



Úvod

Porucha příjmu potravy různých forem představuje onemocnění, rozšířené v západní společnosti, během posledních dvaceti let: výskyt je u 5% populace.

Anorexie, více než kterákoliv jiná porucha příjmu potravy, představuje extrém jedné z hodnot naší společnosti: krása je chápána pouze jako fyzický tvar a štíhlost, je její vrchol. Ovládání těla a kontrola jídla jsou pak synonymem pro úspěšnost a dokonalost.

To však neznamená, že kultura, a to i v nejextrémnějších formách, je příčinou těchto patologických stavů, ale znamená pouze to, že poskytuje referenční rámec, ve kterém se tato porucha nachází.

Zdá se, že rozhodujícím faktorem pro anorexii a bulimii, byť vzájemně opačným způsobem, je kontrola.

Shodou okolností se tyto patologie vyvíjejí v období adolescence, kdy nastávají velké tělesné změny, a to zejména u žen.

Vzpoura se v tomto případě projevuje prostřednictvím kontroly nad jedinou oblastí, kterou mají skutečně ve vlastní moci, a tou je jejich tělo.

Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje spolupráci a koordinovanou péči, která řeší všechny aspekty a oblasti, zasažené touto poruchou: fyzické zdraví, váha, výživa, psychoterapie a sociální rehabilitace. Porucha příjmu potravy je komplexním a vícerozměrným jevem.

Nelze ji tedy řešit pouze z lékařského, dietetického nebo psychologického hlediska: nutná je globální intervence a je-li to možné, pak interdisciplinární.

DEFINICE

Jedinec s poruchou příjmu potravy prožívá pozměněný vztah k jídlu a má extrémní zájem o tělesné tvary. V této souvislosti nastává změna sebe-obrazu, emoční poruchy a soubor dysfunkčního chování, které z toho vyplývají.

Výzkum prokázal, že tato porucha má relevantní genetické i neurobiologické základy, a proto opravdu není „volbou životního stylu“.

Druhy poruch příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Binge Eating Disorder
(„Přejídání“, z čehož 65% je spojeno s obezitou)

Porucha příjmu potravy jinak nespecifická
(20% z nich trpí obezitou)

Příznaky a důsledky

MENTÁLNÍ ANOREXIE

Standardní kritéria pro diagnostiku mentální anorexie:

- extrémní štíhlost (nikoli konstituční, ale dobrovolná), spolu s odmítáním udržet váhu nad minimálním prahem, považovaným za normální (anorektická osoba je definována hmotností pod 85% hmotnosti, očekávané dle věku a výšky a/nebo indexu tělesné hmotnosti – BMI – menším než 15,5);
- silný strach z přibývání na váze i při objektivní podvázce;
- extrémní zájem o váhu a fyzický vzhled, zahrnující jak změnu tělesného prožitku, tak nadměrný význam váhy ve spojení se sebeúctou; nebo/také odmítání připustit si závažnost fyziologického stavu;
- nespokojenost s vlastním tělem (představuje nejvyšší rizikový faktor);
- u žen amenorea (přerušení menstruačního cyklu) nejméně tři po sobě následující cykly, po předcházející menstruaci.

Psychologická úzkost se také může projevit úzkostí nebo depresí.

Identifikujeme dva podtypy mentální anorexie:

- restriktivní
- s eliminačními prvky chování (jako je navozené zvracení, použití projímadel, diuretik nebo klystýrů)

MENTÁLNÍ BULIMIE

Klinicky je bulimie charakterizována epizodami, při kterých subjekt pocituje nutkavou potřebu přijímat nepřiměřené množství jídla, spojenou s nepříjemným pocitem, že není schopen kontrolovat své chování.

Toto chování je časté u dospívajících a mladých dospělých. Týká se to hlavně žen (90%).

Obecně se objevuje kolem 12-14 let (pozdní pre-adolescence) nebo v rané dospělosti (18-19 let).

