

3.

# **Psychologické aspekty porúch príjmu jedla**

*Eva Olachová*



### 3.1 Úvod

Nielen v medicínskej, ale aj v psychologickkej oblasti sa hovorí, že je obvykle jednoduchšie chorobám predchádzať, ako ich liečiť. Medzi najčastejšie a najzávažnejšie ochorenia dospievajúcich dievčat a mladých žien patria v súčasnosti poruchy príjmu jedla, vzhľadom na ich chronický priebeh, ako aj závažné somatické a psychické dôsledky, ktoré môžu zapríčiniť až smrť, na čo poukazujú viacerí autori zaoberajúci sa touto problematikou (pozri Krch 1999, 2002 a ďalší). Súčasné výskumné štúdie ukazujú, že výskyt anorexie (anorexia nervosa, mentálna anorexia) a bulímie (bulimia nervosa, mentálna bulímia) u adolescentných dievčat stúpa. Prevenciu porúch príjmu jedla sa, žiaľ, na slovenských školách zatiaľ nevenuje dostatočná pozornosť. Na základných a stredných školách sa dôraz kladie predovšetkým na protidrogovú prevenciu a na prevenciu sociálne patologických javov, ako napr. šikanovanie, agresivita, záškoláctvo a pod. Dá sa povedať, že anorexii alebo bulímii ako problémom sa na Slovensku obvykle začne venovať pozornosť až vtedy, keď sa stanú vážnym a markantným problémom daných jednotlivcov, ktorí sa často až v dost' pokročilom štádiu ochorenia dostanú do terapeutickkej starostlivosti psychiatra alebo psychológa.

### 3.2 Vymedzenie porúch príjmu jedla

Medzi poruchy príjmu jedla zaraďujeme mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu a atypické a nešpecifické poruchy príjmu jedla, ako napr. „záchvatové prejedanie“ (Binge Eating Disorder), „syndróm nočného prejedania“ a ďalšie. Vzhľadom na frekvenciu výskytu týchto porúch v populácii sa chceme v tejto časti práce venovať problematike mentálnej anorexie a mentálnej bulímie, keďže patria u nás asi k najčastejším poruchám príjmu jedla.

V rámci vymedzenia a definovania týchto porúch uvádzame diagnostické kritériá podľa Diagnostického a štatistického manuálu (DSM-IV) Americkej psychiatrickej asociácie.

### 3.2.1 Diagnostické kritériá mentálnej anorexie podľa DSM-IV

- a) Odmietanie udržať si vyššiu telesnú hmotnosť, než je minimálna úroveň pre danú vekovú skupinu a výšku (napr. schudnutie, ktorého dôsledkom je pokles a udržanie hmotnosti o 15 % pod zodpovedajúcou normou, alebo BMI je menej ako 15,5) alebo nedostatočný prírastok hmotnosti počas rastu (ktorého dôsledkom je telesná hmotnosť o 15 % nižšia, ako je norma zodpovedajúca výške a veku).
- b) Intenzívna obava (strach) z priberania na hmotnosti a z tučnosti, a to aj v prípade, že sú pacientky veľmi vychudnuté.
- c) Narušené vnímanie vlastného tela (telesnej hmotnosti a tvaru postavy), neprimeraný vplyv tvaru postavy a hmotnosti na hodnotenie seba samej alebo popieranie závažnosti vlastnej nízkej telesnej hmotnosti.
- d) U žien absencia minimálne troch po sebe nasledujúcich menštruačných cyklov, pokiaľ nie je iný dôvod vynechania menštruácie (primárna alebo sekundárna amenorea).

#### **Špecifické typy:**

*Nebulimický (reštriktívny) typ:* počas epizódy mentálnej anorexie u pacienta nedochádza k opakovaným záchvatom prejedania.

*Bulimický (purgatívny) typ:* počas epizódy mentálnej anorexie u pacienta dochádza k opakovaným záchvatom prejedania.

