

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní
antropologie

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ
V PRAXI SOCIÁLNÍ PRÁCE**

**CHILDREN'S EATING DISORDER IN
PRACTICE OF SOCIAL WORK**

Bakalářská diplomová práce

Gabriela Zatloukalová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2014

Autorské prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla všechny zdroje, ze kterých jsem čerpala.

V Olomouci

Obsah

Úvod	1
1. Potrava a její význam pro člověka	3
2. Vymezení poruch příjmu potravy.....	6
2.1 Kategorizace a charakterizace poruch příjmu potravy	6
2.1.1 F50.0 mentální anorexie	6
2.1.2 F50.2 mentální bulimie.....	7
2.1.3 Ostatní poruchy příjmu potravy	8
2.2 Diagnostická kritéria	10
2.3 Příznaky poruch příjmu potravy.....	11
3. Rizikové faktory	15
3.1 Psychosociální faktory	15
3.2 Osobnostní faktory	16
3.3 Situační a rodinné faktory	16
3.4 Genetické aspekty poruch příjmu potravy.....	17
4. Zdravotní komplikace spojené s poruchami příjmu potravy.....	18
4.1 Kardiovaskulární komplikace.....	18
4.2 Endokrinní komplikace – ženský reprodukční systém.....	19
4.3 Renální komplikace	19
4.4 Gastrointestinální komplikace	20
4.5 Kosterní komplikace.....	20
4.6 Hematologické a imunologické komplikace	21
4.7 Neurologické komplikace.....	21
4.8 Metabolické komplikace	22
4.9 Dermatologické komplikace.....	22
5. Posuzování tělesné hmotnosti	23
6. Poruchy příjmu potravy u dětí a jejich léčba.....	26
7. Zaměření a funkce sociální práce v kontextu poruch příjmu potravy.....	29
8. Poruchy příjmu potravy u dětí v praxi sociální práce	32
8.1 Přístupy v sociální práci a jejich využití při práci s dětmi s poruchami příjmu potravy	33

8.2 Využití metod sociální práce v praxi poruch příjmu potravy u dětí.	35
9. Sociální terapie.	37
9.1 Obsah, cíle a nástroje sociální terapie při práci s dětmi s poruchami příjmu potravy.	39
9.2 Speciální techniky sociální terapie.	42
10. Prevence poruch příjmu potravy u dětí.	44
11. Kompetence a role sociálního pracovníka.	46
Závěr.	48
Seznam literatury.	50
Elektronické zdroje.	53
Internetové zdroje použitých obrázků.	55
Příloha – Příručka pro sociálního pracovníka	
Anotace	
Podklad pro zadání ZP	

Úvod

V roce 2012 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami F50.0 – F50.9 (poruchy příjmu potravy) 3 461 pacientů a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 330 případů (www.uzis.cz, 2014).

Téma poruch příjmu potravy sice za posledních dvacet let není již žádné tabu, na druhou stranu je stále velmi ožehavé. Ideály krásy čím dál více a více hubnou, doba je uspěchaná. Jsou na nás kladeny velké nároky jak v pracovním, tak i osobním životě. To vše se pochopitelně přenáší i na naše děti. A právě děti ve své citlivosti vnímají tlak společnosti na vizuální dokonalost o to silněji.

Poruchami příjmu potravy v praxi sociální práce jsem se rozhodla zabývat právě kvůli již zmíněnému tlaku na vnější dokonalost na jedné straně a stále se roztahující sféře rychlého a nezdravého stravování, jež na nás křičí z reklam a médií a už na malých dětech je toto ovlivňování znát. A právě sociální pracovník je ten, který přichází do styku s dětmi a rodinami v těchto těžkých životních situacích. Náprava funkčnosti rodiny je převážně na jeho bedrech, proto je potřeba, aby sociální pracovník měl dostatečné povědomí o problematice poruch příjmu potravy.

Téma zdravého a správného stravování a životosprávy dětí a dospívajících je už tak alarmující, že i ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy na tuto problematiku zaměřila svou pozornost a shodla se na potřebě většího pohybu školáků a úpravy stravování v rámci školy (školní jídelny a hlavně automaty se sladkostmi, sladkými nápoji a bagetami) i mimo ni (www.mzcr.cz, www.msmt.cz).

Práce bude rozdělena do dvou pomyslných částí, jež se skládají ze třinácti kapitol a několika podkapitol. První část práce se bude věnovat potravě a jejímu významu pro člověka, posouzení tělesné hmotnosti a poruchám příjmu potravy – jejich vymezení, rizikovým faktorům, zdravotním komplikacím, poruchami příjmu potravy u dětí a jejich léčbou. V druhé části práce se budu snažit tuto problematiku propojit se sociální

práci – jejím zaměřením a funkcí v kontextu s poruchami příjmu potravy, poruchami příjmu potravy u dětí v praxi sociální práce. Nemalá pozornost bude věnována sociální terapii při práci s dětmi a jejich rodinami a využití metod sociální práce v praxi poruch příjmu potravy. Krátkou kapitolku bych ráda věnovala také kompetencím sociálního pracovníka, protože jeho role je v problematice poruch příjmu potravy klíčová, a proto jsou jeho schopnosti důležité při rehabilitaci dítěte a jeho rodiny. Konec práce věnuji tomu nejdůležitějšímu - prevenci těchto poruch u dětí. Zde zmíním některé herní techniky, které nenásilnou formou učí děti sebeúctě, o zdravé výživě či o poruchách příjmu potravy.

Cílem této bakalářské práce bude shrnutí nejdůležitějších poznatků o poruchách příjmu potravy u dětí a jejich využití v praxi sociální práce. Zároveň bych ráda při této příležitosti tyto nasbírané poznatky o poruchách příjmu potravy u dětí shrnula do malé příručky, která by mohla být nápomocna sociálním pracovníkům, kteří se s touto problematikou setkají. Ať už jako první pomoc při střetu s dítětem s poruchou příjmu potravy, pro poučení rodičů či v rámci edukace sebe sama.

1. Potrava a její význam pro člověka

Příjem potravy hraje v našem životě velmi významnou roli. Jejím prostřednictvím získáváme do těla energii důležitou pro další fyziologické potřeby a procesy, mezi něž patří biologický a psychický vývoj, má vliv na hormonální i imunitní systém člověka a v neposlední řadě na metabolické procesy (Uhlíková in Papežová 2010, s. 134).

Je tedy zřejmé, že správné stravování má blahodárný vliv na naše tělo i psychiku. Naopak nesprávný postoj a návyky ke stravování mohou mít devastující následky.

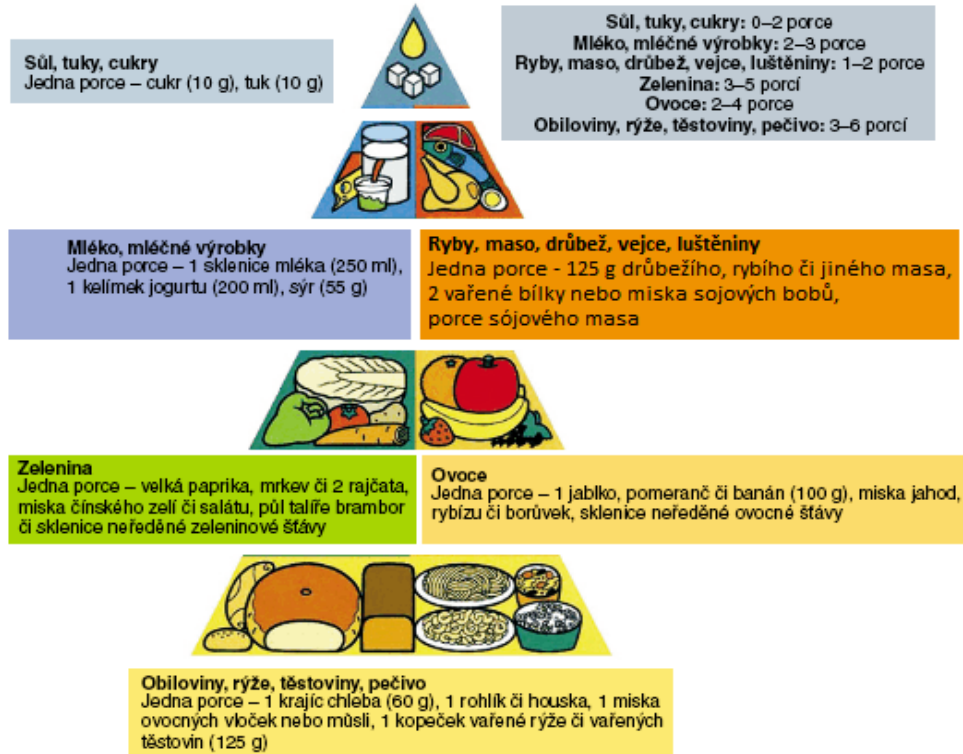
Na jedné straně tu máme tedy nadváhu, charakterizovanou nadbytkem tělesné váhy, a její horší verzi obezitu, což je onemocnění s výrazným nadbytkem tělesného tuku. Svým rozvojem tato nemoc výrazně zkracuje náš život.

Na straně druhé může nesprávné stravování vést ke vzniku mentální anorexie a bulimie, charakteristické spíše podvýživou, čili nedostatečným příjmem některých důležitých látek pro tělo, jako jsou vitamíny a minerály, jehož důsledkům se budu podrobněji věnovat dále v textu, v kapitole 4.

Obecně bychom mohli, co se zdravé výživy týče, vyvodit jakýsi návod. Platí, že energetický příjem by měl být roven výdeji energie. Základem je samozřejmě pestrá strava, bohatá na ovoce, zeleninu, mléčné výrobky s nízkým obsahem tuků, ryby, neslazené tekutiny a hlavně dostatek vlákniny. Bílé pečivo vyměnit za tmavé celozrnné, živočišné tuky nahradit těmi rostlinnými, méně solit, snížit i spotřebu uzenin, cukru, vajec či vnitřností (Podstatová 2009, s. 119). Jednoduchým pomocníkem pro zorientování se v doporučených a nedoporučovaných potravinách jsou všeobecně známé různé druhy potravinové pyramidy, nebo její novější a modernější verze, tzv. zdravý talíř. Zdravou výživou se v dnešní době intenzivně zabývá řada společenských aktivit, sdružení a společností, které

připravují pro různé cílené skupiny obyvatel pomůcky a letáky, obrázky apod. pro podrobnější informace a preventivní činnost v této oblasti.

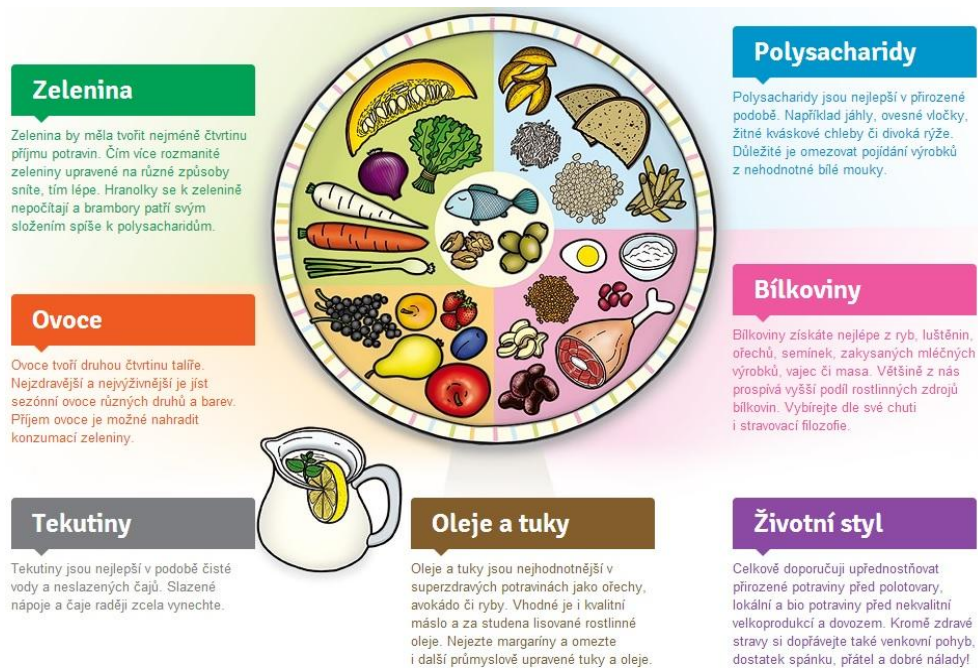
Obr. 1 Potravinová pyramida



Obr. 2 Potravinová pyramida pro vegetariány



Obr. 3 Zdravý talíř



2. Vymezení poruch příjmu potravy

Tato kapitola shrnuje a vysvětluje existující poruchy stravování, dále objasňuje diagnostická kritéria, která sociálnímu pracovníkovi pomohou rozeznat signály poruch příjmu potravy u dítěte.

2.1 Kategorizace a charakteristika poruch příjmu potravy

V rámci desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů jsou poruchy příjmu potravy zařazovány pod kapitolu s názvem Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Poruchy příjmu potravy jsou klasifikovány kódem F50 a patří sem následující diagnózy:

2.1.1 F50.0 Mentální anorexie

Porucha charakteristická úmyslným zhubnutím, které si pacient vyvolal sám a které si dále udržuje. Sekundárním důsledkem hladovění může být oslabení chuti k jídlu či nechutenství. Nechutenství se však nemusí vyskytovat u všech nemocných, v některých případech je omezování v jídlu doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo v podobě sbírání receptů, vaření apod. Nejčastěji se objevuje právě v období adolescence a puberty, zejména u dívek a mladých žen, ale výjimkou nejsou ani chlapci a mladí muži a starší ženy kolem menopauzy. Tato choroba je spojena s vtíravým strachem ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla, který pacienta zcela ovládá a nutí ho ke stálému snižování tělesné hmotnosti. Obvykle je patrná

podvýživa spolu se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí (www.uzis.cz 2013, s. 227 - 228).

Dále se rozlišují další 2 specifické typy mentální anorexie podle toho, zda u pacienta dochází či nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ (Krch 1999, s. 15).

2.1.2 F50.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je syndrom, který je charakterizován opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné hmotnosti vedoucí k přejídání, následným zvracením nebo požíváním projímadel. Mnohé psychologické rysy se shodují s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla (www.uzis.cz 2013, s. 227 - 228).

Existují také 2 typy mentální bulimie (Krch 1999, s. 18):

Purgativní typ – v tomto případě se jedná o pravidelné zvracení, užívání laxativ či diuretik.

Nepurgativní typ – tento typ pacienta dodržuje přísné diety, drží hladovky, také intenzivně cvičí, nepoužívá však pravidelné purgativní metody.

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.3 Atypická mentální bulimie

Obě tyto poruchy splňují některá kritéria anorexie a bulimie, celkový klinický obraz však tuto diagnózu nedovoluje, protože chybí jeden či více základních příznaků pro tyto poruchy.

2.1.3 Ostatní poruchy příjmu potravy

F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Jedná se o přejídání způsobené stresujícími událostmi, jako úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně. (www.uzis.cz 2013, s. 228)

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Opakované zvracení, vyskytující se u disociativních poruch a hypochondrické poruchy. Může být také použito jako dodatek k O21.– (nadměrné zvracení v těhotenství), když při určení příčiny opakované nauzey a zvracení v těhotenství převažují emoční faktory (www.uzis.cz 2013, s. 228).

F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

Například pica neorganického původu (nutkání k požívání látek, které nejsou určeny k jídlu) nebo také třeba psychogenní ztráta chuti k jídlu apod. (www.uzis.cz 2013, s. 228).

F50.9 Porucha příjmu potravy jinak nespecifikovaná

Jedná se o diagnostickou kategorii DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – nejsou zde rozlišeny atypické případy mentální anorexie a bulimie) (Krch 1999, s. 20).

Lze sem zařadit případy se všemi znaky poruch příjmu potravy, kde však například jejich frekvence (jak zvracení či přejídání) nedávají možnost diagnostikovat tu či onu poruchu příjmu potravy. Také případy, kdy jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, pacientka má však pravidelnou menstruaci nebo je pacientova tělesná hmotnost stále v normě. Dále případy, kdy jsou splněna kritéria mentální bulimie, nemocný však jídlo nepolyká, jen žvýká a poté jej vyplivuje (Krch 1999, s. 20). Zástupcem této diagnózy je:

Syndrom nočního přejídání, jehož název mluví za vše – noční přejídání spojené s večerním hladověním a nespavostí, neschopností přestat jíst či absencí pocitu hladu při záchvatu přejídání. Toto je nejspíše spojeno se stresem a neúspěchem v pokusech o zhubnutí (Krch 1999, s. 20).

Záchvatovité přejídání - definice by mohla být obdobná jako u záchvatovitého přejídání u mentální bulimie, avšak je blíže specifikováno opakovanou ztrátou kontroly nad jídlem a rovněž opakovanou konzumací (alespoň dvakrát týdně) zřetelně většího množství jídla, než by většina lidí dokázala ve stejném časovém rozmezí sníst (například během 2 hodin). Tyto epizody záchvatovitého přejídání musí být spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik (Cooper 1995, s. 78):

- člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé,
- člověk jí, dokud se necítí až nepříjemně plný,
- člověk jí velké množství jídla, aniž by pociťoval hlad,
- člověk jí o samotě, neboť se stydí za množství jídla, které sní,
- člověk je po přejedení sám sebou znechucen, cítí se provinile, je deprimován.

