



# ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI  
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI

## SUPPLEMENTUM 1

**Abstrakta**

**Book of Abstracts**

**IV. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy  
Praha, 20. - 22. března 2003**

**IV. Interdisciplinary Eating Disorders Conference  
Prague, 20 to 22 March 2003**

VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST J. E. PURKYNĚ

ISSN 1212-0383  
Indexed in EMBASE/Excerpta Medica  
Indexed to PA  
Excerptováno v Bibliographia medica čechoslovaca

ROČNÍK 99 BŘEZEN / 2003 Kč 50,-

# S1



# ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI  
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI

## VEDOUČÍ REDAKTOR

**Doc. MUDr. F. Faltus, DrSc.**

*Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2*

## ZÁSTUPCE VEDOUČÍHO REDAKTORA

**Doc. MUDr. P. Smolík, CSc.**

*Psychiatrická klinika LF UK a FN, 500 05 Hradec Králové*

## REDAKČNÍ RADA

### **Členové**

MUDr. M. Anders, Praha

MUDr. Z. Bašný, Praha

Doc. MUDr. J. Baštecký, CSc., Praha

MUDr. P. Baudiš, CSc., Praha

Prof. MUDr. E. Češková, CSc., Brno

Doc. MUDr. M. Hrdlička, CSc., Praha

Prof. PhDr. S. Kratochvíl, CSc., Kroměříž

Prof. MUDr. M. Kršiak, DrSc., Praha

Prim. MUDr. L. Nábělek, Banská Bystrica

Doc. MUDr. V. Novotný, CSc., Bratislava

Prof. MUDr. J. Pokorný, DrSc., Praha

MUDr. J. Roth, CSc., Praha

Doc. PhDr. J. Srnec, CSc., Praha

Prof. MUDr. E. Topinková, CSc., Praha

Doc. MUDr. V. Kořínková, CSc., Bratislava

Prof. MUDr. P. Zvolský, DrSc., Praha

### **Korespondenti**

Prof. Dr. M. Ackenheil (SRN); Doc. MUDr. PhDr. J. J. Diamant (Nizozemsko);

Prof. P. C. Fedor-Freybergh (Švédsko); Prof. J. E. Mezzich (USA);

Prof. Dr. M. J. Möller (SRN); Doc. MUDr. J. M. Nerad (Nizozemsko)

### **Poradní sbor**

Doc. MUDr. T. Čaplová, CSc.; MUDr. S. Droba; MUDr. K. Hampl, CSc; MUDr. G. Hrková;

MUDr. J. Hronek; Doc. MUDr. E. Kolibáš, CSc.; MUDr. J. Koutek;

Doc. PhDr. J. Kožnar, CSc.; MUDr. M. Maršálek, CSc.; MUDr. P. Molčan; MUDr. E. Pálová;

Mgr. M. Suková; MUDr. J. Vaněk; MUDr. J. Vránová; MUDr. P. Zemek, CSc.

## TECHNICKÁ SPOLUPRÁCE

PhDr. L. Buriánková

## ODPOVĚDNÁ REDAKTORKA

PhDr. H. Raušerová

Nakladatelské a tiskové středisko

České lékařské společnosti JEP

Sokolská 31, 120 26 Praha 2

**Supplementum  
1/2003**

<http://www.elsjep.cz>



# ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI  
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKÉJ SPOLOČNOSTI

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Praha 2003

## ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

Vydává Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Praha 2. Vedoucí redaktor doc. MUDr. F. Faltus, DrSc., zástupce vedoucího redaktora doc. MUDr. P. Smolík, CSc. Odpovědná redaktorka PhDr. H. Raušerová. Tiskne Miroslav Housar, MTT - malotirážní tisky, Za Poříčskou bránou 9, 186 00 Praha 8. Rozšiřuje Jana Vávrová AD-LEX systém, Pravoúhlá 26, 150 00 Praha 5. Vychází 8krát ročně. Předplatné na rok 400,- Kč (544,- Sk), jednotlivé číslo 50,- Kč (68,- Sk). Informace o předplatném podává a objednávky českých a zahraničních předplatitelů přijímá: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, e-mail: nts@iol.cz. Informace o podmínkách inzerce poskytuje a objednávky přijímá: Inzertní oddělení ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, tel. 224 266 253, tel./fax 224 266 265, e-mail: ntsinzerce@cls.cz. Registrační značka MK ČR E 4654.

Rukopisy zasílejte na adresu: Doc. MUDr. F. Faltus, DrSc., Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2.

Rukopis byl dán do výroby dne 6. 2. 2003.

Zaslané příspěvky se nevracejí, jsou archivovány ČLS JEP. Vydavatel získá otištěním příspěvku výlučné nakladatelské právo k jeho užití. Otištěné příspěvky autorů nejsou honorovány, autoři obdrží bezplatně jeden výtisk časopisu.

Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent.

Žádná část tohoto časopisu nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem dalšího rozšiřování v jakémkoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým nebo elektronickým, včetně pořizování fotokopii, nahrávek, informačních databází na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění.

Zpracování pro internet provádí NT Servis, spol. s r. o., Nikoly Vapcarova 3271, 143 00 Praha4, tel: 284 818 342-43, fax: 284 820 956, e-mail: ntservis@ntservis.cz, internet: www.ntservis.cz

## Obsah 2003 – Ročník 99 – Supplementum 1

Úvodníky .....	8
Vyžádané přednášky .....	11
Workshopy .....	19, 29
Výzkumné studie .....	21
Klinická praxe .....	25
Postery - Neurobiologické práce .....	35
- Klinické práce .....	40

## Contents 2003 – Vol. 99 – Supplementum 1

Leading Articles .....	8
Invited Lectures .....	11
Workshops .....	19, 29
Research Studies .....	21
Clinical Practice .....	25
Posters - Neurobiological Works .....	35
- Clinical Works .....	40

---

**Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy,  
Sekce pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické společnosti ČLS JEP  
a  
Asociace pro pacientky s PPP, rodinné příslušníky a přátele**

pořádají pod záštitou

**ministerně zdravotnictví,  
děkana 1. LF UK a  
ředitele VFN Praha**

ve dnech

**20. – 22. března 2003**

## **4. MEZINÁRODNÍ A MEZIOBOROVOU KONFERENCI O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY**

*Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2*

**Čestné předsednictvo:** MUDr. M. Součková, ministerně zdravotnictví ČR  
Prof. MUDr. Š. Svačina, DrSc., děkan 1. LF UK, Praha  
Prof. MUDr. J. Raboch, DrSc., přednosta Psychiatrické  
kliniky 1. LF UK a VFN, Praha  
MUDr. M. Holcát, ředitel VFN, Praha  
Doc. MUDr. F. Faltus, DrSc., 1. LF UK a VFN, Praha  
Doc. PhDr. J. Kocourková, CSc., 2. LF UK, Praha  
Dr. I. Eisler, Maudsley Hospital, Londýn, Velká Británie  
Dr. E. Toman, Hohenegg, Švýcarsko

**Předsednictvo:** As. MUDr. H. Papežová, CSc.  
MUDr. P. Uhlíková, MUDr. R. Uher (vědeční sekretáři)

*Přednášky se konají ve Vondráčkově posluchárně Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha.*

---

## IV. Interdisciplinary Eating Disorders Conference IV. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy

Prague, 20 to 22 March 2003  
Praha, 20. – 22. března

---

### Programme – Program

**Venue:** Psychiatric Department, Ke Karlovu 11, Prague 2, Czech Republic  
**Místo konání:** Psychiatrická klinika, Ke Karlovu 11, Praha 2, Česká republika

**Thursday, March 20**  
**Čtvrtek, 20. března**

14:30–15:30 **Registration – Registrace**  
*Visit of the Specialised Unit for Eating Disorders*  
*Návštěva Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy*

**15:30–16:00 Official Opening and Welcome – Oficiální zahájení** (In Czech)  
Welcome of Minister of Health M. Součková, MD  
Úvodní slovo ministryně zdravotnictví MUDr. M. Součkové  
History of the Eating Disorders Unit at Psychiatric Department  
Historie Jednotky pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice  
Malé ohlédnutí za léčbou poruch příjmu potravy (Faltus F., Prague)

**16:00–19:00 Invited Lectures – Vyžádané přednášky** (in English)  
16:00–16:45 Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders  
Epidemiologie a rizikové faktory u poruch příjmu potravy (Schmidt U., London)  
17:00–17:45 Efficacy of Individual and Family Psychotherapy in Anorexia Nervosa  
Účinnost individuální a rodinné psychoterapie u mentální anorexie  
(Eisler I., London)  
18:00–18:45 Adipose Tissue as an Important Metabolic and Endocrine Regulator in Anorexia  
and Obesity  
Tuková tkáň jako důležitý metabolický a endokrinní regulator mentální anorexie  
a obezity (Haluzik M., Prague)

**19:00 Wellcome party – Společenský večer**  
*An occasion to official opening of the Day Care for Eating Disorders in Prague*  
*Příležitost k oficiálnímu otevření Denního stacionáře pro PPP v Praze*

---

**Friday, March 21 (All programme in English)**  
**Pátek, 21. března (Celý program v angličtině)**

**9:00–10:30 Neurobiology of Eating Disorders – Neurobiologie poruch příjmu potravy**  
9:00–9:30 What we know about Brain in Eating Disorders – Focus on Neuroimaging Research  
Co víme o mozku u poruch příjmu potravy – přínos zobrazovacích metod  
(Uher R., Prague, London)  
9:30–10:00 What do we Know about Cognition in Eating Disorders – Cognitive Flexibility,  
Set-shifting.  
Co víme o kognici u poruch příjmu potravy. Kognitivní flexibilita a set-shifting  
(Tchanturia K., London)

10:00–10:30 Dissociation and Pain Perception in Eating Disorders  
Disociace a vnímání bolesti u poruch příjmu potravy (Papežová H., Prague)

**10:30–11:00 Coffee break**

*Visit of the Specialised Unit for Eating Disorders*

*Návštěva Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy*

**11:00–12:30 Current Therapeutic Approaches in Eating Disorders  
– Současné terapeutické přístupy u poruch příjmu potravy**

11:00–11:30 Visiting Eating Disordered Homes – Notes on Family Boundaries, Family Therapy and Environmental Psychology

Domácí návštěvy u pacientek s poruchami příjmu potravy – rodinné hranice, rodinná terapie a environmentální psychologie (Túry F., Wildmann N., László Z., Düll A., Hungary)

11:30–12:00 Project „Internet-Bridge“ Relapse Prevention through Internet Chat Groups  
Projekt „Internetové mosty“ – prevence relapsu pomocí diskusních klubů na internetu (Kordy H., Bauer S., Golkaramnay V., Percevic R., Haug S., Stuttgart)

12:00–12:30 Psychodynamic Aspects in the Treatment of Obesity  
Psychodynamické aspekty v léčbě obezity (Toman E., Hohenegg, Switzerland)

12:30–14:00 – Lunch

*Visit of the Rehabilitation Center of the Psychiatric Department (Dobiáš D., Křivohlavá Z. – Occupational Therapy in ED, Vodičková S. – Physiotherapy in ED)*

*Návštěva rehabilitačního oddělení Psychiatrické kliniky (Dobiáš D., Křivohlavá Z. – Ergoterapie u PPP, Vodičková S. – Fyzioterapie a její význam u pacientů s PPP)*

**14:00–18:30 Workshops – Workshopy**

14:00–15:20 Motivational Interviewing in Eating Disorders  
Motivační pohovory u poruch příjmu potravy (Schmidt U., London)

15:30–16:50 Neuropsychological Testing  
Neuropsychologické testy (Tchanturia K., London)

17:00–18:20 Body Experience – Body Composition and Hyperactivity in Eating Disorders (Therapy and Research)  
Zážitek vlastního těla – tělesná skladba a hyperaktivita u poruch příjmu potravy (Terapie a výzkum) (Probst M., Belgium)

**19:00 – Evening Programme (Theatre Show) – Večerní program (divadelní představení)**

---

**Sobota, 22. března (Veškerý program v češtině)  
Saturday, March 22**

**9:00–10:30 Výzkumné studie**

*Předsedající: Hrachovinová T., Dimová N.*

1. Krch F. D., Csémy L.: Rizikové faktory přispívající k rozvoji poruch příjmů potravy v dospívání (Risk Factors to the Development of Eating Disorders in Adolescence)
2. Hrachovinová T., Csémy L., Krch F.: Jídelní preference pacientek s poruchou příjmu potravy (Food Preferences in Patients with Eating Disorders)
3. Fraňková S.: Vývoj postojů k jídlu a osobnost předškolních dětí s nízkým a vysokým BMI (Development of Attitudes to Food and Personality in Preschool Children with a Low and High BMI)
4. Dimová N., Havlíčková E., Izáková L.: Kvalita života u pacientek s poruchami příjmu potravy v ambulantním sledování (Quality of Life in Outpatients with Eating Disorders)
5. Stárková L., Miňovská L., Dragomirecká E.: Některé charakteristiky poruch příjmu potravy a kvalita života mladých lidí v České republice (Selected Characteristics of Eating Disorders and Quality of Life of the Young Population in the Czech Republic)

10:30–11:00 – Coffee break

11:00–12:30

### **Klinická praxe**

*Předsedající: Chvála V., Kocourková J.*

1. Kocourková J., Koutek J., Hort V.: Sebepoškození u pacientů s poruchami příjmu potravy (Self-harming Behaviour in Patients with Eating Disorders)
2. Valentová D.: Pět let trvání jednotky pro léčbu PPP na PK Brno (5 years of the Eating Disorders at the Psychiatric Department in Brno)
3. Chudobová P., Papežová H.: Zkušenosti z ročního působení nově otevřeného „Stacionáře pro poruchy příjmu potravy“ (1 year Experiences with Newly Opened Day Care Center for Eating Disorders)
4. Beranová I., Kulhánek J.: Psychoterapeutické skupiny pro pacienty s poruchami příjmu potravy na Dětské psychiatrické klinice v Motole (Psychotherapeutic Groups for Eating Disordered Patients at Child Psychiatric Department at Prague-Motol).
5. Pecinová O., Heller J., Papežová H.: Terapeutický program pro duální diagnózy (Therapeutic Programme for Dual Diagnoses)

12:30–14:00 – Lunch

### **Workshopy (paralelně) – Workshops (Concurrent Sessions)**

- 14:00–15:00 Patočková D., Kulhánek J.: Mapování pocitů. Arteterapie poruch příjmu potravy (Mapping the Emotions-artetherapeutic Approaches)  
Čerňanská R.: Svépomocná asociace a Klub pro pacientky s poruchami příjmu potravy. (Self-help Association and the Club for Patients with Eating Disorders)
- 14:00–15:00 Trapková L., Chvála V.: Proces separace a poruchy příjmu potravy (Process of Separation and Eating Disorders)  
Chvála V., Trapková L.: Osm kroků externalizace v narrativní terapii u PPP (Eight Steps of Externalization in Narrative Treatment of Eating Disorders)
- 15:00–16:30 Chvála V., Trapková L.: Osm kroků ke svobodě (Eight Steps to Liberty)  
Krch F.: Problematika motivace při léčbě poruch příjmu potravy (Motivation in the Treatment of Eating Disorders)
- 16:30–18:00 Eisler I.: Rodinná terapie pro poruchy příjmu potravy (Family Therapy for Eating Disorders)  
Bechyňová B., Chudobová P.: Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy (video a zážitková skupina do 12 lidí) – Body Therapy in Eating Disorders – videotypes and self experience up to 12 participants)
- 18:00 – Setkání sekce pro PPP při ČPS JEP s přednáškou o využití internetových stránek. Kulhánek J.: **Poruchy příjmu potravy a internet** Otevřený internetový projekt PPPINFO (pppinfo.zde.cz) (**Eating Disorders and Internet**)

### **Zakončení konference (Closing remarks)**

#### **Postery:**

##### *Neurobiologické práce*

1. Böhm M., Papežová H., Hansíková H., Zeman J.: Komplexy dýchacího řetězce v trombocytech u 29 žen s mentální anorexií (Respiratory Chain Complex in Tromboxytes in 29 Women with Anorexia Nervosa)
2. Barták V., Nedvídková J., Vybíral S., Dostálová I., Papežová H., Šimon M., Drbalová K., Vondra K., Pacák K.: Adrenergická regulace lipolýzy u pacientů s anorexia nervosa při fyzické zátěži (Adrenergic Regulation of Lipolysis in Patients with Anorexia Nervosa during Exercise).
3. Vurmová I., Yamamotová A., Papežová H.: Má dotazník EDI (Eating Disorder Inventory) své biochemické koreláty? (Does the Eating Disorders Inventory (EDI) have the Biochemical Correlates?)
4. Yamamotová A., Papežová H., Vurmová I.: Závislost stresové analgezie na afektivní komponentě stresu u pacientek s PPP (Stress Induced Analgesia and Affective Component of Stress in Patients with Eating Disorders)
5. Papežová H., Faltus F.: Farmakoterapie poruch příjmu potravy (Pharmacotherapy of Eating Disorders)
6. Dostálová D., Nedvídková J., Barták V., Papežová H., Alesci S., Gold P. W., Pacák K.: Ztráta jídlem navozeného poklesu plazmatického ghrelinu u pacientek s anorexia nervosa (Loss of Meal – induced Fall in Plasma Ghrelin in Patients with Anorexia Nervosa)

