

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1.LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Klinika rehabilitačního lékařství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**VYUŽITÍ KOGNITIVNĚ – BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE
V ERGOTERAPII PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Vedoucí bakalářské práce : Mgr. Martin Prokeš
Oponent bakalářské práce : Bc. Hana Volfová

PRAHA 2007

ZUZANA ŠTUKSOVÁ

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
1ST FACULTY OF MEDICINE
Department of Rehabilitation Medicine

BACHLEOR THESIS

**THE USE OF COGNITIVE - BEHAVIOURAL THERAPY
IN OCCUPATIONAL THERAPY OF EATING DISORDERS**

Master of bachleor thesis : Mgr. Martin Prokeš
Opponent of bachleor thesis : Bc. Hana Volfová

PRAGUE 2007

ZUZANA ŠTUKSOVÁ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedené prameny a literatury. Souhlasím s případným zapůjčením této práce pro studijní účely.

Praha 2007

Zuzana Štuková

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Martinu Prokešovi. Zároveň děkuji všem, s kterými jsem se během psaní práce na toto téma mohla setkat a spolupracovat, jelikož bez jejich ochoty a podpory by nemohla tato práce vzniknout.

Praha 2007

Zuzana Štuksová

OBSAH

OBSAH	5
ABSTRAKT	8
ABSTRACT	9
1. ÚVOD	10
2. TEORETICKÁ ČÁST	12
2. 1. CO JE TO KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE?	12
2. 2. VZNIK A VÝVOJ KOGNITIVNĚ - BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE, HLAVNÍ PŘEDSTAVITELÉ.....	12
2. 3. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA KBT	14
2. 3. 1. BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	14
2. 3. 2. KOGNITIVNÍ TERAPIE	14
2. 3. 3. KOGNITIVNĚ – BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	15
2. 3. 3. 1. KLASICKÉ PODMIŇOVÁNÍ.....	15
2. 3. 3. 2. OPERATIVNÍ PODMIŇOVÁNÍ.....	16
2. 3. 3. 3. SOCIÁLNÍ UČENÍ.....	16
2. 3. 3. 4. KOGNITIVNÍ UČENÍ.....	17
2. 4. VZTAH TERAPEUT – KLIENT V KBT	17
2. 5. CÍLE KBT.....	18
2. 6. INDIKACE A KONTRAINDIKACE KBT	19
2. 7. METODY KBT	20
2. 7. 1. METODY ZAMĚŘENÉ NA OVLIVNĚNÍ TĚLESNÝCH PŘÍZNAKŮ.....	20
2. 7. 1. 1. PROGRESIVNÍ SVALOVÉ UVOLNĚNÍ	20
2. 7. 1. 2. OSTOVA APLIKOVANÁ RELAXACE.....	20
2. 7. 1. 3. AUTOGENNÍ TRÉNINK.....	20
2. 7. 1. 4. BIOFEETBACK.....	20
2. 7. 2. METODY ZAMĚŘENÉ NA OVLIVNĚNÍ ZJEVNÉHO CHOVÁNÍ.....	20
2. 7. 2. 1. SYSTEMATICKÁ DESENZIBILACE.....	20
2. 7. 2. 2. EXPOZICE.....	21
2. 7. 2. 3. SLEDOVÁNÍ ČINNOSTÍ, PLÁNOVÁNÍ A SEBEODMĚŇOVÁNÍ.....	21
2. 7. 2. 4. METODY VYTVOŘENÍ NOVÉHO CHOVÁNÍ.....	21
2. 7. 2. 5. OPERATIVNÍ PODMIŇOVÁNÍ.....	21
2. 7. 3. METODY ZAMĚŘENÉ NA OVLIVNĚNÍ KOGNITIVNÍCH PROCESŮ.....	22
2. 7. 3. 1. ODVEDENÍ POZORNOSTI.....	22
2. 7. 3. 2. ZASTAVENÍ MYŠLENEK (STOP TECHNIKA).....	22
2. 7. 3. 3. KOGNITIVNÍ RESTRUKTALIZACE.....	22
2. 7. 3. 4. SEBEINSTRUKTÁŽ.....	22
2. 8. POSTUP V KBT.....	23

2. 9. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – OBECNÉ INFORMACE	23
2. 9. 1. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	24
2. 9. 2. MENTÁLNÍ ANOREXIE	24
2. 9. 2. 1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN – 10 (F 50.0)	25
2. 9. 2. 2. CÍL LÉČBY MENTÁLNÍ ANOREXIE	26
2. 9. 3. MENTÁLNÍ BULIMIE	27
2. 9. 3. 1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN – 10 (F 50.2)	28
2. 9. 3. 2. CÍL LÉČBY MENTÁLNÍ BULIMIE	28
2. 9. 4. DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	29
2. 9. 4. 1. DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE	29
2. 9. 4. 2. DŮSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE	30
2. 10. KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY ...	31
2. 10. 1. JEDNOTLIVÉ FÁZE KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	32
2. 10. 1. 1. FÁZE PRVNÍ	33
2. 10. 1. 2. FÁZE DRUHÁ	38
2. 10. 1. 3. FÁZE TŘETÍ	40
3. PRAKTICKÁ ČÁST	41
3. 1. JEDNOTLIVÉ KROKY KBT U DIAGNÓZY PPP A ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE	41
3. 1. 1. ROZMYSLET SI DŮVODY PRO A PROTI	41
3. 1. 2. SLEDOVÁNÍ ZPŮSOBU JEDENÍ	41
3. 1. 3. POSOUZENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI	42
3. 1. 4. ZMĚNA JÍDELNÍCH ZVYKLOSTÍ	45
3. 1. 5. POHYBOVÁ AKTIVITA	47
3. 1. 6. VZTAH KE SVĚMU TĚLU	47
3. 1. 7. PŘEJÍDÁNÍ (U MENTÁLNÍ BULIMIE)	47
3. 1. 8. NAKUPOVÁNÍ	48
3. 1. 9. SPOLEČENSKÉ SITUACE	48
3. 1. 10. NEGATIVNÍ MYŠLENKY	48
3. 1. 11. ALKOHOL A JINÉ DROGY	48
3. 1. 12. ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE	49
3. 2. REŽIM ODDĚLENÍ CENTRA SPECIALIZOVANÉ PÉČE PRO PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	50
3. 3. KAZUISTIKA	51
3. 3. 1. VYBRANÉ ÚDAJE O PACIENTCE	51
3. 3. 2. ERGOTERAPEUTICKÉ HODNOCENÍ, METODY VYŠETŘENÍ	52
3. 3. 3. ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN	53
3. 3. 3. 1. PROBLÉMOVÉ OBLASTI	53
3. 3. 3. 2. KRÁTKODOBÉ CÍLE	54
3. 3. 3. 3. DLOUHODOBÉ CÍLE	55
3. 3. 3. 4. PŘÍKLADY A PRŮBĚH TERAPIE, DOPORUČENÍ	55

3. 3. 4. ROZHOVOR S PACIENTKOU.....	56
3. 3. 4. 1. CO MI DALA TERAPIE :	56
3. 3. 4. 2. CO DÁL?	57
3. 3. 4. 3. ZÁZNAM ROZHOVORU PODLE VZORU WRI	57
3. 4. ZÁVĚR KAZUISTIKY	59
4. ZÁVĚR	60
5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	62

ABSTRAKT

Štuksová, Z. : Využití kognitivně – behaviorální terapie v ergoterapii poruch příjmu potravy (bakalářská práce), Klinika rehabilitačního lékařství, Praha 2007

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy a metodou jejich léčení - kognitivně behaviorální terapie, vysvětlení pojmů, historické kořeny kognitivně – behaviorální terapie, hlavní principy a její hlavní představitelé.

Práce je rozdělena do dvou částí. První teoretická část obsahuje poznatky získané z odborné literatury. Popisuje kognitivně – behaviorální terapii, poruchy příjmu potravy (mentální anorexii, mentální bulimii), možné příčiny a důsledky těchto poruch a cíle léčby, vztah terapeuta a klienta, úlohu terapeuta.

Druhá praktická část práce obsahuje kasuistiku z pohledu ergoterapeuta na konkrétním případě.

Cílem práce je shromáždit poznatky o kognitivně - behaviorální terapii a jejího využití v ergoterapeutické léčbě poruch příjmu potravy.

ABSTRACT

Štuksová, Z. : The use of Cognitive - Behavioural Therapy in Occupational Therapy of Eating Disorders (Bachelor thesis), Department of Rehabilitation Medicine, Prague 2007

Bachelor's thesis is stressed on eating Disorders and methods of its treatment – Cognitive - Behavioural Therapy, explanation of notions, historical grounds of Cognitive - Behavioural Therapy, main principles and its representatives.

Thesis is divided into two main parts. First one, theoretical part, contains pieces of knowledge obtained from specialized publications. It describes Cognitive - Behavioural Therapy, Eating Disorders (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa), potential causes and consequences of these disorders and aims of treatment, relationship of therapist and client, role of therapist.

Second one, practical part, contains casuistics from the ergotherapist's point of view on the particular example.

Aim of this Bachelor's thesis is to gather pieces of knowledge concerning Cognitive - Behavioural Therapy and its utilization in Ergotherapeutical treatment of Eating Disorders.

1. ÚVOD

Poruchy příjmu potravy se stávají čím dál více aktuálním problémem současnosti. Mezi tyto poruchy zařazujeme mentální anorexii a mentální bulimii. Někteří autoři odborných knih mezi poruchy příjmu potravy řadí i záchvatovité přejídání. Ve své bakalářské práci se však budu zabývat právě mentální anorexií a mentální bulimií.

Obě tyto poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a proto se vytrvale snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti.

Tyto dvě poruchy postihují většinou mladé ženy a dívky, i když se již objevily i u dětí, či žen staršího věku. V posledních letech narůstá počet případů poruch příjmu potravy u mužů a chlapců. Následky poruch příjmu potravy u mužů jsou stejně závažné jako u dívek. Porucha příjmu potravy má dopad na fyziologickou stránku organismu, osobnost člověka, i na jeho sociální okolí. Tyto poruchy mohou ovládat celou rodinu postižené osoby.

Podle odborníků se nachází v populaci 2 – 5% těch, kteří poruchou příjmu potravy trpí (Málková, Krch, 2001). Podle prognózy odborníků se počet případů poruch příjmu potravy bude v příštích letech, jak u žen, tak i u mužů, zvyšovat.

Někteří odborníci uvádí za příčinu mentální anorexie a mentální bulimie sociální a kulturní faktory, tzv. vliv kultu štíhlosti, vliv rodiny a individuální faktory. Mezi individuální faktory můžeme zahrnout nejen emocionální labilitu, ale i vliv špatné adaptace na dospívání.

Informovanost o této problematice je, podle mého názoru, minimální a často zkreslená.

Cílem mé bakalářské práce je vytvořit přehled o problematice poruch příjmu potravy a metodě jejich léčení – kognitivně – behaviorální terapii.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se, po prostudování odborné literatury a využití dalších zdrojů, věnuji poruchám příjmu potravy a kognitivně – behaviorální terapii obecně - vysvětluji zde základní pojmy této problematiky, možné příčiny poruch příjmu potravy.

V praktické části se již zabývám konkrétním případem formou kasuistiky

z pohledu ergoterapeuta. Základním nástrojem sběru dat je nestandardizovaný rozhovor a pozorování.

V této práci využívám též poznatky ze studia odborné literatury, různých odborných časopisů a internetových zdrojů.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2. 1. CO JE TO KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE?

Každý, kdo se ve své práci setkává v roli terapeuta s lidmi, kteří trpí nějakou formou psychické poruchy, si je velmi dobře vědom faktu, že většina těchto klientů neočekává od terapeuta – ať se jedná o lékaře, psychologa nebo zdravotní sestru – pouze všeobecné povzbuzení a podporu, případně (pokud jde o lékaře) předpis léků, ale předpokládá, že jim terapeut bude schopen poskytnout systematickou psychoterapeutickou péči.

Provádění systematické psychoterapie ovšem vyžaduje nejen ochotu a jistý talent ze strany terapeuta, ale také poměrně náročný několikaletý výcvik.

Kognitivně behaviorální terapie je v současné době jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. Vznikl ve druhé polovině 20. století jako výsledek úspěšné integrace behaviorální a kognitivní terapie.

V České republice se začala kognitivně behaviorální terapie rozvíjet až po roce 1991, kdy byla založena Česká společnost KBT a kdy začal probíhat první, tehdy dvouletý výcvik v KBT. V roce 1993 byl založen Institut KBT v Praze pod vedením MUDr. J. Zbytovského a PhDr. J. Kaněrové. Tento institut poskytuje výcvik v KBT do současné doby (www.kbtinstitut.cz).

2. 2. VZNIK A VÝVOJ KOGNITIVNĚ - BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE, HLAVNÍ PŘEDSTAVITELÉ

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) se vyvíjela nejdříve odděleně jako kognitivní a behaviorální terapie. Je postavena na vědeckém základě a zformovala se na konci 70. let 20. století.

Prvním podkladem k vědeckým základům KBT byly objevy fyziologa I. P. Pavlova v oblasti podmíněných reflexů. Z těchto poznatků vycházel americký psycholog J. B. Watson, který také zavedl název Behaviorismus (z anglického behavior - chování) a poznatky z této vědy o chování prakticky využíval v léčbě psychických problémů. Pro tento směr je typický vědecký přístup. Stoupenci behaviorismu zdůrazňovali objektivní metody výzkumu a získávání dat. Tvrdili, že

chování živého organismu je ovlivňováno vnějšími podněty nikoli vnitřními determinanty. To znamená, že chování lze také měnit a to pomocí učení. Učíme se přizpůsobit proměnlivému prostředí.

V 50. a 60. letech 20. století nezávisle na sobě, došlo k rozvoji behaviorismu v USA a Velké Británii. Hlavním představitelem anglického směru byl H. Eysenck, který položil teoretický základ behaviorální terapie. Britští behavioristé uplatňovali terapii především u klientů s úzkostnými stavy a pracovali především ambulantní formou.

