

KOGNITIVNĚ - BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE: PRAKTICKÉ UŽITÍ V ORDINACI PEDOPSYCHIATRA

III. ČÁST: PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Práce přináší základní přehled o významu užití kognitivně behaviorální terapie v dětské a dorostové psychiatrii. Je rozdělena do tří částí podle psychických poruch, na které se zaměřuje. Je doplněna kazuistikami. Třetí část je věnována poruchám příjmu potravy se zřetelem na kognitivní terapii „*deviace body image*“ (zkreslené vnímání vlastního těla).

Klíčová slova: kognitivní terapie, anorexie, bulimie, *body image*.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: THE CLINICAL USE IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY PART III.: EATING DISORDERS

The purpose of this article is to explain the importance and clinical use of cognitive behavioral therapy in child and adolescent psychiatry. The work is divided into three parts. The case reports are included. The third part is devoted to eating disorders with special interest to cognitive therapy of disturbed *body image*.

Key words: cognitive therapy, eating disorders, *body image*.

Úvod

Poruchy příjmu potravy, ať mentální anorexie nebo bulimie, se staly v posledních desetiletích často řešeným problémem v ordinaci pedopsychiatra. Vzrostla incidence mentální bulimie, objevuje se hodně adolescentek, které mají atypické formy anorexie nebo bulimie. Přibýlo také literatury (4, 6, 7), která se tomuto problému věnuje, stejně jako odborných konferencí, na kterých se tyto problémy diskutují.

Už v první části, kdy jsme uváděli přehled nejpoužívanějších metod kognitivně behaviorální terapie, jsme zmiňovali *operantní podmiňování*, tedy postup, který se používá v léčbě těchto pacientek na specializovaných odděleních. Jedná se o metodu, při které je žádoucí chování posilováno (odměňováno). Obvykle je s každou pacientkou vypracována terapeutická smlouva, tedy jistý plán změn v jejím chování a hmotnosti, což ji postupně vede k předem stanovenému cíli. Vzhledem k tomu, že spolupráce je s pacientkou zvlášť na počátku léčby obtížná, zdá se právě metoda přesně definovaného *operantního podmiňování* hluboce smysluplnou. Klinická praxe to potvrzuje. Stejně postupy jsou obvykle základním modelem léčby i na řadě jiných pracovištích v Evropě. Podobnou terapeutickou strategii se obvykle snažíme uplatňovat i v běžné ambulantní praxi, v jejím průběhu však narazíme na zásadní problémy. Jedním z nich je klasická zkreslená představa o vlastním vzhledu (pozn. v odborné literatuře se vžil anglický termín „*deviace body image*“) (1, 2, 8) (obrázek 1). Dalším problémem je pak velký strach ze změny těla, strach z tloušťky. Oba tyto symptomy jsou základními charakteristikami nemoci. Je důležité jim rozumět, abychom s nimi mohli pracovat.

Teoretická východiska

Podle A.T.Becka, zakladatele kognitivní terapie, je primární dysfunkční kognicí (myšlenkou a současně představou) u dívky s anorexií kognice, že je „tlustá nebo neforemná“ (5). Hovoří se často o zkresleném vnímání vlastního těla (poruše *body image*). *Body image*, tedy před-

stava vlastního těla, je termín poněkud vágní – vztahuje se k tělesnému vzhledu a není přitom synonymem téhož. Jak vzniká zkreslená představa o svém tělesném vzhledu a jak s ní pracovat?

Obrázek 1. Názorná ilustrace „*deviace body image*“



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

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

V další fázi zpochybňujeme *problematické myšlenky*, které obvykle vyplynou ze záznamu myšlenek a pracujeme na jejich přebudování. Přesto může naše snažení skončit tím, že nás dívka opět ubezpečí, že je zcela v pořádku a nic jí nechybí.

