

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP V LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU
POTRAVY**

Bakalářská práce

Autor: Silvie Rokosová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2009

ABSTRAKT

Psychosomatický přístup v léčbě poruch příjmu potravy

Problematika poruch příjmu potravy (dále PPP) zasahuje souvislosti ze široké oblasti vztahů bio – psycho – sociálních; PPP jsou chápány jako projev narušení vzájemné rovnováhy těchto vztahů.

Cílem bakalářské práce je upozornit na význam psychosomatického přístupu v léčbě PPP a na nezbytnost skutečného uplatňování tohoto přístupu v praxi; vyzdvihnout jeho důležitost. Pro zmapování problematiky uplatňování psychosomatického přístupu v léčbě PPP v co možné nejširší komplexnosti jsem použila kvalitativní výzkumné strategie. Cílem bylo zmapovat danou problematiku z pohledu zúčastněných osob, konkrétně pacientů starších 18 let věku a jejich rodinných příslušníků, taktéž starších 18 let věku, tedy zjistit, do jaké míry je dle jejich zkušeností k dané problematice přistupováno opravdu komplexně. Dalším cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit názory jednotlivých odborníků a jejich celkový pohled na danou problematiku.

Zvolenou metodou získávání dat byla technika semistrukturovaných rozhovorů, metodou jejich zpracování byla kvalitativní analýza výpovědí respondentů. Výsledkem obsahové analýzy výpovědí je určení faktorů, které pacienti a rodinní příslušníci považují za zásadní pro vznik, průběh a léčbu PPP; dále aspekty, které pokládají za důležité v souvislosti se vznikem, průběhem a léčbou pacientů s PPP odborníci.

Významným závěrem, který bakalářská práce přinesla, je důležitost uplatňování komplexního přístupu v léčbě PPP, zohledňujícího individualitu jednotlivých případů. Léčba PPP by měla být flexibilní, reagující na měnící se společenské podmínky a celkový kontext problematiky těchto poruch. Řešení složité problematiky PPP vyžaduje dostatek erudovaných odborníků, významnou roli zaujímá taktéž úloha prevence.

ABSTRACT

Psychosomatic approach to treatment of food intake disorders

Contingent problems arising from food intake disorders (henceforth only FID or “PPP” in Czech) involve a broad range of bio-psycho-social aspects of life. Thus, FID are being viewed as a sign of disrupted balance amongst the different facets of life.

The objective of this undergraduate thesis is to point out the role of the psychosomatic approach to treatment of FID, and the necessity of emphasizing this approach and adopting it in practice. In the process of mapping the issue of applying psychosomatic approach in the treatment of FID as comprehensively as possible, I applied a qualitative research methodology. The aim was to draw up an overview of the situation from the perspective of persons who had undergone such treatment – concretely, patients over 18 years of age and their adult family members – in order to find out whether the concerned person’s treatment was adequately comprehensive. Another objective of my qualitative research was to record the opinions of individual specialists and their general attitude to the given subject.

For data collection I used the technique of semi-structured conversations, which I processed according to qualitative analyses of the respondents’ answers. The result of these analyses enabled me to determine the factors that the patients and their family members considered fundamental for the onset, progress, and treatment of FID, as well as the aspects that specialists consider important in connection with the onset, progress, and treatment of patients suffering from FID.

The work on my undergraduate thesis led me to an important finding, namely, the importance of a comprehensive approach to the treatment of FID, where the singularity of individual cases is highly relevant. Treatment of FID should be flexible and take into account the changing social conditions as well as the complexity of these disorders. Solution finding for the complex issues involved in FID requires a sufficient number of experienced specialists, and prevention plays a very important role as well.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Psychosomatický přístup v léčbě poruch příjmu potravy vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne: 17. 8. 2009

podpis:

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podněty a připomínky, stejně jako za čas, který mi věnovala.

OBSAH

ÚVOD	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Poruchy příjmu potravy	13
<i>1.1.1 Historie poruch příjmu potravy</i>	13
<i>1.1.2 Pojem Poruchy příjmu potravy</i>	14
<i>1.1.2.1 Mentální anorexie</i>	15
<i>1.1.2.2 Mentální bulimie</i>	17
<i>1.1.2.3 Ortorexie, bigorexie a drunkorexie</i>	18
<i>1.1.3 Epidemiologie PPP</i>	19
<i>1.1.3.1 Epidemiologie PPP v ČR</i>	19
<i>1.1.4 Etiologie PPP</i>	20
<i>1.1.4.1 Sociální a kulturní faktory</i>	21
<i>1.1.4.2 Biologické a genetické faktory</i>	22
<i>1.1.4.3 Životní události</i>	22

<i>1.1.4.4 Rodinné faktory</i>	23
<i>1.1.4.5 Emocionální faktory</i>	25
<i>1.1.4.6 Osobnost a další psychické charakteristiky</i>	27
<i>1.1.4.7 Závislost na psychoaktivních látkách</i>	28
<i>1.1.5 Průběh a prognóza</i>	29
<i>1.1.6 Komplikace PPP</i>	30
1.2 Psychosomatika	32
<i>1.2.1 Pojem Psychosomatika</i>	32
<i>1.2.2 Počátky psychosomatiky</i>	33
<i>1.2.3 Osobnosti v historii psychosomatiky</i>	33
<i>1.2.4 Novodobé pojetí psychosomatiky</i>	35
<i>1.2.4.1 Teorie a modely psychosomatiky</i>	36
<i>1.2.4.2 Školy a směry psychosomatiky</i>	37
<i>1.2.4.2.1 Berlínská škola</i>	37
<i>1.2.4.2.2 Heidelberská škola</i>	38

<i>1.2.5 Současné pojetí psychosomatiky</i>	39
<i>1.2.6 Komplexní přístup – interpersonální medicína</i>	40
1.3 PPP z pohledu psychosomatiky	43
<i>1.3.1 Mentální anorexie z pohledu psychosomatiky</i>	44
<i>1.3.2 Mentální bulimie z pohledu psychosomatiky</i>	47
1.4 Terapie PPP	49
<i>1.4.1 Současný stav v oblasti péče o nemocné s PPP</i>	50
<i>1.4.2 Základní psychosomatická péče o pacienty s PPP</i>	51
2 CÍL PRÁCE	54
2.1 Cíl práce	54
3 METODIKA	56
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	56
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	58
3.3 Metoda zpracování dat	61
4 VÝSLEDKY	62
4.1 Poruchy příjmu potravy - příběhy pacientek	62

<i>4.1.1 Jana</i>	62
<i>4.1.2 Lucie</i>	64
<i>4.1.3 Kamila</i>	65
<i>4.1.4 Edita</i>	66
<i>4.1.5 Markéta</i>	68
4.2 Poruchy příjmu potravy jako komplexní problém z hlediska pacientek	69
<i>4.2.1 Charakteristika rodinného prostředí z pohledu pacientky</i>	69
<i>4.2.2 Charakteristika vlastní osobnosti z pohledu pacientky</i>	71
<i>4.2.3 Rozhodující okamžik v léčbě PPP z pohledu pacientky</i>	73
<i>4.2.4 Účast rodinných příslušníků v procesu léčby PPP z pohledu pacientky</i>	74
4.3 Poruchy příjmu potravy jako komplexní problém z hlediska rodinných příslušníků	76
<i>4.3.1 Míra a způsob účasti v procesu léčby pacientky s PPP</i>	76
<i>4.3.2 Významné faktory v průběhu léčby pacientky s PPP, které byly zdrojem radosti a které naopak zdrojem zklamání</i>	77

4.4 Komplexní přístup k léčbě poruch příjmu potravy z pohledu terapeuta	79
4.4.1 Význam PPP	79
4.4.2 Systém péče o pacienty s PPP v ČR s jeho případnými nedostatky	80
4.4.3 Faktory ovlivňující úspěšnost léčby PPP největší měrou	81
5 DISKUSE	82
6 ZÁVĚR	90
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92
8 KLÍČOVÁ SLOVA	96
9 PŘÍLOHY	97

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy představují složitou problematiku ilustrující provázanost souvislostí ze široké oblasti vztahů bio–psycho–sociálních; poruchy příjmu potravy jsou chápány jako projev narušení vzájemné rovnováhy těchto vztahů. Rostoucí incidence zmiňovaných poruch si žádá pozornost nejen odborné, ale i laické veřejnosti. Jedním z cílů na poli problematiky poruch příjmu potravy je tak snaha o ozřejnění mechanismů, jež se na vzniku a udržování těchto poruch podílejí.

V rámci řešení dané problematiky je však nutné zohlednit celou řadu faktorů - biologické a genetické, rodinné, emocionální, kulturní a sociální - jež poruchy příjmu potravy podmiňují. Právě bio-psycho-sociální podmíněnost poruch příjmu potravy je příčinou jejich časově a personálně náročné léčby; častým problémem je popírání závažnosti situace a odmítání léčby samotnými nemocnými, kteří poruchami příjmu potravy trpí.

Specifičnost problematiky poruch příjmu potravy vyžaduje uplatňování komplexního přístupu, tedy zohlednění veškerých bio-psycho-sociálních vztahů a souvislostí mezi nimi, jež tvoří pozadí těchto poruch. Jestliže je podmíněnost poruch příjmu potravy multifaktoriální, je třeba v léčbě těchto poruch uplatňovat přístup, který všechny dané faktory zohledňuje a tyto následně zahrnuje do systému vztahů. Ke splnění této podmínky je třeba syntetizovat jednotlivé poznatky, což předpokládá spolupráci multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta s poruchou příjmu potravy; problematika těchto poruch zasahuje oblast psychiatrie, psychologie, nutričního lékařství, sociologie atd.

Léčba poruch příjmu potravy je procesem, mění se nejen pacient sám, ale i jeho okolí, prostředí; těmto změnám je nutné léčbu přizpůsobovat. Léčba musí respektovat individuální charakter každého jednotlivého případu, což je nezbytným předpokladem úspěšnosti terapie, v kombinaci s komplexním a multidisciplinárním přístupem, cíleným nejen k pacientovi, ale rovněž i k rodinným příslušníkům. Je třeba zhodnotit pacientovu motivaci, jeho osobní a rodinnou historii, vztahy k okolnímu společenskému prostředí. Významným a podstatným požadavkem, následně ovlivňujícím úspěšnost terapie, je

přizpůsobování léčebného přístupu neustále se měnícím podmínkám, se kterými dochází rovněž ke změně kontextu problematiky poruch příjmu potravy.

Tematiku komplexního přístupu v léčbě poruch příjmu potravy jsem si zvolila na základě osobní zkušenosti; s problematikou těchto poruch jsem se setkala ve svém nejbližším okolí. Velmi negativně jsem byla překvapena postojem rodičů některých pacientek; na tak mnohovrstevnaté nemoci, jakými mentální anorexie a mentální bulimie jsou, nahlíželi velice zjednodušeně - příčina problémů byla dle jejich názorů na straně samotných pacientek, sami rodiče nepátrali po tom, co chce jejich dcera prostřednictvím poruchy příjmu potravy sdělit svému okolí. V nemoci své dcery spatřovali pouze „problém s jídlem“-vztahy, komunikace, sebepojetí dcery...nic z toho s poruchou příjmu potravy nespojovali. Rovněž tak se domnívali, že terapii musí podstoupit nemocná dcera - vždyť ona měla problém. Avšak právě disharmonické vztahy mezi rodinnými příslušníky tvoří velmi často pozadí poruch příjmu potravy.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) se v posledních desetiletích staly centrem zájmu nejen z hlediska psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie, ale takéž předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží objasnit souvislosti stylu doby, jejích hodnot, vztahu k tělu, výkonu a slasti. Komplexní charakter těchto poruch je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů. Nemocní s PPP představují velmi heterogenní skupinu pacientů s mnoha různorodými problémy (Černá 2008; Krch a kol., 2005).

O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety; v jistém smyslu se jedná o závislost na jídle. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní a způsobem, jak se vyhnout ostatním záležitostem a problémům. Obecně lze tak říci, že jídelní chování je narušené, pokud začne ovlivňovat ostatní stránky života jedince (Kranzová, Maloney, 1997).

1.1.1 Historie poruch příjmu potravy

Historické kořeny poruch chování souvisejících s přijímáním potravy sahají do dob dávno minulých; příznaky anorexia nervosa byly popsány již Galénem ve 2. století. V historii se přístupy k těmto poruchám vyvíjely ve shodě s obecným pojetím psychických chorob. V období 12. - 15. století mohlo být hladovění vykládáno v souladu s náboženskými doktrínami jako dosažení svátosti, očištění od nečistých potřeb těla a posléze jako posedlost ďáblem. První lékařský popis anorexie je obvykle přičítán až R. Richardu Mormonovi z Velké Británie v roce 1694; anorexii definoval jako onemocnění psychického původu. Roku 1870 byly v Anglii popsány další podobné případy Williamem Gullem a současně ve Francii Charlesem Laseguem. Přístup a

výklad onemocnění se během 20. století několikrát změnil. U nás poprvé popsali klinické případy mentální anorexie a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení v odborné literatuře V. Jonáš (1941) a O. Janota (1946) (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Také bulimická symptomatologie byla popisována již ve starověku, avšak jako diagnostická jednotka byla bulimia nervosa poprvé zavedena do DSM-III až v roce 1980 G. Russellem. V posledních několika desetiletích rovněž přibývá diagnóz psychogenního přejídání s obezitou, které jsou považovány za druhý pól spektra PPP (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

1.1.2 Pojem Poruchy příjmu potravy

Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Kritéria stanovená v DSM-IV nebo starším DSM-III-R jsou běžně užívána ve výzkumu a v publikační činnosti, MKN-10 je naopak standardem v klinické praxi. Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se nějak odlišují nebo nenaplnují některé z diagnostických kritérií, věnují obě diagnostické příručky pozornost i těmto atypickým, subklinickým, parciálním nebo jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy (Krch a kol., 2005).

Přes zdánlivou odlišnost jsou si mentální anorexie a bulimie velmi podobné. Jejich jednotlivé příznaky se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole hmotnosti. Obě poruchy spojuje strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost (Krch a kol., 2005).

1.1.2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexia nervosa, dále MA) je náruživá abnormální snaha zhubnout, charakterizovaná omezováním příjmu potravy až po úplné odmítání jídla; neléčená končí smrtelně anebo přechází do chronické MA, při které nemocní přijímají alespoň život udržující minimum potravy (Leibold, 1995). Krch (2002) definuje MA jako poruchu charakterizovanou zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, Cohen (2002) zdůrazňuje význam anorektických postojů v souvislosti s perfekcionismem a kognitivními zábranami, na základě čehož lze MA charakterizovat jako duševní poruchu.

Diagnostická kritéria MA podle MKN-10 (F 50.0) zahrnují následující znaky:

- 1) tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo), nebo Queteletův index tělesné hmotnosti, tzv. body mass index, BMI (= hmotnost v kg/ výška v m²) je 17,5 a nižší;
- 2) snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení;
- 3) ke specifické psychopatologii patří přetrvávající strach z tloušťky i při výrazné kachexii, zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti);
- 4) rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence; zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu; může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu;

- 5) jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie); po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Krch a kol., 2005).

Předností DSM-IV je rozlišení restriktivního (nebulimického) a purgativního (bulimického) specifického typu MA. V případě purgativního typu dochází k opakovaným záchvatům přejídání, obecná psychopatologie je bohatší, od poruch nálad až po závislosti na alkoholu. Průběh choroby je tím komplikovanější a dlouhodobější, častěji hrozí relapsy, drogová závislost, sebevražda, sebepoškozování a emoční labilita (Krch a kol., 2005).

Kritéria k určení diagnózy MA užitá v DSM-IV i v MKN-10 lze shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti;
2. strach z tloušťky přetrvávající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
3. amenorea u žen (Krch a kol., 2005).

U atypické MA (F 50.1) chybí jeden i více klíčových rysů, jinak vykazuje typický klinický obraz nebo všechny symptomy v mírném stupni (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Při stanovení diagnózy MA je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie a u depresivních poruch. S anorektickými rysy se lze setkat i u některých toxikomanů, kteří obvykle trpí nechutenstvím (Krch a kol., 2005). Jak v rámci této tematiky uvádí Cohen (2002), existuje domněnka, že somatické choroby mohou být rizikovým faktorem vzniku MA, a

to zřejmě prostřednictvím příliš těsných a propletených rodinných vztahů a nadměrné protektivity v době nemoci.

1.1.2.2 Mentální bulimie

Název bulimie je odvozen od dvou řeckých slov: *bous*, což znamená *kráva* nebo *vůl*, a *limos*, které znamená *hlad* nebo *hladomor* (Kranzová, Maloney, 1997).

Mentální bulimie (bulimia nervosa, dále MB) je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. *binge eating*, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. MB začíná později než MA; v anamnéze se více než v 50 % vyskytují plně vyjádřené nebo skryté epizody MA s podvážou a/nebo amenoreou a dietní chování. Mohou se střídat restriktivní a bulimické subtypy (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004). Termín bulimie nahradil jiné termíny, jako bulimarexie nebo hyperorexie. Převzala ho také Americká psychiatrická komora, která v roce 1980 zařadila MB do DSM-III; „volnější“ kritéria však vedla k nadhodnocení možných případů. V roce 1987 byla v rámci revize DSM-III-R kritéria zpřísněna (Krch a kol., 2005).

Diagnostická kritéria MB podle MKN-10 (F 50.2) zahrnují následující znaky:

- 1) opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), během nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla;
- 2) neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost);
- 3) snaha potlačit kalorický („výkrmný“) účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel (laxativ) tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetičtí pacienti se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem;
- 4) pocit přílišné tloušťky spojený s chorobným strachem z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost) (Krch a kol., 2005).

DSM-IV rozlišuje purgativní a nepurgativní typ MB. V případě purgativního typu pacient, aby zabránil zvýšení hmotnosti, používá zvracení a zneužívá laxativa nebo diuretika. V případě nepurgativního typu používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch a kol., 2005).

K určení diagnózy MB je třeba zejména tří základních znaků:

1. opakující se epizody přejídání (*binge eating*);
2. opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti;
3. přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Krch, 2008).

U atypické MB (F 50.3) chybí jeden i více klíčových rysů, jinak vykazuje typický klinický obraz nebo všechny symptomy v mírném stupni (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004). Pro stanovení diagnózy je opět třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch, přejídání se může vyskytovat i u mánie a oligofrenie. Častá je koincidence MB a závislosti na alkoholu. Přejídání v reakci na stres však přiřazuje MKN-10 pod diagnózu F 50.4 („Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami“) (Krch a kol., 2005).

1.1.2.3 Ortorexie, bigorexie a drunkorexie

Relativně novými typy PPP, které jsou ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako MA, MB či psychogenní přejídání, jsou ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou, slovo se skládá ze dvou řeckých slov: *orthos* - správný a *orexis* - chuť. Bigorexie se naopak týká převážně tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. V odborné literatuře se o této duševní poruše píše také jako o variantě „dysmorfofobie“ (nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vyhlížející osoby) nebo ji lze nalézt pod

označením „Adonisův komplex“. Drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu (Kulhánek, 2008).

1.1.3 Epidemiologie PPP

Od 60. let incidence (počet nových případů za určité období, obvykle počet nových případů na 100 000 obyvatel a rok) i prevalence (aktuální rozšíření poruchy, respektive zastoupení poruchy u různých populačních skupin) onemocnění výrazně stoupala (Krch a kol., 2005; Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004). Jak v této souvislosti poukazuje Papežová (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004), udává se, že asi 1 – 3 % žen v rizikovém věku (5 – 30 let) splňuje kritéria pro bulimia nervosa a asi 0,5 – 1 % pro anorexia nervosa. Začátek onemocnění je bimodálně rozložen na věk 14-15 let a 17-18 let. V 90 - 95 % se porucha vyskytuje u mladých žen a dívek, vzácněji jsou postiženi mladí chlapani a muži, i děti před nástupem puberty a starší ženy. Epidemiologické údaje jsou však vzhledem k povaze onemocnění (popírání a tajení obtíží a odmítání odborné pomoci) problematické.

Situace je o to složitější, že MB byla vymezena až koncem sedmdesátých let a od té doby byla její diagnostická kritéria několikrát změněna nebo upřesněna. Na základě užitých diagnostických kritérií, ale i metody výzkumu a výběru sledovaného vzorku populace se liší výsledky různých epidemiologických studií. Jejich mechanické srovnání proto může být zavádějící (Krch a kol., 2005).

1.1.3.1 Epidemiologie PPP v ČR

Co se týká situace v České republice, je možno dle Krcha a kol. (2005) usuzovat, že incidence a prevalence MA a MB je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a že měla v několika posledních desetiletích vzrůstající tendenci. Mentální anorexií trpí přibližně půl procenta dospívajících dívek a mladých žen a prevalence mentální bulimie se pohybuje v rozmezí 2 – 5 %. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti a příjmu potravy jsou markantní u 7 – 11 % dívek a

mladých žen. Poruchami příjmu potravy je v ČR ohrožena stejně jak městská, tak i venkovská populace a dívky s nižším sociálním statutem. Ohroženy mohou být také dospělé ženy, zejména, trpí-li nadváhou. Na základě výsledků u nás zatím realizovaných studií lze tvrdit, že postoje, prožívání a často i každodenní život dívek a mladých žen v ČR jsou ovládány strachem z nadváhy, nadměrného energetického příjmu nebo nezdravé výživy, které mají významný vliv na jejich životní styl a sebehodnocení.

Je však nutné brát v úvahu, že výsledky epidemiologických studií mohou být velmi nepřesné, a to nejen z důvodu rozdílných metod výzkumu a zvolených kritérií. Epidemiologická studie nemůže identifikovat všechny intervenující faktory, nevypovídá o počtu spontánně vyléčených PPP a počtu nemocných, kteří prodělají některou z mírnějších nebo přechodných forem těchto poruch. Téměř vždy ale přináší tyto studie informace, které jsou nezbytné pro pochopení dané problematiky a jejího normativního kontextu a mohou mít význam pro prevenci a léčbu (Krch a kol., 2005).

1.1.4 Etiologie PPP

Diferencovanost problému PPP a dynamika jejich vývoje vylučují jednoduchou odpověď na složitou otázku možné etiologie těchto poruch (Krch a kol., 2005). Žádná studie zatím nepotvrdila obecnou platnost etiologických modelů. V současnosti se zdůrazňuje koexistence různých faktorů a hovoří se o bio-psycho-sociální podmíněnosti PPP (Černá, 2008). Taktéž Academy for Eating Disorders (2009) poukazuje na význam široké škály faktorů ve vztahu ke vzniku PPP; zároveň však upozorňuje na nejednoznačnost závěrů vědeckých studií, a sice, že by některý z faktorů opravdu zvyšoval riziko vzniku PPP.

