

**Závěrečná práce**

# **Poruchy příjmu potravy**

**Jan Kejval**

**2004**

# 1. Úvod

Žiji v malém městě (5 000 obyvatel) a nikdy by mě nenapadlo, kolik dívek postižených poruchami příjmu potravy v něm žije. Můj předpokládaný odhad byl ve skutečnosti podstatně menší. A to porovnávám jen s údaji řešenými odvodními a dětskými lékaři. Ne všechny potenciální pacientky si plně svůj problém uvědomují a chtějí jej léčit. Podle zjištěné statistiky si myslím, že poruchy příjmu potravin se v současné době velmi rozšiřují mezi mladými dívkami a ženami. Jako nejvhodnější psychoterapeutický směr léčby těchto poruch mi připadá kognitivně-behaviorální psychoterapie.

## 2. Příznaky poruch příjmu potravy

### 2.1. Co to jsou poruchy příjmu potravy?

Jedná se o onemocnění spojené s konzumací potravy. Mentální anorexie je nemoc, kdy pacientka odmítá potravu. Nemoc začíná nejčastěji v pubertě a vyznačuje se odmítáním udržování tělesné hmotnosti na minimální váze vzhledem k věku a výšce pacienta. Váhu pacient udržuje odmítáním jídla, nadměrným cvičením, zvracením a užíváním projímadel. Má intenzivní strach z přírůstku hmotnosti i když má podváhu. Tělesná hmotnost a stavba těla má špatný vliv na duševní stav pacienta, zvláště na jeho sebevědomí. Pacient ignoruje svoji podváhu a naopak si připadá tlustý. U těchto pacientů je index hmotnosti v závislosti na věku a výšce (BMI- Body Mass Index) menší než 17,5. Bulimie je spojena se záchvaty přejídání a zároveň zvracení či používání projímadel a klystýrů. Postihuje dívky ve věku dospívání a projevuje se neustálým zabývání se jídlem, neodolatelnou touhou po jídle a přejídáním. Pacient se snaží zmírnit vliv jídla na váhu zvracením, projímadly a nárazovými hladovkami. Jako u anorexie má strach z tloušťky, je závislý na vzhledu a hmotnosti. Obě jmenované nemoci jsou spojené s psychickými poruchami. Nejčastěji se jedná o stres pramenící z obavy z nadměrné tloušťky a špatného vnímání své vlastní váhy a zkreslené představě o ideálních proporcích těla. Pacient není schopný ovládat své chování a je třeba pomoc druhých lidí k jeho uzdravení. Myslím si, že u pacientů s poruchami příjmu potravy je třeba uplatnit direktivní přístup, a proto je vhodná metoda kognitivně-behaviorální psychoterapie.

### 2.2. Příčiny růstu poruch příjmu potravy

Hlavní příčinou je měnící se kultura, která vyzdvihuje štíhlost. Na ženy útočí média, módní trendy, filmy, televize, noviny a ženské časopisy. Jako ideál jsou uváděny ženy a dívky štíhlé až vyhublé, jejichž BMI je pod 17,5. Představa žen je ztotožnit se s tímto klamným ideálem. Současně je zdůrazňován kladný vliv na zdraví, ale pozapomíná se nezdravé důsledky pramenící z omezování jídla. Na své si přijdou i výrobci prostředků na hubnutí ať se jedná o prostředky na potravinové bázi či různé „kouzelné“ odtučňovací pásy, náramky atd. Tyto firmy silně propagují vzor vyhublé ženy. Jako příklad lze použít populární soutěž Miss České republiky. Např. v roce 2003 z 12 finalistek trpělo 8 podváhou. Na druhou stranu je potěšující, že druhá v této soutěži Klára Medková mimo toto umístění získala titul Miss sympatie a Miss diváků. Při tom její BMI 19,37 jí určil jako „nejtlustší“ finalistku. Vráťme-li se zpět k médiím, zarazí mě např. uspořádání a protichůdnost článků v časopisu Tina (číslo 26, rok 2003). Na stránkách 16-17 je zveřejněn článek „Anorexie: nemoc pubertálních dívek.“ Ale hned ob dvě stránky za ním na stranách 20-21 následuje článek „Za 10 dnů jako proutek“. Vzrůst pacientů s poruchami příjmu potravy je pravděpodobně to, že v současném vyspělém světě převládá obezita. Tím je i štíhlá žena vzácnější a proto se stává těžko dosažitelným modelem. Možná by se tato skutečnost dala srovnat s přírodními blondýnkami. Žen, které si odbarvují vlasy je poměrně hodně. Na rozdíl od poruch příjmu potravy tento trend nemá škodlivé důsledky. Věřím tomu, že např. v Súdánu, kde 1,2 milionu lidí je bez domova a 150-200 dětí mladších 5 let umírá denně na podvýživu se budou projevat a rozvíjet poruchy příjmu potravy. Asi se nedá říci, že by poruchy příjmu potravy byly na 100% pod vlivem kultury. Svoji roli tam jistě hrají i genetické vlastnosti, stresové nebo krizové životní situace. Vliv má na pacienta i jeho nejbližší prostředí.

Lépe se anorektikem stane osoba, která se snaží hubnou pomocí nějaké diety. Dalším dílem přispěje jeho nejistota v úspěch této diety popř. v období puberty i jeho nejistota ve světě vůbec. Připočteme-li nějakou psychickou poruchu je k mentální anorexii jen krůček. Faktor negativního hodnocení sama sebe také pěkně překlápí miskou vah k poruchám příjmu potravy.

### **2.3. Jaké lidi postihují poruchy příjmu potravy?**

Není bez povšimnutí, že poruchy příjmu potravy více souvisí s psychickou stránkou než s tělesnou schránkou. Jsou lidé přirozeně hubení, o kterých si mohou lidé z okolí myslet, že jsou anorektiky. Na druhé straně existují lidé, u kterých se poruchy příjmu potravy projevují a kteří na to nevypadají. Taková riziková skupina je většinou z lidí, kteří dbají na to, co si o nich myslí okolí, jsou odpovědní a snaží se vyhovět přání lidí z jejich okolí. Formování anorexie začíná již v dětství. Malá dívka je rodiči vedena ke snaživosti a preciznosti. Velmi se snaží rodičům vyhovět a stát se tak dokonalou. Ve škole patří mezi jedničkářky, nezlobí, je čistá a upravená. Odměnou jsou jí pochvaly ze všech stran. Na tyto reakce je navyklá a jakékoliv pokárání je pro ni velkou prohrou, těžce ho nese a myslí si, že zklamala. Myslí si, že je k ničemu, že je hloupá, neposlušná a dokonce ošklivá. Aby se potrestala, odříká si různá potěšení a v přesvědčení začne přemýšlet, zda si vůbec zaslouží být na světě. Další příčinou anorexie může být dieta. I zde je hlavní důvod být dokonalý a podle představ okolního světa. Pacient v dalším stádiu ale nedokáže rozlišit veřejné normy od svých zkrleslých představ.

