

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO  
PRAHA**

magisterské kombinované studium  
2010 – 2012

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Veroniki Štrosová

Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie

**Praha 2012**

**Vedoucí diplomové práce:  
PhDr. Marie Vacínová**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER COMBINED STUDIES**

**2010 - 2012**

**DIPLOMA THESIS**

Veroniki Štrosová

Eating disorders – anorexia nervosa

**Prague 2012**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:  
PhDr. Marie Vacínová**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne .....*Jméno autorky* .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí své diplomové práce PhDr. Marii Vacínové, za cenné rady a odborné konzultace při zpracování zvoleného tématu. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Světlaně Žuchové za vstřícný přístup při získávání informací na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze a pracovníkům kontaktního centra Anabell. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu, kterou mi dávali v době mého psaní.

## **Anotace**

Diplomová práce mapuje preventivní opatření, která jsou spojená s problematikou poruchy příjmu potravy, a které neziskové organizace či jiná sdružení se tímto problémem zabývají. Teoretická část práce se zabývá obecným vymezením pojmu poruch příjmu potravy, historii poruch příjmu potravy, etiologií, ideálem krásy, léčbou, prevencí a konkrétní činností organizací. Výstupem teoretické části práce je návrh vzdělávacích aktivit pro rodiče a pedagogy. Součástí práce jsou i zpracované kazuistiky pacientů s diagnózou poruchy příjmu potravy.

## **Klíčové pojmy**

Anorexie, bulimie, ideál krásy, kazuistika, léčba, poruchy příjmu potravy, edukace, prevence, projekty, služby.

## **Annotation**

This thesis deals with the preventive measures that are associated with the issue of eating disorders, and non-profit organization or other association with are deals with these problems. The theoretical part deals with not only the general definition of the concept of eating disorders, but also specifies the variable content, such as the history of eating disorders, etiology, ideal beauty, treatment, prevention and specific activities of the organization. The output of the theoretical work is design educational activities for parents and educators. Parts of the thesis are also cases reports of patients diagnosed with eating disorders.

## **Key words**

Anorexia, bulimia, ideal of beauty, the case report, treatment, eating disorders, education, prevention, projects, services.

## OBSAH

ÚVOD.....	10
1    DEFINICE POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	11
1.1 Mentální anorexie .....	12
1.2 Mentální bulimie.....	16
1.3 Specifické typy poruch příjmu potravy .....	19
2    PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V HISTORII .....	24
2.1 Historie mentální anorexie .....	26
2.2 Historie Mentální bulimie.....	27
3    ETIOLOGIE PPP .....	29
3.1 Biologické faktory .....	29
3.2 Rodinné faktory .....	30
3.3 Psychologické faktory .....	31
3.4 Sociokulturní vlivy .....	32
4    IDEÁL KRÁSY .....	34
5    LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	38
5.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace .....	39
5.2 Ambulantní lékařská péče .....	40
5.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace .....	41
5.4 Rodinná terapie .....	41
5.5 Kognitivně behaviorální terapie .....	42
5.6 Interpersonální terapie .....	43
5.7 Psychodynamická terapie .....	44
5.8 Farmakoterapie .....	44

6	INSTITUCE A ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ V LÉČBĚ PPP	46
6.1	Centrum pro poruchy příjmu potravy – Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2	46
6.1.1	Příjem a průběh hospitalizace	46
6.1.2	Stravovací režim	47
6.1.3	Režim na oddělení	50
6.1.4	Hodnocení stavu pro adekvátní způsob terapie	51
6.1.5	Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy	53
6.1.6	Specializovaná ambulantní péče pro pacienty s PPP či jinými psychosomatickými obtížemi	54
6.2	Kazuistika	54
6.2.1	Kazusitka č. 1 – Hana	55
6.2.2	Kazusitka č. 2 – Marie	57
6.3	Jiné formy pomoci pro pacienty s poruchou příjmu potravy, příbuzné a partnery	59
7	KONKRÉTNÍ ČINNOST ORGANIZACÍ	62
7.1	Občanské sdružení Anabell	62
7.2	Projekty	66
7.3	Hodnocení úspěšnosti organizací a projektů v prevenci PPP	78
8	EDUKAČNÍ ČINNOSTI A PREVENCE	80
8.1	Manipulativní zacházení s jídlem	81
8.2	Problémy kontroly a sebekontroly	82
8.3	Problematický vztah k sobě	83
8.4	Návrh vzdělávacího projektu pro pedagogy	85
8.4.1	Didaktické prostředky, metody a formy	87
8.4.2	Organizační a personální zajištění	87
8.4.3	Hodnotící fáze- zpětná vazba	88
8.4.4	Finanční zajištění	88



ZÁVĚR.....	90
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	93
WEBOVÉ STRÁNKY .....	95
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....	97
SEZNAM PŘÍLOH .....	98

# ÚVOD

V posledních letech, zejména módní průmysl a sdělovací prostředky rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale jejich osobní štěstí závisí na tom, jak jsou vyhublé. Tyto trendy vedly společnost ve vnímání tak daleko, že současné ideální proporce společně se siluetou a hmotností ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující.

Žijeme ve společnosti, kdy je obezita skandalizována a naopak kult těla s důrazem na štíhlost se stal fenoménem, který ovládá celou západní společnost. Kult krásy, tak jak je v současné době propagován, může být velmi nebezpečný. Pro většinu z nás jsou poruchy příjmu potravy velkou hádankou naší doby.

Poruchy příjmu potravy v posledních letech ohrožují stále mladší jedince, postupně se věková hranice mladých lidí ze středních škol posouvá do škol základních. Je proto důležité těmto onemocněním, obzvláště v kritickém období nastupující adolescence předcházet. Prevence je vždy levnější a účinnější opatření než léčba. Navzdory této skutečnosti je však prevence poruch příjmu potravy stále zanedbávána. Cílem práce je zmapovat, jaká preventivní opatření jsou v rámci neziskových organizací a jiných sdružení a zda jsou efektivní, přijatelná a postačující.

# 1 DEFINICE POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

*„Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen“.*<sup>1</sup>

Pravděpodobně první starostí člověka bylo neumřít hladu. Potřeba nasytit se přirozeně určuje i uspokojení ostatních potřeb. Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek psychického a somatického zdraví. O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. Pro člověka, trpícího PPP přestává být jídlo jednou ze součástí jeho života, ale stává se pro něho peklem.

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem Americké psychiatrické asociace se do poruchy příjmu potravy zahrnují dva nejzřetelněji vymezené syndromy: **mentální anorexie a mentální bulimie.**<sup>2</sup>

Jednotlivé poruchy příjmu potravy se od sebe na první pohled velmi liší. Jednu věc však mají společnou. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo aspoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti.

---

<sup>1</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005, s. 13. ISBN 80-247-0840-X

<sup>2</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X

## 1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha, která je charakterizována především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let. Vyskytuje se v 90-95% u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji u mladých chlapců a mužů, dětí před pubertou a starších žen. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a někdy i zvýšenou nebo změněnou chuť, například na sladké. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechťejí jíst. Ačkoli se anorexie točí kolem jídla, není to onemocnění, které se týká jenom jídla. Je to hlavně velice nezdravá cesta jak se vypořádat s emocionálními problémy, perfekcionismem a touhou po kontrole. Nemocní s anorexií si připadají tím hodnotnější, čím jsou hubenější. Anorexie spočívá v sebenávisti způsobené neschopností dosáhnout dokonalosti.<sup>3</sup>

### „Diagnostická kritéria Mentální anorexie podle MKN-10 (F50.0)

1. Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI).<sup>4</sup> (Viz. Obr. 1.)
2. Snižování hmotnosti si způsobuje nemocný sám, tím že se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne, nebo že nadměrně cvičí, úmyslně zvrací, užívá projímadla nebo nějaké jiné prostředky na hubnutí.
3. Přetrvává strach z tloušťky, který trvá i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost.

---

<sup>3</sup> LEIBOLD, G., *Mentální anorexie*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0

<sup>4</sup> BMI (z anglického *Body Mass Index*) je index, který se používá pro klasifikaci podváhy, nadváhy či různé stupně obezity. Vzorec pro výpočet: **BMI = tělesná váha(kg) / tělesná výška<sup>2</sup> (m)**

4. Rozsáhlá endokrinní porucha, která se projevuje u žen jako amenorea (porucha menstruačního cyklu až ztráta menstruace) a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
5. Pokud onemocnění nastane před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa, dochází u nich k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie)<sup>5</sup>.

**Obr. 1: Klasifikace BMI**

BMI	VYHODNOCENÍ	ZDRAVOTNÍ RIZIKA SPOJENA S VÁHOU
méně než 18,5	Podváha	zvýšená až vysoká
18,5 až 25	Normální váha	žádná
25 až 30	Mírná nadváha	mírná
30 až 35	Obezita 1. stupně	zvýšená
35 až 40	Obezita 2. stupně	vysoká
40 a více	Těžká obezita	velmi vysoká

Zdroj: *Klasifikace BMI*, [online]. [cit. 2012-02-22] dostupný z WWW:

< <http://www.vypocitat.cz/vypocet/bmi/> >

Mezi specifické typy mentální anorexie řadíme **nebulimický (restriktivní) typ**, kdy během epizody mentální anorexie u nemocného nedochází k opakovaným záchvatům a dále **bulimický (purgativní) typ**, kdy během

<sup>5</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7

epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.<sup>6</sup>

Lidé, kteří trpí mentální anorexií, si nikdy nepřipadají dostatečně štíhlí (viz. obr. 2). Anorektičky někdy mají pouze tři čtvrtiny tělesné hmotnosti, která by byla normální pro jejich výšku a tělesnou stavbu, a proto často omdlévají z nedostatku energie. Se strachem z tloušťky úzce souvisí narušení vnímání vlastního těla a popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Při stanovení diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Je nutná diferenciální diagnostika, protože s anorektickými příznaky je možné se setkat i u tuberkulózy, u nádorových onemocněních, u těžkých depresí a toxikomanie.<sup>7</sup>

**Obr. 2: Mentální anorexie**



Zdroj: *Mentální anorexie* [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: <[http://nd01.jxs.cz/689/762/2ed45bcc12\\_4202492\\_o2.jpg](http://nd01.jxs.cz/689/762/2ed45bcc12_4202492_o2.jpg)>

<sup>6</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X

<sup>7</sup> KRCH, F. D., *Mentální anorexie*. Praha: Portál -2002. ISBN 80-7178-598-9

Mnoho anorektiček zdůvodňuje svoje nevhodné jídelní postoje a chování škodlivostí přejídání a nadváhy. Z akutního pohledu jsou však mnohem nebezpečnější důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti, mezi které patří především zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení, suchá, zažloutlá, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, vypadávání vlasů. Mohou se vyskytovat různé vyrážky zvýšená kazivost zubů, zpomalení funkce střev- zácpa. Dále se vyskytuje zvýšená hladina cholesterolu v krvi, chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykémie, nízký krevní tlak a mdloby. Doprovázejícími příznaky jsou také celková únavnost, nespavost, poruchy spánku a svalová slabost. U anorektiček se také vyskytuje nepravidelná menstruace a téměř u 90% z nich i srdeční obtíže. V důsledku nedostatku živin dochází k poškození jater, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin. Dochází k odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké. U některých pacientek se vyskytují poruchy vědomí, závratě, dvojitě vidění, nebo bolesti hlavy. Výjimkou není ani celkové oslabení obranyschopnosti organismu. V důsledku výše uvedeného se zvláště u mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta.<sup>8</sup>

Kromě somatických změn, mentální anorexie významným způsobem narušuje také psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného. Asi polovina dívek, u kterých byla diagnostikována anorexie, se později stanou bulimičky. Je to tím, že všichni lidé trpící poruchami příjmu potravy mají jedno společné, vedou neustálou bitvu s hladem. U anorexie a bulimie je většina depresivních příznaků nějakým způsobem spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy. Anorexie má pro své hrozné a dramatické důsledky větší publicitu, ale ve skutečnosti je bulimie mnohem rozšířenější poruchou.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> KRCH, F. D., *Mentální anorexie*. Praha: Portál -2002. ISBN 80-7178-598-9

<sup>9</sup> MALONEY, M., KRANZOVA, R., *O poruchách příjmu potravy*, Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-248-0

## 1.2 Mentální bulimie

*„Název bulime je odvozen od dvou řeckých slov: bous, což znamená kráva nebo vůl, a limos, a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola.“<sup>10</sup>*

Mentální bulimie je posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti, charakterizovaná záchvaty přejídání, po níž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb. U mužů se mentální bulimie vyskytuje jen výjimečně. Mentální bulimie se zpravidla objevuje kolem osmnáctého roku, ale postižené dívky většinou vyhledávají léčení až po dvacítce. Porucha se občas objevuje i u třinácti až čtrnáctiletých dívek, ale jen velmi zřídka v nižším věku.<sup>11</sup>

### **„Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F50.2)**

1. Opakované epizody záchvatovitého přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
2. Neustále zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
3. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik. Diuretika, tzv. „odvodňovací pilulky“ však nemají žádný vliv na tělesnou hmotnost, jediný efekt, který zdánlivě mají, je způsoben ztrátou tekutiny, ale tento „úbytek hmotnosti se zase rychle vrací, jakmile jsou tekutiny doplněny. Základní účinek thyreoidálních preparátů je kalorigenní, tzv. zvyšují spotřebu kyslíku ve všech metabolicky aktivních tkáních. Při zvýšení množství těchto hormonů se

<sup>10</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X

<sup>11</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7



zvýší úroveň metabolismu směrem ke katabolismu tělesných zásob proteinu i tuků a následkem toho se snižuje tělesná hmotnost.<sup>12</sup>

4. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle<sup>13</sup>.

Také bulimie má své specifické typy, ke kterým řadíme **purgativní typ**, který provází pravidelné zvracení, zneužívání laxativa nebo diuretika. Oproti tomu **nepurgativní typ**, používá přísné diety, hladovky, nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.<sup>14</sup>

K určení diagnózy mentální bulimie je třeba, podobně jako v případě anorexie, zejména tří základních znaků. Prvním jsou opakující se epizody přejídání. Druhým znakem je opakující se nepřiměřená nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti. Třetím znakem je přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. Mentální bulimie úzce souvisí s mentální anorexií. Přibližně třetina osob s mentální bulimií trpěla v minulosti mentální anorexií. Mnoho dalších mělo alespoň některý z hlavních příznaků mentální anorexie. Obě poruchy mají tedy řadu společných symptomů, především je jim společný určitý postoj vůči tvaru postavy a tělesné hmotnosti.

Ačkoliv bulimické chování může začít jako zdánlivě nevinný pokus zhubnout, zpravidla se cyklus záchvatovitého přejídání a vyprazdňování postupně stává návykovou formou úniku před nejrůznějšími problémy. Bulimičky popisují cyklus přejídání a pročišťování jako neustálou bitvu o získání kontroly. Bulimie může postupovat rychle, až vyústí v závažný zdravotní problém. Lidé trpící bulimií toto své chování zpravidla pečlivě tají a

---

<sup>12</sup> Katabolismus: část metabolismu, při níž dochází k rozkladu látek (zásobních látek nebo přijatých živin), jejichž přeměnami získává organismus energii (Krch, 1999)

<sup>13</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7

<sup>14</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X

někdy vynakládají značné úsilí, aby navenek udrželi zdání, že pro ně jedení nepředstavuje žádný problém. Stydí se za svoje chování a za to, jak jim zasahuje do života. Často uvádějí, že se cítí jako dvě osobnosti- jedna chce přejídání a zvracení zanechat a být zdravá, zatímco druhá tuto snahu neustále sabotuje. Často lžou nebo mlží a nezřídka také popisují epizody, kdy ukradli jídlo někomu cizímu, kradli v obchodech nebo se dokonce začali přehrabovat v odpadcích. Za typické přejídání se sice považuje konzumace velkého množství jídla bohatého hlavně na uhlovodany, obvykle s energetickou hodnotou mezi 1500-3000 kalorií, přesně je však definuje konkrétní jedinec. Některé bulimičky popisují, že snědly 20 000 kalorií i víc. To však není typické.<sup>15</sup>

Pocity nemocných po záchvatu přejídání jsou složitou směsí emocí. Objevuje se okamžitý pocit úlevy, když se člověk přestane bránit jídlu, ten je však brzy vystřídán pocitem zahanbení, viny a znechucení. Po přejídání jsou běžné deprese, protože lidé jsou zoufalí z toho, že se nedokázali ovládnout. Jedním ze základních znaků bulimie je kompenzace přejídání. Sem patří přísné dodržování diet a hladovění, vyvolané zvracení, užívání projímadel, diuretik a prostředků potlačujících pocit hladu. Naprostá většina bulimiček kompenzuje přejídání zvracením. Dělají to v ústraní a tajně. Bulimičky, které si nedokáží vyvolat zvracení, užívají jiné prostředky. Pijí slanou vodu nebo různé domácí přípravky, například šampón. Jiné používají ipekakový sirup (hlavěnka dávivá). Všechny uvedené praktiky jsou nebezpečné a mají řadu toxických účinků. K nejběžnějším zdravotním problémům souvisejícím s bulimií patří zkažený chrup, zácpa, nadýmání a další zažívací potíže, záněty nebo otoky slinných žláz, puchýře v krku, ledové ruce a dehydratace.<sup>16</sup>

Zájem o tělesnou hmotnost a postavu nabývá u osob trpících bulimií, velkého a zvláštního významu. Většina bulimiček má průměrnou tělesnou váhu, plus minus 3-5 kg. Nezávisle na tom kolik však váží, mívají většinou

---

<sup>15</sup> MALONEY, M., KRANZOVA, R., *O poruchách příjmu potravy*, Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-248-0

<sup>16</sup> HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, Brno: Era, 2003, 1.vyd. ISBN 80-86517-60-8

intenzivní strach z toho, že by mohly ztloustnout. Oceňují se především podle své hmotnosti a postavy a žádný jiný aspekt nehraje v jejich sebehodnocení tak významnou roli. Mnoho z nich je zcela pohlceno touhou zhubnout a stát se štíhlou. Je pro ně naprostá katastrofa, jestliže se jim začne zdát, že přibraly na váze nebo ztloustly.

Je to paradoxní, ale bulimičky bývají obvykle úspěšné v práci, ve studiu i společensky. V jejich chování ani v jejich zevnějšku nemusí být vidět žádné známky poruchy příjmu potravy. Se vzrůstajícím tlakem na udržování štíhlosti se zvyšuje i počet případů bulimie a lze jen těžko určit kolik lidí bulimií trpí. Statistické údaje nemusí věrně odrážet stav skutečnosti, protože lidé trpící bulimií toto své chování obyčejně skrývají. Ironií bohužel zůstává fakt, že bulimie se šíří také v důsledku toho, že se o ní píše a mluví. Když se dívky dozví, jak funguje cyklus přejídání a pročišťování, zaregistrují pouze informaci o tom, že by mohly jíst, kolik by chtěly, aniž by přibraly, a neuvědomují si vůbec nebezpečné aspekty poruchy.<sup>17</sup>

### 1.3 Specifické typy poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou označení pro poměrně široký okruh různých patologických způsobů zacházení s jídlem. Osoby s některou z PPP, se nepovažují za plnohodnotného člověka, ale za něco méně důležitého, než jsme my ostatní. K poruchám příjmu potravy se řadí kromě mentální anorexie, bulimie také **záchvatovité přejídání** a relativně nové typy PPP - **ortorexie, bigorexie a drunkorexie**.

#### **Záchvatovité přejídání**

Někteří lidé, trpící poruchou příjmu potravy konzumují obrovské množství jídla během krátkého časového období, i když právě nemají hlad.

