



PhDr. Lenka Procházková, Ph.D.

Odborná asistentka Katedry tělesné výchovy a výchovy ke zdraví Pedagogická fakulta MU.

Působí jako odborná asistentka na Katedře tělesné výchovy a výchovy ke zdraví Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity. Vystudovala magisterský obor biologie a rodinná výchova na stejnojmenné fakultě a následně pokračovala doktorským studijním programem, který úspěšně dokončila v roce 2014.

Již při magisterském studiu se začala zajímat o problematiku poruch příjmu potravy. Téměř deset let se věnuje přednáškové, publikační a výzkumné činnosti zaměřené zejména na tuto tematiku a po stejnou dobu spolupracuje s Centrem Anabell, které pomáhá osobám s poruchou příjmu potravy a jejich blízkým.

Poruchy příjmu potravy z hlediska možnosti preventivních opatření školy a učitele

Ačkoliv kořeny problematiky poruch příjmu potravy sahají až do středověku a tato tematika není v současnosti opomíjená, jako tomu bylo například v minulém století, přesto stále neexistuje žádný jednoznačný recept na léčbu. Poruchy příjmu potravy, jež nejčastěji bývají determinovány mentální anorexií a bulimií, patří mezi nejčastější a současně nejzávažnější problémy dospívajících dívek a mladých žen. Vzhledem k četnosti svého výskytu a k dramatickému průběhu se staly častým tématem odborné i laické veřejnosti.

Vyhublost, nadměrná sebekontrola v jídle, neustálé nutkání k jakémukoliv pohybu, tak by se zjednodušeně daly popsat základní příznaky anorexie. U bulimie, která je charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, se setkáme s pocitem úlevy spojeným s vyprázdněním, ale paradoxně někdy i s přejedením, které může být velmi relativní. Subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem bývá důležitějším ukazatelem než skutečně zkonsumované množství jídla. Zvýšený strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost jsou charakteristickými znaky pro mentální anorexii i bulimii, u mentální bulimie se ovšem nemusí vyskytovat závažnější úbytek hmotnosti. Poruchami příjmu potravy jsou nejvíce ohroženy dívky a mladé ženy ve věku 13–25 let.¹⁾ Je to věk, kdy mnohé hledají místo ve společnosti a mezi vrstevníky. Školní věk vnáší mimo jiné zásadní změny do přístupu k vlastnímu tělu a do stravovacích zvyklostí žáků. Už osmiileté dívky uvádějí, že nejsou se svým tělem spokojeny. Strach z tloušťky a dietní tendence tak ovlivňují život stále mladších věkových kategorií, zejména dívek. Vhodným výchovným působením, zvláště pak v kritickém věku nastupující puberty, je možné vhodnou prevencí poruchám příjmu potravy u dětí předcházet. Základ prevence spočívá v rodině, avšak i škola by měla využít svých možností a žáky pomocí primární prevence nejen informovat, ale také je vést ke zdravým stravovacím návykům, podporovat pozitivní sociální klima a v neposlední řadě vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování, kam poruchy příjmu potravy bezesporu patří.

Mimo výše jmenovanou mentální anorexii a bulimii existují i méně známé poruchy příjmu potravy. Nevyskytují se sice tak často, i přesto jsou pro dospívající populaci nebezpečné, pojďme si je stručně přiblížit.

Záchvatovité přejídání

U této poruchy se vyskytují opakované epizody přejídání bez hladovek nebo vyvolávaného zvracení, cvičení nebo užití projímadel. Během jedné epizody člověk zkonsumuje velké množství potravin (např. i jídlo, které mu běžně nechutná), přestože nemá hlad ani chuť. Jídlem zahání nudu, zklamání, osamělost nebo nervozitu.

Noční přejídání

Jak název napovídá, ke konzumaci většiny denního jídla dochází až po večeři a v noci. Charakteristická pro tuto problematiku je nespavost a po ránu nechutenství. Spouštěčem onemocnění je zejména držení diety a celkové narušení jídelního režimu, např. v období zvýšeného stresu.