### **2.4. Jak poznáme mentální anorexii?**

Počáteční příznaky jsou poměrně nenápadné. Dají se rozdělit do třech skupin. Jedná se o změnu jídelníčku, zvýšení tělesné aktivity a změnu jídelních návyků.

V jídelníčku se postupně vylučují tzv. nezdravá jídla. Jedná se o kaloricky vydatná jídla. Pacienti vynechávají jídla tučná a sladká. V další fázi omezují i pečivo, knedlíky a maso. V závěrečné fázi se orientují pouze na energeticky nevhodnou stravu, většinou vegetariánskou. Extrémem jsou pouze zeleninové saláty.

Lidé postižení anorexií mají převážně zvýšenou aktivitu. Velkou část svého volného času tráví v posilovnách, běháním a jiným sportováním. Dokáží i několik hodin venčit psa. Mají potřebu neustále něco dělat. Čím se jedná o větší a těžší aktivitu, tím jsou spokojenější. Ve spojení s nedostatečným příjmem kalorií se po čase stávají unavenými, vyčerpanými a apatickými.

Ke změnám dochází i v chování okolo jídla. Pacienti nejedí nic navíc a postupně vypouštějí i hlavní jídla. K tomu přibývají i výmluvy kolo snídaní a večeří. Ráno není chuť k jídlu a večer je nezdravé jíst. Občas se i vmlouvají, že jsou večer po večeři. Anorektičky se přehnaně starají o vaření. Důvodem je jednak výběr dietních potravin, jednak výmluva, že jedli při přípravě pokrmu. Nemocní používají menší talíře, kde porce vypadá větší. V jídlu se přehrabují, mezi sousty často odkládají příbor a jídlo zapijí vodou. potraviny odnášejí do svých pokojů. Jedí velmi pomalu a zdůvodňují to tím, že chtějí jídlo vychutnat nebo jíst v klidu. Při jídlu se vypadají vyděšeně a jsou velmi nepřírozené.

Mimo to se u nich projevují i další příznaky. Nosí volné šaty, aby nebyla vidět jejich domnělá tloušťka a později na kost vyhublé tělo. Velmi se zaobírají svým zjevem. Několikrát denně se váží a často se pozorují před zrcadlem. Stávají se velmi nerozhodnými.

## **2.5. Hlavní příznaky**

Tělesná váha pacientů je pod normálem a pacienti si jí na této úrovni dobrovolně udržují. Pacient nejí nebo jen velmi málo, někdy zvrací a bere projímadla, má velkou aktivitu.

Pacient má intenzivní patologický stav z přibývání na váze.

U pacientů se objevuje zácpa, zimomřivost, vypadávají vlasy, kazí se jim pleť. Ženy ztrácejí menstruaci a muži potenci.

Anorexie má i zdravotní následky. U pacientů dochází k srdeční arytmii a zpomalení tepu na frekvenci 60 za minutu. Snižuje se tlak pod 90/60 a dochází k celkovému zhoršení krevního oběhu. Tím dochází i narušení termoregulace projevující se studenými končetinami a třesem. Zapříčiněn je i nedostatek železa. Krevní testy odhalují sníženou sedimentaci a nedostatečný počet bílých krvinek. Současně je i špatná funkce ledvin projevující se otoky končetin.

Z neurologických komplikací lze vyjmenovat křeče, svalovou slabost, bolesti hlavy a mdloby.

Z nedostatku vápníku z omezené stravy dochází k odčerpávání vápníku z kostí.

Důsledkem jsou samovolné zlomeniny a bolesti zad. U dětí dochází k zastavení tělesného růstu. Léčba malých pacientů je velmi obtížná, protože nechápou její cíle. Navíc se u dětí častěji projevují deprese a riziko narušení psychického zrání jedince.

## 3. Terapie

### 3.1. *Klasická metoda*

Klasická léčba byla zaznamenána na konci 17. století a anorexie se léčila jako tělesná nemoc. Teprve později bylo zjištěno, že poruchy příjmu potravy jsou nemocí duševní a tak se k nim v současnosti přistupuje. Práci s pacientkami s mentální anorexií podrobně popsal W.Gulla (Londýn 1887).

V současné době se určité procento pacientek léčí na psychiatrických klinikách nebo na specializovaných zařízeních. Jedním z nich je Centrum péče o pacienty s poruchami příjmu potravy, které se skládá z Jednotky specializované péče pro poruchy příjmu potravy (JSPPPP) a z Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy (DSPPPP) u Psychiatrické kliniky 1.LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2. Vedoucí Centra je Dr. Hana Papežová.

Zde bych uvedl informace pro pacienty z webových stránek pppinfo.

#### **Kritéria pro přijetí na JSPPPP**

Jednotka přijímá pacientky starší 18ti let, v kompenzovaném somatickém stavu (stav bezprostředního ohrožení života je řešen na interních metabolických jednotkách nebo odděleních dle místa bydliště). Protože podmínkou úspěchu léčby je motivace pacientek, dáváme přednost žádostem o hospitalizaci od dívek samotných. Hospitalizace přichází v úvahu většinou u pacientek, u kterých ambulantní léčba byla neúčinná, nebo mají další závažná onemocnění. Pacientky po sebevražedném pokusu bývají přijímány na uzavřená oddělení a posléze mohou být po dohodě přeloženy na naši jednotku. Při současné diagnóze závislosti na návykových látkách většinou přijímáme pacientky, které prošly léčbou závislosti, po dohodě s terapeutem daného zařízení.

#### **Doporučení k hospitalizaci**

U pacientek, které potřebují hospitalizaci doporučujeme, aby jejich ambulantní psychiatr zaslal na adresu jednotky *doporučení k hospitalizaci*, které by mělo obsahovat adresu bydliště nemocné a telefonní číslo, základní osobní a anamnestické údaje, průběh nynějšího onemocnění a případnou další psychiatrickou či tělesnou nemoc. Sociální pracovnice, paní Dlouhá, doporučení zařazuje, po diskusi týmu o naléhavosti přijetí do čekacího listu. Čekací doba je v současné době v průměru tři měsíce. Termín nástupu je oznámen písemně na uvedenou adresu pacientce, kterou požádáme, aby telefonicky potvrdila, že má ještě o hospitalizaci zájem.

#### **Režim oddělení a práce týmu**

Na prvním místě v léčbě stojí režimová opatření a psychoterapie, v indikovaných případech používáme léky. Oddělení funguje na principu terapeutické komunity a zvláštní důraz proto klademe na skupinové aktivity pacientů. Při přijetí je s pacientkou uzavřena písemná smlouva týkající se jídelního režimu, cílové váhy a dodržování pravidel oddělení. Významnou součástí terapie je poučení o správném stravování a jeho nácvik, což zajišťuje specializovaná sestra přítomná při všech jídlech. Dívky jsou seznámeny s psychologickými, tělesnými a dalšími důsledky hladovění, dvakrát týdně stolují s psychologem jednotky. Pacientky se účastní dynamicky orientovaných skupin (jednou týdně), kognitivně-behaviorální skupinové terapie (dvakrát týdně) a skupiny arteterapeutické (jednou týdně). Nedílnou součástí programu je také autogenní trénink, relaxační cvičení (jednou týdně 15 minut), léčebná tělesná výchova (dvakrát týdně) a pracovní terapie (dvakrát týdně). Účast na některých společných aktivitách, stejně jako např. víkendová propustka jsou podmíněny dosažením určité minimální hmotnosti podle terapeutické smlouvy. Pobyt na jednotce trvá většinou šest až osm týdnů. V závěru pobytu se zaměřujeme na postupný přechod pacientky do jejího běžného prostředí a možnosti dodržování jídelního režimu během aktivního života. Významnou a nedílnou součástí léčby je spolupráce příbuzných a blízkých, se kterými se snažíme navázat kvalitní kontakt a poskytnout jim informace eventuelně možnosti rodinné či partnerské terapie, která může být v některých případech

velmi důležitá. Při propuštění s pacientkami projednáváme nutnost následné péče, a snažíme se poskytnout kontakty na adekvátní zařízení.

