

CO DĚLAT, KDYŽ - INTERVENCE PEDAGOGA
Rizikové chování ve školním prostředí - rámcový koncept

Příloha č. 3

Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie)

<p>Typ rizikového chování</p>	<p>Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní polohy jídelního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené se zvracením nebo jinou nevhodnou kompenzací energetického příjmu. Pro obě poruchy je příznačný nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a nadměrná snaha o dosažení štíhlosti a její udržení. Další psychické a zdravotní problémy většinou souvisí s mírou podvýživy a s intenzitou užívaných „metod“ na zhubnutí.</p> <p>Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Základním kritériem anorexie je nízká tělesná hmotnost (alespoň o 15% nižší než odpovídá věku a výšce) a aktivní snaha hubnout nebo nepřibrat (nemocní někdy popírají snahu hubnout, ale mluví o zdravé výživě a životním stylu). Postupně si zvykají na snížený příjem energie, nadměrnou sebekontrolu v jídle a často i zvýšený energetický výdej, snadno se cítí přejedeni. Bývá rozlišován nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám přejídání nebo zvracení, užívání laxativ nebo diuretik.</p> <p>Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Rozhodujícím kritériem přejídání je subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem. Někdy je rozlišován purgativní (vyskytuje se zvracení, laxativa nebo diuretika) a nepurgativní (ke kontrole hmotnosti jsou využívány přísné diety, hladovky nebo intenzivní cvičení) typ bulimie.</p>
<p>Východiska</p>	<p>Poruchy příjmu potravy/dále PPP/ se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, ztracené v nevhodných jídelních návycích vrstevníků a rodiny. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až osmnácti let, mentální bulimie obvykle mezi patnáctým až pětadvacátým rokem věku. PPP patří mezi nejčastější problémy dospívajících dívek a mladých žen (poměr ženy : muži bývá uváděn 8-15 : 1). Kolem 6% děvčat vykazuje koncem puberty některé anorektické příznaky. Výskyt anorexie je uváděn 0,3-0,8% rizikové populace (životní prevalence u žen až 4%), výskyt bulimie 1,5 – 4,5% rizikové populace. I když úspěšnost léčby poruch příjmu potravy je relativně vysoká, mohou mít tyto poruchy velmi závažné důsledky pro život nemocného. Mentální anorexie patří mezi nejletálnější duševní poruchy. Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních</p>

komplikací, které souvisí především s váhovým úbytkem a nedostatečnou výživou nebo jsou důsledky zvracení, nadužívání projímadel nebo diuretik.

K rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází v případě, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet a současně některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných duševních poruch. Disponovanost pro diety je spojena především s ženským pohlavím, předčasnou nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, reálností nebezpečí nadváhy a některými zájmovými (sportovními) nebo profesními aktivitami. Intenzita, s jakou jsou dietní tendence prosazovány, souvisí s individuálními možnostmi nemocného, které definuje především jeho věk, osobnost a rodinné prostředí, a s jeho „potřebou“, kterou posilují jeho zájmy, sociální a osobní pozice a zkušenost. Další rizikové faktory posouvají hranice, až kam je nemocný ochoten jít nejenom v sebekontrolě a nevhodných jídelních návycích, ale i v emočních reakcích, postojích a chování včetně například krádeží nebo sebepoškozování. Na této rovině se začínají uplatňovat obecně rizikové faktory, jako je například alkoholismus nebo duševní choroba v rodině. Další vlivy se dostávají do hry až v průběhu rozvoje poruchy jako její vedlejší produkt (důsledky podvýživy, změněna kvality života a adaptace na problém) a posilují základní symptomatologii PPP. S vědomím nemoci a „nálepkováním“ („jsem divná, trpím duševní poruchou...“) je někdy v průběhu rozvoje poruchy spojeno vědomí výjimečnosti nebo odlišnosti, které může léčbu komplikovat.

Rizikové faktory	Doména	Protektivní faktory
<p>Specifické: nevhodné jídelní a stravovací zvyklosti v rodině, diety, obezita v rodině, PPP v rodině, některé sporty</p> <p>Obecné: Nedostatek rodič. kontroly, duševní poruchy, alkohol v rodině, přílišné zaměření na sebekontrolu a výkon (nebo naopak absence sebekontroly), přílišný důraz na vzhled. Rodiče jako vzor řešení problémů.</p>	Rodina	Posílení monitoringu- podpory rodiny, edukace: změny stravovacích zvyklostí (vymezení přiměřené normy – snaha se vyhnout extrémům).
Prezentování nevhodných módních vzorů, diet, jednostranných řešení, nekritické zdůrazňování	Komunita	Prezentace diferencovaných, nevyhrocených vzorů, přiměřenost v prezentovaných postojích, diskuse k otázkám

hédonistických hodnot (užít si“) na jedné straně a sebekontroly na druhé		zdraví, životního stylu, hodnot....
Užívání diet, nevhodné stravovací a pohybové zvyklosti, skandalizace nadváhy, šikana kvůli nadváze a vzhledu	Vrstevníci	Bohatší, jinak zaměřené zájmy, oslabení soutěživosti, šikany pro vzhled, nadváhu. Edukace ve směru zdravé výživy, nebezpečí diet a některých „metod hubnutí“.
Úzkostnost, pedanterie Impulzivita a nezdrženlivost u bulimie	Osobnost	Vhodné relaxace, diferencovanost zájmů a aktivit, přiměřená sebekontrola, psychoterapie
Nadváha, obezita	Jedinec	Úprava stravovacích a pohybových návyků, nebezpečí diet a jednostranné snahy redukovat hmotnost
Nízké sebevědomí, důraz na vnější hodnoty, orientace na jednoduché řešení, neschopnost akceptovat zpětnou vazbu, následky	Škola Rodina Komunita	Rozvoj individuálních možností, výchova k různorodosti, přiměřenosti, rozvoj obecné vzdělanosti Psychoterapie, rodinná terapie