Přejídání je dále doprovázeno pocitem úzkosti. Všechny tyto znaky nejsou spojeny s pravidelným kompenzačním chováním a musí být pozorovány alespoň po dobu šesti měsíců (Cooper 1995, s. 78).

Z výše jmenovaných se ve své práci budu více věnovat převážně diagnózám F50.0 Mentální anorexii a F50.2 Mentální bulimii, protože jsou nejznámější a nejčastěji se vyskytujícími poruchami příjmu potravy u dětí (www.svet-zdravi.cz 2015).

2.2 Diagnostická kritéria

Mentální anorexie (Krch 1999, s. 14 - 15)

- aktivní udržování tělesné hmotnosti minimálně 15% pod úroveň určenou pro danou věkovou skupinu a výšku (nemocný této hranice buď nikdy nedosáhne, nebo záměrně svou hmotnost snižuje vyhýbáním se jídlu, nadměrným cvičením, zvracením či užíváním různých prostředků, jako jsou například laxativa, anorektika či diuretika);
- přetrvává zkreslená představa o vlastním těle, což zapříčiňuje stálý strach ze ztloustnutí, popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti;
- rozsáhlá endokrinní porucha, která se u mužů projevuje jako ztráta potence a zájmu o sex, u žen jako amenorea (nepřítomnost menstruačního krvácení), což díky užívání hormonální antikoncepce nemusí být vždy naplněno.

Mentální bulimie (Krch 1999, s. 17 – 18)

- alespoň dvakrát týdně po dobu třech měsíců dochází k opakovaným epizodám přejídání, během něhož je zkonsumováno nepřiměřené množství potravin, ztráta kontroly nad jídlem, což je následně kompenzováno opět vyprovokovaným zvracením, užíváním anoretik, thyreoidálních preparátů či diuretik, také projímadel, dále také střídáním období hladovění;
- velká touha po jídlu, časté zabývání se jídlem;
- stejně jako u mentální anorexie, i zde můžeme pozorovat pokřivené sebehodnocení, obava z vlastní tloušťky, ze ztloustnutí.

2.3 Příznaky poruch příjmu potravy

Znalost možných příznaků poruch příjmu u dětí je pro sociálního pracovníka nezbytná pro rozpoznání signálů, že dítě může mít problém se stravováním a tím pádem je ohroženo na životě.

Hlavním příznakem poruch příjmu potravy jsou v předchozí podkapitole popsána diagnostická kritéria, jde tedy o příznaky specifické, následující příznaky jsou nespecifické, mohou tudíž znamenat i něco jiného než jen signály poruch se stravováním.

Marádová (2007 s. 11 - 12) ve své publikaci mluví o několika přízračích poruch příjmu potravy:

„Změny v jídelníčku“ – z jídelníčku postupně mizí pokrmy obecně považované za nezdravé či energeticky vydatné. Postupně však dochází i na další a další pokrmy, jako například světlé pečivo, knedlíky. Nakonec se jídelníček skládá pouze z dietních potravin.

„Změny ve stravovacím režimu“ – přibývají více rafinované výmluvy kolem jídla. Nemocný se vyhýbá jídlům a při prozrazení má připravenou odpověď typu „už jsem po jídle“ či „nejsem zvyklá snídat“ apod. Tyto změny ve stravování jsou dodržovány stále přísněji a důsledněji.

„Srovnání s ostatními“ – při stravování se často srovnávají s ostatními, trvají na co nejmenších porcích. Také dost žvýkají žvýkačky, starší nemocní zase třeba kouří.

„Změna jídelního tempa a chování u stolu“ – anorektičtí pacienti si jídlo dlouze vychutnávají, vyžadují klid, jedí po velmi malých soustech, jídlo si pečlivě vybírají, někdy si ho i dlouze prohlíží. Bulimičtí pacienti naopak patlají jedno přes druhé, nenasytně hltají.

„Změna chuti“ – nemocní buď pijí až příliš, aby zapili hlad, nebo naopak své tělo téměř dehydratují. Mohou také třeba hodně solit, pít kávu a velmi snadno se jim po nějakém jídle může udělat nevolno.

„Izolace od společnosti“ – jedná se o vyhýbání se jídlu ve společnosti jiných lidí. Nemají totiž rádi, když je někdo při jídle sleduje, protože si pro sebe připravují energeticky méně vydatné jídlo, než ostatní, také i proto, že jsou při jídle napjatí, někdy až vyděšení. Mluví o tom, jak moc toho snědli, jak jsou přesycení.

„Zvýšená pohybová aktivita“ – nemocní nedokážou zůstat v klidu, uvolnit se, stále mají potřebu něco dělat a hlavně pracovat na svojí postavě pomocí cvičení. Jsou schopni cvičit i několik hodin denně a třeba i ujít pěšky mnohakilometrové trasy. V pokročilém stádiu nemoci pak přichází většinou vyčerpání, únava a apatie.

„Přílišné soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost“ – jedná se vždy o dva extrémy, a to buď neustálé postávání před zrcadlem, časté vážení, anebo vyhýbání se zrcadlům i váze, jedni nosí odvážné oblečení, aby vystavili na obdiv svou vyhublou postavu, druzí své tělo schovávají do volných oděvů, dále se také často snaží vyhýbat tématu jídlo či o něm naopak mluví neustále.

„Zdravotní obtíže“ – mezi prvními se objevuje zácpa, poruchy menstruačního cyklu a dost častá je také náchylnost k zimomřivosti. Dále nastupuje padání vlasů, zhoršení pleti a na těle začnou růst jemné chloupky - lanugo. Zdravotním problémům způsobeným poruchami příjmu potravy se budu věnovat podrobně samostatně v kapitole 4.

„Kategorický odpor k jídlu“ – při snaze přinutit nemocné jíst narazíte na silný odpor, což většinou vede k podvádění a lžím.

Krch pro časopis Medicína pro praxi (www.sekceppp.eu 2007, s. 321) shrnul klinický obraz a průběh poruch příjmu potravy do přehledné tabulky, kterou přikládám níže.

Tabulka 1: Klinický obraz a průběh poruch příjmu potravy

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný, u dětí zastavení nárůstu hmotnosti	mírný či naopak zvýšení hm., výrazné kolísání
Amenorea	60 – 100 %, závislé na poklesu váhy a hormonální substituce	20 – 40 %
Navozené zvracení	15 – 30 %	75 – 90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Chování při stolování	tempo je pomalejší, menší sousta, méně pije, vybíravost	rychlejší tempo, větší sousta, v jídle se „patlá“, někdy stolování degraduje, dost pije, někdy i místo jídla
Počátek obtíží	12. – 20. rok, později jen výjimečně	14. – 30. rok
Pohlaví pacientů (ženy: muži)	10 – 15 : 1	20 : 1
Prevalence (ženy, 15 – 30 let)	0,5 – 0,8 %	1,5 – 5 %
Deprese	10 – 60 %	20 – 90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často

Sebepoškozování	výjimečně (u bulimické formy)	občas, zejména při nárůstu hmotnosti
Významné zlepšení	20 – 75 %	60 – 85 %
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2 – 8 %	0 – 2 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním	při přejídání výrazný, při dietách nízký
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi či okolím	snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout

3. Rizikové faktory

Obecně můžeme o rizikových faktorech mluvit pouze tehdy, máme-li dostatek důkazů, že dané okolnosti se vyskytly dříve než onemocnění.

Pro praxi sociálního pracovníka poruchy příjmu potravy u dítěte mohou signalizovat i další hlubší problémy v rodině, kterým je třeba věnovat pozornost, aby rehabilitace dítěte i celé rodiny mohla proběhnout úspěšně. Výskyt a zaznamenání některých rizikových faktorů nám může pomoci dokonce předejít vzniku poruch příjmu potravy u dítěte.

Rizikový faktor není přímou příčinou onemocnění, jen může k jeho vzniku přispět. Papežová (2010) tyto faktory v souvislosti s poruchami příjmu potravy rozdělila následovně:

3.1 Psychosociální faktory

Pohlaví

Pohlaví je v tomto případě označováno jako silný rizikový faktor. Ženy onemocní poruchou příjmu potravy výrazně častěji než muži. Vyplývá tak i z mnoha výzkumů. Ženy onemocní anorexií nebo bulimií desetkrát častěji než muži (Papežová 2010, s. 37).

Etnický původ

Poruchy příjmu potravy je často vnímána, jako nemoc „bílých“ dívek. Výsledky některých výzkumů v USA skutečně naznačují, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží méně často diety než „bílé“ dívky a to i přesto, že mají průměrně vyšší BMI (Papežová 2010, s. 37).

Věk

Adolescence a časná dospělost je pro vznik poruch příjmu potravy nejrizikovějším obdobím (Papežová 2010, s. 37).

3.2 Osobnostní faktory

U poruch příjmu potravy jsou popisovány osobnostní rizikové faktory, jako například impulzivita, perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy a obecně negativní emocionalita. Některé studie potvrzují, že ženy s vyšší úrovní perfekcionismu mají větší pravděpodobnost, že budou trpět anorexií nebo bulimií. Tyto perfekcionistické rysy se u dívek, které mají později poruchu příjmu potravy, projevují již v dětství. Snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, domácí úkol nebo třeba uklizený pokojíček (Papežová 2010, s. 38).

Riziko pro vznik poruch příjmu potravy roste i u jednotlivců, kteří mají nízké sebevědomí a jsou nespokojeni s vlastním tělem (Papežová 2010, s. 39).

3.3 Situační a rodinné faktory

U dalších studií se ukazuje, že rozdíl mezi lidmi trpících poruchami příjmu potravy a zdravými lidmi není v tom, jestli zažili jednu negativní událost, ale zda byli vystaveni opakovaně takovým událostem. Opakovaným obrazem také bývá, že onemocnění mentální anorexií předcházejí vzniklé problémy v rodině. Pacienti s mentální anorexií zažili ve své rodině rok před propuknutím onemocnění mnohem častěji chronické problémy se sourozencem, popisované jako snahu získat zpět rodičovskou pozornost, kterou na sebe strhl „problematický“ sourozenec (Papežová 2010, s. 40).

Sexuální zneužívání

Dle jiných studií se riziko pro vznik poruch příjmu potravy, zejména bulimie, zvyšuje u obětí sexuálního zneužívání v dětství. Dokonce bylo zjištěno, že sexuální zneužívání je třikrát častější u žen s bulimií než u zdravých žen. Toto riziko vzrůstá, pokud bylo zneužíváno rodinným příslušníkem nebo pokud docházelo k násilnému zneužívání (Papežová 2010, s. 40).

Vliv rodiny

Je zřejmé, že prvotním zprostředkovatelem kulturních hodnot, které následně ovlivňují nahlížení na sebe sama a sebehodnocení, je právě rodina (Krch 2010 s. 63).

Ta by měla hrát i tu nejdůležitější roli při tvorbě očekávání, konceptu úspěchu, krásy a obrazu o vlastním těle. Také by měla vytvořit základy pro správné jídelní a pohybové návyky. Rodina předává předpoklady k tomu, jak řešit či naopak neřešit problémy a jakou měrou se podílet na utváření vlastního osudu (Krch 2010, s. 63).

3.4 Genetické aspekty poruch příjmu potravy

Studie rodin mohou poukázat na častější výskyt poruch příjmu potravy u příbuzenstva, což nemusí být nutně důkazem genetického původu. Tento vliv může mít i negenetické příčiny, jako kulturní, psychologické nebo rodinné. Genetické studie prokázaly genetické determinanty u poruch příjmu potravy, podobně jako u dalších psychických poruch. Tyto studie, pro vznik poruch příjmu potravy, však dosud nebyly opakovány s konzistentními výsledky (Papežová 2010, s. 56).

4. Zdravotní komplikace spojené s poruchami příjmu potravy

Ve chvíli, kdy se pracovník setká s dítětem ohroženým poruchami příjmu potravy, by měl znát nejen tedy možné příčiny, ale i důsledky těchto poruch. Měl by být obeznámen s tím, co dítěti může vlivem poruch příjmu potravy hrozit, ale i rozumět základním lékařským pojmům s touto problematikou spojeným. Může tak pomoci rodině i dítěti lépe porozumět složitým lékařským termínům, které mohou být pro „normálního“ člověka matoucí. A opět zaznamenání již vzniklých komplikací nás může zavést na správnou cestu o výskytu poruchy příjmu potravy u dítěte.

4.1 Kardiovaskulární komplikace

Hladovění, nedostatek základních živin a ochranných látek (vitaminů a minerálů) má na srdce nepříznivý vliv z důvodu snížení hmoty myokardu, abnormality diastolické a systolické funkce, změny variability tepové frekvence, bradykardie, zvýšení tonu parasympatiku, snížení maximální spotřeby kyslíku a EKG změn v průběhu fyzické zátěže. U pacientů s mentální anorexií jsou kardiální abnormality přítomné až v 86% (Papežová 2010, s. 170).

Bradykardie – definovaná jako snížení tepové frekvence pod 60 pulzů za minutu, je častým nálezem u pacientek s mentální anorexií. Bradykardie všeobecně vzniká v důsledku hladovění (Papežová 2010, s. 170).

Hypotenze – je snížení systolického krevního tlaku pod 90 mmHg a/nebo diastolického pod 50 mmHg. Déle trvající hypotenze může vést

k poškození ledvin. Hypotenze je u pacientek s mentální anorexií poměrně častá (Papežová 2010, s. 173).

4.2 Endokrinní komplikace - ženský reprodukční systém

Reprodukční systém člověka, obzvláště jeho endokrinologická regulace, představují složitý a snadno zranitelný komplex mechanismů. Jednou z hlavních příčin, způsobující jeho narušení, je porucha výživy. Narušení endokrinologického systému ovlivňuje reprodukční systém v několika oblastech. Je to porucha sexuality a menstruačního cyklu, narušení průběhu těhotenství, porucha porodní činnosti a poporodního chování. Porucha menstruačního cyklu je součástí diagnostických kritérií u mentální anorexie i bulimie v 50 % případů a vyskytuje se i u obézních žen. U matek s anorexií bylo zaznamenáno snížení porodní váhy dítěte a u pacientek s bulimií naopak zvýšení porodní hmotnosti dítěte. Všeobecně u poruch příjmu potravy jsou častější spontánní potraty, perinatální komplikace, problémy s kojením a celkově negativní ovlivnění vývoje dítěte (Papežová 2010, s. 211 - 217).

4.3 Renální komplikace

Díky zneužívání projímadel, diuretik, také nadměrnému zvracení či dehydratace organismu jsou ledviny jedním z nejvíce zatěžovaných orgánů. Tímto může být vylučovací soustava nenávratně poškozena. Dochází například ke vzniku močových kamenů, k chronickému selhávání a nedostatečnosti ledvin, nebo po předávkování projímadly dokonce k otokům, které mohou následně vést k hypovolemickému šoku (pokles

tvorby moči, rychlý a mělký tep, arytmie atd.) vedoucí k ledvinovým infarktům a srdečnímu selhání, což přímo ohrožuje život a je třeba intravenózního podávání proteinů (Krch 1999, s. 97).

4.4 Gastrointestinální komplikace

Komplikace spojená s poruchami příjmu potravy, která se objevuje mezi prvními a souvisí se sníženou nebo nedostatečnou funkcí zažívacích orgánů. Snad nejznámějším projevem mentální bulimie je benigní (nezhoubné) zduření parotických (příušních) žláz, díky působení žaludečních šťáv i zvýšená kazivost zubů, záněty jícnu a jeho eroze či vznik vředů – jak v jícnu, tak samozřejmě i v žaludku. Mezi další gastrointestinální poruchy patří také bolesti břicha, nadýmání, pocity plnosti a tlaku v žaludku, nevolnost a zvracení, komplikace v oblasti tlustého střeva, jako zácpa nebo střídání zácpy a průjmu, krvácení do tlustého střeva, poškození nervových plexů. Také akutní záněty slinivky břišní, změny funkce jater a hypoglykémie (snížené množství cukru v krvi) (Krch 1999, s. 98).

4.5 Kosterní komplikace

V období aktivní anorexie dochází ke zpomalování kosterního vývoje. Vývoj se může zastavit úplně, pokud úbytek váhy je tak markantní, že dojde i k zástavě menstruace. Dochází k nevratným poškozením typu osteoporózy (řidnutí kostí), která vzniká již během prvních dvou let nemoci. V případech, kdy nemocný odmítá veškeré mléčné výrobky, které obsahují důležité minerály, jako je především vápník a fosfor, choroba spolu s deficitem vitamínu D vede k osteomalacii – demineralizaci kostí. Pokud

dojde k tomuto stavu v dětském věku, označuje se jako rachitis (křivice). Snižování minerální denzity kostí (MDK) je dokázaným důsledkem u mentální anorexie i bulimie. V důsledku tohoto často u pacientek dochází k netraumatickým zlomeninám a významně zvyšuje riziko zlomenin při sportu a podobně (Krch 1999, s. 99).

4.6 Hematologické a imunologické komplikace

U nemocných se často vlivem nedostatečné výživy a deficitu železa objevuje změněný krevní obraz – anemie (chudokrevnost) a až u poloviny pacientů k chorobnému snížení bílých krvinek, což samozřejmě vede ke zhoršení imunitního systému. Také vyšetření kostní dřeně opět ukáže nedostatečné dovyvinutí či dokonce nekrózu buněk (Krch 1999, s. 102).