### 3.2.2 Diagnostické kritériá mentálnej bulímie podľa DSM-IV

- a) Opakujúce sa epizódy záchvatového prejedania (binge eating), ktoré charakterizuje konzumácia omnoho väčšieho množstva jedla počas určitého súvislého časového úseku (napr. počas dvoch hodín), než by väčšina ľudí bola schopná zjesť v rovnakom čase. Pocit straty kontroly nad jedlom počas tejto epizódy (napr. pocit, že nemôžem prestať alebo rozhodovať o tom, čo a v akom množstve zjem).
- b) Opakujúce sa neprimerané kompenzačné správanie, ktorého cieľom je zabrániť zvýšeniu hmotnosti, napr. vyvolané vracanie, zneužívanie laxatív, diuretik alebo iných liekov, hladovky, cvičenie v nadmernej miere.
- c) Minimálne dve epizódy záchvatového prejedania týždenne aspoň počas troch mesiacov.

- d) Sebahodnotenie neprimerane závislé od tvaru postavy a telesnej hmotnosti.
- e) Porucha sa nevyskytuje len výhradne počas epizód mentálnej anorexie.

**Špecifické typy:**

*Purgatívny typ:* pravidelne vracia, zneužíva laxatíva alebo diuretiká.

*Nepurgatívny typ:* používa prísne diéty, hladovky alebo intenzívne fyzické cvičenie – nie však pravidelné purgatívne metódy.

### 3.2.3 Mentálna anorexia a mentálna bulímia – základné poznatky

Uviedli sme prehľad diagnostických kritérií mentálnej anorexie a mentálnej bulímie. Položme si však otázku: Aká by mala vlastne byť „správna hmotnosť“? Ak by sme mali odpovedať na túto otázku pomocou čísel, asi najexaktnejším je tzv. BMI (=Body Mass Index), ktorý sa vypočíta podľa rovnice:

$$\frac{\text{HMOTNOSŤ TELA (kg)}}{\text{Výška x Výška (m)}}$$

BMI sa delí do týchto tried:

	Ž E N Y	M U Ž I
Nízka hmotnosť	pod 19	pod 20
Normálna hmotnosť	19 – 24	20 – 25
Vysoká hmotnosť	25 – 30	26 – 30
Tučnota (obezita)	nad 30	nad 30

Centrálnymi príznakmi každej PPJ (porucha príjmu jedla) je odmietanie vlastného tela ako „príliš tučného“, fixácia myšlienok na potraviny, resp. na otázku „jesť alebo nejest?“. Zároveň sa dotční veľa zamýšľajú nad tým, ako je možné znížiť svoju hmotnosť, resp. ako je možné predísť aj minimálnemu prírastku na hmotnosti.

Na tomto mieste uvádzame ďalšiu klasifikáciu spolu s opisom priebehu a jednotlivých symptómov týchto ochorení – a to podľa Maderovej (1991):

► **Anorexia nervosa (nem. Magersucht)**

Nápadnou známkou akútnej anorexie je extrémna strata hmotnosti zapríčinená prísnyim hladovaním, ktorému sa dotčný, resp. dotčná dobrovoľne vystavuje. Bez ohľadu na to, ako podvyživení anorektici už sú, stále vnímajú svoje telo ako

neprijateľne tučné a majú pred každým zvýšením hmotnosti panický strach. Aby sa vyhli výčitkám príbuzných alebo priateľov, zväčša neudávajú pravdivé údaje o tom, koľko skutočne zjedli. Svoje telo skrývajú pod mnohými vrstvami oblečenia, keďže obvykle je im veľmi zima. Napriek svojej podvýžive sú veľmi ctižiadostiví a až prekvapivo výkonní. Často sú práve najlepší žiaci v triede. Často sami sebe nariadia veľa namáhavých cvičení, aby schudli, resp. nepribrali. Zvyčajne nikto z anorektikov nezačne držať diétu preto, aby sa vyhladoval až na smrť. Toto ochorenie môže začať úplne nevinnou obyčajnou diétou. Zo začiatku je im venovaná veľká pozornosť, najprv ako chvála a obdiv – kvôli štíhlej postave – a neskôr sa táto pozornosť transformuje na obavy rodičov a blízkych o zdravie a život anorektikov. Najskôr zažíva anorektik eufóriu. Až v pokročilých štádiách anorexie pôsobia postihnutí letargicky a apaticky. Myšlienky anorektikov sa fixujú – podobne ako u nedobrovoľne hladujúcich – na jedlo. Čím dlhšie choroba trvá, tým viac dochádza k záchvatom prejedania, na ktoré reagujú postihnutí vracaním, užívaním laxatív alebo extrémnymi telesnými cvičeniami. Anorexia môže plynulo prejsť do bulímie.