Jak je uvedeno výše, hospitalizace je přibližně dvouměsíční. Hlavní důraz je kladen na jídlo. To vyplývá z režimu. Sestra kontroluje pacienta při dodržování stravních návyků. Cílem je dosažení určité hmotnosti dle podepsané smlouvy. Myslím si, že pro pacienta postiženého mentální anorexií není právě diskuse o správné stravě a častá kontrola hmotnosti za účelem ohodnocení a propuštění na vycházku či domů to nejpříjemnější. Na druhou stranu i bych si dovolil srovnat tuto metodu s přístupem Doc. Skály při léčbě závislosti na alkoholismu. Určitě se najdou pacienti, kterým tento přístup bude vyhovovat. Jak se uvádí v materiálu o JSPPPP jsou výsledky léčby srovnatelné s jinými specializovanými centry vyspělých států.

### **3.2. Kognitivně-behaviorální terapie**

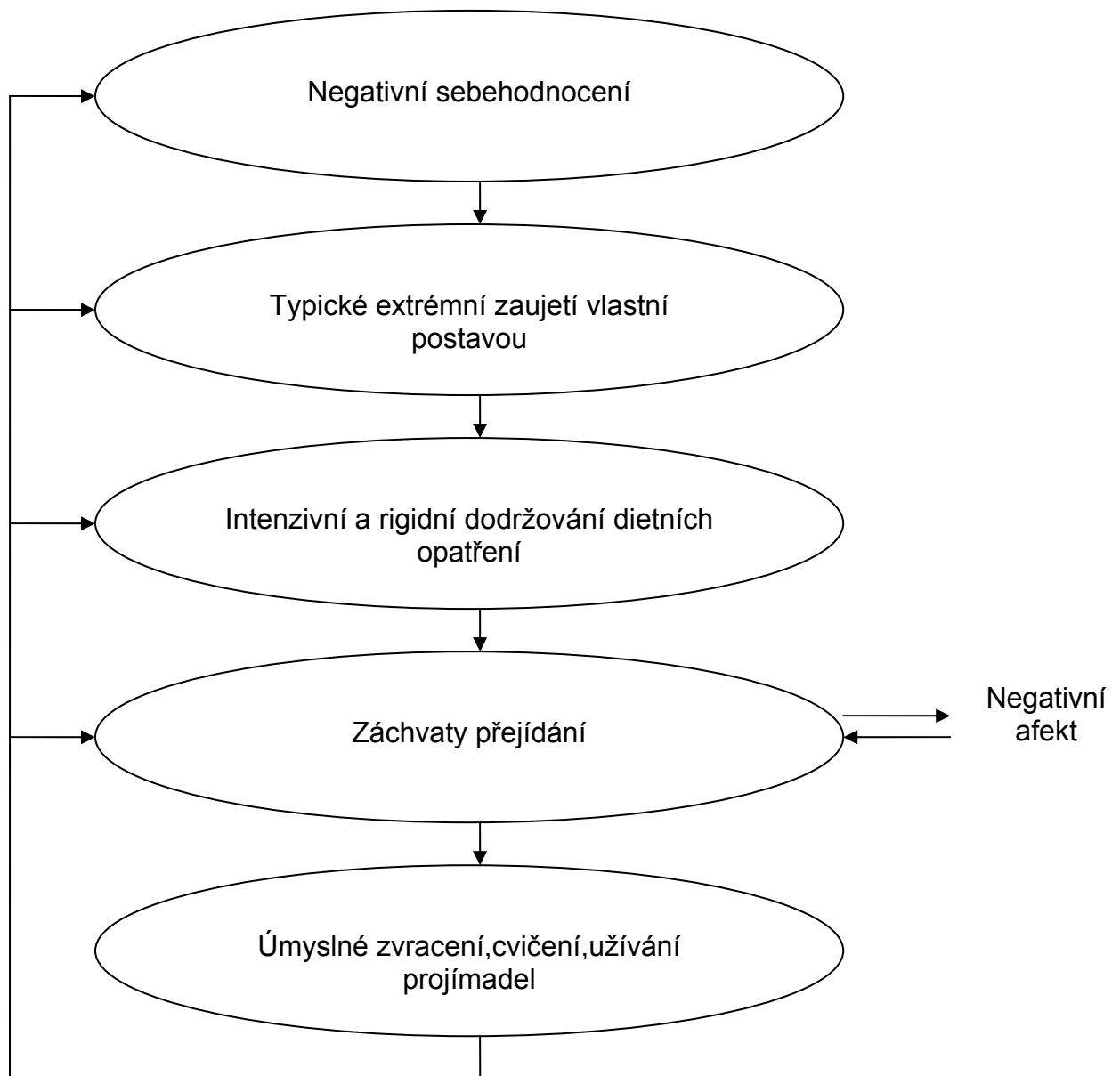
Kognitivně-behaviorální model říká, že pacient má většinou dva základní závažné problémy. Ten hlavní tkví v tom, že pacient se velmi často intenzivně zaobírá svým zjevem. Ten pak na základě svého nesprávného úsudku hodnotí podle vzhledu a váhy. Pacient je spokojený se snižováním své vlastní váhy, popř. v adolescentním věku s tím, že váha je stále stejná i když pacient dospívá a roste. Mimo váhy si pacientky hlídají udržení stálých rozměrů především „krizových“ partií jako jsou boky a stehna. Druhým z důležitých psychopatologických poruch je negativní sebehodnocení. Pacient si není jistý svými schopnostmi. Přesto většina z nich jsou velmi pečliví, svědomití a někdy až precizní lidé. Sami sebe tak však nevidí. Někdy stačí i nevině myšlená připomínka jako např. „No vidíš jak jsi to zkazil.“ Méně sebevědomý jedinec si tuto poznámku přetransformuje do faktu „Jsem k ničemu, nic neumím.“ To vede k hodnocení svého vlastního vzhledu. Motivaci mají v tlaku médií na ideální vzhled. V této oblasti se snaží prosadit. Neuvědomují si, že se svým vzhledem nejsou a nebudou nikdy spokojeni. V průběhu času se tím více zaobírají svým vzhledem. Z toho pramení i další myšlenky a chování pacienta. Zabývají se jídlem. Ať už přípravou, jeho vhodnou volbou, zdůvodňováním, že tato porce stačí nebo dokonce zdůvodněním, proč nemusí nebo nemůže jíst. Jako důvod se často najdou takové: „Na večeři je už pozdě a i tak jsem odpoledne svačil.“, „Je mi špatně z cesty v dopravním prostředku.“, „Dnes jsem toho už snědl až dost.“, „Jeden krajíc chleba mi musí na celý den stačit, vždyť jsem nic nedělal.“ Najdou se ale i takové kuriozity jako např. „Nemůžu už jíst, protože jsem vysílený a nemohu vlastně ani kousat.“

