

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**Studijní obor:**

**Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii**

**Diplomová práce k bakalářské zkoušce**

**ZAVEDENÍ NÁSLEDNÉ KOMUNITNĚ-SKUPINOVÉ  
PÉČE U PORUCH PŘIJMU POTRAVY**

*(Zkrácená verze pro [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz))*

**Antonín Klecanda**

**Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek**

**Praha**

**Srpen 2004**

*Prohlášení*

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.

V Praze dne 20. srpna

.....

### *Poděkování*

Děkuji Mgr. Janu Kulhánkovi za odborné vedení a konzultace které mi poskytl při vypracování této bakalářské práce.

Dále děkuji pracovníkům 3. oddělení Psychiatrické kliniky VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2, v čele s vedoucí oddělení Doc. MUDr. Hanou Papežovou, CSc, za poskytnutí odborné praxe, odborných i praktických rad a možnost realizace projektu Následné péče.

Diplomové práce se půjčují  
p o u z e p r e z e n ě n ě !

**U Ž I V A T E L**

potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci:

Klecanda, A.: Zavedení následné komunitně-skupinové péče u  
poruch příjmu potravy

využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně  
citovat jako jakýkoli jiný pramen.

<b>Jméno uživatele, bydliště</b>	<b>Katedra (pracoviště)</b>	<b>Název textu, v němž bude zapůjčená práce využita</b>	<b>Datum, podpis</b>

<b>Jméno uživatele, bydliště</b>	<b>Katedra (pracoviště)</b>	<b>Název textu, v němž bude zapůjčená práce využita</b>	<b>Datum, podpis</b>

## Obsah

<b>1. Obecná část</b>	9
<b>1.1 Úvod</b>	9
<b>1.2 Poruchy příjmu potravy</b>	12
1.2.1 Obecně o poruchách příjmu potravy	13
1.2.2 Mentální anorexie	14
1.2.3 Atypická mentální anorexie	18
1.2.4 Mentální bulimie	19
1.2.5 Atypická mentální bulimie	21
1.2.6 Další poruchy příjmu potravy	22
<b>1.3 Sociální aspekty poruch příjmu potravy</b>	24
1.3.1 Rodina	24
1.3.2 Sociální třída	27
1.3.3 Bydliště	27
1.3.4 Sociální vztahy	28
<b>1.4 Tělesná proměna a její význam</b>	30
1.4.1 Pubescence	30
1.4.2 Adolescence	36
<b>1.5 Vliv médií</b>	39
1.5.1 Ovlivňují média nárůst poruch příjmu potravy?	39
1.5.2 Reklamy na diety	45
1.5.3 Soutěž MISS ČR a anorexie	48
<b>1.6 Poruchy příjmu potravy u mužů a u žen</b>	53
1.6.1 Výskyt poruch příjmu potravy u mužů a u žen	53
1.6.2 Vnímání tělesného schématu	54
1.6.3 Příčiny rozdílného náhledu na tělesné schéma	56

<b>1.7 Způsoby léčby poruch příjmu potravy</b>	59
1.7.1 Motivace k léčbě	59
1.7.2 Ambulantní péče	63
1.7.3 Svépomocné skupiny	64
1.7.4 Stacionáře	66
1.7.5 Lůžková oddělení	67
<b>1.8 Využívané psychoterapie při léčbě</b>	70
1.8.1 Vymezení pojmu psychoterapie	70
1.8.2 Psychoedukace	74
1.8.3 Režimová léčba	76
1.8.4 KBT	78
1.8.5 Skupinová psychoterapie	80
1.8.6 Individuální psychoterapie	82
1.8.7 Rodinná terapie	85
<b>1.9 Další prvky léčby</b>	88
1.9.1 Komunita	89
1.9.2 Arteterapie	91
1.9.3 Ergoterapie	93
1.9.4 Relaxace	94
1.9.5 Farmakoterapie	95
<b>1.10 Shrnutí</b>	99
<b>2. Praktická část</b>	101
<b>2.1 Úvod k následné péči</b>	101
<b>2.2 Třetí oddělení, Psychiatrické kliniky VFN</b>	103
2.2.1 Lůžkové oddělení	103
2.2.2 Stacionář	107

<b>2.3 Proč následná péče?</b>	111
<b>2.4 Struktura následná péče</b>	115
<b>2.5 Motivace k následné péči</b>	117
<b>2.6 První zkušenosti s následnou péčí</b>	119
<b>2.7 Kazuistika</b>	121
<b>3. Závěr</b>	125
<b>Literatura</b>	128
<b>Přílohy</b>	
Terapeutická smlouva	
Tabulka životních událostí podle Holmese a Raheho	
Projekt: „Následná komunitně-skupinová péče“	
Manuál AT pro BIG SUR S5 od J. Skály	
Rozvrh stacionáře pro poruchy příjmu potravy	
Návrh plakátu na Mezioborovou konferenci o PPP	



# 1. OBECNÁ ČÁST

## 1.1 Úvod

„Člověk pozná sám sebe, teprve když se dostane do křížku s překážkou.“ (Exupéry, 2002, str. 75).

Za téma své bakalářské práce jsem si zvolil poruchy příjmu potravy. Proč právě toto téma? Má to několik důvodů. Od prvního ročníku studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií jsem měl možnost, a zároveň i povinnost, vykonávat praxi v nejrůznějších sociálních a psychoterapeutických zařízeních. K nejzajímavější a pro mě nejpřínosnější stáži jsem se dostal ve třetím ročníku. Byla to stáž ve Všeobecné fakultní nemocni na psychiatrické klinice, třetím oddělení, které se zabývá poruchami příjmu potravy. Jelikož jsem byl již ve třetím ročníku, bylo mi umožněno široké spektrum činnosti od příjmů, až po individuální terapii<sup>1</sup>. To vše pod supervizním vedením Doc. MUDr. H. Papežové, CSc. Je to tedy oblast, kde jsem měl možnost se detailně seznámit s léčebným zařízením, terapeutickými postupy, s pacienty i personálem a nasbírat mnoho zkušeností.

Za svůj největší úspěch na tomto oddělení považuji, že mi schválili projekt následné péče pro klientky, které prošly léčbou poruch příjmu potravy (především mentální anorexie a mentální bulimie). Právě o této následné péči pojednává má bakalářská práce.

---

<sup>1</sup> Součástí studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií je rovněž psychoterapeutický výcvik, díky němu mohu vykonávat stáže v oblasti psychoterapie.

Dalším důvodem, proč jsem si vybral právě tuto oblast je, že se jedná o poruchy které jsou na světě velmi dlouhou dobu, ale až v posledních několika letech jsou systematicky studovány a zkoumány. Přestože máme dochované zprávy, že poruchy příjmů potravy se vyskytovaly již za dob starých Řeků, poprvé se o nich zmiňuje až Hippokrates. Tyto zmínky však ještě zdaleka nevedly k podrobnějšímu popsání těchto poruch. Bulimie, jedna z nejčastějších poruch příjmu potravy, byla popsána až roku 1979. Přitom zhodnotíme-li chování starých Římanů, kteří v průběhu hostiny použili husí brk, aby vyzvraceli stravu a mohli dále pokračovat v přejídání, nejedná se o nic jiného, než právě bulimii (dle MKN-10 by šlo o atypickou mentální bulimii).

Klinika Mayo prokázala, že od padesátých let, každých 5 let vzrůstá počet nemocných anorexií o 36%. V ekonomicky vyspělých státech se výskyt psychogenních onemocnění-mentální bulimie a mentální anorexie pohybuje kolem 5% až 6% v celkové populaci dívek a mladých žen. V České republice je tato hodnota zatím nižší, ale má stále stoupající tendenci. Ze statistických údajů víme, že 10% nemocných anorexií umírá. Přes tyto a mnohé další často uváděné údaje, je společenský tlak na to, aby ženy byly štíhlé až anorektické. Kult štíhlosti je prezentován v televizi, novinách, časopisech a mnohých dalších médiích.

Největší "boom" v oblasti poruch příjmu potravy byl od šedesátých a sedmdesátých let dvacátého století v západní Evropě a Severní Americe. V této souvislosti se o poruchách příjmu potravy hovoří jako o "módních nemocech", podobně jako to byla "hysterie" ve století devatenáctém, či "tanec sv. Víta" ve středověku.

A nyní již k mé vlastní práci. Moje diplomová práce je klasicky koncipovanou prací, která je rozčleněna na dvě části, část obecnou a na část praktickou.

V obecné části se zaměříme na to, co jsou to poruchy příjmu potravy, jaké všechny známe a jak často se vyskytují. Probereme si podrobně období dospívání, ve kterém dochází nejčastěji ke vzniku poruch příjmu potravy. Dále rozebereme sociální aspekty poruch příjmu potravy a vliv médií na jejich vznik. Vzhledem k tomu, že tento druh poruch je především záležitostí žen, je jedna z kapitol věnována možným příčinám této skutečnosti. Když už budeme vědět co jsou to poruchy příjmu potravy, jejich pravděpodobné příčiny vzniku, vliv médií na jejich rozšíření a proč se častěji vyskytují u žen, než u mužů, tak přejdeme ke způsobu léčby a k terapeutickým způsobům, které jsou nejčastěji využívány.

Druhá, tzv. praktická část pojednává o zavedení následné péče pro pacientky s poruchami příjmu potravy na třetím oddělení Psychiatrické kliniky, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Nejdříve čtenáře seznámím se zmíněným léčebným zařízením a poté se samotnou následnou komunitně-skupinovou péčí. A proč jsem vlastně zaváděl něco, jako je následná péče? Na tuto otázku se pokusím podrobně odpovědět ve své práci. Jedním z hlavních důvodů však bylo, že procento relapsu je cca 50%. Tento samotný údaj nezní tak hrozně, jako když na chodbě nemocnice potkáváte dívky (ženy), které z léčby odešly například před třemi měsíci a jdou opět na příjem, jelikož to doma nezvládly. V závěru této části uvedu první zkušenosti po krátkém fungování skupiny následné péče a kasuistiku jedné dívky, která ji navštěvuje.

## 1.2 Poruchy příjmu potravy

V této kapitole si povíme, jak název napovídá, o poruchách příjmu potravy. Z velké části budeme vycházet z desáté revize mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-10). Cílem však není upnout se pouze na diagnózy, jelikož každý člověk je originální a pouhé „zaškatulkování“ nejenom, že není dostačující, nýbrž ani prospěšné. Čtenář se má seznámit s tím, co poruchy příjmu potravy obnášejí, jak se projevují a jaké jsou jejich diagnostická vodítka, dále je také důležité, aby se čtenář seznámil s tím, co by mohl považovat za poruchu příjmu potravy a přitom by se o ni nejednalo.

Pakliže by někdo na základě této kapitoly např. redukoval dívku trpící anorexií na pouhou anorektičku, učinil by něco podobného, jako když v soutěži MISS redukuje krásu na pouhou její fyzickou složku a to ještě s dosti pochybným vnímáním fyzické krásy (o tématu MISS bude více v kapitole 1.5.3).

Souhlasím se Z. Vybíralem (2004), který píše toto: „Ano, jsem přesvědčen o tom, že slova jako "anorektička", "bulimička", "klient" formují náš vztah k těmto lidem, že tento vztah kontaminují! Že náš vztah k nim kontaminují například naší povýšeností, povzneseností, domnělou převahou odbornictví a expertní kompetence (já jemu/jí rozumím, zatímco on/ona sobě nerozumí). Sémanticky výrazně výstižná a svébytná slova v naší mysli (říká se jim prekoncepce, někdy před-sudky) filtrují naše vnímání a přijímání druhých lidí, filtrují náslehy i pohled, filtrují dokonce naši vnitřní řeč, poznání přicházející z naší vlastní mysli! A pak - je tu hodně zpráv o tom, jak hluboce se některých lidí s duševní

poruchou či onemocněním dotýká to, že jim někdo druhý navlékne "svěrací kazajku ponižujícího slova". Ona slova jako neurotik, neurastenik, psychopat, deprivant, anorektička fungují zřejmě opravdu svíravě, stísňují mysl dotčeného člověka, ponižují ho. (Ne každého, jsou lidé, kteří taxonomické zařazení uvítají.)“ (Vybíral, 2004).

### **1.2.1 Obecně o poruchách příjmu potravy**

V mezinárodní klasifikaci nemocí nalezneme poruchy příjmu potravy pod behaviorálními syndromy spojenými s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Konkrétně jsou pod názvem poruchy příjmu jídla s označením F50. Pod pojmem porucha příjmu potravy popisujeme především dva důležité a jasně vyhraněné syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Zařazujeme sem rovněž méně specifické klinické poruchy, jako je nadměrné přejídání, pokud je sdruženo s psychickými poruchami a zvracení, související s psychickými poruchami.

V práci budeme používat názvu poruchy příjmu potravy, jelikož se jedná o ustálené spojení užívané širokou odbornou veřejností. Název poruchy příjmu jídla je používán jen v MKN-10 a zcela výjimečně v některých publikacích.

V desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí jsou obsaženy konkrétně tyto poruchy:

F50.0 Mentální anorexie

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.2 Mentální bulimie

F50.3 Atypická mentální bulimie

F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

F50.9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná

Nejvíce pozornosti budeme věnovat mentální anorexii a mentální bulimie. Mimo jiné je to proto, že klientky které docházejí na následně komunitně skupinovou péči, prošli léčbou právě těchto dvou poruch. Následná komunitně skupinová péče je však pro všechny, kteří prošli léčbou poruch příjmu potravy, proto se věnujeme i ostatním diagnózám.

### **1.2.2 Mentální anorexie**

MKN-10 uvádí, že mentální anorexie je charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si nemocný způsobuje a udržuje sám. Porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji jsou postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakožto i děti před pubertou a starší ženy až do menopauzy<sup>2</sup>. Mentální anorexie tvoří nezávislý syndrom v tomto smyslu:

- (a) klinické rysy syndromu se snadno poznají, takže diagnóza je spolehlivá s vysokou shodou mezi klinickými lékaři,
- (b) katamnestické studie ukazují, že značný počet pacientů, kteří se neuzdravili, stále vykazuje hlavní charakteristiky mentální anorexie v chronické formě.

---

<sup>2</sup> Právě proto, že je nejčastější výskyt u dívek a mladých žen, je v této první části práce často používáno výrazů dívky či mladé ženy, pro klientky které mají tuto poruchu. Vzhledem k tomu, že jde o práci v nemocničním prostředí, je v této obecné části užíváno i označení pacientky.

I když základní příčiny mentální anorexie nám dosud unikají, je stále zřejmější, že k vyvolání přispívá vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů, jakožto i méně specifické psychologické mechanismy a zranitelná osobnost. Nemoc je provázena podvýživou různé tíže s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchou tělesných funkcí. Zatím je určitá pochybnost v tom, zda charakteristickou endokrinní poruchu lze úplně přičíst podvýživě a přímému vlivu různých forem chování, které ji vyvolalo (např. omezený výběr jídel, nadměrný sport a změny ve skladbě těla, vyprovokované zvracení a používání laxativ, s následnou poruchou elektrolytové rovnováhy), nebo jsou-li ve hře také jiné faktory (MKN-10, 1992).

J. Kocourková uvádí metabolické poruchy, které vznikají při mentální anorexii. Autorka uvádí, že tyto poruchy jsou výslednicí nutričního strádání, indukovaného zvracení a abúzu laxativ, případně diuretik.

U osob, které si navozují zvracení nebo užívají laxativa a diuretika, se často objevuje hypokalemická alkalóza. Při laboratorním vyšetření je nápadný vzestup hladiny sérového bikarbonátu, hypochlorémie a hypokalémie, která se projevuje svalovou slabostí, dále únavou a srdeční arytmií. Srdeční arytmie může být předzvěstí náhlé srdeční zástavy, která se může stát fatální komplikací mentální anorexie.

Osoby s mentální anorexií jsou často dehydratované. Na rozvoji dehydratace se může podílet snížený příjem tekutin, zvracení, abúzus laxativ, ale také snížená sekrece vazopresinu. Dehydratace přispívá k hypotermii i k hypotenzii. Sekundární

hyperaldosteronismus, indukovaný sníženou perfuzí ledvin při dehydrataci, může dále prohloubit depleci<sup>3</sup> celkového tělesného kalia. Ve fázi nutričního strádání se projevují změny v krevním obrazu (anémie, leukopenie s relativní lymfocytózou a trombocytopenie). Dále může dojít k poškození jater (Kocourková, 1997).

A jaké jsou diagnostická vodítka? Podle MKN-10 je pro definitivní diagnózu nutné, aby byly přítomny všechny níže uvedené poruchy:

(a) Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla<sup>4</sup> je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.

(b) Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

(c) Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládavá myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

---

<sup>3</sup> Deplece: vyprázdnění obsahu tekutin v orgánu nebo cévě.

<sup>4</sup> Queteletův index hmoty těla (body mass index): BMI = váha [kg]/ (výška [m])<sup>2</sup>



(d) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-pituitární-gonádovou osu, se projevuje u ženy jako amenorrhoea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence (zřejmá výjimka je vaginální krvácení u anorektických žen, které jsou na náhradní hormonální terapii, obvykle ve formě antikoncepční pilulky). Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

(e) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorrhoei, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Dále je v MKN-10 uvedena Diferenciální diagnóza, ta nám říká, že mohou být přidruženy depresivní a obsedantní symptomy, jakož i rysy poruchy osobnosti, které vedou k obtížnému rozlišení. Je třeba odlišit somatické příčiny ztráty váhy u mladých pacientů, zahrnující chronické vyčerpávající nemoci, mozkové nádory a střevní poruchy, jako je Crohnova nemoc nebo malabsorpční syndrom (MKN-10, 1992).

### 1.2.3 Atypická mentální anorexie

Často se stává, že u té samé dívky někdo diagnostikuje mentální anorexii a jiný atypickou mentální anorexii. Mezi těmito dvěma poruchami není žádný velký rozdíl. V mezinárodní klasifikaci nemocí je uvedeno, že termín atypická mentální anorexie by se měl použít pro ty pacienty, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů mentální anorexie, jako je amenorrhoea nebo signifikantní úbytek váhy, ale kteří jinak vykazují téměř typický klinický obraz.



**Obr. 1: Dívka s mentální anorexií**

Převzato z internetové stránky: <http://mujweb.cz/zdravi/ppp> .

Zdánlivý problém však nastává například u dívek, které splňují všechny prvky mentální anorexie, ale např. nezvrací. Někteří terapeuti hodnotí tento stav jako mentální anorexii, jiní jako atypickou mentální anorexii. A proč píšu zdánlivý problém? Je to

z důvodu mého postoje k diagnózám. Pakliže pracujeme s člověkem, který trpí nějakou z poruch příjmu potravy (obdobně je tomu i v případě jiných poruch), je důležité navázat s ním terapeutický vztah, v rámci kterého máme možnost se zeptat na jeho obtíže a nemusíme se spoléhat na diagnózu stanovenou někým jiným. Ta se pak stává spíše záležitostí pro zdravotní pojišťovny. Tím ovšem nechci odsuzovat diagnostikování jako takové, nebo snad komunikaci mezi odborníky.

#### **1.2.4 Mentální bulimie**

F.D. Krch uvádí, že přes zdánlivou odlišnost vyhublých dívek s anorexií jsou si mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobné (Krch, 1999). Je sice pravdou, že jednotlivé příznaky se poměrně dost liší, u obou však je společná patologická kontrola váhy. Také se stává, že u dívky s mentální bulimií přejde bulimie do anorexie a podobně u dívek s anorexií se vyvine mentální bulimie.

Jak uvádí MKN-10 (1992), mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil „tloušťku vyvolávající“ účinky požití potravy. Výskyt podle věku a pohlaví je podobný jako u mentální anorexie, ale věk při začátku onemocnění bývá o něco málo vyšší. Může se zdát, že původně anorektická pacientka se lepší následkem zvýšené váhy a eventuálně i návratem menstruace, avšak zhoubný vzorec přejídání s následným zvracením se pak ustálí. Opakující se zvracení představuje možnost vzniku poruchy elektrolytů v těle a somatické komplikace (tetanii, epileptické záchvaty, srdeční

arytmie, svalovou slabost) a další značný úbytek váhy (MKN-10, 1992).

Stejně jako u mentální anorexie i mentální bulimie způsobuje mnoho somatických problémů, které jdou od poškození zubní skloviny, přes zvětšení příušních žláz až po toxické poškození myokardu.

Pro definitivní diagnózu mentální bulimie uvádí MKN-10 (1992), že je zapotřebí, aby byly přítomny všechny následující poruchy:

- a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
  
- b) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika. Když se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby.
  
- c) Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let. Tato epizoda může být plně vyjádřena a mít podobu mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy a(nebo) přechodnou fází amenorrhoe.

Mentální bulimie musí být odlišena od:

- a) poruchy horního gastrointestinálního traktu vedoucí k opakovanému zvracení (charakteristická psychopatologie není přítomna),
- b) obecnější poruchy osobnosti, neboť porucha v příjmu jídla může koexistovat se závislostí na alkoholu a s drobnými přestupky (např. krádeže v obchodech),
- c) depresivní poruchy (pacienti s bulimií často prožívají příznaky deprese).

Při skupinách na následné péči se často setkáváme s tím, že ženy trpící bulimií brali to, že mohli jíst a zároveň si udržet váhu jako něco, na co byly hrdé. Poté co se bulimie vzdávají, mají dva těžké úkoly současně, nesmějí se přejíst a vzdát se myšlenky na soustavnou kontrolu své hmotnosti.

### **1.2.5 Atypická mentální bulimie**

Podobně jako u atypické mentální anorexie by měl být tento termín užit pro ty pacienty, u nichž chybí jeden nebo více klíčových rysů, jak jsou uvedeny u mentální bulimie, ale u nichž se jinak projevuje téměř typický klinický obraz. MKN-10 (1992) nám uvádí, že toto obvykle platí pro pacienty s normální nebo nadměrnou váhou, ale s typickými obdobími přejídání

následovanými zvracením nebo užíváním projímadel. Také nejsou neobvyklé částečné syndromy společně s depresivními příznaky. Když depresivní příznaky opravňují ke zvláštní diagnóze depresivní poruchy, je dobré stanovit dvě samostatné diagnózy.

Problematicke zjednodušeného diagnostikování a pohledu na člověka jen skrze diagnózu jsme se věnovali v úvodu této kapitoly.

### **1.2.6 Další poruchy příjmu potravy**

V této části pojednáme o přejídání spojeném s jinými psychickými poruchami, zvracení spojeném s jinými psychickými poruchami, jiných poruchách příjmu jídla a o poruše jídle nespecifikované.

Do kategorie přejídání spojené s jinými psychickými poruchami zařazujeme například psychogenní přejídání. MKN-10 nám říká, že zde patří přejídání, které vedlo k obezitě, jako reakci na stresující událost. Ztráta blízké osoby, nehody, chirurgické operace a emočně stresující události mohou vyvolat „reaktivní obezitu“, zvláště u pacientů se sklonem k přibývání na váze.

