PORUCHY PRÍJMU POTRAVY: ANOREXIA A BULÍMIA NERVOSA*

A. Hussmann

Výskyt a sociokulturálne pozadie

Anorexia nervosa a bulímia nervosa môžeme považovať za dve nerovnaké sestry. Hlavným spoločným symptómom oboch týchto porúch je konfliktové zaobchádzanie s potravou a pokus o reguláciu intrapsychických a interpersonálnych napätí pomocou manipulácie s vlastným telom. Telo má pritom vždy aj komunikačnú funkciu, anorektické telo pôsobí ako znak provokujúci k emočným reakciám okolia a k zaujatiu postoja. Reakcie sociálneho prostredia sú vždy odlišné. Schepank (1991) hovorí o "protiprenosovej fascinácii" a atraktivite, ktorú anorexia nervosa vyvoláva. Tieto pacientky vyvolávajú u väčšiny terapeutov impulzy k zachraňovaniu a pomoci. Pri bulímia nervosa je to ale často inak. I keď často sú v pozadí ochorenia podobné existenciálne otázky (napr. vysporiadavanie sa s otázkami identity a vlastnej hodnoty, ťažkosti s akceptovaním ženskej pohlavnej identity, konflikty v oblasti autonómie a závislosti), títo pacienti vyvolávajú vo svojom sociálnom okolí skôr hnev alebo dokonca hnus. Pravdepodobne tieto odlišné reakcie súvisia s určitým spoločenským štandardom, ktorý zakazuje prejavovanie pudových, baživých, "chaoticko-špinavých" impulzov. Fascinácia mentálnou anorexiou by mohla mať svoj koreň v tom, že pri nej tieto impulzy zostávajú v latencii, zatiaľ čo pri bulimickom symptóme sa "odžívajú", aj keď nie pred zrakom druhých. Zaujímavé je, že oba tieto syndrómy poruchy príjmu potravy postihujú prevažne mladé ženy a dievčatá. Ponúka sa preto predstava, že pohlavná špecificita a voľba symptómu súvisí aj so sociokulturálnymi podmienkami, v rámci ktorých sa tieto poruchy objavujú. Skôr než oba tieto klinické obrazy podrobnejšie preberieme, zameráme sa po epidemiológii bližšie na tieto aspekty.

* A. Hussmann: Essstörungen - Anorexia und Bulimia nervosa. In: G. Rudolf: Psychotherapeutische Medizin. Enke, Stuttgart, 1993. Preklad: J. Hašto.

Epidemiológia

Často diskutovaný nárast výskytu anorexia nervosa v posledných desaťročiach sa nedá jednoznačne doložiť epidemiologickými štúdiami. Takmer neexistujú systematické reprezentatívne štúdie celých skupín obyvateľstva alebo reprezentatívnych vzoriek. Dokázaný nárast incidencie liečených prípadov v západných priemyselných zemiach ešte nedokazuje fakticky zvýšený *výskyt ochorenia*, môže to byť podmienené aj zmenami v správaní sa pri ochorení a terapeutickou ponukou. K tomu pristupuje ešte aj skutočnosť, že rôzne štúdie sa často nedajú porovnávať, pretože používali rôzne výskumné kritériá. Keďže diagnostické zaradenie pacientov s prídatnou bulimickou symptomatikou alebo netypickými poruchami príjmu potravy býva rôzne, môže dôjsť k preceneniu nárastu prevalencie anorexia nervosa, pričom nárast by sa v skutočnosti týkal zvýšeného výskytu bulimorektickej poruchy (Schepank 1991). Neprekvapuje teda, že údaje o prevalencii a incidencii anorexia nervosa výrazne kolíšu. Hodnotenie pravej prevalencie v rizikovej skupine sa pohybuje medzi 0,1% (Schepank 1991) a 4% (Russel 1977), podľa toho, aké diagnostické kritéria sa použili. Köhle a Simons (1990) udávajú ročnú incidenciu anorexia nervosa 0,1 až 0,6 na stotisíc obyvateľov, prípadne medzi 50 až 75 pacientov na stotisíc osôb rizikovej populácie (ženy medzi 15 až 25 rokmi).

Z uvedených dôvodov chýbajú dosiaľ exaktné čísla pre bulímia nervosa. V literatúre sa zhodne uvádza nárast výskytu ochorenia zvlášť v posledných desiatich rokoch. Hodnotenia prevalencie v rizikovej skupine mladých žien a dievčat sa pohybuje medzi 2-4% (Fichter 1985). Anorexia nervosa a bulímia nervosa sú prevažne *ochoreniami mladých dievčat a žien* v strednej a vyššej sociálnej vrstve. Podiel mužov je malý. Mester (1981), ktorý preskúmal pohlavné relácie u anorektických pacientov v 50 publikovaných štúdiach od roku 1931 do 1981, udáva zastúpenie mužov v 6,4%. Podobné je to pri bulimia nervosa. Tu sa podiel mužov zisťuje v 4,5% (Ziolko 1985).

Sociokulturálne aspekty

Odchýlky od fyziologického príjmu potravy vo forme anorexie a hyperfágie s indukciou vracania alebo bez nej sa zjavne vyskytovali vo všetkých obdobiach (Habermas 1990, Ziolko 1985). Zaujímavé ale je a vysvetlenie si vyžaduje, že anorexia nervosa a bulímia nervosa, ktoré sa považujú za "ochorenia našej doby a módne ochorenia", takmer výlučne postihujú mladé ženy

a dievčatá. Pohlavná špecificita oboch porúch a ich častý výskyt v západne orientovanýc priemyselných krajinách hovoria preto, že sa jedná o sociokulturálne podmienené syndrómy alebo o etnické poruchy (Habermas 1990).

V tejto "narcistickej dobe" západných priemyselných krajín sa atraktivita posudzuje z veľkej časti na základe telesných atribútov ako je štíhlosť, mladistvosť a telesná kondícia. Telo sa cielene formuje a mení podľa vlastného *ideálu*, ktorý je *spoločensky podmienený*, pričom spoločnosť ponúka určité kultúrne techniky napr. body-building, produkty priemyslu pre zoštíhľovanie a skrášľovanie, diéty, poskytuje pravidlá kvality a kvantity príjmu potravy. Reklama je založená na narcistickom potenciále každého jedinca, podnecuje k väčšej sebakontrole a disciplíne pri jedení. Spája sa to s hedonistickými prísľubmi. Slogan "ty smieš" sugeruje pôžitok bez následkov, bez ľútosti, ale práve "light" spôsobom. Dôležitým *historickým predpokladom* pre vývoj tohoto štandardu sebaobmedzovania pri jedení je relatívny nadbytok konzumného tovaru a vo veľkej miere slobodný prístup k potrave, v kombinácii s úbytkom rituálnych predpisov alebo aj presných časových vymedzení pôstov alebo aj normálneho alebo nadmerného príjmu potravy v určitých slávnostných dňoch (Habermas 1990). Zatiaľ čo v priebehu historického vývoja ubudli tieto externé tlaky ku kontrole, stále viac sa vyvíjali reštrikcie, ktoré si ukladajú samotní jedinci, aby tak docielili alebo sa vyhli určitým efektom výživy na telo a psychiku. Tento trend k sebareštriktívnemu príjmu potravy sa dnes týka hlavne žien. Button a Whitehouse (1981) referujú o výsledkoch, podľa ktorých 80-90% žien v západných kultúrach sledujú svoj každodenný príjem kalórií, aby zodpovedali bežnému ideálu štíhlosti. U mužov sa vysoké sebahodnotenie nespája natoľko so štíhlosťou ale skôr s fyzickou efektívnosťou. Ak chceme jednotlivé poruchy príjmu potravy dávať do súvislosti s uvedenými spoločenskými podmienkami, dajú sa tieto chápať vždy ako porušenia normy ohľadom prevládajúceho ideálu krásy a ženskosti. Zatiaľ čo anorektické telo je kvázi karikatúrou a adipózne telo prehreškom voči norme, pri bulímii je to iné. Toto ochorenie býva utajované. Bulimické ženy demonštrujú navonok veľký stupeň konformnosti, pričom pocity hanby a viny pri ochorení súvisia s identifikáciou s ženskou normou.

Bruch (1978) sa domnieva, že módny priemysel svojím *zdôrazňovaním štíhlosti* je zodpovedný za zvýšený výskyt porúch príjmu potravy u žien. Čím viac móda diktuje, že telo sa má ukazovať, tým väčšie sú sankcie pri nadváhe. Keď sa pozrieme na historický vývoj módy, je

nápadné, že ideál eroticky atraktívneho ženského tela sa od začiatku 20. storočia spája s ideálom prirodzenosti a nie odevu a upúšťa sa od manipulovania tela napr. korzetom. Doterajší vrchol tohoto vývoja súčasnej módy znamenajú priliehavé leggíny a šnurovačka. Ženské telo ako reprezentačný objekt je takto olúpené o svoju vlastnú intimitu. Predsa ale zostáva otázne, či móda a šírenie panujúceho ideálu štíhlosti médiami je kauzálny faktor pre vyšší výskyt porúch príjmu potravy u žien.

