

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Veronika Toporová

Poruchy příjmu potravy. Obezita versus anorexie

Praha 2013

Vedúci diplomovej práce:

PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Master Full-Time Studies

2011 – 2013

DIPLOMA THESIS

Veronika Toporová

Eating disorders. Obesity versus anorexia nervosa

Praha 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovávaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa

Veronika Toporová

Pod'akovanie

Chcela by som poďakovať PhDr. Tereze Vacínovej, Ph.D., vedúcej mojej diplomovej práce, za odborné vedenie a poskytnutie cenných rád pri spracovaní tejto práce.

Anotácia

Diplomová práca sa zaoberá poruchami príjmu potravy. Snaží sa podať čo najucelenejší prehľad o dvoch majoritných poruchách príjmu potravy a to mentálnej anorexii a obezite. Teoretická časť sa zaoberá stručným definovaním a charakteristikou porúch príjmu potravy, základnými diagnostickými kritériami, históriou týchto porúch, ďalej príčinami vzniku, príznakmi, dôsledkami, možnosťami liečby a prevenciou. Poslednou časťou je kazuistika, v ktorej je priblížený súhrn okolností vzniku a liečby porúch príjmu potravy pacientiek na psychiatrickom oddelení v nemocnici v Považskej Bystrici.

Kľúčové pojmy

Liečba, mentálna anorexia, obezita, poruchy príjmu potravy, prevencia, predispozície porúch príjmu potravy, zdravotné komplikácie.

Annotation

The diploma thesis deals with eating disorders. It tries to bring the most comprehensive overview of the two majority eating disorders, anorexia nervosa and obesity, respectively. The theoretical part deals with a brief definition and characteristics of eating disorders, the essential diagnostic criteria, history of these disorders, the causes of, symptoms, consequences, treatment options and prevention. The last part diploma thesis is a case- description in which the approach is all factors of a eating disorders treatment of patients in the psychiatric department at the hospital in Považská Bystrica.

Key words

Anorexia nervosa, eating disorders, health complications, obesity, predispositions eating disorders, treatment.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČASŤ	12
1 HISTÓRIA A VYMEDZENIE MENTÁLNEJ ANOREXIE.....	12
1.1 História mentálnej anorexie.....	12
1.2 Definícia pojmu mentálnej anorexie.....	15
1.3 Diagnostické kritéria mentálnej anorexie	22
2 PREDDISPOZÍCIE MENTÁLNEJ ANOREXIE	26
2.1 Psychologické faktory.....	27
2.1.1 Poruchy osobnosti.....	28
2.1.2 Úzkosť.....	28
2.1.3 Depresie	29
2.1.4 Kognitívne a emocionálne poruchy.....	30
2.1.5 Psychologické a psychiatrické traumy.....	31
2.2 Genetika	31
2.3 Prenatálne komplikácie.....	33
2.4 Pohlavie a sexuálna orientácia	33
2.5 Sociokultúrne faktory.....	35
3 ZDRAVOTNÉ KOMPLIKÁCIE MENTÁLNEJ ANOREXIE	35
3.1 Zdravotné komplikácie	36
3.1.1 Kardiovaskulárne komplikácie	36
3.1.2 Gastrointestinálne komplikácie	37
3.1.3 Ženský reprodukčný systém.....	38
3.1.4 Kostný metabolizmus	40
4 LIEČBA MENTÁLNEJ ANOREXIE	41
4.1 Rodinná terapia.....	43
4.2 Hospitalizácia	44
4.3 Farmakoterapia	45
4.4 Interpersonálna terapia	47
4.5 Psychoterapia.....	48
5 PREVENCIA MENTÁLNEJ ANOREXIE.....	49
5.1 Dostatočný denný príjem.....	49

5.2	Pravidelná strava.....	49
5.3	Postupné rozširovanie výberu jedla.....	49
5.4	Mäso v jedálničku.....	50
5.5	Veľkosť porcií	50
5.6	Ako odhadovať porcie	50
6	HISTÓRIA A VYMEDZENIE OBEZITY	53
6.1	História obezity	53
6.2	Vymedzenie obezity	56
7	PRÍČINY VZNIKU OBEZITY	60
7.1	Energetická bilancia.....	61
7.2	PRAVIDELNOSŤ PRÍJMU POTRAVY.....	61
7.3	Psychosociálne faktory.....	64
7.4	Dedičnosť a jej vplyv na obezitu.....	65
7.5	Obezita a endokrinný systém.....	66
8	ZDRAVOTNÉ KOMPLIKÁCIE A LIEČBA OBEZITY.....	67
8.1	Zdravotné komplikácie obezity.....	67
8.1.1	Index telesnej hmotnosti u mužov a žien	68
8.2	Liečba obezity.....	72
9	PREVENCIA OBEZITY	80
	PRAKTICKÁ ČASŤ.....	87
	ZÁVER.....	114
	ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV	117

ÚVOD

O poruchách príjmu potravy hovoríme vtedy, keď človek používa jedlo na riešenie svojich emocionálnych problémov. V ťažkej situácii sa snaží uľaviť svojim pocitom pomocou jedla. Pre človeka, trpiaceho poruchou príjmu potravy prestáva byť jedlo jednou zo súčastí jeho života, ale stáva sa pre neho peklom. Poruchy príjmu potravy nevznikajú samy od seba. Je to príznak, signál, že v živote človeka nie je niečo v poriadku. Skutočnosť, že poruchy príjmu potravy sa vyskytujú najčastejšie v období dospievania, nie je náhodná. U mladého človeka vrcholia práve v tomto období snahy o seba prijatie a získanie nezávislosti. Obdobie adolescencie tak prináša so sebou okrem prvých lások aj pocity neistoty a zmätku. Dospievanie neuľahčuje mladým ľuďom a hlavne dievčatám ani tlak médií, propagujúci vychudnutosť ako symbol sexuálnej príťažlivosti a záruku profesionálneho úspechu.

Kombináciou istých telesných, psychologických či sociálno-kultúrnych faktorov, sa porucha príjmu potravy môže stať jedným z riešení stresujúceho obdobia dospievania. Spočiatku prísne diéty, nadmerné cvičenie či zvracanie dávajú človeku spočiatku pocit, že sa dokáže kontrolovať a vytvárajú ilúziu úspechu, dokonca i zvýšeného sebavedomia. Problém je „iba“ v tom, že takáto ilúzia netrvá dlho. To, čo malo pôvodne priniesť riešenie (diéta, zvracanie, vychudnutosť) sa stáva pascou. Namiesto toho, aby človek prispôboval príjem potravy svojmu životu, prispôbuje svoj život nevhodným stravovacím návykom. Poruchy príjmu potravy už dávno nie sú exkluzívnou poruchou, ktorá postihuje hlavne modelky a dievčatá z vyšších sociálnych vrstiev. Pribúda počet chorých s rôznym vzdelaním, kultúrnym a rodinným zázemím. Rozširuje sa veková hranica začiatku ochorenia. Je nepopierateľné, že v prípade vzniku poruchy príjmu potravy ide o vážne ochorenie postihujúce organizmus, psychiku aj spoločenský život jedinca. Nie je už čisto klinickou záležitosťou a vyžaduje si, okrem pozornosti lekárov a psychológov, aj pozornosť špeciálnych pedagógov i učiteľov a rodičov. Tieto skutočnosti, ako i fakt, že ochorenie sa stáva medzi mládežou stále rozšírenejším (dokonca populárnejším), nás viedli k napísaniu tejto diplomovej práce. Okrem základných informácií o poruchách príjmu potravy sa môžeme dozvedieť aj to, aké riziká predstavujú pre ďalší psychický a fyzický vývin jedinca. Mediá nás obklopujú krásnymi telami. Televízne programy, filmy, reklamy, časopisy pre ženy aj

pre mužov - všade sa stretávame s myšlienkou, že krásne, mladé a štíhle ženské telo je zárukou osobného šťastia. A bohužiaľ: nielen zárukou, ale aj podmienkou. Vo filmoch stvárajú sympatické charaktery pekní ľudia. Tým sa tiež v ich filmových životoch darí spravidla dobre, na rozdiel od ich menej príťažlivých kolegov. A krása = štíhlosť = úspech. "Ak budete štíhla, bude sa vám dariť. Ak budete štíhla, budú vás mať ostatní radi. Ak budete štíhla, budete šťastná. "Ako filmové hrdinky, ako tie krásne ženy z reklamy, ako modelky. Hoci spoločensky vyžadovaná telesná línia svojou absurditou poruchy príjmu potravy priamo implikuje, chápeme dnes anorektické a bulimické správanie ako patologické. Jedlo, práve preto, že je "zakázané", sa stáva obsesiou. Anorektičky o ňom celé dni rozmýšľajú a úzkostlivo minimalizujú až anulujú jeho konzumáciu, bulimičky v záchvatoch žravosti zjedia často levie porcie a umelo vyvolávajú zvracanie. Spoločná je nespokojnosť až nenávisť k vlastnému telu, ktoré nezriedka považujú za odporne hrubé, nezávisle na reálnej hmotnosti. Častý je predovšetkým odpor k vlastnému bruchu, ktoré chorým pripadá škaredo vypuklé, ponúka sa paralela k neprijatiu potenciálneho materstva – reprodukčné funkcie žien je koniec koncov v dôsledku sebapoškodzovania jedálnych návykov vo faktickom ohrození.

Diplomová práca vznikla na základe preštudovanej odbornej literatúry, analýzy dotazníkov a na základe rozhovorov s odborníkmi zaoberajúcimi sa touto problematikou.

Práca je členená na teoretickú a praktickú časť. V teoretickej časti sa, po preštudovaní odbornej literatúry a využití ďalších zdrojov, venujeme poruchám príjmu potravy všeobecne - opisujeme históriu porúch príjmu potravy, vysvetľujeme tu základné pojmy tejto problematiky, možné príčiny porúch príjmu potravy, zdravotné komplikácie, liečbu a prevenciu porúch príjmu potravy. Cieľom našej diplomovej práce a výskumného projektu diplomovej práce je analyzovať problematiku porúch príjmu potravy.

Cieľom predkladanej diplomovej práce je uskutočniť analýzu a ukázať na vážnosť následkov porúch príjmu potravy na mentálne a fyzické zdravie človeka a odradiť jedincov od tejto zákernej choroby.

Pre realizáciu tohto cieľa je potrebné uskutočniť nasledujúce úlohy:

Prvou úlohou je na základe osobnej návštevy nemocnice v Považskej Bystrici na psychiatrickom oddelení získať konkrétne údaje potrebné k spracovaniu diplomovej práce v prípadoch v ktorých sa vyskytli poruchy príjmu potravy. Kritériom pre výber nemocnice, v ktorej spracováваме praktickú časť diplomovej práce, je súhlas vedenia psychiatrického oddelenia s poskytnutím informácií. Pre širšiu možnosť porovnania sme použili aj niektoré prípady z internetu.

Definujeme si dve hypotézy:

Hypotéza č. 1 : Predpokladáme, že najčastejším dôvodom vzniku porúch príjmu potravy je problém v rodinnom prostredí.

Hypotéza č. 2 : Predpokladáme, nízku pravdepodobnosť úplného vyliečenia pacienta.

Ako druhú úlohu sme si vymedzili zistenie najčastejších príčin vzniku porúch príjmu potravy v konkrétnych prípadoch na základe skúmania dostupných chorobopisov a článkov z internetu.

Tretia úloha je uskutočnenie analýzy stanovených hypotéz porovnávaním jednotlivých prípadov.

Štvrtou úlohou je zhodnotenie skúmaných chorobopisov.

Ako piatu úlohu sme si stanovili navštíviť materskú škôlku a rozšíriť problematiku porúch príjmu potravy u detí v predškolskom veku.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 HISTÓRIA A VYMEDZENIE MENTÁLNEJ ANOREXIE

1.1 História mentálnej anorexie

Už od staroveku sú popisované najrôznejšie formy porušeného príjmu potravy. V 5. storočí pred našim letopočtom sa Hippokrates zmieňuje o poruchách príjmu potravy a označuje ich názvom asithia. Galén v 2. storočí nášho letopočtu ako prvý v histórii vôbec použil termín anorexia. Zo 14. Storočia pochádza prvá zmienka o Sv. Kataríne zo Sienny, ktorá dobrovoľne zomrela hladom. Sv. Katarína sa starala o ženu, ktorá mala nádor na prsiach. Po čase sa jej zápach odumierajúceho tkaniva znechutil natoľko, že nebola schopná sa s tým vyrovať. Aby prekonala tento odpor, zotrela z odumierajúceho tkaniva hnis a vypila ho. V noci sa jej zjavil Kristus a vyzval ju aby pila krv z vytekajúcu z rany. Mala to byť útecha pre jej žalúdok. Sv. Katarína si celú udalosť vysvetlila tak, že nemôže tráviť jedlo a nemusí až do konca svojho života prijímať potravu. Od svojich 16 rokov prežívala len o vode, čerstvej zelenine a chlebe. Bola presvedčená, že objavila svoj vlastný zdroj potravy. Ak prijala viac jedla, skonzumovala koreňky, ktoré jej vyvolali zvracanie.¹

Prvé klinické obrazy, ktoré zodpovedajú diagnóze mentálnej anorexie boli zaznamenané v 17. storočí. Najdokonalejší popis tejto choroby je spojený s menom anglického lekára Richarda Mortona (1637- 1698). Tento významný lekár popisuje vo svojom diele Phthisiologia takzvané nervové opotrebenie, ktoré je spôsobené fyzickými príčinami ale i emocionálnymi vplyvmi. Po Mortonovi popisali rovnaký chorobný syndróm v roku 1767 v Anglicku Whytt, v roku 1780 francúzsky lekár Nadeau.² Termín nervová anorexia sa objavuje hlavne vo francúzskej lekárskej literatúre. Na začiatku 19.

¹ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 20. ISBN 978-80-247-2425-6.

² BRUMBERG, JJ. *The History of Anorexia Nervosa*. New York, NY: Vintage Books, 2000. s. 17. ISBN 978-0375724480.

storočia francúzsky fyziolog Fleury Imbert vo svojom pojednaní o ženských chorobách určil dva druhy anorexie a to gastrickou anorexiu, ktorá znamená poruchu trávenia a druhý typ anorexie nervovú, pri tomto druhu anorexie pacienti odmietali prijímať potravu, mozok nevysielal signály k chuti na jedlo a pocitu hladu. ³Prvé vierohodné prípady mentálnej anorexie sa začínajú objavovať v literatúre až v druhej polovici 19. storočia. William Stout Chipley, hlavný lekár ústavu pre duševne chorých v Kentucky, popísal v roku 1859 sitiomaniu, ktorá bola v tejto dobe popisovaná ako sitiofobia. O rok neskôr v roku 1860 francúzsky lekár Louis- Victor Marcé publikoval svoj článok o forme hypochondrického deliria. Sledoval určitý počet pubertálnych dievčat, ktoré trpeli nechúťou k jedlu, niektoré z nich celé mesiace nič nezjedli a boli vychudnuté. Napriek tomu, že pozorovania boli veľmi presné nenašiel článok žiadnu odozvu v odborných lekárskejších kruhoch. ⁴

V druhej polovici 19. storočia boli Mortonove správy opäť objavené a bolo im pridelené stabilné miesto vo francúzskej a anglo - americkej medicíne. Sir William Whitey Gull vo svojej prednáške pre anglickú lekársku spoločnosť pojednával o hysterickej apepsii, pri ktorom mladé dievčatá extrémne chudli a to netrpeli tuberkulózou. Jeho článok vyšiel v Medical Times a prednáška bola publikovaná už pod názvom anorexia nervosa. Jedná sa o psychogénnu chorobu, vyskytujúcu sa prevažne u mladých dievčat a žien. Základné príznaky, ktoré popísal sú platné aj dnes, týmito príznakmi sa budeme venovať v nasledujúcej kapitole. Až do roku 1914 prevládal názor, že mentálna anorexia je duševnou chorobou. V tomto roku hamburský patológ Morris Simmonds objavil u niektorých vychudnutých chorých lézie v hypofýze. Od tejto doby začali diagnostické spory. Mentálna anorexia začala byť spojovaná so Simmondsovou chorobou. Po dobu dvoch desaťročí dominovala táto hypotéza. ⁵

³ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 23. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁴ NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Historie poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. s. 34. ISBN 80-85912-33-3.

⁵ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 20. ISBN 978-80-247-2425-6.

V štyridsiatych rokoch 20. storočia zásluhou psychosomatickej medicíny a psychoanalýzy bola mentálna anorexia zaradená medzi duševné poruchy. V Českej republike to bol profesor Vratislav Jonáš, ktorý v roku 1941 tvrdil, že okrem klasickej Simmondsovej choroby sa vyskytujú formy hypofyzárnej chudosti. Vo svojom článku s názvom Patologická chudosť mladých dievčat napísal, že ak sa stretneme s patologickou chudosťou mladých dievčat a žien, musíme predovšetkým myslieť na anorexiu vyvolanou zmeneným psychickým stavom v zmysle klasickej mentálnej anorexie.⁶ V roku 1945 prednášal profesor Otakar Janota na schôdzi Spolku lekárov českých s názvom O pathogenezi tzv. mentálnej anorexie a o úspešnosti jej liečenia elektrickými šokmi. Označenie chorobného stavu termínom anorexia mentalis alebo anorexia nervosa, ktoré sú v svetovej literatúre najrozšírenejšie, nepovažujú niektorí práve za najvýstižnejší. Podľa Platóna anorexia znamená oslobodenie od žiadostivosti, podľa Hippokrata nedostatok pôžitku z jedla a v dnešnej dobe je týmto termínom označovaná strata chuti do jedla. Použitie termínu anorexia zavádza k chybnému názoru, že hlavnou podstatou ochorenia je nechutenstvo ale vedomé a zámerné odmietanie jedla z obavy pribratia a z túžby po chorobnej chudosti.

Termín mentálnej anorexie bol všeobecne prijatý koncom 19. storočia často ale symptomatogicky sa odlišujúci.⁷ V nemeckej literatúre ako prví popísali tento chorobný syndróm, ktorý je charakterizovaný nechúťou k jedlu Soltmann a Kissel pod názvom hysterische Anorexie. Comby a Chatagan uviedli, že v popredí príčin straty chuti k jedlu a oslabení pocitu hladu stoja psychické a emocionálne, označili toto ochorenie názvom anorexia mentale. V anglosaskej literatúre Marshall, Stephens a Berkman sa zhodujú s názvom anorexia nervosa. Déjerine a Gaucher rozlišujú vo svojej učebnici psychiatrie

⁶ NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická teória v praxi*. Praha: Maxdorf, 2000. s. 26. ISBN 80-85912-33-3.

⁷ BRUMBERG, JJ. *The History of Anorexia Nervosa*. New York, NY: Vintage Books, 2000. s. 17. ISBN 978-0375724480.

poruchy v jedle vznikajúce na základe depresívnych a psychotických stavov od mentálnej anorexie. Od roku 1911 záujem o toto ochorenie začína narastať.⁸

Na záver by sme chceli dodať asi toľko, že história porúch príjmu potravy siaha až do staroveku. V poslednom storočí sa utvárala podoba tejto diagnostickej jednotky a definície ich psychologických, somatických a sociálnych následkov. V poslednom desaťročí literatúra týkajúca sa celého spektra ochorenia príjmu potravy a liečby výrazne narastá a dosahuje rozsahu ostatných psychiatrických oborov s výrazným presahom k psychosomatickej problematike.⁹

1.2 Definícia pojmu mentálnej anorexie

Mentálnu anorexiu môžeme definovať ako poruchu, ktorá je charakterizovaná zámerným znižovaním hmotnosti. To sa deje predovšetkým hladovaním. Mentálna anorexia je porucha charakterizovaná zámernou stratou hmotnosti, ktorú vyvolal a udržiava pacient.¹⁰ Porucha sa najčastejšie vyskytuje u dospelujúcich dievčat a mladých žien, ale postihnutí môžu byť aj dospelujúci chlapci a mladí muži, ako aj deti blízko puberty a staršie ženy až po menopauzu.

⁸ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 20. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁹ BEUMONT, P.J.V. *The history of eating and dieting disorders. Clinics in Applied Nutrition*. New York, NY: Vintage Books, 1991. s. 9-20. ISBN 419-843-2000.

¹⁰ KRCH, F., *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. S. 235. ISBN 80-7178-598-9.

Obrázok 1:



Zdroj: [Http://lustre.blog.cz](http://lustre.blog.cz) [online]. 2007 [cit. 2013-01-08]. Příznaky a následky anorexie. Dostupné z WWW: <<http://lustre.blog.cz/0708/priznaky-a-nasledky-anorexie>>.

Choroba je spojená so špecifickou psychopatológiou, pričom hrôza z tučnoty a ovisnutej kontúry tela pretrváva ako vtieravá nadhodnotená idea a pacienti sami sebe prikazujú nízky prah hmotnosti. Zvyčajne sa pozoruje podvýživa rozličného stupňa so sekundárnymi endokrinnými a metabolickými zmenami a poruchami telových funkcií. Príznaky zahŕňajú veľmi obmedzenú stravu, nadmernú fyzickú aktivitu, vyvolávanie dávenia a hnačky, používanie liekov potláčajúcich chuť do jedenia a diuretík. Základným prejavom je patologický strach z tučnoty spojený s odmietaním potravy. Ľudia, ktorí trpia anorexiou odmietajú prijímať potravu nie že by nemali hlad ale

nechcú prijímať potravu. Chut' je vedome potlačovaná a postupom času dochádza k jej úplnej strate, čo spôsobuje zníženie pocitu hladu až postupnému nechutenstvu. Obmedzovanie príjmu potravy a znižovanie telesnej hmotnosti nemocný vníma ako hlavný zmysel svojho života. Nemocný sa stáva chorobne závislý na tomto spôsobe života. Nejde avšak o nechutenstvo k jedlu, ale hlavným cieľom je zvládnuť pocit hladu a potlačiť ho a týmto spôsobom si upevniť svoju vôľu.¹¹

Podľa Navrátilovej si anorektičky nízku hmotnosť udržiavajú predovšetkým extrémne prísnymi diétami, ktoré sa predovšetkým rovnajú hladovaniu a dopĺňajú ho prehnanou fyzickou záťažou. Obava iracionálneho strachu z priberania má charakter ovládanej až nutkavej myšlienky. Niektorí nemocní si vôbec nepripúšťajú pocit hladu, síce niektorí tento pocit priznávajú, v dôsledku dlhodobého hladovania môže u niektorých jedincov vyvolať tak silnú potrebu jedla - záchvat žravosti, nevydržia to a prejedia sa. Majú strach zo zvyšovania telesnej váhy, preto sa zbavujú prijatej potravy tak, že vyprovokujú zvracanie alebo použijú preháňadlá. Toto považujú za dôkaz vlastného zlyhania, slabej vôle, slabosti a reagujú na to pocitom veľkej viny, depresii a úzkosti. Toto závažné ochorenie poruchy príjmu potravy začína ako nevinná diéta, ktorá môže skončiť začarovanom kruhu: jedlo – diéta – cvičenie - prejedanie-zvracanie...¹²

Krch spomína, že extrémny strach z priberania chorí pacienti zamieňajú za snahu jesť zdravo. Tento strach naberať na vlastnej hmotnosti je spojený s nepravdivou predstavou o svojom tele. Pacienti neustále kontrolujú niektoré svoje telesné partie ako brucho, zadok či stehná a nadhodnocujú ich veľkosti. Diéty dávajú nemocným pocit kontroly a moci. Kvôli diétam majú pocit nadradenosti nad ostatnými, pretože oni sú tými, ktorí sa dokážu ovládať a prijímať potravu málo alebo skoro vôbec. Podľa portálu www.pppinfo.cz mentálnou anorexiou trpia prevažne pubertálne a adolescentné dievčatá, taktiež mladé ženy, najčastejšie vo veku 13- 20 rokov. Výskyt

¹¹ MÁLKOVÁ, I., F. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 236. ISBN 80-7178-521-0.

¹² NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. s. 270. ISBN 80-85912-33-3.

je asi u 1% dospievajúcich dievčat, avšak chlapci a muži nie sú vylúčení. Odhad je jeden chlapec na 10 až 20 dievčat a žien. Zriedka sa mentálna anorexia objaví pred pubertou, ale i keď je výskyt u mladších detí vzácnejší, môžeme ju zaznamenať u detí do 10 rokov a podiel chlapcov tohto veku býva zaznamenaný až na 30%. Jedným z najvýznamnejších rizikových faktorov pre rozvoj poruchy príjmu potravy je ženské pohlavie. Stačí byť ženou a riziko mentálnej anorexie je desaťkrát vyššie. Pomerne vzácny výskyt mentálnej anorexie u mužov viedol lekárov k predpokladu, že títo muži majú sklon k homosexualite alebo že majú inak narušený sexuálny život. Homosexuálni muži sú týmito poruchami ohrození viac, pretože sú menej spokojní so svojím telom a častejšie sa snažia schudnúť. Ak sa problémy so stratou hmotnosti a vzťahom k prijímaniu potravy objavujú u mladších detí, je veľmi dôležité, aby sa čo najskôr vylúčilo telesné onemocnenie. Až potom je možné uvažovať o diagnóze mentálnej anorexie. U detí je ľahko zameniteľné zažívacie problémy s anorexiou.

Kľúčovým faktorom pre diagnózu anorexie je skreslené vnímanie vlastného tela.¹³ Elliot a Place uvádzajú, že asi 5% ľudí chorých mentálnou anorexiou zomrie. I napriek tomu, že okolie anorektičiek vyvracajú ich nereálnu predstavu o ich telesnom vzhľade, aj tak sa považujú za nepekné a pribraté. Mentálna anorexia začína najčastejšie vo veku 17 rokov, ale i menej ojedinele aj po 30-40 rokoch. Mentálna anorexia vzniká pri rôznorodých životných udalostiach, s týmito udalosťami pacienti nie sú schopní vysporiadať sa. Môže ísť o rôzne biologické zmeny v živote pacienta ako puberta, sociálnymi zmenami môžeme označiť nástup na novú školu alebo nástup do nového zamestnania, psychologické zmeny ako jednotlivé štádia adolescencie.

Najčastejšie to začína u ľudí s normálnou hmotnosťou, alebo miernou nadváhou.¹⁴ Diétu podporujú priatelia, rodina, u športovcov to bývajú tréneri a učitelia. Pacienti schudnú, dostane sa im uznanie a to ich ešte viac podporuje v tom, aby pokračovali v chudnutí. Pacienti sa často dostávajú k lekárom kvôli „alergií na jedlo“, edémom,

¹³ *Idealni.cz* [online]. c2002 [cit. 2012-10-19]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.pppinfo.cz/onas.asp>>.

¹⁴ ELLIOT, J., M. PLACE. *Dítě v nesnázích : prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 206. ISBN 80-247-0182-0.

zápche alebo bolestiam brucha, len veľmi ojedinelé je to kvôli úbytku váhy. Niekedy nastupujú obdobia prežierania veľkého množstva jedla s nadmerným zvracaním. Často sa vyskytujú obsedantne - kompulzívne rysy, úzkosť a depresia, znížený záujem o sexuálny život. Podľa súčasných údajov sa asi 40% pacientov uzdraví úplne a 30% sa zlepší. Približne 20% ostáva rovnakých, alebo sa ešte zhorší a 2-5% chronických prípadov končí suicidiom.¹⁵ Výskumy uvádzajú, že iba malé percento ľudí je spokojné so svojimi proporciami a nemá potrebu zmeniť sa. Oveľa viac je tých, a sú to prevažne ženy, ktorí so svojou hmotnosťou a postavou nie sú spokojní, chcú zmeniť svoj vzhľad a schudnúť.

K posúdeniu ideálnej váhy môže poslúžiť jedna z najznámejších metód Metóda BMI (Body Mass Index - index telesnej hmotnosti) určuje hranice prijateľnej telesnej hmotnosti u dospelaj populácie zo zdravotného hľadiska vzhľadom k zdravotnému riziku. Norma BMI je 18,5 až 24,9. Vzorec na výpočet BMI: hmotnosť v kilogramoch / výška v metroch².

BMI pod 18,5 – podváha

Máte nižšiu hmotnosť ako je optimálne. Príliš nízka telesná hmotnosť môže predstavovať určité zdravotné riziko, a preto by ste sa mali snažiť zvýšiť ju a dosiahnuť prijateľné hodnoty BMI. Vhodne sa stravujte a začnite s pravidelným posilňovacím cvičením. Upozornenie: BMI nižší ako 17,5 je základnou charakteristikou a jedným z prejavov mentálnej anorexie.

BMI 18,5 - 24,9- normálna hmotnosť

Vaša hmotnosť je v rámci normy. Riziko vzniku zdravotných problémov vzhľadom k telesnej hmotnosti nehrozí a preto ani redukcia hmotnosti zo zdravotného hľadiska nie je nevyhnutná. Limitné hodnoty BMI pre normálnu hmotnosť však pripúšťajú toleranciu hmotnosti 16 a viac kilogramov, a preto v prípade osobnej

¹⁵ SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy : Průvodce klasifikací, nástin, nozologie, diagnostika*. Praha 4 : MAXDORF s.r.o., 1996. s. 503. ISBN 808-59-1218.

nespokojnosti, pri hodnotách BMI vyšších ako 22, môže byť redukcia hmotnosti žiadúca.¹⁶

BMI 18,5 - 21 – štíhlosť

Pre potreby hodnotenia telesnej hmotnosti z hľadiska estetických kritérií zaviedol Inštitút redukcie a prevencie nadváhy komplement kritérium štíhlosti. Hodnota BMI pre štíhlosť zodpovedá pásme spodnej hranice normy a je 18,5 až 21. Tieto hodnoty platia pre ženy mladé a pre ženy so subtilnou telesnou stavbou. Kritérium štíhlosti bolo stanovené na základe dlhoročných pracovných skúseností v odbore. Odráža tiež subjektívny názor žien na osobný body image, ktorý je vyjadrením subjektívneho zhodnotenia telesného vzhľadu, fyzickej kondície, zdravia a vlastnej hmotnosti.

BMI 25 - 29,9 – nadváha

Vážite viac ako je optimálne a riziko vzniku zdravotných komplikácií je mierne zvýšené. Miera zdravotného rizika závisí od doby pretrvávania nadváhy a s pribúdajúcim vekom sa zvyšuje. Snažte sa preto zbaviť nadváhy čo najskôr. Znížte množstvo prijatej stravy a kontrolujte jej zloženie. Aspoň hodinu denne sa venujte fyzickému pohybu. Povzbudením môže byť zistenie, že redukcia nadváhy netrvá príliš dlho a návrat k normálnej telesnej hmotnosti je obyčajne bezproblémový.

BMI nad 30 – obezita

Hodnotou BMI vyššou ako 30 ste sa zaradili medzi obézných. Nadmerné množstvo tuku mení vaše telesné proporcie, znižuje fyzickú zdatnosť, negatívne vplyva na zdravie a významne ovplyvňuje správanie a prežívanie. Dýchavičnosť, nadmerné potenie a únava sú typické prejavy tela obézneho človeka. Miera zdravotného rizika je vysoká najmä pri obezite II. (BMI nad 35) a III. stupňa (BMI nad 40). Obézných ohrozujú srdcovo-cievne ochorenia, cukrovka, zvýšený cholesterol, bolesti kĺbov a chrčtice, zníženie imunity, nádorové ochorenia, žlčnikové kamene a iné. Pridružujú sa

¹⁶ Chudnutie-ako.sk [online]. c2012 [cit. 2012-10-19]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.chudnutie-ako.sk/bmi>>.

psychosociálne komplikácie ako je znížené sebavedomie, sklon k depresii a úzkosti, problémy v partnerských vzťahoch, obmedzenie možnosti profesijného uplatnenia, sociálna izolácia. Príznaky prvých zdravotných problémov sa obyčajne rozvinú najneskôr do 5 rokov od vzniku obezity. Obezita výrazne znižuje kvalitu života a ohrozuje zdravie. Vyhľadajte čo najskôr odbornú pomoc a schudnite. Redukčný program absolvujte pod odborným vedením.¹⁷

Klady BMI

Metóda BMI je medzinárodne uznávané kritérium pre hodnotenie rozsahu alebo stupňa telesnej hmotnosti vo vzťahu k zdravotnému riziku. Metóda je jednoduchá a rýchla, kedykoľvek ju možno zopakovať, pre bežnú prax postačuje a je vhodná.

Rezervy

Metóda BMI nehodnotí podiel tuku, beztukovej hmoty a ďalších telesných tkanív na celkovej telesnej hmotnosti. Nehodnotí distribúciu tuku v tele, kvalitu telesných tkanív a nezohľadňuje body image. Skreslený výsledok v neprospech BMI môže byť napríklad u športovcov, ktorí majú zvýšené množstvo svalového tkaniva a tiež pri ochoreniach, pri ktorých sa v tele zadržiava veľké množstvo vody.

