

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mentální anorexie a mentální bulimie

- osobnost pacienta, přístupy a psychoterapie

2005

autorka práce: Pavla Šišáková

**vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie
Lhotová**

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Mentální anorexie a mentální bulimie – osobnost pacienta, přístupy a psychoterapie“ vypracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.
2. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.
3. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.
4. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy.

18. 9. 2005

Pavla Šišáková

Obsah:

Obsah.....	1
1. Úvod.....	3
2. Historický pohled na poruchy příjmu potravy.....	5
2. 1. Dějiny mentální anorexie.....	5
2. 2. Dějiny mentální bulimie a dějiny přejídání.....	6
3. Poruchy příjmu potravy – jejich vymezení a diagnostické kategorie.....	8
3. 1. Diagnostický systém MKN-10.....	8
3. 2. Mentální anorexie – (F50. 1).....	8
3. 2. 1. Epidemiologie mentální anorexie.....	13
3. 2. 2. Průběh a prognóza mentální anorexie.....	13
3. 2. 3. Zdravotní komplikace mentální anorexie.....	14
3. 3. Mentální bulimie (F50. 2).....	16
3. 3. 1. Epidemiologie mentální bulimie.....	18
3. 3. 2. Průběh a prognóza mentální bulimie.....	18
3. 3. 3. Zdravotní komplikace mentální bulimie.....	20
4. Osobnost pacienta s mentální anorexií a mentální bulimií.....	22
4. 1. Poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách.....	27
5. Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy.....	28
5. 1. „Culture bound syndrom“.....	28
5. 2. Faktory biologické.....	30
5. 2. 1. Ženské pohlaví.....	30
5. 2. 2. Tělesná hmotnost.....	31

6. Přístupy zaměřené na poruchy příjmu potravy.....	32
6. 1. <u>Teorie sociální dělohy.....</u>	32
6. 1. 1. Vznik života na biologické úrovni.....	33
6. 1. 2. Vznik sociální dělohy a její podobnost s dělohou biologickou.....	34
6. 1. 3. Vývoj v sociální děloze.....	34
6. 1. 4. Fenomén času.....	36
6. 1. 5. Podobnosti vývoje v biologické děloze a sociální děloze.....	36
6. 1. 6. Porod.....	38
6. 1. 7. Odlišnosti sociálního porodu syna a dcery.....	39
6. 1. 8. Sociální porod dcery.....	40
6. 1. 9. Separace dcery od matky směrem k otci.....	40
6. 1. 10. Separace dcery směrem od otce a přijetí samostatnosti.....	43
6. 1. 11. Komplikace při porodu.....	43
6. 1. 12. Synchronizace členů rodiny.....	45
6. 1. 13. Posloupnost sociálních děloh – rod.....	46
6. 2. <u>Práce M. Selvini-Palazzoliové.....</u>	47
6. 3. <u>Psychoanalytický přístup.....</u>	49
7. Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy.....	51
7. 1. Ambulantní lékařská péče.....	51
7. 2. Hospitalizace.....	51
7. 3. Rodinná terapie, systémový přístup.....	52
7. 4. Kognitivně behaviorální terapie.....	53
7. 5. Jiné přístupy k léčbě poruch příjmu potravy.....	54
8. Závěr.....	56
9. Resumé.....	57
10. Bibliografie.....	58

1. Úvod

Poruchy příjmu potravy se v současné době zahrnují mezi nejzávažnější onemocnění mladých dívek a žen. Existuje obecně rozšířená teorie mezi laickou veřejností, která vysvětluje mentální anorexii jako poruchu způsobenou tím, že naše společnost oceňuje spíše vnější vzhled člověka než jeho vnitřní kvality a že dokáže ženu ocenit pouze tehdy, je-li štíhlá. Bylo již napsáno mnoho knih o kultu štíhlosti (viz bibliografie) i o tom, že touha dosáhnout za každou cenu ideálu krásy se může neblaze podepsat na duševním i tělesném zdraví mladých dívek i žen.

Kult štíhlosti je dle většiny autorů nebezpečný (Krch, Poněšický, ...), ale ve skutečnosti je nutné zabývat se i jinými neméně důležitými jevy, které mohou způsobit poruchy příjmu potravy. Není možné jej považovat za příčinu mentální anorexie, ale spíše za její spouštěcí mechanismus. Média a reklamní letáky, oslavující dokonalou fyzickou krásu, jsou jednou z příčin toho, že mnoho žen cítí averzi ke svému zevnějšku, a napomáhají tak ke spuštění poruch příjmu potravy. Mediální faktory však samy o sobě nedokáží poruchy příjmu potravy způsobit a vyvolat. K tomu je nutné komplexnější narušení pacientovy osobnosti. Proto se ve své bakalářské práci budu zabývat biopsychosociální podmíněností těchto poruch.

Ve druhé a třetí kapitole charakterizují jídelní poruchy jako takové. Zmiňují se o jejich historii a o tom, jak jsou diagnostikovány systémem MKN-10 a DSM-IV.

Čtvrtá kapitola popisuje osobnost anorektického a bulimického pacienta, jeho postoje, psychické poruchy kterými nejčastěji trpí a jeho hlavní rysy.

V páté kapitole se zaměřuji na faktory, které mohou ovlivnit vznik poruch příjmu potravy. Zabývám se tím, jak působí společenské klima na osobnost ženy, jaké požadavky jsou v současnosti na ženy kladeny a zda-li to souvisí s poruchami příjmu potravy („Culture bound syndrom“). Krátce též zmiňuji biologické faktory, které mohou rovněž hrát při vzniku poruch příjmu potravy svou roli.

V šesté kapitole popisují „teorii sociální dělohy“. Jde o termín, s nímž jsem se setkala na praxi (Centrum Gaudia) a který mě natolik zaujal, že mu ve své práci věnuji velkou pozornost. Sociální děloha je pojem, který vytvořila terapeutická dvojice - Vladislav Chvála a Ludmila Trapková. Jde tu o metaforu rodiny jako sociální dělohy. Chvála a Trapková vycházejí z přesvědčení, že poruchy příjmu

potravy souvisí s chybnou koordinací vývoje členů rodiny v období, kdy dochází k separaci dítěte z rodinného prostředí. Domnívají se, že jídelní poruchy nejsou poruchami jednotlivce, nýbrž poruchami vzniklými na základě špatné synchronizace členů v rodinném systému.

Dále popisuji práci M. Selvini-Palazzoliové, jejíž přístup jsem zahrnula do své práce proto, abych doplnila teorii sociální dělohy. Selvini-Palazzoliová se zabývá převážně komunikací a interakcí v rodině a rozebírá sociokulturní charakteristiku anorektické rodiny.

V závěru šesté kapitoly je popsána osobnost pacienta s poruchami příjmu potravy a psychoanalytický přístup podle toho, jak ho vidí někteří představitelé tohoto směru.

V sedmé kapitole zmiňuji léčebné přístupy k poruchám příjmu potravy. Hluběji se zabývám těmi, se kterými jsem se setkala během svých praktických zkušeností.

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na to, že poruchy příjmu potravy jsou stále závažnějším problémem soudobé společnosti. Pokusím se najít odpověď na následující otázky: Má vinu na jídelních poruchách přístup společnosti? Výchova? Ovlivňují vznik jídelních poruch faktory biologické či prostředí v rodině? Nebo, a to především, osobnost pacienta?

Chtěla bych upozornit na to, že svou práci záměrně nerozděluji na část teoretickou a praktickou. Připadá mi totiž důležité propojení těchto dvou částí kvůli lepšímu pochopení tématu. Také bych chtěla zdůraznit, že kasuistiky, které v textu uvádím, jsem získala na základě terapií, kterých jsem se při své praxi účastnila. Se svolením pacientek jsem si je zaznamenávala a v této práci použila. Osoby v příbězích vystupují pod fiktivními jmény.

2. Historický pohled na poruchy příjmu potravy

Nejrůznější formy narušeného příjmu potravy jsou známy již po staletí. Například je známa pica z období starověku. Jde o touhu po bizarních jídlech nebo látkách, které nejsou vhodné ke konzumaci. Nebo nadvýživa z období doby kamenné. Modelů narušeného příjmu potravy je více. (Krch, 1999)

2. 1. Dějiny mentální anorexie

Odkazy na termín „anorexia nervosa“ lze najít již ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách termín anorexie označoval stav nedostatečné „orexix“, což znamená, že člověk byl unaven a apatický. Galénos, významný řecký lékař a logik, používal pojem „asitia“ a popisoval ho jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu. Hippokrates užíval též pojmu „asitia“ nebo „enedia“ a tento tělesný stav připisoval především špatným tělesným tekutinám.

Z období pozdního středověku pocházejí popisy, které připomínají mentální anorexii. V této době se objevují na scéně „zázračné panny“ - postící se mladé dívky. Odmítání potravy bylo považováno za zázrak nebo za boží přičinění, proto se používal termín „inedia prodigiosa“ nebo „anorexia mirabilis“. V průběhu devatenáctého století se však začalo nahlížet na tento problém spíše jako na patologický charakter odmítání jídla.

Roku 1840 napsal francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert pojednání o ženských chorobách. Popsal jednak již zmíněnou picu (touha po nevšedních jídlech a látkách), bulimii a dva druhy anorexie. Prvním typem byla anorexie gastrická, která se vyznačovala poruchami zažívání. A druhým typem anorexie nervová, kdy pacienti odmítali jíst, protože mozek nevysílal signály chuti k jídlu.

V roce 1874 britský lékař William Gull úspěšně zavedl termín „anorexia nervosa“.

Důležitým bodem v chápání mentální anorexie byla publikace práce H. Bruchové z roku 1973. Autorka se zabývala jednak obezitou ale také mentální anorexií. Tvrdila, že obě onemocnění souvisí s určitými charakteristickými problémy v psychologickém vývoji.

Moderní historie tohoto pojmu se datuje sice do devatenáctého století, ale nelze vyloučit, že porucha existovala již mnohem dříve pod jinými jmény. Například roku 1689 popsal v této souvislosti Richard Morton jev nervového opotřebením, způsobeného jednak fyzickými příčinami ale také emocionálním rozrušením. Morton je znám jako první portrétista anorexie nervosy.

Anorexia nervosa byla již sice popsána mnoha lékaři, ale nadále se jí nevěnovala velká pozornost. V několika zemích dokonce zůstala tato porucha okrajovým jevem až do dvacátého století (USA, Německo, Itálie ...). Ve čtyřicátých letech byla mentální anorexie znovuobjevena jako duševní porucha a přesunula se z oboru medicíny spíše do psychiatrie. V šedesátých letech získala mentální anorexie pověst moderní a záhadné choroby. V posledních desetiletích se považuje za módní poruchu a odborníci i veřejnost o ni jeví velký zájem.

2. 2. Dějiny mentální bulimie a dějiny přejídání

I bulimie má rozsáhlou historii, i když je považována za výrazně mladší než anorexie. Výraz pochází z řeckých slov bous – vůl a limos – hlad. Od starověku až do devatenáctého století byla bulimie označována jako „fames canina“ neboli psí hlad. Šlo o nenasytnou žravost podobnou chování psa, následovanou spontánním zvracením. Za příčinu se považovaly problémy s žaludkem a trávením. Přejídání a zvracení bylo také často spojováno s nejrůznějšími chorobami jako jsou například hysterie, hypochondrie, mánie a jiné.

Přejídání bylo v minulosti často spojováno s mentální anorexií. Například William Gull v roce 1874 popsal v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a na přelomu devatenáctého století bylo zaznamenáno několik případů nutkavého přejídání, po kterém následovalo vyvolané zvracení. Tyto příznaky byly považovány za variantu anorektického chování.

Velmi dobře popsanou kazuistiku Ellen Westové publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Jde o působivý příběh Ellen, která bojuje s bulimií a se šťhlostí.

Na počátku sedmdesátých let byla popsána řada symptomů, které se odlišovaly od symptomů mentální anorexie. Začalo přibývat případů žen, které se přejídaly, nato zvracely, držely drastické diety a užívaly diuretika nebo laxativa.

Roku 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným

strachem ze ztloustnutí a vyhýbáním se ztloustnutí tím způsobem, že bylo vyvoláno zvracení nebo se zneužívalo pročišťujících prostředků (laxativa – projímadla, emetika – léky na vyvolávání zvracení, diuretika – odvodňující léky).

V osmdesátých letech se rozvinula diskuse o tom, jak by měl být syndrom definován a diagnostikován. V mezinárodních klasifikačních systémech duševních poruch, jako je například DSM-III, publikované Americkou psychiatrickou asociací v roce 1980, se ujal termín bulimie. Brzy se však tato definice ukázala nedostačující a v DSM-IV se objevil název mentální bulimie, pod který bylo zahrnuto přílišné zaobírání se váhou a postavou.

3. Poruchy příjmu potravy – jejich vymezení a diagnostické kategorie

Poruchy příjmu potravy jsou zahrnuty v zatím poslední verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického statického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace. Jedná se o dva nejzřetelnější syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Vzhledem k tomu, že je mnoho pacientů, kteří se nějakým způsobem odlišují nebo nezapadají do některé z diagnostických kategorií, věnují obě diagnostické příručky pozornost i atypickým případům poruch příjmu potravy. (Krch, 1999)

3. 1. Diagnostický systém MKN-10

MKN-10 řadí poruchy příjmu potravy (F 50) do skupiny behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. (P. Smolík, Duševní a behaviorální poruchy, Maxdorf, 1996)

F 50. 0 Mentální anorexie

F 50. 1 Atypická mentální anorexie

F 50. 2 Mentální bulimie

F 50. 3 Atypická mentální bulimie

F 50. 4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

F 50. 5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

F 50. 8 Jiné poruchy příjmu jídla

F 50. 9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná

3. 2. Mentální anorexie – (F 50. 1)

Mentální anorexie (anorexia nervosa) je porucha, při níž dochází ke spontánnímu hladovění. Je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, a to až násilným. Hladovění je dlouhodobého charakteru a považuje se za patologický projev. Mentální anorexie se dá popsat jako porucha regulace příjmu potravy, je doprovázena změnami v potravním chování a dochází při ní k poruchám vztahu k vlastnímu organismu.

Samotný termín mentální anorexie – anorexia nervosa – doslova znamená nechutenství nervového původu, ale název je trochu sporný. Anorektičtí pacienti totiž neodmítají jíst proto, že by na jídlo neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, k tělesným proporcím a k obezitě. (Krch, 1999)

(Diagnostická kritéria MKN-10 i DSM-IV jsou z knihy P. Smolíka, Duševní a behaviorální poruchy, Maxdorf, Praha, 1996)

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F. 50. 0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17, 5 (kg / metr čtvereční) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního a odchylky ve vylučování inzulínu.¹
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

¹ Amenorea – vynechávání menstruace fyziologické nebo patologické povahy
Hormon kortizol – hormon řídící metabolismus cukrů
Menarché – první menstruace u dívky v dospívání

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku.
- B. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru).

V rámci DSM-IV jsou dále rozlišovány specifické typy mentální anorexie:

1. Restriktivní (nebulimický) typ: kdy během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
2. Purgativní (bulimický) typ: kdy u anorektického pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Kasuistika číslo 1 – případ Pavly, věk 16 let

Pavla je studentkou gymnázia v Praze a pochází z rozvedené rodiny. Žije sama s matkou a s jejím přítelem, který s nimi je již sedm let a bydlí střídavě u nich a ve svém bytě. Pavla trpí mentální anorexií již přes tři roky. Poprvé se jí projevila ve třinácti letech. Bylo to v době, kdy v rodině docházelo k hádkám a později k samotnému rozvodu. Tehdy zhubla na 32 kg a byla hospitalizována v nemocnici v Motole v Praze. Následně byla poslána do léčebny v Brně. Její stav se po několika měsících zlepšil, ale, jak říká Pavla, jen díky tomu, že chtěla co nejdříve z nemocnice domů k matce. Poté co se vrátila, se situace opět zhoršila. Byla silně depresivní,

neměla motivaci k tomu, aby začala jíst. Začala brát antidepresiva a upadla do dlouhodobé nemoci, aby nemusela chodit do školy a mohla být s matkou doma. Ve škole měla velké problémy, protože v době, kdy tam chodila, se jí nedařilo a měla špatné výsledky. Nakonec přestala chodit do školy úplně a pobývala buď po nemocnicích, nebo doma.