Christa von Braun (1992) nesúhlasí s týmto pohľadom. Chápe anorexiu skôr ako boj o autonómiu v zmysle určitej sebadefinície ako vymedzenie vlastnej inakosti oproti iným prípadne proti rolovým predpisom. Anorektické ženy sa zdráhali prijať spoločensky predpísanú rolu obetujúcej sa ženy, napr. matky nehľadiacej na seba alebo ženy obetujúcej sa pre svojho muža. Je možné, že bulímia ako "tajná sestra" anorexie vedie tento boj rafinovanejšími prostriedkami. Christa von Braun (1992) vidí kultúrno-historické pozadie modernej anorexie v súvislosti s históriou kresťanských predstáv o žene ako aj v súvislosti s tradovanými vzorcami správania pri ženskej vzbure proti týmto predstavám.

Keďže anorexia a bulímia sú ochoreniami vyskytujúcimi sa častejšie na začiatku dospelosti, ponúka sa otázka, či sa dajú chápať aj ako výraz ťažkostí pri sekundárnej socializácii. Skutočne sa v posledných desaťročiach zmenili *požiadavky na rolu mladej ženy*. Obdobie, v ktorom sa určuje sociálna identita voľbou povolania, vydajom alebo záväzným partnerstvom a porodením prvého dieťaťa, sa u mladých žian posunulo na neskôr, než tomu bolo ešte pred 30-40 rokmi (Habermas 1990). Z toho vyplývajú nielen rolové konflikty medzi tradičnými a modernými rolovými očakávaniami, ale aj väčšie nároky na vlastnú zodpovednosť a na sebaurčujúce individuálne utváranie života. Bräutigam (1986) nadhodil otázku, do akej miery zánik tradičných noriem a požiadaviek, ktoré v minulosti poskytovali mladistvým určitú jasnú orientáciu, musia teraz títo nahrádzať individuálnym vytyčovaním hraníc. Sebareštrikcia pri príjme potravy by potom bola len určitým aspektom určitého rozšíreného spoločenského trendu. Akokoľvek budeme hodnotiť význam rôznych sociokulturálnych aspektov, predsa len nevysvetľujú, prečo ochorie len určité percento indivíduí. Úsudok si tu môžeme urobiť len na základe vyšetrenia individuálneho prípadu.

Anorexia nervosa: symptomatika a diagnostické kritéria

Najnápadnejším symptómom anorexie je výrazná strata hmotnosti často až ku kachaxii, pričom pacientky samé majú pocit, že sú tučné. Presvedčivo znejúce sťažnosti na neforemnosť alebo dokonca tučnostu sú v príkrom rozpore so zovňajškom pacientiek. Majú charakter ovládavých predstáv. Aj keď pocity hladu sa bežne vyskytujú (označenie klinického obrazu ako anorexia je zavádzajúce), odopierajú si príjem potravy alebo prijímajú len veľmi malé množstvá nekalorickej potravy, často rozložené na celý deň. Zatiaľ čo pacientky samé hladujú, často sa starajú aby príbuzní alebo priatelia mali nadbytok dobrého a väčšinou nimi samými pripraveného jedla, ktoré často až vnucujú. Alebo sa zaoberajú fantazijnými dobrotami, listujú v kuchárskych knihách alebo zbierajú recepty. Iné schovávajú alebo zhromažďujú potravu. U časti pacientiek prepuknú občas záchvaty vlčieho hladu s náväzným vracaním. Tieto prielomy impulzov berú ako porušenie doktríny ktorú si sami vytýčili a reagujú ďalšími radikálnymi pôstami alebo inými metódami redukcie hmotnosti (napr. abusus laxancií, nadmerná športová aktivita). Typická je tiež nápadná hyperaktivita. Aj pri extrémnom vychudnutí sú pacienti neposední a v pohybe. U veľkej časti pacientiek dochádza k sociálnemu stiahnutiu sa a z časti aj k vedomo vnímaným sociálnych deficitom. Chýba záujem o kontakty s opačným pohlavím alebo sa odohráva len vo fantáziách odtrhnutých od reality. Odmietajú a bojujú proti vlastnej telesnosti vo všetkých jej pudových aspektoch, teda sexuálnych. Stiahnutie sa a izoláciu racionalizujú väčšinou ako nutnosť, že sa totiž musia venovať škole a učeniu a tvrdo pracovať. Normálne až nadpriemerne inteligentné a nadané pacientky majú v týchto oblastiach aj dobré výkony.

U dievčat nedochádza k menarché alebo vypadáva menzes (primárna alebo sekundárna amenorhoe), čo je častý symptóm, ktorý ale nemusí nutne korelovať so stratou na váhe. Asi u 1/3 pacientiek vynecháva perióda už pred schudnutím. Aj pravidelne sa vyskytujúca obstipácia sa nevysvetľuje len bizarným stravovaním alebo ako pretrvávajúci príznak abusu laxancií.

Podobne ako amenorhoe si vyžaduje interpretáciu ako psychosomatický symptóm v užšom slova zmysle.

Opierajúc sa o bežné klasifikačné diagnostické systémy (DSM-III-R-APA 1987, ICD-20/WHO 1991), Feighner et al. (1972) zhrnieme ešte raz najdôležitejšie symptómy:

- telesná hmotnosť je zreteľne pod očakávanou hmotnosťou v danom veku a pri danej výške
- telesný ideál extrémnej chudosti: silná úzkosť z priberania (fóbia z pribrania na váhe) a

- pocit triumfu a hrdosti pri odoprení si jedla a poklese na váhe
- poruchy vnímania vlastného tela: pocit, že aj pri zreteľnej podváhe sú tučné
- stratu na váhe si spôsobuje pacientka sama: abstinenciou od jedla, diétami, vracaním, užívaním laxancií, diuretík a anorektík, motorickou hyperaktivitou
- sprievodné a následné telesné fenomény, ako napr. primárne a sekundárne amenorhoe, obstipácia.

Somatické dôsledky

V dôsledku nedostatočnej výživy a progredientnej strate na váhe dochádza k radu závažných sekundárnych somatických symptómov: zlý celkový stav vyznačujúci sa extrémnou podváhou až kachexiou, hypotermia a bradypnoe. V oblasti kardiovaskulárneho systému sa dajú zistiť arytmie, bradykardie, hypotonie, akrocyanóza a periférne edémy. Poruchy bielkovinného a minerálneho metabolizmu, špeciálne hypokalémie býva časté, tiež rôzne endokrinologické zmeny. Koža je atrofická a suchá, vlasy väčšinou tenké a lomivé, pri extrémnej podvýžive vlasy vypadávajú. Dochádza k typickému lanugo-ochlpeniu. Časté sú dentálne anomálie a zdurenie slinných žliaz kvôli samoindukovaným vracaniam. Choroba so svojími pestrými somatickými nálezmi môže viesť aj k smrti. Dlhodobé sledovania dospeli k latelite medzi 5% až 18%.

Diferenciálna diagnóza

Pestré somatické nálezy ak sú vyhodnocované všeobecnými lekármi alebo internistami môžu najprv viesť k omylom. Stáva sa to, ak sa pri diagnostike neberie popri somatických parametroch do úvahy aj výskyt nápadností v správaní a prežívaní. Pri primárnych somatických ochoreniach, ako napr. pri chronických konzumptívnych ochoreniach, mozgových tumoroch, črevných ochoreniach ako je morbus Crohn alebo malabsorbčný syndróm sa ale nevyskytujú typické poruchy vnímania vlastného tela a fobia z pribratia. Diferenciálne diagnosticky je treba brať do úvahy aj možnosť psychiatrického ochorenia, napr. primárnej afektívnej poruchy alebo schizofrénie.

Odlíšenie od bulímia nervosa môže byť ťažké, pretože oba klinické obrazy sa môžu prekrývať. Dôležité kritérium je telesná hmotnosť, ktorá u bulimičiek kolíše ešte v pásme normy.

Psychodynamika anorexie

Vyvolávajúce faktory

V anamnézach anorektických pacientiek sa len zriedka nájdu dramatické vonkajšie podnety, ktoré by podmieňovali vývoj ochorenia. Pri dostatočne ešte nevysvetlených somatických a hereditárnych faktoroch a vplyve sociokulturálnych determinant sa môže ochorenie, ktoré postihuje prevažne dievčatá a mladé ženy, chápať ako *reakcia na vývojovo podmienené požiadavky*. K týmto požiadavkám patrí vyrovnávanie sa s telesným zrením, preberanie a vývoj v psychosociálnej pohlavnej role, profesionálna identita a s tým súvisiace odpútavanie sa od primárnych detských objektov lásky, od rodičov, ako aj nadväzovanie nových, iných vzťahov s vrstovníkmi. Tieto vývojové kroky nie sú nikdy bez otrasov. U anorektických pacientiek sa ale prejavujú nielen vekovo špecifické a prechodné symptómy pubertálnej askézy. Ich reakcia sa dá považovať za defenzívne a konštantné, vytrvalé "nie" voči pubertou vyvolanému stavu napätia a zmätku pri vynárajúcich sa úlohách. "Zlatá klietka anorexie" (Bruch 1978) je niečo, čo má tiež ušetriť pred odvážením sa výjsť do sveta, konfrontovať sa, odlúčiť sa a začať nový život. Ako ukázal Csef (1987) aj u pacientiek so začiatkom anorexie v dospelom veku sa objavujú rovnaké typické základné a vzťahové konflikty v medziľudskej a partnerskej oblasti ako u anorektičiek v puberte a v rodičovskom dome. Sú to prevažne konflikty medzi autonómiou a závislosťou, medzi blízkosťou a dištanciou alebo konflikty súvisiace so sebapresadzovaním a mocou.

