terapeut nabízí pacientovi určitá dílčí řešení, jež vyplývají z konkrétní situace a směřují k vytvoření vhodných návyků. Často je třeba hovořit i s rodiči, kteří jsou stejně netrpěliví jako nemocný a vinou své úzkosti a obav nevidí žádné dostupné řešení.

Podobně jako v rozhovoru s pacientkami (většinou jde o dívky, a tak se i nadále budu držet ženského rodu) se v této knize snažím reagovat na jejich problémy, poukazovat na možné souvislosti a přiměřená řešení. Důležitější než zjištění, co a proč nejde, je konkrétní představa o tom, co a jak dělat lze. Jak zvládat některé svoje problémy a podle možností jim i předcházet.

Záměrem této knihy proto není šokovat čtenáře dramatickými příběhy, ale přiblížit jim různorodou problematiku poruch příjmu potravy na konkrétních osudech konkrétních lidí. Přiblížit vám, jak hluboce mohou snahy o zhubnutí, diety, hladovky a zvracení změnit život člověka, a zároveň ukázat, jakým způsobem lze hledat cestu zpátky k normálním jídelním zvyklostem a životu.

František David Krch

Bojím se, že bych neměla o čem přemýšlet

PAVLA
studentka, 18 let
výška 164 cm, váha 31 kg
maximální váha kolem 50 kg

Myslím si, že se své závislosti na jídle už nikdy nezbavím. Absolvovala jsem několik nemocničních hospitalizací a až po té druhé jsem si s překvapením uvědomila, že jde o něco jiného než o problémy se stravováním.

Bývala jsem strašně hodná holčička, která snědla všechno, co jí doma dali na talíř. Asi ve třinácti letech to všechno začalo. Chodila jsem do tanečního kroužku a zdálo se mi, že mi narostl velký zadek a vůbec že jsem tlustší než moje kamarádky. Styděla jsem se za to a slibovala si, že budu držet dietu, ale nikdy jsem to nedokázala. Tehdy stačilo, když jsem si šla zaběhat – a jedno až dvě kila byla pryč.

Pamatuji si, že jsem 20. května šla s kamarádkou do divadla. Tehdy jsme si slíbily, že budeme držet dietu. Já vlastně jen jedla o něco méně než dřív – a během prvního týdne jsem zhubla o tři kila. Zdálo se mi to fajn, takže jsem se pokusila hubnout ještě víc a snížila si příjem potravin. Přestala jsem jíst knedlíky a sladké a vůbec mi to nevadilo. Až o prázdninách si rodiče všimli, jak jsem hubená, a máma mě vzala k doktorce. Ta neměla tušení, v čem je problém, a tak řekla, že je v pořádku, když vážím kolem 48 kg a že tedy mohu jet na tábor, na který jsem se hrozně těšila. Nikdo nevěděl, že mojí každodenní drogou je ranní vážení. Najednou jsem před odjezdem dostala panický strach, že se na

20

táboře nebudu moct vážit a denně kontrolovat, zda jsem nepřibrala, proto jsem přestala jíst úplně. Na táboře jsem si kupovala pouze jablka. Jenže jsem neměla dost peněz, takže jsem je chodila krást do sadu. Na táboře byl také můj bratr a ten domů napsal, že vůbec nic nejím, a tak za mnou máma s tátou přijeli. Slíbila jsem jim, že budu jíst – samozřejmě jsem stejně nejedla nic. Po návratu domů jsem vážila 43 kg, ale už jsem nedokázala s hubnutím přestat. Dětská doktorka mě poslala na psychiatrii, jenže rodiče měli pocit, že je to ostuda, a proto se s ní domluvili, že k ní budu chodit každý týden na kontrolu.

