

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY - MOŽNOSTI A MEZE PEDIATRICKÉ INTERVENCE

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Práce se zabývá složitým psychologickým pozadím problematiky poruch příjmu potravy. Přibližuje kognitivně behaviorální psychoterapii, která se orientuje na poruchu vnímání tělesného zjevu (deviaci body image). Je doplněna kazuistikou. Zdůrazňuje některé psychologické aspekty nemoci, které vymezují možnosti pediatrické intervence u poruch příjmu potravy.

Klíčová slova: anorexie, bulimie, body image, psychoterapie.

EATING DISORDERS - OPPORTUNITIES AND LIMITS OF PEDIATRIC INTERVENTIONS

This article deals with complicated psychological background of eating disorders. It explains cognitive behaviour therapy of disturbance of body image. The case report is included. The purpose of this article is to accent some psychological aspects of eating disorders and to discuss the opportunities and limits of pediatric interventions.

Key words: eating disorders, body image, psychotherapy.

Úvod

V posledních 10 letech jsme svědky zvýšené incidence poruch příjmu potravy v naší populaci. Přibývá dívek, které mají již v prepubertálním období projevy mentální anorexie. Přibývá ovšem na druhé straně i chlapců, kteří mají mentální bulimii (4, 6, 7, 10).

Mentální anorexie je dlouhodobě známé onemocnění, se kterým mají pediatri ze své praxe dostatečnou zkušenost. Jsou to především oni, kdo při běžné preventivní prohlídce zjistí tělesnou změnu, zejména podváhu dítěte, nedostatečnost kalorického příjmu, zimomřivost, hormonální deficit a podobně.

V případech, že se na svých závěrech shodnou s rodiči (což zdaleka nebývá vždy), zahájí léčbu, která spočívá ve snaze urychleně napravit tělesný stav. Obvykle má taková léčba charakter striktních příkazů, kterými se má dívka řídit, aby svou hmotnost zlepšila. Jsou doporučovány vitamínové přípravky nebo homeopatika. V prvních týdnech se obvykle zdá, že se spolupráce docela daří. Hmotnostní přírůstek pacientky v rozmezí 1–2 kg bývá odměnou pediatrovvy snahy. Pak následuje rozčarování, protože se další zlepšení nedostavuje. První zklamání je obvykle provázeno pocitem úžasu a zděšení současně. Proboha, proč se léčba nedaří, když je dívka tak inteligentní a „měla by být tudíž dostatečně soudná, aby viděla, jak hrozně vypadá?“ Odpověď psychiatra zní: Nikoli – není tomu tak, pediatr se mýlí.

V mysli nemocné dívky se vytváří zcela jiná představa vlastního vzhledu, která není reálným odrazem skutečnosti. Hovoříme o deviaci body image, eventuálně o chybné tělesné zkušenosti („body experience“) (1, 2, 8) (obrázek 1). Dívka se nevidí, jaká skutečně je. Navíc se bojí, jaká bude, až přibere. Každá změna ji děsí. Všechny pocity s tím spojené jsou důkazem složitosti celého problému. Tělo je pouze nástrojem (nebo obětí?) těžké duševní nemoci, která má, byť se to zdá nepochopitelné, jen vzdálenou souvislost s výživou a hmotností.

Je spousta cest, pomocí nichž se snažíme přiblížit pacientčině „duši“ (pozn. autorka používá termín s plným vědomím jeho nevědeckosti, jen s cílem stručně vyjádřit šíři a složitost vnitřního života, která přesahuje obvyklý rá-

mec termínu „psychický stav“). Klíčem, který může otevřít vnitřní život dívky, je především psychoterapie. Existují různé psychotherapeutické směry, které vedou různými cestami a používají různé techniky.

Cílem sdělení není uvedení jejich přehledu, nýbrž demonstrace konkrétního přístupu, který vychází z kognitiv-

Obrázek 1. Názorná ilustrace „deviace body image“



ně behaviorální terapie. Snaží se vysvětlit, proč má pediatrická intervence, zaměřená především na změnu tělesného stavu, své limity, a proč nelze poruchy příjmu potravy chápat jen jako poruchy výživy.