### *Klinické práce*

1. Podzimková D., Slabá L., Vojtíšková H., Kosová H.: Presentace programu léčby poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice v Hradci Králové (Presentation of the Eating Disorder Programme at Psychiatric Department at Hradec Králové)
2. Němečková P., Zatloukalová M., Bouček J.: Poruchy příjmu potravy – prospektivní sledování pacientů po pěti letech (5 year Follow-up of Patients with Eating Disorders).
3. Carrard I., Carola M. D., Volkart A. Ch., Norring C.: Project SALUT: Intelligent Environment for Diagnostics, Treatment and Prevention of Eating Disorders (Projekt SALUT: Inteligentní médium pro diagnostiku, léčbu a prevenci poruch příjmu potravy)
4. Chudobová P.: Vývoj body image u dívek předškolního věku (Development of Body Image in Pre-school Girls)
5. Pulkrábková A.: Jídelní rituály pacientek s mentální anorexií (Eating Rituals in Anorexia Nervosa).
6. Uhlíková P., Hellerová P.: Depresivní porucha s psychotickými příznaky, epilepsie a komorbidní porucha příjmu potravy v Centru dorostové a vývojové psychiatrie. Kazuistika. (Depression with Psychotic Features, Epilepsia with Comorbidity of Eating Disorder, Case History)
7. Zámečníková R.: Mentální anorexie u dvojčat (Anorexia Nervosa in Twins).
8. Žlnayová I., Obuch N., Dimová N. (Bratislava, SR): Skúsenosti s psychoterapiou porúch príjmu potravy na lôžkovom oddelení (Experiences with Psychotherapy in Hospitalised Patients with Eating Disorders).
9. Hermanová G., Herman E., Praško J., Hovorka J.: Poruchy příjmu potravy a narcismus v médiích (Eating Disorders and Narcissism in Public Media)
10. Sekot: Obrázkový deník pacientky s mentální anorexií (Case History of the Patient with Anorexia Nervosa in Pictures).
11. Stárková L., Luňáčková M.: Jací jsme a koho chceme? (Výsledky ankety zdravých lidí a dívek s PPP) (Who we are and Who do we Want?)
12. Tomanová J., Dlouhá I.: Případy odmítnutí hospitalizace u PPP a jejich příčiny (Hospitalisation Refusals in Eating Disorders)
13. Csémy L., Hrachovinová T., Bidlová E.: Sebehodnocení a spokojenost s vlastním tělem u vysokoškolských studentů (Self-Esteem and Body Satisfaction in the University Students).
14. Pařízková J., Papežová H., Křížová J., Haluzík M.: Hladiny adiponektinu u pacientek s mentální anorexií (Serum Adiponectin Levels in Patients with Anorexia Nervosa)
15. Hrubý M., Novák F., Lubanda H., Vecka M., Tvrzická E., Papežová H., Žák A.: Koncentrace prekurzorů cholesterolu a jeho metabolismus u mentální anorexie (Concentration of Cholesterol Precursors and its Metabolism in Anorexia Nervosa)
16. Žák A., Vecka M., Tvrzická E., Novák F., Lubanda H., Novák F., Hrubý M.: Adipokiny a složení mastných kyselin plazmatických lipidů u mentální anorexie (Adipokinines and the Composition of Fatty Acids in Plasma Lipids in Anorexia Nervosa)

### **Notes:**

Registration fee: 850 CZK (30 Euro) will include a special Issue of Czech and Slovak psychiatry with conference abstracts in both English and Czech

Workshop attendance – limited to 30/50 people; extra fee 50 CZK/workshop

Languages: all presentations on Thursday and Friday will be held in English; all presentations and workshops on Saturday will be held in Czech

*Visits of the specialised unit for Eating Disorders – up to 10 people; English / Czech*

Handouts

*Visits of the specialised unit for Eating Disorders – up to 10 people; English / Czech*

Certificates of attendance will be available



---

## ÚVODNÍKY

---

### Když tělo trpí za duši

---

Vážené kolegyně a kolegové,

dovolte mi, abych uvedla toto číslo supplementa. Poprvé je věnováno mezinárodní a mezioborové konferenci o *poruchách příjmu potravy*. Tato konference, v pořadí čtvrtá, přináší i další novinky. Poprvé jsou zváni nejen zahraniční lektori, ale i účastníci evropských zemí a první den konference je proto celý veden v angličtině. Cílem konference je otevřít možnost setkání, spolupráce a sdílení důležitých klinických i vědeckých poznatků co největšímu počtu našich i evropských odborníků. Pozvání přijali přední významní kliničtí i vědečtí pracovníci z Evropy (integrace do vytvářející se evropské sítě spolupráce). Může být i příležitostí k plánování nových projektů.

Výskyt poruch příjmu potravy a potřeba kvalifikované a diferencované léčby narůstají. Konference přináší nejnovější poznatky z jednotlivých oblastí výzkumu a klinické praxe u nás i v zahraničí. Prezentovat je budou nejen *psychiatři, ale i odborníci jiných lékařských oborů*, včetně oborů preklinických, terapeuti různého zaměření, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci a další odborníci (mezioborová integrace klinických pracovníků).

Podobně jako v ostatních oblastech psychiatrie se rozvíjejí *moderní metody výzkumu*. Některé z nich budou představeny spolupracujícími týmy a významnými odborníky publikujícími v těchto oblastech: zobrazovací metody (R. Uher), genetické studie, mechanismy nutriční a energetické rovnováhy (M. Haluzík, M. Böhm a kol., V. Barták a kol.), disociativní jevy a vnímání bolesti (H. Papežová, A. Yamamotová), stresové modely (I. Dostálová, J. Nedvídková, K. Pacák), neuropsychologické testování (K. Tchanturia). V klinické praxi jsou současně propracovány a ověřovány nové klinické přístupy v motivační terapii, kde můžeme srovnat naše přístupy se zahraničními (U. Schmidt, F. Krch), v rodinné terapii (I. Eisler, V.

Chvála, L. Trapková, F. Túry), jsou vypracovány nové metody v práci s porušeným vnímáním vlastního těla (M. Probst). Přednáška o psychodynamických faktorech v léčbě obezity (E. Toman) poukazuje na nejen teoretický, ale i praktický vztah obezity a spektra poruch příjmu potravy. V této oblasti se odráží snaha o integraci nových vědeckých poznatků klinických i preklinických do klinické praxe.

Během konference představíme členům *Sekce pro poruchy příjmu potravy* naše další plány a cíle i nové formy komunikace s odborníky i svépomocnými organizacemi s pacientkami, rodiči i dalšími pracovníky, kteří se touto problematikou zabývají, včetně práce s webovými stránkami a novými formami léčby pomocí internetu a SMS (Kordy H.). Rozšíření informací o léčbě a závažnosti problematiky sleduje i cíl lepší integrace léčby poruch příjmu potravy do koncepce psychiatrie a cíle destigmatizace této problematiky, která je v souladu se současnými cíli WHO.

Přestože se pro narůstající potřebu péče v posledních letech zlepšila i její dostupnost, stále si v této oblasti uvědomujeme rezervy v pregraduální i postgraduální výuce. Konference by měla podnítit zájem i zvědavost nás všech v hledání nejen optimálních alternativ léčby, ale i výuky vedoucí k pochopení mechanismů, které obecně umožňují „aby tělo trpělo za duši“. Zde je cílem integrace neurobiologických a psychologických poznatků.

Tento rok bude poprvé konference pořádána k naší velké radosti v rekonstruované posluchárně Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a zároveň nám dovolí představit zájemcům i nové prostory *Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy*, který byl otevřen již 1. května 2002. Připomínáme si *dvacetiletou historii naší specializované jednotky pro PPP (1983)*, kterou založil a během konference nám připomene doc. F. Faltus.

Přejeme vám všem přínosný vědecký i společenský program a mnoho sil do další práce.

MUDr. Hana Papežová, CSc.

---

### When the Body Suffers in Place of Mind

---

Dear Colleagues

This supplement issue of Czech and Slovak Psychiatry features the contributions of the International Interdisciplinary Conference on Eating Disorders. In March 2003, it will be the fourth time that this conference takes place at the Psychiatric clinic of The First Medical College of the Charles University in Prague. Although individual special-

ists from abroad have been invited to the previous conferences, this is the first time that this even opens to welcome international participants. The first two days of the conference (March 20 and 21) will therefore be held in English. We are glad to welcome leading European specialists in both clinical management and research on eating disorders and obesity. Hopefully, this year's event will

provide a stimulating and fruitful meeting ground for clinicians and researchers from Europe and Czech Republic. It is critical that this conference is an 'interdisciplinary' event – specialists in nursing, social work and medicine will participate as actively as psychologists, psychiatrists and neuroscientists. It is the aim of the conference to support collaboration across boundaries of states and disciplines.

The need for efficient evidence-founded care is growing with the increasing incidence of the eating disorders. Dr. Ulrike Schmidt will address the issues of epidemiology and causality in her opening lecture. The efficacy of the available therapeutic approaches will be critically evaluated in the lecture given by Ivan Eisler, a leading specialist in the field of clinical research and family therapy. A wide spectrum of current therapeutic approaches will be covered, including motivation interviewing (U. Schmidt), cognitive-behavioural approach (M. Probst, D. Krch), family therapy (I. Eisler, V. Chvála, L. Trapková, F. Túry) and the psychodynamic treatment of obesity (E. Toman). Several interactive workshops in techniques are prepared to provide a realistic illustration of therapeutic and research work. Finally, the therapeutic potential of new technologies, including the internet and phone text messages will be the focus of the contributions of H. Kordy and I Carrard.

Leading researchers will provide a cross-section of current biological research on eating disorders and obesity with an emphasis on potential practical implications. Dr. M. Haluzík will investigate the nutritional disturbances from the perspective of the adipous tissue. The area of brain research will be abundantly represented: models of stress response (I. Dostálová, J. Nedvídková, K. Pacák) neuropsychological testing (K. Tchanturia), analysis of dissociative experience (H. Papežová, A. Yamamotová) and functional neuroimaging methods (R. Uher) will review the research on eating disorders in the context of current psychiatric neuroscience.

Although specialised care is now becoming available to larger proportion of sufferers, there is still need for more facilities in most European countries. A visit our Inpatient Unit for Eating Disorders (founded 1983 by František Faltus) and the Daypatient Centre, which has been newly opened in June 2002, may provide an opportunity to discuss the practical issues related to the provision of such specialised care.

We hope that a meeting between praxis and research at this conference will stimulate the interest for the issue of eating disorders and will finally contribute to better understanding of these intricate conditions, where body is made to suffer in place of the mind.

With best wishes for your work.

*MUDr. Hana Papežová, CSc.*

---

## Malé ohlédnutí za léčbou poruch příjmu potravy

---

**Faltus F.**

---

Rád bych se zmínil stručně o počátcích diagnostiky a léčby poruch příjmu potravy (PPP) u nás.

Nahlížíme-li do historie naší medicíny, zjišťuje, že pojmy mentální anorexie (MA) a především mentální bulimie (MB) byly v našem odborném lékařském písemnictví dlouho neznámou veličinou. Jedině internista prof. Jonáš (1941) si povšiml, že „*Setkáme-li se u mladých děvčat s patologickou hubeností, musíme především myslet na anorexii vyvolanou změněným psychickým stavem ve smyslu klasické mentální anorexie*“.

Obsáhlejšími pionýrskými pracemi v naší psychiatrické literatuře jsou publikace prof. Janoty „*O patogeneze tzv. mentální anorexie a o úspěšném jejím léčení elektrickými šoky*“ v č. 26 Časopisu lékařů českých z roku 1946 a malá monografie téhož autora „*O tzv. mentální anorexii*“ vydaná v Thomaeyerově sbírce o 10 let později. Následuje dvacetileté období, v jehož průběhu nacházíme jen stručně, několikařádkové zmínky o této poruše v učebnicích psychiatrie.

V roce 1979 jsem si dovolil proto publikovat monografii o rozsahu 141 stran s názvem „*Anorexia mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*“ v nakladatelství Avicenum, jejichž zažloutlé listy se snad ještě najdou v některých lékařských knihovnách. Na přelomu druhého a třetího tisíciletí je již napsáno několik zdařilých knížek zabývajících se tematikou PPP z per našich předních odborníků v této oblasti (Papežová, Krch, Kocourková) a odborný zájem o tuto problematiku se stupňuje.

Postupně se stále exaktněji rozpracovávala diagnostika poruchy, takže v klasifikačních systémech MKN 10 a DSM IV. již nacházíme přesně vymezená kritéria pro MA a MB a jejich subtypy.

Až do roku 1983 byli nemocní s PPP hospitalizováni v rámci různých psychiatrických, ale i jiných oddělení, a léčení značně nesystematicky, a to jak na lůžku tak i ambulantně. Tehdy vyvstala otázka, zda je léčit jako dosud individuálně v rámci obecného nemocničního psychiatrického režimu, anebo zda je soustředit na jednom oddělení se specializovanou léčbou. Zda vyškolit pro tyto účely zdravotnický kolektiv, který by byl dokonale erudován o těchto poruchách, o nežádoucím chování nemocných, jaké vůči nim zaujímat postoje a jaké formy léčby aplikovat. Nemalou roli při tomto rozhodování hrála i rychle narůstající incidence těchto poruch v populaci.

Tak byla v březnu 1983 uvedena na Psychiatrické klinice 1. LF UK do provozu první Jednotka specializované péče pro nemocné s PPP. Bylo možno na ní maximálně využívat skupinových léčebných metod. Na režimu jednotky se od počátku podíleli psychiatři, psychologové, rozvinula se těsná spolupráce s dietní sestrou, rehabilitační a sociální pracovníci, s metabolickou jednotkou III. interní kliniky a dalšími zdravotnickými pracovišti.

Během uplynulých 20 let byla odborná i praktická činnost specializované jednotky neustále prohlubována a zdokonalována, takže v současné době došlo na naší klinice k vytvoření rozsáhlého vysoce odborného oddělení s komplexním programem zaměřeným na léčení MA a MB.

Toto moje sdělení je jen krátkou, ale radostnou vzpomínkou na historii léčení PPP u nás.

V dalších sděleních bude podrobněji referováno o činnosti tohoto specializovaného zařízení těmi, kteří se na něm úspěšně podílejí. Všem pracovníkům zabývajícím se problematikou PPP přeji hodně úspěchu a trpělivosti v boji s touto zákeřnou a obtížně léčitelnou poruchou.

*Doc. MUDr. František Faltus, DrSc.*

---

## VYŽÁDANÉ PŘEDNÁŠKY

---

### **Epidemiologie a rizikové faktory poruch příjmu potravy**

Schmidt U.

*Eating Disorders Research Unit, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, London, United Kingdom*

V tomto příspěvku jsou shrnuty znalosti o etiologii poruch příjmu potravy. Epidemiologické studie naznačují vzestup ve výskytu mentální anorexie i bulimie, především v mladších věkových kategoriích. Na tomto vzestupu se mohou významně podílet kulturní vlivy. Nástup biotechnologií v posledních letech oživil zájem o výzkum biologických, především genetických faktorů v etiologii poruch příjmu potravy. Posouzení relativní důležitosti a vzájemné interakce biologických a psycho-sociálních faktorů zůstává výzvou pro budoucí výzkum. V úvahách o příčinách poruch příjmu potravy bude také třeba vzít v úvahu vývojovou perspektivu.

### **Schmidt U.: Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders**

This paper reviews aetiology of the eating disorders anorexia nervosa and bulimia nervosa, which is generally thought of as multifactorial in nature. Epidemiological findings note an increase in both anorexia nervosa and bulimia nervosa, especially in younger individuals, suggesting the importance of cultural factors. In recent years with the advent of new biotechnologies, interest in the exploration of the contribution of biological, in particular genetic factors to the origins of these disorders has been revived. The challenge for the future is to understand better the relative importance of biological and psychosocial risk factors and how these factors interact. Moreover, there is a need for a greater appreciation of the developmental perspective in the origins of eating disorders.

---

### **Účinnost individuální a rodinné psychoterapie u mentální anorexie**

Eisler I.