Maloney a Kranzová hovoria, že väčšina ľudí v našej spoločnosti verí, že čím budú štíhlejší, tým budú lepší – to znamená silnejší, zdravší a prítiahlivejší. Mnohé štúdie však ukazujú, že v skutočnosti je oveľa lepšie mať trochu nadváhu, ako vážiť niečo pod príslušnú ideálnu telesnú váhu. Diéta je stále väčším počtom žien zamieňaná za normálny jedálny režim a len málokteré dievča má reálnu predstavu o tom, koľko by mala vážiť.

Príčinu rastúceho počtu porúch príjmu potravy vidí väčšina odborníkov v rýchle meniacej sa kultúre, ktorá nekriticky oslavuje štíhlosť a jednostrannú sebakontrolu. Štúdie z Hongkongu, Japonska a Argentíny ukazujú, že spoločnosť, ktorá sa prispôsobuje západným štandardom krásy, veľmi rýchlo začne trpieť pocitom

¹⁷ Hubnuti-jak.cz [online]. c2009 [cit. 2012-10-19]. BMI. Dostupné z WWW: <<http://www.hubnuti-jak.cz/bmi/>>.

priberania. Táto nespokojnosť potom vedie k diétam a v extrémnych prípadoch k poruchám príjmu potravy. Módny priemysel, filmy, časopisy a televízia rozširujú názor, že i mierna nadváha je zdraviu škodlivá a že štíhlosť je najdôležitejším aspektom fyzickej príťažlivosti. Ženy sú vystavené stále väčšiemu tlaku informačných prostriedkov, ktoré ich presvedčujú o tom, že nielen krása, ale aj ich osobné šťastie a vlastná hodnota závisí na tom, ako sú vychudnuté. Zatiaľ čo obyvatelia ekonomicky rozvinutých štátov sveta priberajú, ideál ženskej krásy chudne. Ako ale schudnúť, keď diéta je vo väčšine prípadov rovnako účinná ako hranie na výherných automatoch? Pre vydesené a po diétach priberajúce ženy môže byť mentálna anorexia nedosiahnuteľným snom a ďalšie hladovky a zvracanie východiskom v núdzi. Naopak v zemiach, kde hladovanie nie je dobrovoľné, ale je nepríjemnou životnou skutočnosťou a nadváha nepredstavuje estetickú vadu ani mravné zlyhanie, ztrácajú poruchy príjmu potravy estetický motív.¹⁸¹⁹

1.3 Diagnostické kritéria mentálnej anorexie

V klinickej praxi používame MKN- 10, ale pre výskum DSM- IV, preto v práci uvádzame i rozdiely v diagnostických kritériach. Dôraz kladieme na diagnózy, ktoré sú menej známe a v klinickej praxi bývajú opomenuté. Anorexia nervosa je charakterizovaná znížením telesnej váhy, ktoré si pacientka úmyselne spôsobuje a udržiava sama. Vyskytuje sa v 90- 95% u dospievajúcich dievčat a mladých žien, v 5-10% u mladých chlapcov a mužov, častejšie u detí pred pubertou a starších žien. Táto diagnóza vyžaduje splnenie všetkých diagnostických parametrov.²⁰

Diagnostické kritéria MKN- 10 pre mentálnu anorexiu.

¹⁸ *Idealni.cz* [online]. c2002 [cit. 2012-10-19]. O nás. Dostupné z WWW: <http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=19>.

¹⁹ Pozn.autora: článok spracoval PhDr. František David Krch, vyštudoval psychológiu na Filozofickej fakulte UK. Na psychiatrickej klinike Všeobecnej fakultnej nemocnice v Prahe sa zaoberal poruchami príjmu potravy.

²⁰ KRCH, F., *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. S. 235. ISBN 80-7178-598-9.

1. Telesná hmotnosť je udržiavaná najmenej 15% pod predpokladanou úrovňou, alebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižšia. Prepubertálni pacienti nesplňujú behom rastu očakávaný hmotnostný prírastok.
2. Zníženie hmotnosti si spôsobuje pacient sám tým, že sa vyhýba jedlám, „po ktorých priberá“ a že užíva jeden alebo niekoľko z nasledujúcich prostriedkov: vyprovokované zvracanie, používanie laxatív, anorektik a diuretik, nadmerné cvičenie.
3. Pretrváva strach z priberania a skreslená predstava o vlastnom tele ako neodbytná obava z ďalšieho priberania, ktorá vedie jedinca k stanoveniu si veľmi nízkeho hmotnostného prahu (optimálnej alebo cieľovej hmotnosti) .
4. Rozsiahla endokrinná porucha, zahŕňa hypotalamo-hypofýzo-gonádovú osu, ktorá sa prejavuje u žien ako amenorea, u mužov ako strata sexuálneho záujmu a potencie.
5. Zrejmou výnimkou je pretrvávajúce deložné krvácanie u anorektických žien, ktoré užívajú náhradnú hormonálnu liečbu, najčastejšie vo forme antikoncepčných tabletiiek. Môže sa tiež vyskytnúť zvýšená hladina rastového hormónu, zvýšená hladina kortizolu, zmeny periférneho metabolizmu tyreoidného hormónu a odchýlky vo vylučovaní inzulínu.²¹

Ak je začiatok ochorenia pred pubertou, sú prejavy puberty oneskorené, alebo dokonca zastavené (zastavuje sa rast, dievčatám sa nevyvíjajú prsia a dochádza u nich často k primárnej anorexii, o chlapcov zostávajú detské genitálie) . Po uzdravení dochádza často k normálnemu dokončeniu puberty, avšak anorexia je oneskorená.

Diagnostické kritéria podľa DSM- IV

1. Odmietanie udržať si vyššiu telesnú hmotnosť, ako je minimálna úroveň pre danú vekovú skupinu a výšku (napríklad chudnutie, ktorého dôsledkom je pokles a udržanie hmotnosti o 15% pod odpovedajúcu normu) , alebo nedostatočný prírastok hmotnosti

²¹ KRCH, F., *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. S. 235. ISBN 80-7178-598-9.

behom rastu (ktorého dôsledkom je telesná hmotnosť o 15% nižšia, ako je norma odpovedajúca výške a veku) .

2. Intenzívna obava (strach) z priberania na váhe, a to aj v prípade, že sú pacientky veľmi vychudnuté.
3. Narušené vnímanie vlastného tela (telesnej hmotnosti a tvaru postavy) , neprimeraný vplyv tvaru postavy a hmotnosti na vlastné sebahodnotenie, alebo popieranie závažnosti vlastnej nízkej telesnej hmotnosti.
4. U žien absencia minimálne troch za sebou nasledujúcich menštruačných cyklov, pokiaľ nie je ďalší dôvod vynechania menštruácie (primárna alebo sekundárna amenorea).
5. Za amenoreu je považovaný stav, keď má žena menštruáciu len pri podávaní hormónov, napríklad estrogénu.²²

²² SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy : Průvodce klasifikací, nástin, nozologie, diagnostika.* Praha 4 : MAXDORF s.r.o., 1996. s. 503. ISBN 808-59-1218.

Obrázok 2:



Zdroj: Teenmag.cz [online]. 2010 [cit. 2013-01-08]. Anorexie je problém. Dostupné z WWW: <<http://www.teenmag.cz/110229-anorexie-je-problem>>.

2 PREDDISPOZÍCIE MENTÁLNEJ ANOREXIE

Určiť príčiny vzniku porúch príjmu potravy je veľmi zložité a doteraz nevznikla žiadna všeobecne uznávaná teória, ktorá by vznik tohto ochorenia objasňovala. Zhoda panuje na existenciu určitých faktorov, ktoré pravdepodobne za začiatkom choroby stojí. U pacientok sa však môžu tieto faktory objaviť len v rôznej kombinácii a v rôznej miere pôsobnosti a niektoré z faktorov nemusia byť prítomné vôbec. Preto je veľmi zložité určiť, čo presne stálo za spustením tejto choroby. Podľa doktorky Hany Papežovej majú na ochorenie vplyv aj určité charakterové vlastnosti chorých. Patrí sem predovšetkým perfekcionizmus, teda snaha byť vo všetkom dokonalý, čo v prípade neúspechu veľmi znižuje sebavedomie. Dievčatá si navyše predkladajú nerealisticky vysoké ciele, ktoré sú v prípade porúch príjmu potravy nebezpečné a často neúspechom končí. Úzkosnosť, ku ktorej vedú určité situácie, napríklad nutnosť sa rýchlo rozhodnúť, zvýšené nároky a očakávania. Často je spojená s neistotou. Puritánstvo a asketizmus, dievčatá sa trestajú za to, že majú problémy, s ktorými sa nedokážu vyrovnáť. Veria, že keby boli perfektné, nemajú problémy alebo ich dokážu zvládnuť. Zraniteľnosť, je spoločná všetkým poruchám príjmu potravy, neistota sama sebou vedie k snahe zapáčiť sa aspoň ostatným. Závislosť, potreba vedenia a potvrdzovanie od ostatných. Sebakritičnosť býva u pacientok veľmi vysoká, vnímajú sa ako bezmocné a neschopné. Nestálosť, dôležitá je kontrola nad jedlom, ktorá zastupuje kontrolu nad nestabilnými inštinkty a radosťami. Impulzivita je typická u bulímie a psychogénneho prejedania, chorí majú tiež častejšie problémy s drogami a alkoholom.²³

Alternatívne názory na príčiny vzniku porúch príjmu potravy má autorka knihy *Tajná reč a problémy porúch príjmu potravy*, Peggy Claude-Pierre. Táto žena si prežila poruchy príjmu potravy so svojimi dvoma dcérami a teraz sa venuje terapeutickej činnosti v tejto oblasti. Podľa jej názoru stojí za vznikom príjmu potravy tzv. stav

²³ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 36. ISBN 978-80-247-2425-6.

utvrdeného negativizmu. U pacientov prevláda negatívne myslenie čo spôsobuje to, že pacient vidí všetko okolo v pokrivenom zrkadle, ktoré mu nastavuje práve negatívna myseľ. Jedinec nie je schopný vnímať veci objektívne, napríklad všetko, čo kto povie, si vysvetľuje ako odsudzujúce osobné komentáre, ktorými ho ostatní obviňujú za všetko, čo sa stalo. Stav utvrdeného negativizmu vzniká v ranom detstve, určitými chybami vo výchove a nemusí vždy vyústiť v poruchy príjmu potravy, ale aj v depresie a ďalšie duševné poruchy. K vyliečeniu porúch príjmu potravy je nutné sa tohto Stav utvrdeného negativizmu zbaviť a prejsť od negatívneho myslenia ku skutočnej mysle. V súčasnej dobe je však pre príčiny vzniku porúch príjmu potravy najviac uznávaný koncept o ich bio – psycho - sociálnej podmienenosti. Ten zdôrazňuje koexistenciu rôznych faktorov od biologických, psychologických, rodinných až po kultúrne. Na jednu stranu umožňuje veľkú flexibilitu v oblasti liečby, na druhú stranu môže byť vo výklade chybné chápanie v zmysle toho, že je možné všetko, teda, že poruchy príjmu potravy môžu vzniknúť akokoľvek.²⁴

2.1 Psychologické faktory

Väčšina odborníkov zaoberajúcich sa danou problematikou dospela k záveru, že osobnosť pacientov pred ochorením vykazuje značnú emocionálnu nestabilitu. Veľké množstvo štúdií skúmajúcich psychologické faktory vzniku ochorenia však v uvedených prácach nezahrnulo reprezentatívne vzorky pacientov. Ich osobnostné rysy sú zvyčajne hodnotené až po rozvoji choroby, takže je ťažké určiť, či sú spôsobené alebo ovplyvnené poruchou príjmu potravy alebo nie. Štúdia len zriedka obsahujú psychiatrické vyšetrenie kontrolnej skupiny.²⁵ Psychologické vývojové faktory súvisia s enviromentálnymi faktormi, životnými situáciami a schopnosťami adaptácie na stres. Zvieracie modely potvrdili, že ranné straty a separácie, trauma a stres, úzkosť a neistota

²⁴ KRCH, F. *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. s. 235. ISBN 80-7178-598-9.

²⁵ LEIBOLD, G. *Mentální anorexie : Příčiny, průběh a nové léčebné metody. 1.* vyd. Praha : Svoboda, 1995. s. 144. ISBN 80-205-0499-0.

v primárnej väzbe (prevažne vo vzťahu s matkou) môžu poškodiť emocionálny vývoj jedinca navodením funkčných i štrukturálnych zmien v mozgu. Tieto zmeny môžu viesť k celoživotnej zvýšenej reaktivite na stres. V období dospievania, náročnom na zmeny vo všetkých oblastiach (biologické, psychologické i sociálne), môže byť onemocnenie spustené vplyvom stresu na vznik patologického stravovacieho chovania, telesnej váhy a aktivity.²⁶

2.1.1 Poruchy osobnosti

Niektoré štúdie udávajú, že porucha osobnosti sa objavuje až u 33% pacientov trpiacich reštriktívny formou anorexiou 40% pacientov trpiacich jej bulimickou formou. Naproti tomu Pope a Hudson a Herzog hovoria, že poruchy osobnosti sú u pacientov s AN pomerne zriedkavé. Podľa Eislera u podskupiny pacientov, ktorí majú v diagnostike i bulimické príznaky, sa objavovalo častejšie seba-poškodzovanie, sklony k samovražde a drobné krádeže. Hoci prejavy a početnosť porúch osobnosti nie sú u pacientov s poruchami príjmu potravy jednotné, je potrebné s nimi rátať, pretože v konečnom dôsledku môžu ovplyvniť úspech či neúspech liečby.

2.1.2 Úzkosť

Až u 25% pacientov bol identifikovaný celoživotný sklon k sociálnej fóbii. Najčastejšie nachádzajúce symptómy u pacientov je obsedantno-kompulzívne správanie označované ako obsedantno-kompulzívna porucha (OCD). Jedná sa o poruchu chronickú a pomerne častú, ktorá je charakterizovaná vtieravými úzkostnými myšlienkami (obsesia) a iracionálnym, často ritualizovaným konaním tzv. kompulzia, Rothenberg uvádza, že u 11% až 83% pacientov sa objavuje obsedantne kompulzívne správanie a to ako počas epizód AN, tak aj po opätovnom zvýšení hmotnosti. Avšak, nie všetky štúdie naznačujú tak vysokú mieru výskytu obsedantne kompulzívnej poruchy . Rubenstein vykonal psychologický výskum a porovnanie medzi pacientmi s

²⁶ HOSCHL, C. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. s.601. ISBN 80-900130-1-5.

obsedantno kompulzívnou poruchou, kontrolnou skupinou a skupinou bulimických pacientov. Z výskumu vyplynulo, že bulimickí pacienti trpia častejšie OCD ako jedinci z kontrolnej skupiny. U bulimických pacientov, ktorí sa podrobili hospitalizácii bolo na konci liečby konštatované významné zníženie OCD symptómov.²⁷

2.1.3 Depresie

Depresia bola zdokumentovaná v mnohých klinických prípadoch. Niektoré štúdie ukazujú, že depresívne stavy rôznych intenzít načrtávajú rozvoj porúch príjmu potravy. Prevalencia choroby sa u osôb s ťažkými depresiami pohybuje v rozmedzí od 25% do 80%. Halmi uvádza, že 68% osôb trpiacich ťažkou formou anorexie má zároveň aj celoživotnej prevalencie k ťažkým depresiám. Depresie však môžu byť sekundárne reakciou na dlhodobé hladovanie a zdravotné komplikácie s tým spojené. Často je pozorované zlepšenie psychického stavu pacientov závislosti na jeho nutričné rehabilitácie.²⁸ Rastam vykonal pozorovanie 51 tínedžerov postihnutých anorexiou s kontrolnou skupinou tvorenou teenagerov rovnakého veku a pohlavia. Z jeho výskumu vyplynulo, že depresia nepredchádzala ochorenia, ale korelovala s počiatkom jeho nástupu. Podobné výsledky vo svojej publikácii uvádza aj Copper, ktorý tvrdí, že u pacientok trpiacich bilímiou sú mnohokrát depresívne stavy vyvolané ako hladovaním, tak aj znechutením sebou samými, záchvaty prejedania a neschopnosťou udržať kontrolu nad jedlom. Možno povedať, že depresie môžu byť spôsobené aj nespokojnosťou s vlastným telom, kedy pacientky považujú svoju postavu za neprijateľnú a pripadajú si bezcenné.

Leeetal vykonal pozorovanie na 56 dospelých pacientok. Vo výsledkoch štúdie uvádza, že 44 žien (77%) trpelo miernou depresiou, 16 z toho (23%) vykazovalo príznaky

²⁷ PIDRMAN, V. Obsedantně kompulzivní porucha : *Příručka pro lékaře* [online]. Praha : Galén, 1999 [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW: <http://www.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/OCD.pdf>. ISBN 80-7262-041-0.

²⁸ COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc : VOTOBIA, 1995. s. 207. ISBN 80-86517-60-8 2.

stredne ťažkej depresie. Podľa Hsu sa depresie počas ochorenia objavuje až u 20% anorektičiek a 40% bulimičiek. Aj iní autori uvádzajú častejší výskyt depresie u bulimických pacientov ako u anorektických. U bulimických pacientov sú signifikantne viac diagnostikované závislosti na alkohole a iných omamných a psychotropných látkach. Brisman a Siegel tvrdia, že alkohol, jedlo a rôzne omamné a psychotropné látky slúžia ako únikové prostriedky, ktoré kompenzujú deficity ega pacientov. K týmto pacientkám je nutné pristupovať inak ako k pacientkám, ktoré trpia iba BN alebo sú iba alkoholičky. Sú viac depresívne a zároveň možno u nich pozorovať samovražedné a impulzívne správanie. Lekár im preto musí prispôbiť liečbu.²⁹

2.1.4 Kognitívne a emocionálne poruchy

Kognitívne a emocionálne poruchy môžu byť dôležitým predisponujúcim faktorom anorexie. Pacienti sú presvedčení, že ich hmotnosť, tvar postavy alebo dosiahnutá chudosť sú jediným alebo prevažujúcim faktorom, ktorý určuje osobnú hodnotu jedinca tvrdia Garner a Bemis. Kultúrne a rodinné zázemie bohužiaľ často túto ich domnienku nevyvracia, ale naopak podporuje. Cooper sa zmieňuje aj o spoločenských dôsledkoch BN. Pacienti sa snažia pred rodinou a priateľmi skrývať svoje problémy a môžu sa začať strániť ich spoločnosti, pretože sa za seba hanbia a majú pocit viny.³⁰ Ďalšími dôvodmi sú okolnosti stretnutia, kedy je väčšina stretnutí uskutočňovaná v najrôznejších podnikoch, kde sa chorí nevyhnutne stretávajú s jedlom a kde je pre nich ťažké pred okolím tajiť prejedanie a následné kompenzačné správanie.

²⁹ DUNCAN, A.E., R.J. Neuman, J.R. Kramer, S. Kuperman, a S.J. Hesselbrock, *Lifetime psychiatric comorbidity of alcohol dependence and bulimia nervosa in women. Drug and Alcohol Dependence*. 2006. s. 122–132.

³⁰ COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc : VOTOBIA, 1995. s. 207 ISBN 80-86517-60-82.

2.1.5 Psychologické a psychiatrické traumy

Hoci predtým sa mnoho vedcov prikláňa k hypotéze, že AN je spojená takmer výhradne s "perfektným detstvom", dnes je stále viac zrejmé, že AN môže vznikať aj ako reakcia na psychologické trauma. Napríklad u mnohých obetí sexuálneho týrania sa objavuje aj AN ako následok vzniknutej traumy. Miller potvrdzuje väčšiu zraniteľnosť obetí sexuálneho zneužívania v detstve a ranne adolescentnom veku, a to u pacientov s BN. Niektorí autori uvádzajú, že pohlavné zneužívanie sa vyskytuje častejšie u bulimičiek ako u pacientok s reštriktívnym typom anorexie. Avšak všetci títo pacienti sú všeobecne zraniteľnejšie a náchylnejšie k psychickým poruchám.

2.2 Genetika

Genetický výskum obvykle začína hľadaním zvýšeného výskytu určitého znaku onemocnenia v rodinách. Už v 70. rokoch Theander publikoval štúdiu, kde 6,6% súrodencov 94 sledovaných pacientov s anorexiou nervosa trpelo týmto onemocnením. V 90. rokoch Strober upozornil, že v jeho súboroch trpelo anorexiou 6,2% matiek sledovaných pacientok s anorexiou a 2% ich sestier.

V štúdiách dvojčiat sa obvykle zrovnáva zhoda sledovaného znaku u jedno a dvojvaječných párov. Pri predpoklade zhodných vplyvov prostredia u oboch typov páru sú rozdiely v zhode vysvetľované genetickými faktormi. Jednovaječné dvojčatá zdieľajú všetky gény, dvojvaječné polovičku. Zatiaľ čo jednovaječné dvojčatá majú rovnakú genetickú výbavu, dvojvaječné dvojčatá sú geneticky rovnako rozdielne ako ostatní súrodenci. Zrovnanie výskytu určitej poruchy u jedno a dvojvaječných dvojčiat tak ukazuje na podiel genetických faktorov. Holland informoval, že z 30 párov dvojčiat ženského pohlavia v Londýne trpelo anorexiou nervosa 9 zo 16 jednovaječných dvojčiat a 1 zo 14 dvojvaječných dvojčiat. Tri z neanorektických súrodencov mali inú psychickú poruchu.³¹

³¹ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 56. ISBN 978-80-247-2425-6.

Systematické štúdium genetických komponentov sa sústredilo nielen na štúdie dvojčiat v súvislosti s týmto onemocnením, ale i na výskyt iných psychiatrických porúch v rodinách nemocných. Množstvo genetických faktorov je zdieľaných nielen rôznymi variantmi porúch príjmu potravy, ale taktiež ďalšími psychickými poruchami. Podľa Hsu je depresia v rodinách pacientok 3x častejšia ako v bežnej populácii. Alkoholizmus rodičov v súvislosti s rozvojom poruchy uviedlo 24% pacientov. Vedci zistili, že ľudia trpiaci anorexiou môžu mať k tomuto ochoreniu genetické predispozície. Štúdiu nazvanú Genetics of Anorexia Nervosa collaboration vykonali v ôsmich mestách Severnej Ameriky a dvoch európskych metropolách. Výskum financovalo americké ministerstvo zdravotníctva. Autor štúdie Craig Johnson uviedol, že šanca ochoriť na anorexiu je 12-násobne vyššia u ľudí, ktorí majú v rodine niekoho trpiaceho na túto chorobu. Genetika nabíja zbraň. Prostredie stláča spúšť. Dnes vieme, že ochorenie nastáva v prípade kombinácie faktorov genetickej náchylnosti a spoločenskej kultúry, podporujúcej štíhlosť prostredníctvom diét a cvičenia, povedal Johnson. Ľudia s anorexiou – väčšinu z nich tvoria mladé ženy – si vypestujú silnú averziu k jedlu a majú skreslený obraz o vlastnom tele. Výskum pomohol identifikovať najviac ohrozenú skupinu, ktorú tvoria dievčatá vo veku 11 až 14 rokov. Dievčatá v tomto veku by mali získať tretinu svojej dospeljej hmotnosti – takmer 15 kilogramov. Pokiaľ je mladá žena nespokojná s prírastkom váhy a rodič, tréner či jej priateľ povedia v tomto kontexte niečo nelichotivé, môže to vyvolať kolotoč diét a následných rozličných foriem porúch príjmu potravy, dodal Johnson.³²

Štúdia bola vykonávaná v amerických mestách Pittsburgh, New York, Philadelphia, Baltimore, Los Angeles, Toronto a Fargo. V Európe prebehla v Londýne a Mníchove.

³² Hudson, J. Family history study of anorexia nervosa and bulimia. New York: Guildford Press, 1983. s. 66. ISBN 754-40-348-6832-0.

2.3 Prenatálne komplikácie

Bakan vo svojej publikácii uvádza, že prenatálne a perinatálne rizikové faktory, akými sú infekcie, požívanie alkoholu matkou počas tehotenstva, vyšší vek matky a nízka pôrodná hmotnosť môžu byť spoločnými faktormi u vybraných prípadov pacientov s diagnózou AN. Spomínané rizikové faktory bývajú spájané s nie príliš dobrou prognózou potenciálneho ochorenia.³³

2.4 Pohlavie a sexuálna orientácia

Ak by sme hľadali najrizikovejšie faktory spôsobujúce poruchy príjmu potravy, mohli by sme za neho označiť ženské pohlavie. Ženy sú poruchami príjmu potravy ohrozené až desaťkrát viac ako muži.³⁴ Ešte dnes sú poruchy príjmu potravy považované verejnosťou za rýdzo ženský problém. To však nie je pravda. V poslednej dobe sa poruchy príjmu potravy u mužov stávajú veľmi aktuálnou témou, pretože aj muži sa ocitajú pod tlakom módných trendov, ktoré im velí byť štíhly a "fit". Podľa niektorých autorov je 5% až 10% pacientov s poruchami príjmu potravy v klinických štúdiách mužského pohlavia. Existujú však dôkazy, že tieto dáta sú podhodnotené a v populácii je prevalencia porúch príjmu potravy u mužov vyššia. Mnoho mužov si poruchy príjmu potravy vôbec neprípúšťa a aj samotnými lekármi je táto diagnóza často podceňovaná. Podľa Kaminski majú homosexuáli väčšiu tendenciu byť nespokojní so svojím telom a môžu byť vystavení väčšiemu riziku porúch príjmu potravy ako heterosexuálni muži. Táto hypotéza nebola úplne potvrdená, hoci bolo preukázané, že homosexuálni muži, podobne ako ženy, majú tendenciu vnímať svoje telo inak ako

³³ BAKAN, R. *Chronicity in anorexia nervosa: pregnancy and birth complications as a risk factor. International Journal of Eating Disorders*. 1991. s. 631–645. ISBN 978-84-393-8010-8.

³⁴ KRCH, F., *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. s. 235. ISBN 80-7178-598-9.

okolie. Pripadali si hrubšie a mali väčšie obavy z priberania, čo u nich viedlo k častejšiemu držaniu diét.³⁵ V tejto dobe, žiadnu určitú príčinu mentálnej anorexie nebola určená. Všetkým výskumom v rámci lekárskej a psychologicko-psychiatrickej oblasti sa skúma možné príčiny. Štúdie naznačujú, že genetické (zdedené) zložky môžu hrať významnú úlohu v určení osoby, ktorá je citlivá na anorexiu, ako sa predpokladalo. Výskumníci sa teraz snažia identifikovať konkrétny gén alebo gény, ktoré by mohli mať vplyv človeka, ktorý má tendenciu k rozvoju tejto poruchy, a predbežné štúdie naznačujú, že gén na chromozóme 1p sa zdá byť rozhodujúci pre určenie osoby s citlivosťou na mentálnu anorexiu. Iné dôkazy mali označiť dysfunkcie v časti mozgu, hypotalamus, ktorý upravuje niektoré metabolické procesy, prispieva k rozvoju anorexie. Iné štúdie ukázali, že nerovnováha v neurotransmiteroch (chemických látkach v mozgu zahŕňa v signálnych a regulačných procesoch) hladiny v mozgu sa môžu vyskytnúť u ľudí trpiacich anorexiou. Problémy s kŕmením dieťaťa, všeobecných dejín undereating, a matky depresívne symptómy bývajú rizikovými faktormi pre vznik anorexie. Ostatné osobné charakteristiky, ktoré môžu predisponovať jedince k rozvoju anorexie, patria vysoká úroveň negatívnych pocitov a perfekcionizmus. Pre mnoho jedincov s anorexiou, deštruktívny cyklus začína s tlakom byť štíhla a atraktívna. Chudobný self-image sa zlučuje do problému. Ľudia, ktorí trpia akoukoľvek poruchou príjmu potravy, je väčšia pravdepodobnosť, že sa stali obeť zneužívania v detstve. Kým niektorí odborníci sú aj naďalej toho názoru, že rodina a vysoké nároky zo strany rodičov môžu dať človeku v ohrození pre rozvoj tohto ochorenia, čoraz viac je dôkazov proti názoru, že rodina spôsobuje nechutenstvo a je priradená tak, že profesionálne duševné - zdravotnícke organizácie sa už pripisujú k tejto teórii. Možné faktory, ktoré chránia proti rozvoju anorexie, patria vysoký index telesnej hmotnosti.

³⁵ SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet. [online]. c2004 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z [www: <http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php>](http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php).

2.5 Sociokultúrne faktory

Spočívajú v zvýšenej pozornosti, ktorú spoločnosť venuje ideálnej štíhlosti u žien a telesným proporciám u mužov. Sú spojené s lepším profesionálnym uplatnením v spoločnosti, vysoké riziko je u modeliek, tanečníc, vrcholových športovkyň i lepšou kvalitou osobného života. V kontraste s idealizáciou až patologickou štíhlosťou a zdravou výživou, ktorá je niekedy zmiešavaná s vegetariánstvom, makrobiotikou a vegánstvom, patologické vzorce príjmu potravy v populácii narastajú. V nich sa uplatňuje zvýšená prístupnosť viac kalorickej stravy a technický, konzumný životný štýl s obmedzením telesnej aktivity.³⁶

³⁶ HOSCHL, C. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. s.601. ISBN 80-900130-1-5.

3 ZDRAVOTNÉ KOMPLIKÁCIE MENTÁLNEJ ANOREXIE

3.1 Zdravotné komplikácie

Štíhle a krásne telo: kto by ho nechcel? Keď sa to s túžbou po minimálnej hmotnosti a nulových tukových zásob preženie, nastáva veľký zdravotný problém. Od tohto extrémneho chudnutia je len kúsok k podvýžive, ba dokonca v niektorých prípadoch aj k smrti. Mortalita pacientok s mentálnou anorexiou je jednou z najvyšších u psychiatrických onemocnení a je 30x vyššia oproti zdravým ženám rovnakého veku. Vyššie riziko mortality je spojené s predchádzajúcim výrazným úbytkom hmotnosti a pri zvýšenej fyzickej aktivite.³⁷

3.1.1 Kardiovaskulárne komplikácie

U pacientok je znížená tepová frekvencia, často je to pod 60 tepov za minútu. Spozorovanie bradykardie až u 95% pacientok s restriktívnou mentálnou anorexiou. Nezvyčajné neboli ani nálezy nižšie ako 40 tepov za minútu (u 48% pacientok). Znížená tepová frekvencia sa u anorektičiek spája s vagovou hyperaktivitou, ktorá vedie ku zvýšeniu aktivity parasympatiku a zníženiu hmoty myokardu. Bradykardia môže byť u pacientok maskovaná pri dehydratácií, zvýšenej fyzickej aktivite pred vyšetrením, po fajčení alebo u výrazne úzkostných anorektičiek. Je nutné zníženie fyzickej aktivity u pacientok s prítomnou bradykardiou. Dôležité je to hlavne u pacientok s hmotnosťou pod 80% ideálnej telesnej hmotnosti. Aj keď to nie je život ohrozujúce - abnormálne pomalú srdcovú frekvenciu a neobvykle nízky krvný tlak (hypotenzia) sú časté prejavy hladovania a sú zvyčajne spojené s anorexiou. Ďalej sú to poruchy srdcového rytmu

³⁷ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 170. ISBN 978-80-247-2425-6.

³⁷ NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. s. 180. ISBN 80-85912-33-3.

(arytmie). Zníženie pracovnej schopnosti srdca je spojená s ťažkou chudosťou a hladovaním.

3.1.2 Gastrointestinálne komplikácie

Gastroduodenála oblasť

Gastrointestinálny trakt hrá významnú rolu pri pocite hladu, chuti k jedlu, a pocitu sýtosti. V prípade anorexie sa objavuje hypomotilita celého gastrointestinálneho traktu. Prevláda najčastejšie neskoré vyprázdňovanie žalúdka a následným zvýšeným pocitom plnosti a hladu. Na gastrointestinálnej symptomatológii sa podieľa aj dysregulácia gastrointestinálnych hormónov ako cholecystokinin, ktorého nižšiu hladinu môžeme pozorovať. Závažnou komplikáciou je tiež dilatácia žalúdka, ktorá nastáva pri náhlom náraste množstva prijímaného jedla po dlhodobom hladovaní.

Tenké a hrubé črevo

Pacienti s anorexiou majú predĺžený „transit time“ tenkým červom, ktorý je charakterizovaný nedostatkom migrujúcich motorických komplexov. Postprandiálna elevácia sérového somatostatínu má taktiež vplyv na motilitu. Porucha mobility sa podieľa na progresy zápchy, ktorá má podiel na dlhodobom hladovaní, hormonovej a minerálovej dysbalancii.

Pankreas

U 5 až 10% pacientov s mentálnou anorexiou je popisovaná hlavne sekretorická insuficiencia pankreasu. Z funkčného hľadiska môže obraz pripomínať chronickú pankreatitídu, že je niekedy potrebné zahájiť substitučnú terapiu pankreatickými enzýmami.