### **Telesné dôsledky**

Telo sa prispôsobí chronickej podvýžive: základná látková premena, frekvencia tepu, krvný tlak a telesná teplota klesajú na nízku hladinu, následkami sú dlhotrvajúca únava, neustály subjektívny pocit chladu a zimy a zápcha. Väčšina žien anorektičiek prestáva mať menštruáciu. Ďalšie extrémne hladovanie vedie k úplnému zrúteniu a extrémne nízkej hmotnosti, ktorá ohrozuje až život.

### **Alarmujúce príznaky:**

- značná strata hmotnosti
- neustále „mrznutie“ (= pocity zimy)
- strata menštruácie
- neobyčajne náročný športový program
- rozvoj zvláštnych rituálov súvisiacich s jedlom

### **► Bulímia nervosa (nem. Essucht, Brechsucht)**

Ľudia trpiaci bulímiou majú obvykle normálnu hmotnosť. Napriek tomu sú presvedčení o tom, že sú „príliš tuční“. Väčšina z nich by chcela schudnúť aspoň o 5 kilogramov. Zo začiatku táto situácia nevyzerá príliš problematicky. Zhoršuje sa však tým, že postihnutí bulímiou na jednej strane nie sú schopní dodržať svoje prísne plány diét a na druhej strane reagujú na každú odchýlku od svojich diétnych plánov strachom a ešte prísnejšími záväzkami o držaní diét. Opäť v tom zlyhávajú, a tým sa dostávajú do začarovaného kruhu. Mnohí hľadajú východisko z tejto situácie v tom, že všetko, čo zjedli, vyvrátia, alebo začnú užívať pre-

háňadlá. Začnú mať pocit, že teraz môžu jesť koľko chcú bez toho, aby pribrali na hmotnosti. Tento kolobeh jedenia a vracania prináša mnoho negatívnych pocitov, ako napr. pocity viny a hanby, odpor k sebe samému. Často sa dostávajú do vnútornej izolácie, keďže majú strach z odhalenia toho, čo robia, alebo majú pocit, že ich nikto nemôže mať rád. Depresivita ľudí trpiacich bulímiou sa stále viac a viac zvyšuje. Stupňuje sa ich nepokoj a pocity napätia, ktoré vedú ešte k silnejším záchvatom prejedania sa. Svojmu strachu z pribratia na hmotnosti unikajú prostredníctvom vracania jedla, avšak pocity viny a hanby, ktoré sú dôsledkom, vedú k ďalšiemu napätiu a nepokoju. Začarovaný kruh „jesť – vracať – jesť“ sa môže denne niekoľkokrát opakovať.

V porovnaní s anorektičkami, ktoré svoje ochorenie dlho popierajú, sú bulimičky už od začiatku pod veľkým tlakom, ktorý ich môže viesť až k myšlienkam na samovraždu. Ženy a dievčatá trpiace bulímiou sa veľmi hanbia za svoje správanie a snažia sa ho udržať v tajnosti. Čiže jedia a vracajú, ako im to umožňujú podmienky, napr. keď sú samy doma, alebo sa snažia prekryť zvuky pri vracaní pustením vodovodného kohútika alebo viacnásobným spláchnutím toalety.

#### **Telesné dôsledky:**

Neustále vracanie alebo zneužívanie preháňadiel a diuretík môže viesť k narušeniu hospodárenia s elektrolytmi, napr. k nedostatku draslíka alebo horčíka. To môže spôsobiť poruchy srdcového rytmu a nezvratné zmeny na obličkách. V dôsledku opakovaného vracania sa výrazne zvyšuje výskyt zubných kazov, môže sa poškodiť tráviaci trakt, ukladá sa voda v kĺboch, môže dôjsť k zápche a k poruchám menštruácie.