Keďže anorexia nervosa je ochorenie, ktoré postihuje hlavne mladé ženy a dievčatá, nebudeme v nasledovných odstavcoch zohľadňovať psychodynamické aspekty u mužov. Uvedieme tu psychodynamické chápanie podľa Burziga (1987).

Vzdanie sa genitálno-sexuálnej vývojovej úrovne a obrane voči ženskej identite

Uznanie a prijatie psychosexuálnej roly ženy spôsobuje pacientkám rad ťažkostí a preto sa mu bránia regresívnym spôsobom. Môcť sa prežívať a správať ako žena zodpovedná za seba by predpokladalo vypustiť zo zodpovednosti rodičov, ktorých ale žena, dievča zčasti reálne, zčasti

ale tiež v rámci detského vývoja mala ako idealizované objekty. Takéto vyrovnávanie sa a s ním spojené zrieknutie sa nerealizovateľných možností ale nedokážu pacientky zvládnuť. Viac či menej vedome ich ovláda resentiment, že toho nedostali dosť a že sú celkovo horšie vybavené a vyzbrojené. Tento hnev sa zameriava hlavne na matku. Prevzatie ženskej role sa na tomto pozadí prežíva ako ďalšia požiadavka a je spojená s úzkosťou, že musia opustiť pozíciu opatrovaného a oprávnene si nárokujúceho dieťaťa. Toto by bolo identické ako odlúčenie od idealizovaného (asexuálneho) obrazu matky. Okrem toho by to znamenalo akceptáciu vyvíjajúcej sa genitálnej sexuality, musela by byť ako matka a to aj v sexuálnych aspektoch, ktoré pacientka odmieta. Súčasne by sa zásadne zmenil vzťah medzi matkou a dcérou, pričom by sa obe museli znova konfrontovať s témou oidipálnej rivality a ženskej konkurencie.

Pri sexuálnej zrelosti zlyháva aj otec ako istotu poskytujúci alternatívny objekt. Pri oidipálnej kofrontácii s otcom môže aj tento nadobúdať ohrozujúce aspekty (napr. orálne- pohlcujúce). Cez obranné mechanizmy regresie a presunu sa genitálne sexuálne pudové impulzy presúvajú na orálnu úroveň a tu sa s nimi bojuje pomocou ďalšieho obranného kroku, hladovaním. Tieto regresívne procesy vysvetľujú aj znovuvynorenie infantilných sexuálnych teórií, ako sú napr. fantázie o orálnom otehotnení alebo o pôrode ústami. Vytvorenie asexuálneho ego-ideálu ("nie som ani žena ani muž") sa dá preto chápať aj ako reaktívny výtvor, ev. ako obrana voči uvedomeniu si sexuálnych prianí, ktoré by znamenalo odlúčenie od primárnych a zameranie sa na iné objekty lásky. Pomocou vyhladovania ženského tela, s ktorým je spojené aj mrzačenie ženských funkcií, našli pacientky v symptóme možnosť ako si druhých

držať na dištanc, prípadne aj ako ich urobiť bezmocnými, bez toho že by oni samé prehrali (Willenberg 1991).

Regresia na úroveň orálnej ambivalencie

Myslenie a správanie anorektických pacientiek je v ďalšom priebehu stále viac ovládané obsahmi orálnej vývojovej úrovne. V rámci nevedomého stotožňovania je príjem potravy na jednej strane prežívaný ako splývanie s ambivalentne milovaným objektom, na druhej strane ako jeho deštrukcia. Obe alternatívy ohrozujú fragilné ego, či už stratou identity alebo stratou objektu lásky. Potreba potravy alebo v širšom zmysle vlastná potreba lásky je preto prežívaná ako niečo

deštruktívne a treba sa tomu vyhnúť. Z orálnej ambivalencie vyplývajúci pocit viny, zosilnený orálnou závisťou a agresiou, je miernený prísnou abstinenciou od jedla. Z toho pohľadu má chrániť objekt a trestať seba. Rovnako aj hyperaktivita pacientiek, pokiaľ sa nedá považovať za apetenčné správanie v dôsledku pokračujúceho hladovania, môže mať sebatrestajúcu funkciu.

Asketické utváranie ideálu a sociálne stiahnutie sa ako pokus o narcistickú reguláciu

V dôsledku požiadaviek zrenia prežívaných ako veľmi silných a pri hlbokom pocite, že z toho vyplývajúce konflikty a úlohy nedokážu zvládnuť, zaťahujú pacientky záchrannú brzdu. Keďže si vlastné potreby vykladajú ako svoju slabosť a aj od druhých očakávajú pohŕdanie alebo útoky, majú zahatenú cestu k druhým ako potencionálnym pomocníkom! Cez asketické utváranie ideálu ("ja nepotrebujem nič a od nikoho") dochádza k pokusu ako čeliť obávanej strate identity a kontroly. Z núdze sa stáva cnosť, namiesto aby si pripustili, že majú potreby, prezentujú postoj, že nemajú žiadne. Dochádza k nepriateľstvu voči všetkému pudovému bez rozdielu a k popieraniu vlastných túžob a nárokov. Vnímajú ich skorej u druhých a bojujú s nimi u druhých. V priebehu ochorenia sú to stále viac druhí, rodičia, priatelia, lekári, terapeuti, ktorí sa v prežívaní pacientky vnucujú svojou pomocou, a chcú aby jedla. Ony samé ale nechcú, často ani nemajú pocit ochorenia ani náhľad na ochorenie. Delegovaním vlastných potrieb druhým pokračujú v istom zmysle v skoršom vzťahovom vzorci. V prežívaní pacientiek aj pred začiatkom ochrenia to neboli oni samé, ktoré niečo chceli, ale plnili požiadavky rodičov, priateľov, školy atď. V istom type podvojného účtovníctva demonštrujú negativizmus a popieranie choroby, ktorá je poslednou fiktívnou autonómiou, a prejavuje sa u nich zreteľne aj nedostatok doterajšieho vývoja identity.

Narcistický triumf pochádzajúci z asketického utvárania ideálu a vyúsťujúci do fantázie, že sú akýmsi perpetuum mobile, ale dlho nevydrží. Hlad po potrave a po objekte sa nedá ukončiť halucinačným spôsobom. Čím viac narastá napätie z neukojenej potreby a zo sociálnej izolácie (obranne podmienenej) a z odcudzenia, tým výraznejšie sa musí bojovať s ponúkajúcimi sa pokušeniami. K tomu pristupuje ešte ďalší a podstatný dynamický faktor - intenzívny pocit závisti (Boris 1984). Pri idealizujúcom deformovanom vnímaní reality sú druhí videní tak akoby mali svoju vytúženú spokojnosť a nemali potreby. Takže druhí sú neospravedlniteľne mocní a

narastá pocit, že ony samotné sú menej cennými bytosťami. Pravdepodobne, že by si mali od týchto mocných druhých niečo zobrať, potravu alebo radu alebo pozornosť, náklonnosť, by potom znamenalo priznať si, že druhí niečo majú, čo oni nemajú. Tým by sa ale úplne zrútila ich narcistická fantázia o dokonalosti a nezávislosti od potrieb. Z tohoto dôvodu musia neustále zosilňovať obranné tendencie: popieranie, že majú nejaké potreby, projekciu potrieb na druhých, znehodnocovanie objektu a idealizáciu vlastného odriekania. Paradoxným spôsobom sa tak hlad stáva najlepším priateľom. Garantuje, že to zvládajú.

Používanie vlastného tela ako objektu

V miere v akej sa pacientky sťahujú z vonkajšieho objektného sveta, narastá pre ne význam vlastného tela ako objektu. Objektné používanie tela implikuje pritom určitý rozštep na prežívajúcu časť self a na dištancovane vnímaný telesný aspekt. Pre pacientky reprezentuje chudé, podvýživené telo "dobrý objekt" a spája sa s ním vrcholový pocit (emócia) všemocnosti (Hirsch 1991). Nevedomá fúzia s "dobrým", idealizovaným objektom v stave extrémnej vychudnutosti a z toho rezultujúca nálada triumfu a vrcholu (Hochstimmung) pochopiteľne vedie k tomu, že pacientky nedokážu rozpoznať svoje vitálne ohrozenie. Iné je to, keď reálne alebo v prežívaní pacientky hrozí, že telo bude normálne alebo bude mať nadváhu. Potom sa stáva reprezentantom "zlého", pohlcujúceho a o vlastnú autonómiu oberajúceho objektu. Keďže príslušný telesný stav si navodili samé, môžeme hovoriť aj o tom, že telo má pre pacientky charakter prechodného objektu. Ako manipulovateľný a nie skutočne k vlastnému self patriaci objekt (v prežívaní) vychádza tiež v ústrety potrebám pacientiek po sebaurčení (Willenberg 1991).