Pečeň

Pri pečeňovej steatóze dochádza k elevácii sériových transaminancií, ktorá má vo fáze anorexie deplečný charakter. K prechodnému vzostupu môže dôjsť aj behom realimentácie. U pacientov je častý výskyt vírusových hepatítid.³⁸

Na záver by sme chceli povedať, že kardiovaskulárne komplikácie patria medzi najzávažnejšie komplikácie v priebehu mentálnej anorexie. Prejavujú sa závažnými poruchami rytmu, ktoré môžu spôsobiť i náhlu srdcovú smrť. V kľudových podmienkach je pacientka väčšinou obehovo stabilizovaná, avšak u pokročilých formách väčšej fyzickej záťaži môže viesť k prejavom obehového zlyhania.

3.1.3 Ženský reprodukčný systém

Reprodukcia, zaistenie potomstva patrí medzi základné charakteristiky živej hmoty. Reprodukčný systém človeka, jeho endokrinologická regulácia predstavujú zložitý komplex mechanizmov.³⁹

Podvýživa ohrozuje plodnosť. Nie je náhoda, že za symbol plodnosti bývajú považované kypré ženské tvary spodobenie napríklad v známej soške Věstonickej venuše. Dostatočná výživa má totiž z hľadiska fertility zásadný význam. Preto môžu poruchy príjmu potravy predstavovať jednu z príčin neplodnosti. Ľudské telo potrebuje k správnej produkcii pohlavných hormónov určité percento telesného tuku. Osoby trpiace anorexiou, bulímiou alebo držiaci drastickú diétu môžu túto tvorbu veľmi ľahko narušiť. Straty tukového tkaniva pri chudnutí spôsobujú, že sa organizmus snaží ušetriť čo najviac energie. U žien by prípadné tehotenstvo predstavovalo príliš vysoké energetické nároky, a preto sa predpokladá, že telo radšej utlmí tvorbu sexuálnych hormónov, aby k nemu nedošlo. Výsledkom je nepravidelná alebo žiadna menštruácia (amenorea), chýbanie ovulácie a nemožnosť otehotnenia. Našťastie ide ale o poruchu

³⁸ ARSLAN, G. *Gastrointestinal food hypersensitivity: Symptoms, diagnosis and provocation tests*. New York: Turk Gastroenterol, 2007. s. 68. ISBN 978-0-88270-646-7.

³⁹ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch príjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 170. ISBN 978-80-247-2425-6.

prechodnú, ktorá sa po zlepšení stavu výživy zvyčajne rýchlo upravuje. Aj pre mužov predstavuje nízka telesná hmotnosť problém. S váhou totiž klesá aj počet spermií, a teda aj plodnosť ako taká. Komplikované tehotenstvo a zlá výživa nemusí len znížiť šancu na počatie, ale môže tiež ohroziť samotné tehotenstvo, a to v mnohých smeroch. Zvyšuje sa riziko potratu, predčasného pôrodu, oneskoreného vnútromaternicového vývoja a nízkej pôrodnej hmotnosti dieťaťa, ale aj novorodeneckého úmrtia. Štúdie dokonca preukázali, že na zdravie dieťaťa má väčší vplyv to, čo žena jej pred otehotnením, ako strava počas vlastnej gravidity. Ak chcete ľahko otehotnieť, strážte si svoju váhu. Okrem podvýživy je z tohto hľadiska problematická aj nadváha a obezita, ktorá tiež negatívne ovplyvňuje reprodukčné funkcie. Ideálne pre počatie je preto ideálna váha a predovšetkým ideálne množstvo tuku v tele.⁴⁰

Problémy s otehotnením sú u žien s poruchami príjmu potravy, tzn. s trpiacimi anorexiou alebo bulímiou, bežnejšie než u žien bez týchto porúch. A problém sa týka aj žien, ktoré toto ochorenie prekonali v minulosti. S týmito závermi prišla zatiaľ najrozsiahlejšia štúdia vykonaná vedcami z King 's College a University College v Londýne. Štúdie sa zúčastnilo 11 tisíc žien, z ktorých asi 500 prekonalo anorexiu, bulímiu alebo kombináciu oboch porúch. Ženy po poruchách príjmu potravy otehotneli častejšie neplánovane.

Podľa štúdie tiež u žien, ktoré v minulosti prešli poruchami príjmu potravy, častejšie došlo k neplánovanému otehotneniu (41% žien s históriou týchto porúch oproti 28% žien bez porúch príjmu potravy). Dvakrát väčšie množstvo týchto žien chápalo materstvá ako svoju osobnú obeť. Hoci viac ako 70% žien malo radosť pri zistení tehotenstva, u žien s históriou porúch príjmu potravy boli dvakrát častejšie zistené pocity, že sú nešťastné (10% žien s históriou porúch oproti 4% žien bez histórie porúch). Kvôli zvracaniu je antikoncepcia často neúčinná. Neplánované tehotenstvo je u tejto skupiny žien častejšie vzhľadom k nepravidelnosti, prípadne strate menštruácie v dôsledku zlého fungovania metabolizmu a následne celého organizmu. Ženy tak dlhšiu

⁴⁰Endokrinni-system.cz [online]. c2002 [cit. 2012-10-21]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.endokrinni-system.cz/novinky?mid=zenska-neplodnost&id=670>>.

dobu nemusia ani zistiť, že sú tehotné. Ak trpí žena bulímiou, môže byť užívanie orálnej antikoncepcie vo forme tabletiiek neúčinné (vzhľadom k častému zvracaniu). Odborníci sa domnievajú, že o ženy s anorexiou a bulímiou by malo byť v čase snahy o otehotnenie, počas tehotenstva, ale aj po pôrode viac postarané. Podľa záverov štúdie je pre nich toto obdobie po psychickej stránke ešte náročnejšie ako pre ženy, ktoré tieto choroby nepodrobili.⁴¹

3.1.4 Kostný metabolizmus

Poznatky potvrdzujú, že proteínovo - kalorická malnutrácia významne zasahuje do kostného metabolizmu a zvlášť v období rastu a modelácie skeletu môže mať závažné a v dospelosti už nenapraviteľné následky v podobe nízkej vrcholovej kostnej hmoty a zvýšeného rizika zlomenín. Dôsledky mentálnej anorexie pre skelet môžeme posúdiť podľa zmeny denzity kostného materiálu pri opakovanom denzitometrickom vyšetrení. Vhodne môžeme posúdiť i ďalšie parametry telesného zloženia, ako je obsah tukovej a svalovej hmoty.⁴² Najnovšie metodiky v podobe vysoko rozlišujúcej počítačovej tomografie a magnetickej rezonancie umožňujú rozlíšiť tiež zmeny v oblasti tramčitej a kortikálnej kosti. Z hľadiska liečby anorexie nervosa je nutná multidisciplinárna spolupráca. Bez účinnej psychologickej a psychiatrickej intervencie by nebola úspešná žiadna nutričná a mendikamentózna liečba. Pre úpravu straty kostnej hmoty a umožnenie normálneho rastu a modelácie skeletu je dôležité normalizovať nutričný stav pacientov a zabrániť onemocneniu. Intenzívnu nutričnú liečbu vyžadujú pacienti s ťažkými formami proteinovo - kalorickej malnutrácie. Úprava nutričných parametrov s nárastom hmotnosti vedie i k úprave rade neuroendokrinných abnormalít. Hustota kostnej straty (osteopénie alebo rednutie kostí) je významnou komplikáciou

⁴¹ Endokrinni-system.cz [online]. c2002 [cit. 2012-10-21]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.endokrinni-system.cz/novinky?mid=zenska-neplodnost&id=670>>.

⁴² MARSHALL, D., O. Johnell. *Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures*. New York: Vintage books, 1996. s.312. ISBN 1254-1259-903.

anorexie, pretože ženy získavajú 40% - 60% ich kostnej hmoty počas dospievania. Štúdie ukázali, že úbytok kostnej hmoty môže dôjsť pomerne rýchlo u dievčat s anorexiou. Zatiaľ čo niektoré štúdie ukázali, že kostná hustota môže byť obnovená, ak celkový zdravotný stav je zlepšený a anorexia je úspešne liečená, iné štúdie naznačujú, že zvýšené riziko zlomenín môže pretrvávať v neskoršom živote.⁴³

⁴³ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 36. ISBN 978-80-247-2425-6.

4 LIEČBA MENTÁLNEJ ANOREXIE

Obnoviť primeraný stav výživy v rámci vhodných limitov: to je nezriedka možné len po umiestnení jedinca do špecializovaného zariadenia. V najťažších prípadoch je treba pristúpiť k podávaniu umelej výživy do žily alebo cez sondu zavedenú do žalúdka. Pacienti nezriedka trpia infekciami vzhľadom na úbohý stav imunitného systému. V tejto fáze je indikovaný absolútny pokoj a oddych s cieľom maximálne znížiť energetický výdaj. Upraviť správanie týkajúce sa príjmu stravy: ako prevencia vyššie uvedeného ťažkého stavu podvýživy či v rámci liečby ťažkého stavu ochorenia vo fáze telesného zotavovania sa. Denne je potrebné kontrolovať telesnú hmotnosť a tiež diskretné sledovať množstvo prijatej potravy. Odstrániť psychologické a biologické stopy podvýživy, aby sa prerušil bludný kruh ochorenia. Tu zohráva dôležitú úlohu rodina, ktorá musí byť náležite informovaná a poučená psychiatrom o opatreniach potrebných na dosiahnutie úplného vyliečenia pacienta. Anorexiou môžu byť pacienti liečení v ambulantných podmienkach alebo hospitalizácia môže byť potrebná. Pre jedinca s ťažkým chudnutím, ktorý má zhoršenou funkciu orgánov, nemocničné ošetrovanie musí sa najprv zamerať na odstránenie podvýživy, a intravenózne výživu alebo kŕmenie sondou, ktorá ide okolo úst môže byť vyžadované. Zisku medzi 1 na 3 libier za týždeň, je bezpečné a dosiahnuteľný cieľ, kedy musí byť opravený podvýživa. Niekedy telesnej hmotnosti je dosiahnuté použitím plány na stravovanie, zníženie fyzickej aktivity, a väčšiu sociálnu činnosť, buď na ústavné alebo ambulantné. Celková liečba anorexie sa musí sústrediť na viac než telesnú hmotnosť. Existuje celý rad liečebných prístupov v závislosti od dostupných zdrojov na jednotlivca. Vzhľadom na rastúce poistenecké obmedzenia, veľa pacientov zisťuje, že krátka hospitalizácia nasleduje deň liečebného programu je efektívny alternatívou k už ústavným programom. Je nutné spočiatku hľadať ambulantnú liečbu zahrňujúcu psychiatrický i lekársky zákrok. Je bežné, aby sa zapojili multidisciplinárny liečebný tím zložený z lekárskeho - poskytovateľskej starostlivosti, dietológom alebo odborníkom na výživu, a duševné zdravie - poskytovateľmi starostlivosti. Rôzne druhy psychologických terapií boli zamerané na liečbu ľudí s anorexiou. Individuálne terapie, kognitívno behaviorálnej terapie, skupinová terapia, a rodinná terapia boli všetky úspešné v liečbe anorexie. U adolescentov, výskum ukazuje, že model Maudsley rodinnej terapie môžu byť účinné najmä v liečbe tohto ochorenia v tejto populácii. Na rozdiel od mnohých minulých

prístupov k liečbe, model Maudsley prístupy rodiny jedinca s anorexiou ako súčasť riešenia. V tomto prístupe má rodina aktívne pomáhať ich ratolesti byť zdravším spôsobom. Akákoľvek vhodná liečba prístupmi rieši základné otázky konania, perfekcionizmus a self-vnímanie. Dynamika rodiny sú skúmané. Vzdelávanie v oblasti výživy poskytuje zdravú alternatívu k regulácii telesnej hmotnosti pre pacienta. Skupinové poradenstvo alebo podporné skupiny, často pomáhajú jednotlivcom v procese obnovy. Konečným cieľom liečby by mal byť pre jednotlivca fyzický a psychicky zdravý život. Kým lieky boli označené, že môžu s konečnou platnosťou znížiť nutkanie hladovať, olanzapín (Zyprexa, Zydys) je liek, ktorý je tiež používaný ako stabilizátor nálady a na liečbu schizofrénie, ktoré môžu byť užitočné pri liečbe anorexie. Toto je myšlienka pomôcť zvýšiť váhu a riadiť niektoré citové symptómy, ako je úzkosť a depresia, ktoré môžu sprevádzať anorexiu.⁴⁴

4.1 Rodinná terapia

Prítomnosť rodiny je často dôležitá pre pacientov. Sú pre nich oporou a majú pre nich pochopenie. Často sa používa ako prvá možnosť pri liečbe mladých pacientov. Mala by byť považovaná za vhodný doplnok rodinnej terapie v rodinách, kde sa vyskytujú konflikty. Napriek tomu, že nie je základným spôsobom liečby, môže byť podrobné rodinné vyšetrenie dôležité pre porozumenie niektorých problémov. Terapeuti sú presvedčení, že poruchy príjmu potravy môžu byť ovplyvnené konfliktami v rodine. Môžu sa prejavovať rôznymi spôsobmi. Poruchy príjmu potravy nastávajú v období puberty, alebo získanie pozornosti v rodine.⁴⁵ Rodinnú terapiu využívajú z praktického a teoretického pohľadu. Z praktického pohľadu pacient zdieľa domov s rodinou a tá má zodpovednosť za jeho pohodu a zdravie. Rodičia výrazne podporujú dosiahnutie terapeutického cieľa. Rodinná terapia môže byť včlenená aj do dlhodobého liečebného

⁴⁴ mavicevap.com [online]. c2012 [cit. 2012-10-22]. O nás. Dostupné z WWW: < <http://www.mavicevap.com/medi/sk/760.html> >.

⁴⁵ LOVELL, D. *Život v rovnováhe*. Bratislava: Porta Libri, 2002. s. 20. ISBN 80-89067-06-9.

plánu, ale môže byť aj doplnkom individuálnej terapie v prípadoch práce s terapeutom.⁴⁶

4.2 Hospitalizácia

Častým dôvodom hospitalizácie pacientok je potreba lekárskej starostlivosti. Pobyt v nemocnici je súčasťou uzdravovacieho procesu a zameriava sa nielen na fyzické stránky, ale aj na psychické, ktoré súvisia s poruchami príjmu potravy.

O hospitalizácií pacientok rozhoduje niekoľko meradiel:

1. potreba návratu k normálnej hmotnosti, alebo prerušenie ďalšieho úbytku hmotnosti.
2. Prerušenie záchvatov prejedania, zvracania, či užívania prehánadiel, keď u pacienta predstavujú zdravotné ohrozenie.
3. Zhodnotenie a liečba iných potenciálne vážnych zdravotných problémov.
4. Liečba podobných stavov ako je depresia, riziko sebapoškodzovania alebo užívanie psychoaktívnych látok.

Pri voľbe liečby treba pozerať nie to, či je pacient v takom nebezpečenstve, že potrebuje hospitalizáciu. Možno o nej uvažovať, pokiaľ pacient doposiaľ nereagoval na psychologickú liečbu. Je vhodná aj krátkodobá hospitalizácia s cieľom zdravotnej stabilizácie, ktorá zahŕňa psychologické poradenstvo a na to potom nadväzuje ambulantné psychoterapia. Nie je však vhodná pre pacientky, ktoré sú už veľmi vychudnuté, pretože tie potrebujú niekoľko týždňovú alebo mesačnú hospitalizáciu nutnú k získaniu aspoň 90% cieľovej hmotnosti. Doporučená rýchlosť hmotnostného prírastku je okolo 1 až 1,5kg týždenne. Tento postup je časovo a finančne veľmi náročný, ale pokiaľ vedie k uzdraveniu, stojí za to, pretože chronické prípady sú ešte náročnejšie.⁴⁷

⁴⁶ KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 1999. s. 47. ISBN 8071696277.

⁴⁷ LOVELL, D. *Život v rovnováhe*. Bratislava: Porta Libri, 2002. s. 21. ISBN 80-89067-06-9.

Pre väčšinu pacientov je výhodnejšie forma terapie denný stacionár alebo čiastočná hospitalizácia. Tieto programy poskytujú štruktúru, pokiaľ ide o stravovací režim, ale zároveň sa pacient nemusí vzdať terapeutickej podpory alebo úloh mimo nemocnicu. Pacientom poskytujú prechod medzi hospitalizáciou a ambulantnou starostlivosťou. Sú rôzne modely denných liečebných programov, ktoré majú často veľa spoločné s programami pre hospitalizovaných pacientov. Rozdiel je v tom, že pacienti využívajú terapeutické služby, ale neostávajú v nemocnici cez noc. Hospitalizácia dáva prednosť pacientom, ktorí sú značne vychudnutí, vyžadujú lekárske sledovanie, nemali úspech pri čiastočnej starostlivosti, alebo je u nich riziko sebapoškodzovania.⁴⁸

Existujú chronickí pacienti, ktorí už prešli rôznymi formami terapií za niekoľko rokov a dospeli do situácie, keď už nechcú podstupovať ďalšiu liečbu, alebo sú si vedomí toho, že ďalšia psychoterapia má veľmi malú nádej na úspech. V týchto prípadoch je cieľ lekárskej starostlivosti odlišný od psychoterapie.⁴⁹ Nezameriava sa na prekonanie poruchy príjmu potravy, ale na navrátenie pacientky do psychickej stability. Môže byť individuálna, alebo skupinová, s týždennými konzultáciami a lekárske dohľadom. Pokiaľ je terapia skupinová, pacienti môžu získať podporu zo skupiny podobne postihnutých pacientov. V niektorých prípadoch vyvolávajú snahu o aktívne zaobranie sa príznakmi porúch príjmu potravy.

4.3 Farmakoterapia

Farmakoterapia sa v liečbe nepoužíva ako prvá metóda. Jej účinnosť je sledovaná v kombinácii s psychoedukáciou, nutričným poradenstvom, psychoterapiou a režimovou terapiou.

⁴⁸ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 38. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁴⁹ KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 1999. s. 65. ISBN 8071696277.

Antidepresíva

U anorexie sú skúmané od roku 1980. Väčšina štúdií sledovala účinnosť citalopramu, fluoxetinu, tricyklické antidepresíva amitriptilin, klomipramin, nortriptylin, amineptin. Štúdie väčšinou netrvali dlhšie ako rok a boli spojené s rôznymi formami psychoterapie, čo porovnávanie dosť komplikuje.⁵⁰

Atypické antipsychotika

U psychotických pacientov síce spôsobili nárast hmotnosti, ale u anorexie žiadaný nárast váhy nebol spoľahlivo dokázaný. Pri anorexií nie je dôležitý len nárast hmotnosti, ale predovšetkým zmena zlého vnímania vlastného tela, niekedy až nezmyselného charakteru a zmena postoja k jedlu. U atypických antipsychotík bol zaznamenaný nárast hmotnosti po olanzapine a risperidone, ale bez zmeny postoja k jedlu, alebo len s krátkodobým trvaním.⁵¹

Z ďalších látok bol popisovaný účinok zinku, ktorého nedostatok vyvoláva symptómy typické pre anorexiu – stratu váhy, zmena chuti k jedlu, amenoreu, napätie v žalúdku, zmeny nálady a kožné zmeny. Stanovenie množstva zinku v je zložitá a jeho užívanie v dávkach 15,5 mg nekonzistentne preukázalo väčší nárast váhy a zníženie depresie.⁵²

Časté pocity nadúvania a sýtosti v anorexií vedú k vyhýbaniu sa jedlu. Prokinetické látky metoklopramid a domperidon sa používali pre vyprázdňovanie žalúdka v krátkodobej starostlivosti, ale štúdie nepotvrdili nárast váhy. Niekedy je odporúčaný k symptomatickej liečbe tráviacich problémov pankreatin a proti nadúvaniu simetikon.

Použitie psychofarmak pri anorexií nemá jednoznačné kritéria. Výsledky výskumov a praxí však môžeme zhrnúť do nasledujúcich doporučení.

⁵⁰ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 38. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁵¹ mavicevap.com [online]. c2012 [cit. 2012-10-22]. O nás. Dostupné z WWW: <
<http://www.mavicevap.com/medi/sk/760.html> >.

⁵² KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 1999. s. 68. ISBN 8071696277.

1. Bezpečnosť liečby je v akútnej fáze najdôležitejšia. Antidepresíva sa vyberajú podľa nežiaducich účinkov a somatických komplikácií. Pomalé zvyšovanie dávok.
2. Amitriptylin a cyproheptadin vo vyšších dávkach ukázali zvýšenie hmotnosti, ale nevyužíva sa často pre riziko nežiaducich účinkov ako kardiotoxicity.
3. Liečba antipsychotikami sa nemôže založiť na kontrolovaných štúdiách, pretože zmeny koncentrácií telesných proteínov a tukov môžu výrazne ovplyvniť farmakokinetiku.
4. Straty telesných proteínov môžu viesť k vyšším koncentráciám neviazaných liekových foriem v krvi. Dokonca aj u nižších dávkach sa môžu objaviť nežiaduce účinky a toxicita. Preto je dôležité u pacientkach s veľmi nízkou telesnou hmotnosťou meranie koncentrácie antidepresív. Potrebná je aj opatrnosť preto, lebo väčšina štúdií bola vykonávaná na dospelých pacientoch, zatiaľ čo anorexie postihuje viac mladú populáciu.⁵³ Analýza programu liečby anorexie ukazuje, že najlepšie výsledky majú komplexné a diferencované programy zahrňujúce nutričné poradenstvo, programy zamerané na chovanie, individuálnu, skupinovú a rodinnú terapiu.

4.4 Interpersonálna terapia

Interpersonálna terapia bola pôvodne vytvorená a nezameriava sa priamo na liečbu s poruchami príjmu potravy, ale na krátkodobú liečbu depresií. Liečebný postup je rozdelený do troch fáz. V prvej dochádza k identifikácii osobných problémov, ktoré viedli k rozvoju a udržiavaniu problémov s jedlom. V druhej fáze sa uzatvára terapeutická zmluva o práci na týchto interpersonálnych problémoch. Posledná fáza je zameraná na otázky spojené s ukončením terapie.⁵⁴

⁵³ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 377. ISBN 978-80-247-2425-6.

⁵⁴ KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 1999. s. 75. ISBN 8071696277.

4.5 Psychoterapia

Psychoterapia rieši psychologické problémy (vzťahové problémy, nízke sebavedomie a nízku frustračnú toleranciu). Podmienkou je kvalitný terapeutický vzťah, pracujúci s motiváciou pacientky. Vyžaduje to dobrú spoluprácu odborníkov a to psychiatrov, psychológov, internistov, endokrinológov, gynekológov a špecialistov v nutričnom poradenstve. Pri koordinácii liečby sa prihliada k somatickému i psychickému stavu, stupňu zrelosti jedinca, motivácii k liečbe, niekedy i k sociálnym podmienkam a dostupnosti jednotlivým programom. Neexistuje univerzálny terapeutický program či metóda. Pacienti sú na začiatku liečenia ambulantne, existujú programy hospitalizácie v denných centrách a hospitalizácie na špecializovaných jednotkách. Hospitalizácia je indikovaná pri nebezpečí sebevraždy. Pri prepustení pacienta je potrebné doporučiť dostatočne dlhú adekvátnu nasledujúcu starostlivosť.⁵⁵ Práca so špecifickými symptómami anorexie potrebuje špecifický prístup a psychodynamickú terapiu a preto je nutné poruchy príjmu potravy obmeňovať. Tu sa angažujú terapeutky, ktoré sa zaoberajú otázkami psychológie žien, hľadaním ženskej identity, diskrimináciou a sexuálnym zneužívaním. Dlhodobá psychodynamická liečba sa využíva tam, kde je krátkodobá neúspešná. Často je to v prípadoch s psychiatrickou komorbiditou, s anamnézou traumatizácie a sexuálneho zneužívania a posttraumatickej stresovej reakcie. Od terapeutov vyžaduje znalosť špecifických rysov porúch príjmu potravy. Dôležitý je terapeutický vzťah, hlavne u závažných formách, kde sa často prerušuje liečba.⁵⁶

⁵⁵ HOSCHL, C. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. s.605. ISBN 80-900130-1-5.

⁵⁶ PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 362. ISBN 978-80-247-2425-6.

5 PREVENCIA MENTÁLNEJ ANOREXIE

5.1 Dostatočný denný príjem

Je potrebné si opakovať, že ak sa chcem vyliečiť, musím pribrať a ak chcem pribrať, musím toho zjesť viac ako doteraz. Orientačná hodnota denného energetického príjmu pri liečbe mentálnej anorexie je asi 3 500 kCal. Znamená to jesť 6-krát denne – hlavné jedlá, desiaty, druhá večera. Tiež je nutné obmedziť aktívny pohyb na minimum. Potom môžeme dosiahnuť prírastok hmotnosti medzi 0,5 až 1 kg za týždeň. Zvýšenie príjmu stravy môže byť postupné, nemalo by však trvať viac než týždeň. Pocity plnosti, nechut do jedla, úzkosti pred jedlom a výčitky po ňom sú spočiatku normálne a je nutné ich prekonať (výrazne môže pomôcť odborník a podpora rodiny či partnera). Škodlivé je presné počítanie kalórií, väčšinou to zvyšuje úzkosť a potrebu kontroly príjmu potravy. Nevhodné je zaradenie nízkotučných a nízkokalorických výrobkov, ktoré iba zaplňujú žalúdok a nemajú dostatočnú energetickú a výživnú hodnotu. Úplne nevhodné je cvičiť po jedle a vyhovieť tak výčitkám.

5.2 Pravidelná strava

Je vhodné vytvoriť si časový plán v akú hodinu budem raňajkovať, desiatovať, atď. Pomôže to zmierniť úzkosť pred jedlom, odpadá totiž nepríjemné rozhodovanie či jesť hneď alebo to odložiť a často aj vynechať. Tiež to môže výrazne pomôcť pri komunikácii s ostatnými (rodina, partner) ohľadne stravy. Tomuto plánu je potrebné prispôbiť svoj deň, na druhej strane je potrebné pri jeho utváraní realisticky zohľadniť pracovný či školský rytmus, domáce zvyky, atď.⁵⁷

5.3 Postupné rozširovanie výberu jedla

Jedálniček ľudí trpiacich mentálnou anorexiou býva často veľmi chudobný a stereotypný. Cieľom je postupne ho rozširovať, aby bol pestrejší a vyváženejší. Je dobré vypísať jedlá či jednotlivé potraviny, ktoré sú pre chorého zakázané – ktorých sa

⁵⁷ HOSCHL, C. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. s.610. ISBN 80-900130-1-5.

bojí a vyhýba, zoradiť podľa obtiažnosti. Potom vyberieme jedlá, ktoré je vhodné do jedálnečky vrátiť a postupujeme od tých menej obtiažných.

Nie je nutné začať jesť jedlo, ktoré človek nikdy nejedol. Každý má nárok na voľbu nejakého jedla, ktoré proste nejde, ide však o výnimku.⁵⁸

5.4 Mäso v jedálňičku

Mäso dodáva telu mnoho dôležitých látok, niektoré z nich sa nedajú inak získať, navyše je energeticky výdatné. Preto sa jeho zaradenie do jedálňičky určite doporučuje, nemusí však byť každý deň (aspoň však 5-krát do týždňa). Je vhodné striedať druh mäsa (ryby, hydina, hovädzie) i úpravu jedla. Ak človek s mentálnou anorexiou mäso nejde, zaujímame sa o to, kedy ho prestal jesť. Ak je to v dobe začiatku ochorenia, vnímame toto rozhodnutie skôr ako spôsob obmedzovania sa v jedle a snahu kontrolovať tak telesnú hmotnosť. Ak má nejedenie mäsa tradíciu v rodine chorého, alebo ide o rozhodnutie, ktoré časovo dlhodobo predchádza nástup anorexie, rešpektujeme to. Vynechanie mäsa z jedálňičky znamená navýšenie porcií hlavných jedál (obed, večera) tak, aby bolo jedlo dostatočne výdatné.

5.5 Veľkosť porcií

Poznať aká ma byť porcia veľká, aby sme sa najedli dostatočne a zároveň sa neprejedli je pre chorých s poruchou príjmu potravy často veľký problém. U mentálnej anorexie často platí staré príslovie, že strach má veľké oči – porcie sa chorému na tanieri zdajú väčšie než v skutočnosti sú a potom má tendenciu málo si nabráť či nedojesť.

5.6 Ako odhadovať porcie

Veľkosť porcií závisí na tom, či trpíme podváhou a potrebujeme pribrať alebo pribrať nepotrebujeme. Uvedené porcie sú pre dospelého človeka s bežnou pohybovou aktivitou. Denný príjem potravy je rozdelený na 5 – 6 jedál, k nim sú pridané orientačné časy. Pripomíname, že samozrejmosťou je vylúčenie všetkých light -

⁵⁸ 4woman.gov [online]. c2009 [cit. 2012-11-04]. O nás. Dostupné z WWW: <
<http://www.4woman.gov/fag/easyread/anorexia-etr.htm> >.

výrobkov a náhradných sladidiel (ak to nevyžaduje váš zdravotný stav). Tiež je samozrejmosť dodržiavať pitný režim; dospelý človek by mal denne vypiť min. 2L tekutín (nepočítame kávu, čaj a samozrejme alkohol).

Ďalšie doporučenie:

Nasledujúci text berieme ako doporučenia, ktoré vznikli zo skúseností pri práci s ľuďmi trpiacimi poruchou príjmu potravy. Sú určené hlavne rodičom a partnerom chorých. Ich aplikácia v domácnosti môže byť doprevádzaná nevôľou chorého.

Nepristupovať na nasledujúce požiadavky:

- chorý bude jesť osamote a v inú dobu než ostatní
- chorý bude jesť len to, čo sám pripravil
- chorý si bude v rodine variť sám
- nebude jesť to, čo ostatní, ak nebudú jesť diétne
- bude jesť podľa toho, ako ma hlad a iba to, čo mu chutí
- nebude jesť po 18 - tej hodine

Do jedla nehovoriť

Hlavne u detí sa vyhneme pri jedle konfliktom a scénam. Správanie chorého nekomentujeme, prípadné požiadavky či kritiku si necháme až po jedle

Jedlo a váha

V žiadnom prípade sa nedoporučuje spájať jedlo s kontrolou telesnej hmotnosti vážením. Ak ide o váženie, malo by prebiehať max. 2-krát týždenne ráno pred raňajkami v spodnom prádle. Takéto výsledky sú aspoň približne porovnateľné. Častejšie váženie obvykle vedie k zvýšenej kontrole príjmu potravy.⁵⁹

⁵⁹ 4woman.gov [online]. c2009 [cit. 2012-11-04]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.4woman.gov/fag/easyread/anorexia-etr.htm> >.

Obrázok 3:



Zdroj: *theprisma.co.uk* [online]. 2012 [cit. 2013-01-08]. when food takes control of Dostupné z WWW:<<http://www.theprisma.co.uk/2012/05/25/anorexia-when-food-takes-control-of-life/>>.

6 HISTÓRIA A VYMEDZENIE OBEZITY

Obezita je jednou z najväčších výziev verejného zdravotníctva v 21. storočí. Od roku 1980 sa prevalencia obezity stonásobila v mnohých krajinách európskeho regiónu Svetovej zdravotníckej organizácie a počet tých, ktorí sú postihnutí, kontinuálne narastá do alarmujúcich rozmerov, najmä u detí. Obezita je taktiež zodpovedná za 2 – 8% všetkých výdavkov na zdravotníctvo a 10 – 13% úmrtí v rôznych častiach európskeho regiónu. Všetky spoločnosti a vlády preto potrebujú uskutočňovať činnosti, ktoré povedú ku kontrole epidémie obezity. Národné stratégie by mali zabezpečiť a vytvoriť príležitosti pre zlepšenie fyzickej aktivity a podporiť dostupnosť a prístup k zdraviu prospešným potravinám. Mali by tiež zabezpečiť zapojenie rozličných vládnych sektorov, spoločnosti, súkromného sektora a iné zainteresované osoby, či organizácie.

6.1 História obezity

Predstava o kráse ľudského tela sa v priebehu dejín výrazne menila. V závislosti na tom sa menili v jednotlivých historických obdobiach aj názory na ideálnu hmotnosť človeka. Dokumentujú to mnohé výtvarné diela - maľby a sochy. V najstarších zachovaných kultúrnych pamiatkach napr. u Vestonickej venuši, štylizácia ženského tela symbolizuje predovšetkým materstvo. Obézna žena bola symbolom plodnosti a plodnosť symbolom dostatku potravy a majetnosti. Antické umenie však už zobrazuje ľudské telo harmonicky vyvinuté, vyšportované. Gréci často zobrazovali bohov ako atlétov. Takéto vnímanie krásy ľudského tela pretrvalo s výnimkou stredovekej gotiky až do obdobia renesancie. Vo výtvarnom umení sú známe obrazy kyprých žien a mužov od Rubensa či Rembranda, ale aj naopak štíhle postavy. Výživa vo vzťahu k zdraviu bola už pred stáročiami venovaná pozornosť.⁶⁰ Najstaršia je z r. 1900 pred n.l. tzv. Sumerská tabuľa, obsahuje záznam stravy školského chlapca. Egypťská lekárska

⁶⁰ HRODEK, O., J. VAVŘINEC, et. al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. s. 352. ISBN 80-7262-178-5.