*Senior Lecturer in Clinical Psychology, Institute of Psychiatry, Kings College, London, United Kingdom  
Head of Adolescent Eating Disorders Service, Maudsley Hospital, London, United Kingdom*

Přednáška poskytne přehled výzkumných výsledků týkajících se účinnosti psychotherapeutických intervencí u anorexia nervosa. Zatímco u adolescentních pacientek s anorexia nervosa existují konzistentní důkazy o účinnosti rodinné terapie, u dospělých je situace méně jasná; účinnost lze prokázat u individuální i rodinné terapie. Budeme

se věnovat některým otázkám týkajícím se studií s touto problematikou a zdůrazníme nutnost dalších rozsáhlejších studií se širším zaměřením.

### **Eisler I.: Efficacy of Individual and Family Psychotherapy in Anorexia Nervosa**

The presentation will provide an overview of the research evidence for the effectiveness of psychotherapeutic interventions for anorexia nervosa. While for adolescent anorexia nervosa there is consistent evidence for the effectiveness of family therapy, the picture is less clear for adults for whom both individual and family therapy show some benefits. Some of the questions that are raised by these studies will be highlighted in particular the need for a broader range and larger studies.

---

### **Tuková tkáň jako důležitý metabolický a endokrinní regulátor mentální anorexie a obezity**

Haluzík M.

*III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Tuková tkáň byla dlouho považována pouze za pasivní zdroj energie dobře využitelný v obdobích nedostatku potravy. Tento předpoklad doznal významných změn po objevu leptinu, proteinového hormonu produkovaného výlučně adipocyty. Sérové koncentrace leptinu ve většině případů pozitivně korelují s obsahem tuku v organismu a jsou tedy zvýšeny u pacientů s obezitou a naopak sníženy u pacientů s malnutričními stavy různé etiologie, včetně mentální anorexie. Hlavní funkcí leptinu v lidském organismu je regulace příjmu potravy, která je zprostředkována působením leptinu přímo v hypotalamickém centru sytosti. Hypoleptinémie u pacientů s malnutricí může být vysvětlením mechanismu jakým u těchto subjektů dochází k oslabení imunitního systému organismu a ke vzniku amenorei.

Objev leptinu odstartoval zvýšený zájem vědců o další možné působky produkované v tukové tkáni. Z těchto látek se zatím jako nejvýznamnější jeví dva hormony produkované adipocyty: adiponektin a rezistin, které, potvrdí-li se původní předpoklady, mohou vysvětlit mechanismus jakým obezita vede k rozvoji inzulínové rezistence.

V současné době tedy není pochyb o tom, že tuková tkáň je kromě zásobárny energie také velmi důležitým a aktivním endokrinním orgánem, jehož produkty ovlivňují funkci řady tkání a orgánů v lidském organismu.

## Haluzík M.: Adipose Tissue as an Important Metabolic and Endocrine Regulator in Anorexia and Obesity

Adipose tissue was traditionally recognized as – passive energy source for times of starvation. This view changed substantially after the discovery of leptin, a protein hormone produced exclusively by adipocytes. Leptin levels correlate with body adiposity being elevated in most of cases of human obesity and reduced in malnutrition states including anorexia nervosa. The principal function of leptin is to regulate food intake via its action on the hypothalamic satiety centre. Moreover, hypoleptinaemia in malnourished patients might be responsible for the malnutrition-related immunodeficiency and amenorrhea.

Since the discovery of leptin, a number of other substances produced by adipose tissue and modulating different metabolic actions were discovered. Among others, the most important appear to be adiponectin and resistin, both representing the possible link between obesity and insulin resistance/diabetes.

Current view considers adipose tissue an important and active metabolic and endocrine organ affecting many other tissues in the human body via hormones produced in adipocytes.

---

### Co víme o mozku u poruch příjmu potravy – přínos zobrazovacích metod

Uher R.

*Eating Disorders Research Unit, Institute of Psychiatry, Maudsley, London, United Kingdom  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Mozková porucha je pravděpodobně základní příčinou poruch příjmu potravy. Některé leze ve frontálním laloku mohou napodobit klinický syndrom mentální anorexie. Také nálezy neuropsychologie, elektrofyziologie a neurochemie hovoří pro mozkovou abnormalitu u poruch příjmu potravy a zaměřují pozornost na specifické nervové okruhy a mediatorové systémy. Pozornost výzkumníků se v současnosti přesunuje od hypotalamu ke korovým mechanismům, což lze alespoň částečně přičíst různé citlivosti používaných výzkumných metod. Nejvíce důkazů nasvědčuje o specifické poruše v difuzním serotoninovém neuromodulačním systému a v inferiorní frontální mozkové kůře. Přes zmíněné pokroky stále ještě nerozumíme jakým způsobem jsou nervové abnormality spojené s klinickými symptomy poruch příjmu potravy. Kauzální objasnění těchto vztahů vyžaduje prospektivní studie zahájené před klinickým propuknutím choroby, a to je u takto vzácných chorob velice obtížné uskutečnit. Rozvoj zobrazovacích metod poskytl další nástroj, který v současnosti začíná platně přispívat k etiologickému i klinickému výzkumu. Strukturální zobrazení v četných

studiích ukázalo, že mozková atrofie je součástí mentální anorexie i bulimie; byl také zmapován různý časový průběh změn v šedé a v bílé mozkové hmotě. Funkční zobrazení se vyvinulo od studií klidového stavu k specifickým symptom-provokacím paradigmatům. Bylo demonstrováno, že mediální frontální kůra u pacientek s mentální anorexií či bulimií specificky reaguje na podněty spojené s potravou. Jelikož tato abnormalita přetrvává i po úplném klinickém uzdravení, dá se předpokládat, že je spojena se základním etiologickým mechanismem. Podobně je tomu i s hladinami serotoninových receptorů, které jsou sniženy u žen uzdravených z mentální anorexie či bulimie. Objasnění role těchto abnormalit v predispozici a vývoji poruch příjmu potravy lze očekávat od longitudinálních studií, zahrnujících vedle pacientek také zdravé příbuzné a osoby se zvýšeným rizikem rozvoje nemoci. Výzkumné možnosti, které zatím čekají na uplatnění v oblasti poruch příjmu potravy, zahrnují kombinaci funkčních zobrazovacích metod s molekulární genetikou nebo s tryptofanovou deplecí. Přínosné mohou být podprahové symptomy-provokační metody, které oddělí vědomé a nevědomé procesy.

### Uher R.: What we Know about Brain in Eating Disorders – Fokus on Neuroimaging Research

A neural disturbance is presumably the cause of eating disorders. Brain lesions mimicking clinical syndromes, neuropsychological testing, studies of neuromediator systems and brain electrophysiology implicate certain cerebral regions and circuits as dysfunctional in eating disorders. In the current research, there is an apparent shift of emphasis from the hypothalamus to cortical regions, which may be partially due to differential sensitivity of brain research techniques. The diffuse serotonin neuromodulating system and the inferior and medial prefrontal cortex seem to be most specifically involved. The links between brain abnormalities and clinical condition are however poorly understood and causal research is sparse due to demands of prospective studies in these relatively rare disorders. Developments in neuroimaging technology provide tools that are beginning to make a valid contribution to both etiological and clinical research. Thanks to structural neuroimaging, brain atrophy has been established as part of both anorexia and bulimia nervosa and differential time courses have been described for white and grey cerebral matter. Functional neuroimaging has developed from resting-state studies to symptom provocation paradigms. In patients with anorexia and bulimia nervosa, medial prefrontal areas are specifically activated by food stimuli. These abnormal activations largely persist beyond full clinical recovery and are likely to reflect the basic neural disturbance associated with these disorders. Levels of serotonin receptors in the brain are also changed in fully recovered patients. Longitudinal studies

including persons at risk and healthy relatives of patients would be necessary to specify the role of these abnormalities in the predisposition to and development of eating disorders. Other methods, which have not yet been applied in eating disorders, include the combination of neuroimaging with molecular genetics or with tryptophan depletion and the use of subliminal stimulation to dissociate conscious and unconscious processes.

---

### **Co víme o kognici u poruch příjmu potravy? Kognitivní flexibilita a set-shifting**

Tchanturia K.

*Eating Disorders Research Unit, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, London, United Kingdom*

U pacientek s poruchami příjmu potravy jsou zjišťovány strukturální i funkční mozkové abnormality. Neuropsychologie zkoumá efekt těchto odlišností na kognitivní procesy za použití strukturovaných testů.

Ačkoliv u většiny pacientek s poruchou příjmu potravy zjišťujeme normální až nadprůměrnou inteligenci, v některých testech je zjišťován specifický deficit. Specifický deficit u pacientek s poruchami příjmu potravy nalézáme v testech měřících tzv. 'set-shifting', tedy kognitivní flexibilitu – schopnost přizpůsobit strategii vnímání, myšlení a chování měnícím se podmínkám. Ve škále set-shifting testů pacientky s poruchami příjmu potravy projevily zřetelnou kognitivní rigiditu. Pacientky s mentální anorexií přitom měly potíže ve více oblastech než pacientky s mentální bulimií. Jelikož tento deficit přetrvává i po úplném uzdravení z mentální anorexie, jedná se pravděpodobně o poruchu primární a nikoli jen o doprovodný efekt nemoci.

Zajímavý je také průzkum spojitosti mezi osobností a kognitivními schopnostmi. Předběžná data naznačují, že výkon v set-shifting testech negativně koreluje s dětskou rigiditou a perfekcionismem.

Terapeutické programy pro poruchy příjmu potravy se v současnosti zaměřují na rigidní jídelní chování, ale obecně rigidnímu kognitivnímu stylu není věnována zvláštní pozornost. Navrhujeme proto kognitivní trénink se zaměřením na podporu flexibility jako alternativu či doplněk současného terapeutického přístupu, podobně jako tomu je v posledních letech při léčbě schizofrenie.

### **Tchanturia K.: What we Know about Cognition in Eating Disorders? – Cognitive Flexibility, Set-shifting**

Reports of abnormal brain structure and function in people with eating disorders (ED) raise the question about functional consequences on cognitive processes. For the last two decades, cognition in ED has been studied by neuropsychological testing. Most ED patients are found to be of normal or even superior intelligence but in some specific tasks, clear deficits are present.

One of the most specific functional abnormalities has been found in set shifting tasks, which measure the ability to flexibly adapt to change. Using a variety of set-shifting tests, we have found that cognitive flexibility is compromised in ED patients. There are differences between the subtypes of eating disorders with anorexia nervosa (AN) patients having a broader range of deficits than bulimia nervosa (BN) sufferers. The deficit does not seem to be a consequence of starvation as it persists beyond full recovery. Further topic of interest is the relationship between personality and cognition: Preliminary findings suggest that performance on set shifting tasks is associated with childhood rigidity and perfectionism.

Eating disorders treatment programs are generally focused on rigid behaviours around eating and food rather than more general aspects of rigid cognitive style. Supporting cognitive flexibility by specific training may be tested as a possible contribution to current therapeutic models in parallel to cognitive remediation therapy as it is beginning to be applied in the treatment of schizophrenia.

---

### **Disociace a vnímání bolesti u poruch příjmu potravy**

Papežová H., Yamamotová A.<sup>1</sup>, Vurmová J., Hájková I., Kočová M.

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
Ústav normální, patologické a klinické fyziologie  
3. LF UK, Praha<sup>1</sup>*

Disociace je psychologický fenomén, poprvé popsán P. Janetem v roce 1889. Zájem o disociaci v posledních dvou desetiletích podstatně vzrostl v souvislosti s poznáním významu traumatu v psychologickém distresu. Disociace je definována jako neschopnost integrovat, vyrovnat se normálním způsobem s neúnosnými emočními zkušenostmi a informacemi. Disociace je jedním z hlavních klinických příznaků disociativních poruch, posttraumatické stresové poruchy a hraniční poruchy osobnosti, které jsou prokazatelně významně s traumatem spojeny. Disociace však byla popsána i u dalších psychiatrických poruch s impulzivním chováním, sebepoškozováním, závislostmi na návykových látkách, nesnesitelnými afektivními a kognitivními stavy a bulimií a anorexií purgativního typu. U bulimie bylo prokázáno, že disociace je důležitým faktorem predikujícím předčasné přerušování individuální kognitivně behaviorální terapie a ústup psychopatologie. Prohloubení znalostí fyziologických korelátů disociace může přinést zlepšení v terapii i v chápání diagnostických paradigmat poruch příjmu potravy.

Studovaly jsme vztah mezi prahem bolesti a mírou disociace pomocí Body Attitude Test (BAT) a Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Testovaly jsme hypotézu, že fyziologický mechanismus změněného vnímání vlastního těla u poruch příjmu potravy (tělo je vnímáno jako vět-

ší, silnější) je podobný modifikovanému vnímání bolesti.

**Tab. 1.** Výsledky výzkumu vztahu mezi prahem bolesti a mírou disociace pomocí testu BAT.

Korelace SDQ-20 a BAT u PPP				
PPP n=40	SDQ	BAT-1	BAT-2	BAT-3
SDQ	1			
BAT-1	0,349007	1		
BAT-2	0,481819	0,634793	1	
BAT-3	0,022074	0,411981	0,398722	1
BAT-total	0,397268	0,913528	0,832455	0,621742

Pouze u SDQ máme 37 hodnot, všechny ostatní korelace se týkají 40 osob.

$P < 0,05$

$P < 0,01$

Korelace SDQ-20 a BAT u kontrol				
Kont=17	SDQ	BAT-1	BAT-2	BAT-3
SDQ	1			
BAT-1	0,025916	1		
BAT-2	0,650604	0,265421	1	
BAT-3	-0,1547	0,679304	-0,00406	1
BAT-total	0,237117	0,833313	0,614065	0,707279

$P < 0,01$

Studentův t-test rozdíly průměrů SDQ-10 BAT u kontrol a PPP (v závorce je standardní odchylka). Počty osob jsou stejné jako nahoře tj. 40 a 17, kromě SDQ, kde je to 37 a 17.

	PPP	Kontrola	p
SDQ-20	35,6 (11,3)	28,7 (7,2)	0,009
BAT-1	11,9 (8,6)	7,9 (3,9)	0,021
BAT-2	16,75 (7,4)	5,6 (4,2)	$p < 0,0001$
BAT-3	11,3 (3,9)	5,5 (2,6)	$p < 0,0001$
BAT-total	45,6 (17,6)	24,7 (8,4)	$p < 0,0001$

**Metody:** Práh bolesti a vnímání vlastního těla byly testovány u hospitalizovaných pacientek s poruchou příjmu potravy splňujících DSM IV. kritéria a kontrolní skupinou na začátku a konci hospitalizace. Práh bolesti na tepelný podnět byl měřen v sérii tří stresů (mentální aritmetika MAT, alimentární AT, chladový test CPT) a tří klidových stavů. Analýza dat byla provedena pomocí Pearsonovy korelace.

**Výsledky:** Naše výsledky ukázaly signifikantní vztah mezi prahem bolesti (klidový, MAT, CPT) a subskálou BAT-2, vypovídající o míře disociace. Vztahy mezi vnímáním bolesti a BAT, SDQ, BMI a diagnostickými subtypy (anorexia bulimia nervosa) se mění během léčby.

**Závěr:** Naše výsledky přinášejí poznatky o vztahu mezi vnímáním bolesti a úrovní disociace a jejich změnách s průběhem a závažností onemocnění. Další studie jsou nutné ke zjištění klinického uplatnění prediktivního významu disociace a prahu bolesti v různých stresových situacích během terapeutických procesů a u různých diagnostických subtypů onemocnění.

Podpořeno grantem: NF 6137/3 a MSM 111100001.

## Papežová H., Yamamotová A., Vurmová J., Hájková I., Kočová M.: **Dissociation and Pain Perception in Eating Disorders**

Dissociation is a psychological construct – first proposed by Janet 1889 – that has undergone a considerable revival over past two decades. Interest in dissociation has developed greatly with increasing awareness of significant role of trauma in psychological distress. Dissociation defined as a failure to integrate (to cope with) intolerable emotional experiences and information in the normal way remains the major clinical feature in dissociative disorders, post-traumatic stress disorder and borderline personality each of which has been proved to have a strong association with trauma. But also it has been described in other psychiatric disorders with impulse behavior such as self-harm, substance abuse, intolerable affective and cognitive states and bulimia and binge-purge anorexia. In bulimia, dissociation has been shown to be particularly pertinent feature predicting drop-out from individual cognitive-behavioral therapy and indicating the reduction of eating disorder pathology. Improved knowledge of physiological substrate may be of use in the treatment and diagnostic paradigm in relation of eating disorder subtypes.