#### **Alarmujúce príznaky:**

- „miznutie potravín“
- váženie sa viackrát denne
- odchod na toaletu po každom jedle
- nápadne vysoký výskyt zubných kazov
- sčervenanie, napuchnuté oči

### 3.3 Prevencia porúch príjmu jedla

V zahraničí existujú rozličné programy, ktoré sú zamerané na prevenciu porúch príjmu jedla. Ako uvádza Grave (2003), tieto preventívne programy možno rozdeliť do 2 skupín:

1. *Programy vychádzajúce z modelu DSP (Model vzorcov správania špecifických pre ochorenie).*
2. *Programy vychádzajúce z modelu NSVS (Model nešpecifickej zraniteľnosti voči stresorom).*

Model prvej skupiny programov je založený na analýzach špecifických vzorcov správania, ktoré vedú k poruchám príjmu jedla. V tejto teoretickej koncepcii sa predpokladá, že eliminovaním špecifických rizikových faktorov porúch príjmu jedla sa zredukuje ich výskyt. Fundamentálnou potrebou na vytvorenie efektívnych preventívnych programov takéhoto typu je výskum rizikových faktorov porúch príjmu jedla.

*Rizikové faktory* porúch príjmu jedla môžeme rozdeliť na všeobecné faktory a individuálne špecifické faktory. Grave (2003) zaraďuje medzi *všeobecné rizikové faktory*: obdobie adolescencie a ranej dospelosti, príslušnosť k ženskému pohlaviu, život v „západnej spoločnosti“. Medzi *individuálne špecifické rizikové faktory* zaraďuje výskyt porúch príjmu jedla, obezity, alkoholizmu a depresie v rodine, držanie diét v rodine, sexuálne zneužívanie, kritické narážky členov rodiny alebo priateľov na vzhľad, hmotnosť alebo jedenie dotýčnej osoby atď. Ako premorbídne rizikové osobnostné charakteristiky uvádza: nízku sebaúctu, perfekcionizmus, internalizáciu ideálu štíhlosti, obezitu a úzkostné poruchy osobnosti.

Španielski autori Cervera a kol. (2003) považujú za rizikové faktory neuroticizmus a nízku sebaúctu. Výsledky ich výskumu ukázali, že vyššie hodnoty neuroticizmu zvyšovali riziko výskytu PPJ, pričom vyššia sebaúcta zasa pôsobila protektívne voči vzniku PPJ. Zistilo sa, že neuroticizmus bol silnejším prediktorom vzniku PPJ ako nízka sebaúcta.

Teoretické koncepcie druhej skupiny programov predpokladajú, že existuje nešpecifický vzťah medzi životným stresom, nedostatkom copingových schopností, nedostatkom sociálnej opory a vývinom duševných porúch. Tieto programy nie sú orientované na elimináciu špecifických rizikových faktorov porúch príjmu jedla, ale sú zamerané na to, aby u študentov rozvinuli schopnosti úspešne zvládať stres a stresové situácie.

V praxi sa vyskytujú preventívne programy vychádzajúce buď z jednej, alebo z druhej koncepcie, ale sú aj také, ktoré v sebe integrujú komponenty z oboch teoretických koncepcií.

V minulosti boli preventívne programy zamerané hlavne na sprostredkovanie vedomostí súvisiacich s anorexiou, bulímiou a zdravou výživou. Experimentálne sa zistilo, že takéto programy boli efektívne iba pokiaľ išlo o zvýšenie vedomostnej úrovne dotýčných osôb, ale neboli efektívne pri ovplyvňovaní nezdravých postojov a nevhodných vzorcov správania.

Druhá generácia preventívnych programov v sebe implikuje interaktívny a na



skúsenosti založený edukačný prístup, ktorého cieľom je zmeniť dysfunkčné postoje a nezdravé správanie. Do tejto skupiny patrí napr. preventívny program Springera a kol. (1999), ktorý je zameraný na *zmenu vnímania vlastného tela (telovej schémy)* a zmenu správania súvisiaceho s jedením.

Ďalšie programy, ako napr. preventívny program Stice a kol. (2000), využívajú *metódu kognitívnej disonancie* na ovplyvnenie internalizácie ideálu štíhlosti, nespokojnosti so svojím telom, na ovplyvnenie negatívnych emócií a bulimických symptómov.

Littleton a Ollendick (2003) odporúčajú, aby sa preventívne programy PPJ vytvárali s prihliadnutím na vývinové a osobnostné špecifiká danej skupiny, na ktorú sú orientované, aby bolo možné dosiahnuť maximálnu efektivitu preventívneho programu.

Ako vidno, v zahraničí boli realizované rozličné preventívne programy, ktoré nie je možné vzhľadom na rozsah tejto práce podrobne prezentovať. Preto tu predstavujeme podrobnejšie jeden z preventívnych programov, ktorý bol realizovaný na viacerých školách v Amerike, pričom sa zároveň experimentálne zisťovala jeho účinnosť.