4.7 Neurologické komplikace

Díky nadměrnému zvracení, užívání projímadel a diuretik, či klystýrům dochází k poruchám nervových vodičů, což následně vede ke křečím, svalovým slabostem, stavům zmatenosti, přechodným příznakům podobným nedokrvení mozku, také ke zvýšení hlubokých šlachových reflexů. Tyto nervové poruchy jsou rovněž viditelné na záznamu EEG, a to téměř u poloviny pacientů. U některých nemocných byly prokázány bolesti hlavy, dvojité vidění, náhlé ztráty vědomí a podobně (Krch 1999, s. 102).

4.8 Metabolické komplikace

U anorexie a podvýživy se narušení podvěsku mozkového a autonomních funkcí metabolismu projevuje zhoršenou tělesnou termoregulací. Je narušen metabolismus glukózy, takže při testech glukózové tolerance vše směřuje k diabetes. Narušení metabolismu kalcia zase vede k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému vylučování močí. Další z komplikací u mentální anorexie je zpomalení bazálního metabolismu a zvýšená hladina cholesterolu. Studie spánku ukázaly, že pacienti s mentální bulimií, kteří mají normální váhu, nevykazují žádné abnormality. Za to u mentální anorexie testy ukazovaly na poruchy spánku, jako například častá budivost, kratší doba spánku, méně hluboký spánek (Krch 1999, s. 103).

4.9 Dermatologické komplikace

Kožní problémy v důsledku poruch příjmu potravy sice nejsou přímo ohrožující život, jsou však na rozdíl od ostatních komplikací na pohled viditelné a mohou tudíž být jedním z rozpoznávacích znaků, že něco není v pořádku. Nedostatečnou výživou dochází k vysušení kůže, kde se tvoří šupiny, lanugo, karotenodermie (nažloutlé zbarvení kůže). Opakované zvracení zase způsobuje modřiny, mozoly na hřebenech ruky. Nadužívání projímadel a diuretik zase mohou způsobit kožní vyrážku (Krch 1999, s. 105).

5. Posuzování tělesné hmotnosti

Základními znalostmi o jednoduchých výpočtech při posouzení tělesné hmotnosti u dítěte by měl pracovník setkávající se s dětmi s narušenými stravovacími zvyklostmi disponovat. Mohou mu pomoci potvrdit či vyloučit vizuální podezření na poruchu příjmu potravy u dítěte při prvním setkání.

Podíl tukového zastoupení v lidském těle se liší na základě pohlaví, věku či genetických dispozic, somatotypu, výživy a také pohybové aktivity v dětství. Proto není stanovení ideální hmotnosti jednoduché (Krch 1999, s. 81).

K posuzování hmotnosti se používají hmotností indexy, jelikož jsou nejdostupnější, přestože nejsou samozřejmě úplně přesné. Většina z nich pracuje s poměrem výšky a váhy, některé však pracují s poměry tělesných obvodů. Vybrala jsem nejznámější BMI a Rohrerův index, které uvedly doktorka Kleinwächterová a profesorka Brázdová ve své společné knize (2001 s. 33 – 39), uvedené též na internetových stránkách www.epidemieobezity.upol.cz (2013).

- **Body mass index (Quételetův index)** – jedná se o jeden z nejpoužívanějších indexů.

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

Tabulka 2 Posuzování hodnot BMI u dětí a mládeže (Rouhová 2001)

Věk	BMI	Odchylka			
Chlapci			Dívky		
12	18,31	2,55	12	18,83	2,91
13	19,04	2,69	13	19,75	2,98
14	19,72	2,54	14	20,32	2,72
15	20,33	2,43	15	20,98	2,70
16	21,10	2,38	16	21,45	2,57
17	21,70	2,25	17	21,61	2,46
18	22,12	2,51	18	21,53	2,45

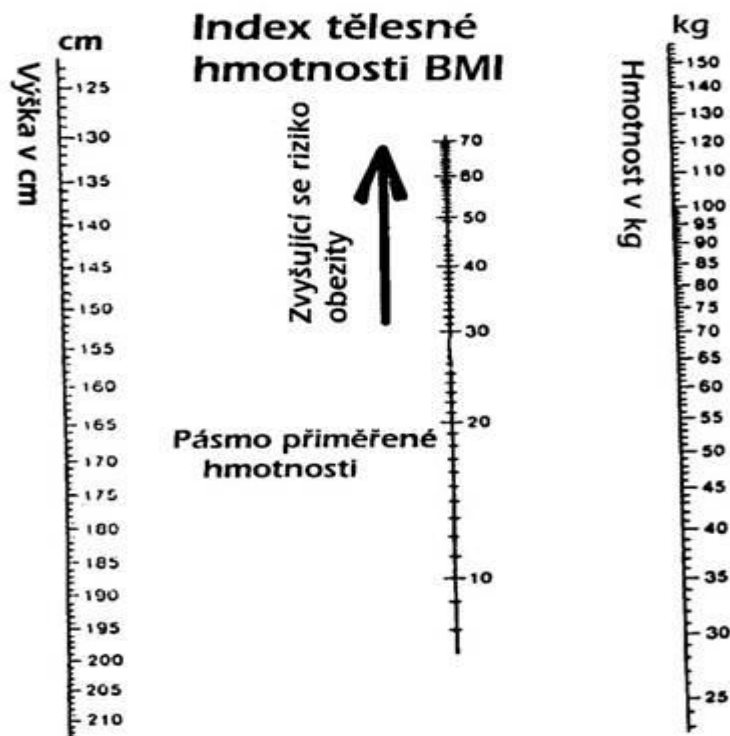
- **Index tělesné plnosti (Rohrerův index)** – tento index je doporučován k posouzení hmotnosti zejména v období puberty, neboť na rozdíl od nejznámějšího BMI indexu je možné ho používat během různých vývojových etap

$$\frac{\text{hmotnost (g)} \times 100}{$$

$$(\text{výška v cm})^3$$

Vhodné rozmezí pro chlapce je mezi 1,2 - 1,4, pro dívky potom mezi 1,25 - 1,5.

Obr. 4 Výpočet BMI - pro stanovení BMI sociálním pracovníkem v terénu lze použít jednoduché grafické znázornění s použitím pravítka:



Pravítko může být velkým pomocníkem sociálnímu pracovníkovi kdekoliv v terénu. Použití je jednoduché – pravítkem či listem papíru spojíme výšku a hmotnost, čímž dostaneme hledaný BMI index dítěte.

6. Poruchy příjmu potravy u dětí a jejich léčba

Jak už jsem zmiňovala, výživa má hlavně u dětí nezastupitelný význam pro růst a vývoj, rozvoj fyzické aktivity a psychických schopností. Výživa ovlivňuje hormonální a imunitní reakce, je důležitá pro průběh všech metabolických procesů, včetně prevence onemocnění. Stav výživy úzce souvisí se zdravotním stavem (Papežová 2010, s. 134).

Pro zhodnocení stavu výživy je nutné znát předchozí vývoj a růst dítěte. Onemocnění může začít nenápadně v rámci změn, které běžně provází dospívání. Spouštěčem poruch příjmu potravy může být větší psychická zátěž, traumatizující situace, onemocnění spojené s dietou a redukcí váhy, kritický výrok týkající se vzhledu, ale i obdiv okolí za pozitivní změny směřující ke zdravému životnímu stylu, který může přejít v patologické chování. Zpočátku jde obvykle o snahu redukce příjmu potravy, vynechávání sladkých a tučných jídel, postupné omezení dalších jídel a někdy i tekutin. Mohou se objevit i další metody redukce váhy, jako je excesivní cvičení až nutkavého charakteru a užívání laxativ, diuretik nebo anorektik. Tuto snahu o snížení hmotnosti provází psychické změny (Papežová 2010, s. 136).

Časté jsou depresivní a úzkostné stavy, zvýšená emoční labilita, dráždivost, zhoršené soustředění a s tím spojené možné zhoršení školní výkonnosti (Papežová 2010, s. 137).

Následky poruch příjmu potravy u dětí jsou velice závažné především díky tomu, že zasahují do vyvíjejícího se organismu a mohou být celoživotní. K významným metabolickým následkům patří porucha menstruačního cyklu, poruchy štítné žlázy, osteoporóza, poruchy imunity, poruchy termoregulace, svalová atrofie, kazivost zubů a lámavost nehtů a vlasů (Papežová 2010, s. 138).

Předpokladem správné léčby je včasná a správná diagnostika. Včetně zhodnocení stupně psychického, somatického a sexuálního vývoje (Papežová, 2010, s. 138). A právě sociální pracovník může být tím, komu se

podarí odhalit tento problém při práci s rodinou díky znalostem o problematice poruch příjmu potravy.

Nutno říci, že léčba poruch příjmu potravy je velmi těžká a složitá, tím spíše, že její úspěšnost je vrtkavá.

Musí být komplexní, diferencovaná a s individuálním specifickým léčebným postupem. Hlavními cíli terapie jsou úprava váhy, změna jídelního chování, postoje k jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. Pro účinnou léčbu je důležité stanovení jasných pravidel a naprostá důslednost v jejich dodržování. Farmakoterapie se doporučuje pouze u pacientů, kde jde o život ohrožující stavy nebo u atypických forem onemocnění (Papežová 2010, s. 138 - 140).

Způsob léčby je závislý jak na věku dítěte, tak na fázi nemoci, ve které se dítě nachází a samozřejmě též na reálných možnostech spolupráce s dítětem a jeho rodinou. Ať je však dítě v jakémkoli věku, fázi či situaci, vždy je velmi důležitá spolupráce právě s jeho rodinou (rodiči, sourozenci, popřípadě prarodiči), školou a s lidmi jemu nejbližšími. Jak jsem se dozvěděla při návštěvě sdružení Anabell, někdy mohou být pacientky postižené poruchou příjmu potravy sto zvládnout svou nemoc s pomocí svého okolí, někdy ještě za pomoci poradenských center či lékaře, bohužel jsou případy často doprovázené depresemi, nebezpečnými stavy podvýživy či dehydratace a zde už je důležitá hospitalizace (osobní konzultace 8. 11. 2014 u vedoucího kontaktního centra v Brně Ing. Romana Růžičky).

Rozhodnout, kdy nestačí jen ambulantní léčba ve spolupráci s rodiči, školou a třeba i přáteli, a kdy už je vhodné uvažovat o hospitalizaci, není jednoduché. Marádová (2007, s. 19) to shrnula do pěti bodů:

- pokud dojde ke ztrátě více než 25 % váhy, jež je vzhledem k věku a výšce předpokládána,
- pokud tělu hrozí dehydratace,
- pokud jsou viditelné znaky selhávání krevního oběhu, například nízký tlak či pomalý tep,
- pokud dochází k opakovanému zvracení, ba dokonce zvracení krve,

- pokud u pacienta pozorujeme známky deprese a sklony k sebevražednému jednání.

Hospitalizace může být ale pouze jednou z fází, kdy je pozornost zaměřena na řešení váhového přírůstku, dále však také na psychologickou stránku problému dítěte i jeho okolí. Je tedy patrné, že s dítětem a rodinou pracuje více lidí najednou, jako psychiatr, psycholog, dětský lékař a v neposlední řadě také sociální pracovník (Kocourková 1997, s. 97 – 98).

Výběr terapeutického programu hraje v plánování léčby významnou roli. Druhů terapie, které mohou být zvoleny, je několik, mají však některé společné jmenovatele. Především informování pacienta o nemoci a jejím průběhu či důsledcích. Další věcí je stav akutní podvýživy, kdy je vždy nutná realimentace (obnovení výživy po jejím předchozím nedostatku), což výrazně snižuje účinnost psychoterapie. Tuto účinnost snižuje navíc také narušení pozornosti, obsedantní myšlení na jídlo či rigidita postojů pacienta, způsobené právě dlouhodobým hladověním (Papežová 2010, s. 290).

7. Zaměření a funkce sociální práce v kontextu poruch příjmu potravy

B. Šmýd (in Novotná/Schimmerlingová 1992, s. 19) sociální práci charakterizoval jako: „*Soubor činností, jejichž účelem je přímé a na člověka nebo jeho rodinu bezprostředně působící úsilí o zachování celistvosti člověka, tj., úsilí o zachování jeho vztahu ke společnosti, k nejbližšímu prostředí, ke vzdělání, k práci atd. Lze ji charakterizovat jako práci sociálně diagnostickou, konzultační a výchovnou a jako práci, již se zajišťují sociální služby v konkrétních případech za účelem odstranění poruchy celistvosti člověka*“.

Celkové pojetí sociální práce můžeme rozdělit na užší a širší:

- Sociální práce v užším pojetí, též nazýváno metodami sociální práce, zahrnuje plánovaný a připravený přímý kontakt mezi klientem a sociálním pracovníkem, jehož cílem je stanovení jednak sociální diagnózy a následně i provádění sociální terapie, kde jde především o snahu změnit klientovy postoje a jeho sociální situaci pomocí sociálně výchovného působení (Novotná/Schimmerlingová 1992, s. 22).

U poruch příjmu potravy jde především o úpravu váhy, změnu jídelního chování, postojů k jídlu, váze, vzhledu a celkovému sebehodnocení samotného dítěte a práci s celou rodinou. Mohli bychom sem zahrnout i poradny, krizová a kontaktní centra.

- Sociální práce v širším pojetí charakterizuje především organizaci sociálně technických opatření či spolupráci s jinými odvětvími péče o člověka. (Novotná/Schimmerlingová 1992, s. 23).

Sem můžeme zařadit možnost práce v multidisciplinárním týmu, či jeho řízení, složeného z odborníků z různých odvětví napomáhajících ke zlepšení klientova sociálního fungování, což zahrnuje spolupráci s pediatry, psychology, terapeuty apod.

Zde bych ráda vyjasnila rozdíl mezi psychoterapií a sociální terapií, zvláště pak při práci s dětmi s poruchou příjmu potravy (Zakouřilová 2014, s. 18 – 19):

- Obecně sociální terapie využívá jiných technik a metod, jež nejsou zaměřeny na hloubkovou podstatu člověka, ale spíše na získání potřebných informací o problematice a svých možnostech, na motivaci ke zlepšení stavu, také na podporu komunikace s okolím a v neposlední řadě napomáhá k získání reálného náhledu.
- Diagnostické prostředky jsou jednodušší, nevyužívá se testů ani klinických vyšetření. Jde o zjištění informací o prostředí, ze kterého klient pochází a přístup k dokumentaci i od jiných odborníků či institucí vztahující se k situaci klienta.
- Sociální terapie bývá často zahajována navzdory nedobrovolnosti na straně klienta, zejména při pomoci nezletilému dítěti v rodině. Často je realizována v terénu, v přirozeném prostředí klienta.
- Sociální pracovník funguje v rámci terapie v několika rovinách – pomáhá, kontroluje a mnohdy také sankcionuje. Zasahuje direktivně i represivně, hlavně při práci s nezletilými.
- Na rozdíl od psychoterapie, která řeší většinou již vzniklé problémy, sociální pracovník se jim snaží předcházet. Snaží se tedy prvotně o prevenci, ať už primární, či snaze zabránit dalšímu prohlubování a dalšímu nabalování problémů.
- Velký důraz je v sociální práci kladen na vyřešení klientova problému, kdy se terapeut zaměřuje na současnost a budoucnost. Naopak psychoterapie často pracuje právě s minulostí.
- Co se délky trvání terapie týče, ta sociální může trvat roky a může dokonce přecházet z generace na generaci.

Sociální práce má obecně dvě hlavní funkce, které určují další zaměření sociálních pracovníků:

- Preventivní funkce se zaměřuje na včasné odhalení disfunkčních faktorů, snaží se jim předcházet a podpořit tak správné sociální fungování jedince (Navrátil 2001, s. 18).

V rámci této funkce pracují organizace zabývající se pořádáním přednášek na školách, výrobou brožur a příruček o problematice poruch příjmu potravy.

- Kurativní neboli převýchovná funkce sociální práce se zabývá především snahou odstranit faktory narušující sociální fungování, jakož i samotné důsledky nesprávného sociálního fungování (Navrátil 2001, s. 17-18).

U osob s poruchami příjmu potravy je potřeba změnit jejich pohled na sebe sama a svůj život, nastavit zrcadlo a pomoci jim z tohoto začarovaného kruhu.

8. Poruchy příjmu potravy u dětí v praxi sociální práce

Hanvey a Philpot (Navrátil 2001, s. 10 – 11) definovali sociální práci jako „*to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd., nedělají*“.

Thompson (Navrátil 2001, s. 11) se pokouší o upřesnění této definice pomocí běžných aktivit vykonávaných v praxi sociální práce. Patří mezi ně například hodnocení potřeb a životních okolností klientů (dobrovolných i nedobrovolných), poskytování či zprostředkování služeb k zabezpečení klientových potřeb, vyhodnocení stupně a povahy ohrožení klienta, posudky pro další orgány pomoci a kontroly, návrhy a realizace preventivních opatření, mediace apod. To vše na úrovni individuální, rodinné, skupinové nebo komunitní.