---

<sup>17</sup> KRCH, F., RICHTEROVÁ, I., *Chci ještě trochu zhubnout*, Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2

Postižená osoba pokračuje v jídle i potom, co utišila svůj hlad. Tomuto chování říkáme záchvatovité nutkavé přejídání. Porucha postihuje obě pohlaví, ale v 85% jí trpí ženy a dívky. Může se rozvinout u kohokoliv, v jakémkoliv věku, od dospívání až po stáří. Neexistuje žádný jednoduchý test, pomocí kterého bychom mohli s určitostí zjistit, zda někdo trpí záchvatovitým přejídáním. Jedna z definic záchvatovitého přejídání uvádí, že celý den postižené osoby se točí kolem jídla. Téměř všechny její nejintenzivnější pocity- strach, pocit viny, očekávání, potěšení souvisejí s jídlem. Těší se na jídlo, cítí se provinile, protože snědla něco sladkého, bojí se, že se přestane ovládat a bude mít záchvat přejídání. Některé dívky mají pocit, že jakmile jednou začnou jíst, nemohou už přestat. Když nakonec přece jen přestanou jíst, je jim už nevolno a cítí se přečpané. Nedokážou se zastavit dřív, dokud nesnědí to své určité množství jídla. Jiné prostě jedí obrovské porce jídla, nebo jedí velmi často. Jedí způsobem, který vypadá poměrně normálně, ale jejich vztah k jídlu neurčuje hlad nebo snad dokonce potěšení z jídla, ale je ovládán úzkostí, strachem, pocitem frustrace nebo hněvu. Záchvatovité přejídání není určováno množstvím jídla nebo tělesnou hmotností, ale způsobem, jakým se člověk ve svém životě vypořádává s jídlem, potravinami a tělesnou hmotností. Záchvatovité přejídání může přinést závažné zdravotní problém, i když není spojeno s přírůstkem váhy. Může také vyústit v anorexii nebo bulimii.<sup>18</sup>

### **Ortorexie**

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou, skládá se ze dvou řeckých slov *orthos*- správný a *orexis*-chuť. Poprvé tuto chorobu pojmenoval a popsal americký lékař Steven Bratman ve své knize *Health Junkies (Fanatici zdravé stravy)*. Sám totiž propadl závislosti na zdravé výživě, včas ale pochopil, že přílišné zaujetí zdravým jídlem vede nejen ke drastickým změnám ve způsobu stravování, ale má negativní důsledky na tělesné a psychické zdraví člověka. Touto poruchou bývají nejvíce postiženi lidé s vyšším vzděláním, kteří mají dobrý přístup k informacím zejména z internetu, ale i z jiných

---

<sup>18</sup> MALONEY, M., KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-248-0

zdrojů. V ČR se setkal s ortorexií už každý čtvrtý člověk. I u nás jsou nejvíce ohroženi lidé, muži i ženy, ve věkovém rozmezí 30-40 let, kteří mají stabilní zaměstnání a jsou ve svém životě relativně úspěšní.<sup>19</sup>

Zdravotní styl se stává celosvětovým fenoménem, pro ortorektiky je téma zdravé výživy na prvním místě. Vzdávají se potravin, které jsou umělé hnojené, geneticky upravené, či obsahují jakoukoliv chemickou látku. Nakonec jim zbývá jen zelenina, ovoce a bio produkty z obchodů se zdravou výživou. Postupem času jim však začnou připadat podezřelé i tyto potraviny. Zkoumají, kde byly vypěstovány, jak s nimi bylo nakládáno a jejich seznam povolených potravin se nadále zužuje. Nakonec jedí jen velmi málo, často si zeleninu pěstují sami, ale škodliviny obsahuje i vzduch, se kterým jsou jejich produkty v kontaktu, což je děsivé. Ortorektik je pak zcela pohlčen strachem, že by se mohl nějakou potravinou otrávit. Ortorektici konzumují jen nízkotučná jídla, čímž snižují příjem cukrů. Organismu tak schází řada nutričních látek, dochází k úbytku na váze a v nejhorším případě i k úmrtí. Posedlost zdravou výživou narušuje kontakty ortorektika s jeho okolím. Jí sám doma, pouze svoji vlastní stravu, přesvědčuje okolí, aby se sebou také začali něco dělat, a pomalu přichází o přátele. Zatímco anorektičky a bulimičky jsou nešťastné ze své postavy a trpí výčitky svědomí po každém selhání, ortorektici se cítí skvěle a jsou pyšní na svůj zdravý přístup k jídlu. Ani lidé v jejich okolí zpočátku nechápou chování ortorektika jako špatné, vždyť člověk žijící v dnešní době zdravě je obdivuhodný. O to víc je ortorexie z tohoto pohledu nebezpečná.

### **Bigorexie**

Bigorexie je považována za jednu z nových variant dysmorfobie a byla zařazena do seznamu poruch duševního zdraví poměrně nedávno. Dysmorfobie byla dříve definována jako chorobná myšlenka až přesvědčení jednice, že je nápadný nebo odpuzuje svým tělesným vzhledem (Myslivoček, 1956). Novější

---

<sup>19</sup> KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 2002-2009 [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: < [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251) >

pojetí této poruchy se soustředí na její základní rys a tím je nadměrné zaobírání se nějakým domnělým defektem vzhledu u normálně vyhlížející osoby (Frehay Mahoney, 1994). Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti, svých tělesných proporcí.

Bigorektici si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí, trápí je to a jsou ochotni pro dosažení vzhledu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů udělat opravdu hodně. Tráví mnoho hodin denně v posilovnách, užívají nejrůznější doplňky stravy, především preparáty na bázi bílkovin a aminokyselin, pravidlem bývá i užívání anabolických steroidů. Bigorexie může propuknout jak u mužů, tak i u žen (obvykle u sportovkyň). Postižení si nepřipouští žádné potíže, jsou se svým způsobem života spokojeni a řada lidí z jejich okolí jim dává najevo, že se chovají normálně a vzorně, protože pravidelně cvičí.

Mezi hlavní rizika této poruchy patří nadměrné množství stravy konzumované za účelem tvorby svaloviny. Nadměrná svalovina pak přetěžuje kosti a klouby a dochází k poškození pohybového aparátu. Vlivem nadbytečného příjmu energie a bílkovin dochází k narušení funkce ledvin a jater. Nekontrolované užívání anabolických steroidů pak představuje riziko vážného poškození zdraví s ohrožením života. Závislost na cvičení přináší jedincům pocit kontroly nad vlastním tělem. Stejně jako u závislosti na drogách či alkoholu je nutné zvyšování dávek k dosažení stejného účinku, takže tréninkové dávky se zvyšují, postižený jedinec opouští jiné aktivity a cvičení podřizuje celý svůj denní režim. Dochází k narušení sociálních vazeb a při nedodržení tréninkového plánu se objevuje deprese nebo úzkost. Nezanedbatelné jsou i finanční výdaje za doplňky stravy, nelegální léky, permanentky do posilovny a sportovní oblečení. Kvůli cvičení mohou bigorektici opustit i zaměstnání, dochází k narušení sociálních vazeb. V současnosti nejsou žádné přesné statistiky o frekvenci výskytu tohoto onemocnění jak u běžné populace, tak i u sportovců. Ale jak pokračuje „fitness boom“, předvídají odborníci, že tento stav bude častější a celý problém tím i viditelnější (Mann, 1998).

## **Drunkorexie**

Drunkorexie, porucha příjmu potravy s cílem regulovat stravu kvůli alkoholu, se začala objevovat především mezi náctiletými. Drunkorexie je složenina dvou anglických slov „drunk“ (opilost) a „anorexie“ (porucha příjmu potravy). Touto chorobou trpí většinou mladé dívky, vysokoškolačky, které chtějí pít alkohol, ale nechtějí po něm přibrat. Alkohol, především tvrdý, obsahuje poměrně velké množství kalorií, například sklenka červeného vína se vyrovná lehkému obědu, a pokud si to uvědomí lidé, kteří trpí poruchou příjmu potravy, vzniká závažný a nebezpečný problém.<sup>20</sup>

Drunkorektik buď přes den hladoví, aby večer mohl pít alkohol, nebo po konzumaci většího množství alkoholu úmyslně zvrací. Takže se u této poruchy objevují i symptomy bulimie. Této poruše nahrává i fakt, že velké množství mladých lidí si raději nekoupí jídlo, jen aby měli na večer peníze do baru nebo hospody. Dalším problémem je, že pokud se pije nalačno, tak se dotyčný jedinec opije mnohem rychleji. Po psychické stránce je vztah ke svému tělu obdobný jako u ostatních PPP- úzkostné kontrolování vlastní váhy, příjmu kalorií, nespokojenost s vlastním tělem i neschopnost dosáhnout svých nereálných představ. Navíc se zde objevuje znechucení ze sebe sama po propité noci z množství přijatého alkoholu a jídla (v opilosti a kocovině má člověk nutkání jíst a mnohdy si to neuvědomí). Nemocný člověk postupně také strádá společensky, je častěji podrážděný a velice rychle opilý a tím se stává pro společnost neatraktivní. Tyto problémy mohou vést k pocitu odcizení, osamělosti a izolace.

---

<sup>20</sup> KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 2002-2009 [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: < [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251) >

## 2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V HISTORII

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy se datuje od dávné minulosti. Už po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známý je například jev zvaný **ruminace** neboli zvracení rozkousaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je také známá **pica**, touha po bizarních jídlech nebo látkách, které jsou nevhodné ke konzumaci. Také obezita, která je fyzickým projevem relativní nadvýživy, byla rozpoznána už v plastikách z doby kamenné. Hladovění nebo extrémní dodržování půstu bylo součástí náboženských obřadů a rituálu mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly posléze být pokládány za známku duševní poruchy.<sup>21</sup>

„V následujících bodech jsou uvedeny nejdůležitější milníky historie poruch příjmu potravy:

**2. století** – Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie

**12. -15. století** – ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo, a prohlašují se za světice, sebetřýzněním odčičují své hříchy a osvobozují duši

**16. století** – tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za „posedlé ďáblem“ a jsou pronásledovány církví.

**1694** – britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii

**1873** – Charles Lasague definuje symptomatickou triádu anorexie (nechutenství) -amenorea (absence menstruačního cyklu) – vyhublost

**1874** – William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší o „apepsia hysterica“

---

<sup>21</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X



- 1883** – Gilles de la Tourette rozlišuje primární a sekundární (psychogenní) anorexii
- 1884** – Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu Mentální anorexie
- 1890** – spisovatelka H.B.Stoweová kritizuje společnost, která považuje normálně urostlou ženu za „monstrum“
- 1908** – P.Poiret- pařížský módní návrhář- poprvé představil novou štíhlou módní siluetu- poprvé v historii bylo pod šaty vidět tělo
- 1917** – dr.Lulu hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné sacharidové diety
- 1930** – přibývá MA v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší grapefruitové diety
- 1950** – dr. Keys zveřejnil práci o důsledcích prohladování- neurózy
- 1962** – Hilde Bruch referuje o změnách myšlení a vnímání u MA, častý výskyt PPP u modelek a baletek, v New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením
- 1967** – Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue (41 kg/170 cm)
- 1970** – S. Theander – švédský psychiatr- varuje před hrozivým nárůstem PPP, 70 % amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny
- 1979** – G. Russel a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro léčbu PPP
- 1980** – vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie
- 1983** – R.C.Casper poukazuje na rostoucí riziko obezity a PPP
- 1986** – až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety, Garnel a Garfinkel předpokládají multifaktoriální etiologii PPP
- 1987** – WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemiologický růst incidence PPP

**1990 až dosud** – preventivní a podpůrné programy PPP, veřejnost je nespokojena s nepřiměřenou idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření, konkrétní metody a důkladná znalost specifik PPP<sup>22</sup>.

## 2.1 Historie mentální anorexie

Ve druhém století našeho letopočtu **Galén**, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, jako první v historii vůbec použil termín „anorexie“. Vysvětloval tento termín v užším smyslu, jako absenci chuti k jídlu, nebo odpor k jídlu. Odkazy na termín „anorexia“ lze najít již ve starověkých pramenech. v antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Na počátku devatenáctého století byla anorexie stále chápána jako symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu.<sup>23</sup>

Ve francouzské literatuře na počátku devatenáctého století se objevuje termín „**nervová anorexie**“. Francouzský frenolog a fyziolog **Fleury Imbert** v roce 1840 rozlišuje kromě bulimie a picy ještě dva druhy anorexie: **gastrickou anorexií** (anorexia gastrique) a **nervovou anorexií** (anorexia nerveuse). První typ anorexie je především porucha zažívání a druhý typ anorexie pacienti odmítají jíst, protože mozek nevyvolává signál chuti k jídlu. Neurotická anorexie je provázená změnami nálady, vyvolávající melancholii, hněv a úzkost.<sup>24</sup>

Poprvé definoval Mentální anorexií v roce 1694 britský lékař **Richard Morton** a v roce 1874 ji **William Gull** identifikoval a diagnosticky vymezil. Mezi nejznámější anorektičky tehdejší doby byla i císařovna Alžběta Bavorská (1837-1898), známá také pod přezdívkou princezna Sisi. Držela drastické

---

<sup>22</sup> *Historie PPP* [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: < <http://www.hubnuti4you.cz/117-historie-ppp.html> >

<sup>23</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada- 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

<sup>24</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X

diety, jedla jen ovoce a pila šťávu ze syrového masa, nosila přehnaně utažené šněrovačky a veškerý volný čas věnovala sportu. Při svých 172 cm vážila 44-48 kg, nikdy se s váhou nedostala nad 55kg. Váhu si kontrolovala 3x denně. Vykazovala veškeré příznaky mentální anorexie.

Z počátku byla mentální anorexie všeobecně považována za duševní poruchu, avšak v roce 1914 hamburský patolog **Morris Simmonds** objevil u některých vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a Mentální anorexie začala být nerozlučně spojena se „Simmondsovou chorobou“ (Krch, 1999). Trvalo však další dvě desetiletí, než byla tato mylná hypotéza jednoznačně odmítnuta. Jako duševní porucha byla mentální anorexie znovu objevena ve čtyřicátých letech. Od šedesátých let získává mentální anorexie pověst moderní a záhadné choroby, především díky významným publikacím **Hilde Bruchové** a **Mary Selvini Palazzoli**. Na počátku dvacátého století vzrostl počet onemocnění ve středních a vyšších středních třídách západní Evropy, časopisy začaly vydávat návody na zhubnutí, modelky, baletky a celebrity začaly trpět mentální anorexií. Tento začátek celosvětového problému vyvrcholil otisknutím módního časopisu *Vogue* z roku 1967. Na titulní straně byla modelka Twiggy, která při svých 170cm vážila pouhých 41kg. Psychologové již tou dobou varovali před nárůstem nemocných mentální anorexií, začala také vznikat specializovaná střediska. V roce 1987 WHO prohlašuje, že mentální anorexie je důležitý problém světové populace.<sup>25</sup>

## 2.2 Historie Mentální bulimie

Podobně jako termín anorexie má, má i pojem bulimie rozsáhlou vlastní historii. Slovo bulimie pochází ze dvou řeckých slov „bous“ (vůl) a „limos“ (hlad). Tento výraz měl popisovat takový hlad, pře kterým je člověk schopen sníst i celého vola. Za výborný příklad bulimie lze považovat gastronomické orgie u císařského dvora ve starověkém Římě. Mezi jednotlivými chody se

---

<sup>25</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X

jejich účastníci připravovali na přísun dalšího jídla připravenými husími brky. Po uměle vyvolaném zvracení se vraceli k hodování a všeobecné zábavě.

Odmítání potravy nebo naopak chorobná žravost začaly být považovány za známku choroby až v 19. století. V roce 1874 **Gull** popsal v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu i dívky trpící anorexií a proto byla bulimie dlouhá desetiletí považována za její symptomy. V roce 1979 anglický profesor **Gerald Rusell** sice potvrdil, že více jak třetina anorektiček má tendence k záchvatu přejídání, avšak prokázal, že stejné chování vykazují lidé, jenž anorexii netrpí. Gerald Rusell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí.<sup>26</sup>

Dlouhé roky se ještě vedly spory o oficiální označení diagnózy. Teprve v roce 1987 byla oficiálně uznána diagnóza „bulimia nervosa“ – mentální bulimie.

Nástupem moderní doby vzrostl výskyt onemocnění příjmu potravy, Médii je více probírána anorexie, avšak bulimie je cca 3x rozšířenější. Není na první pohled tak patrná, nemocní mají obvyklou váhu. Přitom pozadí obou nemocí je totožné.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> KRCH, F. D. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada- 2000. ISBN 80-7169-046-2

<sup>27</sup> *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.ulekare.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-976>>

### 3 ETIOLOGIE PPP

Příčiny PPP nejsou dosud přesně stanoveny, odborníkům se nepodařilo zjistit přesné důvody. Spouštěcím faktorem může být všude přítomný ideál krásy a nespokojenost s vlastním tělem. Naše kultura zdůrazňující štíhlost je jevem, který nemoc bezpochyby udržuje. Do jaké míry je tlak na nereálnou štíhlost odpovědný za současný nárůst poruch příjmu potravy včetně obezity vědci stále zkoumají. Chorobný postoj k jídlu nevzniká z jedné jediné příčiny, teprve spolupůsobí-li více činitelů, stává se jídlo problémem. Základní symptomatologie poruchy příjmu potravin má svůj logický vývoj, biologický, osobní a sociální význam. Poruchou příjmu potravy může trpět každý, mladí i staří lidé, ženy i muži, ale nejčastěji jí trpí především dívky v období puberty. Lidé, kteří jsou perfekcionisté, často nemoci podlehnou ve snaze být dokonalí. Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom kolik by měla vážit. Většina studií zatím prokázala, že redukční diety významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie.<sup>28</sup>

U každého se projevuje toto onemocnění jinak, může být velice rozmanité, může trvat rok, ale taky deset let nebo celý život. Lidé trpící PPP mají většinou období, kdy jsou skoro vyléčeni, ale potom stačí nějaká drobnost a nemoc se vrací zpátky a spouští se kolotoč přejídání a hubnutí. Jen polovina nemocných se vyléčí úplně, s druhou polovinou se nemoc táhne celý život.

#### 3.1 Biologické faktory

Ženské pohlaví je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP. U žen je riziko mentální anorexie desetkrát vyšší. Pouze kolem 5 procent osob trpících anorexií jsou muži a přibližně stejně je tomu

---

<sup>28</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha- 2003. ISBN 80-85121-81-6

i u bulimie. Tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže. Ženy vždy zajímal více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla.<sup>29</sup>

Nejvýznamnější období pro rozvoj PPP je období puberty a adolescence. Obě pohlaví se vyvíjí rozdílně, a to vede k většímu výskytu PPP u žen než u mužů. Dívkám se začíná měnit postava, zaoblují se boky, rostou prsa a zesilují stehna. Tento fakt některé dívky nedokážou akceptovat, zvláště když se tím vzdalují současnému ideálu krásy a proporcím oblíbených modelek, zpěvaček a hereček. S rostoucí tělesnou váhou vzrůstá u žen nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí diet a bulimie. Důležitou roli při vzniku a rozvoji PPP hraje zejména distribuce tělesného tuku. Dle Sanders a Ryst (1995) ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a na hýždích vykazovaly významně vyšší riziko PPP než ostatní ženy. Navíc rozvinuté sekundární znaky a sexuální zralost posunují dívku náhle z období dětství do dospělosti, i když na tuto změnu nemusí být ještě psychicky připravena. Zatímco mnozí dospívající nemají problém vyrovnat se s novými sociálními a sexuálními nároky, pro některé senzitivnější typy osobností mohou být obtížně zvládnutelné. Pubertu a dospívání lze považovat za období, které může být spojeno s mimořádným stresem a ve kterém dochází ke kumulaci řady rizikových faktorů.<sup>30</sup>

### **3.2 Rodinné faktory**

Rizikovým faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy je jejich výskyt u nejbližších příbuzných ženského pohlaví (matka, babička, teta, sestra). I když zatím není znám mechanismus genetické podmíněnosti poruch příjmu potravy, lze se domnívat, že vyšší sklon k dodržování diet, může být dán jednak geneticky, jednak nápodobou nebezpečných vzorů chování v rodině. Z výzkumu jídelních zvyklostí v rodinách nemocných dívek vyplývá, že

---

<sup>29</sup> MALONEY, M., KRANZOVA, R., *O poruchách příjmu potravy*, Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-248-0

<sup>30</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X

ve stejnou dobu jako nemocná dívka držela dietu i její matka nebo sestra, a že v rodinách nebylo zvykem společné stolování, jídelní návyky byly nesprávně a chaotické. K dalším rizikovým faktorům vyskytujícím se v rodinách patří kritický komentář týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a hmotnosti a přílišný důraz na sebekontrolu a nadměrné ambice. Je poukazováno na nadměrně vysoká očekávání, kritičnost rodičů a oceňování jen mimořádných výkonů. V rodinách nemocných se také častěji vyskytují různé závislosti, alkoholismus, nebo depresivní onemocnění.<sup>31</sup>

### 3.3 Psychologické faktory

Psychologické faktory, které můžeme pokládat za rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy, se týkají osobnostních rysů, zejména charakteru jejich emocionality a vztahů. Osobnostní profil bývá odlišný u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Anorektičky mívají rysy úzkostnosti, jsou perfekcionistické a zaměřené na výkon. Oproti tomu bulimičky bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškozování. U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné stavy. Nejistota a nízké sebevědomí je prvním krokem k depresi. U anorexie a bulimie je většina depresivních příznaků spojena s obavami o tělesnou hmotnost, postavu a příjem potravy. Převaha depresivních příznaků ustoupí, když se postiženému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy a normalizovat jídelní režim.

U obou poruch je typická vnitřní nejistota, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení. Některé tyto rysy a charakteristiky se rozvíjí důsledkem hladovění a podvýživy. Důraz na sebekontrolu a sebeovládání je u obou poruch společný, u anorexie extrémně dodržovaný, u bulimie patologicky porušovaný s pocity viny, selhání, prohlubující se bezmocností.

---

<sup>31</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha- 2003. ISBN 80-85121-81-6

Také různé životní situace a události mohou nastartovat spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Mohou to být reakce na stresové události objevující se zákonitě během dospívání (např. sexuální zrání) a samozřejmě i na aktuální osobní problémy (např. v rodině). Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár, nebo problémy v rodině. Tyto události mohou vést k pocitům méněcennosti a neschopnosti, zvláště pokud není možné je kontrolovat a ovládat. Výsledkem pak může být snaha tyto pocity překonat kontrolou a zdokonalováním těla.<sup>32</sup>

### 3.4 Sociokulturní vlivy

Zatímco biologické a psychologické faktory jsou spíše zodpovědné za závažnost průběhu nemoci, společenské faktory v podobě mediálně proklamovaného důrazu na vzhled a štíhlost jsou bezprostředně zodpovědné za zvyšující se počet onemocnění. Anorexie a bulimie se objevují i v zemích, které přejaly tzv. západní kulturu a ve kterých se dříve nevyskytovaly. Příčinu rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina autorů v rychle se s měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost, nadměrnou sebekontrolu a výkon. Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou stavbou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem.<sup>33</sup>

Společenský ideál ženské krásy je čím dál štíhlejší, čímž je pro většinu žen mnohem obtížnější se mu přizpůsobit. Můžete mít váhu, která ideálně odpovídá vaší výšce a věku a přesto můžete mít pocit neúspěchu, srovnáte-li se s některou filmovou hvězdou nebo s modelkami z titulních stránek módních

---

<sup>32</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X

<sup>33</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7



časopisů. Ženy jsou v posledních desetiletích vystavovány stále většímu tlaku ze strany módního průmyslu a médií, které je přesvědčují o tom, že jejich štěstí a láska závisí na tom, jak jsou štíhlé. Významná role je též připisována také vlivu reklamy, která hlásá, že je možné snadno a rychle zhubnout a že si můžeme změnit tělesné proporce stejně snadno jako barvu vlasů. Jedná se o články na hubnutí, reklamy na zaručeně netučné jogurty, hubnoucí čaje, zázračné tabletky či koktejly.<sup>34</sup>

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

Norma štíhlosti nikdy v minulosti nebyla tak nerealistická. Ženám se skládají poklony za jejich vzhled víc než cokoliv jiného zatímco muži jsou hodnoceni podle jiných kvalit. Anorexie je vedlejší produkt společnosti, která si štíhlosti cení nade vše. Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněné syndromy. Současný empirický výzkum se shoduje s klinickou praxí v tom, že poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> ORTNER, G., *Prostě mě mějte rádi*. Praha: Euromedia a Knižní klub, 1999. ISBN 80-242-0099-6

<sup>35</sup> CLAUDE-PIERRE, P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5

## 4 IDEÁL KRÁSY

Co je to vlastně krása? Každá doba a každá kultura si žádá vlastní ideál krásy. V 15. a 16. století byla krásná žena jednoznačně při těle, jak je vidět na obrazech od Rubense, zvláště obdivováno bylo velké břicho jako symbol plodnosti. Ještě v 17. století byly v oblibě baculaté křivky. Za krásnou ženu tehdy považovali „mateřský typ“ s velkým pozadím a vyvinutým poprsím. Tento ideál ženy se udržel až do 19. století. Tehdy krása znamenala zdraví, protože hubenost strašila tuberkulózou.