Pavla je silně fixovaná na matku, někdy ji až psychicky vydírá, chce ji jen pro sebe. Svou poruchou ji doslova tyranizuje a staví sama sebe do role bezmocného dítěte.

V nynější době dochází do Centra Gaudia, což je centrum tělesné a duševní harmonie a její stav se mírně zlepšuje. Jako účinná terapie na ni funguje to, že dostala od matky psa a kočku a musí se o ně starat, což znamená starost i o někoho jiného, nejen o sebe.. To má hned tři pozitiva, protože ji zvířata milují a ona je, takže upadá méně do depresí. Chodí s nimi ven, což je dobré pro její fyzickou kondici, netráví celé dny v posteli a má s kým trávit čas, když matka není doma.

Další účinnou metodou je vedení deníku. Pavla si vede hned dva. Jeden je zaměřen pouze na jídlo, píše si do něho, co všechno za den snědla. A druhý je pocitového charakteru. Popisuje v něm, jak se cítí, jak jí je po konzumaci toho či onoho jídla, jak jí co chutnalo a nechutnalo, atd... S terapeutkou si často připravuje jídelní plán na týden dopředu a dostává za úkol přibrat několik dkg za týden. Při každém sezení ji terapeutka váží a Pavla si naměřenou hodnotu zapisuje do deníku.

Jedno sezení jsem s Pavlou absolvovala sama. Povídalý jsme si o její nové škole (začala navštěvovat střední školu se sociálním zaměřením). Získala tam nové přátele a dokonce byla schopna o své poruše před třídou veřejně promluvit. Profesori jí vycházejí vstříc a snaží se jí pomoci.

Co se týče váhy, tak příliš nepřibrala. Na minulém sezení vážila 42,7 kg a o dva týdny později přibrala pouze 1 dkg. Její tělesný stav moc dobrý není. Je stále velmi bledá, má špatnou pleť zažloutlé až zašedlé barvy a silně prořídle vlasy. Často trpí průjmy a cítí se neustále unavená, takže hodně času tráví spánkem. Nemenstruuje. Její matka ji podporuje.

V kasuistice číslo 1 jde o klasický případ mentální anorexie. Je to restriktivní (nebulimický) typ. Pavla je silně pod normou přijatelné tělesné hmotnosti vzhledem k jejímu věku a k její výšce. Trpí panickou hrůzou z nadváhy a má velmi zkreslenou představu o svém těle (viz. blud o těle). I když vážila pouze 35 kg a byla

hospitalizována v nemocnici a napojena na umělou výživu, měla pocit, že její ruce a stehna jsou příliš tlusté. Projevila se u ní amenorea (vynechávání menstruace) a nevyvinula se jí prsa. Psychicky je silně narušená, je apatická, stále unavená, trpí depresemi (dříve užívala silná antidepresiva). Jídlu se vyhýbá všemi způsoby. Například si je schovávala pod postel, nebo školní svačiny vyhazovala ještě před tím, než přišla domů. Matce pak tvrdila, že všechno snědla. Mezi ní a matkou je dobrý vztah, ale je tam problém nedůvěry z matčiny strany, protože Pavla často lže. Snižování hmotnosti si Pavla zaručuje pouze tím, že nejí. Nesnaží se cvičit ani nepoužívá prostředky jako diuretika, anorektika nebo laxativa. O své poruše věděla hned ze začátku, ale líbilo se jí, jak je hubená a stále si není jistá, zda má s hladověním přestat a přibrat na váze.

Kasuistika číslo 2: případ Veroniky, věk 27 let

Veronika se nachází ve velmi pokročilém stádiu anorexie typu purgativního, což znamená, že se tu prolíná anorektické hladovění s bulimickým přejídáním a následným vyvolaným zvracením. Nejde tedy o úplně klasický typ anorexie.

Její rodiče jsou rozvedení, Veronika žije u své matky. Ta je však velmi zaneprázdněná prací, takže se jí moc nevěnuje.

Veroničiny problémy začaly ve věku 14 let, to znamená, že její nemoc trvá 13 let. Byla několikrát hospitalizována, protože vážila kolem 33 kg. Absolvovala mnoho léčebných pobytů, ze kterých však utíkala a v důsledku toho nebyla již do žádných zařízení přijímána. Má suicidální (sebevražedné) sklony a užívá velké množství antidepresivních léků.

Veronika je neustále ve svém životě na něčem závislá. Buď je to matka, partner nebo anorexie a bulimie. Situace je stále vážnější, protože Veronika začala trávit všechnen volný čas chozením do Mc Donaldů a kupováním sladkých jídel, která do sebe doslova „nacpe“ a vzápětí vyzvrací. To vede ke dvěma situacím. Nemá peníze na živobytí, protože je všechny utratí za jídlo, a zaplétá se stále více s bulimií. Matka ji už odmítá podporovat a Veronika se chová jako bezdomovec a tráví čas na nádraží s narkomany.

Na mnoho terapeutických sezení se nedostavuje, je nespolehlivá a není dost možné jí pomoci.

V případě kasuistiky číslo 2 se tedy nejedná o klasický typ mentální anorexie. Jde o smíšený purgativní typ. Veronika vykazuje všechny základní symptomy anorexie. Je extrémně vyhublá, trpí amenoreou, má silně prořídle vlasy, zašedlou pleť a výrazně jí vystupují lícni kosti a celé kontury obličeje. Trpí insomnií (nespavostí), je uzavřená do sebe, nedokáže si kolem sebe vytvářet vztahy. Trpí poruchou narušení tělesného schématu, má pocit, že její vyhublost je atraktivní. Je velmi impulzivní, trpí hlubokými pocity potřebnosti a závislosti.

3. 2. 1. Epidemiologie mentální anorexie

Epidemiologický výzkum se snaží zjistit, jaké mohou být základní determinanty poruch. Zjišťuje se prevalence – tedy aktuální rozšíření poruchy a ve které populační skupině je zastoupena (pohlaví, socioekonomický status). Dále se zjišťuje incidence, což je počet nových případů za určité období. (Krch, 1999)

Mentální anorexie se nejčastěji vyskytuje u adolescentních a mladých žen v neúplně vyjádřené formě. Od počátku sedmdesátých let se počet obětí anorexie zvyšuje. Britská studie z roku 1976 zjistila mezi žačkami soukromých škol jeden těžký případ na dvě stě žaček a později pouze jeden na sto žaček. Šlo o dívky ve věku šestnácti let. Mentální anorexie se vyskytuje více ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách. Zvýšené riziko je u sester anorektiček a u jednovaječných dvojčat. Pacientky trpící anorexií většinou pocházejí z dobře situovaných rodin, se dvěma biologickými rodiči, jejich rodiče jsou spíše starší a konzervativnější typy. Otcové v těchto rodinách si většinou namísto dcery přáli mít syna. Ve vztahu k dcerám mají často nerealistické očekávání, kterým si kompenzují zklamání, že se nedočkali syna. (M. Maloney, R. Kranzová, O poruchách příjmu potravy, NLN, 1997)

V posledních letech chápou mentální anorexii rodinní terapeuté jako výsledek disfunkce rodinných interakcí, kdy děti někdy přebírají roli rodičů a rodiče se stávají závislími na dětech (viz str. 46 - kasuistika číslo 6 – případ Karolíny, která měla symbiotický vztah s matkou).

3. 2. 2. Průběh a prognóza mentální anorexie

Mentální anorexie se vyskytuje převážně v adolescentním věku. Často je reakcí na novou životní situaci. Například úmrtí blízkého člověka, narušení fungování nějakého vztahu. Může se jednat o změny psychologické, jako jsou

například jednotlivá stádia adolescence, nebo o přítomnost jiné psychické poruchy (viz osobnost anorektického pacienta). Také to mohou být změny biologické, například pubertální fyzické projevy.

Mentální anorexie většinou začíná u jedinců s normální váhou nebo s mírnou nadváhou. Jejich hubnutí je ze začátku podporováno ze strany okolí a jedinec je za něj oceňován.

Častým příznakem mentální anorexie je také zvláštní zacházení s jídlem. Například jeho uschovávání na neobvyklá místa, jeho poškozování, nebo naopak shromažďování a touha získání jídla i za cenu krádeže. V kasuistice číslo 1 – v případě Pavly docházelo ke schovávání jídla pod postel a jeho ničení a vyhazování. Pavla často znehodnocovala jídlo tím, že na ně vylévala jar nebo jiné čisticí prostředky, aby ho nemusela sníst a mohla si to odůvodnit tím, že je již nepoživatelné. Naopak v kasuistice číslo 2 – v případě Veroniky docházelo ke krádežím jídla. Veronika se dostala do vážných finančních potíží, protože za svůj měsíční příjem z invalidního důchodu skupovala obrovské množství jídla v Mc Donaldu, naráz všechno zkonzumovala a následně vyzvracela. Došly jí peníze, a tak se rozhodla, že si jídlo obstará jiným způsobem. Začala vykrádat pečivo z pekáren.

Kasuistika číslo 3 – případ Marty, věk 26 let

Jedna z anorektických pacientek typu purgativního trpěla obsedantními sklony v oblékání a líčení. Trvalo jí i několik hodin, než se nalíčila a oblékla. Nikdy s tím nabyla spokojena, a proto se několikrát denně převlékala. Své obsedantní sklony uplatňovala i na svém pětiletém synu. Také jeho nutila se převlékat čtyřikrát i vícekrát před návštěvou lékaře nebo jen před obyčejnou procházkou v parku. Prolínala se u ní bulimie a anorexie a bojovala silně s alkoholismem (viz kapitola o vztahu MB a psychoaktivních látek). Je možné, že příčinou její poruchy by mohla být nedokončená separace od rodičů, protože o tomto tématu často mluvila. V nynější době má nad svou poruchou náhled, snaží se o změnu. Začala řešit problémy v manželství a snaží se osamostatnit od rodičů.

3. 2. 3. Zdravotní komplikace mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních problémů, které mohou vést až k smrti. Mentální anorexie je jednou z psychických poruch, při níž je úmrtnost poměrně vysoká. Podle některých autorů (Theander, 1985 z knihy Poruchy

příjmu potravy F. Krcha, 1999) dosahuje hrubý odhad dlouhodobé úmrtnosti až 18 procent. V krátkodobé perspektivě je uváděno až šestinásobné zvýšení standardního rizika úmrtí. Provedený výzkum účinnosti léčby prokázal, že její výsledky jsou neobyčejně špatné. (Russel et al., 1987, v: Krch, 1999) Postiženým je ve stále rostoucím rozsahu poskytována léčba formou ambulantní péče nebo formou denních stacionářů, nikoli formou tradiční intenzivní péče během hospitalizace.

Zdravotní příznaky mentální anorexie jsou stejné jako při hladovění. Tělo pacienta nedokáže rozlišit, zda jde o dobrovolné hladovění, nebo zda je způsobeno objektivním nedostatkem potravy. Reaguje naprosto stejným způsobem bez ohledu na to, co je příčinou nedostatku. (Krch, 1999)

Fyzické příznaky:

- závratě, poruchy koncentrace, podrážděnost, těžká insomnie (nespavost), snížená citlivost v rukou a nohou
- deprese – pocit beznaděje a zoufalství, který anorektička připisuje tomu, že není schopna zhubnout, ale který má jiné psychologické kořeny a zároveň je důsledkem špatné výživy
- infekce které se nehojí, podlitiny způsobené tím, že tělo má sníženou odolnost vůči poranění, a také tím, že kosti nejsou obaleny tukem, a proto se mnohem snáz dělají modřiny
- nízká odolnost vůči chladnému počasí (je možné, že tak se tělo snaží chránit před chladem při ztrátě přirozené ochranné vrstvy tuku)
- tělo pokryté vrstvou jemného, měkkého ochlupení, které má zřejmě za úkol chránit před chladem namísto chybějící vrstvy tuku
- nízký tlak
- nepravidelný srdeční tep
- selhání srdce
- dehydratace, (často posílená užíváním diuretik – léků na odvodnění)
- selhání ledvin (dehydratace vyvíjí obrovský nápor na ledviny a zároveň se projevuje nedostatek draslíku, vyvolaný sebehladověním a nevyváženost dalších živin)
- snížená tělesná teplota
- zapadlé oči, zašedlá nebo zažloutlá pleť, která má někdy tendenci prskat, suché a lámavé vlasy způsobené následkem nedostatku bílkovin.

Zdravotní komplikace, které doprovázejí mentální anorexii, se dotýkají těchto hlavních tělesných systémů: jsou to kardiovaskulární komplikace (týkající se srdce a cév), renální (ledvinové) komplikace, gastrointestinální komplikace (týkající se trávicí soustavy), kosterní komplikace, endokrinní komplikace (týkající se žláz s vnitřní sekrecí), hematologické komplikace (týkající se krve a orgánů krvetvorné soustavy), neurologické komplikace (týkající se nervové soustavy), komplikace metabolické (přeměna látek a energií v organismu) a komplikace dermatologické (týkající se chorob kůže). (Krch, 1999)

U restriktivního (nebulimického) typu mentální anorexie představuje hlavní riziko ventrikulární aritmie, srdeční selhání a náhlá smrt, způsobená vlivem podvýživy na kardiovaskulární a renální systém. Také existuje stále více důkazů o úbytku kostní hmoty a s ním spojeném rostoucím riziku vzniku patologických zlomenin.

3. 3. Mentální bulimie (F 50. 2)

Mentální bulimie je popisována jako syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, která vede k aplikaci nejrůznějších opatření ke snížení účinků, které vyvolává příjem potravy do těla – tedy tloustnutí.

Označení bulimie je odvozeno z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) - hlad tak velký, že by člověk dokázal sníst celého vola.

Termínu bulimia nervosa použil anglický psychiatr Gerard Russell teprve roku 1979. (F. Krch, Poruchy příjmu potravy, 1999) Pro vymezení mentální bulimie navrhnul Russell tři základní kritéria. Prvním je silná a nepotlačitelná touha se přejídat, druhým je snaha zabránit tloustnutí vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ (projímadel) a třetím kritériem je chorobný strach z tloušťky.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).

- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje: 1) Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době. 2) Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

V rámci DSM-IV se dále rozlišují dva specifické typy mentální bulimie:

- 1) Purgativní typ – provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.
- 2) Nepurgativní typ – používá přísné diety, hladovky nebo intenzivního fyzického cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

F. Krch ve své knize Poruchy příjmu potravy (1999) tvrdí, že k určení diagnózy mentální bulimie je třeba tří hlavních znaků. Prvním znakem jsou opakující se epizody přejídání (binge eating). Druhým znakem je opakující se nepřiměřená nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti, což zahrnuje střídavé období hladovění

nebo, jak zmiňuje DSM-IV, i extrémní cvičení. A třetím znakem je již zmíněný nadměrný zájem o tělesný vzhled.

3. 3. 1. Epidemiologie mentální bulimie

Mentální bulimie se objevuje na všech sociálních úrovních. V současné době se stále rozšiřuje. Na konci sedmdesátých let se na základě studií ukázalo, že 15 až 30 procent středoškolských studentek trpí bulimií. (M. Maloney, R. Kranzová, O poruchách příjmu potravy, 1997)

Porucha se u pacientek většinou objevuje ve věku od 15 až do 24 let, ale může se objevit i u starších žen. U devadesáti procent bulimiček bylo prokázáno, že se přejídaly ještě před tím, než začaly mít typické bulimické projevy.