### 3.3.1 Harvardský preventívny program

Tento program vytvorilo Harvardské centrum pre poruchy príjmu jedla pod názvom „**Priamo na seba: Zvyšovanie sily, zdravia a vodcovstva dievčat**“ („*Full of Ourselves: Advancing Girl Power, Health, and Leadership*“) a referujú o ňom vo svojej štúdii Steiner-Adair a kol. (2002).

Tento program bol realizovaný na vzorke asi 500 dievčat, žiačok 7. ročníka základných škôl vo veku 12 až 14 rokov. Z toho približne polovica bola zaradená do kontrolnej skupiny. Na realizovaní preventívneho programu sa zúčastnilo 24 škôl (19 štátnych a 5 súkromných) z viacerých miest, napr. Massachusetts, New Hampshire, Connecticut, Tulsa a Maine. Každá zo zúčastnených škôl vyslala pred realizáciou preventívneho programu 2 pracovníkov na školenie.

Tento program je sériou ôsmich tematických jednotiek organizovaných v týždňových sedeniach, ktoré trvajú 45 – 90 minút. Dĺžka programu bola od 8 do 15 týždňov, v závislosti od dĺžky sedenia. Skupinky tvorilo 10 až 15 dievčat. Program mal dve rozdielne fázy, ktoré boli orientované na rozličné vekové skupiny.

V prvej fáze sa skupina dievčat vo veku 12 až 14 rokov aktívne zúčastnila na preventívnom programe pod vedením dvoch vedúcich. V druhej fáze tieto dievčatá samy aktívne uskutočnili preventívne sedenia v rámci programu pre 9 až 11-ročné dievčatá.

## Štruktúra programu:

### SCHÉMA č. 1: *Harvardský preventívny program porúch príjmu jedla autorov Steiner-Adair a kol. (2002)*

1. stretnutie: NÁZOV: „*Priamo na seba*“

AKTIVITY: „Prelomenie ľadov“ – aktivita zameraná na vyvolanie vhodnej atmosféry, formulovanie základných pravidiel, brainstorming, práca s bioenergiou, aktivita zameraná na vnímanie svojho tela, „Milé telo“ – záznam do denníka.

2. stretnutie: NÁZOV: „*Politika tela*“

AKTIVITY: diskusia o premenách tela počas puberty, aktivita zameraná na skúmanie postojov k telesnej hmotnosti, odhalenie mýtov o telesnom tuku a tuku v potravinách, aktivita zameraná na vnímanie svojho tela (v trvaní 1 min.), aktivity na rozvíjanie asertivity, skupinové sľuby.

3. stretnutie: NÁZOV: „*Vyzdvihnutie našich pozitívnych vlastností*“

AKTIVITY: etnograficky orientovaná úloha zameraná na odhalenie rozdielnych postojov k hmotnosti tela v rozličných krajinách sveta, „Strom predností“ – výtvarná aktivita zameraná na identifikovanie obdivuhodných žien, aktivita zameraná na pozitívne sebahodnotenie, relaxácia zameraná na uvedomenie si hodnoty vlastného tela.

4. stretnutie: NÁZOV: „*Zápasenie s nevhodnými postojmi k telesnej hmotnosti*“

AKTIVITY: správy o etnografickom výskyte rozdielnych postojov k hmotnosti tela, hranie rolí zamerané na bojovanie s nevhodnými postojmi k telesnej hmotnosti, interview v dvojiciach – spôsob ako čeliť predsudkom, meditácia pod vedením s názvom „Ahoj telo“, aktivita zameraná na vzájomné ocenenie.

5. stretnutie: NÁZOV: „*Masmediálna gramotnosť*“

AKTIVITY: voľné písanie na tému „10 vlastností, ktoré sa mi páčia“, definovanie osobných hodnôt v porovnaní s hodnotami, ktoré prezentujú masmédiá, koláž – skupinová výtvarná aktivita, aktivita zameraná na vnímanie svojho tela (v trvaní 3 min.), dizajn – vytvorenie vlastného časopisu, kampaň – písanie listov vydavateľom časopisov a reklamným spoločnostiam, kreslenie obrysov tela.