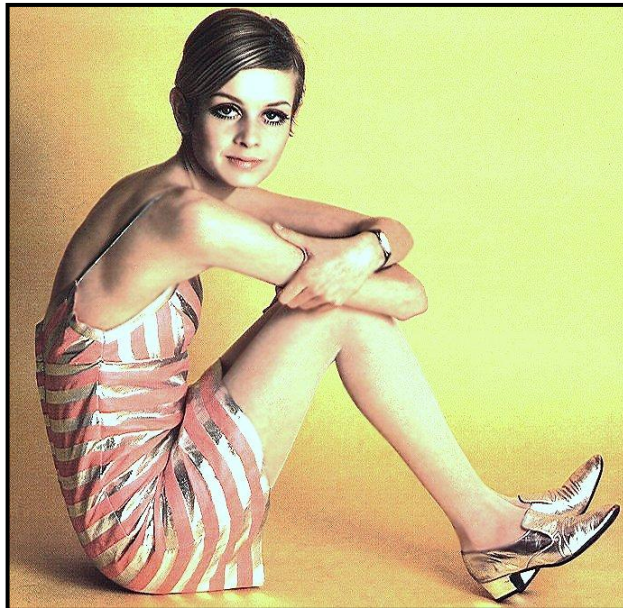
Ve dvacátých letech minulého století došlo k uvolnění, spojenému s rostoucí zaměstnaností žen a rozvojem sportu. Oblé tvary ženských ňader, hýždí a boků přestaly být moderní. Ideálem začala být chlapecká, vysportovaná postava. Ideál krásy představovaný štíhlou postavou, který vznikl na začátku 20. století, se dodnes nejen udržel, ale získal dokonce stále více na významu. Pouze v 50 letech a začátkem 60. let přišly ještě jednou do módy o něco oblejší křivky ženského těla. Měly zřetelně symbolizovat poválečný hospodářský rozkvět. Idolem této generace byla Marilyn Monroe s mírami 91-58-91 nebo Brigitte Bardot. Ženy se celkově chtěly stylizovat do postav filmových hvězd té doby.

Zlom nastal v 60. letech, kdy se symbolem stává Twiggy (viz. Obr. 3) s mírami 79-56-81. Tato anglická modelka se proslavila hubenou postavou a vzhledem dítěte. Twiggy do světa módy přinesla revoluci v podobě extrémních vyzábělých žen. Zatímco módní návrháři byli nadšeni a spousta paní a slečen se snažila svou postavou Twiggy alespoň přiblížit, muži ještě dlouho v nejrůznějších průzkumech tvrdili, že je jim bližší postava s výrazným poprsím, úzkým pasem a oblými boky.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> BROHMOVÁ, P., *Jsem já ze všech nejkrásnější?*. Praha: Amulet, 1999, s. 170. ISBN 80-86299-17-1

**Obr. 3: Modelka Twiggy**



Zdroj: Twiggy- a style icon [online].[cit.2012-02-22]. Dostupný z WWW:  
< <http://fashionmodel.mtx5.com/wp-content/uploads/2008/09/twiggy02.jpg> >

Kult štíhlosti a věčně mladého těla se stále stupňoval. Nového vrcholu dosáhl v 80. letech s první vlnou zájmu o zdravý životní styl (fitness), který se do Evropy rozšířil z Ameriky. Propagoval se sportovní typ, Jane Fondová. Ta však později otevřeně prohlásila, že po celou dobu co platila za královnu aerobiku, trpěla bulimií, tedy chorobnou chutí k jídlu provázenou vynuceným zvracením.

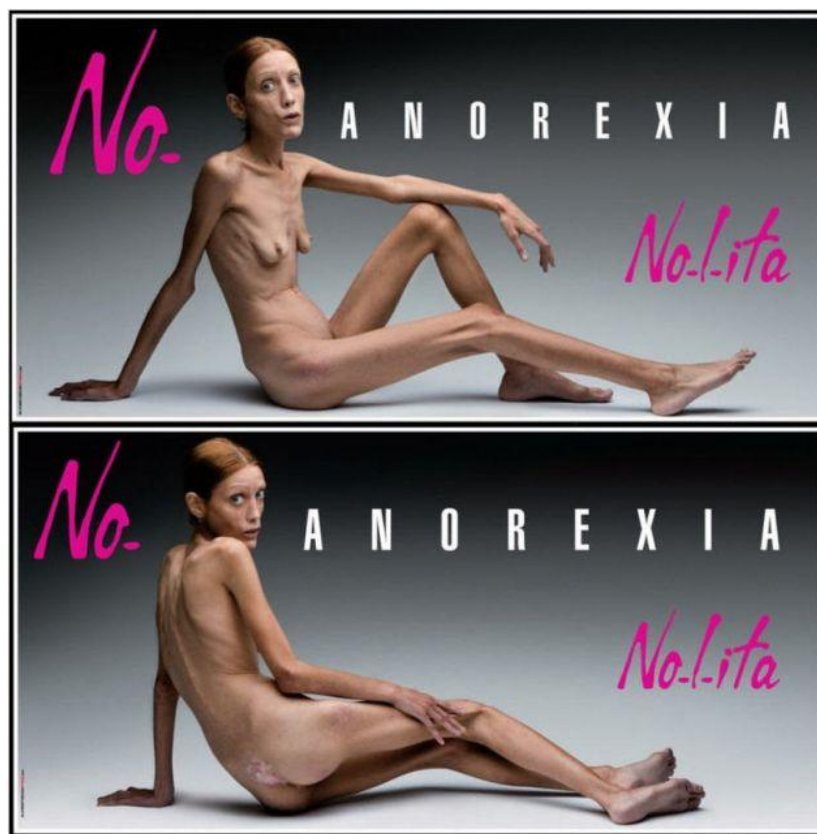
Dnes dosáhl kult štíhlosti svého maxima. Žijeme ve společnosti ovládané médii, žijeme obklíčení šťastně se tvářícími mladými lidmi se štíhlou, vypracovanou postavou. Když ráno vycházíme z domu, vidáme je na reklamních plakátech, v časopisech a v televizi. Když jdeme do kina, předvádějí se na plátně. Přinášejí nám stále stejné poselství, že šťastný, úspěšný a oblíbený může být jen ten kdo je krásný a štíhlý.

V dnešní době se se svou váhou potýká mnohem více žen než kdy dříve. Literatura o dietách a nejrůznější programy na hubnutí se staly multimiliardovým průmyslem. Anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání se rozšířily jako epidemie. Posedlost tělesným vzhledem, neustále diety a

přehnané cvičení jsou mezi ženami natolik rozšířeným a běžným chováním, že už je dnes považováno za normální.<sup>37</sup>

Není tedy divu, že stále více lidí je ochotno týrat své tělo, aby odpovídalo všudypřítomnému ideálu štíhlosti. Jedním z takových odstrašujících příkladů je francouzská modelka Isabelle Carová, která trpěla většinu života závažnou formou anorexie. V roce 2007 se nechala nafotit nahá a snímky její otřesně hubené postavy byly použity pro kampaň proti anorexii (viz. Obr. 4). Jenže Isabelle chorobu nikdy neporazila a v listopadu roku 2010 zemřela ve věku osmadvaceti let na následky závažné podvýživy. Isabelle snila o kariéře modelky, dokonce svůj talent rozvíjela s učitelkou Daniele Dubreuilovou Prevotovou, která úmrtí Carové oznámila médiím.

**Obr. 4 Modelka Isabelle Caro**



Zdroj: *Odhaleno.cz*, *modelka Isabelle Caro* [online].[cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: [http://www.odhaleno.cz/images/textiky/20101230094350\\_isabelle%20anorexie.jpg](http://www.odhaleno.cz/images/textiky/20101230094350_isabelle%20anorexie.jpg)

<sup>37</sup> JOHNSTOVÁ, A., *Ženy, které jedí ve svitu Luny*. Praha: Rybka Publishers, 2011, ISBN 978-80-87067-33-8

Dalším negativním aspektem „ideálu krásy“ na lidskou psychiku jsou nepřírodní zásahy do lidského těla v podobě plastických operací. Důkazem je zvětšující se množství zkrášlujících operací (nejčastěji úprava tvaru a velikosti prsou a liposukce). Současná společnost si na možnost takovýchto operací zvykla a považuje je za normální součást života. Není neobvyklé, že muž daruje partnerce k narozeninám úpravu prsou. Je důležité, aby si ženy a muži uvědomili, že ideál krásy je pouhý model, kterému se mohou, ale zároveň nemusí podobat. To, že nevypadají jako supermodelky, nebo jako super modelové neznamená, že jsou něčím míň. Hodnota člověka by se neměla odvíjet od toho, jak vypadá, ale jaký je.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> BROHMOVÁ, P., *Jsem já ze všech nejkrásnější?*. Praha: Amulet, 1999, s. 170. ISBN 80-86299-17-1

## 5 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Až do roku 1983 byli nemocní s PPP hospitalizováni v rámci různých psychiatrických, ale i jiných oddělení, a léčení značně nesystematicky, a to jak na lůžku tak i ambulantně. Tehdy vyvstala otázka, zda je léčit jako dosud individuálně v rámci obecného nemocničního psychiatrického režimu, anebo zda je soustředit na jednom oddělení se specializovanou léčbou pro tyto účely. Zda vyškolit zdravotnický kolektiv, který by byl dokonale erudován o těchto poruchách, o nežádoucím chování nemocných, jaké vůči nim zaujímat postoje a jaké formy léčby aplikovat. Nemalou roli při tomto rozhodování hrála i rychle narůstající incidence PPP v populaci.

Tak byla v březnu 1983 dle vzoru specializované jednotky v Belgii v Kortenbergu uvedena na Psychiatrické klinice 1. LK UK a VFN v Praze 2, Ke Karlovu 11, první jednotka specializované péče pro nemocné s PPP. Na režimu jednotky se od počátku podíleli psychiatři, psychologové, rozvinula se úzká spolupráce s dietní sestrou, rehabilitační a sociální pracovníci, s metabolickou jednotkou III. interní kliniky a dalšími zdravotnickými pracovišti. Během uplynulých dvaceti let byla odborná i praktická činnost specializované jednotky neustále prohlubována, takže v současné době je klinika pro léčbu PPP vysoce odborné oddělení s komplexním programem zaměřeným na léčení mentální anorexie a mentální bulimie.

Další centrum pro léčbu PPP se nachází na Dětské Psychiatrické klinice v FN v Praze-Motole, kde procento pacientek s poruchami příjmu potravy také výrazně vzrůstá. Od roku 1989 je k dispozici Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, kde se tým věnuje léčbě PPP, od roku 1992 také v Jablonci nad Nisou, od roku 1991 ambulantní psychosomatické pracoviště ESET v Praze 4. Nově vznikly jednotky pro PPP při Olomoucké psychiatrické klinice (1997) a Psychiatrické léčebně v Opočanech.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Program pro léčbu poruch příjmu potravy a dalších psychosomatických poruch [online]. 2007- 2009 [cit. 2012-02-22]. Dostupné na www: < <http://www.sekceppp.eu/osekci.htm>>

Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje komplexní diferencovanou péči podle somatického, psychického stavu, průběhu onemocnění a sociálního, především rodinného prostředí, podobně jako u ostatních somatických onemocnění

Do nezbytných způsobů terapie řadíme programy postupné diferencované péče od časných intervencí u pacientů a rodinných příslušníků u začínajícího onemocnění, svépomocné skupiny s různým podílem odborného dohledu či spolupráce, svépomocné manuály, poradenství včetně školních poraden, telefonní pomoc, práce s rodinou, rodinnou terapii, ambulantní intervence, možnosti realimentační léčby na jednotkách specializované metabolické péče.

## **5.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace**

Pro hospitalizaci se lékař rozhodne, v případě, že je potřeba stav pacienta stabilizovat. Předností hospitalizace je především lepší lékařský a nutriční dohled nad pacientem, který je v ohrožujícím zdravotním stavu a velmi ambivalentní k některým aspektům léčby. Nevýhodou hospitalizace je, že nemocný často jen pasivně přijímá změnu návyků a realimentaci a je odtržený od svého přirozeného prostředí. Důvodem k hospitalizaci je především nezbytnost návratu k normální tělesné váze nebo přerušení úbytku tělesné váhy u vyzáblých pacientů, přerušování záchvatu přejídání, zvracení či zneužívání laxativ v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi. Důvodem hospitalizace je také léčba některých doprovázejících stavů PPP, jako je těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek nebo léčba jiných potencionálních vážných zdravotních obtíží. Vhodný tip léčby se odvíjí od aktuálního stavu pacienta, zda je z lékařského hlediska v tak velkém nebezpečí, že jeho stav vyžaduje hospitalizaci. O hospitalizaci se také uvažuje v případě, že pacient doposud nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu. Krátkodobá hospitalizace většinou není vhodná

pro vyhublé pacienty s mentální anorexií, které je třeba postupně realimentovat (realimentace - obnovení výživy, zlepšování stavu výživy).<sup>40</sup>

Pro většinu nemocných s PPP je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy umožňují intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici a zároveň tento typ léčby poskytuje strukturu, pokud jde o stravovací režim. Tato léčba je také finančně mnohem ekonomicky výhodnější než plná hospitalizace a nemocnému nabízí lepší přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí.

## **5.2 Ambulantní lékařská péče**

Ordinace praktického lékaře, pediatra, psychiatra a dalších oborů, diagnostikují osoby ohrožené či se vzniklým onemocněním a předávají je k následné psychiatrické či psychologické specializované péči (především s přístupy psychoedukačními a kognitivně behaviorálními). Ambulantní léčba je efektivní a tvoří přechod k dalším léčebným modalitám u dlouhodoběji nemocných pacientů. Poskytuje prostor pro komplexní léčbu vč. specializované psychoterapie, těm pacientům, kteří jsou ambulantní léčby schopni. Tato lékařská péče není určena na překonání poruchy příjmu potravy, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může probíhat ve skupině, nebo individuálně, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Když je péče poskytována ve skupině, mohou mít pacienti další zisk ze skupinové podpory a spoluúčasti podobně postižených.

---

<sup>40</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 2005. ISBN 80-247-0840-X



### 5.3 Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace

U pacientů, kteří mají relativně mírné příznaky, se efektivně uplatňuje edukace a svépomoc. Na psychologické osvětě jsou většinou založeny různé svépomocné programy pro PPP. Zpravidla nejde jen o nutriční poradenství, ale o strukturovaný program zaměřený také na změnu některých obecnějších postojů. V jeho úvodu je nemocný seznámen s problematikou PPP, motivován a postupně veden k aktivním změnám svých jídelních a pohybových návyků. Svépomocné programy, většinou ve formě tištěných příruček, jsou vhodné pro 25-45 % pacientek s nejméně výraznými příznaky. Oba tyto léčebné postupy vedou ke značnému zlepšení obecné psychopatologie a příznaků spojených s jídlem. Svépomoc jako jediný způsob léčby je však pro většinu pacientů nedostačující, ale přece jen existuje menší část, která může mít užitek z této velice úsporné intervence, zejména pokud se jedná o méně závažné příznaky PPP. Při této formě intervence je pacientka seznámená s veškerým dostupným materiálem týkající se problematiky PPP od ošetřujícího lékaře. Většinou se používá jako doprovodná terapie při odborném léčení a jako dodatečná poléčebná péče. Na všech stupních léčby je zdůrazňován význam psychoedukace, tj. poučení o povaze nemoci, následcích hladovění a diet a možnostech léčby. Účelem je adekvátně pacienta a jeho rodinu informovat.<sup>41</sup>

### 5.4 Rodinná terapie

Poruchy příjmu potravy mají často kořeny v rodinných vztazích proto první volbou léčby je často rodinná terapie u pacientek žijících se svoji rodinou. Dívky, u nichž propukla porucha příjmu potravy, vypovídají, že se celý dosavadní život snažily chovat podle očekávání svých rodin, přičemž se vždy obávaly, že ze srovnání s ostatními vyjdou hůře. Zvýšené riziko rozvoje

---

<sup>41</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada- 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

poruch příjmu potravy představuje nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče. Terapie se ale kromě pacienta musí účastnit všichni tedy také rodiče a sourozenci. Rodinný poradce může pomoci všem členům rodiny vyjádřit jejich frustrace, a tak pomůže celé rodině najít vhodnější způsob řešení problémů. Cílem je pozitivní změna sociálních rodinných vztahů, před nimiž by pak pacient už nemusel utíkat do chorobné závislosti. Pozitivní klima v rodině ochraňuje nemocného především před recidivami po ukončení léčby a může mít proto rozhodující význam pro trvalý úspěch terapie.<sup>42</sup>

## 5.5 Kognitivně behaviorální terapie

Z psychoterapeutických metod byla nejlépe zkoumána účinnost klasické kognitivně behaviorální terapie (KBT), která se stala běžně uznávanou při léčbě mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Výsledky kontrolovaných studií jsou velmi slibné a ve srovnání s jinými terapeutickými přístupy zdůrazňují sice pomalejší ústup příznaků, avšak dlouhodobý efekt až v 60 % případů. Léčba sestává především z technik určených ke snížení strachu a úzkosti vázané na příjem potravy a tělesné schéma a změnu nevhodných stravovacích návyků a postojů. Ambulantně vedená KBT umožňuje zaměřit se na faktory, které poruchu udržují v přirozeném životním prostředí nemocného. Pacientům nabízí bezprostřední zpětnou vazbu, konkrétní odpovědi na aktuální problémy a aktivně je vede k jejich řešení. V první fázi léčby je třeba vysvětlit logiku rozvoje poruchy a smysl léčby a dovést pacientku k tomu, aby začala jíst a nahradila přejídání pravidelným jídelním režimem. Další kroky jsou zaměřeny proti zvracení a dietám, na postoje vůči vlastní postavě, jídlu, ale i na celkově nevhodné postoje a myšlenky týkající se vlastní osoby. Pro většinu nemocných

---

<sup>42</sup> NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7

je příznačný zejména perfekcionismus, který se uplatňuje také při dodržování dietních pravidel. Stačí drobná chyba, aby to pacientka vnímala jako úplné selhání. U bulimiček slouží porušení striktních dietních pravidel a pocit selhání jako impuls k přejedení. Kognitivně behaviorální terapie bulimie i anorexie má mnoho společných rysů. Strach z tloustnutí je hlavním problémem u obou poruch. Zatímco většinu bulimických pacientek lze ujistit, že v průběhu léčby přiberou jen velmi málo, nebo dokonce zhubnou, u mentální anorexie je základním cílem skutečný nárůst tělesné hmotnosti i přes pacientovu touhu udržet si nízkou váhu. Proto se také při léčbě anorexie více využívají behaviorální techniky a pacientku je třeba neustále motivovat. KBT u anorexie také logicky trvá déle a zaměřuje se i na obecnější cíle týkající se širší psychopatologie a přizpůsobení se problému. Výsledky KBT u anorexie nejsou tak přesvědčivé jako u bulimie.<sup>43</sup>

## 5.6 Interpersonální terapie

Interpersonální psychoterapie (IPT) byla původně vytvořena pro léčbu deprese. Léčebný postup je u IPT rozdělen do tří fází (Fairburn, 1995). V první fázi se zabývá identifikací vztahových problémů, které vedly ke vzniku obtíží a které udržují onemocnění. Ve druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na řešení interpersonálních problémů. A konečně ve třetí fázi se řeší vyústění a ukončení terapie. Po ročním sledování byly výsledky KBT a IPT stejné. IPT by se měla zařazovat i do léčby anorexií s přetrvávajícími příznaky, kde řeší aktuální psychologické problémy (vztahové problémy, nízké sebevědomí a nízkou frustrační toleranci) a osobnostní a vztahové problémy především v rámci prevence relapsu.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada- 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

<sup>44</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 1999, s. 135. ISBN 80-7169-637-7

## 5.7 Psychodynamická terapie

Psychodynamická terapie pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí a může být rozdělena zhruba do dvou škol. První z nich předpokládá, že PPP nevyžadují podstatné modifikace ortodoxních psychodynamických intervencí. Druhý myšlenkový proud předpokládá, že poruchy příjmu potravy jsou zvláštní tím, že je u nich podstatných modifikací tradiční dynamické terapie proto, aby se vyšlo vstříc specifickým potřebám pacientek. V terapii mentální anorexie a mentální bulimie došlo mezi dynamicky orientovanými autory k významnému posunu směrem k integraci psychodynamické terapie a principu aktivního zvládnání symptomů (Crisp, 1997; Goodsitt, 1997; Strober, 1997). V současnosti se doporučuje zvážit začlenění déle trvající dynamicky orientované terapie jako alternativy dlouhodobé KBT, u těch pacientek, u kterých selhaly jiné a levnější přístupy.<sup>45</sup> Cílem je zejména změna osobnosti, zlepšení zrání v oblasti separace a individuace.

