

# Tělesná hmotnost a myšlení na příkladu mentální anorexie

**Jak se cítíš a na co myslíš? Mezi myšlením a cítěním vzniká jisté pnutí. Podobně jako mezi tělem a duší. Na jedné straně někteří tvrdí, že myšlení je to, co je pravdivé a objektivní. To, na co bychom se měli spoléhat, zatímco cítění klame. Měli bychom se snažit, tvrdí se někdy, odfiltrovat city a spolehnout se na rozum. Na druhé straně je v módě upozorňovat, že prvořadé jsou emoce. Že bez emočního doprovodu je každé myšlení zbytečné. Myslíme si, že myslíme a cítíme.**

**V tomto článku** se chceme věnovat jednomu ze způsobů, jakým tělesno neovlivňuje cítění, ale právě myšlení. I když máme tendenci si myslet, že myšlení je objektivní a nezávislé na externích danostech – například na těle – a cítění je tím, co reaguje – například i na změny tělesné hmotnosti – není tomu tak. Na tělesné změny – například i na změny tělesné hmotnosti – nereagujeme jen emočně („cítěním“), ale i kognitivně („myšlením“).

## Tělesná hmotnost a duševní nemoc

Tělo, ale i jeho vnímání, se vlivem duševní nemoci mohou měnit různě. Extrémním případem změn tělesné hmotnosti a jejího vnímání při duševní nemoci jsou poruchy příjmu po-

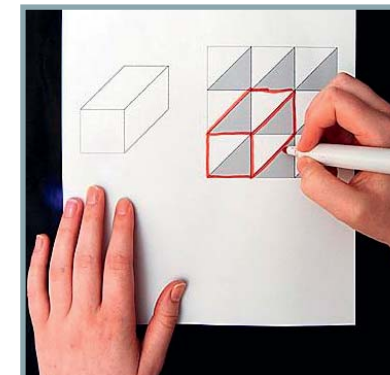
sáhnout a udržovat si tělesnou hmotnost na úrovni normální tělesné hmotnosti vzhledem k výšce a věku. Tělesná hmotnost odpovídá indexu tělesné hmotnosti – takzvanému *body mass index* (BMI). Index tělesné hmotnosti se vypočítá jako hmotnost v kilogramech vydělená druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Za normální, zdravou tělesnou hmotnost se považuje hmotnost odpovídající BMI 18 až 25 kg/m<sup>2</sup>. To znamená, že 170 centimetrů vysoký člověk by měl vážit mezi 52 a 72 kilogramy. Diagnostickým kritériem mentální anorexie je BMI ≤ 17,5.

Mentální anorexie se spojuje s intenzivním strachem z nárůstu hmotnosti. A to i tehdy, když je současná tělesná hmotnost nižší než normální. Podvaha a nedostatek tukové tkáně ve-

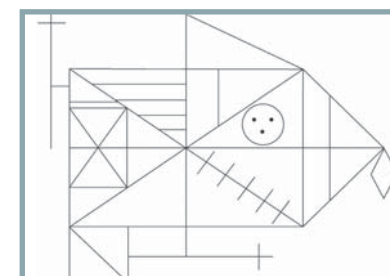
dou k endokrinnologickým změnám. Navíc je mentální anorexie v současnosti „módní“ jako nemoc modelek a dívek, které se jim chtějí podobat. Zároveň má ale mezi psychiatrickými nemocemi nejvyšší mortalitu. Proto je zájem o ni adekvátní.

Podstatně víc se ví o tom, jak se pacientky s mentální anorexií ve svém těle cítí. (Jelikož mentální anorexií onemocní většinou ženy, mluvíme v našem textu o pacientkách. Myslíme přitom pacienty i pacientky.) V poslední době se ale věnuje vyšší pozornost tomu, jak nemoc ovlivňuje jejich myšlení, kognice. Základními charakteristikami myšlení při mentální anorexií jsou slabá centrální koherence a potíže s takzvaným *set shiftingem*.