Tento výčet však nemůže být nikdy zcela úplný, protože práce sociálního pracovníka musí reagovat na stále se vyvíjející prostředí, ve kterém žijeme, a proto i jeho uplatnění se neustále vyvíjí a rozšiřuje. Proto ji Sheafor, Horejsi a Horejsi (Matoušek 2001, s. 184) definovali pomocí jejího cíle: „... 1. *pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování a 2. měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.*“

Pojem sociální fungování lze dle Longrese (Musil a Navrátil 2000, s. 119) chápat jako „*sociální pohodu, zvláště ve vztahu ke schopnosti jednotlivce zvládat rolová očekávání přidružená k jeho konkrétní roli a statusu*“. Bartlettová (in Matoušek 2001, s. 185) označila pojem sociální fungování jako interakce probíhající mezi člověkem a požadavky prostředí.

Carlton přiřadil sociálnímu fungování každodenní role rodiče, dítěte, souseda, partnera, zaměstnance či občana apod. (Musil a Navrátil 2000, s. 119).

Poruchy příjmu potravy sociální fungování nejen dospělých ale i dětí zásadně narušují, ať už jde o sociální izolaci, poruchy komunikace (buďto úplné odmítání tématu jídlo, nebo naopak přehnané zaujetí tímto tématem), dále to mohou být konflikty s rodiči, sourozenci či spolužáky, nebo třeba i zhoršení prospěchu ve škole. A právě potřeba podpory sociálního fungování odlišuje sociální práci od psychologie v rámci psychoterapeutického přístupu či psychiatrie a jejího medicínského přístupu. Ačkoliv jsou sociální obtíže spojené s poruchami příjmu potravy neméně důležité, na rozdíl od již zmíněných přístupů řešících psychické a somatické obtíže, je právě sociální hledisko problematiky pramálo v literatuře o poruchách příjmu potravy zmiňováno či dokonce více rozebíráno. Proto budu v následujícím textu čerpat z autorů věnujících se teoriím a metodám sociální práce obecně a budu se tyto poznatky snažit aplikovat na problematiku poruch příjmu potravy u dětí.

8.1 Přístupy v sociální práci využívající se při práci s dětmi s poruchami příjmu potravy

Během 20. století se v rámci sociální práce vykrytalizovala trojice přístupů, které jsou odlišné ve svých filosofických východiscích a stejně tak i v praktických důsledcích. Payne (1997) je označuje pojmem „malá paradigmata“. Jedná se o tři obecné přístupy k sociální práci různě chápající sociální fungování:

- Terapeutické paradigma za hlavní faktor označuje duševní zdraví a pohodu člověka, obraz životní situace člověka s poruchou příjmu potravy je zredukována na psychiku a důsledky duševního stavu tohoto jedince na jeho sociální fungování. Sociální práce je tedy v tomto pojetí brána jako pomoc formou individuální či skupinové psychoterapie, kde je kladen důraz na komunikaci a vztah (Navrátil 2001, s. 14 – 15).

Léčba poruch příjmu potravy se pohybuje především v rámci tohoto paradigmatu.

- Reformní paradigma se soustředí především na společenskou rovnost jako hlavní faktor sociálního fungování. Sociální práce je prováděna skrze zmocňování klientů, kdy je podporována spolupráce a solidarita, což umožňuje klientům získat vliv na vlastní životy a participovat na změně institucí a společenských podmínek (Navrátil 2001, s. 15 – 16).
- Poradenské paradigma spatřuje jako největší překážku v sociálním fungování nedostatek informací a služeb a s tím spojené potíže se zvládáním problémů. Proto je v tomto pojetí sociální práce poskytováno především sociálně-právní poradenství, zároveň je vyvíjena snaha o zlepšování institucí, aby více vyhovovaly občanům (Navrátil 2001, s. 16 – 17).

Toto paradigma se uplatňuje především při vzniku organizací a sdružení poskytujících sociální služby dětem a mladistvým, kde fungují pracovníci proškolení v dané problematice poruch příjmu potravy. Ti se snaží šířit informace prostřednictvím internetu, brožur, nabídky poradenských služeb či přednášek na školách.

Paradigmata jsou však velmi specifická v obrazech faktorů sociálního fungování, kdežto osudy klientů jsou tak specifické a individuální. Ve snaze vměstnat klienta do toho či onoho přístupu bychom mohli lehce opomenout důležitý fakt. Je tedy potřeba mimo tyto dané faktory přihlížet i k okolnostem života klienta samotného. „*V zájmu komplexnosti a přiměřenosti intervence je proto účelné obeznámit se s individuální konfigurací bariér a předpokladů sociálního fungování každého klienta samostatně.*“ (Musil a Navrátil 2000, s. 120). Tato individuální konfigurace bývá označována jako *životní situace* klienta. Označuje právě specifičnost a neopakovatelnost faktorů ztěžujících či usnadňujících sociální fungování klienta a jeho rodiny.

8.2 Využití metod sociální práce v praxi poruch příjmu potravy u dětí

Při léčbě poruch příjmu potravy se logicky v různých přístupech využívá nejvíce *individuální práce s klientem*, kde má sociální pracovník podle Biesteka vyjadřovat klíčové postoje, mezi které patří nehodnotící postoj, zachování důvěrnosti vztahu, individualizace, zachovávání důvěrnosti vztahu, vyjadřování pocitů, respekt vůči právu na sebeurčení, kontrolovaná emoční angažovanost a akceptace (Navrátil 2001, s. 46).

Tato metoda je nejlepší zvláště pro děti s mentální anorexií nebo emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu. Podpora terapie rodiči je však naprosto nezbytná (Krch 2005, s. 120).

Další metodou sociální práce by mohla být také již zmíněná *práce se skupinou*, díky které klient dostává několikanásobnou zpětnou vazbu a podporu. Je součástí většiny léčebných programů pro adolescenty s poruchami příjmu potravy. Jsou zaměřeny zejména na rozvoj sebeúcty (Krch 2005, s. 120). Skupinová terapie má své klady, jež jí nemůžeme odepřít – podpora a porozumění lidí se stejným problémem, vzájemná motivace. Na druhou stranu se ve skupině může stát, že dojde i k podpoře negativních návyků, kdy se budou osoby s poruchou příjmu potravy navzájem krýt a společně vymýšlet nové způsoby hubnutí.

Vedle dětských skupin fungují paralelně i rodičovské skupinové terapie, kde se mohou podělit o své pocity bezmoci a odmítání a opět získat jistotu ve své roli rodiče (Krch 2005, s. 120).

Preston-Schoot dělí skupiny na sociální nebo rekreační, vzdělávací, diskusní, skupinovou psychoterapii, skupinové poradenství, dále svépomocné skupiny a skupiny sociální akce (Navrátil 2001, s. 126). Pro problematiku poruch příjmu potravy by mohlo být využíváno především skupinové poradenství, skupinová psychoterapie, vzdělávací a diskusní skupiny.

Sociální práce s rodinou bývá ve většině případů dětí s poruchou příjmu potravy vhodné kdykoli během léčby. Zvláště pak, je-li dítě schopno vyjadřovat své pocity a myšlenky v přítomnosti ostatních členů rodiny. Málokdy to však je možné hned od začátku. Důležitou součástí této terapie je zajištění dítěti jeho místo v rodině, aniž by se musel uchýlovat zpět k nemoci (Krch 2005, s. 120).

Komunitní sociální práce je Bragerem a Spechtem (1991) označována jako metoda, v níž jsou jednotlivci, skupiny a organizace zapojeni do plánované činnosti, jejímž cílem je ovlivnit společné problémy (Navrátil 2001, s. 131). Pro práci s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy se tato metoda však nevyužívá.

9. Sociální terapie

Je nedílnou součástí sociální práce jako takové a v rámci ní i poskytovaných sociálních služeb se snaží o zkvalitnění klientova života, napomáhá žádoucím změnám v chování klienta. Užitím různých metod a technik napomáhá lidem v nežádoucí životní situaci, kterou nedokážou vyřešit sami či za pomoci svého okolí. Výrazně tak ovlivňuje kvalitu a celkový charakter sociální práce (Zakouřilová 2014, s. 9).

„Sociální terapie je specifickým druhem odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která jej bezprostředně ohrožuje, a předcházet vzniku rizikového chování.“ (tamtéž, s. 15).

Interakce mezi klientem a pracovníkem v rámci sociální terapie je strukturovaná, dynamická, je předem připravená a vědomá. Zároveň by samozřejmě měla být striktně individuální a jedinečná pro každého klienta (tamtéž, s. 9).

Sociální terapie je ukotvena jednak v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, kde jsou sociálně terapeutické činnosti mimo jiné například v § 35 zařazeny mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů), jednak také v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, jež ve své třetí části hovoří o opatřeních sociálně-právní ochrany dětí, jimiž vymezuje sociální terapii. Hlava I pojednává o preventivní a poradenské činnosti, hlava II potom o opatřeních na ochranu dítěte (Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů).

Tentýž zákon (ZSPOD) také v § 6 jasně vymezuje, kterých dětí se sociálně-právní ochrana týká:

- a) jejichž rodiče zemřeli, nebo neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti nebo nevykonávají či zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti;*
- b) které byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;*
- c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, žíví se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky, nebo jinak ohrožují občanské soužití;*
- d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;*
- e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;*
- f) které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;*
- g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;*
- h) které jsou žadateli o azyl odloučenými od svých rodičů, popřípadě jiných osob odpovědných za jejich výchovu; pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.*

Děti, které se ocitnou v kterékoliv z výše uvedených situací, jsou přímo ohroženy narušením psychiky a chování, tudíž i poruchami příjmu

potravy. Některé situace mohou být příčinou, spouštěčem, některé naopak důsledkem poruch stravování.

9.1 Obsah, cíle a nástroje sociální terapie při práci s dětmi s poruchami příjmu potravy

Zakouřilová (2014 s. 21 – 22) rozdělila sociální terapii do následujících rovin:

- *Poradenství.* Gábura zmiňuje definici, kdy je poradenství vysvětlováno jako vědecky fundované vysvětlování a ovlivňování lidského jednání s cílem zlepšit svůj život, řešit své problémy a umět jim preventivně předcházet (Gábura 1995, s. 13) .

V rámci práce s dětmi s poruchami příjmu potravy a jejich rodiči by se jednalo o poradenství v rámci výchovného poradenství, nebo zaměření se na problémy související s poruchami příjmu potravy.

- *Diagnostika.* Pomáhá zorientovat se v klientovi, vztahu či problému, ulehčuje mapování potenciálů a limitů klienta, dále také indikuje možnosti využití účinných forem a metod práce s klientem (Gábura 1995, s. 56).

Zakouřilová (2008 s. 24 – 25) upozorňuje na jasná kritéria, kterých si v rámci diagnostiky všimát: vyváženost rodičovské péče ve všech směrech, specifické projevy v chování dítěte, hodnota dítěte pro rodiče - jejich vztah k dítěti, postavení dítěte v rodině a mezi sourozenci, chování a reakce dítěte, jak se mu daří ve škole a jak funguje doma, míra a rozložení povinností a volnočasových aktivit, zapojení dítěte v kolektivu, zdravotní a školské dokumentaci, výsledkům psychologických vyšetření apod., vnímání vlastní osoby dítěte, další osoby a události hrající v životě dítěte důležitou roli. Jakékoliv vybočení může signalizovat problém v rodině, což může být příčinou problémů dítěte se stravováním.

- *Primární, sekundární a terciální prevence*, kterým se budu více věnovat v kapitole 11.
- *Krizová intervence*. Jedná se o službu sociální práce poskytovanou osobám, jež se nachází v situaci ohrožující zdraví nebo dokonce život, tyto osoby zároveň nejsou schopny řešit svou nepříznivou situaci samy vlastními silami či za pomoci svého okolí (Špatenková 2011, s. 13 – 14). Literatura sice nehovoří o krizové intervenci ve spojení s poruchami příjmu potravy, avšak u nás v ČR funguje několik zařízení, která ji poskytují – ať už telefonní, ambulantní či pobytovou. Jde o komplexní a intenzivní službu, je tedy více než vhodná i pro pomoc osobám s poruchami příjmu potravy. Za všechny mohu zmínit poradny pro ženy a dívky či u nás nejznámější sdružení zabývající se přímo problematikou poruch příjmu potravy Anabell.
- *Spolupráce sociálního pracovníka/terapeuta s širším okolím dítěte*, které ale hraje v jeho životě důležitou roli. Například učitel, výchovný poradce ve škole, kamarádi, spolužáci, pediatr apod., což může výrazně napomoci jak při diagnostice, tak i s uzdravováním dítěte.
- *Zapojení jiných odborníků do spolupráce*. V případě poruch příjmu potravy jde především o lékaře a psychologa/psychiatra.
- *Rehabilitace klienta* – sociální, rodinná a volnočasová. Pomůže dítěti a rodině nejen s materiálními problémy, ale i se vzájemnými vztahy či zájmy v jeho volném čase. Úprava vztahů v rodině a pomoc při volbě volnočasových aktivit dítěte je důležitým faktorem pro úspěšnou léčbu poruch příjmu potravy.
- *Resocializace*. Pomoc dítěti se zařazením či znovuzařazením do společnosti jeho vrstevníků. Případně pomoc s resocializací celé rodiny. Začlenění/znovuzачlenění dítěte mezi jeho vrstevníky také patří mezi důležité úkoly při léčbě poruch příjmu potravy. Resocializace pak bude úzce souviset s rehabilitací dítěte i celé rodiny.

- *Přímá terapeutická práce.* Zahrnuje setkávání s klientem a jeho rodinou, terapeutické rozhovory a užívání speciálních technik, kterým se budu věnovat dále v textu.
- *Použití dalších metod podporující průběh sociální terapie.* Například metoda vyhodnocování situace klienta či stanovení individuálního plánu klienta apod. Každá rodina je jiná a kromě dítěte s poruchou příjmu potravy bude mít i další specifické problémy, individuální přístup je proto samozřejmostí.

Cílem sociální terapie je nejčastěji především podpora a adaptace klienta a jeho rodiny, již dříve zmíněný realistický náhled klienta a jeho rodiny na problém a možnosti jeho řešení, nalezení zdrojů k tomuto řešení, změna postojů klienta k problémům v jeho životě, žádoucí změny v chování klienta, také odstranění nežádoucích vlivů na život klienta a jeho rodiny a sociální začlenění klienta, popřípadě i jeho rodiny, do života (Zakouřilová 2014, s. 23 – 24).

Pro dosažení výše uvedených cílů používá sociální práce v rámci terapie různé nástroje (Zakouřilová 2014, s. 25 – 26), které se prolínají ostatními kapitolami práce, kde je jim věnována větší pozornost:

sociálně-terapeutický rozhovor, sociální diagnostika, šetření a návštěvy v rodině a širším okolí klienta, vztah mezi terapeutem a klientem, spolupráce s ostatními odborníky a neziskovými organizacemi, přímá, věcná a organizační opatření ve prospěch klienta, speciální techniky a metody podporující sociální terapie či mediační techniky.

Rodinná terapie se během posledních let stala důležitou a významnou terapií užívanou při poruchách příjmu potravy, zejména pokud jde o mentální anorexii u dětí a dospívajících. Její původní podstatou byly tzv. ‚psychosomatické rodiny‘, jež se vyznačovaly dysfunkčností mezilidských vztahů, disrespektem k sobě navzájem apod., které potom

vedly k poruchám příjmu potravy u dítěte. Cílem této terapie pak bylo změnit fungování rodiny. Cílem dnešní terapie je pomoci k nalezení vlastních zdrojů k řešení problémů a především zjištění, že sama rodina nemusí být tím problémem způsobující poruchu příjmu potravy u jejich dítěte (Krch 2005, s. 179 – 191).

9.2 Speciální techniky sociální terapie

Slouží zejména k porozumění a pochopení a bližšímu poznání klienta, k diagnostice, k navázání terapeutického vztahu s klientem, k jeho motivaci a zvýšení jeho zájmu a zvědavosti o terapii (zvláště pak u dětí, které techniky baví a berou je jako hry), k rozvíjení komunikace, ke zjištění varovných signálů a odkrytí skrytých problémů, k sebevyjádření klienta či zpracování emočního napětí klienta a k upevnění sociální role klienta (Zakouřilová 2014, s. 76 – 77).

Při správném použití přináší na rozdíl od psychoterapie minimální rizika, která by však terapeut měl mít přesto na stále zřeteli. Jejich dobrá znalost je ovšem závislá na praxi a zpětné vazbě, vyžadují také propojení různých dovedností a schopností sociálního pracovníka. Některé techniky je možné vzájemně kombinovat či modifikovat, což vyžaduje další schopnosti pracovníka, jako jsou pružnost a pohotovost (tamtéž, s. 75).

Použití technik je závislé samozřejmě na věku a zralosti klienta, jeho psychickém stavu a náladě, časovým a prostorovým možnostem, také na počtu klientů a bezesporu i na tom, čeho chceme technikou dosáhnout (tamtéž, s. 77).

Vzhledem k tématu práce zmíním za všechny pouze pro zajímavost tři speciální techniky, které by se skvěle hodily při práci s dětmi s poruchami příjmu potravy, díky kterým se můžeme dozvědět informace, ke kterým bychom se pouhým rozhovorem nemuseli dopídit.