## 5.8 Farmakoterapie

Farmakoterapie není v léčbě příjmu potravy metodou první volby. Její účinnost je převážně sledována v kombinaci s psychoedukací, nutričním poradenstvím, psychoterapií a režimovou terapií. Lék přímo ovlivňující jádrové příznaky poruch příjmu potravy zatím neexistuje. Poruchy příjmu potravy jsou rovněž spojeny se značnou komorbiditou, a to jak somatickou, tak psychiatrickou. Pod pojmem komorbidita se obvykle rozumí současný výskyt dalších chorob. Léčba komorbidních psychiatrických poruch je teoreticky poměrně komplikovanou částí léčby poruch příjmu potravy, i když v klinické praxi se k ní často přistupuje empiricky a např. deprese je léčena tak, jak by byla léčena depresivní porucha u pacientů bez PPP. Léčba deprese u poruch příjmu potravy může být v zásadě farmakologická a nefarmakologická.

---

<sup>45</sup> KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada- 1999, s. 135. ISBN 80-7169-637-7

U depresivních pacientů s mentální bulimií mají antidepresiva význačné místo v léčbě. Lze využít mnohé preparáty, na prvním místě by měl být ale zvažován fluoxetin pro svůj antidepresivní a zároveň antibulimický efekt. Dávky jsou zde vyšší, než je obvyklé u depresivní poruchy, v průměru kolem 60mg/den. Deprese je u PPP velmi častou komorbiditou, její výskyt je popisován v 60–95 %. U mentální bulimie se depresivní syndrom jeví etiologicky podobný depresivní poruše a podobně také reaguje na léčbu antidepresivy. U mentální anorexie je etiologie patrně odlišná a reakce na antidepresiva je minimální. Při pokusech s antidepresivy, se nepodařilo prokázat u vyhublých pacientek s mentální anorexií, že by byly účinné v akutní fázi poruchy. Existují však určité důkazy o tom, že mohou snížit nebezpečí relapsu (znovuvzplanutí choroby). Souhrnem lze říci, že psychotropní medikace není ve většině případů u mentální anorexie nutná nebo užitečná a u mentální bulimie má medikace omezenou úlohu a nepoužívá se jako první druh léčby. Ve studiích kde se používala pouze medikace, bylo prokázáno vysoké procento relapsu u pacientek, které léčbu nedokončí, což svědčí o tom, že medikaci je v současnosti nejlepší používat jako doplněk některému typu psychosociální léčby s prokázanou účinností.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada- 2010. ISBN 978-80-247-2425-6

## **6 Instituce a organizace pomáhající v léčbě PPP**

### **6.1 Centrum pro poruchy příjmu potravy – Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2**

Pro úspěšný pobyt je vždy důležitá spolupráce s terapeutickým týmem a přijetí léčebného programu oddělení. Léčba nabízí možnost dostat jídelní obtíže pod kontrolu, naučit se přiměřeně jíst a začít řešit i ostatní životní problémy. I když zvládnutí jednotlivých léčebných kroků není vždy snadné, na jejich dosažení pacienti pracují postupně s profesionální podporou profesionálního týmu. Ten zaručuje profesionální přístup, založený na odborné erudici a respektu k individuálním potřebám a potížím pacientů. V této kapitole bude detailně popsán příjem a průběh hospitalizace na jednom z našich významných center pro léčbu PPP na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2, na kterém autorka pod vedením MUDr. Žuchové týden působila v rámci stáže a měla příležitost účastnit se příjmu a průběhu hospitalizace a seznámit se s denním režimem a povinnostmi pacientů na oddělení.

#### **6.1.1 Příjem a průběh hospitalizace**

Hospitalizace přichází v úvahu zejména u pacientů, kdy ambulantní léčba byla neúčinná. Na otevřeném oddělení jsou pacienti hospitalizováni 6-8 týdnů, pacientům musí být více než 18 let a musí být v kompenzovaném stavu. Podmínkou léčby na oddělení je motivace. V našich podmínkách zatím není možnost nedobrovolné psychiatrické hospitalizace mentální anorexie nebo bulimie.

Jedinou možností jak pacientku proti její vůli přimět k léčbě, je alespoň částečné omezení způsobilosti k právním úkonům, to znamená omezení způsobilosti k rozhodování o své zdravotní péči. Toto omezení se vyskytuje v praxi velmi zřídka, i když v některých případech může působit proti motivačně.

Pacientka se přihlásí k léčbě a je zapsaná do pořadníku, ve většině případů tedy není přijata okamžitě, ale na léčbu se čeká 2-3 měsíce. Když na ní dojde řada, je pozvána k hospitalizaci písemně přes sociální pracovníky kliniky. Platba za hospitalizaci se neliší od jiných nemocničních zařízení a činí 100 Kč na den. Významnou a nedílnou součástí léčby je spolupráce příbuzných a blízkých, se kterými se klinika snaží navázat kvalitní kontakt a poskytnout základní informace a možnosti terapie.

Pacientka při příjmu na oddělení podepíše tzv. terapeutickou smlouvu, ve které je popsán režim oddělení, pravidla, která by měla pacientka na oddělení dodržovat a kritéria, která by měla plnit. Základem léčby je pravidelný jídelní režim. Při příjmu je pacientka zvážena a změřena a stanoví se její index tělesné hmotnosti (BMI- body mass index), čím se objektivizuje, jestli má pacientka podváhu a potřebuje přibrat, nebo má normální váhu, kterou není potřeba měnit. V některých případech, je cílem pacientky redukce hmotnosti. Množství a složení jídla se přizpůsobí individuálním potřebám pacientky.

### **6.1.2 Stravovací režim**

Na oddělení pacientky jedí 5x denně, jídelní režim pozůstává ze snídaně, dopolední svačiny, oběda, odpolední svačiny a večeře. V případě, že je pacientčina váha nízká, se přidává druhá večeře. Snídaně se skládá z pečiva, sýra, šunky, marmelády a medu. Obědy a večeře se skládají z polévky a hlavního jídla. Pro pacientky je takovéto přesné stanovení pravidel a struktury jídla velmi důležité. Pacientka je při příjmu obeznámena s tím, jaký jídelní režim se jí dle její aktuální váhy bude týkat. Na oddělení není přístupná například vegetariánská strava, ani výběr jídla dle chuti a dosavadních jídelních návyků. Každá pacientka při příjmu udává jedno jídlo, které „nejí“, protože se předpokládá, že každá pacientka má individuální stravovací preference a má možnost si zvolit jedno jídlo, které „nemá ráda“. Nemůže se ale jednat o kategorii, tedy není možné si zvolit třeba maso nebo uzeniny, musí se jednat o konkrétní jídlo (dušená zelenina nebo palačinky). Když je toto jídlo následně

v jídelníčku, pacientka za něj dostane náhradu přibližně stejné kalorické hodnoty.

O nemožnosti vegetariánské stravy je možno diskutovat. Vychází z předpokladu, že právě vegetariánství nebo „zdravé stravování“ je často spouštěčem poruchy příjmu potravy. Z anamnéz mnoha pacientek je patrné, že dívka často v pubertě odmítá jíst maso nebo se rozhodne zdravě se stravovat často z různých morálních (nechce zabíjet zvířata) nebo i náboženských důvodů. Vynechání masa vede pak k postupné redukci porcí, i postupné redukci ostatních potravin. Pacientka např. nejprve jenom nejí jenom vepřové maso, pak i hovězí, kuřecí a ryby, následně vynechá mléčné výrobky a vejce a o několik měsíců jí jenom jablka a mandarinky. Vegetariánská strava, která se podává v nemocnici, nemá dostatečnou výživovou a kalorickou hodnotu, která by umožnila pacientce přibrat na váze. V zahraničí je na některých odděleních pro léčbu poruch příjmu potravy možnost zvolit si vegetariánskou stravu, ale zde je také možnost ovlivnění jejího složení, aby měla dostatečnou kalorickou hodnotu.

Pacientkám se nepovolují různé diety. Výjimku tvoří dieta ze zdravotních důvodů, která se samozřejmě povoluje, musí být ale podložena lékařským nálezem. V takovém případě je dieta na oddělení respektována (nejčastěji se jedná o dietu bezlepkovou, nebo diabetickou) a pacientka dostává individuální stravu dle jejich požadavků. Pokud se ale medicínský důvod neprokáže, dieta se nepovoluje a pacientka se musí přizpůsobit stravě podávané na oddělení.

Dle terapeutické smlouvy je pacientka povinna v rámci léčby jíst celé předkládané porce. U pacientek, které potřebují přibrat na váze, se očekává váhový nárůst 1kg za týden. U pacientek, které před hospitalizací přijímaly jenom velmi omezené množství jídla, se tolerují první týden hospitalizace menší porce, následně se ale od pacientky očekává, že bude velikost porcí respektovat. Je důležité připomenout, že tato pravidla jsou stanoveny pro všechny pacientky, ale při každé se zároveň postupuje individuálně. Když



pacientka v průběhu léčby jídelní režim nedodrží, není to automaticky důvod k propuštění z léčby, s pacientkou se dále pracuje v terapeutickém programu.

Všeobecně ale platí, že když pacientka i přes podporu týmu a opakované upozornění pravidla léčby nedodrží, svědčí to o její nedostatečné motivaci a může to být důvod předčasné ukončení léčby. Vychází se tedy ze základního předpokladu, že podmínkou úspěšné léčby poruchy příjmu potravy je motivace pacientky, podobně jako např. při léčbě závislosti na alkoholu je její podmínkou rozhodnutí abstinovat. Toto opatření působí terapeuticky, jelikož dává pacientce najevo, že uzdravení je možné jen v případě její vůle a spolupráce. Dodržování jídelního režimu je pro pacientky náročné, přibírání na váze vede často k nárůstu tenze a jiným nepříjemným pocitům, které má ale pacientka v rámci bezpečného prostředí léčby a terapeutického programu možnost zpracovávat. V případě somatických komplikací, hlavně u pacientek s velmi nízkým BMI, se při realimentaci (obnovení výživy) spolupracuje se specialisty jiných léčebných oborů, nejčastěji internisty. Je samozřejmě prvořadé, aby přibírání na váze pacientku neohrožovalo tělesně, a toto se na oddělení v rámci léčby respektuje.

Je důležité si uvědomit, že u pacientek se v průběhu léčby často mohou objevit somatické potíže, nejčastěji pocit nafouknutí, otoky, bolesti hlavy atd., které jsou přirozeným důsledkem dlouhodobé špatné výživy a jsou přechodné. Při zácpě, která je jedním z nejčastějších symptomů vyskytujících se v průběhu léčby, je pacientka poučena o přirozených metodách obnovy střevní pasáže (dostatek tekutin, dostatek vlákniny v ovoci a zelenině, teplá slaná voda nalačno apod.) a zároveň je také poučena o tom, že zácpa, je přirozenou reakcí trávicího traktu na normální množství jídla. I přes nepříjemné pocity, které pacientce způsobuje, je nutno vyčkat, než se organismus přizpůsobí a trávení začne znovu fungovat. Zácpy mohou být velmi úporné hlavně u pacientek v minulosti zneužívajících laxativa, a jejich opětovné podání vede jenom k fixaci této závislosti. Laxativa se ordinují jen zcela výjimečně, v případě hrozících somatických komplikací, pokud možno jednorázově a po selhání ostatních metod. Stejná kritéria platí pro ordinaci diuretik v případě otoků, které se často objeví v důsledku zadržetí tekutin u pacientek s velmi nízkou

váhou na začátku léčby. Tyto otoky jsou často pro pacientku subjektivně velmi nepříjemné, jelikož u ní vzniká pocit rychlého „přibírání“, jsou ale takřka ve všech případech přechodné a nevyžadují si medicínskou intervenci. Je ale důležité aby pacientka o těchto symptomech věděla, rozuměla jejich příčinám, a měla podporu při zvládnání nepříjemných pocitů, které vyvolávají (individuální pohovory s ošetřujícím lékařem, terapeutické skupiny, relaxace apod.)

### **6.1.3 Režim na oddělení**

V prvním týdnu po příjmu na oddělení nemá pacientka možnost vycházek ani víkendové propustky, v dalším průběhu hospitalizace je možnost vycházek s terapeutem (BMI <16,5), samostatných vycházek (BMI>17) a víkendových propustek. Tělesné hmotnosti se přizpůsobuje i program vycházek a propustek v průběhu léčby. Podmínkou vycházek není výlučně tělesná hmotnost, ale i dodržování režimu oddělení, zejména u pacientek s mentální bulimií, které nemusejí přibývat na váze.

K dodržování režimu oddělení patří i pravidlo na oddělení nezvratet, nevěnovat se přehnané fyzické aktivitě, neužívat projímadla ani žádné léky neordinované lékařem. Všechny léky, které mají pacientky u sebe, odevzdávají při příjmu personálu a všechnu medikaci na oddělení ordinuje lékař podle indikace. Toto pravidlo platí pro každou psychiatrickou léčbu a není specifické pro léčbu poruch příjmu potravy. Zároveň platí pravidlo, že pacientka by neměla mít na oddělení své jídlo. Od návštěv se očekává, že nebudou pacientce přinášet jídlo, o které by žádala. Je totiž důležité, aby pacientky měly na oddělení bezpečí. Není výjimečné, že pacientce se uleví, když má nad jejím jídelním chováním externí kontrolu, když nemusí v počátečním stadiu sama převzít plnou odpovědnost za své jídelní chování, ale do jisté míry toto převezme oddělení. Postupem času a pokračováním léčby je, samozřejmě žádoucí, aby pacientka odpovědnost za zvládnání svého stravovacího chování převzala sama, a aby byla schopna pravidla dodržovat i mimo „chráněného“ prostředí oddělení. K tomu slouží vycházky a propustky, které se v dalším

průběhu léčby nejen povolují, ale i podporují a pacientky jsou k nim aktivně vyzývány.

Oddělení je vedeno tzv. komunitním způsobem, to znamená, že pacientky se s týmem lékařů, terapeutů a sester oddělení scházejí každé ráno na tzv. komunitě, kde každá pacientka léčená na oddělení referuje svůj aktuální stav. Na oddělení je každý týden stanovena „samospráva“. Jedna z pacientek přečte komunitě kromě aktuálního data program, přivítá nové pacientky, respektive sdělí, jestli některé z pacientek z oddělení odchází. „Samospráva“ je zodpovědná za dodržení režimu, svolává tedy včas pacientky na terapeutický program atd. Každý týden jsou některé pacientky zodpovědné za chod oddělení, mají např. na starosti kytky, rybičky a ptáčky, které se na oddělení chovají. Pacientky mají tedy samy za chod oddělené zodpovědnost, spoluúčastní se na vytváření bezpečného prostředí léčby. Všechna tato opatření mají v pacientkách posilnit pocit vlastní zodpovědnosti za svoji léčbu a zdravotní stav. Pacientky nejsou jenom pasivními příjematelkami péče, ale aktivně se na ní účastní. Patří k tomu také např. zodpovědnost za mytí nádobí, úklid kuchyně apod.

#### **6.1.4 Hodnocení stavu pro adekvátní způsob terapie**

Vizity neprobíhají „klasickým“ způsobem, lékaři a terapeuti hodnotí stav pacientek na komunitě a v rámci terapeutického programu, přičemž pacientky mají nárok na individuální pohovory s lékaři podle svých potřeb. Ke komunitnímu způsobu léčby patří také skutečnost, že pacientky léčí celý tým pozůstávající z lékařů, terapeutů, sester a sociálních pracovníků. Tým se schází jednou týdně na poradě, kde probírají pokroky v léčbě každé pacientky, a stanovuje se další terapeutický plán. Jelikož pacientka přichází v průběhu léčby do kontaktu s různými odborníky, tedy se svým ošetřujícím lékařem, různými terapeuty v rámci terapeutických skupin, sestrami a sociálními pracovníky, je důležité, aby si členové týmu informace a postřehy o pacientkách vzájemně sdělovali, a v neposlední řadě, aby postupovali jednotně. Veškerá rozhodnutí o další léčbě pacientky tedy nedělá ošetřující lékař, psycholog apod., ale vždy celý tým. Jestli pacientka např. žádá

o mimořádnou vycházku, na kterou nemá dle terapeutické smlouvy nárok, nebo o výjimku z jídelního režimu, změnu medikace atd., sdělí svůj požadavek na ranní komunitě týmu, a tým jí po poradě sdělí své rozhodnutí. K psychopatologii poruchy příjmu potravy patří, že pacientky se často snaží tým „rozbít“, snaží se domlouvat si výjimky s jedním z členů týmu a druhému tvrdit, že jí byla výjimka udělena. Je proto důležité, aby si byl každý z členů týmu tohoto rizika vědom, a striktně dodržoval postupy s ostatními členy. Vytváření „spojenectví“ s jednotlivými pacientkami nepůsobí terapeuticky.

Práce v týmu je důležitá pro psychohygienu členů týmu. Práce s pacientkami s poruchou příjmu potravy je náročná a setkání týmu působí zároveň jako supervize s možností získat vzájemnou podporu u ostatních členů týmu. Působí jako prevence syndromu vyhoření.

Pacientky se v průběhu léčby účastní terapeutického programu, který se skládá z relaxace 5x v týdnu, kognitivně-behaviorální skupinová terapie 2x týdně, koncentrativní pohybová terapie 2x týdně, cvičení jógy 1x týdně a arteterapie 2x týdně.

Relaxací a kognitivně-behaviorálních skupin se pacientky účastní bez ohledu na svoji hmotnost. Dle MUDr. Světlany Žuchové (lékařka, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha) je kognitivně-behaviorální skupinová terapie (viz. Kapitola 5.5) zaměřená na jídelní návyky, probírá se v ní maladaptivní (nepřizpůsobivé, nežádoucí chování) jídelní chování, spouštěče nezdravého jídelního chování, strategie zvládnání spouštěčů apod. Účast na koncentrativní pohybové terapii a cvičení jógy je podmíněna hmotností pacientky. Pacientky se těchto terapií účastní, když jejich BMI dosáhne nebo přesáhne hodnotu 16,5. Toto pravidlo se zakládá na předpokladu, že pacientka s tělesnou hmotností nižší než hmotnost odpovídající tomuto BMI, není schopna profitovat z „náročnějších“ terapeutických přístupů. Zároveň působí motivačně, jelikož pacientka má krátkodobý terapeutický cíl, který se snaží v léčbě dosáhnout

Další součástí léčby je vypracování jídelníčku na víkend a tzv. terapeutických manuálu, ve kterých si pacientky pod vedením terapeuta

stanovují krátkodobé a dlouhodobé cíle v různých oblastech života, tedy nejenom týkajících se stravovacích návyků, ale zároveň například sociální oblasti. Snahou je aby pacientčiny cíle byly konkrétní a realistické, aby jich byla schopna dosáhnout a měla co nejkonkrétnější představu, jaké kroky musí podniknout, aby se jí to podařilo. Tento terapeutický program a jeho pravidla jsou popsány v terapeutické smlouvě.

Podmínkou hospitalizace je tedy podepsání terapeutické smlouvy, ve které jsou shrnuty výše popsané pravidla terapeutické komunity. Pacientka se zavazuje režim oddělení dodržovat. Vychází se z toho, že jestli pacientka není schopna se na počátku léčby zavázat k dodržování režimu, léčba na takto strukturovaném oddělení by nepřinesla výsledky. Na oddělení přichází pacientky v somaticky kompenzovaném stavu. Jestli pacientčin stav vyžaduje intenzivní somatickou péči (např. při vážných minerálových disbalancích, srdečních arytmií apod.), léčí se pacientka nejprve na metabolické jednotce oddělení a na psychiatrické oddělení přichází až po kompenzaci somatického stavu.

V závěru pobytu se zaměřují na návrat pacientky do jejího běžného prostředí a na dodržování doporučeného jídelního režimu v konkrétních podmínkách aktivního života. Významnou a nedílnou součástí léčby je spolupráce příbuzných a blízkých, se kterými se snažíme navázat kvalitní kontakt a poskytnout základní informace o možnostech další terapie (včetně rodinné terapie).

Pro udržení výsledků léčby a prevenci relapsu je důležitá následná péče, kterou klinika doporučuje a zajišťuje propuštěným pacientkám, popř. doporučuje kontakt na adekvátní zařízení v místě bydliště. (MUDr. Světlana Žuchová, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, 2012).

### **6.1.5 Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy**

Denní stacionář pacienti navštěvují denně v pracovní dny, po skončení programu na stacionáři se vracejí domů. Tato forma péče nabízí režimový

program léčby (bez odtržení pacienta z jeho přirozeného prostředí). Podmínkou pro přijetí na stacionář, je BMI pacienta od 16 a více. Pobyt na stacionáři probíhá v rámci ambulantní péče až po dobu 3 měsíců. Platí se jen strava 50 Kč na den. V některých případech se pobyt na stacionáři doporučuje v rámci pokračování léčby na lůžkovém oddělení. Čekací doba se pohybuje, dle aktuální obsazenosti od jednoho týdne až do měsíce.

#### **6.1.6 Specializovaná ambulantní péče pro pacienty s PPP či jinými psychosomatickými obtížemi**

V rámci centra pro poruchy příjmu potravy při psychiatrické klinice VFN se nabízí vyšetření aktuální problematiky nemocných, edukaci a nácvikový program adaptivního zvládnání stresu, u poruch příjmu potravy edukaci a normalizaci jídelního režimu. Je zde možnost konzultací pro rodinné příslušníky a blízké osoby psychosomaticky nemocných.

Léčba je určena dospělým a dospívajícím od 16 let, je zajišťována kvalifikovaným zdravotnickým personálem a je hrazena pojišťovnami. Pracoviště je akreditováno pro psychoterapii.