Bulimie se často objevuje v období velkých změn nebo nečekaných stresových situacích. Například nastupuje-li dívka do nové školy, nebo stane-li se nějaká významná nebo traumatizující událost v její rodině. Nové pocity jsou často doprovázeny úzkostnými stavy a vyprovokují záchvatovité přejídání. Dívka si později uvědomí, že by mohla přibrat na váze a snaží se následků zkonsumované potravy zbavit například tím, že jídlo vyzvrací.

Podle M. Maloneyho a R. Kranzové se bulimičky vyskytují v rodinách, kde nebyly dobře připraveny na zátěžové životní situace nebo na stres. Jejich rodina nepřijímá lidské selhání a strach a tím nutí dívku, aby se dokázala dokonale ovládat a aby vystupovala sebevědomě a působila úspěšně. Už jen představa takových požadavků musí vyvolávat v dané osobě stres a napětí. Dívka se tak příliš zabývá normálními denními problémy a přemítá o tom, zda působí v těch či oněch situacích dost sebevědomě. Záchvaty přejídání jí tak zdánlivě přinášejí vysvobození z jejích starostí a následné pročišťování jí pomáhá zamaskovat její slabost.

3. 3. 2. Průběh a prognóza mentální bulimie

Průběh mentální bulimie, je ve srovnání s mentální anorexií dlouhodobě příznivější, i přes mnohdy velmi obtížně zvládnutelné situace. U většiny pacientek dochází k uzdravení. Procentuelně to vyjádřil Keller (F. Krch, PPP, 1999), který po třech letech sledování uvedl, že úplně se uzdraví 69 procent bulimických pacientů. 10 až 20 procent pacientů zůstává nezlepšených nebo se jejich stav ještě zhoršuje.

Mentální bulimie mívá často chronický průběh. K vyhledání odborné pomoci dochází v mnoha případech až po letech trvání obtíží.

Průběh nemoci se dá charakterizovat asi takto: porucha je typická především epizodami záchvatovitého přejídání, kterým předchází nějaké silné napětí. Mezi jednotlivými epizodami jí bulimička méně nebo vůbec a většinou je posedlá myšlenkami o příštím přejídání. Jakmile začne záchvat, je osoba trpící bulimií schopná sníst neuvěřitelné množství jídla a nedokáže se zastavit. Dostavuje se okamžitá úleva od pocitu tenze, ale v zápětí přichází pocit studu a viny. Pocit přeplněnosti vyvolává děsivou představu zvýšení tělesné hmotnosti. Zvracením se dostaví opět pocit úlevy. (Gordon, Eating Disorders, 2000)

Kasuistika číslo 4: případ Petry, věk 22 let

Petra pochází z rozvedené rodiny, v současné době bydlí u otce spolu se svým přítelem Martinem. Všichni vzájemně vycházejí dobře a ví o bulimických problémech Petry. Otec i přítel se maximálně snaží vycházet jí vstříc a dokonce s ní navštěvují terapie.

Petra je dívka nyní již zdravých proporcí, ale ve svých osmnácti letech vážila 120 kg na výšku 169 cm. Začala se tedy snažit vysokou tělesnou hmotnost nějak kontrolovat, začala méně jíst a pak přestala jíst úplně. Výsledek se jí líbil, i jejímu okolí připadala atraktivnější, a tak ve svém úsilí pokračovala ještě vehementněji. Její otec a přítel si však povšimli, že téměř nejí a začalo jim to být podezřelé. Petra tedy změnila taktiku a začala normálně jíst a po té se pročišťovat zvracením a laxativy.

Petra je dívka trpící purgativním typem bulimie. V současnosti se její stav zhoršil natolik, že zvrací třikrát až pětkrát denně - téměř po čemkoli co sní. Bulimie ji doprovází úplně všude, nepomáhá jí už ani přítomnost jiné osoby. Vždy si najde příležitost, jak se jít nenápadně vyzvracet. Její porucha trvá již čtyři roky a terapie ani snaha jejích blízkých jí nepomáhá.

Z této kasuistiky je patrné, že Petra trpí mentální bulimií a zároveň se u ní objevuje náznak mentální anorexie. Denně sní přibližně jedno jablko a zeleninový salát s rýží. Takto vydrží několik dní. (I jablko je schopná vyzvracet, aby se nedostavil nechtěný tloustnoucí účinek potravy). Když se pak cítí velmi slabá, přejí se, ale stravu je nucena zase vyzvracet, protože trpí výčitkami.

Petra je v bludném kruhu, odkud se těžko dostává. Nedaří se jí přimět sama sebe, aby pozřenou potravu nevyzvracela. Její strach z opětovně nabraných kilogramů je příliš velký.

Kasuistika číslo 5: případ Ireny, věk 30 let

Irena pochází z normální rodiny, její rodiče žijí dohromady a všichni mají mezi sebou celkem dobrý vztah. Nároky jejích rodičů na ni nejsou nijak přehnané a dokonce ji pokládají za velmi šikovnou a úspěšnou ženu.

Irena působí na své okolí velmi vyrovnaným dojmem, je sebevědomá, a když po něčem touží, většinou toho dosáhne svou pevnou vůlí a snahou.

Ve věku 22 let si našla přítele Honzu, s kterým brzy začala žít. Jejich vztah se zdál harmonický. Honza však časem začal mít k Ireně připomínky, co se týče její váhy, a kdykoli společně jedli, popichoval ji, ať tolik nejí, že bude tlustá a škaredá a že on si najde jinou, hubenější přítelkyni. Dosáhl čeho chtěl, protože Irena se počala kontrolovat v jídlu a zhubla. Její váha na počátku nebyla nijak závratná, působila žensky, na však tlustě.

Honza se s ní po několika letech rozešel, aniž si vůbec uvědomil, že Irena trpí poruchou příjmu potravy. Ona se nedokázala nikomu ze svých blízkých svěřit a bulimii tají, jak to jen jde.

I když trpí touto nemocí již osm let, není její stav nekontrolovatelný. Záchvaty přejídání si dovoluje pouze v situacích, kdy si je naprosto jistá tím, že ji nikdo nemůže přistihnout. Bydlí dohromady s několika lidmi, takže sama téměř nebývá, a zvrací jen v obdobích zvýšeného stresu, což u ní není tak často. Její terapeutka se domnívá, že je natolik silnou osobností, že si svůj stav dokáže vyřešit sama, protože se velmi snaží a chce s bulimií přestat.

3. 3. 3. Zdravotní komplikace mentální bulimie

Pacientky s mentální bulimií mají obvykle přiměřenou tělesnou hmotnost. Téměř polovina osob trpících touto poruchou měla v minulých dobách zkušenost s mentální anorexií, jak dokládají i výše zmíněné kasuistiky. Přejít mezi těmito dvěma poruchami je běžný pro mnoho pacientů.

Porucha mentální bulimie se tedy nevyznačuje extrémně nízkou tělesnou hmotností, ale přejídáním se, zvracením a nadužíváním projímadel.

Zdravotní následky přejídání a pročišťování jsou závažné. Časté zvracení vystavuje tělo nadměrné námaze. Pokud osoba trpící bulimií vedle pročišťování také hladoví, vystavuje značnému zatížení játra. (M. Maloney, R. Kranzová, O poruchách příjmu potravy, 1997)

Fyzické následky:

- silná únava a otupělost
- bolesti v krku (následkem častého zvracení, protože sliznice v krku je narušena žaludeční kyselinou)
- zvrhovatěný jícen (vředy jsou na trubici, která spojuje ústa s žaludkem, a kterou procházejí zvrátky, v závažných případech může dojít k protržení jícnu a k následné smrti)
- zvýšená kazivost zubů (působením kyselin ve zvracích)
- záněty slinných žláz (opuchlá tvář připomínající veverku)
- suchá pleť následkem ztráty tekutin, zejména pokud dojde k užívání diuretik nebo laxativ
- různé druhy kožních vyrážek
- silná dehydratace následkem ztráty tělesných tekutin
- zácpa související s nedostatkem tekutin
- edém neboli zadržování vody v těle (jde o reakci těla na ztrátu tekutin, které se snaží nějakým způsobem tekutiny v těle zadržet)
- nerovnováha elektrolytu (to je nesprávná hladina draslíku a sodíku v organismu, což může vést ke svalovým křečím, problémům s ledvinami nebo k srdečnímu selhání)
- bolesti v břiše, křeče v oblasti břišní

Jídelní poruchy jsou spojeny s řadou zdravotních problémů a mohou závažně poškodit zdravotní stav pacientky. Přispívají ke zvýšené úmrtnosti v oblasti těchto poruch.

4. Osobnost pacienta s mentální anorexií a mentální bulimií

V literatuře se vyskytují mnohé pokusy, jak vysvětlit vznik poruch příjmu potravy v závislosti na určitých osobnostních charakteristikách nebo na patologii. Jde o snahu popsat charakteristickou osobnost anorektického či bulimického pacienta.

„Anorektička“ bývá popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, s negativním sebehodnocením, pocity nepřiměřenosti a nekompetence, nedostatkem nezávislosti a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti. Zdůrazňovány jsou také úzkostné a obsedantní rysy, rigidita (strnulost psychických procesů) a perfekcionismus.

„Bulimičky“ jsou nejčastěji charakterizovány impulzivitou (a to nejen v oblasti jídla). Jeden z nejtypičtějších osobnostních profilů popisovaných u mentální bulimie, někdy nazývaný „falešné self“ nebo „pseudo – nezávislá organizace osobnosti“ (Gordon, 2000), zachycuje rozpor mezi navenek dobře fungující a dobře vypadající mladou ženou a hlubokými pocity potřebnosti, závislosti a nízkého sebevědomí skrytými pod touto fasádou. Pozornost byla také věnována vztahu mentální bulimie a hraniční poruchy osobnosti (viz Materson, hraniční porucha osobnosti).

Dle Jana Poněšického (Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, 2004) se v případě mentální anorexie jedná o kombinaci trojí poruchy. Příčina nejvíce v minulosti zdůrazňovaná záleží v potlačení veškeré pudovosti a s tím spojených citů, na jejichž místo nastupuje rozum, vůle, pracovní či sportovní úsilí, jindy spíše jakési zduchovnění, estetičnost, touha po jinakosti a kráse.

V oblasti mezilidských vztahů je charakteristická tendence směřující k nezávislosti. Ta je způsobena strachem z opětovného symbiotického vztahu, jejímž zajatcem anorektička byla. Tato úzkost je velmi intenzivní, protože takovýto

nesvobodný a příliš těsný vztah pacienta výrazně formoval. Jsou období, kdy pacient podléhá tendenci těsný a závislý vztah opět nastolovat. V tomto případě nastupuje další úzkost, protože pacient musí nyní bojovat proti vlastnímu pokušení.

Třetí problematickou oblastí je slabost vlastního „já“ a z ní vyplývající porucha sebeocení. Anorektička podléhá střídání fází odporu a opovržení k sobě samé s fází dokazování si vlastní síly a převahy nad ostatními lidmi. Pravidelnou příčinou bývá traumatické narušení osobnosti, zvláště pak sexuální zneužívání. Z toho vyplývá křečovitě sebeohraňování, odmítání jídla jako protest a odmítání sexuality (viz str. 42 - kasuistika číslo 6 - Karolína zneužívaná svým nevlastním otcem. Střídaly se u ní fáze anorexie a bulimie, nebyla schopná navázat vztah s mužem...). Může být přítomný stud, sebezatravování a sebepoškozování.

Poněsický se snaží vysvětlit tyto tři oblasti ve vztahu k psychosomatické symptomatologii anorexie. Pudovost se projevuje buď jako promiskuita nebo naopak jako fáze sexuálního hnusu. Též jako abstinence nebo alkoholismus, zabývání se módou nebo naopak odvrácení se od všeho materiálního k duchovním hodnotám. Tendence k ohraničení sama sebe a k nezávislosti se týká i jídla, to jest k závislosti vlastního života na potravě, jež se neguje. Touhu po nezávislosti však v zápětí může vystřídat touha po symbióze, touha po skutečné lásce.

Jakákoli „emoční strava“ či pomoc a zájem se pacientovi jeví jako podezřelý. Přeje si je, ale zároveň je odmítá. Uchyluje se k vlastní domnělé nezávislosti a nachází v ní náhradní uspokojení. Tyto pocity ztěžují léčbu této poruchy dvojnásobným způsobem. Za prvé pacient může vnímat lékařskou pomoc jako tlak na sebe a umělou výživu jako zbavení svéprávnosti. Za druhé se pacient zdráhá jíst, přibírat na váze, neboť se bojí, že by se to mohlo vymknout jeho kontrole. Konečný pocit méněcennosti a neustálého selhávání je nutno něčím kompenzovat. Pacient trpící anorexií to nachází v horečnaté činnosti a výkonnosti, v síle vlastní vůle a v překonávání hladu.

Jádrem patogeneze poruch příjmu potravy mohou být tedy jak určité osobnostní rysy, tak specifické poruchy osobnosti.

Anorektičtí pacienti například trpívají poruchou tělesného schématu. Ztrácejí zdravý úsudek týkající se tělesného zdraví. Trpí bludem o vlastním těle (viz str. 10 - kasuistika číslo 1, kde se píše o Pavle, která při váze 32 kg podléhala pocitu, že její stehna a ruce jsou příliš tlusté).

Pacienti, u nichž se vyskytuje anorexie, vykazují většinou poměrně vyšší účast neuroticismu, introverze a úzkosti. V souvislosti s mentální anorexií se nejčastěji poukazuje na komorbiditu s obsedantně kompulzivní poruchou. Výskyt této poruchy se u anorektických pacientů pohybuje od 27 % do 81 %. (Krch, 2005) Procentuální vyhodnocení se ovšem liší od autora k autoru dle šířky kritérií. U mentální anorexie se tato porucha projevuje nejistotou a nízkým sebehodnocením a nadměrnou sebekontrolou nejenom v jídle. Neustálé přemítání o vlastní bezcennosti pak v tomto kontextu vede k vyhýbání se jídlu a k ritualizaci jídelního chování. Myšlenky na jídlo jsou paradoxně posilovány hladověním. Ritualizované chování má sloužit ke snížení úzkosti a k úniku před těmito nepříjemnými myšlenkami.

Tato porucha se v případě mentální anorexie projevuje také sklonem k perfekcionismu. Jeho rizikovost spočívá především v důslednosti a neoblomnosti postoje anorektičky. Perfekcionismus se vyskytuje zejména ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolě. Představuje úzkostné kognitivní zúžení a zúžení osobní perspektivy, důrazné zaměření na cíl a odpovídající behaviorální imperativ. (Krch, 2005) Perfekcionismus dle mnoha autorů (Fairburn, Bastiani) nejen že posiluje rezistenci vůči léčbě a zvyšuje riziko relapsu (zvrát choroby k předešlému horšímu stavu), ale v některých případech může rovnou přispět k rozvoji mentální anorexie.

Příkladem striktního dodržování určitých úkonů a nutkavého jednání je dívka Marta (viz str. 14 - kasuistika číslo 3), která se neustále převlékala a líčila a své obsedantní sklony uplatňovala také na svém synovi, kterého také denně několikrát převlékala úplně bez důvodu.

U mentální bulimie se tato porucha projevuje spíše impulzivním chováním (viz str. 12 - kasuistika číslo 2; Veronika navštěvující Mc Donaldy se strašně přejídala a následně zvracela).

Mentální anorexie má také blízko k hyperaktivitě, která se v tomto případě projevuje přímo manickým chováním osobnosti. Jde o excesivně prováděnou činnost, jako například horečnaté cvičení. Anorektička se natolik upne na určitou činnost – třeba aerobik; že zapomíná na všechno ostatní (například na jídlo). Tato porucha souvisí s bludem o těle.

U mentální anorexie se může vyskytovat jev zvaný „adolescentní moratorium“, který signalizuje uvíznutí na cestě k dospělosti. Pacient se bojí nároků okolí, nedokáže být zodpovědný sám za sebe. Dívky se mnohdy brání sexuální vyspělosti.