Ortorexie

Jedná se o patologickou posedlost zdravou výživou. Lidé

nejsou schopni sníst nic jiného než to, co neobsahuje žádné konzervační látky, barviva, cukr, sůl, bílou mouku, průmyslově zpracované potraviny atd. Dodržování zdravého životního stylu a přemýšlení nad složením jídla zabírá nemocnému mnoho času. Strach, že jídlo není zdravé, může vést k výrazné podvaze a ke zúžení spektra potravin na minimum. Člověk jí pouze určité potraviny (např. speciální biopotraviny), což může vést k sociální izolaci, jelikož takové jídlo nelze koupit všude.

Drunkorexie

Strach z přibírání vede k záměrné redukci příjmu potravy s cílem snížit příjem energie za účelem zvýšeného pití alkoholu, který je kalorický. Tento méně známý typ poruch příjmu potravy byl zaznamenán zejména u dospívající mládeže v USA, kde statistiky popisují, že až 30 % dospívajících dívek vynechává jídlo, aby mohly pít více alkoholu. Neuvědomují si, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává rychleji a do jater se dostává za podstatně kratší dobu, což zesiluje účinek alkoholu a jeho vstřebávání v mnohem vyšší dávce. K razantnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti a také ke snížení schopnosti vnímat únavu dochází při míchání alkoholu s různými energetickými nápoji. V této souvislosti byly popsány případy náhlého úmrtí, případně celkový kolaps organismu již u adolescentů.

Bigorexie

Vyskytuje se spíše u mužů (nejčastěji kulturistů). Jde o posedlost vlastním vzhledem a snahu dosáhnout velké fyzické zdatnosti a svalové hmoty. Nemocní si připadají stále nedostatečně vyvinutí, malí, slabí. Dochází ke zneužívání anabolických steroidů a jiných látek, které podporují růst svalové hmoty. Odborná literatura popisuje tuto duševní poruchu také jako variantu dysmorfofobie (nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vypadající osoby) nebo bývá označována také jako Adonisův komplex. Mezi hlavní rizika patří poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním, nevyváženou stravou a nadužíváním doplňků stravy, které mohou poškodit trávicí systém, ledviny a játra. Jelikož se známé i méně známé poruchy příjmu potravy začínají objevovat u stále mladších dětí, je vhodné na ně působit určitými preventivními opatřeními již kolem desátého roku věku, tj. nejpozději při přechodu na 2. stupeň základní školy. V ideálním případě bychom se s prevencí měli setkávat již od narození, tedy v rodině, např. kladným postojem ke stravování, budováním zdravého sebevědomí, úctou k sobě samému. Následně poté prevenci rizikových jevů realizuje škola, respektive učitel. Blíže se tematice prevence v této souvislosti věnujeme dále.

Prevence poruch příjmu potravy

Prevence může mít charakter předcházení vzniku spole-

čensky nežádoucího jevu, v tom případě se jedná o prevenci primární, kterou se vzhledem k povaze článku budeme zabývat nejpodrobněji. Dalším stupněm je prevence sekundární, která odpovídá včasnému rozpoznání (příp. i vyhledání) sociálních a zdravotních problémů, které již vznikly, a jejich odborné nápravě (léčbě), případně zamezení rozšiřování negativního zdravotního či sociálního jevu. A poslední je prevence terciární, jež zamezuje recidivě společensky nežádoucího jevu či komplikacím určité nemoci. Všeobecná primární prevence, jak ji ve svých materiálech popisuje MŠMT, je orientována na skupinu, respektive v tomto konkrétním případě na třídu, která prozatím neprojevila žádné rizikové chování, tzn. poruchy příjmu potravy ve třídě prozatím nebyly zaznamenány. Tento typ prevence má za úkol obohatit žáky o nové informace zahrnující rizika a úskalí rizikového chování a naučit je potřebným dovednostem, které jim pomohou orientovat se v situaci, ve které se s těmito jevy setkají. Mnohdy právě spolužák/čka mohou být těmi, kdo na problém u kamaráda/ky učitele upozorní.