Uvedený popis rôznych psychodynamických aspektov by mal dostatočne ukázať, že potrava a telesnosť môže mať pri anorexii pestré psychoanalytické významy. Centrálne dôležitá je regresia na úroveň orálnej ambivalencie; prináša so sebou dilemu, že láska je vytúženým splynutím a súčasne obávaným pohltením.

K etiológii a patogenéze anorexia nervosa

Pri komplexnosti patogeneticky účinných faktorov sa zdá byť zmysluplný etiologický model, ktorý zohľadňuje tieto jednotlivé faktory nielen v ich sumačnom pôsobení ale aj v ich dynamickom a interagujúcom pôsobení v čase. Fichter (1985) rozlišuje predisponujúce faktory, vyvolávajúce udalosti, pokusy o zvládanie zo stravy indivídua a sociálne prostredie a konečne tiež faktory prispievajúce k perpetuácii ochorenia.

Predisponujúce faktory pôsobia už pred začiatkom ochorenia. Môžeme sem zahŕnať sociokulturálne, sociálne a patogénne pôsobiace familiárne vplyvy, ako aj individuálne-psychologické, biologické a genetické faktory. Pre hereditárnu determináciu hovoria výskumy na dvojčatách (Fichter 1985, Schepank 1991, a i.). Diskutujú sa aj komplikácie pri pôrode a s tým spojené poškodenia mozgu. Ale interpretovateľnosť týchto dát získaných retrospektívne-anamnesticky je silne obmedzená. Pri dnešnom stave výskumu nie je známa žiadna primárna (mozgová) organická zmena, ktorá by podmieňovala mentálnu anorexiu (Fichter 1985). Dosiaľ boli popísané len sekundárne somatické zmeny.

Z psychoanalytickej perspektívy sa ponúka vývojovo-biografický prístup, pričom sa zohľadňujú hlavne konfliktové alebo deficitné priebehy vo vývoji self a objektných vzťahov. Väčšinou sa akceptujú poruchy už v ranej fáze detského vývoja (Hirsch 1991, Masterson 1977, Bruch 1978, Shugarman a Kuresch 1981, Willenberg 1991 a i.), ktoré v ďalšom vývoji vedú k ďalším poškodeniam či poruchám vývoja. Rodinní terapeuti dávajú do popredia dysfunkčné a patogénne pôsobiace rodinné interakcie (Minuchin, Rosman, Baker 1981 a i.). Tieto sa vyznačujú úzkym prepletením rodinných vzťahov a výraznou rigiditou rodinnej organizácie, čim sa sťažuje vypracovávanie flexibilných riešení problémov. Empirické výskumy ukazujú, že uvedené faktory sú málo špecifické a ich význam pre vývoj ochorenia je treba hodnotiť relativizujúco. Popísané rodinné vzťahové vzorce sa zisťujú aj u iných "psychosomatických" rodín. Predpoklad, že existuje typická "anorektická rodina", sa ukázal byť fikciou. Samotné predisponujúce faktory majú len obmedzenú výpovednú hodnotu. Zvyšujú ale pravdepodobnosť manifestácie anorexia nervosa.

K manifestácii ochorenia sú potrebné prídatné *vyvolávajúce udalosti*. V literatúre sa uvádzajú väčšinou odlúčenia a straty alebo nástup puberty a s tým spojené telesné a duševné otrasy. Začínajúce ochorenie sa dá považovať buď za dekompenzáciu dosiaľ labilnej rovnováhy alebo za pokus o zvládnutie aktuálnych záťaží. V literatúre sa poukazuje na to, že pacienti presúvajú vnútorné a vonkajšie konflikty na problematiku jedenia a snažia sa tak napr. o reštitúciu svojho

zraneného sebahodnotenia. Zníženie tlaku utrpenia je ale len prechodné. Snahy o obranu sa ukážu ako dysfunkčné, pretože z nich vyplývajú nové problémy. Už sme sa tu zmienili o sociálnej izolácii a narastajúcej destabilizácii psychickej a telesnej rovnováhy. K udržiavaniu ochorenia prispievajú *faktory*, ktoré *ochorenie perpetuujú*. Fichter (1985) tu napr. uvádza vplyvy nedostatočnej výživy a podvýživy na telesný a duševný stav. Myslieť musíme aj na narastajúcu (autoindukovanú) stratu svojprávnosti pacientiek. Keďže sa zdráhajú starať sa o seba samotné, sú stále viac donucovaní signifikantní druhí k preberaniu zodpovednosti, sociálne okolie ale aj lekári a terapeuti. Práve toto ale vedie u pacientiek, ako už bola zmienka, k zosilneniu obrany a k snahám o autonómiu.

Pri komplexnosti spolupôsobiacich faktorov nie je možné postulovať jednotný etiologický model. V priaznivom prípade sa podarí určiť význam jednotlivých faktorov. Podľa teoretických východísk a pozorovaní sa pritom robia rôzne akcenty, ktoré majú veľkú relevantnosť pre voľbu terapeutickej stratégie.

Terapia anorexia nervosa

Hlavná ťažkosť v terapii anorexie je, v skratke povedané, v tom, že pacientky svoje ochorenie nechápu ako problém ale skorej ako riešenie svojho problému. V súvislosti s neistotami a nedostatkami vo vývoji identity pôsobí ochorenie svojou negáciou vlastných potrieb a vonkajších požiadaviek ako základ pre identitu. Ako sme uviedli, anorektický životný štýl sa stal ideálom. Keďže je to tak, pacientky často takmer nemajú pocit ochorenia alebo náhľad na ochorenie. V súvislosti s tým je malá aj motivácia k liečbe, ak ju chápeme ako prianie zmeniť sa, dostať sa z tlaku utrpenia.

Ošetrujúci lekár, terapeut je potom v určitej *dileme*. Ak rešpektuje slobodnú vôľu a autonómiu svojej pacientky, stáva sa komplicom jej autodeštruktívneho spôsobu života. Riskuje, že ju nechá umrieť hladom a musí sa vyrovnávať s otázkou spoluviny. Ak ale trvá na liečbe aj proti vôli pacientky, môže si byť istý, že bude bojkotovať akúkoľvek spoluprácu. Nebude liečbu prežívať ako pomáhajúcu ale naopak ako násilie a sadizmus. Takto sa už pred začiatkom vlastnej liečby

inscenuje vzťahový vzorec, ktorý zisťujeme aj v rodinnom alebo v širšom sociálnom okolí anorektičky: v prežívaní pacientky sa terapeut zaraďuje do jedného šiku s tými, ktorí jej chcú len zle, a podľa logiky pacientky mu to nesmie dovoliť. Pri tejto východiskovej pozícii, keď sa vlastné potreby projikujú na druhých a tam sa s nimi bojuje, je jasné, že len ťažko môže vzniknúť pracovné spojenectvo. K tomu pristupuje fakt, že púhe "dojedenie sa" je neúčelné. Samotná normalizovaná váha pri ukončení terapie nie je ešte priaznivým prognostickým faktorom (Deter et al. 1989, Engel a Meyer 1991).

Cieľom *rozhovorov pripravujúcich k terapii* preto bude ujasňovanie, že anorektické správanie je výrazom psychickej núdze, ktorej psychoterapeutické spracovávanie sa môže vyplatiť. Ak sa podarí dospieť k takémuto konsenzu v spoločne formulovanej terapeutickej zmluve, potom aj snaha o zvýšenie hmotnosti a jej stabilizácia nie je samoúčelná ale stáva sa rozhodujúcim predpokladom každej ďalšej psychoterapeutickej práce. Pozorovanie, že nielen pacientky ale aj najbližší príbuzní, ktorí naprv trvali na liečbe sa liečbe vzpierajú, viedlo k tomu, že do plánovania terapie sú zavzatí aj príbuzní. Platí to hlavne pre mladšie pacientky.

Individuálna psychoterapia mentálnej anorexie musí počítať s hore načrtnutými psychodynamickými konfliktami. Asketický ideál, reaktívny výtvor voči emóciám bezmocnosti a odkázanosti je prvým terapeutickým problémom. Dať sa na terapiu pre pacientku znamená čiastočne uznať fakt, že druhí ľudia majú niečo če by jej mohlo pomôcť. Predrozhovory pred terapiou sú teda často zápasmi o uznanie potreby pomoci.

Keď je pacientka regredovaná na orálnu ambivalenciu, musí terapia narábať s touto špecifickou vzťahovou ponukou. Analytická terapia podnecujúca k prenosovému vzťahu má šance v tom, že pacientke umožňuje opätovne prežívať silnú ambivalenciu medzi túžbami po splynutí a úzkosťou z deštrukcie objektu, medzi prílišnou blízkosťou a abruptným stiahnutím sa a prepracovávať túto ambivalenciu.