V roce 1972 poukázal Materson na možný vztah mezi mentální anorexií a hraniční osobností. (Krch, 2005) Toto téma bylo podrobena mnoha studiím a v dnešní době se uvádí mírně vyšší výskyt této poruchy u mentální bulimie než u anorexie. Hraniční osobnost má s bulimií tyto společné příznaky: impulzivitu, přejídání nebo některé depresivní symptomy.

Dívky trpící poruchami příjmu potravy se vyznačují kromě neurotických a obsedantních rysů nebo kromě hraniční poruchy osobnosti i jinou psychopatologií. Patří sem hysterické rysy, egocentrismus, přecitlivělost a senzitivita, narcistická porucha osobnosti nebo sociální úzkost a excesivní závislost, nízké sebevědomí, pocit neschopnosti a marnosti vlastní existence. Porucha příjmu potravy, která se často objeví dříve, než může osobnost dospívajícího dozrát, se pak přirozeně odráží v různých adaptačních poruchách a nevyzrálých postojích. Pocit nepřiměřenosti a nemoci, doplněný celou řadou psychických a psychosomatických obtíží, vede k egocentrismu, pocitu ohrožení pacienta a reakcím pohybujícím se v extrémních polohách.

U třetiny bulimických a poloviny anorektických pacientek byly zjištěny psychastenické a hysterické rysy. (Krch, 2005) Psychastenické rysy zahrnují vnitřní nejistotu, pocity nedostačivosti a anxiozity; převládaly tedy u anorektiček. U bulimiček byly výraznější hysteroidní rysy, které se vyznačují výraznou emoční labilitou, egocentriem nebo sklonem k dramatizaci. U některých bulimických pacientek byl dokonce konstatován sklon k nezdrženlivosti i v jiných oblastech než ve vztahu k jídlu. U déletrvající anorexie i bulimie byla pozorována výraznější porucha osobnosti s dominující uzavřeností, hypersenzitivitou (přecitlivělostí), rigiditou (strnulostí psychických procesů) a odtržením od reality. Některé z pacientek dokonce měly v anamnéze sebevražedný pokus (viz str. 12 - kasuistika číslo 2, Veronika trpící MB i MA, se pokusila několikrát spáchat sebevraždu, na terapiích vyhrožuje, že se zabije). Některé pacientky trpěly při anorexii i bulimii nadměrnou vztahovačností, až paranoiditou a u 17 procent ze zkoumaných pacientek byly

zjištěny lehčí známky deteriorace intelektových funkcí (úbytek či oslabení rozumových schopností, zvláště paměti a logického usuzování). (Krch, 2005)

Hilda Bruch (cit. podle Krcha, 1999) identifikovala tři základní rysy mentální anorexie: 1. Narušené uvědomování si vnitřních pocitů (porucha interoreceptivního čítí). 2. Narušení tělesného schématu (porucha body-image). 3. Silný pocit vnitřní neefektivnosti.

Garner, Olmsted a Polivy převedli tato klinická pozorování do kvantifikovatelné škály zvané EDI – Eating Disorder Inventory. Ta umožňuje popsat osobnostní profil pacienta trpícího mentální anorexií nebo bulimií a byla konstruována pro měření psychických a behaviorálních rysů u anorexie a bulimie. Obsahuje osm dílčích škál zaměřených na osobnostní rysy nebo tendence, které se v souvislosti s poruchami příjmu potravy nejčastěji vyskytují a jsou pro ně pokládány za charakteristické. (Krch, 2005)

Jednotlivé dílčí škály jsou následující: 1) nutkání být štíhlý (extrémní snaha zhubnout a zaměření na diety); 2) bulimie; 3) tělesná nespokojenost; 4) inefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti); 5) perfekcionismus; 6) interpersonální nedůvěra (pocit odcizení a nechuti vytvářet blízké vztahy, oslabení pozitivních emocí vůči ostatním); 7) narušené interoreceptivní čítí (snížená schopnost orientovat se ve vnitřních pocitech a emocích, včetně viscerálních t. j. útrobních pocitů hladu a sytosti); 8) strach před dospělostí (odráží touhu vrátit se zpět do bezpečí dětství a strach z požadavků dospělosti, viz str. 24 - již zmíněné adolescentní moratorium). Nová verze testu EDI12 (Garner, 1991) obsahuje ještě další dílčí škálu měřící asketismus (snaha o sebedisciplínu a nadměrnou kontrolu zejména tělesných potřeb); impulzivní regulaci (tendence k impulzivitě, závislostem, sebedestruktivě a hostilitě – nepřátelskému postoji vůči sobě nebo druhé osobě) a sociální nejistotu (napjaté a neuspokojující sociální vztahy).

Na základě mnohých výzkumů a testů je již zcela zřejmé, že některé osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšují riziko vzniku anorexie a bulimie (zejména již zmíněný perfekcionismus nebo obsedantní rysy). Některé psychické charakteristiky mohou být specifickým projevem malnutrice - podvýživy (například úbytek libida), psychického a fyzického strádání (přecitlivělost, nedůvěra) nebo

nespecifickým důsledkem závažného onemocnění spojeného s dlouhodobou psychosociální deprivací. Mohou být také následkem problémového dospívání a špatně načasovanou separací z rodinného prostředí (viz str. 32 - Chvála a Trapková, Teorie sociální dělohy).

Je zajímavé, že některé z těchto osobnostních rysů odezní s ústupem základní psychopatologie, se vzrůstem hmotnosti a s přiměřenou kontrolou jídelního chování. Jiné naopak mohou dlouhodobě přetrvávat. Dle výzkumů (Krch, 2005) přetrvávají u některých pacientek zejména známky deprese, sociální fobie, úzkosti a obsesivně – kompulzivních rysů.

4. 1. Poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách

Některé psychické charakteristiky se vyskytují jak u poruch příjmu potravy, tak u závislostí na psychoaktivních látkách. V praxi je možné se nejčastěji setkat s kombinací mentální bulimie a závislosti na alkoholu. Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného, vedou ho do izolace a nezřídka i k podvádění (viz str. 12 a str. 14 - kasuistika číslo 2 – Veronika, a kasuistika číslo 3 - Marta a její závislost na alkoholu).

Alkoholismus a mentální bulimie mají společné tyto hlavní rysy: oslabení sebekontroly, impulzivitu, nutkavost a nezdrženlivost. Pro obě poruchy je rovněž příznačná křehká hranice mezi normou a patologií. V obou případech trpí pacienti pocitem neschopnosti přerušit zhoubné návyky.

Nutno poznamenat, že abúzus alkoholu je často popisován jak v rodinách bulimických pacientů, tak v rodinách anorektiček. Alkoholismus v rodinách bulimiček se vyskytuje přibližně u jedné třetiny sledovaných. Pokud jde o jiné psychoaktivní látky než alkohol, v průměru asi dvacet procent bulimiček uvádí jejich užívání v minulosti či současnosti. (Krch, 2005)

5. Faktory ovlivňující vznik poruch příjmu potravy

Většina autorů zabývajících se poruchami příjmu potravy zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o jejich biopsychosociální podmíněnosti. Tento široký koncept se stává v posledních letech obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy. Z tohoto hlediska je možné zmínit několik základních přístupů zaměřených na tyto faktory.

5. 1. „Culture bound syndrom“ (kulturně podmíněný syndrom)

Mentální anorexie a bulimie mohou být považovány za kulturně podmíněný syndrom. R. A. Gordon v knize *Anorexia and Bulimia: Anatomy of social epidemic* (1990) užívá pro anorexii a bulimii termínu „etnické poruchy“. Vysvětluje to takto:

1. poruchy příjmu potravy se v dané kultuře vyskytují dostatečně často
2. vyjadřují klíčové konflikty, které se v dané kultuře vyskytují
3. jsou konečnou a běžnou cestou jak vyjádřit širokou škálu osobních problémů
4. jsou vysoce strukturovaným a široce napodobovaným modelem reakce na stres
5. jejich symptomy jsou přehnanou variantou normálních postojů a chování v dané kultuře a jsou podporovány a šířeny názorovým klimatem zejména ve sdělovacích prostředcích

Z praktického hlediska je možné označit poruchy příjmu potravy za kulturně podmíněné, protože v některých kulturách se jídelní poruchy ještě neobjevily a naopak, do některých oblastí se dostaly pomocí šířící se euro-americké kultury a globálního myšlení doby.

Gordon ale upozorňuje na to, že většina kulturních interpretací mentální anorexie zdůrazňuje vliv módních trendů týkajících se štíhlosti, ale jen málo z nich se zabývá komplexnější otázkou, *proč* je štíhlost pro současné ženy tak důležitá. Detailnější studium psychologických konfliktů, které vedou určité ženy k tomu, že se u nich rozvinou poruchy příjmu potravy, směřuje podle něho k otázkám identity a sebehodnocení, které zapříčiňují to, že snažení o štíhlost je „zvoleno“ jako základní

symptom. Základní charakteristikou anorektických pacientů je hluboký pocit nemohoucnosti, neschopnosti ovlivňovat své prostředí a určovat vlastní osud. Vyrůstají v rodinách, které zdůrazňují výkon, ale zároveň připravují děti o příležitost k samostatnému jednání nebo rozvoji vlastních jedinečných schopností. V adolescenci proto dítě není dostatečně připraveno na zvládnání typických vývojových požadavků. Události, které obvykle spouštějí anorektickou dietu, jsou zážitky, které se týkají pocitu nezávislosti a vědomí vlastní hodnoty.

Co není obvykle zdůrazňováno, je míra, do které charakteristické zkušenosti a problémy anorektických pacientů odrážejí a zvětšují běžné problémy ženské identity široce kulturně rozšířené. Transkulturální studie normálního ženského vývoje podle Gordona (2000) ukazují, že navzdory změnám veřejné ideologie o rolích pohlaví jsou dívky stále vedeny k tomu, aby dělaly druhým radost, a jsou mnohem méně než chlapci podporovány v rozvoji autonomního chování.

Dalším faktorem, který obvykle hraje svou úlohu, je intenzivní tlak k dosahování výkonů (výkony nejsou pocíťovány jako důkaz vlastní hodnoty, ale výkony pro druhé). Celý komplex dosahování výkonu a příjemného chování byl idealizován v populární představě „superženy“. Tato verze „hodné holčičky“ byla napadena ze strany feministických hnutí jako zvrácení ideálů rovnosti mužů a žen. Mnohé dívky mohou takovou ideologii osvobození prožívat jako jeden z externích požadavků dokonalosti, podle kterých se cítí být nuceny chovat. (Gordon, 2000)

Důraz, který klade současná západní kultura na výkon, představuje ostrý zvrát oproti dřívější definici ženské role, která zdůrazňovala poddajnost a úctu. Nová definice sociálního ideálu ženské role však není zdaleka jasná. Vyžaduje nejrůznější role, z nichž mnohé si vzájemně odporují.

Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, Gordon užívá pro poruchy příjmu potravy pojmu „etnická porucha“. Tento pojem převzal od psychoanalytika a antropologa George Devereuxe, který se zaměřoval na poruchy objevené etnology v ne-západních společnostech. Pojem „etnický“ není v tomto smyslu chápán úzce jako „etnická skupina“ nebo „subkultura“, ale spíše jako „vlastní určité kultuře“. Gordon mentální anorexii v této souvislosti přirovnává k hysterii, kterou Devereux považoval za klasický příklad etnické poruchy. Hysterie vyjadřovala základní kulturní dilema a sociální rozpory žen 19. století, zejména střední a vyšší třídy. Hysterické ženy dramatizovaly svou bezmocnost stejně jako potlačenou sexualitu

skrze symptomy, které jim svým charakterem nemoci dávaly určitou moc pasivně kontrolovat a manipulovat bezprostřední situací.

Poruchy příjmu potravy jsou tedy etnickými poruchami v tom smyslu, že zveličují kulturně typické řešení problému, který je v dané společnosti značně rozšířen. Rozdíl mezi „normou“ a „patologií“ je spíše kvantitativní než kvalitativní. Posedlost váhou, kterou mohou trpět „normální“ ženy není o nic méně vysvětlitelná než ta, kterou trpí anorektičtí či bulimčtí pacienti, pro které se stala vše pohlcující. (Gordon, 2000)

5. 2. Faktory biologické

Poruchy příjmu potravy jsou ovlivňovány nejen sociokulturními faktory, ale také biologickými.

5. 2. 1. Ženské pohlaví

O poruchách příjmu potravy se mluví převážně v souvislosti s ženami. Je to proto, že těmito poruchami většinou trpí dospívající dívky a ženy. U mužů se tato problematika vyskytuje v mnohem menším měřítku. Procentuelně je to cca 5%. Platí to jak pro anorexii tak pro bulimii. Poněkud vyšší je procento mužů, kteří trpí záchvatovitým přejídáním. (Maloney, Kranzová, O poruchách příjmu potravy, 1997)

Existuje několik příčin, proč jsou to převážně ženy, kdo trpí jídelními poruchami. V první řadě je to společenský náhled na ženské tělo. Společnost nepřikládá takový význam tomu, kolik váží muži. Samozřejmě není žádoucí, aby byl muž vyloženě obézní, ale není to tak sledované jako v případě žen. Přijatelná váha u mužů je mnohem vyšší než u žen.

Důležitým aspektem jsou také tělesné změny, kterými prochází v období puberty zejména ženské pohlaví. Dívky procházejí velmi rychlým tělesným růstem, s nímž je spojena tělesná hmotnost a tvary těla. Nejdramatičtější období je věk mezi dvanáctým a šestnáctým rokem. U mužů je dospívání spojeno převážně s nárůstem svalové hmoty. Výhodou je, že muž je atraktivní jak svalnatý tak štíhlý. U žen je to složitější, protože dospívání pro většinu znamená zvyšování hmotnosti, což se rozchází s nynějším ideálem krásy. Následkem je silná nespokojenost dívek a možnost jídelní poruchy. Dívky brzy tělesně vyzrálé jsou jídelními poruchami ohroženy nejvíce. Tyto dívky bývají rovněž menšího vzrůstu, silnější postavy s velkým poprsím i pozadím. Jsou méně spokojené s hmotností svého těla a jsou

častěji než jejich vrstevnice vystavovány posměchu okolí, což může vést ke stresu a k následné snaze tělesnou hmotnost upravit. (Krch, 1999)

Dospívání je také spojeno s výkyvy nálad, které jsou způsobeny hormonálními změnami v těle. Jedinec může být podrážděný, jeho nálady se neustále mění. Mladý člověk si výrazněji uvědomuje sám sebe a srovnává se s ostatními. Dívky jsou v tomto ohledu více nejisté než chlapci. Mají nižší sebevědomí, jsou více kritické k vlastnímu tělu a sledují pozorně reakce okolí na svou osobu.

S dospíváním je spojen i problém přijetí sexuální role a vlastní autonomie (separace od rodiny). Někteří mladí lidé přistupují k sexuálním pocitům a potřebám s otevřeností, ale pro některé je to problém. Anorektičtí pacienti se v mnohých případech zdráhají přijmout sexualitu a nechtějí se stát dospělými. Mentální anorexie téměř zastavuje sexuální vývoj, protože silné vyhubnutí brání tomu, aby se u ženy vytvářely pro ni typické tělesné proporce. Strach ze sexuality a dospělosti je v úzkém vztahu se všemi poruchami příjmu potravy (viz str. 24 - adolescentní moratorium)

V období puberty je zvýšené riziko jídelních poruch, protože se kumuluje řada rizikových faktorů, ale nelze to považovat za platné ve všech případech. K poruchám příjmu potravy může dojít téměř v jakémkoli věku.