## Mentální anorexie a autismus sdílejí společné črty



**Obrázek 1:**  
Embedded Figure Test –  
Test skrytého obrázku



**Obrázek 2:**  
Reyova komplexní  
figura

### Pro stromy nevidí les

Pojem *centrální koherence* pochází původně z výzkumu autismu. Jako první ho v roce 1989 popsala Uta Frith, psychologka zabývající se právě autismem. Slabá centrální koherence je kognitivní styl, při kterém je tendence k lokálnímu, na detail orientovanému zpracování informací a menší schopnost integrovat informace do kontextu. Lidově se dá popsat úslovím „pro stromy nevidí les“. Při výzkumu kognitivních stylů pacientek s mentální anorexií se vycházelo z toho, že mentální anorexie a autismus sdílejí některé společné črty: úzkostnost a vyhýbavost, ale i rigiditu a obsedantnost. Proto se mentální anorexie zařazuje k takzvaným poruchám autistického spektra.

Je několik způsobů, jak se zaměřenost na detail dá objektivizovat. Jedním z nich je takzvaný *Embedded Figure Test* (obrázek 1). Název by se dal přeložit jako Test skrytého obrázku. Test sestává z dvanácti komplexních obrázků, ve kterých je ukryto dvanáct jednoduchých tvarů. Úlohou testované je v co nejkratším čase jednoduché tvary v komplexních obrázcích identifikovat. Ukázalo se, že pacientky s mentální anorexií jsou v tomto testu rychlejší a v porovnání se zdravou populací se dopouštějí méně chyb. Usuzuje se z toho, že se lépe dokáží zaměřit na detail a nebrat v úvahu kontext – komplexní barevný obrazec.

Zaměření na podrobnosti se dá objektivizovat i takzvanou *Reyovou komplexní figurou* (obrázek 2). Reyova komplexní figura je jedním z klasických neuropsychologických testů. V roce 1944 ji popsal Paul-Alexandre Osterrieth a o několik let později standardizoval André Rey. Reyova komplexní figura je geometrický útvar, který se v psychologické diagnostice užívá hlavně k měření prostorové paměti. Úkolem testované je figuru nejprve co nejpřesněji obkreslit podle předlohy a po různě dlouhém časovém intervalu (obvykle 3 a 20 minut) ji nakreslit znova. Tentokrát z paměti. Test se původně užíval k stanovení deficitu prostorové představivosti a paměti u pacientů s mozkovým zraněním. Později se ukázalo, že je citlivým nástrojem ke zjišťování neuropsychologického deficitu v mnohých klinických populacích: u epileptiků, lidí trpících schizofrenií, obsedantně-kompulzivní poruchou, depresí a mánií, tikovými poruchami a jinými, nejenom psychiatrickými poruchami.

V případě, že Reyovu figuru neužíváme jenom k měření paměti, ale i k určování stylu zpracování informací, zajímá nás navíc i pořadí, v jakém testovaná jednotlivé části figury obkresluje/reprodukuje z paměti. Existuje několik způsobů, kterými můžeme pořadí kresby zaznamenat: videozáznam, simultánní kreslení společně s testovanou, přičemž si jednotlivé „tahy“ čísujeme, nebo barevné tužky, které testované podáváme v dopředu stanoveném

## Na tělesné změny reagujeme *emočně i kognitivně*

travy. Především mentální anorexie, která se změnou tělesného schématu souvisí nejvíce. Tělesné změny a vjemy ale nejsou specifické pro poruchy příjmu potravy, které jsou v současné době „v módě“. Pokles tělesné hmotnosti může být jedním z příznaků deprese. Odmítání potravy může souviset s bludným myšlením. Nechutenství najdeme u lidí závislých na různých psychoaktivních látkách a tak dále.

Pro poruchy příjmu potravy je specifické záměrné udržování podvaha a záměrná manipulace s příjmem potravy bez jiné příčiny. Podle mezinárodní klasifikace nemocí je hlavním diagnostickým kritériem pro mentální anorexií odmítání do-



pořadí, a po každém tahu barvu vyměníme. Figura je rozdělena na osmnáct jednotlivých prvků, z kterých se některé chápou jako globální (například velký obdélník nebo velký trojúhelník připojený k obdélníku) a jiné jako lokální (například kroužek se třemi tečkami vpravo). Dá se vypočítat, jestli se testovaná při obkreslování/reprodukcii soustředila spíše na globální nebo lokální prvky. To odráží všeobecný styl zpracovávání informací okolního světa. Tak se ví, že když má člověk při obkreslování Reyovy figury tendenci všimnout si spíše maličkosti, hůř si ji pamatuje. Pro dobrý paměťový výkon je důležité, aby si člověk vštlpil nejprve globální celek a do něj dosazoval podrobnosti.