Terapeuticky ťažko ovplyvniteľné je používanie vlastného tela ako objektu. Pri *stacionárnej psychoterapii* je určitá šanca v použití nonverbálnych terapií: koncentratívna pohybová terapia poskytuje možnosť používať vlastné telo nielen ako objekt narcistického podriadenia si ale vyskúšať si aj jeho komunikačné možnosti. Muzikoterapia a arteterapia poskytujú ďalšie možnosti vytvárať kreatívny priestor, ktorý vedie k odstupu medzi self a objektami.

Katamnestické výskumy ukázali (Deter et al. 1989), že efektívna liečba anorexie musí zohľadňovať *krátkodobú* a *dlhodobú perspektívu*, ktorá vedie nielen k rýchlej normalizácii

telesnej hmotnosti a zvládnutiu somatického ohrozenia pacientky ale ktorá sa pri dlhodobom plánovaní snaží aj o psychoterapeutické spracovávanie základných emočných konfliktov. Odporúčaná liečba sa člení na stacionárny začiatok a poststacionárnu pokračujúcu psychoterapeutickú liečbu. Podľa Feiereisa (1989) je stacionárna úvodná liečba nevyhnutne indikovaná vtedy, keď došlo ku kritickému úbytku na hmotnosti na 55% až 60% alebo menej z ideálnej váhy, pri nebezpečných somatických komplikáciách v súvislosti s chronickou malnutríciou alebo pri výraznej depresivite alebo suicidalite. Pri existujúcom vitálnom ochorení sú najprv potrebné klinicko-internistické opatrenia, ktoré okrem vysokokalorickej diéte zahŕňajú ev. aj výživu cez sondu, kľud na lôžku, prípadne aj medikamentóznu terapiu a prirodzene aj kontrolu relevantných fyziologických parametrov. Keďže prírastok na váhe väčší než 1-2 kg za týždeň pacientky nedokážu tolerovať, musí sa príjem kalórií kontrolovať. Na symptóm orientovaná somatická terapia je sprevádzaná psychoterapeutickým postojom celého tímu, ktorý sa dá podľa Engela a Meyera (1991) označiť ako striktné vedenie a podpora. Akonáhle to somatický stav pacientky dovoľuje a zisťujeme zreteľné známky ochoty k spolupráci, môže sa začať s psychoterapiou zameranou na spracovávanie konfliktov. Klinická skúsenosť ukazuje, že pacientky pod určitou hmotnosťou vlastne nie sú prístupné psychoterapii, takže "dokŕmenie sa" k určitej bazálnej hmotnosti je v každom prípade prvým terapeutickým krokom.

Individuálna a skupinová liečba sa podporuje hlavne ponukou neverbálnych terapeutických metód (napr. arteterapia, muzikoterapia a na telo orientované metódy). Súčasne postupne prechádzajú do vlastnej zodpovednosti pacienta oblasti, ktoré boli reštriktívne vymedzené, ako je príjem potravy, kľud na lôžku a sociálne kontakty. Keďže stabilizujúce sociálne vzťahy sa ukázali byť zvlášť dôležité z hľadiska ďalšieho priebehu, sú zmysluplné aj rodinné a párové rozhovory, zvlášť koncom stacionárnej liečby. Engel a Meyer (1991) na základe vlastných katamnestických štúdií odporúčajú prepúšťať pacientky až potom, keď majú k dispozícii jeden až dva stabilizujúce sociálne kontakty. Vo väčšine prípadov je zmysluplná a potrebná ďalšia ambulantná liečba, pretože zvlášť vo fáze po prepustení je zvýšené riziko recidívy. Aj keď literatúra uvádza v 50% až 80% vyliečenie alebo zlepšenie, často pretrváva reziduálna symptomatika, ktorá sa týka tématiky jedenia, postavy a váhy, ale aj psychických oblastí - úzkosti, depresie, obsesií a vyhýbavého správania v oblasti sexuality.

Bulimia nervosa: symptomatika a diagnostické kritériá

Pre klinický obraz sú charakteristické epizodicky recidivujúce záchvaty vlčieho hladu, pri ktorých pacientky zhltnú veľké množstvo vysokokalorickej potravy s preferenciou sladkostí. V jednom záchvate to býva až 3000-4000 kalórií, niekedy až 10 000 kalórií (Feiereis 1989). Záchvat je často plánovaný. Pacientky sa zásobia, takže majú doma vždy dostatočne veľké množstvo potravy alebo si ju idú samé kúpiť. Jedenie, na začiatku záchvatu je väčšinou ego-syntónne, prebieha väčšinou v tajnosti. Typické je, že pacientky zažívajú v priebehu záchvatu stratu kontroly. Záchvat vlčieho hladu končí, keď sa dosiahne kapacita žalúdka, zaspatím alebo vyrušením druhými ľuďmi, väčšinou ale vracaním, ktoré si sami indukujú. Sekvencia jedenia a vracania sa môže viackrát opakovať až do vyčerpania. Vracanie má obvykle účel, aby sa zabránilo pribratiu na váhe. Robia aj iné opatrenia na reguláciu váhy, napr. držia prísne diéty alebo berú diuretiká, laxanciá, anorektiká.

Po záchvate sa obvykle cítia deprimované. Pohŕdajú sebou kvôli svojmu impulzívnemu správaniu alebo sa objavujú typické pocity prázdnoty, ktoré predchádzajú záchvatu žravosti. Hanba, utajenie, pohŕdanie sebou a depresivita vedú k narastaniu sociálnej izolácie. Enormné náklady na potraviny spôsobujú často finančné ťažkosti. Priebeh je väčšinou chronický. Záchvaty vlčieho hladu sa striedajú s fázami normálneho jedenia a fázami reštriktívnej diéty. Často to trvá roky, kým sa pacientky uchádzajú o profesionálnu pomoc.

Opierajúc sa o dnes bežné klasifikačné systémy ICD-10 a DSM-III-R ešte raz zhrnieme diagnostické kritériá:

- opakované epizódy záchvatov žravosti (najmenej 2 za týždeň)
- pocit straty kontroly nad príjmom potravy
- opatrenia zamerané na kontrolu váhy: sebou indukované vracanie, užívanie diuretík, laxancií, anorektík, striktné diéty a nadmerná fyzická aktivita
- pretrvávajúce starosti o objem tela a váhu
- telesná váha kolíše v pásme normy.

Uvedené klasifikačné systémy sa usilujú o pokiaľ možno precízny popis a začlenenie pozorovaného správania. Poskytujú kvazi etiketu. Bulimické pacientky sú ale z hľadiska osobnostnej štruktúry veľmi heterogénnou skupinou. Syndróm sa dá pozorovať v súvislosti s neurotickými poruchami (napr. konverziou) ale aj pri narcistických a borderline poruchách. Z psychodynamického hľadiska je treba prídatne k deskriptívnemu identifikovaniu symptómov urobiť aj diferenciálnu diagnostiku osobnostnej štruktúry.

Somatické dôsledky

Habituálne prejedanie sa a vracanie môže viesť k pretrvávajúcim a závažným somatickým komplikáciám. Časté sú erózie skloviny a zvýšená náchylnosť ku karies, hypertrofia gl. parotis, poruchy elektrolytovej rovnováhy a poranenia v krku v dôsledku vracania. Zriedkavejšie dochádza k ruptúram pažeráka a žalúdka; občas sa referuje aj o úmrtiach. Pacientka si väčšinou

nie je vedomá, že sa telesne ohrozuje. Zdajú sa byť plynulé prechody medzi nevedomosťou, popieraním a vedome intendovaným sebapoškodzovaním.

Diferenciálna dignóza

Je treba najprv myslieť na iné poruchy príjmu potravy. U anorektických pacientiek je v popredí často život ohrozujúca strata na váhe, zatiaľ čo u bulimických pacientiek kolíše váha v pásme normy a pacientky ju hodnotia realisticky. Majú tiež vhľad do ochorenia, ktorý u anorektických pacientiek väčšinou chýba. Keďže sú ale prechody medzi anorexiou a bulímiou, ev. bulimická symptomatika môže vzniknúť aj pri anorektickej poruche, je diagnostika v hraničnej oblasti niekedy ťažká.

Diferenciálne-diagnosticky sa musia brať do úvahy aj iné psychiatrické ochorenia, napr. schizofrénne. Poruchy príjmu potravy sa tu ale vyskytujú v súvislosti s bludnými predstavami. Bulimické symptómy sa môžu objaviť aj pri niektorých neurologických ochoreniach, napr. mozgových tumoroch, pri Klüver-Bucy-syndróme a pri Kleine-Levine-syndróme.

Psychodynamika bulímie

V zmysle sekvencie bulimického záchvatu budeme diskutovať rôzne psychodynamické aspekty. Ktoré momenty pôsobia v individuálnom prípade, to sa dá ujasniť len v diagnosticko-terapeutických rozhovoroch.