Pořád jsem hubla, až jsem skončila v nemocnici, kde jsem si pobyla dva měsíce. Ani tehdy jsem si neuvědomovala, že je to psychická nemoc. V nemocnici mě donutili jíst, takže jsem sedm kilo přibrala. Na Vánoce jsem se vrátila domů. Měla jsem strach, že mě naši budou nutit jíst, že se začnu přejídat. Takhle hrůza mi bránila v jídle. Navíc jsem se děsně štítila zvracení – proto jsem raději nejedla, abych se nemusela zbavovat jídla tím odporným zvracením. Takže jsem se ocitla znovu v nemocnici, kde jsem se už ale vědomě bránila přibrat pár kilo. Nemocnici jsem nenáviděla, proto jsem přemluvila rodiče, aby mě na revers vzali domů.

A zase se všechno opakovalo.

V dubnu 1995 jsem vážila zase 34 kg, bylo mi děsně špatně a poprvé jsem se těšila do nemocnice, protože jsem věřila, že mi tam pomůžou. Dokonce jsem se těšila i na nemocniční svíčkovou s knedlíkem. Ale žádná svíčková se nekonala – víc než týden mě krmili tou příšernou sondou. Strávila jsem tam čtyři měsíce.

21

Po více než dvou letech hubnutí jsem si uvědomila, že v tom bude ještě něco jiného. Terapie mi otevřely oči. Vypadalo to, že už budu mít pokoj, ale po pár měsících jsem zase začala hubnout. Tehdy jsem dokonce sama řekla, že chci do nemocnice. Měla jsem problémy s dýcháním a se srdcem. Stejně jsem se ale bála – nejvíc Vánoc a toho, že budu muset být doma v „rodinném kruhu“, kde mě budou nutit jíst. Šla jsem tedy raději znovu do nemocnice, kde se tentokrát spíš mluvilo o příčinách mého stavu než o mé konkrétní váze.

Každé holce, která se ocitne ve stejné situaci jako já, asi nejvíc pomůže, když ji někdo povzbuzuje a hlavně se jí nevysmívá. To je na tom to nejhorší.

Určitě nejsem sama se sebou spokojená. Je mi líto, že nejhezčí léta svého života (což všichni říkají a já s tím souhlasím) trávím po nemocnicích. Ale mnohem silnější je strach, že ztloustnu, že se moje mentální anorexie změní v bulimii a já se budu přejídat. A poprvé se přiznávám i k tomu, že mám vlastně strach z toho, že bez starosti o jídlo by byl můj život prázdný. Teď mě pořád zaměstnává moje váha, jídlo a kalorie, co bych měla potom? Nemám nic, co by tyhle starosti nahradilo. Víím, že se za mnou lidi otáčejí, že si myslí, že jsem hnusná, vidím jejich pohledy. Hrozně ráda bych taky chodila s nějakým klukem (i když ten mi zatím moc nechybí). I já si připadám hnusná, jenže stejně nedokážu překonat děs z toho, že bych mohla začít jíst normálně a přibrala pár kilo. Stále je pro mě nejdůležitější tajné ranní vážení...

22

Zhubla jsem, ale nebyla jsem šťastná

MARCELA

studentka, 18 let

výška 169 cm, váha 40 kg

nejnižší váha 33 kg

maximální váha před nemocí 57 kg

Začalo to při tréninku. Strašně mě bavilo tančovat, jenže najednou jsem v patnácti vyrostla, přibrala, zakulatila se. Trenérka preferovala svou o dva roky mladší dceru, a tak nám starším řekla, že jsme tlusté, tedy nemáme šanci být špičkové tanečnice. Pořád jsem víc a víc cvičila, ale nehubla jsem, protože jsem normálně jedla. Zkusila jsem tedy různé diety a zdálo se, že jsem najednou volná a osvobozená. Objevila jsem, jak je příjemné pít džusy, nakonec jsem i několik dní nic nejedla a jen pila. Máma na nic nepřišla, i když mě na nebezpečí upozorňovala, ale já s úsměvem tvrdila, že svačina byla fajn, ať mi zase koupí ty výborné koláče. Přitom jsem všechno jídlo vyhazovala do nejbližšího odpadkového koše.