1.1.4.1 Sociální a kulturní faktory

Mentální anorexie a bulimie jsou považovány za kulturně podmíněné syndromy, to znamená, že nemohou být pochopeny mimo svůj specifický kulturní kontext. Možná příčina problému PPP je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory, posilující strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem; předpojatost vůči obézním se stala kulturním fenoménem. Módní ideál nepřímou ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty; ti pak ve štíhlosti vidí cestu ke kráse a k úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti. Dalším sociokulturním faktorem, který je uváděn do souvislosti s rozvojem PPP, je vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesního uplatnění či sportovní kariérou. PPP se neustále mění a vyvíjejí; vzhledem k rozsahu těchto změn je nesporná jejich kulturní a sociální podmíněnost. Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespécifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury (Krch a kol., 2005).

Ve Velké Británii pojmenovali vědci „novou“ PPP, a to pregorexii (někdy též pregnorexie). Těhotné ženy v obavách, že v období těhotenství přiberou, přehnaně cvičí nebo drží přísné diety, mnohdy se dostávají do kolotoče opakovaného přejídání a následného zvracení. Přitom se tato problematika netýká pouze žen, které trpěly MA nebo MB již před otěhotněním – ženy se snaží kopírovat ultraštíhlé herečky a modelky, které se udržely ve formě i během doby těhotenství. Podle některých odhadů trpí ve Velké Británii touto chorobou jedna budoucí matka z dvaceti. Podle psycholožky Jany Tomanové, která se zabývá PPP, je obtížné vymezit, kolik žen je pregorexií přímo postiženo; jak ale dodává, je tento problém častější, než si myslíme. Vyšší procento pregorektiček je podle Tomanové spojeno se současnou „módou“ stát se matkou. Na ženy je vyvíjen tlak být krásná i během těhotenství a nepřibrat (Pecková, 2008).

1.1.4.2 Biologické a genetické faktory

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP, jak poukazuje Krch a kol. (2005), je ženské pohlaví; stačí být ženou a riziko MA je desetkrát vyšší. Zejména u žen v souvislosti s rostoucí tělesnou hmotností vzrůstá nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí diet a bulimie, neboť tělesné proporce hrají v životě ženy tradičně významnější roli než v životě muže. Předmětem rozsáhlých diskusí se stala rovněž možnost příčinného vztahu mezi fázemi menstruačního cyklu a frekvencí bulimických záchvatů. Typickým obdobím vzniku MA je puberta; pubertální dozrávání je ústředním stimulem při vzniku anorektické symptomatologie.

I když zatím nejsou jednoznačné důkazy o míře a mechanismu genetické podmíněnosti PPP, lze tvrdit, že jedinci s pozitivní anorektickou či bulimickou historií budou mít signifikantně vyšší sklon k dodržování rigidních diet (Krch a kol., 2005). Dle Papežové (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004) je podle literatury uváděn 50-90 % genetický podíl při vzniku anorexia nervosa a 35 - 83 % u bulimia nervosa. Familiární dispozice u geneticky vulnerabilních jedinců spočívá především v premorbidních rysech osobnosti. U anorexie se jedná o úzkostné, obsedantní, perfekcionistické a vyhubé rysy a u bulimie je častá emoční labilita a impulzivita. U rodinných příslušníků prvního stupně se častěji vyskytuje afektivní onemocnění, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívání návykových látek a obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti.

1.1.4.3 Životní události

Různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory PPP. Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině nebo odloučení od rodiny. Je ovšem otázkou, nakolik jsou tato data validní vzhledem k tomu, že jsou vždy sledována retrospektivně a odrážejí nějakým způsobem to, co si pacient, jeho rodina, okolí a terapeuti myslí o problému (Krch a kol., 2005).

1.1.4.4 Rodinné faktory

Jak uvádí Krch a kol. (2005), velká část pacientů, jejich rodin i terapeutů popisuje počátek a rozvoj MA nebo MB v termínech různých rodinných událostí. Dle Růžičky (2006) se z tohoto hlediska setkáváme s některými specifickými rodinnými konstelacemi a traumaty.

Za významný rizikový faktor vedoucí k rozvoji MA je v této souvislosti považována žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví (Krch a kol., 2005). Černá (2008) poukazuje na nevyřešený, ambivalentní vztah s matkou jako na důležitý dynamický a genetický faktor vzniku MA, a jak dále uvádí, boj proti jídlu zahrnuje i boj proti akceptování ženské role a sexuální identifikaci. Krch a kol. (2005) poukazuje na obvykle zmiňované charakteristiky, týkající se „anorektických“ matek; ty bývají popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Jelikož je právě matka prvním zdrojem potravy dítěte, je spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Jako možná příčina jídelních problémů dcery byl, dle autora, mnohdy zmiňován i otec, který je v těchto případech charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, někdy naopak jako dominantní osoba. Dalším typem otce, který je v souvislosti se vznikem jídelní poruchy dcery zmiňován, je aktivní, avšak nedosažitelný otec, který je natolik skvělý, že se mu dcera nemůže nikdy vyrovnat. Někteří otcové bývají rovněž popisováni jako rigidní, vzteklí a někdy i agresivní muži, stále však idealizovaní svou manželkou.

Naopak, podaří-li se získat otce pro spolupráci na průběhu uzdravování pacientky, ulevuje se všem. Otce v tomto případě těší poznání, jakou léčebnou potenci v rodině mají, a zjištění, že je může sotva kdo jiný plně nahradit. Běžně je takový vliv zřejmý u bulimických pacientek. Podařilo se prokázat, že rodiny, kde byl pro spolupráci při léčbě získán otec, se uzdravovaly mnohem rychleji a s větší spolehlivostí než ty, kde otec buď chyběl, nebo zůstal prakticky bez emočního kontaktu (Chvála, Trapková, 2004).

V této souvislosti poukazují Kranzová a Maloney (1994) na rodinné studie, které ukazují, že otcové bulimiček se často nepodílejí na výchově dětí, věnují se své

profesionální kariéře. Netolerují slabost u sebe ani u svých dětí, od nichž očekávají velký výkon. Jak uvádí Papežová (2004), problémy ve vztazích rodič – dítě vidáme v posledních letech rovněž u případů anorexie vznikající ve středním věku, kde se projevuje strach ze stárnutí a přetrvávající závislost na rodičích. Pacientky nejsou schopny zvládnout nezávislejší životní styl, rovněž se u nich projevuje i strach ze stárnutí jejich rodičů; Tyto případy mohou vyústit v obtížně léčitelné formy anorexie.

Pozornost je v případě PPP věnována taktéž rodině jako celku; nadměrně ochrannější a příliš ctižádostiví rodiče mají sklon své děti přeceňovat a na oplátku očekávají poslušnost a vynikající výkon (Krch a kol., 2005). Růžička a kol. (2006) rovněž poukazuje na některé charakteristické znaky rodin pacientů trpících PPP: Rodiče neposkytují dostatek svobody pro individuaci a vývoj dítěte. Typickým postojem je tabuizování sexuality, narcistické zneužívání dětí rodiči (např. k dosažení cílů, kterých rodiče sami nedosáhli). Dále, jak autor uvádí, se v této souvislosti vyskytují nejružnější formy dětského týrání a zneužívání rodičovské síly, moci a převahy.

V rámci tematiky rodinných charakteristik poukazuje Černá (2008) na významnou roli aspirace a standardů rodinného prostředí při vzniku nevhodných požadavků; to znamená jídelní zvyklosti rodiny a způsob, jak je rodinou vnímáno kontinuum mezi „umět si užít“ a naopak „kontrolovat se“, neboť, jak dále uvádí, každý extrémní postoj může být nebezpečný. Krch a kol. (2005) uvádí charakteristické znaky rodin, kde se došlo k projevu MA. Tyto rodiny jsou, dle autora, charakterizovány jako rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím. Naopak, dle Cohena (2002) se ukázalo, že právě vysoká míra vyjadřování emocí rodičů přispěla k tomu, že pacientky nedokončily léčbu. Dle autora je rovněž důležité si uvědomit, že mnoho pacientek s MA o sobě prohlašuje, že jsou ve své rodině šťastné.

Vývoji dítěte (z hlediska bio-psycho-sociálního) je zamezeno také v případě, kdy dítě zastává roli „pojitele“ ohrožené soudržnosti rodiny. Nezřídka se PPP stávají prostředkem k dosahování pozornosti, obzvláště tam, kde rodina jiné, subtilnější signály o věnování zájmu neregistruje (Růžička a kol., 2006). Anorektické chování dítěte

udržuje nestabilní vztah rodičů pohromadě skrze vážnou starost o společné dítě (Chvála, Trapková, 2004).

Poruchy příjmu potravy se objevují ve věku, kdy se mnoho mladých žen vyrovnává s úkolem opustit domov; v tomto kontextu jsou pak jejich problémy chápány jako výraz konfliktu při separaci od rodiny (Krch a kol., 2005). Chvála a Trapková (in Růžička a kol., 2006) popsali celou komplexní rodinnou psychodynamiku v pubertálním období jakožto opakované přání přiblížit se matce, „natankovat“ u ní podporu a porozumění v této kritické vývojové fázi, aby se poté lépe zdařilo osamostatnění (což je oboje frustrováno zvláště u anorektických pacientek; anorexie tak mnohdy bývá výzvou ve vztahu s matkou). Naopak, u bulimických pacientek, se totéž týká otce, s potřebou potvrzení vyvíjející se ženskosti od muže a opět s možností se žensky emancipovat, samostatně se vyvíjet.

Významnými faktory, utužujícími rodinné vztahy, jsou harmonie a soulad. Porucha příjmu potravy však dokáže tento klidový stav rodiny rozházet; synchronizace společného prožívání je pak téměř nemožná (Chvála, Trapková, 2004).

K tematice rodinných aspektů v léčbě PPP se váže zajímavý výrok anglického psychiatra a rodinného terapeuta Geralda Russella, který v knize autorů Kranzové a Maloneyho (1994) uvádí F.D. Krch, a sice, že mnoho problémů pacientů trpících PPP lze vyřešit společně s jejich rodinami, ještě víc jich však lze vyřešit, když rodina není doma.

1.1.4.5 Emocionální faktory

V současné době nejsou žádné přesvědčivé důkazy o existenci nějakého specifického rodinného modelu v rodinách pacientů s PPP. Většina současných studií naznačuje, že závažnost narušení rodiny a jejích funkcí má souvislost spíše se závažností osobnostních poruch pacientů s PPP než se závažností jejich anorektických nebo bulimických symptomů. Nedostatky ve fungování rodiny považují tyto studie za rozhodující z hlediska vzniku a rozvoje poruch osobnosti. V souvislosti s rozvojem PPP

je poukazováno na nadměrně vysoká očekávání a kritičnost rodičů, nedostatek péče a empatie (Krch a kol., 2005).

U pacientek s MA a MB se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se neustále kontrolovat; většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Znamky deprese jsou obvykle výraznější u bulimie, kde bývají zaznamenány u 20 - 80 % sledovaných pacientů. Časté pocity bezmocnosti u bulimiček souvisí s pocitem selhání kontroly nad příjmem potravy a s neschopností dosáhnout takové tělesné hmotnosti, jakou by si přály. Depresivní rysy a afektivní porucha mohou hrát významnou roli jako predisponující faktor PPP. Některá zjištění naznačují, že obě poruchy (MA a MB) mohou mít společnou příčinu nebo že tyto poruchy jsou variantou primární depresivní poruchy (Krch a kol., 2005).

V souvislosti s touto tematikou je někdy taktéž poukazováno na podobnost neurohumorální regulace emocí a příjmu potravy, jejichž centra jsou lokalizována v hypotalamu. Určitá zprostředkující role při rozvoji PPP je připisována i negativním emocím, které mohou doprovázet hormonální změny v pubertě; separační proces od rodiny, snaha po sebezprosažení se a autonomii může u rizikových jedinců snadno vést k narušení přiměřených jídelních zvyklostí, případně k rozvoji PPP. Pokud jde o bezprostřední vztah některých symptomů obou poruch, bylo prokázáno, že negativní nálada je jedním z faktorů vyvolávajících cyklus přejídání a pročišťování u bulimiček a že pravděpodobně souvisí s nízkým energetickým příjmem u anorektiček. Zatímco úzkostné příznaky přetrvávají ještě dlouho po odeznění anorexie a bulimie, jsou depresivní symptomy spojeny zejména s počátkem onemocnění a s jeho průběhem. Bez ohledu na specifickou povahu vztahu obou poruch existuje většinou shoda v tom, že negativní sebehodnocení, pocity inefektivity, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory zvyšující riziko PPP. Naopak, nízké skóre deprese je považováno za protektivní faktor snižující riziko bulimie (Krch a kol., 2005).

1.1.4.6 Osobnost a další psychické charakteristiky

Existuje předpoklad, že jádrem patogeneze PPP jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Typická pacientka trpící MA je popisována jako dívka zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívka zatížená negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům. Nemocní s MA více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy, výrazněji vyjadřují pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou méně asertivní (Krch a kol., 2005).

Nadměrná afektivní kontrola, rigidita a perfekcionismus u MA a afektivní instabilita a snížená sebekontrola u MB bývají také nejčastěji zdůrazňovány jako možné rizikové faktory. Nicméně, je třeba si uvědomit, že slabinami výzkumu, který se zabývá poruchami osobnosti nebo spíše výskytem určitých psychických rysů u MA a MB, je jeho retrospektivní charakter, malý rozsah sledovaného vzorku a schematičnost popisu osobnosti v závislosti na užití metodě, založené většinou na subjektivním sebeuposouzení nemocného (Krch a kol., 2005).

V souvislosti s MA se nejčastěji poukazuje na komorbiditu s obsedantně-kompulzivní poruchou; za společný rys obsedantní poruchy a PPP lze považovat vnitřní nejistotu a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu nezbytnosti nadměrné sebekontroly nejenom v jídle. Trýznivé přemítání o vlastní bezcennosti pak v tomto kontextu vede k vyhýbání se jídlu a ritualizaci jídelního a purgativního chování. Myšlenky na jídlo jsou tak paradoxně posilovány hladověním. Ritualizované chování má sloužit ke snížení úzkosti, ale i k úniku před těmito nepříjemnými myšlenkami; přejedení následující často po hladovění pak jen posílí výchozí pocit bezcennosti (Krch a kol., 2005).

Krch a kol. (2005) dále poukazuje na úzký vztah perfekcionismu a rozvoj nejen anorektické, ale i bulimické symptomatologie, zejména ve vztahu k tělesnému schématu, jídelním a pohybovým návykům a sebekontrolě. Cohen (2002) v této

souvislosti zmiňuje potřebu dokonalosti, řádu a přesnosti pacientek s MA, a to i v případě, kdy jsou zdravé.

Počet pacientů, trpících PPP, s diagnózou hraniční osobnosti se liší zejména s ohledem na typ léčby; u MB je obvykle uváděn mírně vyšší výskyt této poruchy než u MA. Nemocní s PPP jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou pacientů, u kterých se lze setkat i s jinou psychopatologií, a to hysterickými rysy, egocentrismem, přecitlivělostí a senzitivitou, narcistickou poruchou osobnosti, sociální úzkostí, nízkým sebevědomím a pocitu neefektivity. V případě MA jsou identifikovány tři základní rysy této poruchy, a sice narušené uvědomování si vnitřních pocitů, narušení tělesného schématu a silný pocit vnitřní neefektivnosti. Některé psychické charakteristiky však mohou být specifickým projevem malnutrice (některé obsedantní rysy, úbytek libida), psychického a fyzického strádání (přecitlivělost, nedůvěra ve vlastní pocity, egocentrismus). Některé tyto rysy odeznívají s ústupem základní psychopatologie, se vzrůstem hmotnosti a s přiměřenou kontrolou jídelního chování, jiné mohou naopak dlouhodobě přetrvávat (Krch a kol., 2005).

1.1.4.7 Závislost na psychoaktivních látkách

V klinické praxi se lze setkat především s kombinací MB a abúzu alkoholu. Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného, jsou spojeny s nadměrným/ovládavým zaujetím danou substancí – jídlem, alkoholem – a vedou nemocného do izolace a k podvodům. Přejídání, podobně jako psychoaktivní látky, je používáno ke kontrolování emocí a zvládnání stresu; v obou případech pacienti trpí pocitem neschopnosti přerušit návyk. Oproti tomu, závislost na různých typech psychofarmak, zejména hypnotik a analgetik, bývá vyšší mezi pacienty trpícími MA. Zatímco u žen – alkoholiček byl zjištěn signifikantně vyšší výskyt PPP než v obecné populaci, nebyl však obdobný trend potvrzen u mužů. Pokud jde o jiné psychoaktivní látky než alkohol, v průměru asi 20 % bulimických pacientů uvádí jejich užívání v současnosti nebo v minulosti. Při dlouhodobém sledování PPP je závislost na

psychoaktivních látkách někdy pokládána za negativní prognostický aspekt (Krch a kol., 2005).

1.1.5 Průběh a prognóza

Jak již bylo poukazováno, nemocní s PPP představují velmi různorodou skupinu pacientů s různým průběhem onemocnění. Na vzniku a rozvoji PPP se podílí celá řada nejrůznějších faktorů, obě poruchy (zejména MB) se často rozvíjejí pomalu a nenápadně. Jídelní postoje a chování nemocného se postupně mění a gradují ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. MA a MB mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, nebo s velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod opakujících se po mnoho let. O chronicitě se u PPP většinou hovoří po 10 – 15 letech trvání poruchy (Krch a kol., 2005).

Jak uvádí Papežová (in Höschl, Praško, Seifertová, 2004), dlouhodobé sledování ukázalo u 44 % pacientek s anorexia nervosa a u 27 % s bulimia nervosa dobrou prognózu, kdy bylo dosaženo remise, tedy normalizace tělesné hmotnosti s absencí všech diagnostických kritérií onemocnění. Naopak, u 24 % pacientů trpících MA a 33 % pacientů s diagnózou MB byla prognóza nepříznivá.

MA stále patří mezi nejletálnější psychické poruchy s úmrtností mezi 2-8 %; ve srovnání s ostatními duševními poruchami je úmrtnost u MA v průměru třikrát vyšší. U MB dosahuje úmrtnost nejvíce 2 %. Nejčastější uváděnou příčinou úmrtí je vyhublost a sebevražda, v poslední době také alkoholismus, především u nemocných s diagnózou MB. PPP bezesporu mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobém průběhu získávají určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním prožitkům. Lze předpokládat, že průběh MB je ve srovnání s MA dlouhodobě příznivější a že u většiny těchto pacientů dojde k úzdavě (Krch a kol., 2005). Dle Papežové (in Höschl, Praško, Seifertová, 2004) bývá horší prognóza spojena s nižší minimální váhou, výraznými výkyvy hmotnosti, častějším zvracením, neúspěšností předchozí léčby, komorbiditou (především se zneužíváním a závislostí na návykových látkách), sebepoškozováním, premorbidní osobností, narušenými rodinnými vztahy a horší

kvalitou života. Krch a kol. (2005) doplňuje zmiňované faktory ještě o nedostatek pozitivního programu (invalidní důchod) a nízký intelekt.

1.1.6 Komplikace PPP

Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou zdravotních komplikací, které představují vážné ohrožení života pacientů a významně přispívají k jejich zvýšené úmrtnosti. Hlavní riziko představují kardiovaskulární a renální komplikace a rychlý úbytek kostní hmoty spojený se zvyšujícím se rizikem vzniku patologických zlomenin. Nadužívání diuretik nebo projímadel může vést k narušení elektrolytové rovnováhy a tím vyvolaným srdečním arytmiím; může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě. Dehydratace, nízký výdej moči (stejně jako nadužívání diuretik nebo projímadel) a zvláštnosti ve stravovacích návycích mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází k zánětu jícnu, jícnových vředů a zvýšené kazivosti zubů, proto se tyto komplikace objevují u bulimiček a zvracejících anorektiček. Mezi další důsledky PPP patří nevolnost, zhoršená motilita tenkého střeva a zácpa. U nemocných s MA jsou charakteristickým rysem endokrinní abnormality, jejichž vedoucím příznakem je amenorea. Klinická závažnost změn krevního obrazu roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Dermatologickými komplikacemi jsou zejména suchá šupinatá kůže, lanugo (jemné ochlupení objevující se na tvářích, končetinách a trupu), vypadávání vlasů, modřiny a kožní vyrážky. Dochází ke snížení tělesné teploty, objevuje se únava, slabost, poruchy spánku. Současně je ohrožena schopnost otěhotnění. Obecně platí, že léčba většiny uvedených poruch vyžaduje pravidelné sledování a postupnou realimentaci (Černá, 2008; Krch a kol., 2005).

Současně se somatickými komplikacemi se objevuje i množství psychologických problémů, a to omezení zájmu na diety, obsedantní systém pravidel a rituálů týkajících se diet a cvičení, poruchy koncentrace a kognitivních funkcí, černobílé myšlení, nedůvěra v sebe i ostatní, stud, afektivní labilita, deprese a anxiety. Pacientky anorexii často tají a léčbu odmítají. Důvodem je pocit jedinečnosti, úspěšnosti, někdy i

vnitřní čistoty a nadřazenosti, stejně jako obdiv a pozornost okolí, který pacientka prostřednictvím hladovění získává. Zpočátku může PPP plnit rovněž vyrovnávací funkci v emoční sféře; hladovění nemocného dočasně zbaví strachu, úzkosti, pocitu nejistoty a nízkého sebehodnocení. Ze sociálních následků jsou nejčastější postupná sociální izolace, studijní selhání, ztráta rodinného zázemí či zaměstnání, ekonomické problémy spojené někdy s krádežemi jídla a peněz. Při chronickém průběhu PPP závažnost i množství symptomů narůstá; je pak obtížnější oddělit následky hladovění samotného od specifických následků psychopatologie PPP (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

1.2 Psychosomatika

1.2.1 Pojem Psychosomatika

Psychosomatika odkrývá souvislosti mezi tělem a psychikou člověka a poukazuje na psychické pozadí řady somatických onemocnění (Danzer, 2001). Dle Bašteckého a kol. (1993) lze psychosomatiku chápat jako vnitřně složité propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci. Z této myšlenky následně vycházejí hlavní principy psychosomatiky, tedy multifaktorové chápání etiopatogeneze a bio-psycho-sociální model zahrnující i základy systémového přístupu. Danzer (2001) uvádí centrální tezi řady psychosomatických onemocnění, a sice, že mnoho našich tělesných a psychických chorob vzniká, když se na delší dobu odmlčíme a nerealizujeme náš život v řeči a ve vztazích; o čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět. V současné době je psychosomatický pohled na člověka obvyklý v řadě medicínských oborů.

Nejširší pojetí psychosomatiky předpokládá, že člověk ve zdraví a v nemoci v každém svém momentálním stavu i v průběžném pohybu svého bytí představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím. Ve všech úvahách o etiopatogenezi, diagnostice, terapii či prevenci musíme brát zřetel na vzájemnou složitou spojitost somato-psycho-sociální. V užším, pragmatickém pojetí psychosomatiky je nahlíženo na člověka ve zdraví a v nemoci v takové míře zjednodušení, se kterou lze smysluplně prakticky zacházet, a tedy klinicky pracovat. V nejužším pojetí se hovoří o psychosomatických syndromech či chorobách. Jedná se takové nozologické jednotky, u nichž psychosociální faktory mají své pevné (někdy i charakteristické) místo nebo se jejich vliv důvodně předpokládá jako podstatný (Baštecký a kol., 1993).