Američtí terapeuti uplatňovali především postup udělování odměn za žádoucí chování a trestů za nežádoucí chování. Představiteli těchto terapeutických programů byli T. Ayllon a N. Azrin, kteří vytvořili systém tzv. žetonového hospodářství. Tyto programy se uplatňovaly u hospitalizovaných klientů. Zaměřily se na klienty s chronickým psychopatickým stavem, mentálně retardované a děti. I. Lovaas vytvořil terapeutické programy pro autistické děti.

Během 70. let došlo k propojení amerického a britského behaviorismu a ukázalo se, že na některé diagnózy nepůsobí terapie dostatečně (např. deprese). Bylo tedy zapotřebí připojit poznatky i z kognitivní terapie, aby se mohla zvýšit účinnost behaviorální terapie.

Na rozdíl od behaviorální terapie se kognitivní terapie zaměřila na zkoumání kognitivních tj. poznávacích procesů (myšlení, pozornost, paměť). Za zakladatele kognitivní terapie, která vznikla v 60. letech v USA, jsou považováni A. Ellis a A. T. Beck.

Podle kognitivní terapie vznikají psychické problémy proto, že klient nesprávně vnímá či interpretuje podněty z vnějšího prostředí a že je to způsobeno tím, že vychází z určitých iracionálních (dysfunkčních) přesvědčení neboli kognitivních schémat (Možný P., Praško J., 2002).

Cílem kognitivní terapie je, aby si klient tyto chyby uvědomil a nahradil je myšlením logickým, přizpůsobivým dané situaci.

K integraci obou terapeutických směrů došlo v druhé polovině sedmdesátých let a plně se kognitivně behaviorální terapie začala rozvíjet v osmdesátých letech minulého století.

Integrace kognitivní a behaviorální terapie umožnila další rozšíření uplatnění

KBT u dalších psychických poruch. V současnosti představuje KBT stále velmi dynamicky se vyvíjející směr psychoterapie.

2. 3. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA KBT

„Kognitivně – behaviorální terapii lze charakterizovat jako psychologický směr, který se zaměřuje na analýzu a změnu v oblasti myšlení i v oblasti zjevného chování (Možný P., Praško J., 2002).“

Jak jsem zmínila dříve, ke vzniku KBT došlo integrací terapie behaviorální a kognitivní, proto charakterizují nejprve každou terapii zvlášť.

2. 3. 1. BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Behaviorální terapie vychází z předpokladu, že každé chování je spouštěno tzv. antecedenty a udržováno faktory, které tomuto chování následují, tzv. následky. Behaviorální terapeut se snaží tyto antecedenty a následky vyhledat a ovlivnit tak, aby došlo k pozitivní změně určitého chování. Z toho vyplývá důležitost analýzy, která se však neobrací do minulosti, nepátrá po příčinách vzniku chování, ale je zaměřena na přítomné chování klienta.

- ***Behaviorální terapie je založena na několika základních principech :***
 - Lidské chování je naučené kromě reflexů a instinktů
 - Maladaptivní chování lze přeučit či odstranit stejným způsobem, který vedl k jeho naučení
 - Terapie se zaměřuje především na změnu udržovacích faktorů nikoli na faktory vyvolávající

Behaviorální terapeuti předpokládají, že člověk se nerodí ani dobrý ani zlý, ale své chování se učí, ať již vhodné či nevhodné. Z tohoto předpokladu můžeme odvodit, že tak jak se maladaptivnímu chování naučí, může se jej přeučit či ho odstranit. Avšak podmínky, které vedly ke vzniku určitého chování, nemusí toto chování udržovat. Behavioristé se proto zaměřují především na změnu udržovacích faktorů nikoliv faktorů vyvolávajících.

2. 3. 2. KOGNITIVNÍ TERAPIE

Kognitivní terapie je založena na kognitivním modelu emočních poruch, které

popsal A. Ellis. Podle jeho teorie nevyvolává emoční reakci určitá událost, ale tato událost vyvolá přesvědčení, které je příčinou emoční reakce. Kognitivní terapeuti se zaměřují na současné problémy, názory a přesvědčení, které jsou zodpovědné za klientovy negativní emoce.

Terapeut se snaží edukovat a dovést klienta, zejména metodou sokratovského dotazování¹, k názorům racionálnější. Součástí kognitivní terapie je zadávání domácích úkolů.

2. 3. 3. KOGNITIVNĚ – BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Kognitivně behaviorální terapie je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie, zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, které klienta přivádí k terapeutovi, na dosahování specifických, předem definovaných cílů pomocí řady psychologických metod, kterým se klient ve spolupráci s terapeutem v průběhu terapie aktivně učí tak, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně.

Zkladní předpoklad KBT vychází z toho, že některé psychické pochody jsou vrozené – pudové, instinktivní – a jiné jsou naučené v průběhu života na základě zkušenosti s podněty z okolního prostředí.

- ***KBT využívá čtyři formy učení :***

1. klasické podmiňování
2. operativní podmiňování
3. sociální učení – učení nápodobou
4. kognitivní učení

2. 3. 3. 1. KLASICKÉ PODMIŇOVÁNÍ

Koncem 19. století prozkoumal a zformuloval první zákonitosti učení v živém organismu ruský fyziolog Ivan Petrovič Pavlov, který objevil *tzv. klasické*

¹ **Sokratovské dotazování** - Terapeut vede klienta k pokládání si otázek tak, aby sám dospěl ke zpochybnění své negativní myšlenky o dané situaci („Jak víte že se to stane?“ apod.). Klient tak získává nové informace, což mu umožňuje přehodnotit předešlé zkreslené interpretace situací a nahradit je reálnějšími nebo užitečnějšími

podmiňování - učení na základě pasivního vytváření asociací mezi podněty.

Základní myšlenkou je to, že podnět přecházející nebo spojený s působením podnětu vrozeného se v důsledku tohoto spojení stává podmiňujícím a vyvolává později sám vrozenou reakci. Klasické podmiňování představuje model Pavlova podmíněného reflexu (Novák, L., 1992).

2. 3. 3. 2. OPERATIVNÍ PODMIŇOVÁNÍ

Od podmiňování klasického jej rozlišili S. Miller, J. Konorski a B. F. Skinner. Základní rozdíl mezi klasickým a operačním podmiňováním spočívá v aktivitě organismu. V situaci klasického podmiňování je organismus pasivní a je vystaven působení nějakého podnětu (zvonek, světlo, ...).

V situaci operačního podmiňování je živočich aktivní. B. F. Skinner definuje operační podmiňování jako chování, které je posilováno svými důsledky (experimenty s pokusnými zvířaty).

Názory vědců se ale liší – podle E. R. Guthrieho se organismus učí to, co dělá a podle I. P. Pavlova stačí pouhá styčnost podmíněného a nepodmíněného podnětu.

Rozdíly mezi oběma typy podmiňování jsou zřejmé i v jiném směru – reaktivní chování reprezentované klasickým podmiňováním zahrnuje většinou činnost hladkého svalstva a žláz, kdežto chování operační, reprezentované operačním podmiňováním, zahrnuje většinou činnost kosterního svalstva. Operační chování je také typicky lidské, ač se jím vyznačují i zvířata, kdežto reaktivní chování je typicky animální, ač se objevuje i u lidí.

Klasické a operační podmiňování mají však i mnoho společného – obě vykazují generalizaci, vyhasínání, vnější útlum a řadu jiných podobných jevů. Rozdíly jsou podstatné ve zpevnování. Operační chování závisí podstatně na účinku chování (Novák, L., 1992).

2. 3. 3. 3. SOCIÁLNÍ UČENÍ

A. Bandura prokázal, že chování se také učíme pomocí sociálního učení, tedy pozorováním a napodobováním určitého chování lidí, které se nám zdá vhodné. Sociální učení se děje buď **přímo** (sledujeme určitého člověka) nebo **zprostředkovaně**. Má 2 fáze :

- aktivizační – chování „okoukáváme“, naučíme se ho teoreticky

- prováděcí – použijeme v dané situaci

Tento postup používáme při zvládání fobií, nácviku sociálních dovedností, při kompulzivním jednání.

2. 3. 3. 4. KOGNITIVNÍ UČENÍ

Řada psychologů dospěla k názoru, že pomocí vyšetření (otázky) a experimentů, lze zjistit kognitivní procesy, které probíhají v určitém okamžiku a jak ovlivňují chování člověka.

Na základě zkoumání kognitivních procesů (tj. myšlení, pozornost, přisuzování, očekávání), můžeme lépe vysvětlit, pochopit a předvídat chování člověka v určité situaci.

Terapeutické postupy, které využívají tohoto typu učení, se využívají v léčbě deprese, úzkostných stavů, mezilidských konfliktů a poruch osobnosti.

2. 4. VZTAH TERAPEUT – KLIENT V KBT

I v behaviorálních přístupech platí, že vytvoření dobrého terapeutického vztahu je nezbytným předpokladem pro úspěšnost terapeutického procesu. V tomto přístupu jde o pracovní společenství.

Terapeut musí být schopen trpělivě a pozorně naslouchat a porozumět tomu, o čem klient mluví přímo a otevřeně a o čem nepřímo, implicitně. Musí mít dobré interpersonální dovednosti, verbální i neverbální. Bezpodmínečné přijetí pacienta je i tady jasným základem. Musí umět vyjadřovat velkou míru zájmu o klientovu osobu a problém, s kterým přichází. Jedná s ním zdvořile, respektuje ho, bere vážně, co mu sděluje. Je přátelský, vřelý a opravdový.

Je tu zdůrazněna role terapeuta jako kompetentního, spolehlivého experta. Hned na začátku informuje klienta o zásadách a způsobu práci v terapii. Osvětlí jaká bude role klienta, co ho v terapii čeká, co se od něj očekává. Je vhodné vysvětlit, jak to v behaviorálním přístupu funguje, vysvětlí a zdůvodní mu navrhovaný terapeutický postup..

Terapeut pomáhá přeformulovat klientovi problémy tak, aby byly řešitelné. Snaží se „ušít léčbu na míru“ podle potřeb individuálního klienta. Vychází ze silných stránek klienta, z toho, co mu jde, co zvládá.

V průběhu terapie zaměřuje terapeut pozornost na pozitivní změny, kterých klient dosáhl. Učí ho přistupovat k neúspěchu jako ke zkušenosti, kterou udělal. Zkušenost mu pomáhá při lepším zvládnutí problému.

Je kladen důraz na aktivní účast klienta v terapii. Klient je aktivním partnerem při tvorbě analýzy jeho problému, při jeho formulaci i při vytváření metody léčebného postupu. Každý důležitý krok je konzultován s klientem, bez jeho souhlasu se nepostupuje dál. Je vyzýván k tomu, aby vyjadřoval zpětnou vazbu o tom, jestli jednotlivým krokům rozumí, aby přinášel vlastní nápady, jak úspěšně využít obecné principy k řešení svého konkrétního problému.

Na konci každého sezení klient hodnotí svou spokojenost s průběhem terapie a prací terapeuta, dává návrhy na zlepšení.

Aktivní účastí klienta můžeme rozumět i to, že mu terapeut doporučí odbornou literaturu o tomto způsobu terapie, kterou si klient může sám přečíst. Aktivně se podílí na plánování úkolů, na kterých sám pracuje mimo sezení. Postupně přebírá větší zodpovědnost za aplikaci metod, které vedou k žádoucí změně (Možný P., Praško J., 2002).

2. 5. CÍLE KBT

V KBT nám jde především o změnu konkrétního chování, které znepráhjemňuje člověku život. Může to být změna na úrovni fyziologické, kognitivní, motorické či emocionální. Obecně můžeme říci, že cílem KBT je :

- zmírnění nebo odstranění takového chování, které působí nepříjemnosti klientovi či jeho okolí
- naučení nových dovedností
- využití toho chování, které nemá dostatečně zafixované a využívané

Důležité je stanovit cíle vždy na začátku terapie, jaké cíle klient od terapie očekává(cíle popisuje terapeut společně s klientem pro všechny oblasti nesnází, se kterými klient přichází). Jeho cíle musí být reálné a uskutečnitelné. Klient musí vědět, že těchto cílů může dosáhnout pouze svým úsilím.

Cíle musí být :

- konkrétní

- pozitivně formulované, tzn. to co budu dělat, nikoli co dělat nebudu
- popsána doba trvání, frekvence (jednou týdně, každý den)
- funkční, tj. užitečné pro klienta

V terapii plníme vždy jeden cíl a postupujeme od nejsnadněji dosažitelného po těžší. Cíle nám dávají strukturu terapie a přehlednost. Podle cílů klient hodnotí své úspěchy, terapeut postup terapie.

2. 6. INDIKACE A KONTRAINDIKACE KBT

Obecně lze říci, že KBT lze využít u všech klientů, kteří jsou ochotni přistoupit na podmínky KBT, tzn. aktivně plnit dohodnuté domácí úkoly, sledovat potřebné informace a být ochotni vyzkoušet nové způsoby myšlení a jednání.

Není vhodné zahájit KBT, jestliže klient již tuto terapii absolvoval v minulosti a nebyla úspěšná. Nelze ji použít u klientů, kteří nejsou schopni pochopit princip terapie a spolupracovat (např. akutní psychózy, demence, těžká mentální retardace, akutní závislost na alkoholu a jiných drogách).

Účinnost KBT se potvrdila zejména u :

- ***poruch příjmu potravy***
- fobických poruch
- panických poruch
- somatoformních poruch
- závislostí
- poruch chování u dětí, zlozvyků a enuréz
- poruch osobnosti
- mentální retardaci
- sexuálních dysfunkcí a deviací
- deprese
- posttraumatických stresových poruch
- obsedantně kompulzivních poruch

2. 7. METODY KBT

Přehled nejúčinnějších a nejpoužívanějších metod u KBT.