Obezita může způsobit, že pacient je citlivý na svůj zjev a může vyvolat jeho nedůvěru v osobních vztazích. Subjektivní hodnocení rozměrů těla může být přehnané.

Obezita může motivovat k dietě, která naopak vede k méně závažným afektivním symptomům (úzkost, neklid, slabost a dráždivost) nebo méně často k závažným depresivním syndromům jako je „deprese z diety“ (MKN-10, 1992).

Obezita sama o sobě do této kategorie nepatří. MKN-10 se sice zabývá i tím, v jakých případech ji kam zahrnout, ale to není součástí této práce.

Zatím nikdo s touto diagnózou, ani s diagnózami které budou následovat do skupin následné péče nechodí. Rovněž jsem se s nikým neseťkal při mé stáži na oddělení poruch příjmu potravy, proto jsou možná v průběhu práce tyto diagnózy poněkud opomíjeny.

Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami může nastat u dissociativních poruch, u hypochondrické poruchy, kde zvracení může být jedním z několika tělesných symptomů, a v těhotenství, kdy emoční faktory mohou přispět k opakované nauzeze a zvracení.

MKN-10 (1992) uvádí, že zde zahrnujeme psychogenní hypertenzi těhotných, psychogenní zvracení.

Další diagnózou jsou „jiné poruchy příjmu jídla“ řadíme sem piku neorganického původu u dospělých a psychogenní ztrátu chuti k jídlu. Pika je porucha chuti vedoucí ke sklonu polykat nepoživatelné věci.

Poslední s diagnóz o které se zmiňuje mezinárodní klasifikace nemocí je porucha příjmu jídla nespecifikovaná. Sem, jak název napovídá, řadíme poruchy příjmu potravy jinde nespecifikované.

### **1.3 Sociální aspekty poruch příjmu potravy**

„Od té doby, co mám problémy z jídlem, se mi všechno hroutí. Vztah s matkou není už to, co dřív. Nemám žádné kamarády, jelikož jsem na ně protivná a nemám na ně čas. A teď je to horší i ve škole“ (dívka s bulimií, 20 let).

Jak bylo řečeno v předchozí kapitole, k vyvolání anorexie i dalších poruch příjmu potravy přispívá vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů, jakož i méně specifické psychologické mechanismy a zranitelná osobnost.

V této kapitole se zaměříme na sociální aspekty související s poruchami příjmu potravy. Do oblasti sociokulturního vlivu patří i vliv médií, o tom však bude samostatně pojednáno v kapitole 1.5. Dalšími ze sociálních aspektů jsou vliv rodiny, sociální třída, místo bydliště a sociální vztahy lidí s poruchami příjmu potravy.

#### **1.3.1 Rodina**

Nárůst poruch příjmu potravy po roce 1989 přičítá J. Zlámaný (1996) rozmělnění vztahů uvnitř rodiny. Autor píše, že jednou ze silných sociologických disciplín v posledních předrevolučních desetiletí byla analýza rodiny. Kromě ideologického důvodu (sociologie rodiny byla jedním z mála neproblematických témat v tomto oboru) bylo příčinou tohoto zájmu o rodinu i to, že jde o pole poměrně široké a zajímavé. Díky tomu máme z totalitních dob rozsáhlé a detailní materiály popisující českou rodinu ze všech představitelných hledisek, avšak



vždy v rámci funkcionalistického paradigmatu, které bylo ze strany nemarxistických sociologů často kritizován. Bez ohledu na to, zda teoretické závěry funkcionální analýzy rodiny byly správné, či nikoliv zůstává nepopíratelným faktem, že s příchodem nového sociálního uspořádání utrpěla rodina jako sociální instituce značné oslabení. V porevoluční době se zřetelně objevil trend změny zájmů českých lidí směrem od upevňování rodin k uchopení nových, převážně individuálních příležitostí, které nabízí tržní hospodářství (Zlámaný, 1996).

I. Možný píše o socialistickém státu toto: „Socialistický stát rodině ze zřejmých důvodů napomáhal, snažil se pomocí různých sociálně politických nástrojů, ať již to byly státní byty, podpora výstavby rodinných domků, kolektivní výchova dětí, či dlouhá mateřská dovolená učinit z rodiny základní kámen socialistického státu a socialistického způsobu života.“ (Možný, 1991, str. 10-11).

J. Zlámaný dále píše o změnách rodiny v porevoluční době, cituji: „Přestože státní podpora rodiny ještě zdaleka nesouvisí s kvalitou rodinného života, vypovídá o tom jakým způsobem byly uměle orientovány zájmy lidí. Spolu s příchodem nových atraktivních příležitostí seberealizace, velká část populace rodičů středního věku přeorientovala svojí pozornost na profesionální kariéru. Tím došlo k proměnám vztahů uvnitř českých rodin, zvláště na generační úrovni rodiče - děti. V této souvislosti nemůžeme mluvit o oslabení koheze českých rodin, které se promítlo v psychiatrické morbiditě u nižších věkových kategorií. Jedná se o celou řadu problémů z nichž nejvíce diskutovaný je nárůst drogových závislostí, delikvence mladistvých a také PPP u mládeže.

Nárůst onemocnění poruch příjmu potravy se týká dívek mezi patnáctým a dvacátým rokem života, tedy z hlediska rozpadu rodiny skupiny nejvíce ohrožené. Z klinických poznatků o vzniku těchto onemocnění víme, že jejich příčiny je třeba hledat v ranných zážitcích dětí. Z výzkumů zabývajících se životními historiemi pacientů s PPP. vyplývá, že o tyto děti bylo často přehnaně úzkostně pečováno po všech stránkách fyzické péče a to zejména v otázkách stravovacích návyků. Pozdější odmítání jídla je z psychodynamického hlediska snahou pacientů s PPP po navrácení do prvotní dětské symbiózy, dítě-matka, touhou po návratu k oné ranné skutečné lásce a péči, jež často bylo reprezentována ve formě přemíry jídla a které se s příchodem dospělosti nemocnému nedostává. Rozmělnění vztahů uvnitř rodiny, změna zájmů rodičů, jež po roce 1989 v českých rodinách nastala, může mnoho dospívajících dětí pociťovat jako ztrátu přízně a lásky, kterou se snaží znovu nabýt svým onemocněním.“ (Zlámaný, 1996, str. 19).

Naproti tomu Garfinkel poukazuje na to, že důkazů podporujících tvrzení o vlivu rodinného prostředí je málo. A naopak zdůrazňuje genetický faktor (Garfinkel, 1993). Stejně tak určitou genetickou dispozici zdůrazňuje i Garner. Uvádí studie, které poukazují na konkordanci 50% u jednovaječných dvojčat a 10% u dvojvaječných dvojčat. Dále uvádí, že u žen, které jsou příbuzné prvního stupně pacientek, je větší riziko rozvoje choroby, než u kontrolní skupiny (Garner, 1993 in Cohen, 2002). Na to však můžeme namítnout, že je velmi těžko odlišitelné, co je důsledkem genetické výbavy a co je díky sociálnímu působení a z něho vyplívajícím ovlivnění blízkým příbuzným. Garner neuvádí jak byl velký vzorek zkoumaných dvojčat, ani jestli byly vychovávány ve

stejně rodině, či odděleně. V případě, že by se mu podařilo prokázat konkordanci u dvojčat, která byla vychovávána odděleně, dalo by se soudit na vliv genetiky.

### **1.3.2 Sociální třída**

Dříve měli odborníci jasno v tom, že poruchy příjmu potravy jsou především záležitostí středních a vyšších vrstev. Například F.D. Krch (2003) uvádí, že jde o exkluzivní poruchy, k čemuž přispěla princezna Diana, herečka Audrey Hepburnová a mnohé modelky. A též jako mnozí jiní autoři říká, že jde o poruchy středních a vyšších vrstev. Jiné stanovisko však zastávají Patton, či Garner. Tvrdí, že tento dojem vznikl na základě studií hospitalizovaných pacientek. Avšak výzkumy prováděné v méně specializovaném prostředí, jako byl například výzkum školaček, naznačují, že porucha se vyskytuje napříč sociálními třídami (Patton aj., 1983; Rutherford aj., 1993 in Cohen 2002).

### **1.3.3 Bydliště**

Otázku, jestli život ve městě, či na vesnici ovlivňuje vznik a průběh poruch příjmu potravy, nelze jednoznačně zodpovědět. Zatímco u mentální bulimie je život ve městě faktor s ní související, u mentální anorexie nikoliv (Hoek aj., 1995 in Cohen 2002).



**Obr. 2. Dívka s mentální anorexií a její kamarádka**  
Převzato z internetové stránky: <http://mujweb.cz/zdravi/ppp> .

#### **1.3.4 Sociální vztahy**

Jedním z významných aspektů, doprovázejících poruchy příjmu potravy, je sociální izolovanost nemocných. H. Bruch uvádí, že ačkoliv pacientky s mentální anorexií prokazují vysoký stupeň intelektuálních vědomostí a schopností jejich sociální život je velice chudý. Objevuje se u nich zvláštní neschopnost v navozování a udržování mezilidských vztahů (Vickersky, Bruch, 1977). Cooper považuje sociální izolovanost lidí s poruchami příjmu potravy za důsledek jejich stravovacích návyků, kdy se anorektické pacientky odmítají účastnit kolektivního jídla a podobně pacientky s bulimickými problémy se stravují odděleně. Upozorňuje však, že sociální izolovanost se vyskytuje i před začátkem onemocnění a hraje důležitou roli v rozvoji nemoci (Cooper, 1993). H. Bruch poukazuje na nevyzrálé vztahování pacientek s mentální anorexií ke svému okolí. Příčiny vidí jednak v

jejich neustálé snaze vynikat nad ostatními a jednak nepochopením svých vrstevníků. Změny v chování u svých vrstevníků, které provázejí adolescenci jsou pacientkám s mentální anorexií cizí. Odmítají a nechápou zájmy stejně starých dětí, kteří usilují o nonkonformní jednání se snahou se odlišit od ostatních. Svě chování naopak podřizují očekávání autorit, které od nich toto žádají. Potlačují v sobě všechny známky originality a nezávislosti, protože je považují za nepatřičné. Bojí se tak ztráty přízně autorit, což by pro ně znamenalo ztrátu péče, kterou potřebují. Paradoxně považují chování svých vrstevníků za dětské a nevyzrálé. Jejich dětské nevyzrálé vztahování se projevuje silnou touhou být správný, dobře se chovat, dobře se učit apod.. Pevně věří, že mohou dosáhnout úspěchu a respektu ve svém okolí pouze tehdy když budou plnit své povinnosti, které jsou od nich očekávány (Vickersky, Bruch, 1977).

Zajímavé je, jak se toto nevyzrálé vztahování mění během léčby. Jako příklad uvádím pacientku (21 let), která si při druhé hospitalizaci obarvila vlasy na tmavě červeno. Pro jinou ženu jejího věku by to byla běžná věc, ona však měla ohromnou radost, že si něco takového dovolila udělat.

## 1.4 Tělesná proměna a její význam

Tělesná proměna odehrávající se v průběhu vývoje mladého člověka má pro něj velký význam. Změny se odehrávají jak na fyzickém vzhledu, tak i v oblasti psychické. Mladý člověk se začíná dostávat do světa dospělých a přijímat či odmítat jejich hodnoty. V kapitole 1.2.1 jsme uvedli, že právě v tomto období je největší výskyt anorexie. Jednou z příčin je odmítání této tělesné proměny.

### 1.4.1 Pubescence

„Nejvíc mi vadí, že jsem dost malá a tlustá, holky ve třídě jsou na tom líp“ (Andrea, 14 let in Vágnerová, 2000, str. 211).

Dospívání charakterizují jednotliví autoři rozdílně. Jsou však skutečnosti, které jsou nepopíratelné a na kterých se všichni shodují. Jednou z nich je tělesná proměna.

Podle E. Eriksona (1999) je dospívání charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti atd. Erikson klade důraz na osamostatnění od rodiny, na rozdíl od Freuda však považuje za důležitější jeho psychosociální aspekt. Sexuální složka je pouze jednou, byť významnou, součástí identity dospívajícího.

M. Vágnerová (2000) uvádí, že období pubescence je důležitý biologický mezník. Urychlení biologického dospívání, které se v minulých desetiletích dost výrazně projevilo, dosáhlo pravděpodobně již svého vrcholu, a proto zde došlo ke stabilizaci. Dospívání je limitováno geneticky a dle názoru mnohých autorů se nemůže libovolně posunovat do stále nižšího věku (Steinberg a

Belsky, 1991 in Vágnerová, 2000). Tělesné dospívání se všemi svými důsledky (jako jsou růst postavy, proměna tělesných proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů atd.) podmiňuje dost významnou změnu, jejíž subjektivní zpracování může pro pubescenta představovat zátěž. Tělesné zrání je stimulem pro další změny, které mohou úspěšně proběhnout jen tehdy, pakliže je na ně jedinec dostatečně připraven. To znamená, že má předpoklady pro rozvoj kompetencí, potřebných k emancipaci z nejrůznějších, nyní již vývojově překonaných vazeb (např. na aktuální časoprostor, na rodinu jako určující sociální skupinu). Jde o proces, který má své psychosociální důsledky (Vágnerová, 2000).

Je-li dospívání předčasné a dívka odmítá znaky ženskosti (většinou jde o odmítání sekundárních pohlavních znaků), vzniká „úrodná půda“ pro rozvoj mentální anorexie.

Významným projevem dospívání je, jak jsme již uvedli, tělesná proměna. M. Vágnerová (2000) uvádí, že vlastní zevnějšek je důležitou součástí identity, a proto bývá taková změna subjektivně citlivě prožívána. Zjevná proměna těla může dokonce v krajním případě stimulovat pocit ohrožení integrity vlastního já a prakticky vždycky vede ke ztrátě sebejistoty. Tak tomu je nejen v období dospívání, ale i v dalších životních situacích.

Tělesná proměna má subjektivně různý význam, který závisí na představě o atraktivitě dospělejšího zevnějšku, na psychické vyspělosti jedince a na sociálních reakcích, jež tuto změnu doprovázejí. Mladý člověk v tomto věku může být na svoje dospívání pyšný, ale stejně tak dobře se za ně může i stydět, vše je v závislosti na okolnostech. Orientace ve změněném tělovém

schématu a přijetí nové identity je proces, jenž určitou dobu trvá. Tělesné schéma je sociálním reprezentantem vlastní osobnosti. Je první informací, kterou o jedinci jakýkoliv sociální partner dostává. Změna dětského těla je tudíž zcela samozřejmě doprovázena i změnou chování lidí v okolí. Reakce dospělých i vrstevníků mohou být velmi rozmanité podle toho, jaký subjektivní význam pro ně tato změna má a podle toho jaké asociace navozuje. Sociální reakce na nový zevnějšek pubescenta se do jeho identity nějakým způsobem zabudovává. Jestliže z chování lidí, s nimiž se setkává, vyplývá, že změna má spíše negativní význam, zhorší se i jeho sebehodnocení.

Tělesné a psychické dospívání nemusí probíhat ve stejném tempu. Pokud je tělesné zrání rychlejší než psychické, duševně infantilní jedinec není vždycky schopen přijatelným způsobem je zvládnout. Tělesné změny za těchto okolností představují soubor negativních podnětů, něco, čeho by bylo lépe se zbavit nebo to alespoň zabrzdit. Dospívající, jemuž je tělesná změna nepříjemná, se této zátěži různým způsobem brání (např. popíráním reality). Příkladem může být reakce značně vyspělé dívky, která si vezme volný svetr, aby zakryla prsa a schovává se před lidmi, aby ji nebylo příliš vidět (Vágnerová, 2000).

To vidíme často i u dívek, které mají anorexii. Přestože díky svému onemocnění mnohdy minimalizovali sekundární pohlavní znaky, snaží se nosit volné oblečení, aby tuto minimalizaci ještě zvýraznili.

P. Říčan (1990) upozorňuje na to, že ranější dospívání chlapců nebývá tak zatěžující jako předčasné tělesné dospívání dívek.



Příčinou zde ovšem může být i fakt, jak uvádí Vágnerová (2000), že dívky obecně dospívají dříve než chlapci. Pokud je navíc taková změna předčasná, přichází ve chvíli, kdy jsou vrstevníci ještě většinou jak tělesně, tak psychicky zcela infantilní. Nápadnost takové změny je pak větší, než když relativně předčasně dospívají chlapci. Kromě toho zde hraje roli i odlišnost tělesných změn, které dospívání přináší mužskému či ženskému pohlaví.

a) U chlapců je ze sociálního hlediska významný především růst a posléze rozvoj svalstva. Sekundární pohlavní znaky nejsou na první pohled nápadné. Navíc je vyšší postava u chlapce sociálně akceptovatelná dospělými a ve společnosti vrstevníků je vysloveně výhodná, protože představuje šanci na lepší sociální status (prestiž je v tomto věku ještě hodně udávána vzhledem a fyzickou silou). Příliš vysoká postava je u dívek obecně sociálně méně žádoucí, neodpovídá sociokulturním standardům na ideál dívčí krásy.

b) Sekundární pohlavní znaky děvčat jsou nápadnější a bývají dospělými chápány jako nastupující významnější, kvalitativní změna. Tělesná proměna chlapců se na první pohled jeví jenom jako růst a zesílení. Rodiče i učitelé mívají strach z předčasné sexuální aktivity, kterou očekávají u fyzicky vyspělých děvčat. Jejich reakce mohou být vědomě i nevědomě zaměřeny na potlačení takto interpretovaného jevu, nebo na jeho kompenzaci a minimalizaci jiným způsobem. Vyznívají pak spíše jako negativní hodnocení nadměrné vyspělosti a jako takové je děvčata ze strany dospělých přijímají.

Dívky leckdy reagují na předčasné dospívání, které jim ještě ke všemu přineslo nepříznivou sociální odezvu, zásadnějším způsobem. Ten může mít až charakter odchylky, jako je např. mentální anorexie. Děvče nejí, protože v rámci hubnutí se ztrácejí sekundární pohlavní znaky, a tím je problém zdánlivě vyřešen (Vágnerová, 2000).

Dalším problémem souvisejícím s tímto věkem je, že stoupá hodnota fyzické krásy a je upřednostňována před mnohými ostatními hodnotami. V souvislosti s ideálem fyzické krásy, který nám prezentují média, narůstá v tomto období nebezpečí anorexie.

M. Vágnerová (2000) v této souvislosti říká, že jak vzrůstá subjektivní význam zevnějšku se projevuje nejenom větším zaměřením pozornosti na vlastní tělo, ale i na oblečení a na celkovou úpravu. Důvodem zvýšeného zájmu o vlastní tělo je především jeho viditelná změna, která přitahuje pozornost, ale i stoupající sociální význam určité úpravy zevnějšku. Zejména dívky, se zabývají alespoň po určitou dobu svým zevnějškem více než čímkoliv jiným. Pochybnosti o svém zjevu mívají i ty nejatraktivnější. V této době už nebere své tělo jako danost. Už ví, že by mohla vypadat i jinak, lépe. Jako referenční varianta jí slouží vrstevnický standard atraktivity. Tělesná atraktivita má v tomto věku svou sociální hodnotu. Konvenčně atraktivní dospívající získávají lepší sociální status, bývají snáze přijímáni i vrstevnickou skupinou.

Pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem trpí obecně více dívky a to zejména z těchto důvodů:

- a) Dívky dříve dospívají a jejich tělo se nápadněji mění. Určitou roli zde hraje změna tělesných proporcí, daná

typickým ukládáním tuku do ženských forem (např. prsa, boky). Zásadnější změna může vyvolat větší nejistotu.

b) Současný ideál krásy, prezentovaný např. modelkami, je velice blízký prepubertálnímu vzezření. Taková krasavice je extrémně štíhlá až hubená, nohatá, bez boků a stehen. Problém je hlavně v tom, že většina dívek taková není. V pubertě se jim mění postava právě opačným směrem. Dívky bývají častěji nespokojeny s nohama a zadkem, často se považují za tlusté (Papalia a Olds, 1992 in Vágnerová, 2000). To znamená, že ideál je pro většinu z nich nedostupný. Možnost vytvářet svou krásu nějakým individuálním způsobem se většině pubescentek jeví jako nesmyslná. Dospívající je silně konformní k vrstevnickým standardům. Mužský ideál krásy není tak sociálně závazný a není ani tak nápadně odlišný od průměrného vzezření dospívajících chlapců.

c) Sociokulturní stereotypy kladou větší důraz na ženskou krásu než na mužskou. Výsledkem toho je, že se dívky více trápí tím, jak vypadají (Vágnerová, 2000).

Všechny tyto tři skutečnosti jsou i důvody, proč se poruchy příjmu potravy vyskytují více u dívek a mladých žen, než u mužů. Více o problematice výskytu těchto poruch mezi pohlavími se budeme zabývat v kapitole 1.6.

### 1.4.2 Adolescence

Pakliže v období pubescence je nebezpečí vzniku anorexie proto, že dívka nechce dospět a odmítá sekundární pohlavní znaky, v období adolescence je to spíše z důvodu, že se chce podobat ideálnímu modelu krásy, který je v dnešní době značně štíhlý až vychrtlý.

Důležitou součástí adolescentní identity je, jak uvádí M. Vágnerová, tělesný vzhled. A to i přesto, že v této fázi už nepředstavuje tělesný vývoj žádnou převratnou změnu. Adolescent se svým tělem často a hodně zaobírá. Lze mluvit až o narcistním zaměření se na vlastní tělo. Tento kult těla je navíc podporován obecně platným sociokulturním standardem, který dává vysokou hodnotu mládí a fyzické krásy. Z tohoto hlediska je adolescent v ideální fázi vývoje.

Vlastní tělo je posuzováno ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity a je srovnáváno jak s ostatními adolescenty, tak i aktuálně přijímaným ideálem.

Tělesné schéma se v některých případech stává nejdůležitější součástí vlastní identity. Pokud odpovídá aktuálnímu ideálu krásy, vytváří oporu vlastního sebevědomí. Podporuje pocity jistoty, že jedinec bude sociálně akceptován, a pomáhá mu dosáhnout uspokojivé prestiže, zejména ve vztahu ke druhému pohlaví. V tomto směru jde i o stylizaci pomocí oblečení, které tělesné znaky podtrhuje.

Pakliže je jedinec v této oblasti nějak znevýhodněn, např. funkčním nebo estetickým handicapem, bude v této oblasti identity ohrožen zvýšenou nejistotou a z toho vyplývajícím rizikem

negativního sebehodnocení, jež je často také silně sociálně posilováno.

Tělesná odlišnost vyvolává obranné reakce. Adolescent, který se v tělesné oblasti nějakým způsobem vymyká očekávání, bude rozpor vesměs prožívat jako nespravedlnost. Emocionální prožitek této skutečnosti zahrnuje obvykle pocit zklamání, úzkost a tenzi v situacích, kde hraje zevnějšek roli, popřípadě vztek a agresi vůči domnělému viníkovi, někdy se objevuje i autoagrese. Negativní význam může mít např. výška postavy nebo tělesná hmotnost. Zejména obézní jedinec je často objektem žertů (Vágnerová, 2000).