Tohle trvalo asi půl roku a já byla ráda, jak jde váha dolů. Přitom jsem se cítila výborně a byla jsem plně aktivní. Jenže z mentální anorexie jsem z ničeho nic spadla do bulimie. Prostě jsem musela jíst a jíst a hned všechno vyvracet. Došlo i k tomu, že jsem doma kradla peníze, abych měla na jídlo. Zdálo se mi, že jsem něco lepšího, když si můžu koupit to nejdražší jídlo, dokonce jsem si začala kupovat i drahé oblečení, abych se ujistila, jak mi to po těch dietách sluší. Styděla jsem se za to, ale ovládnout se to nedalo.

Nejhorší to bylo asi po roce, v létě. Najednou

26

šla moje váha prudce dolů, nemohla jsem trénovat, nic mě nebavilo, měla jsem návaly pláče, zlosti, nenávisti na všechny kolem, objevily se zdravotní potíže. Padaly mi vlasy, měla jsem suchou kůži, ztratila jsem menstruaci. Ale ani to mě nepřesvědčilo. Chovala jsem se umíněně a zatvrzele.

Byla jsem konečně šťastná! Ale šťastná jsem nebyla ani trošku. Nejvíc asi k tomu přispělo to, že se o mě přestal zajímat můj táta. Neměl na mě čas, na nic se mě nezeptal, jenom mi vyprávěl o tom, jak dokonalá je jeho dcera z druhého manželství. Kdybych tátovi sama nezavolala, ani by se neozval. Samozřejmě si všiml mé vyčrtlosti. Reagoval na to jednoduše: řekl, že když jsem tak hnusně hubená, nemám mu lézt na oči, a pak mě vybědl, abych se koukala pořádně nacpat v cukrárně. Zatloukala jsem i jemu, jak to se mnou je.

Věděla jsem dobře, že lžu a podvádím. Ale bylo to proto, abych oddálila chvíli, kdy budu muset sama sobě přiznat, že jsem nemocná.

Myslím si, že jsem už konečně pochopila, odkud pramení můj odpor k jídlu, a smířila se se skutečností, že musím pár kilo přibrat. Nejvíc mi pomáhá škola, to je asi ta nejdůležitější berla. Vždycky mě povzbudí, když se mi něco podaří, když mě někdo za něco pochválí. Bez školy bych zase doma jen tupě zírala do zrcadla a dívala se, jak jsem tlustá. Moc mi pomáhají i kamarádky a máma. Takže mám spoustu podpůrných bodů, přesto stále ještě nespínám jakékoli hovory o jídle a do zrcadla se radši nekoukám.

Jsem ráda, že jsem pár kilo přibrala, už se zase za mnou kluci otáčejí, dokonce se objevil jeden, kvůli kterému chci být co nejhezčí. Hlavně

27

bych nerada zklamala lidi kolem sebe. Možná mi pomohlo i to, že jsem si vyřešila svůj vztah k otci. Beru ho takového, jaký je, a vím, že od něj nemůžu nic čekat. Vždycky, když je mi ouvej, pšu si takový deníček. Ten mi taky pomáhá.

Jen si nejsem jistá, zda ti hodní lidé, kteří se vyskytují kolem mě, nejsou z těch mých problémů už příliš unavení. Musí to ale asi se mnou ještě nějakou dobu vydržet...

Bála jsem se jíst i jahody

ANITA

studentka, 19 let

výška 172 cm, váha 59 kg

nejnižší váha 34 kg

V šestnácti letech jsem nechtěla hubnout, ale zdravě žít a jíst. Takže jsem podle literatury a časopiseckých článků začala přepočítávat kalorie a jíst pouze zdravou výživu. Cítila jsem se skvěle, a proto jsem se snažila o to víc jíst zdravě. Pak jsem najednou začala výrazně hubnout a pocítovala jsem i psychické problémy. O to víc jsem znásobila své úsilí o zdravou a cílenou výživu.