Vyvolávajúce podmienky

Ako vedomý motív a začiatok ochorenia sa často uvádzajú problémy s váhou a *nespokojnosť s vlastným telom*. Často sa pacientky zmieňujú o priateľkách, ktoré tiež vracajú aby si udržali svoju váhu, alebo zachytili zmienky v médiách, ktoré pacientku na túto možnosť upozornia. Jedna pacientka v tejto súvislosti povedala "akosi je to už takmer normálne, vlastne to robia všetci". Keď sa pýtame na krízy alebo zmeny v životnej situácii pred ochorením, stretávame sa

často s problémami v odpútavaní sa od rodičovského domu, partnerskými problémami a odlúčeniami, ale aj s osobnými úspechmi, ako je napr. obstátie pri skúške.

Špecifické spúšťače ale v priebehu ochorenia strácajú na význame a vyvinie sa vlastná dynamika poruchy. Z vonkajšieho pohľadu potom často stačia *nepatrné ponety*, ktoré spúšťajú symptomatiku: niečo sa nevydarí hneď na prvý raz, človek niečo nemôže tak ako by chcel, cíti sa kritizovaný, niekto sa škaredo pozrel. Takéto situácie, bez ohľadu na to či sa odohrávajú v realite alebo viac vo fantázii, sa prežívajú ako narcistické zranenie a reaguje sa difúznou úzkosťou, pocitmi opustenosti alebo zlosti. Keďže pre tieto pacientky typicky rigídne predstavy o normách a hodnotách nedovoľujú slobodné prejavovanie afektov, a zraniteľnosť a fakt, že majú určité potreby, ktoré sú v rozpore s potrebou autonómie (Wurmser 1986, Reich 1992), vyhýbajú sa potom konfrontácii so situáciou sklamania alebo so sklamávajúcim druhým človekom a dochádza k vnútornému a vonkajšiemu stiahnutiu sa. Namiesto difúznej úzkostnosti a zlosti prežívajú pocity prázdna a odcudzenia.

Následne sa konflikt, ktorý sa pôvodne odohrával v medziľudskej a intrapsychickej oblasti, regresívne presúva na inú oblasť, na príjem potravy. Jedenie a *myšlienkové zaoberanie sa jedením* v zmysle odškodnenia, útechy a odmeny sa stáva garantom istoty a vnútorného uspokojenia. Pomáha to budovať svet, ktorý je protiváhou k sklamávajúcej realite. Nakoniec je ale aj táto cesta deformovaná, pretože "sadlo zo žialu" je v rozpore s vlastným (a spoločensky

pomieneným) ideálom ženského tela. Potrebné sú potom diéty, aby sa obmedzovala žiadostivosť. Od takéhoto sebadonucovania sa potom pacientky oslobodzujú tak, že produkujú "záchvat" žravosti. Už i označenie bulimickej sekvencie ako záchvatu pripomína, že sa tu jedná o proces, ktorý sa vymyká vôľovej kontrole. Mohli by sme to formulovať tak, že v bulimickom správaní sa manifestujúci pudový prielom a žiadostivosť je možná len za podmienky záchvatu ako kvazi autonómneho procesu a takto je pre pacientku aspoň z časti aj ospravedlniteľná. "restraint-eating theory" (Hermann a Polivy 1980) vypichuje určitý parciálny aspekt popísanej dynamiky aby sa vysvetlilo bulimické správanie.

Zaobchádzanie s potravou - pudové aspekty

Zatiaľ čo sa pacienti mimo sekvencií príznakov správajú skorej hyperadaptovane, sú orientovaní na výkon a kontrolujú svoje pudy a afekty, pri bulimickom záchvate dochádza k *prielomu impulzov*. V regresívnom víre sa manifestujú súčasne a v slede po sebe rôzne pudové modality prežívania a správania. Pri tom sa zdá, že vedomie možnosti zastavenia a reverzibility celého procesu vracaním je jediným pevným bodom v štruktúre ega (Willenberg 1991). Aj keď pacientky možno kvôli hanbe a identifikácii s odsudzujúcou inštanciou hovoria väčšinou o "žraní, vracaní" prevažujú často na začiatku *libidinózne* a *slastné aspekty*. Okrem iného sa to prejavuje v tešení sa na jedenie alebo vo výbere a príprave jedla a zhusťuje v predstave urobiť si niečo dobré. Aj samotné jedenie, vôňa, chuť, žuvanie, prehĺtanie prežívajú so slasťou. V iných prípadoch môžu už od začiatku prevažovať orálne-agresívne a baživé modality prežívania: potrava je rozhryzená, rozžuvaná a prehĺtaná, a tým aj deštruovaná. Charakteristicky sa v tejto fáze často objavuje hypomanická nálada, velikášske fantázie, ktoré sa prejavujú v pocite, že môžu zhltnúť celý svet, že sú silným a neskrotným zvieraťom. Triumfálna nálada a "sviatočné vyladenie" (Fenichel 1966-1981) sa dá chápať z štrukturálneho hľadiska ako zbavenie sa a prekonanie všetkých úzkostí a zábran. Z hľadiska časovej ohraničenosti a epizodického opakovania sa dá táto fáza záchvatu porovnávať so spoločensky inštitucializovanými oslavami. Okrem orálnych, orálne-agresívnych tendencií sa presadzujú aj análne impulzy k zmocňovaniu sa a vládaniu.

Potrava sa zmiešava a mliaždi. Dochádza k chaotickému jedeniu všetkého možného a popíjaniu, ktoré môže byť tiež prežívané so slasťou. Objavujú sa aj sexuálne fantázie, ktoré sa pri regresívnom procese zaoberajú témami infantilných teórií, tak napr. fantázie o orálnom otehotnení a pôrode.

Významné je, že pacientky nakoniec nedokážu mať pôžitok z týchto regresívne-slastných aspektov. Dochádza k zmene zážitkovej perspektívy od páchateľa k obeti, pričom ako *nebezpečná* sa prežíva s tým spojená *strata kontroly*. Spúšťaco tu pravdepodobne pôsobia telesné signály obmedzenia, ktoré sa objavujú pri napĺňaní žalúdka. V priebehu narastajúca orálna baživosť nadobúda prímes zúfalstva a úzkosti. Žravosťou sa potom kvázi útočí proti trom superegovým funkciám: sebapozorovaniu, svedomiu a predstave o ideále. Prežívaná slasť sa s narastajúcou náplňou žalúdka začína meniť na silu zameranú proti sebe. V tom obsiahnutý sadizmus sa prejavuje v sprievodných fantáziách ako "Cítim sa ako vykŕmené prasa". Jedlo je vyvrátené pomocou brachiálneho násilia. Niekedy v tejto fáze zhltnú aj niečo nepožívateľné, tak napr. žrádlo pre zvieratá alebo odpadky. Niektoré pacientky už v tejto fáze začínajú s požívaním preháňadiel. Aj viac či menej vedomé sexuálne fantázie strácajú svoj slastný charakter.

Najneskôr pri dosiahnutí hranice kapacity žalúdka a pri žalúdočných bolestiach dyspnoe a nauzey sa musí jedlo opäť dostať von. Okrem vedome prežívanej starosti, že priberú na váhe dochádza aj k emóciam *úzkosti, dysfórie a viny*. Celý proces sa musí odčiniť pomocou vracania "auto" agresívne obsahy sa pritom prejavujú nielen v slove "grcať" ale aj v tom, že pri nešetrnom vracaní môže dôjsť až k poraneniam v krku.

Význam a funkcia potravy - objektno-psychologické aspekty

Bulimickú sekvenciu môžeme chápať aj ako inscenovanie základného ľudského konfliktu. Ide o snahu o individuáciu a istejšie vymedzenie sa a súčasne o túžbu po bezhraničnom spojení. Keďže sa tu jedná o antinomický konflikt a neexistuje žiadne riešenie, musí sa toto predstavenie donekonečna opakovať. Potrava tu nie je púha rekvizita ale má *objektný význam*. V literatúre sa hlavne zdôrazňuje aspekt, že je asociovaná s vnútorným obrazom matky. V priebehu ale môže potrava zmeniť svoj význam, takže strnulé pripisovanie tohoto významu pôsobí, zdá sa, retardačne. Pre porozumenie je dôležité, že idealizujúce aspekty a aspekty priania sa zlievajú s projektívne deformovanými postojmi a reálnymi skúsenosťami vo vzťahu.

V prežívaní pacientiek je potrava najprv kontrolovateľným *objektom*, ktorým možno *disponovať*. Z časti sa dá porovnať s prechodným objektom v detstve, t. j. pri význame vonkajšieho reprezentanta materskej funkcie sa majú prekonávať úzkosti z odlúčenia a uľahčiť snahy o separáciu. Potrava sa najprv vyhľadáva kvôli utešujúcemu a antidepresívnemu účinku. V priebehu narastajúca orálne-agresívna baživosť zodpovedá na interpersonálnej vzťahovej úrovni prianiam po priľnutí a zlosti zo sklamania. Objekt má byť vlastnený a zhltnutý, aby došlo k zjednoteniu s ním a aby sa zacelila narcistická rana.