## **6.2 Kazuistika**

V této části si na příkladech dvou kazuistik ukážeme konkrétní příběhy dvou dívek, které trpí mentální anorexií, abychom lépe pochopili to, co k tomuto onemocnění bylo popsáno v předchozích kapitolách. Cílem těchto kazuistik je představit život těchto dívek od počátku vzniku jejich problémů, objevení se prvních příznaků nemoci, jejich zjištěním a následnou snahou o účinnou terapii. Kazuistiky byly získány ve spolupráci s kontaktním centrem Anabell a s Psychiatrickou klinikou, oddělení pro léčbu PPP, Ke Karlovu 11, Praha 2 v průběhu autorčiny praxe na těchto pracovištích.

### 6.2.1 Kazusitka č. 1 – Hana

Hana: 22 let, 171 cm, 49 kg, BMI 16,8

Diagnosa: Mentalni anorexie

Pacientka, které budeme říkat Hana, trpí mentální anorexií od 13 let. Uvedeme několik faktů z rodinné anamnézy, které pravděpodobně přispěly k rozvoji Haniny nemoci. Hana je jedináček, pochází z úplné rodiny, oba její rodiče jsou právníci, a většinu času během pracovního týdne strávila Hana s hospodyní, která doma vařila a uklízela. Její rodiče byli vždy velice pracovně vytíženi, ale Hana uvádí, že jí vždy dávali najevo jak jí mají rádi a vše dělají pro ní, aby měla lepší budoucnost. Hanina váha se pohybovala ve 13 letech mezi 61- 64kg, nebyla silná, ale začaly se u ní objevovat typicky ženské rysy, narostly jí prsa a někteří spolužáci ve třídě, hlavně chlapci, si jí začali kvůli ženským tvarům, hlavně prsům dobírat. Toto byl impulz, proč se najednou Hana začala omezovat v jídle. Začala držet dietu, a je nutno podotknout, že její matka také držela různé diety, aby byla štíhlá a tak tyto špatné stravovací návyky převzala i její dcera. Velmi zřídka jedla rodina pohromadě, většinou přicházeli rodiče domů pozdě večer a to už Hana měla za sebou „večeři“. Hana vyloučila ze své stravy tučná jídla, vyhýbala se sladkostem a odmítala jíst veškeré pečivo. Trochu zhubla, z čehož měla velkou radost a začala o to víc dodržovat dietu. Ohlas okolí byl pozitivní, všimli si toho ve škole, děvčata jí chválila jakou má hezkou postavu a že vypadá jako modelka. Toto jí ještě víc utvrdilo v přesvědčení v hubnutí pokračovat. Za tři měsíce zhubla 10kg a konečně byla se svou postavou spokojena. Ve škole se dobře učila, měla samé jedničky a vše hravě zvládala. Pokračovala ve studiu na gymnáziu, kde byla obdivována za svoji postavu a za to jak dobře vypadá. Byla vždy oblečená podle poslední módy, rodiče jí lásku a svoji nepřítomnost doma kompenzovali tím, že jí kupovali drahé oblečení a dárky. Nároky ve škole se stupňovaly a Hana nechtěla zklamat své rodiče tak se pilně učila, zároveň začala ještě více být perfekcionalistkou v tom co jí, její posedlost hubnutím se jí začala vymykat z rukou, stále více si kontrolovala jídlo, začala si dělat různé jídelníčky, počítat kalorie a pokračovala ještě ve větším hubnutí. Je s podivem, že nikdo v okolí

si tohoto nevšiml, ani matka ani otec. Následkem hubnutí přestala menstruovat a tak jí její gynekoložka odeslala na endokrinologii, kde jí předepsali hormony. Nikdo z lékařů ovšem nerozpoznal jako příčinu ztráty menstruace, že Hana trpí mentální anorexií. Tvrdila, že menstruaci měla vždy nepravidelnou a že byla vždy tak štíhlá a že jí normálně a pravidelně. Byly jí předepsány hormony a následkem této hormonální léčby, která jí měla opět navodit menstruaci, bylo to, že postupně nabírala na váze, zadržovala vodu a její váha se dostala na 61kg.

Začala se sama nenávidět za to, jak vypadá a začala extrémně cvičit. Chodila do posilovny a trávila tam 3 hodiny denně. Její posedlost hubnutím se ale začala objevovat ve školních výsledcích a Hana už vše nezvládala, začala podávat špatné výkony ve škole a byla rozladěná, ztratila kamarádky. Během čtyř měsíců zhubla na 41 kg a začaly se u ní objevovat vážné zdravotní komplikace, které vyvrcholily tím, že zkolabovala ve škole a byla převezena na hospitalizaci do nemocnice. Teprve v tento okamžik byla u ní diagnostikována mentální anorexie a byla přeložena na metabolickou jednotku, bylo jí 16 let. Až teprve nyní se její rodiče dozvěděli, jakou poruchou jejich jediná dcera trpí.

Hana po stabilizaci svého stavu začala docházet k psychoterapeutovi, specialistovi na PPP, s rodiči na rodinnou terapii a účastnila se denního stacionáře na psychiatrické klinice. Její rodiče začali aktivně spolupracovat s terapeutem a více se věnovali svojí dceři. Hana si přiznala, že má problém a že je třeba se léčit, pochopila, že to co se svým tělem dělala, nebylo správné, přesto se ale odmítala dostat na větší váhu, než bylo 49kg. V nutriční poradně jí doporučili stravu jí vhodnou a toho se Hana striktně držela. Už ale nebyla tak úzkostlivá a nebála se tolik jíst jako před tím. Doma se začali společně stravovat a rodiče se Haně mnohem víc věnovali a všímali si jí. Hana přerušila na rok studium a přestoupila na jiné gymnázium a její rodiče už na ní nevyvíjeli takový tlak, že musí být ve všem nejlepší. Přestože doktoři doporučovali Hance přibrat ještě pár kilogramů, nedokáže si Hanka sama sebe představit, že by vážila víc jak 49kg. Dnes, je to již dva roky, co se Hanka léčila na klinice, a přiznává stále, že na jídlo myslí. Velkou podporu v jejím



boji s PPP jsou nyní její rodiče. Uvědomili si kam, až se dostala jejich dcera a že cesta ven z tohoto bludného kruhu kontroly jídla je nelehká a je třeba jejich maximální podpory a lásky.

### **6.2.2 Kazusitika č. 2 – Marie**

Marie: 18 let, 168 cm, 46 kg, BMI 16,3

Diagnosa: mentální anorexie- purgativní typ

Marie je jedináček a pochází z rozvedené rodiny. Její rodiče se rozvedli, když bylo Haně osm let a od té doby vládne mezi nimi vysloveně nenávisť. Vzájemně se osočují, vznikají finanční konflikty, a nejsou společně schopni komunikovat ani ohledně vážně nemocné dcery. Hana od rozvodu svých rodičů až do současnosti bydlí s matkou. Hana je na matku úzce vázaná, jako i matka na ni.

Do 14 let byla Marie ve škole nejlepší ze třídy, měla samé jedničky, vážila 56 kg. Po přestupu na prestižní gymnázium, které jí vybrala její matka se ovšem situace změnila. Zjistila, že na nové škole, už není nejlepší ze třídy a že má v učivu mezery. Také v gymnastice, které se věnovala každý den, se zhoršila a na kladině, kde dříve byla nejlepší z celého oddílu, jí to najednou nešlo. Její trenérka jí řekla, že by nebylo od věci, kdyby pár kilo shodila. Marie do té doby žádnou dietu nedržela a jedla vše. Protože jí ale záleželo na tom, aby byla nejlepší, a také chtěla udělat radost svojí matce s dobrými výsledky v gymnastice, protože jí často říkala, že je její naděje a že do ní investovala spoustu času a peněz, rozhodla se, že bude držet dietu. Začala si o přestávkách od spolužaček půjčovat časopisy, ve kterých se psalo o dietách, jaké drží modelky a herečky. Velmi brzy zjistila jaké potraviny nejíst, po kterých se přibírá, po kterých hubne, kolik má co kalorií. Nejdříve jí to šlo těžko, začala se však v jídle omezovat a byla na sebe hrdá, že odolala jíst, že to vydržela. Po týdně se zvážíla a zjistila, že zhubla 2 kg, její radost byla veliká, cítila se hned lépe, a proto se začala ještě více hlídat a omezovat v jídle. Přestala ve škole chodit na obědy, jedla pouze bílé jogurty, celozrnný chléb, jablka, nic

nesladila a její hmotnost začala klesat ještě víc. Marie se sebou nikdy nebyla spokojenější, spolužačky ve třídě jí záviděly, také trenérka jí pochválila, že tak pěkně zhubla. Marie se cítila plná energie, vrátilo se jí sebevědomí při cvičení i učení.

Po čase jí však začaly padat vlasy, čehož si všimla její matka, která dosud nic netušila. Ani otec o ničem nevěděl, protože se Marii kvůli neshodám s matkou moc nestýkal. Matka vzala Marii k lékařce a ta stanovila diagnosu mentální anorexie. V té době Marie už skoro nic nejedla, i ty bílé jogurty jí připadaly moc tučné a bylo zbytečné je jíst, když se jí dařilo tak dobře, vážila 44 kg. Nechápala, proč by se měla léčit, ale protože svoji matku vždy poslouchala, slíbila, že začne pod dohledem matky jíst a že přibere pár kilo.

Doma jí matka připravovala její oblíbená jídla, ale Marie jen co se podívala na talíř plný kalorií, draly se jí do očí slzy a bála se, že když to sní, přibere hned vše, co tak pracně zhubla a bude zase „tlustá“. Vymlouvala, se že jí bolí hlava a břicho a že se nají později. Nikdy však jídlo nesnědla a vše vyhazovala do koše, nebo různě schovávala. Matka si tedy myslela, že se Marie v jídle zlepšila a že to s ní tak špatné nebude. Mezitím docházela Marie k psychoterapeutovi a navenek se jevilo, že spolupracuje. Marie však objevila způsob jak matku uspokojit, objevila jak se jídla zbavit, aniž by si okolí myslelo, že nejí. Začala se přejídat a pak následně vše vyzvracela. Tak vznikl návyk na zvracení. Po něm však Marie měla výčitky svědomí a snažila se pak další den nic nejíst. Marie po čase přibrala 3 kg, okolí bylo spokojené, že je vše v pořádku, Marie se však trápila, styděla se před okolím, že je tlustá a přestala chodit na gymnastiku a ve škole se její prospěch rapidně zhoršoval. Marie začala trpět depresemi, náladu měla dobrou, jen když se jí dařilo nejíst. Chodila na terapeutická sezení a na nátlak matky souhlasila nakonec s hospitalizací. Zhubla na 44 kg a začala mít zdravotní potíže.

Marie na oddělení přibrala několik kilogramů, přičemž 46 kg zůstávalo „kritickou“ hmotností. Na verbální úrovni Hana zdánlivě spolupracovala. Jelikož měla již bohaté zkušenosti z různých terapeutických přístupů, věděla, „co má říct“, a na terapeutických skupinách se někdy zdálo, že působí jako ko-

terapeut. Při každé z dalších hospitalizací Hana deklarovala, že „tentokrát přistupuje k léčbě zcela jinak“. Věrohodně dokázala popsat, proč se současný pokus o uzdravení na rozdíl od mnoha předchozích vydaří. Jakmile se ale Hanina hmotnost blížila „kritickým“ 46 kilogramům, zesílila se snaha s jídlem podvádět, Hana nedojídala porce, jídlo skrývala, před vážením se přepíjela vodou, vyjednávala o velikosti porcí a podobně.

Můžeme předpokládat, že Hana se vzhledem k rodinné situaci a konfliktu svých rodičů odmalička pohybovala v prostředí manipulace a lži. Hana byla pro rodiče nástrojem jejich vzájemného vydírání, byla pobízena matkou k lhaní otci a naopak. Tato zkušenost udělala z Hany mistryni na kličkování mezi pravdou a lží, na manipulaci, různé způsoby, jak obejít pravidla. Bylo opravdu pozoruhodné, jak přesvědčivě a s jakou lehkostí dokázala deklarovat svá předsevzetí a ve věcech jídla lhát.

Začaly se objevovat tendence k sebepoškození. Hana se zatím nikdy nesebepoškodila, opakovaně ale o myšlenkách na sebepoškození mluvila na skupinách. Bylo těžké rozlišit skutečnou snahu o získání pomoci a další z manipulací. Pro neustále porušování režimu léčby byla propuštěna z léčení a její boj s mentální anorexií tak nadále pokračuje.

### **6.3 Jiné formy pomoci pro pacienty s poruchou příjmu potravy, příbuzné a partnery.**

#### **Internetové diskusní skupiny (chaty) pro rodiče dívek a chlapců, trpících poruchou příjmu potravy**

Mezinárodní projekt (INTACT), na jehož začátku účastníci vyplňují anonymní dotazníky, které vedou k posouzení užitečnosti a účinnosti celého programu. Po přihlášení a vyplnění dotazníků zájemci obdrží informace o začátku a čase konzultace, která probíhá 1x týdně v pravidelném čase formou internetové diskusní chatové skupiny s odborníkem na poruchy příjmu potravy. Registrace na internetové adrese:

[www.e-mental-health.eu/anorexia/webside/home.php](http://www.e-mental-health.eu/anorexia/webside/home.php),

[www.e-mental-health.eu/anorexia/webside/registred.php](http://www.e-mental-health.eu/anorexia/webside/registred.php)

### **Klub pro rodiče, příbuzné a partnery**

Jedná se o otevřené informativní fórum vedené odborníkem PhDr. F. D. Krchem. Rodiče se informují o projevech a důsledcích poruch příjmu potravy a o možnostech léčby. Také získají zkušenosti ostatních o tom, jak motivovat nemocné k léčbě a jak účinněji podporovat své blízké v léčbě. Nemusí se objednávat předem. Klub se koná pravidelně každou 3. středu v měsíci od 14.30 hod v prostorách denního stacionáře pro PPP, Psychiatrické kliniky, Ke Karlovu 11, Praha 2.

### **Klub pro pacienty a zájemce o léčbu**

Informační setkání určené pro ženy i muže s problémy poruch příjmu potravy, za účasti odborníka a pacientů, kteří aktuálně léčbou procházejí. Zájemci o léčbu jsou informováni o průběhu a formách léčby a mají možnost individuálního posouzení nejvhodnějšího postupu v léčbě v jejich konkrétním případě. Klub se koná každou 2. středu v měsíci od 14.30 hod v prostorách denního stacionáře PPP, Psychiatrické kliniky, Ke Karlovu 11, Praha 2.

### **Více rodinná terapie**

Práce s celou rodinou je často nezbytná pro úspěšnost léčby, zvláště u dospívajícího pacienta. Podporu potřebují nejen pacienti, ale i jejich blízcí. Skupina pomáhá snižovat napětí v rodině a dává možnost členům rodiny vhodně se angažovat se při řešení problémů spojených s onemocněním. Skupina několik rodin se setkává opakovaně během 1 roku. První setkání je třídní, poté následují jednodenní setkání s měsíčním až dvouměsíčním odstupem. Je možné se přihlašovat na telefon 224 965 053/denní stacionář, e-mail: [Stepankova.Tereza@vfn.cz](mailto:Stepankova.Tereza@vfn.cz).

### **Doléčovací skupiny**

Jedná se o edukační skupiny pro pacienty v prvním roce po ukončení hospitalizace. Skupina je zaměřena na jídelní, pohybový, pracovní režim a způsob kontroly příjmu potravy. Skupina probíhá 1x za 14 dní v prostorách denního stacionáře pro PPP, Psychiatrické kliniky PK, Ke Karlovu 11, Praha 2, od 15.00 hod pod vedením PhDr. Františka Krcha.

## 7 KONKRÉTNÍ ČINNOST ORGANIZACÍ

Cílem této kapitoly, která navazuje na teoretické východisko PPP je detailně zmapovat současnou činnost konkrétních organizací, které se zabývají prevencí poruch příjmu potravy a jaké preventivní opatření jsou v rámci neziskových organizací a jiných sdružení a zda jsou efektivní, přijatelná a postačující.

### 7.1 Občanské sdružení Anabell

Jednou z nejdůležitějších neziskových organizací a takřka jedinou svým zaměřením v celé České republice je občanské sdružení **Anabell**, které vzniklo v Brně v roce 2002 za účelem pomoci a podpory osobám, které trpí poruchami příjmu potravy, aby jim pomohlo nalézat řešení jejich problémů. Jedná se o neziskovou organizaci, která je spolufinancována z prostředků ESF a státního rozpočtu ČR, další zdroje pochází z Jihomoravského kraje, Moravskoslezského kraje a hlavního města Prahy a statutárního města Brno. Součástí zdrojů jsou také prostředky získané z fundraisingových aktivit, z vlastní ekonomické činnosti a veřejné sbírky. Anabell poskytuje služby sociální a zdravotnické ve svých pobočkách-kontaktních centrech v Praze, v Příbrami a Mladé Boleslavi, Ostravě, Plzni a v Bratislavě. V roce 2010 bylo otevřeno další kontaktní centrum, a to v Olomouci. Toto centrum však vyvíjí pouze činnost přednáškovou.

Posláním občanského sdružení Anabell je poradenství v oblasti sociální a týká se pomoci a podpory osobám ohroženým a postiženým poruchami příjmu potravy, které neumějí, nebo nemohou nalézt východisko k řešení jejich stávajících problémů. Jedním z významných kroků v primární prevenci a terapii poruch příjmu potravy, kterým se Anabell zabývá, je zlepšení informovanosti o problému poruch příjmu potravy.

*„Cíle Anabell jsou definovány ve stanovách a mají deset hlavních bodů:*

- 1. poskytovat odborné a sociální poradenství klientům s PPP,*
- 2. zabránit izolaci klienta posilováním sociálních vazeb a jeho integrace do společnosti,*
- 3. zprostředkovat nezbytnou odbornou pomoc,*
- 4. poskytovat podporu rodinným příslušníkům klienta,*
- 5. podporovat svépomocné aktivity,*
- 6. trvale zkvalitňovat poskytovanou pomoc osobám s poruchami příjmu potravy,*
- 7. podpořit rozvoj medicínské klinické základny,*
- 8. zlepšit vztah veřejnosti k osobám postiženým poruchami příjmu potravy,*
- 9. široké veřejnosti zprostředkovat informace o odpovědném přístupu k výživě a tím předcházet vzniku poruch příjmu potravy ve společnosti,*
- 10. navazovat kontakt a spolupráci s obdobně zaměřenými organizacemi v ČR a zahraničí“.*<sup>47</sup>

Průměrný věk klienta Anabel je v rozmezí 25-27 let. Není výjimkou, že klient může být i mladší např. 14 let nebo výrazně starší, 61 let. V roce 2011 navštívilo kontaktní centrum v Praze celkem 700 klientů, z toho bylo 550 přímo postižených PPP a 150 bylo z řad příbuzných, partnerů a přátel osob s PPP. 10% z uvedeného počtu byli muži a zbylá část představovala osoby ženského pohlaví.

Kontaktní centrum Anabell v Praze spolupracuje s psychiatrickou klinikou 1. LF UK Praha 2, s dětskou psychiatrickou klinikou FN Motol na vzájemném předávání klientů a kontaktů na jednotlivá centra a služby s cílem dosáhnout co nejlepšího léčebného efektu a zabránění relapsu.

---

<sup>47</sup> Stanovy občanského sdružení Anabell [online]. [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW:< <http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/stanovy-os-anabell>>

Součástí služeb sdružení Anabell je **internetové diskuzí fórum**, které vytváří prostor pro každého, kdo potřebuje poradit či sdílet zkušenosti s léčbou poruch příjmu potravy. Mohou zde získat tipy na vhodnou léčbu či pomoc, získat kontakty na odborníky, setkat se s dalšími, kteří mají podobné potíže a zjistit, jak tuto problematiku řešit. Je pak na nich, jak tento prostor využijí - téma diskuzí se vždy odvíjí od jejich potřeb a přání. Diskuzní forum nenahrazuje internetové poradenství.

**Internetové poradenství**, které Anabell nabízí je v souladu se zákonem o sociálních službách, programem odborného sociálního poradenství, které probíhá formou e-mailové komunikace (typ dotaz- odpověď). Poradenství prostřednictvím internetu je svým charakterem krátkodobé, nenahrazuje odborný kontakt tváří v tvář ani dlouhodobou léčbu ani terapii. Tento program je určen osobám s poruchou příjmu potravy, jejich rodičům, partnerům a osobám blízkým (kamarádi, kolegové, pedagogové apod.), které/které v současné době nemohou nebo nechtějí komunikovat s odborníkem jiným způsobem (telefonicky, tváří v tvář). Principem internetového poradenství je anonymita, bezpečí, bezplatnost a dostupnost. Očekávanou odpověď lze očekávat do 5 pracovních dnů od odeslání dotazů. Součástí internetového poradenství je také **korespondenční kurz on-line**. Jedná se o bezplatnou anonymní službu nabízenou prostřednictvím internetu a umožňuje opakovaný kontakt s poradcem. Kurz je tématicky rozložen na čtyři kategorie. Jsou to komunikace a vztahy, léčba poruch příjmu potravy, pomoc s jídelníčkem a specifické problémy.

Další službou sdružení Anabell je **nutriční poradna**, která je určena osobám s poruchami příjmu potravy od 15 let. Poradna nabízí poradenství ve výživě člověka, pomoc při sestavení vhodného jídelníčku, možnost naplánování pohybového režimu a odpovědi na otázky týkající se nejen funkčnosti lidského organismu a skladby potravin. Samozřejmostí je individuální přístup. Cena za poskytovanou službu je 100 Kč/50 minut. Využití služby nutričního poradenství navazuje na vstupní pohovor v poradně Anabell. Na sezení je nutno se předem objednat.



Nezbytnou službou sdružení Anabell je telefonická krizová pomoc-  
**Linka Anabell.** Linka Anabell sídlí v městě Brně na čísle 848 200 21, nabízí od pondělí do pátku od 8 do 16h prostřednictvím anonymního telefonického kontaktu s odborným pracovníkem krizovou intervencí a kontakty na odborné psychosociální a zdravotnické služby osobám z celé ČR, při řešení problémů spojených s nevhodnými jídelními návyky a postoji.