Začarovaná rodina

Technika má diagnostický význam, pomáhá získat informace o vzájemných vazbách a vztazích v rodině a jak je dítě vnímá. Je vhodná pro předškolní a mladší školní věk. Pomocí kreseb dítě osvětluje své zkušenosti, zážitky a představy, jde o projekci vědomých a nevědomých přání, představ a cílů dítěte (Novák in Zakouřilová 2014, s. 83).

Deníček

Význam techniky je diagnostický i terapeutický. Deníček může mít několik podob a jeho zavedení může být užitečné v řadě situací a případů (tamtéž, s. 131).

Tato technika by byla výborná při zapisování jídelních návyků u dítěte, jakožto i k záznamu ostatních denních aktivit dítěte s poruchou příjmu potravy.

Dohoda

Jde o techniku, jejímž cílem je sladění požadavků dítěte na společné soužití s požadavky rodičů. Úkolem je přesně základní požadavky formulovat a dosáhnout vzájemné dohody o jejich plnění (Králová 2002, s. 44). Sociální pracovník by zde fungoval jako mediátor, který napomáhá komunikaci a řešení problémů mezi dítětem a rodiči.

10. Prevence poruch příjmu potravy u dětí

Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, kultuře stravování a v působení společenských vlivů. Lze ji rozdělit na **specifickou**, která je zaměřená na určitá rizika (anorexie, bulimie, obezita), a na **nespecifickou**, která je zaměřena spíše všeobecně na zdravý životní styl a jeho podporu. Tuto nespecifickou můžeme sledovat právě v záměrech ministerstva školství a ministerstva zdravotnictví, které jsem zmiňovala již v úvodu. V rámci primární prevence je třeba opět připomenout výživovou pyramidu či zdravý talíř, chceme-li, aby strava byla rozmanitá, vyvážená a hlavně bohatá na vitamíny, minerální látky a jiné důležité živiny, které mají pro organismus ochrannou funkci (Papežová 2010, s. 140).

Úkolem sekundární prevence je detekce a ovlivnění ohrožených skupin. Snaha o zabránění dalšímu prohlubování problému (tamtéž, s. 140).

U terciální prevence jde o snahu předejít zhoršení stavu a obnovení plného zdraví. V posledních letech se také zaměřuje na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci (tamtéž, s. 140).

V oblasti primární prevence, zvláště tedy u dětí, jsou velmi účinnými prostředky hry. Existuje mnoho metodických námětů. Za cíle si kladou především posílení sociálních vazeb, rozvoj emoční inteligence, schopnosti spolupráce a navazování přátelství, uvědomování si sebe sama a své osobnosti a v neposlední řadě také k rozvoji důvěry k lidem ve svém okolí a zdravým stravovacím návykům. Ať už se jedná třeba o třídu žáků či jinou skupinu dětí. Proto jsem došla k závěru, že některé mohou být aplikovatelné i v rodině – v užší či širší rodině, která se chce podílet na pomoci, nebo třeba i ve skupinách s dětmi v denních zařízeních. Krch a Marádová (2003) ve své příručce uvádějí řadu námětů, kterým se více věnuji v příručce.

Techniky jsem vybírala podle cílů a možností využití pro dítě a v rodině. Důležité jsou ty, které dítě nenásilnou formou poučí o zdravé výživě, také přímo o problematice poruch příjmu potravy. Neméně důležité

jsou představy dětí o ideálu krásy lidského těla a láska ke svému tělu a sobě samému obecně. Také pomoci dětem naučit přijmout sama sebe a posílit jeho sebedůvěru. Vopel navíc ve své knize Skupinové hry pro život 4 (2009) navíc doplňuje o náměty, které by dětem mohly pomoci s řešením problémů či pozitivnějším nazíráním na svět.

Jak už jsem zmínila v předchozím textu, hry a interaktivní úkoly jsou pro děti, zvláště pro menší děti, zajímavější a přináší mnohem větší možnosti zapojení dítěte, ať už při prevenci poruch příjmu potravy či při sociální terapii se samotným dítětem nebo celou rodinou obecně.

11. Kompetence a role sociálního pracovníka

Sociální pracovník hraje v případě řešení problematiky poruch příjmu potravy u dítěte klíčovou roli a jeho schopnosti a dovednosti proto musí být neoddiskutovatelné.

Práce sociálního pracovníka při střetu či podezření na poruchu příjmu potravy je v první fázi ve znamení mluvení. Mluvení jak s nemocným dítětem, tak s rodiči, kdy je potřebné jim předat přiměřené informace. Zároveň však nesmíme zapomínat, o jak nebezpečné a vážné poruchy jde, proto je nutné být velmi uvážlivý, citlivý, empatický, ale i otevřený a upřímný.

Rozhovor s dítětem i se členy rodiny musí být přirozeně přiměřený věku a vzdělání, nepoužíváme proto cizí nebo odborné názvy. Proto je důležité se průběžně přesvědčovat, že jsou naše slova srozumitelná a jsou chápána stejně, jako jsou myšlena. O tom se přesvědčujeme zpětným dotazováním. Otázkami a parafrázováním si poté ověřujeme zase, zda my správně chápeme informace, které v rozhovoru dostáváme (Zakouřilová 2014, s. 26 - 27).

Rozhovor by měl být pro nemocného a jeho rodinu hlavně motivující ke změně, protože dalším úkolem sociálního pracovníka je doporučit okamžitou návštěvu dětského lékaře, který zjistí akutnost zdravotního stavu dítěte. Lékař pak dále určí další postup léčby a terapie (Papežová/Hanusová 2012, s. 18 - 22).

Sociální pracovník potom může rodině pomoci s hledáním vhodných terapeutických zařízení a zůstává s rodinou v kontaktu, aby společně mohli pracovat na tomto i jiných problémech v rodině.

Kompetence a role sociálního pracovníka při poruchách příjmu potravy je více rozveden v příložené příručce, ve které je text (viz kapitola 10 v příručce) vypracován tak, aby byl pracovníkovi k dispozici jako

základní výukový materiál, jako praktická pomůcka, jak vést rozhovory v terénu s dětmi, nemocnými, se členy rodiny aj.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy u dětí v praxi sociální práce. Práci jsem chtěla upozornit sociální pracovníky, ale i ostatní pracovníky v sociálních službách setkávající se s dětmi a rodinami v krizových situacích na tuto problematiku, protože důsledky těchto poruch u dítěte mohou být fatální.

Sociální pracovník je ten, který v problematice poruch příjmu potravy u dětí stojí v první linii, a je proto důležité, aby měl základní informace o poruchách výživy uvedené v první části práce. A protože nemůžeme nosit vše v hlavě a také pro větší sebejistotu pracovníka při setkání s dítětem s poruchou příjmu potravy, jsem ty nejdůležitější poznatky o poruchách stravování u dětí shrnula do malé příručky, jež je připojena k této práci.

V druhé části jsem problematiku poruch příjmu potravy u dětí provázala se sociální prací, jejími přístupy, funkcemi a metodami, které mohou být využity při léčbě poruch příjmu potravy u dětí. Nedílnou součástí sociální práce s dítětem a jeho rodinou je sociální terapie a léčba poruch příjmu potravy se, jak jsem během psaní práce zjistila, prolíná v podstatě všemi jejími rovinami. V rámci rehabilitace rodiny mohou být využity veškeré její nástroje a dokonce i některé techniky jsou aplikovatelné na problematiku poruch příjmu potravy u dětí. Různé herní techniky můžeme využít i při preventivní práci s dětmi. Pro práci s rodinou, kde se u dítěte vyskytne porucha výživy, jsou klíčové schopnosti a osobnost sociálního pracovníka, proto jsem do práce nakonec zařadila i kapitolku o kompetencích a roli sociálního pracovníka.

Cílem práce bylo shrnutí důležitých informací o poruchách příjmu potravy u dětí a jejich následné využití v praxi sociální práce. Snažila jsem se postihnout ty informace, které sociální pracovník využije při své práci. Ať už ve stádiu prevence či samotné sociální terapie, nebo také při samovzdělávání.

Olomoucká pobočka Člověka v tísni projevila o mou příručku zájem, sdružení Anabell v Brně ji má již k dispozici a využívá ji. A právě s Anabell bych ráda do budoucna spolupracovala.

Seznam literatury

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Jak se uzdravit.*

1. vyd. Olomouc: Votobia. 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.

GÁBURA, J./ PRUŽINSKÁ J. *Poradenský proces.* 1. vyd. Praha:

Sociologické nakladatelství. 1995. 147 s. 80-85850-10-9 (brož.)

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce.* 1. vyd. Praha:

Osmium. 1999. 167 s. ISBN 80-902081-8-5

KLEINWÄCHTEROVÁ, H./BRÁZDOVÁ, Z. *Výživový stav člověka a*

způsoby jeho zjišťování. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání
pracovníků ve zdravotnictví. 2001. 102 s. ISBN 80-7013-336-8 (brož.).

KOCOURKOVÁ, J. ET AL. *Mentální anorexie a bulimie v dětství a*

dospívání. 1. vyd. Praha: Galén. 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.

KRÁLOVÁ, J. *Speciální techniky sociální práce.* 1. vyd. Brno: Ústav

psychologického poradenství a diagnostiky. 2002. 55 s. ISBN 80-86568-16-
4.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie.* 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. 2010. 264

s. ISBN 978-80-7367-807-4 (brož.).

KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy.* 2. vyd. Praha: Grada

Publishing. 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie.* 1. vyd.

Praha: Grada Publishing. 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, F. D. / MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: Poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR. 2003. 32 s.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2 (brož.).

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 2001. 309 s. 80-7178-473-7 (váz.).

NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1.vyd. Brno: Marek Zeman. 2001. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.

NOVOTNÁ, V. / SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. 1992. 115 s. ISBN 80-7066-483-5

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (ed.). 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, H./ HANUSOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. 2012. 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9 (brož.).

PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. Praha: Galén. 2009. 155 s. ISBN 978-80-7262-597-0.

ROUHOVÁ, M. *Primární prevence poruch příjmu potravy*: diplomová práce. Brno: Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. 2001.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

VOPEL, K. W. *Skupinové hry pro život 4*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7367-519-6.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

ZAKOUŘILOVÁ, E. *Sociální terapie*. 1. vyd. Praha: Institut pro místní rozvoj Praha, 2008. 155 s. ISBN 978-80-86976-14-3.

ZAKOUŘILOVÁ, E. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 192 s. ISBN 978-80.262-0583-8 (brož.)

Elektronické zdroje:

Epidemie obezity – společný problém: předávání znalostí, vzdělávání a prevence.[online]. Dostupné z

<http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti> [cit. 24. 8. 2013].

Hodnocení stavu složení a výživy člověka. [online] Dostupné z

http://www.osu.cz/fzs/ufy/dokumenty/Baz_metab.pdf [cit. 25. 8. 2013]

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy.* [online] Medicína pro praxi. 2007.

Dostupné z www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf [cit. 24. 8. 2013]

Legislativa a systém sociálně-právní ochrany. [online] Dostupné z

<http://www.mpsv.cz/cs/14304> [cit. 31. 1. 2015]

Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. Dostupné z

<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

jako soubor ke stažení MKN-10 Tabelární část (aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013).pdf, s. 227-228 [cit. 13. 1. 2013]

Ministr zdravotnictví: Čeští školáci jedí nezdravě a tloustnou, zastavme tento trend! [online]. Tisková zpráva dostupná z

www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvicesti-skolaci-jedi-nezdrave-a-tloustnouzastavme-tento-t_9072_1.html [cit. 18. 6. 2014]

MUSIL, L.; NAVRÁTIL, P. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin.* Sociální studia, 5, 2000 [online]. Dostupné z

<http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/080404095539.pdf> [cit. 14. 11. 2014]

Na MŠMT se konal kulatý stůl ke zdravému životnímu stylu. [online].
Tisková zpráva dostupná z <http://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/na-msmt-se-konal-kulaty-stul-ke-zdravemu-zivotnimu-stylu> [cit. 18. 6. 2014]

Péče o pacienty s PPP v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2012 [online]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-poruchami-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2> [cit. 22. 11. 2014]

Poruchy příjmu potravy [online]. Dostupné z www.svet-zdravi.cz/clanky/poruchy-prijmu-potravy [cit. 12. 3. 2015]

Příklady konkrétních námětů. [online]. Dostupné z <http://www.odrogach.cz/skola/poruchy-prijmu-potravy1/priklady-konkretnich-nametu.html> [cit. 25. 1. 2014]

Zákon o sociálně právní ochraně dětí. [online] Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7263/ZSPOD.pdf> [cit. 10. 1. 2015]

Zákon o sociálních službách. [online] Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf [cit. 10. 1. 2015]

Internetové zdroje použitých obrázků

Obr. 1 Potravinová pyramida

<http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>

Obr. 2 Potravinová pyramida pro vegetariány

<http://soucitne.cz/zdravi>

Obr. 3 Zdravý talíř

<http://www.healthyplate.eu/cz/>

Obr. 4 Výpočet BMI

<http://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/pages/02-diagnostika-text.html>



PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ

PŘÍRUČKA PRO SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA



Obsah

1. Zdravá výživa	1
2. Vymezení PPP	2
3. Diagnostická kritéria.....	4
4. Rizikové faktory	5
5. Příznaky PPP	7
6. Zdravotní komplikace spojené s PPP.....	8
7. Posuzování tělesné hmotnosti	11
8. PPP u dětí.....	13
9. Léčba PPP u dětí.....	13
10. Kompetence a role sociálního pracovníka	14
11. Prevence PPP	16



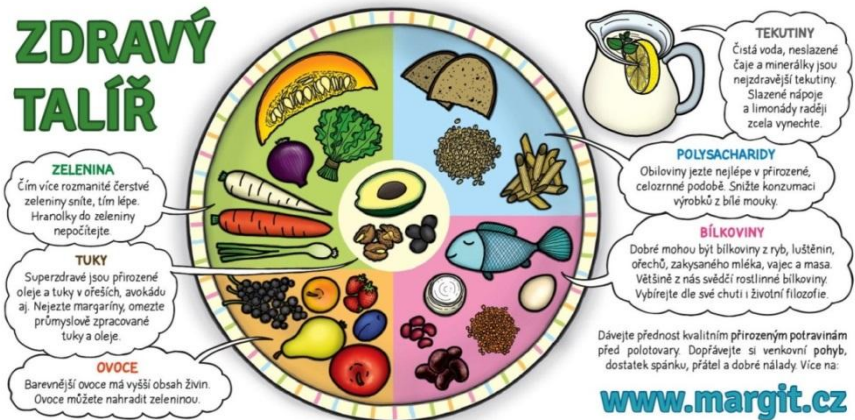
1 Zdravá výživa

Platí, že energetický příjem by měl být roven výdeji energie. Základem je samozřejmě pestrá strava, bohatá na ovoce, zeleninu, mléčné výrobky s nízkým obsahem tuků, ryby, neslazených tekutin a hlavně také dostatek vlákniny. Bílé pečivo vyměnit za tmavé celozrnné, živočišné tuky nahradit těmi rostlinnými, méně solit, snížit i spotřebu uzenin, cukru, vajec či vnitřností.

Jednoduchým pomocníkem pro zorientování se v doporučených a nedoporučovaných potravinách je všeobecně známá potravinová pyramida, nebo její novější a modernější verze, tzv. zdravý talíř.



ZDRAVÝ TALÍŘ



www.margit.cz

2 Vymezení PPP

F50.0 Mentální anorexie

Porucha charakteristická úmyslným zhubnutím, které si pacient vyvolal sám a které si dále udržuje. Sekundárním důsledkem hladovění může být oslabení chuti k jídlu či nechutenství. Nechutenství se však nemusí vyskytovat u všech nemocných, v některých případech je omezování v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo v podobě sbírání receptů, vaření apod.

Tato choroba je spojena s vtíravým strachem ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla, který pacienta zcela ovládá a nutí ho ke stálému snižování tělesné hmotnosti. Obvykle je patrná podvýživa spolu se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí.

Nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ – zda dochází či nedochází k opakovaným záchvatům přejídání

F50.2 Mentální bulimie

Charakterizována opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné hmotnosti vedoucí k přejídání, následným zvracením nebo požíváním projímadel. Mnohé psychologické rysy se shodují s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla.

Purgativní typ – pravidelné zvracení, užívání laxativ či diuretik.

Nepurgativní typ – dodržování přísných diet, hladovky, intenzivní cvičení, nepoužívá však pravidelné purgativní metody.

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.3 Atypická mentální bulimie

Obě tyto poruchy splňující některá kritéria anorexie a bulimie, celkový klinický obraz však tuto diagnózu nedovoluje, protože chybí jeden či více základních příznaků pro tyto poruchy.

Ostatní PPP

F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Přejídání způsobené stresujícími událostmi (úmrť blízké osoby, nehoda, narození dítěte apod.)

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

Opakované zvracení u disociativních poruch a hypochondrické poruchy.

Může být také použito jako dodatek k O21.– (nadměrné zvracení v těhotenství), když při určení příčiny opakované nauzey a zvracení v těhotenství převažují emoční faktory.

F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

Pica neorganického původu (nutkání k požívání látek, které nejsou určeny k jídlu), psychogenní ztráta chuti k jídlu apod.

F50.9 Porucha příjmu potravy jinak nespécifikovaná

Případy se všemi znaky PPP, kde však například jejich frekvence (jak zvracení či přejídání) nedávají možnost diagnostikovat tu či onu poruchu příjmu potravy.