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

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

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

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



**Obr. 1 Kognitivně-behaviorální model poruch příjmu potravy (Fairburn, 1997)**



**Den:****Datum:**

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

**Obr.2 Příklad záznamového listu****Pokyny pro vedení záznamů**

- 1) Do prvního sloupce uveďte čas, kdy jste začali jíst (7:45) nebo kdy jste jedli (například 7:45-8:00).
- 2) Do druhého sloupce zapisujte druh a množství snědených potravin v kusech a vypitých nápojů. Neuvádějte kalorickou hodnotu jídla.
- 3) Do třetího sloupce zapisujte místo, kde jíte, jako například v kuchyni, v jídelně nebo v kresle u televize.
- 4) V tomto sloupci uvádíte, jestli jste si jídlo povolili a snědli ho přiměřené množství (bez poznámky). Hvězdičku nebo křížek udělejte v případě, že jste se cítili přejedeni nebo snědli nadměrné množství. To znamená víc, než jste chtěli, nebo něco, co jste neměli (nechtěli) jíst.
- 5) Do pátého sloupce zapisujete, jestli jste po jídle zvraceli (Z), vzali si projímadla (P), diuretika (D) nebo jestli jste šli cvičit (C). U projímadel a diuretik uvádějte množství.
- 5) Poslední sloupec slouží ke stručnému záznamu pocitů, které máte v souvislosti s jídlem a jídelním chováním. Zapisujte sem všechny, z hlediska vašeho problému významné události (stačí jednoduchá poznámka), jako například, že jste se pohádala s přítelem. Tyto pocity a okolnosti mohou být v nějakém vztahu s vašimi jídelními problémy. Jejich znalost vám umožní lépe chápat širší souvislosti přejídání a naučit se mu předcházet. V tomto sloupci zapisujte také každé vážení a významné pocity týkající se vašeho těla, jako například, že jste se nevešla do sukně nebo že jste si připadala silná nebo zdravotní problémy (závratě, únava, zimomřivost, bušení srdce apod.).

(Poznámka ke zpracování. Obrázek 1 je převzat z Petr Možný, Ján Praško: Kognitivně-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe. Obrázek 2 a Pokyny pro vedení záznamů jsou použity z František David Krch: Mentální anorexie.)

Podle Fairburna (1997) je potřeba s pacientem probrat tyto oblasti:

### 1. Tělesná váha a její regulace

- index tělesné hmotnosti a jeho hodnocení
- výpočet indexu tělesné hmotnosti klientky
- přirozené kolísání váhy a jeho mylné hodnocení
- vliv léčby na tělesnou váhu

### 2. Tělesné důsledky záchvatovitého přejídání, úmyslného zvracení, užívání laxativ a diuretik

- poruchy elektrolytů a tělesných tekutin
- otoky
- zvětšení slinných žláz
- poškození chrupu
- nepravidelnost menstruace
- vliv na pocit hladu a plnosti

### 3. Neúčinnost zvracení, projímadel a diuretik jako prostředků ke kontrole váhy

- mnoho klientek přežívá ze zbytků přejedení
- zvracení odstraňuje jen část sněženého jídla
- projímadla mají na vstřebávání kalorií jen malý vliv
- diuretika vstřebávání kalorií nijak neovlivňují

### 4. Důsledky diet

- typy diet, které podporují záchvaty přejídání
- tři typy diet: omezení množství, omezení rozmanitosti, omezení frekvence
- dietní pravidla versus dietní doporučení (a černobílé myšlení)

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

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

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

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

Důležité je i pohovořit o důsledcích na lidský organismus z důvodů přejídání a nuceného zvracení nebo projímání. Pacient by se měl dozvědět vzniku otoků, bolestech hlavy, v hlubším stádiu nemoci o poškození chrupu, odvápnění kostí vypadávání vlasů a žloutnutí kůže. U dívek a žen dochází k přerušování menstruace.

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

Správná je taková terapie, kdy pacient má naplánována tři větší jídla a dvě menší svačiny během dne. V případě bulimie nesmí pacient po těchto jídlech zvracet. Zároveň by měl dodržovat maximální tříhodinové přestávky mezi jídly. Moudré je i ve spolupráci s pacientem

vymyslet oblíbenou alternativní činnost místo přejídání. Současně pacientovi nařídíme, aby vyhodil všechna projímadla.

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

Jako nejdůležitější a hlavní cíl je zmírnění nebo odstranění dietních omezení. Pacienti mají strach z toho, že jakmile se přestanou omezovat ve stravě, výrazně přiberou na váze. U pacientek s mentální bulimií si tělo bere energii právě v okamžicích přejídání. Při ukončení diet se sníží i tendence k přejídání. Pro léčbu je nutné znát, kterým potravinám se pacient vyhýbá a určuje je jako „zakázané“. Léčba dále probíhá tak, že se s pacientem dohodneme na tom, že bude právě tyto potraviny postupně a pozvolna zařazovat do svého jídelníčku. Postupujeme od těch nejpříjemnějších až po potraviny, které jsou pacientovi nejvíce proti mysli. V tomto případě vůbec není důležité množství potravin, které pacient sní. Procvičování jedení pro pacienta nepřístupných potravin je třeba provádět tak dlouho, až je pacient bude jíst přirozeně bez odporu, strachu a obav. Je důležité kontrolovat i pacientův jídelníček, aby kalorická hodnota snědeného jídla odpovídala 1500 – 1700 kcal. Pacient by měl postupně ustupovat od toho, aby kontroloval kalorickou hodnotu, začal jíst taková jídla, kde se kalorická hodnota nedá určit a aby začal jíst i jinde než doma nebo v ústraní svého pokoje. Vhodné je začít jíst na návštěvách, v restauraci a později i ve školní nebo závodní jídelně. Dalším důležitým bodem je srovnání postojů k vlastní postavě a váze. Pacient se učí poznávat problematické myšlenky. Ty si zapisuje a odpovídá si na ně v prvním okamžiku sám a při terapeutickém sezení je probírá s psychoterapeutem. Ten by měl být schopný odvodit i další možné příčiny a pacienta na ně připravit. Pomocí racionálních otázek psychoterapeut „normuje“ nebo opravuje zkreslené představy pacienta o vzhledu a váze. Ze začátku méně účinné je přimět pacienta k tomu, aby si představil jak se na věc dívají ostatní lidé. Pacienti jsou však většinou přesvědčeni o tom, že jen jejich názor a měřítko jsou správná. Dobré je také porovnat požadavky pacienta na sebe s požadavky a kritérii, které mají vůči ostatním osobám. Leckdy pacient dospěje k závěru, že co mu vadí u sebe je u druhých nepodstatné. Pacient si pro sebe vytvoří tvrdší měřítko než pro druhé. Pacienti také uvažují v extrémech. Buď a nebo. Nejsou schopni určit kompromisy a mají tzv. černobílé myšlení. Úkolem psychoterapeuta je s pacientem nacvičit zvládání problémových situací. Z počátku asi nebude pacient o řešení stoprocentně přesvědčen, ale stačí, když bude vědět co si má v problémové situaci myslet nebo jak se zachovat.