Na druhej stane orálne-narcistické fantázie o zrušení odlúčenosti a oddelenosti od objektu je u pacientky spojené s rizikom difúzie identity. Nemôže už potom prežívať seba ako samostatné a ohraničené indivíduum. Akonáhle je potrava inkorporovaná stráca triangulačnú funkciu, ktorú ešte ako vonkajší objekt mala. Potom už nie je kontrolovateľná a ovládateľná v zmysle používania prechodného objektu ale hrozí, že zruší hranice sebaobjektu a to aj v konkrétnom telesnom zmysle. Intrapsychicky to znamená splynutie s objektnou reprezentáciou, prípadne s aspektami, ktoré sú odmietané ako nebezpečné. Potrava zhltnutá v záchvate vlčieho hladu sa tak z objektu, ktorý je k dispozícii stáva objekt, ktorý disponuje pacientkou (Willenberg 1991).

Z tejto núdzovej situácie sa pacientky oslobodzujú tak, že zo svojho tela urobia vonkajší objekt (Hirsch 1991). Telo sa stáva *"zlým" objektom*, pričom sa prežíva ako tučné, hnusné a špinavé ako niečo čo priťahuje vinu, agresiu, trest a čo treba prinútiť aby opäť vydalo prehltnutú potravu. Vracaním sa opäť navodí stav quo ante. Nejedná sa teda len o separáciu a vylúčenie ale aj o opätovné nadobudnutie kontroly nad ohrozujúcim objektom. Potrava sa opäť stáva vonkajším objektom, ktorým možno disponovať a ktorý možno kontrolovať. Na konci, keď sú odstránené posledné stopy záchvatu a po opojení dochádza k vytriezveniu, sú pacientky opäť samé so sebou. Prevažujú teraz emócie hanby, žiaľu a osamotenia. Pevné predsavzatie nič také už nezopakovať a vedomie, že túto skúsenosť nemôžu s nikým prediskutovať, vedie k ďalšiemu stiahnutiu sa a je to cesta k ďalšiemu záchvatu.

K etiológii a patogenéze bulímie

Etiologický výskum bulímia nervosa sa musí vyrovnať s radom ťažkostí. "Bulímia nervosa" ako diagnostická kategória zhŕňa veľmi heterogénnu skupinu pacientov. Už sme poukázali na to, že bulimická symptomatika sa pozoruje u pacientov s veľmi odlišnou psychoštrukturálnou

úrovňou zrelosti. Spektrum siaha od neurotickej až k narcistickej alebo borderline úrovni organizácie osobnosti. K tomu pristupuje skutočnosť, že diagnostické ohraničenie oproti anorexia nervosa je v určitých prípadoch ťažké. Výsledky existujúcich štúdií sa často nedajú porovnávať, pretože diagnostická klasifikácia sa robí rôzne alebo je založená na rôznych diagnostických kritériách. Z časti sa oba klinické obrazy spájajú ako poruchy, ktorých podkladom je anorektický abnormný postoj. Takže potom neprekvapuje, že dosiaľ neexistuje jednotný vysvetľujúci model bulímia nervosa. Celkove sú dosiaľ nedostatočné empirické znalosti o predisponujúcich, vyvolávajúcich a chorobu perpetujúcich faktoroch tejto

heterogénnej poruchy. Uvedieme niektoré aspekty tejto multikauzálnej siete podmieňujúcich faktorov.

Medzi *predispozičnými vplyvmi* sa diskutujú sociokulturálne, sociálne a rodinné kontexty vzniku ochorenia, ako aj individuálne-psychologické, biologické a hereditárne faktory. Už sme poukázali na sociokulturálne a sociálne vplyvy, ktoré spolupodmieňujú výskyt ochorenia u mladých žien a dievčat v západných industriálnych zemiach. Je ťažké hodnotiť význam individuálneho a rodinného kontextu pre vznik ochorenia. Keďže neexistujú žiadne prospektívne štúdie o predpokladaných súvislostiach, zostáva otvorená otázka čo považovať za príčinu a čo za následok. Referované výsledky sú tiež len málo špecifické pre vývoj bulímie. Podľa Herzoga et al. (1978) sa bulimické pacientky nenaučili správne vnímať vlastné potreby a presadzovať si ich. Nedostatočne sú rozvinuté aj ich sociálne spôsobilosti. Pri nedostatočnom sebahodnotení a úzkosti, že by ľahko mohli stratiť náklonnosť druhých, sa príliš zameriavajú na očakávania druhých. Rodinná atmosféra sa podľa Wurmsera (1986) vyznačuje diskrepanciou medzi "somatickou exhibíciou a emočným zmĺknutím". Tento dojem bol zčasti potvrdený empirickou štúdiou Fichtera a Hebergera (1990), ktorí v anamnézach bulimických žien signifikantne častejšie našli sexuálne prehmaty a sexuálne zneužívanie.

Keď vyhodnotíme psychoanalytickú literatúru, ktorá skúma konfliktové alebo deficitné vývojové procesy, dajú sa rozlišovať *rôzne prístupy*. Porucha sa chápe ako výsledok poruchy vývoja a určitého deficitu ega (napr. Sugarman a Kurash 1981, Swift a Letven 1984, Hirsch 1991 a i.) alebo ako prejav zrelšieho neurotického konfliktu (Wurmser 1986, Schwartz 1988 a i.). Diebel-Braune (1991) kritizuje, že psychoanalytickí autori vychádzajúci z poruchy v ranej genéze nezohľadňujú dostatočne neskoršie vývojové fázy. Len u určitej časti pacientiek sa na základe

porúch v symbolizačnej schopnosti dá hovoriť o málo vyvinutých reprezentáciách seba a objektov a deficitných funkciách ega a ťažkých vývojových poškodeniach. Účasť orálnych funkcií v symptomatike nemusí nutne poukazovať na mobilizáciu orálnych pudov alebo na závažnú patogenézu v orálnej fáze. Diebel-Braune zdôrazňuje nutnosť zohľadňovania raných detských a adolescentných vplyvov pri vzniku choroby; zisťuje u svojich neurotických bulimických pacientiek časté spojenie orálnych fixácií a špecifickej adolescentnej ženskej problematiky.

Za faktory *vyvolávajúce ochorenie* sa považujú rôzne stresory ako sú odlúčenia alebo všeobecne kritické životné udalosti. Fichter (1991) popisuje *faktory perpetuujúce chorobu* ako "bulimický circulus vitiosus". Bulimické správanie, pôvodne vyvinúté aby sa dosiahla lepšia afektívna rovnováha, vedie k sekundárnym somatickým a psychickým zmenám, ktoré rýchle nadobúdajú svoju vlastnú dynamiku. Telo sa adaptuje na zmenený príjem potravy. Kvôli záchvatom vlčieho hladu a kompenzačným dôsledkom (znížený krvný tlak a pulz, ortostatické ťažkosti, zhoršenie koncentrácie pozornosti, únava a i.), ktoré spätne pôsobia na psychické rozpoloženie a zosilňujú symptomatiku. Tento circulus vitiosus, ktorý prirodzene vplýva aj na kvalitu sociálnych vzťahov, sa dá pozorovať u všetkých bulimických syndrómov nezávisle od telesnej hmotnosti.

Zatiaľ ešte chýbajú fundované empirické výskumy, ktoré by sa neporovnávali s hypotetickým ideálom zdravia ale s kontrolnými skupinami a ukázali by tak špecifiká bulimického vývoja. Pozorovanie, že bulimická symptomatika sa vyskytuje u pacientov s veľmi *odlišnou psychoštrukturálnou úrovňou zrelosti*, sa dosiaľ v empirických prácach zohľadňovala len málo. Pokiaľ chýbajú spoľahlivé empirické znalosti, je treba od prípadu k prípadu hodnotiť relatívny význam rôznych etiologických a patogenetických faktorov. Zdajú sa pritom ako zmysluplné hlavne také modely chápania, ktoré zohľadňujú možnosť pôsobenia rôznych vplyvov, ktoré sa môžu vzájomne doplňovať, a ponecháva sa tak priestor pre individuálny prípad so svojím priebehom a históriou.

Terapia bulímie

Primerane heterogenite pacientiek sú aj psychoterapeutické možnosti rôzne. Pre ambulantný a stacionárny seting sa diskutujú prístupy orientované na symptóm, kognitívne-behaviorálne prístupy a psychoanalyticky orientované individuálne a skupinové terapie. Popri tom existuje široká ponuka svojpomocných skupín a poradní. Väčšinou sa odporúča *kombinovaný na symptóm a na konflikt orientovaný prístup*, ktorý zvlášť u ťažko chorých pacientiek treba začínať stacionárne. Mnohé pacientky sa uchádzajú o profesionálnu pomoc až po rokoch, keď je porucha už chronifikovaná. Priemerné trvanie ochorenia kým dôjde k započatiu liečby je podľa Paula a Jaccobiho (1986) päť až sedem rokov. V priebehu tohto času sa bulimická symptomatika v prežívaní pacientiek väčšinou už odpojila od aktuálneho konfliktového a vzťahového diania a rozvinula sa určitá *vlastná dynamika*, ktorá sa len ťažko dá prelomiť bez konkrétnej pomoci na symptómovej úrovni. Prídatne je potrebná na konflikt orientovaná terapeutická práca, aby sa pacientke umožnilo vrátiť od symptómového správania k základnej problematike. Keďže bulimičky sú často majsterky v podvojnom účtovníctve a ich sebaprežívanie je rozštiepené na časť navonok dobre fungujúcu, adaptovanú a kontrolujúcu a na časť impulzívnu a chaotickú, je dôležitým cieľom a súčasne ťažkosťou v terapeutickej práci umožňovať integráciu oboch týchto častí. V priaznivých prípadoch je k tomu možnosť už v terapeutických predrozhovoroch, kedy sa pacientky prvý raz učia spolu s terapeutom zaujať metapozíciu pozorovateľa.