Také případy, kdy jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, pacientka má však pravidelnou menstruaci nebo je její tělesná hmotnost stále v normě.

Dále případy, kdy jsou splněna kritéria mentální bulimie, nemocný však jídlo nepolyká, jen žvýká a poté jej vyplivuje. Zástupcem této diagnózy je:

Syndrom nočního přejídání – noční přejídání spojené s večerním hladověním a nespavostí, neschopností přestat jíst či absencí pocitu hladu při záchvatu přejídání. Toto je nejspíše spojeno se stresem a neúspěchem v pokusech o zhubnutí.

Záchvatovité přejídání - specifikováno opakovanou ztrátou kontroly nad jídlem a rovněž opakovanou konzumací (alespoň dvakrát týdně) zřetelně většího množství jídla, než by většina lidí dokázala ve stejném časovém rozmezí sníst (například během 2 hodin).

Tyto epizody záchvatovitého přejídání musí být spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:

- jí mnohem rychleji, než je obvyklé,
- jí dokud se necítí až nepříjemně plný,
- jí velké množství jídla, aniž by pocítoval hlad,
- jí o samotě, neboť se stydí za množství jídla, které sní,
- je po přejedení sám sebou znechucen, cítí se provinile, je deprimován.

Doprovázeno pocíty úzkosti, není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním a musí být pozorováno alespoň po dobu šesti měsíců.

Tato porucha je sice samozřejmě častější u žen, ale u mužů je zastoupena více než kterákoliv jiná porucha příjmu potravy.

3 Diagnostická kritéria

Mentální anorexie

- aktivní udržování tělesné hmotnosti minimálně 15% pod úrovní určenou pro danou věkovou skupinu a výšku (nemocný této hranice buď nikdy nedosáhne, nebo záměrně svou hmotnost snižuje vyhýbáním se jídlu, nadměrným cvičením, zvracením či užíváním různých prostředků jako jsou například laxativa, anorektika či diuretika)
- přetrvává zkreslená představa o vlastním těle, což zapříčiňuje stálý strach ze ztloustnutí, popírání závažnosti nízké tělesné hmotnosti

- rozsáhlá endokrinní porucha, která se u mužů projevuje jako ztráta potence a zájmu o sex, u žen jako amenorea (nepřítomnost menstruačního krvácení), což díky užívání hormonální antikoncepce nemusí být vždy naplněno

Mentální bulimie

- alespoň dvakrát týdně po dobu třech měsíců dochází k opakovaným epizodám přejídání, během něhož je zkonsumováno nepřiměřené množství potravin, ztráta kontroly nad jídlem, což je následně kompenzováno opět vyprovokovaným zvracením, užíváním anoretik, thyreoidálních preparátů či diuretik, také projímadel, dále také střídáním období hladovění
- velká touha po jídle, časté zabývání se jídlem
- stejně jako u mentální anorexie i zde můžeme pozorovat pokřivené sebehodnocení, obava z vlastní tloušťky, ze ztloustnutí

4 Rizikové faktory

Psychosociální rizikové faktory

Pohlaví - ženy onemocní poruchou příjmu potravy výrazně častěji než muži (desetkrát častěji).

Etnický původ - porucha příjmu potravy je často vnímána jako nemoc „bílých“ dívek (Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží méně často diety než „bílé“ dívky a to i přesto, že mají průměrně vyšší BMI).

Věk - adolescence a časná dospělost je pro vznik PPP nejrizikovějším obdobím.

Osobnostní faktory

Např. impulzivita, perfekcionismus, nízké sebevědomí, depresivní a úzkostné poruchy a obecně negativní emocionalita - ženy s vyšší úrovní perfekcionismu mají větší pravděpodobnost, že budou trpět anorexií nebo bulimií (sklony k perfekcionalizmu se projevují už v dětství).

Situační a rodinné faktory

Rozdíl mezi lidmi trpících PPP a zdravými lidmi není v tom, jestli zažili jednu negativní událost, ale zda byli vystaveni opakovaně takovým událostem.

Opakovaným obrazem také bývá, že onemocnění mentální anorexie předchází vzniklé problémy v rodině. Pacientky s mentální anorexií zažily ve své rodině rok před propuknutím onemocnění mnohem častěji chronické problémy se sourozencem, popisované jako snahu získat zpět rodičovskou pozornost, kterou na sebe strhl „problematický“ sourozenec.

Sexuální zneužívání - Riziko pro vznik PPP, zejména bulimie, se zvyšuje u obětí sexuálního zneužívání v dětství (sexuální zneužívání je třikrát častější u žen s bulimií než u zdravých žen). Toto riziko vzrůstá, pokud bylo zneužíváno rodinným příslušníkem nebo pokud docházelo k násilnému zneužívání.

Vliv rodiny - Je zřejmé, že prvotním zprostředkovatelem kulturních hodnot, které následně ovlivňují nahlížení na sebe sama a sebehodnocení, je právě rodina.

A měla by hrát i tu nejdůležitější roli při tvorbě očekávání, konceptu úspěchu, krásy a obrazu o vlastním těle. Také by měla vytvořit základy pro správné jídelní a pohybové návyky. Rodina předává předpoklady k tomu, jak řešit či naopak neřešit problémy a jakou měrou se podílet na utváření vlastního osudu.

Genetické aspekty PPP

Častější výskyt PPP u příbuzenstva nemusí být nutně důkazem genetického původu (může mít i negenetické příčiny, jako kulturní, psychologické nebo rodinné).

Genetické studie prokázaly genetické determinanty u PPP, podobně jako u dalších psychických poruch (dosud však nebyly opakovány s konzistentními výsledky).

5 Příznaky PPP

„Změny v jídelníčku“ – z jídelníčku postupně mizí pokrmy obecně považované za nezdravé či energeticky vydatné. Postupně však dochází i na další a další pokrmy, jako například světlé pečivo, knedlíky. Nakonec se jídelníček skládá pouze z dietních potravin.

„Změny ve stravovacím režimu“ – přibývají více rafinované výmluvy kolem jídla. Nemocný se vyhýbá jídlům a při prozrazení má připravenou odpověď typu „už jsem po jídle“ či „nejsem zvyklá snídat“ apod. Tyto změny ve stravování jsou dodržovány stále přísněji a důsledněji.

„Srovnání s ostatními“ – při stravování se často srovnávají s ostatními, trvají na co nejmenších porcích. Také dost žvýchají žvýkačky, starší nemocní zase třeba kouří.

„Změna jídelního tempa a chování u stolu“ – anorektičky si jídlo dlouze vychutnávají, vyžadují klid, jedí po velmi malých soustech, jídlo si pečlivě vybírají, někdy si ho i dlouze prohlíží. Bulimičky naopak patlají jedno přes druhé, nenasytně hltají.

„Změna chuti“ – nemocní buď pijí až příliš, aby zapili hlad, nebo naopak své tělo téměř dehydratují. Mohou také třeba hodně solit, pít kávu a velmi snadno se jim po nějakém jídle může udělat nevoľno.

„Izolace od společnosti“ – jedná se o vyhýbání se jídlu ve společnosti jiných lidí. Nemají totiž rádi, když je někdo při jídle sleduje, protože si pro sebe připravují energeticky méně vydatné jídlo, než ostatní, také i proto, že jsou při jídle napjatí, někdy až vyděšení. Mluví o tom, jak moc toho snědli, jak jsou přesycení.

„Zvýšená pohybová aktivita“ – nemocní nedokážou zůstat v klidu, uvolnit se, stále mají potřebu něco dělat a hlavně pracovat na svojí postavě pomocí cvičení. Jsou schopni cvičit i několik hodin denně a třeba i ujit pěšky mnohakilometrové

trasy. V pokročilém stádiu nemoci pak přichází většinou vyčerpání, únava a apatie.

„Přílišné soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost“ – jedná se vždy o dva extrémy, a to buď neustálé postávání před zrcadlem, časté vážení, anebo vyhýbání se zrcadlům i váze, jedni nosí odvážné oblečení, aby vystavili na obdiv svou vyhublou postavu, druzí své tělo schovávají do volných oděvů, dále se také často snaží vyhubat tématu jídlo či o něm naopak mluvit neustále.

„Zdravotní obtíže“ – mezi prvními se objevuje zácpa, poruchy menstruačního cyklu a dost častá je také náchylnost k zimomřivosti. Dále nastupuje padání vlasů, zhoršení pleti a na těle začnou růst jemné chloupky - lanugo. Zdravotním problémům způsobeným PPP se budu věnovat podrobně samostatně v následující kapitole.

„Kategorický odpor k jídlu“ – při snaze přinutit nemocné jíst narazíte na silný odpor, což většinou vede k podvádění a lžím.

6 Zdravotní komplikace spojené s PPP

Kardiovaskulární komplikace

Hladovění, nedostatek základních živin a ochranných látek (vitaminů a minerálů) má na srdce nepříznivý vliv z důvodu snížení hmoty myokardu, abnormality diastolické a systolické funkce, změny variability tepové frekvence, bradykardie, zvýšení tonu parasymptiku, snížení maximální spotřeby kyslíku a EKG změn v průběhu fyzické zátěže.

U pacientek s mentální anorexií jsou kardiální abnormality přítomné až v 86%.

Endokrinní komplikace - ženský reprodukční systém

Narušení endokrinního systému ovlivňuje reprodukční systém v několika oblastech (porucha sexuality a menstruačního cyklu, narušení průběhu

těhotenství, potraty, porucha porodní činnosti, poporodního chování, kojení a celkové negativní ovlivnění vývoje dítěte).

Renální komplikace

Díky zneužívání projímadel, diuretik, také nadměrnému zvracení či dehydratace organismu jsou ledviny jedním z nejmíce zatěžovaných orgánů. Tímto může být vylučovací soustava nenávratně poškozena (vznik močových kamenů, chronické selhávání a nedostatečnosti ledvin, nebo po předávkování projímadly dokonce k otokům, které mohou následně vést k hypovolemickému šoku vedoucí k ledvinovým infarktům a srdečnímu selhání).

Gastrointestinální komplikace

Objevuje se mezi prvními a souvisí se sníženou nebo nedostatečnou funkcí zažívacích orgánů.

Nejnámějším projevem mentální bulimie je benigní zduření příušních žláz.

Díky působení žaludečních šťáv i zvýšená kazivost zubů, záněty jícnu a jeho eroze či vznik vředů – jak v jícnu, tak samozřejmě i v žaludku.

Mezi další gastrointestinální poruchy patří také bolesti břicha, nadýmání, pocity plnosti a tlaku v žaludku, nevolnost a zvracení, komplikace v oblasti tlustého střeva (zácpa nebo střídání zácpy a průjmu, krvácení do tlustého střeva, poškození nervových plexů). Také akutní záněty slinivky břišní, změny funkce jater a hypoglykémie (snížené množství cukru v krvi).

Kosterní komplikace

V období aktivní anorexie dochází ke zpomalování až úplného zastavení kosterního vývoje. Dochází k nevratným poškozením typu osteoporózy, která vzniká již během prvních dvou let nemoci, v případech, kdy nemocný odmítá veškeré mléčné výrobky, které obsahují důležité minerály jako je především vápník a fosfor, choroba spolu s deficitem vitamínu D vede k osteomalacii – demineralizaci kostí. Pokud dojde k tomu stavu v dětském věku, označuje se jako rachitis (křivice). Dochází k netraumatickým zlomeninám a významně zvyšuje riziko zlomenin při sportu a podobně.

Hematologické a imunologické komplikace

U nemocných se často vlivem nedostatečné výživy a deficitu železa objevuje změněný krevní obraz – anémie, a až u poloviny pacientů k chorobnému snížení bílých krvinek, což samozřejmě vede ke zhoršení imunitního systému. Také vyšetření kostní dřeně opět ukáže nedostatečné dovyvinutí či dokonce nekrózu buněk.

Neurologické komplikace

Nadměrné zvracení, užívání projímadel a diuretik, či klystýry vedou k poruchám nervových vodičů (následují křeče, svalové slabosti, stavy zmatenosti, přechodné příznaky podobné nedokrvění mozku, zvýšení hlubokých šlachových reflexů). Tyto nervové poruchy jsou rovněž viditelné na záznamu EEG, a to téměř u poloviny pacientů. U některých nemocných byly prokázány bolesti hlavy, dvojité vidění, náhlé ztráty vědomí a podobně.

Metabolické komplikace

Zhoršena tělesná termoregulace, narušen metabolismus glukózy (při testech glukózové tolerance vše směřuje k diabetes), narušení metabolismu kalcia vede k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému vylučování močí.

Zpomalení bazálního metabolismu a zvýšená hladina cholesterolu.

Poruchy spánku (častá budivost, kratší doba spánku, méně hluboký spánek).

Dermatologické komplikace

Nejsou přímo ohrožující život, jsou však na rozdíl od ostatních komplikací na pohled viditelné a mohou tudíž být jedním z rozpoznávacích znaků, že něco není v pořádku.

Nedostatečnou výživou dochází k vysušení kůže, kde se tvoří šupiny, lanugo, karotenodermie (nažloutlé zbarvení kůže).

Opakované zvracení způsobuje modřiny, mozoly na hřebenech ruky.

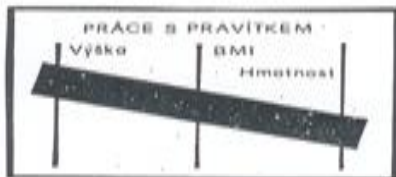
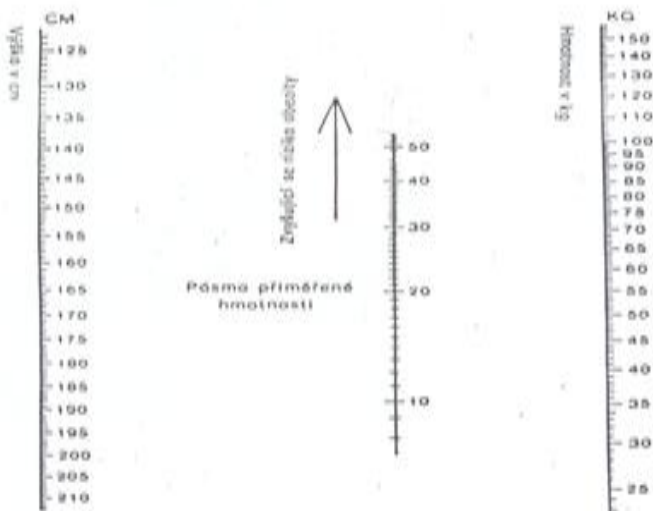
Nadužívání projímadel a diuretik mohou způsobit kožní vyrážku.

7 Posuzování tělesné hmotnosti

Body mass index (Quételetův index) – jedná se o jeden z nejpoužívanějších indexů.

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

Pro stanovení BMI v terénu lze použít jednoduché grafické znázornění:



Posuzování hodnot BMI u dětí a mládeže

Věk	BMI	Odchylka			
Hoši			Dívky		
12	18,31	2,55	12	18,83	2,91
13	19,04	2,69	13	19,75	2,98
14	19,72	2,54	14	20,32	2,72
15	20,33	2,43	15	20,98	2,70
16	21,10	2,38	16	21,45	2,57
17	21,70	2,25	17	21,61	2,46
18	22,12	2,51	18	21,53	2,45

Index tělesné plnosti (Rohrerův index) – tento index je doporučován k posouzení hmotnosti zejména v období puberty, neboť na rozdíl od nejznámějšího BMI indexu je možné ho používat během různých vývojových etap

$$\frac{\text{hmotnost (g)} \times 100}{$$

$$(\text{výška v cm})^3$$

Vhodné rozmezí pro muže je mezi 1,2 - 1,4, pro ženy potom mezi 1,25 - 1,5.

8 PPP u dětí

Výživa má u dětí nezastupitelný význam pro růst a vývoj, rozvoj fyzické aktivity a psychických schopností. Výživa ovlivňuje hormonální a imunitní reakce, je důležitá pro průběh všech metabolických procesů včetně prevence onemocnění. Stav výživy úzce souvisí se zdravotním stavem.

Pro zhodnocení stavu výživy je nutné znát předchozí vývoj a růst dítěte. Onemocnění může začít nenápadně v rámci změn, které běžně provází dospívání. Spouštěčem PPP může být větší psychická zátěž, traumatizující situace, onemocnění spojené s dietou a redukcí váhy, kritický výrok týkající se vzhledu, ale i obdiv okolí za pozitivní změny směřující ke zdravému životnímu stylu, který může přejít v patologické chování. Zpočátku jde obvykle o snahu redukce příjmu potravy, vynechávání sladkých a tučných jídel, postupné omezení dalších jídel a někdy i tekutin. Mohou se objevit i další metody redukce váhy, jako je excesivní cvičení až nutkavého charakteru a užívání laxativ, diuretik nebo anorektik. Tuto snahu o snížení hmotnosti provází psychické změny.

Časté jsou depresivní a úzkostné stavy, zvýšená emoční labilita, dráždivost, zhoršené soustředění a s tím spojené možné zhoršení školní výkonnosti.

K významným metabolickým následkům patří porucha menstruačního cyklu, poruchy štítné žlázy, osteoporóza, poruchy imunity, poruchy termoregulace, svalová atrofie, kazivost zubů a lámavost nehtů a vlasů.