Jako vhodné lze doporučit tyto metody:

1. Zastavení myšlenek (tzv. stop technika)

Tato metoda je pomocná a napomáhá pacientovi zkrátit dobu trvání nepříjemných představ. Pacient si vytvoří seznam příjemných myšlenek a současně napíše nepříjemné představy. Pacient si při psychoterapeutickém sezení začne představovat některou z nutkavých představ. V okamžiku, kdy se představa začne u pacienta objevovat, řekne psychoterapeut „STOP.“ Pacient se lekne a přeruší soustředění na nutkavou představu. Naopak se začne soustředit na představu příjemnou. Tato činnost se několikrát opakuje.

2. Odvedení pozornosti

Metoda vychází z toho, že se člověk dokáže soustředit pouze na jednu myšlenku najednou. Odvedení pozornosti lze tělesným cvičením, přesunutím pozornosti a mentálním cvičením. Pacient by měl provádět takovou činnost, která ho plně zaujme a je pro něj příjemná. Přenesení pozornosti je založeno na pozorování podrobností v okolí pacienta. Je dobré, když pacient v duchu věci popisuje. Tím plně přeruší vnímání nutkavých myšlenek. Mentální cvičení spočívá v přenesení pozornosti na složitější

myšlenkové operace. Např. luštění křížovek, řešení hlavolamů, řešení matematických úloh nebo si vybavit velmi podrobně nějaký příjemný zážitek.

### 3. Kognitivní restrukturalizace

Při použití této metody si pacient uvědomuje, které myšlenky v něm vzbuzují negativní pocity. Zároveň mu psychoterapeut pomáhá určit racionálnost jeho myšlenek a vyvarování se od kognitivních mýtů. Ty uvedli ve svých pracích Ellis a Beck.

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

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

### **3.3. Rodinná terapie**

V případě poruch příjmu potravy je rodinná terapie velmi vhodným prvkem. Psychoterapeut ovlivňuje pacienta, ale při rodinné terapii se často projeví hlubší příčiny pacientovi nemoci. Podle rodinného zázemí lze určit proč se pacient stal anorektikem nebo bulimikem. Proto i mimo léčení vlastní nemoci je možné odstranit nebo alespoň částečně zmírnit příčiny nemoci. Při rodinné terapii se zpevní vztahy mezi příslušníky rodiny a úsilí se zaměří v boji proti nemoci. Jednotliví příslušníci se mohou v pomoci zastoupit. Léčba pacienta je zdlouhavá, ale pocit toho, že s nemocí není sám ho podpoří. I tak ale mohou nastat problémy, protože vyjadřování členů rodiny často narazí na nepochopení pacienta. Slova o tom, že je dobře, že pacient přibral se pacienta dotknou a může si myslet, že je opět tlustý. Naopak když se pacient nespravuje, říká si, že je k ničemu. Proto je lepší se před pacientem o jeho váze moc nevyjadřovat. Dalším důvodem je i u mladých pacientů s poruchami příjmu potravy i to, že tímto způsobem dávají najevo protest třeba i proti rodičům. Jeden den si pacient stěžuje, že ho nikdo nepochválil za to jak se snaží. Druhý den, když je pochválen, nelíbí se mu to. Svoje jednání zdůvodní tím, že ho ostatní bedlivě pozorují při jídle. To je situace, na kterou se musí i rodinní příslušníci připravit.

Velkou výhodou této terapie je, že pacient je léčen v domácím prostředí. Současně může být neustále pod dohledem. Zároveň nemusí být hospitalizován v nemocničním zařízení. V tom je mu sice poskytnuta kvalifikovanější péče. Rizikem se stává to, že se pacient dostává mezi stejně postižené lidi. Ti ho mohou naučit negativní věci, které ještě neznal nebo neprovozoval. Efekt může být podobný jako ve výchovných zařízeních. Co pacient neumí, může se v hospitalizačním zařízení naučit. Léčba v domácím prostředí lze praktikovat většinou u

mladých pacientů, kteří žijí s rodiči. U pacientů, kteří žijí sami je vhodné do terapie zapojit i partnera pacienta.

### **3.4. Skupinová terapie**

Skupinová terapie je vhodná pro pacienty, kteří jsou již částečně vyléčení a kteří chápou proč se léčí. Při léčbě se využívají vztahy a zkušenosti mezi jednotlivými členy skupiny. Pacienti diskutují o problémech mezi sebou a jsou řízeni psychoterapeutem. Skupinová terapie je vhodnější pro bulimičky. Ty jsou více otevřené a jsou ochotné diskutovat o problémech. Mentální anorektičky skupinová terapie svádí k porovnávání svého těla s proporcemi ostatních pacientů. Skupiny by měly být vytvořeny zvláště pro pacienty s mentální anorexií a speciálně pro pacienty s mentální bulimií. Tak jako u hospitalizace je velké nebezpečí toho, že si pacienti budou sdělovat a předávat negativní zkušenosti. Proto je zde velký důraz kladen na psychoterapeuta, který takovou iniciativu pacientů musí ukončit a musí mít vedení skupiny pod kontrolou. Přínosem je podpora a předání zkušeností od lidí, kteří na rozdíl od psychoterapeutů nemoc prodělávají se všemi negativními projevy.

### **3.5. Arteterapie, muzikoterapie**

Jedná se o techniky založené na tvořivosti. Lze je úspěšně užít jako doplňkové metody a proto nebývají samostatnou psychoterapeutickou metodou. Kombinují se s verbální psychoterapií. Jsou brány jako nezávazná hra méně kontrolovaná i kontrolovatelná. Velmi často se používají pro práci ve skupině. Pacient je spontánnější a emoční. Snadněji se dostává k problému. Tyto druhy terapie přináší pacientovi odreagování, zprostředkování náhledů a pohledů z jiných úhlů. Pacient zde může najít impuls k posílení vlastního JÁ nebo dokonce k nalezení JÁ. Mohou se objevit i skryté symptomy.

Arteterapie je tvorba hezkých věcí. Může probíhat formou malování. Např. dva lidé mohou spolupracovat na kresbě jednoho obrazu.

Muzikoterapii lze rozdělit na pasivní a aktivní. Pasivní muzikoterapie se soustředí na poslech. S pacientem se probere jak na něj hudba působí, jaké má při poslechu určitého hudebního žánru pocity, jak na něj hudba působí. Při aktivní muzikoterapii jsou tvůrcem hudby sami pacienti. Pro skupinu se využívá většinou jednoduché instrumentarium na které není vyžadována znalost hry. Dobře poslouží bubínky, triangly, kastaněty apod.