1.2.2 Počátky psychosomatiky

Bio-psycho-sociální bytosti „člověk“ je možné porozumět pouze z historického hlediska; proto je vhodné uvědomit si, z jakých tradic psychosomatická medicína vychází a na jakých tradicích stojí. Psychosomatický přístup k druhému člověku je minimálně tak starý jako naše kultura (Krusse a kol., 2008). Již medicína antického Řecka představovala kořeny psychosomatiky. Nejvyšším ideálem řeckých lékařů bylo umění individualizace, tedy diagnostikovat a léčit jednotlivce, individuálního pacienta s jeho vlastním onemocněním (Danzer, 2001). V souvislosti s otázkou doby vzniku „psychosomatického“ myšlení v jeho dnešní podobě poukazuje Komárek (2005) na obtížnost a současně malou produktivitu snahy tohoto zkoumání. Jak uvádí Krusse a kol. (2008), základní linky moderní psychosomatické medicíny a psychoterapie načrtl významný lékař a filosof Platon; ve svém spise od lékaře požaduje, aby léčil nejenom tělo, nýbrž také duši, protože péče se musí zaměřovat na celek. Rovněž v jeho dialogu nalezneme zmínky o tom, že špatné *sóma* vede k špatné *psýché*.

Psychosomatické jevy, jak dále poznamenává Komárek (2005), byly známy odedávna a zdá se, že první experiment v tomto smyslu provedl již Avicenna, který umístil do vedlejšího, avšak odděleného výběhu k domácímu beranovi vlka; beran, ač na životě přímo neohrožen, přestal přijímat potravu, spát a za několik dní „bezdůvodně“ pošel.

1.2.3 Osobnosti v historii psychosomatiky

V první polovině 17. století formuluje René Descartes myšlenky, jež se stávají základem dualismu; Descartes chápe lidské tělo jako stroj, jehož části se chovají podle matematicko - mechanistických zákonitostí. Dle básníka Novalise je nemoc výrazem disharmonie, přerušené kompozice nebo nedokončeného životního motivu; stejně jako v období antiky i zde má své nezastupitelné místo úloha individualizace (Danzer, 2001).

V době romantismu byla psychosomatika poprvé nazvána jménem (Danzer, 2001). Lékař Heinroth použil v roce 1818 adjektivum *psycho-somatický* v souvislosti

s poruchami spánku a o deset let později je doplnil Jakobi termínem *somatopsychický* jako jeho protějškem (Baštecký a kol., 1993; Krusse a kol., 2008). Později Heinroth formuloval adjektiva *psycho-lékařský*, *psycho-chorobný* či *antropologický* (Danzer, 2001; Krusse a kol., 2008).

Gustav Carus ve své knize z roku 1846 prohlásil, že nevědomí je klíčem k poznání podstaty vědomé duševní činnosti, přičemž nevědomí zahrnuje ve stejné míře jak somatické, tak duševní procesy. Ve stejné době přichází Artur Schopenhauer s myšlenkou člověka jako iracionální bytosti řízené vnitřními silami, vlastní vůlí, kterou však člověk nezná. Své pudy člověk obrací směrem dovnitř, vlastní osoba se stává cílem hyperkritických komentářů a bolestivých obviňujících výčitek svědomí. Myšlenky tohoto druhu charakterizovaly teorie rané psychoanalýzy (Krusse a kol., 2008).

Taktéž Georg Groddeck, jedna z nejvýznamnějších osobností psychosomatiky, chápe nemoc a zdraví celostně, směřuje k totalitě osoby; avšak, oproti hlubinným psychologům používá výrazněji a mnohem radikálněji psychologickou interpretaci tělesných onemocnění (Groddeckova koncepce „ono“). „Ono“, dle Groddecka, označuje celistvost lidské existence, stává se silou určující všechny životní projevy individua, silou, která rozhodujícím způsobem utváří jeho biografii. „Já“, podle Groddecka vědomá část naší existence, se naproti tomu projevuje vpravdě zakrněle; „Já“ je tak součástí všezahrnujícího „ono“. Další oblastí, kam Groddeck soustředil svou pozornost, byla symbolika nejrůznějších tělesných symptomů (později byl však jeho přístup pro mnohé nedostatky a pochybení kritizován). Zcela zásadní přelom ve vývoji psychosomatiky představovalo vystoupení známého česko – rakouského lékaře a psychiatra Sigmunda Freuda (1856 - 1939), jež zdůrazňoval subjektivní charakter lidského zdraví i nemoci; nemocný je dle Freuda převáděn zpět z role objektu do role subjektu, subjekt se tak opět stává (poté, co byl v období materialistické medicíny 19. století opomínán) středem, kterému je věnována pozornost (Danzer, 2001; Komárek, 2005).

Za vlastního zakladatele novodobé psychosomatiky platí zcela právem Alfred Adler (1870 - 1937), žák Sigmunda Freuda. Zabýval se problémy souvztažnosti moci a nemoci, stejně jako „řečí a dialektem orgánů“; nemoc dle Adlera vychází z

individuálního charakteru a osudu a z komunikačních obtíží v rámci orgánů, které somatické fenomény mapují a vyjadřují (Komárek, 2005).

1.2.4 Novodobé pojetí psychosomatiky

Psychosomatika v dnešním pojetí vznikala počátkem 20. století na půdě psychoanalýzy (přesto Sigmund Freud sám nikdy tento termín nepoužil). Psychoanalytická „talking cure“ chce otevřít zasutý přístup k raným zážitkům a snům, a na základě toho – cestou odstranění potlačování a zapomínání – umožnit léčení, růst a vývoj; Sigmund Freud tak prokázal zdraví podporující efekt vzpomínky, a tím časové dimenze minulosti. Analytická rekonstrukce vlastní biografie umožňuje pacientovi získat suverenitu nad svou osobní historií, čímž Sigmund Freud uvedl problematiku konverze jako symbolického vyjádření intrapsychoického konfliktu ve sféře tělesné (Baštecký a kol., 1993; Danzer, 2001). Dle psychoanalytického směru nemoc znamená nevyřešené problémové situace a jejich následky na jedné, více či všech rovinách hierarchického systému individua (Krusse a kol., 2008).

Poté, co Deutsch zavedl znovu roku 1927 pojem psychosomatika, pokusil se formulovat i její základní koncepci. Rozšířil koncepci konverze, současně se intenzivně zabýval klíčovou otázkou psychosomatiky, tzv. volbou orgánu. Na počátku 30. let 20. století evropská psychoanalytická psychosomatika končí a po emigraci analytiků do USA se rozvíjí v zámoří. Kromě psychoanalytického východiska v USA existovala ještě koncepce holistická, jež vyrůstala na teoretickém základě tzv. psychobiologie. Třetím východiskem psychosomatiky v USA byla psychofyziologie, jež rozpracovávala zejména učení o podmíněných reflexech I.P. Pavlova (Baštecký a kol., 1993).

1.2.4.1 Teorie a modely psychosomatiky

Ve druhé polovině 19. a v první polovině 20. století dochází k oddělení tělesné medicíny (somatiky) od netělesné medicíny duše (psychologie, psychoterapie), umění individualizace (nejvyšší ideál antické medicíny) v průběhu zavádění standardizovaných schémat diagnostiky a léčebných postupů téměř ztratilo význam (Danzer, 2001). Lékařství této doby bylo zaměřeno především na hledání organických a infekčních příčin nemocí, s nimiž v otázce etiologie a patogeneze nemocí úzce souvisel model lineární kauzality (Baštecký a kol., 1993).

Jak uvádí Danzer (2001), vždy onemocní celá „bio-psycho-sociální jednotka člověk“; sociální a duchovní zájmy hrají při vzniku a průběhu onemocnění stejně závažnou roli jako duševní a tělesné události. Každá choroba vzniká v kontextu s určitou biografií, dle vlastní existenciální situace a ze své strany ovlivňuje průběh života jedince; je tedy zapotřebí lékařské vědy zabývající se celou osobou, která pacienta a jeho nemoc vnímá a respektuje v jejich skutečné komplexnosti. Tomuto požadavku byla nakloněna hlubinná psychologie a především psychoanalýza, rovněž tak antropologicky a filozoficky orientovaní lékaři; výsledkem zájmu o komplexní přístup byly formulace rozličných teorií a modelů „celostní medicíny“, na jejichž základech staví moderní psychosomatika ještě dnes. Vedle teoretických modelů – člověk jako osoba, jako bio-psycho-sociální jednotka, jako bytost s vědomými a nevědomými částmi (hlubinná struktura) – a z nich vyplývajících diagnosticko-terapeutických konceptů, jako biografická medicína, psychoterapie a „léčení skrze ducha“, zdědila moderní psychosomatika od svých zakladatelů především úkol těsně spojit a integrovat s ostatními medicínskými obory své antropologické a hlubinně psychologické poznatky, stejně tak jako vlastní specifické teoreticko-poznávací zaměření, vlastní vědecké kladení otázek, diagnostické schopnosti a terapeutické kompetence. Prapůvodní úlohou integrativní psychosomatiky se tak stalo odhalování a překonávání metodologických, diagnostických a terapeutických deficitů nebo jednostranností medicíny. V zásadě se jednalo zejména o srozumitelnou rekonstrukci celé osoby.

1.2.4.2 Školy a směry psychosomatiky

Působnost medicíny počátku 20. století byla limitována přírodovědeckými poznatky a metodami. V souvislosti se snahou překonat omezující tendence medicíny tohoto období je třeba zmínit berlínskou a heidelberskou školu psychosomatiky s nosnými psychologickými, filozofickými a antropologickými metodami (Danzer, 2001).

1.2.4.2.1 Berlínská škola

Od přelomu 20. století až do roku 1933 se v Berlíně utvářela velice pestrá medicínsko – antropologická scéna; významnou osobností tohoto směru byl berlínský klinik Friedrich Kraus (1856 - 1936). Hlavní záměr jeho práce spočíval ve shromažďování a integraci výsledků a detailů jednotlivých věd do „učení o souvislostech“ a v pochopení jejich hodnoty. Současně zdůrazňoval jedinečnost a individualitu nemocného a jeho osudu, čímž navazoval na myšlenky antiky. Podobně zdůrazňoval osobní aspekt pacienta Theodor Brugsch (1878 - 1963). Přetrvávajícího vlivu na psychosomatiku dosáhl internista Gustav von Bergmann (1878 - 1955); dle Bergmana mohou funkční orgánové poruchy, zejména, přetrvávají-li delší dobu, způsobit psychosomatické nemoci. Jeho studie představovaly podstatný podnět ke komunikaci mezi klasickou medicínou a psychosomatikou. Internista Erich Wittkower přisuzoval značný význam pro průběh onemocnění přenosovému ději mezi lékařem a pacientem, tedy dlouhotrvajícímu terapeutickému vztahu. Neurolog Kurt Goldstein (1878 - 1965) interpretoval lidskou chorobu jako ztrátu tvaru, která organismus tak dlouho podněcuje ke kompenzačním výkonům, až je nového nosného tvaru (a tím i výkonu) dosaženo. První výrazně psychoanalyticky a psychosomaticky orientovanou kliniku otevřel v roce 1927 lékař a psychoanalytik Ernst Simmel (1882 - 1947). V sanatoriu „Zámek Tegel“ diagnostikoval a léčil somaticky nemocné metodami a myšlenkami psychoanalýzy, které mu umožňovaly celostní přístup k pacientovi (Danzer, 2001).

1.2.4.2.2 Heidelberská škola

S pojmem Heidelberská škola psychosomatiky jsou pevně spjata tři jména: Ludolf von Krehl (1861 – 1937), Richard Siebeck (1883 – 1965) a Viktor von Weizsäcker (1886 – 1957).

Nepochybným iniciátorem tohoto směru byl Ludolf von Krehl, jež pojímá osobnost člověka jako cosi „duševního“. V roce 1930 prohlásil: „Nemoc jako taková neexistuje, existují jen nemocní lidé“ (Krehl in Danzer, 2001). Siebeck pomocí programu biografické medicíny, který formuloval, upozornil na mnohočetné biografické vztahy a souvislosti, v rámci kterých vzniká a probíhá orgánové onemocnění. Podle něj lze označit biografický způsob pohledu jako idiografickou metodu, čímž je myšleno, že v centru zkoumání a vyšetřování by mělo být to z člověka neopakovatelné, individuální (Danzer, 2001).

Viktor von Weizsäcker podlehl kouzlu Sigmunda Freuda a psychoanalýzy. Opakovaně zdůrazňoval, že nemoci se vždy odehrávají mezi lidmi, ne uvnitř jednoho individua; každý tělesný, duševní nebo duchovní symptom pacienta patří do komunikačních souvislostí. Podařilo se mu představit orgánová onemocnění jako ekvivalent psychického konfliktu, případně existenciální krize pacienta. Dle Weizäckera je možno chápat nemoci jako zástupce nebo náhradu nežitého života, na základě toho přenáší myšlenku konfliktu a nežitého života jako etiopatogenetických faktorů na tělesná onemocnění. Duši a tělo považuje spíše za dvě strany jedné mince, které se vzájemně mohou ve svých výrazových možnostech doplňovat a zastupovat; kauzální poměr (ve smyslu příčiny a účinku) mezi psychicko-duchovními událostmi a somatickými změnami tak dle Weizäckera neexistuje (Danzer, 2001).

1.2.5 Současné pojetí psychosomatiky

Vývoj psychosomatické medicíny od 40. let 20. století se v podstatě ubíral dvěma směry, a sice rozvíjením koncepcí psychoanalytických (specifických) a koncepcí nespecifických (neanalytických). Koncepce psychoanalytické nalézají specifické psychologické proměnné, jež mají být jedinou příčinou specifických somatických onemocnění. V tomto rámci byly formulovány např. teorie nevědomých specifických konfliktů, teorie specifických změn emocí, teorie specifických osobnostních profilů nebo teorie specifických postojů vůči konfliktům. Naopak, nespecifické koncepce přikládají v etiologii a patogenezi psychosomatických onemocnění kauzální vliv působení zátěžových situací, především tzv. psychosociálních zátěží (psychosociálních rizikových faktorů). Od 60. let tyto koncepce převládají. K nejvýznamnějším teoriím tohoto směru lze zařadit teorie všeobecného emočního vzrušení, teorie konstituční zranitelnosti, teorie diferenčních podnětových situací, teorie učení orgánové odpovědi, teorie vegetativního učení (Baštecký a kol., 1993).

Z učení Pavlova o podmíněných reflexech vychází, a dále toto učení rozpracovává, kortikoviscerální koncepce. Tato škola, na základě experimentálních studií, ověřila, že činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou. Na základě výše uvedeného lze definovat původní tři východiska moderně koncipované psychosomatické medicíny, kterými jsou: psychoanalýza, behaviorální směry a kortikoviscerální koncepce (Baštecký a kol., 1993).

V průběhu 40. a 50. let 20. století dochází ke krizi psychosomatické medicíny, z níž se postupně zotavuje teprve během 60. a 70. let. Současně se psychosomatická medicína oprošťovala od chybných předpokladů, které začala korigovat, a rozvíjela se jak v interdisciplinárním směru, tak v oblasti klinické aplikace. Od 70. let postupně sílí integrační tendence v biomedicínckých vědách, od 80. let je zdůrazňován význam uvědomění si multifaktoriality a multikauzality většiny nemocí, což představuje spojovací článek všech psychosomatických koncepcí; psychosomatiku tak lze chápat jako komplexní, systémovou a integrativní (Baštecký a kol., 1993).

1.2.6 Komplexní přístup – interpersonální medicína

Základem pro diagnostiku a terapii se stává formující se vztah mezi lékařem a pacientem; aby mohl lékař dospět k celostní bio-psycho-sociální diagnóze, musí vstoupit s pacientem do kontaktu, poznat pacienta v jeho vztahovém světě. Psychosomatická medicína je medicínou interpersonální, pohlíží na pacienta z hlediska jeho kontaktů ke svému okolí, zvláště v jeho vztazích k bližním (Krusse a kol., 2008).

V této souvislosti Chvála a Trapková (2004) uvádějí: Museli jsme řadu let pracovat a nořit se do tisíců osudů, než jsme mohli uvěřit dnes už pro nás prosté věci – patrně neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka.

Jak uvádí Krusse a kol. (2008), veškeré roviny osobnosti – chování, myšlení, zdravotní stav, pocity a motivy – souvisejí s mezilidskými vztahy, a to buď jako příčina, nebo jako následek; rané mezilidské interakční vzorce formují osobnost, která se pak relativně stabilně udržuje interakčními zpětnovazebními smyčkami v soužití s důležitými vztahovými osobami. Je-li tento proces narušen, dochází zákonitě ke vzniku psychogenních onemocnění (jako např. anorexia nervosa), vztahových nemocí. V rámci této tematiky taktéž upozorňuje Krusse a kol. (2008) na výrazně narušenou schopnost psychogenně nemocných pacientů vytvářet vztahy a mezilidské kontakty, jejíž kořeny sahají do raného dětství; navíc, jak dále autor uvádí, jsou již dětská vývojová období psychogenně nemocných pacientů mnohem výrazněji zatížena stresory. Současně poukazuje na názor, jež panoval po dlouhou dobu, a sice, že určitá psychogenní onemocnění jsou vyvolávána specifickými konflikty; dnes již však není možné, dle autora, takto přísnou specifičnost udržet. Navíc, na utváření psychogenních obtíží mají vliv také dědičně-genetické vlivy.

Na základě velmi různorodého klinického obrazu je možné (z pragmatického hlediska) tato onemocnění rozdělit dle sféry, ve které se symptomy projevují převážně, tedy na onemocnění s převážně tělesnou, psychickou, či sociálně komunikační a charakterovou symptomatikou. Psychogenní onemocnění se zpravidla vyznačují velmi různorodou polysymptomatikou; symptomy se ovlivňují navzájem, mohou se střídát a opakovaně se objevovat s různou závažností (Krusse a kol., 2008). V této souvislosti

také Baštecký a kol. (1993) uvádí, že psychosociální faktory se uplatňují ve složité interakci s mnoha dalšími. Nelze tedy v otázce etiologie a patogeneze psychosomatických poruch vystačit s monokauzálním lineárním pojetím. Psychosomatická východiska tak získávají svá oprávnění teprve při aplikaci multifaktorové teorie patogeneze chorob, nejlépe, je-li tato teorie chápána cirkulárně v rámci systémového přístupu.

Jak poukazuje Krusse a kol. (2008), psychogenně nemocní pacienti disponují relativně nezralými formami duševního zpracovávání, vykazují výrazněji vyhraněné kontaktní poruchy a z tohoto důvodu také častěji vztahové konflikty. Svůj obraz sebe samých popisují jako „bezbranný a depresivní“. Naopak, kompetence, přesvědčení, že můžeme rozpoznávat, chápat a ovlivňovat důležité věci v životě, sebedůvěra, aktivní formování vztahů a flexibilní schopnosti vypořádávání se a zpracovávání představují, coby vlastnosti osobnosti, faktory protektivního charakteru. O našem duševním, sociálním a psychosomatickém zdraví či nemoci tak, dle autora, rozhodují podpůrné a patologické momenty individuálního životně - historického prostředí, které je však přirozeně zakotveno v odpovídajících časových a celospolečenských poměrech.

Jako fenomény v oblasti psychosomatiky označujeme symptomy a potíže, které pacient popisuje a prožívá, dále projevy subjektivně zaznamenané lékařem, doplněné o nálezy vyšetření získávané v průběhu medicínské diagnostiky a terapie. Příznaky nebo symptomy se však fenomény stávají teprve tehdy, kdy je vzata v úvahu jejich antropologická dimenze; podstatný úkol psychosomatické terapie spočívá ve zpětném překladu těchto symptomů do řeči přístupné mezilidskému rozhovoru (Danzer, 2001).

V centru interpersonální, psychosomatické medicíny stojí komunikace a interakce pacienta s jeho sociálním prostředím. Psychosociální onemocnění je možné chápat jako poruchu v interpersonálních a přizpůsobovacích procesech. Zdraví lidé jsou schopni poruchy ve vztazích vyrovnávat; jsou schopni adekvátně vyjadřovat své pocity a flexibilně jednat s druhými lidmi. Naproti tomu pacienti trpící psychogenním onemocněním jsou schopni reagovat na proměnlivé životní okolnosti pouze nepružnými, často jednotvárnými, a proto charakteristickými vzorci chování, které je možné popsat jako cyklicky - maladaptivní vztahové kruhy; nejsou schopni

přizpůsobovat své vzorce chování požadavkům vnější reality, jelikož trpí konfliktem, jehož jádro jim zůstává skryto. Pro jiné pacienty je obecně těžké vnímat emoce diferencovaně, kontrolovat své pocity. Převládají maladaptivní emoce, jako zklamání, zoufalství, zášť, prázdnota a opovrhování. Tito pacienti často nejsou schopni porozumět emocionálním signálům ostatních – z tohoto důvodu tak dochází k ukončení vztahů (Krusse a kol., 2008).

1.3 PPP z pohledu psychosomatiky

Charakteristickým znakem zátěžových interpersonálních situací, představující riziko vzniku PPP, je zabránění autonomnímu vývoji jedince včetně vývoje psychosexuálního; důsledkem těchto deficitů jsou bezprostřední, či obecnější, až archetypální psychosomatické reakce (Růžička a kol., 2006).

Jak Růžička a kol. (2006) v této souvislosti uvádí, pro pacienty trpící PPP je příznačné deficitní sebeřízení, sebeovládání, jež se netýká pouze konzumování jídla, nýbrž i citového života a chování. Vlastně se jedná o seberegulaci na nejjednodušší úrovni; buď se nechat ovládnout spontánními impulsy, či se zcela uzavřít. Mají-li se tyto pacienti naučit v průběhu terapie vlastní seberegulaci, prožívají přirozeně úzkostné stavy. V představách pacientů s PPP je možná a přípustná buď naprostá harmonie, či naopak nepřátelství, odpor, agrese; to se týká nejen chování, nýbrž i vnitřního prožívání. Ambivalentní vztahy, smíšené pocity a impulsy jsou jim tak nedostupné. Pacienti si tedy běžné ambivalentní vztahy tzv. „rozkládají“ a vyjadřují je somaticky, neboť se citové ambivalence obávají. Neschopnost emočně diferencovaně odpovědět na určitou komplexní situaci vede k nárůstu napětí, úzkosti, nízkému sebevědomí a sebeocení, pocitům méněcennosti.

Z psychoanalytického pohledu vede právě traumatické narušení či systematické nerespektování osobnostního ohraničení ve vztahu k okolí zprvu k narušenému sebevnímání, jehož důsledky zahrnují poruchy tělového schématu, snadnou psychickou ovlivnitelnost vnímání tělových pocitů (zkreslená „tloušťka“), a konečně k nedostatečné individuaci a pocitu vlastní identity. Dochází k somatickým kompenzacím ve formě anorexie či bulimie. Podobnou zástupnou somatickou reakci u těchto poruch, tedy ztrátu tělesné hmotnosti a zvracení, je možno chápat jako vzdor až pomstu na straně jedné a upoutání pozornosti a přání bezvýhradné lásky na straně druhé. Zatímco anorektičtí pacienti tyto impulsy a afekty úspěšně, zvláště pomocí nedostatku energie zhubnutím, potlačují, dochází u bulimických pacientů k silnějšímu psychosomatickému reagování, k záchvatovitému hladu a konzumování – jež odpovídá touze po naplnění příjemnými

zážitky – a ke spontánnímu či navozenému zvracení, resp. vyprázdnění, čemuž odpovídá zklamání, odpor a agrese (Růžička a kol., 2006).

