

Poruchy příjmu potravy u dětí a mládeže a možnosti preventivního působení

prof. PhDr. Ingrid Emmerová, PhD.

Pedagogická fakulta KU, Katedra pedagogiky a speciální pedagogiky, Ružomberok

Príspevok sa zaoberá problematikou porúch príjmu potravy u detí a mládeže, najmä mentálnou anorexiou a bulímiou. Pri-bližuje štatistické údaje o počtoch vyšetrených osôb s diagnózou F50 v Slovenskej republike. Osobitná pozornosť sa venuje možnostiam preventívneho pôsobenia v škole.

Kľúčové slová: poruchy príjmu potravy, mentálna anorexia, mentálna bulímia, prevencia.

Eating disorders of children and adolescents and possibilities of prevention

The article deals with the problem of eating disorders of children and adolescents with specific focus on anorexia nervosa and bulimia nervosa. It gives details of statistical data about number of examined persons with diagnosis F50 in the Slovak Republic. A special attention is paid to possibilities of school prevention.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, prevention.

Poruchy příjmu potravy představují vážny problém, pretože ohrozujú zdravie a dokonca niekedy aj život človeka. Medzi najrozšírenejšie poruchy príjmu potravy zaraďujeme mentálnu bulímiu a mentálnu anorexiu. Ľudia, ktorí trpia týmito poruchami príjmu potravy, majú chorobný strach z obezity a stratili kontrolu nad príjmom potravy. Poruchou trpí nebezpečne veľa dievčat a žien, táto psychická porucha síce postihuje aj mužov, ale je ich oveľa menej ako žien. Ako uvádza F. Křeh (1), kým poruchy príjmu potravy u dievčat väčšinou súvisia s obmedzením energetického príjmu, u chlapcov býva rozvoj poruchy spojeným s nadmerným, často nutkavým pohybom.

Mentálna bulímia je porucha, pre ktorú je typická neodolateľná túžba po jedle, ktorá má za následok opakované záchvaty prejedania sa. Tie bývajú sprevádzané nutkavou tendenciou zbaviť sa požitou potravou násilným, nefyziologickým spôsobom. Vyznačuje sa opakovanými epizódami záchvatového prejedania sa, s následným násilným zbavením sa prijatej potravy.

Mentálna anorexia je patologický strach z obezity spojený s odmietaním potravy. Postihnutí mentálnou anorexiou tvrdohlavito odmietajú jesť napriek ohrozeniu zdravia a dokonca hrozbe smrti. Podľa L. Stárkovej (2) má mentálna anorexia dve formy: reštriktívnu, ktorá je charakterizovaná výrazným obmedzením potravy, súčasťou symptomatológie býva i excesívne cvičenie, a bulimický typ (zmiešaný typ), pri ktorom je obmedzovanie jedla občas doplnené určitým príjmom potravy, ale vzápätí kompenzované vracaním, použitím laxatív či diuretik, tiež môže byť kompenzovaný excesívnym cvičením.

Poruchy príjmu potravy sa vyskytujú aj u detí. V tejto súvislosti M. Vágnerová (3) uvádza, že poruchy príjmu potravy v detstve môžu mať charakter odmietania jedla alebo, naopak, povahu zvýšenej potreby jesť. Potrava obyčajne funguje ako náhrada uspokojenia v inej oblasti, v ktorej dieťaťu niečo chýba (napr. v oblasti citového prijatia či sociálneho ocenenia). Môžu sa objaviť tendencie vracať,

ktoré súvisia so zvýšeným napätím. Podľa údajov J. Kocourkovej a J. Kouteckého (4) z roku 2002 deti pod 12 rokov predstavujú asi 5 percent pacientov s poruchou príjmu potravy. V posledných rokoch štatistické údaje poukazujú na nárast porúch príjmu potravy v tomto vekovom období. Podľa údajov ÚZIS ČR (5) za rok 2017 vo vekovej kategórii 0 až 14 rokov predstavovali ambulantní pacienti s diagnózou F50 až 12 percent.

Príčiny poruchy príjmu potravy môžu byť rôzne: môže ísť o vplyv biologických, psychických i sociálnych faktorov. Dievčatá postihnuté mentálnou anorexiou sú bezproblémové a konformné, sú svedomité a zodpovedné, bývajú neisté a majú nízke sebavedomie, sú skôr introvertné a senzitívne. Pre dievčatá trpiace mentálnou bulímiou je typická impulzivnosť a neschopnosť sebaovládania, sú neisté a závislé od názoru iných ľudí.