Teoretická východiska

Podle A. T. Becka, zakladatele kognitivní terapie, je primární dysfunkční kognicí (myšlenkou a současně představou) u dívky s anorexií kognice, že je „tlustá nebo neforemná“ (5). Hovoří se často o zkresleném vnímání vlastního těla (poruše body image). Body image, tedy představa vlastního těla, je termín poněkud vágní – vztahuje se k tělesnému a není přitom synonymem téhož. Jak vzniká zkreslená představa o svém tělesném vzhledu a jak s ní pracovat?

Není zatím přesně známo, co tak zásadního se ve vývoji stane, že se psychologický obraz (představa o sobě) tolik vzdálí realitě. Psychologové vysvětlují zkreslené vnímání vlastního těla procesem internalizace a projekce (1). Zkreslená představa o sobě může vzniknout zabudováním (zvnitřněním) různých pocitů, prožitků a klíčových okamžiků života. Pokud je například hlavním výchovným krédem v rodině „vypadat dobře“, často na úkor citovosti a vzájemnosti, může dívka tento postoj pevně zabudovat do svých hodnot a tělesný vzhled se pro ni stane dominantní hodnotou. Kulturní trendy současnosti tento postoj hodně posilují. Jiným přijatelným vysvětlením je, že dívka pouze projikuje svoje pocity přes tělo a nabývá tak dojmu, že má schopnost si „přes tělo udržovat kontrolu nad sebou“. Tento „mýtus transformace“ lze přeložit do jednoduchého vyjádření: „Když změním tělo, mohu změnit sebe, budu pro svět víc působivá.“ Dysfunkční kognice „jsem tlustá a neforemná“ ovlivňuje zásadním způsobem jak afektivní stav dívky, tak i vzorce jejího chování (obrázek 1). Provádění kognitivní restrukturalizace je u těchto pacientek velmi náročné a zahrnuje sebesledování důležitých myšlenek a chování, následně pak zpochybnění problematických myšlenek na základě diskuze – podobně, jak jsou tyto postupy užívány u jiných psychologických poruch (fobií, depresí). Odkazujeme v tomto místě na příslušnou literaturu (3, 6, 7).

Je samozřejmé, že se snažíme v rámci léčby tuto zkreslenou představu, kterou dívka o sobě má, změnit. Volíme často na počátku psychoedukaci, která ji má přesvědčit o tom, že jsou její znalosti o funkci a stavbě těla mylné. Pro takové účely máme nejrůznější pomůcky, které ji mají přesvědčit (model lidského těla, anatomické atlasy atd.).

V další fázi zpochybňujeme problematické myšlenky, které obvykle vyplynou ze záznamu myšlenek, a pracujeme na jejich přebudování.

Jednou z metod, která nás může víc k pacientce přiblížit, protože pomůže odhalit její zkreslené vnímání vlastního těla, je metoda měření odhadu tělesných rozměrů (body size estimation). Byla vypracována a použita Sladem a Russelem už na počátku 80. let (9). Používá se v současnosti v různých obměnách, nejčastěji se používají speciální videoprogramy. V běžné klinické praxi můžeme zůstat u klasického měření. Ve zjednodušené podobě nám stačí jen tabule, tužka nebo křída, antropometrické měřidlo a pravítko.

Měření odhadu tělesných velikostí (Body Size Estimation)

Metoda je založena na jednoduchém propočtu indexu vnímání těla (Body Perception Index, BPI). Srovnáváme vlastně reálné tělesné rozměry s těmi, které pacientka vnímá (odhaduje). Měříme několik rozměrů frontálních, eventuálně profilových. Obvykle měříme tyto rozměry: obličej (vzdálenost lícnicích kostí), ramena, hrudník, pas, boky (vzdálenost mezi kyčlemi). Profilové rozměry zahrnují: hrudník (na úrovni prsou), pas, hýždě, stehna (středová úroveň). Pacientku požádáme, aby zkusila odhadnout a zakreslit, „jak je rozměr, který právě měříme, asi velký.“ Pacientka zakresluje odhadovanou velikost měřeného rozměru na tabuli (vychází tedy z vlastní představy o sobě), zatímco my současně příslušný rozměr měříme. Základní propočet je jednoduchý a vychází ze vzorce (9):

$$\text{index (BPI)} = \frac{\text{vnímaný rozměr}}{\text{skutečný rozměr}} \times 100 (\%)$$