Psychosexuální vývoj pacientů trpících PPP je narušen. Jak extrémním hubnutím, tak i extrémní tloušťkou lze bojovat proti sexualitě. Sexualita často regreduje na tzv. orální úroveň a projevuje se pudovou konzumací potravy s následným pocitem studu či viny, tj. pocity, jež souvisí se zakázanou, lačnou a na veřejnosti propuknuvší sexualitou. Z psychoanalytického hlediska se u anorektických pacientů jedná o hlubší regresi, často spojenou s problémem symbiózy u hyperprotektivní matky, zatímco bulimické pacientky, jež se z tohoto symbiotického objetí vymanily, mají poté problémy se přiměřeně ovládat a se zaujetím vhodného chování zejména k otci/mužům. Zatímco anorektičky si přejí zůstat i nadále, tj. během puberty i po ní, v jakémsi vegetativním, sexuálně nerozlišeném, neutrálním stadiu, bulimičky bezprostředněji prožívají pro ně neřešitelné problémy ženské role (Růžička a kol., 2006).

1.3.1 Mentální anorexie z pohledu psychosomatiky

Ve snaze objasnit příčiny MA, psychogenní poruchy příjmu potravy, je soustředěna pozornost na vnitřní prožívání pacientů a jejich osobnostní charakteristiky. Předmětem zájmu je rovněž otázka významu určitých vývojových aspektů na podílu vzniku této choroby. Jak již naznačuje německý výraz pro označení MA (Magersucht = závislost na hubenosti), lze na tuto jídelní poruchu pohlížet jako na „chorobnou závislost“. Hladovění se pro nemocné stává východiskem ze zoufalství a tudíž je spojeno s určitou euforií. Nejíst považují nemocní za vítězství – vítězství nad vlastním tělem a jeho potřebami, vítězství nad kontrolujícím okolím, vítězství nad pučící sexualitou. Anorexie je fenoménem stávky; stávkuje se proti jídlu, proti sociálním strukturám, proti moci druhých (Danzer, 2001).

Vzpouza formou odmítání jídla je, jak uvádí Danzer (2001), očividně „typicky ženská“. Odmítání jídla je tak pasivním prostředkem obrany v boji proti „naplněnosti“, což se zdá jako předehra boje proti sexuálnímu proniknutí a těhotenství. Z vlastního těla se stane bojiště, neboť jiná bojiště nejsou k dispozici. V tomto smyslu se anorexie

podobá hysterii, při které se dramatický děj rovněž usadí v ženském těle. Na druhé straně však hladovění taktéž připomíná nutkavou neurózu; proti „nucení žít“ je stavěno „protinutkání“. Pacientka se dogmaticky drží pevných rituálů a zvyků, aby potlačila základní strachy; bytí se tak zužuje na dodržování vnitřních nutkavých příkazů. Podstatnou roli u této choroby hraje vůle mít moc; neboť dospět, stát se ženou a sexuální partnerkou znamená bezvědomí, beznaděj a bezmoc. Hladovění se tak zdá být cestou ke svobodě. Jako u všech chorobných závislostí, je také zde euforie v podstatě popíráním deprese. Pacientky mnohdy hlad popírají, ale přesto cítí. V kompenzačních snech se vidí u přeplněných jídelních stolů, kde se mohou oddávat nenasytným choutkám. Z pohledu psychoanalýzy se zprvu zdá, že nemoc hladovění obsahuje orální problematiku, avšak anální komponenty jsou rovněž přítomné; mnohé v okolním světě pacientky prožívají jako „zápach“ - spatření jídla, závan pachu jídla, pohled na druhé při jídle... (Danzer, 2001).

Nemoc zjevně propuká v prahové životní situaci. Všude tam, kde je třeba překonat vývojový stupeň, neuroticky disponovaní lidé zaváhají a rádi by se vrátili. Anorektička se při této zátěži dostává do stavu šoku, který zablokuje progresi libida. Chce být dítětem a zůstat jím, přinejmenším nebýt dospělá; zajisté jde o „krizi dospívání“ ze strachu stát se ženou (Danzer, 2001). K tematice sexuality se rovněž vyjadřuje Krusse a kol. (2008): V boji proti jídlu se ukazuje boj proti sexuálním touhám. Sexualita je pro tyto pacientky proto tak ohrožující, že jim zamezuje rozvinout skutečnou svébytnost a autonomii. Nevědomě prožívají samy sebe jako závislé na matce, nejsou schopny se od ní odloučit.

Nemoc vzniká v sociálním vztahovém okolí, tudíž lze klást otázku, proti komu je zaměřena. Nemocný má proti zdravým určitou převahu, neboť může ze svého statutu zvláštnosti vyvozovat určitá zvláštní práva. Nežádka se stává ústředním bodem rodiny. Anorexii je možno označit za nemoc z trucu; odmítání jídla se stává prostředkem vládnutí. Ovšem postoje trucu jsou pouze perverzity autonomie a samostatnosti. Kdo musí negovat, není svébytný; zůstává závislý. Nápadný u těchto nemocných je hluboký nedostatek odvahy. Životní plán těchto pacientů je velice zúžený. Dle myšlenky antropologických proporcí by výše a šíře bytí měly k sobě stát v rozumném vztahu; u

nemocných anorexií však platí, že chtějí na nepatrném základě stavět do velkých výšek. Zakotvení těchto pacientů v realitě je chatrné (Danzer, 2001).

Jak Danzer (2001) dále poznamenává, revoltu hladovění si vynucuje strach ze života, hluboký podíl má však i agrese. Pacientky páchají na svém těle a svých žádostech násilí, neboť to je jediná oblast vlády, která je jim přístupná. Útočí tím však i na ostatní s jejich normálním apetitem, neboť tím, že „neosvobozují“ své tělo hladověním, nedokáží se zříci důležitých potřeb tak, jako to dokáží samy pacientky, jsou tak ostatní lidé obyčejní nebo hříšní. Symptomy takto nemocných jsou *já-syntonní*, což znamená, že sami dotyční jsou na ně pyšní a prezentují je světu jako svůj vlastní výkon. Danzer (2001) uvádí rovněž zajímavou myšlenku, a sice, že čím je komunikace pro duši a ducha, tím je jídlo a trávení pro tělo - mezi oběma životními činnostmi existují silné podobnosti. Být uvězněný v těle znamená nedostatek světa, stagnaci a značnou patologii.

Dle Krusse a kol. (2008) je hladovění prožíváno jako důkaz nezávislosti na prostředí a potřebách. Současně s tím je spojen pocit morální nadřazenosti vůči lidem s běžnou tělesnou váhou. Lékařská pomoc pro tyto pacientky tak představuje nebezpečí, že bude ohrožena jejich dokonalost a bezpečí. Pacientky žijí v hluboké rezignaci. Vlastní přání a nároky nesmějí vůči svému prostředí prosazovat. Nejsou schopny rozvinout vlastní osobnost a vymezit ji vůči nárokům svých rodičů. Žijí s pocitem, že nejsou schopny činit žádná vlastní rozhodnutí. Současně však existuje nevědomé, ale velmi intenzivní přání blízkého a velmi těsného vztahu. Tato přání však nesmí vyjít na denní světlo, jelikož jsou spojena s hlubokým pocitem sebeopovržení kvůli anticipované závislosti a mobilizují obavy, že pacientka ztratí vlastní identitu. Při hladovění a sebedestruktivním konání je tak rozvíjen pocit samostatného individua. Nemoc představuje pokus zachránit autonomii a pocit vlastní hodnoty, místo toho, aby se pacientky vymanily ze závislosti na vlastních rodičích. V souladu s maladaptivním vztahovým kruhem anorektických pacientek krouží často veškeré dění v postižených rodinách pouze okolo boje o jídlo. Na straně jedné tak pacientky získávají požadovanou pozornost, na straně druhé však nemohou vyhovět přáním rodinných příslušníků, protože nárůst tělesné hmotnosti by se rovnal intenzivnímu ponížení.

Jak poznamenává Růžička a kol. (2006), anorektička si sice přeje nezávislost, avšak na druhé straně se nenaučila ji „žít“ a naplnit, tudíž má i nevědomou potřebu po vedení a navíc, právě na základě defektní osobnostní hranice, je snadno ovlivnitelná a manipulovatelná.

1.3.2 Mentální bulimie z pohledu psychosomatiky

U bulimických pacientek je narušen rozvoj ega a pocitu vlastní hodnoty. Před návalem žravosti vnímají tyto pacientky mnohdy pocity prázdnoty, osamělosti, úzkosti, stísněnosti či nejistoty; nekontrolovatelný přísun potravy tak slouží k překonání těchto pocitů tím, že poskytuje útěchu a náklonnost, kterou pacientky v životě postrádají. Depresivní pocity spouštějí tzv. rozdvojení vlastního já: záchvat žravosti je pacientkami prožíván při plném vědomí jako něco, co přichází „zvnějšku“. Při záchvatu je, obrazně řečeno, inkorporován druhý člověk, jehož ztráty se pacientky obávají; hrozící ztráta je tak kompenzována tímto způsobem. Na konci záchvatu se však dostavují pocity odporu, úzkosti a viny, strach ze závislosti a bezmocnosti. Aby pacientka dosáhla jak tělesné, tak psychické úlevy, vyvolá zpravidla bezprostředně, ihned po záchvatu nadměrné konzumace jídla, zvracení. „Ten, který byl inkorporován, je následně nestrávený vyzvracen“; tímto způsobem si pacientky opětovně vytvářejí odstup od druhých. Následuje fáze vyčerpání, nevolnosti a lhostejnosti, která signalizuje konec rozdvojení já. Tyto pocity přecházejí do deprese, pocitu viny, studu, zoufalství a prázdnoty. Po stále kratších časových úsecích kontroly a zklidnění se opět spouští orálně-depresivní proces „inkorporace“ (Krusse a kol., 2008).

Bulimičky odsuzují samy sebe kvůli svým jídelním návykům, ale je to pro ně přijatelnější než si připustit skutečné obavy a frustrace. Jsou mnohdy vychovávány k tomu, aby hledaly souhlas a potvrzení u ostatních, místo toho, aby užívaly svůj vlastní úsudek. Potlačují a ukrývají své potřeby a svůj hněv – a to i samy před sebou; později se však tyto pocity mohou vynořit v podobě záchvatů přejídání a následného pročišťování (Kranzová, Maloney, 1994).

Jak uvádí Danzer (2001), v bulimických záchvatech vlčího hladu spočívá pokus o roztříštění hranic, které jsou pacientkou pociťovány jako omezení; zejména během záchvatu pacientka postupuje přímo proti tělu, které představuje zmiňované omezení. V této souvislosti však v sobě symptomy bulimie často skrývají paradox – na jedné straně pacientky usilují o neomezenost, pokouší se roztřístit hranice vlastního těla tím, že překonají pocit nasycenosti, avšak realita v podobě mučivého zvracení je o to více konfrontuje s vlastní malostí a s hranicemi těla. U bulimie je inscenováno přemožení já, k čemuž často reálně docházelo v dětství pacientky. Pro nemocné trpící bulimií je charakteristický narušený vztah k tělu, k dalším symptomům, pro bulimii typických, patří strach z odevzdání se, které je prožíváno jako ztráta kontroly, a narušený vztah k roli vlastního pohlaví, který s sebou nese vzpouru proti ženskosti. K bulimii patří také typický světový názor, který je možno označit jako filosofii slasti. Hlad po slasti a uspokojení slasti jsou definovány jako smysl života; jelikož však hledání slasti samo o sobě ztělesňuje prázdnotu světa, ústí většinou v hluboký životní pesimismus. Životní základna pacientek je často velice malá a pocit nejistoty proto velice výrazný, neboť každá forma závislosti, kterou bulimie bezesporu je, vzniká vždy na pozadí osamělosti. Z tohoto důvodu následně vyplývá rozhodující význam posílení „horizontální životní základny“ pacientek v průběhu terapie – například v tom smyslu, že se pacientky naučí vytvářet v životě více vazeb a vztahů.

1.4 Terapie PPP

Přes dlouhodobou pozornost věnovanou PPP je výskyt těchto poruch stále vysoký. Nezbytným předpokladem úspěšnosti terapie je pamatovat na nutný komplexní a multidisciplinární přístup mířený nejen k pacientovi, ale i jeho rodinným příslušníkům (Němečková, 2007). Jak poukazuje Papežová (in Höschl, Praško, Seifertová, 2004), žádné jednoduché psychosociální, rodinné ani biologické modely příčinu tohoto onemocnění zatím uspokojivě nevysvětlily; proto PPP nelze posuzovat ani léčit s jednostrannými koncepcemi, ale v celém biopsychosociálním kontextu. Péče má být komplexní, s důrazem na výběr a koordinaci adekvátních, diferencovaných postupů. Taktéž Stárková (2005) zmiňuje, jak ze současných zkušeností plyne, že PPP jsou nemoci multifaktoriální – dle mnohých tvrzení leží na průsečíku vnějšího a vnitřního světa pacientky, to znamená, že se dotýkají všech problémů, zážitků, pocitů a událostí.

Prvním, nejdůležitějším krokem v plánování léčby PPP je získat úplné, kompletní zhodnocení, aby PPP a ostatní přidružené psychické a fyzické problémy mohly být patřičně diagnostikovány (National Eating Disorders Association, 2009).

Stále častější výskyt poruch příjmu potravy se odráží v potřebě nových terapeutických přístupů. Slibné výsledky přináší nová forma rodinné terapie, Multi-Family-Therapy, kdy je psychoterapie prováděna současně s několika rodinami. Pojetí rodinné terapie poruch příjmu potravy přitom prochází významnou proměnou pohledu na roli rodiny v etiopatogenezi těchto poruch. Rozhodnutí využít tuto formu psychoterapie pro pacienty Centra pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK vychází z potřeby zařadit do komplexního programu účinnou formu rodinné terapie a péče o rodiny pacientů. Literatura dokumentující pozitivní výsledky Multi-Family-Therapy (vícerodinná terapie) v Anglii a dalších zemích byla přesvědčivým argumentem pro tuto volbu (Tomanová, 2008).

1.4.1 Současný stav v oblasti péče o nemocné s PPP

V roce 1983 vznikla první specializovaná jednotka pro PPP na Psychiatrické klinice 1. LF v Praze dle vzoru specializované jednotky v Kortenbergu (Belgie). Ambulantní složka se od té doby významně rozšiřovala a rozšiřuje. Péče o psychosomatické pacienty je na tom obdobně; od roku 1989 je k dispozici Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, kde se rovněž tým odborníků věnuje léčbě PPP. Od roku 1991 funguje ambulantní psychosomatické pracoviště ESET v Praze 4, od roku 1992 se PPP zabývají rovněž odborníci v Jablonci nad Nisou. Nově vznikly jednotky pro PPP při Olomoucké psychiatrické klinice (1997) a Psychiatrické léčebně v Opařanech. Významného postavení v léčbě PPP zaujímá rovněž psychiatrická klinika FN Brno, pracoviště Bohunice. Plánovány jsou údajně i další jednotky specializované péče. Dosavadní specializovaná péče pro pacienty s PPP, rovněž ani pro ostatní psychosomatické pacienty, nebyla zakotvena v koncepci psychiatrie. Je třeba zdůraznit, že terapie PPP má i oproti ostatním psychosomatickým onemocněním svá specifika, která je třeba respektovat při zřizování dalších zařízení i v postgraduální výchově specialistů, včetně supervizí. Celostátně vznikla potřeba dalších zařízení. Aby však tato zařízení mohla v plném rozsahu plnit požadovaný účel, je nezbytné, aby vznikala na základě dlouholetých zkušeností a s personálem vyškoleným v této oblasti, ve spolupráci s příslušnými odbornými organizacemi. Psychosomatické kliniky vznikají především na území bývalé NDR a v západní části Německa. Dlouholeté zkušenosti s různě organizovanými, specializovanými jednotkami pro PPP mají v dalších evropských zemích (např. Anglie, Francie, Belgie, Itálie, Švýcarsko, Španělsko, Holandsko a Rakousko) a severoamerických státech (Fakultní nemocnice Brno, 2008; Sekce PPP při České psychiatrické společnosti JEP, 2008).

1.4.2 Základní psychosomatická péče o pacienty s PPP

Základní psychosomatická péče o pacientky trpící MA spočívá:

- v lékařské akutní péči v krizových situacích ohrožujících život pacientek,
- v realimentaci,
- v somatické terapii následných projevů a motivační práci k psychoterapii v rámci základní psychosomatické péče,
- zpravidla v dlouhodobé odborné psychoterapii, která začíná ve většině případů stacionárně (Krusse a kol., 2008).

Při koordinaci léčby je přihlíženo k somatickému i psychickému stavu, stupni zralosti pacientky, motivaci k léčbě, někdy i sociálním podmínkám a dostupnosti jednotlivých léčebných programů; psychofarmakoterapie je užívána na empirickém podkladě, žádná zatím prokazatelně neovlivňuje nárůst váhy ani poruchy vnímání vlastního těla. Univerzální terapeutický program či metoda neexistuje, každý případ je posuzován čistě individuálně (Černá, 2008).

Jelikož pacientky onemocnění často popírají a z tohoto důvodu zpravidla odmítají nabídku léčby, je v iniciální fázi rozhodující nosný vztah mezi lékařem a pacientkou. Složitost problematiky MA klade na lékaře a ošetřující personál značné nároky; v této souvislosti je nezbytné, aby byla pochopena autonomní problematika a nestabilní pocit vlastní hodnoty těchto pacientek, reflektovány vznikající pocity a vyjasněny konflikty vznikající v týmu z důvodu této náročné situace. Lékař a ošetřující personál vedou pacientku tak, že jsou jí nakloněni, ale zároveň jsou vůči ní striktní. Po realimentaci by měla následovat stacionární či ambulantní odborná psychoterapeutická léčba, do které by měla být začleněna také rodina pacientky. Při léčbě jsou rozhodující následující faktory: lékař je k dispozici, je trpělivý a rozhodný, nabízí otevřenou spolupráci; pečuje o život pacientky a respektuje její svébytnost (Krusse a kol., 2008).

Ve vztahu lékař – pacientka se však mnohdy vyskytují určité zvláštnosti, pro průběh léčby MA specifické. Na počátku onemocnění upoutávají pacientky pozornost lékaře často buď svojí dívčí nesmělostí nebo u něho vyvolávají starost a soucit

v důsledku kachexie. Mnohdy svým rozumným a diferencovaným vystupováním přimějí lékaře k tomu, že také on popírá ohrožení života. Pacientky usilují o to, aby ony samy určovaly modalitu terapie. Již po krátkém čase začínají lhát, nedodržují smluvená ujednání, nezřídka kradou potraviny, chovají se arogantně, lékaře tak přivádějí až k bezmoci. V takovéto situaci mají lékaři pocit, že je pacientky podvádějí a ztrácí schopnost jednat. Současně vyvstává nebezpečí sexualizace terapeutického vztahu. Uvedené chování patientek je nutné chápat jako boj o vlastní nezávislost. Ze strachu, že budou bezmocné, závislé a pohlcené, činí raději druhé bezmocnými. Každý souhlas s terapií pro ně představuje zostuzující podrobení se a vzdání se sebe samých (Krusse a kol., 2008).

V rámci základní psychosomatické péče o pacienty trpící MB je nezbytné:

- pacientky obsáhle informovat o klinickém obrazu nemoci, možných rizicích i terapeutických možnostech,
- vyjasnit zvláště ty situace, v nichž se pacientky cítí osamělé, ponížené či odmítnuté,
- řešit následky záchvatů přejídání a následného zvracení (úprava minerálové dysbalance, postupné vysazování projímadel...),
- motivovat pacientky k odborné psychoterapii (Krusse a kol., 2008).

Jak uvádí Papežová (in Höschl, Libiger, Švestka, 2004), v otázce psychofarmakoterapie existuje u MB více kontrolovaných studií, které potvrdily účinnost antidepresiv v redukci bulimické symptomatologie.

Rovněž v průběhu léčby této poruchy se vyskytují určité zvláštnosti ve vztahu mezi lékařem a pacientkou. Z důvodu pocitů studu a viny zatajují pacientky symptomy po celé roky, než se obrátí na lékaře. Oproti pacientkám s MA nestojí v popředí vztahu mezi lékařem a bulimickou pacientkou otevřený boj o autonomii; pacientky se na lékaře velmi těsně váží, mají dobrou komplianci a, pokud byl již jednou stud překonán, vyhledávají podporu. Nezřídka se snaží lékaře přinutit k soustavnějšímu poskytování uznání a pozornosti; stáhne-li se v tomto případě lékař zpět, následuje často zhoršení

symptomaticky, popř. pacientky vztah náhle ukončují. Léčba bulimie je značně individuální, neexistuje žádná jednotná terapie a prognózy jsou nanejvýš rozdílné, jelikož za projeveným onemocněním mohou stát všechny stupně poruchy osobnosti (Krusse a kol., 2008).

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je upozornit na význam psychosomatického přístupu v léčbě PPP a na nezbytnost skutečného uplatňování tohoto přístupu v praxi. Vyzdvihnout důležitost komplexního přístupu, zohledňujícího individualitu jednotlivých případů, zasahující souvislosti ze široké oblasti vztahů bio-psycho-sociálních.

Pro zmapování problematiky uplatňování psychosomatického přístupu v léčbě PPP v co možné nejširší oblasti zahrnující vztahy bio-psycho-sociální a souvislosti v rámci těchto vztahů, slouží kvalitativní výzkum.

Cílem kvalitativního výzkumu je zmapovat danou problematiku z pohledu osob zúčastněných v procesu léčby PPP, konkrétně:

1. pacientů starších 18 let věku, kteří léčbu PPP podstupují nebo již podstoupili,
2. rodinných příslušníků nemocných s PPP, starších 18 let věku,
3. odborníků, kteří se problematikou PPP zabývají.

Kvalitativní výzkum prováděný mezi pacienty má co možná nejkomplexněji zmapovat širokou oblast bio-psycho-sociálních vztahů v souvislosti ke vzniku, průběhu a léčbě PPP.

Kvalitativní výzkum prováděný mezi rodinnými příslušníky má zmapovat názory týkající se průběhu a léčby PPP u člena rodiny, s důrazem na účast v léčbě PPP.

Kvalitativní výzkum prováděný mezi odborníky má zmapovat názory a celkový pohled odborníků na problematiku PPP, se zaměřením na otázku nezbytnosti komplexního přístupu v léčbě těchto poruch.

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující dílčí cíle:

1. zjistit, do jaké míry je podle zkušeností pacientů a jejich rodinných příslušníků k problematice PPP přistupováno opravdu komplexně,
2. zjistit názory jednotlivých odborníků ke komplexnímu přístupu v léčbě PPP a jejich celkový pohled na danou problematiku.