Není pak divu, že dívka, která má vyšší tělesnou hmotnost, začne nejrůznějšími způsoby hubnout. Ze začátku to jde obvykle velmi pozvolna, ale když objeví některé extrémní možnosti, začne váha klesat stále rychleji. Nezřídka uvádějí dívky jenž mají anorexii, že původně chtěli zhubnout je pár kilo, ale pak se jim to zalíbilo a váha šla stále níž a níž. Jak uvádí M. Vágnerová (2000), zevnějšek se stal cílem i prostředkem. Adolescentní dívka se potřebuje líbit jiným i sobě, aby se ubezpečila o své hodnotě. Zevnějšek je prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Existence společenské normy krásy poněkud omezuje a tlumí tendenci k dosažení větší individualizace. Krása je pojímána jako úkol, který je třeba splnit. Dívky dokáží v tomto směru vyvinout značnou aktivitu, jen aby se takovému ideálu přiblížili (být hodně štíhlá, mít dlouhé vlasy apod.).

Tělesné vlastnosti mohou fungovat jako sociální kompetence: Atraktivita je předpokladem k dosažení uspokojivé sociální pozice. Atraktivní jedinec je úspěšný mezi vrstevníky i v soupeření s

dospělými autoritami, to se projevuje zejména u dívek. Boj na úrovni ženské role adolescentním dívkám mnohdy umožňuje dosáhnout značného uspokojení. Současná společnost prezentuje určitý ideál ženské krásy, jenž představují velmi mladé modelky. Na této úrovni lze získat sociální prestiž již pouhou existencí (a to už v adolescenci). Další kompetence nejsou nutné, eventuelně jsou dokonce považovány za zbytečné (alespoň tak se profese modelek a manekýnek jeví z vnějšího pohledu). Krásná dívka bude u mnohých akceptovatelná za všech okolností (Vágnerová, 2000).

Z těchto důvodů stále přibývá dívek, které se snaží dosáhnout postav, jenž jsou jim prezentovány jako ideální a se kterými budou úspěšné a oblíbené. Pro snížení váhy pak sahají k extrémním řešením, jejich důsledkem je následně anorexie, nebo bulimie. K tomuto nemalou měrou přispívají média, která prezentují, jak jsou štíhlí lidé úspěšní. Dalším negativním prvkem jsou reklamy na dietní produkty. Jak známo mladí lidé se dají poměrně snadno ovlivnit a proto výrobci některých dietních produktů zaměřují reklamu právě na tuto cílovou skupinu. O tom však více v následující kapitole.

## 1.5 Vliv médií

„Proč po mně chcete, abych měla BMI nejméně 17.5, když z těch finalistek MISS ho měla polovina nižší“ (žena s anorexií, 21 let, 5dní po soutěži MISS ČR).

### 1.5.1 Ovlivňují média nárůst poruch příjmu potravy?

Vztahem mezi médii a poruchami příjmu potravy se ve své diplomové práci zabýval J. Zlámaný. Konkrétně se pomocí dvou výzkumů (obsahové analýza a analýza publika) snažil dokázat tato dvě tvrzení:

1. Vliv masových médií může být pokládán za jednu ze základních příčin, jež má za následek, spolu s neurotickými symptomy, jimiž trpí některé ženy, vznik onemocnění, jehož výsledným diagnostickým obrazem je chorobný strach z tloušťky.

2. Vliv masových médií může být pokládán za jeden z hlavních determinantů, který způsobil vysoký nárůst onemocnění poruch příjmů potravy v české republice po roce 1989.

Oprávněnost myšlenky, že sociálně kulturní faktory významně ovlivňují výskyt tohoto druhu onemocnění podporují následující empirická fakta:

1. Poruchy příjmů potravy se objevují především v ekonomicky vyspělých státech, kde potraviny nepatří mezi nedostatkové produkty. Často se o těchto nemocích mluví jako o civilizačních chorobách vyskytujících se v kulturách nadbytku.

2. Poruchy příjmů potravy jsou výhradně ženskou záležitostí. Muži tvoří jen asi 5 % z celkového počtu nemocných.“

3. Existují rizikové skupiny žen, jež prokazují signifikantně vyšší náchylnost k tomuto druhu onemocnění. Jedná se především o baletky, modelky, atletky a další profese u kterých je kladen vyšší nárok na zevnějšek a štíhlost.

4. Podle odhadu odborníků, zabývajících se touto problematikou v české republice, se zvýšil výskyt těchto onemocnění po roce 1989 ze 2% na 4% (Zlámaný, 1996, str.16).



**Obr. 3: Modelka**

Převzato z internetové stránky: <http://mujweb.cz/zdravi/ppp> .



K tomu je nutné dodat, že tato procenta se stále zvyšují. V roce 1997 byla do češtiny přeložena kniha s názvem „O poruchách příjmu potravy“ od M. Maloneye a J. Kranzové. V doslovu k českému vydání uvádí F.D. Krch, že v České republice jen mentální bulimií trpí 6% dívek mezi 15. a 25. rokem.

Ale zpět k práci J. Zlámaného, ten ve své práci dále píše, že jeden z nejvýznamnějších sociokulturních faktorů ovlivňující nárůst poruch příjmu potravy je masmediální vliv. Masová média se výrazně podílejí na vzniku fenoménu jež můžeme nazvat "kultem štíhlosti". Tento módní trend ovládá většinu ženské populace v rozvinutých státech světa. Dalšími faktory, které podle jeho názoru zapříčinily vysoký nárůst těchto onemocnění v České republice po roce 1989, jsou proměna rodinných vztahů spolu s nárůstem tzv. existenciálního stresu. Odborníci poukazují na to, že je třeba příčiny těchto problémů hledat ve změně životního stylu, hodnotové orientace a v hledání nové identity v kontextu širších ekonomických, sociálních a kulturních změn v České republice po roce 1990.

Hlavním rysem lidí trpících poruchami příjmu potravy je patologická touha neztloustnout, která je pravděpodobně, způsobena existencí tvrdých kulturních norem na vnější vzhled člověka. Jako základní předpoklad své práce uvádí J. Zlámaný, že na vytváření kulturních norem mají výrazný podíl média. Sociologové zabývající se vlivem médií na lidské chování v této souvislosti hovoří o vytváření "snového mediálního světa", který naplňuje potřebu lidí ztotožňovat se s ideálními reprezentanty lidstva v podobě mediálních hrdinů.

Hrdinové mediálního světa jsou zpravidla nositeli vlastností, jež jsou milně chápány jako vzorové. Lidé je nejčastěji sledují ve vizuální formě a vnímají tak jen jejich vnější znaky. Tyto vnější znaky jako jsou např. fyzická krása, štíhlost zaměňují za hodnoty jako jsou např. úspěch, inteligence, láska atd. (Zlámaný, 1996).

V této souvislosti je dalším problémem transkulturní dosah médií, jež způsobuje, že vzory vlastní jedné kultuře jsou přenášeny do jiných kultur s odlišnými hodnotovými systémy. V posledních letech neohrožují poruchy příjmu potravy jen baletky a britské studentky, ale i dívky z kibbutzů (Kaffman, Sadeh, 1989), Hong Kongu (Lee, 1991), nebo České republiky, Polska a Maďarska (Krch, 1999).

Díky vzrůstající celosvětové globalizaci je čím dál více zemí zasaženo problémy, které dříve patřili pouze tzv. západnímu světu. Společně s pohádkami Walta Disneye, značkovým oblečením Nike, či restauracemi KFC se šíří i kontrast mezi postavami, které vidíme na ulici a těmi, které nám prezentuje mediální svět. A vzhledem k tomu, že hrdinové onoho mediálního světa jsou pro mnohé vzory a představiteli těch úspěšných, dochází k pokusům o identifikaci právě s nimi a nikoliv těmi „obyčejnými“ lidmi, které běžně potkáváme.

Na otázku jaké vzory nám mediální svět prezentuje a jestli má onen transkulturní dosah médií skutečně negativní důsledky ve vztahu k poruchám příjmu potravy, nám odpovídají výsledky práce J. Zlámaného. Prvním zkoumaným problémem byla kategorie intenzity výskytu tématu štíhlosti. V tomto kroku podrobil analýze 12 čísel časopisu Elle. Celkový počet stran A4 jednoho časopisu se pohybuje mezi 144 a 216 stranami. Počet článků v časopisu se

pohybuje mezi 40 a 72. Z charakteru článků vyplývá, že rozsah článků je zpravidla vyšší, než 1 strana. Zbytek prostoru pokrývají fotografie a reklama. Ze všech dvanácti sledovaných čísel základního souboru se téma štíhlosti objevuje v sedmi číslech (tzn. v 67%). Celkový počet článků zabývajících se štíhlostí je čtrnáct. Z 80% mají tyto články charakter návodu na možnosti nejefektivnějšího způsobu redukce váhy s rozsahem 2-3 strany A4. Jsou to články propagující určité druhy diet ("Turbodieta, Šťávková dieta), zeštíhlujícího oblečení ("Zeštíhlující spodní prádlo"), dietní přípravky ("Leptin"), nebo chirurgické zákroky ("Liposukce"). Z hlediska stylistického jsou články homogenní. Dalším nezanedbatelným faktem je, že téma štíhlosti je latentně obsaženo zejména prostřednictvím fotografií modelek jejichž fyzické rozměry můžeme považovat za měřítko štíhlosti žen v tomto časopisu. Též je latentně zastoupeno také v tématu - "Osobnosti" (10.4 %).

Na základě výše zmíněného průzkumu zjistil autor tyto skutečnosti:

1. Téma štíhlosti je obsaženo v časopisu ELLE a je prezentováno dvojí formou. Jednak prostřednictvím článků nabízejících návody na redukci váhy, články obsahující životopisy slavných osobností aj. a jednak prostřednictvím fotografií.
2. Články zabývajících se problematikou štíhlosti z 93 % propagují redukci váhy.
3. Články zabývajících se problematikou štíhlosti obsahují formulace reklamního resp. propagandistického charakteru.
4. 41.5 % formulací vyznívá pro štíhlost. Z 27.5 % to jsou formulace silně vyznívající pro redukci váhy.

5. 13.7 % formulací vyznívá proti štíhlosti, což dokazuje, že si autoři článků uvědomují nebezpečí spojené se snižováním nadváhy pomocí dietetických přípravků a příliš progresivních nízkokalorických dietních programů.

6. Latetně obsahují výroky propagující štíhlost zásady s jakými je třeba k problematice redukce váhy přistupovat. Především se jedná o tyto představy:

A. K udržení štíhlosti je zapotřebí sebekontrola.

B. Rychlá redukce váhy je nejefektivněji dosažitelná pomocí podpůrných dietetických prostředků propagovaných časopisem ELLE.

C. Existují druhy potravin, které je třeba konzumovat a naopak, jež není správné konzumovat.

Z těchto údajů pak J. Zlámaný formuluje tento závěr: „Čtenářky se prostřednictvím těchto formulací dozvídají, že k tomu, aby se mohli svým fyzickým zjevem přiblížit ideálním reprezentantkám štíhlosti prezentovaných na fotografiích je třeba, dodržovat tyto normy chování. Dalším důležitým momentem je, že formulace ve sděleních zabývajících se problematikou štíhlosti jsou adresovány všem čtenářkám. Nehledě na to jestli se čtenářky normám na fyzický vzhled vymykají, či nikoliv.

Můžeme tedy konstatovat, že časopis ELLE propaguje štíhlost, prostřednictvím zobrazování mediálních hrdinek a prostřednictvím článků zabývajících se problematikou redukce váhy, čímž. ovlivňuje postoje a chování lidí vůči svému fyzickému vzhledu. Toto tvrzení můžeme zobecnit vzhledem ke skutečnosti, že typologie jednotlivých apelů byla konstruována i na základě sdělení objevujících se v časopisech Květy a Tina.

Na základě tohoto konstatování můžeme přijmout první část výzkumné hypotézy:

Masová média se propagací dietních přípravků a dietních programů významnou měrou podílejí na vytváření norem na fyzický vzhled člověka.“ (Zlámaný, 1996, str. 63).

F.D. Krch zahrnuje tlak médií do kapitoly o společenském teroru. V této kapitole mimo jiné píše: „Modní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisejí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny, zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována malá pozornost.“ (Krch, 2003, str. 40).

### **1.5.2 Reklamy na diety**

Kdo by v dnešní době neznal reklamu na Herbalife, nebo podobné prostředky. F.D. Krch, I. Málková (1993) uvádějí, že do roku 1982 bylo jen Američanům předloženo více než 29 068 diet a dalších přípravků na zhubnutí.

Zatímco produkty dietního průmyslu jsou trhy západní Evropy a Ameriky již přesyceny, našla se nová odbytíště ve střední východní Evropě.

Do roku 1991 se na našem trhu prodávalo pouze několik odborných publikací o problematice redukce váhy, od ledna 1991

do září 1993 se u nás začalo prodávat téměř 100 různých návodů diet a nízkoenergetických náhražek jídla. (Krch, Málková, 1993).

Kdybychom chtěli spočítat, kolik je na trhu dietních přípravků dnes, asi bychom se nikdy nedopočítali. Stále se objevují nové a nové články v časopisech, vycházejí různé knihy a v obchodech přibývají další a další přípravky na hubnutí.

Nejznámější firmou zabývající se přípravky na hubnutí je v České republice pravděpodobně Herbalife. Tato společnost dokázala během pár měsíců roku 1992 vybudovat rozsáhlou síť distributorů, kteří doporučují svojí dietu na jakékoli zdravotní a dokonce i psychické problémy. Organizace této firmy připomíná náboženskou sektu. Reklamní kampaň byla postavena na prvoplánových a demagogických heslech: „Vaše neúspěchy při snaze zhubnout zavinil špatný výběr dietního přípravku. Ten náš Vám zaručí jistý úspěch.“, „Tentokrát jste neuspěli, protože jste si nevybrali správnou dietu.“ a jím podobných. Prodejci pak hrdě nosili placku: „Chceš-li zhubnout, zeptej se mě jak.“ Různé modifikace těchto tvrzení najdeme u všech výrobků dietního průmyslu. V posledních letech navíc začali s reklamou na dietní průmysl i známé osobnosti. Vrcholem této reklamní kampaně je H. Pavlovská, která v jednom reklamním shotu tvrdí, jak zhubla díky jistému přípravku o mnoho kg a o několik minut později ve svém pořadu prohlásí, že je se svou vysokou hmotností spokojena. Dodejme jen, že její vizuální podoba v reklamě se výrazně liší od toho, jak vypadá v daném talk show.

Nejagresivnějším rysem je skutečnost, že reklama předvádí své produkty jako nedílnou součást vyššího sociálního účelu a tím se ze štíhlosti vytváří mnohovýznamový symbol rozdělující

společnost. Lidé, kteří vybočují z norem na tělesné rozměry, dávají svými vnějšími znaky vlastně najevo, že tohoto vyššího cíle nemohou dosáhnout.

Psychologové a psychiatři zabývající se problematikou poruch příjmu potravy nešetří kritikou na adresu výrobců dietních přípravků, poukazují na fakt neadekvátnosti slibů, manipulovatelnost a agresivitu reklamních formulací, někdy dokonce i na fyzickou nebezpečnost některých výrobků, jejich názory však zatím nejsou brány v potaz.

F.D. Krch ve svém článku na Internetu uvádí toto: „Je zřejmé, že mnoho dívek a mladých žen zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim. Svými postoji a demonstrovaným chováním pak spoluvytváří určitý standard, který posiluje dietní postoje a chování u ostatních přestože je dlouhodobě neudržitelný. Mezi pacientkami s poruchami příjmu potravy je stále více těch, které mají oprávněný pocit, že se jejich jídelní chování příliš neliší od jídelního chování ostatních, nebo které v rámci léčebného režimu musí jíst nápadně víc než jejich vrstevnice. Současně se ale redukční diety začínají dostávat do povědomí veřejnosti jako něco negativního a mezi vzdělanými ženami v západní Evropě a v USA začíná být nemoderní nebo dokonce nevhodné se k redukční dietě přiznat. V pozadí takto měnících se postojů jsou pravděpodobně informace o nebezpečnosti a dlouhodobé neúčinnosti diet, spornosti některých zjištění týkajících se nebezpečí nadváhy a o vzrůstajícím riziku poruch příjmu potravy. Na jedné straně se tak může snižovat nebezpečí rozvoje poruch příjmu potravy, na druhé straně přibývá dietářů a anorektických nebo bulimických pacientů, kteří svoje nevhodné jídelní návyky prezentují jako racionální a

zdravou výživu a popírají, že by chtěli zhubnout. O to obtížnější pak bývá změna jejich návyků. V poslední době je stále velmi populární vegetariánství. Skutečnost, že důvodem i této diety je především strach z nadváhy, potvrzují výsledky naší studie, kde vegetariánskou dietu držely především dívky bojíci se nadváhy.“ (Krch, 2002)<sup>5</sup>.

### 1.5.3 Soutěž MISS ČR a anorexie

Dalším problematickým místem, kde média nevhodně prezentují „kult štíhlosti“ je při předvádění modelek anorektického vzhledu a v nejrůznějších soutěžích o dívku která je tzv. NEJ. V České republice patří k nejznámějším a nejsledovanějším MISS ČR. Letošní finále soutěže nenechalo mnohé odborníky chladnými a reagovali na něj otevřeným dopisem panu Zapletalovi. Ptáte-li se proč? Pokusím se vám na to odpovědět v následujících řádcích.

V sobotu 17. dubna 2004 proběhlo v Karlových Varech finále soutěže Miss Česká republika 2004. Pozornému divákovi zajisté neuniklo, že soutěž o „Slečnu České Republiky“, byla (ostatně jako každý rok) zredukována pouze na soutěž o nejkrásnější slečnu z fyzického hlediska a to ještě s dosti pochybným vnímáním fyzické krásy.

V.E. Frankl uvádí, že člověk má dimenzi fyziologickou, psychologickou a noologickou (Drapela, 2001). Někdo by však mohl namítnout, že to je pohled z psychologického hlediska a ještě k tomu jen z jednoho psychologického směru. Podívejme se tedy na popis člověka z jiného hlediska. V nejrozšířenější knize, tj. v

---

<sup>5</sup> Internetový článek, který je publikován na stránkách pppinfo.cz, konkrétně na adrese: [http://www.pppinfo.cz/x\\_clanek\\_show.asp?id=42](http://www.pppinfo.cz/x_clanek_show.asp?id=42).



Bibli, nacházíme zásadní výpověď k jeho strukturálnímu popisu v 1.Tesalonickém 5,23: „Sám Bůh pokoje nechť vás celé posvětit a zachová vašeho ducha, duši i tělo bez úrazu a poskvrny do příchodu našeho Pána Ježíše Krista.“ Zjednodušení člověka na pouhou fyzickou (hmotnou) stránku, kterou nám soutěž nabízí, není však ničím novým. Podobný redukcionismus nacházíme již u F. Engelse: „Hmotný, smyslově poznatelný svět, ke kterému patříme i my sami, je ta jediná pravá skutečnost. Hmota není projevem ducha, nýbrž duch je jen nejvyšším produktem hmoty.“ (Engels in Pešková 2003).

Odpoutáme-li se od skutečnosti, že krása je ve zmiňované soutěži zjednodušena jen na krásu fyzickou. Dostáváme se k otázce: „Co je nám prezentováno jako fyzická krása?“ Ta tam jsou časy starověké Venuše, která ztělesňovala mateřskou přirozenost ženy. Přestože nepatřím k obdivovatelům Venušiny tvarů, ani k lidem kteří přičítají ženě pouze mateřskou roli, musím uznat, že starověké pojetí krásy bylo, minimálně ze zdravotního hlediska, pojetím lepším, než je dnešní pohled na tento fenomén. Připočteme-li k tomu skutečnost, jak ideální model ovlivňoval tehdejší společnost a jak jsme mediálním modelem krásy „masírování“ nyní (televize, noviny, Internet, atd.), dostáváme se k otázce, kde bude soutěž za pár let.

P. Chudobová a J. Kulhánek uvádějí toto: „Prezentace modelů anorektického vzhledu v médiích ovlivňuje vnímání vlastního těla mladých žen a dívek. Model se stává měřítkem, se kterým se ženy srovnávají. Diskrepance mezi reálným obrazem těla a ideálem může vést k nespokojenosti s vlastním tělem. Tato

nespokojenost je jednou z řady proměnných, které se podílejí na vzniku mentální anorexie“ (Chudobová, Kulhánek, 2004).



**Obr. 4: Dívka na módní přehlídce**

Převzato z internetové stránky: <http://mujweb.cz/zdravi/ppp> .

Z hodnota BMI, jak jsme si vysvětlili v kapitole 1.2.2, zjistíme, trpí-li člověk nadváhou, či podváhou. Též jsme si řekli, že hodnota pod 17,5 je jedním z projevů mentální anorexie. Zajímavé je, když tato čísla srovnáme s údaji finalistek MISS

2004. Pro lepší kontrolu BMI finalistek s hodnotami, které ukazují podváhu či velkou podváhu, uvádím tabulku BMI s komentářem.

hodnota BMI	komentář
méně než 17,5	velká podváha
17,5 - 18,5	podváha
18,5 - 24,9	normální rozmezí
25 - 29,9	mírná obezita
30 - 39,9	obezita
40 a více	těžká obezita

Tabulka 1: BMI a jeho význam

Podíváme-li se na výšku a váhu dívek z letošního finále, zjistíme že z 11 jich 10 trpí podváhou a z toho 4 mají BMI nižší než 17,5! V následující tabulce si můžete prohlédnout konkrétní údaje finalistek. Dívka s číslem 4 se finále nezúčastnila, proto není v tabulce zahrnuta.

Jména finalistek	Míry	Váha (kg)	Výška (cm)	BMI
1. Andrea Hanousková	79-60-93	52	177	16,6
2. Michaela Wostlová	92-62-90	55	175	18
3. Martina Dvořáková	93-60-88	52	171	17,8
5. Edita Hortová	87-57-89	52	174	17,2
6. Pavla Sudová	85-60-90	55	176	17,75
7. Běla Šarayová	85-57-88	55	173	18,4
8. Linda Marešová	89-60-92	57	179	17,8
9. Hedvika Plocková	82-56-89	51	173	17,0
10. Denisa Mendrejová	86-57-88	50	172	16,9
11. Jana Doleželová	87-57-88	55	176	17,8
12. Monika Horáková	92-61-91	55	171	18,8

Tabulka 2: Finalistky MISS 2004 a BMI.