Role školy v primární prevenci

Je více než jasné, že škola nemůže nahradit výchovu v rodinném prostředí, ale může se snažit napravit a odstranit nedostatky, které si žáci do školního prostředí přinesou. Je samozřejmostí, že bez vzájemné spolupráce školy a rodiny nebude prevence rizikových forem chování dostatečná. Škola pomáhá žákům vstupovat do společnosti, kde bude jejich život realizován, stává se ústředním bodem primární prevence, a to pro nejpočetnější cílovou skupinu z hlediska preventivního působení směřujícího k dětem, mládeži a k mladým dospělým. Školní prostředí vytváří pro prevenci zcela specifický charakter, jelikož je schopné díky svému přístupu a vlivu na žáka zařadit preventivní aktivity nejen do výuky.

Jak může učitel rozpoznat poruchy příjmu potravy

Zejména ve škole existuje vysoká pravděpodobnost, že učitel může zachytit první známky poruch příjmu potravy včas. Proto je velmi přínosné znát konkrétní projevy poruch příjmu potravy, které mohou učitele upozornit, že se s žákem něco děje. Níže popsané projevy jsou součástí e-learningové aplikace, kterou autorka článku vytvořila ve spolupráci s Centrem Anabell, zejména pro učitele předmětu výchova ke zdraví, jako jednu z možností primární prevence této problematiky.

Projevy poruch příjmu potravy mohou být následující:

- Změny v hmotnosti – u žáka/yně došlo k výraznému zhubnutí např. po prázdninách, v případě, že se nejednalo o vážnější onemocnění spojené s úbytkem hmotnosti a nechutenstvím. V případě problémů s mentální bulimií či přejídáním dochází k rychlému zvyšování nebo k poměrně velkým výkyvům v hmotnosti.
- Nápadná izolace od ostatních – lze si jí všimnout zejména v případech, kdy dítě bylo dříve do kolektivu bez problémů zapojeno, nyní se spolužáků spíše straní, nevyhledává jejich přítomnost.
- Ztráta zájmů – obzvláště typických pro dospívající, jako jsou večírky, návštěva diskotéky atd. Najednou jsou spíše introvertní, posmutnělí, působí zamyšleně, vážně.
- Snaha o precizní výkony – bývá charakteristická obvykle ve všech předmětech, později ale dochází ke zhoršení prospěchu, nesoustředěnosti, únavě, dokonce až k apatii téměř ve všech školních činnostech.
- Aktivní pohyb – obzvláště učitelé tělesné výchovy si mohou všimnout nadměrné fyzické aktivity při tělocviku. V jiných předmětech lze postřehnout neklid při sezení v lavici, o přestávkách nápadně vybíhání schodů, dívka má potřebu se neustále hýbat.
- Výrazný důraz na vzhled – ale zároveň nejisté chování a stud před ostatními, např. při návštěvě bazénu, kdy se musí svléknout do plavek. Zpočátku preferují dívky přiléhavé oblečení, aby zdůraznily štíhlost, posléze nosí raději volné oblečení, aby zakryly svou vyhublost, na kterou je již okolí upozorňuje.
- Zhoršení zdravotního stavu – dívkám se zhorší kvalita vlasů, pleť, jsou často nemocné, v souvislosti s anorexií se může

objevit lanugo (nadměrné ochmýření po celém těle), jsou nápadně zimomřivé i v letních měsících.