2. 7. 1. METODY ZAMĚŘENÉ NA OVLIVNĚNÍ TĚLESNÝCH PŘÍZNAKŮ

2. 7. 1. 1. PROGRESIVNÍ SVALOVÉ UVOLNĚNÍ

Tato metoda vznikla před 2. světovou válkou zásluhou Američana E. Jakobsona. Využívá kontrastu mezi záměrně vrozeným napětím a následným uvolněním. Klient se naučí dobře rozeznávat „svalovým smyslem“ napětí a uvolnění svalů na svém těle.

2. 7. 1. 2. OSTOVA APLIKOVANÁ RELAXACE

Cílem této techniky je naučit se relaxovat v reálných stresujících situacích.

2. 7. 1. 3. AUTOGENNÍ TRÉNINK

Používá se k celkovému snížení psychického napětí. Spočívá v sérii cvičení, při kterých zaměřujeme pozornost na různé části těla s cílem dosažení uvolnění.

2. 7. 1. 4. BIOFEETBACK

Za využití přístrojů získáváme průběžné signály o stavu určitých tělesných procesů. Uvolnění a naopak tenze jsou zřetelně zjištělné.

2. 7. 2. METODY ZAMĚŘENÉ NA OVLIVNĚNÍ ZJEVNÉHO CHOVÁNÍ

2. 7. 2. 1. SYSTEMATICKÁ DESENZIBILACE

- **Sestává ze tří kroků :**
 - nácvik relaxace
 - sestavení odstupňovaného seznamu Stachových podnětů
 - postupné spojování představ situací ze seznamu s relaxací

Provádí se v terapeutově pracovní pomoci relaxací a představ. Užívá se pro léčbu fobií.

2. 7. 2. 2. EXPOZICE

Jsou to desenzibilizační metody, které předpokládají přímou konfrontaci s reálným podnětem vzbuzujícím strach. Konfrontace je buď postupná a odstupňovaná nebo náhlá (flooding – zaplavení), kdy pacienta konfrontujeme s nejvíce obávanou situací.

2. 7. 2. 3. SLEDOVÁNÍ ČINNOSTÍ, PLÁNOVÁNÍ A SEBEODMĚŇOVÁNÍ

Smyslem této metody je zvýšení aktivity klienta, umožňuje klientovi i terapeutovi hodnotit činnost během dne. Na sledování činnosti navazuje metoda plánování tzv. denního programu. Motivací může být sebeodměňování za každý splněný bod plánu činnosti.

2. 7. 2. 4. METODY VYTVOŘENÍ NOVÉHO CHOVÁNÍ

- pomocí nápodoby

Je vhodné, aby „model“ byl co nejvíce podobný pacientovi - věk, pohlaví, vzdělání. Pacient vidí, že také dokáže překonat obtíže.

- řetězení

Pacientovi předvedeme celý proces určité dovednosti a on sám provede pouze poslední úkon činnosti, postupně úkony přidáváme. Po správném provedení zpevníme pochvalu.

- pobízení

Terapeut vede pacienta slovně při určitém úkonu, radí mu, případně ho vede fyzicky.

- hra rolí

Slouží jak k nácviku vhodného chování, tak i k analýze klientova chování v určité situaci.

2. 7. 2. 5. OPERATIVNÍ PODMIŇOVÁNÍ

Vychází z teorie B. F. Skinnera, že chování se mění bezprostředními následky tohoto chování. Jestliže následky nejsou dobré, pak se frekvence tohoto chování sníží (nezpevní se), jestliže následky jsou pozitivní, dojde ke

zvýšení frekvence opakování.

Uplatňuje se především v terapii mentálně retardovaných, poruch chování u dětí a návykového chování.

2. 7. 3. METODY ZAMĚŘENÉ NA OVLIVNĚNÍ KOGNITIVNÍCH PROCESŮ

Hlavní důraz se klade na ovlivňování automatických negativních myšlenek, kognitivních schémat, hodnocení situace a sebehodnocení.

2. 7. 3. 1. ODVEDENÍ POZORNOSTI

Tato metoda předpokládá, že člověk se v určitém momentu dokáže zabývat pouze jednou myšlenkou. Negativní myšlenky se proto nahrazují jinými – při tělesné činnosti (např. práce v kuchyni), při mentálním cvičení (matematická úloha), při soustředění na jinou věc (např. začneme si v duchu něco představovat).

2. 7. 3. 2. ZASTAVENÍ MYŠLENEK (STOP TECHNIKA)

Tato doplňková metoda se používá na omezení nepříjemných myšlenek a představ. Zjednodušeně řečeno, je využito leknutí při nutkavé či nepříjemné myšlence, a tím její přerušování, následně si klient vyvolá příjemnou, uklidňující vzpomínku.

2. 7. 3. 3. KOGNITIVNÍ RESTRUKTALIZACE

Autoři této metody, A. Ellis a A. T. Beck, vycházeli z předpokladu, že určité duševní poruchy mění racionální a konstruktivní myšlení na tzv. automatické negativní myšlenky. Cílem této metody je najít tyto myšlenky, pomocí sokratovského dotazování zpochybnit jejich platnost a nalézt rozumnou odpověď.

2. 7. 3. 4. SEBEINSTRUKTÁŽ

Je to poslední metoda, o níž se zmíním, i když jich je ještě celá řada (např. : učení a zpochybnění dysfunkčních schémat; změny kognitivních procesů v imaginaci apod.). Základem této metody je poznání, že člověk své emoce a jednání ovlivňuje tzv. vnitřním monologem. Terapeut proto s pacientem nacvičuje povzbuzující výroky, které vedou k pozitivnímu zlepšení

situace. Tato metoda nevystupuje samostatně, ale většinou se kombinuje s jinými.

2. 8. POSTUP V KBT

„Základní kroky v terapii jsou :

1. Předběžné (orientační) vyšetření
2. Podrobné kognitivně – behaviorální vyšetření
3. Behaviorální, kognitivní a funkční analýza problému, formulace problémů, na které se v terapii zaměříme
4. Stanovení cíle terapie
5. Vytvoření terapeutického plánu a jeho praktické uplatnění
6. Ukončení terapie“ (Možný P., Praško J., 2002)

2. 9. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – OBECNÉ INFORMACE

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen.

Jedná se o poruchy psychického rázu (psychopatologie), které mají komplexní charakter - mají dopad nejen na psychickou a zdravotní stránku člověka, ale i na sociální okolí. Z tohoto důvodu se hovoří o poruchách příjmu potravy jako o psychosomatických poruchách. Tyto poruchy mají biopsychosociální charakter (Málková, Krch, 2001).

O poruchách příjmu potravy se hovoří tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. Je možné konstatovat, že se jedná o závislost na jídle, podobnou jako je závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy se stává jídlo hlavní náplní života (Kranzová, Maloney, 1997).

Mezi nejtypičtější poruchy příjmu potravy zařazujeme mentální anorexii a mentální bulimii.

Podle Krcha (1999) si jsou mentální anorexie a mentální bulimie velmi

podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole váhy. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se snaží neustále hubnout a zabývají se tím, jak vypadají, kolik váží.

Na vzniku se podílí celá řada příčin, jde o interakci fyzických (např. rizikové faktory pro držení diet – sklon k nadváze, nevhodná distribuce tělesného tuku), psychologických (např. nízké sebehodnocení, nevhodná osobnostní struktura) a sociálních faktorů (např. módní trend, nevhodné jídelní návyky, dieta v rodině) (F. D. Krch, 1999).

U mentální anorexie a mentální bulimie můžeme hovořit o propojení těchto dvou poruch. Asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se časem rozvine mentální bulimie (F. D. Krch, 1999).

Základní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost.

2. 9. 1. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Existuje mnoho hypotéz, teorií a dohadů příčin poruch příjmu potravy. Odborníci se shodují, že na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada různých faktorů (Krch, 2000).

Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy (Krch F. D., 1999).

- **Krch F. D. (1999) mezi tyto faktory řadí následující :**

- biologické faktory
- osobnost a psychologické faktory
- rodinné okolnosti a genetické faktory
- emocionální faktory
- sociokulturní faktory
- životní události

2. 9. 2. MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie byla poprvé popsána již v 17. století. Je to porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění,

který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (F. D. Krch, 1999).

Anorektička využívá různých metod k hubnutí - vyprovokovaného zvracení, užívání laxativ (projímadel), anorektik (léky snižující chuť k jídlu), diuretik (léky odvodňující organismus) či nadměrného cvičení. U nemocných dívek přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle (Krch, 1999).

Narušené vnímání vlastního těla je způsobeno strachem z tloušťky. Dívky sledují některé své tělesné partie, které jim připadají tlusté, a nadhodnocují jejich proporce, a tím strach z tloušťky ještě více sílí. Následkem toho je vnímání vlastního těla více zkreslené, svoji postavu hodnotí jako tlustou, i když tento názor jejich sociální okolí nesdílí (Krch, 2002).

Dívky trpící mentální anorexií si často představují, že jídlo, kontrola nad jídlom a redukční diety jsou to jediné, co mohou ve svém životě ovládat. Ve svém osobním životě si připadají často neúspěšné. Jedině hubnutí a hladovění jim dává pocit, že směřují k dokonalosti (Krch, 2002).

Podle Krcha (1997) existují dva typy mentální anorexie: typ nebulimický (restriktivní) a typ bulimický (purgativní). U nebulimického typu nedochází u nemocné k opakovaným záchvatům přejídání. U bulimického typu mentální anorexie se nemocná v období, kdy nedrží diety, přejídá (jde o domnělé přejídání, jelikož anorektička má subjektivní pohled na množství jídla), zvrací či používá projímadla.

2. 9. 2. 1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA 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/m²) 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 – monádovou 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 kortizonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- 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 amenorea, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna (F. D. Krch, 1999).

2. 9. 2. 2. CÍL LÉČBY MENTÁLNÍ ANOREXIE

- **Cílem léčby u MA je především nutriční rehabilitace:**
 - a.** navození normální váhy, k obnovení reprodukčních funkcí-menstruace a normální ovulace u žen, normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů a normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů a k zastavení demineralizace kostí
 - b.** odstranění biologických i psychologických následků malnutrice,
 - c.** zvýšení motivace ke spolupráci na terapii
 - d.** psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
 - e.** stanovení a dosažení „zdravé“, cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součást písemné smlouvy pacientky s terapeutem)
 - f.** změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy
 - g.** léčba další psychopatologických projevů, poruch nálady, sebehodnocení a chování
 - h.** podpora rodiny nebo partnerů, zajištění poradenství nebo terapie v indikovaných případech

i. prevence relapsu

2. 9. 3. MENTÁLNÍ BULIMIE

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“(Krch, 1999, s.17)

Anorektičky na rozdíl od bulimiček dokáží nejíst nebo redukovat příjem potravy více intenzivněji a dlouhodoběji. Bulimička však po určité době nezvládá tzv. hladovku a nají se více než by chtěla - vnímá to jako velkou osobní prohru. Zpočátku se to obvykle snaží kompenzovat další dietou, přísnější než předtím. Později však přichází na účinnější prostředky, jak jíst a nepřibrat : pročišťování (zvracení), nebo využívá jiných prostředků, např. nadměrný pohyb, projímadel, zneužití nebezpečných léků (diuretika, anorektika). Přejedením ztrácí bulimička kontrolu nad jídlem, když se vyzvrací, nebo využije jiného prostředku, ztracenou kontrolu znovu nachází (Krch, 2000).

Podle Málkové a Krcha (2001) si bulimičky ve srovnání s anorektičkami připadají neúspěšné, a proto trpí pocity viny z přejedení, výčitkami svědomí a depresemi.

U bulimiček tělesná hmotnost a proporce ovlivňují sebehodnocení a sebevědomí.

Nemocné mají často během záchvatu přejedení pocit, že ztrácí kontrolu nad jídlem, že nemohou přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jí (Krch, 1999).

Záchvat může trvat několik hodin, ale i několik dní. Některé bulimičky jí svá oblíbená jídla, jiné jí taková jídla, kterým se normálně vyhýbají. Většinou jde ale o jídla sladká, vysoce kalorická, tučná. Bulimička se přejedení brání. Proto sama před sebou jídlo schovává, zamyká ho, znehodnocuje potraviny (např. vyhodí do odpadkového koše na odpadky). Jakmile pocítí potřebu přejíst se, je schopna jídlo si sehnat, ať už jej ukradne v obchodě, či jej vytáhne z koše na odpadky .

Bulimičky, stejně jako anorektičky, své iracionální chování v souvislosti s jídlem tají. U bulimičky je však mnohem těžší objevit tuto poruchu. Tělesná hmotnost bulimičky je oproti hmotnosti anorektičky v normě. Bulimičky trpí tzv. jojo syndromem, tzn., že jejich tělesná hmotnost se pohybuje v rozpětí 2, 4, 6

kilogramů (Bouček J., 2002)

Bulimičky jsou často úspěšné v zaměstnání i ve studiu, jsou i společensky uznávané. V jejich zevnějšku, ani v jejich chování nemusí být patrné, že by trpěly nějakou poruchou.

Jak uvádí Málková, Krch (2001), mentální anorexie má mnohem větší publicitu, její průběh je drastičtější a porucha je viditelná. Mentální bulimie je naproti tomu mnohem rozšířenější.

Nemocné bulimií se za své chování stydí. Často uvádějí, že se cítí jako dvě osobnosti – jedna chce přejídání a zvracení zanechat a být zdravá, zatímco druhá chce úplný opak. Bulimičky jako anorektičky v otázkách příjmu jídla často lžou (Cohen M. R., 2002).

2. 9. 3. 1. DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN – 10 (F 50.2)

- A.** Opakující se epizody záchvatovitého přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu třech měsíců), při nichž je konzumováno velké množství jídla.
- B.** Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle.
- C.** Snaha zbavit se nadbytečných kilojoulů vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním anorektika, thyroideálních preparátů nebo diuretik.
- D.** Chorobný strach z tloušťky.
- E.** V anamnéze je často epizoda mentální anorexie (F. D. Krch, 1999).