We studied the relation between pain threshold and dissociation scores rated by Body Attitude Test (BAT) and Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). We hypothesized that a changed body image perception in eating disordered patients (overestimation of the body size) results from similar dissociative mechanisms as a modified pain sensitivity.

**Methods:** The pain threshold and body perception were tested in control group of young healthy women (n=17) and in the DSM IV diagnosed hospitalized patients with eating disorders (n=23) at the admission and the discharge period. The pain threshold latency was measured using thermal Analgesia Meter under the stress (mental arithmetic, alimentary, cold pressor) and rest conditions. Data analysis was done using Pearson's correlation.

**Results:** Our results showed a significant positive correlation between pain threshold measured during the rest and mental and cold stress and the BAT-2 subscale scoring the degree of dissociation. The relation between the body and pain perception, BAT, SDQ, BMI and diagnostic subtypes (anorexia and bulimia nervosa) have changed during the treatment.

**Conclusion:** Our results reflect an association between pain perception and the level of dissociation and their changes with the course and the severity of the illness. Further studies are needed to specify clinical benefits and predictive values of dissociation and pain threshold changes under different stresses and during therapeutic intervention and in different diagnostic subtypes of eating disorders.

**Projekt „Internetové mosty“ – prevence relapsu pomocí diskusních klubů na internetu**  
Kordy H., Bauer S., Golkaramnay V., Percevic R., Haug S.  
*Center for Psychotherapy Research, Stuttgart, Germany*

Komunikace prostřednictvím počítačů (KPK) má stále více využití. Pomocí emailu, diskusních internetových klubů, virtuální reality, CD-ROM a dalších technik je možné rozvíjet interaktivní programy na intervenci preventivních programů, poradenství a psychotherapie. Málo je však známo o jejich přijetí a účinnosti. Autoři budou referovat o dvou přístupech, které sami iniciovali; oba přístupy jsou zaměřeny na udržovací terapii, aby přemostily prostor mezi bezpečnou hospitalizací a každodenním životem po propuštění.

Projekt 1. použil internetový klub, kdy 8–10 pacientů se setkává týdně 90 minut po dobu 12–15 týdnů. Skupiny jsou vedeny zkušeným skupinovým psychotherapeutem. Pro tento případ jsou zavedena speciální pravidla pro zachování bezpečnosti a důvěrnosti.

Projekt 2. používá mobilní telefony. Minimální udržovací program je semi-standardized za asistence počítače a používá krátké zprávy (short message service-SMS) jako komunikační médium. Intervence spočívá v týdenních zprávách posílaných pacientovi pomocí SMS se zaměřením na změnu jejich bulimického chování. Zprávy mají být signálem sociální podpory a posilovat pozitivní vývoj a strategie ke zvládnutí negativního vývoje.

Oba programy jsou pacienty dobře přijímány a zlepšení symptomů je slibné. Autoři uvádějí technologické, legální a klinické aspekty a prezentují data o hodnocení přístupu a jeho účinnosti.

Kordy H., Bauer S., Golkaramnay V., Percevic R., Haug S.: **Project „Internet-Bridge“ – Relapse Prevention through Internet Chat Groups**

Computer Mediated Communication (CMC) is getting more and more topical. Applications of email, Internet-chat groups, virtual reality, and CD-ROM's etc. with interactive intervention programs are evolving in prevention programs, counselling, and psychotherapy. Contrasting to the topicality little is known about the acceptance and effectiveness up to now.

We will report on two approaches that we initiated. Both have the focus on maintenance and are conceptualized to bridge the gap between protected inpatient stay and everyday-life after discharge:

**Project 1** uses internet chat technology for patients after inpatient care. 8–10 patients meet weekly for 90 minutes for 12–15 weeks. The groups are guided by experienced group psychotherapists. Special measures for safe and confidential communications are developed for this purpose.

**Project 2** uses mobile telephones. The minimal maintenance program is semi-standardized and computer-assisted and uses the short message service (SMS) as communication medium. The in-

tervention mainly consists of weekly feedback messages that are given to patients via SMS focussing on the change in their bulimic eating disorder symptoms. The messages are supposed to signal social support, to reinforce positive developments and to outline strategies to counteract possible negative developments.

Both programs are well received by the patients and the course of improvement of symptoms are promising. We will introduce to the technological, legal and clinical aspects and present the data on acceptance and effectiveness.

**Domácí návštěvy u pacientek s poruchami příjmu potravy – rodinné hranice, rodinná terapie a environmentální psychologie**

Túry F., Wildmann M.<sup>1</sup>, László Z.<sup>1</sup>, Dúll A.<sup>2</sup>

*Institute of Behavioral Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary*

*Borsod COUNTRY Hospital, Miskolc, Hungary<sup>1</sup>*

*Institute of Experimental Psychology, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary<sup>2</sup>*

Ačkoliv sporadické zmínky v literatuře naznačují, že domácí návštěvy u pacientek s poruchou příjmu potravy jsou přínosné, v praxi tento přístup není rozšířen.

V našem pojetí rodinné terapie jsou návštěvy v rodinách rutinní součástí. V tomto příspěvku shrneme zkušenosti z návštěv ve 14 rodinách. Návštěvy se uskutečnily ve střední fázi terapie. Pozorování osobních hranic, založené na environmentální psychologii a strukturované rodinné terapii, poskytly významné vhledy vedoucí k porozumění rodinné dynamiky (například otevřeně či chybějící dveře, společné spaní, nepřítomnost otce během návštěvy atd.).

Význam domácích návštěv bude demonstrován ve dvou oblastech rodinné terapie:

1. Návštěvy představují příležitost k provedení strukturovaných úkolů 'in vivo'. Informace o osobních hranicích jsou užitečné v plánování terapeutických intervencí.
2. Návštěva upevňuje terapeutický vztah, lékař opouští svou tradiční roli, vstupuje do osobního prostředí pacientek a účastní se rodinného dění. Terapeut tak naplňuje kulturně-antropologický koncept „zúčastněného pozorovatele“.

Naše zkušenosti z domácích návštěv podporují dřívější pozorování, že poruchy příjmu potravy jsou typickým psychosomatickým onemocněním s charakteristickými strukturálními prvky v rodinném prostředí.

Túry F., Wildmann N., László Z., Dúll A.: **Visiting Eating Disorders Homes – Notes on Family Boundaries, Family Therapy and Environmental Psychology**

Some sporadic data in the literature suggest that home visits are a good strategy in family therapy, but this is not widespread in the practice. In our family therapeutic work the visits of homes of



eating disordered patients became a routine part of the therapeutic process. The paper presents the experience from home visits of 14 patients. A visit was made once in the middle phase of the therapy. Observation of the personal boundaries on the basis of environmental psychology and structural family therapy provides important points in the understanding of family dynamics (e.g. open or missing doors, sleeping habits, absence of father during the visit etc.).

The importance of the visit can be demonstrated in two fields of family therapy. Firstly, this is an opportunity to introduce „in vivo“ structural tasks. Information about personal boundaries is useful in planning of therapeutic interventions. Secondly, the visit can serve as a tool for strengthening the psychotherapeutic relationship: change in the traditional doctor is role, sincere family atmosphere, entering into the personal atmosphere. Therapists become „participating observers“ as in cultural anthropology.

These visits corroborated the former observations that eating disorders are paradigmatic psychosomatic disorders with characteristic structural changes in the families.

---

### Psychodynamické aspekty v léčbě obezity

Toman E.

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hohe-  
negg, Meilen, Switzerland*

Obezita je problémem s výrazným dopadem na fyzické i psychické zdraví. Tradičně je léčena jako medicínský problém s pouze okrajovou účastí psychologie či psychiatrie. Je však stále více akceptována skutečnost, že na rozvoji obezity se podílejí i specifické psychodynamické vzorce. Pochopení těchto mechanismů může přispět ke zjednodušení a zefektivnění léčby obezity.

Přestože teoreticky může být efektivní léčba obezity jednoduchá – pomocí restrikce příjmu potravy a zvýšení tělesné aktivity – v praxi to neplatí, krátkodobé ztráty váhy jsou většinou následovány jejím dlouhodobým zvýšením. Je zřejmé, že tímto selháním v dosažení trvalé váhové redukce je nedostatečná spolupráce v léčebném programu. Dlouhodobé výsledky programů zaměřených na redukci váhy jsou obecně nepříznivé a tak dlouhodobá ztráta 5 až 10 % původní hmotnosti je považována za úspěch. Je známo, že kolísání váhy o více než 2 body BMI je spojeno s morbiditou, a to o 30 % vyšší než stabilní nadváha. Proto není zcela jasné, zda současná konzervativní léčba má být doporučována. Bariatrická chirurgie je stále více užívána u morbidní obezity (BMI nad 40 nebo BMI 35 a vážné somatické komplikace). Přestože je tato metoda pro některé účinná (30% průměrná ztráta váhy po 3 letech), mnozí opět přiberou na váze a trpí vážnými somatickými a psychickými komplikacemi.

*Většina pacientů v jednoduchém a efektivním režimu nespolupracuje, přestože si přeje upřímně zhubnout. Jak chápat tento zjevný paradox v léčbě obezity?*

Současný výzkum obezity je převážně orientován na genetiku a neurobiologické oblasti. Přes důležité nové poznatky ve výzkumu se terapie příliš nezlepšila. Tvrzení Brownella a Wadena (1986) platí dodnes: *Většina lidí s nadváhou nevyhledává žádnou léčbu.* Z těch, kteří ji vyhledávají, většina ji přeruší po krátkém čase. Malá část těch, kteří vytrvají, dosáhne podstatné redukce váhy. A z těch zase většina později váhu opět nabere. Většina zaplatí za tento pokus vysokou cenu.

Rozpor mezi touhou léčit se a přetrvávajícím sebepoškozováním je znám u psychiatrických onemocnění: například mentální bulimie a závislosti na návykových látkách. Tento rozpor je důležitý pro rozlišení potřeby poradenství a psychotherapie: tam, kde jsou neúčinné jednoduché rady, je pravděpodobně přítomen psychodynamický mechanismus. U psychiatrických onemocnění je používána psychotherapie s psychotropními látkami nebo bez nich. Ale u obezity?

Na naší klinice v současné době probíhá několik studií zabývajících se psychodynamickými aspekty obezity. Za centrální jsou považovány interpersonální vztahy:

1. Snažíme se pochopit vztah terapeut-pacient ze zkušenosti terapeuta.

2. Zaměřujeme se na pacientovu schopnost a zralost pro vytváření vztahu k sobě i ostatním.

Vazba mezi BMI bulimických pacientů a vztahem k terapeutovi byla popsána v současné studii (Toman 2002). Testujeme hypotézu, že u bulimických pacientek body mass index (BMI) má na terapeutický vztah důležitý vliv. U 18 pacientů s různými BMI byli odděleně dotazováni 2 terapeuti ohledně jejich zkušeností při terapeutické práci. Zápisy těchto intervencí byly hodnoceny dvěma nezávislými pozorovateli a pocity a postoje terapeutů k pacientovi byly zařazeny do 9 různých kategorií. Faktorová analýza ukázala význam 2 komponent nazvaných: „blízkost-protektivnost“ a „vzdálenost-konfrontace“. Čím měla pacientka vyšší BMI, tím větší byla pravděpodobnost, že emoční atmosféra spadala do kategorie „vzdálenost-konfrontace“. Také věk měl podobný vliv, čím starší pacientka, tím se terapeutický vztah více blížil kategorii „vzdálenost-konfrontace“.

Výzkum zralosti a schopnosti vytvářet vztah k ostatním a sobě vedl k vytvoření modelu čtyř kroků. (Copyright© E. Toman):

1. Těžkosti s postojem k sobě zároveň s výraznou empatií k druhým.

2. Parciální autistický syndrom: intenzivní vztah k jiným objektům než k lidem s absencí reálných interpersonálních vztahů (pseudokontakty) a vztahu k sobě. Dosažení reálného kontaktu (místo pseudokontakty) a vztahu k sobě. Dosažení reálného kontaktu (místo pseudokontakty) s obézními pacientkami vyžaduje nesmírné úsilí specializovaného terapeuta. Tento proces lze přirovnat ke zdolání zdi opevněného města:

- *Před hradbami.*

- *První krok*: uvědomění si těla jako první nabídky vztahu.
- *Druhý krok*: důvěrné stesky, vyprávění.
- *Třetí krok*: spirituální úroveň.
- *Čtvrtý krok*: spojení fyzického a psychického.
- *Město*: představuje Self.

Naše zkušenost nás přivedla k závěru, že zvýšená tělesná hmotnost-obezita-odpovídá psychickému krunýři. Pacientova ztrnulost souvisí s jeho schopností vnímat realitu a tvořit reálné vztahy. Mnohonásobné opevnění, které není zřejmé při prvním kontaktu, znemožňuje dobře míněný terapeutický kontakt. Náš model umožňuje psychiatrům i ostatním specialistům spolupráci s obézními pacienty.

### Toman E.: **Psychodynamic Aspects in the Treatment of Obesity**

The obesity is a problem with a huge impact on both physical and psychical health. Traditionally, obesity is treated as a medical problem with only marginal involvement of psychology or psychiatry. It is however becoming evident, that specific psychodynamic patterns are involved in the development of obesity and better understanding of these relationships would make the treatment of obesity easier and more effective.

Although an effective treatment of obesity could theoretically be easily achieved with restriction of food intake and enhanced physical activity, this is not the case and short-term weight loss is usually followed by a long-term weight gain. An insufficient compliance with the treatment regime is the apparent reason for a failure to achieve a durable weight-reduction. The long-term outcome of weight-reduction treatment is in general poor and, consequentially, sustained loss of mere 5 to 10 % of the initial body weight is considered a success. It is known that weight fluctuation of more than 2 units of BMI\* is associated with a 30% higher morbidity compared to stable overweight. Therefore, it is unclear whether the current conservative treatment should be recommended at all. The bariatric surgery is increasingly used to treat morbid obesity (BMI above 40 or BMI 35 and severe somatic complications). Although this approach is helpful for some patients (30% mean weight loss after 3 years), many others continue to put on weight or suffer from serious somatic and psychological complications.

*Most patients do not adhere to a simple and effective regime although the sincerely wish to reduce they weight. How can we understand this apparent paradox in obesity treatment?*

Following to the current trends, the obesity research is now dominated by genetics and neurobiological investigations. In spite of theoretical advances in this research, no improvement of the therapy is in sight and the statement made in 1986

by Brownell & Waden is still true today: 'Most people with overweight do not seek any treatment. Of those who do, most drop out after a short period. Few of those that stay in therapy achieve a significant weight reduction. Of those who do, most put weight back on later. Any many of them pay a high price for this attempt.'

The contradiction between the desire for a cure and continuously self-damaging behaviour is well known in psychiatric illness: bulimia nervosa or substance dependencies are good examples. This contradiction marks the distinction between need for counselling and psychotherapy: where simple advice does not work, psychodynamic mechanisms are likely to be involved. In psychiatric illness, psychotherapy with or without psychotropic medication is used. But in obesity...?

In our clinic, several investigations concerning psychodynamic aspects of obesity are currently in-progress. The interpersonal relationships are considered as a central issue. **Firstly**, we are trying to understand the therapist-patient relationship from the therapist's experience. **Secondly**, we focus on the patient's readiness and ability for relationships to others and to themselves.

Links between the bulimic patient's BMI and relationships with therapists were investigated in a recent study (Toman 2002). In that study we examined the hypothesis that in bulimic patients the body mass index (BMI) has an important impact on the therapeutic relationship. For each of 18 patients with differing BMIs, two therapists were each interviewed separately about their experiences of working with the patient. Transcriptions of the interviews were rated by two independent raters on a catalogue of nine criteria concerning feelings and attitudes of therapists toward patients. Factor analysis showed two main components: „close-protective“ and „distant-confrontative“. The heavier the patient, the higher was the probability of the emotional atmosphere being rated as „distant-confrontative“. With thinner patients the atmosphere was more often rated as „close-protective“. Age also had some influence on the characteristics of the therapeutic relationship: with older patients, the therapeutic relationship tended towards „distant-confrontative“.

The investigations of the patient's readiness and ability for relationships to others and to themselves lead us to the development of a '**4-room model**' (Copyright © E. Toman) of the obesity:

1. Difficulty with self-empathy in the face of high ability for others-directed-empathy.
2. Partial autism syndrome: intense relationships to non-human objects in the face of absent real interpersonal relationships (pseudo-contacts) and relationship to oneself. The achievement of a real contact (rather than a pseudocontact) with obese patients requires an enormous effort from the specialist therapists. This process is likened to conquering the walls of a fortified city:
  - *In front of the walls.*

- *First court*: body-ness as the first offer of a relationship.
- *Second court*: confiding complaints, narration.
- *Third court*: spiritual level.
- *Fourth court*: linking the physical and psychical.
- *The city*: the Self.