Pacienti postižení poruchami příjmu potravy se mohou vyjádřit i jinak. Např. tvorbou poezie. Takto se vyjádřila jedna z dívek postižených mentální bulimií.

*...smutek-pláču...jídlo -zvracím...bolest-tpím...už snad nic, nic necítím... ..nejlepší způsob, jak vyjádřit city, je poezie.*

I když je často tato poezie krásná, obvykle je velmi podobná pochmurnému žánru Alana Poe. Rád bych zde uvedl báseň dívky, která na internetu v chatu vystupuje pod pseudonymem Caroline. Tuto báseň publikovala 3.8.2003.

♪ KONEC EXISTENCE

*Mám v sobě 3 Neuroly  
a dvě deci rumu.  
Moje Duše už nebolí  
...jen jsem plná šumu.*

*Hluk, co je ve mně, přehluší vše.  
Mysl, city, vzpomínky...  
Už jsem v klidu a jen matně  
Vzpomínám si na okamžiky,  
Co se staly  
Před malou  
chvílí...*

*Jídlo! Hory, spousty jídla!  
Vánočka a tučný máslo...  
Pak na záchodě jsem blila  
Všechn svůj vztek na svoje tělo  
Které mě zas donutilo  
Jít jíst a stát se zvířetem...  
Teď Zvracím svůj vztek nad světem.*

*Už jsem v klidu, už působí  
Ve mně dvě deci alkoholu.  
TEĎ, teď mě už NIC netrápí  
Já zříkám se smutku a bolu!*

*Jsem TEĎ a TADY a nic víc  
Mě momentálně nezajímá.  
Chci jen dýchat, víc už nic  
...a hlad mé tělo znovu týrá*

*Ahoj! Hlade, vítám Tě!  
Miluju tě, víš o tom?  
Mám ráda všechny ty závratě -  
- znamení, že lítám „v tom“ ...*

*Vše je v pořádku, mám hlad.  
Ani Joule už nesežeru.  
a za chvíli - už brzy snad  
přijde smrt. Na život seru.*

*Hlad, prášky a Neurol  
blití, prázdnota a záchod....  
Bolí – dám si alkohol  
Nenávidím to slovo:  
„ŽIVOT!“*

### **3.6. Relaxační terapie**

Stejně jako arteterapie a muzikoterapie je i relaxační terapie doplňková metoda. Jejím cílem je využití svalové relaxace, koncentrace a hlavně řízené představy. Základem je autogenní trénink.

Cvičení se skládá:

1. cvičení tíhy „Pravá ruka je těžká, levá ruka je těžká ...“
2. cvičení tepla „Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá ...“
3. regulace srdeční činnosti – pociťovat klidný tep srdce „Srdce tepe klidně a silně.“
4. koncentrace na dech „Dech je zcela klidný.“
5. regulace břišních orgánů „Do solárního plexu proudí teplo.“
6. koncentrace na oblast hlavy „Čelo je příjemně chladné.“

Nácvik se provádí 3x denně 3-5 minut.

Mimo autogenního tréninku lze využít i řízenou imaginaci. Jedná se o navrhování určitých obrazů, motivů a témat pro pacienta zaměřené na sebezdokonalení, sebepoznání. Cvičení může obsahovat tyto součásti:

1. koncentrace na zážitek barvy
2. vyvolání živé představy určitých předmětů, nejdříve konkrétních, později abstraktních
3. zpřítomnění vlastních prožitků, odraz citových vztahů
4. vyvolání obrazu určitých osob a uvědomování si vztahů k nim
5. kladení si otázek a čekání vnitřních odpovědí (Smysl života?, Co si přeji?, Co dělám špatně?)
6. vytváření formulovaných předsevzetí a jejich vštípení. Formulování základních životních hesel podle požadavků a zdokonalování vlastní osobnosti.

## 4. Svépomoc

### 4.1. *Najděte pomoc*

Jako u jiné nemoci je třeba vyhledat pomoc. Pro pacienta je situace složitá a to z toho důvodu, že si jako nemocný nepřipadá. Jeho myšlenky jsou zkreslené a nevěří tomu, že by mu někdo pomohl. Nemocný se bojí hospitalizace v nemocnici, stydí se navštívit psychologa. Toto počinání však není správné. Každé sdělení svých problémů pacientovi uleví. Navíc se mu dostane více či méně kvalifikovaných rad. I vědomí, že na problém není sám mu pomůže. V blízké osobě bude mít podporu v době, kdy bude nemocí ovládán a nebude sám schopen s ní bojovat. Vhodná je osoba z rodinného kruhu (zvláště pro adolescenty) nebo z pracoviště. Současně je vhodné se spojit s lékařem a psychologem nebo psychiatrem. Vždyť návštěvy u lékaře nejsou povinné a pacient je může v nejhorším případě odříci či odložit. Nemusí se cítit odbornou péčí vázán. Při sdělení o poruše příjmu potravy v rodině je třeba očekávat a připravit se na nepříjemnou situaci. Ve většině případech se ale brzy urovná a rodina se společně snaží problém vyřešit. Vzhledem k povaze pacientů s poruchami příjmu potravy může dojít i výčitkám, že nemocný rodinu zatěžuje svými problémy. Optimální rodina však pochopí nemoc jejího člena a sama se bude snažit, aby mu v léčbě pomohla. Uzdravením se pacient stane opět plnohodnotným členem a rodina bude fungovat jako dříve. Tato snaha pramení z fungování rodiny jako celku, kde psychická nemoc způsobuje narušení rodinného řádu. Jiné je to v disfunkční rodině. V tomto případě je vhodné vyhledání jiné osoby, např. příbuzné, učitele, trenéra (v případě adolescentů). Jedná-li se o dospělého osobu, může se svěřit spolupracovníkovi nebo dospělému známému.

### 4.2. *Stravovací režim*

I když příčiny poruchy příjmu potravy jsou spíše psychického rázu, je třeba dbát na správné stravovací návyky. Vhodné je si vytvořit pevný stravovací řád. To má několik výhod. Pacient si jídlo rozloží a lépe si zvyká na větší energetický příjem, nebude čekat na pocity hladu. Přátelé hlavně rodiče budou vědět, že pacient pravidelně jí a uklidní se. Psychicky mu prospěje i to, že je jídlo v určité době povolené a nebude si ho vyčítat. Pro stanovení jídelního režimu je dobré vycházet ze zaběhlých praktik. Jako základ je snídaně, oběd a večeře. Mezi tyto jídla je vhodné vložit svačiny. Jídla by měla být přirozená, normální. Není vhodné nahradit oběd pouze zeleninou, ovocem nebo jogurtem. Ani během dne by se neměly jíst např. sušenky nebo bonbony. Pacient by si neměl jídla vybírat a měl by jíst vše. Jak bylo uvedeno výše, postupně by měl do svého jídelníčku zařazovat i jídla a potraviny, které pro něj byla nepřijatelná. Důležité je stanovenou dobu dodržovat a žádné jídlo nevynechávat. Jistě to bude složité, a najdou se argumenty, proč to či ono jídlo vynechat, ale je potřeba jídelní režim dodržet. Pravidelné stravování má ještě jednu výhodu. Tělo si na něj zvykne a přestane si vytvářet tukové zásoby. Tím se zamezí vzniku obezity. Důležité je, aby si pacient uvědomil, že stravovací režim a jídlo je pro něj prvořadá záležitost a měl by jí vše ostatní podřídit. Proto není problém, když se opozdí a bude obědovat později. Měl by dodržet přestávky mezi jídly v rozmezí maximálně tři až čtyři hodiny. Počátky provází hlavně u mentálních anorektiků pocit „malého žaludku“. Je potřeba se přemoci a žaludek postupně zvykat na větší porce. Ze začátku je třeba pomalu zvykat na potraviny, které pacient dlouho nepozřel. Předpokladem jsou např. smažená jídla.