5. 2. 2. Tělesná hmotnost

Tělesná hmotnost ve většině případů ovlivňuje sebevědomí ženy a její spokojenost se sebou. S rostoucí hmotností přibývá riziko držení redukčních diet. Novým zjištěním je, že významnou roli při výskytu poruch příjmu potravy hraje distribuce tělesného tuku. Ženy které mají tuk uložen v největší míře na bocích, stehnech a na hýždích, vykazují významně vyšší riziko jídelních poruch než ostatní ženy. (Krch, 1999)

Dodržování redukčních diet a jejich porušování způsobuje kolísání hmotnosti. Při hubnutí se ztrácí tuková i svalová vrstva. Při porušování diet se tuková vrstva navrací mnohem rychleji než předtím. V důsledku kolísání hmotnosti pak nutně dochází ke změnám ve složení těla. Náhlé a pravidelné změny hmotnosti jsou zdravotně nebezpečné a jsou spojeny se zvýšenou psychopatologií, jako je bulimie a záchvatovité přejídání.

6. Přístupy zaměřené na poruchy příjmu potravy

6. 1. Teorie sociální dělohy

„Ženský a mužský jazykový modus je za přítomnosti nás obou stále k dispozici, a proto můžeme terapeutickou situaci vyvažovat snadněji, než když pracujeme každý sám. Lze bez nadsázky tvrdit, že díky tomu léčíme nejen naši odbornou erudicí a tím, že vytváříme terapeutické vztahy s jednotlivými členy rodiny, ale také našim vzájemným vztahem. V tom nabízíme rodině živoucí podobu toho, co je vlastním posláním rodičovské dvojice: Vztah mezi rodiči, totiž to, co je spojilo, když zakládali rodinu, a to, jak se společně s takovým úkolem vyrovnávají, proudí k dětem skrze interakce každého s každým mimovolně jako přirozená výživa.

Díky tomu, jak odlišně situaci vnímáme, máme možnost zrcadlit rodině aktuální dění v jejích vztazích. Postřehy, včetně jejich rozporuplností, jí předáváme v podobě léčebných intervencí. Jako vzniká v každé rodině během společného života originální životní styl té které rodičovské dvojice, tak jsme my dospěli k metafoře o „sociální děloze“¹. (V. Chvála, L. Trapková, Rodinná terapie psychosomatických poruch, 2004, str. 85)

V. Chvála a L. Trapková vycházejí z přesvědčení, že poruchy příjmu potravy souvisí s chybnou koordinací vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí hnízdo. Domnívají se, že jde spíše o poruchu vzniklou na základě neporozumění v rodině, než o poruchu jednotlivce.

Chvála a Trapková tvrdí, že za příznaky mentální anorexie a mentální bulimie se skrývá typický vývoj kontextu psychosociálních vztahů rodinného systému. V některých místech tohoto vývoje dochází častěji ke stagnaci s typickým obrazem

1

(L. Trapková a V. Chvála pracují jako terapeutická dvojice muže a ženy. Tím tvoří při každém terapeutickém setkání neustále aktuální dialog dvou pohlaví, který tvoří základní složku jejich terapie a také základní látku soužití v každé rodině.)

poruch příjmu potravy. (Pro ukázkou: k anorektické stagnaci může dojít například za okolností, kdy matka je dceři plně k dispozici, ale dcera ji nedokáže přijmout. Nebo když dcera není dostatečně nasycena matkou a ona ji již odmítá. Dále když je dcera již nasycena, ale matka se jí nedokáže vzdát a otec nepřebírá svou funkci. Když dcera i otec jsou připraveni se sblížit, ale matka tomu brání, a když dcera i matka jsou nasyceny, ale otec není k dispozici.)

Slovní spojení sociální děloha vzniklo na základě tzv. jazykování (languageing – pojem chilského profesora fyziologie Humberta Maturana). Díky spolupráci terapeutické dvojice Chvály a Trapkové se tato metafora dále rozvíjela a s ní i další pojmy jako například sociální porod. Díky těmto dvěma pojmům vznikla metoda léčby a zároveň užitečný teoretický koncept. Při terapiích se tato metafora velmi dobře přizpůsobuje díky své pružné vnitřní konzistenci a v pravou chvíli ovlivňuje tázání terapeutů i samotnou terapeutickou intervenci. Používáním se prohlubuje a není v rozporu se zavedenými psychologickými pojmy a teoriemi. Sociální děloha umožňuje autentický kontakt s lidmi, se kterými se obecně sdílí lidská zkušenost těhotenství a porodu, překvapivě vystihuje vývoj rodiny jako celku a zároveň respektuje dynamiku střídání generací ve vývoji celého rodu. (Chvála, Trapková, 2004)

Metaforu o sociální děloze lze velmi dobře propojovat se znalostmi z porodnictví. Detaily zrání plodu v děloze matky zakončené porodem lze porovnávat s výsledky výzkumu vývoje dítěte v sociálním prostoru rodiny, včetně separace dospívajícího ve vývojové psychologii. Tímto se ocitá terapie na poli tzv. psychobiologie.

Erik H. Erikson, významný představitel psychoanalýzy, popisuje vývojové fáze dítěte a vyslovuje též myšlenku o analogii biologického intrauterinního vývoje s pozdějším vývojem sociálním.

Proces biologické dělohy a sociální dělohy má významně shodnou charakteristiku. Chvála a Trapková dospěli k hypotéze, která se velmi podobá hypotéze Eriksonově. „Proces zrání plodu v těle matky se na vývojově vyšší – psychosociální – úrovni ve svých parametrech opakuje.“ (Chvála, Trapková, Rodinná terapie psychosomatických poruch, str. 87)

Znalost sociální dělohy se stále prohlubuje, používá ji více terapeutů a stává se účinnou metodou, jak pomoci rodinám v krizi. Poukazuje na jádro problému a má schopnost ujasnit to, co je pro rodinu nesrozumitelné a uspořádat to do jasného celku.

6. 1. 1. Vznik života na biologické úrovni

Vývoj plodu a celkově veškeré živé hmoty je velmi složitý proces, charakterizovaný stále složitějšími vztahy a interakcemi v průběhu času. Jde o tzv. fylogenetický vývoj. Živočichové se vyvíjejí v průběhu geologických období od jednodušších ke složitějším. Ruku v ruce s fylogenezí jde ontogeneze. Je to individuální vývoj organismu, zahrnující období zárodečného vývoje organismu, dospívání, rozmnožování, péči o potomky a nakonec stárnutí a smrt. Děloha vzniká až na určitém stupni složitosti organismů. Zajišťuje ochranu plodu před nepříznivými vlivy okolí. Placenta zajišťuje výživu plodu až do té doby, než je schopen unést nároky vnějšího světa. Toto období nejbouřlivějšího tělesného vývoje je zakončeno porodem, po němž nastává období vývoje tělesného a psychosociálního.

6. 1. 2. Vznik sociální dělohy a její podobnost s dělohou biologickou

Sociální děloha je založena na vzájemném vztahu rodičů. Vztah páru představuje v této souvislosti orgán, který plod vyživuje a zajišťuje jeho kvalitní psychosociální růst. Biologická děloha a placenta poskytuje ochranu plodu a na rozdíl od dělohy sociální také výměnu látkovou. Vztah rodičů je zdrojem sociálních interakcí a přirozeně vede dítě k tomu, aby se k matce a otci vztahovalo, navazovalo s nimi vztah a vnitřně se obohacovalo.

Pravá funkce sociální dělohy spočívá v tom, že si vztah páru můžeme představit jako placentu a tedy hlavní zdroj výživy. Svědčí o tom názorně případy rodin s mentální anorexií. Emoční hladovění matky v nedostatečně potentním páru se promítne až do materiální podoby poruchy příjmu potravy u dcery. (Chvála, Trapková, Komplexní psychosociální diagnostika a intervence u chronických poruch, 1997)

Emoční hladovění jednoho z partnerů v páru může zapříčinit poruchy vývoje dítěte. Většinou jde spíše o vztah neuspokojené matky a dcery, ale je to možné i v opačném případě. Vztah s převažující sexuální potencií bez emoční kultivace je tak málo vyživující, jako pokus zplodit potomka za nepřítomnosti placenty. Vzácněji se vyskytuje emoční potence bez sexuální. Bez tělesné potence není možné dítě přivést na svět. Ideální stav nastává za přítomnosti obou zmiňovaných potencií, jak emoční tak sexuální.

6. 1. 3. Vývoj v sociální děloze

Vývoj v sociální děloze probíhá podobně jako vývoj v biologické děloze. Rozdíl je v tom, že vývoj plodu v biologické děloze trvá přibližně devět měsíců, zatímco vývoj v sociální děloze trvá poměrně delší dobu. Než je dítě připraveno opustit sociální dělohu, je součástí složitých interakcí mezi rodinou a okolím a je chráněno před nepříznivými vlivy ze strany okolí. Po separaci již musí být schopno se samostatně rozvíjet, postarat se o sebe a založit vlastní rodinu – další sociální dělohu, v níž bude ono poskytovatelem sociální jistoty pro svého potomka. Sociální dělohu tvoří každá rodina, ať již úplnou či neúplnou. Tedy sociální děloha je generační záležitostí. Při vzniku jakékoli poruchy v rodině mé matky je ohrožena i má rodina z důvodu přenosu poruch z jedné sociální dělohy do druhé.

Názorná ilustrace:

1. První generace sociální dělohy je tvořena dvěma manžely, kteří nemají příliš harmonický vztah. Otec je nefunkční, nedokáže navázat s dítětem vztah, jeho roli nahrazuje dědeček. Dědeček však náhle zemře, z dítěte se stane pomyslný sirotek, který je vychováván pouze ženou, protože otec již ztratil veškerý kontakt s dítětem. Opouští vztah s matkou a odchází z manželství. Žena ztrácí oporu jak ve svém muži, tak i v dědečkovi, protože již nežije. Zde vzniká závažná porucha sociální dělohy v první generaci. Dítě (dcera) se stává oporou matky, namísto toho aby se ona stala oporou dítěti. Vzniká pečování v protisměru. Nastává situace, kdy se dítě nemůže přirozeně odpoutat od matky, protože se o ni musí starat a nedojde tedy k důležitém okamžiku separace dítěte od matky. S tímto defektem vstupuje mladá žena do další sociální dělohy.

2. Druhá generace je již tvořena přirozenou cestou a oběma rodiči. Páru se narodí dcera, která se vyvíjí správnou cestou. Rodiče se o ni velmi dobře starají a několik prvních let je bez většího problému. Nastane však situace, kdy se dcera dostává do fáze puberty a setkává se s nepochopením ze strany matky, která si v mládí tuto fázi dostatečně neodžila z důvodu smrti svého dědečka a odchodu svého otce. Dcera je omezována a důsledkem toho se uchýlí k rychlejší separaci od rodiny, než je přirozené.

3. Dcera zakládá vlastní rodinu, avšak zatím bez potomka – třetí generaci sociální dělohy. Žije se svým partnerem, který o ni jeví velký zájem. Dochází k harmonickému propojení obou potencií, jak emoční tak tělesné. Dochází k nápravě

vzniklých poruch, které se nesly třemi generacemi, a cesta pro potomka je připravená.

Znázornění schématu několika generací sociální dělohy umožňuje lepší orientaci v problému rodiny. Poukazuje na poruchu, která vznikla v některém období, a její přenos do dalších generací a přispívá k nápravě problému.

6. 1. 4. Fenomén času

Vnímání událostí jedné za druhou utváří prožitek ubíhání času. Čas je rozdělen do různých sekvencí. Potřebuje-li člověk něco rychle stihnout, čas mu ubíhá velmi rychle, naopak, čeká-li na něco, čas se rapidně zpomalí a zdá se, jako by se zastavil. Časové rozdíly lze vnímat i v rodině. Jinak ho vnímá žena a jinak muž. Žena na mateřské dovolené se stará o dítě, případně o více dětí, a snaží se sladit dohromady všechny jejich potřeby ke všeobecné spokojenosti. Pracující muž vnímá čas úplně odlišně. Čas matky a dětí nemá s termíny otce mnoho společného. V důsledku toho může docházet ke kolizím v rodině. (Chvála, Trapková, 2004)

Rozlišení času na vnější (chronos) a vnitřní (kairos) usnadňuje pochopení podstatných rozdílů v chování člověka vně a uvnitř. Například porucha příjmu potravy dokáže klidový stav rodiny silně narušit. Mladá dívka cítí potřebu se od matky oddělit v určitém období, pokud ji matka nenechá, dcera chce mít kontrolu nad svým životem alespoň v některé oblasti a může vzniknout porucha příjmu potravy.

Čas rodiny je potřebný ke zrání, k synchronizaci vnitřních cyklů, ke spolupobývání a sdílení. Nelze ho zkrátit ani nijak urychlit. Tak jako v biologické tak i v sociální děloze potřebuje plod určitý čas ke zrání, zdokonalování svých dispozic pro další období života. Je čas k porodu (u biologické dělohy) a k separaci (v případě sociální dělohy). Čas, ať již chronos či kairos, nás doprovází v každém bodě našeho života.

6. 1. 5. Podobnosti vývoje v biologické a sociální děloze

Díky emoční a sexuální potenci ve vztahu dvou jedinců je možné zajistit vznik života a smysluplný růst jak v biologickém prostředí tak v sociálním prostoru.

Jak již bylo řečeno, vývoj v biologické děloze trvá od početí do porodu devět měsíců, vývoj v sociální děloze trvá mnohem déle. Jak z biologické tak ze sociální

dělohy se rodí plod, který by měl být schopný přežít ve světě. Porod i separace jsou si podobné komplikovaností a plod i mladý člověk potřebují po opuštění tohoto jistého prostoru podporu.

První trimestr: První tři měsíce jsou v biologické děloze charakterizovány prudkým vývojem placentárního systému a plodu. Je dokončen vývoj nejdůležitějších tělesných systémů. V sociální děloze je tento čas podobný prvním šesti letem, která jsou určující pro základní sexuální a sociální schopnosti dítěte. Dítě také vstupuje do školy, to znamená další interakci s okolím.

Sigmund Freud nazývá toto období stádiem latence, což je pátý a šestý rok života jedince spojený se vstupem do školy. Emoční a sexuální tužby dítěte jdou do pozadí a superego se posiluje. Je to tzv. meziobdobí klidu.

Jean Piaget nazývá toto období etapou názorného myšlení. Je to věk od čtyř do sedmi až osmi let. U jedince se rozvíjí předškolní myšlení charakterizované tvorbou názoru. Piaget ho nazývá také myšlením magickým, protože dokáže měnit fakta, jak zrovna chce.

Období prvních tří měsíců plodu je velmi choulostivé na účinky toxických látek. Může dojít k poškození nebo potracení plodu. Podobně jako toxické látky působí negativně na plod extrémně nepříznivé psychické prostředí ve vztahu rodičů. Na psychické podmínky je podobně choulostivé dítě v prvních letech života v rodině. Například syndrom náhlé smrti dítěte v prvním roce života by mohl být analogický potratům v nepříznivém prostředí. Stejný negativní vliv má na dítě nedostatečná zralost rodičovských párů. Lépe řečeno nedostatečná psychická potence párů. (Chvála, Trapková, Komplexní psychosociální diagnostika a intervence u chronických chorob, 1997)

Druhý trimestr a příprava na porod: V těchto měsících nastává poměrně klidné období života plodu, jsou-li úskalí předchozích tří měsíců překonána. Biologická děloha se rapidně zvětšuje, aby se přizpůsobila rychle rostoucímu plodu. Avšak nastává druhé období, konkrétně dvacátý osmý týden, kdy hrozí plodu opět nebezpečí v podobě předčasného porodu. Děti sice ve většině případů předčasné narození přežijí, avšak neobejdou se bez zvláštní péče. V druhém trimestru je plod stále závislý na funkci placenty a na ochraně dělohy. Jakmile je dostatečně zralá plicní tkáň, aby mohlo dítě samo dýchat, připravuje se tělo matky na porod.