Kvalitativní výzkum slouží ke zmapování problematiky léčby PPP se zaměřením na míru uplatňování komplexního přístupu.

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1a. Jaká témata považují pacienti za významná ve vztahu při vzniku, průběhu a léčbě PPP?
- 1b. Jaká témata hodnotí rodinní příslušníci jako podstatná pro vznik, průběh a léčbu PPP?
2. Co pokládají odborníci za významné pro vznik, průběh a léčbu pacienta s PPP?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Potřebná data byla získávána prostřednictvím kvalitativního výzkumu, zvolenou metodou byla technika semistrukturovaných rozhovorů.

Semistrukturované rozhovory byly vedeny s:

1. osobami trpícími PPP, staršími 18 let věku, které léčbu PPP podstupují nebo již podstoupily,
2. rodinnými příslušníky nemocných s PPP, staršími 18 let věku,
3. odborníky zabývajícími se problematikou PPP.

Semistrukturovaný rozhovor vedený s osobami trpícími PPP sestával ze 4 hlavních okruhů (viz. příloha č. 1), kterými byly:

1. charakteristika rodinného a společenského prostředí,
2. charakteristika osobnosti,
3. období nemoci (PPP),
4. současný stav.

V okruhu *charakteristika rodinného a společenského prostředí* definovaly osoby trpící PPP především svůj vztah k otci, matce, eventuálně k sourozencům a nejbližším příbuzným.

Ve druhém okruhu rozhovoru, *charakteristika osobnosti*, byly otázky zaměřeny na popis vlastního charakteru, vlastností, názorů a postojů; otázky se týkaly období před vznikem PPP.

Okruh *období nemoci (PPP)* byl dále rozčleněn do 3 dílčích částí, kterými byly:

- a) vznik PPP,
- b) průběh PPP,
- c) léčba (probíhající či již absolvovaná).

V části *vznik PPP* byly otázky zacíleny na popis okolností vedoucích k PPP, a to z pohledu nemocných samotných. Část *průběh PPP* obsahovala otázky týkající se symptomů dané PPP, změn, které PPP vyvolala, pocitů, které osoby trpící těmito poruchami samy prožívaly. V části *léčba PPP* byly kladeny otázky týkající se iniciálního kroku léčby, možností a forem léčby nabízených a skutečně podstoupených, průběhu (dosavadní) léčby a, pokud již dotazované osoby léčbu absolvovaly, zhodnocení výsledků léčby.

Okruh *současný stav* byl zaměřen na popis stávající situace dotazovaných, jak po stránce zdravotního stavu, tak po stránce vztahů k okolnímu společenskému prostředí.

Semistrukturovaný rozhovor vedený s rodinnými příslušníky dotazovaných osob trpících PPP sestával ze 13 otázek (viz. příloha č. 2). Otázky rozhovoru byly zaměřeny na definování domnělých příčin vzniku PPP u člena rodiny, popis osobnosti nemocného člena rodiny před vznikem PPP a v průběhu PPP, popis prožívání průběhu PPP u nemocného člena rodiny dotazovanými osobně, zhodnocení efektu léčby, stejně tak jako zhodnocení systému léčby PPP v ČR, popřípadě nedostatků tohoto systému.

Semistrukturovaný rozhovor vedený s odborníky, kteří se problematikou PPP zabývají, byl tvořen 7 otázkami (viz. příloha č. 3). Tyto otázky byly koncipovány tak, aby jejich zodpovězení předložilo názory a celkový pohled jednotlivých odborníků na problematiku PPP, a to na základě dosavadních zkušeností každého z nich.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představovali cíleně volení respondenti, jimiž byli v souvislosti s tematikou bakalářské práce osoby zúčastněné v procesu léčby PPP, konkrétně:

1. osoby trpící PPP, starší 18 let věku, které léčbu PPP podstupují nebo již podstoupily,
2. rodinní příslušníci osob trpících PPP, starší 18 let věku,
3. odborníci zabývající se problematikou PPP.

Velikost výzkumného souboru byla předem stanovena. 5 dotazovaných osob v každé ze 3 výše zmiňovaných kategorií tvořilo výzkumný soubor o celkovém počtu 15 osob.

O povaze výzkumu a s nabídkou do jeho zapojení se, za podmínky splnění konkrétních kritérií (viz. dále), jsem informovala své blízké okolí. Z tohoto prostředí se kvalitativního výzkumu účastnily 3 osoby trpící PPP, další 2 osoby se do výzkumu zapojily na základě předaných informací předchozími 3 osobami. Všech 5 osob (pouze ženy) s diagnózou PPP pocházelo z kraje Vysočina.

Nemocné s PPP byly rovněž informovány o současně plánovaném výzkumu v řadách rodinných příslušníků; na základě této skutečnosti mi každá z nemocných ochotně poskytla kontakt na vybrané rodinné příslušníky (starší 18 let věku). Taktéž tito rodinní příslušníci byli informováni o povaze a náležitostech výzkumu; posléze, na základě vzájemné dohody, bylo stanoveno 5 osob z této kategorie. Na rozhovor s každou nemocnou s PPP navazoval rozhovor s jedním rodinným příslušníkem dané nemocné.

Informace o plánovaném výzkumu - společně s nabídkou účasti - byla rovněž, po předchozí domluvě, zaslána formou informativního letáčku do Kontaktního centra Anabell Praha (Drtinova 1a, 150 00, Praha 5 - Smíchov). V tomto případě jsem neobdržela žádnou zpětnou vazbu.

S okruhy rozhovoru byly dotazované osoby (nemocné trpící PPP, jejich rodinní příslušníci) předem seznámeny. Prostřednictvím elektronické pošty byl těmto osobám

zaslán seznam okruhů plánovaného semistrukturovaného rozhovoru doplněný o cílené otázky. Dotazovaným osobám byla rovněž předem zdůrazněna zásada zachování anonymity (neuveřejňování údajů vedoucích k identifikaci dotazovaných osob) za současného zachování pravdivosti získaných údajů. Stejně tak bylo těmto osobám garantováno odmítnutí zodpovídat z jakéhokoli důvodu položenou otázku; míru vstupu do soukromí v průběhu rozhovoru tak mohli určovat sami dotazovaní. Všem osobám byla zaručena kontrola jimi poskytnutých údajů ještě před publikací, současně byly obeznámeny, v případě zájmu, s možností zaslání zpracované bakalářské práce v elektronické podobě. Respondentům byl poskytnut dostatečný časový prostor - v délce jednoho týdne - pro potvrzení či odmítnutí účasti v plánovaném výzkumu. Všichni respondenti účast potvrdili.

Semistrukturované rozhovory vedené s osobami trpícími PPP a jejich rodinnými příslušníky byly vedeny v průběhu měsíců března a dubna roku 2009, konkrétní datum rozhovoru bylo stanoveno po předchozí domluvě s každou respondentkou s PPP. Každá z respondentek určila také datum rozhovoru, které rovněž vyhovovalo konkrétnímu rodinnému příslušníku. Rozhovory s respondenty byly vedeny v klidné místnosti, dočasně vyhrazené k tomuto účelu, vždy v místě bydliště respondentů. Osobně se domnívám, že průběh rozhovoru s každým respondentem kladně ovlivnila navozená přátelská atmosféra. Rozhovory byly zaznamenávány – se souhlasem dotazovaných - na záznamové zařízení, současně jsem si některé, pro mne důležité, informace písemně zaznamenávala.

V případě jedné z respondentek probíhala vzájemná komunikace prostřednictvím elektronické pošty; důvodem byl její pobyt v zahraničí. Zmiňovanou formou komunikace proběhl rovněž rozhovor s rodinným příslušníkem této respondentky.

Rozhovor s každou z respondentek trval cca 2 hodiny, s každým rodinným příslušníkem cca 40 minut.

Cíleně byli voleni, o povaze výzkumu informováni a s nabídkou účasti ve výzkumu oslovováni rovněž osoby z řad odborníků. Celkem tak bylo osobně osloveno 10 odborníků zabývajících se problematikou PPP; 7 odborníků bylo osloveno

v Českých Budějovicích, 3 odborníci v kraji Vysočina (Pelhřimov, Jihlava). Všem osloveným bylo nabídnuto zaslání zpracované bakalářské práce v elektronické podobě. Oslovováni byli jak odborníci zabývající se problematikou PPP u pacientů starších 18 let věku, tak odborníci zabývající se danou problematikou u pacientů dětského a dorostového věku. Cílem bylo získat názory a celkový pohled jednotlivých odborníků na problematiku PPP na základě dosavadních zkušeností každého z nich, věkové omezení jejich pacientů nebylo v tomto případě vymezeno.

Kladně se k účasti ve výzkumu vyjádřilo 5 odborníků, pouze z Českých Budějovic. Konkrétně:

1. MUDr. Ivana Cimbůrková, Ambulance dětské a dorostové psychiatrie, Nemocnice České Budějovice, a.s.,
2. Bc. Hana Dohňalová, vrchní sestra, psychiatrické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.,
3. PhDr. Vladimír Forst, klinický psycholog,
4. MUDr. Lukáš Krejčů, psychiatr, psychoterapeut,
5. Mgr. Kateřina Sekyrová, Ambulance dětské klinické psychologie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Z důvodu pracovního vytížení této kategorie respondentů byla zvolena elektronická komunikace formou elektronické pošty. Data byla získávána v průběhu 3 měsíců, konkrétně od poloviny února do poloviny května 2009.

3.3 Metoda zpracování dat

Výzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativní strategie. Potřebná data byla získávána technikou semistrukturovaných rozhovorů vedených se třemi skupinami respondentů – osoby trpící PPP, rodinní příslušníci, odborníci zabývající se problematikou PPP.

Semistrukturované rozhovory byly zaměřeny na témata mapující širokou oblast bio – psycho – sociálních vztahů z pohledu dotazovaných respondentů, tedy pacientek s PPP a jejich rodinných příslušníků. Rozhovory byly zaznamenávány – se souhlasem dotazovaných - na záznamové zařízení, podstatné informace byly souběžně písemně zaznamenávány. S jednou z pacientek, a taktéž jejím rodinným příslušníkem, probíhalo dotazování formou elektronické komunikace. Témata semistrukturovaných rozhovorů vedených s odborníky byla zaměřena na podstatné aspekty problematiky komplexního přístupu v léčbě PPP a celkový pohled na problematiku těchto poruch, a to na základě dosavadních zkušeností každého z odborníků. Komunikace probíhala formou elektronické pošty.

Výpovědi respondentů byly následně zpracovávány kvalitativní analýzou. Výpovědi pacientek s PPP, rodinných příslušníků a odborníků, týkající se vždy konkrétního tématu, byly vzájemně porovnávány; účelem bylo ilustrovat jak jejich vzájemnou shodu, tak i odlišnost.

4 VÝSLEDKY

4.1 Poruchy příjmu potravy - příběhy pacientek

4.1.1 *Jana*

Jana, dvaatřicetiletá asistentka prodeje, se již tři roky potýká s mentální bulimií. Touha po uznání ze strany otce a partnera, po získání lásky a náklonnosti vyústila v nevědomé potlačování své jedinečnosti, svých přání. Neustálé citové „vykořisťování“ Janu velmi vyčerpávalo, avšak představa, že bude odmítnuta, zavrhnuta, ji trýznila, a tak vše pouze trpce snášela. Vedla těžký boj sama se sebou, v utajení před svým okolím. Jana nakročila k bulimii. Jídlo bylo náhradou za všechno trápení, strádání a čekání na projev partnerovy lásky; zpočátku stačila tabulka čokolády, později byl i rodinný nákup potravin málo. Pro Janu se jídlo stalo posedlostí, drogou.

Partnerský vztah byl v troskách. Na jedné straně přetrvávající láska ke Zbyňkovi a touha po jeho blízkosti, na straně druhé vztek a nenávisť vůči němu. Jana cítila prázdnotu, její tělo „hladovělo“. Každé sousto jídla tak znamenalo získat kousek Zbyňkovy lásky zpět, pouze pro sebe. Avšak blažený pocit naprostého štěstí a uspokojení vždy vystřídalá tísnivá realita, nenávisť a zlost – vůči sobě samé, vůči Zbyňkovi. Pryč se vším, zapomenout... Kolotoč bulimických záchvatů nebyla schopna zastavit.

Proces léčby mentální bulimie iniciovala Jana sama, svým rozhodnutím navštívit psychologa, a to i přes naprosté vyčerpání a pocit beznaděje. Cítila obrovskou úlevu, když se na svou situaci podívala reálně. První konzultace s psychiatrem však Janu naopak znervóznila; s krabičkou antidepresiva si připadala doopravdy jako „blázen“. Nicméně, pravidelné konzultace u psychologa a psychiatra napomáhaly snižovat frekvenci Janiných bulimických záchvatů. I přesto, že zdravotní stav nevyžadoval nutnou hospitalizaci, pravidelné návštěvy lékaře byly v procesu léčby MB nezbytné. Nabízenou možnost hospitalizace ve specializovaném centru pro léčbu PPP Jana po dlouhém přemýšlení odmítla, nebyla úplně přesvědčena, že právě tato možnost

by pro její uzdravení znamenala největší přínos. Zvolila možnost ambulantní léčby, a to i přesto, že si uvědomovala možná rizika tohoto rozhodnutí.

Jana navštěvovala poradnu občanského sdružení zaměřujícího se na pomoc osobám trpícím PPP, zapojila se do pravidelných skupinových setkání, jež občanské sdružení organizovalo. Součástí terapie bylo rovněž vedení si jídelních záznamů a deníkových zápisků, v terapii následně konzultovaných. Pomoc psychologa a účast na setkáních pro osoby trpící PPP a jejich rodinné příslušníky napomohly jak Janě, tak rodičům ke vzájemnému porozumění a vyjasnění problému, a to bez zkreslení.

V průběhu léčby MB se Jana naučila uvědomovat si svou jedinečnost, poznala, že podmínkou pro získání lásky není nutné naprosté odevzdání se na úkor svých přání. V současné době Jana stále dochází k psychologovi, psychiatrovi a účastní se skupinových setkání. Vede si jídelní záznamy i deník. Oporou a motivací je Janě současný partner, díky němuž poznává vztah založený na vzájemné toleranci.

4.1.2 Lucie

Dvacetiletá studentka Lucie podstupuje ambulantní léčbu mentální anorexie a doufá v náklonnost rodičů, kterou potřebuje k odhodlání podstoupit léčbu ústavní. Lucie neměla v dětství příležitost poznat, co vše obnáší vztah k rodičům založený na otevřenosti, důvěře a vzájemné toleranci. K úzkostné, depresivní matce a nevlastnímu otci necítila pevné pouto, které by ji dodávalo pocit jistoty a zázemí. V období středoškolského studia se situace ještě více vystupňovala. Lucie se propadala do samoty, litovala sama sebe, měla vztek na lidi, na sebe, na celý svět; nudu a stereotyp tak zaháněla jídlem. Zprvu si každé sousto vyčítala, později již rezignovala - a doslova se ládovala. Lucčina váha stoupala, její sebevědomí klesalo.

Zlom přinesla otcova zesměšňující poznámka narážející na Lucčin vzhled; v ponížení a zostuzení si Lucie utvořila mylnou představu o ideálu ženské krásy. Ze dne na den přestala jíst. Po několika dnech byla však touha po jídle silnější než její odhodlání - přecpala se k prasknutí. A právě proto byla nemožná... Hladovět, nacpat se, hladovět, nacpat se...bezmála rok trval tento kolotoč. Tělo si však začalo na stále delší období hladovění zvykat a v průběhu dalšího roku již Lucie nejedla skoro vůbec. Ale ona byla ve skutečnosti sama se sebou konečně spokojená; vždyť dosáhla svého cíle! Z Lucie se stala anorektička, odmítání jídla se stalo prostředkem boje proti všem a všemu, včetně sama sebe.

Iniciální krok v procesu Lucčiny léčby MA učinil její bratr; nekompromisně své sestře nakázal návštěvu ambulance psychologky, Lucie si v jeho přítomnosti musela sjednat termín konzultace. Vždyť on, její starší bratr, se nemůže mýlit-Lucie tak učinila. Rodiče se však k Lucii otočili zády, odmítli se do procesu léčby jakkoli zapojit. Lucie byla velice zklamaná. Jedinou oporou jí tak byl pouze bratr. Terapie u psychologky, sezení u psychiatra a antidepresiva pomáhaly Lucii vidět problém z jiného úhlu. Poruchy metabolismu si však vyžádaly rovněž několikadenní hospitalizaci v nemocnici.

V současné době je Lucie v ambulantní péči psychologky, psychiatra a praktického lékaře. Lucie má dostatek informací o naskýtajících se možnostech léčby. K odhodlání podstoupit léčbu ústavní však postrádá podporu ze strany rodičů.

4.1.3 Kamila

Čtyřicetiletá Kamila podstoupila odbornou léčbu mentální bulimie a závislosti na alkoholu. Na pozadí Kamiliny situace hraje významnou roli nenaplněný vztah k matce - alkoholičce, stejně tak jako chybějící mužský vzor. Chybějící porozumění hledala v období dospívání ve společnosti part; avšak ani zde, ani v krátkodobých partnerských vztazích nepociťovala uspokojení z naplnění života. Nudu, prázdnotu, smutek a zklamání začala Kamila zahánět sklenkou alkoholu, po půl roce celou lahví. Pociťovala strašný vztek - nikdy nechtěla být jako její matka a najednou, stejně jako ona, propadala alkoholu! Náhražkou za alkohol se Kamile mělo stát jídlo. Ovšem ani to nepřinášelo uspokojení, Kamila se stále obávala chvíle, kdy se vrátí do tíživé reality. Opět sáhla po lahvi alkoholu. Cesta k bulimii nebyla dlouhá - jídlo, společně s alkoholem, pomáhalo Kamile uniknout pryč do lepšího světa, pak však přišel pocit zoufalství, beznaděje, prázdnoty, výčitky; Kamila toužila po konci toho všeho. Stále dokola.

Stav naprostého fyzického a psychického vyčerpání byl počátkem Kamilina, rozhodně neplánovaného, procesu léčby; sestra přivolala lékařskou pomoc. Na hospitalizaci v nemocnici navazoval pobyt v psychiatrické léčebně. Kamila však neměla sebemenší odhodlání ke spolupráci s odborníky, cítila pouze prázdnotu, rezignovala, pouze chtěla učinit konec svému trápení a zoufalství. Několik prvotních sezení s psychologem promlčela. Když však začala brečet, začala rovněž znovu cítit, prožívat; toto byl zlom v procesu léčby. Odpovídající režim, pracovní terapie, konzultace s psychologem, skupinová sezení, relaxace, vedení deníku a antidepresiva byly pro Kamilu nadějí k cíli. Během několikaměsíčního pobytu v léčebně si Kamila uvědomila, co celou dobu tak marně hledala, a sice smysl života. Ambulantní léčba, konkrétně pravidelné konzultace s psychologem a psychiatrem, která na pobyt v léčebně navazovala, Kamile napomáhala dále a soustavně na sobě pracovat. Rovněž díky sestře, která byla po celou dobu Kamile oporou a která se snažila nahradit jí zázemí, chybějící ze strany matky, dosahovala Kamila drobných pokroků, které se ve výsledku násobily.

V současné době je Kamila v ambulantní péči psychologa. Matka stále bojuje se závislostí na alkoholu a, jak Kamila dodává, stále hledá smysl života, který je dle jejího názoru tím hlavním, co o výsledku léčby rozhoduje.

4.1.4 Edita

Edita, třiaadvacetiletá studentka vysoké školy, se již dvakrát potýkala s mentální anorexií-ve svých třinácti a posléze jedenadvaceti letech. V obou případech však pozadí nemoci tvoří vystupňovaná touha dosáhnout vytčeného cíle, stejně jako problémový vztah k matce. Edita však, i přes svou samostatnost, toužila po uznání a chvále ze strany rodičů. Pozornost byla věnována spíše Ivet, účastníci se tanečního soustředění v zahraničí. Odmítání jídla bylo prostředkem, jak dosáhnout dvou cílů současně-získat pozornost rodičů a přiblížit se Ivet, která v té době připomínala tyčku, nutno dodat, že úspěšnou, obdivovanou. Matka se v Editiných očích stala zrádce - byla to ona, která jí překazila cestu k vytčeným cílům, když ji přivedla k lékaři. Matčina kontrola nad každým soustem jídla a pravidelné návštěvy lékaře však byly jedinými opatřeními v Editině léčbě anorexie; váha šla opět nahoru a to k úspěšnosti léčby stačilo. Zřejmě. Avšak Edita si každé sousto jídla vyčítala; s každým soustem si v podstatě bránila v dosažení svých cílů.

Tíha zodpovědnosti, cílevědomost a touha dovést vše k dokonalosti v období vysokoškolského studia dovedly Editu opět k anorexii. Tentokrát však nepřekazila Editinu snahu k dosažení vytčených cílů matka, tentokrát to byla odpověď samotného těla na nadměrnou zátěž. Tělo, které do té doby Edita ovládala, protestovalo. Čtyři týdny hospitalizace v nemocnici byly nutné k úpravě rozvráceného metabolismu. Konzultace s psychiatrem považovala Edita v té době za naprosto zbytečné, závažnost problémů si nepřipouštěla. Nemocnici však Edita opouštěla jako čekatel pobytu ve specializovaném středisku pro léčbu PPP. Stanovený režim nebyla Edita schopna dodržet, opět se propadala do stavu zoufalství a beznaděje... a datum nástupu do specializovaného centra bylo daleko. Jedinou nadějí tedy pro Editu představoval pobyt v psychiatrické léčebně. Zde Edita dodržovala stanovený režim, účastnila se arteterapie,

muzikoterapie, vedla si deník, pravidelně své pocity konzultovala s psycholožkou. Během tří měsíců Edita opět získala sílu, přehodnotila dosavadní situaci. Pobyt ve specializovaném středisku pro léčbu PPP odmítla; Editino nejbližší okolí považovalo pobyt ve zmiňovaném středisku za záruku uzdravení, nicméně Edita byla zcela jiného názoru - a za tím si stála. Na jedné straně je Edita ráda, že jí rodiče byli po celou dobu oporou, na straně druhé si však uvědomovala svou závislost, cítila, jak se stává pouhou loutkou, se kterou je snadné manipulovat.

V současné době je Edita v ambulantní péči psychiatra.

4.1.5 Markéta

Markéta, čtyřicetiletá vedoucí dublinské kavárny, prostřednictvím mentální anorexie vyjadřovala touhu po náklonnosti a lásce. Třikrát - ve svých třinácti, šestnácti a devatenácti letech. Pocit, že si otcovu lásku a náklonnost musí Markéta zasloužit, byl počátečním krokem vedoucím k anorexii, jež tak byla ve své podstatě jakýmsi donucovacím prostředkem, který jí měl zajistit splnění přání. Ať již usilovala o lásku ze strany otce, či později o lásku ze strany partnera. Výsledkem byla Markétina závislost na partnerovi, potlačování své jedinečnosti, sebepopření. A mentální anorexie.