2. 9. 3. 2. CÍL LÉČBY MENTÁLNÍ BULIMIE

- **Při léčbě MB je základním cílem :**
 - a.** redukovat přejídání a zvracení
 - b.** akceptovat individuálně stanovenou optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability
 - c.** nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat různé diety
 - d.** volit adekvátní tělesnou zátěž
 - e.** hledání vlastní identity - sebehodnocení zúženo pouze na vlastní váhu a tělesné tvary s problémy sexuality, kontroly vlastní agresivity a emocí, akceptace ženské či mužské role, rodinnou situaci a způsoby zvládnání stresu a řešení problémů

2. 9. 4. DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Diety, hubnutí, zvracení, přejídání je spojeno s různými zdravotními komplikacemi, které představují vážné ohrožení zdraví i života (Krch, 2000).

Poruchy příjmu potravy mají psychické i somatické (tělesné) důsledky (Krch, 1999).

Podle Krcha (1999) mentální anorexie má největší úmrtnost ve srovnání s ostatními psychickými poruchami.

2. 9. 4. 1. DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE

„Většina anorektiček popírá jakékoli problémy, přestože anorexie je těžká porucha, která může způsobit vážné zdravotní problémy, a dokonce i smrt.“ (Kranzová, Maloney, 1997, s. 65)

Anorektičky trpí často závratěmi, omdlávají z podvýživy. Mezi další somatické problémy patří těžká insomnie (nespavost), zvýšená citlivost na chlad, která může způsobit častější nachlazení. Postižení si často stěžují na suchou, praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle (tzv. lanugo), vypadávání vlasů. Nemocným se častěji dělají modřiny (Krch, 2002).

Mezi průvodní zdravotní komplikace patří poruchy nebo ztráta menstruace (amenorea), která může zapříčinit neplodnost (Kranzová, Maloney, 1997).

Předešlé zdravotní komplikace patří, bohužel, k těm méně závažnějším. Více než u 80% nacházíme kardiální (srdeční) potíže, častá je bradykardie (zpomalená činnost srdce) a arytmie (nepravidelný tep), to může vést až ke srdeční zástavě. Mezi další kardiální potíže patří zhoršení výkonnosti srdečního svalu (Krch, 1999).

Až u dvou třetin anorektiček se mohou objevit poruchy funkce ledvin. Dalším postiženým orgánem jsou často játra, nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (Krch, 2002).

Velkým rizikem je také osteoporóza (prořídnutí kostí), která může mít za následek častější zranění (Claude-Pierre, 2001).

Anorektičky mají také oslabenou imunitu - obranyschopnost (Krch, 2000).

Mezi somatické důsledky patří mnoho dalších komplikací, přesto, podle mého názoru, jsou závažnější důsledky psychické. Tyto důsledky mají dopad nejen na osobnost dívky samotné, ale i na sociální okolí, obzvlášť na rodinu.

Anorektičky jsou častěji podrážděné, zároveň u nich vzrůstá zájem o vlastní osobu (egocentrismus) a problémy. Nejčastějším pocitem je sebelítost. Myšlenky na jídlo způsobují často nezdravou a křečovitou sebekontrolu. Nemocné ubývá energie a zájem o jiné věci než je jídlo a jeho redukce. Častým důsledkem anorexie je deprese. Většina příznaků deprese je spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy. Anorektičky se vyhýbají společnosti, často mezi nimi a rodinou vznikají konflikty (Krch, 2002).

Nejzávažnějším a nezvratitelným důsledkem anorexie je smrt. I když se úmrtnost u mentální anorexie postupně snižuje, pohybuje se ve většině studií v rozmezí mezi 2 – 8%, což stále dělá z mentální anorexie jednu z nejletálnějších duševních poruch (M. Fischer, 2003).

2. 9. 4. 2. DŮSLEDKY MENTÁLNÍ BULIMIE

Bulimie a záchvatovité přejídání s sebou přináší řadu fyzických a psychických komplikací. Přejedení vyvolává nepříjemný pocit plnosti, někdy i akutní bolest v břišní krajině. Žaludek tlačí vzhůru na bránici, a tím překáží dýchání. Může dojít k poškození stěny žaludeční, ale i k jejímu protržení, a to vyžaduje okamžitý zákrok lékaře. Ti, kteří trpí bulimií, trpí celkovými problémy zažívání (zácpa, průjem). Těmito komplikacemi mohou trpět i anorektičky, jak nebulimického, tak bulimického typu (Krch F. D., 2000).

Nadměrná konzumace sladkostí vedou k hypoglykémii. Závažné důsledky způsobuje vyvolané zvracení. Dávicí reflex si dívky vyvolávají prstem a různými předměty, a to může mít za následek poranění krku a jícnu, prasknutí jícnu. Mezi další důsledky zvracení patří otoky slinných žláz, které se objevují asi u třetiny postižených. Je narušena rovnováha tělesných tekutin a solí, a vzrůstá zatížení srdce a ledvin. Největším problémem je hypokalémie (nízká hladina draslíku). Důsledkem těchto komplikací mohou být závratě, křeče, ztráta vědomí (Krch, 2000).

Na organismus také negativně působí diuretika a projímadla, na které snadno vzniká závislost. Vyšší dávky projímadel způsobují komplikace v oblasti tlustého střeva, mohou narušit vstřebávání bílkovin a poškodit střevní stěnu (Krch, 2000).

U dívek trpících bulimií lze pozorovat obdobné psychické důsledky jako u anorektiček.

2. 10. KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V průběhu 80. let byla věnována velká pozornost vývoji a vyhodnocování různých léčebných přístupů k poruchám příjmu potravy. Především ve Velké Británii byly rozvíjeny a v klinických studiích ověřovány psychologické postupy léčby. Z psychologických postupů léčby zasluhuje nejvíc pozornosti kognitivně – behaviorální terapie, která je specificky upravena pro pacientky s PPP. KBT je dnes uznávanou první metodou volby především při léčbě mentální bulimie.

Léčba se zaměřuje především na snížení strachu a úzkosti vázané na příjem potravy a tělesné schéma, na změnu nevhodných stravovacích návyků.

KBT bulimie a anorexie má mnoho společných rysů. Strach z tloustnutí je hlavním problémem u obou poruch. Zatímco většinu bulimických pacientek lze ujistit, že v průběhu léčby přiberou jen málo, nebo dokonce zhubnou, u mentální anorexie je základním cílem skutečný vzrůst tělesné hmotnosti. Proto se také při léčbě anorexie využívají behaviorální techniky a pacientku je třeba neustále motivovat. KBT u anorexie také logicky trvá déle a zaměřuje se i na obecnější cíle týkající se širší psychopatologie a přizpůsobení se problému. Výsledky KBT u anorexie nejsou tak přesvědčivé jako u bulimie.

KBT vychází z *kognitivně behaviorálního modelu* (P. Možný, J. Praško, 2001) této poruchy, kdy jádrem psychopatologie je u těchto poruch **sklon posuzovat vlastní hodnotu výlučně na základě vlastního vzhledu a váhy**. Řada klientek trpí i druhou klíčovou kognitivní poruchou, a to **dlouhodobě negativním** hodnocením. Pacientka se hodnotí téměř výhradně na základě vlastního vzhledu a váhy. Doufají, že když budou štíhlejší, budou i spokojenější. Tento hluboce zakořeněný pohled sama na sebe vede k trvalé nespokojenosti se svým vzhledem a váhou, což vede k ještě většímu úsilí zhubnout a ubrat na váze. Různá dietní opatření jsou sekundárním důsledkem těchto postojů, stejně jako stálým zabýváním se jídlem, jedením, vzhledem a váhou ve svých myšlenkách.

Pokud má dojít k trvalé změně, nestačí normalizovat jídelní návyky a váhu, ale léčba se musí **zaměřit na změnu postoje vůči vlastnímu vzhledu a váze**, z kterého právě pramení narušené způsoby jednání. Také je třeba **změnit negativní sebepojetí klientky**.

KBT se provádí většinou ambulantně a obvykle zahrnuje kolem dvaceti sezení v průběhu dvaceti týdnů, přičemž jedno sezení trvá kolem padesáti minut. Během léčby se využívá svépomocných manuálů, které také vychází ze zásah KBT. Tyto příručky jsou věnovány lidem s poruchami příjmu potravy, jejich přátelům a rodinným příslušníkům. Svépomocné manuály obsahují nejen informace o daném problému, ale i program, jak změnit nevhodné návyky a uniknout z bludného kruhu nejistoty, diet, přejídání a zvracení. Rodičům a přátelům se snaží pomoci pochopit člověka, který bojuje s poruchami příjmu potravy.

2. 10. 1. JEDNOTLIVÉ FÁZE KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Obecně se dá říci, že v první fázi léčby je třeba pacientce vysvětlit logiku rozvoje poruchy a smysl léčby, tedy dovést ji k tomu, aby začala jíst a nahradila přejídání pravidelným jídelním režimem. Další kroky jsou zaměřeny proti zvracením, dietám, na postoje vůči vlastní postavě, jídlu, ale i na obecnější nevhodné postoje a myšlenky týkající se vlastní osoby (typický je např. perfekcionismus), předcházení relapsů.

Existuje více druhů fázování léčby. Ale dá se tvrdit, že všechny vychází ze shodného **kognitivně behaviorálního modelu PPP** :

Zatímco klientky s MA jsou ve svém úsilí o snížení váhy úspěšné, což tvoří základ jejich sebevědomí, klientky s MB se vždy po určité době hladovění opakovaně a nekontrolovatelně přejídají. Porušení diet vnímají katastroficky a snaží se je napravit zvracením, užíváním projímadel a diuretik, čímž mizí zábrana k přejídání se. V případě úmyslného zvracení je tento proces snazší, když je žaludek plný. Jakmile tento bludný kruh vznikne, neschopnost ovládat své zvracení se stává dalším zdrojem sebeobviňování a sníženého sebevědomí.

- **J. Praško a P. Možný uvádí rozdělení KBT na tři fáze :**

Kognitivně-behaviorální model říká, že pacient má většinou dva základní závažné problémy. Ten hlavní tkví v tom, že pacient se velmi často intenzivně zaobírá svým zjevem. Ten pak na základě svého nesprávného úsudku hodnotí podle vzhledu a váhy. Pacient je spokojený se snižováním své vlastní váhy, popř. v adolescentním věku s tím, že váha je stále stejná i když pacient dospívá a roste. Mimo váhy si pacientky hlídají udržení stálých rozměrů především „krizových“

partii jako jsou boky a stehna. Druhým z důležitých psychopatologických poruch je negativní sebehodnocení. Pacient si není jistý svými schopnostmi. Přesto většina z nich jsou velmi pečliví, svědomití a někdy až precizní lidé. Sami sebe tak však nevidí. Někdy stačí i nevinně myšlená připomínka jako např. „No vidíš jak jsi to zkazil.“ Méně sebevědomý jedinec si tuto poznámku přetransformuje do faktu „Jsem k ničemu, nic neumím.“ To vede k hodnocení svého vlastního vzhledu. Motivaci mají v tlaku médií na ideální vzhled. V této oblasti se snaží prosadit. Neuvědomují si, že se svým vzhledem nejsou a nebudou nikdy spokojeni. V průběhu času se tím více zaobírají svým vzhledem. Z toho pramení i další myšlenky a chování pacienta. Zabývají se jídlem. Ať už přípravou, jeho vhodnou volbou, zdůvodňováním, že tato porce stačí nebo dokonce zdůvodněním, proč nemusí nebo nemůže jíst. Jako důvod se často najdou takové: „Na večeri je už pozdě a i tak jsem odpoledne svačil.“, „Je mi špatně z cesty v dopravním prostředku.“, „Dnes jsem toho už snědl až dost.“, „Jeden krajíc chleba mi musí na celý den stačit, vždyť jsem nic nedělal.“ Najdou se ale i takové kuriozity jako např. „Nemůžu už jíst, protože jsem vysílený a nemohu vlastně ani kousat.“

Kognitivně-behaviorální terapie má úspěchy při léčbě mentální bulimie. Vychází z toho, že při léčbě je nutné napravit dva prvky. Vrátit pacienta k normalizaci stravovacích návyků a váhy a změnit jeho postoj k váze a jeho vzhledu. Mimo to je důležité i změna negativního sebepojetí.