Sigmund Freud toto období nazývá stádiem latence, o kterém byla řeč v předchozím trimestru, a na něj navazujícím stádiem genitálním. Latentní stádium se vyznačuje vstupem do školy, což znamená, že sociální prostředí dítěte se značně rozšiřuje. Je zde analogie biologické dělohy se sociální, protože biologická děloha se rozšiřuje, aby plodu umožnila jeho biologický růst, a sociální děloha umožňuje plodu růst v sociálním prostředí. Stádium genitální je od dvanáctého roku do období dospívání. Je tedy nutné podotknout, že na druhý trimestr se lépe hodí stádium latence.

Jean Piaget nazývá období druhého trimestru etapou názorného myšlení a etapou konkrétního myšlení. Jde o to, z jakého úhlu je na tyto etapy nazíráno, protože názorné myšlení je též charakteristické pro první tři měsíce v biologické děloze, což je období kolem šestého roku v děloze sociální. Druhý trimestr se v sociální děloze vztahuje k věku kolem deseti let, což je u Piageta etapa konkrétního myšlení. Projevuje se schopnostmi dítěte chápat vztahy mezi různými ději a schopnostmi třídit a sumarizovat.

Desátý rok charakterizuje schopnost dítěte přežít eventuální rozpad rodiny. Následky ho však mohou pronásledovat celý život. Opět je zde analogie mezi sociální a biologickou dělohou. Problémy okolo dvacátého osmého týdne se dají přirovnat k rozpadu rodiny dítěte. Těžké podmínky v rodině mohou vést k předčasnému dozrávání sociálních funkcí dítěte. Probíhá-li vývoj v sociální děloze bez větších problémů a poskytuje-li dítěti dostatečnou ochranu, je pravděpodobnost poruch na psychické či somatické úrovni relativně malá.

6. 1. 6. Porod

Konečnou fází těhotenství je porod. Znamená to, že jedinec je schopný biologicky přežít ve světě. Je to nejkomplicovanější fáze. Během těhotenství je hustota hormonálních receptorů v děložním svalstvu velmi nízká, ale ke konci těhotenství se prudce zvýší. Je zodpovědná za kontrakce dělohy. Významný vliv na začátek porodu má infekce, pronikání vlivů ze zevního prostředí dovnitř dělohy. Souhra mnoha faktorů nakonec způsobí, že čím více dítě oznamuje, že je ohroženo a chce větší prostor, tím více se děloha matky stahuje a paradoxně se zmenšuje. Díky konfliktu se porodní cesty otevřou. (Trapková, Chvála, Komplexní psychosociální diagnostika a intervence u chronických chorob, 1997)

Jde o vůbec první konflikt mezi matkou a dítětem. Jejich rozhovor je najednou plný nedorozumění. Je to nebezpečná krize, protože čím potřebuje dítě větší prostor, tím mocněji se děloha matky periodicky stahuje a dítě vypuzuje. Trpí tím jak dítě, tak i matka.

Separace dítěte z rodiny je analogií biologického porodu. I v tomto případě je nezbytný konflikt, aby byla nalezena cesta ven. Zvyšuje se napětí v rodině, ztrácí se původní ochrana dítěte a dovnitř rodiny proniká s adolescentem mnoho nových prvků, které vzbuzují obranu tak jako v případě biologické dělohy, do které proniká zvenčí infekce. Tak jako po porodu, i po odchodu z rodiny dítě potřebuje pomoc. Samo již cítí, že přišel čas, aby se o sebe začalo starat, ale nedokáže si to ještě dobře představit. V rodině dochází ke změně, protože adolescent sebou přináší mnoho nových věcí a zvenčí se cítí rodina ohrožena. Ztrácí se původní ochrana dítěte a zvyšuje se napětí a podrážděnost. Funguje to podobně jako v biologické děloze, kdy je vypuzení plodu vyvoláno pronikáním infekce. Při separaci dítěte z rodiny je možné pozorovat řadu poruch. Buď je to předčasné oddělení dítěte od rodiny, které se podobá předčasnému porodu, nebo přehnaná úzkost rodičů, která znemožní dítěti separaci a následné osamostatnění, což je v analogii s přenášením dítěte.

Separace dítěte z rodiny probíhá v několika složitých fázích. Ve většině případů jdou tyto fáze poslopně za sebou. Ve věku dvanácti let se dítě sblíží více s matkou a separuje se od otce. Naopak je tomu v období kolem šestnáctého roku, kdy dochází k separaci směrem od matky a ke sblížení s otcem. Teprve po této fázi je možná separace směrem ven z rodiny. U mladých dívek jsou tyto fáze nesmírně důležité, protože neuskuteční-li se sblížení s matkou, nepodaří se dívce proniknout do světa ženy a neporozumí mu. Následně se mohou vyskytnout různé poruchy, jako je například porucha příjmu potravy.

Posledním dějem, uzavírajícím biologický porod, je zavnutí dělohy. Rodiče v této fázi sociálního porodu čelí tzv. syndromu opuštěného hnízda, pokud se od nich osamostatnilo poslední dítě a nečeká je už žádný sociální porod.

6. 1. 7. Odlišnosti sociálního porodu syna a dcery

Směr cesty, jakou vykonává dcera či syn, je relativně stejný, ale způsob, jakým po ní postupují, má značné odlišnosti díky jedinečnosti pohlaví.¹

¹ Poněvadž se má absolventská práce zabývat převážně tématem poruch příjmu potravy, které se týkají zejména žen, pokládám za neúčinné se více vyjadřovat k sociálnímu porodu syna.

6. 1. 8. Sociální porod dcery

Biologický porod trvá několik hodin, sociální potřebuje ke svému dokončení léta. Vztah s matkou je pro dceru o něco důležitější než s otcem a upevňuje se jako první. Matka dceru zasvěcuje do ženského světa. Toto zasvěcení většinou probíhá v období, kdy dívka poprvé menstruuje. Matka je tou nejvhodnější průvodkyní. K proměně dochází na obou stranách, protože dcera objevuje úplně nový svět a matka se musí smířit s tím, že z malého děvčátka se stává žena, což vyžaduje jiný přístup ve výchově i v celkovém vzájemném vztahu. Doposud byla svou vlastní paní v rodině pouze matka, ale od nynějška se situace mění, protože dcera se prodírá na „vyšší“ funkci v rodině. Například v kuchyni matka nemůže trvat neúprosně na svých návycích a na tom, že se jim dcera prostě přizpůsobí. Musí ji respektovat jako sobě rovnou a dát jí prostor k seberealizaci. Matka je pro dceru vzorem, podle něhož si utváří názor na svět. Do této oblasti je zahrnuto oblékání, hodnocení vztahů k okolí a také postoj k mužskému světu, jehož součástí je i otec. Jak k mužům bude přistupovat matka, takový názor většinou pojme i dcera.

Je v pořádku, když je matka s dcerou v intimní blízkosti. Jakmile se dcera začne separovat směrem od matky, dá se usoudit, že buď stagnuje vztah mezi dcerou a matkou z nějakých závažných důvodů, nebo se dcera matky již nasytila a chce se odpoutat.

Vztah matky s dcerou mohou také rušit druhotné znaky dcery. Pokud dcera dospěje poněkud dříve, než je zvykem, matka je na rozpacích a neví, zda k ní má přistupovat jako ke zralé ženě, či stále ještě jako k dítěti. Dcera však může rychleji dospět fyzicky, ale psychicky může být stále na úrovni dítěte a pak potřebuje danou péči.

Je mnoho případů, kdy je dcera příliš choulostivá a chce si udržet statut malé holčičky, o kterou se musí všichni starat. Matka v této situaci dceru neodmítne, ale povolává ji k zodpovědnosti nad vlastním životem. Situace pro dceru se může vyhrotit až k mentální anorexii, protože organismus dívky se postaví na stranu k choulostivosti proti růstovým silám a začne si péči okolí vymáhat hubnutím mimo její vědomou vůli.

6. 1. 9. Separace dcery od matky směrem k otci

Mnohdy se stává, že prostor rodiny není pro dvě ženy dost velký a důsledkem toho mezi nimi dochází k mnoha konfliktům. Pro otce je vzniklá situace nepochopitelná, ale je to správná cesta, cesta k sociálnímu porodu dcery. Je zde vidět analogie mezi porodními vztahy v biologické a v sociální děloze, kde probíhají konflikty, které dceru vypudí z rodiny ven. Pro matku je to mnohdy bolestivá fáze, těžko přijatelná, protože dcera proti matce brojí, v mnohém jí odporuje a staví si svou hlavu. Matka si však neuvědomuje, že splnila úkol výborně. Biologický porod je pro ženu vždy velmi náročným úkolem, v jeho průběhu je nutné šetřit silami v pauzách mezi vypuzujícími kontrakty a naopak je vydávat při kontrakcích. U porodu sociálního je tomu podobně. Celá rodina musí šetřit silami, protože v ní nastává nepřehledný chaos emocí a ten snadno vyčerpává tehdy, kdy dojde ke skutečnému konfliktu a členové rodiny ho musí začít řešit. Zejména pro matku je toto období náročné a může trpět úzkostmi, protože z její dříve veselé dcery se stala vzdorovitá osoba, nebo naopak uzlíček nervů, který si umane, že přestane jíst.

V této fázi sociálního porodu začíná být nejdůležitějším aktérem otec, který dokáže pomoci své ženě v překonání bolestivého období a začíná být značnou oporou i dceři. Ta je nyní na cestě od matky směrem k otci. Otec pro dceru představuje mužský svět, který je jí zatím cizí, protože doposud prozkoumávala pouze svět ženský. Je to velice těžký krok, protože dcera považovala otce na rozdíl od matky spíše za někoho cizího, kdo se nedokáže vcítit do jejích složitých pocitů a kdo je jí vzdálenější. Na druhé straně je však otcem jakýmsi způsobem přitahována.

Dcera nyní potřebuje trávit čas s otcem, ale bez přítomnosti matky. Poznává, že jí otec má rád a že k ní přistupuje jako k ženě inteligentní a schopné. Je dobré, když jí otec dá přímo najevo, jak se mu líbí a jak ji uznává. Pro dívku je to rozhodující faktor pro její budoucí život. Pocítí, že jako žena obstála dobře, získá na sebejistotě a pochopí, že mužský svět není nijak ohrožující. Otec se pro ni stává symbolem ochrany a síly a tak bude přistupovat i k ostatním mužům. Navíc potvrdí dceřinu oddělenost od matky a její samostatnou individualitu.

V této fázi sociálního porodu jsou mnohá rizika. Otec například přistupuje k dceři jako k její matce a nerozlišuje mezi nimi. Není ochoten s dcerou příliš komunikovat, což v jejím budoucím životě může znamenat situaci, kdy se dcera upne ke svému partnerovi jako k otci, protože v něm hledá otcovskou starostlivost a

ochranu. Další možností je, že otec vůbec nechce zasahovat do vztahu mezi matkou a dcerou. V takových případech dcera nepronikne příliš do světa mužů a má o nich celkově mylnou představu, kterou si vybuodovala na základě otcova chování. Jedním z největších tabu v rodině je intimní sexuální chování otce k dceři, které může způsobit nenapravitelné škody v životě dcery a vyústí většinou v závažné psychické problémy, které mohou být doprovázeny právě poruchou příjmu potravy (viz následující kasuistika). Zdravý otec je pro dceru tím nejbezpečnějším mužem na světě, kterého rozhodně nepřitahují její tělesné tvary.

Kasuistika číslo 6 - případ Karolíny, věk 18 let

Karolína je napůl české a napůl arabské národnosti. Její matka je Češka. Měla vztah s arabským mužem, s kterým také otěhotněla, ale aniž mu to sdělila, odjela do České republiky, kde malou Karolínu porodila. Zde se matka provdala a Karolína, která věděla, že její otec je Arab, musela přijmout nového nevlastního otce za svého. Začala zde studovat, ve škole se jí dařilo a dobře prospívala. S matkou měla výborný vztah, možná až příliš symbiotický. Všechno se zdálo téměř bez komplikací až do doby, kdy ji její nevlastní otec začal sexuálně zneužívat. Karolína to snášela velmi špatně, ale matce, i když s ní měla vynikající vztah, nic nepověděla. Takto situace pokračovala dlouhou dobu. Karolína se začala uzavírat do sebe, prudce začala nenávidět svého nevlastního otce a její vztah k matce se také velmi změnil, protože jí skrytě zazlívala to, že matka nepoznala, že něco není v pořádku, a nesnažila se jí nějak pomoci. Karolína začala ze zoufalství zvracet a přestala jíst. Ve škole měla špatný prospěch a stranila se kamarádů, aby se náhodou nedověděli, co se jí děje. Od té doby se s matkou velice hádala a snažila se o to, aby nevlastní otec z rodiny odešel. To však matka nechtěla připustit, a tak docházelo stále k silnějším konfliktům. Jednou při hádce to Karolína nevydržela a v afektu zuřivosti vše matce řekla. K jejímu silnému překvapení se matka nepokusila zakročit, nýbrž se snažila dceři vyhýbat. Zdravotní stav Karolíny se stále zhoršoval, ve zvracení nacházela úlevu a stávala se z ní bulimička. Do toho všeho se Karolína dověděla, že matka udržuje kontakt s jejím pravým otcem, který se zrovna přestěhoval do České republiky. Karolína se v zoufalství obrátila na arabskou ambasádu a přes ni svého otce vypátrala. Zkontaktovala ho a sešla se s ním. Po několika schůzkách ji chtěl otec přijmout za vlastní. To však Karolíně připadalo příliš unáhlené a navíc nemohla

pochopit, proč se ji otec celých 18 let ani nepokusil hledat. Patrně o ni ve skutečnosti nestál.

Tento příběh ukazuje, jak silně může poškodit mladou dívku sexuální zneužívání ze strany otce. Karolína nyní dochází na psychoterapie a snaží se zbavit bulimie, kterou si za několik let pevně vypěstovala. Snaží se psychicky uklidnit a vyřešit těžké otázky v rodině. Má problémy s navázáním vztahu s muži a nedokáže mít ani kamarády. Trpí úzkostnými stavy a nespavostí.

Za předpokladu, že mezi všemi členy rodiny probíhalo v minulosti vše spontánně a nenarušeně, nabízí se tento ideální model, jak by situace ve fázi sociálního porodu měla vypadat. Matka se smíří se svou novou rolí vedlejší osoby a začne využívat volného času pro sebe. Otec se bude starat jak o dceru, tak o láskyplné pochopení své manželky a bude se snažit vytvářet v rodině plnohodnotné vztahy a soulad. Vyprovodí svoji dceru vztahově zralou a sexuálně připravenou do prvního partnerského vztahu. Otec má za úkol zasít v dceři schopnost partnerství s mužem.

6. 1. 10. Separace dcery směrem od otce a přijetí samostatnosti

Postupem času, kdy se z dcery stává již skutečná žena připravená vstoupit do života a začít se o sebe samostatně starat, poleví vztah s otcem a dcera se separuje směrem ven z rodiny. Je již nasycena a potřebuje navázat vztahy se svými vrstevníky. Důvodem je, že vztah s otcem ji přestane uspokojovat, protože se v ní naplno probouzejí její sexuální pocity, které v rámci sexuálního tabu v rodině nemůže rozvinout, a cítí se frustrovaná. Tak jako při separaci od matky, tak i nyní se mohou vyskytovat konflikty, ale nejsou ve většině případů tak silného rázu a dají se snadněji překonat. Dcera se nyní stává samostatným individuem a je připravena založit vlastní rodinu - novou sociální dělohu.

6. 1. 11. Komplikace při porodu

Porod biologický je v mnoha směrech v analogii s porodem sociálním, ale není to vždy a zásadně podmínkou. U biologického porodu asistují odborníci, předem je jasné, co a jak se musí provést, a v případě komplikací je mnoho možností,

jak jim předcházet. U sociálního porodu je poněkud rozdílná doba trvání a celková situace není tak přehledná.