První vlnu nemoci si Markéta plně neuvědomovala, druhou a třetí si naopak v žádném případě nechtěla připustit; stále se ujišťovala, že má vše pod kontrolou. Markéta tak vlastně ani necítila potřebu vyhledat odbornou pomoc. O „samoléčbu“ se pokoušela celkem třikrát, až si uvědomila, že se takto „sebeléčí“ skoro sedm let. Prvotním impulsem k léčbě bylo pro Markétu uvědomění si závažnosti celé situace a odhodlání zachránit partnerský vztah. Ani v partnerovi, ani v rodičích však nenašla takovou oporu, jakou potřebovala. Její snahu tedy charakterizovalo vědomí, že bude pracovat na sobě a pro sebe. Odmítala předat zodpovědnost za svou situaci do rukou lékařů, odmítala léčbu ústavní. Hledala směr, který s člověkem pracuje komplexně. Sama se rozhodla pro metodu kineziologie; zpracovávala celý svůj široký problém kousek po kousku, poznávala sama sebe, svou jedinečnost. Postupem času se Markéta pokoušela zapojit do léčby rovněž rodinu, s pochopením se však nesetkala.

Za téměř pět let od počátku léčby je již Markéta jinde. Kineziologie ji napomohla zpracovat problém takovým způsobem, aby výsledkem bylo vytvoření nového, nedestruktivního vzorce-odmítání jídla není prostředkem k získání něčeho, co už člověku dávno náleží. Pochopila a s rodiči si vyjasnila chyby, které bránily harmonii jejich vzájemných vztahů, naučila se s nimi komunikovat. Markéta si je jistá, že celý svůj problém zpracovala natolik, aby mohla jednou provždy říci anorexii sbohem.

V současné době žije s partnerem v zahraničí, rovnováhu nachází v alternativní medicíně.

4.2 Poruchy příjmu potravy jako komplexní problém z hlediska pacientek

Za účelem snazší orientace ve výpovědích pacientek byly tyto utříděny do období před vznikem PPP, v průběhu PPP a do období současného stavu. Cílem kvalitativní analýzy výpovědí pacientek bylo nalézt témata, která pacientky dle svého názoru pokládají za zásadní v celém kontextu bio-psycho-sociálních vztahů v souvislosti ke vzniku, průběhu a léčbě PPP.

Jako nejdůležitější, často zmiňovaná, se mi tak z pohledu pacientek jevila tato témata:

1. rodinné prostředí,
2. vlastní hodnocení své osobnosti,
3. okamžik, který pro ně osobně byl zlomovým v procesu léčby a
4. míra účasti rodinných příslušníků v procesu léčby.

Výpovědi jednotlivých pacientek, vztahující se k danému tématu, byly vzájemně srovnávány. Účelem bylo ilustrovat jak jejich vzájemnou shodu, tak odlišnost.

Autentické výpovědi jednotlivých pacientek uvádím v závorce kurzívou.

4.2.1 Charakteristika rodinného prostředí z pohledu pacientky

Každá z pacientek charakterizovala rodinné prostředí jinak, pro každou z nich byl ve vztahu k rodinným příslušníkům podstatný jiný aspekt, který tyto vztahy dle jejich tvrzení ovlivňoval.

Pro Janu to byl z jejího pohledu nedostatečně naplněný vztah s otcem (*V období dospívání jsem se až příliš upnula na osobu otce a, možná až nekriticky, k němu vzhlížela; hledala jsem vzor, oporu, jistotu. Vždy jsem se snažila mu zavděčit, jeho pochvala a uznání pro mne byly jistotou, zázemím. Bylo mi tak nadmíru jasné, že jediný můj chybný krok mimo otcovy zásady a očekávání by ze mne učinil „bílou vránu“ rodiny.*), který tvořil pozadí vzniku mentální bulimie.

Lucie rovněž přikládá ze svého pohledu význam nenaplněnému vztahu k otci, který dle jejího mínění odstartoval mentální anorexii, ovšem v jejím případě měla situace jiné pozadí; rozvodem rodičů ztratila vlastního otce a k otčímovi vztah nenalezla (*Rodiče se rozvedli, když mi byly tři roky, tátu znám v podstatě pouze z fotografií. Když mi bylo osm let, matka se po dvouleté známosti opět provdala, avšak od té doby nesměla doma padnout jediná zmínka o vlastním tátovi. Nicméně já jsem, a v období dospívání obzvláště, „nového“ tátu nějak nemohla přijmout, stále jsem k němu hledala cestu. Idea správné rodiny pro mne zůstávala nedosažitelnou.*).

Naopak, pro Kamilu byl z jejího pohledu pro vznik mentální bulimie zásadní vztah k matce. Bulimie, se kterou se potýkala, současně se závislostí na alkoholu, byly dle jejího hodnocení důsledkem nezájmu a lhostejnosti, které z matčiny strany pociťovala (*Na matku-alkoholičku spolehnoutí nebylo, náš vztah byl v troskách, a jestliže jsem jí závislost na alkoholu dříve vyčítala, tak na to jsem už rezignovala. Kolikrát jsem se snažila navázat s ní kontakt, přála jsem si, abychom k sobě našly cestu, chtěla jsem zažít, co vše obnáší vztah matka-dcera. Marně. Má snaha vždy zůstala bez odezvy. Chyběla m rodičovská láska, pozornost, porozumění. Tohle vše jsem tak musela hledat jinde.*). Avšak taktéž, stejně jako Jana a Lucie, zmiňuje Kamila význam vztahu k otci, v jejím případě v souvislosti s nenaplněním partnerských vztahů (*Když jsem se narodila, rodiče již byli rozvedeni, tátu jsem nikdy neviděla, matka se mnou o něm nikdy nemluvila. Neměla jsem blízko sebe mužský vzor, nedokázala jsem si představit, jaký by vlastně měl ideální muž být. Žádná známost se mi po krátké době nejevila jako perspektivní, a tak jsem ji posléze ukončila. Muže jsem vnímala spíše jako prostředek ke krátkodobému obohacení mého nudného a stereotypního života.*).

Edita spatřuje jeden z faktorů, který byl z jejího pohledu pravděpodobnou příčinou vzniku mentální anorexie, v dlouhodobém odloučení od otce (*V době, kdy mi bylo osm let, otec odcestoval pracovně do zahraničí. Po čtyřech letech se již do republiky vrátil nastálo. Nicméně, můj vztah k otci již byl odloučením poznamenán - i když jsem tátovi neměla za zlé, že na tak dlouhou dobu odjel.*), avšak do souvislosti se vznikem anorexie vkládá rovněž významnou změnu ve vztahu k matce (*V období dospívání se můj vztah k matce výrazně změnil, k matce jsem nemohla nalézt cestu, měla*

jsem pocit, jakoby nás dělila silná zeď.), která byla dle jejího mínění i posléze přetrvávající příčinou problémů (*Bohužel jsem v té době ještě netušila, že vztah k matce bude příčinou tolika problémů a že budu toliko přemýšlet o tom, zda vůbec k ní ještě někdy naleznou cestu.*).

Markéta osobně přikládá rozhodující význam na vzniku mentální anorexie právě rodinnému prostředí (*Osobně se domnívám, že právě rodinné prostředí je klíčovým faktorem vzniku PPP; je jakýmsi „startovacím“ bodem.*). Dle jejího názoru byla anorexie výsledkem snahy o získání rodičovské lásky v podobě, po které ona sama toužila (*Můj vztah k otci charakterizovala domněnka, že podmínkou získání jeho lásky je potřeba něco udělat, dokázat, obětovat; zkrátka, že otcovu lásku si musím zasloužit... S PPP toto souvisí tak, že PPP v mnoha směrech funguje jako „donucovací prostředek“; a zde jsem chtěla získat uznání a lásku otce. Naopak, matčina láska byla dostupná, ale já jsem ji nepřijímala. Ano, po lásce jsem toužila, avšak v jiné formě, než v jaké mi byla nabízena.*).

4.2.2 Charakteristika vlastní osobnosti z pohledu pacientky

Pacientky v charakteristice vlastní osobnosti spatřovaly významný faktor vzniku a udržování PPP; respektování tohoto faktoru má v řešení problematiky PPP zajisté své opodstatnění.

Jana osobně spatřuje v obavách z možného selhání jednu z příčin udržování mentální bulimie (*Bála jsem se, měla jsem strach, že se mi nepodaří naplnit očekávání otce, že se mu nezavděčím. Byla bych už navždy „ta špatná“, nemilovaná?*), a to i přes sebevědomí, jež dávala najevo (*Pozornost ostatních mne těšila, byla jsem si vědoma svých silných stránek, svému okolí jsem dávala zřetelně najevo, že vím, kdo jsem. Zájem a pozornost mužů pro mne byly znamením, že se ze mne stává respektovaná žena.*).

Z pohledu Lucie to byly právě její stydlivost a pocit méněcennosti, které, dle jejího mínění, přispěly ke vzniku a posléze k udržování anorexie (*Vždy jsem byla uzavřená, tichá, nikdy jsem nestála o to, prosazovat své názory, ve společnosti ostatních jsem se vždy cítila nesvá, měla jsem pocit, že zraky všech se upírají přímo na mne, že o*

mne všichni mluví. Stáhnout se do ústraní a nedávat o sobě vědět, to byla má strategie.). Ostych pociťovala především v přítomnosti mužů (Styděla jsem se, a před muži obzvláště.).

Taktéž Kamila, podobně jako Jana, popisuje svou osobnost v termínech protikladů. A taktéž jako Jana přikládá Kamila charakteristice vlastní osobnosti význam v souvislosti s bulimií. V dětství sebevědomá, nebojácná (*Byla jsem doslova živel. Všude být, o všem vědět. Potřebovala jsem mít kolem sebe společnost.*), posléze uzavřená do sebe (*Vstupem do školy jsem se změnila; výsměch spolužáků byl příčinou mého postupného uzavírání se do sebe, začala jsem se stranit pozornosti ostatních, nevěřila jsem si.*). Stejně tak jako Jana byla Kamila osobností dvou tváří (*Hrála jsem ale dvě role-navenek sebevědomá, uvnitř zranitelná.*), a stejně jako ji trápily Kamilu obavy ze selhání (*Obavy z pravděpodobného odmítnutí jsem v dospívání utopila ve společnosti part.*), avšak nevyplývaly ze vztahu k otci, nýbrž ze vztahu k vrstevníkům.

Dle Editina hodnocení byl sklon k perfekcionismu podstatným faktorem, který přispěl k onemocnění anorexií (*Měřítkem spokojenosti sama se sebou pro mne vždy bylo dosažení cílů, které jsem si předsevzala. Pokud vše nebylo splněno, a dodávám perfektně splněno, připadala jsem si k ničemu.*), stejně tak jako její samotářská, uzavřená povaha (*Byla jsem přemýšlivý samotář. Nepřístupná, uzavřená, se svými pravidly, tak mne vnímali ostatní. Pouze někteří věděli, co prožívám, co doopravdy cítím.*).

Přílišné cílevědomosti, v kombinaci s tvrdohlavostí, připisuje význam na opakovaných onemocnění anorexií Markéta (*Za vytčeným cílem jít stůj co stůj, na cestě k němu nehledět na překážky. Taková jsem byla, jsem a nejspíše i budu. Vždy jsem byla tvrdohlavá, na což jsem leckdy také doplatila, ale nikdy jsem se toho, co jsem započala, nevzdala.*).

4.2.3 Rozhodující okamžik v léčbě PPP z pohledu pacientky

Každá z pacientek vyzdvihovala v souvislosti k léčbě PPP okamžik, ze svého pohledu hodnocený jako rozhodující, podstatnou měrou ovlivňující události.

Pro Janu osobně bylo rozhodující poznání, že je nutné vidět svou nemoc rovněž ve vztahu k ostatním (*Psycholog mi napomohl k tomu, abych se na svou situaci byla schopna podívat reálně, abych do svého pohledu na ni zahrnula rovněž vztahy vůči svému okolí. Pochopila jsem, že podmínkou k tomu, abych dokázala nad bulimií zvítězit, je opustit roli pouhé loutky, se kterou okolí může manipulovat dle libosti.*).

Dle Luciina hodnocení byly konzultace s psycholožkou pomocí k tomu, aby byla schopna vyrovnat se s poznáním nezájmu rodičů (*Pochopila jsem, že podporu od rodičů čekat nemůžu. A bylo mi to strašně líto. Přece jen jsem do poslední chvíle doufala, že mi v tomto pomohou, ale oni couvli. Jednoduše mne tak odstrčili!*) a změnit náhled na svůj problém (*Psycholožka mne vždy trpělivě vyslechla, pro mou situaci měla pochopení, terapie mi pomáhala. V kombinaci s antidepresivy od psychiatra mi tak pomohla vidět problém v jiném světle než tomu bylo dosud.*).

Rovněž Kamila, stejně tak jako Jana, přikládá pomoci psychologa rozhodující význam v procesu léčby. Po počáteční netečnosti (*Když za mnou přišel psycholog poprvé, otočila jsem se k oknu a celou dobu jsem mlčela. Vůbec jsem nevnímala, co mi říká; přála jsem si jediné-být sama.*) přišel okamžik, který pro Kamilu znamenal doslova obrat (*Přišel znovu. To už jsem nevydržela a rozbřečela jsem se. Mozek začal pracovat a já jsem začala přemýšlet. Hlavou se mi honily neskutečné obrazy, byl to strhující sled událostí. Začalo mne tížit svědomí, všechno jsem si vyčítala. Připadala jsem si špinavá, provinilá, odporná. Chtěla jsem to napravit! Přála jsem si všechno vymazat, ospravedlnit se, být čistá. Nechtěla jsem na sobě mít tu odpornou špínu!*).

Naopak, pro Editu, dle jejího hodnocení, měl rozhodující význam neustálý vnitřní dialog, a to i přesto, že své pocity nedokázala přesně popsat (*Vnitřní dialog, který jsem vedla sama se sebou, neměl konce. Stále jsem se ale motala dokola, vůbec jsem se ve svých pocitech nevyznala. Nedokázala jsem ani popsat, co přesně cítím.*).

Z Markétina pohledu byl v léčbě anorexie rozhodující okamžik, kdy si uvědomovala svou hodnotu, nalézala souvislosti (*Měnila jsem se postupně celá. Poznávala jsem sebe-to je snad to nejdůležitější. Nenechat si ubližovat a stát si za svým, být si vědoma vlastní hodnoty, být sama pro sebe důstojná, vidět na sobě pozitivní stránky. Spojovala jsem si události, hledala mezi nimi klíč. Najednou jsem zjistila, jak bylo všechno jednoduché. Síla se drala na povrch. Byla jsem hlavně pevně rozhodnutá. Hodně pevně.*).

4.2.4 Účast rodinných příslušníků v procesu léčby PPP z pohledu pacientky

Účasti rodinných příslušníků v procesu léčby přikládaly pacientky značný význam, neboť, dle jejich názorů, ovlivňovala účast těchto příslušníků průběh a výsledek (dosavadní) léčby.

Pro Janu byla účast rodičů v průběhu léčby oporou (*Stálou oporou na cestě k uzdravení mi byli rodiče.*), jejich zapojení se do procesu léčby hodnotí jako oboustranně obohacující (*Pomoc psychologa a účast na setkáních pro osoby trpící PPP a jejich rodinné příslušníky nám – mně a rodičům – napomohli ke vzájemnému porozumění a vyjasnění problému, a to bez zkreslení.*).

Naopak, Lucie, dle svého vyjádření, podporu rodičů v průběhu léčby postrádala (*Pochopila jsem, že podporu od rodičů čekat nemůžu. A bylo mi to strašně líto. Přece jen jsem do poslední chvíle doufala, že mi v tomto pomohou, ale oni cowli. Jednoduše mne tak odstrčili!*), nacházela ji tak pouze na straně svého bratra (*Jedinou mou oporou byl tedy bratr.*).

Kamila, obdobně jako Lucie, nacházela podporu v průběhu léčby rovněž na straně sourozence, v jejím případě na straně starší sestry. Dnes, s odstupem času, jak zmiňuje, je sestře za její pomoc vděčná (*Nastěhovala jsem se k sestře, která mne hlídala doslova na každém kroku - což jsem ocenila samozřejmě až s odstupem času. Dnes jsem jí vděčná, že nepolevila a vydržela. V určitých chvílích musela být silnější než já.*).

Edita rovněž poukazuje na podporu rodičů během léčby (*Rodiče mi po celou dobu léčby poskytovali oporu, snažili se vše mi ulehčit, být mi nablízku.*), nicméně,

současně popisuje ambivalentní pocity, které prožívala (*Já jsem však měla rozporuplné pocity - na jedné straně jsem byla za jejich zájem ráda, na straně druhé jsem si však stále více uvědomovala svou závislost, opět jsem se stávala jejich loutkou.*). Sestřina snaha pomoci pro ni byla významná, Edita si však vyčítala, že je sestře se svými problémy přítěží (*Nejvíce mne to však mrzelo kvůli Ivet; měla jsem ji tak ráda. Snažila se mi pomoci, ale já jsem věděla, že je bezradná a že se trápí.*).

Markétě, dle jejího vyjádření, napomohla podpora rodiny k překonání obtížné situace (*Hodně mne v tomto kroku podpořila rodina. Opět paradox - kvůli partnerskému vztahu jsem se s rodinou na nějaký čas rozešla, ale díky jeho nefunkčnosti jsme opět začali všichni komunikovat a já jsem si tak uvnitř rodiny vytvořila stabilní základnu.*), avšak, jak dále popisuje, průběhu léčby se rodinní příslušníci příliš neúčastnili (*Žádný z členů rodiny se do léčby moc nezapojoval, musela jsem si dodávat sílu sama, což mne mrzelo, bylo mi to líto. Postupem času jsem chtěla do průběhu léčby zapojit i rodinu, například zkusit rodinné konstelace, avšak rodina to cítila jinak.*).

4.3 Poruchy příjmu potravy jako komplexní problém z hlediska rodinných příslušníků

Kvalitativní analýzou výpovědí rodinných příslušníků patientek s PPP byla zpracovávána témata:

1. míra a způsob účasti v procesu léčby pacientky s PPP,
2. významné faktory v průběhu léčby pacientky s PPP, které byly zdrojem radosti a které naopak zdrojem zklamání.

Výpovědi jednotlivých rodinných příslušníků, vztahující se k danému tématu, byly vzájemně srovnávány. Účelem bylo ilustrovat jak jejich vzájemnou shodu, tak odlišnost.

Autentické výpovědi jednotlivých rodinných příslušníků uvádím v závorce kurzívou.

4.3.1 Míra a způsob účasti v procesu léčby pacientky s PPP

Janin otec se, společně s manželkou, procesu léčby své dcery účastnil (*V léčbě dcery jsme se společně s manželkou aktivně angažovali. Účastnili jsme se pravidelných setkání rodinných příslušníků osob trpících PPP. Současně jsme své pocity konzultovali s psychologem*).

Luciin bratr léčbu své sestry inicioval, avšak dále se již na průběhu sestřiny léčby nepodílel (*Učinil jsem první krok, když jsem sestru doslova přinutil kontaktovat psycholožku. Poté jsem už jen doufal, že psycholožka, jakožto odborník, sestře pomůže.*), dle svého hodnocení si nebyl jistý svou případnou reakcí (*Byl jsem z toho však spíše zmatený, nevěděl jsem, jak reagovat.*).

Naopak, Kamilina sestra se na léčbě podílela po celou dobu jejího trvání (*Snažila jsem se být pro Kamilu oporou, poskytovat jí zázemí, které doma u matky neměla; držet ji nad vodou.*), na rozdíl od Janina otce se však neúčastnila žádné odborně vedené terapie.

Rovněž Editina sestra, stejně jako sestra Kamily, se na léčbě podílela po celou dobu jejího trvání (*Po celou dobu jsem se snažila být Editě oporou, být jí nablízku. I naše vzájemné mlčení bylo Editě pomocí, tím jsem si byla jistá.*) a, rovněž jako sestra Kamily, se ani ona neúčastnila žádné terapie vedené odborníkem na tuto problematiku (*Sama osobně jsem se neúčastnila žádné odborně vedené terapie, jež by byla součástí Editiny léčby.*).

Markétina matka se taktéž, stejně jako Kamilina a Editina sestra, snažila být své dceři oporou po celou dobu léčby (*S manželem jsme se snažili být po celou dobu Markétě oporou, být tu pro ni, naše rodičovská náruč byla stále otevřená. Byli jsme ochotni a připraveni pomoci.*).

4.3.2 Významné faktory v průběhu léčby pacientky s PPP, které byly zdrojem radosti a které naopak zdrojem zklamání

Naději spatřoval Janin otec, dle svého názoru, v odhodlání dcery (*Naději jsem čerpal z odhodlání své dcery. Věřil jsem jí.*), zklamán byl z nenaplnění své rodičovské role (*Zklamán jsem byl sám ze sebe, konkrétně ze své neúspěšné rodičovské role.*).

Luciin bratr byl potěšen vědomím své pomoci sestře (*Potěšilo mne, když jsem viděl, že první krok - návštěva psychologky - byl správný.*), zklamán byl však z postoje rodičů (*Zklamáním byl postoj rodičů.*).

Pozitivem pro Kamilinu starší sestru byla vůle její nemocné sestry k pokusu o léčbu (*Sílu mi dodalo sestřino rozhodnutí alespoň zkusit absolvovat pobyt v psychiatrické léčebně a ihned to tak nevzdat.*), jako zklamání však hodnotí, obdobně jako Luciin bratr postoj rodičů, postoj matky (*Zklamala mne matka - nezměnila se, ani kvůli své nemocné dceři.*).

Nadějí pro Editinu sestru byl, dle jejího hodnocení, každý sestřin léčebný pokrok (*Každý drobný krůček dával naději.*), naopak, sestřino odmítnutí specializované léčby vnímala jako vybočení ze správného směru (*Zklamáním pro mne však bylo, když Edita odmítla léčbu ve specializovaném zařízení v Praze. Byla na dobré cestě, ale změnila směr, do té doby správný směr.*).

Markétina matka popisuje jako velmi potěšující ukončení dceřina partnerského vztahu (*Závislost na partnerovi ji stahovala ke dnu, ubíjela. Avšak skutečnost, že se tomuto dokázala postavit čelem, pro mne osobně znamenala výhru.*), zklamáním však z jejího pohledu byla dceřina chybějící zpětná vazba (*Zklamaná jsem byla z neustálé snahy o nabídnutí otevřené náruče, která však zůstávala bez odezvy.*).

4.4 Komplexní přístup k léčbě poruch příjmu potravy z pohledu terapeuta

Výpovědi odborníků podávaly celkový pohled na problematiku PPP a názory k otázce míry uplatňování komplexního přístupu v léčbě těchto poruch.

Kvalitativní analýzou byly zpracovávány výpovědi týkající se témat:

1. význam PPP,
2. systém péče o pacienty s PPP v ČR s jeho případnými nedostatky,
3. faktory ovlivňující úspěšnost léčby PPP největší měrou.

Výpovědi odborníků, v rámci každého z témat, byly vzájemně srovnávány. Účelem kvalitativní analýzy těchto výpovědí bylo ilustrovat názorovou shodu i odlišnost jednotlivých odborníků.

Autentické výpovědi jednotlivých odborníků uvádím v závorce kurzívou.