Ve srovnání s loňským rokem se průměrný BMI snížil z hodnoty 17,88 na 17,64, nastane-li podobný pokles i příští rok, bude mít průměrná finalistka velkou podváhu ( BMI pod 17,5). A co Miss v roce 2010? Bude soutěž v přímém přenosu z jednotky intenzivní péče (JIP), kde budou dívky uměle vyživovány? Nebo, podobně jako je tomu u cigaret, poběží dole v TV nápis: „Vysoká podváha může způsobit poškození plodu.“ Samozřejmě, že obě tyto možnosti jsou nadsazeny, ale bylo by to lepší, než když budou dále prezentovány čím dál více anorektické modelky a nejenže se nad tím nikdo nepozastaví, ale ještě budou pro mnohé vzorem.

## 1.6 Poruchy příjmu potravy u mužů a u žen

### 1.6.1 Výskyt poruch příjmu potravy u mužů a u žen

Pozornému čtenáři této práce jistě neuniklo, že o lidech s poruchami příjmu potravy často hovořím v ženském rodě (pacientky, klientky, dívky s anorexií, atd.). Je to proto, že pouze 5% osob trpících mentální anorexií jsou muži. Podobně tomu je u bulimie. M. Maloney a R. Kranzová (1997) uvádějí, že poněkud vyšší procento mužů je u záchvatovitého přejídání, přesto však u poruch příjmu potravy převažují mezi postiženými ženy a to výrazně.

Z osobní zkušenosti mi připadá, že procento chlapců je v České republice možná ještě nižší. Během své stáže jsem se setkal na oddělení poruch příjmu potravy pouze se třemi muži a jen u jednoho z nich byla příčinou jeho pobytu typická anorexie. Ve druhém případě šlo o atypickou mentální bulimii, konkrétně se jednalo o chorobné prepíjení. Upozorňuji, že nešlo o alkoholismus, jelikož tento muž nepil ve větším množství alkoholické nápoje, ale běžné tekutiny (vodu, čaj, atd.). Pro představu čtenáře uvádím, že zmiňované větší množství bylo kolem 20 litrů denně. U třetího muže dominovala nad atypickou anorexií obsedantně kompulzivní porucha. V jejím pozadí byla bigotně katolická rodina. Mladík měl náhled na svou tělesnou hmotnost, ne však na její důsledky. V jeho podání nehladověl, nýbrž jen držel půst za všechny hříšníky.

K tomu je však nutné dodat, že jsem se setkal s dosti malým vzorkem, z kterého není možné dělat závěry.

Primář psychoterapeutické kliniky Median v Německém Berggiesshübelu J. Poněšický napsal knihu Fenomén ženství a

mužství. Tato kniha se zabývá rozdíly a vztahy mezi ženami a muži. Jedna z podkapitol má název: „Ženy: deprese, anorexie a bulimie“. Někdo by mohl namítnout, že jde o přílišnou generalizaci. Avšak tato kniha neříká, že by každá žena měla sklony k poruchám příjmu potravy, pouze jen upozorňuje na skutečnost, že výskyt těchto onemocnění je 20x častěji u žen, než u mužů. Jaké jsou možné příčiny této skutečnosti, se pokusím objasnit v následující části.

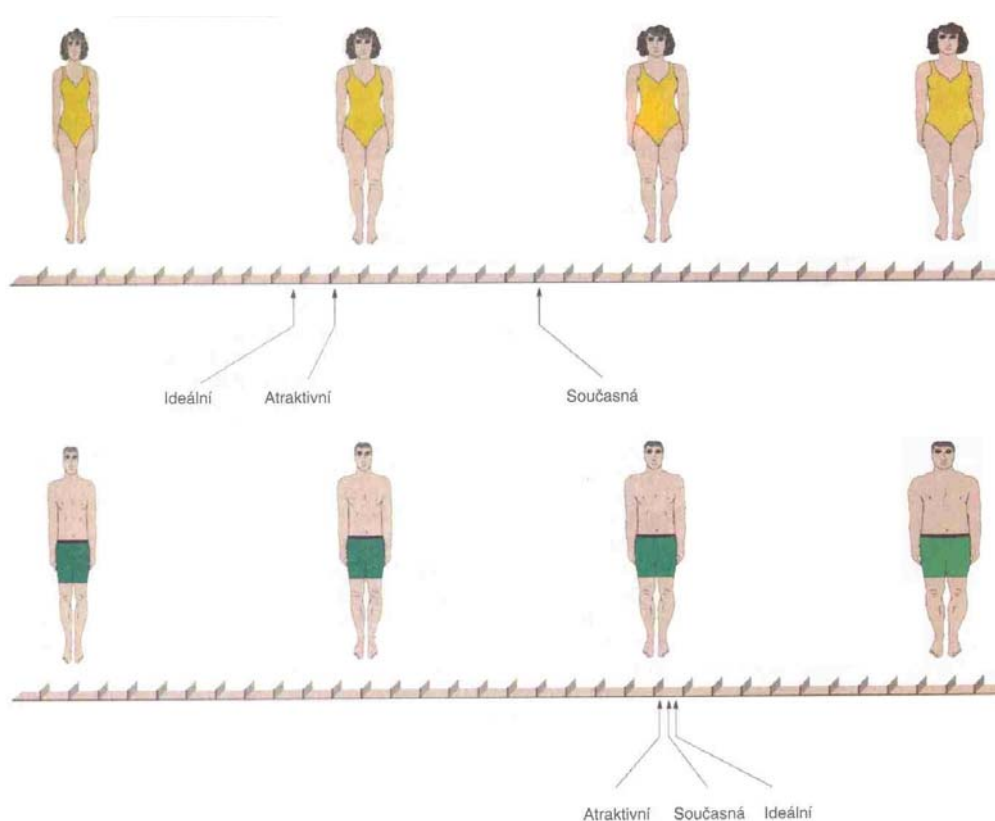
### **1.6.2 Vnímání tělesného schématu**

Jeden z nejvíce vypovídajících výzkumů, ohledně rozdílného vnímání tělesného schématu u mužů a u žen, popisují Fallon a Rozin (1985). Stovkám studentek a studentů na vysokých školách byly ukázány kresby postav jejich vlastního pohlaví. Tyto postavy každého pohlaví byly uspořádány na škále, sahající od velmi hubených postav k velmi tlustým tak, jak je znázorněno na obrázku 1.6-1. Pokusné osoby byly požádány, aby určily:

- a) Postavu, která se nejvíce podobá jejich vlastním současným tvarům.
- b) Postavu, která nejvíce odpovídá tomu, jak by chtěly nejraději vypadat, jejich ideálu.
- c) Postavu, kterou vnímají jako nejvíce atraktivní pro druhé pohlaví.

Výsledky, které jsou zachyceny na obrázku 5, se nápadně liší u žen a mužů. Muži vybírali velmi podobné postavy, které odpovídaly jejich skutečným tvarům, jejich ideální postavě a postavě, kterou, podle jejich názoru, ženy shledávají atraktivní.

Z toho vyplývá, že muži se domnívali, že jejich současná hmotnost se blíží jak jejich ideálu, tak hmotnosti postavy, která je pro ženy atraktivní. Naproti tomu ženy vybíraly velmi odlišné tvary pro svoji současnou postavu, i pro svoji ideální postavu, stejně tak jako pro postavu, o které se domnívaly, že je nejvíce atraktivní pro muže (ideální postava a postava atraktivní pro muže si byly poměrně blízké).



**Obr. 5: Tělesné schéma studentek a studentů vysokých škol**

Studentům a studentkám vysokých škol byly ukázány kresby postav jejich vlastního pohlaví a byli požádáni, aby určili: (a) postavu, která se nejvíce podobala jejich současným tvarům; (b) svoji ideální postavu; (c) postavu, o které se domnívali, že je pro opačné pohlaví nejvíce atraktivní. Studenti vybírali velmi podobné postavy u všech tří možností, avšak studentky vybíraly velmi odlišné tvary pro svoji současnou postavu, pro svoji ideální postavu a pro postavu, o které se domnívaly, že je pro opačné pohlaví nejvíce atraktivní (Fallon a Rozin, 1985 in Atkinson, R.L. a kol., 1995).

Z uvedeného je zřejmé, že ženy byly nespokojené se svou současnou hmotností (popř. že na ni měly špatný náhled) a viděly se jako příliš tlusté na to, aby byly atraktivní pro muže. Z toho je patrné, že se jedná o porušené vnímání tělesného schématu. Pokud byli muži, účastníci se experimentu, požádáni, aby si vybrali ženskou postavu, která by pro ně byla nejvíce atraktivní, tak jejich průměrná volba měla podstatně vyšší hmotnost než postavy, které ženy vybraly buď jako ideální, nebo jako nejvíce atraktivní pro muže. Vysokoškolské studentky se tedy chybně domnívají, že pro vysokoškolské studenty jsou atraktivní velmi hubené dívky. Souhrnně řečeno, vysokoškolské studentky, nikoli však vysokoškolští studenti, byly nespokojeny se svou současnou hmotností do té míry, že držely diety, a je možné, že to u některých z nich vedlo ke vzniku anorexie (Fallon a Rozin, 1985).

### **1.6.3 Příčiny rozdílného náhledu na tělesné schéma**

Ale čím to je, že vysokoškolské studentky mají ve většině případů horší náhled na svou hmotnost, než vysokoškolští studenti? F.D. Krch přičítá větší výskyt poruch příjmu potravy u žen, než u mužů rozdílným kulturním nárokům a biologickým rozdílům mezi pohlavími. Konkrétně říká: „Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže. Už například dvanáctileté dívky jsou úzkostnější ve vztahu ke svému tělu a snadněji se cítí být ohroženy nadváhou. Ženy vždy zajímal více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla. Kulturní pohled na muže, jeho ideální představa a role ve společnosti se ale tolik nemění jako v případě ženy. Kromě kulturních rozdílů jsou tu i



rozdíly biologické. Ženy všech věkových skupin a ras mají tendenci tloustnout více než muži. Během dospívání přibývají na tělesném tuku, zatímco muži spíše na svalové hmotě. Jinak řečeno, dívky se spíše "zakulacují", chlapci "vytahují" a "posilují". Ženy hodnotí vzhled jako významně důležitější hodnotu než muži, i když současně proti mužům mají v průměru nižší sebehodnocení na základě vzhledu. Stejně tak se zdá, že ženy mohou být spokojeny se svojí postavou, a přesto chtějí být ještě štíhlejší. Podle různých výzkumů není dvacet až sedmdesát procent mladých žen spokojeno se svým tělem. Pokud ženy nejsou spokojeny se svým tělem, chtějí zhubnout, pokud muži nejsou spokojeni, chtějí přibrat, respektive zesílit.“ (Krch, 2003, str. 39).

J. Poněšický zdůvodňuje dvacetinásobně vyšší výskyt anorexie a bulimie u žen, než u mužů následovně: „Vlastně na to částečně odpovídá i nejstarší teorie vzniku této poruchy, totiž odmítání zralé ženskosti, zvláště sekundárních pohlavních znaků, oblých tvarů, často i sexuality. Kromě traumat v této oblasti, např. sexuálního zneužívání, jež je bohužel u těchto dívek poměrně časté, hraje roli ve srovnání s chlapci i rychlý psychosexuální vývoj v době puberty, rychle se měnící tělo i reakce okolí včetně vlastních rodičů, jež musí dívka v krátké době zvládnout. Na tom se podílí i ono tělesné genitální uspořádání a s tím spojený větší penetrační strach i úzkost z vlastní, rodiči často spíše potlačované sexuality. Zatímco je puberta pro chlapce vstupem do nových dobrodružství a větší svobody, znamená pro řadu dívek vystavení se nebezpečím a zákazům. Jejich tendence mít vše pod kontrolou se tudíž může přenášet i na jehdu a váhu. Žena coby dovnitř i navenek otevřený systém, kladoucí velký důraz na vztahovost, je

daleko více vystavena zevním, zvláště emočním vlivům. To znamená, že do sebe mnohé přijme, co jí nesvědčí, snaží se splnit očekávání okolí, týkající se jejího vzhledu, příjemného chování a rodinné pohody. Již jako dívka přejímá roli důvěrnice matky či otce, bere na sebe i napětí mezi nimi, aby tím zajistila rodinnou soudržnost. Anorexie pak znamená (nevědomě, tělesně, zástupně) protest proti tomu, volání o pomoc a nakonec rezignaci, bulimičky alespoň aktivně protestují ve formě zvracení.“ (Poněšický, 2003, str. 172-175).

Z tohoto druhého pohledu je velmi patrné, že je autor psychoanalytik. Osobně se domnívám, že větší výskyt poruch příjmu potravy u dívek, než u chlapců souvisí jak s problematičtějším dospíváním a odmítáním sexuality, které uvádí J. Poněšický, tak i kulturními a biologickými rozdíly, jak uvádí F.D. Krch. Ostatně na některých důvodech se autoři shodují (např. na vlivu okolí).

## **1.7 Způsoby léčby poruch příjmu potravy**

V předchozích částech této práce jsme si vysvětlili, co jsou to poruchy příjmu potravy, které a proč se nejčastěji vyskytují, jaké jsou rizikové faktory vzniku těchto poruch a proč se tato problematika týká mnohem častěji žen, než mužů. Nyní pojednáme o způsobech léčby těchto poruch a jejich výhodách a nevýhodách. Ještě než si probereme jednotlivé možnosti léčby, pokusím se nastínit jeden z největších problémů u poruch příjmu potravy, kterým je otázka motivace.

### **1.7.1 Motivace k léčbě**

Otázka motivace je u pacientů s poruchami příjmu potravy velmi obtížná. Celý problém se dá velmi stručně vystihnout následovně. Dívka chce být atraktivní a štíhlá, zatím stále ještě nemá náhled na to, že její štíhlost je již extrémní a přináší jí zdravotní komplikace. Terapeuti a veškerý personál dělá vše pro to, aby přibrala. Může potom hodnotit jejich chování jako pro ni přínosné?

Pakliže se jde dívka s poruchou příjmu potravy léčit, je to mnohdy na nátlak okolí (rodičů, přítele, kamarádů). Při léčbě se pak vyskytuje různé podvádění a odmítání terapeutického režimu. Tomu má částečně zabránit tzv. terapeutická smlouva, která je v mnohých zařízeních nezbytnou podmínkou pro přijetí do léčebného režimu. Tato terapeutická smlouva seznamuje pacientku s jejím onemocněním, léčebným režimem a terapeutickým

programem. Konkrétní terapeutická smlouva je přiložena v příloze (příloha č. 1).

Dalším motivačním prvkem pro léčbu je, že se dívka dostává stále do větší zátěže, kterou má potřebu řešit. V 60. letech 20. století Holmes a Rahe (in Musil, 1996) vypracovali inventář životních událostí obsahující 42 položek, většinou negativně vymezených, kdy každá položka má přiřazený určitý počet bodů (viz. příloha č. 2). Součet bodů za rok nás může informovat o míře stresu. Za hraniční hodnotu je jimi považováno 300 bodů, u této hodnoty došlo v 79% zkoumaných případů k vážnému onemocnění (Vodáčková, 2002). Tento inventář nám tedy může orientačně poskytnout vodítko při odhadování míry zátěže u lidí trpících poruchami příjmu potravy.

Jako příklad si uveďme dívku trpící anorexií. Ruku v ruce s anorexií přichází změna stravovacích zvyklostí (15 bodů) a změna životních zvyklostí (24 bodů), za prostředky na hubnutí, či sportovní aktivity vynaloží nemalé prostředky, z čehož vyplývá změna finančního stavu (38 bodů). Díky vzrůstající sociální izolovanosti, o které jsme mluvili v kapitole „Sociální aspekty poruch příjmu potravy“, přichází změna sociálních aktivit (18 bodů). Redukci hmotnosti připisuje velký význam a bere ji jako svůj mimořádný výkon (28 bodů). Kvůli neustále se snižující hmotnosti, není schopna vykonávat obvyklé rekreační aktivity (19b), a snižuje se pracovní výkon (20b). Pakliže nebyli sexuální potíže jedním ze spouštěčů nemoci, tak nyní nastávají (39b). A postupně se přidávají neshody s partnerem (35b). Z toho všeho vyplývá změna životních podmínek (25b). Při součtu se dostáváme na 261 bodů. Připočteme-li např. Vánoce (12b), či neshody

s dalšími příbuznými (29b), snadno se dostaneme přes zmiňovaných 300 bodů. Podíváte-li se znovu do tabulky životních událostí, není těžké si představit, že se dívka setká ještě s něčím dalším, co je v ní zmíněno a ona hranice únosné zátěže bude vysoko překročena.

U některých pacientek trpících anorexií funguje jako motivační prvek skutečnost, že bude-li nemoc pokračovat, nebudou schopné mít děti. V konfrontaci s tímto zjištěním se jím dostává náhledu na vážnost onemocnění.

I když se dívka rozhodne pro léčbu na oddělení, není vyhráno. Často se vyskytují různé podvody, kdy se dívky snaží schovat jídlo do květináče, či do kapsy (převážně anorektické pacientky). Nebo naopak propašovat další jídlo na oddělení (v případech bulimických pacientek). Též vzniká pochopitelný odpor vůči terapeutům a dietním sestřám (popř. dalšímu personálu). Dívky často říkají, že se chtějí naučit jíst více, ale ne až zas tak mnoho. Stěžují si na přehnanou velikost porcí a podobně.

Problematikou motivace při léčbě se zabývá i F.D.Krch, který měl na toto téma workshop na IV. Mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy, která proběhla v březnu 2003. Následně tento příspěvek vyšel v supplementu časopisu Česká a Slovenská psychiatrie. Z tohoto článku cituji: „Léčit nemocného s poruchami příjmu potravy především znamená motivovat ho k nezbytným změnám jídelních a pohybových zvyklostí. Pacientova "neochota" ke změně je přitom srozumitelná a souvisí s jeho přirozenou adaptační schopností. Nemocný se snaží vyhnout bolestivým krokům, zachovat některé zisky spojené především s dietními omezeními a vyhublostí

C"ekonomizovat" dosud vloženou energii), výběrově interpretuje skutečnost a snaží se minimalizovat kognitivní disonanci. Vzdálené, i když významné cíle, podřizuje bezprostřednímu emocionálnímu komfortu. Jeho aktivní obrana symptomu nesouvisí ani tak s nějakým specifickým emocionálním konfliktem nebo poruchou osobnosti jako spíše s jeho přirozenou adaptivní tendencí vyhnout se změně a vzrůstu úzkosti. Plně přitom využívá všech svých předností, běžně užívaných "obranných" a únikových tendencí, odvolává se na svoje neúspěchy a běžně akceptovaná komunikativní kliše.

Terapie PPP je proto v určité fázi pro nemocného (a často i terapeuta, který preferuje motivovaného pacienta a výběrově interpretuje problém v souladu se svojí zkušeností a výcvikem) bolestivá. Přimět pacienta k nezbytným behaviorálním změnám, které jsou zpravidla možné jen v určitém kognitivním kontextu, je zpravidla podmíněno změnou relevantních postojů a očekávání.“ (Krch, 2003, str. 32).

Horne (1985) v souvislosti s otázkami spolupráce s psychoterapeutem uvádí tři stádia mentální anorexie. První stádium je prodromální, předchází váhového úbytku a je spojené s traumatem či stresem, které vedou ke ztrátě sebeocení či zvýšenému vědomí vlastního těla. Druhé stádium vede k omezování příjmu potravy a váhového úbytku, který je prožíván velmi příjemně. Dívky jsou hrdé na snížení příjmu potravy a pokles tělesné hmotnosti. Mají radost z pocitu vysoké vlastní kontroly. Zvyšuje se však úzkost z přibrání a dochází ke zkreslenému vnímání a prožívání vlastního těla. Patologický proces je popírán a chybí motivace k terapii. V této fázi je tlak na léčení prožíván jako

agrese, intruse nebo trest. Třetí stádium přináší somatické komplikace, zvyšuje míru psychopatologické symptomatiky (např. deprese), zhoršují se výkonové charakteristiky (paměť, pozornost, atd.), vede k těžkým konfliktům s blízkými lidmi. V tomto stádiu je pacientka motivovanější spolupracovat v terapii, i když zpočátku jí jde jen o odstranění sekundárních potíží a ze skutečné změny má strach (Horne, 1985 in Kocourková et al., 1997).

### **1.7.2 Ambulantní péče**

Ambulantní péče je vhodná pro dívky, které již prošli léčením ať už na stacionáři, nebo v lůžkovém zařízení. Méně vhodná pak pro dívky, které takovouto léčbou neprošly. V předchozí části jsme pojednávali o motivaci k léčbě. Právě díky této nemotivovanosti je ambulantní léčba velmi náročná a zdlouhavá. Pacientky mnohdy zastírají některé skutečnosti a velmi často disimulují.

F.D.Krch (1999) připisuje ambulantní péči chronickým pacientkám: „Existují někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli k bodu, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. V těchto případech můžeme uvažovat o "lékařské péči", která má cíl velmi odlišný od psychoterapie. Tato lékařská péče se nezaměřuje na "překonání poruchy příjmu potravy", ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. Pokud je to nutné, měli by

příslušní lékařští specialisté kontrolovat tělesnou váhu, elektrolyty a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu. Když je péče poskytována ve skupině, pacienti mohou mít další zisk ze skupinové podpory a spoluúčasti podobně postižených. V některých případech mohou tyto skupiny vyvolat novou snahu aktivně se zabývat symptomy poruchy příjmu potravy.“ (Krech, 1999, str. 130).

Následná péče, které se budeme věnovat v druhé části je rovněž ambulantní péčí. Jeden z důvodů jejího vzniku byla skutečnost, že v České republice je stále nedostatek ambulantních služeb pro pacientky trpící poruchami příjmu potravy.

Dívky které nechtějí být hospitalizovány a nechtějí, či nemají možnost navštěvovat stacionář, volí ambulantní péči u lékařů nebo terapeutů, kteří se nespécializují na tuto problematiku. Pakliže tyto profesionálové nejsou obeznámeni s poruchami příjmu potravy, dostavuje se u nich často nespokojenost s tím, že dívky nespolutpracují na léčbě.

### **1.7.3 Svépomocné skupiny**

Historie svépomocných skupin sahá do roku 1935, kdy Bill W. a doktor Bob pomohli jeden druhému zůstat střízliví a poté založili hnutí anonymních alkoholiků. V roce 1970 vznikly v rámci anonymních alkoholiků zvláštní skupiny pro lidi úzce spojené s alkoholiky a dále skupiny dětí žijících s rodiči alkoholiky. V současné době je celá řada svépomocných skupin. Známe svépomocné skupiny patologických hráčů, anonymní toxikomany,



skupiny rodičů s autistickými dětmi, či svépomocné skupiny lidí trpících poruchami příjmu potravy.

Hartley a Newton (1991) uvádějí, že svépomocné hnutí pro nemocné s poruchami příjmu potravy vzniklo roku 1974 na univerzitě v Manchesteru (Hartley a Newton, 1991 in Krch, 1999).