Další činností sdružení Anabell, je **přednášková činnost** pro základní školy, konkrétně žáky 6. a 9. tříd, pro všechny ročníky středních škol a pro studenty vysokých škol v rámci přípravy na budoucí povolání. Přednášková činnost je také součástí preventivních programů pro pedagogy a pracovníky v pomáhajících profesích. Obsahem přednášky je vysvětlení pojmů onemocnění poruch příjmů potravy, teorie vzniku, průběh a prognóza nemoci, zdravotní komplikace s onemocněním spojené a možnosti terapie. Součástí jsou také návody k řešení, co mohou udělat, když má někdo z mých blízkých problémy s jídlem a interaktivní hry s podtextem *Přijměte svá těla taková, jaká jsou, nesnažte se kopírovat „Ideály krásy“*. Cena přednášky je smluvní, minimálně 10 Kč/minutu přednášky. Ideální rozsah jsou dvě vyučovací hodiny. Ačkoliv Anabell rozesílá pravidelně e-mailem nabídku na přednášku všem ZŠ a SŠ, zájem o problematiku PPP však není velký, což je dáno dle slov sociální pracovnice Mgr. Patricie Arlethové i tím, že přednáška je zpoplatněna. Na školách dávají přednost přednáškám s problematikou drogové závislosti, protože to vnímají jako významnější patologickosociální jev.

Součástí sdružení Anabell je také ediční činnost, která zajišťuje tisk propagačních materiálů určených k prevenci PPP. V elektronické podobě vycházel také **Zpravodaj Anabell** (Podpora prevence) v rámci grantového programu OP VK 1.3 Jihomoravského kraje. Projekt byl spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR a byl Občanským sdružením Anabell realizován v období duben 2009 až červen 2011. V současné době však nejsou finanční prostředky na další vydávání tohoto zpravodaje v tištěné verzi, je pouze vrze elektronická.

**Dobrovolný streetworker v internetové džungli** je speciální projekt, který je dotován Ministerstvem vnitra ČR částkou 20 000 Kč. Tento projekt není nikde publikován a jedná se o tzv. tajný projekt, kdy je nasazen člověk na proanorektické blogy, na diskusní fóra, kde se řeší jak nejlépe zhubnout, a snaží se vytáhnout lidi z prostředí internetu a motivovat je a nasměrovat na odbornou pomoc. Dobrovolník se napojí na diskuzi a snaží se oponovat diskuzi, která dává návod na anorexii. Dobrovolník je pod supervizí, absolvuje školení u Anabel.

Členství ve sdružení Anabell se rozlišuje na dva druhy, je to aktivní členství a členství Klubu Anabell. Rozdíl tkví v tom, že aktivní člen se podílí na plnění cílů sdružení a je plátcem vstupního poplatku. Oproti tomu, člen Klubu Anabell se aktivně nepodílí na plnění cílů, ale ztotožňuje se s cíli sdružení a tak se rozhodl podporovat činnost pravidelným ročním poplatkem a tím získává klubové výhody.

Vzhledem k tomu, že činnost sdružení Anabell je závislé z 98% na dotacích, pro její další chod je tedy nezbytné tyto prostředky každým rokem znovu získat a udržet si minimálně stejnou sumu na následující období. V současné době se díky finančním škrtnům v rozpočtu MPSV (ministerstvo práce a sociálních věcí) bohužel občanskému sdružení peněz nedostává. Situace je natolik kritická, že pro rok 2012 jsou prostředky pro pobočku Praha pouze do dubna 2012, a to je důvodem, proč Anabell uvažuje o změně své struktury, tak aby si mohla díky svým aktivitám vydělat finanční prostředky na provoz kontaktního centra v Praze.

## **7.2 Projekty**

**Internetový portál Ideální.cz, dříve pppinfo**, se zabývá tématem poruch příjmu potravy - mentální anorexii, bulimií a záchvatovitým přejídáním. Hlavním cílem internetového portálu je, aby zde široká veřejnost našla užitečné a praktické informace. Součástí jsou také služby pro odbornou veřejnost a studenty pomáhajících profesí. Podstatná je odborná garance celého projektu. Portál vznikl na jaře 2002 ve spolupráci klinického psychologa Mgr.

Jana Kulhánka (Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha) a Doc. Hany Papežové (Psychiatrická klinika VFN Ke Karlovu, Praha) s podporou Svépomocné asociace pacientů s poruchou příjmu potravy (SAPPP). Portál byl spuštěný na jaře 2002, od té doby si získal značný zájem veřejnosti, ale i médií a stal se nejvyhledávanějším zdrojem informací o mentální anorexii, bulimii a přejídání v České republice i na Slovensku.<sup>48</sup>

Obsahem internetového portálu jsou odborné články, zabývající se problematikou PPP, nejrůznější konkrétní návody a doporučení (např. práce s jídelníčkem), nabídka kontaktů na kvalitní odbornou pomoc či vybranou literaturu. Důležitou součástí portálu je možnost návštěvníků podělit se o své zkušenosti s těmito problémy nebo o nich přímo diskutovat. Také nabízí odkaz na odbornou internetovou poradnu, kde je možné se bezplatně obrátit se svými problémy na psychologa.

**Internetový portál [www.asociaceppp.eu](http://www.asociaceppp.eu)** je svépomocná asociace léčení psychogenních poruch příjmu potravy a byla založena v roce 1992, při Specializované jednotce pro PPP (PK VFN v Praze) a při Klubu pro pacientky s PPP, na základě zahraničních zkušeností pro péči o příbuzné i pacienty s poruchami příjmu potravy. Organizuje a podporuje skupiny pro rodiče, přátele a partnery postižených, doléčovací skupiny, kluby pro pacientky a následnou péči. Podílí se na podpoře dalšího vzdělávání terapeutů spolu se sekci pro poruchy příjmu potravy České psychiatrické společnosti. Asociace také pomáhá zlepšit prostředí pacientek hospitalizovaných a pacientek docházejících do Denního stacionáře Centra pro PPP 1.LF UL a VFN v Praze. Členy Asociace jsou bývalé pacientky a jejich příbuzní, profesionálové pracující v pomáhajících profesích a další dobrovolníci.

---

<sup>48</sup> O nás, *Informační portál o PPP* [online] [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.idealni.cz/onas.asp>>

Projekt **Motivace-Terapie-Uplatnění** realizuje Kontaktní centrum Anabell Brno v období od **15. dubna 2009 do 15. dubna 2012**. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky jako schválený projekt Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost v oblasti Podpora sociální integrace a sociálních služeb. Registrační číslo projektu: CZ.1.04/3.1.02/21.0049, částka: 4 640 363, 20 Kč.

Předmětem projektu je realizace specializované, motivačně a komunitně orientované psychosociální podpory, fakultativních programů odborného sociálního poradenství osobám s poruchami příjmu potravy, jako skupině sociálně znevýhodněné a ohrožené vyloučením z trhu práce i společnosti. Projekt tvoří specifické programy k motivaci klientů k léčbě, zvýšení úrovně jejich zaměstnanosti, adaptability i pracovní flexibility. Snahou je umožnit klientům prostřednictvím specifických programů vést co nejnornálnější způsob života, zůstat ve známém prostředí, bez nutnosti hospitalizace, mít možnost studovat či pracovat a využívat veřejných služeb i volnočasových aktivit za současného řešení problémů s patologickým stravováním. Doplňkovým cílem projektu je ověřit a připravit projektový tým k registraci nové sociální služby Terapeutická komunita v roce 2012. Průběh a výsledky projektu jsou osoby regionu Jihomoravského kraje s poruchami příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie, záchvatovité přejídání), starší 15 let. Průměrný věk klientů, který navštěvuje stávající služby Občanského sdružení Anabell je 23 let. Lze předpokládat, že v této věkové kategorii  $\pm 5$  let se budou pohybovat i zájemci z cílové skupiny projektu Motivace-Terapie-Uplatnění. Projektový tým poskytne klientům následující služby: psychodiagnostika a pracovní poradenství, poradna osobního růstu, víkendový psycho a socioterapeutický program „Svému tělu přítelem“, kurzy vaření a vyváženého stravování, korespondenční kurz „Můj život bez anorexie, bulimie“, vydání a distribuce

psychoedukačních pomůcek „Potravinová Pyramida a Atlas porcí.“<sup>49</sup> (viz. příloha A)

Kontaktní osoba projektu je Kristina Čadeni, krisitna.cadeni@anabell.cz, tel: 542 214 014, Občanské sdružení Anabell, Kontaktní centrum Anabell Brno, Bratislavská 2, 602 00.

Projekt **Nový život s motivací** je realizován ve spolupráci s Občanským sdružením Anabell a je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR. Doba realizace projektu je **01. duben 2010 až 31. březen 2012.**, registrační číslo projektu: CZ.1.04/3.1.02/43.00006, částka: 2 590 976, 06 Kč.

Předmětem projektu je realizace specializované, motivačně a komunitně orientované psychosociální podpory-fakultativních programů registrované sociální služby, sociální poradenství osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, konkrétně s poruchou příjmu potravy ve Středočeském kraji. Podpora je nabízena v ambulanci formě prostřednictvím mobilního psychosociálního týmu a tvoří ji odborné poradenské programy speciálně vyškoleného týmu psychologů a sociálních pracovníků. Cílem je postupné a trvalé přenášení odpovědnosti za léčbu a uzdravení se na klienta bez nutnosti hospitalizace. Jde o to, aby klient nepřerušil svoji práci či studium a využíval ostatních veřejných služeb a současně aktivně řešil osobní problémy s jídlem. Aktivita projektu vychází z dlouholetých zkušeností Občanské sdružení Anabell v práci s osobami s poruchami příjmu potravy a jsou zaměřeny na problematiku sociální práce s osobami s chronickým duševním onemocněním s ohledem na „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb“ Středočeského kraje.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> *Občanské sdružení Anabell- Motivace-Terapie-Uplatnění.* [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: < <http://www.anabell.cz/index.php/component/content/article/55-projekty-s-podporou-esf/603-projekt-motivace--terapie--uplatneni->>

<sup>50</sup> *Evropský sociální fond v ČR. Nový život s motivací.* [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: < <http://www.esfcr.cz/projekty/novy-zivot-s-motivaci->>

Projekt bude mít trvání 24 měsíců a v jeho průběhu budou poskytnuty služby v celkem 2200 kontaktech. Budou vytvořeny čtyři nové produkty: mobilní psychosociální tým s poskytovanými ambulantními poradenskými službami v Příbrami a Mladé Boleslavi, víkendový socio-terapeutický program „Najdi cíl svého života“, program „Netstreetwork“ (individuální práce s klienty v internetovém prostředí) a socio-psycho-edukační pomůcka „Afirmace pro 365 dní v roce“.

Kontaktní osoba: PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková,  
jana.sladka@anabell.cz, tel.: 542 214 014.

**Víkendový socio-terapeutický program „Najdi cíl svého života“** jsou realizovány v rámci projektu **Nový život s motivací**, který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR. Díky tomuto financování poskytuje Kontaktní centrum Anabell Praha tento terapeutický projekt zdarma. Projekt je určen pro muže a ženy s poruchou příjmu potravy od 15 let, kteří mají bydliště nebo převažující místo výkonu svého povolání na území Středočeského kraje. Víkendový program probíhá formou socio-terapeutické skupiny, v komorním počtu 5 osob, 1x měsíčně, od soboty do neděle v sídle Kontaktního centra Anabell Praha, Drtinova 2a, Praha 5 -Smíchov, pod vedením dvou psychoterapeutů nebo sociálních pracovníků. Cílem projektu je společně hledat cesty k řešení problémů spojených s poruchou příjmu potravy, posilovat motivaci k léčbě, informovat o správném způsobu stravování, prohlubovat sebepoznání a motivy svého jednání (Mgr. Patricie Alhertová, Kontaktní centrum Anabell). Prostřednictvím víkendového programu si osoby, které trpí poruchou příjmu potravy, lépe porozumí sami sobě, svým vztahům, ostatním lidem a také si užijí zábavu.

Kontakty pro objednání a bližší informace: tel.: 775 904 778,  
praha@anabell.cz.

Projekt **Aplikace zásad zdravého životního stylu do výuky ZŠ A SŠ** je realizován v Kontaktním centru Anabell Brno v rámci Operačního programu

Vzdělávání pro konkurenceschopnost v prioritě další vzdělávání pracovníků škol a školských zařízení a je podpořen ze zdrojů Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR. Doba realizace projektu je od **01. 03. 2011 až do 30. 06. 2012**, registrační číslo projektu: CZ.1.07/1.3.10/03.0009, rozpočet: 1 072 115, 00 Kč. Obsahem projektu je skupinová práce zainteresovaných odborníků na vývoji základní metodiky pro oblast výuky zdravého životního stylu, zaměřené mj. i na oblast problematiky poruch příjmu potravy, v rámci předmětů Výchova ke zdraví/Člověk a zdraví pro pedagogy ZŠ, SŠ v Jihomoravském kraji. Citovaná metodika doposud nebyla zpracována, existuje několik dílčích, někdy i nepřesných, nejasných doporučení, resp. postupů a forem, na něž existují mezi odborníky odlišné názory. Metodika bude reagovat na výstupy vzdělávání v oblasti zdravého životního stylu, realizovaného formou jednodenního prezenčního vzdělávání pedagogů, dále bude vycházet z reflexe průběhu realizovaného e-semináře a zejména bude výsledkem skupinové práce odborníků a metodiků, schopných se k tématu odborně vyjadřovat. V závěru projektu proběhnou workshopy pro pedagogy s ukázkou pilotní výuky k praktickému odzkoušení a nácviku interaktivních metod výuky a představení výstupů projektu cílové skupině.<sup>51</sup>

Kontaktní osoba: vedoucí projektu Mgr. Lucie Mucalová, tel.: 725 104 887, [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz).

Projekt **NO-XS** je realizován v kontaktním centru Anabell Ostrava a je spolufinancován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky. Doba realizace projektu je **01. dubna 2011 až 31. března 2014**, registrační číslo projektu: CZ.1.04/3.1.02/67.00068, částka: 5 443 848, 80 Kč. Projekt je tvořen odbornými poradenskými programy v nabídce týmu sociálních pracovníků, psychologů a nutričních poradců. Programy slouží k motivaci klientů k léčbě, k zvýšení úrovně jejich zaměstnanosti, adaptability i

---

<sup>51</sup> *Občanské sdružení Anabell. Aplikace zásad zdravého životního stylu do výuky ZŠ A SŠ.* [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/edicni-a-edukacni-centrum/aplikace-zasad-zdraveho-zivotniho-stylu-do-vyuky-zs-a-ss>>

pracovní flexibility. Záměrem je prostřednictvím specializovaného odborného sociálního poradenství a jeho fakultativních programů umožnit klientům vedení co nejobvyklejšího způsobu života: nabídnout snadno dostupnou službu, možnost anonymity, podporu při vyhledání odborné pomoci a postupné přenášení odpovědnosti za motivaci k léčbě a uzdravení se na samotné klienty bez nutnosti hospitalizace, s kontinuální možností pracovat, studovat a využívat ostatních veřejných služeb za současného aktivního řešení osobních problémů s jídlem.

Cílem projektu je prostřednictvím realizace jednotlivých programů registrované sociální služby Odborné sociální poradenství zajistit udržení popř. návrat klientů s poruchami příjmu potravy na trh práce. Mezi další cíle patří také rozvoj individuálních schopností za účelem zařazení se do pracovního procesu i společnosti, podpora minimalizace pracovní i studijní neschopnosti v důsledku léčby či hospitalizace, informovanost v oblasti zdravotních rizik a redukce absence v zaměstnání nebo studiu spjaté s poruchami příjmu potravy. Cílovou skupinou projektu jsou osoby z Moravskoslezského kraje starší 15 let s poruchou příjmu potravy- mentální anorexie, bulimie a záchvatovité přejídání. Podpora bude poskytována ambulantní formou prostřednictvím pracovníku Kontaktního centra Anabell Ostrava. V rámci projektu NO-XS jsou v kontaktním centru Anabell Ostrava v období od 1. 7. 2011 do 31. 3. 2014 realizovány následující programy: informační centrum, poradna pro osoby s poruchou příjmu potravy, psychoterapeutická ambulance pro osoby s PPP, nutriční poradna pro osoby s poruchami příjmu potravy a svépomocná podpůrná skupina pro osoby s PPP. Po dobu trvání projektu jsou veškeré programy realizovány pro cílovou skupinu bezplatně. Projekt bude mít trvání 36 měsíců a v jeho průběhu budou poskytnuty služby celkem v 1023 kontaktech celkem 130 osobám. Výstupem projektu pak bude sedm nových či inovovaných produktů: programy informačního centra, Poradny pro osoby



s PPP, Svépomocné podpůrné skupiny pro osoby s PPP a edice dvou socio-psycho-edukačních pomůcek v nákladu á 1000 ks.<sup>52</sup>

Kontaktní osoba: Dana Starostková, manažerka projektu, tel.: 737 069 486, ostrava@anabell.cz., tel.: 602 766 542, Kontaktní centrum Anabell Ostrava, Sokolovská tř. 81, 702 00 Ostrava.

Projekt **PRO YOUTH - WWW.PROYOUTH.EU** (PRO YOUTH – The European initiative for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders. **PRO YOUTH – Evropská iniciativa na podporu zdraví a prevenci poruch příjmu potravy u mladých lidí**).

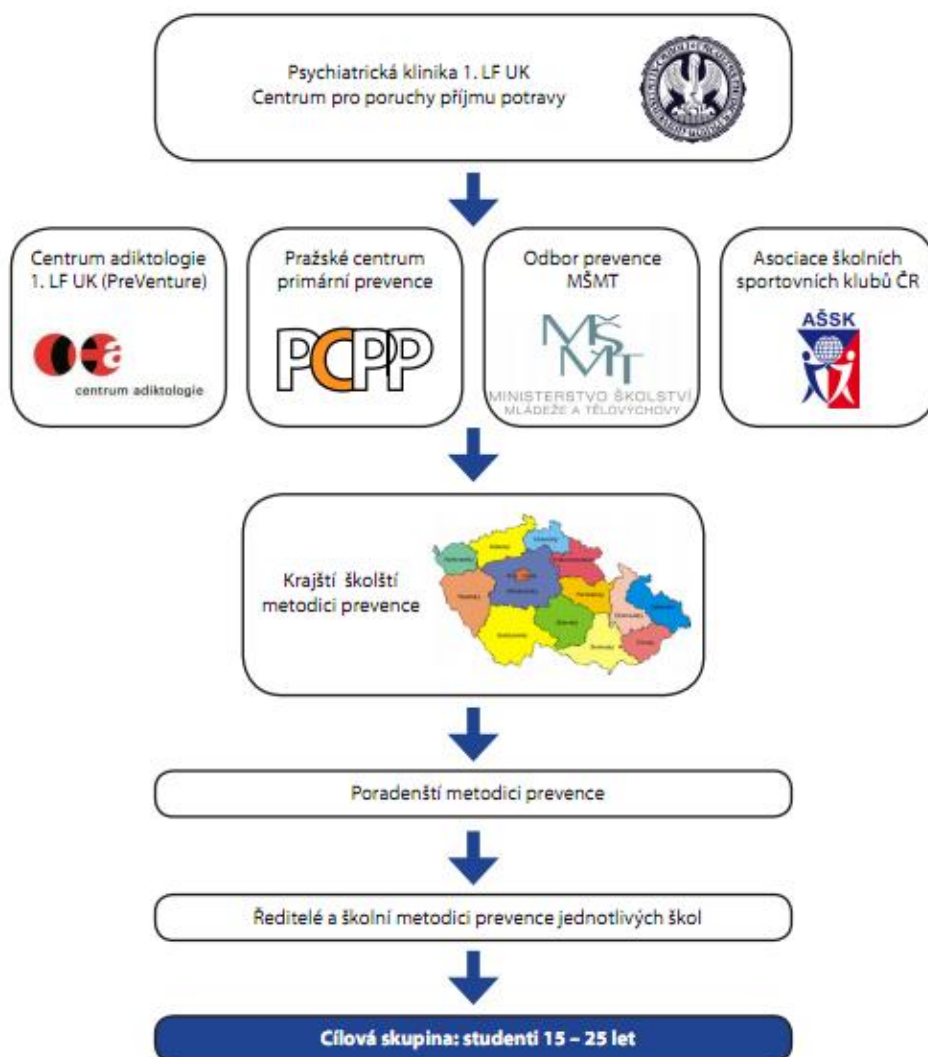
PRO-YOUTH je online program zaměřený na prevenci poruch příjmu potravy a je určen pro všechny žáky základních, středních i studenty vysokých škol ve věku od 15-25let. Jedná se o mezinárodní projekt, kterého se účastní 7 evropských zemí (program je zaměřen na celkem 660 000 studentů z těchto zemí). Projekt bude probíhat v letech 2012 (únor) až 2014. V ČR budou osloveny všechny ZŠ a SŠ prostřednictvím odboru prevence MŠMT, krajských a poradenských metodiků prevence. Hlavním garantem a koordinátorem ProYouth v ČR je prof. MUDr. Hana Papežová, Csc. (Psychiatrická klinika 1 LF UK a VFN v Praze, vedoucí Centra pro poruchy příjmu potravy). Na projektu spolupracuje také Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze, Pražské centrum primární prevence, Odbor prevence MŠMT a Asociace školních sportovních klubů ČR. (viz. Obr. 5)

Pražské centrum primární prevence se podílí na propagaci projektu, distribuci, manuálech pro pedagogy, chatech pro rodiče, interaktivním komiksu. Předpokládá se analýza dat projektu.