Popri ťažiadostivých dievčatách s dobrým rodinným zázemím a pedantných premiant-kách významne pribudli dievčatá z rôznych



KORESPONDENČNÁ ADRESA AUTORA: prof. PhDr. Ingrid Emmerová, PhD, ingrid.emmerova@ku.sk
Pedagogická fakulta KU, Katedra pedagogiky a špeciálnej pedagogiky
Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2019; 20(1): 24–26
Článok prijat redakci: 2. 11. 2018
Článok prijat k publikaci: 20. 11. 2018

spoločenských vrstiev, s nižším intelektom, obmedzenými záujmami a s rôznou psychiatrickou komorbiditou. Rastie incidencia porúch príjmu potravy v niektorých etnických a sociálnych skupinách, v ktorých boli predtým vzácne, a medzi chlapcami, rozširuje sa i vek počiatku rozvoja poruchy (6).

Poruchy príjmu potravy u detí a mládeže sa nedajú vysvetliť jedinou príčinou. Okrem biologických predispozícií a psychologické zraniteľnosti osobnosti sú ďalšími rizikovými faktormi rodina (nedostatky v komunikácii, nevhodné stravovacie návyky v rodine, veľký dôraz na vzhľad, zameranie na výkon a sebakontrolu), rovesníci (držanie diéty u kamarátov, šikanovanie pre obezitu) a kultúrne podmienený spoločenský tlak (kult štíhlosti, tlak spoločnosti na výkon a úspech, reklama a móda).

V tejto súvislosti zohráva negatívnu úlohu aj internet, na ktorom sú zverejnené pre deti a mládež ľahko dostupné diéty a rôzne nebezpečné „návody“ na schudnutie. Na internete sa môžu žiaci dostať k obsahom, ktoré môžu negatívne pôsobiť na psychický či morálny vývin. Dostáva sa k nim obrovské množstvo informácií, ktoré nevedia adekvátne vyhodnocovať či overovať. Negatívne pôsobia aj diskusné skupiny, v ktorých sa ich členovia podporujú v nezdravom chudnutí, poskytujú si navzájom rady, ako rýchlo schudnúť. Mnoho z nich trpí poruchou príjmu potravy.

Porucha príjmu potravy u detí a mládeže je aktuálnym problémom, ktorému sa venujú odborníci z rôznych krajín (7, 8, 9). Poruchy príjmu potravy sa liečia na psychiatrii. V tabuľke 1 uvádzame počty pacientov vyšetrených v Slovenskej republike podľa pohlavia a veku (do 29 rokov) na základe zdravotníckej štatistiky za roky 2011 až 2017 (od roku 2011 sa diagnóza F50, resp. F50.0 – F50.9 uvádza osobitne).

Z údajov v tabuľke 1 možno konštatovať, že poruchy príjmu potravy vo vekovej kategórii detí a mládeže majú na Slovensku stúpajúcu tendenciu. V sledovanom období sa tak dievčatá, ako i chlapci liečili s diagnózou F50 vo všetkých sledovaných vekových kategóriách. V rokoch 2016 a 2017 možno za najrizikovejšiu považovať kategóriu do 14 rokov, vysoký je tiež výskyt porúch príjmu potravy v kategórii od 15 do 19 rokov. Jednoznačne dominujú dievčatá. V tabuľke sú uvádzané počty liečených, reálny

Tab. 1. Počty vyšetrených podľa pohlavia a veku v rokoch 2011 až 2017 – diagnóza F50 (F50.0–F50.9) v Slovenskej republike. Zdroj: Psychiatrická starostlivosť v SR 2011 až 2017. Vlastné spracovanie podľa (10)

Pohlavie a vek		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Muži/chlapci	0–14 rokov	30	41	46	51	65	62	69
	15–19 rokov	24	51	49	26	26	38	43
	20–29 rokov	44	77	28	34	26	31	21
Ženy/dievčatá	0–14 rokov	118	323	283	350	329	554	648
	15–19 rokov	372	332	370	444	520	464	498
	20–29 rokov	290	254	216	245	258	296	217

počet detí a mládeže s poruchou príjmu potravy je samozrejme vyšší.

Poruchy príjmu potravy sú závažnými javmi, ktoré sa vyskytujú aj u detí a mládeže (teda základných a stredných škôl), preto je nevyhnutné venovať pozornosť ich **prevencii**. Dominantné postavenie v prevencii by mala zohrávať škola. Okrem nešpecifickej prevencie je možné realizovať aj prevenciu špecifickú, zameranú na prevenciu porúch príjmu potravy. K účinným a efektívnym formám primárnej prevencie patria kontinuálne a komplexné programy, interaktívne programy, predovšetkým programy pomáhajúce žiakom čeliť sociálnemu tlaku, zamerané na skvalitnenie komunikácie, nenásilné zvládanie konfliktov, zvyšovanie zdravého sebavedomia, zvládanie úzkosti a stresu. K neúčinným formám prevencie zaraďujeme zastrašovanie, citové apely, jednoduché odovzdávanie informácií, jednorazové akcie, hromadné aktivity alebo premiatanie filmov bez toho, aby nasledovala diskusia či rozhovor v malých skupinách. Neuvádzať informácie, ktoré by mohli byť kontraproduktívne a mohli by vzbudiť zvedavosť či slúžiť ako návod na znížovanie hmotnosti (napr. užívanie niektorých drog a ich vplyv na redukciu hmotnosti). Uskutočňovať aktivity zamerané na pozitívny prístup k vlastnému telu, zvládanie stresu a rozvoj asertivity.