6. stretnutie: NÁZOV: „*Diétne dilemy*“

AKTIVITY: kvíz zameraný na rozptýlenie mýtov o módnych diétach, definovanie emocionálneho hladu atď., hranie rolí na tému „Ako dostať zdravý rozum“, atletické hry, alebo aktivity vo voľnej prírode.

7. stretnutie: NÁZOV: „*Základy výživy*“

AKTIVITY: dotazník o jedení, aktivita zameraná na uvedomovanie si svojich pocitov pri jedení, aktivita zameraná na zdravú výživu s názvom „Mami, toto môžem? ... Ako nakrmiť svoju dcéru, aby bola zdravá...“, piknik v parku.

8. stretnutie: NÁZOV: „*Sila pozitívneho konania*“

AKTIVITY: psychodráma – „sochy našich tiel“, aktivita zameraná na nácvik copingových stratégií, význam emocionálneho hladu, zoznam ďalších druhov hladu (duchovný, intelektuálny, kreatívny atď.), aktivita – „Ako pomôcť priateľovi?“, osobné predsavzatia.

Vo výskume účinnosti tohto preventívneho programu bolo použitých viacero metód (dotazníkov a škál), ktoré boli zadané zúčastneným pred, vzápätí po a s odstupom 6 mesiacov po realizácii preventívneho programu. Signifikantné rozdiely boli zistené medzi experimentálnou a kontrolnou skupinou v škále vedomostí, týkajúcich sa výživy a zdravia, a v škále úcty k svojmu telu (The Body Esteem Scale), pričom tieto rozdiely boli signifikantné aj po šiestich mesiacoch od realizácie preventívneho programu. Ukázalo sa však, že u zúčastnených nedošlo k zmenám správania súvisiacich s jedením, ako napríklad držanie diét alebo vo frekvencii pokusov znížiť svoju telesnú hmotnosť. Vyplýva z toho teda, že realizáciou tohto preventívneho programu sa nepodarilo ovplyvniť všetky skúmané aspekty, ale iba niektoré.

### 3.4 Odporúčania pre pedagogických pracovníkov

Maderová (1991) uvádza tieto odporúčania pre učiteľov a učiteľky: Ak pracujete so skupinou mladých ľudí, je vysoká pravdepodobnosť, že sú medzi nimi aj dievčatá a chlapci, ktorí trpia vážnou poruchou príjmu jedla. Asi najnápadnejší medzi nimi sú tí, ktorých porucha príjmu jedla vedie k problémom s hmotnosťou, t. j. anorektici alebo obézni. Pričom bulimici, ak majú normálnu hmotnosť, nie sú vôbec nápadní a učiteľ si ich obvykle vôbec ani nevšimne. Bez ohľadu na to, či existuje konkrétne podozrenie o výskyte žiaka s PPJ v triede, má zmysel zaoberať sa v rámci vyučovania témami porúch príjmu jedla. Aj keď sa možno nepodarí zmeniť postoje k držaniu diét u žiakov alebo predsudky voči tzv. tučným ľuďom – napriek tomu by mali byť mladí ľudia informovaní o takýchto javoch. Pre mladých ľudí trpiacich poruchami príjmu jedla je dôležité vedomie, že je tu niekto, kto pochopí ich problémy a kto im môže dať kontakt na niekoho, kto im poskytne odbornú pomoc. Často práve mladí trpiaci bulímiou majú nízke sebavedomie

a považujú sa za abnormálnych, a preto im môže pomôcť, ak si uvedomia, že nie sú jediní s takýmto problémom a že takouto poruchou trpí mnoho ľudí. Je dobré počas hodiny, ktorá je venovaná problematike porúch príjmu jedla, rozdať všetkým žiakom informačné listy, na ktorých sú praktické rady ako postupovať a kontakty na odborníkov, ktorí poskytujú poradenstvo v tejto oblasti.