From our experience, we conclude that the obesity of the body corresponds to a psychical carapace. And the patients' stiffness is related to the connectedness with reality, and forming of inconspicuous relationships. So it is this multiple fortifications (being walled-in), which, however invisible at first contact, counteracts our well-meant therapeutical attempts. The '4-room model' of the obesity facilitates the cooperation of the obese patients not only with psychiatrists and psychotherapists but also with other specialists.

### **Ergoterapie u PPP**

Křivohlavá Z.

*Rehabilitační oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha*

Ergoterapie na rehabilitačním oddělení Psychiatrické kliniky patří mezi běžně užívané léčebné metody pro klienty s PPP. V týmové práci s lékaři, s psychoterapeuty a s psychology se ergoterapeut snaží najít optimální cestu k řešení specifických problémů klientů s PPP.

Využívá jak přístupů kondiční tak i individuální terapie. Kondiční ergoterapie zahrnuje hodiny kreativních technik, kognitivních tréninků a tréninků sociálních dovedností.

V rámci ergoterapie se zaměřujeme nejen na stránku tělesnou a duševní, ale i na stránku sociální a diagnostickou. Cílem je posílit u klientů jejich motivaci ke změně návyků, změnit pohled na problém, posílit a najít jejich silné stránky, zlepšit přijetí sám sebe, a tím i navrátit schopnost vykonávat své zaměstnání nebo pokračovat ve studiu.

Na zlepšení programů pro klienty s PPP stále pracujeme a hledáme nové možnosti a přístupy. Rádi se však podělíme o naše dosavadní zkušenosti z oblasti ergoterapie u klientů s PPP.

### **Křivohlavá Z.: Occupational Therapy in ED**

Occupational therapy at the Rehabilitation department of the Psychiatric clinic is a usual therapeutic method in the treatment of people suffering from eating disorders (ED). In a team cooperation – together with a client, his physician, psychothe-

rapists and psychologists an occupational therapist (OT) endeavours to find an optimal resolving of the specific problems connected with eating disorders.

An OT approaches to his clients both in an individual therapy and in wellness-supportive groups. The latter include creative techniques, cognitive training and training of social skills. Occupational contributes also to a diagnostical setting. The main aim of OT, however, is to support changes in every-day customs of clients with ED, to change their problem-viewing, help in determining and strengthening of their strong-qualities, to support self-acceptance and this way to facilitate return to performing of their professions or studies.

The OTs of Psychiatric clinic are constantly developing and exploring new ways approaches to ED problems. However, they will gladly share their up-to-now pieces of experience.

### **Fyzioterapie a její význam u pacientů s PPP**

Vodičková S.

*Rehabilitační oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha*

Pacienti s PPP často trpí vertebrogenními bolestmi. Velký význam u těchto pacientů má fyzioterapie, zaměřená na uvolnění svalového napětí, a rehabilitační cvičení, vyrovnávající svalovou dysbalanci a vadné držení těla. Skupinová léčebná tělesná výchova učí pacienty zacházet a hospodařit s vlastní energií. Při kolektivní cvičení se učí vnímat energii a možnosti ostatních i celé skupiny.

Taneční a pohybová terapie umožňuje pacientům hlubší prožití pocitů. Zapojením výrazového vyjádření si pacient své pocity lépe uvědomí a snadněji jim porozumí.

### **Vodičková S.: Physiotherapy in ED**

Clients with eating disorders (ED) suffer often additionally from vertebrogenic pains. Thus physiotherapy focused upon relaxing of tensioned muscles and an exercise balancing muscle dysbalance and wrong posture has been of a great significance. Group exercises help these patients to manage their physical power and utilize it effectively. In a group-exercising they learn both to experience their real physical potency and the energy of the whole group.

Also dancing and expressive movement allows the people with ED to experience their emotions and feelings in a deeper way. In an expressive movement they notice their authentic feelings and can understand them easier.

---

## WORKSHOPY

---

### **Motivační pohovory u poruch příjmu potravy** Schmidt U.

*Eating Disorders Unit, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, United Kingdom*

Je notoricky známo jak obtížné je angažovat pacientky s poruchou příjmu potravy, především s mentální anorexií, pro terapeutický proces. Účelem tohoto interaktivního workshopu je seznámit účastníky s klíčovými koncepty motivační intervence, psychoterapeutického směru zaměřeného na pojmenování a překonání ambivalence a rezistence a na zvýšení intrinzické motivace ke změně. K ilustraci jednotlivých technik bude využit klinický materiál, hraní rolí a videozáznamy.

### **Schmidt U.: Motivational Interviewing in Eating Disorders**

Eating disorder patients, especially those with anorexia nervosa, are notoriously difficult to engage in treatment. The aim of this interactive workshop is to familiarise participants with the key concepts of motivational interviewing, a counselling style designed to address and overcome ambivalence or resistance to change and to enhance intrinsic motivation to change. Clinical case materials, role-plays and videotapes will be used to illustrate techniques for decreasing ambivalence and resistance and for increasing change-talk.

---

### **Neuropsychologické testy**

Tchanturia K.

*Eating Disorders Research Unit, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, London, United Kingdom*

Neuropsychologie se vyvinula jako sofistikované neurologické vyšetření a zprvu sloužila k diagnostice a anatomické lokalizaci mozkového poškození. V posledních 30 letech se neuropsychologická metoda stala také nástrojem rychle se rozvíjejícího oboru kognitivních neurověd a hrála zásadní úlohu ve výzkumu lidské mysli. V psychiatrickém výzkumu je nyní neuropsychologické testování široce užíváno jako nástroj k testování etiologických hypotéz, k mapování mechanismů duševních poruch, jejich průběhu a individuálních rozdílů. Poslední roky přinesly plodné spojení neuropsychologie s molekulární genetikou a funkčními zobrazovacími metodami. V tomto interaktivním workshopu se soustředíme především na výzkumné využití neuropsychologické metody. Budou demonstrovány vybrané testy, které autoři používají v jejich současném výzkumu: testy pracovní paměti, percepční a konceptuální flexibility (set-shifting), test rozhodování v nepředvídatelných podmínkách

(gambling task), testy empatie (theory of mind), a interferenční testy s maskovanými stimuly.

### **Tchanturia K: Neuropsychological Testing**

Neuropsychology has evolved as a sophistication of neurological examination and originally served to diagnose subtle cognitive deficits and anatomically localise cerebral lesions. In the last three decades it became a major tool of the new and expanding field of cognitive neuroscience and has played a major role in exploring the most subtle aspects of human mind. In psychiatry it is now used to test specific etiological hypotheses, understand the mechanisms of mental disorders, to map their time course and individual differences. The latest developments include the combination of neuropsychology testing with molecular genetics and functional neuroimaging. In this workshop, the focus will be primarily on the research implications of the neuropsychological method. Application of selected neuropsychological tests will be demonstrated. These will include working memory tests, perceptual set-shifting test, Brixton test and conceptual set-shifting test, decision making and gambling task, theory of mind tasks and interference tests with masked stimuli.

---

### **Zážitek vlastního těla - tělesná skladba a hyperaktivita u poruch příjmu potravy (Terapie a výzkum)**

Probst M.

*Katholieke Universiteit Leuven, FLOK, Department Rehabilitation Sciences, Kortenberg, Belgium*

Zážitek z vlastního těla u pacientek s poruchou příjmu potravy je komplexní fenomén. Negativní vztah k vlastnímu tělu se projevuje v nerealistickém hodnocení těla, nedůvěrou k obecně přijímaným normám, snahami dosáhnout groteskního ideálu, vyhýbáním se spouštěcím situacím, obavami z imaginárního defektu, hyperaktivitou a neklidem. V tomto workshopu se budeme zabývat prací s těmito fenomény ve výzkumu i v terapii. V literatuře jsou popsány různé přímé a nepřímé terapeutické přístupy k negativnímu zážitku vlastního těla s poruchou příjmu potravy. V našem přímém přístupu (na tělo zaměřená terapie/psychomotorická terapie) zaměřujeme pozornost především na tělo. Výchozími body jsou zkreslené vnímání vlastního těla, hyperaktivita a strach ze ztráty sebekontroly.

Z terapeutického nástroje se tento přístup vyvinul v integrovaný psychoterapeutický systém. Na workshopu budou předvedeny terapeutické techniky zaměřené na zlepšení zážitku vlastního těla (video-konfrontace, zrcadlová cvičení, relaxa-

ce, řízená imaginace). Promítnuty budou ilustrační videozáznamy. Tyto techniky vedou pacientky k reflektivnímu vnímání a prožívání vlastního těla.

Tento psychoterapeutický systém je založen na obsáhlé literatuře a dvacetileté zkušenosti pracovníků specializované jednotky pro léčbu poruch příjmu potravy v Univerzitním centru v belgickém Kortenbergu. Tento přístup je vhodný k použití v individuální a skupinové terapii u hospitalizovaných i ambulantních pacientek.

Zvláštní pozornost bude věnována posouzení zážitku vlastního těla (metoda zkresleného videozáznamu, dotazníky), tělesného složení (denzitometrie, vážení pod vodou, antropometrické měření tloušťky kožní rasy) a hyperaktivity (nový dotazník, akcelerometr).

### **Probst M.: Body Experience – Body Composition – Hyperactivity in Eating Disorders (Therapy and Research)**

The body experience is a complex phenomenon in eating disorder patients. This negative body experience is expressed by an unrealistic judgement of their own body, by distrusting objective norms, by pursuing a grotesque ideal, by avoiding triggering situations, by preoccupation with an imagined defect and by being hyperactive and restless.

In this workshop, we will give some anchor points to manage these aspects in research as well as in therapy. In the literature different direct and indirect approaches are described to treat these negative body experiences in eating disorders.

The starting point of our direct approach (body oriented therapy/psychomotor therapy) in which the body plays a central role as an instrument and target of multidimensional treatment is the distorted body experience, the hyperactivity and the fear to lose self-control. This approach evolved from a physiotherapeutic method to more integrated psychotherapy. An overview of therapeutic interventions aiming to improve the body experience is given (video-confrontation, mirror exercises, relaxation exercises, guided imagery...) (illustrated by video). Patients have to experience with their own body and to reflect on it.

This framework is based on comprehensive literature and twenty years of experience on the eating disorder inpatient-unit of the University Centre of Kortenberg, Belgium. This approach is also possible in out-patient treatment as well as in individual or group therapy.

Attention is also paid to the assessment of body experience (video-distortion method and questionnaires), the body composition (densitometric technique of underwater weighing and the anthropometric approach of measuring skinfold thickness) and the hyperactivity (a new questionnaire and the accelerometer).

### Rizikové faktory přispívající k rozvoji poruch příjmu potravy v dospívání

Krch F. D., Csémy L.<sup>1</sup>

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
Psychiatrické centrum Praha<sup>1</sup>*

Cílem populační studie realizované v roce 2002 na základních školách a víceletých gymnáziích v Praze a Českých Budějovicích bylo posoudit existující normu (jídelní postoje a návyky, vztah k tělesnému zdraví, vzhledu a výkonu) v průběhu dospívání a faktory, které mohou být významné z hlediska rozvoje poruchy příjmu potravy. Celkem jsme získali data od 706 chlapců a 725 dívek ve věku mezi 13 a 16 lety (průměrný věk 14,6). Průměrný BMI chlapců byl 20,3, děvčat 19,5. 8,9 % chlapců a 3,8 % děvčat mělo nadváhu, 12 % chlapců a 18,6 % dívek mělo naopak BMI nižší než 17,5. Děvčata byla ve srovnání s chlapci méně spokojená se svým tělem a vzhledem (34,9 % dívek x 13,2 % chlapců), častěji uváděla, že mají strach z tloušťky (47,3 % x 13,2 %) a že se ve strachu z tloušťky omezují v jídlu (46,9 % x 10,9 %). 2 % dívek uvedlo, že ze strachu z tloušťky pravidelně a 1,8 % někdy zvrací.

Sto sledovaných dívek vykazovalo rizikové postoje k jídlu a svému tělu (skór = > 20) v Dotazníku jídelních postojů (EAT-26; Garner & Garfinkel, 1982). Mezi touto „rizikovou“ skupinou a ostatními dívkami byl zjištěn statisticky významný rozdíl v některých aktivitách volného času (posilování, večerní program, návštěvy nákupních středisek), v některých sociálních (častěji měly partnera, ale současně se i častěji cítily osamělé), rodinných (dieta, psychiatrická léčba a velký důraz na výkon v rodině) a osobnostních (ambicióznost, vyšší skóre deprese) charakteristikách. Tato skupina respondentů byla zvýšeně riziková i z hlediska možného zneužívání návykových látek. Oproti ostatním dívkám častěji kouřily, uváděly opilost v minulosti a zkušenost s marihuánou. Studie jednoznačně potvrdila, že strach z tloušťky a dietní tendence jsou už ve věku 14 let dostatečně zřetelné a že významně ovlivňují jídelní chování a život adolescentů.

*Studie byla podpořena grantem GA ČR (406/01/0393).*

### Krch, F. D., Csémy L.: Risk Factors Contributing to the Development of Eating Disorders in Adolescence

The objective of the population survey implemented in 2002 in elementary and secondary schools in Prague and České Budějovice was to evaluate the existing standard (attitudes to food, dietary habits, relation to somatic health, appearance and performance) during adolescence and factors which may be important for the development of eating disorders. Data from a total of 706 boys and 725

girls aged 13–16 years (mean age 14.6 years) were obtained. The mean BMI of boys was 20.3, of girls 19.5. 8–9% boys and 3.8% girls were overweight. 12 % boys and 18.6 % girls were had BMI's lower than 17.5. The girls were as compared with boys less satisfied with their body and appearance (34.9% girls x 13.2% boys), they claimed more often that they are afraid of obesity (47.3% x 13.2% and that for fear of becoming fat they restrict their food intake (46.9% x 10.9%). 2% girls reported that for fear of becoming obese they vomit regularly or (1.8%) occasionally.

One hundred of the investigated girls had risk attitudes to food and their body (score =>20) in the questionnaire of attitudes to food (EAT-26, Garner and Garfinkel, 1982). Between this „risk“ group and the other girls the authors found a significant difference in some leisure time activities (keeping fit classes, evening programme, visits of shopping centres), in some social activities (they had more frequently a partner, but they also felt more often lonely, family characteristics (diet, psychiatric treatment and great emphasis on performance in the family) and personality characteristics (ambitiousness, higher score of depression). This group of respondents was at greater risk also as regards possible abuse of addictive substances. As compared with other girls they smoked more often, they reported drinking in the past and experience with marihuana. The investigation confirmed unequivocally that fear of obesity and dietary trends are already marked at the age of 14 years and influence significantly the dietary behaviour and life of adolescents.

*The investigation was supported by grant GA CR (406/01/0393).*

### Jídelní preference pacientek s poruchou příjmu potravy

Hrachovinová T.<sup>1,2</sup>, Csémy L.<sup>3</sup>, Krch F. D.<sup>4</sup>

*Katedra psychologie FF UK, Praha<sup>1</sup>*

*Centrum diabetologie, IKEM, Praha<sup>2</sup>*

*Psychiatrické centrum Praha<sup>3</sup>*

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha<sup>4</sup>*

**Výběr jídla:** Pokud je to možné, člověk si jídlo vybírá. Při výběru jídla (food choice) hraje roli celá řada faktorů, a to jak samostatně, tak ve vzájemné interakci: ekonomická situace, dostupnost potravin, kulturní vlivy, tradice, vliv zkušenosti, reklamy, sociální okolí, zdravotní hledisko, chuťové preference jedince a v neposlední řadě faktory psychologické povahy (např. individuální hierarchie hodnot, tendence modulovat náladu jídlom atd.).

**Cíl:** V rámci dotazníkového šetření zaměřeného na sledování jídelního chování jsme zjišťovali

**Tab. 1.** Základní charakteristiky sledovaných skupin.

Mezi skupinami	Zdravé ženy (skup. 1)		Pacientky s DM1. typu (skup. 2)	
	Pacientky s PPP (skup. 3)		Statisticky významné rozdíly	
Počet osob (n)	136	118	85	339
Průměrný věk (roky)	24,3±5,0	25,4±5,4	22,3±4,9	1–3, 2–3 (ANOVA P<0,001)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,1±3,7	23,2±3,1	18,0±3,2	1–2, 2–3, 1–3 (ANOVA P<0,001)
Výška (cm)	167±6,0	166±6,5	167±6,5	1–2, 2–3 (ANOVA P<0,05)
Váha (kg)	62,1±11,4	64,1±9,9	50,5±10,5	1–3, 2–3 (ANOVA P<0,001)

jídelní preference tří skupin mladých žen a možný vliv základního onemocnění souvisejícího s jídlem (porucha příjmu potravy, DM 1. typu) na „food choice“ respondentky.