Dle Enright et al. (1985) je asi třetina svépomocných skupin v USA míněna jako alternativa profesionální péče. Druhá třetina je naopak vedena profesionálně. Účastní se jich hlavně nemocní, kteří se obávají stigmatu psychoterapie, nebo chtějí ušetřit za léčbu. Poslední třetina skupin je ovlivňována profesionály částečně (Enright et al., 1985 in Krch, 1999). Domnívám se, že v české republice je tento poměr obdobný. Existují zde svépomocné skupiny řízené profesionály. Jako příklad uvádím klub pro pacientky s poruchami příjmu potravy, který se koná jednou měsíčně ve VFN , Ke Karlovu 11, Praha 2 a je řízen psychoterapeutkami, které pracují na této psychiatrické klinice. Dále jsou zde svépomocné skupiny, které jsou částečně ovlivňovány profesionály. Mezi ně patří například ty, které organizuje občanské sdružení Anabell v Brně. Tyto skupiny mají stanovený rámcový program profesionálem, ale na jejich vedení se převážně podílejí bývalé pacientky, či jejich příbuzní. Skupiny, které by se daly nazvat alternativní péčí oproti profesionálním zařízením, jsou u nás také. V Praze je například organizuje Ondřej Stískal a Ria Černá v Domě dětí a mládeže na Andělu. Na Internetu o sobě uvádějí, že se s poruchami příjmu potravy setkali u svých příbuzným. Přestože je na jejich internetových stránkách výslovně zmíněno, že svépomocná skupina nenahrazuje profesionální péči, mnohé dívky to neberou na zřetel. Důvodem je především obava ze

stigmatizace, kterou pro ně představuje návštěva psychiatra, či psychologa. Mnohé z těchto dívek tvrdí, že jim stačí sem, tam zajít na svépomocnou skupinu a o žádnou další pomoc nemají zájem.

Konkrétní hodnocení efektivity je velmi problematické. Nejen, že hodnotit výsledky psychoterapie je obecně velmi problematické, ale některé mají těžko specifikovatelný program a jen těžko bychom zkoumali, nakolik má terapeutický účinek. Dalším faktorem, který znesnadňuje šetření úspěšnosti těchto skupin je, že se jedná převážně o skupiny otevřené a anonymní. Hartley a Newton (1991) uvádějí průzkum mezi účastníky těchto programů, většina se jich domnívá, že jim skupiny velmi pomáhají. Co přesně to však znamená, lze jen obtížně validizovat (Hartley a Newton, 1991 in Krch 1999).

#### **1.7.4 Stacionáře**

Stacionáře kombinují režimový plán léčby a kontakt nemocného z jeho přirozeným prostředím. Stacionáře zaměřené na poruchy příjmu potravy přinášejí pacientovi strukturu a možnost kontroly jídelního režimu. Umožňují snazší přechod do běžného prostředí, jelikož v průběhu léčby jsou s ním v kontaktu. Pacienti jsou méně stigmatizováni pobytem v léčebném zařízení. Na druhé straně větší volnost, kterou dívky při této formě léčby mají, může vést k pokračování rizikového chování v domácím prostředí. Pro některé pacientky může být každodenní docházka na stacionář fyzicky vyčerpávající (zejména při nízké hodnotě BMI) a oproti léčbě na lůžku finančně náročná (náklady za stravu a cestování).

Historii stacionářů uvádějí ve svém připravovaném článku P. Chudobová a H. Papežová (2004). První stacionář pro

psychiatrické pacienty byl otevřen v roce 1937 (in Zipfel et al., 2001). Zmínky v literatuře o specializovaných stacionářích pro poruchy příjmu potravy jsou až z konce osmdesátých let (Piran, 1989). V literatuře je řada odkazů na různé stacionáře pro pacienty s poruchou příjmu potravy. Například v Torontu byl v roce 1985 založený „Day Hospital Program“. V Los Angeles vznikl o šest let později „Our Lady of the Lake Eating Disorders Program“ (Zipfel, et al, 2002). Také v Evropě najdeme specializované stacionáře, můžeme jmenovat „Therapie - Zentrum für Essstörungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie“ v Mnichově, založený v roce 1989 (Gerlinghoff, et al., 1997), „Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik“ ve Švýcarsku (Reisch, et al. 2002 in Chudobová, Papežová, 2004).

První a zatím jediný stacionář pro poruchy příjmu potravy v České republice byl založen 1.5.2002 na půdě Psychiatrické kliniky VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2. Podrobněji o tomto stacionáři pojednám ve druhé části této práce, jelikož více než polovina dívek, které navštěvují následnou péči, prošly léčbou právě na tomto stacionáři.

#### **1.7.5 Lůžková oddělení**

Nejznámější a jednoznačně nejdéle praktikovanou léčbou poruch příjmu potravy je hospitalizace na lůžkových odděleních. Pakliže bychom chtěli popsat historii, stejně jako u stacionářů a svépomocných skupin, dostali bychom se daleko do minulosti. Poruchy příjmu potravy se vyskytovaly pod nejrůznějšími názvy. Je nutné však zdůraznit, že tomu bylo v daleko nižší míře, než

nyní. Nejspíše nejstarší popis léčby, včetně obrázků pochází od britského lékaře W. Gulla (viz. obrázek 6).

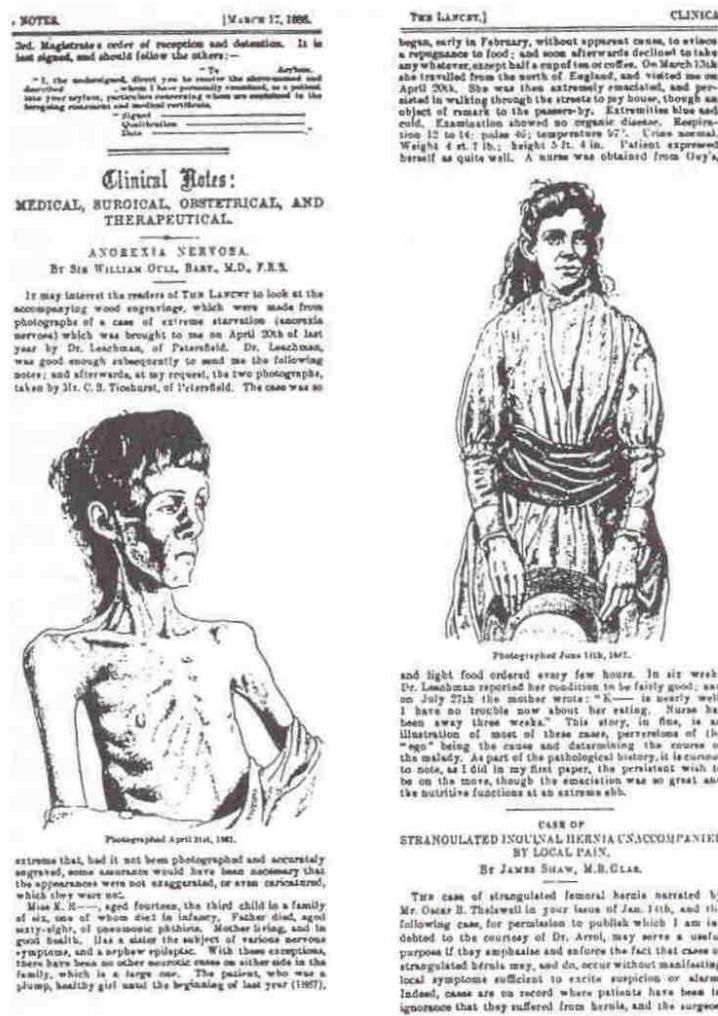


Fig. 1

**Obr. 6: Pacientka s mentální anorexií před a po léčbě (Podle Williama Gulla 1887 in Krch, 1999)**

V České republice jsou lůžková oddělení v Praze a Brně. Donedávna bylo specializované pracoviště i v Olomouci, ale dle aktuálních zpráv má v nejbližší době ukončit provoz. Podrobněji o lůžkovém oddělení ve VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2 si povíme ve druhé části práce.

Základem většiny léčebných zařízení, jak u nás, tak i ve světě je režimová léčba. V rámci režimu jsou pevně zakotveny

snídaně, oběd, večeře a svačiny. U pacientek s nízkým BMI bývá ještě druhá večeře. Dále jsou v programu skupinové psychoterapie, arteterapie, komunitní setkání, ergoterapie a relaxace. Též je pevně stanoven budíček a čas, kdy se má jít spát. Některé léčebny/kliniky mají dále jednou týdně rodinnou terapii, u jiných zas večer bývají nejrůznější pohybové aktivity (např. v Německém Berggiesshubelů na Psychoterapeutické klinice MEDIAN mají pacientky možnost jít plavat).

Dnes už je samozřejmostí, že jídelní režim není pro všechny stejný. Liší se nejen podle toho, jestli dívka trpí anorexií, či bulimií, ale i v závislosti na jejím BMI.

Součástí léčby je rovněž individuální psychoterapie a farmakoterapie. Podrobněji si o nich povíme, stejně jako o již jmenovaných prvcích denního režimu, v následujících kapitolách.

## **1.8 Využívané psychoterapie při léčbě**

Psychoterapie je základem léčby poruch příjmu potravy. V této kapitole si nejprve vymežeme obor psychoterapie, ukážeme si několik definic a nastíníme cíle psychoterapie. Poté se zaměříme na konkrétní psychoterapeutické metody, které jsou nejčastěji používány při léčbě poruch příjmu potravy.

Ačkoliv budeme pojednávat o jednotlivých terapeutických metodách a směrech zvlášť, je nutné připomenout, že jedině kombinací metod a směrů dosáhneme pokroku při léčbě.

### **1.8.1 Vymezení pojmu psychoterapie**

Chceme-li hovořit o využívaných terapeutických postupech při léčbě, musíme si na začátku definovat, co pod pojmem psychoterapie vlastně myslíme. Jednou z nejjednodušších používaných definic je, že jde o „léčbu psychologickými prostředky“. Ovšem co je to léčba? A co se skrývá pod psychologickými prostředky? Mám-li definovat psychoterapii, napadá mě ono známé prohlášení W.Perryho, který řekl, že je snazší psychoterapii provádět, než ji vysvětlit (Perry, 1986 in Prochaska, Norcross, 1999).

Ale uveďme si definice některých významných psychoterapeutů, abychom viděli, z jakých různých pohledů se dá na psychoterapii dívat. Slovo psychoterapie je složeno z řeckých slov „psyché“ a „therapón“. „Psyché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj sama v sobě.

Jaroslav Skála definuje psychoterapii ve sportovním duchu: „Psychoterapie je přátelské utkání, ve kterém má bodovat terapeut, ale vyhrát pacient.“ Tato definice mi připadá velmi výstižná, ale dalo by se polemizovat nad tím, co je myšleno oním „bodováním“ a co je v terapii výhrou.

J. Vymětal (2003, str. 301) definuje psychoterapii následovně: „Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje úzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.“

Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.

Komunikace zde znamená sdělování významů v interpersonálním kontextu s cílem ovlivňování druhého a navozování žádoucí změny.

Psychoterapeutický vztah je vytvářen chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu jež zastává. Vztah může být více nebo méně expertní, více nebo méně osobní, ale ve všech možných podobách vztahu musí být vztah sycen důvěrou pacienta v terapeuta i léčbu a nadějí ve změnu k lepšímu. Dále zde platí principiální rovnost vztahu v terapii, vyplývající z obecně lidské interpersonální situace, kterou psychoterapie je.

Profylaxe (primární prevence) je opatření, jejichž cílem je zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů, majících za následek poruchu zdraví.

Terapie je léčbou v běžném slova smyslu. Znamená užití těch psychologických postupů a strategií, jimiž mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Cílem terapie je obnova zdraví.

Rehabilitace (terciální prevence) představuje psychologickou intervenci, pomocí, které usilujeme o zmírnění následků poruchy zdraví, přičemž rehabilitace často přechází v prevenci, čili v odstraňování předpokladů vzniku a rozvoje určité poruchy, výskytu nové ataky nemoci, dekompenzace zdravotního stavu apod. Cílem rehabilitace je návrat do původního stavu (Vymětal, 2003).

P. Hartl a H. Hartlová (2000) uvádějí, že jde o léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, za které považují slovo, gesto, mimiku, mlčení, příp. úpravu prostředí. Podle nich jde o účinný způsob psychické pomoci, která je plánovaná, promyšlená a prováděná odborníky.

A jaké jsou cíle psychoterapie? J. Vymětal (2003, str. 312) je vidí takto: „Cíle jsou předem stanovené změny, kterých dosahujeme léčbou. V ideálním případě se výsledky a cíle terapie shodují. Na nejobecnější úrovni odpovídají dosažení zdraví, tedy stavu organismu před vznikem určité nemoci.“

Další otázkou je kam patří psychoterapie jako obor. I na tuto otázku najdeme velmi rozdílné a často protichůdné odpovědi. Někteří autoři ji vidí jako svébytný obor, jiní ji řadí pod psychologii, medicínu, filosofii, či sociální práci. O. Čálek zdůrazňuje, že psychoterapie není odnoží psychologie ani sociologie, antropologie, či filosofie. Je svébytným oborem. Má



svůj vlastní základ v sobě. Je praktickým oborem a disciplínou, která chce a umí porozumět jednotlivci (analogii spatřuje pouze v umění), zabývá se něčím, co je jen těžko měřitelné (Čálek, 2002).

Naproti tomu J. Vymětal vidí psychoterapii jako průsečíkem věd psychologických, lékařských a filosofie. Ty jsou rovněž jejími zdroji. Psychologie se zabývá duševní oblastí člověka a jeho života (duševní lidská subjektivita a její projevy- vědomí, prožívání a pod.).

Medicína (lékařství) se věnuje léčbě (terapii) zdraví, především zdraví lidského. Léčbou se rozumí odborná pomoc pacientovi ze stavu nemoci do stavu zdraví.

Filosofie učí kriticky myslet. Hledat předpoklady a východiska oboru psychoterapie. Ukazuje nám možnosti a meze našeho poznávání. Dává nám možnost odstupu. Jejím prostřednictvím se dotýkáme otázek etiky, tj. mravnosti a morálky (Vymětal, 1997).

Dále bychom mohli uvést velké množství rozmanitých definic od českých i zahraničních autorů. Psychoterapii, její vymezení i cíle rozdílně definují nejen příznivci jiných paradigmat (např. psychoanalytici a rogeriáni), ale i psychoterapeuti vycházející ze stejného směru. Ačkoliv se hlásí např. J. Růžička i O. Čálek k daseinsanalytikům, oba ve své definici psychoterapie zdůrazňují něco jiného. Na světě je velké množství nejrůznějších přístupů, které se kromě odlišností v direktivitě terapeuta versus klientem řízené terapie liší velmi podstatně i v délce psychoterapie a dalších aspektech. Prochaska, J.O. a Norcross, J.C. (1999, str.368) uvádějí, že existuje přes 400 různých

psychoterapeutických přístupů. Ohledně délky terapie srovnajme například klasickou psychoanalýzu, která trvá po dobu několika let v rozsahu 4 nebo 5 sezení týdně, a naproti tomu některé kognitivně behaviorální přístupy, které jsou zaměřeny na konkrétní problém a bývají v rozsahu např. několika týdnů.<sup>6</sup>

### 1.8.2 Psychoedukace

Přesto, že se s termínem psychoedukace setkáme běžně na psychiatrických odděleních i v psychoterapeutických zařízeních, není např. v psychologickém slovníku<sup>7</sup>.

Jednoduchým překladem z angličtiny dojdeme k tomu, že jde o „psychovyučování“, dále však budeme používat slovo psychoedukace, jelikož se jedná o slovo převzaté z angličtiny a v odborných kruzích je běžně rozšířené.

Při léčbě poruch příjmu potravy je důležité seznámit dívku s léčebným postupem a s tím, co vlastně její nemoc obnáší. K tomuto slouží právě psychoedukace. Psychoedukativní prvky jsou však zároveň součástí téměř každé terapie.

Garner et al. (1985) píše, že mnoho léčebných programů klade přílišný důraz buď na emocionální, nebo naopak jen na somatické aspekty těchto poruch. Pouze somatické vysvětlení může vést k tomu, že pacientka získá představu, o neřešitelnosti svého stavu. Omezíme-li vysvětlení jen na psychologické a veškerou fyziologickou literaturu budeme ignorovat, mohou pacientky nabýt

---

<sup>6</sup> Tyto časové údaje nelze brát doslovně. Některé psychoanalytické směry mají výrazně nižší intenzitu sezení a kratší celkový čas terapie a podobně některé kognitivně behaviorální terapie trvají o mnoho delší dobu.

<sup>7</sup> Konkrétně v jednom z nejznámějších psychologických slovníků a mezi studenty nejoblíbenějším: Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Praha: Portál 2000.

přesvědčení, že psychologické důsledky těchto poruch jsou ve skutečnosti jejich příčinami. Tento postoj posiluje pasivitu a závislost pacientky na terapeutovi a umožňuje zakonzervovat některé zlozvyky (Garner et al., 1985 in Krch, 1999). K osvětlení poruch příjmu potravy jak z psychologické, tak i fyziologické stránky slouží právě psychoedukace.

Psychoedukace však není pouze jako doplněk či úvodní seznámení s určitou terapií, v některých skupinách je jejich hlavní náplní. Jako tzv. edukativní skupiny je popisuje F.D. Krch (1999). Mimo jiné uvádí, že sezení edukativní skupiny může mít normální skupinový formát nebo může probíhat jako přednáška. Ze zkušenosti preferuje první alternativu, jelikož ji vidí jako účinnější, i když náročnější pro terapeuta. V obou variantách doporučuje používat různých názorných pomůcek, jako je zápis na tabuli, schémata, kresba nebo videozáznam. Pro větší názornost je dobré dát dívkám kopie některých materiálů. Edukace je dialog, kterého se pacient aktivně účastní. Jeho dotazy a připomínky se zapisují, může se ptát, uvádět příklady, ale i sám připravit zpracování některého z témat. Do edukativních skupin jsou zařazováni pacienti s určitým náhledem, schopní spolupráce a s dostatečným intelektem. Skupinu vede jeden terapeut, který si může zvat hosty. Od pacientů jsou někdy požadovány domácí úlohy, jako například vést si jídelní záznamy nebo přinést příklad nějaké nevhodné reklamy na zhubnutí. Edukativní program má určitou strukturu a témata jednotlivých sezení jsou naplánována a připravena. V rámci rozsáhlejších terapeutických programů pro větší počet nemocných s různými jídelními problémy se mohou

pacientky podle svého uvážení hlásit na určitá témata nebo jim je doporučí ošetřující lékař (Krch, 1999).

Bohužel zatím nevyšla žádná literatura v češtině, která by se přímo zabývala psychoedukačními postupy u poruch příjmu potravy. V cizojazyčné literatuře lze např. doporučit Garnera a Garnfinkela, kteří ve své knize „Příručka psychoterapie pro anorexii a bulimii“ věnují psychoedukativním postupům celou kapitolu.<sup>8</sup>

### 1.8.3 Režimová léčba

V kapitole 1.7.5 jsme uvedli, že režimová léčba je základním prvek ve většině psychiatrických (popř. psychosomatických či psychoterapeutických) zařízeních. Léčebný režim je součástí nejen lůžkových oddělení, nýbrž i stacionářů.

P. Hartl a H. Hartlová (2000) uvádějí, že jde o léčení pomocí promyšleného denního režimu, jehož dodržování znamená změnu rutinních návyků stravovacích, pohybových, společenských, včetně trávení volného času, dle požadavků na léčbu té, či oné choroby. Léčebný režim je součástí každé hospitalizace. Nejúspěšnější je individuální s pomocí psychologa, nebo rehabilitačního pracovníka. Pomáhají také svépomocné skupiny a zdravotnická literatura. Cílem je nalézt přesně takový režim, který zdraví postižených posiluje a zabraňuje tomu, aby se neomezovali nadměrně a nežili ve stálém strachu z návratu choroby a na druhé straně aby se nepřepínali a nepodceňovali riziko relapsu.

Hned v začátku vymezení režimové léčby manželzy Hartlovými je zmíněno, že jde o změnu rutinních návyků v oblasti

---

<sup>8</sup> Tato kniha nebyla přeložena do češtiny, v anglickém originále jde o: Garner, D.M., Garfinkel, P.E.: Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia.

stravovací. Tato změna je jedním z nejpotřebnějších kroků v léčbě poruch příjmu potravy. Nejde jen o to, zvýšit (popř. snížit u obézních) momentálně tělesnou hmotnost, ale hlavně tuto hmotnost uchovat. Dalším problémem je pak vytvoření náhledu pacientky na její nemoc.

Například Fairburn vytvořil koncept KBT pro léčbu mentální bulimie. V něm zdůrazňuje tyto hlavní body:

- 1) Vedení záznamu o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají.
- 2) Pravidelné vážení.
- 3) Změna schématu jídelního chování (tj. kontrola redukčních diet, zavedení konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala a plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování).
- 4) Kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy.
- 5) Zavedení prevence relapsu (Fairburn, 1985 in Krch, 1999).

Většina klinik (léčeben), zabývajících se poruchami příjmu potravy, dodržuje ve svém režimu Fairburnovu strukturu obohacenou o další terapeutické prvky. Ve výše zmíněném konceptu jsou totiž opomenuty některé skutečnosti, které ovlivňují vznik a vývoj poruch příjmu potravy. Pakliže byla dívka například sexuálně zneužívána, nestačí jen kognitivně restrukturalizovat navyklý model chování, že když si na to vzpomene, tak se přejí. Nýbrž je i nutné, aby měla příležitost si tento negativní prožitek zpracovat.

Zmiňují-li se o tom, jak většina léčebných zařízení užívá Fairburnovu strukturu, je nutné dodat, že někteří nevycházejí

z Fairburna, ale přišli si na prvky, které on zformuloval, již nějakou dobu před ním a pouze je nikde nepublikovali.

U mentální anorexie je hlavním cílem režimové léčby zvýšení váhy a změna negativních jídelních návyků. K tomu přispívá například zvyšování možností a výhod s rostoucí hmotností. S těmito pravidly se dívky seznamují při nástupu do léčby, jsou například součástí terapeutické smlouvy, kterou podepisují (viz. příloha 1). Jako příklad rostoucích výhod uveďme vycházky, návštěvy, účast na různých aktivitách oddělení, atd.. V jednotlivých zařízeních se tyto výhody liší, v závislosti na věkové skladbě klientek a možnostech dané léčebny (kliniky).

V závislosti na hmotnosti bývá i jídelní režim. V kritických případech jsou dívky vyživovány uměle, při velmi nízkém BMI mají povinné např. druhé večere a přídavky. S postupně rostoucí hmotností přídavků ubývá a začíná se s jídelním režimem u kterého váha neroste, ale ani neklesá.

#### **1.8.4 KBT**

Kognitivně-behaviorální terapie je jedním z nejvíce využívaných postupů při léčbě poruch příjmu potravy, proto ji věnujeme samostatnou kapitolu. Někteří autoři kognitivně-behaviorální terapii (KBT) dokonce považují za jediný možný způsob léčby. Na to bych jim však odpověděl slovy Gadamera: „Tak idea jediné metody, metody, pro niž se mohu rozhodnout dřív, než jsem vůbec pronikl do věci, je třeba podle Aristotela špatnou abstrakcí: metodu, jak do něho proniknout, si musí určit předmět sám.“ (Gadamer, 1994, str. 11).