---

<sup>52</sup> *Občanské sdružení Anabell- projekt NO-XS*, [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-ostava/projekt-no-xs>>

**Obr. 5: Spolupracující organizace a distribuce programu.**



Zdroj: Pražské centrum primární prevence- ProYouth. <sup>53</sup>

Díky programu ProYouth studentky a studenti zjistí, zda jsou sami ohroženi poruchami příjmu potravy, naleznou v programu kromě informací o tomto problému a dalších kontaktů, především pomoc a podporu prostřednictvím online chatů s odborníky i se svými vrstevníky. Program byl vypracován na základě mezinárodní spolupráce expertů v oblasti duševního

<sup>53</sup> Pražské centrum primární prevence, ProYouth. [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.prevence-praha.cz/pro-youth>>

zdraví, prevence a poruch příjmu potravy a vychází z předchozích studií. Na vývoji internetové platformy spolupracovali i sami studenti, předpokládání uživatelé. V týmu ProYouth jsou odborníci zabývající se léčbou poruch příjmu potravy (psychiatr a psychologové), i dobrovolníci studentky a studenti se zájmem o tuto problematiku a lidé se zkušenostmi s primární prevencí v oblasti závislostí. Online poradci jsou zkušení kliničtí psychologové, online poradci jsou zkušení kliničtí psychologové.

Cílem ProYouth je díky dostupnosti internetu zajistit péči i v oblastech, kde je síť odborných zařízení nedostatečná, jde především o co nejširší pokrytí. Programy, založené na informačních a komunikačních technologiích, nabízejí lepší dostupnost a péči za relativně nízkou cenu, jsou časově efektivní a flexibilní podle potřeb mladých lidí. Poskytují studentům nízkoprahový přístup, první kontakt do doby, než vyhledají odbornou pomoc osobně. Nedostatek informací, stud a strach ze stigmatizace brání ve vyhledávání pomoci a výrazně snižuje šance na uzdravení, zvyšuje riziko chronického průběhu s opakovanou potřebou akutního ošetření. Vzdělání, prevence a včasná intervence jsou pro minimalizaci škod působených poruchou příjmu potravy zásadní.

**Proč se zapojit do ProYouth?** Poruchy příjmu potravy jsou duševní choroby často spojené s depresí, úzkostí, sebepoškozováním a sociální izolací. Snižují kvalitu života postižených, jejich rodin i okolí, a vedou k obrovským výdajům na zdravotní péči. U žen ve věku 15-25 let, patří toto onemocnění mezi 4 nejčastější příčiny nemoci, trvalého postižení nebo dokonce smrti. Aktivní účast v ProYouth může být tím nejvhodnějším postupem pro mladé lidi, kteří jsou ohroženi rizikem rozvoje poruchy příjmu potravy nebo zakoušejí mírné až středně závažné symptomy onemocnění. Do programu se ale může zapojit každý. Účast v ProYouth nemůže nahradit odbornou léčbu, může ale pomoci prostřednictvím online poradce takovou léčbu nalézt a podpořit ve vyhledání této pomoci. Pro mnoho lidí může být snazší si nejprve přečíst informace, napsat e-mail, anonymně chatovat než rovnou jít k psychoterapeutovi. Program ProYouth je anonymní, vše je bezplatné a v českém jazyce, je potřeba mít jen internetové připojení a vyplnit vstupní

dotazník na internetových stránkách [www.proyouth.eu](http://www.proyouth.eu), kde se budou moci studenti registrovat. Na základě úvodního testu, který účastníci vyplní, získají zpětnou vazbu s komentářem o individuálním riziku pro rozvoj PPP.

Program obsahuje několik modulů, je na každém, aby si vybral, které části jsou právě pro něho nejvíce zajímavé a užitečné (povinným předpokladem je ale screening a monitoring). Výchozím bodem pro ProYouth je screeningový dotazník, který účastníci vyplní před registrací do programu. Posoudí anonymně riziko vzniku PPP (žádá o informace jako je vztah k jídlu a chování při jídle, které by mohly znamenat rizikové chování nebo už přítomnost poruchy příjmu potravy). Po vyplnění dotazníku, účastníci ihned obdrží zpětnou vazbu.

Centrální program ProYouth je zaměřen na sledování průběhu změn životního stylu a stravování. Všichni účastníci ProYouth jsou jednou týdně, po dobu 3 měsíců, žádáni o vyplnění krátkého dotazníku (cca 3 min), e-mailem dostanou zpětnou vazbu. Výsledky má anonymně k dispozici tým online poradců a v případě, že udáte ve vašem hodnocení výrazné zhoršení, obdržíte Váš online poradce upozornění a pomocí e-mailu Vás následně kontaktuje. Může doporučit individuální chat k objasnění vážnosti postižení a probrat, zda je potřeba intenzivnější podpora, může také poskytnout kontakt na lékaře či klinického pracovníka.

V diskuzním fórum pro účastníky si mohou účastníci vyměňovat informace na různá témata. Fórum bude moderovat ProYouth tým, což znamená, že příspěvky bude číst a podporovat pozitivní komunikaci mezi účastníky. Všechna sporná (např. agresivní nebo pro-anorektická) sdělení budou odstraněna.

ProYouth tým poradců nabízí také pravidelné skupinové konzultace na chatu s odborníky. Tato setkání mohou být anonymní a trvají 90 minut.

Kromě skupinové konzultace je možné na chatu setkání s poradcem ProYouth jednotlivě k projednání individuálních otázek a problémů. Sezení bude trvat 30 minut. K účasti je nutné rezervovat si schůzku on-line.

Součástí programu jsou také informace a články o poruchách příjmu potravy, které si účastníci můžou kdykoliv přečíst, dále pak odkazy na další zdroje a kontakty na odborníky.

**Co dále naleznete v ProYouth?** Naleznete zde odkaz a podrobnosti o interaktivním fotokomiksu, jehož cílem je oslovit zábavnou formou počítačové hry především teenagery a nabídnout jim základní informace o poruchách příjmu potravy a kontakty na odbornou pomoc. Demo na [www.divcivalkalka.net](http://www.divcivalkalka.net). Program je primárně cílen na mladé lidi ve věku 15 - 25 let, účast je ale dostupná pro každého. Dále jsou pak v rámci ProYouth připraveny také chaty pro rodinné příslušníky lidí, kteří jsou ohrožení nebo trpí poruchou příjmu potravy a chaty pro pedagogy.

### **Co znamená spolupráce ProYouth pro pedagogy**

Pedagogové informují o projektu ProYouth své studenty (sdělí jim adresu [www.proyouth.eu](http://www.proyouth.eu)), např. v rámci třídnických hodin nebo hodinách osobnostní a sociální výchovy (OSV). Práci s programem lze umožnit také při výuce, studenti pracují zcela samostatně, program je anonymní. Učitelé nám také mohou napsat, že jejich škola chce na ProYouth spolupracovat a kolika studentům jste informace předali ([pro-youth@seznam.cz](mailto:pro-youth@seznam.cz)). Pro nejaktivnější pedagogy bude připraven volný vstup na konferenci o PPP v březnu 2012. Na konferenci bude k dispozici rozšířený manuál o poruchách příjmu potravy. Tento manuál by měl pomoci pedagogovi, pokud se s poruchou příjmu potravy u svých studentů sám setká.

Je zde také možnost využít tento program a obrátit se prostřednictvím chatu na odborníky. Stejně jako studenti se pedagogové mohou zaregistrovat na [www.proyouth.eu](http://www.proyouth.eu). O podrobnostech budou školy informované e-mailem.

Kontakty: Psychiatrická klinika 1. LF UK, Eliška Ředinová, [pro-youth@seznam.cz](mailto:pro-youth@seznam.cz), [www.asociaceppp.eu](http://www.asociaceppp.eu). Pražské centrum primární prevence, Jana Hanusová, [jana.hanusova@prevence-praha.cz](mailto:jana.hanusova@prevence-praha.cz), [pcpp@prevence-praha.cz](mailto:pcpp@prevence-praha.cz), [www.prevence-praha.cz](http://www.prevence-praha.cz).

### **7.3 Hodnocení úspěšnosti organizací a projektů v prevenci PPP**

Z výsledku průzkumu mapující činnost konkrétních organizací, jaké mají preventivní opatření, zda jsou efektivní, přijatelná a postačující vyplívá následující závěr. Jako nejvíce účinnější v preventivních opatřeních PPP je občanské neziskové sdružení Anabell, které nabízí širokou pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy. Jedná se o komplexní portfolio služeb formou spolupráce s centry pro léčbu PPP, reciproční zasílání klientů, kteří potřebují intervenci v oblasti PPP. Do přehledu dalších služeb, které Anabell nabízí se řadí přednášková činnost, kdy její pracovníci organizují stovky přednášek, seminářů a besed nejen pro ty, kteří jsou poruchami příjmu potravy ohroženi, ale i pro ty, kteří se s takovými klienty ve své praxi setkávají nebo mohou setkávat. Důležitou součástí je individuální psychoterapie, poradna pro osoby s poruchami příjmu potravy, dále organizování socioterapeutických víkendových programů, vzdělávacích workshopů a neméně důležitou část tvoří primární prevence poruch příjmu potravy pro školy. Velký zájem ze strany klientů je o nutriční poradenství, kde čekací doba pro objednání v Praze je více jak měsíc.

Občanskému sdružení Anabell se za necelých deset let činnosti podařilo vybudovat stabilní neziskovou organizaci, která má zasloužené místo ve společnosti. Podařilo se sestavit odborné týmy psychologů, psychoterapeutů, nutričních poradců, sociálních pracovníků i lékařů, kteří vykonávají svoji práci pro klienty s poruchou příjmu potravy v rámci organizační struktury Anabell s porozuměním a citlivostí. Odborníků, kteří vytrvale hledají možnosti a cesty pro volbu nejúčinnější terapie nebo intervence a podpory klienta v šesti Kontaktních centrech Anabell. Počet , které za uplynulé roky poskytli, se blíží patnácti tisícům a individuální poradenství, tak různé skupinové aktivity, ať již terapeutické nebo svépomocné a podpůrné. Zahrnuje také různé formy intervence od přímého kontaktu s klientem v poradenské nebo terapeutické

práci přes internetové poradenství, telefonickou krizovou pomoc, podporu v rámci Korespondenčního kurzu nebo Diskusního fóra na [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).

Stále se však nepodařilo navázat účinnou spolupráci se zdravotními pojišťovny, nepodařilo se nalézt strategického finančního partnera a plánovanou transformaci občanského sdružení obecně prospěšnou společností. Stále je co zlepšovat v oblasti strategického rozvoje, finančního i personálního managementu, propagace a fundraisingu i ekonomického řízení jak vyplývá ze závěrečné zprávy o činnosti Občanského sdružení Anabell v roce 2010.

Je však nutné podotknout, že nic z výše uvedeného by nebylo dosaženo nebo minimálně zahájeno bez práce, úsilí, ochoty a nadšení těch, kteří v , mnohdy nad rámec svých pracovních .

Z hodnocení části zabývajících se projekty vyplývá, že činnosti všech zmapovaných projektů jsou přijatelná svým obsahem, efektivní v rámci svých finančních možností a charakterem činnosti postačující.

Jako nejvíce efektivní se jeví projekt PRO-YOUTH, online program zaměřený na prevenci poruch příjmu potravy, který je určen právě pro cílovou skupinu, tj. pro všechny žáky základních, středních i studenty vysokých škol ve věku od 15-25let. Jedná se o mezinárodní projekt, který je svým rozsahem ojedinělý.

## 8 EDUKAČNÍ ČINNOSTI A PREVENCE

Nejlepším edukačním prostředkem je právě prevence. Pakliže je účinná, tak každý bude vědět, jakým způsobem může PPP předcházet. Cesta ven ze začarovaného kruhu rozmanitých projevů poruch příjmu potravy bývá náročná a někdy je i s nejistým výsledkem. Prevence ve smyslu zdravého sebehodnocení, sebedůvěry a dostatečného sebevědomí, ale také z toho plynoucích přiměřených nároků, které na sebe člověk klade a které na ně v časném věku klade okolí, to znamená rodiče a škola. Je normální, že každý rodič chce, aby jeho dítě bylo nejlepší, aby to v životě někam dotáhlo, ale když je to nad schopnosti dítěte, je to v podstatě traumatizující požadavek, který dítě nikdy není schopné splnit. Pak je trvale frustrované a trvale deprimované neúspěchem, že nevyhovuje požadavkům a očekáváním rodičů. Tyto způsoby chování, či návyky v rodině se mohou spolupodílet na pozdějším vzniku některých z poruch příjmu potravy.

Z výše uvedeného vyplývá, že nejdůležitější je **primární prevence**, to jest předcházet rozvoji nebezpečných postojů a návyků, než je potom zpětně a složitě měnit. Kde jinde by tato prevence měla vznikat než právě v rodině, která je podstatným pilířem primární prevence. Úkolem **sekundární prevence** je detekce a odhalení ohrožených skupin, ke kterým patří děti léčené pro obezitu, děti se somatickým onemocněním provázeným dietou a hubnutím, děti se zájmových aktivit souvisejících s kontrolou váhy a vzhledu, jako je modeling, tanec, gymnastika. **Terciální prevence** se zabývá prevencí relapsu a obnovením plného zdraví včetně fertility a v posledních letech se zaměřuje také na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci. Problémy poruch příjmu potravy mohou být shrnuty do tří hlavních bodů, jedná se manipulativní zacházení s jídlem, problémy kontroly a sebekontroly a problematický vztah k sobě.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> KULHÁNEK, J., *Prevence PPP*, [online]. [cit.2012-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.hubnuti4you.cz/121-prevence-ppp.html>>



Dle autorčina názoru je důležitým faktorem pro prevenci PPP správné utváření stravovacích návyků, na které má vliv především rodina, ale významným faktorem je také pedagog, protože ve školním věku rodiče svůj vliv a kontrolu nad vhodností stravovacích návyků částečně ztrácejí, protože děti tráví většinu času ve škole. Učitelé mají často příležitost vidět situace, které rodičům unikají, např. vyhýbání se obědům nebo nadměrnou fyzickou aktivitu, a mohou být první, kdo zaznamená příznaky poruch příjmu potravy. Velkou roli hrají právě pedagogové, kteří mohou korigovat nesprávné jídelní návyky a podpořit ty zdravé. Nezastupitelnou roli má škola i v léčbě, která je téměř vždy dlouhodobá a časově náročná a často vyžaduje spolupráci širokého okolí. Nezbytné je umožnit dítěti dodržování jídelního režimu, aniž by to vyvolalo nežádoucí a negativní pozornost okolí. S hlediska prevence PPP je nezbytné děti poučit o nebezpečí držení diet.

Nejdůležitější je však děti si všimat, mít pro ně pochopení a zájem, snažit se rozvíjet jejich sebedůvěru a podporovat je v tom aby byly šťastné takové, jaké jsou. Každý z nás je jedinečný originál a v tom tkví krása osobnosti, kterou bychom měli dětem ukázat, aby nepodléhali přetvořeným představám médií, které svým neustálým tlakem o ideálu krásy přispívají ke vzniku PPP.

## **8.1 Manipulativní zacházení s jídlem**

Pod tímto pojmem se rozumí takové zacházení či chování, kterým se snažíme změnit chování, nebo prožívání někoho jiného. Pomocí jídla se rodič může snažit ovládat své dítě. Již od malička je dítě odměňováno nejrůznějšími pamlsky za to, že něco dobře udělalo, nezlobilo, nebo jako kompenzace nějaké bolesti při úrazu. Tak se učíme, že jídlo není jen k obživě, ale slouží k příjemným pocitům a prosazování vůle rodičů. Není nic špatného na tom, když dítěti za odměnu něco dobrého koupíme nebo mu to za trest naopak nekoupíme. Problém ovšem nastane, když na tento způsob odměňování či trestání prostřednictvím jídla je kladen příliš velký důraz. Měli bychom si

uvědomit, že jsou i jiné způsoby jak dítě odměnit nebo pokárat. Dalším jevem manipulativního chování je, že nutíme děti často sníst vše, co je na talíři, patří ro postě k rodinným zvyklostem. Věta „Dokud to všechno nesníš, od stolu nevstaneš!“ není v našich rodinách neobvyklá. Když dítě nakonec svou porci sní, je náležitě odměněno. Dítě se tak učí, že má v rukou pocity radosti nebo vzteku svých rodičů a navíc, že množství jídla, které dítě musí sníst, není závislé na pocitech hladu či sytosti, ale na úsudku rodičů. U PPP jsou manipulace s jídlem typické. Pro prevenci z toho vyplívá, že odměna a trest pomoci jídla by neměla být příliš častá, dítě by se nemělo nutit za každou cenu vše sníst. Pokud toho sní málo, nemělo by to pak dojídat sladkostmi, čímž dítě zjistí docela primitivní věc- když se pořádně nenají, bude mít hlad.

## **8.2 Problémy kontroly a sebekontroly**

Kontrolou se rozumí zvýšená percepce pro chování druhých lidí. Je určitě důležité mít přehled co je „in“ – mít ty správné vzory, ideály, prostě nezůstat pozadu. Dá se říct, že se o to v podstatě snaží každý z nás. Na druhé straně však příliš velká kontrola okolí je stresující a dlouhodobě vysilující. Nemocní jsou pod neustálým tlakem, zda je okolí hodnotí dobře, zda vyhovují nárokům svých kamarádů a rodičů. To má za následek nedostatečnou víru v to, že jsou okolím přijímáni takoví, jací jsou, což je nejčastěji dáno právě chybou ve výchově. Nadměrná sebekontrola je důsledkem velké snahy změnit se k lepšímu, přiblížit se k ideálu, který nemocný považuje za obecně přijímaný. To je však spojeno s potlačováním základních potřeb ve prospěch potřeby být přijímán okolím a něco v životě dokázat. Proto je důležité, aby rodiče své dítě povzbuzovali, pomáhali mu budovat jeho sebevědomí a zvyšovali jeho sebedůvěru v sobě samého. Pro prevenci to znamená, že rodiče by si více měli všimnout, jaké potřeby mají jejich děti. Děti by neměly mít dojem, že ho rodiče a ostatní lidé budou mít rádi, jen když se budou rovnat ideálu. Důležité v tomto směru je nepředělávat osobnost dítěte. Rodičům se doporučuje chválit, chválit, chválit, stoprocentně chválit bez výhrad což je velmi důležité. Rodiče by měli umět říci svému dítěti- ty jsi nejlepší na světě.

### 8.3 Problematický vztah k sobě

Nemocní často trpí tím, že nejsou dost krásní, chytří, mají stavy negativismu vůči své osobě. Svou snahou o perfekcionalismus touží po pochvale a uznání, aby aspoň na chvíli zapomněli na své pocity méněcennosti. Bohužel dítě se dokáže hodnotit na základě reakce a chování jeho okolí, nemá nadhled reality dospělého člověka. Pokud správné chování rodiče berou jako běžný stav, který není třeba komentovat a dítě slyší jen výtky, že například nemá dostatečně uklizený pokoj, že opět neumylo v kuchyni nádobí, pak začíná problém. Pro prevenci to znamená, že je důležité dítě pochválit a ne vnímat dobré chování jako něco samozřejmého, co není třeba hodnotit. Je důležité, aby dítě slyšelo pochvalu, vědělo, že něco dělá dobře a že z něj mají rodiče radost.

Z preventivního hlediska je důležité zaměřit se také na rizikové faktory, kterými mohou být i dietní opatření v rodině. Ty mohou být dána ze zdravotních příčin jako např. cukrovka, mononukleóza, infekční žloutenka, bezlepková dieta a jiné. V této souvislosti, je třeba připomenout, že dieta je také často spouštěčem onemocnění. Stává se např., že pacientka trpící nesnášenlivostí lepku má nařízenou bezlepkovou dietu a soustředění se na jídlo a dodržování dietních pravidel funguje jako spouštěč poruchy příjmu potravy. Jakékoliv onemocnění vyžadující si dohled nad stravou a jejím složením, je rizikovým faktorem PPP. Často stačí, aby podobným onemocněním trpěl někdo z příbuzných pacientky a v rodině se tak jídlu a jeho složení věnovala větší pozornost. V důsledku toho se pacientka může začít složení jídlu přehnaně věnovat a stanovuje si kritéria, která se postupně stávají nesmyslná. Pacientky se na tuto dietu fixují, striktně jí dodržují a postupně složení a množství přijímané stravy začnou omezovat, až se u nich vyvine porucha příjmu potravy. Další příčinou může být i problém výživy právě u matky, kdy matka v minulosti trpěla některou z forem poruch příjmu potravy, nebo neustále v současnosti drží zeshňující diety, aby se přiblížila pomyslnému ideálu krásy. Tyto matčiny nesplněné sny mohou být zátěží pro její dítě, které ve snaze splnit matčin sen si postupně více prohlubuje špatné stravovací

návyky a je významně ohroženo jednou z forem PPP. Z preventivních důvodů je důležité, aby rodiče s dětmi o nebezpečí diet hovořili, jak je důležité jíst pestře a vyváženě, nerozdělovat jídla na tučná, dietní, detoxikační, nízkokalorická a bio. Měly by umět bránit děti nepříznivému vlivu médií, které propagují tělesný kult dokonalosti. Je důležité, aby děti cítili radost a pohodu a budovali svou sebedůvěru i v jiných oblastech (jako např. kultura, koníčky, vztahy), než je fyzický vzhled a tělesné proporce.

Dalším rizikovým faktorem jsou sporty, kde je kladen důraz na štíhlost, na tělo, na výkon, např. tanečnice, baletky, studentky taneční konzervatoře. Tady je důležité si uvědomit, že veškeré sportovní aktivity jsou hlavně pro radost a neslouží jako redukce kalorií a prostředek ke tvarování postavy.