**Soubor a metodika:** Skupinu pacientek s poruchou příjmu potravy (PPP) tvořilo 85 osob léčených pro tuto diagnózu na Psychiatrické klinice 1. LF UK. V této skupině bylo 32 (tj. 38 % souboru) nemocných s diagnózou mentální anorexie a 53 (tj. 62 %) pacientek s diagnózou mentální bulimie. Srovnávacími skupinami byly diabetičky 1. typu (118 osob) a zdravé ženy (136 osob). Celkově soubor čítal 339 osob.

Sledovali jsme deset druhů potravin a slazené nápoje: čokoláda a čokoládové výrobky, chipsy, hamburger a párek v rohlíku, ovoce, zelenina, mléko a mléčné výrobky, maso a masné výrobky, light potraviny, dorty a koláče, sušenky. Respondentky vypovídaly, jak často konzumují daný typ potravin, ev. nápojů, na šestibodové škále (od frekvence – denně až nikdy). Dále jsme se zajímali o podvádění s jídlem a o typ kuchyně (tradiční, exotická, vegetariánská makrobiotická, strava bufetového typu a racionální výživa), kterou mladé ženy preferují.

**Výsledky:** Při testování rozdílů distribuce četnosti chí-kvadrát testem se ukázalo, že skupiny se statisticky významně ( $p < 0,001$ ) odlišují ve frekvenci konzumace všech námi sledovaných druhů potravin, kromě ovoce, dále v preferenci typu kuchyně i vynechávání některého z hlavních jídel s významností ve všech případech na  $p < 0,001$ .

U mladých žen jsme našli vysokou konzumaci čokolády, kdy denně a častěji jí čokoládu čtvrtina zdravých žen (23,5 %) i pacientek s PPP (25,9 %). Se stejnou vysokou frekvencí, tj. denně a častěji, konzumují pacientky s PPP i další sladkosti: 24,7 % pacientek jí minimálně denně sušenky a 20 % pacientek s PPP dorty a koláče. Zároveň tyto pacientky nejčastěji deklarují, že dávají přednost racionální výživě a nejčastěji ze všech skupin preferují tzv. light potraviny (v 62,4 % oproti 35,3 % zdravých žen a 57 % diabetiček). Ze srovnávaných tří skupin mladých žen pacientky s PPP v nejnižším procentu konzumují denně maso a masné výrobky (jen 35,3 % pacientek oproti 60 % zdravých žen a 64,7 % diabetiček), ale v nejvyšším procentu (84,7 % oproti 70,6 % zdravých a 75,6 % diabetiček) jí mléko a mléčné výrobky.

Vysoké procento mladých žen udávalo, že vynechávají některé z hlavních jídel. Nejčastěji to sdělovaly pacientky s PPP (55,4 % vynechává denně,

celkově 74,7 % těchto pacientek vynechává některé z hlavních jídel s vysokou frekvencí výskytu a pouze 8 % to zcela popírá). Ale i 44,4 % zdravých žen a 27,8 % diabetiček není všechna hlavní jídla minimálně 1krát za týden. Nejčastěji jedí s rodinou diabetičky a nejméně často pacientky s PPP.

Nejčastěji a s nejvyšší frekvencí udávaly podvádění s jídlem pacientky s PPP (89,2 %), ale v 78 % to sdělovaly i diabetičky. Při srovnání podskupin diabetiček podle míry metabolické kompenzace nemoci se ukázalo, že nejčastěji vynechávají některé z hlavních jídel a udávají podvádění s jídlem diabetičky s nejhorší kompenzací diabetu.

**Závěr:** U pacientek s poruchou příjmu potravy jsme zjistili vysokou preferenci sacharidů, projevující se častou konzumací čokolády, sušenek, dortů a koláčů. Zároveň tyto pacientky nejčastěji deklarují svou preferenci tzv. racionální výživy a light potravin, jedí nejméně masa a nejčastěji konzumují mléko a mléčné výrobky. Celkově lze říci, že sledovaná základní onemocnění – DM 1. typu či porucha příjmu potravy – mají vliv na jídelní preference respondentek. Skupina pacientek s PPP vykazuje více homogenní tendence než skupina diabetiček, u kterých jsme našli velké interindividuální rozdíly. Značné procento mladých diabetiček udává jídelní preference (především preference sladkostí), které nejsou v souladu s dietními doporučeními.

*Práce vznikla za podpory Výzkumného záměru VZ/CEZ:L 17/98: 00023001.*

Hrachovinová T., Czémy L., Křeh F. D.: **Food Preferences in Patients with Eating Disorders**

We evaluated the food choice in a group of 85 patients with eating disorders (ED) and compared their eating habits with those of groups of healthy women and women with Type-1 diabetes mellitus. Our attention focused on 10 types of food and sugar-containing soft drinks (e.g., chocolate, cakes, crackers, hamburger and hot dog, fruit, vegetables, meat, milk, and light food). We noted a high preference and frequent consumption of saccharides in ED patients and, also, their most often proclaimed preference of healthy nutrition and light food. Compared with other groups, these women tend to consume milk and dairy products most often while consuming meat least often. Overall, it can be said that the underlying conditions (diabetes mellitus

or eating disorder) have an effect on the respondent's eating preferences.

### **Vývoj postojů k jídlu a osobnost předškolních dětí s nízkým a vysokým BMI**

Fraňková S.

*Katedra psychologie FF UK, Praha*

Poruchy příjmu potravy postihují stále nižší věkové skupiny. Přibývá dat o PPP i obezitě dětí základních škol. Zajímalo nás, existují-li nutriční a psychologické charakteristiky v předškolním věku, které by mohly naznačit riziko pozdějších PPP.

Rodičům 3–6letých dětí byl předložen dotazník, obsahující položky: obliba 90 vybraných potravin a jídel, zájem o přípravu a podávání pokrmů, styl jídelního chování, zájmy a pohybová aktivita dítěte, postoje rodičů k jídlu, úroveň jejich vzdělání atd. Soubor tvořilo 234 dětí z 12 pražských a 26 venkovských mateřských škol. Soubor byl rozdělen na skupinu hubených (H) s BMI < 10. percentil a na skupinu silných (S) s BMI > 90. percentil hodnot populace českých předškolních dětí (podle Bláhy a Vignerové, 1999).

Stupeň obliby každého jídla byl hodnocen skórem od 0 (odmítání jídla) do 6 (maximální obliba). Jídla byla zařazena do 14 kategorií. Zjišťovali jsme vliv proměnných: BMI, věk, pohlaví, lokalita, postoj a vzdělání rodičů. Soubor S- dětí měl vyšší skór obliby jídel s převahou bílkovin (maso, mléčné výrobky, uzeniny) a tuků ve srovnání s H- dětmi. S- chlapani preferovali méně luštěnin a zeleninu ve srovnání s H- chlapani. Celkový skór obliby vykazoval ontogenetický trend tvaru U s vysokými hodnotami u tříletých dětí, následovaný poklesem do 5. roku a opětným vzestupem v 6. roce. Skupina S měla vyšší skór obliby než H- děti v 11 kategoriích jídel. Pohlaví ovlivnilo preferenci tuků, lokalita oblibu masa. Preference většiny kategorií jídel byla determinována věkem, postojem a vzděláním matky.

BMI ovlivnil vztah k jídlu. Významně vyšší procento H- dětí se zajímalo o nákup potravin, vaření a servírování jídla, mělo větší znalosti o potravě. ANOVA potvrdila vlivy BMI, věku i pohlaví. Hodnocení dětí podle toho, jak přistupují k jídlu ukázalo, že H- děti jedí pomaleji ve srovnání se skupinou S. Uplatnil se rovněž vliv BMI a lokality. Neprojevil se vliv věku ani pohlaví. H- děti byly často označeny rodiči jako „loudavé“, zlobící s jídlem, S- děti jako dobří, až výborní jedlíci.

Soubor H a S se lišil v počtu a struktuře zájmů. Více zájmů bylo udáno u H- dětí ve srovnání s S- dětmi. U H- dětí převažovaly zájmy, spojené s verbálními podněty; S- děti preferovaly aktivity za přítomnosti dospělé osoby. Vliv rodičů se projevil v počtu a typu zamítaných jídel. Vyšší BMI dítěte byl spojen s nižším vzděláním rodičů. Rodiny H- dětí častěji společně večeřely než rodiny S- dětí.

Výsledky naznačily, že se již v předškolním věku odlišně vyvíjí psychologická a nutriční strán-

ka osobnosti dítěte. Významně se na ní podílí osobnost rodičů, postoje k jídlu, způsob života rodiny, rozvoj zájmů a schopnost dětí.

### **Fraňková S.: Development of Attitudes to Food and Personality in Preschool Children with a Low and High BMI**

Eating disorders affect ever younger age groups. More data are accumulating on eating disorders an obesity of elementary school children. We were interested to know whether there exist nutritional and psychological characteristics in preschool age which could indicate the risk of future eating disorders.

Parents of 3–6-year-old children were handed a questionnaire: popularity of 90 selected foods and dishes, interest in food preparation and serving, style of dietary behaviour, hobbies and physical activity of the child, parents' attitude to food, their educational level etc. The group comprised 234 children from 12 Prague and 26 rural nursery schools. The group was divided into a subgroup of thin children (T) BMI < 10 percentiles and a group of strong children (S) with a BMI > 90 percentile of the Czech preschool child population (according to Bláha and Vignerová, 1999).

The popularity of each food was evaluated by a score from 0 (refusal) to 6 (maximal popularity). The foods were divided into 14 categories. We assessed the influence of variables: BMI to sex, locality, attitude and education of parents. The group of S children had a higher score of popularity of meals with a predominance of protein (meat, dairy products, smoked meat products) and fat as compared with T children. In S boys pulses and vegetables were less popular as compared with T boys. The total score of popularity had an ontogenetic U shaped trend with high values in 3-year-olds, followed by a drop to the age of 5 years and rise at the age of 6 years. Group S had a higher score of popularity than group T in 11 food categories. Gender influenced the preference of fat, the locality the popularity of meat. The preference of the majority of foods was determined by age, attitude and education of the mother.

### **Kvalita života u pacientiek s poruchami príjmu potravy v ambulantnom sledovaní**

Dimová N., Havlíčková E., Izáková L.

*Psychiatrická klinika LF UK a FN, Bratislava, Slovenská republika*

Poruchy příjmu potravy významně zasahují do života pacientky a jej rodiny.

Autorky sledovaly vliv choroby na kvalitu života v súbore zostavenom z pacientiek vyšetrených a liečených na Psychiatrickej klinike LF UK a FN v Bratislave.

V práci použili vlastný dotazník na zistenie sociálnych vzťahov a fungovanie, škálu kvality života a Body Attitude Test. Zamerali sa na zhodnotenie rodinných a partnerských vzťahov, vzťah k ich de-



tom. Sledovali tiež profesionálny vývoj v rokoch po diagnostikovaní tohto závažného celoživotného ochorenia. Na vyhodnotenie výsledkov sa použila percentuálna analýza a základné štatistické metódy.

Výsledky sa porovnávali s anamnestickými údajmi z chorobopisov pacientiek a vyšetrení realizovaných počas prvej hospitalizácie na klinike.

### **Některé charakteristiky poruch příjmu potravy a kvalita života mladých lidí v České republice**

Stárková L., Minovská L., Dragomirecká E.

*Psychiatrická klinika FN, Olomouc*

*Pedagogická fakulta UP, Olomouc*

*Psychiatrické centrum Praha*

**Úvod:** Příčiny poruch příjmu potravy (PPP) jsou ve světle současných poznatků spatřovány v rovině neurobiologické a v rovině sociokulturní. Obsah sociokulturních vlivů je různý, přesto se zdá, že dominantním obsahem je rozpor mezi kultem štíhlosti, šířeným masmediálně, a reálně narůstajícím problémem obezity. Reklamní propagace dietních přípravků, stejně jako identifikace se západní kulturou, hrají rovněž významnou roli. V psychologickém profilu individua vnímáme řadu dalších příčin, jako je nejistota spojená s rozvojem autonomie v dospívání, strach z dospělosti, nespokojenost se sebou a svým tělesným vzhledem apod. Kromě některých víceméně známých faktorů důležitých v rozvoji nemoci zůstává řada dalších příčinných souvislostí neodhalena a můžeme o nich zatím jen spekulovat.

Naše předchozí práce zjistila, že dívky v České republice dosahují v dotazníku EDI (Eating Disorders Inventory) dvojnásobných hodnot v substestu Strach z dospělosti (Maturity Fears), než uvádějí autoři dotazníku. Tato skutečnost byla zjištěna nejen ve skupině nemocných dívek s PPP, ale potvrzena i u 164 zdravých dívek, které byly požádány o vyplnění dotazníku. Nabízí se řada možných vysvětlení. Některé názory, ať vyslovené v zahraničí nebo u nás, se přikláběly k domněnce, že je zřejmě větší strach z dospělosti odrazem zhoršené kvality života našich obyvatel, pravděpodobně v souvislosti se změnou ekonomických podmínek (vyšší nezaměstnanost, problémy bytové politiky atd.).

**Cíl:** Prvním cílem naší práce bylo posoudit základní i vedlejší charakteristiky PPP při použití dotazníku EDI v rozsáhlejším vzorku naší mladé generace.

Druhým cílem bylo zhodnotit, zda je strach z dospělosti obecným jevem, typickým pro naši mladou populaci, a zda má tento fenomén skutečně souvislost s kvalitou života v České republice.

**Metodika:** 665 mladých lidí (324 dívek a 341 hochů) bylo požadováno o vyplnění dotazníku EDI. Současně jim byla předložena škála QOL-SQUALA (Quality of Life Questionnaire). Součástí studie byla sada otázek, které se týkaly životního stylu mladých lidí.

Do studie byli zařazeni žáci základních škol, studenti středních škol a studenti UP Olomouc. Zatímco žáci ZŠ a středoškoláci byli z regionu Olomouc a Bruntál, vysokoškoláci pocházeli z různých oblastí Moravy a Čech.

Výsledky jsou statisticky zpracovány.

**Diskuse:** Kvalita života byla předběžně vyhodnocena v první části souboru, který zahrnoval 483 mladých lidí (referováno na konferenci 20. Duševní zdraví mládeže, Brno, 2002). Sonda do kvality života mladých lidí prokazovala spokojenost v těch oblastech života, které mohou mít teoreticky vztah k psychologickým kořenům některých psychických poruch (např. oblast rodinných vztahů, pocit bezpečí, ale také oblast prostředí a bydlení). Nezachytily jsme žádné varovné signály špatné kvality života ve smyslu deformace hodnotových schémat nebo životní nespokojenosti mladých lidí, které by poukazyvaly na špatné sociální podmínky života. Adolescenti se zdáli být o něco méně spokojeni se svou životní situací v kontextu své hierarchie hodnot, což možná spíš souviselo s otázkami vlastních nejistot v době dospívání.

Rozšíření vzorku umožňuje novou analýzu. Ta se zaměřuje na vyhodnocení výsledků dotazníku EDI, ať v kategorii základních nebo v kategorii přídatných charakteristik PPP, mezi něž patří strach z dospělosti, neschopnost, perfekcionismus apod. Poskytuje další pohled na specifičnost těchto jevů u nás. Zhodnocení některých charakteristik PPP z aspektu kvality života může přispět k porozumění složitých vztahových souvislostí mezi realitou současného světa a smýšlením mladých lidí v něm.

Není bez zajímavosti, že některé podobné odlišnosti (oproti obecně přijatým normám EDI dotazníku) jsou nacházeny a diskutovány i v jiných zemích, o čemž hovoří některé zahraniční práce.

### **Stárková L., Minovská L., Dragomirecká E.: Selected Characteristics of Eating Disorders and Quality of Life of the Young Population in the Czech Republic**

Recent study concerning analysis of EDI in healthy Czech adolescents confirmed higher score on the subscale of Maturity Fears. The score was twice as high compared to the standard norms. Discussion among Czech and foreign colleagues opened different speculations about the reasons. The most discussed cause was the possibility of social influence on this phenomenon. It is possible that the political and economical changes in our country caused increased fear of adulthood in the context of new social problems (unemployment, flat situation etc.).

This study assesses basic and additional characteristics of eating disorders by using Edi scale for large sample of 665 healthy young Czech persons (324 women, 341 men). The authors analyse if Maturity Fears are really common features among our population and if this phenomenon has any relation to quality of life, measured by QOL-SQUALA.

### Sebepoškozování u pacientů s poruchami příjmu potravy

Kocourková J., Koutek J., Hort V.

*Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Poruchy příjmu potravy bývají v adolescenci řazeny mezi autodestruktivní projevy, a to vedle suicidálního chování, sebepoškozování, zneužívání návykových látek a dalších forem rizikového chování. U většiny těchto adolescentů jsou provázené nevyrovnaným sebehodnocením a hostilní závislostí ve vztahu k důležitým blízkým osobám. Jedním ze základních znaků prožívání pacientů s poruchou příjmu potravy je vztah k vlastnímu tělu a jeho hodnocení. Jde o vývojový proces s pravděpodobnou poruchou od raného věku na rovině psychosomatické integrace. Reprezentace „Já“ v psychologickém smyslu je disociována od reprezentace „Já“ v tělesném slova smyslu. Tělo není „Já“, ale neakceptovaný, nekontrolovatelný objekt, jehož nebezpečné charakteristiky se projevují zejména v průběhu dospívání. K tělu směřuje agrese, která se projevuje různými způsoby, např. patologickou regulací příjmu potravy, sebepoškozením, zneužíváním návykových látek. Příčina poruch tohoto typu bývá spojována s nepřiměřenými zážitky v dětství, jako je například tělesné nebo sexuální zneužívání. Sebepoškozování představuje proces, v němž jedna osoba (pacient) disociativním způsobem odděluje část sebe, která je zraňovaná od části sebe, která zraňuje. V aktu sebepoškození je obsaženo zraňování, příjemné pocity, uvolnění, následný stud, neschopnost se vzepřít tomuto jednání, nutkání toto jednání opakovat.

Pacienti s poruchami příjmu potravy často vykazují patologické projevy, které mají charakter sebepoškozování. Literární údaje říkají, že 33–39 % pacientek léčených pro mentální bulimii má v anamnéze historii sebepoškozování. Může jít o formy známé jako „syndrom záměrného sebepoškozování“, ale také o projevy méně zřetelné, související s patologickými projevy jídelní poruchy (např. studené sprchy, extrémní fyzická aktivita, stahování pasu, odebírání krve). Jsou popsány i případy současného výskytu poruchy příjmu potravy a předstírané poruchy, běžné jsou manipulace s jídlem a hmotností.

V rámci poruch příjmu potravy bývají rozlišovány dva způsoby sebepoškozování – impulzivní sebepoškozování a kompulzivní sebepoškozování. Pokud jde o impulzivní projevy sebepoškozování, jedná se nejčastěji o pořezávání nebo pálení se, bývají spojovány se suicidálním chováním, depresí a v anamnéze bývá zjišťován zážitek sexuálního zneužití. Impulzivní sebepoškozování se vyskytuje častěji u mentální bulimie než u mentální anorexie.

Kompulzivní sebepoškozování má podobu onychofagie nebo trichotilomanie, je většinou vážnou na obsedantní patologii a bývá provázeno defektem v uvědomování si vlastních emocí a tělových pocitů. Pokud je spojeno s poruchou příjmu potravy, bývá to častěji s její anorektickou variantou. V rámci sebepoškozování při poruchách příjmu potravy má podle některých autorů tzv. multi-impulzivní charakter, kdy ztráta kontroly postihuje i jiné oblasti než je jídlo. Většinou se projevuje u mentální bulimie v kombinaci se zneužíváním návykových látek a s projevy sebepoškozování, promiskuity, ale i krádeží (zejména jídla, oblečení nebo kosmetiky). V této skupině se vyskytuje častější začátek bulimických epizod, sexuálního chování, častěji se vyskytuje užívání laxativ a jiných návykových látek. Sebedestruktivní chování bývá často dáváno do souvislosti s fyzickým nebo sexuálním zneužíváním v dětství. Psychodynamické mechanismy, které leží v pozadí sebepoškozování, bývají spojovány s disociativními procesy a osobnostní patologií, nejčastěji narcistickou a hraniční. U poruch příjmu potravy může mít sebepoškozování řadu podob a projevů, může se kombinovat též se suicidálním chováním, s předstíranými poruchami (Munchhausenův syndrom) i s prostou simulací patologických projevů.

Suicidální projevy u pacientů s poruchami příjmu potravy jsou popsány jako relativně časté. Dokonané sebevraždy se vyskytují asi u 2 % pacientek. Ve studii Favara a Santonastase v souboru 495 pacientů mělo 13 % pacientů nejméně jeden suicidální pokus, suicidální myšlenky se vyskytovaly u 29 % pacientů, 26 % mělo opakovaný suicidální pokus. Autoři ilustrují problematiku na kazuistických ukázkách.

*Podpořeno výzkumným záměrem 2. LF UK č. 111300003.*

### Pět let trvání jednotky pro léčbu PPP na PK v Brně

Valentová D.

*Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno*

Rostoucí výskyt poruch příjmu potravy (PPP) a závažnost tohoto onemocnění nás donutily k tomu, že jsme i na naší klinice zřídili jednotku pro léčbu PPP. Stalo se tak 1. listopadu 1997 a ve své práci se pokusím toto více jak pětileté období péče o pacienty s PPP zhodnotit.

Péči o pacienty s PPP slouží na naší klinice celkem tři lůžková oddělení. Pro pacienty nad 18 let bylo vyčleněno šest lůžek v rámci otevřeného neurotického oddělení, stejný počet lůžek slouží pro pacienty s PPP i na dětském oddělení. Na léčbu nejzávažnějších stavů PPP v bezprostředním ohrožení života se stále více specializuje i naše JIPP, na

níž především pacientky s mentální anorexií tvoří velmi početnou součást klientely. Specializovanou ambulanci pro léčbu PPP lze najít i v ambulantním provozu naší kliniky, k dispozici je zde i poradna pro poruchy metabolismu a výživy.

Jednotka pro léčbu PPP, na níž se ve svém sdělení zaměřím, vznikla v rámci otevřeného neurotického oddělení pracujícího na principech terapeutické komunity. Celkem toto oddělení slouží 22 pacientům, pro pacienty s PPP je vyhrazeno šest lůžek, většinou soustředěných ve dvou pokojích. Pacienti s PPP jsou společně s ostatními pacienty zapojeni do pravidelného režimu oddělení, včetně ranních komunit a následných relaxací, podle časových možností docházejí do pracovní terapie a účastní se též sportovních aktivit a kulturních programů, včetně účasti na večírcích.

Kromě toho byl pro pacienty s PPP sestaven i specializovaný program, který obnáší speciální skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapeutická sezení s psychologem a pravidelné kontroly lékařem oddělení, který zabezpečuje i potřebnou farmakoterapii.

Veškeré režimové i psychoterapeutické aktivity ale prošly za pět let určitým vývojem. Nejprve byli pacienti s PPP přijímáni na oddělení průběžně a psychoterapie probíhala především v otevřené psychoterapeutické skupině. Posléze se nám ukázalo jako daleko vhodnější přijímat všechny pacienty 1krát za dva měsíce společně a v rámci uzavřené psychoterapeutické skupiny je pak možné v rozmezí 6–8 týdnů pracovat s pacienty daleko systematičtěji. Cílem naší psychoterapie je zaměření se na změnu v prožívání vlastního těla, na vybudování adekvátních kontrolních mechanismů v příjmu potravy a na rozšíření sociálních kontaktů a zájmových oblastí. Samotná léčba tělesného stavu s dosažením váhového přírůstku založená na čistě kognitivně-behaviorálních východiscích má totiž efekt zpravidla pouze krátkodobý. Psychoterapeutický proces by měl být založen na pozitivní terapeutické alianci, kterou lze ale s těmito pacienty vybudovat jen obtížně; vidíme u nich typické vztahové manipulace, které patří k vlastní symptomatice onemocnění. Protože individuální dynamická psychoterapie klade největší důraz na vybudování opravdového vztahu, snažíme se proto stále více preferovat individuální psychoterapii, byť za cenu jisté redukce skupinových sezení.

Určitým vývojem prošlo za pět let i společné stravování pacientů v jídelně, ubytování pacientů na pokojích, účast na sportovních aktivitách či večírcích. Ne všechny změny za pět let ale byly ku prospěchu léčby našich pacientů. Z ekonomických důvodů byla např. zrušena vodoléčba, která se velmi osvědčila za účelem zlepšení prožívání vlastního těla, z obdobných důvodů po roce zanikla i terapie tancem. Zvláště velkou ranou pro naše oddělení ale byla ztráta dvou erudovaných psychologek, specializujících se právě na léčbu PPP.

Podrobněji vás s veškerými možnostmi léčby a jejím efektem seznámím na 4. konferenci PPP, zde zatím jen některé přehledné údaje:

Od 1. 11. 1997 do konce roku 2002 bylo na našem oddělení hospitalizováno celkem 163 pacientů s PPP, v 89 případech (54,6 %) se jednalo o mentální anorexií, v 74 případech (45,4 %) o mentální bulimii. Jednoznačně ale takto pacienty s PPP dělit nelze, neboť u řady pacientů byla přítomna tzv. „mixed“ forma poruchy a mnoho pacientů s mentální bulimií zase záhy po příchodu na oddělení kvůli omezení zvracení započalo s restrikcí stravy. Téměř polovina pacientů s mentální bulimií měla navíc mentální anorexií v anamnéze.

Co se týká pohlaví, jednalo se o 153 žen (93,9 %) a 10 mužů (6,1 %). Průměrný věk těchto pacientů byl 23 let, nejmladším pacientkám bylo 18 roků, nejstarší pacientce 44 let.

Průměrná délka hospitalizace pacientů s PPP s dokončenou léčbou byla přibližně sedmítýdenní (46,8 dne), 24 pacientů (14,7 %) započatou léčbu nedokončilo. Nejkratší dokončený pobyt byl 12denní (zde se ale jednalo o rehospitalizaci), nejdelší 80denní.

V jednotlivých letech byl počet léčených pacientů celkem setrvalý, 30–38 pacientů za rok, což bylo dáno právě limitací přijímaných pacientů. O letních prázdninách není specializovaná skupina v provozu a pacienti jsou přijímáni jen za účelem kratších rehospitalizací.

Průměrný BMI pacientek s mentální anorexií v době přijetí na naše oddělení byl mezi 13,0 a 15,0. Průměrným JIPP bylo na naše oddělení přijato celkem 22 pacientů, u nichž ale byla průměrná délka pobytu vyšší, 54,2 dne. U těchto pacientů je ale i podstatně nižší hmotnost při přijetí, u jedné z pacientek BMI i 10,1.

Úspěšnost dokončené léčby na našem oddělení odpovídá přibližně literárním údajům. Dobrá prognóza při dimisi byla konstatována u 63 našich pacientů (46,3 %), částečného zlepšení dosaženo u 48 pacientů (35,3 %). U 25 našich pacientů (18,4 %) i přes veškeré naše terapeutické úsilí žádného zlepšení zdravotního stavu nebylo dosaženo a prognóza jejich onemocnění se jeví nepříznivě.

#### Valentová D.: 5 years of the Eating Disorders at the Psychiatric Department in Brno

The increasing incidence of eating disorders and the serious character of the disease made us establish at our Clinic a unit for the treatment of eating disorders. This happened on Nov. 1 1997 and I shall try to evaluate this more than five-year period.

Care of patients with eating disorders is ensured at our Clinic by three in-patient departments. For patients above 18 years six beds were reserved in the open neurotic department, the same number of beds serves patients with eating disorders at the paediatric department. Our department specializes to an increasing extent in the treatment of the most serious eating disorders which threaten life. In this respect patients with anorexia nervosa form a considerable proportion. In the out-patient department of our Clinic is a specialized ambulance

for the treatment of eating disorders, and there is also a clinic for metabolic and nutritional disorders.

The unit for the treatment of eating disorders developed within the framework of the open neurotic department working on the principles of a therapeutic community. This department serves 22 patients, for patients with eating disorders six beds are reserved, mostly concentrated in two rooms. Patients with eating disorders participate in their regular regimen with other patients, incl. morning sessions and subsequent relaxations. If possible they attend also occupational therapy and sports and cultural programmes incl. parties.

Moreover for patients with eating disorders also a specialized programme was prepared which involves special group psychotherapy, individual psychotherapeutic sessions with a psychologist and regular check-up examinations with the ward doctor who ensures also the necessary pharmacotherapy.

---

### **Zkušenosti z ročního působení nově otevřeného „Stacionáře pro poruchy příjmu potravy“**

Chudobová P., Papežová H.

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Sdělení shrnuje zkušenosti z téměř ročního působení nově otevřeného Stacionáře pro poruchy příjmu potravy. V první části příspěvku autorky podávají informace o organizační struktuře tohoto oddělení, druhá část je zaměřena na charakteristiku dosud léčených pacientů.

K 1. květnu 2002 bylo na PK VFN otevřeno nové specializované pracoviště „Stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy“. Stacionář navazuje na současný systém péče o pacienty s PPP na PK VFN – lůžkové oddělení („Jednotka specializované péče“) a ambulantní péči. Terapeutický koncept stacionáře vznikl na základě zkušeností z „Jednotky specializované péče“ a spolupráce se zahraničními centry, především s pracovištěm v Kortenbergu (Belgie).

Stacionář je otevřen pět dní v týdnu, po skončení programu pacienti odcházejí domů. Maximální počet současně léčených pacientů je 12. Při příjmu jsou pacienti předem seznámeni s terapeutickým a jídelním režimem na oddělení, s každým pacientem je podepsán „Terapeutický kontrakt“. Délka hospitalizace je maximálně tři měsíce. V závěru léčby se zaměřujeme na přechod pacienta do běžného prostředí a možnosti dodržování jídelního režimu během aktivního života.

Stacionář funguje na principu terapeutické komunity. Vzhledem ke komunitnímu charakteru oddělení, spočívá těžiště práce ve skupinové práci, ve verbální i nonverbální psychoterapii. Pacienti se účastní dynamicky orientovaných skupin, kognitivně behaviorální skupinové terapie, arteterapeutických skupin, psychoterapie zaměřené na tělo, svépomocných skupin. Nedílnou součástí programu jsou také relaxace, léčebná tělesná výchova

a ergoterapie. Významnou součástí programu je psychoedukace, týkající se správného stravování, kterou zajišťuje specializovaná sestra přítomná při všech jídlech.

Při léčbě poruch příjmu potravy je kladen velký důraz na jídelní režim. Pacienti na oddělení snídají, obědvají a dvakrát denně svačí. Stravu si hradí sami, výše úhrady za snídani a oběd je stanovena na 50 Kč denně. Večeři a víkendový jídelní režim si pacienti obstarávají sami podle doporučení dietní sestry.

Vedoucí stacionáře je as. MUDr. Hana Papežová, CSc. Na celý úvazek je na oddělení zaměstnán psycholog a specializovaná sestra. Na programu se externě podílejí pracovníci z jiných oddělení Psychiatrické kliniky.

Druhá část příspěvku shrnuje stručnou charakteristiku pacientů léčených od května 2002. Soubor je rozdělen na pacienty s MA, MB a ostatní diagnózy, u jednotlivých skupin jsou statisticky zpracovány epidemiologické a anamnestické údaje (věk, pohlaví, počet hospitalizací, délka trvání nemoci, komorbidní diagnózy, vstupní a výstupní tělesná hmotnost a body mass index).

### **Chudobová P., Papežová H.: 1 year Experiences with Newly Opened Day Care Center for Eating Disorders**

On May 2002 at the Psychiatric Clinic of the Faculty Hospital a new specialized department was opened, the „Surgery for patients with eating disorders“. The surgery is linked to the present system of care of patients with eating disorders at the Psychiatric Clinic Faculty Hospital – in-patient department („Unit of specialized care) and out-patient care. The therapeutic concept of the surgery developed, based on the experience of the „Unit of specialized care“ and collaboration with centres abroad in particular the department in Kortenberg (Belgium).

The surgery is open five days a week, after termination of the programme the patients go home. The maximum number of patients treated at the same time is 12. On admission the patients are made familiar with the therapeutic and dietary regime at the department, with every patient a „therapeutic contract“ is signed. The maximum hospitalization period is three months. At the end of treatment attention is focused on transition into the normal environment and the possibility to adhere to the dietary regime during active life.

---

### **Psychoterapeutické skupiny pro pacienty s poruchami příjmu potravy na Dětské psychiatrické klinice v Motole**

Beranová I., Kulhánek J.

*Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Psychoterapeutická skupina, určená pro pacienty s mentální anorexií a bulimií, je nedílnou součástí léčebného programu pacientů s touto problemati-

kou v rámci jejich hospitalizace na Dětské psychiatrické klinice v Motole. Setkávání probíhají pravidelně jednou týdně v délce jedné hodiny formou otevřené skupiny, která je orientovaná především tematicky.

Při dlouhodobé práci s touto skupinou jsme zjistili, že existuje několik témat, jimiž se pacienti ve skupině potřebují opakovaně zabývat. Mohlo by se zdát, že témata se budou vzhledem ke složení skupiny týkat jídelní problematiky či vzhledu, ovšem není tomu tak.