Tím však nechci popírat nesporné pozitivní výsledky KBT, pouze poukazuji na fakt, že je užitečné kombinovat více způsobů psychoterapie a hledat nejvhodnější přístup pro jednotlivé dívky individuálně. Což však, díky nízkým stavům personálu, není většinou možné. Wifley píše, že KBT je účinná při ustálení schémat jídelního chování u obézních jedinců, kteří trpí opakovatelnými záchvaty přejídání (Wifley et al., 1993 in Krch, 1999).

KBT se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie, u mentální anorexie vytváří základ pro značnou část léčby. Individuální KBT je doporučována těm pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné příznaky (Krch, 1999, str. 132).

A co vlastně je ona kognitivně behaviorální terapie? Z názvu je patrné, že jde o určitou kombinaci či integraci kognitivního a behaviorálního přístupu. To je jistě nepopíratelnou skutečností, zároveň však existují tři poměrně odlišná pojetí, která stojí za zmínku.

V prvním pojetí se chápe jako jedna z forem behaviorální terapie, přičemž se při ovlivňování chování bere v potaz další proměnná tj. vnitřní psychické procesy zejména myšlení a postoje, které mohou k žádoucí změně chování také napomoci. Toto pojetí zastávají například Wilson, nebo Fishman a Franks (Wilson, 1989; Fishman a Franks, 1992 in Kratochvíl, 2002).

Druhé pojetí chápe KBT spíše jako formu kognitivní terapie, která využívá experimentování s chováním k tomu, aby se dosáhlo žádoucích změn v myšlení, které jsou pro účinnost terapie rozhodující (Crower, Casey a Dryden, 1998 in Kratochvíl, 2002).

Ve třetím pojetí jde o zcela specifický přístup s odlišným filozofickým východiskem. Terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáhá měnit a hodnotit jak zkreslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. Terapie je časově omezená a směřuje k dosažení konkrétních cílů, které jsou předem dohodnuty (Hawton, 1989 in Kratochvíl, 2002). Zastánci tohoto směru jsou například Mahoney a Meichenbaum, kteří se počítají mezi zakladatele kognitivně behaviorálního směru.

Stejně jako jsou odlišná pojetí KBT, existují i různé názory, co všechno pod KBT patří a co již nikoliv. Je to z důvodu, že např. Fairburnem vytvořil koncept KBT pro mentální bulimii. V tomto jeho pojetí jsou prvky, které se běžně řadí do režimové léčby (např. pravidelné vážení). Podrobněji o této koncepci bylo pojednáno v předchozí kapitole.

### **1.8.5 Skupinová psychoterapie**

Pod skupinovou psychoterapii bychom mohli zařadit některé předchozí kapitoly, jelikož jak KBT, tak i psychoedukace mohou probíhat skupinově. Stejně tak bychom pod skupinovou terapii mohli zařadit svépomocné skupiny, které byly popsány v kapitole 1.7.3. Skupinová psychoterapie patří u poruch příjmu potravy k nejrozšířenějším. Využívá se jí nejčastěji u denních stacionářů a v lůžkových zařízeních. Méně častá je pak ve formě ambulantní, jelikož velmi často se stává, že některé z dívek se nedostaví, což vede nejen k problémům u vykazování pro pojišťovny, nýbrž i k narušení koheze skupiny.



V dnešní době má téměř každý psychoterapeutický přístup svou skupinovou variantu. Nejčastěji využívanou skupinovou terapií pro poruchy příjmu potravy jsou skupiny kognitivně-behaviorální, psychoanalytické, dynamické a jejich různé modifikace.

Z hlediska otevřenosti jde převážně o skupiny otevřené, jelikož systém v léčebných zařízeních je nastaven tak, že jsou pacientky přijímány a propouštěny průběžně.

Podíváme-li se na psychoterapeutické skupiny z hlediska homogenosti z hlediska diagnózy dívek, jde většinou o skupiny, kde jsou jak anorektické, tak i bulimické pacientky. Jedná se tedy o heterogenní skupiny. K tomu však musíme dodat, že jde pořád o poruchy příjmu potravy, z ostatními diagnózami se skupiny mixují jen ojediněle. Z hlediska pohlaví by teoreticky mohly být skupiny heterogenní, ale vzhledem k malému množství mužů, trpících poruchami příjmu potravy, jsou skupiny převážně homogenní.

J. Kocourková upozorňuje na to, že když jsou skupiny složeny pouze z anorektických dívek, tak je možné hlouběji explarovat problémy kolem vlastního jídla a váhy. Též je prostor pro hledání vztahu mezi prožíváním, objektivními vztahy a jídelními obtížemi. Může se však stát, že se zafixuje toto téma a skupina bude zaplavená spory mezi pacientkami kolem jídla na oddělení a spravedlností či nespravedlností zdravotnického personálu. V případě heterogenní skupiny je méně prostoru pro tato specifická témata, hrozí však, že ostatní pacienti začnou probírat témata, která u pacientek vzbuzují úzkost a znejišťují je (Kocourková et al., 1997, str. 115).

Mimo klasických, tj. verbálních skupin, můžeme využívat ve skupinové práci i další techniky, jako je například arteterapie, podrobněji si o ní řekneme v kapitole 1.9.2.

Mezi výhody skupinové psychoterapie patří bezesporu skutečnost, že oproti individuální je méně náročná na čas terapeuta. Vyjma této pragmatické výhody je zde možné využít i skupinový potenciál, který je při správném vedení skupiny velmi prospěšný. Skupina umožňuje dívkám formulovat a vyjadřovat své vlastní myšlenky a pocity v bezpečném prostředí před ostatními. Také nabízí množství nejrůznějších reakcí a konfrontací, čímž pomáhá propracovávat vztahy s vrstevníky i autoritami. V případě heterogenních skupin, z hlediska pohlaví, umožňuje bezpečnou komunikaci s opačným pohlavím. V předchozích kapitolách jsem zmínil, že náhle na vlastní postavu je u poruch příjmu potravy značně zkreslený. Toto zkreslení však platí pouze pro vlastní postavu a nikoliv v náhledu na ostatní, čehož lze též využít ve skupině.

Mimo skupin pro pacienty s poruchami příjmu potravy existují rovněž skupiny pro jejich blízké příbuzné, či známé. Nejčastější jsou skupiny pro rodiče a skupiny pro partnery. V některých případech jsou skupiny obecně pro příbuzné. S dalším druhem skupin se můžeme setkat v tzv. multirodinné terapii. O té si více povíme v kapitole o rodinné terapii.

### **1.8.6 Individuální psychoterapie**

Individuální terapie je součástí léčby v denních stacionářích i v lůžkových zařízeních. Vedoucí úlohu hraje v ambulantní péči. Bohužel je zatím u nás málo psychoterapeutů

specializovaných na poruchy příjmu potravy. A tak, když dívka ukončí léčbu a chce nadále někam docházet, nastává problém, jak sehnat psychoterapeutickou pomoc. Je nutné dodat, že následná ambulantní péče není jen rozhodnutí pacientky, nýbrž je i nutná, jako prevence relapsu. Vzhledem k tomu, že pojišťovny platí pouze dva měsíce hospitalizace, odcházejí dívky často s podvábou a další léčba je nezbytná. Terapeuti, kteří se nespécializují na tuto problematiku, si často stěžují, že dívky nepřijdou na domluvené sezení, nebo se omlouvají na poslední chvíli. To však neodmyslitelně patří k poruchám příjmu potravy. Téměř po celou dobu léčby je totiž u většiny dívek značná ambivalence mezi tím, zda se chtějí zbavit anorexie (popř. bulimie) a opustit tak mnohé problémy, které jim přináší, ale zároveň přijít i o svůj způsob kontroly váhy, či zda si chtějí svůj dosavadní způsob života se vším všudy ponechat.

Ať jde o jakoukoliv individuální psychoterapii, základem jejího úspěchu je vždy terapeutický vztah. Základem dobrého terapeutického vztahu je ono známé Rogersovské trio empatie, akceptace a autenticita. To platí i když jde např. o terapii kognitivně behaviorální, nebude-li totiž navázán kvalitní terapeutický vztah, nebudou klientky terapeuta respektovat.

H. Papežová (2003) o terapeutickém vztahu píše: „Terapeut musí být vřelý a empatický, dávat najevo snahu po spolupracujícím vztahu, kde si vzájemně poskytnou zpětnou vazbu a pacient či klient bude odpovědný za svá rozhodnutí. Pacient může budit dojem otevřeného, zranitelného a okouzujícího vztahu a rozhodnutí pracovat s vámi. Ale často má velmi protikladné

tendence. Chce se líbit i rebelovat, nedůvěřuje a zároveň pociťuje až dětskou závislost.

Může se snažit při psaní jídelníčku natolik, aby se vám zalíbil, že údaje nejsou reálné. Stačí se zmínit, že se stává, že se někteří snaží upravit zápisy, a to není třeba. Může se najednou změnit ve zlostného a nespolupracujícího. Nepřichází na schůzky nebo zavolá na poslední chvíli, a pak dlouho telefonuje o radu. Může se na vás rozzlobit. Nedejte se, nenechte se dostat do role oběti ani trestajícího.“ (Papežová, 2003, str.97).

Dále autorka upozorňuje na to, že od začátku terapeutického vztahu musejí být jasně stanoveny jeho hranice. Nepřijde-li klientka bez omluvy, tak ztrácí konzultaci (Papežová, 2003).

Některé dívky se za mnohé věci ze svého života stydí a na skupině by je nikdy neřekly, v intimnějším prostředí individuálního kontaktu jsou však daleko více otevřené a ochotné pracovat i na těchto událostech. Proto je vhodné, jak při pobytu na stacionáři, tak v lůžkovém zařízení kombinovat skupinovou a individuální psychoterapii.

V případě individuální terapie s ženami, které trpí mentální anorexií, je nutné podle H. Papežové (2000) kontrolovat váhu. Autorka též uvádí, že je lepší, když váhu kontroluje sám terapeut. Je to totiž důležitý prvek terapeutického vztahu, jelikož poskytuje pacientce příležitost, aby řekla, jak to vlastně jde. Stává se, že nás nechce zklamat, či se obává otevřeně říci, jak to vlastně je. Konkrétní změna, či stagnace váhy jí umožní říci pravdu (Papežová, 2000).

### 1.8.7 Rodinná terapie

O rodinné terapii jsme se již zmínili v kapitole o skupinové psychoterapii. Stejně jako je tomu u individuální a skupinové terapie, i druhů rodinných terapií máme velké množství, lišící se podle psychoterapeutického směru, ze kterého vycházejí.

Podle toho s kým pracujeme, můžeme rozdělit rodinnou terapii na terapii s jednou rodinou a terapii s více rodinami (tzv. multirodinnou terapii). Někteří autoři řadí pod rodinou terapii i psychoterapeutické skupiny rodičů a edukativní skupiny pro rodinné příslušníky.

Rodinná terapie se používá zejména u mladých dívek, které žijí společně s rodiči. Z hlediska diagnózy je nejvíce využívána u mentální anorexie.

J. Kocourková (1997) uvádí, že pro rodinnou terapii mentální anorexie jsou významné zejména dva směry systemické rodinné terapie. Jsou to strukturální orientace Salvadora Minuchina a strategická orientace Mary Palazzoli-Selviny.

Dále autorka uvádí, že Minuchin našel u tzv. psychosomatických rodin řadu společných problémů v jejich fungování. Struktura rodin vykazovala poruchy hranic v subsystémech a byla nadměrně ochraňující, rigidní, bez dostatečné schopnosti vyjadřovat a řešit vzájemné konflikty. Taková rodina pak pravděpodobně obtížně zvládá adolescentní separační procesy. Psychoterapie zahrnuje sezení s pacientkou, rodiči a sourozenci. První sezení mívá charakter tzv. lunch session, trvá 2 až 3 hodiny a terapeut v něm má šanci pozorovat transakční vzorce rodiny kolem symptomového chování a také způsoby,

kterými členové rodiny toto chování posilují. Terapeut intervenuje přímo a direktivně. Terapie je v počátečním stadiu zaměřena zejména na odstranění symptomů. V další fázi se pak terapie zaměřuje na vztahové problémy a změnu v rodinné struktuře směrem k větší flexibilitě a k větší jasnosti hranic mezi jednotlivými částmi rodiny (např. subsystém partnerský, rodičovský, subsystém dětí atd.).

Naproti tomu strategická orientace je více zaměřena na cirkulární zpětnovazebný proces v rodině a na současné patologické transakční vzorce, které se snaží měnit. Používá terapeutickou techniku tzv. přerámování symptomu a předefinování mentálně anorektické patologie jako nemoci do termínů interpersonálních vztahů. Dále užívá tzv. pozitivní konotaci, v níž například anorektické chování, které patologicky zesiluje rodinné vazby, je viděno jako pozitivní snaha dítěte udržet celou rodinu (Kocourková et al., 1997).

Mimo rodinné terapie která pracuje s jednou rodinnou, je tzv. multirodinná terapie, kde se pracuje s více rodinami najednou. Tento způsob práce k nám přichází teprve v posledních letech, díky Ivanu Eislerovi z Maudsley Hospital v Londýně. Terapie probíhá ve dvou až třech blocích, mezi kterými je doba cca dvou měsíců. První blok je nejdelší, trvá 3 až 4 dny. V průběhu těchto dnů se střídají různé aktivity. Jediné, co je stejné každý den, jsou společné obědy a svačiny, při kterých asistuje terapeut (popř. více terapeutů). Vzhledem k vysokému počtu účastníků se někdy odehrává skupina uprostřed velkého kruhu, ve kterém sedí ostatní, jindy jsou zas dvě paralelní skupiny (např. skupiny dětí a skupiny rodičů). A proč zmiňuji vysoký počet účastníků? Vezměme si

například, že máme 4 rodiny. Přijdou-li všichni členové, což je žádoucí, máme již 16 lidí (vycházím z klasické rodiny s průměrným počtem dětí, tj. 2 rodiče a jeden sourozenec). Připočteme-li např. přítele či babičku, tak se počet neustále zvyšuje. Ale zpět k vlastnímu průběhu. Druhé a třetí setkání, které se odehrají po několika měsících, mají za cíl pozorovat a upevnit změny, které se odehrály při setkání prvním.

Z výše uvedeného by mohlo vypadat, že rodinná terapie vyřeší vše, bohužel tomu tak není a je nutná kombinace individuální, skupinové a rodinné terapie společně s dalšími prvky léčby.

## 1.9 Další prvky léčby

Tato část pojednává o dalších prvcích léčby, které jsou využívány u poruch příjmu potravy. Podobně jako u předchozích částí se nejedná o detailní vyličení, ale pouze o uvedení do problematiky a seznámení čtenáře s používanými metodami.

Vzhledem k odlišnostem v konkrétních programech jednotlivých léčebných zařízení je pravděpodobné, že zde některé prvky budou opominuty.

### 1.9.1 Komunita

Podobně jako je tomu v západním světě, už i u nás většina léčebných zařízení zařadila do své koncepce komunitu. Jednotlivá zařízení se však liší v tom, jak ji vnímají. Někde je komunita jako způsob komunikace s pacienty (v podstatě místo vizity), jinde využívají jejího terapeutického potenciálu. Vzhledem k tomu, že následná péče, o které si podrobněji povíme v druhé části práce, má komunitně skupinový charakter, věnuji nyní více prostoru objasnění komunity, její historie a významu.

Nejjednodušší rozdělení komunit je na komunity občanské a komunity terapeutické, pod ty jsou někdy řazeny komunity výcvikové, jindy jsou popisovány samostatně. Vznik terapeutické komunity datuje většina autorů do období druhé světové války. P. Hartl (1997) udává vznik v průběhu druhé světové války ve Velké Británii. Důvodem vzniku bylo to, že následky válečných traumat přivedly řady vojáků do psychiatrických zařízení, kde se odborníci snažili rychle je zbavit psychických obtíží a vrátit je



zpět na frontu. Intenzivně se proto začala využívat skupinová terapie. K odborníkům, kteří se skupinovou psychoterapií zabývali, patřili W.R. Bion, S.H. Foulkes, T.F. Main z Northfieldské vojenské nemocnice v Londýně a M. Jones z nemocnice v Mill-Hill (Hartl, 1997). Podle S. Kratochvíla (1979) vznikl pojem terapeutická komunita až po válce. Poprvé jej použil ředitel psychiatrické nemocnice Cassel Hospital T.F. Main ve svém článku o northfieldském léčebném programu, publikovaném v roce 1946 (Kratochvíl, 1979).

Jak píše P.Hartl (1997), hlavní podíl na propracování systému terapeutické komunity a jeho praktickém rozšiřování měl Maxwell Jones. Zprvu pracoval jako vedoucí sociorehabilitačního oddělení nemocnice Belmont Hospital. Zkušenosti ze své práce publikoval v knize jménem Terapeutická komunita, která vyšla roku 1953. Později přenesl tento systém do léčebny Dingleton Hospital v Melrose, jenž se nachází ve Skotsku, aby se odtud nakonec jako úspěšný praktik i teoretik přemístil do moderně zařízeného psychiatrického centra Fortlogan v blízkosti Denveru ve státě Colorado.

M. Jones se v první řadě zabýval takovou změnou struktury psychiatrického ústavu, která by posílila léčebný vliv. Postupně formuloval tři základní teze:

- 1) Je třeba vytvořit oboustrannou komunikaci mezi personálem, pacienty i skupinou externích spolupracovníků.
- 2) Umožnit rozhodování na všech úrovních, a to tak, aby se každý identifikoval s cíli oddělení a se změnou v jednání s pacienty.

3) Jde o vytvoření terapeutické kultury, která se skládá ze vzájemně vstřícných postojů a rolí, jež pacienti i personál ve společenství zastávají.

Jones byl toho názoru, že tak náročný úkol lze nejlépe splnit založením nového ústavu bez jakýchkoliv tradic, protože změny v tradičním ústavu jsou náročnou, zdlouhavou a často dokonce nemožnou úlohou. Schopnosti odborníků jsou zcela neúčinné, když v ústavu neexistuje kvalitní sociální prostředí, v němž probíhá terapie.

Sociální struktura ústavů pro duševně choré byla až do jeho doby nejvíce zanedbávanou oblastí. Jones sociální strukturu rozdělil na tři složky: komunikaci, proces rozhodování a terapeutickou kulturu. V tradiční nemocnici probíhá komunikace mezi personálem a pacienty hierarchicky, shora dolů, nikoliv i ve směru opačném (Hartl, 1997).

Pakliže bychom chtěli terapeutickou komunitu definovat, budeme na to podobně jako s definicí psychoterapie, tj. definice a pojetí se liší podle psychoterapeutického směru i mezi jednotlivými autory, kteří zastávají jednotné paradigma.

P. Hartl (1997) nabízí dvě definice. V prvním, širším pojetí, definuje terapeutickou komunitu jako určitou koncepci. Píše, že jde o specifickou formu organizace léčebné instituce, která znamená zrušení tradiční autoritativní organizace výměnou za otevřenou komunikaci všech členů instituce včetně pacientů. Tím dochází k jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě. Pacienti nejsou již jen pasivními "spotřebiteli" léčby, resp. medikamentů, a stávají se aktivní silou, která se spolupodílí na léčbě. Takový přístup

umocňuje léčebné působení a svým způsobem jej lze považovat za léčbu prostředím.

V druhém, užším slova smyslu, definuje terapeutickou komunitu jako metodu léčby. Jde o přístup využívající dynamiku malé skupiny i většího společenství, přičemž na přestavbě pacientovy osobnosti pracuje jak on sám, tak malá skupina, jíž je členem, i celá komunita. Prostředí komunity a vztahy v ní jsou blízké životu „venku“, tzn. i s problémy a konflikty, které jsou součástí běžného každodenního života. Schopnost řešit je a přenášet se přes ně se stává nejvýznamnější složkou léčby (Hartl, 1997) .

Trochu jiný pohled na komunitu nabízí J. Skála, který ji vymezuje oproti skupině. Skupina zabezpečuje některé potřeby, je „měkkí“, jedinec se zde může otevřít. Naproti tomu komunita je „tvrdší“, vyžaduje řád a výkon. Ukazuje se zde, do jaké míry je jedinec schopen si přenést výsledky ze skupiny do praxe. Společně s P. Hartlem (1997) se však shoduje na tom, že komunita je dobrým obrazem skutečnosti. Stejně tak i J. Růžička (2003) píše, že komunita je nejbližší principu reality.

Ve většině léčebných zařízení, která se specializují na poruchy příjmu potravy je komunita zabudována v denním programu. V průběhu komunity mají pacientky možnost říci, jak se cítí, co potřebují, jak se jim daří plnit léčebný režim, atd.

### **1.9.2 Arteterapie**

Nejvíce využívanou neverbální technikou v oblasti poruch příjmu potravy je bezesporu arteterapie. Její význam nespočívá jen

v odreagování pacientek, nýbrž je zde i nezanedbatelný terapeutický potenciál. Důležité je, jak k vlastní arteterapii přistupuje ten, kdo ji vede.

Arteterapeuté se liší především v míře interpretace vytvořeného díla. Úlohu zde hraje opět psychologický směr, který zastávají. Na jedné straně jsou ti, kteří vědí přesně co daný výjev znamená a jsou schopni každé dílo interpretovat. Na straně druhé jsou arteterapeuté, kteří si nechají dané dílo vyložit od jeho autora. Osobně se přikláním spíše k druhému směru, jelikož ne každý symbol musí znamenat pro všechny to samé.

Jako příklad nevhodné interpretace uvádím událost, které jsem byl před pár lety svědkem. Děti dostali za úkol namalovat výhled z okna. Jeden chlapec nakreslil hřbitov. Učitelka, která prý nějakou dobu před touto událostí byla na kurzu arteterapie, si zavolala do školy rodiče, že by měli s dítětem navštívit psychologa, jelikož je depresivní. Skutečnost, že chlapec má ze svého pokoje doopravdy výhled na hřbitov, jí vůbec nenapadla.

Na druhou stranu jsou symboly, které mají zakotven svůj význam pevně a transkulturálně. Dovedu si pak představit, že terapeut může podat klientovi návrh na význam daného symbolu ve formě nabídky. Tato nabídka pak může vypadat takto: „Z vašeho obrázku mi připadá, jakoby to bylo to a to. Co si o tom myslíte?“ Klient pak může danou nabídku přijmout, nebo říci, že to tak není.

V rámci arteterapie s lidmi trpícími poruchami příjmu potravy se využívají techniky, které např. zvyšují náhled na vlastní postavu. Jako příklad uvádím malování vlastní postavy. Dívka si lehne na balící papír a terapeut obtáhne tužkou tvar její postavy. Následně tuto postavu vybarvuje. Poté můžeme využít srovnání

šířky postavy z ostatními dívkami, nebo se zabývat tím jak ji vybarvila a jestli je postava nahá či oblečená, proč to tak je, co to pro ni znamená, atd..