Bydlím na venkově a moji rodiče vyznávají klasickou českou kuchyni. Takže i v tomto směru začaly problémy, protože naši viděli, jak a co jím, a hlavně jak vypadám. Hodně mladých lidí si stěžuje na vztahy s rodiči. Já mám štěstí, protože moji rodiče jsou výborní. Myslím si, že to byli právě oni, kdo mi nejvíc pomohl. Ve škole můj problém nikoho nezajímalo, učitelé se tvářili spíš pohrdavě, a několik doktorů, k nimž mě mamka vodila, aby se zjistilo, co mi vlastně je, se ani nenamáhalo mi cokoliv vysvětlit.

Nakonec jsem se ocitla na psychiatrii, kde jsem strávila půl roku. Učila jsem se tam jíst, snažila se dodržovat dobu jídla, jedla jsem určité množství, prostě jsem chtěla domů. Vypadala jsem hrozně. Padaly mi vlasy, na těle mi naskákaly modřiny, kosti se o sebe třely až do krve, několik měsíců jsem nemenstruovala.

Bohužel za několik týdnů po návratu z nemocnice začalo vše nanovo. Tehdy jsem chtěla

35

zhubnout pomocí sportu, takže jsem po každém jídle až tři hodiny běhala a jezdila na kole jako zběsilá. Už jsem nedokázala myslet na nic jiného než na to, co mám (či spíš nemám) jíst.

Když si vybavuju svou tehdejší náladu, vzpomenu si, jak na stole stál přede mnou talíř s nádhernými jahodami. Neodolala jsem a jednu (vlastně jen půlku) jsem snědla – a okamžitě běžela na dvorek cvičit, protože jsem byla přesvědčená, že po té jahodě příšerně ztloustnu. Měla jsem tehdy pocit, že ten kousek jahody v mém břiše naroste a způsobí, že zase přiberu.

Nevím, kdy jsem začala uvažovat jinak. Určitě to bylo hlavně kvůli mamce, protože jsem viděla, jak se trápí. Pak se taky objevil kluk, se kterým dosud chodím. Kvůli němu jsem chtěla vypadat jako ženská. Už jsme spolu skoro dva roky. Myslím si, že právě on mi hodně pomohl. Déle než rok jsem v pohodě a na dobu, kdy jsem v hlavě měla jen jídlo, vzpomínám jako na něco úžasného. Jím všechno normálně, kilogramy se netrápím a jsem si jistá, že vše je v mém případě vyřešeno. Snažím se občas pomáhat i některým kamarádkám, které mají nejrůznější problémy s dietami, protože vím, jak je strašné, když potřebujete pomoc a druzí se jen nechápavě vysmívají a tváří se, že nic nevidí a že ten problém je malicherný. Bohužel jsem se s tímto přístupem setkala i u učitelů, některých kamarádek a příbuzných.

Nejhorší je, že jste-li nemocní, lidé vám nevěří, že opravdu nemůžete svůj postoj k jídlu jen tak ze dne na den změnit a že se trápíte víc, než kdybyste trpěli nějakou jinou nemocí, kvůli které by vás přátelé i okolí třeba litovali...

36

Slovo odborníka

Anorekticky i bulimicky se svoje nepřiměřené jídelní postroje a hladovky snaží často zdůvodňovat škodlivostí přejídání a nadváhy. Akutně mnohem nebezpečnější jsou však důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti. Anita je popsala poměrně přesně. Setkáváme se s nimi (dříve nebo později) u většiny hladovějících. Ještě nebezpečnější může být navyklé zvracení. Pro informaci uvádím některé nejběžnější důsledky diety a hladovění:

- citlivost na chlad, celková únavnost a spavost
- poruchy spánku
- nepravidelná menstruace

(Pro pravidelnou menstruaci je nutné, aby alespoň 15% tělesné váhy ženy tvořila tuková tkáň.)