- Zhoršení psychického stavu – často se objevují depresivní nálady, reagují podrážděně a precitlivěle.
- Změny v chování při jídle – nejprve dochází k vynechávání svačín, které bývají nejčastěji vyhazovány do koše. Postupem času jsou vynechávány obědy ve školní jídelně a následně se dívky vyhýbají téměř všem společným aktivitám kvůli jídlu, např. různým výletům, školním akcím, kde je společné stravování, odmítají jídlo před ostatními, mají různé výmluvy, proč nemohou právě nyní jíst.
- Pokud někdy dojde ke společnému stravování a dítě jí s ostatními, vyžaduje menší porce a úzkostlivě srovnává své jídlo s jídlem druhých. Velmi časté a nápadné je zejména posuzování obvyklých porcí potravin jako obrovských, které není možné sníst. V případě anorexie jí dívka/chlapec velmi pomalu (mnohdy i hodinu a déle), po malých soustech, jídlo důkladně žvýká, vybírá z talíře, co bude jíst a co ne, v jídlu se tzv. nimrá. V případě problémů s přejídáním si učitel může všimnout, že jídlo sní velmi rychle, hltavě, někdy i v různých neobvyklých kombinacích.
- Změny ve složení jídelníčku – změni si může všimnout nejen učitel, ale také spolužáci. Nemocní velmi rozhodně odmítají tučná nebo sladká jídla, také energeticky vydatné pokrmy, ale i běžné potraviny jako např. pečivo a maso, kdy argumentují tím, že jsou ta jídla „nezdravá“ a oni preferují převážně dietní potraviny (light jogurty a zejména zeleninu). Někdy hodně pijí, čímž zatěžují ledviny, nebo naopak nepijí vůbec, z čehož jim hrozí dehydratace. Velmi dobře znají kalorickou hodnotu potravin a pečlivě studují etikety a obaly na potravinách.
- Mentální bulimie je na rozdíl od typické anorektické „vyhublosti“ hůře rozpoznatelná. I to je jeden z důvodů, proč lze říci, že je zrádnější. Nemocné dívky dokáží svou nemoc dlouhodobě tajit, jelikož se za přejídání a následné zvracení či jiné pročišťování stydí, okolí si žádných příznaků nemusí dlouhou dobu všimnout. Pokud se dívka často a dlouho zdržuje na toaletě, občas se ztrácí jídlo, dochází k výkyvům hmotnosti, můžeme pojmout podezření na mentální bulimii.



Jak se chovat k žákovi s podezřením na poruchu příjmu potravy

Při komunikaci s dítětem/žákem s poruchou příjmu potravy je důležité nezapomínat na to, že se jedná o psychické onemocnění, většinou bez náhledu a motivace nemocného k léčbě, onemocnění samotné vede ke lhaní, podvádění, výmluvám. Dívky s poruchou příjmu potravy bývají velmi citlivé, inteligentní, přemýšlivé, zároveň pochybovačné, nedůvěřivé, v souvislosti s tímto onemocněním mívají pocit, že jim blízcí lžou o postavě i jídle a snaží se je jen vykrmit. Učitel může nabídnout pomoc, být oporou, ale nepomůže řešit problém za nemocného; měl by si se žákem dohodnout pravidla (cvičení, zkoušení) a přistupovat k žákovi stejně jako ke zbytku třídy. Důležité je žáka neochraňovat, ale zabránit případné šikaně a jeho stigmatizaci. Je vhodné žáka vtahovat do skupinového dění, zabránit další izolaci a uzavřenosti. Učitel by měl být trpělivý, laskavý, taktní, ale zároveň pevný. Neměl by dělat nic bez vědomí nemocného (např. kontaktovat bez vědomí žáka rodiče, kamarády), měl by budovat vzájemnou důvěru mezi ním a žákem, což je velmi důležité. Učitelé výchovy ke zdraví, metodici prevence, ale také školní psychologové hrají významnou roli v prevenci, identifikaci a v léčbě poruch příjmu potravy. Je velmi důležité, aby dokázali identifikovat ohrožené jedince, implementovat školní preventivní programy, učinit vhodná doporučení a podporovat žáky, kteří se zotavují z poruch příjmu potravy. Včasný zásah a preventivní snahy výše zmíněných učitelů, metodiků a psychologů jsou podstatné pro dosažení pozitivního vnímání vlastního těla a k podpoře žáků k rozvoji zdravého životního stylu osvobozeného od fyzického a psychologického nebezpečí těchto poruch.