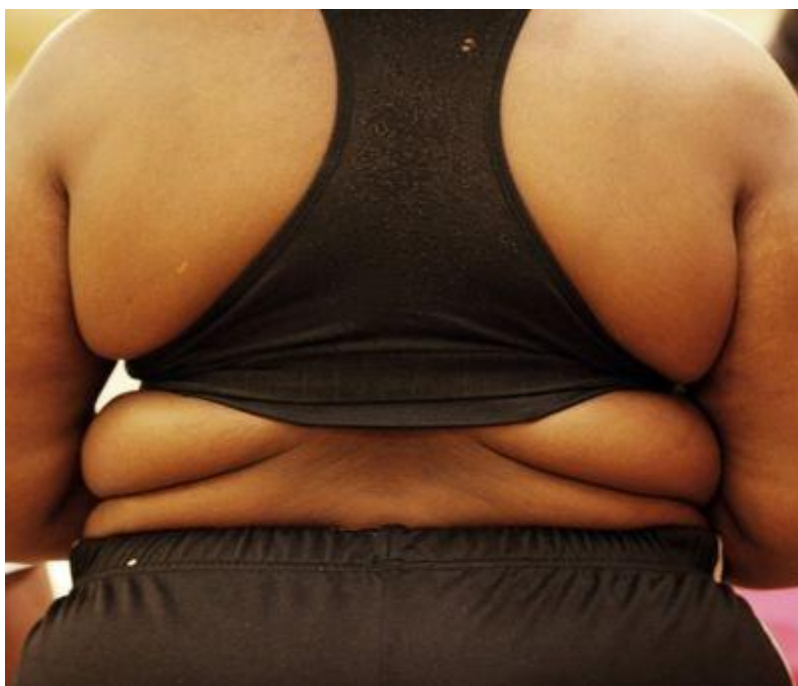
encyklopédia Papyrus Ebers z r. 1550 pred n.l. obsahuje kapitoly venované detskej výžive a významu materského mlieka. Súčasťou stravy boli popisované hlavne ryby, ovocie, zelenina a olivový olej, odporúčané boli aj pôstne dni. Na začiatku kresťanskej éry sa napr. indická kniha Carakasamhita zaoberala problematikou výživy. V prácach Hippokrata, Galenaci ďalších arabských lekárov sa popisuje vzťah medzi výživou a dĺžkou života, nadmernou hmotnosťou a predčasnou smrťou. Cirkev na jeho podnet zaradila prejedanie medzi 7 ťažkých hriechov. Dlho pretrvával spor či obezitu považovať za ochorenie alebo za prejav zdravia. Vyplývalo to z čias vojen a hladomorov, kedy väčšiu šancu na prežitie mali silnejší, tučnejší jedinci a tak bola obezita resp. vyššia hmotnosť považovaná za známku blahobytu, ale aj známku zdravia.⁶¹ Tento nesprávny názor sa prenášal aj na výživu detí, prejavom zdravého dieťaťa bolo dieťa bacuľaté. Vďaka rozvoju lekárskej vedy od konca 19 a v priebehu 20storočia bola intenzívnejšie venovaná pozornosť zdravému fyzickému a psychickému vývoju človeka.⁶² Boli vypracované odporúčané dávky základných živín, minerálov, stopových prvkov a vitamínov ktoré zabezpečujú optimálny rast, vývoj a fungovanie organizmu. Napriek tomu nie všetky problémy súvisiace so spôsobom výživy sú vyriešené. Jedným z nich je aj obezita. Dnešný záujem o toto ochorenie, označované aj ako epidémia 20 a 21 storočia, súvisí s jeho masívnym výskytom v rozvinutej časti sveta. Snáď okrem zubného kazu a dnes aj aterosklerózy, neexistuje masovejšie rozšírené ochorenie. Odborníci hovoria : „Obezita je luxus, ktorý si nemôžeme dovoliť. Jednak z dôvodov zdravotných, ale tiež etických, keď asi 2 miliardy ľudí našej planéty vyslovene hladuje, alebo sa nedostatočne stravuje.“⁶³

⁶¹ HAINER V., M. KUNEŠOVÁ . *Obezita*. Praha: Galén v spolupráci s firmou SERVIER s.r.o., s. 9-10. ISBN 80-85824-67-1.

⁶² HRODEK, O., J. VAVŘINEC., et. al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. s. 353. ISBN 80-7262-178-5.

⁶³ HAINER V., M. KUNEŠOVÁ . *Obezita*. Praha: Galén v spolupráci s firmou SERVIER s.r.o., 2006. s. 9-10. ISBN 80-85824-67-1.

Obrázok 4:



Zdroj: *žena.cz* [online]. 2011 [cit. 2013-01-08]. Obezita v dětství. Dostupné z WWW:<<http://zena.centrum.cz/deti/batolata-a-predskolaci/clanek.phtml?id=712529>>.

V rozvinutých, ekonomicky prosperujúcich spoločnostiach dominuje väčšinou kvalitatívne nevyvážená a kvantitatívne nadmerná strava, ktorá spolu s nepravidelným výživovým režimom sú jednou z hlavných príčin nadhmotnosti až extrémnej obezity a na ňu nadväzujúce komplikácie. V celosvetovom meradle za posledných 20 rokov stúpol jej výskyt o 50%, polovica dospeléj populácie európskeho regiónu má nadváhu a tretina je obézna. Problém sa prenáša už do detského veku, obezita sa pohybuje od 10-30%. Je dokázané, že u 70-80% obézných detí pretrváva obezita aj v dospelosti a 30% dospelých udáva, že boli obéznymi už v detstve. Vplyv majú aj genetické faktory, predispozícia čiže sklon. Potvrďuje to tzv. familiárny výskyt obezity, keď 70-80%

tučných detí má oboch rodičov obéznych , 40-50% jedného rodiča a len 7-10% obéznych detí má rodičov s primeranou hmotnosťou.⁶⁴

Podobne je pozorovaná obezita u dvojčiat. Alarmujúci je fakt, že výskyt má stúpajúci trend.

Obrázok 5:



Zdroj: Sportuj.com [online]. 2009 [cit. 2013-01-08]. Obezita. Dostupné z WWW://<http://www.sportuj.com/view.php?cisloclanku=2008060074> >.

6.2 Vymedzenie obezity

Obezita je nadmerné ukladanie telesného tuku v organizme, zvyčajne spájané s nárastom hmotnosti. Ideálna hmotnosť je tá, ktorá je vzhľadom ku stavbe kostry a svaloviny a k charakteru povolania najvhodnejšia pre jedinca určitého veku a pohlavia. Nadváha a predovšetkým jej ťažšia forma obezita poškodzuje zdravie. Jej najčastejšou príčinou je narušená rovnováha medzi príjmom a výdajom energie. V poslednom

⁶⁴ MASTNÁ B. *Nadváha a obezita. Proč a jak tloustneme – boj s obezitou*. Praha 10: TRITON s.r.o., 2003. s. 6 ISBN 80-7254-067-9.

desaťročí výskyt obezity celosvetovo prudko stúpa, odborníci dokonca hovoria o epidémii obezity. Nadmerná telesná hmotnosť je druhá najčastejšia príčina predčasného úmrtia. Podľa svetovej štatistiky trpí nadváhou a obezitou viac ako polovica ľudí na celom svete, čo predstavuje okolo 3 miliardy ľudí, pritom minimálne 40% z nich sa pokúša znižovať svoju hmotnosť.⁶⁵

Obezita je chronické ochorenie, ktoré už dávno nie je problémom iba kozmetickým, ale predovšetkým problémom zdravotným. So stúpajúcou telesnou hmotnosťou sú spájané závažné zdravotné riziká ako je cukrovka, srdcovo - cievne ochorenia, problémy s dýchaním, vysoký krvný tlak, ochorenie kĺbov a nádorové ochorenie. Obézny ľudia majú mimo zdravotných problémov i problémy sociálne a psychické. Vyskytujú sa u nich depresie, zakomplexovanosť, často majú zníženú sebadôveru a problémy pri svojom uplatnení v zamestnaní. Z lekárskeho hľadiska je cieľom liečby obezity 5 - 10% zníženie hmotnosti, ktoré má výrazný pozitívny efekt na zdravotný stav pacienta. Dlhodobé zníženie telesnej hmotnosti minimálne o 5% znižuje riziko rozvoja srdcovo- cievnych ochorení, bolestivosť kĺbových ochorení, riziko predčasného úmrtia, nádorových ochorení či riziko vzniku vysokého tlaku.⁶⁶

Tragickou iróniou modernej civilizácie je, že kým tretina populácie sveta trpí nedostatkom potravy, jedným z najzávažnejších problémov vyspelých krajín je obezita. Obezita v Európe sa začala šíriť v 18. a 19. storočí a jej medicínsky význam bol objasnený v minulom storočí. Pandémia obezity sa začala v posledných dvoch desaťročiach 20. storočia a v tom istom čase došlo k prudkému nárastu výskytu obezity u detí a mladých ľudí. Ak sa tento trend nepodarí zastaviť, bude to mať za následok enormný nárast počtu chorých s diabetes mellitus 2. typu a zvrát v klesajúcej incidencii chorôb srdca a ciev.

Nadmerná hmotnosť je termín, ktorý znamená len zvýšenie telesnej hmotnosti nad dohodnuté štandardy bez ohľadu na to, čím je spôsobené (napr. zvýšenou masou

⁶⁵ HAINER V. *Obezita*. 2. vyd. Praha 10: TRITON s.r.o., 2003. s. 24. ISBN 80-7254-384-9.

⁶⁶ HAINER V., M. KUNEŠOVÁ . *Obezita*. Praha: Galén v spolupráci s firmou SERVIER s.r.o., 2006. s. 9-10. ISBN 80-85824-67-1.

svalov). Odlišenie nadmernej hmotnosti *nezapríčinenej* obezitou od obezity v praxi nie je problém.

Jednoduchý ukazovateľ nadmernej hmotnosti je index telesnej hmotnosti (body mass index – BMI). BMI dostaneme delením hmotnosti v kilogramoch štvorcom telesnej výšky v metroch (kg/m^2).⁶⁷ Prijateľnými hodnotami BMI v bežnej populácii sú hodnoty medzi 19 a 25. Podľa BMI možno hovoriť o štyroch stupňoch obezity (Tab. 1).

Tabuľka 1: Stupne obezity podľa BMI

STUPNE OBEZITY PODĽA BMI

BMI	STUPEŇ	PRÍKLAD Výška = 1,72 m
19 – 25	0	56 – 74 kg
25 – 30	I, mierna	74 – 89 kg
30 – 40	II, stredná	89 – 118 kg
> 40	III, ťažká	> 118 kg

Poznámka:

Podľa epidemiologických štúdií zvýšené riziko následkov sa začína nad BMI 27 (80 kg pri výške 1,72 m).

ZDROJ: *compex.zdravi-cz*. [online]. 2008 [cit. 2013-01-08]. Zdraví a nadváha. Dostupné z WWW: <<http://compex.zdravi-cz.eu/nadvaha-obezita.php>>.

O relatívnom podiele tuku v organizme rozhodujú viaceré faktory, medzi ktoré patrí aj pohlavie, vek a stupeň fyzickej aktivity. Obsah tuku narastá u oboch pohlaví po puberte. Vo veku 18 rokov má zdravý muž 15-18 % a žena 20-25 % tuku v tele. Za akceptovateľnú hodnotu sa považuje 10-20 % tuku u mužov a 20-30 % tuku u žien. Nakoľko viac ako polovica telesného tuku je uložená v podkoží, veľmi rozšíreným kritériom používaným na diagnózu tučnosti je hrúbka kožnej krkvy. Tá sa zisťuje na viacerých miestach (zvyčajne nad bicepsom, tricepsom, subskapulárne a suprailiákálne), zo získaných výsledkov sa stanoví podiel telesného tuku v tele. V poslednom čase boli

⁶⁷ SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*. Praha: GRADA, 2008.s. 97 .ISBN 978-80-247-2256-6.

zavedené moderné metódy merania množstva tuku v tele. Metóda bioelektrickej impedancie je vhodná na použitie v ambulantných podmienkach. Veľmi presná ale drahá je metóda DEXA (dual energy X-ray absorptiometry). Viscerálny tuk sa dá merať pomocou CT alebo NMR vyšetrení.⁶⁸

Z hľadiska morbidity a mortality obéznych ľudí má veľký význam regionálna distribúcia tuku. Distribúciu tuku možno jednoducho zistiť z pomeru obvodu pásu a bokov (WHR = waist to hip ratio). Tento pomer sa normálne pohybuje medzi 0,7 a 1,0. Ak je u mužov WHR vyšší ako 1,0 a u žien vyšší ako 0,8, ide o obezitu hornej časti tela. Ešte jednoduchšia je metóda merania obvodu pásu bez ohľadu na výšku. U mužov je zdravotné riziko zvýšené nad 102 cm, u žien nad 88 cm (norma do 94 a 80 cm).⁶⁹

Výskyt obezity (BMI > 30) u mužov a žien v niektorých krajinách sveta je v tabuľke č. 2. Mierna obezita (BMI 25 – 30) však postihuje v mnohých krajinách Európy a v USA tretinu až polovicu dospelaj populácie. Nárast oproti osemdesiatym rokom minulého storočia je až 50 % a takisto alarmujúci je nárast výskytu obezity u detí vo veku 6 – 15 rokov.

⁶⁸ SVAČINA, Š., A. BRETŠNAJDROVÁ . *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada, 2008. 139s. ISBN 978-80-247-2395-2 .

⁶⁹ SVAČINA, Štěpán. III. Interní klinika 1. lékařské fakulty UK a všeobecná fakultní nemocnice v Praze. *Obezita a nadváha*. [cit. 2012-10-23] Dostupné na [www: <http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3>](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3).

Tabuľka 2: Výskyt obezity

VÝSKYT OBEZITY (BMI > 30)

KRAJINA	MUŽI, %	ŽENY, %
Slovensko	19	14
USA	20	25
Japonsko	8	3
Rusko	11	28
Juhoafrická republika	8	44
Kuwait	22	44
Grécko	27	18

Zdroj: *compex.zdravi-cz*. [online]. 2008 [cit. 2013-01-08]. Zdraví a nadváha. Dostupné z WWW: <<http://compex.zdravi-cz.eu/nadvaha-obezita.php>>.

7 PRÍČINY VZNIKU OBEZITY

7.1 Energetická bilancia

Medzi príčiny vzniku obezity nepochybne patrí pokles fyzickej námahy a nadbytočný príjem potravy, teda nepomer medzi príjmom a výdajom energie . To je označované ako pozitívna energetická bilancia, čo znamená, že energetický výdaj je nižší ako energetický príjem. Nadbytočná energia sa preto ukladá vo forme tuku. Ak ide o negatívne energetickú bilanciu, je tomu naopak. Výdaj je vyššia ako príjem a telesná hmotnosť sa znižuje. Pri vyrovnanej energetickej bilancii príjem energie zodpovedá jej výdaji, teda telesná hmotnosť sa nemení . Ak dochádza k nepomeru pri výdaji a príjmu energie a dôsledkom toho je zvyšujúce sa hmotnosť jedinca, hrajú tu dôležitú úlohu stravovacie návyky, pohybová aktivita, rodinné zvyklosti a v podstate celý životný štýl. Obezitu individuálne podporuje nevhodné stravovanie, a to ako množstvo potravy, tak aj jej celkové zloženie, nadmerný energetický príjem. K tomu sa pridáva nepravidelnosť príjmu potravy. Bez jedla nadváha a obezita vzniknúť nemôže. Človek prijímať potravu musí a energiu z nej využíva k rastu, k udržaniu stálej telesnej teploty a všetkých telesných funkcií, k prípadnému nahradenie niektorých tkanív, aj k tvorbe tepla a pri práci Množstvo prijatej potravy by malo byť rozlíšené ako podľa veku, pohlavia, pohybu, obdobia života, tak aj podľa zdravotného stavu jedinca. Predpokladom správnej výživy, celkového zdravia a kondície je práve diferencovaná (rozlíšená) výživa.⁷⁰

7.2 PRAVIDELNOSŤ PRÍJMU POTRAVY

K vzniku obezity tiež veľmi prispieva nepravidelný príjem potravy. U niektorých jedincov stále víťazí občasné hladovanie, kedy sa napríklad celých päť pracovných dní obmedzujú v jedle, ale zato pri víkendovom stravovaní spoločne s celou rodinouedia viac než v piatich predchádzajúcich dňoch. Dôsledkom takéhoto

⁷⁰MASTNÁ, B. *Nadváha, obezita, výživa*. Praha: Triton, 2000. s. 220. ISBN 80-7254-143-9.

systemu potom môžu byť aj 2 až 3 pribranej kilogramy za víkend. Ďalšou možnou príčinou zvyšovania telesnej hmotnosti býva jedna väčšia porcia jedla denne. Mnohí obézni často ráno neraňajkujú, a napoludnie potom takmer neobedujú, ale po príchode domov zo zamestnania získaní prehltnú všetko, čo sa v domácnosti vyskytuje.⁷¹ Pravidelné pojedanie pochutín večer pri televízii tiež nie je nič nové. Ľudia sa snažia čo najviac zaplniť svoj žalúdok, ktorý má objem až dva litre a až po úplnom nasýtení prestávajú s konzumáciou. Rovnako ako pravidelnosť príjmu potravy, tak aj rýchlosť konzumácia pokrmov sa podieľa na vzniku obezity. Tí, ktorí čo najrýchlejšie hltavo zjedia svoju porciu, zisťujú pocit nasýtenia neskôr ako Tí, ktoré jedia pomaly a bez náhlenia. Preto "rýchli jedáci" oproti tým pomalým prijímú väčšie množstvo potravín.⁷² Stravovanie ovplyvňuje naše zdravie, fyzickú kondíciu aj duševnú pohodu. Pestrý a vyvážený jedálňičiek by mal dodať nášmu organizmu energiu a všetky potrebné živiny. Pre zdravie a udržanie optimálnej telesnej hmotnosti je však nevyhnutná rovnováha medzi príjmom a výdajom energie. Hlavné zásady vyváženej stravy môžeme zhrnúť do troch bodov:

1. Náš jedálňiček by mal byť pestrý, mal by obsahovať rôzne druhy potravín rastlinného aj živočíšneho pôvodu.
2. Jeť by sme mali v pravidelných menších porciách, celodenný príjem potravy by mal byť rozdelený minimálne do piatich porcií.
3. Nesmieme zabudnúť piť dostatočné množstvo tekutín.

Rozličné návody a spôsoby správneho stravovania majú pomáhať zdravým ľuďom pri zabezpečovaní dennej dávky základných živín a optimálne zastúpenie jednotlivých zložiek potravy. Optimálnu porciu a zloženie potravy predstavuje také množstvo, ktoré sa v priebehu dňa dokáže v organizme spotrebovať, tak aby sa nevytvárali zásoby predovšetkým vo forme tuku. Takéto množstvo a zloženie nám dáva základ racionálnej

⁷¹ HLÚBIK, P. *Úvod do problematiky obezity*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 1994. s. 83. ISBN 80-85109-03-4.

⁷² MASTNÁ, B. *Nadváha, obezita, výživa*. Praha: Triton, 2000. s. 220. ISBN 80-7254-143-9.

výživy. Racionálna výživa aby plnila svoju funkciu, musí spĺňať hlavné kritéria ktorými sú predovšetkým nezávadnosť a čerstvosť potravín, táto potrava musí zodpovedať potrebám ľudského organizmu a musí byť aj epidemiologicky bezpečná. Za najoptimálnejšie zloženie a tým aj racionálnu výživu pokladáme takú kombináciu pri ktorej sa najvodnejším spôsobom dokážu vykryť nároky organizmu pri rôznej činnosti. Množstvo musí zodpovedať vynaloženej námahe v priebehu dňa tak, aby sa nevytváral prebytok alebo nedostatok energie získanej z potravy.

Zloženie potravy a požiadavky na jej zloženie sa v priebehu života menia. Zloženie potravy novorodenca je úplne odlišné od zloženia potravy napríklad dospelaj osoby alebo dôchodcu. Dôležitým faktorom je aj rozsah pohybovej aktivity. Už pri malej námahe rastú požiadavky na väčší výdaj energie ktorá je získavaná z potravy. Úplne iné zloženie výživy je u športovcov a aj výživa pri jednotlivých druhoch športu je rozdielna.⁷³

⁷³ *Fit.server.sk* [online]. c2011 [cit. 2012-11-07]. O nás. Dostupné z WWW: < <http://fit.server.sk/vyziva/zasady-racionalnej-vyzivy/> >.

Obrázok 6:



Zdroj:Ordinace.cz [online]. 2007 [cit. 2013-01-08].Co jeden centimeter to rok života navíc. Dostupné z WWW: <[http:// www.ordinace.cz/clanek/obezita-otylost/](http://www.ordinace.cz/clanek/obezita-otylost/)>.

7.3 Psychosociálne faktory

V dnešnej dobe je obezita považovaná za chorobu spôsobenú predovšetkým psychosociálnymi faktormi. Vplyvmi vonkajšieho prostredia, rôzne stresové situácie a emočné problémy riešené prejedaním sú považované za časté rysy osobnosti obézneho človeka. Veľký význam pre vývoj obezity majú rodinné faktory, sociálne role, vývojové obdobie, životný štýl pacienta. Nárast hmotnosti u žien býva často spájaný s úzkostnými a depresívnymi stavmi, s pocitmi izolácie, diskriminácie, s neľahkým sociálnym uplatnením. Akékoľvek emočné vzrušenie môže viesť k nadmernému príjmu potravy. U iných obéznych hrá určitú rolu strach z hrúbky, nižšia schopnosť jedinca nadväzovať medziľudské vzťahy a včleniť sa do spoločnosti, pasívny prístup, nespokojnosť so životom. Tieto problémy sa môžu skôr radiť k dôsledkom obezity či môžu byť sprievodným javom obezity.⁷⁴

⁷⁴ HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004. s. 372 ISBN 80-247-0233-9.

7.4 Dedičnosť a jej vplyv na obezitu

Je známe, že minimálne z 50% je obezita podmienená geneticky. Pokiaľ je otec i matka obézni, pravdepodobnosť výskytu obezity u ich potomka je 80%. Ak je obézny jeden z rodičov, je riziko obezity u dieťaťa 40%. Táto veľká nevýhoda sa ale dá zmeniť zvýšeným úsilím pri dodržiavaní správnych stravovacích návykov a dostatkom pohybovej aktivity. Dedičnosť obezity je sporná. Vzhľadom k tomu, že sme schopní vyšľachtiť chovy hospodárskych zvierat s požadovaným pomerom aktívnej telesnej hmoty (mäsa), dá sa predpokladať, že aj u človeka existujú vlohy pre obezitu ako iné genetické choroby, ale zatiaľ to jasne preukázané nebolo. Chýba to, čomu sa odborné hovorí marker, tj sledovaný znak - sama neprimeraná tučnota to nemôže byť, pretože sa dá ľahko ovplyvniť režimom. Avšak boli vykonávané rozsiahle štúdie na jednovaječných dvojčatách, ktorá by mala byť úplne rovnaká ako vzhľadom, ale aj charakterom výmeny látkovej a výskytom chorôb. Ukázalo sa, že vývoj dvojčiat je závislý predovšetkým na vonkajších podmienkach a že sa "dedia" hlavne rodinné zvyklosti, ktoré majú rozhodujúci vplyv na vývoj obezity u detí. To z dvojčiat, ktoré bolo vychovávané rodičmi, malo stravu i pohybovú aktivitu zodpovedajúcu predstavám rodičov, ale dvojča vychovávané mimo domova sa prispôbovalo iným životným podmienkam. Ak sa nejaké náznaky dedičnosti obezity našli, dali sa väčšinou sledovať až do puberty a potom vymizli, pretože vplyv rodiny touto dobou slabne a potomka začínajú prevládať vlastné názory spoločne s vplyvmi cudzieho prostredia. Tuční by radi svoju chorobu zviadli na nezvládnuteľnú genetickú poruchu, bolo by to pre nich pohodlnejšie a mali by snáď ospravedlnenie nielen pre seba, ale aj pre okolia, že za svoju hrúbku nemôžu a je teda zbytočné akékoľvek redukčné úsilie. Avšak keby bola hrúbka geneticky podmienená, mala by sa prejavovať už od novorodeneckého veku, ale u veľkej väčšiny obezita vstupuje do popredia až v dospelosti vplyvom rizikových faktorov. Ako sa hovorí, že obezita nie je dedičná, ale že sa dedí jedálenský zvyklosti, tak by sa malo hovoriť, že sa dedia rodinné zvyklosti týkajúce sa pohybové aktivity, ktorá zvlášť v mladom veku môže výrazne ovplyvniť stavbu tela a životný štýl. U rodičov, ktorí nešportujú a vedú v podstate sedavý spôsob života, sa ich dieťa nenaučí žiadnym športom a väčšinou prevezme aj sedavé záľuby rodičov. Životné návyky sa môžu zmeniť napr. v internáte, ale zvyčajne už býva neskoro a zmysel pre telesné pohodlie ťažko premôže kamaráti alebo sexuálny partner / ka, ktorý / á už bude rovnako

vyhľadávaný/á.

Ťažko zvládnuteľná, dlhšie trvajúci obezita nebýva teda spôsobená dedičnou poruchou, aj keď obaja rodičia sú tuční, ale najčastejšie vinu majú zložité regulačné procesy ako reakcia na jedlo pri nedostatočnej pohybovej aktivite.⁷⁵

7.5 Obezita a endokrinný systém

Určitý podiel na vzniku obezity môžu mať aj poruchy žliaz s vnútornou sekréciou. Endokrinné podmienená obezita sa vyskytuje pri ochorení nadobličiek, kedy dochádza k zvýšenej tvorbe kortizolu a tým prepuká tzv Cushingov syndróm. Cushingov syndróm je charakteristický okrúhlym začervenalým tvarom, tukom uloženým predovšetkým na trupe, výrazne úzkymi hornými aj dolnými končatinami, na ktorých nie je ani tuk ani svalovina. Táto porucha je spôsobená nádorom hypofýzy alebo nadobličiek, nadmerným požívaním alkoholu, niekedy tehotenstvom a samotným prejedaním.

Ďalšie syndróm sprevádzaný obezitou u žien, je syndróm adreno-genitálne, pri ktorom dochádza k nadmernej produkcii mužských hormónov androgénov. Vytváranie mužských druhotných pohlavných znakov je dôsledkom poruchy nadobličiek alebo vaječníkov. Tuk sa žene nadmerne usadzuje na bruchu a v oblasti šije.

V neposlednom rade môže byť príčinou obezity znížená funkcia štítnej žľazy. U jedinca sa to prejaví spomalením látkovej výmeny a vyšší únavnosťou, ktoré vedie k nedostatočnej fyzickej aktivite. Zvýšenie telesnej hmotnosti je spôsobené najmä opuchy po celom tele.⁷⁶

⁷⁵ MÁLKOVÁ I., Krch D.F. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993. s. 194. ISBN 80-85805-12-6.

⁷⁶ MASTNÁ, B. *Nadváha, obezita, výživa*. Praha: Triton, 2000. s. 220. ISBN 80-7254-143-9.

8 ZDRAVOTNÉ KOMPLIKÁCIE OBEZITY

8.1 Zdravotné komplikácie obezity

Nadváha - obezita je nadmerné ukladanie telesného tuku v organizme, obvykle spojené so vzostupom hmotnosti. Ideálna hmotnosť je tá, ktorá je vzhľadom ku stavbe kostry a svaloviny a k charakteru povolania najvhodnejšia pre jedincov určitého veku a pohlavia. Nadváha a predovšetkým jej ťažšia forma obezita poškodzuje zdravie. Jej najčastejšou príčinou je narušená rovnováha medzi príjmom a výdajom energie. V poslednom desaťročí výskyt obezity celosvetovo prudko stúpa, odborníci dokonca hovoria o epidémii obezity. Nadmerná telesná hmotnosť je druhou najčastejšou príčinou predčasného úmrtia. Podľa svetovej štatistiky trpí nadváhou a obezitou viac ako polovica ľudí na celom svete, čo predstavuje okolo 3 miliárd ľudí, pritom minimálne 40% z nich sa pokúša znižovať svoju hmotnosť.⁷⁷

Obezita je **chronické ochorenie**, ktoré už dávno nie je problémom len kozmetickým, ale predovšetkým problémom zdravotným. So stúpajúcou telesnou hmotnosťou sú spojené závažné zdravotné riziká ako sú cukrovka, srdcovo - cievne ochorenia, problémy s dýchaním, vysoký krvný tlak, ochorenia kĺbov a nádorové ochorenia. Obézni ľudia majú okrem zdravotných problémov i problémy sociálne a psychické. Vyskytujú sa u nich depresie, zakomplexovanosť, často majú zníženú sebadôveru a problémy pri svojom uplatnení v zamestnaní.⁷⁸ Z lekárskeho hľadiska je cieľom liečby obezity 5-10% zníženie hmotnosti, ktorá má výrazný pozitívny efekt na zdravotný stav pacienta. Pokles hmotnosti o 10 percent vedie k poklesu všetkých metabolických komplikácií až o 40 percent. Dlhodobé zníženie telesnej hmotnosti minimálne o 5% znižuje riziko rozvoja srdcovo-cievnych ochorení, bolestivosť kĺbových ochorení, riziko predčasného úmrtia, nádorových ochorení či riziko vzniku

⁷⁷ HAINER, V. *Obezita – minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. s. 57. ISBN 80-7254-384-9.

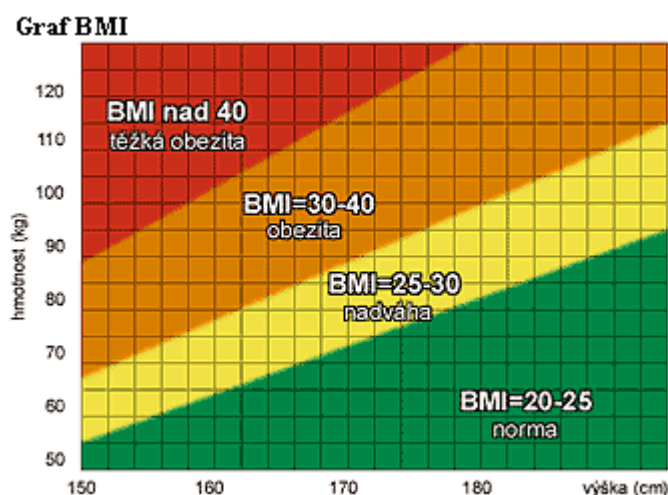
⁷⁸ KONOPKA, P. *Sportovní výživa*. České Budějovice: Kopp, 2004. s.125. ISBN 80-7232-228-1.

vysokého tlaku. Skúsenosti odborníkov preukázali, že zníženie hmotnosti má byť pozvoľné a postupné - v priemere 0,5 -1kg za týždeň. Zníženie hmotnosti o 1kg predlžuje život o 3 mesiace.⁷⁹

8.1.1 Index telesnej hmotnosti u mužov a žien

Obezita je definovaná ako nadmerné zmnoženie tuku v organizme. Stupeň obezity je určovaný podľa BMI alebo Indexu telesnej hmotnosti, ktorý je rozdielny pre mužov a ženy. Možno zistiť nasledujúcim výpočtom:

Graf 1: BMI



Zdroj: *compex.zdravi-cz*. [online]. 2008 [cit. 2013-01-08]. Zdraví a nadváha. Dostupné z WWW: <http://compex.zdravi-cz.eu/nadvaha-obezita.php>.

Napr. muž vážiaci 80kg a merajúci 183cm má BMI:

⁷⁹ MÁLKOVÁ I., Krch D.F. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993. s. 182. ISBN 80-85805-12-6.

$$BMI = \frac{80}{1,83^2} = \frac{80}{3,3489} = \underline{\underline{23,9}}$$

Krvný tlak - jednou z najčastejších komplikácií obezity je vysoký krvný tlak. Okolo 30% jedincov, ktorí majú najmenej 15 kg nadváhu má mierne zvýšený krvný tlak. K nárastu krvného tlaku dochádza vo vzťahu s látkami produkovanými tukovým tkanivom (adipóza) a vo vzťahu k vyššej produkcii hormónu inzulínu, ku ktorej dochádza pri obezite. Obézni jedinci s vysokým krvným tlakom by sa mali ako prví podrobiť liečbe pomocou dietologických metód, s cieľom znížiť svoju váhu na nižšiu úroveň. Ku zníženiu krvného tlaku nie je treba schudnúť až na optimálnu váhu. Napríklad 10% úbytok telesnej váhy, kombinovaný s vyhýbaním sa nadmerne slaným jedlám, môže normalizovať krvný tlak alebo eliminovať potrebu užívania liekov na zníženie krvného tlaku a nižšie zdravotné riziko až o 40%.