Nezanedbatelný je i vliv na schopnost otěhotnět a vývoj plodu.

- snížená funkce střev (zácpa)
- oslabený krevní oběh, chudokrevnost, zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- zvýšený růst ochlupení po celém těle
- kazivost zubů, padání vlasů, zhoršení pleti
- poškození jater pramenící z nedostatku živin (játra nejsou schopna vyrábět dostatek bílkovin, což se může projevit otoky)
- ochabnutí žaludku, což vede k pocitům nepřiměřeného přejedení i po požití malých dávek jídla
- oslabení celkové obranyschopnosti organismu
- opoždění puberty
- deprese, podrážděnost
- nutkání přejídat se, soustavná chuť na sladké
- zhoršení koncentrace pozornosti, zpomalení pracovního tempa a schopnosti chápat komplexní problémy

37

ONY

Vázení se stalo mojí drogou

JANA

zdravotní sestra, 26 let
výška 165 cm, váha 36 kg

Naprosto přesně vím, kdy jsem se rozhodla, že začnu hubnout. Rozešla jsem se tehdy se svou první láskou a měla jsem pocit, že je kolem mě prázdnost. V jednom časopise jsem si přečetla návod jak zhubnout. Bylo mi sedmnáct a po ukončení známosti se starším klukem jsem byla jako svázaná, protože on si mě předtím dost okupoval jen pro sebe. Najednou jsem neměla nic. Přestala jsem se stýkat i s partou, kam jsme dřív oba patřili. Na jednu stranu se mi ulevilo (ten pocit svobody!), na druhou stranu mi něco chybělo. Takže jsem si našla novou životní náplň: hubnutí. Tehdy jsem vážila 48 kilogramů, kamarádky mi záviděly, že ani po pořádném jídle netloustnu, a já si najednou přála, aby záviděly ještě víc. Kolem jídla jsem si začala dělat určité rituály, pořád jsem o jídle přemýšlela, každé jídlo v duchu přepočítávala na kalorie, hlídala si časy jídla, druh i množství potravin. V žádném případě jsem se nějaké bulimie ani anorexie nebála. Byla jsem totiž přesvědčená, že mám všechno pevně v rukou a že dělám dobře, protože dbám o své zdraví.

13

V té době jsem bydlela na internátě a domů jezdila jen na víkend, takže mi do jídla nikdo nemluvil. Samozřejmě jsem občas měla hlad, ale skoro rok jsem na dietách vydržela – a pak už jsem se nedokázala normálně najíst. Když mě třeba doma zlákal vánoční cukroví, měla jsem hrůzu, že se správním.

Tehdy mě napadlo, že možná by bylo řešením všechno vyzvracet. Pak jsem zjistila, že se mi daří zvracet pokaždé, když si umanu. To mě uklidňovalo. Byla jsem přesvědčená, že díky tomu v pohodě všechno zvládnou. Pořád jsem vážila kolem 45 kilo, takže jsem se ničeho nebála.

Po maturitě jsem nastoupila do zaměstnání. Tam jsem se začala denně vážit a pořád si hlídala, abych ani pár deka nepřibrala. Vázení se stalo mojí drogou. Byla jsem spokojená, když šla váha dolů, přestože jsem věděla, že to není v pořádku. Denní dávku jídla jsem sice radikálně snížila, ale přesto jsem se snažila třeba i tři dny nejíst, abych ještě shodila. Čtyři roky jsem víc zvracela, než jedla. Rodiče při mých návštěvách doma nic netušili, protože jsem se vždycky hodně najedla, aby měli radost. Jenže já vzápětí všechno vyzvracela.

Když jsem pochopila, že jsem vlastně nemocná a musím se léčit, zkoušela jsem vyhledat pomoc u lékařů, avšak marně. Moje teta se o mě začala bát. Veškeré její rady však spočívaly v tom, abych přibrala nebo brala nějaké hormony.