Stravovací režim je možné dodržovat volně. Nezáleží, zda snídaně bude o víkendech o hodinu později než ve všední den. Je však nutné, aby bylo zachováno všech pět jídel během dne. Proto zachování pravidelného režimu přiměje pacienta pravidelně jíst. U mentálních bulimiků se sníží stavy záchvatů přejídání, pro mentální anorektiky znamená pravidelný přísun potravy. Je dobré si ještě jednou zopakovat, že pro osoby s poruchami příjmu potravy je jídlo a stravovací návyky to nejdůležitější. Je to jako lék pro nemocné. I pro nemocného je vynechání léku riziko ohrožení života. Takto by to měl chápat i pacient s poruchami příjmu potravy.

### **4.3. Vy a anorexie nepatříte k sobě (nebo snad ano?)**

Část nadpisu jsem použil z webových stránek [www.anorexie.wz.cz](http://www.anorexie.wz.cz). Co k tomu dodat? Místo teorie raději použiji několik příkladů z chaty na jiných webových stránkách a to na [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz). Jedná se o diskusní skupinu lidí postižených poruchami příjmu potravy nebo jejich kamarádů či příbuzných. Jsou to lidé, kteří nemoc prožívají, bojují s ní a přesně dovedou popsat stavy při této nemoci.

#### **Sally**

*Nenavidim te, nenavidim te vice nez cokoli jineho. Nenavidim te do hlouby sveho srce. Jdi pryč ja te nechci, jdi k certu do vsech pekel. Tahni tam kam patris. Nicit me a jinym zivot to se ti libi co? Tva nejlespi zabava, vid? Co je tak skveleho na niceni zivota lidi? Nenavidim te, nenavidim te stejne jako sebe. Jsi hnusna, odporna, zla, nemas me rada a chces jen ublizovat. Tahni tam kam patris, potvoro hnusna. Tahni a uz se nikdy nevracej.*

#### **Iva**

*Milá anorexie,*

*před 7 lety jsme byly dobre kamarádky. Říkala jsi mi, že vyhublost mi sluší, že jsem krásně štíhlá a každý mi mou postavu závidí.*

*Tvrdila jsi mi do očí, že vůbec nezáleží na mých depresích, pocitech neustáleho chladu, mojí nespavosti, šílene únavě.*

*Namluvila jsi mi, že nevadí jak moc mi padají vlasy, horší se mi plet a nehty.*

*Já jsem Ti věřila, neposlouchala jsem rady lékařů ani mých rodičů, protože Ty jsi byla tak přesvědčivá! Pořád jsi mi opakovala, že jestli začnu jíst to, co ostatní, budu tlustá (hlavně prý, že budu mít tlustá stehna) a tím pádem se nebudu nikomu líbit a nikdo mě nebude mít rád.*

*Dodnes si pamatuji Tvoje slova, přestože už dávno nejsi mojí kamarádkou.*

*Přišla jsem totiž na to, že jsi hnusná lhářka, podvodnice a intrikánka.*

*Jsi příšera, která dlouho ovládala moje myšlení a tím i můj život.*

*Ted už ho neovládáš, ale já Ti nejspíš nikdy neodpustím, protože jsi mně a mým blízkým hrozně ublížila.*

*A stále ubližuješ dalším lidem!*



## **bez podpisu**

☺ *Mila bulimia, neznášam Ta! myslela som ze neznášam seba ale ja vlastne neznášam teba. Skončila som s tebou už dávno, a aj keď si ma minuly týždeň prišla navštíviť to len preto aby si sa pozrela ako je mi bez teba fajn. a vieš čo ? budem ta volat občas na navštevu. a vieš ako? Kludne zjem co budem chcet- lebo tak sa to ma robit. a az ta tie moje vyčítky svedomia zavolaju na navštevu. Ja ta necham pekne udusiť a nepustim ta von ty jedny špina. alebo vieš čo ?ušetri si cestu ja ta nepotrebujem .*

## **Alinka**

*Nevím jestli anorexii nenávidím nebo miluji,ale vím,že ona je právě ten důvod proč jsem se už dvakrát rozhodla dobrovolně odejít z tohoto světa.Nenávidím tento svět a takový život.Naposledy mi chybělo jen pár hloupých minut a mohlo být po všem.Příště budu dokonalá.Anorexie nevím jestli tu zůstaneš nebo umřeš se mnou,ale určitě prohraješ,protože to nenudeš ty kdo mi vzal život,a to jsi přece chtěla ne?*

Je potřeba tyto postřehy dívek postižených poruchami příjmu potravy dále komentovat? Jejich vyjádření je emocionální a současně mrazivé. Leckdy rozporuplné, zbavit se anorexie nebo snít žít a poslouchat její nesmyslné příkazy. Dá se to dokázat? Jaké to stojí úsilí? Nevrátí se někdy nenápadně zpět, nezasekne s jedovatým drápkem a nezačne opět našeptávat ty své bludy?

## **4.4. Emocionální stavy**

Mentální anorexie spojená s nedostatkem energie vede k pocitům zimy, únavy a deprese. To co dokáže přidat energii nutnou pro udržení příjemné tělesné teploty, co tělo napumpuje energií a co zažene hlad je jídlo. Na druhou stranu však největší nepřátel lidí postižených poruchami příjmu potravy. Pacient se dostává do uzavřeného kruhu, kde na jedné straně mu chybí energie z nedostatku požitých potravin a držení diet, naproti tomu tolik potřebné věci na dosažení spokojenosti. Nesmyslně si zvyšuje chybějící sebevědomí tím, že tělo trápí hladem a mylně si myslí, jakou má nad sebou sebekontrolu. Pokles váhy je jeho měřítkem úspěšnosti. Místo příjemného pocitu z dobrého jídla má strach z tloušťky, často spojený s pocitem viny. Nastupují deprese spojené s nespokojeností s vlastní postavou, z „velké“ váhy nebo ze ztráty sebekontroly. Už vlastní podvýživa, únava a nedostatek energie je základem depresí. Soustředění se na dodržování diet a bezkalorického jídelníčku mohlo být příčinou neřešení běžných životních situací. I strach z nahromaděných úkolů je příčinou k depresím. U pacientů se projevuje i egoismus. Pacient se většinu času zaobírá pouze svojí postavou a osobou. Rozpítává svoje deprese, trápí se tím, že se najedl, že je opuštěný apod. Proto je vhodné místo sebe pozorovat okolí. Zkoumat kamarády a přátele, přemýšlet o tom zda třeba oni nemají nějaký problém a jakým způsobem ho zvládají. Kouzelné věty pacientů jsou: „Nikdo mi nerozumí. Nikdo mě nechápe. Ničemu nerozumíte.“ Pacient se však vůbec nezaobírá lidmi ze svého okolí a nesnaží se je pochopit. Při otázce „Čemu nikdo nerozumí.“ pacient často nedokáže říci konkrétní věci. Důležité je, aby se nemocný vyrovnal se svými negativními pocity. Zde bych rád citoval doporučení Františka Krcha z knihy Mentální anorexie (Portál 2002).