Měření odhadu tělesných velikostí (Body Size Estimation)

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

Metoda je založena na jednoduchém propočtu indexu vnímání těla (Body Perception Index, BPI). Srovnáváme vlastně reálné tělesné rozměry s těmi, které pacientka vnímá (odhaduje). Měříme několik rozměrů frontálních, eventuálně profilových. Obvykle měříme tyto rozměry: obličej (vzdálenost lícních kostí), ramena, hrudník, pas, boky (vzdálenost mezi kyčlemi). Profilové rozměry zahrnují: hrudník (na úrovni prsou), pas, hýždě, stehna (středová úroveň). Pacientku požádáme, aby zkusila odhadnout a zakreslit „jak je rozměr, který právě měříme, asi velký.“

Pacientka zakresluje odhadovanou velikost měřeného rozměru na tabuli (vychází tedy z vlastní představy o sobě), zatímco my současně příslušný rozměr měříme. Základní propočet je jednoduchý a vychází ze vzorce (9):

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

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

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

Videomonitoring (videoshapetherapy)

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

Videomonitoring, event. „tvarování těla“ s pomocí videotechniky, bývá vděčnou součástí léčby. Umožňuje konstantní zpětnou vazbu. Každá pacientka má nakonec svoji vlastní videokazetu, která zachycuje vývoj stavu jejího těla. Stalo se opakovaně, že pacientky přicházely i po velmi dlouhé době s přáním znovu konfrontovat svoje současné pocity s bývalými. Mají potřebu se k nim znovu na chvíli vrátit, aby se případně, v době pochybnosti, znovu obrnily rozhodnutím „tak tohle už nikdy!“. Teprve v takových okamžicích jsou schopny abreakce, obsáhle komentují řadu dalších pocitů, které do té doby zůstávaly skryty.

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

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

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

Kazuistika

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

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

Terapie – přehled

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

I. cíl – hmotnost 46 kg (BMI 18)

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

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

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

V lednu 1999 jsme natočili videozáznam, proběhla diskuze. Pacientka uvedla, že ji děsí, jak jedna spolužačka

po léčbě ztloustla a holky ji pomlouvají. Rozebrali jsme záznam jídelního režimu, probrali a zpochybnili dysfunkční kognice. Provedli jsme pocitovou terapii (vnímání tepla a tělesných změn na jedné a druhé končetině). Provedli jsme další měření BPI, zatím bez výrazných změn. Hmotnost byla 40,60 kg.

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

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

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

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

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

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

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

V březnu 2000 jsme natočili další videozáznam, diskutovali jsme. Odmítla další zvýšení hmotnosti, tak jí to stačí. Provedli jsme psychoedukaci – somatické komplikace poruch příjmu potravy. Pacientka stále neměla menses. Hmotnost byla 49,00 kg.

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

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

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

Komentář

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

Diskuze

Poruchy příjmu potravy jsou závažné psychické nemoci, často s chronickým průběhem a život ohrožující.

Komplexnost problematiky u těchto pacientek volá po integrativním psychoterapeutickém přístupu. V žádném případě nechceme problematiku poruch příjmu zjednodu-

šovat na problém zkresleného vnímání vlastního těla nebo automatických dysfunkčních myšlenek. Určitě nepopíráme důležitost problémů, jako jsou formující se autonomie pacientky v kontrastu se závislostí na rodině, ani problémy spojené s nedostatečnou sebedůvěrou, vztahem k matce, separací a podobně. Za významné považujeme i biologické faktory, které vznik a průběh těchto poruch ovlivňují. Bylo by příliš jednoduché vytrhnout jeden aspekt problému a předpokládat, že právě ten je zásadní. To však nebylo smyslem tohoto příspěvku. Domníváme se, že cílem každé terapie je nabídnout pacientce alternativní cesty, vedoucí k uzdravení. Výběr vhodné techniky, ať půjde o rodinnou terapii, psychodynamickou nebo kognitivně behaviorální psychoterapii, bude vždy záležet na základní orientaci terapeuta.

Závěr

Kognitivně behaviorální terapie se stala významnou součástí léčby poruch příjmu potravy. Některé práce hovoří o tom, že je účinnější než terapie psychodynamická. Nechceme přitom podceňovat ani význam rodinné terapie, především populární vícečetné rodinné terapie. Záleží skutečně na možnostech a preferenci pracoviště. Předložené techniky jsou jednou z možností a jako takové je musíme přijímat. Podle našich zkušeností je jejich užití v adolescentní psychiatrii (neboť se tyto nemoci týkají právě adolescentního věku) vhodné a také i účinné.

Literatura

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

5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of psychiatry. Williams and Wilkins, 1994: 1257 s.
6. Krch FD. Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. Grada, Praha, 2000: 120 s.
7. Papežová H. Anorexia nervosa. PCP, Praha, 2000: 76.
8. Probst M, Vandereycken W, Vanderlinden J, Van Coppenolle H. The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *Int. J. Eat. Disord.*, 1998; 24: 167-174.
9. Slade PD, Russel GFM. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol-Med.*, 1973; 3: 188-237.