Realizácia preventívnych projektov a programov patrí k dlhodobým a efektívnym formám prevencie v školskom prostredí. Kvalitne pripravené preventívne programy majú v primárnej prevencii svoje významné miesto. Pozitívne možno hodnotiť realizovanie projektu „Chuť žiť“, ktorý sa zameriava na prevenciu porúch príjmu potravy.

Keďže rodičia si často problém svojho dieťaťa nevšimnú, resp. si neuvedomujú, že môže ísť o problém s poruchou príjmu potravy, učiteľ ich môže citlivo upozorniť a odporučiť im odbornú pomoc. Učiteľia nie sú kompetentní poruchy príjmu potravy diagnostikovať, ani ich liečiť. Mali by svojich

žakov dobre poznať (najmä triedni učiteľia) a byť im oporou, aby sa na nich žiaci mohli s dôverou obrátiť v prípade problému.

Lekár–pediater zohráva mimoriadne dôležitú úlohu pri depistáži detí a mládeže, u ktorých môže ísť o poruchu príjmu potravy, všima si symptómy, odporučí ďalšie vyšetrenia. V prvom rade je jeho úlohou vylúčiť prítomnosť somatického ochorenia (napr. pacienti sa môžu sťažovať na neexistujúce ťažkosti, aby zakryli ich skutočné správanie vo vzťahu k jedlu). Následne odporúča návštevu psychiatra, často je nutná hospitalizácia. Podľa oficiálnych štatistických údajov (11) bolo v Slovenskej republike v roku 2015 hospitalizovaných s diagnózou F50 až 34 dievčat a 1 chlapec vo veku 10 až 14 rokov, 37 dievčat a 3 chlapci vo veku 15 až 17 rokov, v roku 2016 boli hospitalizované 3 dievčatá vo veku 6 až 9 rokov, 31 dievčat a 3 chlapci vo veku 10 až 14 rokov a 36 dievčat vo veku 15–17 rokov.

Lekár – pediater môže zohrať aktívnu úlohu aj v oblasti primárnej prevencie – ako odborník, ktorý dokáže adekvátne komunikovať s vekovou kategóriou detí a mládeže, zrealizuje besedy na školách na tému porúch príjmu potravy. Okrem informácií, ktoré považuje za potrebné žiakom odovzdať, je kompetentný odpovedať na prípadné otázky žiakov.

Záver

Poruchy príjmu potravy v súčasnosti predstavujú vážny medicínsky i pedagogický problém, ktorý sa dotýka nielen adolescentnej mládeže, ale aj vekovej kategórie detí. Škola ako profesionálna inštitúcia, ktorú navštevuje celá populácia vo veku od 6 rokov (okrem ojedinelých výnimiek), zabezpečuje najmä realizáciu primárnej prevencie a v prípade výskytu rizikového správania aj realizáciu prevencie sekundárnej. Je preto nevyhnutné venovať v oblasti školskej prevencie pozornosť problematike porúch príjmu potravy, najmä mentálnej anorexie a bulimie.

LITERATÚRA

1. Krch F. Poruchy příjmu potravy. *Pediatr. prax.* 2016; 17(4): 238–239.
2. Stárková L. Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatr. prax.* 2005; 6(1): 11–15.
3. Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál 2000: 444 s.
4. Kocourková J, Koutek J. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescent – diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatr. prax.* 2002; 3(3): 98–100.
5. Nechanská B. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011 – 2017 [online]. Aktuální informace č. 8/2018, ÚZIS ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>
6. Krch F. Poruchy příjmu potravy – mýty a povery. *Sociální prevence* 2015; 10(2): 4–5.
7. Taylor SA, Ditch S, Hansen S. Identifying and preventing eating disorders in adolescent patients with obesity. *Pediatric Annals* 2018; 47(6): 232–237.
8. Berends T, et al. Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018; 27(5): 1546–1555.
9. Månsson J, Parling T, Swenne I. Favorable effects of clearly defined interventions by parents at the start of treatment of adolescents with restrictive eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2016; 49(1): 92–97.
10. Psychiatrická starostlivost v SR 2011 až 2017 [online]. Bratislava: 2012 až 2018. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/>
11. Psychiatrická starostlivost v SR 2015 až 2016 [online]. Bratislava: 2016 až 2017. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/>