Vzhledem k tomu, že jde o poruchy příznačné pro období dospívání, zasahují tyto problémy do formování osobnosti nemocného a ovlivňují jeho pracovní a sociální dovednosti. S rozvojem PPP přibývá závažnějších psychických i zdravotních problémů. Závažná patologie pak „zakrývá“ často srozumitelné počátky rozvoje problému. Dlouhodobý průběh onemocnění posiluje závislost nemocného na okolí, které na jeho problémy reaguje zvýšenou úzkostí a obavami. Nemocní si mohou zvyknout na roli nemohoucího jedince. Naučí se vyžadovat podporu a ohledy okolí, vyžadovat ústupky a ochranu před následky svého chování. **Vývoj poruchy může souviset také se skrytou patologií rodiny, proto součástí léčebné péče je i psychoterapeutická pomoc.**

Sít partnerů, spolupráce v komunitě, kraji (vydefinování s kým je možno spolupracovat, na koho se obrátit a kdy, odkazy nakvalitní web info i zahraniční apod)	Jednotka specializované péče pro PPP PK VFN (Ke Karlovu 11, Praha 2, 224965353) - Každou 3. středu v měsíci ve 14,30 Klub pro rodiče a blízké osoby (i učitelé, spolužáci) pacientů s PPP Dětská psychiatrická klinika (V úvalu 84/1, 15000 Praha 5, tel: 224 433 400) Anabell – občanské sdružení (posta@anabell.cz) Krizové centrum RIAPS (Chelčického 39, Praha 3, 222 58 06 97) Linky důvěry Sít organizace STOB (redukce nadváhy – programy pro rodiny) Fórum zdravé výživy : www.fzv.cz
Legislativní rámec, dokumenty, (krajské plány, strategie, web.	Programy zaměřené na zdravou výživu, péči o duševní zdraví mládeže a zdravý životní styl, bezpečnou a udržitelnou redukci nadváhy Některé publikace (svépomocné manuály o PPP) – ne příběhy nemocných

odkazy)	Web. odkazy: www.idealni.cz , www.doktorka.cz , www.lekarna.cz , www.anabell.cz , www.stop-ppp.estranky.cz , www.boulimie-anorexie.ch
Typ prevence specifická prevence x nespecifická prevence	Všeobecná prevence: výchova k přiměřenosti a umírněnosti v postojích, důraz na nebezpečí jednostranných nebo extrémních postojů ve výživě, životním stylu, ve sportu. Dobrá školní jídelna, naopak omezení automatů na sladkosti, slazené nápoje ve školách. Specifická: nebezpečí a neúčinnost redukčních diet, obecné informace o PPP (zejména pro rodiče)
Doporučené postupy a metody z hlediska pedagoga X Nevhodné postupy	Vhodná je včasná intervence u rizikových jedinců (rychle zhubnul, zvrací s jakoukoli argumentací...), interaktivní programy, rozvoj všeobecných aktivit, zájmů. U běžné populace spíše se zaměřit na předcházení nevhodných redukčních diet a prostředků na zhubnutí (důraz ne na nebezpečnost, ale na neúčinnost. Předcházet šikaně pro vzhled, oblečení, tělesný výkon, to, co jí nebo pije. Rozšířit nabídku vhodných, konkrétních materiálů (svépomocné příručky jak zvládat anorexii, bulimii) pro nemocné a jejich rodin. příslušníky. Neúčinná je mechanická prezentace informací o PPP a o protagonistech světa dospívajících, kteří trpí PPP (jen vede k nápodobě). Důležité je nezdůrazňovat některé informace, které by mohly vzbudit zájem o amfetaminy, prostředky na hubnutí, kouření... jen pro jejich vliv na redukci těl. hmotnosti.
Kdy,koho a v jakém případě vyrozumět – škála rizika ve vztahu k typům prevence.	Pediatra, rodiče vždy, když dítě výrazněji zhubne, opakovaně bylo přistiženo, že zvrací (stačí informace od vrstevníků), sebepoškozuje se. Rodiče i když dítě nechodí do školní jídelny.
Možnosti a limity pedagoga (doporučení rozvoje duševního zdraví, prevence burnt out ...)	Učitel není terapeut, zprostředkuje ale dítěti a rodině zpětnou vazbu o některých jídelních zvyklostech dítěte, může pomoci předcházet šikaně pro fyzický vzhled a výkon (zejména učitelé tělocviku), doporučit popř. zprostředkovat kontakt s psychologem nebo lékařem. Opatrně se pouštět do oblasti „zdravé výživy“ a redukce hmotnosti (doporučení mohou být jednostranně, přehnaně interpretována)
Odkazy, literatura	Webové odkazy viz výše Krch F.D.: Mentální anorexie, Portál 2010; Krch F.D.: Mentální bulimie- jak bojovat s přejídáním, Grada 2008 Papežová H.a kol. Spektrum poruch příjmu potravy.Grada.2010.