V předchozích kapitolách diplomové práce jsme měli možnost vytvořit si celkový obraz o poruchách příjmu potravy. Historie nás zavedla k počátkům vzniku jednotlivých onemocnění a také objasnila její etiologii, pojem ideálu krásy a současné možnosti terapie PPP. Z nejnovějších výzkumů vyplývá, že v České republice prevalence obou onemocnění, jak mentální anorexie, tak mentální bulimie roste a komorbidním poruchám a prevenci je věnováno málo pozornosti. Ukazuje se, že na řešení problémů PPP má prevence významný vliv. V posledních desetiletích vědomosti o onemocnění v populaci narůstají, ale bohužel postoj společnosti, některých odborníků, ale i samotných postižených k nim se příliš nezměnil (strach ze stigmatizace, stud ze selhání v dosažení ideální krásy a ideálního zdravého životního stylu). Nárůst poruch příjmu potravy u nás ukazuje na prozatím nedostatečně kvalitní a koordinovanou prevenci.

## 8.4 Návrh vzdělávacího projektu pro pedagogy

Na následujících stránkách je navržen model vzdělávacího projektu, který má za cíl informovat pedagogické pracovníky o problematice PPP a možnostech preventivní činnosti z jejich strany. Zároveň podává návod, jakým způsobem by se mohli realizovat podobné informačně osvětové semináře pro pedagogy a tím rozšířit jejich další profesní vzdělávání.

### Název projektu

„Prevence PPP ve škole“ - jedná se o výukový seminář pro pedagogy na téma prevence a informovanost o poruchách příjmu potravy

### Popis projektu a jeho cíle

Vzdělávací seminář „Prevence PPP ve škole“ je určen pedagogickým pracovníkům, kteří pracují v institucích základního a sekundárního vzdělávání. Jeho cílem je snaha pomoci jim orientovat se v problematice obklopující poruchy příjmu potravy (dále jen PPP). Ukázat jim jakým způsobem mohou zlepšit povědomí svých studentů o novodobé zdravotní hrozbě, která se může týkat kteréhokoliv z nich. V neposlední řadě pak pomocí odborných přednášek a praktických příkladů z praxe naučit je základním diagnostickým postupům, které mohou přispět k detekci dětí, kterých by se PPP mohlo týkat.<sup>55</sup>

V současné době je přímo alarmující vzrůstající počet dospívajících dětí, které trpí některou z forem PPP. Seminář „Prevence PPP ve škole“ umožní pedagogům seznámit se s základní terminologií z oblasti PPP, příčin vzniku PPP, typy jak rozpoznat PPP a jaký zvolit následný postup a komunikaci s případnou obětí PPP.

---

<sup>55</sup> ČADENI, K., MUCAKLOVÁ, L., PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Podpora profesionální prevence pedagogických pracovníků*, 2011. ISBN 978-80-210-5532-2

### **Cílová skupina**

Seminář je určen primárně pro pedagogické pracovníky pracující ve všech typech základních a středních škol. Mohou se ho zúčastnit i pracovníci pomáhajících pedagogických profesí jako např. vychovatelé ve školních družinách nebo pedagogický personál zajišťující organizační průběh výuky např. asistenti či posluchači pedagogických středních či vysokých škol v rámci praxe.

### **Obsah semináře**

Vzdělávacím obsahem semináře je seznámení pedagogických pracovníků s možnostmi využití tématu problematiky PPP v rámci školní výuky, podpořit studenty v prohloubení zájmu o správnou výživu a výchovu ke zdraví a přednést zejména preventivní opatření k zabránění rozvoje PPP.

### **Struktura semináře**

- Poruchy příjmu potravy - úvodní informace o historii, definice pojmu PPP, pohled na současnou situaci ve světě a v ČR.
- Etiologie PPP - část zaměřená na biologické faktory, rodinné faktory, psychologické faktory a sociokulturní vlivy, ideál krásy.
- Léčba poruch příjmu potravy - téma zaměřené na způsoby terapie, farmakoterapie, psychoedukace, ambulantní a hospitalizační péče.
- Prevence PPP a konkrétní činnost pomáhajících organizací - obsahem je manipulativní zacházení s jídlem, problémy kontroly a sebekontroly, problematický vztah k sobě, činnost občanského sdružení Anabell a probíhající projekty.
- Aktivizační metody výuky s žáky a studenty - použití těchto metod má za cíl vhodně doplnit klasickou výuku, zvýšit

motivaci a tvořivost studentů, zvýšení jejich pozornosti a zlepšení osvojení probírané látky.

### **Rozsah semináře**

Seminář je jednodenní akce v rozsahu 8 vyučovacích hodin, rozdělena do pěti tematických bloků s pravidelnými přestávkami a hodinovou pauzou na oběd. Začátek akce v 8 hod a předpokládaný konec v 17 hod. (podle délky závěrečné diskuze). V průběhu semináře jsou předpokládány krátké přestávky: přibližně v 10,00 – 10,20 hod. a v 14,45 – 15,00 hod. Obědová pauza zhruba 12,30 – 13,30 hod. Občerstvení bude přítomno v průběhu všech přednášek.

#### **8.4.1 Didaktické prostředky, metody a formy**

- Didaktické prostředky

Pracovníci Kontaktního centra Anabell disponují přenosnou technikou. dataprojektor, promítací plátno, notebook, ukazovátka, které umožní videoprojekce pro názorné ukázky z praxe. K dispozici budou manuály pro pedagogy, všechny přednášky v tištěné podobě, v případě potřeby lze využít technického zázemí škol, pakliže zmíněnou technikou disponují.

- Technické zajištění
- Audiovizuální technika (přenosný dataprojektor, notebook, mikrofon) a další pomůcky (flipchart, fixy, ukazovátka)
- Didaktické metody a formy

Seminář je prezenční a je uskutečněn formou skupinové přednášky a výkladu, za pomoci videoprojektivních ukázek z klinické praxe.

#### **8.4.2 Organizační a personální zajištění**

Na realizaci projektu se budou podílet pracovníci Kontaktního centra Anabell Praha, se sídlem Drtinova 2a, Praha 5 – Smíchov, kteří mají řadu

odborníků a kapacit z řad lékařů, terapeutů, psychologických pracovníků a diagnostiků, delegovaných na tuto problematiku a zajišťují vzdělávací a přednáškovou činnost. Zde také bude probíhat hlavní koordinační činnost při přípravě vzdělávacího semináře.

- **Prostory pro semináře**

Využití školních učeben nebo přednáškových prostor školních zařízení, pakliže jsou součástí škol.

- **Materiály pro účastníky**

Poruchy příjmu potravy – manuál pro pedagogy

Studijní materiály vztahující se k jednotlivým prezentacím

Hodnotící dotazník

Závěrečný certifikát o absolvování vzdělávacího semináře

- **Informace o vzdělávací akci na internetových stránkách**

Manuál pro pedagogy – Poruchy příjmu potravy v elektronické verzi ke stažení, internetová prezentace přednášek, aktualizované internetové stránky s informacemi pro účastníky seminářů.

### **8.4.3 Hodnotící fáze- zpětná vazba**

Zpětnou vazbou bude hodnotící dotazník, který účastníci vzdělávací akce obdrží v průběhu dne ke zjištění spokojenosti, množství informací, k výběru témat, studijních opor, lektora apod. Po skončení akce a odevzdání dotazníku účastníci obdrží závěrečný certifikát o absolvování vzdělávací akce.

### **8.4.4 Finanční zajištění**

Návrh na žádost o dotaci z OPVK (Operační program vzdělávání pro konkurenceschopnost) nebo další možnost z grantového řízení MŠMT a



částečnou úhradou účastnického poplatku ze strany zájemce v závislosti na výši dotace.

Vzdělávací projekt pro pedagogické pracovníky „Výukový program pro pedagogy na téma prevence PPP“ si klade za cíl, aby pedagog byl schopen vést žáky při výuce PPP. Autorka se domnívá, že pro pedagogy jsou tyto vzdělávací akce velmi důležité, protože pedagog tráví s dětmi v průběhu celého rizikového období (od 12 do 25 let) mnohdy více času než jejich rodiče, a proto by měl mít k dispozici informace o tom, jak poruchy příjmu potravy rozpoznat, jak účinně zasáhnout, jak se k nemocným chovat, ale také jak preventivně působit, aby se PPP objevovaly v co nejmenší míře.

## ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou nebezpečná psychická onemocnění s vážnými fyzickými, psychickými a sociálními následky. Poruchy příjmu potravy postihují především dívky a mladé ženy. Na 15 až 20 ženských pacientů připadá jeden muž. Výskyt mentální anorexie se uvádí v rozmezí 0,3 až 0,5 procenta dívek ve věku 14 až 18 let. Na konci puberty se však mohou vyskytnout některé anorektické příznaky až u 5% dívek. Mentální bulimie se vyskytuje častěji než anorexie a v České republice jí trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka nebo mladá žena. Počátek mentální anorexie bývá spojen s obdobím konce puberty a začátku adolescence, může se ale vyskytnout i u starších žen.

PPP jsou nemoci, mělo by se k nim tedy tak přistupovat a měli by se tak i léčit. Nejvhodnější metodou léčby je odborná a komplexní psychoterapie, někdy je nezbytná hospitalizace. Důležitou součástí léčby je dostatečná a vhodná psychoedukace a motivace nemocného k léčbě. Odborníci se shodují v tom, že kromě držení redukčních diet, které zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie asi osmkrát, neexistuje žádný specifický etiologický faktor, který by se vyskytoval u většiny nemocných a vysvětloval jejich obtíže. Proto se hovoří o multifaktoriální podmíněnosti poruch příjmu potravy, to jest souhrně a spolupůsobení různých biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních rizikových faktorů.

Abychom rozvoji PPP a působení těchto rizikových faktorů eliminovali, je důležité zaměřit se na preventivní opatření. Významnou součástí preventivních opatření jsou edukační činnosti, které by si měli osvojit nejen rodiče, ale i pedagogičtí pracovníci a to formou vzdělávacích akcí, které jsou součástí diplomové práce autorky. V edukačním procesu navržených vzdělávacích aktivit autorkou by účastníci měli získat nové informace, pochopit je a umět je ve svém životě použít. Aby prevence opravdu fungovala, musí se na ní podílet všichni a musí být systematická a dlouhodobá. Poučít žáky o rizicích poruch příjmu potravy, aniž bychom zároveň poučili jejich

rodiče, učitelé a vrstevníky, je neúčinné. Základ prevence spočívá samozřejmě v rodině, která by měla dbát na přirozený rozvoj sebevědomí dítěte, poskytnout mu kladné vzory, oporu, lásku a zázemí. Avšak i škola (pedagog) může pomoci např. organizací primárně preventivních programů, které nabízí občanské sdružení Anabell ve spolupráci s centry pro léčbu PPP. Informace o tom, jak zdravě jíst a varování před riziky spojenými s držení diety by měly být součástí osnov základních a středních škol. Ideálním by se jevílo zapojení rodičů do této aktivity, kdy v úvodu školního roku by rodiče byli prostřednictvím třídního učitele seznámeni s preventivními programy a mohli tak danou problematiku s dítětem v atmosféře rodinného kruhu v rámci prevence probírat. Ukazuje se totiž, že právě rodinná terapie patří v léčbě PPP k nejúspěšnějším metodám. Rodiče i děti se mohou díky lepší komunikaci, hlubšímu sebepoznání a společnému přijetí toho, co se odehrálo v minulosti plně zaměřit na úkol současný, jímž je uzdravení nemocného člena rodiny. Podnětem pro další zkoumání, by bylo doporučení zaměřit se také na efektivitu tištěného materiálu o problematice PPP a informacemi, kde studenti mohou nalézt veškeré zdroje (internetové portály, např. FB, Twitter, apod., linky pomoci, občanská sdružení apod.) a jejich distribuce na školách, sportovních klubech, modelingových agenturách, tanečních konzervatořích, protože jen tak toto téma vejde v širší povědomost.

K rozvoji PPP přispívá tolik faktorů, že je na místě, aby skutečná prevence zahrnovala faktory všechny, a předpokladem k úspěšnému naplnění je také nezbytné změnit současné myšlení o ideálu krásy, na kterém se podílejí všichni (reklamní průmysl, časopisy, doporučující hubnutí za každou cenu a ukazující štíhlé modelky včetně módních návrhářů a nejrůznějších soutěží královen krásy). Dle autorčina názoru je třeba aktivně vystupovat proti těmto tlakům. Krásná je neobvyklost, individualita, nikoli věčná jednotvárnost. Když tradiční normy krásy zpochybníme, můžeme tím pomoci i dalším ženám, jak lépe vycházet se svým vzhledem. Neboť čím více dívek si stanoví vlastní kritéria krásy, místo aby se honily za nějakými ideály, tím šířeji bude pojem krásy pojímán. A tím více dívek pochopí, že krása velmi úzce souvisí se

sebedůvěrou. Jen tak dojde k revoluční změně myšlení o pomyslném ideálu krásy, a kdo ví, snad i ke snížení výskytu PPP.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BROHMOVÁ, P., Jsem já ze všech nejkrásnější?. Praha: Amulet, 1999, s. 170.  
ISBN 80-86299-17-1

CLAUDE-PIERRE, P., Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Praha:  
Pragma, 2001, s. 264. ISBN 80-7205-818-5

ČADENI, K., MUCAKLOVÁ, L., PROCHÁZKOVÁ, L., SLADKÁ-  
ŠEVČÍKOVÁ, J. Podpora profesionální prevence pedagogických pracovníků,  
2011. ISBN 978-80-210-5532-2

ČERNÁ, R., O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery - Anabell. Praha:  
Zebra print, s.r.o., 2008, s. 64.

HALL, L., COHN, L., Rozlučte se s bulimií, 1. vyd. Brno: Era, 2003, s. 240.  
ISBN 80-86517-60-8

JOHNSTONOVÁ, A., Ženy, které jedí ve svitu luny. Praha: Rybka Publishers,  
2011, s. 244. ISBN 978-80-87067-33-8

KRCH, F.D., Bulimie, jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada-2000, s. 120.  
ISBN 80-7169-946-2

KRCH, F. D., Mentální anorexie. Praha: Portál -2002, s. 234. ISBN 80-7178-  
598-9

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. 2. doplněné vyd. Praha: Grada- 2005, s.  
255. ISBN 80-247-080-X

KRCH, F. D., RICHTEROVÁ, I., Chci ještě trochu zhubnout. Praha: Motto,  
1998, s. 86. ISBN 80-85872-86-2

LEIBOLD, G., Mentální anorexie. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995, s.  
140. ISBN 80-205-0499-0

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. O poruchách příjmu potravy. Praha: NLN,  
1997, s. 153. ISBN 80-7106- 248-0

- NOVÁK, M., Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, s. 105. ISBN 978-80-7204-657-7
- ORTNER, G., Prostě mě mějte rádi. Praha: Euromedia a Knižní klub, 1999, s. 138. ISBN 80-242-0099-6
- PAPEŽOVÁ, H., Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátelé, partnery a některé odborníky 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, s. 76. ISBN 80-85121-32-8
- PAPEŽOVÁ, H., Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátelé, partnery a některé odborníky 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 109. ISBN 80-85121-81-6
- PAPEŽOVÁ, H., Spektrum poruch příjmu potravy-interdisciplinární přístup. Praha: Grada-2010, s. 424. ISBN 978-80-247-2425-6
- Mgr. ŠVÉDOVÁ, J., Mgr. MÍČKOVÁ, Poruchy příjmu potravy-Manuál pro pedagogy. Praha: Občanské sdružení Anabell, únor 2011, s. 31.

## WEBOVÉ STRÁNKY

Evropský sociální fond v ČR. Nový život s motivací. [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: < <http://www.esfcr.cz/projekty/novy-zivot-s-motivaci>>

Historie PPP [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.hubnuti4you.cz/117-historie-ppp.html> >

Klasifikace BMI, [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.vypocitat.cz/vypocet/bmi/>>

KULHÁNEK, J. Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. 2002-2009 [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:  
< [http://www.idealni.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251)>

KULHÁNEK, J. Prevence PPP, [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.hubnuti4you.cz/121-prevence-ppp.html>>

Mentální anorexie [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:  
<[http://nd01.jxs.cz/689/762/2ed45bcc12\\_4202492\\_o2.jpg](http://nd01.jxs.cz/689/762/2ed45bcc12_4202492_o2.jpg)>

Odhaleno.cz, modelka Isabelle Caro [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.odhaleno.cz/images/textiky/20101230094350\\_isabelle%20anorexie.jpg](http://www.odhaleno.cz/images/textiky/20101230094350_isabelle%20anorexie.jpg)>

O nás, Informační portál o PPP [online] [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.idealni.cz/onas.asp>>

Občanské sdružení Anabell- Motivace-Terapie-Uplatnění. [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW:  
< <http://www.anabell.cz/index.php/component/content/article/55-projekty-s-podporou-esf/603-projekt-motivace--terapie--uplatneni->>

Občanské sdružení Anabell- projekt NO-XS, [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-ostava/projekt-no-xs>>

Občanské sdružení Anabell. Aplikace zásad zdravého životního stylu do výuky ZŠ A SŠ. [online]. [cit. 2012-02-23]. Dostupný z WWW:

< <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/edicni-a-edukacni-centrum/aplikace-zasad-zdraveho-zivotniho-stylu-do-vyuky-zs-a-ss>>

Osobnosti.cz. [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:

< <http://imagebox.cz/osobnosti.cz/foto/leslie-twiggy-hornby-i/O150452-4bb42.jpg>>

Poruchy příjmu potravy [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:

< <http://www.ulekare.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-976>>

Pražské centrum primární prevence, ProYouth. [online]. [cit. 2012-02-23].

Dostupný z WWW: <<http://www.prevence-praha.cz/pro-youth>>

Program pro léčbu poruch příjmu potravy a dalších psychosomatických poruch

[online]. 2007- 2009 [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW:

< <http://www.sekceppp.eu/osekci.htm>>

Stanovy občanského sdružení Anabell [online]. [online]. [cit. 2012-02-23].

Dostupný z WWW:< <http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/stanovy-os-anabell>>




## SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

OBR. 1: KLASIFIKACE BMI .....	13
OBR. 2: MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	14
OBR. 3: MODELKA TWIGGY .....	35
OBR. 4 MODELKA ISABELLE CARO .....	36
OBR. 5: SPOLUPRACUJÍCÍ ORGANIZACE A DISTRIBUCE PROGRAMU. ....	74

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA A: POTRAVINOVÁ PYRAMIDA .....	I
---------------------------------------	---

## PŘÍLOHA A: Potravinová Pyramida



### POTRAVINOVÁ PYRAMIDA

Člověk k životu potřebuje jíst složené i jednoduché cukry, tuky, bílkoviny i další látky.

Cukry, tuky a sůl ve vrcholu pyramidy představují sladkosti a jídla extrémně tučná či slaná.

Jídelníček by měl být pestrý a vyvážený, skladba jídelníčku zhruba odpovídat rozdělení potravin v pyramidě.

Jíme pravidelně, denní příjem potravy rozdělíme do 5 - 6 jídel.

Porce pouze odhadujeme, nevážíme je ani nepočítáme jejich energetickou hodnotu.

Velikost porcí závisí na našem věku, pohybové aktivitě během dne a na tom, zda potřebujeme přibrat či jen udržet tělesnou hmotnost.

Nezazřujeme nízkotučné a nízkokalorické výrobky, které jen zaplňují žaludek a nemají dostatečnou energetickou a výživnou hodnotu.

Neexistují zdravé a nezdravé potraviny, vždy záleží na tom, jak často a v jakém množství takové potraviny jíme.

Pokud se přejíme, nekompenzujeme to hladovou druhý den, hladování by vedlo jen k dalšímu přejedení.

Dodržujeme pitný režim, člověk by měl denně vypít asi 2 l tekutin (nepočítáme kávu, čaj ani alkohol).

Jíme vždy u stolu, nejlépe společně s ostatními.

#### LEGENDA K PYRAMIDĚ:

	1 porce
OBILOVINY TĚSTOVINY RYŽE PEČIVO	1 krajíc chleba (60 g) 1 rohlík nebo 1 houska 1 kopeček vařené rýže či těstovin (125 g) miska ovesných vloček nebo müsli
ZELENINA	1 paprika, mrkev či 2 rajčata miska zeleninového salátu půl talíře brambor
OVOCE	1 jablko / banán / pomeranč (100 g) miska jahod / rybíz / borůvek sklenice džusu
MLÉKO MLÉČNÉ VÝROBKY	1 sklenice mléka (200-300 ml) kelímek jogurtu (125-150 g) kousek sýru (55 g)
MASO VEJCE LUŠTĚNINY	80 g ryby / drůbeže / jiného masa 1 vejce miska fazolí nebo čočky porce sójového "masa"

#### VZOROVÝ JÍDELNÍČEK PRO PYRAMIDU:

**SNÍDANĚ:**  
2 krajíce chleba, máslo / rostlinný tuk, šunka, paprika, rajče (2 porce pečiva, 1/2 porce masa, 2 porce zeleniny)






**SVAČINA:**  
jogurt, miska müsli, banán (1 porce mléka, 1 porce obilovin, 1 porce ovoce)

**OBĚD:**  
hovězí vývar s nudlemi a zeleninou, hovězí plátek na houbách, těstoviny, miska zeleninového salátu (1 porce masa, 1 porce těstovin, 1 porce zeleniny)

**SVAČINA:**  
1 tvarohový sáteček, kakao (1 porce cukru, 1 porce mléka)

**VEČĚRE:**  
zapečené brambory se sýrem a špenátem (1 porce zeleniny, 1/2 porce mléka)

Kontaktní centrum Anabell Brno, Bratislavská 2, 602 00 Brno, tel.: 542 214 014.  
Potravinová pyramida je vydána v rámci projektu PPP (Podpora profesionální prevence).  
Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR.

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Zdroj: Občanské sdružení Anabell, *Ediční činnost*. [online]. [cit.2012-02-23] Dostupný z WWW: <[http://www.anabell.cz/images/stories/dokumenty/pyramida\\_big.jpg](http://www.anabell.cz/images/stories/dokumenty/pyramida_big.jpg)>

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Veroniki Štrosová**

**Obor: Andragogika**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie**

**Rok: 2012**

**Počet stran textu bez příloh: 92**

**Celkový počet stran příloh: 1**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 18**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 16**

**Vedoucí práce: PhDr. Marie Vacínová**