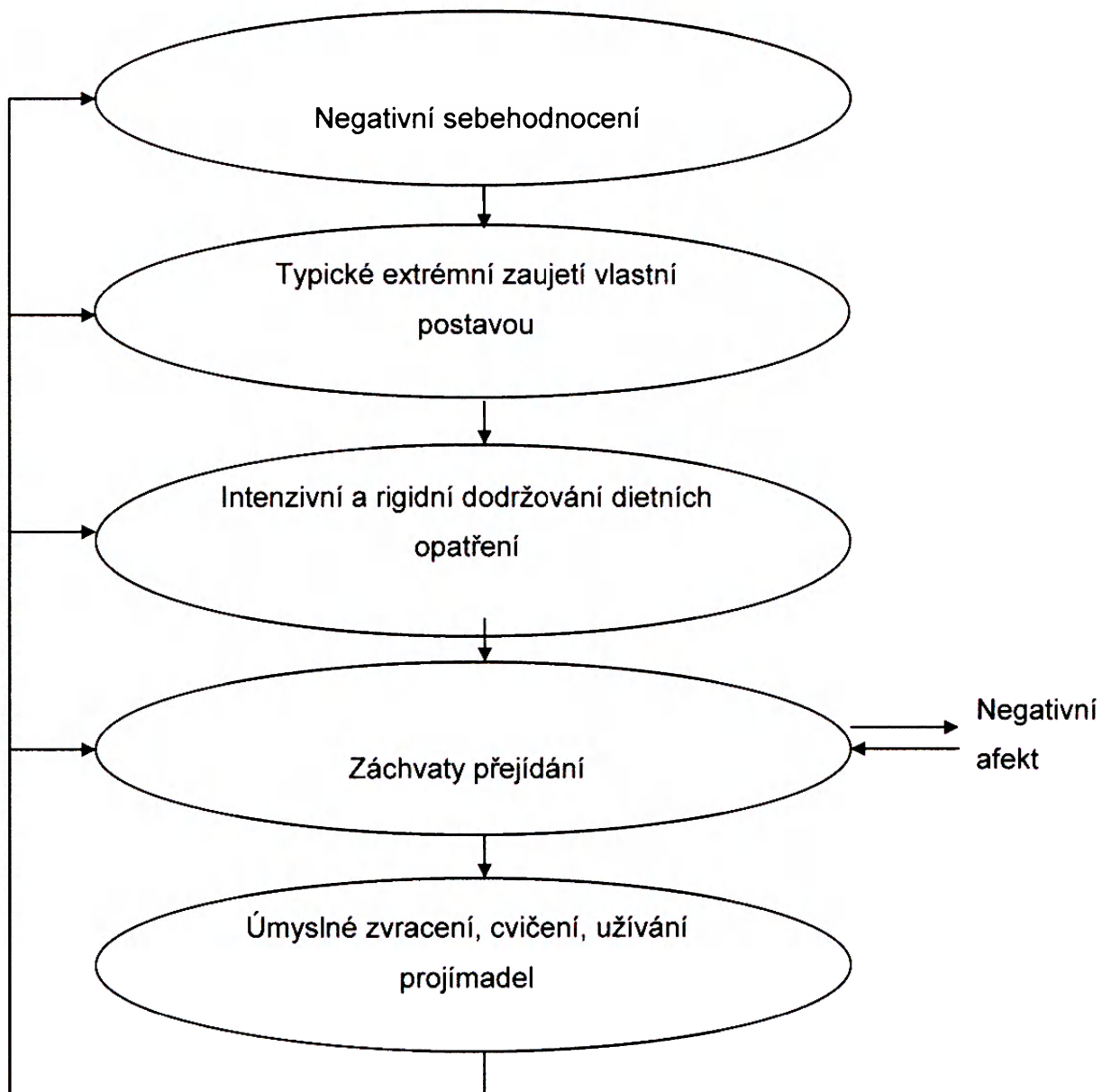
Kognitivně-behaviorální léčba obsahuje přibližně 20 sezení v průběhu 20 týdnů a provádí se ambulantně. Léčba je rozdělena do tří fází.

2. 10. 1. 1. FÁZE PRVNÍ

V první fázi se pacientovi vysvětlí principy kognitivně-behaviorální terapie, smysl léčby. Dále se upozorní na to, že záchvaty přejídání postupně nahradíme pravidelným jídelním řádem. Pacient se upozorní na to, že jeho problémy nespočívají pouze v oblasti přejídání, ale že jsou spojené i s psychickými problémy. Léčba bude postupovat podle uvedeného schématu na *obrázku č. 1*. V první řadě budeme odstraňovat záchvaty přejídání a zvracení a nahradíme je pravidelnou stravou. Dále se začneme soustředit na odstranění dietních omezení. Po částečném zvládnutí budeme pracovat na změně pohledu k vlastní postavě a k váze.

Po té je potřeba, aby se pacient sledoval a zaznamenával svoje jednání

související s jídlem. Při tomto zkoumání se upřesní pacientovi jídelní okolnosti a okolí, ze kterých se projevují problémy. Současně to pomůže pacientce, aby v době mezi návštěvami určila své chování, myšlenky a pocity. Tím si je lépe uvědomí a popřípadě je může změnit. K tomu slouží tabulka na *obrázku č. 2*.



Obrázek č. 1 - Kognitivně-behaviorální model poruch příjmu potravy (Fairburn, 1997)²

² **Obrázek č. 1** - je převzat z Petr Možný, Ján Praško: Kognitivně-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe.

Den :

Datum :

Čas	Co jsem jedl a vypil	Místo	*	Z/P	Okolnosti a poznámky
8:25	chléb s marmeládou, puding	jídelna			Jsem nemocná (chřipka).
8:50	sladký čaj	pokoj			Byla jsem na WC.
10:00	2 dcl minerálky	pokoj			Musím pít.
11:35	plátek Ementálu	pokoj			Měla jsem chuť.
11:45	2 dcl minerálky	pokoj			Měla jsem žízeň.
12:35	Pomeranč	pokoj			Měla jsem hlad.
13:00	polévka, rýže, maso, omáčka	jídelna			Měla jsem hlad.
13:15	2 dcl minerálky	pokoj			Žízeň. Bolí hlava!
14:35	jogurt	pokoj	*		Chuť na sladké.
14:55	ovocný čaj	pokoj			Musím pít.
17:15	2 dcl minerálky	pokoj			Měla jsem žízeň.
18:45	bulka, máslo, sýr	jídelna			Hlad.
19:25	rozpuštěný čaj	pokoj			Léky.
20:45	2 dcl minerálky	pokoj			Jdu spát.

Obrázek č. 2 - Příklad záznamového listu ³

- **Pokyny pro vedení záznamů :**

- Do prvního sloupce uveďte čas, kdy jste začali jíst (7:45) nebo kdy jste jedli (například 7:45 - 8:00).
- Do druhého sloupce zapisujte druh a množství snědených potravin v kusech a vypitých nápojů. Neuvádějte kalorickou hodnotu jídla.
- Do třetího sloupce zapisujte místo, kde jíte, jako například v kuchyni, v jídelně nebo v křesle u televize.
- V tomto sloupci uvádíte, jestli jste si jídlo povolili a snědli ho přiměřené množství (bez poznámky). Hvězdičku nebo křížek udělejte v případě, že

³ **Obrázek č. 2 - a** „Pokyny pro vedení záznamů“ jsou použity z František David Krch: Mentální anorexie (2002)

jste se cítili přejedeni nebo snědli nadměrné množství. To znamená víc, než jste chtěli, nebo něco, co jste neměli (nechtěli) jíst.

- Do pátého sloupce zapisujete, jestli jste po jídle zvraceli (Z), vzali si projímadla (P), diuretika (D) nebo jestli jste šli cvičit (C). U projímadel a diuretik uvádějte množství.
- Poslední sloupec slouží ke stručnému záznamu pocitů, které máte v souvislosti s jídlem a jídelním chováním. Zapisujte sem všechny, z hlediska vašeho problému významné události (stačí jednoduchá poznámka), jako například, že jste se pohádala s přítelem. Tyto pocity a okolnosti mohou být v nějakém vztahu s vašimi jídelními problémy. Jejich znalost vám umožní lépe chápat širší souvislosti přejídání a naučit se mu předcházet. V tomto sloupci zapisujte také každé vážení a významné pocity týkající se vašeho těla, jako například, že jste se nevešla do sukne nebo že jste si připadala silná nebo zdravotní problémy (závratě, únava, zimomřivost, bušení srdce apod.).

Pacientovi musíme vysvětlit jeho přiměřenou váhu. Použijeme vzorec pro výpočet indexu tělesné hmotnosti BMI⁴ (Body Mass Index).

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

Pacient s mentální anorexií je člověk, jehož hodnota BMI je nižší než 17,5. Normální hodnoty se u dívek pohybují od 19 do 24 a obezita začíná někde na hranici BMI 30.

Současně s objasněním tělesné váhy pomocí BMI je třeba pacientovi vysvětlit vliv léčby na tělesnou váhu. Pacienti obvykle neví nic o kolísání váhy.

Důležité je i pohovořit o důsledcích na lidský organismus z důvodů přejídání

⁴ **Index tělesné hmotnosti** - obvykle označovaný zkratkou **BMI** (z anglického *body mass index*) je číslo používané jako měřítko obezity, umožňující statistické porovnávání lidí s různou výškou. Index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky

a nuceného zvracení nebo projímání. Pacient by se měl dozvědět vzniku otoků, bolestech hlavy, v hlubším stádiu nemoci o poškození chrupu, odvápnění kostí vypadávání vlasů a žloutnutí kůže. U dívek a žen dochází k přerušování menstruace.

Mezi informace, které by pacient měl znát patří i důsledky diet. Existují diety, které podporují záchvaty přejídání. Dále jsou diety omezující množství potravy, rozmanitosti potravy a posledním typem jsou diety s menší frekvencí stravování. Pacienti po přečtení různých článků o zdraví typu „Za deset dní jako proutek“ si pletou doporučení autorů s dietními pravidly a striktně se jich drží.

Správná je taková terapie, kdy pacient má naplánována tři větší jídla a dvě menší svačiny během dne. V případě bulimie nesmí pacient po těchto jídlech zvracet. Zároveň by měl dodržovat maximální tříhodinové přestávky mezi jídly. Moudré je i ve spolupráci s pacientem vymyslet oblíbenou alternativní činnost místo přejídání. Současně pacientovi nařídíme, aby vyhodil všechna projímadla.

2. 10. 1. 2. FÁZE DRUHÁ

Druhá fáze kognitivně - behaviorální léčby se specializuje na pravidelný stravovací režim a na změnu postoje k vlastní váze a postavě. Tato fáze trvá zpravidla osm týdnů. Pacient se učí využívat alternativní chování bránící zvracení.

Jako nejdůležitější a hlavní cíl je zmírnění nebo odstranění dietních omezení. Pacienti mají strach z toho, že jakmile se přestanou omezovat ve stravě, výrazně přiberou na váze. U pacientek s mentální bulimií si tělo bere energii právě v okamžicích přejídání. Při ukončení diet se sníží i tendence k přejídání. Pro léčbu je nutné znát, kterým potravinám se pacient vyhýbá a určuje je jako „zakázané“. Léčba dále probíhá tak, že se s pacientem dohodneme na tom, že bude právě tyto potraviny postupně a pozvolna zařazovat do svého jídelníčku. Postupujeme od těch nejpříjemnějších až po potraviny, které jsou pacientovi nejvíce proti mysli. V tomto případě vůbec není důležité množství potravin, které pacient sní. Procvičování jedení pro pacienta nepřístupných potravin je třeba provádět tak dlouho, až je pacient bude jíst přirozeně bez odporu, strachu a obav. Je důležité kontrolovat i pacientův jídelníček, aby kalorická hodnota snědeného jídla odpovídala 1500 – 1700 kcal. Pacient by měl postupně ustupovat od toho, aby kontroloval kalorickou hodnotu, začal jíst taková jídla, kde se kalorická hodnota nedá určit a aby začal jíst i jinde než doma nebo v ústraní svého pokoje. Vhodné je začít jíst na návštěvách, v restauraci a

později i ve školní nebo závodní jídelně.

Dalším důležitým bodem je srovnání postojů k vlastní postavě a váze. Pacient se učí poznávat problematické myšlenky. Ty si zapisuje a odpovídá si na ně v prvním okamžiku sám a při terapeutickém sezení je probírá s psychoterapeutem. Ten by měl být schopný odvodit i další možné příčiny a pacienta na ně připravit. Pomocí racionálních otázek psychoterapeut „normuje“ nebo opravuje zkreslené představy pacienta o vzhledu a váze. Ze začátku méně účinné je přimět pacienta k tomu, aby si představil jak se na věc dívají ostatní lidé. Pacienti jsou však většinou přesvědčeni o tom, že jen jejich názor a měřítka jsou správná. Dobré je také porovnat požadavky pacienta na sebe s požadavky a kritérii, které mají vůči ostatním osobám. Leckdy pacient dospěje k závěru, že co mu vadí u sebe je u druhých nepodstatné. Pacient si pro sebe vytvoří tvrdší měřítka než pro druhé. Pacienti také uvažují v extrémech. Buď a nebo. Nejsou schopni určit kompromisy a mají tzv. černobílé myšlení. Úkolem psychoterapeuta je s pacientem nacvičit zvládání problémových situací. Z počátku asi nebude pacient o řešení stoprocentně přesvědčen, ale stačí, když bude vědět co si má v problémové situaci myslet nebo jak se zachovat.

- **Jako vhodné lze doporučit tyto metody :**

1. **Zastavení myšlenek (tzv. stop technika)** - tato metoda je pomocná a napomáhá pacientovi zkrátit dobu trvání nepříjemných představ. Pacient si vytvoří seznam příjemných myšlenek a současně napíše nepříjemné představy. Pacient si při psychoterapeutickém sezení začne představovat některou z nutkavých představ. V okamžiku, kdy se představa začne u pacienta objevovat, řekne psychoterapeut „STOP.“ Pacient se lekne a přeruší soustředění na nutkavou představu. Naopak se začne soustředit na představu příjemnou. Tato činnost se několikrát opakuje.
2. **Odvedení pozornosti** - metoda vychází z toho, že se člověk dokáže soustředit pouze na jednu myšlenku najednou. Odvedení pozornosti lze tělesným cvičením, přesunutím pozornosti a mentálním cvičením. Pacient by měl provádět takovou činnost, která ho plně zaujme a je pro něj příjemná. Přenesení pozornosti je založeno na pozorování podrobností v okolí pacienta. Je dobré, když pacient v duchu věci popisuje. Tím plně přeruší vnímání nutkavých myšlenek. Mentální cvičení spočívá v přenesení pozornosti na složitější myšlenkové operace. Např. luštění křížovek, řešení hlavolamů,

řešení matematických úloh nebo si vybavit velmi podrobně nějaký příjemný zážitek.

3. **Kognitivní restrukturalizace** - při použití této metody si pacient uvědomuje, které myšlenky v něm vzbuzují negativní pocity. Zároveň mu psychoterapeut pomáhá určit racionálnost jeho myšlenek a vyvarování se od kognitivních mýtů.

Většina pacientů má zkreslené představy ke svému tělu často pramenící až v odpor. Proto se vyhýbají tomu, aby lidé viděli jejich postavu. Nosí volné šaty apod.. Zde je zase volné pole pro psychoterapeuta. Postoupně přimět pacienta navštěvovat bazény a koupaliště, u pacientek nosit přiléhavé šaty. Při návštěvě koupališť přimět pacienty k tomu, aby si více všímali postav druhých lidí.