### ***Jestliže máte zlost:***

- sdělte svoje pocity osobě, na kterou máte vztek;
- vyzpovídejte se někomu, kdo je vám blízký nebo s kým se vám dobře mluví;
- použijte představivost a v myšlenkách si vybijte zlost na toho, kdo vás naštvál (můžete například mluvit nahlas, napsat dopis nebo se nahrát na magnetofon);
- odreaagujte se fyzicky způsobem, který vám uleví a který je společensky a situačně únosný. Nemělo by to být nadměrné cvičení;
- odvráťte svoji pozornost od vzteku k nějakým příjemným myšlenkám nebo aktivitám.
- uvědomte si, že když máte na někoho vztek a vyhnete se jídlu, netrestáte jeho, ale ničíte sebe;
- nelitujte se a vzpomeňte si na jiné lidi, situace nebo cíle, s nimiž nemáte problémy nebo kteří podobnou situaci zvládají jinak. Nesmíte se cítit jako oběť;
- když to je možné, nevyhrocujte konflikty do té míry, abyste museli mít vztek.

*Problémy řešte včas a počítejte s tím, že může dojít k nedorozumění. Nesnažte se je řešit ve chvíli, kdy jste v afektu.*

### ***Jestliže jste smutní nebo máte z něčeho strach:***

- promluvte si o tom s někým, ale nebuďte ukřivděni, když to nevyjde. Snažte se nemyslet jen na sebe. Nelitujte se;
- nechtějte svoje pocity zaspat, ani se zbytečně nevyhýbejte lidem;
- věnujte se nějaké aktivitě, o které víte, že vede k příjemným pocitům uvolnění (jóga, autogenní trénink, procházka apod.). Dělejte cokoli, co vám pomůže odvést pozornost od sebelítosti nebo předmětu strachu;
- řekněte si, proč jste smutní a čeho se bojíte, pojmenujte zdroj úzkosti a posuďte jeho reálnost, stejně jako přiměřenost svých cílů (možná jste zklamaní jen proto, že chcete něco, co nemůžete dosáhnout, nebo co je nyní nereálné);
- s některými problémy se můžete obrátit na odborníka. Neodkládejte to;
- přesuňte pozornost na něco příjemného, co ve vás nevzbuzuje úzkost. Udělejte si radost;
- vzpomeňte si, kolikrát jste se ve svém životě něčeho obávali a kolikrát vaše obavy nebyly naplněny. Uvědomte si, že dokážete snést určitou míru nejistoty, která vás přirozeně doprovází životem a je logickým důsledkem vašich ambicí a způsobu života;
- nechtějte řešit zásadní problémy jako například, jak být šťastný, oblíbený nebo úspěšný. Zaměřte se na skutečné problémy jako například, co dělat dnes večer. Nedramatizujte, vyhýbejte se extrémům;
- nevyčítejte si nic, co je přirozené (nejistotu, úzkost, obavy);
- buďte pozitivní ve svých postojích, nacházejte uspokojení ve svém životě, svých aktivitách a práci. Pamatujte si, že nikdy nic není stoprocentní.

*Jednotlivé možnosti nevybírejte mechanicky, ale podle situace a svých možností. Nesnažte se testovat jejich slabiny. Nezapomínejte, že strach má velké oči a že roste s každým ústupkem, který před ním uděláte.*

*Vezměte si samostatný papír nebo sešit s jídelními záznamy a vzpomeňte si na poslední situaci, kdy jste se vyhnuli jídlu, protože jste byli „vynervovaní“, smutní, nebo popište typickou situaci spojenou s určitým citovým rozpoložením, kdy „nemůžete“ jíst.*

Pacient se musí naučit zvládat jeho negativní myšlenky. Nejlepším způsobem je optimismus. Ani cesta od pesimismu k optimismu nebude jednoduchá. Bylo by dobré, aby si nemocný uvědomil, kdy mu bylo naposledy krásně, co mu dělá radost. Stačí se radovat i z banálních věcí. Zapomenout na anorexii nebo bulimii a užívat si třeba krásného dne. Možná někde dál od lidí, aby se nevloudila myšlenka, jak se na nás dívají atd. Příjemné je pozorovat zvířata nebo ptáky. Ve stadiu nemoci je vhodné i některé

svoje problémy „hodit za hlavu“ a netrápit se s nimi. Často se vyřeší sami bez našeho úsilí. I dokonalost, kterou si pacienti s poruchami příjmu potravy často kladou mezi nejdůležitější životní hodnoty, není až tak důležitá. Lidé mají raději ostatní s jejich chybami, právě proto, že chybovat je lidské, než bezchybné osoby připomínající svojí dokonalostí spíše stroje.

## 5. Závěr

Až při studiu problému poruch příjmu potravy jsem si uvědomil, že se nejedná o poruchu lehkou. Např. při srovnání se závislostí na alkoholu si alkoholik uvědomuje, nesprávnost svého počínání. Pacienti postižení mentální anorexií nebo bulimií si tyto závažné věci neuvědomují nebo si nejsou úplně jisti. Jak uvedla jedna z anorektiček, není postoj k její nemoci jasný. *Nevím jestli anorexii nenávidím nebo miluji, ...* Podle čtení ostatních příspěvků se s tímto problémem potýká okolo 90% postižených. Jsem rád, že jsem se právě na webových stránkách mohl lépe s touto problematikou seznámit. Nad některými příspěvky mi bylo velmi smutno. Na druhou stranu jsem byl dojatý pomocí a podporou, kterou si mezi sebou většinou pisatelky poskytují. V duchu jim všem fandím, aby se zákeřné nemoci, jako jsou poruchy příjmu potravy, zbavili bez dalších následků. No a úplně nakonec se přiznám, že nejvíce fandím Caroline z chatu na [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz). DRŽÍM TI PALCE.

**Použitá literatura a zdroje:**

**František David Krch – Mentální anorexie, Portál 2002**

**Petr Možný, Ján Praško – Kognitivně behaviorální terapie-úvod do teorie a praxe, Triton 1999**

**Stanislav Kratochvíl – Základy psychoterapie, Portál 2002**

**Peter Albright – Alternativní terapie, Rebo Production 1997**

**[www.anorexie.wz.cz](http://www.anorexie.wz.cz)**

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