Cukrovka - obezita je jednou z hlavných príčin vzniku cukrovky. Riziko vzniku cukrovky je u obézneho človeka 53 krát vyššie, než u normálne vážiaceho človeka. V rozsiahlej štúdii vykonanej v zahraničí v skúmanom vzorku 15 miliónov diabetikov pri zhruba 10% z nich prepukne diabetes vo veľmi mladom veku, väčšinou pred dosiahnutím 20 rokov a nemá vzťah k obezite. Zostávajúcich 90% diabetikov získa toto ochorenie v stredných rokoch (cca medzi 30 a 60 rokom života). Tento typ cukrovky je takmer vždy spojený s obezitou a rovnako ako vysoký krvný tlak, má zjavný vzťah ako k hormonálnym látkam produkovaným v tukovom tkanive tak ku zvýšeniu množstva krvných lipidov (tukov), ku ktorému dochádza pri diabete. Pri väčšine prípadov obézných ľudí chorých na cukrovku, postačuje zníženie nadváhy o 10% k obmedzeniu potreby aplikovať orálne lieky alebo injekčne inzulín.⁸⁰

Súvislosť s cholesterolom - zvýšený cholesterol (hypercholesterolémia) je veľmi často spojená s obezitou. V priemere každých 5 kilogramov nadbytočného tuku vyprodukuje

⁸⁰ HAINER, V. *Obezita – minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. s. 57. ISBN 80-7254-384-9.

10 mg cholesterolu za deň. Inými slovami, mať 10 kg nadváhu vedie k rovnakému nárastu hladiny cholesterolu, ako by ste denne zjedli navyše jeden vaječný žltok. Hladina cholesterolu je daná z 2/3 geneticky a z 1/3 stravou. Väčšina ľudí tak môže úspešne kontrolovať svoju hladinu cholesterolu tým, že zníži príjem tukov v potrave a že schudnú nadbytočné kilogramy tuku.⁸¹

Infarkt a mozgová mŕtvica - obézni jedinci často trpia srdcovými infarktami a mozgovými mŕtvicami. Toto vysoké riziko pramení zo zvýšeného krvného tlaku, cukrovky a zvýšeného cholesterolu, t.j. z komplikácií súvisiacich obezitou. Inými slovami, obezita má často za následok predčasnú smrť. Všeobecné pravidlo hovorí, že za každý 0,5 kg nad vašu ideálnu telesnú váhu si môžete z očakávanej dĺžky života "odškrtnúť" jeden mesiac. To sa týka celkovej populácie obéznych jedincov, nie jedného konkrétneho jedinca. Ako vidíte, obezita je veľmi vážne ochorenie, vyžadujúce dlhodobú liečbu, dôležitú na získanie kontroly nad priebehom ochorenia a tým preventívne, k zásahu proti mnohým komplikáciám.

Žlčové kamene - obezita často prináša komplikácie v podobe tvorby žlčových kameňov. Približne 25% obéznych jedincov má žlčové kamene, ktoré je potrebné odstrániť chirurgicky. Zvýšený cholesterol vznikajúci pri obezite, je jedným z hlavných dôvodov pre zvýšenie výskytu žlčových kameňov.⁸²

Artritída - obezita je často komplikovaná degeneratívnou artritídou. Vysoká telesná váha spôsobuje vyššie opotrebenie kĺbov - ich chrupavky sa doslova odrolia pod vplyvom vysokej záťaže. Tukové tkanivo tiež vytvára látku (cytokinázu) ktorá ničí normálne chrupavky a kĺby. Pokiaľ jedinec schudne, opotrebenie sa postupne zmenší a zníži sa i množstvo cytokinázy produkovanej tukovým tkanivom. Artritické poškodenie

⁸¹ MÁLKOVÁ I., Krch D.F. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993. s. 182. ISBN 80-85805-12-6.

⁸² SULLIVAN, K. *Jíme zdravě a dobře*. Praha: Ottovo nakl., 2002. s. 161. ISBN80-7181-704-0.

kĺbov, ktoré vzniklo rokmi opotrebením nezmizne, nič menej bolesť kĺbov sa zmenší, pretože od teraz budú oveľa menej namáhané a zaťažované.

Rakovina - obezita často vedie ku zvýšeniu rizika vzniku rakoviny. U žien je napríklad až trojnásobne zvýšená riziko rakoviny prsníkov, maternice a vaječníkov. Riziko rakoviny endometria je pre obézných až sedemnásobne vyššie. U mužov vzrastá riziko výskytu rakoviny hrubého čreva a prostaty.

Nespavosť – s tým, ako ľudia priberajú na váhe, mnohí z nich si začnú sťažovať ako sú neustále unavení a že majú problémy si počas spánku odpočinúť. Problémy sa však stávajú oveľa dramatickejšie, keď sa začne dostavovať dýchavičnosť, časté zadýchanie pri predtým ľahko vykonávaných pohyboch.⁸³

Obézni ľudia spravidla pri spaní chrápu a niekoľkokrát za noc úplne prestanú dýchať až na minútu i ďalej. Počas týchto takzvaných apnoických periód (období prerušenia dýchania) môže byť srdcová činnosť veľmi nepravidelná, čo môže viesť až k srdcovému infarktu alebo k poruchám zásobenia mozgového tkaniva kyslíkom.

Často ľudia so spánkovým apnoe sa prechodne prebudia v okamihu kedy opäť začnú dýchať. To môže nastať v desiatkach prípadov počas jednej noci, a je to jeden z dôvodov prečo sa takýto človek druhý deň cíti unavený. Títo ľudia potom jednoducho zaspia napríklad pri pracovných schôdkach alebo pri riadení auta. Spánková apnoe je veľmi vážna komplikácia spojená obezitou a vyžaduje bezodkladnú lekársku starostlivosť. Možnosť ako s ňou bojovať je samozrejme zníženie telesnej nadváhy, pritom je však treba nasadiť i ďalšie dostupné prostriedky pre zlepšenie procesu dýchania a pre ochranu pred nepravidelnosťami v srdcovej činnosti, ktorá je ďalšou sprievodnou komplikáciou. I ľudia s nižšími stupňami obezity môžu mať problémy so spánkom. Rušivými prvkami sú tu úzkosť a depresia. Depresia nie je len to, že sa

⁸³ MÁLKOVÁ I., Krch D.F. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993. s. 188. ISBN 80-85805-12-6.

pacienti necítia v daný deň práve najlepšie, ale ide o výsledok aktuálnych chemických zmien v ich mozgu, ktoré spôsobujú obdobie plné hlbokého smútku, plaču a straty životnej energie. Depresia je zdravotným stavom, ktorý vyžaduje lekársku starostlivosť. Existujú nenávykové liečivá vhodné pre liečbu depresíí sprevádzajúcich obezitu.⁸⁴

8.2 Liečba obezity

Obezita je nadmerné patologické množstvo tuku v organizme, ktoré poškodzuje zdravie človeka. Výsledkom zlého pomeru medzi príjmom a výdajom energie je populácia s nadmernou hmotnosťou. Prieskumy International Obesity Task Force a analýzy Svetovej zdravotníckej organizácie uvádzajú populáciu s nadváhou a obezitou v počte 1,1 miliardy dospelých. Celosvetovo je obezita zodpovedná až za 58 % prípadov diabetu, 21 % prípadov ischemickej choroby srdca, v závislosti od druhu za 8-42 % malignít a za viac ako 10 % úmrtí. V rozvinutých krajinách je obezita najčastejšou metabolickou chorobou a vzhľadom na jej vysokú prevalenciu je dnes najčastejším rizikovým faktorom predčasnej smrti. U osôb vo veku 15-35 rokov je závažná obezita spojená s dvanásťnásobným nárastom úmrtnosti v porovnaní s chudými osobami.⁸⁵

Na Slovensku, kde 2/3 dospelaj populácie majú nadváhu alebo už obezitu nie je tejto civilizačnej chorobe venovaná náležitá pozornosť a v odborných medicínskych kruhoch prevažujú skeptické názory na úspešnosť liečby. Stále nie sú prekonané mýty o nízkej bezpečnosti farmakoterapie či udržateľnosti výsledkov liečby. Aj na Slovensku máme pritom už niekoľkoročné skúsenosti s bezpečnou farmakoterapiou, existujú Centrá pre liečbu obezity, rozširuje sa sieť obezitologických ambulancií a rozvíja sa bariatrická chirurgia. Liečba obezity nespočíva len v samotnej redukcii hmotnosti, oveľa väčší dôraz sa kladie na udržanie hmotnostného úbytku. Súčasťou liečby je preto od začiatku aj prevencia opakovaného vzostupu po redukcii hmotnosti(tzv. JO-JO

⁸⁴ SULLIVAN, K. *Jíme zdravě a dobře*. Praha: Ottovo nakl., 2002. s. 161. ISBN80-7181-704-0.

⁸⁵ ASCHERMANN, M.. *Jak se bránit předčasnému stárnutí srdce* [online]. c2006 [cit. 2012-11-13]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=6386>>.

efektu). Liečbu obezity vo všeobecnosti rozdeľujeme na konzervatívnu a chirurgickú. Konzervatívna liečba je postavená na štyroch základných pilieroch - dietoterapia, fyzická aktivita, zmena životného štýlu a farmakoterapia.⁸⁶

Dietoterapia

Najčastejšie používanou je nutrične plnohodnotná vyvážená pestrá strava so zníženým obsahom tuku a energie. Obsah energie je znížený o 2500 KJ denne v závislosti od pomeru príjmu a výdaja energie. Tuk by mal predstavovať 30 % denného energetického príjmu, sacharidy 55-60 % a bielkoviny 10-15 %. Celkový denný energetický príjem je rozdelený do 4 až 5-tich denných jedál. Cieľom edukácie je prispôsobiť energetický príjem pacienta jeho pohybovej aktivite. Nejedná sa o špeciálnu diétu ale o spôsob stravovania ktorý pacient dodržiava aj po ukončení liečby. Dietoterapia je preto súčasťou individuálnej výchovy ku zdravému stravovaniu a primeranej pohybovej aktivite v rodine, v škole, v zamestnaní či v iných komunitách. Veľmi dôležitá je úroveň, kvalita a zrozumiteľnosť diétnych programov, nakoľko nevhodná intervencia môže viesť k poruchám v príjme potravy až k anorexii, predovšetkým u dievčat a mladších žien. Tvorbu jedálnych lístkov a dietologické konzultácie majú zabezpečovať asistenti výživy. Súčasťou poučenia o diéte je okrem výberu vhodných a nevhodných druhov mias, príloh, tekutín a iných zložiek potravy aj technologická úprava pokrmov, zastúpenie jednotlivých živín, spôsob stolovania, nakupovania a pod. Dôležité je uprednostniť stravovanie v rodine pred jedlom „vonku“ a rýchlym občerstvením.⁸⁷ Neoddeliteľnou súčasťou liečby obezity je cielene ordinovaná fyzická aktivita.

⁸⁶ MÁLKOVÁ I., Krch D.F. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993. s. 188. ISBN 80-85805-12-6.

⁸⁷ COLIN, W., et al. Obesity : prevalence, theories, medical consequences, management, and research directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition* [online]. 2005, vol. 2, no. 2 [cit. 2008-04-14], s. 4-31. Dostupný z WWW: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=2129146&blobtype=pdf>>.

Zmena životného štýlu

Tento pilier liečby obezity patrí do rúk psychológa. Najčastejšie sa uplatňuje skupinová kognitívne behaviorálna liečba, ktorá má za cieľ eliminovať nevhodné stravovacie a pohybové návyky a naučiť obézneho pacienta nahradiť nevhodné myšlienky a sebaobviňovanie pozitívnym prístupom k novému životnému štýlu. Napriek nesporným výhodám skupinovej liečby rovnaké výsledky možno dosiahnuť aj individuálnym prístupom.

Všeobecné techniky sebaopozorovania a sebakontroly možno zhrnúť do nasledujúcich odporúčaní :

1. Píšte si jedálny lístok, vrátane miesta a okolností konzumácie jedla.
2. Jedzte posediačky, pomaly, počas jedla sa nevenujte iným činnostiam (denná tlač, televízia), venujte sa konverzácii, počas ktorej prerušte jedlo na 2-3 min.
3. Položte príbor na stôl medzi dvoma sústami.
4. Nesedávajte vždy na tom istom mieste pri stole .
5. Jedlo podávajte na menších tanieroch, neservírujte misy z jedlom na stôl.
6. Po dojedení neostávajúť sedieť pri stole a ihneď odložte nedojedené zbytky do chladničky, prípadne do uzavretej nádoby, kde jedlo nebudete vidieť.
7. Nesnažte sa dojesť všetko, nechajte 1-2 sústa na tanieri.
8. Obmedzujte pochutiny medzi hlavnými jedlami, nahraďte ich ovocím a zeleninou.
9. Raňajkujte, jedzte 4-5 x denne.
10. Nakupujte podľa zoznamu len to čo ste si doma naplánovali nakúpiť, nakupujte sýty.
11. Zásobte sa doma zdravými potravinami, dohodnite sa s rodinou na konzumácii zdravších jedál. Hľadajte podporu v svojom okolí aby sledovalo vaše stravovacie zvyklosti .

12. Odmeňujte sa za dosiahnuté úspechy.

13. Plánujte rizikové udalosti (oslavy, recepcie, sviatky).

Kognitívne - behaviorálne techniky (KBT) sú efektívnejšie ak sa aplikujú dlhodobo, obvyklá dĺžka programov tohto druhu je 3-4 mesiace. V kombinácii s dietoterapiou vedú k redukcii hmotnosti, pričom 65-70 % hmotnostného úbytku pacienti udržujú ešte rok po skončení liečby. Do 5-rokov sa však väčšina pacientov vráti na pôvodnú hmotnosť, ako vyplýva s analýzy štúdií, ktoré hodnotili dlhodobú účinnosť KBT a dietoterapie.

Farmakoterapia

Farmakoterapia je indikovaná ako súčasť komplexnej liečby u všetkých pacientov s BMI nad 30 aj u pacientov s nadváhou s BMI > 27 ak majú aspoň dva rizikové faktory obezity. Lieky môžu zasahovať do príjmu a výdaja energie ovplyvňovaním termogenézy, pocitu sýtosti alebo interferenciou so vstrebávaním tukov. V súčasnosti dostupné lieky možno rozdeliť podľa toho, či účinkujú prostredníctvom centrálného nervového systému (CNS) alebo nie.⁸⁸

CNS preparáty rozdeľujeme do 3 skupín – sympatikomimetiká, inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a preparáty s duálnym katecholamíno-serotoninergným účinkom. Sympatikomimeticky pôsobiace anorektiká (fentermín, mazindol, fenmetrazín) sa dnes pre ich psychostimulačné účinky, návykovosť a výrazné nežiadúce účinky už nepoužívajú, alebo sú na ústupe. Sérotonínerné anorektiká (fenluramín, dexfenfluramín) boli pre závažné kardiálne nežiadúce účinky celosvetovo stiahnuté z trhu. Duálny účinok má sibutramín, ktorý inhibuje spätné vychytávanie serotonínu a noradrenalínu. Týmto unikátnym mechanizmom účinku na jednej strane obezitologickej rovnice znižuje príjem a na druhej zvyšuje výdaj energie. Sibutramín nie je návykový a má minimum nežiadúcich účinkov.⁸⁹

⁸⁸ SULLIVAN, K. *Jíme zdravě a dobře*. Praha: Ottovo nakl., 2002. s. 150. ISBN80-7181-704-0.

⁸⁹ FRIED, M. *Moderní chirurgické metody - léčba obezity*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s. 125
ISBN 80-247-0958-9.

Non-CNS preparát orlistat neovplyvňuje pocit sýtosti ani výdaj energie ale znižuje vstrebávanie tukov v tráviacom trakte. Nežiadúce účinky ako objemnejšie mastné stolice, flatulencia s malým množstvom stolice a hnačky sú pomerne časté. U časti pacientov je potrebné hradiť deficit vitamínov rozpustných v tukoch.

Ako posledný bol do klinickej praxe uvedený rimonabant, antagonist kanabinoidných receptorov. Endokanabinoidný systém zasahuje do príjmu a výdaja energie a predstavuje možný nový mechanizmus účinku antiobezitík. V 1-ročnej štúdii s 5 mg. a 20 mg. rimonabantu v porovnaní s placebom došlo len v skupine pacientov liečených 20 mg. v kombinácii s diétou ku klinicky významnému ovplyvneniu parametrov metabolického syndrómu a k poklesu hmotnosti, pričom 10 % hmotnostný úbytok dosiahlo len 39 % pacientov v 20 mg. skupine. Do štúdie neboli zaradení pacienti s diabetom a 1-ročnú liečbu ukončilo menej ako 2/3 pacientov. Nemáme zatiaľ údaje o prevencii spätného vzostupu hmotnosti pri dlhodobej liečbe rimonabantom. Bezpečné lieky na dlhodobú liečbu obezity založenej na medicíne dôkazov sú dnes registrované na Slovensku dva : sibutramín (Reductil) a orlistat (Xenical). Ich účinnosť je závislá na dávke, pričom iniciálna dávka sibutramínu je 10 mg. a je možné ju zvýšiť na 15 mg., výhodou je podávanie lieku v jednej dennej dávke. Porovnateľná redukcia hmotnosti sa dosahuje pri liečbe orlistatom v troch denných dávkach. Dávka sa u oboch preparátov znižuje pri objavení sa nežiadúcich účinkov, prípadne podľa mesačného hmotnostného úbytku. Účinnosť sibutramínu bola potvrdená niekoľkými kontrolovanými štúdiami. Najdlhšie bol sibutramín sledovaný v štúdii STORM (Sibutramin Trial of Obesity Reduction and Maintenance). Priemerný hmotnostný úbytok bol 10,2 kg. a v sibutramínovej skupine udržalo 80 % úbytku hmotnosti nasledujúcich 18 mesiacov 43 % pacientov, ak im bol podávaný sibutramín v dávke 10 mg./deň prípadne bola dávka zvýšená na 15-20 mg./deň u pacientov s tendenciou k spätnému nárastu hmotnosti. Sibutramín u pacientov priaznivo ovplyvnil lipidové spektrum a nepatrne zvýšil krvný tlak a frekvenciu srdca. Pri dlhodobej liečbe sibutramínom dochádza ku poklesu krvného tlaku, na ktorom sa podieľa samotný hmotnostný úbytok. Mierne zvýšenie krvného tlaku a frekvencie srdca v úvode liečby treba kontrolovať. Benefit sibutramínu u starších rizikových pacientov, diabetikov s kardiovaskulárnymi komplikáciami overuje v súčasnosti prebiehajúca štúdia SCOUT (Sibutramin Cardiovascular Outcome Trial). Na Slovensku je zaradených 775

z celkového počtu 9000 pacientov. SCOUT štúdia prinesie ako prvá aj mortalitné dáta vyplývajúce z dlhodobej redukcie hmotnosti u tejto rizikovej skupiny pacientov. Vzhľadom na pomerne rozsiahly trh z alternatívnymi liečebnými postupmi treba zdôrazniť, že sa nejedná o liečbu obezity založenú na medicíne dôkazov. Alternatívne preparáty nie sú viazané na lekársky predpis a ich účinnosť nebola potvrdená kontrolovanými štúdiami. Jedine kombináciu efedrínu a kofeínu (Elsinorské prášky) možno zaradiť medzi antiobezitiká, nebol však potvrdený efekt tohto prípravku na udržanie hmotnosti a pre návykovosť nie je vhodný pre dlhodobú liečbu. Obezita je v súčasnosti najčastejším metabolickým ochorením, má charakter epidémie a spolu s množstvom svojich komplikácií skracuje vek. Na vznik obezity majú dnes rozhodujúci vplyv psychologické, sociálne a ekonomické faktory, ktoré spôsobujú odklon od zdravého spôsobu stravovania a zníženie fyzickej aktivity.⁹⁰ Nezastupiteľné miesto cielenej, dlhodobej a profesionálne vedenej intervencie zameranej na stravovacie návyky, pohybovú aktivitu a zmenu životného štýlu v liečbe obezity potvrdujú aj výsledky štúdie 1-ročnej randomizovanej štúdie Waddena a spol., ktorá porovnávala liečbu 15 mg. sibutramínu a intervencie zameranej na zmenu životného štýlu. Pacienti boli rozdelení do 4 skupín : samotná liečba sibutramínom, sibutramín + krátke poučenie o diétno-režimových opatreniach, tretia skupina bola liečená len kognitívne-behaviorálnou intervenciou bez edikamentózneho liečby a u poslednej skupiny bola použitá kombinovaná liečba - sibutramín kontinuálne spolu s intervenciou zameranou na zmenu životného štýlu. Po 1 roku bol priemerný hmotnostný úbytok pacientov liečených len sibutramínom ($\pm$ SD) 5.0 ± 7.4 kg, skupina sibutramín + krátke poučenie o diétno-režimových opatreniach zredukovala 7.5 ± 8.0 kg, hmotnostný úbytok skupiny len s psychologickou intervenciou bol 6.7 ± 7.9 kg pričom pacienti na kombinovanej liečbe schudli 12.1 ± 9.8 kg. Ak si pacienti v skupine s kombinovanou liečbou pravidelne

⁹⁰ FRIED, M. *Moderní chirurgické metody - léčba obezity*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s. 125
ISBN 80-247-0958-9.

zaznamenávali čo zjedli ich hmotnostný úbytok bol ešte väčší, 18.1 ± 9.8 kg. oproti tým, ktorý si viedli jedálniček menej pravidelne 7.7 ± 7.5 kg.

Obezita je tiež mimoriadne významným rizikovým faktorom vzniku DM2 ; okolo 90 % chorých s DM2 je obéznych alebo má nadváhu . Udržanie ideálnej hmotnosti u jedincov s poruchou glukózovej tolerancie (PGT) či cielené zníženie hmotnosti u osôb s nadváhou výrazne znižuje riziko vzniku diabetu 2 typu (DM2) . V štúdií Nurses Health Study bolo riziko vzniku DM2 počas 16-ročného sledovania 20x vyššie u osôb s indexom telesnej hmotnosti (BMI) 30-35 v porovnaní s populáciou s BMI < 23. Zmena životného štýlu vedúca k úprave stravovacích návykov a k zvýšeniu aeróbnej fyzickej aktivity je najdôležitejším faktorom v prevencii alebo v oddialení rozvoja DM2. Potvrdzujú to aj výsledky preventívnych randomizovaných štúdií. Diabetes Prevention project porovnal ročnú incidencia DM2 u troch skupín osôb s PGT alebo so zvýšenou glykémiou nalačno. V placebovej skupine bola incidencia DM2 11 %, v skupine liečenej 2×850 mg. metforminu 7,8 % (pokles o 31 %). Až 58 % pokles (ročná incidencia DM2 4,8%) bol zaznamenaný v skupine len s intervenciou zameranou na zmenu životného štýlu, ktorá zahŕňala diétu, cvičenie a kognitívne-behaviorálne techniky ($P < 0,001$).⁹¹

Jednoznačný je nielen vzťah obezity a DM ale aj korelácia medzi indexom telesnej hmotnosti a artériovou hypertenziou. Krvný tlak stúpa s BMI a výskyt hypertenzie je šesť- až osemkrát vyšší u obéznych osôb. Už samotná obezita, odhladnuc od hypertenzie, predstavuje pre srdce zvýšenú záťaž. Zvýšená hmotnosť sa spája so zvýšenými metabolickými požiadavkami a vzostupom minútového objemu. Chronická záťaž spôsobuje hypertrofiu ľavej komory a môže končiť dilatálnou kardiomyopatiou a rozvojom chronického zlyhania srdca. Samotná hypertrofia aj bez

⁹¹ COLIN, W., et al. Obesity : prevalence, theories, medical consequences, management, and research directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition* [online]. 2005, vol. 2, no. 2 [cit. 2008-04-14], s. 4-31. Dostupný z WWW: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=2129146&blobtype=pdf>>.

prítomnosti hypertenzie môže byť príčinou vzniku ischemickej choroby srdca. Abdominálna obezita a hypertenzia vyvolávajú často endotelovú dysfunkciu, ktorá je dôležitým medzistupňom kaskády vedúcej k vzniku ischemickej choroby srdca.

Abdominálna obezita je dnes v centre pozornosti aj ako základné kritérium metabolického syndrómu. Každý pacient by preto mal mať odmeraný obvod pásu a krvný tlak. Pri obvode pásu u žien nad 88 cm, u mužov nad 102 cm a krvnom tlaku nad 130/85 Torr je nutné vždy stanoviť aj laboratórne parametre potrebné k diagnostike metabolického syndrómu. Obvod pásu, krvný tlak, glykémia nad 6,1 mmol/l, triacylglyceroly v sére 1,7 mmol/l a viac, hladina HDL-cholesterolu v sére < 1,3 mmol/l u žien a 1,0 mmol/l u mužov sú platné sprísnené kritériá pre metabolický syndróm, pričom na diagnózu postačuje aby mal pacient okrem abdominálnej obezity len 2 z uvedených kritérií. Ak by sme chceli určiť poradie škodlivosti jednotlivých zložiek metabolického syndrómu a od toho odvodzovať čo treba liečiť skôr, lipidy, zvýšenú hladinu glykémie či krvný tlak, treba si uvedomiť, že liečbou obezity liečime naraz všetky zložky metabolického syndrómu. Na dosiahnutie 80 % zdravotného benefitu pritom postačuje dlhodobá redukcia len 5-10 % hmotnosti a tú vie dnešná obezitológia zaručiť takmer každému pacientovi.⁹²

⁹² MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton, 2003. s. 99. ISBN 80-7254-421-7.

9 PREVENCIA OBEZITY

Prevenia má viac typov

1. primárna: má znížiť výskyt nových prípadov obezity
2. sekundárna: má znížiť počet už existujúcich prípadov
3. terciárna: má stabilizovať alebo znížiť počet práceneschopností a invalidných dôchodkov spôsobených obezitou

Z praktického hľadiska ju možno rozdeliť na:

- všeobecnú – týka sa celej populácie
- selektívnu – zameranú na skupiny osôb so zvýšeným rizikom vzniku obezity
- indikovanú – zameranú na konkrétnych, už obéznych, jednotlivcov

Všeobecná prevenia: sa týka celej populácie. Jej súčasťou je na jednej strane individuálna výchova k zdravému stravovaniu a primeranej pohybovej aktivite v rodine, v škole, zamestnaní či v iných komunitách; na druhej strane musí vplývať aj na zmenu vonkajšieho prostredia, čiže na sociálne, ekonomické a kultúrne podmienky, ktoré podporujú vznik obezity. Veľmi dôležitá je aj úroveň a kvalita všeobecných preventívnych programov, keďže nevhodná intervencia môže viesť k poruchám v príjme potravy až k anorexii, predovšetkým u dievčat a mladších žien. Dôležitou súčasťou všeobecnej prevencie obezity sú stravovacie odporúčania.⁹³

Základné princípy všetkých týchto odporúčaní by sa dali zhrnúť takto :

1. udržiavajte energetický príjem a fyzickú aktivitu v pomere, ktorý zabezpečí dosiahnutie a udržanie primeranej telesnej hmotnosti.
2. jedzte široké spektrum potravín, ktoré zabezpečí príjem všetkých potrebných živín.

⁹³ *zdravie.pravda.sk* [online]. c2012 [cit. 2012-11-15]. O nás. Dostupné z WWW: < zdrava-vyziva/clanok/13786-ake-su-najvaacsie-zdravotne-rizika-obezity-a-aka-je-jej-prevencia >.

3. zvýšte podiel sacharidov, najmä celkový príjem polysacharidov.
4. znížte podiel tukov, najmä znížte celkový príjem nasýtených tukov.

K týmto základným bodom možno pridať ďalšie, ktoré sa vyskytujú v prevažnej väčšine odporúčaní

1. zvýšte príjem vlákniny
2. jedzte viac ovocia a zeleniny
3. znížte príjem cholesterolu
4. znížte príjem sodíka, cukru a alkohol konzumujte v primeranom množstve alebo vôbec

Selektívna prevencia: je zameraná na skupiny osôb so zvýšeným rizikom vzniku obezity. Nezastupiteľnú úlohu tu zohráva lekár prvého kontaktu, ktorý môže identifikovať rizikových pacientov a snažiť sa zabrániť vzostupu hmotnosti u týchto skupín osôb. Praktický lekár vie ako prvý informovať pacienta o možných rizikách, ktoré vyplývajú z nárastu hmotnosti.

Kto sú osoby so zvýšeným rizikom vzniku obezity a ako ich vyhľadávať? Sú to ľudia s rodinnou anamnézou obezity, pacienti s poruchami metabolizmu lipoproteínov, artériovou hypertenziou a všetci diabetici 2. typu. Až 70 percent obéznych pacientov má aspoň jedného alebo oboch rodičov obéznych. Dôležitá je anamnéza vývoja hmotnosti v priebehu života, zisťujeme stupeň fyzickej aktivity a diétne zvyklosti pacienta, pričom sa lekári zameriavajú na konkrétne obdobia, akými sú puberta, svadba, tehotenstvo, klimaktérium, náhle ukončenie aktívnej športovej činnosti a pod.⁹⁴

Indikovaná prevencia: je zameraná na osoby, ktoré už majú nadváhu alebo obezitu. Zvýšená pozornosť sa venuje deťom, dospievajúcim a osobám s abdominálnym typom

⁹⁴ FRIED, M. *Moderní chirurgické metody - léčba obezity*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s. 140
ISBN 80-247-0958-9.

obezity. Tak ako pri selektívnej aj indikovanú prevenciu má v rukách predovšetkým lekár pre deti a dorast a pre dospelých. Pacienti s ťažším stupňom obezity by mali byť manažovaní v spolupráci s obezitológom.⁹⁵

Pri vyšetrení obézneho pacienta sa treba zamerať na určenie typu obezity, psychomotorické tempo, mesiačikovitú tvár, hirzutizmus, strumu, strie, intertrigo, mykotické infekcie, znaky venózne nedostatočnosti. Pri podozrení na sekundárnu obezitu je potrebné endokrinologické vyšetrenie. Nesmieme zabúdať ani na sprievodnú medikáciu, ktorá najmä u pneumologických, reumatologických a psychiatrických pacientov môže iatrogénne spôsobovať nárast hmotnosti.

Obezita je dnes najčastejším metabolickým ochorením, má charakter epidémie a spolu s množstvom svojich komplikácií skracuje vek. Hlavným cieľom prevencie je zníženie počtu nových prípadov obezity. Nezastupiteľnú úlohu v prevencii obezity má tak praktický lekár, ako aj štátne inštitúcie. Najúčinnějšíou prevenciou obezity a rozvoja jej komplikácií je cielená intervencia zameraná na zdravý životný štýl.⁹⁶

Obezita a šport

Tiež už za sebou máte veľa športových začiatkov, intenzívnych týždňov plných cvičenia, pravidelných športových aktivít? V jedle sa obmedzovať nedokážem, skúsím to teda cvičením? Výsledok je často neúmerný námahe, váha nám ukáže aj prírastok hmotnosti. Veľmi jednoduché je rozdelenie fyzickej aktivity na dva druhy športov. Aeróbne, rýchle športy spaľujúce tuky a pomalé športy posilňujúci svalovinu. Ak ale zároveň k pravidelnému športovaniu neobmedzíte príjem kJ, nastane situácia, kedy si tvoríme svalovinu, tuky príliš v tele nestrácajú a my začíname na váhe priberať.

⁹⁵ *zdravie.pravda.sk* [online]. c2012 [cit. 2012-11-15]. O nás. Dostupné z WWW: < *zdrava-vyziva/clanok/13786-ake-su-najvaecsie-zdravotne-rizika-obezity-a-aka-je-jej-prevencia* >.

⁹⁶ MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton, 2003. s. 120. ISBN 80-7254-421-7.

Pravidlá pre rýchlejšie spaľovanie tukov v tele. Rýchle aeróbne športovanie musí trvať aspoň 25 min. Až po 25 min telo vyčerpá svoje energetické zásoby a začne získavať energiu spaľovaním tukov. Pulz musí byť vyššia než 120/min. Ak absolvujeme víkendovú prechádzku na bicykli, takto vysokého tepu nedosiahneme. Tuky síce nestrácame, ale posilňuje sa nám svalstvo. Dostatočný prívod tekutín. Pri športových aktivitách sa telo zvýšene potí a tým strácame veľké množstvo tekutín. Aby naše telo nebolo dehydrované, je nutné vypiť aspoň 2-3l tekutín za deň. Ak budem hrať výmennou hru typu idem teraz na prechádzku, potom si vezmem sladkú tyčinku, potom nie je pravdepodobné, že schudnem. Nešportovať častejšie ako 2-3x v týždni. Ak chodím napr. behať každý deň či obdeň, docielim opačného efektu. Vhodné športy: Kalanetika, power jóga, jóga, posilovňa, víkendová jazda na bicykli, prechádzky, plávanie, golf, turistika v rovinatom teréne.