Předpokladem správné léčby je včasná a správná diagnostika. Včetně zhodnocení stupně psychického, somatického a sexuálního vývoje.

9 Léčba PPP u dětí

Léčba PPP musí být komplexní, diferencovaná a s individuálním specifickým léčebným postupem.

Hlavními cíli terapie jsou úprava váhy, změna jídelního chování, postoje k jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. Pro účinnou léčbu je důležité stanovení jasných pravidel a naprostá důslednost v jejich dodržování. Farmakoterapie se doporučuje pouze u pacientů, kde jde o život ohrožující stavy nebo u atypických forem onemocnění.

Ať je však dítě v jakémkoli věku, fázi či situaci, vždy je velmi důležitá spolupráce právě s jeho rodinou (rodiči, sourozenci, popřípadě prarodiče), školou a s lidmi jemu nejbližšími.

Případy jsou často doprovázené depresemi, nebezpečnými stavy podvýživy či dehydratace a zde už je důležitá hospitalizace.

Příznaky, kdy je nutná hospitalizace, lze shrnout do pěti bodů:

- pokud dojde ke ztrátě více než 25 % váhy, jež je vzhledem k věku a výšce předpokládána
- pokud tělu hrozí dehydratace
- pokud jsou viditelné znaky selhávání krevního oběhu, například nízký tlak či pomalý tep
- pokud dochází k opakovanému zvracení, ba dokonce zvracení krve
- pokud u pacienta pozorujeme známky deprese a sklony k sebevražednému jednání

10 Kompetence a role sociálního pracovníka

V první fázi je hlavním nástrojem sociálního pracovníka rozhovor. Je třeba si uvědomit, že PPP jsou velmi vážné, mnohdy život ohrožující riziko, proto je nutné v každém případě jednat s rozvahou, notnou dávkou citu a empatie, neustálým vyjadřováním podpory, zároveň však s upřímností.

Přirozeně je důležité mít základní informace o nemoci, jejich důsledcích a možnostmi léčby.

Rozhovor, ať už s kterýmkoliv členem, musíme přizpůsobit věku, vzdělání či sociálnímu postavení. Neustále se přesvědčujeme, že jsou naše slova srozumitelná druhé straně, proto nepoužíváme složité a cizí výrazy a občasným zpětným dotazováním a parafrázováním si ověřujeme vzájemné pochopení a k upřesnění informací.

První rozhovory s dítětem

- Pokuste se zajistit klidné, tiché, pokud možno příjemné a ničím a nikým nerušené místo.
- Posad'te se blízko, ať dítěti vidíte do obličeje, ale také pohyby jeho celého těla. Nesedejte však přímo proti němu, aby měl možnost dívat se i jinam, než jen na vás.
- Snažte se orientovat v pocitech smutku, strachu a zlosti, které jsou skryté za slovy, vy se je pokuste odkrýt a mluvit o nich.
- Čas od času shrňte, co jste slyšeli a přesvědčte se, zda to chápete správně.
- Ujistěte ho, že je možná změna, cesta ven, a existují jiné zdravější alternativy toho, co mu přináší nemoc.

Je nepravděpodobné, že cíle dosáhnete při prvním rozhovoru. Většinou nemocný zaujímá odmítavý postoj, popírá své problémy, nechce si je přiznat, ba dokonce je řešit a nestojí o změny. Prvním cílem by tedy mělo být přiznání si problému a nalézt motivaci pro změnu.

První rozhovory s rodiči

- Citlivě řekněte o svých obavách, sdělte jim, čeho jste si všimli, a rodičů se ptejte, jestli si podobných známek problému také všimli a jak oni vidí své dítě.

- Měli by vědět, že jejich role v řešení problému je velmi významná, proto jim také podáme nejdůležitější informace o nemoci. Existuje mnoho informačních brožur o poruchách příjmu potravy, které jim můžete předat k prostudování. Ujistíme je, že existují možnosti pomoci.
- Neopomeňte ani jejich pocity, mluve s nimi o nich.

Dalším důležitým krokem sociálního pracovníka je doporučení včasného vyhledání dětského lékaře, protože je potřeba zhodnotit zdravotní stav dítěte. Lékař pak poradí s dalším postupem a vyhledáváním zdravotnických a psychologických zařízení, kde mohou dítěti pomoci.

Sociální pracovník se pak může také zapojit do vyhledávání vhodných zařízení, které by rodině a dítěti vyhovovalo.

Může dokonce vytvořit multidisciplinární tým, složený z odborníků z dalších oblastí pomoci. Budete tak mít komplexnější pohled na problémy rodiny a může jí tak účinněji a pružněji pomáhat v celkové rekonvalescenci.

11 Prevence PPP u dětí

Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, kultuře stravování a v působení společenských vlivů. Lze ji rozdělit na **specifickou**, která je zaměřená na určitá rizika (anorexie, bulimie, obezita), a na **nespecifickou**, která je zaměřena spíše všeobecně na zdravý životní styl a jeho podporu.

Úkolem sekundární prevence je detekce a ovlivnění ohrožených skupin. Snaha o zabránění dalšímu prohlubování problému.

U terciální prevence jde o snahu předejít zhoršení stavu a obnovení plného zdraví. V posledních letech se také zaměřuje na zamezení přenosu jídelní patologie na další generaci.

V oblasti primární prevence, zvláště tedy u dětí, jsou velmi účinnými prostředky hry. Existuje mnoho metodických námětů. Za cíle si kladou především posílení

sociálních vazeb, rozvoj emoční inteligence, schopnosti spolupráce a navazování přátelství, uvědomování si sebe sama a své osobnosti a v neposlední řadě také k rozvoji důvěry k lidem ve svém okolí a zdravým stravovacím návykům.

1. Řekni mi, co jíš? Malá anketa o výživě

Cíl: Uvědomění si vlastních postojů k jídlu, přehodnocení svých stravovacích návyků. To vše v porovnání se zásadami zdravé výživy.

Zadání: Kladením otázek zkuste zjistit, jakou skladbu jídelníčku děti či dospívající mají, čemu dávají přednost, jaké mají znalosti o zdravé výživě a jaký mají vůbec postoj k jídlu a i k vlastnímu tělu.

Příklady vhodných otázek:

- *Co většinou snídáte? Stravujete se pravidelně?*
- *Jíte denně zeleninu? Které druhy zeleniny vám chutnají nejvíce?*
- *Jaké nápoje pijete nejčastěji?*
- *Ochutnali jste už celozrnné pečivo? Máte rádi ryby?*
- *Chodíte často do cukrárny?*
- *Co si myslíte o čokoládě? Jíte ji často?*
- *Přisolujete si pokrmy na talíři?*
- *Dodržujete nějakou dietu? Jste spokojeni se svou postavou?*
- *Kdybyste si mohli vybrat, čemu dáte přednost...*

Vyhodnocení: Vyhodnocení provádějte společně. Co jste se dozvěděli o dodržování zásad zdravé výživy u dětí? A co jejich stravovací návyky obecně? Informace zjištěné dotazováním použijte v diskuzi o vylepšení stravovacích zvyklostí.

2. Rozhodování nad talířem

Cíl: Dělat správná rozhodnutí v oblasti zdravé výživy

Je zřejmé, že děti si spíše vyberou jídlo nezdravé, které jim ale chutná, než jídlo nepřitažlivé vůně či chuti. Proto je třeba děti motivovat k zamyšlení se při sestavování jídelníčku.

Zadání: Napsání dopisu svému oblíbenému jídlu. V dopise se rozepište také o tom, zda jídlo, které máte rádi, patří či nepatří mezi pokrmy zdravé výživy a také čím to je, že vám zrovna toto jídlo tak chutná.

Vyhodnocení: Na další papír pak společně napište důvody oblíbenosti pokrmů, které děti uvedly ve svém dopise. Jaké by tedy mělo být jídlo, aby ho děti rádi zařazovaly do jídelníčku

3. Jezte pestrou stravu v přiměřeném množství

Cíl: Naučit se sestavit si jídelníček podle zásad zdravé výživy

Pro zajištění dostatečného přísunu vitamínů, minerálů a všech potřebných látek je třeba rozmanitého jídelníčku.

Zadání: Napište soupis veškerého jídla, pití a pamlsků, které jste snědli během jednoho libovolného dne. Pokuste se i o přibližné množství. Zároveň nezapomeňte připsat i všechny aktivity, které jste ten daný den vykonali.

Vyhodnocení: Nejprve můžete porovnat příjem a výdej energie. Dále pokrmy rozdělte do dvou sloupců – zdravé a nezdravé. Poté společně s dětmi popřemýšlejte, čím by se tyto nezdravé prvky daly nahradit.

4. Pyramida zdravé výživy

Cíl: Naučit se vyhodnotit svůj jídelníček ohledně zastoupení různých potravin.

Zdravá výživa by měla být součástí našich životů nejen proto, abychom se také cítili zdravě, svěže a spokojeně. Naopak strava, která je ochuzena o důležité prvky mohou vést k závažným problémům a chorobám.

Zadání: Pokuste se určit doporučené denní množství u těchto potravin: chléb, čokoláda, kiwi, jogurt, kuřecí maso, máslo, zelí, rybíz, ovesné vločky, sýr, vejce,

těstoviny, mrkev, citrón, rybí filé, okurky, brambory, mléko, bonbóny, celozrnné pečivo.

Poté nakreslete výživovou pyramidu a správně zařaďte tyto potraviny do jednotlivých vrstev.

Vyhodnocení: Sepište seznam potravin, které jsou doporučovány odborníky pro zlepšení nutričních návyků.

5. Bud' fit

Cíl: Zhodnocení své tělesné hmotnosti pomocí vzorce BMI

Ke zdravému životnímu stylu patří také pohybové aktivity. Je třeba udržovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem energie. Nadváha, stejně jako příliš nízká tělesná váha je často doprovázena dalšími komplikacemi a nemocemi.

Zadání: Použijte BODY MASS INDEXU ke zhodnocení své tělesné hmotnosti.

Postupujte podle vztahu

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

Doplňte v tabulce údaje

Jméno	výška (m)	výška ² (v m ²)	hmotnost (kg)	vypočítaný BMI	Hodnota BMI podle věku

Hodnoty, které jste vypočítali, můžete porovnat s hodnotami v tabulce níže uvedené

Věk (roky)	Hodnota BMI (kg/m ²)	
	chlapani	dívky
11	16 - 19	16 – 19
12	16,5 - 19,5	17 - 20,5
13	17 - 20	18 – 21
14	18 - 21	18,5 – 22
15	19 - 21	19 – 22
16	19,5 - 22	19,5 – 23
17	20 - 23	20 – 23

Díky údajům v BMI tabulce je možné vypočítat si také svou ideální hmotnost pomocí tohoto vzorce:

$$\text{ideální hmotnost (kg)} = \text{BMI} \cdot (\text{tělesná výška v m})^2$$

Vyhodnocení: Co byste poradili někomu z vašeho okolí, když byste zjistili, že jeho BMI překračuje hodnoty uvedené v tabulce? A co když má příliš nízké hodnoty BMI? Jaké by mohly být příčiny?

6. Ideál krásy

Cíl: Upozornit na to, že žádný absolutní ideál krásy neexistuje, každý člověk je něčím krásný.

Veźměte nějaký módní časopis a spolu s dětmi si jej prolistujte. Určitě zde najdete jak reklamu na nějaké dobré jídlo, nad kterým se sklání spokojení lidé s úsměvem na tváři, na dalších stránkách zase super štíhlé modelky v přilehlých šatech. Zeptejme se: Je vůbec možné spojit tyto dvě věci – dopřávat si dobré jídlo a přesto být ideálem štíhlosti?

Zadání: Dejte dohromady materiály o tom, jak se v průběhu dějin měnil ideál krásy (např. fotografie, filmy apod.)

Vyhodnocení: V dnešní době nás neustále obklopují fotografie žen, které jsou stále více a více hubenější. Pro většinu populace je však nemožné vyrovnat se tomuto ideálu. Vždyť když se podíváme do nedaleké historie, zjistíme, že ženy, které by dnes byly považovány za ženy s nadváhou, byly ve své době obdivovány za své dokonalé křivky.

Je přirozené, že se dívky chtějí líbit a proto je snaží všemožně přiblížit ideálu, ale je třeba prodiskutovat způsob, jak toho chtějí dosáhnout. Pokuste se s dětmi sestavit seznam rad, jak se starat o své zdraví během dospívání.

7. Pohled do zrcadla

Cíl: Snaha vyprovokovat děti přemýšlet o kráse a svém těle, protože právě nespokojenost s vlastním tělem je jednou z příčin PPP.

Zadání: Pro někoho může být období adolescence nepříjemné – mění se tělo, vztah k sobě i k lidem ve svém okolí. Tyto změny plus všeobecně uznávaný ideál „krása = štíhlost“ brání dívkám ve spokojenosti s dosavadním způsobem stravování a se svým tělem. Ať už s váhou, tvarem postavy, s pletí či s vlasy.

Přečtěte si úryvek z deníku čtrnáctileté LINDY:

"Rozbijte všechna zrcadla, už se nechci ani vidět! Nechci, aby se na mě někdo díval! Proč zrovna já jsem tak tlustá a ošklivá?"

Nabízí se otázka, co je krásné a co ošklivé. Kdo a podle čeho lze určit, co je krásné a co ošklivé?

Vyhodnocení: Proberte s dětmi skutečné hodnoty, podle kterých mohou hodnotit lidi.

8. Posilujeme sebedůvěru

Cíl: Podpora sebedůvěry a poukázání na pozitiva osobnosti

Minitest pro dívky - Jak vidím sama sebe?

1. Při pohledu do zrcadla
 - a) *polekám se*
 - b) *mohla bych vypadat lépe*
 - c) *jsem celkem spokojená*
2. Se svým tělem jsem spokojená
 - a) *vůbec nejsem*
 - b) *tak napůl*
 - c) *nemám s tím problém*
3. Co si o mně myslí okolí
 - a) *nejspíš, že nejsem pěkná*
 - b) *možná bych mohla vypadat lépe*
 - c) *těmito otázkami se nezabývám*
4. Jaké se vám žije ve vašem těle?
 - a) *nic moc, spíše nepříjemně*
 - b) *jak kdy, mohlo by být lépe*
 - c) *docela to jde*

Vyhodnocení:

převažují odpovědi a) : Asi se sebou nejsi moc spokojená. Je velká škoda, že nevidíš své kladné stránky. Začni je vnímat a obohatíš tím i své okolí.

převažují odpovědi b) : Příliš ti záleží na názoru ostatních. Buď opatrná, abys neztratila sama sebe a nehnila se za představami jiných. Být sama sebou je důležitější.

převažují odpovědi c) : Vidiš sama sebe realisticky a to je dobře. Jsi se sebou smířená, což je velmi pozitivní a stejně to vnímá i tvé okolí.

vyrovnaný počet odpovědí a), b), c) : Docela tě omezují názory ostatních. Pokus se ale od nich osvobodit, protože jen tak se nebudeš trápit nějakými ideály krásy a budeš si užívat toho, jaká jsi ty. Jen pomocí pravdivosti dojdeš ke kráse.

Zadání: Všichni jsme obdařeni vlastnostmi a dovednostmi usnadňující nám řešení různých problémů a pomáhající nám chránit sami sebe. Daly by se tedy považovat za vlastnosti kladné. Zamyslete se nad svými vlastnostmi, které byste označili za kladné.

Poté nakreslete tzv. deštník sebeúcty a do jednotlivých částí vepište své dobré vlastnosti, co vám jde, co umíte atp.

Vyhodnocení: Jak se budete snažit tyto vlastnosti více rozvíjet?

9. Co se vám na mě líbí?

Cíl: Pomoci dětem si uvědomit, jak jsou vnímáni okolím a jak hodnotí sami sebe

Zadání: Na papír namalujte květinu. Do jejího středu vepište své jméno a papír pošlete dalším členům rodiny (skupiny). Každý člen má za úkol do jednoho okvětního lístku napsat jednu vlastnost, kterou má na vás rád, co se mu na vás líbí, čeho si váží. Ať už se jedná o vzhled, ale hlavní jsou názory na osobnostní vlastnosti.

Vyhodnocení: Jakmile se papír s kopretinou vrátí opět k vlastníkovi, může se vyjádřit k tomu, co si na květině přečte. Máte na sebe stejný názor, jako na vás mají ostatní? Jak jste s hodnocením spokojeni?

10. Poznáváme sami sebe

Cíl: Pomocí sebepoznávání se naučit pracovat se svými pocity a také vážit si sám sebe

Poznávání sebe sama je důležitý proces, díky kterému se naučíme ovládat své emoce i chování, dozvíme se o sobě spoustu důležitých věcí a hlavně se naučíme mít sami sebe rádi.

Zadání: Zvolte si některou ze svých věcí každodenní potřeby jako např. hrnek, knihu či hračku a popřemýšlejte o tom, co by mohla tato věc o vás vyprávět.

Vyhodnocení: Děti se mohou zamyslet sami nad sebou. Co jim jde dobře, co třeba i hůře, ale také jak se lze zlepšit. Čeho chtějí ve svém životě dosáhnout a co pro to můžou udělat.

11. PPP

Cíl: Posouzení příčin, jež vedou právě k poruchám příjmu potravy, a uvědomit si možnosti, jak těmto poruchám předcházet.