Některé možné kroky při podezření na poruchy příjmu potravy

- Učitel je často první, kdo zaznamená, že se u žáka rozvíjejí známky anorexie či bulimie. Při podezření na poruchu příjmu potravy se pedagog může držet následujících bodů:
- Promluvit si s nemocnou dívkou/chlapečkem o svých pocitech a obavách z onemocnění poruchou příjmu potravy („*Myslím si, že jsi v poslední době hodně zhubla. Mám obavy o tvé zdraví a domnívám se, že možná máš problémy s jídlem.*“).
- Nabídnout pomoc („*Pokud budeš chtít, tak bych ti ráda pomohla, můžeš za mnou kdykoli přijít.*“).
- S vědomím dívky/chlapce kontaktovat rodinu („*Mám o tebe vážně starost. Myslím, že je správné, abychom o tom řekli rodičům, nemusíš se bát, vysvětlím jim to.*“).

Společně naplánovat další postup tak, aby nedocházelo k rozvoji nemoci, zejména co se týče:

- cvičení ve škole (cvičení při podvaze je rizikové a mělo by být omezeno, samozřejmě s vysvětlením, proč je takový krok nutný, je důležité alespoň na nějaký čas přestat s vrcholovým sportem a s rizikovými zájmy, jako je např. gymnastika, modeling, balet, tanec);
- stravování ve škole (měla by být dohodnuta pravidla kontroly nemocného, většinou jde o konkrétní domluvu mezi rodiči a učitelem, metodikem prevence, případně školním psychologem);
- školní přípravy doma nebo v případě hospitalizace (pohlídat čas, který nemocní věnují učivu, někdy je ho příliš mnoho, úkoly jsou vypracovávány perfekcionisticky, někdy je plnění úkolů odkládáno, nelze se soustředit, pocit tlaku vyhovět však může vést k frustraci a k přejídání jako k řešení situace).
- většinou je vhodné vypracovat individuální plán (je obtížné uvést příklad, neznáme konkrétní situaci, nevíme, zda byla dívka hospitalizovaná, s jakou hmotností se vrátila z nemocnice, a další aspekty, které je nutné při tvorbě individuálního plánu znát).

Pokud není komunikace s nemocným možná, je vhodné kontaktovat organizace věnující se problematice poruch příjmu potravy (např. Centrum Anabell) a poradit se o dalším postupu. Je podstatné si uvědomit, že učitel nemůže nahradit roli rodičů, hlavní a nejdůležitější faktor pro dítě je rodič. Rodina je důležitá pro rozvoj sebevědomí, osobnosti dítěte a dalších mnoha aspektů. Učitel může nasměrovat, doporučit, být nápomocný. Žádná instituce nemůže dítě zachránit. Učitel nemůže být terapeutem, přesto je důležité, aby znal možnosti a meze v prevenci poruch příjmu potravy, které byly ve článku stručně nastíněny.

Další potřebné důležité rady a kontakty je možné nalézt na webových stránkách Centra Anabell www.anabell.cz, které nabízí komplexní služby v oblasti poruch příjmu potravy. Kromě jiného jsou zde zdarma ke stažení různé publikace věnující se této problematice.

Použitá literatura je k dispozici v redakci.

Internetové stránky vhodné k seznámení s problematikou: www.anabell.cz

¹⁾Udávaný počet nemocných chlapců/mužů k počtu dívek/žěn je v poměru 1 : 10 až 1 : 20. Proto v dalším textu budeme o nemocných hovořit převážně v ženském rodě.