Hlavním rizikovým obdobím plodu je dvacátý osmý týden, kdy je nebezpečí předčasného porodu. Dítě je ještě závislé na výživě a ochraně placenty. Avšak díky speciální péči (inkubátoru) je možné toto rizikové období překonat bez následků. Analogie je vidět v tom, že dítě po desátém roce života je sice schopné ustát totální rozpad své rodiny, ale nese následky. V tomto věku stále potřebuje péči rodiny.

Další podobnost je vidět přímo v aktu biologického porodu. Dítě většinou při průchodu pánví prochází napřed hlavičkou, což je standardní situace. Po průchodu hlavičky už tělíčko vyklouzne rychle a bez problémů ven. Ale může se stát, že je dítě v děloze převrácené a musí projít nožičkami napřed. Takový porod je mnohem riskantnější. Vzhledem k sociálnímu porodu lze tuto situaci přirovnat k obrácené roli rodičů. Otec se chová jako matka a naopak. Důsledkem toho se dcera nejdříve uchýlí k otci a teprve od něho se separuje směrem k matce. Dojde-li k obrácenému rodičovství, může to dítě poškodit. Zejména jsou v tom případy choulostivé dívky. Následkem vyměnění rolí se v rodině projevila mentální anorexie. Matka zastávala mužskou živitelskou roli a otec zůstal s dětmi v domácnosti. Dceři to nevadilo, ale neměla příliš vyvinutý vztah s matkou. Nemohla nahlédnout do ženského světa a v důsledku toho se její růst zpomalil, dokonce úplně zastavil. Její tělo reagovalo hubnutím a dcera následně prudce onemocněla mentální anorexií. (Chvála, Trapková, 2004)

Vývoj v sociální děloze doprovázejí různé symptomy. Již Sigmund Freud upozornil na somatizaci úzkosti a její souvislost s porodem. Na jednotlivé fáze života v děloze biologické navazují pozdější situace dítěte v rodině. Jsou tak vytvářeny životní zkušenosti, které jsou navázány na jiné zkušenosti a někdy vyjdou v nečekaném okamžiku najevo. Většina našich zkušeností je vázána na rodiče, protože s nimi prožíváme podstatnou část života. Ten, kdo byl dítětem, se o několik let později stává rodičem, což může aktualizovat mnohé dávno zapomenuté projevy organismu. Právě k tomu slouží sociální děloha. Jejím znázorněním vyplynou na povrch situace, které se odehrály například v sociální děloze generace prarodičů a jež se promítají do sociální dělohy rodičů a dokonce i dětí. Je to proces, který jde přes generace a mnohdy fatálně ovlivňuje celý rod. Stává se, že dítě, které zažilo v raném věku trauma, může na tuto událost dočasně zapomenout a žít normálně dál, aniž se projevily nějaké následky. Úspěšně se odpoutá od rodiny a založí svou vlastní.

Traumatické zážitky mohou zůstat navždy potlačené. Pokud však nějaká situace emočně aktivuje vzpomínku, dojde k otevření starých ran a k novému odžití traumatu. Dotyčný jedinec již však žije ve své vlastní nové sociální děloze a vnese do ní své trauma. Reálně znovu může prožívat bývalou bolest a je jí naplno ovlivňován. Na členy rodiny, kteří původní souvislosti neznají, může tato situace působit negativně a nesrozumitelně.

Kasuistika číslo 7: případ Radky, věk 33 let

Radka je velice milá žena, bydlí na venkově s rodiči a má syna. Manžel se s ní rozvedl. Je z toho velmi nešťastná, ale má silnou oporu v synovi. Manžel ji opustil kvůli jejím rodičům, kteří se Radku na sebe snažili silně navázat. Všechno jí vyčítali, dávali jí najevo, jak je neschopná, jak se neumí postarat o vlastního syna, a jak si nedovede udržet ani manžela. Radka se tedy chtěla před rodiči ospravedlnit a našla si velmi důležitou práci, ve které sice trpěla obrovským stresem, ale mohla se účinněji bránit nárážkám rodičů. Ti však nepřestávali Radce znepríjemňovat život a ona se plně uchýlila ke své práci. Přestala jíst, nejprve proto, že neměla čas na jídlo, ale poté i proto, že neměla chuť a mohla kontrolovat vzhled svého těla (alespoň něco, co mohla kontrolovat bez přítomnosti rodičů). Zhubla velice náhle na pouhých 37 kilogramů a následkem toho ztratila menstruaci. Pět let nemenstruovala a její mentální anorexie se zhoršovala. Následkem ztráty menstruace se dostavilo předčasně klimakterium a tím i úbytek kostní dřeně. Radka musela podstoupit metabolické výživy v nemocnicích a pobyty v lázních. To však znamenalo dlouhé odloučení od syna, což si velmi vyčítala. Kvůli tomu se však začala léčit. Nyní váží přijatelných 50 kilogramů a její léčba probíhá úspěšně. Snaží se odstěhovat od rodičů a osamostatnit se. Co jí však silně znepríjemňuje život, je úbytek kostní dřeně. Nedá se již nikdy vrátit do původního stavu a musí se léčit.

Tento příběh dokazuje, jak silně se prolíná život všech členů rodiny. V případě Radky šlo spíše o chorobnou závislost na rodičích, kteří si ji ovšem k sobě připoutali úmyslně a tím poškodili její vztah s manželem i se synem. Radka nebyla schopná se od rodičů odstěhovat, protože jí vytvářeli iluzi o tom, že je na nich závislá a že se nedokáže o sebe samu postarat, natož o svého malého syna. Následkem silného stresu v rodině se Radka uchýlila k mentální anorexii, protože alespoň zde měla pocit sebekontroly a sebeovládání.

6. 1. 12. Synchronizace členů rodiny

Založení rodiny, sociálního prostoru pro vývoj dítěte, předpokládá synchronizaci ve vývoji všech členů systému. Vztah mezi mužem, ženou a dítětem tvoří vztahový trojúhelník, který je charakterizován silnou vzájemností a závislostí jednoho na druhém. Přihodí-li se jakákoli změna jednoho z členů, reaguje na ni celá rodina. Zejména jde-li o vyloženě symbiotický vztah dítěte k jednému z rodičů (viz str. 42 - kasuistika číslo 6). Nejdynamičtější proměnu v systému přivodí dítě, které bývá zdrojem impulsů, jež nutí k proměně celé rodiny. Například následkem úzkosti matky se mohou objevit somatické symptomy u dítěte. Základem pro dobrou synchronizaci v rodině je emoční a tělesná potence muže a ženy. Muži většinou upřednostňují potenci tělesnou a stydí se odhalovat slabá místa v duševním životě. Brání tak vytvoření důvěrné atmosféry psychické blízkosti v páru. Odtud pramení zhoubné hladovění žen po duševní blízkosti, bez které pro ně není možná blízkost tělesná. Dochází tak k odumírání vztahu.

6. 1. 13. Posloupnost sociálních děloh – rod

Nejdříve se nabízí hlavní smysl rodiny a tím je předávání genetické informace z generace na generaci. Jde však o něco víc. Rodina je místem replikace jazyka a tím i celé kultury. Díky překreslení časové osy do posloupnosti sociálních děloh mohou terapeuti objevit symptomy či onemocnění, která se vyskytují v té či oné generaci, a mohou buď zabránit jejich propuknutí, nebo alespoň kontrolovat jejich průběh. Je-li možné zobrazit si tři až čtyři generace, může se zjevit skrytý vývoj určitého dílčího aspektu příběhu rodu, jehož smysl při pohledu pouze na jednu generaci členům systému uniká, a rodina o něm nic neví. Dalo by se to nazvat rodovým nevědomím. Došlo-li v jedné generaci k silné zátěži, která přesáhla kritickou mez tolerance rodiny, v dalších generacích se buď rána zhojí, nebo se destrukce prohlubuje. Následovat může dokonce vyhynutí rodu následkem nemocí nebo rozvojem poruch párů.

Rod je podobný organismu, který má tendenci se po zranění uzdravovat. Dojde-li k závažné poruše v linii rodu, je možné tuto poruchu postupně napravovat až do jejího úplného zmizení. Podmínkou je větší snaha následující generace, která musí svým potomkům zajistit neporušený růst a rozvoj. (Chvála, Trapková, 2004)

6. 2. Přístup M. Selvini-Palazzoliové

Teorii sociální dělohy, která je popisována v předchozích bodech a zaměřuje se především na koordinaci vývoje členů rodiny v období separace dítěte z rodiny, je možné doplnit o přístup M. Selvini-Palazzoliové, která se zabývá také rodinou jako systémem, ale spíše z pohledu komunikace a interakce v rodinách.

Ve své knize „Self Starvation“ (1987) popisuje Selvini-Palazzoliová vývoj svého terapeutického přístupu od individuální terapie k terapii rodinné.

Její práce s rodinami anorektiček vycházela z Haleého teoretického modelu rodin schizofreniků, který vedl k přesvědčení, že všechny formy duševních nemocí musí být chápány jako logické přizpůsobení deviantnímu a nelogickému transpersonálnímu systému. (Self Starvation, 1978) To ji vedlo ke snaze o popis „modelového systému“ rodiny s anorektickým členem, který v daném momentě nedává pacientovi jinou možnost než uchýlit se do nemoci. Jako výzkumné nástroje použila M. Selvini-Palazzoliová rodinná interview nebo dotazníky a především psychoterapii celého systému rodiny.

Selvini-Palazzoliová dospěla k následujícímu popisu komunikace a interakcí v rodině:

- 1) V rodinách anorektických pacientů je extrémně časté vzájemné odmítání zpráv mezi členy rodiny.
- 2) Charakteristické je také nejasné vymezení vůdcovství v rodině, každý z rodičů přičítá svá rozhodnutí ostatním. Jednání jednotlivých členů rodiny není nikdy připisováno jejich osobnostním preferencím, ale potřebám ostatních, každé rozhodnutí je učiněno pro dobro někoho jiného.
- 3) V rodinách existuje velké množství tajných pravidel, o kterých se nemluví a která vedou k zdeformovaným vzorcům chování. Aliance mezi dvěma je považována za zradu třetího, a tedy vážné ohrožení jejich pseudo-solidarity. Dcera se tak dostává do bezvýchodné situace, protože je neustále vybízena ke spojenectví s otcem proti

matce a naopak (viz str. 41 - Teorie sociální dělohy). Rozděluje své sympatie mezi oba rodiče a nemá prostředky ani energii k tomu, aby si budovala vlastní život nebo riskovala adolescentní vzpouru.

4) Rodiče jsou většinou jeden druhým hluboce rozčarováni. Oba se snaží dokázat, že učinili větší oběti ve jménu služby, slušnosti a manželské stability než druhý. To vše se odehrává v tajnosti, protože pravidlo spořádanosti vyžaduje, aby se zvenčí jevíli jako příkladný manželský pár.

Selvini-Palazzoliová zdůrazňuje, že každá rodina má specifický problém a může potřebovat specifickou intervenci, a proto je třeba hledat metody vhodné pro konkrétní potřeby rodiny. Terapie by podle ní neměla trvat déle než dvacet sezení ohraničených určitým časovým limitem.

Mimo komunikace a interakce v rodině se Selvini-Palazzoliová také zabývá technikami, které se osvědčily v terapeutické práci. Toto je jejich popis:

- 1) Intervence směřující ke změně kvalifikace komunikace s ostatními členy rodiny.
- 2) Intervence zaměřené na problém vedoucí úlohy: Pro jednotlivé členy rodiny bývá obtížné vyjádřit v první osobě, co chtějí. Terapeut by měl zdůraznit právo každého člena na vlastní přání a jejich otevřené vyjádření.
- 3) Intervence zaměřené na problém koalic: Využití taktik zaměřených na vytvoření konstruktivní aliance mezi otcem a dcerou (ale tato aliance by měla být pouze dočasná a měla by být věnována velká pozornost tomu, aby nebyla destruktivní pro matku). Hlavním cílem takové intervence je uvolnění generační propasti, aby dcera mohla začít žít vlastní život.
- 4) Intervence zaměřená na problém přesouvání zodpovědnosti.

Výzkum Selvini-Palazzoliové ukázal, že rodiny s anorektickým pacientem jsou obzvláště rezistentní vůči změně. Na jedné straně představují symptomy výzvu ke změně vztahů, na druhé straně je tato výzva sdělena těžko zachytitelným jazykem. Mentální anorexie je v podstatě vše zahrnující zpráva, která ale obsahuje mnoho rozporů.

Selvini-Palazzoliová se také zabývala sociokulturní charakteristikou anorektické rodiny. Všechny rodiny zařazené do jejího výzkumu spojuje základní charakteristika: Snaha zachovávat patriarchální hodnoty, role a pravidla. Největší hodnotou v těchto rodinách je sebeobětování, požitkářství je naopak považováno za

trestuhodné. Je zdůrazňován kolektivní duch rodiny, jedinec je potlačován do pozadí. Potěšení je přijatelné jen pokud se týká všech, trápení jednoho ukládá smutek i ostatním.

6. 3. Psychoanalytický přístup

Pro psychoanalytický přístup je centrem zájmu osobnost pacienta. Projevy osobnosti je možné pozorovat v oblasti intrapsychického a interpersonálního fungování, například v obtížích osobnostní integrace a regulace, ve specifických patologických vzorcích objektivních vztahů, nebo ve schopnosti sexuální identifikace. (Krch, 2005)

Zájem o poruchy příjmu potravy se v psychoanalytickém myšlení objevil ve čtyřicátých letech minulého století a vztahoval se především k mentální anorexii. Teoretický přístup vycházel především z Freudovy tzv. pudové teorie, podle které je nejsilnější motivační silou libido. Obranné mechanismy ega jsou mobilizovány zejména tehdy, když se přísné superego staví proti nedovoleným oidipovským přáním. Výsledkem je formace symptomů, v tomto případě odmítání příjmu potravy a ostatní dobře známé příznaky poruch příjmu potravy.

Klasická psychoanalýza byla založena na vhledu do problémů tzv. neurotického pacienta, jehož základním problémem je nevyřešený oidipovský komplex a regrese do dřívějších vývojových období z hlediska vývoje libida. Pacienti s mentální anorexií však tento obraz nenaplňovali. Blížili se spíše k pacientům s hraniční nebo narcistickou poruchou osobnosti. Díky tomu se modely psychoanalytického myšlení začaly zajímat o nová témata, jako jsou vývoj „já“, separační a individuální proces, objektivní vztahy nebo narcismus.

Výraznou postavou která kritizovala klasickou psychoanalýzu byla Hilda Bruch, která zdůrazňovala ranou dětskou zkušenost a zejména vztah pacientek ke svým matkám. Respektive se zajímá o způsoby chování matky k dítěti, protože následkem chování matky ke kojenci může být v jeho dalším vývoji defekt ve schopnosti vlastního „já“ poznat a rozlišit vlastní potřeby. (Krch, 2005)

V osmdesátých letech minulého století se pozornost psychoanalýzy zaměřila na otázky self, narcismu a narcistické patologie. Mentální anorexie byla nahlížena jako jedna z hlavních forem patologie self, ve které jde o chronickou poruchu v empatickém spojení mezi rodiči a dítětem. Vývoj dětského self vyžaduje, aby dítě

vyrůstalo v empaticky reagujícím prostředí. Empatické odpovědi blízkých osob (tzv. selfobjektů) jsou nejdůležitější pro stavbu psychické struktury. (Krch, 2005)

Psychoanalytický přístup se také snažil vyrovnat s rozdílnostmi v anorektické a bulimické patologii. Zatímco anorektické pacientky jsou typické obsedantními rysy spojenými s rigidním superegem, u bulimických pacientek je typická impulzivita a nedostatečně kontrolující superego. Je zde zdůrazňován také fakt, že bulimie může být ovlivněna anorexií a naopak. Toto se například u mentální bulimie projevuje přítomností nevědomé intenzivní agrese vůči rodičům (zejména pak k matce), která se projevuje specifickým zacházením s jídlem a jeho znehodnocováním.