Naštěstí asi po roce trápení jsem při akci Týden duševního zdraví na Staroměstském náměstí viděla jakousi pojízdnou ordinaci – autobus, v němž nabízeli pomoc. Nechala jsem si poradit, abych si co nejdřív došla na psychiatrii.

Několikrát jsem pak chodila na terapii, jenže

14

to mi moc nepomáhalo, takže došlo na hospitalizaci.

Po návratu z nemocnice jsem skoro rok vydržela jíst normálně, ale znovu se všechno vrátilo: přejídání, zvracení, několikadenní půsty. A tak se to vlastně opakuje dodnes. Myslím si, že na tom nejsem dobře, protože moje deprese se zhoršují. Uzavírám se do sebe, netoužím ani po kamarádkách, ani po společnosti nebo partnerovi. Sama jsem se rozešla s hodným klukem, který mi chtěl pomoci.

Až můj pokus o sebevraždu byl tím rozhodujícím okamžikem, kdy si i naši uvědomili, že se mnou něco není v pořádku. Snažím se bojovat se svými stále nepřijemnějšími stavy, bráním se depresím, ale ty jsou stále hlubší a častější. Když je nejhůř, zavolám nějaké kamarádce, přestože se dnes přátelím jen se stejně postiženými děvčaty. Většinou mi pomůže i to, že jdu do práce – mezi mentálně postiženými dětmi. To mi asi nejvíce pomáhá, ale vzhledem k mým stále přibývajícím závažným zdravotním problémům, které pramení z podvýživy, si moc do budoucnosti nevěřím...

PŘÍLOHA VI.

DALŠÍ AKTIVITY ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Předmět Výpočetní technika

Já jako „přetvořená“ modelka, „přetvořený“ manekýn

1. Nafotťte dobrovolníky z řad žáků třídy - navzájem školním digitálním fotoaparátem (ideálně každý má svou fotku celé postavy)
2. Použijte počítačové programy na úpravu fotografií, které máte nainstalované ve vaší počítačové učebně.
3. Zahrajte si na reklamní agenty, kteří upravují fotografie modelek (svoji fotografii) do módních časopisů.
4. Vytvořte si svůj plakát s 2 fotografiemi, jeden původní originál a druhá přetvořená podobizna svého obrazu, tak aby vypadala jako modelka/manekýn
5. Přemýšlejte o fotografiích v módních časopisech, odpovídají skutečnosti? Modelky v časopisech v reálném světě přece nevypadají tak skvěle jako na svých umělých a skutečnosti neodpovídajících fotkách?!

Vaření

Popletený jídelníček

Sestav 2 vzorové jednodenní jídelníčky s časovým rozvržením a odhadnutým množstvím do nově postaveného hotelu MIMOZEMŠŤAN.

První jídelníček a časový plán konzumace jednotlivých porcí pro „ufony sportovce“ a druhý pro „ufony, kteří chtějí onemocnět poruchou příjmu potravy“, aby mohli po návratu na svou planetu poreferovat o vlastní zkušenosti s touto nemocí svého vrchního Ufona.

Matematika

Jouly a kalorie

Vytvoř převodní tabulku joulů, kalorií, kilojoulů a kilokalorií. Přines si z domova 3 obaly od potravin s uvedenými nutričními hodnotami a spočítej obsaženou energii v obou jednotkách.

Dále můžeme zadávat různé slovní úlohy s využitím těchto jednotek.

Příklad: Spočítej, kolik tohoto vybraného jídla můžeš sníst, když tvá denní spotřeba energie je x joulů za den - vyhledej na internetu. Svůj optimální příjem kalorií za den. /např. [wwwstránky](#) jako :e-kalkulačka a jiné/.

Výtvarná výchova

Koláž z obrázků jídla

Využití reklamních letáků potravin, dokončení a popisy....