2. 10. 1. 3. FÁZE TŘETÍ

Ve třetí fázi léčby se sezení konají jednou za dva týdny. Úkol je udržet pokrok pacienta, který dosáhl během léčby. Ve většině případů se stav pacienta i v průběhu dalších měsíců zlepšuje. Kognitivně-behaviorální terapie umožňuje pacientům přípravu na problémy, které mohou vzniknout v budoucnosti. Někdy je kognitivně-behaviorální psychoterapeuti nazývají krizovým plánem. V tomto plánu je pamatováno na realistické očekávání budoucnosti. Pacient je připraven na to, že bude opět vtahován zpět k hlídání váhy a porušování jídelníčku. Pacient musí vědět, že se nezdary projeví a že by měl z počátku co nejdříve vyhledat psychoterapeuta. S tím se mu budou překonávat problémy lépe než když se bude snažit sám a opět sklouzne k bývalým problémům. Naopak čím déle je pacient od úspěšné léčby, tím by se měl osamostatňovat a problémy se nejdříve snažil vyřešit sám. Teprve později při neúspěchu je třeba vyhledat psychoterapeuta.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1. JEDNOTLIVÉ KROKY KBT U DIAGNÓZY PPP A ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE

3. 1. 1. ROZMYSLET SI DŮVODY PRO A PROTI

Je důležité, aby si klientka rozmyslela důvody, proč se chce vzdát anorexie a bulimie a s jakými zisky jsou spojené dosavadní jídelní návyky. Důvody PRO a PROTI by měly být konkrétní, srozumitelné a hodnotné. Pro tento typ terapie není důležité rozumět složitým příčinám PPP, ale snažíme se najít možnosti změny. Návrat k normálním jídelním zvyklostem by měl být hlavní prioritou. Dá se říci, že jsou tři hlavní důvody, proč návrat k normálním jídelním zvyklostem stojí za to.

1. Psychologické důvody :

- klienti si můžou připadat méněcenní, bezcení, osamělí nebo uzavření
- může docházet ke kolísání nálad, depresím
- mohou pociťovat úzkost v situacích, kdy jsou ve vztahu k jídlu (např. oběd v restauraci, rodinná oslava ...)
- mohou se hůře soustředit (nadměrně je zaměstnávají úvahy o jídle, váze, kaloriích ...)

2. Společenské důvody :

- osobní vztahy jsou vážně poznamenány
- mohou se vyhýbat společnosti
- vztahy v rodině jsou často napjaté
- negativně jsou ovlivněny i pracovní vztahy
- dochází ke snížení pracovní výkonnosti

3. Zdravotní důvody :

- popsány dříve (viz. kapitola 2. 9. 4.)

3. 1. 2. SLEDOVÁNÍ ZPŮSOBU JEDENÍ

Způsob jedení sledujeme pomocí vedení záznamů jídelního chování (viz. dříve, *obrázek č. 2*). Jídelní záznamy nám umožní posoudit co, kde a jakým

způsobem se klient/ka stravuje. Klienti se naučí sledovat svoje chování, myšlenky a pocity spojené s jedením a kontrolou tělesné hmotnosti (MA). Už samotné vedení záznamů může mít pozitivní vliv na jídelní chování.

3. 1. 3. POSOUZENÍ TĚLESNÉ HMOTNOSTI

Klientka má být poučena o její přiměřené váze a správném jídelním režimu. Tento bod by měl přispět k odstranění strachu z tloušťky. Je proto důležité, aby si klientka zjistila, v jakém rozmezí by se měla pohybovat její normální tělesná hmotnost. Nejjednodušším způsobem posouzení tělesné hmotnosti je využití **BODY MASS INDEXU - BMI** (Queteletův index tělesné hmotnosti), který lze vypočítat pomocí vzorce :

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

- **Příklad:** hmotnost = 74 kg, výška = 1,80 m **BMI = kg/cm² = 22,8**

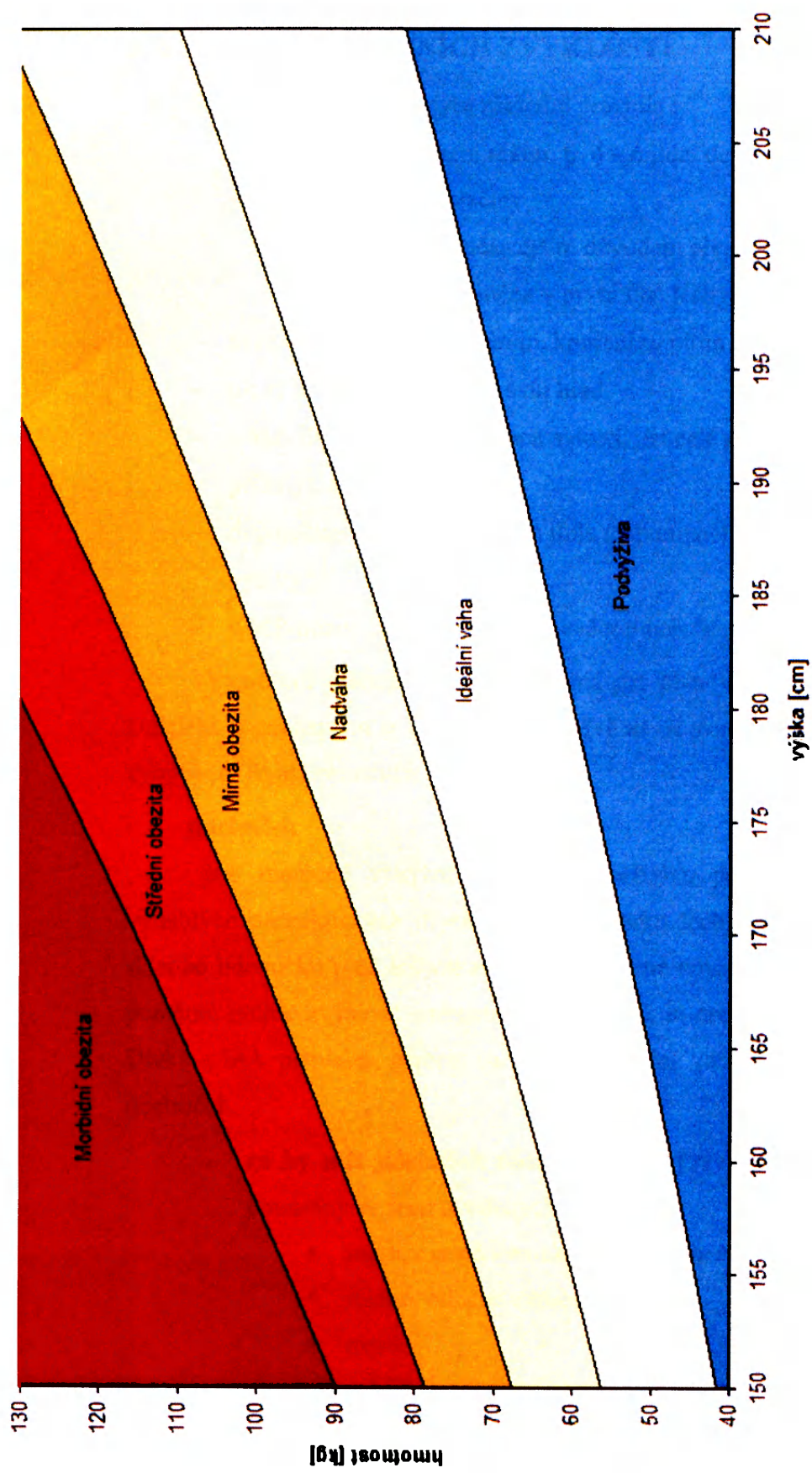
Index tělesné hmotnosti vytvořil někdy v letech 1830–1850 belgický vzdělanec **Adolphe Quetelet** při práci na svém systému „sociální fyziky“, proto se BMI někdy označuje také jako **Queteletův index**.

BMI se obecně dá považovat pouze za statistický nástroj, u konkrétního jedince je BMI příliš jednoduchým prostředkem, který ignoruje velké množství důležitých faktorů (např. stavbu těla, množství svalstva apod.). V klinické praxi se proto obvykle používají přesnější testy jako měření tloušťky podkožního tuku, impedanční⁵ měření atd.

⁵ **Impedance** - popisuje zdánlivý odpor součástky a fázový posuv napětí proti proudu při průchodu harmonického střídavého elektrického proudu dané frekvence. Podobně jako elektrický odpor charakterizuje vlastnosti prvku pro stejnosměrný proud impedance charakterizuje vlastnosti prvku pro střídavý proud. Impedance je základní vlastností kterou potřebujeme znát pro analýzu střídavých elektrických obvodů.

- **Běžně se používají následující hranice (viz. obrázek č. 3):**

- podvýživa : $\text{BMI} \leq 18,5$
- ideální váha : 18,5–25
- nadváha : 25–30
- mírná obezita : 30–35
- střední obezita : 35–40
- morbidní obezita : $\text{BMI} > 40$



Obrázek č. 3 - Hodnoty BMI

3. 1. 4. ZMĚNA JÍDELNÍCH ZVYKLOSTÍ

- **Jídelní plán** – má mít tyto základní pravidla :
 - dodržovat určitý jídelní režim, tj. 4 – 6 jídel denně, to znamená tři hlavní jídla plus dvě až tři svačiny
 - u MB je nejčastějším důvodem přejedení hlad
 - u MA je zejména v první fázi léčby 6 jídel denně
 - nenahrazovat jídlo žvýkáním, kouřením, pitím kávy a čaje apod.
 - pít až po jídle – nezapijet svůj hlad
 - u MA jíst, i když cítíme pocit sytosti, jíst celé porce (nevynechávat přílohy), snažit se dojít
 - doporučuje se tradiční, běžná jídla (zapomenout na diety a „zdravé výživy“)
 - u MB pozor na noční jení či večerní nejedení

Vytvoření jídelního plánu znamená jíst plánovitě, dostatečně a přiměřeně. Důležité je naplánovat si tři hlavní jídla, dvě až tři svačiny, stanovení si doby jídla, vyhýbat se light potravinám.

- **jídelníček**

jíst znamená vyhýbat se většině běžných potravin. Energetický příjem vyhublých anorektických dívek závisí z počátku léčby na energetickém příjmu a skladbě jídelníčku před léčbou a na jejich tělesné hmotnosti. Po týdnu je už možné poměrně rychle zvyšovat energetický příjem až na úroveň nezbytnou pro růst těla. Dívky s MA nemůžou přibrat na svoji normální váhu, jestliže zásadně nezmění jídelníček.

- **co by měl jídelníček obsahovat ?** - Pravidelně by se měly objevovat potraviny ze šesti uvedených skupin :
 - masa, masné výrobky, ryby, drůbež
 - mléko, mléčné výrobky, vejce
 - ovoce
 - zelenina
 - mlýnskopekárenské výrobky, rýže
 - tuky

Pokusit se rozšířit jídelníček tak, aby se klienti dokázali najíst kdekoliv a s kýmkoliv. Dalším úkolem by měli pomocí jídelních záznamů napsat seznam oblíbených a neoblíbených jídel. Za normální situace by měl být seznam neoblíbených jídel výrazněji kratší a neměl by obsahovat žádnou kategorii jídel jako např. maso, pečivo nebo sladkosti.

Tato neoblíbená či klienta „nebezpečná“ jídla by měli začít podle obtížnosti postupně zařazovat do svého jídelníčku. Nové jídlo si předem naplánují a zapíší do jídelního plánu.

„Každé normální jídlo, které snědí je pro ně vítězství“. Případné selhání by nemělo odradit v pokračování.

- **Velikost porce**

Nejdůležitější pravidlo je : normální porce se neměří, ale odhaduje. Představu normální porce získáte v restauraci III. cenové skupiny nebo ve školní jídelně. Tam, kde to jde, by se mělo nechat rozhodnutí na někom jiném. Není vhodné srovnávat svou porci s porcí někoho jiného, nechtít mít nejmenší porci. U MB je lepší vyhýbat se oříškům, chipsům, sušenému ovoci, kde se těžko odhaduje vhodné množství. V případě jídel mimo hlavní jídla by měl stačit počet jeden (jedna zmrzlina, jeden bonbón, ...).

Jestliže tělesná hmotnost anorektičky nestoupá nebo dokonce klesá, musí zvýšit svůj denní energetický příjem.

- **Zvracení**

V souvislosti s tím, jak se daří normálně jíst a nepřejídat se, necítí pacientky potřebu zvracet. V těchto případech není potřeba se věnovat odvykání zvracení. Pro ty, kterým to tak snadno nejde, neexistuje žádná zázračná metoda, ale můžeme pomoci několika radami :

- uvědomit si, že zvracení vede k přejídání, což je nebezpečné
- jestliže bude dodržen jídelní plán, není třeba se jídla zbavovat
- nezvracet ani jídla snědená mimo jídelní plán
- na toaletu chod'te pravidelně jen před jídlem
- snažte se v sobě udržet jídlo co nejdéle, oddálit zvracení
- důležité je odvést pozornost od zvracení (např. sprcha, procházka...)

3. 1. 5. POHYBOVÁ AKTIVITA

Řada pacientek uvádí, že se cítí mnohem lépe, když cvičí. Zároveň však mnoho z nich cvičení přehání. Cvičení sloužilo jako prostředek ke kontrole váhy, proto je nutné ho omezit. V případě nadměrného cvičení je vhodné vést si záznamy o tom, kolik času tráví cvičením a z vyhodnocených záznamů si stanovit program přiměřeného cvičení. Dále je důležité přestat spojovat energetický příjem s energetickým výdejem a začít cvičit pro radost.