Zloženie stravy

Obmedziť nadmerný príjem energeticky výdatnej stravy sa snažíme znížením príjmu potravín s vysokým glykemickým indexom, ďalej znižujeme podávanie živočíšnych tukov. Základom je teda minimalizovať stravu s obsahom jednoduchých cukrov, ktoré sa navyše rýchlo uvoľňujú v čreve a zvyšujú hladiny niektorých metabolických hormónov, ako je inzulín, atď. Nadmerné sladenie a príjem cukrovíniek, nápojov s vysokým obsahom glukózy a obmedzenia výdatných príloh vedie k civilizačným chorobám. Ak chceme zabrániť civilizačným chorobám, musíme zvýšiť napr podávanie prirodzenej vlákniny (ovocie, zelenina, vlákninové prípravky) niekoľkokrát denne samostatne. Rozdelenie počtu porcií jedla počas dňa. Pre vznik metabolických chorôb je dôležité nielen celkové množstvo prijatej stravy (energetická nálož) a podiel jednotlivých živín v nich (informačné nálož). Ďalej záleží na časovom odstupe podávané stravy a veľkosti podávaných živín, dennej dobe podľa biorytmov, ale aj ako rýchlo bolo jedlo spotrebované. Preto pri chudnutí jeme veľmi často a to jedlo s nízkym glykemickým indexom. Jedlo sa snažíme jesť pomaly, aby bol využité informačného systému zažívacieho traktu a centrálnej nervovej sústavy organizmu o zložení a množstve stravy. V extrémnych diétnych režimoch využívame tzv "SYSTÉM sústom", kedy stravu nekonzumujeme naraz, ale po drobných častiach v priebehu časových prestávok. Rozdelenie energetickej hodnoty stravy počas dňa. Pri redukčnom režime nesmieme nikdy pociťovať hlad. Môžeme mať chute, ktoré prekonávame

vhodnou formou sykotom chuťových buniek (neenergetické pochutiny, horká čokoláda, aromatické čaje) alebo zmenou doterajšej psychickej či fyzickej aktivity za prijateľnejšie a zaujímavejšie činnosti. Základnou chybou pri znižovaní hmotnosti je, že sa neje. Hladovka je pokladaná odborníkmi za neprijateľný, neetický zásah do fyziologických pochodov metabolizmu, majúci odraz v extrémnom zvýšení hmotnosti po hladovke vďaka adaptačným mechanizmom. Po ukončení "hladovky", ktorá logicky nemôže trvať dlho, sú potom prijaté živiny všetky vysoko ekonomicky vstrebávané a to na základe metabolickej adaptácie. Nastavením energetiky tela na základe predchádzajúceho minimálneho energetického príjmu stravy, dochádza k plnému vstrebávaniu a ukladajú živiny do tukových zásob. Nárast hmotnosti po ukončení diéty je známy ako Jo - Jo efekt. Preto nikdy pri redukcii hmotnosti nie je dodržiavané len diéta, ale snažíme sa trvale zmeniť životný štýl s dôrazom na pohybové aktivity. Aj nízkoenergetickú stravu podávame 8-10 krát za deň. V rámci dňa má byť vždy najvyšší energetický príjem ráno av dopoludňajších hodinách. Postupne v rámci celého dňa sa má energetická hodnota stravy znižovať. Štyri hodiny pred spánkom je vhodné obmedziť príjem stravy a hlavne alkoholu (najčastejšie chyba psychických zlyhaní a neadekvátnych kompenzáciou). Pri začatí komplexných metód redukcie je vhodné na "zahnanie rôznych chuťí" prekonať uvedené stavy s nízkym glykemickým indexom. Pitný režim je nutné dodržiavať zodpovedajúce pitný režim podľa počasia, fyzických aktivít, druhov ochorení, antropometrických ukazovateľov, veku, atď. Prednosť dávame iným ako energetickým tekutinám (čaju, minerálnej vody) a alebo nápojom s nulovým obsahom energie. Odporúčame obmedziť príjem "šumivých" minerálnych vôd a tekutín obohatených kyslíčnikom uhľitým, ktorý dráždi žalúdočnú sliznicu pri jeho uvoľňovaní v žalúdku. Pri redukcii dochádza k vyplavovaniu draslíka (nie kalcia), horčíka, preto sú vhodné neperlivé, nesladené nápoje typu Poděbradka, magnézia, atď. Obmezuje príjem alkoholických nápojov. Trvalí konzumenti piva sú nielen ohrození "pivnými bruškami", ale predovšetkým zvýšením hladiny transportných tukových častí nazývaných triglyceridy, ktoré sú nepriamo zodpovedné za vznik aterosklerózy. Konzumenti "čistého alkoholu", potom zaťažujú metabolicky pečeň a uľahčujú bezprostrednej ukladanie energetických substrátov do tukových rezerv. Sporadické konzumácie malého množstva vína je niekedy považované za neškodné pre svoj antidepresívne účinky a dokonca niektorými odbornými pracovníkmi kladne hodnotené

pre pozitívny vzťah k prevencii civilizačných chorôb pomôcť látok, ktoré sa nazývajú flavonoidy. V literatúre sa vžil pojem Francúzsky paradox, kedy požívanie malého množstva červeného vína ovplyvňuje rizikové faktory, ktoré vedú k vzniku častých ochorení dnešnej doby. Ale požívanie i vína by nemalo byť po 14,00 h maximálne do 16,00h.

Stravovanie o pravidelnú defekáciu (stolicu). Obstipácia (zápcha) sa môže podieľať na abnormálnych spôsoboch vstrebávanie jednotlivých živín a metabolických procesoch. Pôvodný mechanizmus vzniku zápch, z fyziologického hľadiska, bol systém prežitie, pri nedostatku stravy. Tým dochádzalo k nakvasovanie potraviny obsiahnuté v čreve a tým vzniku substancií, ktoré vyživovali črevo a vnútorné orgány a umožňovali prežiť. K zabráneniu zápch a uvedené poruchy je nutné si uvedomiť, že preháňadlá situáciu vôbec nerieši, ba naopak. Hlavný spôsob riešenia uvedenej poruchy je v dodržiavaní dlhodobého systému príjmu vlákniny, tekutín, substancií podporujúcich zodpovedajúce črevnú mikroflóru (napr. probiotiká) a pravidelný telesný pohyb. V špeciálnych prípadoch sa využíva rôznych druhov funkčných potravín napríklad eubiotika, probiotiká a ďalej hrubej vlákniny obsiahnuté v niektorej zelenine. Len zriedka sa majú využiť vysoko účinná preháňadlá, pretože nastáva len krátkodobá pomoc, ktorá je nasledovaná prehĺbením obstipačné problémov. Odporúča sa použitie vlahe vybrané minerálne vody pred spaním alebo vybraných čajových zmesí spoločne s vlákninou a bifidogennými baktériami. Odľahčovacie dni. Pri zmene energetickej bilancie organizmu vzniká pri redukčných režimoch adaptácie - ustálenie metabolizmu na určité hladine. Jedná sa o obranný mechanizmus, ktorým sa telo snaží zbierať svoju energiu a zabrániť ďalším stratám energie - naviesť ustálený energetický stav. Preto zaradujeme do komplexného spôsobu boja proti civilizačným ochoreniam a obezite aj odľahčovacia dni. Raz až dvakrát za týždeň pri intenzívnej redukcii hmotnosti zaradujeme odľahčovacia dni. Jedná sa o realizáciu zeleninových, mliečnych dní s príjmom stravy s nízkym glykemickým indexom a niekedy i s veľmi nízkokalorickou stravou a vybraných nápojov. Dodržiavanie tohto režimu, ale musí byť len výnimočne, nikdy nie dlhodobo a slúži k zmene adaptačných mechanizmov. Podávanie vitamínov a minerálov. Je nutný zvýšený príjem uvedených zložiek nielen z hľadiska ročného obdobia, ale predovšetkým preto, že organizmus je v karencii (má nedostatočný príjem) nielen energie, ale aj iných životne dôležitých substancií. Podľa trvania redukcie a jej

úspešnosti je výhodné podávanie nielen obľúbené kyseliny askorbovej - vitamínu C, ale pre nízky príjem tuku je obmedzený príjem vitamínov rozpustných v tukoch napr. D, E, ale aj iných. Je nutné si uvedomiť, že niektoré syntetické prípravky ako napríklad Celaskon obsahujú cukry.

Odpovedajúci pohybový režim. Je najpodstatnejším a najdôležitejším faktorom pre akúkoľvek realizáciu metabolických zmien pri ovplyvnení civilizačných chorôb a tým aj pri redukcii hmotnosti. U chorých s nadváhou je zásadný chybou odporúčať zvýšenie energetického výdaja pomocou behanie, skákanie, zdvíhanie ťažkých bremien ako vidíme v rôznych fitnes centrá. Výhodné sú nasledujúce aktivity - plávanie, jazda na bicykli či rotopede (nie spinningu), cviky s postupným zvyšovaním intenzity a postupné predlžovanie doby venované cvičeniu. Preferujeme vždy cviky dynamického charakteru. Zameriavame sa na posilnenie svalstva brucha, chrbtice, končatín. Na základe výskumu sa ukázalo, že je výhodnejšie vykonávať cviky viackrát za deň. Boj o duševnú rovnováhu. Jedná sa o podstatný faktor redukcie. Rozhodujúce je motivácia. Teda či človek chce naozaj redukovať a nájdenie dôvodu, prečo by človek mal zmeniť životný štýl, prečo by mal redukovať cestou zmeny doterajšieho systému života, pohybových aktivít, stravovanie, používanie vybraných zázračných prípravkov, minerálov a dietetika. Ak nenájde pacient a lekár individuálne cestu k optimalizácii duševného zdravia a motiváciu, ako riešiť situáciu, potom nemožno dosiahnuť úspech redukcie. Depresia, stres, duševné rozladenie, neuspokojenia, nutkavé stavy vedú k neúspechu akýchkoľvek redukčných programov.

PRAKTICKÁ ČASŤ

24 ročná pacientka prišla na vyšetrenie v doprovode svojej matky. Správne orientovaná osobou, miestom, v čase. Verbálny kontakt je dobrý, pri vyšetrení spolupracuje, je emočne priliehavá, reč bez porúch. Pacientka je slobodná, býva s rodičmi v rodinnom dome. Rodinné prostredie hodnotí ako harmonické. Neprekonala vážnejšie ochorenie, v minulosti navštevovala psychológa. Alkohol nepije, tabak nefajčí, skúsenosti s inými drogami neudáva. Problémy mala s obsedantným upratovaním, záchvaty zlosti, nervozita, poruchy stravovania (rituály, odmietanie normálnej stravy). Po liekoch sa cíti kľudnejšia. Výsledky psychologického vyšetrenia nám ukazujú, že osobnosť je priemerne inteligentná, s uspokojivou schopnosťou ťažiť z pojmového bohatstva, je to osobnosť s vyhradenjšími postojmi ega, s nezrelou, labilnou emotivitou, s impulzívnymi emočnými tendenciami, ktoré pri konflikte s požiadavkami okolia môžu vyústiť v zjavne agresívne správanie. Žena so známkami silného výbušného napätia, so sklonom k afektom zlosti, podráždenosti, náladovosti, svojhlavá, vzdorovitá, zvýšene precitlivelá, so známkami úzkosti. Osobnosť s oslabenou schopnosťou kritického hodnotenia seba a okolia, s narušenou schopnosťou adekvátnej socálne – emočnej adaptability, s inhibovaným pozitívnym aspektom emotivity, ako je vrelosť a potreba citového kontaktu. Problémy začali po skončení ZŠ. V puberte dosť pribrala, mala 60 kg. Začala chudnúť, lebo bola tučná. Veľa cvičila. Na SŠ stále počas roka priberala a potom cez prázdniny schudla, aj 18 kg za dva mesiace. Od minulého roka cez deň skoro nič nejedla, potom sa prejedala, vracala 2-3krát týždenne. Má aj nutkavé myšlienky, stále myslí na jedlo, v noci nemôže preto spať. Stále musí upratovať, všetko musí byť uložené na centimeter presne. Nikto nemôže hýbať vecami, je nervózna kým to neupraxe. Potom sa jej trochu uľaví. Viackrát denne umýva šálky, každý deň si musí umyť vlasy, lebo sa cíti tučná a špinavá. Veľmi dlho sedí na toalete, lebo chce, aby to šlo z nej všetko von a veľmi chce aby schudla. Po použití toalety si musí umyť ruky 30krát. Má zo všetkého strach, prestala chodiť medzi ľuďmi, keď k ním príde nejaká návšteva, tak sa ukrýva, aby ju nevideli, lebo sa hanbí ako vyzerá. Pacientka bola druhýkrát hospitalizovaná. Prvá hospitalizácia bola v máji v roku 2011 v Považskej Bystrici. Stav po prepustení len veľmi málo zlepšený. Pacientka rok užívala Seroxat, bez efektu, preto bol liek vymenený za Anafranil v postupne sa zvyšujúcej dávke až na 150 mg. Do terapie pridané aj anxiolytiká pre výraznú úzkosť. Poruchy spánku sú

zlepšené. Stav pacientky je čiastočne zlepšený. Neprejedá sa, nevracia, stravuje sa primerane. Vidíme aj zlepšenie nálady. Stále však pretrvávajú obsedantno- kompulzívne správanie (stále upratuje svoje veci, časté umývanie rúk, rituály pred a po jedle) ktoré pacientku unavuje. Pacientku prepúšťame domov na Vianočné sviatky, po ktorých by sa mala vrátiť na doriešenie stavu.

Ako druhý príklad by sme uviedli ženu narodenú 19.10. 1977, je slobodná, bezdetná, pochádza z dvoch súrodencov. Vyštudovanú ma strojníčku priemyslovú školu s maturitou, naposledy pracovala ako sekretárka, aktuálne býva u svojej matky. Pacientka bola privedená na psychiatriu na vyšetrenie psychológom, očný kontakt nadväzuje, spoločenské formality dodržiava, miestami má teatrálné prejavy v správaní a paranoidného nastavenia voči personálu a liečbe. Na otázky odpovedá adekvátne, so spontánnou produkciou, reč tichšia, tempo reči primerané. Pri metodikách spolupracuje, agravuje ťažkosti s močením. Podľa matky sa stále vyhráža, že sa zabije, vyhrážala sa mi, že skočí z okna. Dcéra mi rozpráva, že ja som ju zabila, že ju týram, že jej robím zle. Moja dcéra začala chudnúť od roku 2006 a stále chudne, jedáva dosť, aspoň mne to stále tvrdí. Napríklad mi rozpráva, že sa bola naobedovať v reštaurácii, doma je len také veci ako surovú zeleninu, tofu syr, citrusové plody. Pacientka tvrdí, že nemá psychické poruchy, išla som k doktorovi lebo mi bolo zle, mám bolesti brucha, hnačka ale nezvraciam. Teraz potrebujem ísť za manželom do Dolného Kubína dať sa prešetriť. Možno som povedala matke, že sa chcem zabiť, ale to len preto lebo som nevedela ako mám matke povedať, aby ma zobrala do Dolného Kubína. Náladu mám teraz zlú, keď sa necítim dobre, v noci sa často budím, nespím, jest' mi chutí, celú noc som v chladničke. BMI pacientky je 13,8 pri výške 167 cm a váhe 38,5 kg.

Subjektívne: V roku 2006 mi začali problémy, zašla som k svojej obvodnej lekárke v Bratislave. Ochablo mi svalstvo, z ničoho nič. Ja som presvedčená, že lekári zanedbávajú môj zdravotný stav, som chorá, nie som anorektička, veď anorektička vracia a ja zjem všetko okrem bravčového mäsa. Pochopte to, strácam tu môj drahocenný čas, zatiaľ čo som tu, mohla som si vybaviť lekára v Dolnom Kubíne, potrebujem zistiť čo mi je, nie tu len tak ležať. Zakazujete mi tu cvičiť, dopriala by som Vám také bolesti aké mám ja. Veď ja sa nemôžem už na seba pozeráť ani v zrkadle, hanbím sa ísť na ulicu, som zrúda. Ja mám problém s trávením, nikto mi to nechce

veriť, ja jednoducho zjem, ale nikdy nepriberiem, jednoducho moje telo to nevie spotrebovať a hneď to vylúči von. Spýtajte sa aj mojich lekárov, nikto mi nemôže dávať tabletky lebo neúčinkujú. Keď ich zjem, všetko mi musia pichať do žily a svalu. Všetky vyšetrenia mi už robili, už mi chýba len neurologické vyšetrenie, len to nemám kompletne urobené....., potrebujem sa liečiť, veď ja v takomto stave môžem aj zomrieť. Myslím si, že mám Koronovú chorobu, jednoducho črevo mi nevstrebáva vitamíny a aj iné živiny. Zhoršilo sa to od augusta 2009, nedokážem sa ráno postaviť z postele, mám neznesiteľné bolesti, ťažkú osteoporózu. Mňa už ten život nebaví.

Diagnostická úvaha: Kontrola reality je zachovaná. Myslenie je účinnejšie pri emocionálnom napätí, potreba pozitívnej citovej motivácie k dobrému výkonu. Regulácia prostredníctvom rozumových zložiek zachovaná, veľký afektívny náboj v ktorom je agresivita vyvažovaná úzkosťou a prežívaná formou výčitiek svedomia. Možné výskyty náladovosti a výbušnosti, sprevádzané teatrálnymi prejavmi. Stabilita je narušená, správanie je často situačne determinované, miestami až bizarné správanie. Zúženie osobnosti s obmedzenými zdrojmi radosti, s malou srdečnosťou vo vzťahoch a s formálnym myslením, s nízkou frustračnou toleranciou. Opakovane zisťujeme manipuláciu so stravou. V ďalšom priebehu hospitalizácie je pacientka emočne živšia v kontakte, nadobúda kritický pohľad na ochorenie, verbalizuje potrebu pokračovať v liečbe anorexie a súhlasí s liečbou v Bratislave, neskôr mení rozhodnutie a výpovede, manipuluje a vyjednáva. Pre bolesti pravej päty je realizované RTG vyšetrenie. Po telefonickom dohovore s lekárom je pacientka preložená na kliniku v Bratislave.

Ako ďalší prípad uvedieme pacientku privezenú sanitkou v doprovide sestričky z nemocnice z Považskej Bystrice. Tu bola hospitalizovaná pre vážne ochorenie v dôsledku mentálnej anorexie. Išlo o prvú psychiatrickú hospitalizáciu. Pacientka v úvode vyšetrenia v ambulancii odmieta hospitalizáciu v nemocnici, udáva, že opakovane zdôrazňovala, že v Považskej Bystrici si nežiada byť hospitalizovaná. Počas vyšetrenia na ambulancii zmenila svoj názor a súhlasí s hospitalizáciou.

Z anamnézy z dokumentácie: Starší brat liečený pre psychotické ochorenie, matka pre neurastenický syndóm. Pacientka je vydatá štyri roky, nežije v spoločnej domácnosti s manželom, manželstvo je bezdetné. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie SŠ s maturitou-

technicko- informačné služby, naposledy pracovala ako sekretárka. U pacientky evidujeme zúženie jedálneho – vegetariánstvo, odmieta biele pečivo, má veľký strach z nediétnych potravín. Po jedle má zažívacie ťažkosti, hmotnosť pacientky je 40 kg, úbytok hmotnosti je 10 kg za 5 rokov. Manipuluje so stravou alebo so zvratkami, údajne pravidelný príjem potravy a napriek tomu pokles hmotnosti 1,5 kg počas hospitalizácie. Pacientka je paranoidná voči personálu, v konaní i správaní negativistická a afektívna. Pacientka podala sťažnosť a odišla z kliniky na základe rozhodnutia súdu o nezákonných dôvodoch pobytu na oddelení. Počas pobytu však neboli prítomné znaky svedčiacie pre psychotické ochorenie, dominuje osobnostné pozadie. Zaujímavé na tomto prípade je, že pacientka spolu s bratom bola trestne stíhaná za falšovanie receptov na lieky.

Ako posledný prípad by sme uviedli prípady dvojčiek. Takmer 13 ročná pacientka, prijatá po druhý raz na oddelenie po krátkom prepustení do domáceho prostredia, prvá hospitalizácia jún- august 2005 pre rýchly rozvoj typického obrazu mentálnej anorexie, klinický obraz aj priebeh liečby komplikovaný náhlým úmrtím matky krátko po prijatí- po niekoľkotýždňovej stagnácii sa podarilo zvrátiť progredujúci charakter ochorenia, prepustená v čiastočne zlepšenom stave do domácej liečby, počas pobytu doma nedošlo k dramatickému zhoršovaniu, prijatá ale na doliečenie vzhľadom na síce redukované, ale pretrvávajúce symptómy, ako i vzhľadom na možnosť zhoršovania v záťažovej situácii (začiatok školského roka, špecifická rodinná situácia po náhlej smrti jedného rodiča) Mladé dievčatko hovorí: „ Doma bolo dobre, snažila som sa, myslím si, že by som to zvládla, nebyť Lucky, musím stále na ňu dohliadať, nútiť ju jest, sama by som pokojne zjedla aj vyprážené. Kamarátka nám vyveštila, že to môžeme zvládnuť len spolu, že sme tak prepojené.

Klinická symptomatológia pri prijatí: kontakt dobrý, oproti stavu pri prepustení, oživenie emočnej reaktivity, s občasnými subdepresívnymi sklzmi pri relevantnej téme (pobyt v nemocnici- odlúčenie od otca, problém stravovania), na oddelení erupcie afektov plaču. Má stanovený prah hmotnosti, tendencia súťažiť v hmotnosti so spolužiackou, v množstve jedla so sestrou, vyhýbanie sa niektorým typom jedla ako masné a vyprážené, až rituálne dodržiavanie rovnakého množstva jedla ako sestra. Pri prijatí naďalej nedostatočná hmotnosť 46,8 kg. Vypracovali sme nový terapeutický

plán, ktorý bol pre pacientku motivačný. Počas hospitalizácie sa pacientka snažila spolupracovať, pomerne dlhú dobu pretrvával strach z priberania, len pomaly zväčšovala množstvo stravy, súčasne sa postupne redukovali symptómy základného ochorenia. Opakovane sa vyskytli subdepresívne zakolísania- kontrola sestry. Počas celej hospitalizácie pacientka ovplyvnená stavom svojej sestry- dvojčky. Ku koncu hospitalizácie akoby čakala sestru s priberaním, došlo prechodne k prehĺbeniu obáv o ňu- ako to zvládne, keď jej nebudem dohovárať). Nakoniec však akceptovala naše odporúčania a bola prepustená skôr ako sestra. Pravidelne sa stravuje, spolupracuje. V zlepšenom stave prepúšťame do ambulantnej starostlivosti. Hmotnosť pri prepúšťaní, podľa dohodnutého plánu 52 kg- čo je 90% z pôvodnej hmotnosti, BMI- 18,42.

Psychiatrická anamnéza: Pacientka v starostlivosti psychiatra i psychológa od júna 2005. Matka pacientky bola v minulosti ambulantne psychiatricky liečená- bola preťažená, lebo sa starala o 4 malé deti. Pacientka vychovávaná v kompletnej rodine. Obaja rodičia VŠ vzdelaní. Má 3 sestry- 2 staršie a dvojčku. Vzťahy v rodine sú dobré. V kolektíve nemá problémy, v škôlke sa prevažne hrávala so sestrou dvojčkou, v škole už mala aj iné kamarátky, vždy sa dobre učila. Problémy so stravovaním sa začali v marci 2005, zhodné so sestrou dvojčkou, spočiatku tomu matka neprikladala význam- vždy boli štíhle.... až postupne si začala uvedomovať, že je to niečo vážne : keď odmietali napríklad zmrzlinu, strúhali si mrkvu na raňajky, zdali sa byť súčasne depresívne, bez nálady, nemali menštruáciu. Matka ich zobrala k obvodnej lekárke, tam zistený u Zuzky 8 kg úbytok hmotnosti... odvtedy sa stravovanie zhoršuje, napriek hospitalizácii v nemocnici. Posledné tri dni nejedia prakticky nič, stravujú sa pomaly, jedlo rozoberajú na vlákna, jedlo začali schovávať, uzatvárajú sa, prestali chodiť von, zatvárajú sa do svojej izby.

Subjektívne: Po preventívnej prehliadke som vážila 58 kg, zdalo sa mi to byť veľmi veľa, tiež mi zle padli reči spolužiačky, že by som mohla byť aj chudšia. Spolu s mojou dvojčkou Luckou sme začali chudnúť, denne sme cvičili hodinu, menej sme zjedli z večere. Tešila som sa, že som schudla a prestala som s chudnutím. Mamu prepustili z práce, aj ocinovi to hrozilo, bol to na nás veľký psychický tlak. Ja som si nevšimla, že menej jem, nemyslela som na jedlo, ale jedla som stále menej.

Klinická symptomatológia pri prijatí: nálada subdepresívna, z časti odkloniteľná, myslenie ľahko pomalšie, myšlienky na smrť- lepšie by bolo keby som nebola. Porucha vnímania telesnej schémy, v správaní utiahnutá, neistá, typické anorektické správanie : stravovanie v zmysle redukcie počtu chodov, trvalá tendencia redukovať veľkosti porcií, vynechávanie jednotlivých denných jedál, celých skupín jedál- sladkosti, vyprážané, mäso, radosť z nadmerného chudnutia, pomalé rituálne stravovanie. Plánovanie- dohadovanie so sestrou koľko toho zjedia, manipulácia s jedlom, strach z jedla, strach z priberania, nadmerné cvičenie. Hmotnostný úbytok 14 kg. Pretrváva najmä nutkavá obava- najviac vyjadrená počas jedla, sprevádzaná úzkosťou aby jedla sestra, chcem mať pokoj s jedlom, ale čo keď nebude sestra jesť? V zlepšenom stave prepúšťame do domáceho prostredia. V prípade, že v domácom prostredí nebude pokračovať, pacientku plánujeme znova hospitalizovať na doliečenie. Hmotnosť pri prepustení je 46,8 kg a je potrebné zvýšenie ešte o cca 5 kg.

Články:

1.Erika bola vždy malé útle dievčatko. Pri vyspelých spolužiackach na základnej škole ju každý prehliadal. Až kým neprišli 14. narodeniny a prvá menštruácia. „Tešila som sa, že budem mať konečne ženskú postavu. No vytúžené prsia mi nenarástli, miesto toho som sa začala zaokrúhľovať na iných častiach tela. Možno tá zmena ani nebola viditeľná, teraz to už ťažko posúdim. Sústredila som sa na hornú partiu, chcela som nosiť výstrihy a obťahnuté tričká. Tie mi však stále nemali čo obťahnuť. No a keď som sa pozrela na boky, ktoré sa mi trošku zaokrúhlili, zdali sa mi obrovské,“ Erika spomína na zopár kíľ, ktoré jej priniesla zmena jej tela. Bolo to len pred tromi rokmi, no vtedy ešte netušila, koľko problémov jej tých pár tukových buniek prinesie. „Mali sme ísť na plavecký a ja som sa pol roka pred tým zhrozila. Obliekla som sa do plaviek a pri pohľade na svoju neforemnú postavu som sa rozplakala. Od pásu hore lata, smerom nadol sud. Povedala som si, že keď už mám byť chudá, tak všade. Ten obrovský zadok musel zmiznúť. Chodila som do školy, dodržiavať rôzne diéty by bolo nemožné. Navyše by ma mama vysmiala. Jednoduchšie pre mňa bolo nejесť vôbec,“ priznáva Erika a natiahne si rukávy na voľnom svetri, ktoré zahaľuje jej drobnú vychudnutú postavu.

Anorexiou trpela Erika rok a pol. „Môj prvý limit bol sedem kíl. Hovorila som si, že keď toľko schudnem, začnem sa zdravo stravovať a váhu si udržím. No keď tých sedem kíl schudla, cítila som sa úžasne. Pre mňa to bol najväčší úspech, aký som kedy dosiahla. Chcela som sa tak cítiť znova a začala som s ešte intenzívnejším chudnutím. Každé kilo, čo som zhodila, mi prinieslo radosť. A každé, ktoré som plánovala schudnúť, bolo motiváciou. Na internete som si našla obľúbenú pro-ana stránku, kde písali dievčatá, ktoré mali tiež chceli schudnúť a vzájomne sme sa podporovali. “Keď mladé dievča odmieta jesť a rapídne schudne, mali by si to všimnúť aspoň rodičia. Ako to bolo v Erikinom prípade? „Jedla som väčšinou iba jeden banán, aj to nie každý deň. Niekedy som nenašla žiadnu výhovorku, tak som cez víkend na raňajky musela zjesť krajec chleba. Keď som cítila, že mi je zle, dala som si nejaký zeleninový šalát alebo suchú ryžu. Vždy keď sa dalo, nosila som si pripravené jedlo do izby. Víkendy boli v tomto najhoršie. Cez týždeň som chodila domov až večer, vždy som mame povedala, čo som jedla a že už nebudem. Aby som schudla ľahšie, prihlásila som sa na tanečnú a ešte som chodila cvičiť. Nebola som doma, takže som nemusela jesť pod dohľadom a navyše sa tým dali vysvetliť moje úbytky hmotnosti. No a pre mňa bolo samozrejme najlepšie, že som vďaka tomu naozaj chudla.“Tieto aktivity nakoniec Eriku v podstate aj zachránili. „Odpadla som na tréningu. Keď ma chcel tréner zdvihnúť a preniesť na lavičku, ostal prekvapený, aká som ľahká. Vždy som totiž svoju postavu, o ktorej som si stále myslela, aká je veľká a tučná, maskovala vo voľnom oblečení. Vyhrnulo sa mi tričko a všetci ostali šokovaní pri pohľade na moje vytŕčajúce rebrá. Tréner okamžite zrušil hodinu a odviezol ma do nemocnice.“V nemocnici nasledovali sedenia so psychiatrom a Erika si musela zvyknúť na pevný stravovací režim. Spoznávala seba, hľadala odpovede na otázky inde ako v jedle. Zdesení rodičia si začali hľadať cestu k svojej dcére. Všetko ide pomaly, ale Erika je už v štádiu, kedy sa teší z každého znovunadobudnutého kila. Nedávno začala spoločne s maminou variť. Fascinuje ju

vôňa jedla a rôzne jeho kombinácie. Ešte stále však nenastal moment, kedy by si sedemnásťročná Erika jedlo naozaj vychutnala.⁹⁷

2. Na neuveriteľné príbehy je svet skutočne bohatý. Jedným z ďalších, ktorý na svojich stránkach priniesol denník Mail Online, je príbeh dvojčiek trpiacich anorexiou. Tieto dnes už ženy zároveň čelia ťažkým zdravotným problémom, čo je následok chorého životného štýlu. Na celom prípade je ešte omnoho zarážajúci fakt, že k anorexii sa navzájom "vyhecovali" po nevinnej poznámke svojho otca. Celý kolotoč nepríjemných udalostí sa začal ešte v dobe, keď mali dievčatá jedenásť rokov. Vtedy si zo svojej detskej izby na poschodí rodinného domu vypočuli časť rozhovoru svojich rodičov. Tí boli na prízemí a v kuchyni otec zrovna s matkou žartoval o prechode dievčat do puberty. Hlava rodiny vtedy s úsmevom svojej manželke nadhodila, ako na dievčatách vidno, že sa z nich stávajú ženy tým, že naberajú na bokoch. Inak celkom nevinná poznámka mala na túto rodinu fatálny dopad, ktorý jej ničí život už cez dvadsať rokov. Dievčatá sa totiž po vypočutí rozhovoru zaprisahali, že nepriberú ani gram. Uzavreli pakt, ktorým chceli svojim rodičom ukázať, že ich sa žiadne priberanie nikdy týkať nebude. *"Rozhodli sme sa nejесť, aby nám nerástli boky. Chceli sme tak potrestať svojho otca a mamu za to, čo povedali. Vtedy sa nás to nesmierne dotklo"* hovorí dnes už 33-ročná Katy. Pakt naozaj sestry dodržali - vydaril sa im na sto percent, no jeho následkom je ťažká anorexia, hmotnostné hodnoty na hranici smrti, arytmia srdca oboch žien, vypadávanie vlasov a iné zdravotné problémy, s ktorými sa dvojčičky dennodenne potýkajú. Pozoruhodným je aj to, že obe sú vyštudovanými lekárkami a naplno si uvedomujú, na akej hrane sa pohybujú: *"Sme s Katy na úrovni, kedy sme sa dostali do bodu úplnej mizérie. Prišli sme o svoj život, svoje zdravie, prácu, vlasy... jednoducho všetko... Je nám z toho totálne zle,"* hovorí druhá z dvojčiek Marie. Napriek tomu, že

⁹⁷ diva.aktuality.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.DostupnézWWW
<http://diva.aktuality.sk/clanok/22083/pribeh-mladej-anorekticky/>

sestry presne vedia, čo sa s nimi deje, hovoria, že nemajú síl s anorexiou bojovať. Tento ťažký psychický problém im každodenne bráni normálne sa najesť a všetko jedlo im okamžite mozog pred očami premieňa na neprijateľné vagóny kalórií, tukov a nechcenej obezity. Sestry teraz čaká ďalšie liečenie, ktoré by im malo pomôcť integrovať sa do bežného života, ale hlavne - naučiť sa opäť bez problémov a zbytočného strachu najesť.