Další z technik které se používají je například nakreslení večere pro sebe a pro rodiče, namalování světa jaký byl před mentální anorexií a jaký je nyní (popř. jaký bude, až nebude mít dívka anorexii). Mimo klasické kreslení se používají i techniky, kde dívky vytvářejí koláže z novin a časopisů (popř. dalších materiálů). Na obrázku 7 jsou motýli, kteří představují psyché. V Berggiesshübelu (SRN) vyrábějí dívky jednoho na začátku hospitalizace a druhého na konci.



**Obr. 7: Motýli kteří představují psyché**  
(foto: Jirsáková)

### **1.9.3 Ergoterapie**

Jedním z prvků léčebného režimu je rovněž ergoterapie. Volně přeloženo jde o terapii prací. Ergoterapie se využívá

v mnohých léčebných zařízeních a to jak pro onemocnění z oblasti psychické, tak i pro onemocnění v oblasti somatické. Další využití je např. po úrazech. Ale přejděme nejprve k definici.

Hartl, Hartlová (2000) říkají, že jde o procvičování motorických dovedností, trpělivosti a schopnosti vytvářet užitečné věci. Ergoterapie bývá jako součást psychoterapie či rehabilitační léčby. Rozlišuje se: a) psychologická, za niž je považována každá tělesná nebo duševní činnost u člověka postiženého úrazem nebo nemocí. Pomáhá snižovat úzkost a překonávat pesimismus, depresivní nálady, existenční obavy aj., b) orgánová, za niž je považována tělesná činnost zlepšující postiženou část těla. Léčba prací je nejčastěji provozovaná jako keramické, tkalcovské, nebo truhlářské dílny.

V oblasti poruch příjmu potravy se využívá ergoterapie mnoha způsoby. Jedním z nich je například nakupování. Někdo by mohl namítnout, že je to zcela neúčinné a nevýznamné, ale opak je pravdou. U bulimických žen je důležité, aby nakoupily přiměřené množství a ne kvantum potravin, které se nedá běžným způsobem sníst. Naproti tomu u anorektických dívek nesmí být nákup příliš malý a musí obsahovat vyváženou stravu, nikoliv jen nízkotučné jogurty a slunečnicový chléb, jak se často stává.

#### **1.9.4 Relaxace**

Nedílnou součástí léčby poruch příjmu potravy jak na stacionářích, tak i v lůžkových zařízeních je relaxace.

Jak jsme uvedli v předchozích částech, jednou z velmi rozšířených vlastností u lidí trpících poruchami příjmu potravy

(zejména anorexií) je zaměřenost na výkon. Dívky chtějí být nejlepší ve škole, ženy zas v zaměstnání. Relaxací je mimo jiné učíme poznávat i něco jiného, než je stálá zaměřenost na to být nejlepší. Učíme je prožívat klid a uvolnění jako součást každodennosti. Díky relaxaci se též zlepšuje sebeuvědomění a sebekontrola.

K nejčastěji využívaným patří Schultzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, imaginativní relaxace a různé jejich modifikace. Využívá se také relaxace při hudbě či namluvených audiokazet s nejrůznějšími relaxačními metodami.

Návody k jednotlivým relaxacím popisuje např. K. Nešpor ve své knize Uvolněně a s přehledem, konkrétní formulace některých relaxací pro bulimické pacientky nalezneme v publikaci *Bulimia Nervosa* od H. Papežové.

Zřejmě nejrozšířenější je u nás autogenní trénink. Mezi jednotlivými autory existuje řada variant. Odlišnosti jsou např. v tom, jestli ten kdo ho vede používá formulace v první, nebo druhé osobě<sup>9</sup>. Manuál autogenního tréninku napsaný J. Skálou je v příloze (příloha č. 4).

### **1.9.5 Farmakoterapie**

Přestože farmakoterapie nepatří přímo do oboru mého studia, je ji nutné zmínit, jelikož je často diskutovaným tématem při léčbě poruch příjmu potravy.

Jak jsem již naznačil, tak ohledně této problematiky jsou mezi odborníky na poruchy příjmu potravy velmi rozdílné názory,

---

<sup>9</sup> Jaroslav Skála nazývá vedoucího autogenního tréninku trenérem.

počínaje těmi, že farmakoterapie hraje jen velmi malou roli v léčbě poruch příjmu potravy (Cohen, 2002) až po názor, že je důležitou součástí léčby (Koutek, 1997).

Přestože např. Prozac má v indikaci uvedeno mimo jiné léčba anorexie a bulimie, musíme upozornit, že kauzální lék na poruchy příjmu potravy neexistuje. Z toho také nejspíše pramení odlišná stanoviska různých autorů.

J. Koutek (1997), který tvrdí, že medikamentózní terapie je důležitou součástí léčby, zároveň zdůrazňuje skutečnost, že medikace neovlivňuje podstatu nemoci, nýbrž pouze její příznaky (tj. jde o medikaci symptomatickou). Podle symptomu, na který lék působí, dělí farmakoterapii na medikaci psychofarmaky, léky používané k nutriční podpoře (např. vitamíny) a vzhledem k symptomu amenorey uvádí medikaci gynekologickou (Koutek, 1997, str. 117).

Většina odborníků se shoduje na tom, že poruchy příjmu potravy nelze léčit pouze farmakologicky, avšak medikamenty můžeme využít jako doplněk léčby a to především k odstranění doprovodných symptomů (deprese, obsedantní stavy, atd.).

Pakliže bychom chtěli jednoznačně doporučit nějaký konkrétní medikament, nenajdeme mezi odborníky shodu. Snad nejvíce diskusí je kolem fluoxetinu (Prozac, Deprex). Jedni ho doporučují na anorexii, druzí na bulimii, jiní zas vyvracejí veškerou jeho účinnost. Stejně tak je tomu i v publikovaných studiích. Cohen uvádí, že u fluoxetinu se v léčbě mentální anorexie žádné významné klinické účinky neprokázaly (Attia a kol., 1998 in Cohen, 2002). Naproti tomu Krch (1999) publikuje kontrolovanou studii Kaye aj. (1996), která srovnávala fluoxetin s placebem.



V této studii 63% žen užívajících fluoxetin dosáhlo své zdravé váhy a udrželo si ji. U kontrolní skupiny s placebem to bylo jen 16%. Což dokazuje, že fluoxetin by mohl být slibným prostředkem při prevenci relapsu (Krch, 1999).

## 1.10 Shrnutí

V poměrně rozsáhlé obecné části se čtenář seznámil s jednotlivými poruchami příjmu potravy. Dozvěděl se, že pod pojmem poruchy příjmu potravy popisujeme především dva důležité a jasně vyhraněné syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Zařazujeme sem také méně specifické klinické poruchy, jako je nadměrné přejídání či zvracení, souvisící s psychickými poruchami.

Vysvětlili jsme si, že vznik a vývoj poruch příjmu potravy je ovlivňován psychickými, sociálními i biologickými vlivy. Poté jsme v jednotlivých kapitolách rozebrali tyto jednotlivé aspekty a jejich vzájemný vliv. Vzhledem k tomu, že zatím nikdo nedefinoval základní příčiny jednotlivých onemocnění a i např. MKN 10 říká jen, že jde o vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů, nejsou jednotlivé kapitoly děleny na ony psychické, sociální a biologické vlivy, nýbrž se vzájemně prolínají.

Přestože se v dnešní době problém anorexie a bulimie týká i žen po třicítce, je stále největší výskyt u dospívajících dívek a mladých žen. Proto je problematice dospívání věnována jedna s kapitol. Mladí lidé totiž dospívají stále dříve a dívky leckdy na toto předčasné dospívání, které jim ještě ke všemu přineslo mnohdy nepříznivou sociální odezvu, reagují zásadnějším způsobem. Ten může mít až psychopatologický charakter, jako je např. mentální anorexie. V rámci hubnutí se ztrácejí sekundární pohlavní znaky, a tím je problém z jejího hlediska vyřešen.

Vzhledem k tomu, že v poslední době mají čím dál zhoubnější moc na poruchy příjmu potravy média, je jim věnována

těž jedna z kapitol. Zabýváme se v ní jak negativním vlivem reklam na dietní produkty, tak i prezentací modelek, které mají velmi štíhlé až anorektické postavy. Vlivem médií na poruchy příjmu potravy se ve své diplomové práci zabýval J. Zlámaný (1996), závěrem jeho práce bylo, že masová média se významnou měrou podílejí na vytváření norem na fyzický vzhled člověka a přispívají tak k nárůstu psychiatrické morbidity v oblasti psychogenních poruch příjmů potravy.

Dále se zabýváme problematikou motivace k léčbě, která je základem úspěchu. U anorektických dívek je však motivace velmi problematická a ambivalentní, jelikož na jednu stranu se chtějí zbavit negativních důsledků, které jim nemoc přináší a na druhou stranu si chtějí zachovat svou kontrolu nad váhou. Mnohdy tuto kontrolu vydávají za jedinou věc, kterou dokážou.

Poté rozebíráme možné způsoby léčby. Ukazujeme výhody a nevýhody ambulantní léčby, lůžkových oddělení a stacionářů. V souvislosti s problematickou motivací jsou účinnější stacionáře a lůžková oddělení, než ambulantní péče. Poté co dívka projde léčbou v lůžkovém zařízení či stacionáři, je potřebná následná ambulantní péče a to v ideálním případě jak individuální, tak i skupinová. Obecně je totiž u poruch příjmu potravy vysoké procento relapsu a není-li žádná další péče zajištěna, tak se toto procento ještě zvyšuje.

Následně se v práci zabýváme psychoterapií. Z psychoterapeutických systémů se konkrétně věnujeme kognitivně behaviorální terapii, jelikož je při léčbě poruch příjmu potravy nejvíce rozšířena. Další části jsou věnovány skupinové, individuální a rodinné terapii. Přestože o nich pojednáváme zvlášť, jediné

kombinací těchto způsobů terapie dosáhneme požadovaného výsledku. Charakteristika poruch příjmu potravy je totiž natolik složitá, že např. pouze individuální terapií snižujeme šanci na úspěšný boj s těmito onemocněními a to zvláště v jejich pokročilejších stádiích.

Závěrem této obecné části jsme si popsali další prvky léčby, jako jsou arteterapie, ergoterapie, relaxace a farmakoterapie.

## 2. PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Úvod k následné péči

„Kde jsou lidé?“ zeptal se malý princ. „V poušti je každý trochu osamělý ...“ „Osamělý jsme i mezi lidmi,“ namítl had. (Exupéry, 1977, str. 66).

Tento úryvek z malého prince jsem vybral z důvodu, že se velmi blíží tématům, o kterých se diskutuje v následné péči a to jak v komunitní, tak i ve skupinové části. Jak jsme uvedli v kapitole 1.3.4, dívky s poruchami příjmu potravy jsou často velmi izolované a navozování i udržování mezilidských vztahů je pro ně velmi problematické. Poté, co však do jisté míry poruchu příjmu potravy opustí, je pro ně sociální kontakt velmi důležitý, mimo jiné je to proto, aby měly i další náplň činnosti a nevracely se k zabývání svou domnělou nadváhou.

Dalším problémem je, že když sociální kontakty mají, tak mnohdy poté, co projdou léčbou, jim někdo z jejich blízkých řekne, jak pěkně přibraly. Ačkoliv je to z velké části myšleno pozitivně, dívka si to vysvětlí tak, že je moc tlustá a už si to všímají i lidé z okolí. Jistá úzkost, která toto zjištění provází, dívce do jisté míry zabrání zeptat se, jak to dotyčný myslel. Extrémním případem je, když se dívka pohybuje v okruhu modelek, které si doopravdy myslí, že je nyní moc tlustá.

Právě z těchto a mnohých dalších důvodů jsme na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice zavedli následnou péči.

Konkrétní projekt následné komunitně-skupinové péče je v příloze číslo 3. Název tohoto projektu byl: „Rozšíření

psychoterapeutické péče pro pacientky s poruchami příjmu potravy“, označení pacientky vychází z nemocničního prostředí, pro následnou péči by bylo o něco lepší použití výrazu klientky, ovšem ani to není optimální. V komunikaci s dívkami a ženami, které navštěvují následnou péči, používáme křestní jméno a vykání.

Oproti předchozím částem práce, které jsou z velké části kompilací a týkají se všeobecně poruch příjmu potravy, je následující část více praktická. Nejdříve si v ní popíšeme třetí oddělení Psychiatrické kliniky VFN a poté se zaměříme na samotnou následnou péči. Na závěr této části uvedeme kazuistiku dívky, která navštěvuje následnou komunitně-skupinovou péči.

Narozdíl od obecné části je praktická část o mnoho stručnější. Je to z důvodu, že práce je celek a nikoliv dvě oddělitelné části. Podobně jako v předchozích kapitolách jsme se zmiňovali a používali příklady z následné péče, tak se nyní budeme odkazovat na teoretická východiska, která byla uvedena v předešlých částech.

## 2.2 Třetí oddělení, Psychiatrické kliniky VFN

V této kapitole si popíšeme 3. oddělení Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice. Tato Psychiatrická klinika je v centru Prahy a její třetí oddělení se specializuje na poruchy příjmu potravy. Zde jsem měl možnost vykonávat stáž a zavést následnou péči, jak bylo již uvedeno.

### 2.2.1 Lůžkové oddělení

Lůžkové oddělení pro poruchy příjmu potravy ve Všeobecné fakultní nemocni bylo prvním oddělením svého druhu v České republice<sup>10</sup>. U jeho zrodu byl doc. MUDr. František Faltus, DrSc., z jehož literatury rovněž čerpám v této práci.

Jedná se o otevřené oddělení, jenž se specializuje na poruchy příjmu potravy. Mimo tyto poruchy jsou zde i lidé s depresemi a s dalšími onemocněními, které mohou být na otevřeném oddělení (např. s obsedantně kompuzivní poruchou, nebo nejrůznější fobie).

Vzhledem k tomu, že na poruchy příjmu potravy u dospělých jedinců se mimo tohoto oddělení specializují jen v Brně a v Olomouci<sup>11</sup>, je čekací doba na přijetí někdy až tři měsíce.

Jedním z problematických bodů léčby je, že pacientky mohou pobývat na lůžkovém oddělení pouze 2 měsíce. Ač se může zdát někomu tato doba dostatečně dlouhá, opak je pravdou. Jak uvádí Windauer, když pacientka dosáhne doporučené váhy, je ještě k plnému uzdravení zapotřebí změny v oblasti psychické (Windauer aj., 1993 in Cohen, 2002). To však, bohužel,

---

<sup>10</sup> V tehdejší době šlo o Československou socialistickou republiku.

<sup>11</sup> Některé zprávy říkají, že má oddělení v Olomouci zaniknout, popř. že již zaniklo.

v podmínkách, kde platí pojišťovna jen dva měsíce léčby, není možné. Uvědomíme-li si, že ideální váhový přírůstek za týden je cca 1 až 2kg a mnohé dívky přicházejí s hmotností, která je pod hranicí vysoké podváhy (BMI pod 17,5), jednoduchým propočtem zjistíme, že není možné se dostat ani na doporučenou váhu. A to jsme ještě nezmínili skutečnost, že mnohdy přicházejí do léčby s BMI pod 15, k váhovému přírůstku jsou nemotivované a z počátku léčby mnohdy zvrací. Baran (1995) v této souvislosti uvádí, že u dívek, které jsou propuštěny z nemocnice před dosažením normální váhy je vysoká incidence opětovné hospitalizace v následujících dvou letech (Baran aj., 1995 in Cohen 2002).

A jak to vypadá na oddělení? Lůžkové oddělení, podobně jako stacionář, funguje na principu terapeutické komunity. Každý den má svůj režim, který je dívkám předem znám. Stejně tak jsou dopředu seznámeny s tím, kolikrát denně budou jíst a budou-li mít přídavky. Tyto skutečnosti jsou závislé na jejich hmotnosti. V závislosti na hmotnosti je rovněž terapeutický program a vycházky. Při kterých hodnotách je jaký terapeutický program znázorňuje tabulka 3. Konkrétní hodnoty pro vycházky a propustky ukazuje tabulka 4.

<b>BMI</b>	<b>Program, který je hospitalizovaným umožněn</b>
BMI menší než 15	klid na lůžku, účast pouze na samořídící skupině
BMI 15,01-16	účast na skupinách KBT (kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na jídelní režim)
BMI 16 a více	účast na celém terapeutickém programu

Tabulka 3: Terapeutický program v závislosti na BMI.



<b>BMI</b>	<b>Vycházky a propustky, které jsou/nejsou umožněny</b>
BMI menší než 15	klid na lůžku, žádné vycházky
BMI 15,01-16,00	vycházka se SZP po 15 hod 1 týdně
BMI 16-17,5	vycházka se SZP po 15 hod, 1 týdně soboty + neděle – vycházka 1 hodinu do parku
BMI 17,5 a více	volné vycházky 15-17 hod., propustka na víkend

Tabulka 4: Vycházky a propustky v závislosti na BMI.

Skutečnost, že při nízkém BMI nejsou dovoleny vycházky je srozumitelná. Má-li někdo BMI pod 15, je jeho organismus ohrožen a každý pohyb může být nebezpečný. Co je však velmi často diskutovanou otázkou, je účast na terapeutických skupinách v závislosti na váze. To byla i první věc, která mě i mé kolegy z nižších ročníků zaujala při stáži na tomto oddělení. Jak je možné, když hlavním těžištěm léčby jsou psychologické přístupy (Cohen, 2002), že jsou skupiny pro někoho omezeny? F.D. Krch uvádí: „Pro skupinovou terapii nejsou vhodné extrémně vyhublí pacienti odmítající jídlo, kteří vyžadují intenzivní péči, a depresivní bulimičky se sebevražednými sklony.“ (F.D. Krch, 1999, str. 186). Z pochopitelných důvodů je jasné, že tyto typy hospitalizovaných mohou narušovat průběh skupiny pro ostatní, ale nebyly by užitečné pro ně a nemohli by přinést i pozitivní užitek pro skupinu? Tuto otázku nechávám otevřenou, podobně jako ji nechávají otevřenou mnozí odborníci. Faktem zůstává, že v některých léčebných zařízeních je účast na skupině podmíněna váhou a v jiných ne.

Se zmíněnými podmínkami účasti na skupinách, podobně jako s váhovými požadavky na vycházky a propustky, jsou dívky seznamovány při příjmu, prostřednictvím terapeutické smlouvy.

Konkrétní terapeutická smlouva z tohoto oddělení je v příloze (příloha č. 1).

Mimo psychoterapeutických skupin jsou v rámci léčebného režimu relaxace, ergoterapie, komunity, farmakoterapie, atd. O těchto prvcích léčby jsme pojednali v kapitole 1.9.

Srovnám-li toto oddělení s podobnými, které jsem měl možnost navštívit v zahraničí, musím říct, že se jim v mnohém vyrovná a v některých bodech je i převyšuje. Co by však bylo ještě potřebné vylepšit, je nízký počet personálu a dosti neútluné budovy, to však není v možnostech pracovníků tohoto oddělení. Na obrázku 8 je fotografie jídelny pro dívky s poruchami příjmu potravy v Berggiesshübelu (SRN). Jídlna je situována do zimní zahrady s výhledem do přírody.



**Obr. 8: Psychoterapeutická klinika v Berggiesshübelu (SRN)**  
(foto: Jirsáková)

### 2.2.2 Stacionář

Stacionář pro léčbu poruch příjmu potravy, který je součástí Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice, byl založen 1. května 2002. Vedoucí stacionáře je Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc., na celý úvazek je zde zaměstnán psycholog a specializovaná sestra, dále se na jeho chodu podílejí externí spolupracovníci. Tento stacionář je jediný v České republice, který je zaměřen na poruchy příjmu potravy (Chudobová, Papežová, 2003).

Ženy a dívky (někdy i muži) s poruchami příjmu potravy docházejí na oddělení každý pracovní den. Stacionář funguje na bázi terapeutické komunity. Maximální doba, kterou se zde mohou lidé léčit, je tři měsíce, což jak jsme si uvedli v části o lůžkovém oddělení, je málo.

Obdobně, jako je tomu u lůžkového oddělení, i zde se při příjmu podepisuje terapeutická smlouva. A stejně, jako u lůžkového oddělení, jsou i tady některé aktivity podmíněny váhou. Při které hodnotě BMI jsou povoleny jednotlivé programy, znázorňuje tabulka 5.

<b>Aktivita</b>	<b>BMI</b>
Setkání komunity	Bez omezení
relaxace	Bez omezení
Kluby PPP	Bez omezení
Svépomocné skupiny	Bez omezení
Arteterapie	Od BMI 16,5
Práce s tělem	Od BMI 16,5
Dynamická PST	Od BMI 16,5
Kreativní techniky + ergoterapie	Od BMI 16,5
LTV	Od BMI 17,0
Expresivní pohyb	Od BMI 17,0

Tabulka 5: Program v závislosti na BMI.

O konkrétním terapeutickém programu hovoří nejlépe jeho autorky P. Chudobová a H. Papežová: „Terapie vychází z bio-psycho-sociálního pojetí onemocnění. Na prvním místě je kladen důraz na režimová opatření a psychoterapii, oddělení funguje na principu terapeutické komunity. V současné době se pacientky účastní dynamicky orientovaných skupin, kognitivně behaviorální skupinové terapie, skupin arteterapeutických, PST zaměřené na tělo, svépomocných skupin. Nedílnou součástí programu jsou také relaxace, léčebná tělesná výchova a ergoterapie. Významnou součástí programu je psychoedukace, týkající se správného stravování, kterou zajišťuje specializovaná sestra přítomná při všech jídlech.“ (Chudobová, Papežová, 2004).

### 2.3 Proč následná péče?

Na otázky k čemu je následná péče a jakým způsobem je k něčemu užitečná jsem se snažil odpovídat v průběhu celé práce. Pro větší přehlednost si to však shrneme v této kapitole.

Jedním z problematických bodů léčby je, že dívky mohou pobývat na lůžkovém oddělení pouze 2 měsíce a na stacionáři 3 měsíce. Tato doba je však naprosto nedostačující. Ve většině zahraničních léčebných zařízení je doba pobytu stanovena rychlostí váhového přírůstku a změnou jídelních postojů. Například na německé psychoterapeutické klinice v Berggiesshübelu jsou některé dívky i 6 měsíců. Baran (1995) uvádí, že u dívek, které jsou propuštěny z nemocnice před dosažením normální váhy je vysoká incidence opětovné hospitalizace v následujících dvou letech (Baran aj., 1995 in Cohen 2002).

Uvědomíme-li si, že ideální váhový přírůstek za týden je cca 1 až 2kg a mnohé dívky přicházejí s hmotností, která je pod hranicí vysoké podváhy (BMI pod 17,5), jednoduchým propočtem zjistíme, že není možné se dostat na doporučenou váhu za dobu dvou, nebo tří měsíců. Připočteme-li skutečnost, že mnohdy přicházejí do léčby dívky a ženy s BMI pod 15, k váhovému přírůstku jsou v mnohých případech nemotivované a z počátku léčby některé zvrací (někdy i po dobu jejího průběhu), pak se nemůžeme divit, že více jak 50% dívek relapsuje.