3. 1. 6. VZTAH KE SVÉMU TĚLU

Ženy a dívky trpící MA a MB projevují větší obavy o svoji tělesnou hmotnost a proporce než normální ženy.. Zejména dívky s anorexií nadsazují velikost svého těla, obvykle v oblasti boků, stehen a břicha. V průběhu terapie se pacient učí mít své tělo rády. K tomu by jim mělo pomoci :

- nemluvit příliš o svém vzhledu, příliš často se nevážit
- přiměřeně dbát o svůj zevnějšek, vhodně rozšířit svůj šatník
- nebýt přehnaně kritičtí ke svému tělu, naučit se brát se taková, jaká jsem

3. 1. 7. PŘEJÍDÁNÍ (U MENTÁLNÍ BULIMIE)

I když dívka s MB předem plánuje, co, kdy, kde a kolik sníst, může dojít k situacím, kdy chce přejedením oslabit negativní pocity jako smutek, podrážděnost nebo deprese. Z těchto situací i vnitřních pocitů se stávají podněty, které automaticky spouštějí přejedení nebo bulimický záchvat.

- **Podle F. D. Krcha záchvaty přejídání nejčastěji spouštějí :**
 - situace, které jsou bezprostředně spojené s jídlem, např. nakupování, vaření, stolování
 - zážitky nějak spojené s jídlem, např. narušení jídelního plánu
 - situace, představy, a zážitky, které nějak souvisí s hodnocením své postavy, tělesnou hmotností a strachem z tloušťky

Některým podnětům, které spouštějí přejídání, lze předcházet, s jinými je třeba se naučit žít a reagovat na ně jiným způsobem.

3. 1. 8. NAKUPOVÁNÍ

I nakupování může u MB přispět k převedení. Při nákupu je třeba se držet základních pravidel, mezi něž patří :

- nakupovat tehdy, když jsme najedeni
- nakupovat jen to, co opravdu potřebuji, nekupovat do rezervy
- nakupovat podle seznamu a jídelního plánu
- vyhýbat se nákupu light potravin, zbytečných pamlsků, nesledovat kalorickou hodnotu jídel, nekupovat malá ani příliš velká balení
- nebrat si na nákup příliš peněz, dát si nějaký limit

Pokud nákupy dělají problémy, je vhodné jít nakupovat nejprve s někým, probrat s ním případné obtíže, na které je třeba se dále zaměřit.

3. 1. 9. SPOLEČENSKÉ SITUACE

Poruchy příjmu potravy významně narušují psychickou pohodu a sociální život. Spojení jídlo – nálada je třeba přerušit. Důležité je vyhnout se samotě a izolaci, znovu navázat vztahy a nebát se společnosti, kde by se mohlo objevit jídlo.

3. 1. 10. NEGATIVNÍ MYŠLENKY

Pod tento pojem můžeme shrnout : nevhodná, nepřiměřená nebo demoralizující očekávání, soudy a postoje. Negativní myšlenky nám brání přiměřenému řešení problému, obsahují popření možného řešení problému i vlastní hodnoty. Negativní myšlenky nás napadají automaticky a nechtěně, ale i je je možné měnit. Prvním krokem je si uvědomit, definovat. Vnitřním dialogem si říci všechna pro a proti tohoto tvrzení, jaké jsou jiné možnosti, jak na danou situaci lze nahlížet jaký vliv mají na další jednání. To vede k nacházení vhodných alternativ. Dalším krokem je posilování pozitivního postoje a myšlenek, snažit se nebýt zaujati sami sebou.

3. 1. 11. ALKOHOL A JINÉ DROGY

Problémy s jídlem se často objevují v souvislosti pitím alkoholu. Při těchto potížích je vhodné doplnit léčbu protialkoholní léčbou.

Toto je pouze „kostra“ řešení dané problematiky. Klient by si měl své hlavní problémy určit sám a tuto „kostru“ doplnit dalšími problémy, které s jeho nemocí

souvisí a které bude v rámci terapie řešit. Určitě by se to týkalo oblasti vztahů, sexuálního života, předcházení relapsů, atd.. Tedy hlubších a individuálních problémů.

3. 1. 12. ERGOTERAPEUTICKÁ INTERVENCE

- **ergoterapeut by se mohl uplatnit v těchto oblastech :**

- motivace - bez motivace není možné pacientku vyléčit (nehovořit o ztloustnutí, ale o návratu k normálu, pohodlí, vrátit se k původním zájmům apod.)
- pohovor - společné určení problémů a cílů terapie
- rozvoj aktivit, které pacientka provozovala před MA, MB (v našem případě sport, ruční práce, fotografování)
- naučení relaxačních technik, forem odpočinku
- péče o vlastní vzhled (líčení, nákup oděvů, oblékání - vyzkoušet si oblečení „normálních, běžných“ velikostí - 38 - 42)
- návod a rozbor záznamů jídelního chování do záznamového listu
- společný výpočet optimální hmotnosti pomocí vzorce BMI, případně společné vážení
- stanovení jídelního plánu a zdůraznění nezbytných skupin potravin
- nácvik vaření (získat vztah k jídlu), nácvik společenského stolování (nehltat, užití příboru, příprava jídla na talíř) a konzumace ve skupině
- stanovení velikosti vhodné porce
- cvičná návštěva restaurace a společenských akcí
- cvičný nákup - naučit se nesledovat kalorickou hodnotu, nákup podle naposlaného seznamu (nenakupovat do rezervy), zkusit si stanovit finanční limit pro jednotlivé nákupy; stanovit si předem dobu, kterou v obchodě chceme strávit, pouči, že nenakupujeme nalačno
- odvedení pozornosti od jídla a zvracení - najít vhodné (přiměřené) aktivity k odvedení pozornosti (procházka, návštěva společenských akcí, sport, volnočasové aktivity, studium apod.)
- informování rodiny a blízkého okolí, které může pomoci v naučení správných zvyklostí

3. 2. REŽIM ODDĚLENÍ CENTRA SPECIALIZOVANÉ PÉČE PRO PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Oddělení bylo po mnoha letech částečně zrekonstruováno na konci roku 2005, aby více vyhovovalo dnešním požadavkům pacientů i personálu. Na vybavení oddělení se podílela Asociace pro pacienty a jejich rodinné příslušníky založená v roce 1992.

Na prvním místě při léčbě na oddělení i denním stacionáři je zdůrazňován režim (s důrazem na režim jídelní) oddělení a psychoterapie, v některých případech i léky. Zvláštní důraz je kladen na práci pacientů ve skupině, oddělení funguje na principu terapeutické komunity. Oddělení spolupracuje se specialisty různých profesí a zaměření. Při přijetí je s pacientkou uzavřena terapeutická smlouva, týkající se jídelního režimu a dodržování pravidel oddělení.

Významnou součástí terapie je psychoedukace, o správném stravování důsledcích hladovění. Pacientky se účastní dynamicky orientovaných skupin (dvakrát týdně), kognitivně-behaviorální skupinové terapie (dvakrát týdně) a skupiny arteterapeutické (jedenkrát týdně). Nedílnou součástí programu je také autogenní trénink, relaxační cvičení, léčebná tělesná výchova a **ergoterapie** (skupinová – kreativní skupiny, cvičné nákupy, procházky).

Pobyt na jednotce trvá většinou šest až osm týdnů. Konec pobytu je zaměřen na postupný návrat pacientky do běžného prostředí a dodržování jídelního režimu během aktivního života v rámci prevence relapsu onemocnění. Důležitá je spolupráce s příbuznými a blízkými osobami, pro které je k dispozici klub 1x měsíčně. Po propuštění je nutná většinou následná péče (www.lfl.cuni.cz, 8.2.2007)

- **Dále centrum nabízí ambulantní služby :**

- Individuální ambulantní terapie
- Klub pro pacienty s mentální anorexií a bulimií – zváni jsou také partneri pacientek, vyléčené pacientky nebo naopak pacientky před nástupem léčby ...
- Klub pro rodiče pacientů

3. 3. KAZUISTIKA

3. 3. 1. VYBRANÉ ÚDAJE O PACIENTCE

- **Jméno** : L.
- **Věk** : 26 let
- **Dg.** : **Atypická mentální anorexie – purgativní typ⁶** (F 50.1)

- **RA** : Matka 57 let, VŠ, úřednice, zdráva. Otec 57 let, SŠ, úředník, zdráv. Sourozenci - bratři (31, 30 let), zdraví. V rodině nebyly psychické obtíže. Otec statný - 195 cm/106kg. Rodiče se v jejích 18 letech rozvedli po dlouhodobé neshodě - v posledních letech doma ani nekomunikovali, dle klientky to bylo nejrozumnější řešení. Vztahy s oběma klientka zachovala.
- **SA** : Titul bakalář (2002 demografie), maturita na gymnáziu (1998). Od roku 2003 pracuje v administrativě. Žije se svým mužem (geodet, 31 let) ve vlastním bytě. Vdaná od 24 let po dvouleté známosti, nyní je manželství v krizi pro PPP (manžel nechápe a vadí mu, že si nechce nechat pomoci, klientka pro poruchu vnímání svého těla nejeví asi rok zájem o sex).
- **OA** : nestonala
- **GA** : menzes od 13 let, dříve brala HAK, přestala v prosinci 2004 od té doby amenhorrea.
- **Operace** : 2002 operace vazů pravého kolene (úrazy: 1998 úraz kolene při košíkové)
- **Abúzus** : sklenka vína příležitostně, nekouří, drogy nezkoušela.
- **Crimi** : 0
- **Zájmy** : Dříve závodně košíkovou, od úrazu kolene několik let nehraje, pes (spolu s manželem), ráda poslouchá hudbu, ruční práce, četba. S manželem hrají karty.
- **NO** : Dětství hezké dobře se učila a vycházela se spolužáky. V pubertě byla považována za vysokou a tlustou (statnou), v té době často seděla u TV a jedla

⁶ **MA – bulimický (purgativní) typ** - hladovění je střídáno záchvaty



(pochutiny). V 16 letech poprvé zvracela, chtěla zhubnout. Intervaly mezi zvracením se zkracovaly, pak i po nedělních obědech, nyní zvrací téměř po každém jídle. Má pocit, že jí normálně, ale občas se přejí. Co udrží bez zvracení je snídaně (1/2 l teplého pudinku).

- **Výška** : 176 cm
- **Nejnižší váha** : 53 kg
- **Nejvyšší váha** : 85 kg.

3. 3. 2. ERGOTERAPEUTICKÉ HODNOCENÍ, METODY VYŠETŘENÍ

- **Mobilita, lokomoce** : Pacientka je plně mobilní, nepoužívá k chůzi žádné kompenzační pomůcky.
- **HKK** : Tvar, konfigurace, držení, svalová síla, tonus v normě. Dominantní je pravá horní končetina. Provede všechny úchopy (válcový, kulový, tužkový, klíčový, špetkový, pinzetový, špendlíkový). Koordinace oko - ruka, ruka - ruka jsou v pořádku. Čítí povrchové ani hluboké není porušeno. Stereognozie je v pořádku.
- **Vyšetření DKK** : Tvar, konfigurace, držení, hybnost, sv. tonus a síla jsou v normě.
- **p + i ADL** : Pacientka je plně soběstačná ve všech položkách. Problémem je zvracení po jídle a nedodržování jídelního režimu. Nakupování jídla není samostatně schopna, nakupuje manžel („funkce“ v domácnosti mají jasně rozděleny). Co se týče oblečení, je schopna nakupovat samostatně, nenakupuje ale ráda, protože se při tom musí dívat do zrcadla, což nedělá ráda. Domácnost zvládá bez problémů, manželovi i vaří, ale nekonzumují jídlo společně, což je pro klientčinu chorobu typické.
- **Osobnost** : Pacientka je spolupracující, nenápadná, strach z nárůstu váhy, porucha vnímání vlastního těla. Depresivní a úzkostné ladění, snížené sebehodnocení, anhedonie, bez psychotických fenoménů, psychomotorické tempo v normě.
- **Kognitivní funkce** : Pacientka je plně orientovaná místem, časem i osobou. S pozorností a soustředěním se na práci nemá žádné potíže. Dokáže udržet

- pozornost celou terapeutickou jednotku a nenechá se rozptýlit, aktivity ji baví.
- **Nynější váha :** (19. 6. → 56,3 kg, BMI → 18,38) – pro dodržování jídelního režimu pacientka na váze přibírá, má z toho však obavy a chce snížit porce jídla. Protože jí nebylo vyhověno, rozhodla se léčbu 21. 6. 2006 předčasně ukončit.
 - **Metody vyšetření, zdroje informací:** Data jsem získávala pouze pohovorem, pozorováním a nahlížením do dokumentace pacientky.

3. 3. 3. ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

- **Cíl :** Aktivity zaměřit na zlepšení vnímání vlastního těla. Naučit strukturalizovat činnosti během dne a zaměřit pozornost na aktivity nevztahující se k sebesycení.