4.4.1 Význam PPP

Mnozí odborníci popisují problematiku PPP v souvislosti s rodinným prostředím, se vztahy mezi jednotlivými členy rodiny (**Mgr. Sekyrová:** *Dle mého názoru PPP nejčastěji souvisejí s rodinnou problematikou. Pacienti se tedy možná snaží okolí sdělit svoji nespokojenost se situací a stavem rodiny, obtíže ve vztahu s jedním nebo oběma rodiči.* **Bc. Dohnalová:** *Myslím, že prostřednictvím PPP volají nemocní o pomoc. Každý „případ“ onemocnění PPP má v anamnéze neuspořádané rodinné vztahy nebo vážnoucí komunikaci.* **MUDr. Krejčů:** *Dle mého názoru nemocní prostřednictvím PPP svému okolí sdělují svoji sníženou schopnost sebepojetí, často také problém s přijetím rodiči v dětství.*). **PhDr. Forst** v souvislosti s významem PPP zmiňuje odmítání přijetí a ztotožnění se s rolí dospělé ženy (*Mnozí psychologové se domnívají, že symbolika zvracení, právě proto, že je odmítáním, představuje jistou formu odmítání určitých forem dospělé, popřípadě ženské dospělé formy či přímo odmítání se ztotožnit s čímśi, co je ve mně, ale ještě není součástí mne.*). **MUDr. Cimbůrková**

vystihuje problematiku významu PPP prostřednictvím filmové citace („*Budu mít postavu jako Cindy Crawford, a pak vám vytřu zrak!*“).

4.4.2 Systém péče o pacienty s PPP v ČR s jeho případnými nedostatky

V souvislosti s otázkou systému péče o nemocné s PPP v ČR je dle názorů odborníků v této oblasti několik zásadních nedostatků. **Mgr. Sekyrová** zmiňuje nedostatek specializovaných oddělení pro léčbu PPP (*Dosud existuje málo specializovaných oddělení pro léčbu PPP, pro dospívající neexistuje specializované oddělení žádn.é*), **MUDr. Cimbůrková** v souvislosti s touto otázkou vyjmenovává postup, který ve své praxi osobně uplatňuje, neboť, právě ten, je pro ni osobně vyhovující (*O žádném návazném systému péče v ČR o osoby trpící PPP nevím. V praxi se držím medicínské linie, jako u jiných diagnóz. Ústavní léčba se vybírá podle věku, dostupnosti - volná kapacita, somatického stavu, přání pacienta. Edukační materiály - rutinně doporučuji příručky PhDr. Krcha. Takže tento systém mi asi docela vyhovuje.*). Dalším nedostatkem se dle odborníků jeví personální zajištění péče o nemocné s PPP. **Mgr. Sekyrová** poukazuje na potřebnost odbornosti personálu (*Personál na běžných psychiatrických odděleních by měl být proškolený a alespoň v základních rysech by se měl dodržovat i na těchto odděleních režim pro nemocné s PPP, dokud nebude dost specializovaných oddělení.*), **Bc. Dohnalová** zmiňuje nedostatek odborníků (*Myslím však, že obecně je problémem obrovský nedostatek psychologů a dětských psychologů.*). **PhDr. Forst a MUDr. Krejčů** v rámci této problematiky uvádí nedostatečnou návaznost ústavní péče s péčí ambulantní (**MUDr. Krejčů:** *Návaznost léčby nemocných s PPP příliš kvalitní není, chybí hlavně psychoterapeutická podpora po propuštění z nemocnice.* **PhDr. Forst:** *Subjektivně se domnívám, že v oblasti péče o nemocné s PPP by mohly být minimálně dva velké problémy: a) návaznost péče o hospitalizované pacienty s následnou péčí ambulantní...), PhDr. Forst* ještě poukazuje na nedostatečnou spolupráci odborníků (*...b) spolupráce lékařů s psychoterapeuty a naopak.*). **Mgr. Sekyrová** ještě k této problematice doplňuje nedostatečnou dobu

hospitalizace (*Doba hospitalizace je často nedostatečná, mnohdy by byla vhodná třeba půlroční intenzivní práce při hospitalizaci.*).

4.4.3 Faktory ovlivňující úspěšnost léčby PPP největší měrou

V otázce faktorů, jež největší měrou ovlivňují úspěšnost léčby, se mnozí odborníci shodují na významu motivace pacientky, dále v souvislosti s touto otázkou zmiňují rovněž osobnost pacientky a rodinné prostředí. **Mgr. Sekyrová a MUDr. Cimbůrková** staví na přední pozici motivaci pacientky (**Mgr. Sekyrová:** *Úspěšnost léčby ovlivňuje motivace klienta, podpora a situace v rodině, osobnost klienta, rychlost nástupu léčby, vhodný postup lékařů a psychologů a jiné faktory.* **MUDr. Cimbůrková:** *Největší měrou, dle mého názoru, ovlivňují úspěšnost léčby PPP následující faktory: motivace, možnost zajistit léčebný režim - v podstatě dohled.*). **Bc. Dohnalová** vyzdvihuje význam rodinného prostředí (*Dle mého názoru ovlivňují největší měrou úspěšnost léčby PPP následující faktory: urovnání rodinných sporů, navázání komunikace, projev a realizace zájmu o anorektičku.*). **MUDr. Krejčů a PhDr. Forst** propojují výše zmiňované faktory s psychoterapií, **PhDr. Forst** navíc poukazuje na vztah pacienta s terapeutem (**MUDr. Krejčů:** *Faktory, největší měrou ovlivňující úspěšnost léčby PPP, jsou dle mého názoru následující: osobní nastavení, náhled na onemocnění a motivace k osobnostnímu růstu, psychofarmakoterapie a psychoterapie.* **PhDr. Forst:** *Nezbytná psychoterapie, rozhodně individuální, skupinová není na škodu, ale spíše v začátcích. V rámci této terapie pak jak dobrá motivace něco pochopit a změnit u pacientky, tak nosný vztah s terapeutem. Dále dobrá spolupráce s rodinou, aby rodina význam terapie chápala a podporovala, ne aby se rodinní příslušníci báli, co terapie může způsobit. Také jistě osobnost pacientky jako taková, její vůle, zájmy, ochota, schopnost růst. Toto jsou dle mého názoru faktory ovlivňující úspěšnost léčby PPP největší měrou.*).

5 DISKUSE

Problematice léčby poruch příjmu potravy (dále PPP) a faktorům, jež úspěšnost léčby ovlivňují, byla věnována pozornost v mnohých klinických studiích. Rovněž četné názory odborníků, zabývajících se danou problematikou, poukazují na význam tohoto tématu. Výsledky mého výzkumu prezentují tuto tematiku ze širokého hlediska vztahů bio – psycho – sociálních. Předpokladem dosažení zmiňovaného cíle bylo poskytnout prostor k vyjádření názorů pacientkám s PPP, jejich rodinným příslušníkům a terapeutům, tedy osobám zúčastněným v procesu léčby PPP.

Jedním z faktorů, kterým byla v průběhu mého kvalitativního výzkumu věnována pozornost, bylo rodinné prostředí. Právě tomuto faktoru je přikládán v procesu léčby PPP značný význam, o čemž svědčí četné klinické studie. Jak poukazuje Krch a kol. (2005, str. 66), pozornost se věnuje především vzájemným vztahům mezi členy rodiny a rodině jako celku. V této souvislosti autor zmiňuje Minuchinův a jeho spolupracovníků detailní popis rodin s anorektickým dítětem – tyto jím byly charakterizovány jako rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím. Ve většině klinických studií, dle Krcha a kol. (2005, str. 65), se výskyt PPP mezi sourozenci pacientů pohybuje v rozmezí 3 až 10 %. Podobně jako Dally (1977, in Krch a kol., 2005, str. 66), který poukazoval na žárlivost mezi sourozenci stejného pohlaví jako na významný faktor vedoucí k rozvoji MA, zjistili Krch a Faltus (1988), že mnoho z pacientek hospitalizovaných na Psychiatrické klinice v Praze uvádělo rivalský vztah ke své sestře (Krch a kol., 2005, str. 65). V souvislosti se vztahy k matce je u pacientů s MA, jak Krch a kol. (2005, str. 66) dále zmiňuje, poukazováno na přílišnou závislost spojenou s některými údajně velmi ambivalentními mateřskými postoji. Jak v této souvislosti Krch a kol. (2005, str. 66) uvádí, Sours (1974) poukazoval na nadměrnou symbiózu a mateřskou kontrolu.

Kvalitativní analýzou výpovědí, jíž jsem ilustrovala charakteristiku rodinného prostředí z pohledu tří pacientek s MA, jsem získala závěry, v určitých oblastech korespondující s výsledky uváděných klinických studií. V případě jedné z pacientek

hrála při vzniku MA významnou roli právě snaha přiblížit se mladší sestře, které se, dle pacientky, dostávalo mnohem více pozornosti rodičů. Naopak, v porovnání s výsledky klinických studií, výskyt PPP mezi sourozenci pacientek nebyl mým výzkumem zjištěn. Zajímavé výsledky však přinesla kvalitativní analýza výpovědí pacientek týkajících se vztahů k rodičům. Pacientky mnohdy poukazovaly na problematický vztah k matce, charakterizovaný neschopností nalézt k ní cestu; zejména období dospívání bylo pacientkami popisováno v těchto termínech. V souvislosti se vznikem a udržováním PPP zmiňovaly pacientky rovněž faktory, jež ovlivňovaly jejich vztah k otci – dlouhodobé odloučení od otce v dětství, chybějící interakce ve vztahu k otčímovi, úsilí o získání lásky a uznání ze strany otce, jež následně ovlivnilo pacientčin vztah k partnerovi.

Ve vztahu k tematice rodinného prostředí zmiňuje Krch a kol. (2005, str. 67) závěry mnohých studií. Jak autor v této souvislosti poznamenává, řada autorů, například Bruch (1973), stejně jako Kog a Vandereycken (1989), uvádí, ve srovnání s normální populací, nižší počet rozvodů v rodinách s anorektickým dítětem. Mezi pacientkami léčenými koncem 80. let na Psychiatrické klinice v Praze, dle závěrů Krcha a Faltuse (1988), pocházelo 28 % pacientek z rozvrácených rodin, 60 % pacientek hodnotilo rodinné prostředí v dětství jako konfliktní nebo neuspokojivé. Alkoholismus otce byl zjištěn u 17 % pacientek (Krch a kol., 2005, str.67).

Vzhledem k uváděným závěrům jsou výsledky mého výzkumu, prováděného mezi třemi pacientkami s MA, následující: Pouze jedna pacientka pocházela z rozvrácené rodiny. Naopak, jako konfliktní či neuspokojivé hodnotily rodinné prostředí v dětství všechny pacientky – v této souvislosti zmiňovaly problematický a neuspokojivý vztah k matce / otčímovi, jedna z pacientek uváděla nedostatečnou a chybnou komunikaci mezi členy rodiny. Alkoholismus některého z rodičů žádná z pacientek s MA v rámci kvalitativního výzkumu nepotvrdila.

V souvislosti s rodinným prostředím poukazuje Krch a kol. (2005, str.68) taktéž na závěry studií autorů Crisp a kol. (1974), dle nichž ohrožení dítěte a jeho chorobné příznaky rodiče spíše zklidní, stmelí a stabilizují rodinu. Obdobný závěr byl mým výzkumem zjištěn pouze u jedné z pacientek s MA – z pohledu této pacientky právě

ukončení partnerského vztahu, jež byl dle jejího hodnocení jedním z faktorů udržování PPP, přispělo k navázání vzájemné komunikace a urovnání vztahů mezi členy rodiny.

Popisu charakteristice rodin s bulimickými pacienty se, dle Krcha a kol. (2005, str.67), věnoval Humphrey (1986), jež poukazoval na nedostatek péče a empatie, stejně tak na častý výskyt negativních a hostilných interakcí. Více než 40 % bulimiček, které sledovali Ulrika Schmidt a kol. (1995), bylo z rozvrácených rodin (Krch a kol., 2005, str.67). Krch a kol. (2005, str. 66) rovněž poukazují na charakteristiku vztahu bulimiček k otci dle Kog a Vandereyckena (1989) – ti zmiňují příliš blízký vztah otce a dcery v dětství, který se narušuje počátkem puberty.

V rámci mého výzkumu se k charakteristice rodinného prostředí vyjádřily dvě pacientky s MB. Jedna pocházela z rozvrácené rodiny; absenci otce v dětství, mužského vzoru, připisovala význam v souvislosti s následným ovlivněním partnerských vztahů. Ve vztahu k matce – alkoholičce poukazovala na nezájem a ojedinělé citové projevy z matčiny strany, obzvláště v období dospívání. Další z pacientek přisuzovala právě vztahu k otci zásadní význam v souvislosti se vznikem MB – oproti tvrzení Kog a Vandereyckena se však v období dospívání na osobu otce velmi upnula. Vztah k otci ovlivnil následně pacientčin vztah k partnerovi.

V souvislosti s charakteristikou osobnosti pacientky, dalším významným faktorem ve vztahu ke vzniku a udržování PPP, odkazují Krch a kol. (2005, str.71) na některé autory – např. Strober (1981) – kteří předpokládají, že jádrem patogeneze PPP jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Dle Strobera (1981) anorektičky ve srovnání s kontrolní skupinou více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy, výrazněji vyjadřují pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou méně asertivní a více inhibované v interpersonálních vztazích (Krch a kol., 2005, str.72). Rovněž Papežová (in Höschl, Praško, Seifertová, 2004, str. 336) poukazuje na premorbidní rysy osobnosti v souvislosti s PPP; u anorexie na úzkostné, obsedantní, perfekcionista a vyhýbavé rysy, u bulimie na emoční labilitu a impulsivitu. Jak dále autorka uvádí, psychologické, individuálně vývojové faktory souvisejí se schopností adaptace na stres. Obdobně Baštecký a kol. (1993, str. 241) zmiňují predisponující osobnost, která je emočně

nezralá, se sklonem k regresi a ambivalentní závislostí na rodičích, s rigiditou a fixací způsobů chování až k nutkavým formám jednání, s ambiciózností a pocity viny, se sníženou schopností interpersonálních kontaktů vedoucí až k extrémní izolaci a se sklonem k nadměrné aktivitě a neklidu; osoby s MA je možno charakterizovat nejspíše jako psychastenické, s MB jako hysterické a nezdrženlivé.

Nicméně, v souvislosti s výzkumem, zabývajícím se poruchami osobnosti nebo spíše výskytem určitých psychických rysů u MA a MB, poukazuje Krch a kol. (2005, str. 72) na jeho slabiny, především tak na retrospektivní charakter takového výzkumu a malý rozsah sledovaného vzorku.

Obdobná zjištění, jaká uvádí Strober, přinesl můj kvalitativní výzkum. Pacientky s MA rovněž samy sebe popisovaly jako podřizující se společenským normám a hodnotám, vyhýbající se prosazování svých názorů a postojů z obavy před možným neúspěchem. Pacientky taktéž často vyjadřovaly pochybnosti samy o sobě, zjevná byla jejich tendence k negativnímu sebehodnocení, stejně tak jako vysoká úroveň požadavků, které si na sebe kladly. Všechny pacientky taktéž zmiňovaly svou uzavřenost, odstup od okolního společenského prostředí, nesnadné projevoování pocitů a emocí. Jedna z pacientek otevřeně popisovala své sklony k perfekcionismu.

Právě tento povahový rys je, jak uvádí Krch a kol. (2005, str.73), často zmiňován v souvislosti s rozvojem anorektické, ale i bulimické symptomatologie. Fairburn (1997), jak Krch a kol. (2005, str.73) v této souvislosti dále poukazují, zahrnul perfekcionismus, který posiluje rigidní dodržování dietních pravidel, mezi faktory udržující a posilující bulimickou patologii.

I přesto, že perfekcionismus nezmiňovala v souvislosti s popisem své osobnosti žádná z pacientek s MB, osobně se domnívám, že právě touha po uznání otce a posléze partnera, popisována jednou z pacientek, následovaná úzkostnou obavou z možného selhání, pokud nebude veškeré pacientčino jednání v souladu s otcovými pravidly, určité rysy perfekcionismu vykazuje.

V klinické praxi je však velmi častá, jak Krch a kol. (2005, str.76) zmiňuje, kombinace MB a abúzu alkoholu. Autor se odvolává na zkušenost, podle níž může už samotný výskyt MB, s ní spojená psychosociální problematika a charakteristický

způsob řešení problémů zvyšovat vulnerabilitu pro závislost na alkoholu. Abúzus alkoholu, jak autor dále uvádí, byl často popisován i v rodinách bulimických a anorektických pacientů; příkladem může být autorem uváděn názor Holdernesse (1994), podle něhož se alkoholismus v rodinách bulimiček v průměru vyskytuje asi u jedné třetiny pacientek sledovaných v různých studiích (Krch a kol. 2005, str.77).

Kombinace MB a abúzu alkoholu byla mým výzkumem zjištěna rovněž u jedné dotazované pacientky. S uvedeným popisem abúzu alkoholu v rodinách bulimických pacientů koresponduje taktéž mé výsledné zjištění situace uvnitř rodiny této pacientky – matka, opětovně podstupující odbornou léčbu závislosti na alkoholu, tímto způsobem rovněž řešila problémy.

Obdobně jako předchozí faktory, tedy rodinné prostředí a osobnostní rysy, byl, v souvislosti s léčbou PPP, jako významný hodnocen okamžik, pacientkami vnímaný jako rozhodující v procesu léčby PPP. Kvalitativní analýza výpovědí pacientek přinesla, z mého pohledu, velmi zajímavá zjištění. Za podnětné pokládám především srovnání výpovědi pacientky v současné době podstupující léčbu MA a výpovědí ostatních pacientek (s MA i MB), které již léčbu absolvovaly a tento okamžik tak hodnotily s odstupem času. Pacientka, léčbu postupující, připisovala význam terapii vedené psychologkou, s jejíž pomocí dosáhla jiného – reálnějšího – pohledu na své onemocnění. Pacientky, které již léčbu postoupily, v této souvislosti ponejvíce uváděly poznání jedné z nejvýznamnějších příčin svého onemocnění, kterého dosáhly v průběhu léčby. V porovnání s těmito uváděla jedna pacientka nikoli již výsledné poznání, ale naopak proces jeho hledání, kdy sama se sebou vedla neustálý vnitřní dialog. Domnívám se, že výpovědi pacientek ve vztahu k tomuto tématu ilustrují potřebnost individuálního přístupu v léčbě PPP, zohledňujícího rodinnou a osobností charakteristiku, stejně jako stupeň onemocnění každého pacienta. Na základě tohoto, dle mého názoru, je možné získat pacienta pro toliko potřebnou spolupráci na procesu léčby.

V souvislosti s léčbou PPP přikládaly pacientky význam rovněž míře účasti rodinných příslušníků v tomto procesu, dle jejich hodnocení byly podpora a porozumění členů rodiny, či případná absence těchto hodnot, významnými faktory ovlivňujícími

výsledek léčby. Jelikož bylo mým záměrem pojmout problematiku uplatňování komplexního přístupu v léčbě PPP z co možná nejširšího pohledu, z tohoto důvodu jsem dala prostor pro vyjádření názorů taktéž rodinným příslušníkům pacientek s PPP. Důvodem byla rovněž snaha o objektivitu popisovaných situací a událostí.

Dle tvrzení Krcha a kol. (2005, str.127) mají rodiče pacientky s PPP kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Důležité je, jak autor dále uvádí, zkoumat s rodinou to, kde uvízla a pomoci jí znovu objevit zdroje, které jako rodina má, aby se mohla uvolnit a začít hledat nová řešení daného problému.

Domnívám se tedy, vzhledem k důležitosti, která je odborníky potenciálu rodiny připisována, že je opodstatněné uvést v souvislosti s léčbou PPP rovněž názory rodinných příslušníků. Nicméně, jak upozorňují Krch a kol. (2005, str.187), údaje o použití rodinné terapie (nebo jakékoliv psychoterapie) u dospělých trpících MA jsou omezené. V souvislosti s rodinnou terapií u MB je jedinou randomizovanou studií součástí studie Russella a kol. (1987). Vystává tak nutnost, na základě tvrzení Krcha a kol. (2005, str.189), dalších výzkumů role rodinné terapie v léčbě MB.

Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsem získávala data ilustrující míru a způsob účasti rodinných příslušníků v procesu léčby pacientky s PPP, stejně jako faktory, jež tito dotazovaní považovali v procesu léčby za dodávající optimismus a naopak. Výsledky mé analýzy výpovědí rodinných příslušníků dle mého názoru odrážely výsledky analýzy výpovědí pacientek týkajících se charakteristiky rodinného prostředí: rodiče pacientek, které hodnotily rodinné prostředí v dětství ze svého pohledu jako silně neuspokojující, měli k léčbě negativní postoj a odmítali spolupráci. Domnívám se, že významný byl taktéž fakt, že pacientky, jejichž rodiče zaujali k léčbě negativní postoj, pocházely z rozvrácených rodin. Pouze rodiče jedné z pacientek se účastnili odborně vedené terapie; velice kladně hodnotili její přínos, a sice oboustranné vyjasnění problému. Účast v procesu léčby PPP ostatních rodinných příslušníků spočívala ponejvíce v poskytování emoční a citové podpory, ve sdílení pacientčích problémů. Domnívám se, že rozdílná míra účasti jednotlivých rodinných příslušníků pacientek s MA v procesu léčby PPP následuje tvrzení, jež uvádí Krch a kol. (2005, str.

191), a sice, že stejně tak, jako se rodiny liší ve způsobu, jak reagují na přítomnost člena s MA, liší se i v tom, jak využívají intervence rodinné léčby.

Dle mého názoru, i přes malou početnost zkoumaného vzorku, tak uváděné výsledky mého výzkumu zdůrazňují význam rodinného prostředí jako faktoru ovlivňujícího proces léčby PPP podstatnou měrou.

Pro dosažení záměru co možná nejkomplesnějšího zmapování problematiky uplatňování komplexního přístupu v léčbě PPP byli v rámci mého výzkumu dotazováni rovněž odborníci zabývající se problematikou léčby těchto poruch. Jejich výpovědi, podložené praxí a zkušenostmi, dotvářely širší náhledu na danou problematiku, v rámci bakalářské práce stanovenou. Komparace výsledků mou dotazovaných odborníků s názory předních odborníků na problematiku PPP vykazovala v mnoha ohledech shodu.

Mnozí dotazovaní odborníci, dle mého zjištění na základě kvalitativní analýzy jejich výpovědí, nahlíželi na problematiku PPP v kontextu problematického či dysfunkčního rodinného prostředí, někteří taktéž zmiňovali sníženou schopnost sebepojetí nemocných s PPP. Podobně Krch a kol. (2005, str. 127) poukazují na tvrzení Minuchina a kol. (1978), a sice, že rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že PPP mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. V souvislosti se sebepojetím pacientů trpících PPP odkazují Krch a kol. (2005, str. 147) na Sperlingovou (1983), která zdůrazňuje důležitost nevyřešeného, ambivalentního vztahu s matkou; boj proti jedení je i bojem proti akceptování ženské role a sexuální identifikace.