98

3.Dvadsaťdvaročná Emma O'Neil je odstrašujúcim príkladom pre všetky dievčatá, ktoré túžia po dokonale štíhlej postave. Z túžby po štíhlom tele sa z nej stala anorektička a aj samotní lekári jej povedali, že také hrozivo vychudnuté telo ešte nikdy nevideli. V tom čase to Emma nebrala ako varovanie, ale ako kompliment. V snahe byť čo najchudšia dosiahla šokujúcu váhu – len 19 kilogramov!

⁹⁸ diva.aktuality.sk[online].c2011[cit.2013-02-18]. Onás. Dostupné z <http://diva.aktuality.sk/clanok/22085/pribeh-mladej-anorekticky>



Emma v čase, kedy vážila len 19 kíl.

Po ôsmich rokoch liečenia sa Emma rozhodla porozprávať svoj príbeh svetu. Mladým dievčatám chce ukázať, aká škodlivá je posadnutosť diétami. „V tom čase som si vôbec neuvedomovala, ako ubližujem sebe a rodine,“ povedala. Emma bola taká chudá, že nemohla spať na nemocničnej posteli. Kosti jej z tela vytŕčali ako žiletky a ona mala hneď modriny po celom tele. „Nevyhovoval mi ani nafukovací matrac a musela som spať oblečená v župane a v deke,“ hovorí. Všetko sa začalo v jej 14-tich rokoch. Vtedy vážila 44 kíl a závodne športovala na škole v Glasgowe. Do pol roka však schudla 13 kilogramov a v takomto stave ju odviezli do nemocnice, kde strávila takmer celé dospelie. Ani neviem, ako sa to všetko začalo. Nikdy som nebola buclatá a aktívne som športovala, ale pomyslela som si, aká štíhla by som ešte mohla byť. A vo všetkom čo robím, som extrémista,“ povedala. Rodina ju prosila, aby zjedla čo i len kúsok jedla. V nemocnici ju museli držať štyri sestričky, aby do nej dostali aspoň infúziu.

„To, aká som slabá, som si uvedomila keď som bola na nákupoch s otcom. Nezvládla som prejsť ani po schodoch, tak ma musel po nich zniesť. Keď som prechádzala cez cestu, spadla som a skoro ma zrazilo auto,“ šokuje Emma. Počas liečby mala na mysli najmä rodinu. Trvalo jej šesť rokov, kým sa z choroby dostala. Dnes váži 50 kilogramov a spolu s dvoma ďalšími priateľkami, ktoré tiež trpeli anorexiou, založili nadáciu The Only Way Is Up Foundation. Tá pomáha dievčatám prostredníctvom lekárov, sestier, odborníkov na výživu a psychológov. „Len minulý rok som sa zmierila sama so sebou. Uvedomila som si, že je pre mňa najdôležitejšie mať diet'a, kariéru a zdravé telo. Niektorí z mojich priateľov z nemocnice na tom neboli tak hrozne ako ja a zomreli. Som šťastná, že po tom všetkom som stále tu. Z môjho príbehu chcem vyťažiť to pozitívne a aspoň takto pomôcť ľuďom, ktorí majú rovnaký problém,“ povedala.⁹⁹

4. „Naša rodina prekonala ťažké obdobie. Dcéra trpela mentálnou anorexiou, absolvovala liečenie a my sme sa domnievali, že to najhoršie už máme za sebou,“ začala svoje rozprávanie asi štyridsaťročná žena, zvierajúc v rukách niekoľko husto popísaných hárkov papiera. „Je to list od mojej dcéry“, pokračovala a v jej očiach sa objavili slzy.

Ahoj mami,

toto je posledný list, ktorý ti píšem. Mám ťa rada a snažím sa pochopiť, o čo ti ide. No doteraz sa mi to nepodarilo. Odpovedz mi, prosím, čo ti na mne vadí, že ma nenecháš žiť ako ostatné deti? V čom som škaredá a ubližujem ti tak veľmi, že mi toto robíš? Prosím, strašne moc, na kolenách ťa prosím, žime ako predtým, než som

⁹⁹ myzeny.tvnoviny.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupnéz

<http://myzeny.tvnoviny.sk/clanok/sekcia/zdravie/sokujuci-pribeh-anorekticky-emma-vazila-len-19-kilogramov.html>

ochorela. Moja choroba nevznikla z túžby po štíhlosti. Ja som v 15-tich schudla ani neviem ako. Po tom, čo som bola v nemocnici som znovu pribrala, napriek tomu ma stále nepokladáš za zdravú. Nechápem, prečo vo mne pestuješ komplexy. Všetky moje kamarátky sa ti zdajú krajšie než ja, stále mi pripomínaš, že Lucka cvičí a Ivana chodí na tanečnú. Ale im doma nikto nerobí výstupy, ony sa správajú normálne, vyzerajú super a netrápia sa kvôli sebe. O to by malo ísť aj tebe. Keď sa ti páči Lucka alebo Ivana, zato musím byť aj ja taká?

Stále nerozumiem, o čo ti ide. Chceš, aby som pribrala? Tak mi to povedz a rozumne vysvetli, prečo to chceš. Mne sa páčia vysoké, štíhle dievčatá, pretože tie si môžu obliecť čokoľvek a vo všetkom vyzerajú dobre. Polovica báb v našej triede sú ako ja. Mne sa páči aká som, tak prečo ma ničíš. Som zdravá, nič mi nie je. Do kelu, naozaj to nechápeš? Prečo nemôžem byť normálne, ako pred tým, než som ochorela, prečo mi stále zhnušuješ jedlo? Konečne, po dlhých týždňoch strávených v nemocnici, som vyzdravela a naučila sa byť a ty mi to chceš prekaziť. Mala som aj 38 kg a neumrela som. A pred rokom, pri tej istej hmotnosti som dokonca menštruovala. Chyba nie je v tom, že som príliš chudá, ale že niečo nie je v poriadku. Načo som sa ja, hlúpa, bála, že zomriem. Uverila som tebe, lekárke tiež a pribrala. Mohla som mať detstvo bez problémov, byť štíhla a bez menzesu. Ved' mne nechýbal. Ja som chcela byť len zdravá. A prečo som ochorela? To sa ma nepýtaj. Určite nie z túžby po štíhlosti. Ja viem schudnúť aj bez anorexie. Pred mojou chorobou som sa najedla vždy, keď som bola hladná, nie keď mi to niekto prikázal. A zjedla som, koľko som chcela. Vedela som, že sa musím ovládať. Preto som mala rada ovocie a šaláty. Niekedy som neodolala koláčom. Keď som nejaký večer zjedla, vždy som si to vyčítala, hovorila som si „večerať nesmieš, a ešte také kalorické“. A tak som poznala iba raňajky (boli o polovicu menšie než mi dnes chystáš ty) a obed (niekedy to boli len tri zemiaky, aby si videla, že som niečo jedla). A poobede už žiaden olovrant ani večera, maximálne tak hrnček čaju. Vtedy ti to nevadilo? S čím si vlastne nespokojná? No povedz. Že chcem normálne žiť? Bez toho, aby ma niekto otravoval s jedlom? Ved' nechudnem, tak aký máš problém? Ak chceš, aby som sa najedla, nenúť ma byť 5x denne a ešte také porcie. Maminka moja, toto je list pre teba. Ak ma chceš ničiť aj po tom, čo si ho prečítaš, naozaj to vzdávam. Veľmi by som chcela normálne žiť, šťastne ako predtým. A nemať zjedla nočnú moru. Nechcem, aby sa mi anorexia vrátila. Chcem len

normálne jesť, žiť a mať radosť aj z iných vecí, nielen z toho, že si mi nachystala na raňajky menej.

Tvoja nešťastná dcéra Monika

„Nebolo najmenších pochyb o tom, že Monike sa anorexia vrátila. Nasledoval ďalší pobyt v nemocnici a dlhé mesiace trvajúca psychoterapia. Dnes je Monika z najhoršieho vonku a možno aj pribúdajúce roky spôsobili, že trochu zmenila svoj názor na ideál ženskej krásy. Dúfajme, že pochopila, že krása človeka nespočíva vo vonkajšom vzhľade, no v jeho vnútorných hodnotách,“ končí rozprávanie vyčerpaná, no nevzdávajúca sa matka mladej anorexičky, ktorá s chorobou bojuje už dlhých 6 rokov. Hádam sa jej nad ňou tento raz podarilo zvíťaziť už definitívne.¹⁰⁰

5. Marcela stála v spodnom prádle pred veľkým dreveným zrkadlom a uprene hľadela na svoj odraz. Pozorne sa prezerala, nevynechala jediný detail svojho tela. Potom bežala do svojej izby, zvalila sa na biely koberec a začala plakať. "Prečo som tak tučná? Prečo?" Aj keď väčšina ľudí v jej okolí stále hovorí ako je vychrtlá, ona sa tak cíti, ona sa tak vidí. Je to tak! Je tučná! Vari si niekedy nájde partnera? Komu sa páči hrubé a škaredé ženy s nedokonalou pleťou, čo nevie variť? Nikomu. Nenájde si bohatého muža s veľkým domom. Bude musieť pracovať v továrni na skrutky. Alebo...Môže tiež utiecť. Utecť z domu a stať sa modelkou. Byť slávna a krásna a mať všetko o čom snívala. Keď ale nestretnie tých správnych ľudí, stane sa z nej napríklad len nulová prostitútka, chytí nejakú pohlavnú chorobu a zomrie. To všetko sa preháňalo hlavou šestnásťročnej dievčine pri pohľade na vychudnuté bledé telo, v jej očiach zaguľatené fľakaté telo s vrásčitou pokožkou a hrbom. Marcela sa rýchlo obliekla, najskôr červené pančuchy,

¹⁰⁰feminity.zoznam.sk[online].c2011[cit.2013-02-

18].Onás.Dostupnézhttp://feminity.zoznam.sk/c/858738/skutocny-pribeh-list-mladej-anorekticky-mame

potom jednoduché biele šaty po kolená s golierikom a dlhými rukávami. Z chodby počula prudké búchanie dverí. Niekoľko otáča kľúčom. Je to jej brat. Malý čiernovlasý chlapec, v modrej bunde a čiernych nohaviciach, ktorý už hádže aktovku do kúta a zapína počítač. "Kubo, najprv si uprac tašku, počuješ?" kričala Marcela na jedenásťročného chlapca. "Budem sa snažiť." odvetil drzo brat a pokračoval v činnosti. "Kubo! Uprac si po sebe to riadu, je tu neporiadok!" Zo strachu z otca sa dievča snažila prinútiť brata k upratovaniu, ale už dávno vedela, že to nebude nič platné, že buď všetko uprace sama, alebo príde otec, začne kričať a ona urobí to isté. Tak teda odniesla do kuchyne riad z obývačky, umyla ho, vyluxovala čakala na príchod ostatných. Po bratovi prišla sestra. Mala vtedy osemnásť. Iveta chodila do rovnakej školy ako súrodenci. Na gymnázium, kde bola veľmi obľúbená, nie ako Marcela, ktorá sa bavila s nesprávnymi ľuďmi a bola stále chorá. Iveta patrila medzi elitu. Mali ju radi učitelia aj študenti. Jakub bol na škole nový a tak si ešte nezískal žiadnu reputáciu. Iveta otvorila vchodové dvere a ihneď začala Marcelu okrikovať, nech uprace toto a tamto. Nech ustelie posteľ a vynesie odpadky. Sama si pritom sadla do kresla a zapla laptop. Marcela upratala svoju izbu a o ďalšie sa nestarala, to nech urobí Iveta alebo Jakub. Zavrela sa k sebe a premýšľala. Tentokrát stála pred plastovým bielym zrkadlom a obzerala sa okolo. Videla dokonale ustlanú posteľ s vankúšikmi, stôl s nástenkou s dátami skúšok a testov, kreslo vypchaté fazuľou a skriňu plnú oblečenia veľkosti M (aj keď jej bolo veľké, mala nosiť XS). Zamyslela sa aj nad školou. Či zvládne maturitu, kedy ju prestane učiteľka chémie šikanovať? Marcela vedela, že problémy ostatných môžu a často sú väčšie, než problémy jej, ale to jej neberie právo byť nešťastná. Niekedy si praje to všetko skončiť, ale potom, keď vidí svoju matku, ktorá potrebuje podporu, si to všetko rozmyslí a hodia svoje starosti za hlavu.¹⁰¹

¹⁰¹Zetkollstories.blogspot.sk[online].c2011[cit.2013-02-

18].Onás.Dostupnéz<http://zetkollstories.blogspot.sk/2011/09/pribeh-jedne-anorekticky-1.html>

6. Ja sama som vyrastala v neúplných rodinných podmienkach. Rodičov som mala síce oboch, ale otec sa vždy zaujímal skôr o seba. Keď som bola malá nič z toho som nevnímala, dokonca som svojho otca milovala a obdivovala ho. Dnes, keď sa ohliadnem naspäť, tak mi všetko zapadá do tej zložitej skladačky. Všetky problémy, zapríčinila práve moja výchova a prostredie, ktoré bolo okolo mňa, a v ktorom som vyrastala. Môj otec zo mňa chcel mať vždy niečo viac a liečil si na mne svoje komplexy z detstva. Nikdy som nebola dosť dobrá, vždy by to mohlo byť ešte lepšie. Najviac som to pociťovala v športe. Od 8 rokov som hrala tenis, tréner ma každú chvíľu chválil a ja som bola na vrchole blaha. Hovoril mi, že keď pri tenise vydržím, bude zo mňa dobrá tenistka. Za každú pochvalu som bola vďačná, pretože sa mi jej doma od otca nedostávalo, tešila som sa na každý tréning, chcela som byť neustále lepšia. Občas sa prišiel otec na tréning pozrieť, ale vždy mi len povedal: "Hráš celkom dobre, ale najlepšia nie si." alebo: "Dnes ťa pochválím a zajtra sa pochváliš sama." Postupom času ma tenis prestal baviť, nezvádzam všetko na svojho otca, to že sa mi nechcelo, za to si môžem len ja sama, ale on nikdy nestál pri mne. Párkrát si so mnou bol zahrať, ale hovoril, že preňho nie som dostatočný súper. Všetka moja motivácia a láska k tenisu vtedy zmizla. Od tej doby som si nebola sama pre seba dosť dobrá a všetko som radšej dopredu vzdala, aj tak by som nebola nikdy podľa slov môjho otca najlepšia. Okolo 12.roku som začala pozorovať svoje telo, nepáčilo sa mi ako sa mi pomaly začína zaobľovať. V časopise som objavila prvé diéty a návody na to, ako sa má efektívne cvičiť. Poznala som výrazy ako sú problémové partie, celulitída, racionálna výživa a optimálna váha. Ale ten okamžik, kedy som si kúpila vstupenku na kolotoč problémov s jedlom bol v lete roku 1999. S mojou najlepšou kamarátkou Barborou sme vtedy išli na letný tábor. Barbora vždy veľa jedla, hlavne sladkosti a slané veci (čo je najväčší zabijak diét), ale nikdy to na nej nebolo vidieť. K týmto prejedacím návykom zvedla i mňa, lenže môj metabolizmus nebol tak bleskový ako Barborin. Prišla som z tábora a vážila som o 4kg viac, čo bolo 61kg, bola som z toho hrozne nešťastná a rozhodla som sa, že s tým niečo urobím. Každý deň som cvičila kalanetiku, čo je cvičenie, ktoré spočíva v malých pohyboch, ale s častým opakovaním. Chodila som 3x týždenne do posilovne a nakoniec som si pridala ešte 2x týždenne aerobic. Po troch mesiacoch som schudla len 1,5kg. Ručička na váhe nechcela za žiadnu cenu klesnúť, pritom som jedla celkom striedmo. Žiadne sladkosti, smažené jedlá ani iné tučné veci. Vtedy som sa

dočítala o bulímii, myslím, že to bolo v časopisu Bravo girl. Namiesto toho, aby ma článok zastrašil, dal mi naopak novú nádej na úspech. Takto sa môžem normálne najesť, vyvrátiť to a ešte pri tom budem chudnúť (ako som vtedy mohla byť tak naivná, keď by som tú chvíľu mohla vrátiť naspäť). Skutočne som behom mesiaca schudla na 54kg, išlo to celkom jednoducho, po každom jedle si strčiť prst do krku a všetko bolo preč. Lenže mne to nestačilo, chcela som mať aspoň 50kg. Ale má váha sa začala zdvíhať a ja som tým upadala do väčších depresii. Potom prišlo opäť leto a ja som odchádzala do kúpeľov, kam som chodila už od prvej triedy, kvôli močovému mechúru. Povedala som si, že tam schudnem a prestanem vracat', ale nepodarilo sa mi to, síce som nevracala, ale stále som mala rovnakú váhu. Po prázdninách som si naordinovala opäť cvičenie a diétu, tento krát som objavila počítanie kalórií, mohla som zjesť len 1000 kcal denne, takže som toho dohromady moc nezjedla. Váha šla samozrejme rýchlo dole, behom mesiaca som schudla asi 3kg. Ale veľmi dlho mi to nevydržalo, mala som hrozný hlad a ten ma jedného dňa musel zákonite premôcť. V ten deň som vybielila skoro celú chladničku, zjedla som všetko, čo bolo v tú chvíľu požívateľné. Ale výčitky z jedla boli silnejšie než ja a po dlhej dobe som sa opäť sklonila nad záchodovú misu. A tak to išlo stále. Na Vianoce som dostala knižku o delenej strave. Namiesto aby som si užívala ostatných darčiekov, sústredila som sa iba na túto knižku a celú som ju za večer prečítala. Dozvedela som sa plno zaujímavých vecí. Hneď som začala dodržiavať všetky zásady. Táto diéta bola úplne najlepšia zo všetkých. Behom 14 dní som schudla na 55kg, bola som nadšená. Lenže opäť prišli návaly hladu a následné vracanie. Ale váha sa napriek tomu nezastavila stále som chudla, niekedy sa ručička na váhe zastavila, potom sa napr. o pol kila zdvihla, ale stále som sa držala okolo 55kg. Z predchádzajúcej skúsenosti som vedela, že nesmiem nič uponáhľať a že nesmiem nič zanedbať. Dievčatá v triede si to všimli a neustále sa ma pypytovali, ako to robím, akú držím diétu. Bola som na vrchole blaha, bola som stredom pozornosti. Doma si samozrejme ničoho nevšímli. Začala som jesť len ovocie a tmavé pečivo, občas som sa prejedla a následne som všetko vyvracala. Potom prišlo opäť leto a kúpele. Kamaráti ma nespoznávali. Doktorka mi pri príjme naordinovala výkrm. Začala ma varovať pred anorexiou a bola celá zúfalá pri pohľade na moju nezúčastnenú tvár. Doslova som sa jej vysmievala. Ja mám predsa všetko pod kontrolou. Dnes môžem povedať, že mi tá zvýšená pozornosť vyhovovala, ale otec stál neustále v ústraní a radšej sa k ničomu nevyjadroval. V

kúpeľoch som prestala nadobro vracať a uchýlila som sa k anorexii. Cez deň som zjedla pár kúskov ovocia a k obedu napríklad len suchú ryžu a na večeru to isté, proste len prílohy. Vážila som 49kg a bola som preveľmi šťastná, vtedy som si myslela, že neexistuje, žiadne želanie, ktoré by som si nemohla splniť, keď som dokázala tak radikálne schudnúť, dokážem všetko. Môj mozog úplne ovládla choroba a predstava jedla mi naháňala husiu kožu, hlad som síce mala, ale dokázala som ho ovládať a cítila som, že som tá najmocnejšia. Cvičila som každý deň na izbe. Dievčatá zo mňa už museli byť nešťastné, ale keby mi vtedy niekto niečo povedal, tak by som ho nepočúvala. Občas som počula narážky, že som už veľmi chudá, ale mne to prišlo len ako závist'. V septembri, keď som prišla domov, tak som sa začala opäť prejedať a vracať. Naši si ma konečne všimli. Mama bola zúfalá, bolo mi jej veľmi ľúto, ale postava pre mňa bola dôležitejšia. Začala ma vodiť k rôznym doktorom. Dochádzala som k jednej psychologičke, ktorej som spočiatku nedôverovala, ale potom to bola jediná osoba s ktorou som dokázala hovoriť. Nakoniec ma mama chcela zavrieť do psychiatrickej liečebne. Tým si zatvorila vrátka a ja som ju za to nenávidela. Otec reagoval opačne, než som dúfala. Len mi dokázal sprostou vynadať, vyhrážať sa mi, že ma vyhodí a nakoniec mi rozbil telefón. Druhý deň som si zbalila veci a odišla. Mama ma prosila nech nikam nechodím, ale s otcom som už žiť nemohla. Večer ma mama našla u babičky a odviezla ma naspäť. Otec sa robil akoby nič, už sme sa o tom nebavili. Prvá naše komunikácia bola až okolo Vianoc. Potom ale prišiel ďalší konflikt. Nezvládala som zvracanie, vtedy už by sa to dalo nazvať bulímiou. Vracala som niekoľkokrát denne, bála som sa ísť medzi ľuďmi, bála som sa jesť pred ľuďmi, aby si nemysleli, že už som v pohode a že som nenajedená. Povedala som mame, že prijmem tú ponuku liečenia, ktorú som dostala v lete a ktorú som kategoricky odmietala. Koncom januára 2002 som nastúpila do Detskej psychiatrickej kliniky, kde som strávila dva mesiace. Boli to dva mesiace sebapoznania a odhaľovania naozajstného života, ktorý mnohokrát nie je tak ústretový a mierny. Spoznala som tu plno mladých ľudí, ktorí v mojom živote zanechali hlbokú spomienku. Niektorí z nich na tom boli omnoho horšie než ja. Pohľad na 25kg anorektičky vo mne vzbudzoval odpor, ale zároveň súcit. Mladé sebevrahyne neboli výnimkou. Najviac ma zaujal príbeh mojej spolubývajúcej Hany. Na klinike bola kvôli rodinným problémom, nenávidela svojho otca, ktorý ju a jej sestru pravidelne sexuálne obťažoval, chcela ho zabiť. Mala skvelo vypracovaný plán a

jedného dňa, keď sa o to pokúsila, chvíľu zaváhala a otec ju do krvi zmlátil. Niekoľkokrát sa pokúsila o sebevraždu, ale vždy to bolo len skôr márne volanie o pomoc. Môj život bol oproti nej len prechádzka ružovou záhradou! Mala som 2 mesiace na to, aby som sa sama nad sebou zamyslela a vtedy som všetko pochopila, alebo aspoň čiastočne. V liečebni sme mali pevný pravidelný rád, ktorý mi už dlhú dobu chýbal a ktorý mi úplne vyhovoval. Ráno komunita, kde sme riešili predchádzajúci deň spolu s našimi psychiatrami a ošetrovateľmi, ďalej potom raňajky, skupiny, kde sme boli rozdelení podľa choroby, a kde sme si o všetkom, hlavne o našom ochorení rozprávali, ďalej rôzne procedúry ako autogénny tréning, muzikoterapia (liečba hudbou) a arteterapia (liečba maľovaním). Každopádne pobyt v liečebni pre mňa bol maximálne prínosný. Zrovnala som si svoje priority a prišla som k tomu, že každý z nás má šancu žiť v lepšom svete. Ale i napriek všetkým snahám z mojej strany a zo strany lekárov som sa nikdy 100 % neuzdravila. Na druhú stranu som sa zbližila s mamou a to puto, ktoré je medzi matkou a dcérou bolo naraz tak silné, že som mala pocit, že sa mi pod jej ochranou nemôže nič stať. Bez nej by som nebola tam kde som, bola by som na tom neopísateľne horšie. Po návrate z liečebne som mala výstup s otcom, po ktorom sme už k sebe nikdy nenašli cestu. V ten deň som sa po prvýkrát pokúsila o sebevraždu, zjedla som hromadu antidepresív, ktoré som na radu sebevrahýň z liečebne rozdrtila, aby sa mi nedal vypumpovať žalúdok a následne všetky zapila pohárom ginu. Nič sa mi nestalo, ale v ten večer otec vyhodil moju sestru von na ulicu a ja som dostala nervový záchvat. Nemohla som ovládať svoje telo, klepala som sa a nikto mi nemohol pomôcť. Mama pri mne sedela a držala ma v náručí celú noc, obe sme plakali a ja som nemohla uveriť tomu, že to, čo sa pred chvíľou stalo je pravda, že to nie je sen. Moja choroba sa opäť vrátila a ja som upadala do stále väčších depresí. Chodila som síce pravidelne k psychologičke, ale bolo to na nič. Človek má u psychológa pocit, že v tu chvíľu zvládne všetko, ale keď ste potom sami so svojimi negatívnymi myšlienkami o živote a hlavne o tom ako vyzeráte, sú naraz všetky plány na uzdravenie preč, vlastne ako by ani nikdy neboli. Mama sa mi pokúšala pomôcť, ale chvíľu som bola v pohode a potom som sa ponorila ešte hlbšie než predtým, keď som si myslela, že to horšie byť nemôže. Nič nepomáhalo, žiadna metóda nevydržala dlho, všetko len na pár dní. V lete 2003 som odišla, aby som utiekla preč od otca a svojich zažívacích problémov. Bývala som u svojej sestry a chodila na brigády. Koncom júla sa moje matka konečne rozhúpala,

odišli sme od otca do podnájmu v paneláku. Celkom skok, z perfektne vybaveného rodinného domu do bytu v starom paneláku, kde je počuť každé slovo. Ale mne je to jedno, som radšej šťastná, slobodná a v pohode v byte v starom paneláku než nešťastná a ponižovaná v prepychu. V septembri som si našla skvelého, o niekoľko rokov staršieho priateľa, ktorý ma miluje. Hovorí mi, ako som zmyselná a krásna. Má proste všetko, čo som kedy chcela, a čo potrebujem. Vie počúvať, dokáže mi poradiť, je galantný, dobrý, milý. Zatiaľ je ten najlepší, bola by som rada, keby to tak zostalo, ale do budúcnosti nevidím. Vďaka nemu sa začínam uzdravovať, nie je to ľahké, dosť často to ešte nezvládam. Musím sa naučiť mať rada sama sebe, čo nie je také ľahké, aspoň pre mňa. Preňho som skutočne krásna a to je pre mňa dôležité. Nachádzam omnoho dôležitejšie hodnoty než je vzhľad. Je omnoho dôležitejšie to, aký človek je, aké má vystupovanie, jeho charakter, inteligencia, duša a tiež sa pozerám, ako sa ten dotýkný chová k iným. Jarko ma naučil, že ľudia sa na mňa nepozerali, či mám 5kg naviac alebo menej. Ľudia sa na teba skôr budú sústrediť, ak sa usmievaš, ak vieš niečo, čo ostatní nie, ak si sympatická, milá, zábavná a inteligentná, pokiaľ ťa niekto bude hodnotiť podľa vzhľadu, nestojí ti za to. Má pravdu, vedela som to i bez neho, ale stále som sa nemohla vymaniť z názoru spoločnosti o kulte tela. Veď je predsa fajn zjesť, to čo má človek rád a na čo má chuť. Nejem veľmi mäso, skôr ryby a občas kuracie alebo morčacie mäso. Každý deň jem ovocie, celozrnné a mliečne výrobky. Snažím sa jesť 5-6x! denne. Cítim sa tak perfektne, ale niekedy to na mňa aj tak príde, to potom mám opäť na chvíľu depresie, ale potom ma Jarko ukludní a ja som zase v pohode. Keby som mohla vrátiť čas, tak by som nikdy nezačala s tými zničujúcimi diétami. Snažím sa dievčatám ako som ja pomáhať. Dnes už spoznám, ktoré dievča je choré alebo dievčinu, ktorá k tomu nemá ďaleko. Je ťažké také dievčatá osloviť, snažím sa k nim nájsť cestu, aby sa mi zverili samy. V budúcnosti, by som chcela založiť niečo ako klub pre dievčatá (teraz bohužiaľ i chlapcov) s poruchami príjmu potravy. Táto choroba sa stále rozširuje

a napáda mladé dievčatá ako mor. Je to choroba, ktorej sa nikdy 100% nezbavíte, vždy číha okolo a čaká až urobíte chybu. Nikdy to však nezvládneme sami, je potrebná podpora najbližších a odborníkov. Uzdravenie musí chcieť hlavne dievča samé, inak to nemá cenu!¹⁰²

7. Mnohé z nás to poznajú. Postavím sa pred zrkadlo a okom viac než kritickým skúmam svoje "problémové" telesné partie. Takmer vždy sa nájde niečo, čo by mohlo byť menšie, štíhlejšie, hladšie, pružnejšie... Je známe, že anorektičky a bulimičky majú skreslené vnímanie vlastného tela. Kde je však tá hranica, keď kritické skúmanie samej seba prejde do nekritického? Ja sama prakticky nepoznám ženu či dievča, ktorá sa postaví pred zrkadlo a povie si, že je bezvýhradne spokojná a môže byť čo ako štíhla. V článkoch o poruchách príjmu potravy sa často rôznymi obrázkami sugeruje, že anorektičky a bulimičky sa v zrkadle vidia ako vyslovene tučné osoby. Povieš si, mňa sa to netýka, ja sa predsa vidím úplne normálne a nie ako obézna osoba. Nikto nevidí druhému do hlavy a tak sa väčšinou nedozvieme, ako sa skutočne vidia, možno na pár výnimiek, kedy sa dokážu nakresliť. Ja som v zrkadle kedysi nevidela naozaj obéznou osobu, napriek tomu bolo pre mňa prakticky nemožné sa identifikovať s telom aké som vtedy mala. Keď spätne o tom premýšľam, pripadá mi to, akoby som svoju štíhlosť či chudosť ignorovala, prehliadala, NEVERILA som tomu, čo mi zrkadlo ukazuje. Ako môžem byť chudá, keď CÍTIM, že tam mám ešte kopu tuku, ktorý musím zhodiť? Ako je možné, že napriek 45 kilám sa necítim byť chudá? Taká nespravodlivosť! Rozum mi hovoril: "Nosíš veľkosť 34, nakupuješ v detskom oddelení, si ŠTÍHLA!" Moje pocity mi hovorili: "Ešte si neschudla dosť, ešte sa ti nohy šúchajú o seba, pozri akú faldu tam máš na bruchu! MUSÍŠ ešte SCHUDNÚŤ!" Špirála sa krútila čoraz rýchlejšie, hrozilo, že sa nezastaví. Ten vytúžený pocit spokojnosti a vykúpenia nenastal ani pri 41 kilách.

¹⁰² zena.atlas.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupnéz<http://zena.atlas.sk/spoved-anorekticky/zdravie/choroby/500964.html>

Moje osobné Waterloo, ledva som sa vliekla, tú váhu som si udržala len pár dní. Ani vtedy som ešte nepochopila, že odmeriavať spokojnosť výlučne hmotnosťou je nezmysel. Snívala som o dni, kedy si niečo super oblečiem, postavím sa pred zrkadlo a poviem si, že vyzerám výborne a som so sebou spokojná. Ten deň neprichádzal a neprichádzal...Dnes mám hmotnosť rovnakú ako v poslednom ročníku gymnázia. Ale čuduj sa svete, cítim sa štíhlo. Keď sa pozriem na aktuálne fotky, vždy ma milo prekvapí, ako štíhlo na nich vyzerám. Neodolám, keď idem okolo výkladu, a obdivujem svoje ploché brucho a štíhly pás. Teraz nechápem, ako som mohla byť vtedy s pásom 58 cm nespokojná. A tak si nesmelo hovorím, že som asi už naozaj vyliečená. Môj rozum to vie a akceptuje už dávno, že veľkosť 34 nosia štíhle ženy a že moje BMI je necelých 21 a tak nemám dôvod byť nespokojná. Vyzerá to tak, že to už "došlo" aj môjmu pocitu. Zdravím ťa, telíčko, konečne som doma.¹⁰³

8. Mama, prečo ona smie byť taká chudá?

...spýtalo sa 12-ročné dievča svojej mamy, potom čo na nemocničnej chodbe uvidelo tú druhú pacientku s anorexiou. Tá druhá vážila 37 kg, ona sama tiež. Bola však presvedčená, že ešte musí schudnúť. Videla, že tá druhá je veľmi chudá a závidela jej chudosť, jej vlastný obraz v zrkadle ale hovoril niečo iné. Keď sa doň pozrela, videla len tukové záhyby, kde v skutočnosti žiadne neboli...Obe skončili po niekoľkodňovej hladovke u nás v nemocnici a keďže naďalej odmietali jesť (jedna úplne, druhá jedla veľmi málo) bolo nutné im zaviesť nasogastrálnu sondu (cez nos až do žalúdka). Obe čakajú u nás na prijatie do neďalekej detskej psychiatrickej kliniky, ktorá je momentálne preplnená aj pacientkami s mentálnou anorexiou či inými poruchami príjmu potravy. Tie dievčatá majú 12, 13, 14 rokov - sú stále mladšie. Pred zhruba 15-

¹⁰³ Anorexia.weblahko.sk[online].c2011[cit.2013-02-

18].Onás.Dostupnézhttp://www.anorexia.weblahko.sk/Svedectva_pribehy_.html

20 rokmi bola anorektička pod 15 rokov skôr výnimkou, teraz ich pribúda. To je odvrátená minca snahy o schudnutie a do istej miery aj výsledok šíaleného kultu štíhlosti, ktorý v západnom svete panuje. Nezaškodí občas si na to spomenúť, keď sa nám zdá, že nejaké to kilečko by ešte mohlo ísť dole, hoci BMI sa pohybuje v normále. Hovorím aj za seba, sama som tým prešla a ten anorekticko-bulimický čertík sa vo mne stále ešte schováva a občas vystrkuje rožky. Veľa na tie dievčatá myslím, cítim s nimi, chápem ich, chcela by som im pomôcť, občas mám ešte pocit, že som jedna z nich. Najradšej by som k nim šla a všetko im o mojej anorexii a bulímii porozprávala a ukázala im, že sa dá žiť aj inak a šťastne. Potom sa k slovu prihlási rozum a ja viem, že by to bolo neprofesionálne a že si musím uchovať odstup. Tiež sa bojím, aby som im neublížila, koniec koncov som ja ich terapeutka a nie ony moje. Sú však ešte také mladučky a ja by som im chcela ušetriť veľa trápenia. Snád' napriek tomu cítia, že im rozumiem a chcem im pomôcť, aby si už nemuseli myslieť, že sú hodné lásky a uznania, len keď sú vychudnuté...