Ak máte podozrenie, že niekto zo žiakov trpí poruchou príjmu jedla, berte toto podozrenie vážne. Bolo by vhodné porozprávať sa s dotýčným človekom, alebo ak s ním nemáte vzťah, tak upozorniť niektorého z kolegov, ktorý ho lepšie pozná a mohol by sa s ním porozprávať o jeho probléme. Obvykle mladý človek postihnutý PPJ redukuje seba samého iba na problém s hmotnosťou – preto by sme tento jeho postoj nemali podporovať. Hoci môže zo začiatku reagovať odmietavo – len zriedka sú títo mladí ľudia pripravení hovoriť otvorene o svojej poruche príjmu jedla – jednako môže byť takýto rozhovor pre neho rozhodujúcim podnetom na vyhľadanie pomoci. V každom prípade by ste ho mali odporučiť na konkrétne miesta v blízkosti jeho bydliska, ktoré sa zaoberajú poradenstvom ľuďom trpiacich PPJ. Aj keď dotýčný žiak alebo žiačka môže reagovať vyhýbavo alebo odmietavo, dajte najavo svoje pochopenie pre túto jeho rezervovanosť a dajte mu pocítiť, že ste aj naďalej otvorený voči rozhovoru s ním. V prípade, že máte s dotýčným otvorený rozhovor, radšej by ste mu nemali dávať nejaké vlastné rady. Namiesto toho poukážte na dôležitosť psychoterapeutického poradenstva. Veľmi dôležité je presvedčiť ich o tom, že je dôležité vyhľadať lekára. Ako učiteľ by ste mali kontaktovať rodičov len v extrémnych prípadoch, keďže obvykle si mladý človek neželá, aby sa o tom dozvedeli jeho rodičia.

### **Kazuistika č. 1 (Príbeh učiteľky)**

„Stalo sa to pred 10 rokmi, keď ma oslovila jedna matka kvôli anorexii svojej dcéry. Až potom som sa viac informovala o tejto poruche. Odvtedy som sa stala vnímavejšou voči týmto problémom a až teraz si občas všimnem v triedach, kde učím, dievčatá trpiace PPJ. Počas bežného školského roka a každodenného vyučovania je ťažké si to všimnúť a niekedy to trvá dlho, ale na triednych výletoch alebo po letných prázdninách je omnoho ľahšie odhaliť, keď má niekto zo žiačok alebo žiakov poruchu príjmu jedla. Typické je napr. vymieňanie jedla. Raz som mala žiačku, ktorá si náhle vymenila svoj obed s mäsom, haluškami a polievkou s niekým iným za 5 jablák... Typické sú aj zvesené ramená a až po končekom prstov dlhé rukávy. Niet sa čo diviť. Tieto dievčatá mrznú, ich ruky sú studené ako ľad a modré. Alebo sa vám môže stať, že po letných prázdninách, keď sa žiaci vrátia do školy, zbadáte dievča, ktoré veľmi schudlo. V takýchto prípadoch dané dievča oslovím a pokúsim sa s ním porozprávať. V každom prípade sa snažím dať im kontakt na terapeutov alebo poradenské miesta. Zatiaľ sa mi vždy

stalo, že ma dotyčné žiadali, aby som o tom nehovorila s ich rodičmi. Snažím sa to rešpektovať. Ak by som však mala dojem, že dotyčná žiačka alebo žiak sú natoľko podvyživení, že tento stav ohrozuje ich život, kontaktovala by som ich rodičov, aj keby si to žiaci neželali. Po určitom čase sa potom spýtam dotyčnej, resp. dotyčného, či vyhľadal terapeuta alebo poradenské miesto. Zatiaľ to vo väčšine prípadov dievčatá spravili.“

#### **Zdravotné dôsledky nedostatočnej výživy (podľa Krcha, 2003):**

- citlivosť na chlad
- celková únavnosť, svalová slabosť a spavosť
- poruchy spánku
- žltkastá a praskajúca pleť, zvýšený rast ochlpenia po celom tele, riedke, suché a lámavé vlasy
- zvýšený výskyt zubných kazov
- spomalenie funkcie čriev – zápcha
- nepravidelná menštruácia
- ochorenia srdca, napr. bradykardia a arytmia
- oslabený krvný obeh, málokrvnosť, pomalý pulz, zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- nedostatok živín poškodzuje pečeň, ktorá nie je schopná vyrábať dostatok telesných bielkovín (dôsledkom môžu byť opuchy)
- odvápnenie kostí, ktoré sú tenké a krehké
- slabý močový mechúr, častejšie nutkanie na močenie
- pocity nevoľnosti spojené so zmenšením žalúdka (v dôsledku zvýšeného pôsobenia žalúdočných štiav môže dôjsť k vzniku žalúdočných vredov)
- oslabenie celkovej obranyschopnosti organizmu
- u mladých dievčat sa môže spomaliť rast a oneskoriť puberta
- nebezpečenstvo podvýživy a dehydratácie výrazne narastá s klesajúcim vekom a telesnou hmotnosťou chorého
- pomerne častou pôrodnou komplikáciou býva pri bulímii predčasný pôrod a nízka pôrodná hmotnosť dieťaťa