Léčba poruch příjmu potravy je z hlediska psychoanalýzy obtížný a dlouhodobý proces. Jídlo se pro pacientku stává „fetišem“, který pomáhá udržovat představu kontroly a moci ve vztahu s důležitými objekty, jak na intrapsychické, tak na interpersonální rovině. Vzdát se symptomů by pro ni znamenalo ztrátu sama sebe, osamocení, úzkost a izolaci.

V průběhu terapie je snaha udržet kontrolu a nepřipustit pocit závislosti. Proto je třeba v první fázi terapie vybudovat skutečný kontakt a prostor. Vlastní terapie potom vede ke změně osobnosti a napomáhá zrání v oblasti separace a individuace, sexuální identity, narcistické regulace a dalších funkcí potřebných pro osobnostní vývoj. (Krch, 2005)

7. Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy

V současné době je téma poruch příjmu potravy velmi diskutováno a k dispozici jsou nejrůznější léčebné postupy. Vedle rostoucího počtu specializovaných forem léčby byly upraveny i mnohé psychoterapeutické přístupy. Léčení by mělo být celkové, to znamená psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky poruch příjmu potravy. Je-li pacient ve vážném stavu a v ohrožení života, je nutná hospitalizace na klinice. (G. Leibold, Mentální anorexie, 1995) Poruchy příjmu potravy vyžadují vedle odborného léčení těla také odbornou psychoterapii. Ta potřebuje obvykle delší čas, většinou dobu kolem několika měsíců.

7. 1. Ambulantní lékařská péče

Tato lékařská péče se zaměřuje pouze na navrácení pacienta do stavu somatické (tělesné) a psychické stability, nikoli na překonání poruchy příjmu potravy. Lékařští specialisté kontrolují tělesnou váhu, elektrolyty a další životně důležitá kritéria zdravotního stavu.

Při akutním ohrožení života je léčba na klinice nutná i za okolností, že se pacient vzpírá, protože se z důvodu své psychické poruchy nedokáže sám rozhodnout odpovídajícím způsobem. Akutní ohrožení sebedestrukci ospravedlňuje toto částečné omezení svéprávnosti. (G. Leibold, 1995)

7. 2. Hospitalizace

Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen pouze na fyzické stránky nemoci. Je-li hospitalizace zamýšlena jako důležitý krok v procesu uzdravení, vyžaduje se závazek aktivní spolupráce pacienta. (Krch, 1999)

O nutnosti hospitalizace pacienta rozhodují tato kritéria: 1) nezbytný návrat k normální hmotnosti pacienta; 2) přerušení záchvatů přejídání nebo nadužívání diuretik, laxativ, emetik a jiných prostředků v případech, kdy představují vážné ohrožení zdravotního stavu pacienta; 3) léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebezpoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Délka hospitalizace se vyměřuje tak, aby počet týdnů nebo měsíců odpovídal alespoň 90% zisku cílové váhy. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je za předpokladu optimální spolupráce při léčebném programu kolem jednoho až jednoho a půl kg týdně. (Krch, 1999)

Hospitalizace je upřednostněna u pacientů, kteří jsou značně vyhublí a nebo z jiného důvodu potřebují pečlivé lékařské sledování.

Ad) kasuistika číslo 1: případ Pavly, věk 16 let

Studentka Pavla trpí mentální anorexií přes tři roky. Ve třinácti letech byla hospitalizována v pražském Motole a poté v léčebně v Brně. Do nemocnice v Praze byla přijata na základě silné podvýživy (její váha se pohybovala kolem 32 kg). Její stav byl více než vážný a vyžadoval umělou metabolickou výživu. Po několika měsících v nemocnici se její stav zlepšil, protože se chtěla co nejdříve vrátit domů a snažila se spolupracovat s tamním lékařským personálem. Po návratu však její snaha rapidně ochabla a Pavla se opět vrátila k předchozímu stavu. K tomu se ještě přidaly silné deprese, takže byla do její léčby zahrnuta medikace. Pavla začala užívat antidepresiva.

F. Krch (1999) se domnívá, že psychotropní medikace není ve většině případů mentální anorexie nutná ani užitečná. Nejlepší je používat medikaci jako doplněk k některému typu psychosociální léčby s prokázanou účinností. Antidepresiva by měla být vhodná jako možná alternativa pro pacienty, u nichž afektivní symptomy brání pokroku v jiných formách léčby.

7. 3. Rodinná terapie, systémový přístup

Rodinná terapie se zabývá celým systémem – tedy rodinou. Poruchy příjmu potravy mohou odrážet disfunkční role, konflikty a možná spojení v rodině.

Na myšlenku rodiny jako otevřeného systému přivedlo rodinné terapeutické dílo Ludwiga Von Bertalanffyho. Jde o systém, který si vyměňuje hmotu se svým okolím, vyznačuje se vývozem a dovozem, výstavbou a rozkladem materiálních složek. Rodina se dá stručně charakterizovat takto: Je celistvá, to znamená, že členové rodiny se k sobě vzájemně vztahují a jsou na sobě závislí. Dochází v ní ke zpětné vazbě, což znamená, že členové reagují na podněty ze strany své rodiny nebo okolí. (E. Jonesová, Terapie rodinných systémů, 1996)

Rodinná terapie se doporučuje u pacientů, kteří sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky. Většinou se jedná o mladé dívky. Rodiče svou přítomností na terapii mohou podpořit dosažení terapeutického cíle. Členové rodiny také potřebují v mnohých situacích poradit, jak je třeba zacházet s dcerou, která trpí poruchou příjmu potravy. Jsou vyděšeni z její nadměrně vyhublé postavy, podléhají pocitům bezmoci, nebo naopak mají přílišnou snahu dceru kontrolovat.

Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu. Může být například doplňkem individuální terapie.

7. 4. Kognitivně behaviorální terapie

„Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Individuální KBT je terapií doporučovanou těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky.“ (F. Krch, 1999, str. 132)

Jak již bylo zmíněno, KBT je vhodná spíše pro bulimické pacienty. Následující schéma vytvořil C. G. Fairburn (1985, v knize F. Krcha, 1999), který zdůrazňuje pro mentální bulimii tyto hlavní body: 1) vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají; 2) pravidelné vážení; 3) změna schématu jídelního chování; 4) kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy; 5) zavedení prevence relapsu.

Ad) kasuistika číslo 1: případ Pavly, věk 16 let

Pavla se léčí formou kognitivně behaviorální terapie. S terapeutem se domluvili na tom, že si povede dva druhy deníků. Jeden se týká jejích jídelních návyků: co přesně jí, v kolik hodin, kde, ...atd. Druhý je zaměřen spíše na její pocity, například jak se postavila k tomu, že musela jíst pětkrát i vícekrát denně. Před začátkem každé terapie se také váží, aby si o přírůstku či úbytku váhy mohla promluvit s terapeutem a následně mohla jídelní návyky poupravit. Zpovídá se z pocitů, které ji doprovázejí při konzumaci jídla doma s matkou nebo při jídle ve školní jídelně mezi lidmi, a na veřejnosti. S terapeutem se tedy snaží o něco

podobného, co navrhl C. G. Fairburn. Pavla trpí mentální anorexií a zdá se, že tato terapie jí pomáhá.

KBT se soustřeďuje především na odučení nežádoucího chování a myšlení. Samotné odučení není dostačující a proto se dále provádí nácvik žádoucího chování, což je v případě Pavly snaha začít normálně jíst a udělat si náhled nad situací. KBT se soustřeďuje na přítomnost a ne na minulost. Dodržuje se určitý režim, který usnadňuje pacientovi nacvičení správných návyků.

7. 5. Jiné přístupy k léčbě poruch příjmu potravy ¹

- Interpersonální terapie: úkolem je identifikace interpersonálních problémů a uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto problémech. Tato terapie je vhodná jak pro případy bulimických pacientů, tak pro pacienty anorektické, u nichž příznaky přetrvávají dlouhodoběji.

- Psychodynamická terapie: v průběhu terapie jde o manifestaci snahy udržet kontrolu a nepřipustit pocit závislosti (například závislost na jídelních návycích u poruch příjmu potravy). Při terapii se vytváří skutečný kontakt, prostor, který lze využít pro analytickou práci. Pacient minulé zážitky aplikuje na aktuální situaci (například pacientka předstírá před terapeutem, že jí, jídlo přitom tajně vyhazuje, schovává, nebo předstírá, že zvrací, a jiné). Terapie by měla směřovat ke změně osobnosti, k jejímu osobnímu zrání a samostatnosti. (Kocourková, v knize F. Krcha, 1999)

- Farmakoterapie: medikace se nasazuje většinou u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním. Nejvhodnější je, když je medikace zahrnuta do léčby jako doplněk (viz str. 52 - kasuistika č. 1)

- Časová osa: na vývoj práce s časovou osou měla významný vliv oblast psychoterapie, především teorie rodinné terapie (psychoanalytik E. Erikson znázornil schéma růstového období člověka, celkem osm stádií růstu od narození po smrt a doplnil jej schématem, ve kterém upřesňuje, jak takový přechod z jednoho do druhého období vypadá a jaké výhody a nevýhody sebou nese). (Trapková, Chvála, 1997) Na podobném principu je založena časová osa, která zaznamenává nějaký příběh, jenž je zakreslen do různých časových období a pomáhá tak terapeutovi snáze

¹ Z hlediska této práce nepovažuji za důležité zabývat se podrobně všemi možnými přístupy léčby poruch příjmu potravy, blíže uvádím pouze ty, s nimiž jsem se setkala během praktických zkušeností v Centru Gaudia.

proniknout do daného problému. Terapeut se při znalosti kontextu snadněji v případě orientuje a na základě časové osy pochopí, co předcházelo vzniku poruch příjmu potravy. Časovou osu lze při terapii velmi dobře propojit s Teorií sociální dělohy.

V této kapitole je uveden stručný přehled léčebných procesů jídelních poruch. Je však nutné říci, že je ještě mnoho dalších dostupných možností, jak přistupovat k těmto poruchám. Například poradenství v oblasti výživy a celková edukace a osvěta.

8. Závěr

Na závěr své bakalářské práce shrnu poznatky, ke kterým jsem dospěla, a odpovím na otázky, které jsem si v úvodu položila.

Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní společnosti poměrně častým fenoménem a ohrožují zejména mladé dívky v citlivém vývojovém období. Je známo, že mezi ohroženou skupinu patří i muži. Jejich množství se odhaduje přibližně na 5% ze všech zjištěných případů (mnoho mužů se se svými jídelními problémy nikdy oficiálně nesvěří). (F. Krch, 1999) Ve své práci se zabývám převážně ženskými pacienty, protože při praxi v Centru Gaudia jsem se setkala pouze s nimi.

Ke vzniku poruch příjmu potravy může docházet na základě určitých intrapsychických předpokladů osobnosti a na základě poruch osobnosti, které jsou rozebrány ve čtvrté kapitole. Dalšími spouštěči může být vliv psychotraumat, působení stresů nebo neharmonické až patologické rodinné prostředí. Zabývala jsem se též působením sociálně kulturních vlivů, o kterých se v poslední době tolik mluví. Jsem toho názoru, že ideál krásy, jaký je v dnešní době prosazován, ženám opravdu nepomáhá zvyšovat jejich sebevědomí. Může ale ublížit pouze těm osobám, jejichž osobnostní rysy a psychické předpoklady to dovolí. Blíže se tímto tématem zabývá pátá kapitola, kde je podrobněji popsán „Culture bound syndrom“.

V souvislosti s rostoucím výskytem poruch příjmu potravy jsou dostupnější také informace a odborná péče. Vzdává význam primární prevence, protože předcházet rozvoji špatných jídelních návyků je snazší než je kompletně odučovat. Pro snížení jejich výskytu je nutná edukace a osvěta.

Velký význam v této oblasti má také Teorie sociální dělohy a Časová osa. Sociální děloha se používá jako metafora rodinného systému. Tento systém, ve kterém člověk žije, se dá určitým způsobem modelovat a zobrazovat optikou sociální dělohy a jejího vývoje, což usnadňuje terapeutovi orientaci v problému. Rodinná situace se dá také monitorovat systémem vertikálního zobrazení formou časové osy. Považuji za důležité, že se na ní dá chronologicky zaznamenat historie životních

událostí rodinného systému nebo rodu (v rozsahu více generací), protože zákonitosti, které se na jednotlivých záznamech rodinných historií neustále opakují, na něco závažného poukazují.

9. Résumé

In the present Euro-American society “Eating disorders” are widespread. It can be caused by a specific personality or social and cultural contingency, a family situation or it can be triggered also by a stressful situation.

However, a similar phenomenon was also known in the Middle Ages. It was not called *anorexia nervosa* but it was introduced almost in the same way. Women who deeply believed, wanted to prove that abnormal fasting and ascetic behaviour could show to society that it was not necessary to eat in order to live. You can live just from Gods power and love. The similar phenomenon appeared in the past as well as in the present. However the cause is different today.

The second and third part is about two main strains of “Eating disorders”. They are *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*. A historical view is taken as well as explanations of resulting consequences due to these two disorders.

The forth part contains a description of personality of anorectic and bulimic patients.

In the fifth part I wrote about social and biological factors which can cause “Eating disorders”. For example “Culture bound syndrom”.

“The theory of social womb” is analyzed in the sixth part. Two therapists V. Chvála and L. Trapková discovered this theory. The social womb is metaphor for a family system and it describes similarities in the development of the biological and social womb. This theory is very important in treatment, it can show regularities which are repeated in family records. When a phenomenon is frequent it indicates a probability that a disorder may be present.

I interned for one month at The Centre Gaudia and still continue my research at the centre. This experience enables me to gather an understanding of the phenomenons of these disorder.

10. Bibliografie

1. Jan Poněšický, Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, TRITON, 2002
2. Jan Poněšický, Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, TRITON, 1999
3. Michael Maloney, Rachel Kranzová, O poruchách příjmu potravy, NLN, 1997
4. V. Chvála, L. Trapková, Komplexní psychosociální diagnostika a intervence u chronických chorob, Liberec, 1997
5. V. Chvála, L. Trapková, Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, Praha, 2004
6. P. Smolík, Duševní a behaviorální poruchy, Maxdorf, Praha, 1996
7. Gerhard Leibold, Mentální anorexie – Příčiny, průběh a nové léčebné metody, Nakladatelství Svoboda, Praha, 1995
8. F. D. Krch a kolektiv, Poruchy příjmu potravy (vymezení a terapie), Grada Publishing, 1999
9. F. D. Krch, Poruchy příjmu potravy (aktualizované a doplněné vydání), Grada Publishing, Havlíčkův Brod, 2005
10. F. D. Krch, Bulimie – Jak bojovat s přejídáním, Grada Publishing, 2003
11. M. Selvini – Palazzoli, Self-Starvation. From Individual to Family Therapy in the Threatment of Anorexia Nervosa, New York, 1978
12. N. A. Gordon, Anorexia and Bulimia: Anatomy of social epidemic, 1990

Doporučená literatura k přečtení

1. Fritz B. Simon, Helm Stierling, Slovník rodinné terapie, Konfrontace, Praha, 1995
2. Pavla Rozmarová, O věrném a trochu nebezpečném přátelství s mentální anorexií, Praha, 2001
3. Elsa Jonesová, Terapie rodinných systémů, Konfrontace, 1996

4. Slávka Fraňková, Výživa a psychické zdraví, ISV, Praha, 1996
5. Konfrontace – časopis pro psychoterapii, 15. Ročník, 2004, číslo 1/55/, Nakladatelství HRANA
6. Peggy Claude – Pierre, Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy, Pragma, Hodkovičky, 2001
7. Jana Pavlíčková, Maria Bratská, Niektoré sociálno – psychologické aspekty poruch stravovania u stredoškolačok, FFUK, Bratislava