### Vařit, číst a přitom si hrát s dětmi

*Set shifting* je definovaný jako schopnost střídát různé strategie při řešení problému. Jinými slovy jako schopnost věnovat se několika činnostem najednou. (Anglicky se tato schopnost označuje i jako *multitasking*.) Ukázalo se, že pro pacientky s mentální anorexií je to těžší než pro jiné populace. Klasický test této kognitivní funkce je například sada žetonů různých barev, různých tvarů a různých velikostí (malé žluté hvězdy, velké modré kruhy, střední červené čtverce a tak dále). Testovaná má za úkol ukládat je na sebe podle jistého pravidla, například ukládat na sebe žetony stejné barvy bez ohledu na tvar a velikost. Testující přitom pravidla jednou za čas mění. („A teď ukládejte na sebe kruhy bez ohledu na velikost a barvu!“) „Hra“ tedy vyžaduje, aby testovaná měnila strategie při řešení problému (stavění věže z žetonů). Ukázalo se, že pacientky s anorexií se častěji mýlí. Mají tedy sklon déle setrvávat u původního pravidla a pomaleji reagují na nové pravidlo.

### Má to všechno vůbec nějaký smysl?

Může se zdát, že podobné výzkumy jsou spíš akademické hračky. Že pacientkám nijak nepomůžou a jsou jenom způsobem, jak se výzkumníci dostanou k akademickým hodnotám. Způsob, jakým myslíme a zpracováváme informace z prostředí, má ale vliv na to, jak se s okolím vyrovnáváme.

Nízká centrální koherence a potíže se *set shiftingem* mají svůj korelát v každodenním chování. Ví se, že pacientky s mentální anorexií jsou často perfekcionistačká děvčata. Perfekcionismus přitom souvisí právě s přehnanou orientací na podrobnosti a v životě je často ruší. Z klinických pozorování taky víme, že pacientky s anorexií jsou ve svém chování často rigidní. Mají potíže přizpůsobit se novému prostředí a novým podmínkám. Toto souvisí s menší schopností *set shiftingu*. Tato rigidita je často příčinou selhávání v životních situacích, které vyžadují rychlé reakce. Kognitivní styly zjištěné v „laboratorních“ podmínkách v psychologických testech mají tedy svůj klinický korelát. Korelát v každodenním životě.

Slabá centrální koherence a potíže se *set shiftingem* nejsou specifické pro klinické populace. I mezi „zdravými“ lidmi jsou taci, kteří mají sklon zaměřovat se na detaily, a jiní, kteří si všimají spíš kontextu. Podobně jako jsou někteří lidé přirozeně temperamentnější a jiní spíše klidnější. Jistý kognitivní styl ale může být rušivý. (Stejně ale i užitečný. Když člověk svoji orientaci na detail šikovně využije, může z něj být například vynikající vědec.) Klinicky jde spíš o to, aby pacientky svůj kognitivní styl poznaly, naučily se jej využívat v oblastech, ve kterých může být užitečný, a korigovat jej v oblastech, ve kterých je rušivý (jelikož při nadměrném soustředění se na podrobnosti „pro stromy nevidí les“). Londýnská skupina soustředěná kolem Institutu psychiatrie vytvořila takzvanou terapii kognitivní úzdravy (*cognitive remediation therapy*). Jejím cílem je v jednoduchých cvičeních poskytnout pacientkám s mentální anorexií zpětnou vazbu o jejich kognitivních stylech a vést je k tomu, aby je v každodenních situacích dokázaly řídit (místo toho, aby jimi byly řízené).

### Co bylo dřív: vejce nebo slepice?

Zdá se, že pacientky s mentální anorexií myslí a zpracovávají informace jiným způsobem než „zdraví“ lidé. Některé výzkumy ukázaly, že tyto změny kognice jsou skutečně specifické pro pacientky s poruchou příjmu potravy a nespojují jenom s podvážou. U lidí s podvážou, která má jinou příčinu než poruchu příjmu potravy, se popsané změny myšlení nenašly. Neví se ale, jestli jsou změny v kognicích důsledkem poruchy příjmu potravy, nebo jestli pacientky naopak „myslely jinak“ už před tím, než onemocněly. Neví se tedy, jestli se tyto kognitivní styly dají chápat jako rizikové faktory pro vznik mentální anorexie, nebo jako prediktory horšího průběhu a výsledku léčby. ■