Okamžitě spolu s pacientkou zjistíme, jak moc pacientka své rozměry nadhodnocuje, zda nadhodnocuje některé rozměry nebo celé tělo, apod. Není výjimečné, že jsou rozměry odhadované pacientkou, téměř dvojnásobné! Obvykle se za patologický odhad považuje nadhodnocení o více než 35 % proti realitě. Někdy pak stačí jen komentář: „Tak se mi zdá, že máš něco proti svým stehnům, event. ty nemáš ráda svoje boky, že?“ Dost často se stává, že odhalíme do té doby hluboce utajovanou bolest, což nám pomůže pokračovat v další psychoterapii. Literatura posledních let potvrzuje, že dívky, které trpí mentální bulimií, mají mnohem výraznější zkreslení vnímání vlastního těla, svoje tělo nenávidí a v měření odhadu dosahují podstatně vyšších hodnot.

Jednoduchost metody dovoluje libovolné opakování měření v průběhu léčby a sledování vývoje (přijetí těla).

Videomonitoring (videoshapetherapy)

Pokud se nám podaří přiblížit se k pacientce aspoň tak, že otevřeně hovoří o své nespokojenosti, eventuálně o ochotě něco změnit, narazíme na druhý problém. Tim je strach ze změny těla. Nám se obvykle daří zahájit spolupráci slibem, že vše, co se bude s tělem odehrávat, můžeme systematicky s pomocí kamery monitorovat. Videozáznamy pak dle potřeby procházíme. Jako terapeuti samozřejmě dobře víme, že je jistá tělesná změna potřebná. Pacientka je ochotna ji přijmout teprve tehdy, když se hmotnost skutečně změní (u anorektiček), eventuálně upraví či stabilizuje (u bulimiček). S pomocí videozáznamů můžeme lépe argumentovat proti katastrofické představě o změně těla, kterou pacientka má.

Videomonitoring, event. „tvarování těla“ s pomocí videotechniky, bývá vědeckou součástí léčby. Umožňuje konstantní zpětnou vazbu. Každá pacientka má nakonec svoji vlastní videokazetu, která zachycuje vývoj stavu jejího těla. Stalo se opakovaně, že pacientky přicházely i po velmi dlouhé době s přáním znovu konfrontovat svoje současné pocity s bývalými. Mají potřebu se k nim znovu na chvíli vrátit, aby se případně, v době pochybností, znovu obrnily rozhodnutím „tak tohle už nikdy!“. Teprve v takových oka-

mžících jsou schopny abreakce, obsáhle komentují řadu dalších pocitů, které do té doby zůstávaly skryty.

Je samozřejmé, že nelze uvést všechny jednotlivé detaily léčby. Kognitivní terapie, tedy práce s dysfunkčními myšlenkami, je mnohem rozsáhlejší a představuje časově náročný proces. Zachytili jsme jen jednu část, která se nám celkem v praxi osvědčila. Uvědomujeme si, že zkreslené vnímání vlastního těla představuje pouze jeden aspekt v komplexu dalších problémů u poruch příjmu potravy.

V terapii bychom neměli zapomínat na to, abychom v rámci obnovy pozitivních pocitů použili i *pocitovou terapii*, která zahrnuje např. nahřívání končetin infračervenou lampou spolu se sledováním pocitů v těle a jejich změn atd. Součástí behaviorální terapie je i *psychoedukace*, zaměřená na přiměřené složení stravy. Pacientka zaznamenává svůj příjem jídla, zapisuje své myšlenky a pocity spojené s jedením.

Uvádíme kazuistiku s přehledem poskytnuté terapie. (Pozn. Kromě systematické terapie probíhaly běžné kontroly a pohovory s rodiči, které neuvádíme. Z přehledu vyplývá, že ani kognitivní terapie ani videomonitoring nebyly rigidními součástmi každého setkání.)