Význam multidimenzionálního konceptu léčby PPP vyzdvihují mnozí odborníci; Krch a kol. (2005, str. 211) v této souvislosti zmiňuje tvrzení Vandereyckena (1996), a sice, že terapie PPP vychází z biopsychologického zhodnocení nemocného, funkční analýzy narušených vzorců jídelního chování a úrovně jeho sociální adaptace, včetně vztahů k rodině, přátelům a práci. Baštecký a kol. (1993, str. 243) uvádí, že vycházíme-li z multidimenzionálního chápání etiologie PPP, nezbytný je i multidimenzionální terapeutický přístup k nemocnému. Rovněž Papežová (in Höschl, Praško, Seifertová,

2004, str. 336) zdůrazňuje, že péče má být komplexní, s důrazem na výběr a koordinaci adekvátních, diferencovaných postupů.

Obdobně taktéž mnou dotazovaní odborníci poukazovali na význam a opodstatnění komplexního, multidimenzionálního přístupu v léčbě PPP. Názory odborníků z mého výzkumu, hodnotící systém péče o nemocné s PPP, přehledně ilustrují problémy, které je nutné v rámci problematiky PPP v současné době řešit. Názorová shoda většiny odborníků zmiňující především nedostatečný počet psychologů zabývajících se danou problematikou, stejně jako chybějící adekvátní návaznost ústavní péče s péčí ambulantní, jsou dle mého názoru aspekty, kterým by měla být věnována pozornost.

Můj osobní názor na problematiku PPP a uplatňování komplexního přístupu v léčbě těchto poruch, daný mou osobní zkušeností a výsledky mé bakalářské práce, v mnoha ohledech koresponduje s již uvedenými názory či tvrzeními odborníků. Dle mého názoru jsou PPP prostředkem, skrze nějž vyjadřují takto nemocní patologii ve vztahu k matce, otci, či oběma rodičům současně; mnohdy stojí v pozadí rovněž nedostatečná či chybná komunikace mezi členy rodiny. Domnívám se, na základě zkušeností ze svého nejbližšího okolí, že problematika PPP je širokou veřejností zjednodušována na problém týkající se pouze samotných nemocných, kteří vyžadují odborně vedenou terapii; souvislosti ze široké oblasti vztahů bio – psycho – sociálních jsou tak pomíjeny, a to i přes, v současné době již, poměrně dobrou informovanost o širší problematice těchto poruch.

Léčba PPP by dle mého názoru měla respektovat individualitu pacienta, měla by být flexibilní vzhledem k neustále se měnícím společenským podmínkám. Za velmi podstatný aspekt považuji návaznost jednotlivých forem léčby, stejně tak jako získání pacienta pro spolupráci. Domnívám se, rovněž na základě zkušeností ze svého nejbližšího okolí, že velmi podstatné v procesu léčby PPP je rovněž zapojení rodinných příslušníků pacientů trpících těmito poruchami. Bude-li problém onemocnění, na základě odborně vedené terapie, oboustranně objasněn a oběma stranami následně řešen, vzrůstá, dle mého názoru, úspěšnost léčby PPP.

6 ZÁVĚR

Vzhledem k aktuálnosti problematiky poruch příjmu potravy (dále PPP) jsem se bakalářskou prací zaměřila na uplatňování komplexního přístupu v léčbě těchto poruch. Složitost problematiky PPP spočívá především v široké oblasti vztahů bio – psycho – sociálních, již PPP zasahují; léčba těchto poruch tak vyžaduje zohlednění souvislostí v rámci zmiňovaných vztahů.

Cílem bakalářské práce bylo upozornit na význam psychosomatického přístupu v léčbě PPP, zohledňujícího individualitu jednotlivých případů, a na nezbytnost skutečného uplatňování tohoto přístupu v praxi. Za účelem co možná nejkompaktnějšího zmapování uplatňování komplexního přístupu v léčbě PPP sloužil kvalitativní výzkum. Na počátku kvalitativního výzkumu byly formulovány dílčí cíle; 1. zjistit, do jaké míry je podle zkušeností pacientů a jejich rodinných příslušníků k problematice PPP přistupováno opravdu komplexně, 2. zjistit názory jednotlivých odborníků ke komplexnímu přístupu v léčbě PPP a jejich celkový pohled na danou problematiku.

Výzkumnou otázkou bylo, jaká témata považují pacienti a jejich rodinní příslušníci za významná ve vztahu ke vzniku, průběhu a léčbě PPP. Obdobně byla stanovena výzkumná otázka, a sice, co považují odborníci za významné pro vznik, průběh a léčbu pacienta s PPP; odborníci se vyjadřovali k následujícím tématům: 1. význam PPP, 2. systém péče o pacienty s PPP v ČR s jeho případnými nedostatky, 3. faktory ovlivňující léčbu PPP největší měrou.

Kvalitativním výzkumem bylo dosaženo předem stanovených dílčích cílů, výzkumné otázky byly zodpovězeny. Jak dílčí cíle, tak jednotlivé výzkumné otázky tedy nebylo nutné v průběhu výzkumu upřesňovat či od některých zcela upustit. Domnívám se, že problematika uplatňování komplexního přístupu v léčbě PPP byla zmapována co možná nejkompaktněji, zohledňující souvislosti ze široké oblasti vztahů bio – psycho – sociálních.

V průběhu mého výzkumu však vyvstala další témata, kterým by bylo, dle mého názoru, v rámci řešení problematiky PPP třeba věnovat pozornost. 1. Domnívám se, že

zhodnocení potřeb pacientů s PPP a jejich rodinných příslušníků by mohlo být přínosným aspektem vzhledem k terapeutické intervenci. 2. Bylo by účelné detailněji zhodnotit faktory vedoucí ke vzniku a následnému udržování PPP, a to jak z pohledu samotných nemocných s PPP, tak jejich rodinných příslušníků. 3. Problematika PPP bezesporu zasahuje oblast zdravotně sociální; odborníci zmínili mnohé problémy, v této oblasti se vyskytují. Řešení problematiky PPP vyžaduje dostatek erudovaných odborníků, především však psychologů. 4. Léčba těchto poruch by měla zohledňovat měnící se společenské podmínky, v důsledku nichž dochází ke změnám celkového kontextu problematiky PPP. 5. Pozornost je nutné věnovat taktéž zabezpečení návaznosti péče ústavní s péčí ambulantní. 6. Rozsáhlým problémem je nedostatek specializovaných zařízení pro léčbu pacientů s PPP.

Aktuálnost problematiky PPP společně se závažností důsledků těchto poruch je důvodem pro adekvátní primární prevenci. Pozornost je třeba věnovat utváření správného postoje vůči jídlu již v raném věku, stejně tak jako utváření náhledu na celkový tělesný vzhled a jeho hodnocení. V této souvislosti vystupuje do popředí především role rodinného prostředí. Sekundární prevence by měla být zaměřena na aktivní vyhledávání nemocných s PPP a zahájení péče o takto nemocné v co nejranějším stadiu onemocnění. V této souvislosti je významná role lékaře či jiného odborníka, který se dostává do prvního kontaktu s takto nemocnými.

Významným aspektem v oblasti prevence je adekvátní informovanost široké veřejnosti o charakteru, důsledcích a možnostech léčby PPP.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ACADEMY FOR EATING DISORDERS. *Risk Factors of Eating Disorders* [online]. [cit. 2009-07-31]. Dostupné z: http://aedweb.org/eating_disorders/risk_factors.cfm

BAŠTECKÝ, J. – ŠAVLÍK, J. – ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368s. ISBN 80-7169-031-7

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Přel. S. Struková. 1.vydání. Praha: Portál, 2002. 199s. Přel. z: *The presentations of clinical psychiatry*. ISBN 80-7178-497-4

ČERNÁ, R. *Mentální anorexie v kontextu rodinného systému* [online].

© 2002 - 2008 Anabell o.s. Praha: FF UK [cit. 2008-11-06]. Dostupné z:

<http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>

DANZER, G. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Přel.R. Höllgeová. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 248s. Spektrum. Přel. z: *Psychosomatik*. ISBN 80-7178-456-7

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. © 2008 [cit.

2008-11-07]. Dostupné z :

<http://www.fnbrno.cz/Article.asp?nArticleID=43&nLanguageID=1>

HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie. 2.*, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, 2004. 884s. ISBN 80-900130-7-4

HÖSCHL, C. – PRAŠKO, J. – SEIFERTOVÁ, D. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1.vydání. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 480s. ISBN 80-86694-06-2

CHVÁLA, V. – TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1.vydání. Praha: Portál, 2004. 224s. ISBN 80-7178-889-9

KOMÁREK, S. *Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2005. 152s. Kolumbus, sv. 178. ISBN 80-204-1287-5

KRANZOVÁ, R. – MALONEY, M. *O poruchách příjmu potravy*. Přel. J. Krchová. 1.vydání. Praha: Lidové noviny, 1997. 160s. Linka důvěry. Přel. z: Straight Talk About Eating Disorders. ISBN 80-7106-248-0

KRCH, F.D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 3.,doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 200s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9

KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 1.vydání. Praha: Portál, 2002. 240s. ISBN 80-7178-598-9

KRCH, F.D. et.al. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X

KRUSSE, J. – OTT, J. – TRESS, W. *Základní psychosomatická péče*. Přel. L. Špís. 1.vydání. Praha: Portál, 2008. 400s. Přel.z: Psychosomatische Grundversorgung. ISBN 978-80-7367-309-3

KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. © 2002-2008. [cit. 2008-10-06]. Dostupné z: http://pppinfo.cz/ortorexie--bigorexie--drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie; Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Přel. L. Běhounková. 1.vydání. Praha: Svoboda, 1995. 144s. Přel.z: Magersucht; Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden. ISBN 80-205-0499-0

NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATIONS. *How to afford appropriate Treatment for an Eating Disorders: a Guide for Patiens and their Families* [online]. © 2005 [cit. 2009-07-31]. Dostupné z : http://www.nationaleatingdisorders.org/uploads/file/information-resources/Eating%20Disorders%20Survival%20Guide%20revised%2012_21_2008.pdf

NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 4 [cit. 2008-11-07]. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/070401.pdf>

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1.vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76s. ISBN 80-85121-32-8

PAPEŽOVÁ, H. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 6 [cit. 2008-11-07]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/02.pdf>. ISSN 1803-5272

PECKOVÁ, S. Mateřstvím do krásy: díky cvičení a dietám. *Týden*. Praha: 2008, roč. 15, č. 35, s. 77. ISSN 1210-9940

RŮŽIČKA, J. a kol. *Psychosomatický přístup k člověku*. 1.vydání. Praha: Triton, 2006. 320s. Psyché. ISBN 80-7254-750-X

SEKCE PPP PŘI ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI JEP. *Program pro léčbu PPP a dalších psychosomatických poruch* [online]. © 2007 [cit. 2008-11-07]. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/osekci.htm>

STÁRKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, roč. 6, č. 1 [cit. 2008-11-07]. Dostupné z: <http://www.pediatricipropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>. ISSN 1803-5264

TOMANOVÁ, J. *Vícerodinná terapie mentální anorexie v Čechách* [online].
© 2002-2008. [cit. 2008-11-07]. Dostupné z : http://pppinfo.cz/vicerodinna-terapie-mentalni-anorexie-v-cechach_clanek_show.asp?id=1463

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Anorexie mentální

Bulimie mentální

Poruchy příjmu potravy

Psychosomatická medicína

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Okruhy pro účel rozhovoru – pacienti s PPP

1. Charakteristika rodinného a společenského prostředí

Rodina

charakteristika (úplná / neúplná)

vztahy k jednotlivým členům rodiny (matka/otec/sourozenci/ostatní rodinní příslušníci)
případná změna výše uvedených vztahů, kterou si uvědomujete (kdy/v čem/okolnosti...)

charakteristika matky/otce – povaha, vlastnosti (dominantní, pasivní, zásadový...) –
Váš názor

požadavky a očekávání rodičů (výchovný styl)

rodinná atmosféra, rodinné zázemí – emoční podpora / dostatek prostoru pro vyjádření
vašich potřeb a přání / omezování/pocit „svázanosti“...

postoj a vztah jednotlivých členů rodiny k jídlu a stravování – společné stravování
všech členů rodiny / jednotliví členové individuálně – „své“ jídlo...

matka / sestra – diety?

výskyt obezity v rodině? Sledování trendů ve výživě (zdravé potraviny/
biopotraviny...)?

alternativní způsoby stravování (vegetariánství / makrobiotická strava ...)?

Sociální prostředí

vztahy - přátelé, vrstevníci, spolužáci ve škole, kolegové v zaměstnání

partnerské vztahy (trvání / vážnost)

*Domníváte se, že vztah měl vliv na Vaše sebehodnocení (zisk sebevědomí / pocity
méněcennosti...)?*

vztah k autoritám (škola, zaměstnání...)

Domníváte se, že vztahy se společenským prostředím mohly mít vliv na vznik PPP?
(důvod / okolnosti...)

2. Charakteristika osobnosti

povaha / charakter / vlastnosti / silné a slabé stránky...

Jak vnímáte samu sebe / své postavení ve společnosti ostatních?

Výrazné změny v sebepojetí? (kdy / okolnost / jaké změny...)

Co si o vás, dle Vašeho názoru, myslí ostatní? Jak Vás, dle vašeho názoru, vnímají?
(silné / slabé stránky, vlastnosti, povaha, charakter, Vaše hodnoty a zásady...)

Čeho si na sobě vážíte? (důvod)

Co byste ráda změnila / s čím nejste spokojena? (důvod)

Vztah k dodržování norem (podléhám tlaku okolí / bojuji za své názory a
přesvědčení...)

Vliv masmédií – nechám se ovlivnit reklamou, články v periodiku týkající se zdravého
životního stylu, diet a stravování... / mám vlastní názor

Způsob řešení problémů a konfliktů (vše „držím“ v sobě / musím o problému mluvit
s ostatními...)

3. Období nemoci (PPP)

3a Vznik PPP

počáteční potíže (kdy / okolnosti, příčiny – problémy v rodině, zaměstnání, partner. vztahu, nespokojenost sama se sebou...)

potíže – PPP již v minulosti / první „zkušenost“ s PPP, vyskytla se poprvé?

Uvědomovala / připouštěla jste si počínající obtíže? Snažila jste se předejít jejich rozvoji? (jakým způsobem)

Měla jste informace o PPP - příčinách, průběhu, rizicích, následcích..?

3b Průběh PPP

tělesné symptomy (popř. zdravotní komplikace)

psychické symptomy (deprese / pocit bezmoci / úzkost...)

změny – rodinné prostředí (jaké změny / vztahy / rodinná atmosféra)

Reakce rodiny

- sociální prostředí (vztahy / reakce - obavy ostatních o Vaše zdraví...)

změny týkající se Vaší osobnosti – změny v pojetí sebe sama / Vaše pocity, názory, postoje / vztahy k okolnímu prostředí

změny v chování – jaké? (rituály / vyhýbání se společenským kontaktům a událostem...)

vztah k jídlu – jakou pro Vás v tomto období mělo jídlo hodnotu / význam? Bylo náhradou narušených sociálních vztahů / prostředkem řešení problémů...?

stanovení si osobních cílů a předsevzetí? (jaké / metody k dosažení těchto cílů / co, kdo motivací k dosažení cílů...)

žebříček hodnot – jaká změna? (co v té době prioritní, podstatné / bezvýznamné...)

v čem / v jaké oblasti jste v době, kdy jste trpěla PPP, viděla přínos PPP / co Vám PPP dala – a naopak: co Vám vzala (pokud jste si to v té době uvědomovala)?

Pro MA: Jaké byly vaše pocity – přinášelo Vám hladovění pocit uspokojení z kontroly nad svým tělem? Měla jste pocit výjimečnosti oproti ostatním, kteří své tužby – chuť - nedokáží ovládat / potlačit?

Pro MB: Jaké byly vaše pocity – těsně před záchvatem vlčího hladu, v průběhu záchvatu, kdy jste konzumovala obrovské množství jídla? Myslela jste během záchvatu na konkrétní osobu? Jakým směrem se v té chvíli ubíraly Vaše myšlenky? Co jste pociťovala bezprostředně po záchvatu (provinění / výčitky svědomí / selhání / bezradnost / uspokojení...)?

následky PPP (zdravotní komplikace / pracovní neschopnost / sociální izolace / finanční problémy...)

3c Léčba (probíhající či již absolvovaná)

pokus o „samoléčbu“? (kdy / jak dlouho / okolnosti / co, kdo motivem / metoda / efekt /
Vaše pocity / reakce rodiny, okolí...)

Odborná léčba

získ informací (kde / kdo / jaká forma)

první kontakt – praktický lékař / psycholog...?

zahájení léčby (kdy / okolnosti / co, kdo motivem...) – dobrovolně?

Jaké byly Vaše prvotní pocity v souvislosti se zahájením léčby? (ohrožení / spiknutí
ostatních / zrada / zklamání / vlastní předsevzetí / naděje v uzdravení...)

ambulantně / hospitalizace (jak dlouho / kde / z jakého důvodu – zdravotní komplikace,
psychický stav)

průběh léčby (+ medikace?)

formy léčby – terapie individuální / skupinová / rodinná; edukativní / jídelní skupiny;
arteterapie / muzikoterapie / relaxace; KBT (kognitivně – behaviorální
terapie)

deníkové zápisky?

Vaše spoluúčast na léčbě (v jakém směru, v čem) – vyhovovalo Vám, že jste do
průběhu léčby zapojena? Cítila jste se za průběh a výsledek léčby spoluzodpovědná? Co
Vám činilo potíže?

spoluúčast rodiny na léčbě? (v jakém směru, v čem)

Vaše pocity v průběhu léčby / z čeho radost, smutek, zklamání? / z čeho obavy? – proč?

Jak jste se s těmito pocity vyrovnávala?

Co / kdo Vám dodával/o sílu a naději? (důvod)

Co pro Vás bylo zklamáním? (důvod)

obeznámení s průběhem a formou léčby (kdo / jakým způsobem)

Co Vy osobně považujete za první úspěch v léčbě?

Co pro Vás osobně bylo velkým nezdarem / zklamáním?

Jaká byla vaše očekávání, v co jste doufala, že Vám léčba přinese? Jak se tato očekávání
v průběhu léčby měnila?

změny v průběhu léčby – jaké?

- v prožívání, chování, vztazích, Vašem náhledu na
problematiku PPP...

Co Vám v průběhu léčby chybělo nejvíce, co jste během léčby postrádala?

Získala jste v průběhu léčby nějaké nové zkušenosti? (jaké / jak Vás tyto zkušenosti
následně ovlivnily...)

Jaký byl Váš vztah k lékařům, ošetř. personálu? Změnil se v průběhu léčby tento vztah?
Jak?

Odmítla jste některou z nabízených forem léčby? (důvod)

- litovala jste později tohoto rozhodnutí? Jednala byste nyní,
s odstupem času, stejně? Z jakého důvodu?

Vyzkoušela jste rovněž alternativní metody léčby, např. fytoterapii? (na doporučení /
z vlastního přesvědčení)

Výsledek léčby – splnila léčba vaše očekávání? efekt, změny (oblasti změny?)

Vaše pocity, názory, postoje

Byly Vám poskytnuty informace týkající se následných možností, jak navázat na absolvovanou léčbu, kam se obrátit s žádostí o pomoc / radu...?

4. Současný stav

zdravotní komplikace / psychické problémy / deprese / únava / nespavost...?
medikace?

ambulantní léčba - pravidelné schůzky: psycholog / psychiatr...? (jak dlouho?)

Navštěvujete svépomocné skupiny pacientů trpících PPP / skupinové terapie určené pacientům s PPP? (jak dlouho?)

pohled zpět – jak nyní hodnotíte? Jaké změny jste dosáhla? V čem vidíte posun vpřed?

Jaký je Váš současný náhled na problematiku PPP / na Vaši situaci?

pocity / motivace / vztahy ?

Obáváte se návratu potíží? (důvod?) / Jakým způsobem návratu potíží čelíte?

Jak nyní hodnotíte: co Vám PPP dala / co Vám PPP vzala?

Představte si „Vaši bývalou PPP“ jako osobu – co byste jí nyní vzkázala?

Příloha č. 2 – Okruhy pro účel rozhovoru – rodinní příslušníci

Jaká byla Vaše prvotní reakce týkající se výskytu PPP ve Vaší rodině?
(sebeobviňování / výčitky svědomí...)

Jaké byly v té době Vaše pocity?

Co bylo dle Vašeho názoru příčinou těchto potíží – PPP?

Můžete, prosím, popsat osobnost Vaší dcery / sestry (povaha, charakter, vlastnosti...) – před vznikem PPP a nyní?

Měli jste informace týkající se PPP – příčiny, průběh, následky, možnosti léčby...?
(kdo info poskytl / kde / jakým způsobem)

Podíleli jste se osobně na průběhu léčby Vaší dcery / sestry?
(jakým způsobem / jaké byly Vaše pocity / jakých změn se podařilo dosáhnout)

Pokud Vaše dcera / sestra některou z nabízených možností léčby odmítla:
Co bylo dle Vašeho názoru příčinou takového rozhodnutí? / Domníváte se, že její rozhodnutí bylo chybné – proč? – nebo jste měli pro její rozhodnutí pochopení – proč?

Využili jste možnosti individuální / rodinné terapie? (Váš názor?)

Co Vás v průběhu léčby Vaší dcery / sestry posilovalo? (důvod?)

Co Vás naopak zklamalo? (důvod?)

Jak hodnotíte efekt / výsledek léčby?

K jaké změně / posunu došlo u Vás osobně? / Jak celou situaci vnímáte nyní?

Obáváte se návratu potíží – PPP? (důvod?)

Příloha č. 3 – Otázky pro účel rozhovoru – odborníci

Jak „široká“ je, dle Vašeho názoru, problematika PPP?

(Jaký je Váš názor k následujícímu tvrzení:

Komplexní charakter mentální anorexie a bulimie, jejich závislost na společenských a kulturních vlivech a velmi křehká hranice mezi normou a patologií je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů.

KRCH, F. D. a kol., *Poruchy příjmu potravy*. 2.vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X)

Co se pokouší, dle Vašeho názoru, nemocní prostřednictvím PPP sdělit svému okolí?

Jak hodnotíte současný systém a návaznost péče (v ČR) o osoby trpící PPP?

(Je vyhovující? Který článek v systému péče dle Vašeho názoru chybí? – popř. z jakého důvodu?..)

Jaké míry dosahuje (na základě Vašich zkušeností z praxe) informovanost nemocných s PPP a jejich nejbližšího okolí o povaze, průběhu, důsledcích a možnostech léčby těchto poruch?

(popř. Mají výše zmiňované osoby relevantní – nebo naopak zkreslené – informace?)

Jaké faktory, dle Vašeho názoru, ovlivňují úspěšnost léčby PPP největší měrou?

Setkal/a jste se během Vaší praxe s případem PPP, který pro Vás osobně byl – v porovnání s ostatními případy – specifický?

(V čem, pro Vás osobně, spočívala výjimečnost tohoto případu?)

Jak hodnotíte, na základě Vašich zkušeností (popř. na základě zpětné vazby), úspěšnost léčby nemocných s PPP?