9. Suché vlasy, nezdravá plet', štiepenie nechťov a rok bez menštruácie jej neprekážali. Bola šťastná, keď nemala takmer žiadne prsia, keď jej vyčnievali rebrá a bedrové kosti a mala ploché brucho. Bol to jeden z prejavov anorexie, pre ktorú je typické potlačovanie ženskosti. Keď bola Veronikina mama s druhým manželom v Austrálii, dievča bývalo so svojím otcom. Aj on stále hovoril, aká je chudá. Keď mala pätnásť rokov, rozpadol sa volejbalový klub. Veronika, dovtedy zvyknutá na fyzickú záťaž, zrazu pocítila prírastok troch kilogramov. Ako náhradu za volejbal si preto rýchlo našla golf, občas začala chodiť aj do posilňovne. V šestnástich rokoch sa rozhodla, že večer prestane jedávať. Namiesto večere sa radšej prechádzala po vonku. „Na prelome šestnástich a sedemnástich rokov som sa rozišla s priateľom a začala trpieť depresiami," spomína si Veronika. „Predtým som mala na starosti v podstate iba svoje kilogramy, šport a školu a o chlapcov som sa ešte veľmi nezaujímal. Po rozchode moju hmotnosť teda dosť ovplyvňovala aj psychika. Okrem toho som už zďaleka toľko nešportovala, a tak som sa z 52 kíľ postupne dostala na 57 kíľ, čo sa mi zdalo veľa. Vtedy som si povedala, že kilá musia ísť dolu, ale chcela som ich zbaviť bezbolestnou cestou. Tabletky na chudnutie som si nechcela kupovať, a tak som sa rozhodla, že to skúsím s preháňadlami. Veronika sa zastavila na 54 kilách. Ďalej sa jej už nedarilo chudnúť, pretože už nemala takú fyzickú aktivitu ako predtým. Vždy, keď sa najedla, vzala si preháňadlo, aby jedlo

dala zo seba preč. Dva roky sa jej to darilo tajiť pred rodičmi. Preháňadlá užívala väčšinou v noci, keď všetci spali. Raz do týždňa sa vyhovorila, že má hnačku. Neuvedomovala si však, že pri bulímii je umelé vyprázdňovanie rovnako nezdravé ako zvracanie, pretože samoočisťovaním sa narúša črevná flóra. Väčšinou užívala naraz tri tabletky, raz si dokonca vzala celé balenie - tridsať tabletiiek. Bola však presvedčená, že všetko má pod kontrolou. Raz však mama tabletky našla. Zaskočilo ju to, ale povedala si, v poriadku, dievča chce chudnúť. Druhý raz pristihla dcéru, ako chodí viackrát za sebou na toaletu. Potom prišiel kritický deň: Veronika užívala antibiotiká, s kamarátkami vypila v meste zopár pív a k tomu všetkému si ešte vzala preháňadlo. Domov prišla „v nálade“, rodičia začali na ňu kričať, jej sa zakrútila hlava a odpadla. „Mama rozhodla, že s tým treba niečo robiť. Vzala ma k lekárovi na oddelenie porúch príjmu potravy. Mesiac a pol som sa preháňadla ani nedotkla. Potom sa mi však začal vzťah s novým priateľom, do ktorého som sa veľmi zaľúbila. Na jeho podnet som začala brať antikoncepciu - náplast. Z tohto druhu antikoncepcie sa priberá a ja ani neviem ako, zrazu som bola o tri kilá ťažšia. Vážila som 58 kil. Znovu som teda začala chudnúť pomocou preháňadiel. "Veronika opäť skončila na oddelení porúch príjmu potravy, kde ju tentoraz chceli hospitalizovať, pretože užila veľa preháňadiel naraz. Lekári jej povedali, že ak by tabletky brala dlhodobo, hrozilo by jej pokrútenie čriev, dokonca i rakovina zažívacieho traktu. Rodičia chceli, aby sa išla liečiť. Ona však odmietala, tvrdila, že to zvládne sama. S priateľom sa po takmer štyroch mesiacoch rozišla, pretože sa dozvedela, že popri nej sa stretáva s ďalšou ženou. Len čo vysadila antikoncepciu, kilá išli dole samy. Začala normálne jesť i spať, normálne žiť. Pri výške 171 centimetrov váži 57 kilogramov. So svojou postavou je spokojná a myšlienky o chudnutí navždy zahodila za hlavu.

10. Pred štyrmi rokmi varovali lekári Malissu, že ak neschudne aspoň okolo 120 kg zo svojej obrovskej hmotnosti 215 kg, jej telo to nevydrží a v priebehu pár mesiacov zomrie. Malissa tak podstúpila operáciu žalúdka (gastrický bypass), vďaka čomu sa jej podarilo skutočne schudnúť. Lenže nastal opačný extrém – Malissa podľahla anorexii. Dnes je teda situácia presne opačná. Lekári sa snažia Malisse, ktorá sa medzičasom dostala na váhu 50 kilogramov, vysvetliť, že ak nezačne jesť viac, má pred sebou možno 6 mesiacov života. Malissa bola najmladšou osobou na svete, ktorá podstúpila bypass žalúdka. Dievča sa predtým zvyklo napchávať všetkým možným od čokolády,

cez zemiakové lupienky a množstvom iných nezdravých jedál. Prijímala asi 15 000 kalórií denne, čo je mnohonásobne viac, než je skutočne potrebné pre dievča v jej veku (odporúčané množstvo je 2000 kalórií). Rodičia Malissy hovoria, že neboli schopní svoju dcéru zastaviť v jedení. Napriek riziku, akým pre tak mladé dievča operácia žalúdka bola, ju Malissa zvládla dobre a v priebehu roka zhodila viac ako polovicu z hmotnosti svojho tela. Začala navštevovať kluby a otehotnela so svojim priateľom, Chrisom (22). Po šiestich mesiacoch tehotenstva však Malisse začala zlyhávať pečeň a bábätko sa muselo predčasne narodiť cisárskym rezom. Nanešťastie, synček Harry, zomrel hodinu po pôrode. Doktori následne zistili, že Malissina snaha stravovať sa príliš striedmo, viedla k podvýžive jej nenarodeného dieťaťa. Malissa totiž schudla rapídne a stratila záujem o jedlo. Bola jej diagnostikovaná anorexia. Malissa hovorí: *„Jedlo mi fyzicky nerobí dobre. Musím sa nútiť, aby som jedla.“* Jej jedálny lístok dnes pozostáva z troch varených mrkiev, dvoch petržlenov a pečeného zemiaku, čo predstavuje dohromady asi 300 kalórií. Lekári odporúčajú Malisse prijímať denne aspoň 500 až 1000 kalórií. Tá však hovorí: *„Nie, že by som vyslovene hladovala, ale v tejto chvíli by som radšej zomrela, ako by som sa mala nútiť jesť viac,“* a pokračuje: *„Som príliš chudá, moje telo ma šokuje. Ale prehĺtanie je bolestivé. Aj malé množstvo jedla mi spôsobuje žalúdočné kŕče, alebo mi je z neho nevoľno...“* Malissa môže zomrieť na srdcový infarkt, ak sa nebude snažiť viac jesť. Podľa jej slov, ona o tomto riziku vie a chce sa z toho dostať, no je to pre ňu ťažké. Klinický psychológ doktor Funke Baffour povedal: *„Malissina obezita súvisela skôr s psychickým problémami a gastrický bypass nebol správnym riešením. Je prirodzené, že dievča vymenilo jednu emocionálnu závislosť na jedle za iný druh (anorexiu). Možno sa Malissa podvedome tak veľmi bojí, že by opäť bola tučná a preto nechce jesť.“* Malissa tiež povedala v rozhovore pre magazín Closer: *„Odporúčala by som každému, kto chce schudnúť, aby chudol zdravým spôsobom. Kiežby som to aj ja tak urobila.“*¹⁰⁴

¹⁰⁴Najmama.aktuality.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.dostupne

11. Zdravím všetkých, ktorí so sebou chcú niečo urobiť a dúfam, že môj príbeh Vás namotivuje. Je mi 22 rokov a odmalička trpím nadváhou. Kto vyrastal na dedine ako ja, tak to pozná. Stále zabíjačky a miesto zdravého jedla som dostala do ruky jaternice. O pohybe sa tiež nedalo veľmi hovoriť. Bola som veľmi pohodlné dieťa a rýchlejší pohyb bol pre mňa utrpením. V 15 rokoch nastal zlom. Nepáčilo sa mi, že som ako guľička, a tak som začala robiť závodne kickbox a začala som hrať tenis. Pretekánie mi vydržalo až do mojich 19 rokov, kedy som kvôli rodinným problémom odišla z domova. Nastáhovala som sa do Prahy, našla som si prácu psovoda u jednej bezpečnostnej agentúry a myslela som si, ako si budem žiť ... Vôbec som nebrala ohľad na to, že keď telu vezmem pohyb, ktorý do teraz malo, bude sa to musieť niekde prejaviť. Prvý polrok som na sebe nepociťovala skoro nič (alebo som si to aspoň myslela), ale potom to začalo. Keďže som s hafani trávila dosť času a v práci som bola v kuse aj tri dni, prestala som dbať na jedálniček. Bolo pre mňa normálne najesť sa raz za tri dni, ale to naozaj poriadne. Takže som kyslo a kyslo, ale nevšímala som si toho. Potom prišiel zvrät, keď mi doktor oznámil, že musím na operáciu s rukou, že mám roztrieštené kĺby v prstoch. Moja rodina mi povedala, nech sa vykašlem na život v Prahe a vrátim sa domov. A tak som tiež urobila. Po príchode domov som zistila, ako som na tom zle. Ako fyzicky, tak aj psychicky. Je jasné, že ak sa telo cíti zle, odrazí sa to na psychickom stave. Verdikt bol priamo strašný. Po roku a pol žitia v Prahe (bez pohybu a jedla) som nabrala 25 kg a moja váha sa vyšplhala na 105 kg. Zdravotné problémy s tým spojené ani radšej nevypisuje. Našťastie mám skvelú mamu, ktorá ma vždy dokázala povzbudiť, tak som sa rozhodla, že s tým sekne a pokúsim sa vrátiť zase späť k cvičeniu. Zo začiatku stačilo, aby som začala pravidelne jesť. Jedla som 6x denne všetko možné, ale v malých porciách a veľa som pila. Do toho som si išla raz za dva dni zajazdiť na korčuliach alebo na bicykli. Počas trištvrtke roka som zhodila krásnych 20 kg. Bohužiaľ, niektoré partie vyzerali priamo katastrofálne aj po schudnutí (najmä stehná).

Stále som nebola schopná sa na seba pozrieť. Moje proporcie Halil dlhá tričká, svetre a voľné nohavice. Dostavil sa pocit sklamaní a šialená beznádej, že stále vyzerám ako gule, a chcela som všetko nechať. Veľa ľudí sa ma snažilo podporiť, aby som to nevzdávala, ale poznáte to - tá šialená beznádej, že nikdy nebudete vyzeráť pekne. Síce som stále dodržiavala stravu, ale vôbec som sa necítila dobre a odhodlanie cvičiť sa odo mňa vzdáľovalo každou minútou. Dodnes neviem, ako sa môj bývalý tréner kickboxu dozvedel, ako na tom som, ale dohodovil si so mnou schôdzku. Bola som dosť nervózna a nevedela som, či tam ísť, alebo nie. Nechcelo sa mi počúvať tie reči, že na všetko kašlem. Ale prekusla som to a vyrazila. Našťastie bol na mňa tréner hodný, neskúšal mi dávať lekcie, len mi povedal, že by bolo fajn, keby som začala chodiť trénovať. To som ale bohužiaľ nemohla kvôli operácii kĺbov ruky. Tvrdé údery by neboli to pravé orechové. Vymysleli sme inú variantu. Tréner u nás rozbehol tréningy kráv, Magy a ja milujem bojové športy. Tak sa stalo, že som začala na jeho hodiny chodiť. Zase som sa cítila fajn, vďaka tréningom som začala silnieť a tuky išli zdarne preč. Počas roka som zhodila ďalších 6 kg, čo bol pre mňa úspech. Čo sa týka objemu, na stehnách som išla dole o 6 cm, na bokoch o 7 cm, na bruchu o 5 cm. Začala sa mi formovať postava a veľké tukové hrče na nohách pomaly začali miznúť. Cítila som sa zase dobre, keď som videla, ako sa mi telo mení. Nohavice som mala zrazu o tri čísla menšie a už som sa nemusela toľko hanbiť niekam si vyjsť. Po nejakej dobe sa to zase zaseklo, ako asi u každého, a nešlo jednoducho s ničím pohnúť. Tentokrát som si povedala, že to nevzdám a nebudem sa ľutovať a plakať. Dosť mi pomohlo, keď som našla na internete fotky Katky Kypťovej. Obdivujem ju za to, čo so sebou dokázala urobiť. To rozhodlo ... Začala som pravidelne chodiť do posilňovne - prekrviť svaly a hlavne robiť aeróbne cvičenie. Šlapadlo bolo najlepšie. Hodinku som cvičila na strojoch a ďalšie hodinku som šliapala ako o závod. Telo sa začalo pomaly meniť a začali mi silnieť nohy, z čoho som mala veľkú radosť. Chodila som, čo to šlo, a makala som ako blázon. Ale po pár mesiacoch sa dostavila šialená únava organizmu. Mám psychicky i fyzicky náročnú prácu a niekde sa to muselo prejaviť, že som miesto spania išla radšej cvičiť. Tak sa stalo, že som musela na mesiac všetkého nechať, aby sa telo zregenerovalo a nabralo sily. Potom som si povedala, že už blbnúť nebudem. So zdravím nie je dobré si zahrávať. Mám kamaráta, ktorý robí osobného trénera, a tak som za ním išla a poprosila ho o pomoc. To bolo asi to najlepšie, čo som mohla urobiť. Mali sme spolu moc

rozhovorov, kedy sme preberali stravovacie návyky a cvičenie. Dostala som od neho za úlohu prečítať veľa literatúry, aby som vedela, ako telo pracuje a čo je pre neho najlepšie. Úplne som zmenila jedálniček. Ním zdravo - ovocie, zelenina, vajcia, tvaroh, občas trochu mäsa, ryža, cestoviny (v malých porciách), úplne som vysadila sladké a údeniny. Samozrejme dodržiavam aj pitný režim. Začali sme spolu aj chodiť do posilňovne. Dvakrát týždenne teda cvičím pod dohľadom a sama potom idem minimálne ešte raz v týždni (keď to je skôr aeróbne cvičenie). Kamarát je mi veľkou oporou vo všetkom. Dokáže ma v cvičení vyhecovať k úžasným výsledkom a dokáže ma podporiť aj pri aeróbnom cvičení, aby som z toho pásu nezliezla a neodišla. Cítim sa výborne, nie som tak unavená, mám veľa energie, som veselšie. Za tie dva mesiace, čo k nemu chodím, som schudla 4 kg. Objemovo som šla opäť o pár centimetrov dole. Konečne sa mi začína telo riadne rysovať a spevňovať. Konečne sa na seba môžem pozrieť do zrkadla a nemusím odvracať hlavu.¹⁰⁵

¹⁰⁵ kulturistika.ronnie.cz[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.dostupnez <http://kulturistika.ronnie.cz/c-8585-vas-pribeh-jak-jsem-sekla-s-obezitou.html>

ZÁVER

Problematika porúch príjmu potravy je veľmi zložitá a v ľudskej spoločnosti je známa už dlhšiu dobu. V súčasnosti však zaznamenáva prudký rozmach a zaraďuje sa medzi najčastejšie psychické poruchy v klinickej praxi. Poruchy príjmu potravy sa počas posledných päťdesiatich rokov stali veľmi diskutovanou témou. Aj keď sa poruchy príjmu potravy vyskytovali už v staroveku, jednalo sa väčšinou len o ojedinelé prípady. Situácia sa radikálne zmenila až v posledných rokoch.

Módny diktát, ktorý velí ženám byť štíhle, často až za hranice ich fyziologických možností, má za následok neustále sa zvyšujúce epidemiológiu porúch príjmu potravy. Stretávame sa až s nekritickou oslavou takmer kostnatej štíhlosti, vychudnutosť modeliek a kritikou obezity: "Preč s nadbytočnými kilami!", "Schudnite po Vianociach!", "Pribrala ste? Vieme čo s tým!". Naše hodnoty sú posúvané smerom k úspechu, výkonu a prestíži, na úkor pohody, zdravia, lásky, citov, tradičné rodinné role. Boli napríklad popísané štúdie, ktoré dokumentovali výraznú nespokojnosť s vlastným telom u mladých Číňaniek potom, čo sa rýchlo prispôbili západným štandardom ženskej krásy. Začali trpieť pocitom hrúbky brucha, stehien a zadku. Prežívali traumy, ktoré do tej doby vôbec nepoznali. Kam naše oko pozrie vidíme nielen články o chudnutí alebo príliš štíhle modelky, ale aj reklamy na zaručene netučné jogurty, chudnúce čaje, zázračné tabletky či koktaily. Práve módnym ideálom sú najviac ovplyvnení a zraniteľní adolescenti. Môžu sa tak mylne domnievať, že kontrola telesnej hmotnosti (diétou, prehnaným cvičením, nesprávnu "zdravou" výživou) ich privedie ku krásu, spoločenskému uznaniu a teda i k úspechu.

Obezita sa stáva celosvetovým problémom a niektorí odborníci hovoria o pandémie. Obezita sa nevyskytuje iba u dospelých, alarmujúce je, že pribúda každým rokom stále viac obéznych detí. Nie je sa čomu diviť, stačí sa pozrieť do vyhlásených fast foodov a nie je žiadne prekvapenie, keď vidíte matky s kočíkmi a v nich ich ratolesti, ktoré sa napchávajú hamburgerom namiesto dobrej domácej polievky! Obezita u detí je dnes časovanou bombou. Obezita sa v posledných desaťročiach stáva vážnym lekárske, psychologickým, sociálnym a ekonomickým problémom. Ochorenie najskôr postihujúce predovšetkým populáciu ekonomicky rozvinutých štátov Európy a USA, sa šíri celým svetom. Výskyt obezity má vzostupnú tendenciu a postihuje skoro všetky sociálne ekonomické skupiny obyvateľstva a svojimi komplikáciami, predovšetkým

metabolickými a kardiovaskulárnymi, ohrozuje životy najviac mladých ľudí. Aj preto Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vyhlásila obezitu za epidémiu 21.storočia a pre jej ďalekosiahle zdravotné a celospoločenské dôsledky za svetovú epidémiu a boj s ňou považuje, podobne ako Európska únia, za jednu z hlavných priorít. Na liečbu samotnej obezity a s ňou spojených zdravotných komplikácií sú vynakladané obrovské finančné prostriedky v mnohých odboroch medicíny. Štatistické hodnotenie úmrtnosti radí celosvetovo obezitu a jej komplikácie medzi tri najčastejšie príčiny smrti v populácii medzi 50. a 70. rokom života. U mladšej generácii (veková skupina 25-35 ročných) závažné formy obezity takmer desaťnásobne zvyšujú riziko predčasného úmrtia v zrovnaní so životnou prognózou rovnako starých neobéznych.

V diplomovej práci sa zaoberáme poruchami príjmu potravy, ktorými sú mentálna anorexia a obezita. Teoretická časť sa člení na 9 kapitol. V praktickej časti na základe návštevy na psychiatrickom oddelení v nemocnici v Považskej Bystrici a študovania dostupných materiáloch sme získali informácie o konkrétnych prípadoch, ktoré sa týkajú problematiky porúch príjmu potravy.

Po zhodnotení zistených výsledkov v praktickej časti môžeme skonštatovať nasledovné:

Hypotéza č.1 sa vyvrátila: najčastejšou príčinou vzniku porúch príjmu potravy je tlak okolia a médií. Príčinou vzniku tejto choroby môže byť i oslabené sebavedomie, pocity menejcennosti a vnútorná neistota. Niekedy je spúšťačom vonkajšia udalosť, alebo životná situácia. Niekedy i banálna a navonok bezvýznamná. Snaha podobať sa niektorej herečke, alebo modelke, snaha napodobniť nejakú ženu vo svojom okolí. Nasleduje hladovanie. Zdanlivo nenápadná a dočasná snaha sa stáva novým životným štýlom, novým cieľom. Novou motiváciou, z ktorej sa postihnutá nevie vymaniť. Stráca postupne kontrolu nad svojim správaním a svojím životom. Nasleduje izolácia. Pretrhnutie väzieb rodinných, priateľských i pracovných . S jej prehľbovaním rastie riziko vzniku i iných závislostí, najčastejšie na alkohole. Rastie riziko vzniku vážnych a chronických telesných ochorení.

Potvrdila sa hypotéza č.2 :

Celkové vyliečenie pacienta je veľmi nízke. Vo väčšine prípadov sa ukazujú náznaky vyliečenia, ale pacientka sa po prepustení z nemocnice obvykle vráti do toho istého kolobehu.

Pomôcť dokáže okrem podpory rodiny a blízkych len odborník – psychológ či psychiater. Vyhľadať odbornú pomoc je dôležité, aby sa tou chorobou prešlo ľahšie a menej bolestivejšie a najmä rýchlejšie. Akýkoľvek reštriktívny postoj k chorej len zhorší situáciu. Nútenie do jedla má kontraproduktívny efekt. Podstatou ochorenia je kontrola jedla, chorí môžu začať vnímať osoby nútiace ich jesť ako nepriateľské. Ako pri každom ochorení, tak i pri poruchách príjmu potravy platí, že je lepšie podchytiť ho včas. Liečba nemôže byť úspešná bez toho, aby ju nepodporil samotný pacient.

Pri dlhšom trvaní stúpa riziko vzniku závislosti na alkohole a iných drogách a tiež riziko samovražedných pokusov.

Rozhovorom s pracovníčkou materskej školy bolo potvrdené, že materské školy by pri predložení ponuky mali o podobné programy záujem. Preto vidím vhodnú chvíľu pre začatie ďalšej spolupráce a realizáciu primárne preventívneho programu.

Samotné liečenie anorexie a obezity je beh na dlhú trať. V rámci prevencie porúch príjmu potravy je nielen potrebné posilniť povedomie o rôznych aspektoch týchto porúch, ale venovať sa najmä sebahodnoteniu, sebaoceneniu a asertívnym zručnostiam. Prvoradým cieľom je upraviť stravovací návyk. Zmeniť postoje, oslabiť strach z tučnosti, prípadne zvýšiť telesnú hmotnosť. Preto je dôležité znovu nájsť rozumné ciele a zmenu životného štýlu.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV

Zoznam použitých českých zdrojov

COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc : VOTOBIA, 1995. ISBN 80-86517-60-8 2.

ELLIOT, J., M. PLACE. *Dítě v nesnázích : prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0.

FRIED, M. *Moderní chirurgické metody - léčba obezity*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-0958-9.

HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0233-9.

HAINER, V. *Obezita – minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-384-9.

HAINER V., M. KUNEŠOVÁ . *Obezita*. Praha: Galén v spolupráci s firmou SERVIER s.r.o. ISBN 80-85824-67-1.

HLÚBIK, P. *Úvod do problematiky obezity*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 1994. ISBN 80-85109-03-4.

HOSCHL, C. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

HRODEK, O., J. VAVŘINEC, et. al. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5.

KONOPKA, P. *Sportovní výživa*. České Budějovice: Kopp, 2004. ISBN 80-7232-228-1.

KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 1999. ISBN 8071696277.

KRCH, F., *Mentální anorexie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie : Příčiny, průběh a nové léčebné metody. 1.*
vyd. Praha : Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

LOVELL, D. *Život v rovnováze*. Bratislava: Porta Libri, 2002. ISBN 80-89067-06-9.

MÁLKOVÁ, I., F. KRCH. *SOS nadváha. 2. vyd.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.

MASTNÁ B. *Nadváha a obezita. Proč a jak tloustneme – boj s obezitou*. Praha 10: TRITON s.r.o., 2003. ISBN 80-7254-067-9.

MASTNÁ, B. *Nadváha, obezita, výživa*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-143-9.

MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-421-7.

NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Historie poruch příjmu potravy. 1. vyd.* Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.

NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická teória v praxi*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.

NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-33-3.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. 2. vyd.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy : Průvodce klasifikací, nástin, nozologie, diagnostika*. Praha 4 : MAXDORF s.r.o., 1996. ISBN 808-59-1218.

SVACHINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.

SVACHINA, Š., A. BRETŠNAJDROVÁ . *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2395-2 .

SULLIVAN, K. *Jíme zdravě a dobře*. Praha: Ottovo nakl., 2002. ISBN80-7181-704-0.

Zoznam použitých zahraničných zdrojov

ARSLAN, G. *Gastrointestinal food hypersensitivity: Symptons, diagnosis and provocation tests*. New York: Turk Gastroenterol, 2007. ISBN 978-0-88270-646-7.

BAKAN, R. *Chronicity in anorexia nervosa: pregnancy and birth complications as a risk factor*. *International Journal of Eating Disorders*. 1991. ISBN 978-84-393-8010-8.

BEUMONT, P.J.V. *The history of eating and dieting disorders*. *Clinics in Applied Nutrition*. New York, NY: Vintage Books, 1991. ISBN 419-843-2000.

BRUMBERG, JJ. *The History of Anorexia Nervosa*. New York, NY: Vintage Books, 2000. ISBN 978-0375724480.

DUNCAN, A.E., R.J. Neuman, J.R. Kramer, S. Kuperman, a S.J. Hesselbrock, *Lifetime psychiatric comorbidity of alcohol dependence and bulimia nervosa in women*. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006.

Hudson, J. *Family history study of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guildford Press, 1983. ISBN 754-40-348-6832-0.

MARSHALL, D., O. Johnell. *Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures*. New York: Vintage books, 1996. ISBN 1254-1259-903.

Zoznam použitých internetových zdrojov

- Anorexia.weblahko.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupné z http://www.anorexia.weblahko.sk/Svedectva_pribehy_.html>.
- ASCHERMANN, M.. *Jak se bránit předčasnému stárnutí srdce* [online]. c2006 [cit.2012-11-13]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=6386>>.
- COLIN, W., et al. Obesity : prevalence, theories, medical consequences, management, and research directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition* [online]. 2005, vol. 2, no. 2 [cit. 2008-04-14], s. 4-31. Dostupný z WWW: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=2129146&blobtype=pdf>>.
- compex.zdravi-cz. [online]. 2008 [cit. 2013-01-08].Zdraví a nadváha. Dostupné z WWW: <<http://compex.zdravi-cz.eu/nadvaha-obezita.php>>.
- diva.aktuality.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupné z <http://diva.aktuality.sk/clanok/22085/pribeh-mladej-anorekticky>>.
- Endokrinni-system.cz [online]. c2002 [cit. 2012-10-21]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.endokrinni-system.cz/novinky?mid=zenska-neplodnost&id=670>>.
- feminity.zoznam.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupné z <http://feminity.zoznam.sk/c/858738/skutocny-pribeh-list-mladej-anorekticky-mame>>.
- Fit.server.sk [online]. c2011 [cit. 2012-11-07]. O nás. Dostupné z WWW: < <http://fit.server.sk/vyziva/zasady-racionalnej-vyzivy/> >.
- Hubnuti-jak.cz [online]. c2009 [cit. 2012-10-19]. BMI. Dostupné z WWW: <<http://www.hubnuti-jak.cz/bmi/>>.

Chudnutie-ako.sk [online]. c2012 [cit. 2012-10-19]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.chudnutie-ako.sk/bmi>>.

mavicevap.com [online]. c2012 [cit. 2012-10-22]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.mavicevap.com/medi/sk/760.html>>.

Idealni.cz [online]. c2002 [cit. 2012-10-19]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.pppinfo.cz/onas.asp>>.

lustre.blog.cz [online]. 2007 [cit. 2013-01-08]. Příznaky a následky anorexie. Dostupné z WWW: <<http://lustre.blog.cz/0708/priznaky-a-nasledky-anorexie>>.

kulturistika.ronnie.cz [online]. c2011 [cit. 2013-02-18]. O nás. dostupné z <http://kulturistika.ronnie.cz/c-8585-vas-pribeh-jak-jsem-sekla-s-obezitou.html>>.

Najmama.aktuality.sk [online]. c2011 [cit. 2013-02-18]. O nás. dostupné z <http://najmama.aktuality.sk/clanok/226947/zacarovany-kruh-zavislosti-po-obezite-bojuje-s-anorexiou/>>.

myzeny.tvnoviny.sk [online]. c2011 [cit. 2013-02-18]. O nás. Dostupné z <http://myzeny.tvnoviny.sk/clanok/sekcia/zdravie/sokujuci-pribeh-anorekticky-emma-vazila-len-19-kilogramov.html>>.

PIDRMAN, V. Obsedantně kompulzivní porucha : *Příručka pro lékaře* [online]. Praha : Galén, 1999 [cit. 2011-03-16]. Dostupné z WWW: <http://www.lundbeck.com/cz/Professionals/what_we_do/depression/documents/OCD.pdf>. ISBN 80-7262-041-0.

SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Tři Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet. [online]. c2004 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z [www](http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php): <<http://www.anabell.cz/clanky.php?link=clanky/cl185.php>>.

Sportuj.com [online]. 2009 [cit. 2013-01-08]. Obezita. Dostupné z WWW://<http://www.sportuj.com/view.php?cislocclanku=2008060074> >.

SVACHINA, Štěpán. III. Interní klinika 1. lékařské fakulty UK a všeobecná fakultní nemocnice v Praze. *Obezita a nadváha*. [cit. 2012-10-23] Dostupné na [www: <http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3>](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3).

theprisma.co.uk [online]. 2012 [cit. 2013-01-08]. when food takes kontrol of life. Dostupné z WWW:<<http://www.theprisma.co.uk/2012/05/25/anorexia-when-food-takes-control-of-life/>>.

Teenmag.cz [online]. 2010 [cit. 2013-01-08]. Anorexie je problém. Dostupné z WWW:<<http://www.teenmag.cz/110229-anorexie-je-problem>>.

zdravie.pravda.sk [online]. c2012 [cit. 2012-11-15]. O nás. Dostupné z WWW: <zdrava-vyziva/clanok/13786-ake-su-najvaecsie-zdravotne-rizika-obezity-a-aka-je-jej-prevencia>.

žena.cz [online]. 2011 [cit. 2013-01-08]. Obezita v dětství. Dostupné z WWW:<<http://zena.centrum.cz/deti/batolata-a-predskolaci/clanek.phtml?id=712529>>.

Zetkollstories.blogspot.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupnéz<http://zetkollstories.blogspot.sk/2011/09/pribeh-jedne-anorekticky-1.html>>.

zena.atlas.sk[online].c2011[cit.2013-02-18].Onás.Dostupnéz<http://zena.atlas.sk/spoved-anorekticky/zdravie/choroby/500964.html>>.

4woman.gov [online]. c2009 [cit. 2012-11-04]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.4woman.gov/fag/easyread/anorexia-etr.htm>>.

ZOZNAM OBRÁZKOV, GRAFOV a TABULIEK

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 : anorexia	14
Obrázok 2 : anorexia	22
Obrázok 3 : anorexia	46
Obrázok 4 : obezita	49
Obrázok 5 : obezita	50
Obrázok 6 : obezita	57

Zoznam grafov

Graf 1 : BMI	61
--------------	----

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 : Stupne obezity podľa BMI	52
Tabuľka 2 : Výskyt obezity	53

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Veronika Toporová

Odbor: Andragogika

Forma štúdia: Prezenčné

Názov práce: Poruchy příjmu potravy. Obezita versus anorexie

Rok: 2013

Počet strán bez příloh: 107

Počet titulov české literatury: 28

Počet internetových zdrojov: 25

Vedúci práce: PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.