Kazuistika

Šestnáctiletá dívka, vždy zdravá, měla jen lehkou skoliózu. Mívala 51 kg při 161 cm. Studuje 3. ročník obchodní akademie. Rodina úplná, vztahy harmonické, starší bratr, vyučený.

Současné potíže: Od nástupu na střední školu začala omezovat jídlo. Konstatovala, že tam mají „hodně holek, co mají anorexii nebo bulimii, mluví se o tom...“ Nebývala silná, ale občas ji bratr nebo někdo jiný řekl, „ty máš ale zadek!“ Po lyžařském výcviku začala jíst převážně zeleninové saláty, všechno jídlo si připravovala na vodě, květák utírala do ubrousku, aby otřela sebemenší zbytky tuku. Když měla jen 43 kg, slíbila dětské lékařce, že přibere. Místo toho zhubla na 35,80 kg (BMI 13). Sama při úvodním pohovoru sdělila, že nemá žádný problém. Snad něco s jídlem. Hodně se změnila, nic ji nebaví, je pořád naštvaná. Zdálo se jí, že je tlustá. Teď už není, je s postavou spokojená.

Terapie – přehled

V listopadu 1998 jsme provedli měření BPI – nadhodnocení v rozměrech pas, hýždě, stehna (160–170%). Subjektivně skutečně potvrdila, že si myslí, že je v pasu široká, že má tlustá stehna a zadek. Měla strach ze změny těla. Zahájili jsme systematické sledování jídelního režimu, pacientka si začala zaznamenávat své myšlenky a pocity týkající se jídla a vlastního vzhledu. Hmotnost byla 35,80 kg.

I. cíl – hmotnost 46 kg (BMI 18)

II. cíl – hmotnost 48–50 kg (normalizace).

V dalším sezení jsme provedli psychoedukaci s pomocí instruktážního videofilmu, po něm diskuze, zpětná vazba. Pacientka si stěžovala na zimomřivost. Byla seznámena s výsledkem denzitometrického vyšetření, které prokázalo těžkou osteopenii – to vedlo k posílení motivace. Rozebrali jsme s pacientkou její jídelní záznam a související myšlenky.

V prosinci 1998 proběhl první videozáznam a následovala diskuze. Pacientka si uvědomila své vadné držení těla, ochablost. Stěžovala si na vypadávání vlasů. Rozebrali jsme záznam jídelního režimu a myšlenek a pocitů, provedli psychoedukaci – somatické komplikace poruch příjmu potravy (přitom jsme použili názorné pomůcky).

V lednu 1999 jsme natočili videozáznam, proběhla diskuze. Pacientka uvedla, že ji děsí, jak jedna spolužačka po léčbě ztloustla a holky ji pomlouvají. Rozebrali jsme záznam jídelního režimu, probrali a zpochybnili dysfunkční kognice. Provedli jsme pocitovou terapii (vnímání tepla a tělesných změn na jedné a druhé končetině). Provedli jsme další měření BPI, zatím bez výrazných změn. Hmotnost byla 40,60 kg.

V březnu na další kontrole jsme natočili videozáznam, provedli zpětnou vazbu. Zkusili jsme zlepšit držení těla cvičením u zdi. Cítila se lépe, byla spokojená. Konstatovala, že vypadá líp, není ji taková zima. Vlasy jí padaly stále. Rozebrali jsme záznam jídelního režimu, myšlenek, pocitů. Hmotnost byla 43,30 kg.

Na kontrole v dubnu 1999 jsme provedli rozbor záznamu jídelního režimu. Lehce se obávala konfrontace s videozáznamem. Určitě už jí jsou malé plavky! Přesto své změny přijala, uklidnila se. Proběhla diskuze. Hmotnost byla 44,20 kg (strach z čísla 45? – symbolizuje přelom). Pozornost jsme orientovali na pocity. Stanovili jsme si plán – pohovor s matkou, změnu šatníku.

V září 1999 jsme pokračovali ve videozáznamech. Přijala je s radostí, byla opálená, ráda viděla svoje tělo.