Ťažkosti môže spôsobovať, že pacientky aj pri dobrej motivácii k terapii prirodzene pokračujú vo svojich *snahách o rozštep* aj v rámci terapie. Potom napr. pomerne dobre pracujú, identifikujú konflikty na intrapsychickej a vzťahovej úrovni, nehovoria ale, alebo málo hovoria, o záchvatoch žravosti a vracania. Napriek zdanlivo dobrému psychoterapeutickému úspechu sa málo mení symptómová úroveň. Preto sa ukázalo ako užitočné dopĺňať terapiu zameranú na konflikt metódami orientovanými na symptóm (napr. vedenie denníka o jedení). Dobré šance sú pri stacionárnom setingu, keď sa prídatne k verbálnym terapiám používajú aj arteterapeutické a na telo orientované metódy. V stacionárnom setingu sú *metódy orientované na symptóm a na konflikt* v interdependentnom vzťahu. Bezhraničnosti a strate časovej perspektívy (mnohé pacientky sa viac hodín denne zaoberajú svojím symptómovým správaním) sa dá čeliť jasne štrukturovaným a časovo vymedzeným terapeutickým programom. Vo väčšine stacionárnych terapeutických konceptoch je vedienie si *denníka o jedení* dôležitým terapeutickým inštrumentom. Pričom pacientky zapisujú nielen to čo jedli a pili ale aj sprievodné stavy, emócie a vnemy pred a po záchvatoch jedenia a vracania. V spoločných rozhovoroch je potom možné

učiť sa chápať spúšťajúce a naväzujúce podmienky symptómového správania. Je to dôležité kvôli tomu, že pacientky často už nedokážu vnímať svoju zraniteľnosť a konflikty, ale okamžite, kvázi reflexne reagujú záchvatom žravosti. Denník o príjme potravy, vytyčovanie plánov stravovania sa a iné štrukturujúce ponuky tak nadobúdajú terapeutickú funkciu pomocného ega. Okrem toho sa tieto na symptóm orientované prístupy dajú dobre využiť k

tomu aby sa obrátila pozornosť aj na charakteristické vzťahové konflikty (napr. konflikt medzi autonómiou a závislosťou v zaobchádzaní s terapeutickými odporúčaniami).

Bulimická symptomatika je aj pokusom o riešenie interakčných konfliktov, a tak práca v terapeutickom vzťahu sa stáva dôležitým kontinuálnym diagnostickým a terapeutickým inštrumentom. Príslušná terapeutická stratégia, viac podporujúca alebo posilňujúca ego alebo viac odkrývajúca konflikty, sa bude orientovať podľa osobnostnej štruktúry pacientky. Tu predovšetkým platí, že je treba sprístupniť prežívaniu a spracovávaniu patologické objektné vzťahy, regresiu a presun intrapsychickej problematiky na príjem potravy a baživú automatizáciu prežívania s narastajúcou stratou ego-funkcií. Príslušný "pomer zmiešania" uvedených psychodynamických faktorov rozhoduje o individuálnych akcentoch v terapii.

Literatúra

BRAUN VON, C.: Das Kloster im Kopf. Weibliches Fasten von mittelalterlicher Askese zu moderner Anorexie. In: K. Flaake & V, King (Hrsg.) Weibliche Adoleszenz. Campus, Frankfurt a. M., 1992, S. 213-239

BRÄUTIGAM, W.: Zur gegenwärtigen Situation der Psychoanalyse. In: Rudolf, G., Rüger, U., Studt, H. H. (Hrsg.): Psychoanalyse der Gegenwart. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1986

BRUCH, H.: The golden cage. The enigma of anorexia nervosa. Harvard Univ. Press, Cambridge, 1978

BORRIS, H.: The problem of anorexia nervosa. Intern. J. Psychoanal. 65 (1984) 315-322

BURZIG, G.: Psychoanalytische Gesichtspunkte bei männlichen Anorexia-nervosa-Patienten. In: Speidel, H., Strauss, B. (Hrsg.): Zukunftsaufgaben der Psychosomatik, Springer, Berlin, 1989, S. 208-214

BUTTON, E. J. & WHITEHOUSE, A.: Subclinical anorexia nervosa. Psychological Medicine 11 (1981) 509-516

CSEF, H.: Anorexia nervosa mit Erstmanifestation im Erwachsenenalter - Unterschiede zur Pubertätsmagersucht und therapeutische Konsequenzen. Zeitschr. Psychother. Med. Psychol. 37 (1987) 301-311

DETER, H. C., PETZOLD, E., HEHL, F.-J.: Defferenzierung der Langzeitwirkungen einer stationären psychosomatischen Therapie von Anorexia-nervosa-Patienten. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 35 (1989) 65-91

DIEBEL-BRAUNE, E.: Einige kritische Überlegungen zum Stand der psychoanalytischen Bulimie-Diskussion. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 37 (1991) 292-304

ENGEL, K., MEYER, A. E.: Therapie schwer erkrankter Anorexie-Patienten. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 37 (1991) 220-248

FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie, Marseille Verlag, München, 1989

FEIGHNER, J. P., ROBINS, E., GUZE, S. B., WOODRUFF, R. A., WINOKUR, G., MUNOZ, R.:

Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 26 (1972) 57-63

FICHTER, M. M.: Magersucht und Bulimia, Springer, Berlin, 1985

FICHTER, M. M.: Ätiologische Faktoren, Diagnostik und Therapie bulimischer Essstörungen. Zeitschr. Klin. Psychol. 20 (1991) 1-21

FICHTER, M. M., HABERGER, R.: Störungen der psychosexuellen Entwicklung bei Bulimia nervosa. In: Vogt, H. J., Aicher, W., Herms, V. (Hrsg.): Praktische Sexualmedizin. Medical Tribune, Wiesbaden, 1990, S. 155-174

HABERMAS, T.: Heisshunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt a. M., 1990

HERMANN, C. P., POLIVY, J.: A boundary model for the regulation of eating. In: Stunkard, A. J. & Stellar, E. (eds.): Eating and its disorders. Raven, New York, 1984

HERZOG, T.: Wirkfaktoren der Bulimie-Behandlung. In: Lang, H. (Hrsg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie, Springer, Berlin 1990, S. 251-259

HIRSCH, M.: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. In: Hirsch, M.

(Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Springer, Berlin, 1991, S. 221-228

KÖHLE, K. & SIMONS, C.: Anorexia nervosa. In: Adler, R., Herrmann, J. M., Köhle, K., Schonecke, O. W., Uexküll v., T., Wesiak, W. (Hrsg.): Thure von Uexküll. Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München, 1990, S. 582-613

MASTERSON, J.: Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent - a object relations review. In: Hartocollis, P. (ed.): Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient. International Univ. Press., New York, 1977, S. 475-494

MESTER, H.: Die Anorexia nervosa. Monograhien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 26, Springer, Berlin, 1981

MINUCHIN, S., BAKER, L., ROSMAN, B. L.: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett-Cotta, Stuttgart, 1981

PAUL, T., JACOBI, C.: Ein ambulantes verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm bei Bulimia nervosa. Zeitschr. Psychother. Med. Psychol. 36 (1986) 232-239

REICH, G.: Identitätskonflikte bulimischer Patientinnen, Forum der Psychoanalyse 8 (1992) 121-133

RUSSEL, G. F. M.: The present status of anorexia nervosa. Psychological Medicine 7 (1977) 363-367

SCHEPANK, H.: Anmerkungen zum Faszinosum "Anorexia nervosa". Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 37 (1991) 215-219

SCHEPANK, H.: Erbdeterminanten bei Anorexia nervosa. Ergebnisse von Zwillingsuntersuchungen. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 37 (1991) 265-281

SEIDLER, G. H. (Hrsg.): Anorexie - Öffentliches Geheimnis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1993

SCHWARTZ, H.: Bulimia, psychoanalytic treatment and theory. Int. Univ. Press, Madison, Connecticut, 1988

SPERLING, E. u. MASSING, A.: Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 19 (1970) 130-141

SUGARMAN, A. & KURASH, C.: The body as a transitional object in bulimia. International Journal of Eating Disorders 1 (1981) 57-67

SWIFT, H. J. U. u. LETVEN, R.: Bulimia and the basic foult. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 23 (1984) 489-497

WILLENBERG, H.: "Mit Leib und Seel und Mund und Händen" Der Umgang mit der Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, In: M. Hirsch (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Springer, Berlin, 1991, S. 170-220

WURMSER, L.: Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen. Zur Psychoanalyse der Scham und der Schamkonflikte. Forum der Psychoanalyse 2 (1986) 111-133

ZIOLKO, H.: Bulimie. Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal. 31 (1985) 235-246