K poruchám příjmu potravy vedou emoční problémy, se kterými si člověk neví rady, a tak svou nejistotu řeší jídlem. Jídlo, které je jinak jen běžnou součástí života, najednou přechází v hlavní náplň života. Rodina, přátelé, škola či práce ustupují do pozadí a nejdůležitější je právě jídlo či myšlenky na něj, řešení své váhy a diety.

Zadání: Poslechněte si tyto příběhy a pokuste se nad nimi zamyslet:

„JANA nikdy nebyla příliš štíhlá. Nyní ve čtrnácti letech se její postava mění v souvislosti s dospíváním. Dívá se do zrcadla a má pocit, že už by ji doma neměli považovat za malou holčičku. Pokud se své názory snaží prosadit, často se dostává do sporu s rodiči a to ji velmi mrzí. Dochází k závěru, že to jediné, co jí přináší potěšení, je jídlo. Cestou do školy si kupuje čokoládu, schovává ji ve skřínce ve škole i doma ve svém pokoji. Tajně ji potom rozbaluje a jí.“

Vyhodnocení: Vymyslete pokračování příběhu. Také se pokuste přijít na to, jaké problémy se u Jany mohou vlivem jejího chování vyvinout. Jaké jsou příčiny chování Jany? Jak by bylo možné Janě pomoci?

„PETRA chce být tanečnicí. Od předškolního věku pilně trénuje, chtěla by studovat balet na konzervatoři. Její úsilí podporuje i matka, která už ji vidí tančit na divadelním jevišti, a uskuteční tak svůj sen... Petru tanec moc baví. Je ochotná oželeť zábavu s přáteli. Ví, že musí pilně trénovat, aby se její sen splnil. V poslední době má však nové starosti. Její postava se v souvislosti s dospíváním začala měnit. Při nácvičku na školní představení se jí příliš nedařilo a navíc

zjistila, že přibrala celý kilogram. Rozhodla se držet dietu. Začala si myslet, že čím bude hubenější, tím lepší výkon bude podávat. Podařilo se jí snížit svou hmotnost, ale...“

Vyhodnocení: Pokračujte v příběhu. Co může Petře způsobit další omezování příjmu potravy? Co má Petra udělat pro to, aby z ní mohla být tanečnice?

„DENISE je 16 let a sportuje od útlého dětství. Její otec je trenérem házené, maminka byla úspěšnou sportovní gymnastkou. Denisa se zabývá hned několika sporty: hraje tenis, trénuje běh a reprezentuje sportovní oddíl v atletických soutěžích. V poslední době začala na radu kamarádů chodit do posilovny a skutečně intenzivně cvičit. Bojí se, aby neztloustla. "Musíš si jídlo zasloužit", to je její heslo. Nedokáže se v klidu najíst. Ihned se snaží získané energie se zbavit intenzivním cvičením. Pohyb pro ni přestal být prostředkem, jak posilovat svou kondici a příjemně se uvolnit. Stal se z něj prostředek, kterým "likviduje" získanou energii a snaží se hubnout. V době, kdy nemůže cvičit, přestává jíst s odůvodněním, že by určitě přibrala. Nadměrný a důsledně prosazovaný pohyb ji ovládl stejně, jako jiné dodržování drastických diet. I ona se tak ocitla v poradně pro anorektičky...“

Vyhodnocení: Pokuste se vysvětlit, co bylo příčinou Denisiných problémů a jak by mohla být tato situace řešena.

„KATKA se vždycky dobře učila a měla spoustu zájmů. Její maminka se však v důsledku úrazu nemůže už starat o ni a o mladšího brášku jako dřív. Katka musí pomáhat, chodí pozdě spát, nemá čas na učení. Její vysvědčení už nepatří k nejlepším. A to se ještě kluk, který se jí líbí, vyjádřil, že s tlustou holkou chodit nebude. Katka se vyděsila a začala s dietami. V té době jí prozradila kamarádka zaručený recept - najíst se a potom vyvolat zvracení. Katka je nadšená. Tak určitě zhubne - může všechno jíst, nic se jí nestane...“

Vyhodnocení: Zkuste si promluvit o tomto příběhu, hlavně o důsledcích Katčina chování jako je časté zvracení nebo i zneužívání projímadel. Jakou radu byste jí dali? Mohou PPP ohrožovat i chlapce? Pokuste se vymyslet příklady, kdy by mohli.

12. Kdo jsem?

Cíl: Pomoci vyvinout představu o sobě samém prostřednictvím sebezkoumání za použití obrázků a slov.

Pro děti je zájem o jejich vlastní osobu nad ostatní zájmy, protože samo sebe zná nejlépe.

Zadání: Představte si, že jste si našli přítele z jiné země, se kterým si pouze dopisujete. On už vám dopis napsal a teď je řada na vás. Chtěl by vědět, jak vypadáte vy a jací jste. Na list papíru se pokuste namalovat svůj portrét – buď jen obličej, nebo celou postavu. Na obraz poté napište celou větou i své jméno, například: Jmenuji se Jana.

Na dalším papíře vytvořte pro přítele jednoduchou básničku. Ani se nemusí rýmovat a dlouhá bude dle vašeho uvážení. Jen na každý řádek vystihněte své vlastnosti, co rádi děláte, jací jste, co máte rádi a podobně.

Vyhodnocení: Měli byste rádi korespondenčního kamaráda z daleké země? A myslíte si, že by se mu váš dopis líbil? Co bylo na tvoření dopisu nejtěžšího?

13. Mám se rád

Cíl: Pomoci dětem přijmout se a vážít si sebe samých prostřednictvím řízené fantazie s obrazem zrcadla a pozitivního vidění.

K tomuto úkolu budeme potřebovat arch balicího papíru a jakékoliv psací potřeby.

Zadání: Pěkně se usadte a uvolněte se zavřenýma očima. Třikrát se hluboce nadechněte a vydechněte. Představte si veliké červeně orámované zrcadlo.

VeźmĚte hadr na prach a pořádnĚ zrcadlo vyĉistĚte a vyleštĚte. Pak se pŕed nĚj postavte. Dejte znamení, aŝ se v zrcadle uvidíte.

Dívejte se na detaily svĚho obliĉje...na barvu a tvar oĉí. Zkuste hýbat ušima. Sjed'te pohledem na svá ramena. Sledujte, jak s nimi pohybujete nahoru a dolů. Potom pŕejdĚte na hrudník.

Neopomeňte také nohy. Zkuste vyskoĉit. Jak vysoko dokáŝete? Skvěle!

Teď stojíte zase v klidu a váš odraz v zrcadle si vás pŕátelsky prohlíŝí. . .

Jaký odstín mají vaše vlasy? VeźmĚte si hřeben a uĉešte si vlasy pŕesnĚ tak, jak to máte rádi a jak se vám to líbí. . .

Teď pohleďte svĚmu obrazu v zrcadle hluboko do oĉí. Vidíte, jak jsou krásné a jak září? Zase se jednou zhluboka nadechnĚte a místo vzduchu do tĚch zářivých oĉí vyfoukni malý bílý obláĉek. (A teď i Vy se nahlas a zŕetelnĚ hluboce nadechnĚte a vydechnĚte a vyzvěte dĚti, aby nádech a výdech s obláĉkem zopakovaly.) Pozorujte, jak se z vaších oĉí stávají oĉi šťastné. . .

Stále nespouštĚjte oĉi ze svĚho obliĉje a řekněte si: „Celý můj obliĉej se smĚje. SmĚji se rád, dáva mi to dobrý pocit“. PromĚň svůj obliĉej v jeden velký úsmĚv. Ať v zrcadle vidíš i své zuby.

ZamĚříme se na tĚlo. Postavte se pŕed zrcadlem pĚknĚ vzpŕímenĚ. Stojíte zde hrdĚ a máte rádi sami sebe. Prohlíŝejte se od hlavy aŝ k patĚ a pŕi tom si s nadšením stále opakujte: „Mám se rád! Mám se rád! Mám se rád!“

Vnímejte ten dobrý pocit, který to ve vás vyvolává. Tato slova si opakujte klidnĚ kdykoliv, kdy se nebudete cítit dobře a budete to chtít zmĚnit. A když si řeknete „Mám se rád!“, pocitujete to? Ukaŝte rukou na místo na vašem tĚle, kde cítíte ono *Mám se rád*. Dobře si ten pocit zapamatujte, jaké to je mít se rád. JeštĚ o tom budeme mluvit.

Teď se můžeme vrátit opĚt zpĚt do reality, protáhnĚte se a otevŕete oĉi. . .

JeštĚ jednou si nahlas zopakujeme „Mám se rád!“ a rukou si ukáŝeme, kde na tĚle to pocitujeme.

No a poslední část tohoto úkolu je nejlépe pro dvojice. Na velký arch papíru obkreslete postavu dítěte. Tu vybarvíte tak, aby nakreslená postava vypadala opravdu šťastně, namalujte jí usměv. Části těla s dětmi popište kladnými přídavnými jmény, jako například: má krásné zelené oči, mé pracovité ruce, mé rychlé nohy, má chytrá hlava apod.

Vyhodnocení: Ptejte se děti, proč lidé mají sami sebe rádi a proč jsou lidé, kteří sami sebe rádi nemají. Proč o sobě někteří lidé nepřemýšlejí v dobrém a co mohou udělat, aby se to změnilo? A co nás dělá v životě šťastnými?

14. Dokážu to

Cíl: Vědomí, že dokážeme zdat více či méně těžké úkoly je dobrý základ pro zdravou sebeúctu. A zvláště pro děti je pak důležité, aby jejich úspěchy byly zaznamenány a děti byly následně pochváleny. Někdy stačí jen to, že se z jejich úspěchů dokážeme radovat spolu s nimi.

Zadání: Určitě jste už někdy zvládli něco, co pro vás nebylo vůbec snadné. A je dokonce možné, že si toho ani ostatní nevšimli. A přece to bylo pro vás důležité a byli jste hrdí sami na sebe, že jste to dokázali. Vaším úkolem teď bude vzpomenout si na jednu či dvě takové věci, které pro vás byly nelehké, ale vy jste je i přesto zvládli. A pokuste se na papír ztvárnit, jak to probíhalo. Poté nám obrázek ukážete a popíšete i slovy.

Vyhodnocení: Co všechno bylo zapotřebí ke zvládnutí tohoto úkolu, který jste namalovali? Komu říkáte o svých úspěších? Jak mohou ostatní na vás poznat, že jste na sebe pyšní? A když jste na sebe hrdí, kde ve svém těle to cítíte? Když jdete do něčeho obtížného, kolikrát se o to pokusíte? Kdy to teprve vzdáváte?

15. Poděkování tělu

Cíl: Posílení kladného vztahu ke svému tělu, což je dalším důležitým stavebním kamenem naší zdravé sebeúcty.

Zadáni: Vyjmenujete mi alespoň pět věcí, za které byste mohli být vděční? Kde v těle cítíte vděčnost? Čemu všemu můžete být vděční? Třeba vzduchu či kameni? A co takhle svým chodidlům, za to, že pomocí nich můžete chodit?

Pohodlně se usadte a zavřete oči. Tříkrát se zhluboka nadechněte a vydechněte. Cítíte celé své tělo? Vnímáte ho? Je čas poděkovat svému tělu za to, jak dobře vám slouží. Ať už při chůzi či třeba hraní. Poděkujme svému tělu za jeho pomoc. Můžeme mu poslat krátkou zprávu, že ho máme rádi a jsme mu vděční... Pojdme poslat zprávu každé části našeho těla, protože každá nám k něčemu slouží, každá je potřebná. Nohy k chůzi, hlava k myšlení, ruce ke psaní, práci či hraní, plíce k dýchání, prsty k dotýkání se. Díky krku a ramenům máte rozhled všude kolem. Páteř zase drží celé naše tělo jak při chůzi, tak i při sezení a nošení těžších věcí... Nyní sami popřemýšlejte, které části svého těla byste chtěli poslat děkovnou zprávu. Jistě jsou části těla, které vám pomáhají prožívat radosti života. Chvilku se nad tím zamyslete a potom za to poděkujte. Potom budu počítat do tří a můžete otevřít oči.

Vyhodnocení: Proč si myslíte, že je důležité být vděčný svému tělu? A které části jste vděční? A na kterou jste opravdu hrdí? A kterou část vašeho těla považujete za citlivější? A nakonec, o kterou část svého těla byste se mohli starat lépe?

16. Psaní ve třetí osobě

Cíl: Zjednodušení představení sebe sama. Díky užívání třetí osoby mohou děti získat větší odstup od sebe samých a tím pádem nám toho mohou o sobě prozradit více, lépe se popsat, vyjadřovat se přímo.

Zadáni: Představte si, že sami sebe pozorujete zvenčí. To znamená, že o sobě budete psát ve třetí osobě. Popište mi, co vidíte. Jací jste? Jaký máte život? Klidně začněte s popisem toho, jak vypadáte, kde bydlíte, kam chodíte do školy, co děláte rádi a co zase ne. A jaká jsou vaše přání?

A teď sebe a svůj život popište ještě jednou, ale ta svá velká přání do příběhu zahrňte tak, jakoby už se stala. Například pokud si přejete mít nejlepšího

kamaráda, kterému se můžete svěřit úplně se vším, a on si to nechá pro sebe, v příběhu napište, že takového kamaráda máte.

Vyhodnocení: Co pro vás bylo na tomto úkolu nejtěžší? Jak jste spokojeni s popisem svého života a povedlo se vám napsat i druhý příběh se splněnými přáními?

17. Krabice na starosti

Cíl: Snažit se rozlišit mezi důležitými a zbytečnými starostmi.

Všichni máme více či méně sklony k tomu dělat si starosti. Nejhorší a nejvíce zbytečné jsou však starosti typu ‚Co by, kdyby....‘. Obavy z věcí, které se ani nestaly. Jen to pomyslení, že by mohly přijít. Například: Co když nezvládnou písemku? Co když se něco stane rodičům? Co když se se mnou kamarádka přestane bavit?

Tyto starosti nám pak berou příliš mnoho energie, kterou bychom mohli využít na řešení reálných problémů.

Zadání: Pojďme se teď pobavit o starostech. Jaké si myslíte, že mají problémy třeba vaši rodiče? A s čím si dělají starosti vaši sourozenci? A co takhle vaši učitelé? A co řidič autobusu, kterým pravidelně jezdíš?

A s jakými problémy se musíte potýkat vy? Dokážete mi vysvětlit rozdíl mezi obavami a opravdovými problémy?

Spolu si tu vyrobíme krabici z lepenky a pěkně ji ozdobíme. Na menší papírky napište všechny své problémy, které vás tíží. Vložte je do krabice. Krabici si uložte ve svém pokoji a každý týden si jednou sedněte a sepište své problémy a uložte je do krabice. Při každém našem setkání krabici vezmeme, přečteme si papírky se starostmi a zhodnotíme, co z nich stále přetrvává a které z nich se třeba vyřešily samy.

Vyhodnocení: Jaké to bylo napsat své starosti na papír a dát je do krabice? Jak se teď cítíte? Co dalšího můžete dělat, aby vás nezahltily starosti? Jak jsou na tom

lidé ve vašem okolí – dělají si příliš starostí, nebo si naopak nedělají skoro žádně?

18. Vyberte si nový rám

Cíl: Vždy se můžeme na situaci dívat buď pesimisticky, nebo optimisticky. Sklenice je z poloviny prázdná nebo z poloviny plná. Pro optimistický pohled na svět si můžeme vytvořit pomůcku: dva co největší rámy z kartonu o šířce deset centimetrů. Jeden z ráků bude negativní a do jeho čtyř stran vepište věty jako „Nemůžu nic dělat. Všichni jsou proti mně. Svět je špatný. Všechno je beznadějně.“ A na druhý, pozitivní rám zase napište „Dokážu to. Svět je nádherný. Mám spoustu přátel. Život je krásný.“

Zadáni: Namalujeme dva obrázky – jeden opravdu veselý a druhý smutný. K tomu několik větších kartonů různých barev. Začneme s veselým obrázkem. Postupně ho budu pokládat na všechny rámy – začnu s černým, pak šedý, modrý, zelený, červený a nakonec žlutý. Od dětí chtějte vysvětlení, jak se mění nálada a působení obrázku s rámy. Totéž zopakujte se smutným obrázkem. Tyto rámy představují naše myšlenky a je jen na nás, zda to, co nám život přinese, budeme vnímat s pozitivním rámem s nápisy, podobný tomu, který jsme si vyrobili, anebo ten negativní s „černými“ myšlenkami. Zeptejte se dětí, kdy se stalo, že musely použít rám z negativních myšlenek a kdy zase rám z pozitivních myšlenek.

Teď vám dám prázdné rámy a vy ho vymalujete a ozdobíte podle svého uvážení, jak byste se vy chtěli dívat na svět. Klidně na něj můžete i něco napsat. Po dokončení rám zvedněte a dívejte se skrz něj na svět.

Vyhodnocení: Jaké je to pozorovat vše kolem přes svůj speciální rám? Bylo pro vás vyrobení vlastního rámu těžké? Proč si myslíte, že se více dětí dívá skrz právě smutný rám?

Literatura k dispozici u autorky

V rámci edukace doporučuji prostudovat publikace F. D. Krcha, E. Marádové a
H. Papežové na téma PPP.

Vydala Gabriela Zatloukalová

Univerzita Palackého v Olomouci

Olomouc 2014