Pacientka uvedla, že se cítí lépe, ale má obavu, že boky už jsou moc široké. Stále prováděla za domácí úkol záznam svého jídelního režimu, myšlenek a pocitů. Provedli jsme psychoedukaci – anatomická stavba těla, kostra a pánev, postavení kyčelních hrbolů, které určuje šíři boků. Vše přijala. Při diskuzi tělo jako celek vnímala „akorát“. Nedařilo se jí držet vzpřímenou figuru, opět jsme cvičili u zdi. Vlasy jí už nepadaly. Hmotnost byla 45,50 kg.

Na další zářijové kontrole jsme opět natočili videozáznam, diskutovali jsme. Provedli jsme kontrolu BPI – došlo k mírnému zlepšení, ale stále nadhodnocovala v oblasti dolní části těla. Došlo k výraznému zlepšení pocitů a sociální integrace. Hmotnost byla 46,60 kg.

Další videozáznam a diskuze proběhly v listopadu 1999. Zaměřili jsme se na kognitivní restrukturalizaci (akceptovala myšlenku „Kostru nezměním, širší pánve je daná. Je to kostra, ne tuk, co ji určuje.“). Hmotnost byla 47,50 kg.

V lednu 2000 jsme opět provedli videozáznam, diskutovali jsme. Byla spokojená, cítila se dobře, své tělo přijímala. Přestala si vést jídelní deník, obtěžovalo ji to. Měla hodně nových aktivit, například pravidelný aerobik 4× týdně. Kontrolní měření prokázalo zlepšení odhadu (BPI). Přetrvávalo lehké nadhodnocení – obličej, dolní partie. Hmotnost byla 48,60 kg.

V březnu 2000 jsme natočili další videozáznam, diskutovali jsme. Odmítla další zvýšení hmotnosti, tak jí to stačí. Provedli jsme psychoedukaci – somatické komplika-

ce poruch příjmu potravy. Pacientka stále neměla menzes. Hmotnost byla 49,00 kg.

V květnu 2000 pacientka přišla s tím, že lehce zhubla. Asi přehnal cvičení. Chtěla začít s antikoncepcí – měla strach, říkali jí, že ztloustne! Zhubla preventivně? Připustila to. Natočili jsme další videozáznam, v diskusi jsme se vrátili k prvním záznamům. U pacientky byla zjevná změna postoje: „Už nikdy zpět k tomu stavu, raději uberu cvičení!“.

V červenci 2000 jsme provedli kontrolní měření BPI – jen obličej 140 %, ostatní partie těla 90–110 %. Došlo k lehkému snížení hmotnosti na 47,40 kg. Obávala se nasazení antikoncepce. Po natočení videozáznamu jsme se opět vrátili k prvním záznamům. Znovu byla kritická („už nikdy!“). Rozhodla se zredukovat cvičení (aerobik jen 2× týdně, místo 4×).

V srpnu 2000 jsme natočili poslední videozáznam, diskutovali jsme. Přijímala se, byla spokojená. Udržovala si dobré držení těla. Její tělesná hmotnost byla stabilizovaná. Měla hodně aktivit, chodila pravidelně na diskotéky. Brala antikoncepci, přitom neztloustla, jak se obávala. Hmotnost byla 48,30 kg.

Komentář

Při kontrole po dvou letech jsme zjistili, že stav pacientky je i nadále uspokojivý. Studuje vyšší odbornou školu v jiném městě, má řadu přátel, odpovídající zájmy. Byla na dovolené s kamarádkami u moře. Prožila několik kratších vztahů, nemá zatím stálého partnera. Její tělesná hmotnost je stabilní a v mezích normy.