#### **Kazuistika č. 2 (Príbeh bulimičky)**

„Štyri roky som viac vracala ako jedla. Keď som pochopila, že som vlastne chorá, pokúšala som sa vyhľadať pomoc u rôznych liečiteľov, avšak márne. Rovnako to bolo i s psychiatrami, keď som začala mať depresie. Každý deň som si hovorila, že zajtra musím začať niečo robiť. Miesto toho, aby som svoje problémy riešila, stále som ich odkladala. Začalo to s diétami a bulímiou, pokračovalo to v škole, doma i s priateľom. Nakoniec som nemala už kam utiecť. Uvažovala som aj

o samovražde. V tom období som si uvedomila, že musím začať sama. Chcela som s tým niečo spraviť aj kvôli mamke, keď som videla, ako sa trápi. Zakázala som si vracat' a kúpila som si obedy. Každé jedlo som si písala a každý deň som rozmýšľala, čo robím zle. Prestala som myslieť na svoju postavu, myslela som na to, čo všetko by mohlo byť iné. Pomaly sa všetko začalo zlepšovať. Viac než rok som už v poriadku a na obdobie, keď som v hlave mala len jedlo, spomínam ako na niečo desivé. Teraz jem všetko normálne, moje kilogramy ma netrápia a som si istá, že som to vyriešila.“

### 3.5 Záver

Mentálna anorexia a mentálna bulímia sa v posledných rokoch vyskytujú nielen v západných krajinách, ale aj na Slovensku čoraz častejšie. Majú komplexný charakter a ich incidencia je závislá od rôznych kultúrnych a spoločenských vplyvov. Prehľadové štúdie účinnosti preventívnych programov porúch príjmu jedla (Franko, 2001; Franko, Orosan-Weine, 1998 a ďalšie) poukazujú na to, že efektivita týchto programov je rôzna, a závisí od typu programu, resp. od toho, z akej teoretickej koncepcie daný program vychádza. Je preto dôležité, aby pri implementácii takýchto preventívnych programov do našich slovenských škôl boli vybrané vhodné programy s vyššou efektivitou a aby sa v budúcnosti vhodným spôsobom adaptovali na naše podmienky, prihliadnuc na kultúrno-spoločenské špecifiká našej krajiny.

### 3.6 Zoznam použitej literatúry

- CERVERA, S., et al. (2003) *Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study*. International Journal Of Eating Disorders, 33 (3): s. 271 – 280.
- FRANKO, D. L. (2001) *Rethinking prevention efforts in eating disorders*. Cognitive And Behavioral Practice, 8 (3): s. 265 – 270.
- FRANKO, D. L., OROSAN-WEINE, P. (1998) *The prevention of eating disorders: Empirical, methodological, and conceptual considerations*. Clinical Psychology-Science And Practice, 5 (4): s. 459 – 477.

### 3. Psychologické aspekty porúch príjmu jedla

- GRAVE, R.D.(2003) *School-based prevention programs for eating disorders-Achievements and opportunities*. Disease Management & Health Outcomes, 11 (9): s. 577 – 591.
- KRCH, F.D. (1999) *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada 1999.
- KRCH, F.D. (2002) *Mentální anorexie*. Praha: Portál 2002.
- KRCH, F.D. (2003) *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada 2003.
- LITTLETON, H. L., OLLENDICK, T. (2003) *Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented?* Clinical Child And Family Psychology Review, 6 (1): s. 51 – 66.
- MADER, P. (1991) *Esstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Wuppertal: Barmer 1991.
- SPRINGER, E. A., et al. (1999) *Effects of a body image curriculum for college students on improved body image*. International Journal Of Eating Disorders, 26 (1): s. 13 – 20.
- STEINER-ADAIR, C., et al. (2002) *Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice*. International Journal Of Eating Disorders, 32 (4): s. 401 – 411.
- STICE, E., et al. (2000) *Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment*. International Journal Of Eating Disorders, 27 (2): s. 206 – 217.