3. 3. 3. 1. PROBLÉMOVÉ OBLASTI

- Dívka během mé praxe přešla ze stacionáře na oddělení pro PPP – není schopna doma sama jídelní režim dodržet a preferuje hospitalizaci. Trpí asi 10 let mentální anorexií purgativního typu (s projevy zvracení). Zpočátku zvracela 1x za půl roku po vydatném jídle, postupně zvyšovala frekvenci. Nejvíce zvracela 5 - 6 x denně (tedy po každém jídle). Asi 4 roky ztrácí hmotnost mentální anorexie purgativního typu. Od. 2002 vystřídala několik psychoterapeutů, ale bez většího efektu. Od 23.3. 06 docházela na stacionář PPP na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN.
- **Silné stránky :**
 - ✓ Motivace k léčbě
 - ✓ Náhled na svou chorobu a svůj zdravotní stav
 - ✓ Komunikativní
 - ✓ Spolupracující
- **Slabé stránky :**
 - ✗ Obavy z nárůstu váhy
 - ✗ Depresivní, úzkostná
 - ✗ Snížené sebehodnocení

- × Předčasné ukončení léčby
- × Neschopnost dodržet režim v domácím prostředí
- × Problémy s manželem – není schopna začít řešit
- × Neschopnost v domácím prostředí konzumace jídla ve společnosti dalších osob

(silné a slabé stránky jsem získala z pozorování klientky při práci, z dokumentace a z pohovoru s klientkou a s terapeutky)

3. 3. 3. 2. KRÁTKODOBÉ CÍLE

- snížit obavy z nárůstu váhy a zaměřit se na dosažení cílové hmotnosti (60 kg)
- nezvracet
- podpora dodržování režimu (konzultace s rodinou, podpora ze strany rodiny a okolí, odměňování)
- vedení deníku a jídelních záznamů
- zvýšení sebevědomí a sebehodnocení (líčení, nákup oblečení s kamarádkou)
- snížení úzkosti
- podpora zájmů – doporučila bych docházení do klubu PPP
- podat si přihlášku na navazující magisterské studium demografie, dostudovat a začít pracovat v oboru
- po jídle nechodit na WC
- nakupovat podle napsaného seznamu položek a s finančním omezením
- zlepšit vztah s manželem (společná práce v domácnosti, společný odpolední program, společné nakupování potravin a oblečení, vzájemná spolupráce ...)
- nebýt sama doma, nestránit se společnosti (návštěva společenské události – divadlo, kino, restaurace)
- nesledovat kalorické hodnoty na obalech potravin a jíst pravidelně 5 – 6x denně
- naučit se jíst ve společnosti dalších osob (manžela, kamarádky, dojít si s kolegyní v práci na oběd apod.)
- vážit se pouze na lékařských kontrolách (případně jednou týdně)

3. 3. 3. 3. DLOUHODOBÉ CÍLE

- pokračování v činnostech z krátkodobého plánu
- podpora původních zájmů – opět začít studovat, věnovat se dříve oblíbenému sportu – basketbalu (nebo nalézt šetrnější sport pro zraněné koleno), začít chodit na kroužky (např. keramiku)
- pokračování ve studiu demografie – navazující magisterské studium
- naučit se jíst normální porce jídla (v rámci ergoterapie se naučit určovat vhodnou porci jídla)
- přestat se vyhýbat společnosti
- plánování založení rodiny
- nakupovat vhodnou potravu ve vhodném množství
- docházet do klubu PPP

(krátkodobé a dlouhodobé cíle jsme stanovily společně s klientkou na základě našeho rozhovoru)

3. 3. 3. 4. PŘÍKLADY A PRŮBĚH TERAPIE, DOPORUČENÍ

- s klientkou jsem měla možnost se setkat n několika terapiích, některé jsem samostatně vedla
- terapie probíhají ve středu odpoledne a jednotka trvá jednu hodinu
- relaxace a cvičení, kterých jsem měla možnost se zúčastnit, probíhají v úterý a čtvrtek dopoledne a trvají 30 minut

Úterý 30. 5. 2006 :

~ cvičení – relaxace – autogenní trénink (skupina MA, MB)

Středa 31. 5. 2006 :

~ skupina PPP → keramika – glazování již dříve vyrobených a vypálených výrobků → práce klientky bavila, pracovaly po dobu celé jednotky; pohovor

Čtvrtek 1. 6. 2006 :

~ skupina PPP → LTV → nácvik Pozdravu slunci → všem se líbilo, v nácviku chtějí na další LTV pokračovat

~ vycházka s PPP

Středa 7. 6. 2006 :

~ skupina PPP → malování na sklo

Středa 14. 6. 2006 :

~ skupina PPP → drátkování, glazování, malování (možnost výběru), pohovor s pacientkou vybranou pro kazuistiku

~ po tomto datu jsem se již s pacientkou na oddělení nesetkala, požádala o předčasné propuštění (později jsme se sešly ještě individuálně pro dokončení rozhovoru)

- po skončení terapeutické jednotky probíhala diskuse s pacientkami → zhodnocení terapie, výběr tématu na další terapeutickou jednotku

- klientka pracuje samostatně a práce ji baví, do všeho se ihned zapojuje a má i nové nápady

- problémem je komunikace, pokud není někým oslovena, rozhovor sama nezačíná, pokud se ale rozvine debata nebo je tázána, je velice komunikativní, příjemná a sdílná se svými myšlenkami, pocity ...

- klientce bych doporučila opět docházet do denního stacionáře a pokusit se zapojit i manžela, společně bychom poté vymysleli program na odpoledne kdy jsou společně doma, aby klientka nemyslela na svou nemoc a nezaměřovala se pouze na sebe, ale aby dělali nějakou aktivitu společně (společné nakupování, kondiční procházky, nakupování oblečení, společná příprava např. večere dle klientčina režimu a pokusit se o společnou konzumaci - k tomuto je ale potřeba spolupráce práce s manželem)

- vhodné pro manžela by bylo zapojit se do klubu PPP, kde společně hovoří příbuzní klientek a sdílí své pocity, problémy a rady apod.

3. 3. 4. ROZHOVOR S PACIENTKOU

3. 3. 4. 1. CO MI DALA TERAPIE :

- Vědomí, že není sama s tímto problémem
- Možnost otevřeně o problému hovořit

- Konečně začala problémy řešit
- Začíná si uvědomovat, že se vše netočí kolem jídla
- Začíná si uvědomovat, že by jí s problémy mohl pomoci manžel

3.3.4.2. CO DÁL?

- Pacientka ukončila terapii předčasně, přesto se naučila jak si plánovat jídlo a jak si určovat vhodnou porci, snaží se předcházet zvracení. Vyzkoušela si nakupování se seznamem položek a přípravu jídla. Svou porci se ale bude muset nadále učit odhadovat a bude muset dále pracovat na tom, aby jídlo nevážila a nepře počítávala na kalorie.
- Pacientka bude dále docházet ke svému psychologovi a na kluby PPP. Je si vědoma toho, že je teprve na začátku léčby a že to bude ještě velice těžké.
- Jak ale sama říká, uvědomila si že je pro ni prioritou záchrana manželství, dokončení studia a plánování rodiny.

3.3.4.3. ZÁZNAM ROZHOVORU PODLE VZORU WRI

- **Vnímání vlastní účinnosti** - Pacientka pracuje v administrativě, ráda by však dokončila studium demografie na Karlově Universitě. Po dokončení studia by se nadále chtěla věnovat právě demografii. V práci je v současné době spokojená, cítí však, že to není přesně to, co by chtěla po zbytek života. Je si vědoma toho, že má potenciál na to, aby školu dostudovala a uvědomuje si, že jí v tom brání právě její nemoc, které věnuje všechn svůj volný čas a studium ukončila právě z důvodu nemoci
 - L. je v práci spokojená, cítí však, že to „není ono“. Má motivaci studovat. Vnímání bych ohodnotila pozitivně.
- **Hodnoty** - Pro klientku je prioritou rodina, proto chce nejdříve urovnat vztahy s manželem a v budoucnu založit širší rodinu. Na druhém místě vidí práci demografky, proto by ráda dokončila magisterské studium tohoto oboru a změnila nynější zaměstnání. Mimo práci jsou pro ni koníčkem ruční práce a fotografování. V důsledku nemoci však mnoho času a energie na koníčky nezbyvá.
 - Hodnoty vnímám pozitivně. Zná své možnosti.
- **Zájmy** - Mezi pacientčiny zájmy patří fotografování, ruční práce (keramika,

malování, výroba drobných předmětů apod.), hudba, film a hlavním koníčkem je (nebo býval) sport (basketbal) a procházky se psem. Oblíbený sport musela opustit na střední škole kvůli zranění kolene, dnes by chtěla najít vhodnou alternativu.

- Zájmy hodnotím také kladně. L. jich nemá málo a hledá alternativy ke ztraceným zájmům z doby před onemocněním.
- **Role** - Jako dominantní roli vnímá pacientka svou roli manželky a budoucí matky. Do budoucna by chtěla založit velkou rodinu. V roli administrativní pracovnice se necítí, proto by ráda pracovala v oboru, který studovala na VŠ. Jako administrativní pracovnice se cítí nevyužitá a ví, že má v sobě potenciál na „něco více“.
 - Role bych zařadila mezi silné stránky, avšak s přihlédnutím na momentální krizi v manželství bych doporučila provat právě na této oblasti. Případný rozvod by mohl být pro klientku velice závažným traumatem.
- **Zvyky** - L. vstává v 6 hodin. Po ranní hygieně jde na procházku se psem a poté jede společně s manželem do práce ho hl. města. V současné době (v době rozhovoru) nesnídá. V průběhu práce nejde ani s kolegy na oběd (straní se společnosti), vymlouvá se na množství práce. Doma večer buď nejí, nebo se naopak přejí a jde zvracet.
 - Zvyky hodnotím velice negativně. Klientka nemá stále dobré stravovací návyky a v práci ani doma se přes snahu okolí bojí konzumace ve společnosti. Doporučila bych manželovi nebo blízkým konzultaci se spolupracovníky pacientky, aby L. podpořili a motivovali ke společné konzumaci obědů nebo svačín. Manželovi pak spolupráci při přípravě večeří a kontrolu množství zkonzumovaného jídla.
- **Prostředí** - Podporu ze strany rodiny cítí hlavně ze strany manžela a maminky. Manžel však nechápe důvody, proč si nechce nechat pomoci a začíst opět jíst. Proto v současné době manželství prochází krizí. Přestávají si rozumět a ztrácí dříve společné zájmy.
 - Tuto oblast hodnotím jednak pozitivně - podpora ze strany rodiny je veliká a L. ji pociťuje. Na druhou stranu se stále prohlubuje krize v manželství, kdy manžel s narůstajícím časem, kdy onemocnění stále pokračuje, přestává chápat, proč si L. stále nechce nechat pomoci.

Doporučila bych proto společné návštěvy klubu PPP, případně návštěvu manželské poradny.

3. 4. ZÁVĚR KAZUISTIKY

Protože pacientku znám z dob, kdy studovala na střední škole, můj první dojem byl šok. Tu sportovně nadanou a veselou dívku, kterou jsem vídala při školních zápasech v košíkové, jsem na své praxi opravdu nečekala a proto jsem si ji vybrala pro mou kasuistiku.

S pacientkou jsem měla možnost i osobního setkání a tedy i dalšího rozhovoru (po předčasném ukončení léčby). L. by ráda pokračovala ve studiu demografie v navazujícím magisterském studiu a poté v oboru najít zaměstnání. Zároveň by v budoucnu chtěla založit rodinu a je si vědoma toho, co pro to musí udělat, což pro ní může být velkou motivací. Vše záleží na zlepšení jejího zdravotního stavu a vyřešení manželské krize.

Jako špatný krok vidím předčasné ukončení léčby, které by dle mého doporučení mělo navázat alespoň ambulantním docházením k psychologovi nebo psychiatrovi, za ideální však považuji opětovnou hospitalizaci a následné docházení do denního stacionáře PPP na Psychiatrické klinice. Nejenže sama uznává že pobyt přináší výsledky, je zde schopná dodržovat stravovací režim a nezvracet, což jak přiznává doma ani při ambulantní péči zatím sama nezvládá.

Pacientka má o sobě nízké mínění a pro uzavřenost je těžké ji motivovat. Jako pozitivní vnímám pacientčiny zájmy a chuť účastnit se terapií.

4. ZÁVĚR

Snahou této bakalářské práce bylo podat ucelený obrázek o oblasti, ve které by ergoterapie měla mít nezastupitelnou roli

Problematika poruch příjmu potravy je velmi složitá a často veřejnosti nepochopitelná, ačkoli v posledních letech vyšlo mnoho článků a knih o poruchách příjmu potravy. Mnoho laiků nechápe, co nutí dívky, i přes jejich nízkou tělesnou hmotnost hubnout, co je nutí zvracet a používat projímadla, co je příčinou této patologie.

O to složitější je včasné rozpoznání této poruchy, ale také návrat do běžného života po ukončení léčby.

Právě ergoterapie by měla pomáhat zvládat každodenní činnosti, které jsou základní lidskou potřebou a mají také léčivý účinek.

V teoretické části jsem se zaměřila na vysvětlení základních pojmů problematiky poruch příjmu potravy a kognitivně – behaviorální terapie. V praktické části práce jsem se zabývala konkrétním případem ve formě kazuistiky a rozhovoru, kde jsem se snažila nahlížet na problematiku z pohledu ergoterapeuta.

Doufám, že pro případné čtenáře bude tato práce přínosem.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Bouček, J.: Psychoterapie, Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Olomouc 2002
2. Cohen, M.R. : Nejčastější psychiatrické poruchy v praxi, Portál 2002
3. Krch, F. D. : Článek Aspirace v léčbě poruch příjmu potravy. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii, Supplementum (2001)
4. Krch, F.D. : Mentální anorexie, Portál, Praha 2002
5. Krch, F. D. a kolektiv : „Poruchy příjmu potravy” Grada, Praha 1998
6. Krch, F. D. : „Bulimie – Jak bojovat s přejídáním” Grada, Praha 2000
7. Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy, Grada, Praha 1997
8. Maloney, M., Kranzová, R.: O poruchách příjmu potravy, NLN 1997
9. Claude-Pierre, P. : Tajná řeč a poruchy příjmu potravy, Pragma, Praha 2001
10. Beeken, Claire / Greenstreet, Rosanna (1997): *My Body My Enemy. My thirteen year battle with anorexia nervosa*. London: Harper Collins
11. Možný P., Praško J. : Kognitivně – behaviorální terapie : úvod do terapie a praxe, Triton, Praha 2002
12. Málková, I., Krch, F. D. : „SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu” , Portál, Praha 2001
13. Novák, L. : Základy psychologie, S & M, Praha 1992
14. Fischer M. : The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents : A review, Adol Medicíně 2003; 14 : 149 - 158
15. www.kbtinstitut.cz
16. www.lfl.cuni.cz

6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- MA - mentální anorexie
- MB - mentální bulimie
- PPP - poruchy příjmu potravy
- KBT - kognitivně - behaviorální terapie
- BMI - index tělesné hmotnosti (z anglického Body Mass Index)
- LTV - léčebná tělesná výchova
- WRI - worker role interview
- MKN 10 - mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
- HAK - hormonální antikoncepce