Diskuze

Poruchy příjmu potravy jsou závažné psychické nemoci, které mohou hluboce zasáhnout do psychického a tělesného vývoje pacientky. Mají vztah k řadě psychologických jevů, které provázejí dospívání, jako je např. rozvoj autonomie v kontrastu se závislostí na rodině. Souvisejí s upevněním sebeúcty, sebedůvěry a sebpřijetím. Odrážejí individuální schopnost vyrovnat se s požadavky, které na mladé lidi klade dospívání a vstup do dospělosti. Zatímco mnozí dospívající nemají problém se vyrovnat s novými sociálními a sexuálními nároky, které na ně dospělost klade, pro některé křehčí typy osobností mohou být nové nároky jen obtížně zvládnutelné. Tak se může stát, že se někde ve vývoji zablokují. Představme si obrazně, že jsou jak motýl, který se bojí opustit kuklu, rozvinout křídla a letět. Anorexie některým dospívajícím umožní setrvat v ta-

Literatura

1. Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of treatment for eating disorders. The Guilford Press, New York, 1997: 528 s.
2. Guaraldi G, Orlandi E, Boselli P, Tartoni PL. Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychother. Psychosom.*, 1995; 64: 149–155.
3. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Kognitivně behaviorální terapie u psychiatrických problémů. Oxford medical publications, 1989: 303 s.
4. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, Praha, 2000: 492 s.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of psychiatry. Williams and Wilkins, 1994: 1257 s.

kovém bezpečí „zakuklení“. Změna tělesné velikosti a tudíž i změna hmotnosti je může děsit stejně, jako svět kolem nich. Nejsou pro dospělost připraveni. Strach z dospělosti je pro ně typický a lze ho dokonce prostřednictvím škál měřit. Je proto obtížné očekávat, že diktát ohledně úpravy tělesné hmotnosti, který jim obvykle pediatr určí, přijmou. Nepřijmou ho, protože ho přijmout mohou. Na tom obvykle ztroskotá pediatrická intervence.

Je nabíledni, že se léčba bez dlouhodobé psychoterapie neobejde. V podobných psychologických důvodech lze také najít vysvětlení, proč se anorexie vrací, proč je nutné někdy pacientku rehospitalizovat a proč jindy, přes intenzivní psychoterapii, stav vyústí do chronicity.

Je samozřejmě potřebné začít s léčbou co nejdříve, protože čas sehrává negativní roli. Čím delší trvání poruchy příjmu potravy, především anorexie, tím víc dlouhodobých somatických komplikací.

Cílem každé terapie je nabídnout cesty k uzdravení. V případě poruch příjmu potravy bude výběr psychologické techniky, ať půjde o rodinnou, psychodynamickou nebo kognitivně behaviorální psychoterapii, záležet na základní orientaci terapeuta.

Závěr

Incidence poruch příjmu potravy se v naší zemi v posledních deseti letech zvýšila. Obvykle bývá uváděno, že se na rozvoji nemoci podílejí sociokulturní faktory a faktory neurobiologické. První, především mediálně proklamované ideály subtilní ženské krásy, jsou bezprostředně zodpovědné za rostoucí incidenci nemoci. Druhé, neurobiologické faktory, jsou spíše zodpovědné za závažnost průběhu nemoci.

Pediatr je obvykle prvním činitelem, který vstupuje do terapeutického procesu. Primární diagnostika a pediatrická intervence je důležitá. Může být samozřejmě také úspěšná, protože je řada poruch, které jsou pouze atypickými formami nemoci. Jde obvykle o lehčí varianty průběhu, kdy ještě nejsou naplněna kritéria pro anorexii nebo bulimii. Obvykle jde například jen o anorektické nebo bulimické pokusy, pomocí kterých se dívka snaží snížit hmotnost.

Složitost problematiky, kterou jsme se snažili především z pohledu psychologických souvislostí přiblížit, by měla být vysvětlením, proč má pediatrická intervence svá úskalí a své meze.

6. Krch FD. Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. Grada, Praha, 2000: 120 s.
7. Papežová H. Anorexia nervosa. PCP, Praha, 2000: 76.
8. Probst M, Vandereycken W, Vanderlinden J, Van Coppenolle H. The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *Int. J. Eat. Disord.*, 1998; 24: 167–174.
9. Slade PD, Russel GFM. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol-Med.*, 1973; 3: 188–237.
10. Stárková L. Mentální bulimie u mužů. *Psychiatrie pro prax*, 2002; 5: 202–205.