Diagnostická kritéria:

- opakované přejídání;
- spotřeba velkého množství potravin;
- pocit ztráty kontroly;
- kompenzační chování: navozené zvracení (které může být vyvolané i po jakémkoli jídle), příjem projímadel, diuretik, klystýrů nebo léků na štítnou žlázu, dále je to půst a nadměrné cvičení
- četnost: ke stanovení diagnózy je nutné, aby záchvaty přejídání a následného kompenzačního chování, trvaly nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců.

Za těchto okolností je možné hovořit o závislosti:

- přehnaný zájem o tělesné tvary a hmotnost. Sebeúcta je zásadně ovlivněna tvarem a tělesnou hmotností, osoba pocituje stálou potřebu dodržovat dietu a přesto má neustále strach, že přibere na váze.

Rozlišujeme dvě formy:

- s eliminačním chováním, kdy se člověk pravidelně uchyluje k navozenému zvracení nebo k nevhodnému používání projímadel, diuretik nebo klystýrů

- bez eliminačního chování, kdy se u lidí s mentální bulimií pravidelně objevuje nevhodné kompenzační chování (půsty nebo intenzivní fyzická aktivita), ale nevykonávají navozené zvracení ani nepoužívají projímadla, diuretika nebo klystýry.

Bulimické epizody mohou být vyvolány výkyvy nálad, úzkostnými stavy nebo stresem. V některých případech mohou být bulimické epizody naplánovány předem.

Příznaky a důsledky

BINGE EATING DISORDER (přejídání)

Klinicky se tato porucha projevuje epizodami přejídání, typickými pro mentální bulimii, nevykazuje však kompenzační znaky, které jsou pro bulimii typické. Člověk trpící touto poruchou, mívá utkvělou myšlenku pozřít jakýkoliv druh potravy, aby tak uklidnil vlastní úzkosti nebo negativní emoce,

a to přesto, že si je vědom, že to může poškodovat jeho zdraví.

Tito lidé jsou často izolovaní, mají nízkou sebeúctu a mají hluboké pocity viny. Nárůst hmotnosti ještě více komplikuje sociální integraci a nepříjemné pocity těchto lidí.

EMDR: krátká terapie

Dopady stresu, žalu, domácího týrání, zneužívání dětí a jiných negativních životních událostí, jako závažných rizikových faktorů, jsou dnes v odborné psychologické literatuře a zejména v oblasti poruch příjmu potravy, velice uznávány.

EMDR (anglicky Eye Movement Desensitization and Reprocessing, desenzibilizace a přepracování skrze oční pohyby) je psychoterapeutickou léčbou objevenou v roce 1989 americkou psycholožkou Francine Shapiro. Postup, původně používaný k úlevě od stresu spojeného s traumatickými vzpomínkami, prošel v průběhu let hojným klinickým výzkumem, zahrnujícím psychoterapii, výzkum v oblasti duševního zdraví i neurofyzilogie. V současnosti je EMDR pojímána jako léčba posttraumatických poruch, založená na důkazech, které jsou potvrzené větším počtem

výzkumů a publikací, než jakákoliv jiná psychoterapie, týkající se oblasti traumatu. Schválena je mimo jiné Americkou psychologickou asociací (1998–2002), Americkou psychiatrickou asociací (2004), Mezinárodní společností pro traumatická stresová studia (2010), Světovou zdravotnickou organizací a italským ministerstvem zdravotnictví (2003).

Mezi nejznámějšími aspekty EMDR patří rychlost intervence, účinnost a možnost aplikace na lidi všech věkových skupin, včetně dětí a mladých lidí.

Přístup EMDR, zejména indikovaný při léčbě následků traumatu, se postupně transformoval ve stále propracovanější, komplexnější a globální přístup, který je schopen se vypořádat s většinou poruch, jako jsou i poruchy příjmu potravy.

Jak může EMDR pomoci

Psychoterapeutická práce zahrnuje přepracování všech zneklidňujících zážitků, souvisejících s historií člověka, které mohou být příčinou úzkostných symptomů.

Přístup EMDR nabízí příležitost, nejen přepracovat minulé traumata, ale zároveň posílit osobní schopnosti a vnitřní zdroje, zvýšit sebevědomí pro zvládání problémů každodenního života, ale také řešit často chronické příznaky poruch příjmu potravy.