Další důležitou skutečností je, že i když dívka dosáhne ideální váhy, není ještě vyhráno. Cílem léčby je nejen mnohokrát zmiňovaná váha, ale především změna anorektických, či bulimických postojů. Jak uvádí Windauer, když pacientka dosáhne doporučené váhy, je ještě k plnému uzdravení zapotřebí změny

v oblasti psychické, které se především týkají anorektických postojů (Windauer aj., 1993 in Cohen, 2002).

Mimo již zmíněné důvody je též problematický návrat do běžného života. Ženy a dívky s mentální anorexií či bulimií se naučí dodržovat jídelní režim v rámci oddělení, kde jsou celý den (popř. i noc u lůžkového oddělení), když však přijdou domů je všechno jinak. Čeká na ně např. plná lednice, která u dívek, které měly bulimii, může vyvolat touhu vše sníst a následně to vyzvracet, tak jak to dělaly před léčbou. Podobně je tomu u dívek z mentální anorexií. Uvedme ten samý příklad, přijdou domů a čeká na ně plná lednice. Velké množství jídla je zaskočí a nevezmou si nic.

Dalším problémem při návratu do všedního života jsou sociální vztahy. Jak jsme uvedli v kapitole 1.3.4, dívky s poruchami příjmu potravy jsou často velmi izolované a navozování i udržování mezilidských vztahů je pro ně velmi problematické. Poté, co do jisté míry poruchu příjmu potravy opustí, je pro ně sociální kontakt velmi důležitý, mimo jiné je to proto, aby měly i další náplň činnosti a nevracely se jen k zabývání svou postavou a domnělou nadváhou.

Pakliže sociální kontakty mají, tak mnohdy poté, co projdou léčbou, jim někdo z jejich blízkých řekne poznámku ve stylu, jak pěkně přibraly. Ačkoliv je to většinou myšleno pozitivně, dívka si to vysvětlí tak, že je moc tlustá a už si to všímají i lidé z okolí. Toto zjištění provází nemalá úzkost, která dívce do jisté míry zabraňuje zeptat se, jak to dotyčný myslel. Extrémním případem je, když se dívka pohybuje v okruhu modelek, které si doopravdy myslí, že je nyní moc tlustá.

Z těchto důvodů je nezbytná následná péče, která navazuje na hospitalizaci či na docházku do denního stacionáře. Ideální je, jak následná péče individuální, tak i skupinová.

V rámci psychiatrické kliniky ve VFN existují kluby pro poruchy příjmu potravy. Tyto kluby nabízejí možnost setkání bývalých pacientek se současnými a též jsou místem, kde mohou přijít dívky, které mají problémy s poruchami příjmu potravy a zatím se nikde neléčily. Vztah nově zavedené komunitně-skupinové péče k tomuto klubu vymezují společně s D. Doležalem v projektu, který jsme předkládali ke schválení na psychiatrické klinice VFN, tento projekt je v příloze (příloha 3). V tomto projektu říkáme: „Oproti klubu PPP, bude následná péče uzavřenější skupinou. Se současným klubem nehodláme soupeřit, nýbrž se s ním doplňovat. V následné komunitně-skupinové péči nenabízíme bývalým pacientkám klubové aktivity, ale komunitu a skupinu. Ačkoliv jde o aktivitu otevřenou, je otevřená pouze pro bývalé pacientky a nikoliv pro širší veřejnost, či pacientky které se k léčbě teprve chystají. Z tohoto důvodu by měla komunitně-skupinová péče nastolit uzavřenější a tím i intimnější a bezpečnější prostor pro doléčování pacientek a jejich otevřenější interakci.“ (Klecanda, Doležal, 2004, str. 4).

Jak je uvedeno v citaci, komunitně skupinová péče se d klubem doplňuje. Klub pro poruchy příjmu potravy má mnohá pozitiva, ale nesplňuje onu žádanou potřebu, kterou je bezpečné prostředí pro skupinovou práci. To je právě cílem naší komunitně skupinové péče.

Dalším důvodem k jejímu zavedení bylo, že po ukončení léčby je problém sehnat jakoukoliv následnou péči a to jak

individuální, tak i skupinovou. Existující svépomocné skupiny jsou pro dívky, které prošly léčbou nedostačující. V případě individuální péče je nedostatek terapeutů zabývajících se touto tematikou. Ti co jsou, tak mají většinou plno, nebo nepracují na pojišťovnu, což je pro dívky, které ve valné většině jsou studentkami, nemalý problém.

Terapeuti, kteří se nespécializují na poruchy příjmu potravy, tak často ani nechtějí s touto problematikou pracovat. Překážkou jim je malá motivovanost klientek, docházet včas a pravidelně na dohodnutá sezení.

To jsou hlavní důvody kvůli kterým jsme zavedli následnou komunitně skupinovou péči pro poruchy příjmu potravy. Konkrétní informace o její struktuře jsou uvedeny v následující kapitole.



## 2.4 Struktura následná péče

Struktura následné péče je, jak již název napovídá, komunitně skupinová, tj. skládá se ze skupiny a komunity, mezi kterými je pěti minutová přestávka.

Setkání je pravidelně jednou za 14 dní. První část je věnována komunitě. Komunitu zde pojmáme, jak jsme uvedli v kapitole 1.9.1, jako možnost vzájemné komunikace mezi dívkami či ženami a terapeuty. Zároveň je nejbližší přirozenému prostředí. Není to ono Skálovo pojetí, kdy je komunita tvrdší a skupina měkčí. Komunita je zde více praktická, snažíme se, aby na ní měl každý stejný prostor k vyjádření svých názorů a pocitů. Nedílnou součástí komunity je psychoedukace. Ta probíhá ve vzájemné interakci. Na začátku setkání si všichni řekneme, co se za uplynulých čtrnáct dní stalo, co je nového a jak se daří, či nedaří to, co se dívky naučily při léčbě, popř. co si předsevzaly na minulém setkání.

Součástí komunity je rovněž diskuse nad váhovým přírůstkem, či úbytkem. Dívky mají možnost a je jim to doporučováno, zaznamenávat si váhu do manuálů. Z tohoto grafického či číselného záznamu je patrné, jestli se anorexii (popř. bulimii) vzdalují, nebo se k ní opět vracejí. Závěrem komunity se dohodneme na případném tématu skupiny. Případně píšu proto, že ne vždy je skupina tematizována. Komunita trvá přibližně 45 minut, konkrétní doba je závislá na počtu přítomných.

Po krátké přestávce je skupina. Skupiny jsou podpurného charakteru s dynamickými prvky, někdy jsou tematizovány, jindy ne. Z počátku bylo cílem, aby téma nebylo zadáno, ale postupem

času jsme přešli k tématickým skupinám. O konkrétních důvodech si povíme v kapitole o prvních zkušenostech s následnou péčí (2.6).

Komunitu i skupinu vedou ti stejní terapeuti (muž a žena) po celou dobu jejího trvání. Jednou za dva měsíce, si po dohodě s klientkami, zvou hosta z oboru poruch příjmu potravy. Tento host je přítomen na komunitě, nikoliv na skupině.

Vzhledem k tomu, že skupinu jsme začali vést jako studenti, je samozřejmou součástí supervize, která se koná nejméně jednou měsíčně. V případě potřeby může být i častěji.

V komunikaci se používá křestní jméno a vyká se. Mnohé z dívek chtějí často přejít na tykání, popř. vyžadují, aby jim terapeut tykal a ony mu vykaly. To, dle mého názoru, by bylo velmi kontraproduktivní, jelikož by je to mohlo utvrzovat v tom, že ještě jsou malé a ne tak úplně zodpovědné. Jinými slovy narážím na již zmiňované odmítání zralé ženskosti, které někteří autoři vidí jako jednu z příčin mentální anorexie. Krom toho tykání může narušit hranice, které jsou mezi terapeutem a klientem.

## 2.5 Motivace k následné péči

Jak bylo uvedeno v kapitole 1.7.1, otázka motivace je jednou z nejproblematictějších v oblasti poruch příjmu potravy. Motivovat dívky, aby docházely na komunitně skupinovou péči je velmi problematické.

V rámci léčby se většinou zbavily doprovodných somatických projevů, v případě, že měly deprese, či jiné psychické problémy, tak i ty ustoupily. Přestože jsou velmi hubené, tak jejich postava je v souladu s dnešním ideálem. Proč by tedy měly chodit ještě na nějaké další skupiny?

K objasnění toho, že ještě není vše v pořádku, by měla sloužit především psychoedukace, která je jim poskytována v průběhu hospitalizace či v průběhu docházky na stacionář. Ovšem ani to mnohdy nestačí k tomu, aby chtěly ještě někam docházet.

Jedním z motivačních prvků je samotná struktura následné péče. Dívky se chtějí setkávat s kamarádkami, které poznaly v průběhu léčby. To jim právě umožňují skupiny následné péče. Velmi motivační je pro ně komunitní část. Kdyby se mezi sebou bavily po dvojicích např. po skončení skupiny, trvalo by dlouho, než by si všechny mezi sebou řekly co je nového, jak se mají, atd. Vzhledem k tomu, že je to programem komunitní části, tak to naplňuje jednu z jejich potřeb.

Dalším motivačním bodem je vzájemná interakce v oblasti poruch příjmu potravy. Pakliže některá z dívek se začne vracet k disfunkčnímu chování, chtějí jí ostatní pomoci, což jim pochopitelně dodává dobrý pocit potřebnosti a užitečnosti.

Mezi motivační prvky jistě patří i to, kdo skupinu vede. Někteří klienti vyžadují terapeuta, který je starší a má již mnoho zkušeností. Pro některé dívky s poruchami příjmu potravy zas může být motivační, když skupinu vede mladý muž. S tím je spojené i nebezpečí, které by psychoanalytici nazvali pozitivním přenosem. Tento motivační prvek mnozí v podobných skupinách ať už záměrně, či neúmyslně opomíjejí. Domnívám se, že vyhýbání se tomuto faktu je nebezpečné a je důležité si i toto připustit a v případě potřeby s tím pracovat.

Jako další z motivačních prvků uvádím ten, který je možná základní a to je, že některé dívky si prostě uvědomují, že mají problém s poruchami příjmu potravy a když se s nimi budou potýkat jen sami, tak to nezvládnou. Komunitně skupinová péče jim pak nabízí bezpečný prostor, kde se svěřit ostatním s těmito i s dalšími problémy.

## 2.6 První zkušenosti

První zkušenosti, které máme po čtvrt roce fungování následné komunitně skupinové péče, dokazují mnohé z toho, co bylo uvedeno v průběhu této práce.

Žádná z žen a dívek, které docházely na komunitně skupinovou péči, neměla 100% docházku. Mnohdy na komunitě uváděly, že by možná bylo dobré i setkání jednou týdně a následně nepřišly. Poté, co přišly na další skupinu, uváděly jako důvod své nepřítomnosti brigádu, mnoho učení, atd. V těchto případech se nám osvědčil přístup, dívky nijak nekárat, ale zároveň to jen mlčky nepřejít. Stačí se na začátku komunity zeptat, co bylo důvodem jejich nepřítomnosti a zeptat se ostatních, jaké to pro ně je, když tam někdo není.

Z tohoto pohledu je mírně problematické, že je skupina otevřená. V uzavřené skupině by šlo více pracovat na vzájemných vztazích a upevňovala by se důvěra mezi jednotlivými členy skupiny.

Jako obtížné se ukázalo, když skupina není tématická, nebo když chceme po ženách a dívkách, aby si našly své téma. Ve většině případů začaly pociťovat tenzi a obracet celou situaci způsobem, že se terapeuti nepřipravili na skupinu a nyní se snaží „vařit“ z ničeho. Uvědomíme-li si všechny skutečnosti, které souvisejí s poruchami příjmu potravy, je tato reakce pochopitelná. Dívky si většinou chtějí udržet svou hmotnost, nebo ještě zhubnout, mi po nich chceme pravý opak. Již touto situací vzniká jisté napětí. Přidruží-li se k tomu nejistota, že nevědí, co se bude dít na skupině, celá situace se ještě zhoršuje. Jako řešení může být

zadat téma velmi volně. Tím se sníží napětí, ale zároveň se nechá prostor, aby ženy a dívky mohly dát do skupiny to, co potřebují.

Další z problémů je, že dívky si mezi sebou tvoří příliš úzké vztahy a nehledají si další nové známé. V tomto bodě si opět pomáháme psychoedukací, abychom jim ozřejmili, že toto chování je velmi kontraproduktivní. Navzájem se totiž mohou v negativních jídelních i jiných návycích. Ostatně o setkávání členů skupiny mimo ni už toho bylo napsáno v literatuře mnoho.

K těm kladným zjištěním patří, že žádná z dívek, které měly anorexii nerelapsovala. Obdobně tomu je i u dívek s bulimií, pouze jedna začala mít místo bulimických sklonů, sklony anorektické. Na tom se však podílelo mnoho událostí, které nastaly v jejím životě a z ohledem na poslední skupinu se dá říct, že i u ní je prognóza příznivá.

### 3. ZÁVĚR

V poměrně rozsáhlé obecné části se čtenář seznámil s jednotlivými poruchami příjmu potravy. Dozvěděl se, co popisujeme pod pojmem poruchy příjmu a které z nich jsou nejčastější. Vysvětlili jsme si, že jejich vznik a vývoj je ovlivňován psychickými, sociálními i biologickými vlivy, které jsme dále rozebrali.

Poté jsme se věnovali způsobům léčby a používaným terapeutickým metodám, včetně prvků jako jsou arteterapie, ergoterapie, relaxace a farmakoterapie, atd.

Závěrem této obecné části uvádím stručné shrnutí a vyzdvížení nejdůležitějších bodů, které obecná část obsahuje.

Obecná část vychází z mnoha našich i zahraničních poznatků, které shrnuje, nebo je mezi sebou konfrontuje. Je jasné, že neobsahuje vše, co je o poruchách příjmu potravy zjištěno, to ale nebylo ani účelem. Snažím se spíše popsat nejdůležitější body, které jsou potřebné k seznámení se z touto problematikou a k pochopení následné komunitně skupinové péče, jenž je popisována v části praktické.

V praktické části popisují třetí oddělení Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a srovnávám ho s podobnými pracovišti v zahraničí. Následuje popis komunitně skupinové péče, její struktury a prvních zkušeností, které s ní máme. Závěrem praktické části je kazuistika, která popisuje jednu z dívek, jenž navštěvuje komunitně skupinovou péči.

Vzhledem k tomu, že komunitně skupinová péče funguje pouze velmi krátkou dobu, není součástí práce výzkum. Domnívám se však, že když bych ho byl provedl, tak by nebyl validní. Je to

především z těchto důvodů. V případě kvantitativního výzkumu je teprve jedna skupina a byl by tedy značně nevypovídající. V případě kvalitativního je zásadním problémem, že skupina ještě netrvá dva roky, což je doba do které je uváděno největší procento relapsů. Pakliže se však bude někdo touto problematikou zabývat, uvádím tuto možnost jako téma další práce.

Pakliže budu v budoucnu psát magisterskou práci, rád bych se věnoval této tématice. To bude i doba, kdy už bude realizovatelný výzkum ohledně komunitně skupinové péče. Nejblíže možnost, kdy si zájemce bude moci prohlédnout konkrétní údaje o následné péči, bude pravděpodobně na konferenci o poruchách příjmu potravy, která bude v březnu příštího roku a společně s jedním studentem z nižšího ročníku mám na starosti její technické zajištění. Plakátek na tuto konferenci je v příloze 6.

Jeden z výtisků této práce hodlám dát i na třetí oddělení VFN, aby až tam půjde další student, tak se mohl seznámit s touto problematikou dřív, než na něj dojde řada v knihovně. Literatura ohledně poruch příjmu potravy je totiž velmi půjčovaná a čekací doba na ni je v městské knihovně někdy až dva měsíce. Tím nechci říct, že by práce dosahovala úrovně publikací některých odborníků, ale domnívám se, že jako úvod do problematiky je dostačující.

Ve skupinách následné komunitně skupinové péče chci dále pokračovat, jelikož si myslím, že jsou prospěšné a pomáhají předcházet relapsům. Nyní píšeme žádost o grant a vzhledem k tomu, že zde není žádná adekvátní následná péče pro lidi s poruchami příjmu potravy, tak doufám, že naší grantové žádosti bude vyhověno.



A co říci na závěr? Snad jen přání či doporučení, aby se podobné skupiny více rozšířily. Problematika poruch příjmu potravy je totiž stále závažnější téma. V dnešním globalizovaném světě stále více mladých lidí a to především dívek trpí těmito poruchami, které pramení, mimo jiné, z výkonové společnosti, jenž omezila své vnímání krásy na krásu fyzickou a to ještě s dosti podivnou představou této fyzické krásy.

Pomůže-li tato práce jakýmkoliv způsobem k boji s poruchami příjmu potravy, tak splnila svůj účel.

## Seznam literatury

ATKINSON, R.L., aj.: Psychologie. Praha: Victoria Publishing 1995.

COHEN, R.M.: Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál 2002.

COOPER, P.J.: Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc: Votobia 1995.

CORSINI, R.J.(ed.): Encyclopedia of Psychology. Volume 3. New York: Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore. John Wiley & Sons 1984.

ČÁLEK, O.: Přednášky na PVŠPS. Praha: 2002-2004

DRAPELA, V.J.: Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál 2001.

ERIKSON, E.H: Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: Lidové noviny 1999.

EXUPÉRY, A.S.: Země lidí. Praha: BB art 2002.

EXUPÉRY, A.S.: Malý princ. Praha: Albatros 1977.

FALLON, A.E., ROZIN, P.: Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal and abnormal psychology* 1985. 94, 102- 105.

FALTUS, F.: *Anorexia Mentalis*. Praha: Avicentrum/Zdravotnické nakladatelství 1979.

FALTUS, F.: *Řekni mi co jíš*. Praha: Avicentrum/Zdravotnické nakladatelství 1977.

FREUD, S.: *Vybrané spisy*. Praha: Naše Vojsko 1991.

GADAMER, H.G.: *Problém dějinného vědomí*. Praha: FUČAV 1994.

GARFINKEL, P.E., GARNER, D.M.: *Anorexia Nervosa: A multidisciplinary perspective*. NewYork: Brunner/Mazel 1982.

HARTL, P.: *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství 1997.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000.

CHUDOBOVÁ, P., PAPEŽOVÁ, H.: *Srovnání stacionářů pro poruchy příjmu potravy v České republice a v zahraničí*. Připraveno do tisku v České a Slovenské psychiatrii, 2004.

CHUDOBVÁ, P., PAPEŽOVÁ, H.: Zkušenosti z ročního působení nově otevřeného „Stacionáře pro poruchy příjmu potravy“. Česká a Slovenská psychiatrie, 2003, roč. 99, Supplementum 1, s. 32.

JONESOVÁ, E.: Terapie rodinných systémů. Hradec Králové: Konfrontace 1996.

KÁBRT, J.: Stručný lékařský slovník. 6.vydání. Praha: Avicenum 1984.

KLECANDA, A., DOLEŽAL, D.: Rozšíření psychoterapeutické péče pro pacientky s poruchami příjmu potravy. Praha: projekt 2004.

KLIMEŠ, L.: Slovník cizích slov. 6.vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství 1998.

KOCOURKOVÁ, J., et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén 1997.

KOUTEK, J.: Farmakoterapie poruch příjmu potravy. In Kocourková, J., et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén 1997, s. 117-120.

KRATOCHVÍL, S.: Terapeutická komunita. Praha: Avicenum 1979.

KRATOCHVÍL, S.: Základy psychoterapie. 2.vydání. Praha: Portál 1998.

KRCH, F.D.: Bulimie. 2.vydání. Praha: Grada Publishing 2003.

KRCH, F.D.: Mentální Anorexie. Praha: Portál 2002.

KRCH, F.D. a kol.: Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing 1999.

KRCH, F.D.: Problematika motivace při léčbě poruch příjmu potravy. Česká a Slovenská psychiatrie, 2003, roč. 99, Supplementum 1, s. 32.

KRCH, F.D., MÁLKOVÁ, I.: SOS Nadváha. Praha: Granit 1993.

MOŽNÝ, I.: Proč tak snadno. Praha: Sociologické nakladatelství Slon 1991.

NEŠPOR, K.: Uvolněně a s přehledem. Praha: Grada Publishing 1998.

PAPALIA, D.S., OLDS, S.W.: Human development. New York: McGraw Hill 1992.

PAPEŽOVÁ, H.: Anorexia Nervosa. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2000.

PAPEŽOVÁ, H.: Bulimia Nervosa. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2003.

PEŠKOVÁ, J.: Přednášky na PVŠPS. Praha: 2003.

PONĚŠICKÝ, J.: Fenomén ženství a mužství. Praha. Triton 2003.

PONĚŠICKÝ, J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton 2002.

PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C.: Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada Publishing 1999.

REBER, A.S.: Dictionary of Psychology. London: Penguin Group 1985.

RŮŽIČKA, J.: Péče o duši v perspektivách psychoterapie. Praha: Triton 2003

ŘÍČAN, P.: Cesta životem. Praha: Pyramida 1990.

SATIROVÁ, V.: Kniha o rodině. Praha a Brno: Práh a Svan 1994.

SIMON, F.B.; STIERLIN, H.: Slovník rodinné terapie. Hradec Králové: Konfrontace 1995.

STEINBERG, L., BELSKY, J.: Infancy, Childhood and Adolescence. New York: McGraw Hill 1991.

SUTHERLAND, S.: The Macmillan Dictionary of Psychology. London and Basingstoke: The Macmillan Press Ltd. 1989.

VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. 2.vydání. Praha: Portál 2000.

VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie. Praha: Portál 2000.

VICKERSKY, R.A.,BRUCH H.: Anorexia Nervosa, New York: Raven Press, 1977

VODÁČKOVÁ, D. a kol.: Krizová intervence. Praha: Portál 2002.

VYBÍRAL, Z.: Milí Jirko. Konfrontace, 2004, roč. 15, č. 1, s. 13-15.

VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. 3.vydání. Praha: Portál 2003.

VYMĚTAL, J.: Obecná psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1997.

VYMĚTAL, J.: Úvod do psychoterapie. 2.vydání. Praha: Grada Publishing 2003.

ZLÁMANÝ, J.J.: Média a kult štihlosti. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova 1996.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1992.

CHUDOBOVÁ, P., KULHÁNEK, J.: Finále Miss České republiky 2004 a BMI. URL: <http://www.pppinfo.cz>

KRCH, F.D. a kol.: Poruchy příjmu potravy-mezi nadváhou a vyhublostí. URL: <http://www.pppinfo.cz>

KULHÁNEK, J.: Finále Miss České republiky 2003 a BMI. URL: <http://www.pppinfo.cz>