Jestliže se skupina zabývá průběhem léčby poruch příjmu potravy, nejde pouze o sdělování informací ze strany terapeutů, ale především je tu prostor pro sdílení vlastních zkušeností a pocitů pacientů. Často popisují začátek svých potíží, prožívání hospitalizace, představy o tom, jaké to bude po propuštění.

Prožitkovým světem adolescentů jsou vztahy. Ve skupině se o nich začíná mluvit poměrně záhy, pacienti mluví o svých vzájemných vztazích ve skupině, poskytují si zrcadlo – zpětnou vazbu.

Téma mezilidských vztahů se netýká pouze komunity na oddělení. Získají-li pacienti potřebnou dávku odvahy, začnou se věnovat blízkým vztahům, zejména v prostředí rodiny a školy, do nichž jim nemoc vnesla napětí a zmatek.

Velkým tématem skupiny je sebevědomí – vztah k sobě samému. Obvykle někdo z pacientů otevřeně začne hovořit o tom, jak se nemá rád, jak kromě přejídání či hladovění neumí pořádně nic jiného, nebo jak si myslel, že štíhlost mu získá obdiv ostatních, a tedy i větší sebevědomí.

Tady se už dostáváme k tématu, které výše zmíněnými prochází a podtrhuje je. Lze ho formulovat jako otázku: „*Co nemoc přináší a co bere.*“ Téma je to velmi užitečné, protože může poskytnout pacientům lepší náhled, týká se také sekundárních zisků z nemoci či motivace k léčbě.

Obecně lze říci, že pacienti s anorexií a bulimií se ve skupině potřebují cítit velmi bezpečně, aby byli ochotni aktivně a otevřeně se do skupinového dění zapojovat. I v otevřené skupině může taková atmosféra vzniknout, pokud se bude řídit společně přijatými pravidly. Podstatné je i to, že ve skupině se setkávají lidé pouze s problematikou PPP. Přes-

tože je pro většinu našich pacientů práce ve skupině náročná, hodnotí ji pro sebe jako důležitou a přínosnou.

### **Terapeutický program pro duální diagnózy**

Pecinovská O., Heller J., Papežová H.<sup>1</sup>

*Oddělení pro léčbu závislosti VFN, Praha*

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Centrum pro poruchy příjmu potravy, Praha<sup>1</sup>*

Přestěhování ženského oddělení pro léčbu závislosti VFN z Lojovic do Prahy otevřelo nové možnosti spolupráce našich oddělení v péči o pacientky s duálními diagnózami.

V současné době pracujeme na tvorbě komplexního terapeutického programu, zahrnujícího možnost plynulého přechodu mezi programem oddělení pro léčbu závislosti a Centrem specializované péče pro poruchy příjmu potravy, i možnost souběžné účasti ve vybraných programech obou oddělení podle individuálního terapeutického plánu, přizpůsobeného aktuálnímu stavu pacientky. Naším cílem je vytvoření systému rezidenční i následné péče pro tuto diagnosticky i terapeuticky náročnou skupinu pacientek.

### **Pecinovská O., Heller J., Papežová H.: Therapeutic Programme for Dual Diagnoses**

The movement of the Department for the Treatment of Dependencies from Lojovice to Prague to the proximity of Psychiatric department, Center for treatment of Eating Disorders (ED), has opened a new possibilities of collaboration of our two centers in the treatment of dual diagnoses. We are working together on development of a new complex therapeutic programme which would allow our patients to benefit from both treatment modalities at the Department for Dependency treatment and ED specialized programmes-according to their individual therapeutic plans, needs and adapted to their actual conditions. Our main goal has been to form comprehensive therapeutic plan for in-patient and out-patient programme adapted for dual diagnoses (ED and mainly alcohol dependency).

---

## WORKSHOPY (paralelně)

---

### Mapování pocitů

#### Arteterapie poruch příjmu potravy

Patočková D., Kulhánek J.

*Psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Řadu našich prožitků v každodenním životě si uvědomujeme také prostřednictvím tělesných pocitů. Tělo nám pomáhá porozumět tomu, co se v nás odehrává, pokud jsme k těmto informacím otevření a vnímaví. Pacienti s poruchou příjmu potravy se svého těla bojí a odmítají ho. Je pro ně totiž především zdrojem úzkostí a pochybností. Bývají nespokojeni s formami svého těla, které se v období dospívání mění, a brání se jeho autentickým projevům a signálům. Podobně zacházejí i s tím, co jim tělo říká o jejich pocitech.

Arteterapeutickou technikou „Mapování pocitů“ se snažíme pacientům zprostředkovat kontakt s jejich vlastním tělem, ze kterého jim nemoc vytvořila nepřítel a kam promítají svou nespokojenost. V první fázi skupinové práce zaměříme svou pozornost na tělesné prožívání čtyř základních emocí – strachu, zlosti, smutku a radosti. Následuje druhá fáze, v níž za pomoci jiných získá každý ve skupině základní prostor pro malbu – siluetu vlastního těla na velkém papíře. Ve třetí fázi mají všichni čas na vytvoření vlastní mapy pocitů, tedy vyplnění své siluety barvami a zakreslení oblastí vnímání strachu, zlosti, smutku a radosti. Čtvrtou fází je rozhovor – reflexe zážitků z uvědomování si svých pocitů prostřednictvím těla a z vlastní tvorby mapy pocitů.

#### Patočková D., Kulhánek J.: Mapping the Emotions – arteterapeutic Approaches

We become aware of many of our everyday life experiences via bodily sensations. The body helps us to understand what takes place in us if we are open minded and sensitive to this information. Patients with eating disorders are afraid of their body and refute it. It is for them above all a source of anxiety and doubts. They are usually dissatisfied with the shape of their body which changes during adolescence and they dislike its authentic manifestations and signals. They deal similarly with what their body tells about their sensation.

Using the art therapeutic technique of „Mapping sensations“ we try to mediate to patients contact with their own body which due to their disease has become their enemy and where they focus their dissatisfaction. In the first stage of group work we focus our attention on the bodily experience of four basic emotions – fear, rage, sadness and joy. Then follows the second stage where with the help of others everybody in the group acquires basic space for painting the outline of his body on a large sheet of paper. In the third stage

all have time to create their own maps of sensations, i.e. to fill in their outlines with colours and to insert areas of perception of fear, rage, sadness and joy. The fourth stage is an interview – reflection of experience with becoming aware of his sensations via his body and from his own map of sensations.

---

### Svépomocná asociace a Klub pro pacientky s poruchami příjmu potravy

Čerňanská R.

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

*Klub pro pacientky s PPP, Praha*

Svépomocná organizace pro pacientky s PPP vznikla v dubnu 1991 při Specializované jednotce pro PPP (PK VFN) a při Klubu pro pacientky s PPP.

Tato organizace prošla svými změnami. Dnes pracuje pod názvem **Svépomocná asociace**. Jejím úkolem je seznámit veřejnost se základní problematikou poruch příjmu potravy a se specifickými problémy lidí, kteří trpí tímto onemocněním. Svou činností se zasazuje o spolupráci jednotlivých specializovaných jednotek, napomáhá účinné rehabilitaci nemocných s PPP a jejich plnému začlenění do společenského života. V neposlední řadě působí Svépomocná asociace k získávání a propagaci progresivních vědeckých informací. I díky tomuto faktu se může konat dnešní konference věnovaná poruchám příjmu potravy.

**Klub pro pacientky s PPP** byl od svého počátku součástí komplexního terapeutického programu pro hospitalizované i ambulantní pacientky. Do roku 1996 jej vedla MUDr. Hana Papežová, v letech 1996–1999 Karolína Kaslová, v roce 1999–2000 Jana Venclová, půl roku poté Sylvia Poláková. Po dohodě terapeutického týmu SJ PPP pomáhala posledním dvěma zmíněným laickým terapeutkám terapeutka odborná, Mgr. Renata Čerňanská. Z různých důvodů (nedostatek času, psychická zátěž) laické terapeutky spolupráci s Klubem přerušily. Dnes je veden specializovanou sestrou Evou Zapletalovou a psycholožkou Petrou Chudobovou. Přestože vedení je odborné, obě kolegyňe se snaží zachovat ideu svépomoci.

Na Klubu se setkávají pacientky léčené na Psychiatrické klinice, pacientky, které již léčení zde dokončily a pacientky, které teprve hledají, jak se z této vážné nemoci léčit. Klub tedy slouží k setkávání lidí s podobným problémem. Díky různým zkušenostem klientek jsou témata klubu různá. Pacientky se navzájem informují, podporují, dodávají si naději. Jejich započatá přátelství, která vznikla v průběhu léčení na klinice, mohou pokračovat.

Klub je přínosný právě těmito setkáváními.  
Klub je pomoc.

### Čerňanská R.: **Self-help Association and the Club for Patients with Eating Disorders**

The cooperative organization for female patients with eating disorders was founded in April 1991 attached to the Specialized unit for eating disorders of the Psychiatric Clinic of the General Faculty Hospital and Club for patients with eating disorders.

The organization underwent some changes. At present it works under the name Cooperative association. Its task is to make the public familiar with basic problems of eating disorders and specific problems of people who suffer from this disease. It promotes the collaboration of different specialized units, assists effective rehabilitation of patients with eating disorders and their full integration in social life. Last not least, the Cooperative association tries to assemble and disseminate progressive scientific information. Also thanks to this fact the present conference devoted to eating disorders can be held.

The Club for patients with eating disorders was from the very beginning part of a comprehensive therapeutic programme for in- and out-patients.

---

### **Proces separace a poruchy příjmu potravy**

Trapková L., Chvála V.

*Ordinace klinické psychologie, Praha*

*Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec*

Poruchy procesu separace jsou v rodinách, kde mentální anorexie a bulimie vznikají, natolik časté a nápadné, že bylo pro rodinné terapeuty jen logické zaměřit pozornost na tento kontext symptomu a usilovat o jeho změnu.

Na začátku devadesátých let jsme začali být tak zavaleni případy poruchy příjmu potravy, že nás to nutilo soustředit se podstatněji než dříve na tento typ rodin. Propojovali jsme zkušenosti jednotlivých rodin, nechávali se strhávat dynamikou interakčních procesů, srovnávali je a tak začali pozorovat jakýsi obecný tvar pohybu v rodinných vztazích, který se nám v tom množství případů začal vyjevovat. Rodiny s poruchami příjmu potravy nás naučily všimnout si separačních sil v *základním trojúhelníku matka-dítě-otec*. V nitřní prostor rodiny, ve kterém dítě vyrůstá, jsme nazvali *sociální dělohou*, pro výraznou podobnost s vývojem plodu v děloze matky. V *sociálním porodu*, separaci dítěte z rodiny, jsme zahlédli stejné zákonitosti jako při fyzickém oddělování dítěte od matky při fyzickém porodu. Museli jsme se přitom ptát na význam dnes tolik zpochybňovaných rolí muže a ženy, otce a matky, a to, jaké důsledky má pro dítě jejich zaměňování, zmatení, anebo dokonce absence pro jeho schopnost stát se opravdu dospělým. Poru-

chám příjmu potravy jsme porozuměli jako jednomu z možných projevů stagnace procesu separace, typickým především pro dívčí část populace. U chlapců se projevují tytéž potíže se separací obvykle jinými symptomy. Tam, kde se dospívající dívka potřebuje přiblížit matce, prožít s ní bytostný lidský vztah jako žena s ženou, objevuje se mentální anorexie, ovšem pokud to není z nějakých důvodů možné a rodina uvízla v *anorektické stagnaci*. Podobně později potřebuje dívka otce, aby s ním prožila autentický vztah mladé ženy se sexuálně bezpečným milujícím mužem. Jestliže se tak nestane, zvyšuje se riziko *bulimické stagnace* na cestě sociálního porodu a ten se komplikuje. Příznaky může tvořit vedle nemocné dívky ještě i kterýkoli další člen rodiny. V přednášce se budeme věnovat nejčastějším konstelacím rodinných vztahů, ve kterých se vývoj může zastavit, a intervencím, které dopomáhají k překonání stagnace a podporují spontánní separační síly u všech třech aktérů: matky, otce a dospívajícího.

Pracujeme v modu narrativní rodinné terapie a v obtížnějších případech ve dvojici terapeutů, muže a ženy. Osvědčuje se nám technika externalizace, které se věnujeme v jiné přednášce, zvláště pak chybám, kterých se dopouští nezkušený terapeut; ten může pak techniku pokládat za nevhodnou nebo neúčinnou. Sami jsme prošli v tomto ohledu vývojem, přisvojili jsme si externalizaci a používáme ji patrně po svém, v posunutých významech oproti tomu, jak nám ji ukázali naši učitelé. Davida Epstona jsme viděli na konferenci v Oslo a zdálo se, že je soustředěn právě a jen na externalizační slovník ve velmi úzkém slova smyslu a nezabývá se pozadím poruchy příjmu potravy. Torben Marnier, který pracuje jako dětský psychiatr a rodinný terapeut, vede rozhovor především přímo s dítětem za aktivní asistence rodičů. Jeho způsob práce jsme rozšířili nejen o záměrné intervence ve prospěch separačního procesu, o práci s mužským a ženským jazykovým modem, ale používáme externalizaci volně, je-li to situačně vhodné, také pro další členy rodiny.

### **Trapková L., Chvála V.: Process of Separation and Eating Disorders**

Impaired processes of separation are in families where anorexia nervosa and bulimia develop so frequent and striking that it was only natural for family therapists to focus attention on this context of the symptom and attempt to change it.

At the beginning of the nineties there were so many cases of eating disorders that we had to concentrate on this type of family. We combined the experience from different families and investigated the dynamics of interaction processes, compared them and this started to observe some general movement in family relations. Families with eating disorders taught us to pay attention to separating forces in the basic triangle mother-child-father.

## Osm kroků externalizace v narrativní terapii u PPP

Chvála V., Trapková L.

*Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec*

*Ordinace klinické psychologie, Praha*

Při práci s rodinami, ve kterých se objevila a straší některá z forem poruchy příjmu potravy, používáme na našich pracovištích narrativní terapii s externalizací podle Michaela Whitea a Davida Epstona, jak ji pro nás formuloval Torben Marner. Opakovaně jsme jak o této metodě tak o výsledcích naší práce referovali. Nechceme opakovat to, co bylo již řečeno a publikováno. Tato zdánlivě jednoduchá metaforická technika může i v obtížných případech až zázračně prospívat, bývá však zavržována, pokud se „záznaky nedostavují“. Při supervizích rodinné terapie vidáme, že častěji případ vážně pro chyby v použití externalizace než v metodě samé. Proto se chceme znovu vrátit k jednotlivým krokům externalizace v narrativní terapii, jak je formuloval Torben Marner, a poukázat na úskalí a nejčastější chyby, kterých se nezkušení terapeuti mohou v začátcích dopouštět.

Pro ty, kteří se setkávají s pojmem externalizace podle Whitea a Epstona poprvé, jen velmi stručně uvedeme základní princip. Ten spočívá v postřehu, který rodině zprostředkováváme, že nositel příznaku (pomočování, přejídání se a zvracení, kradení...) není totéž co příznak sám, a proto jej lze jako osobu od symptomu oddělovat mentálním hledáním rozdílů. To vypadá zdánlivě banálně, avšak v rodině, která je chronickým příznakem (příznakem) vydírána a terorizována, se bezděčně vytváří taková situace, jako by oním vydírajícím teroristou byl nemocný sám. V jazykových operacích bývá nositel se symptomem automaticky ztotožňován. („**Ona** zase nejí!“, „**On se** zase počůral!“, „**Ona** mi zase všechno sežrala!“.) To má na nebohého nemocného zhoubný vliv, a místo, aby ho klima v rodině podporovalo ke zdraví, ještě víc jej oslabuje a navíc obviňuje. Pacient zůstává neschopen vzepřít se symptomům, proti sobě má nejen nemoc, ale ještě i ostatní členy rodiny. Nezřídka se ukazuje, že tito blízcí dokonce spolupracují s příznakem proti jeho nositeli. Externalizace mění v příznivém případě atmosféru v rodině tak, že staví členy rodiny jako podporující tým **vedle** nemocného, který je veden k tomu, aby se stavěl samostatně se svou nemocí **proti** symptomu. Z oběti přízraku se stává bojovník proti němu (počůrává se, anorexie mu brání jíst, bulimie ho nutí krást, skrývat se, přejídat se...), který je trvale zodpovědný za pokroky a úspěchy v léčbě. Tento boj bývá o to účinnější, čím tvořivěji a vynalézavěji se daří ostatním povzbuzovat jej a oceňovat.

### Externalizace v narrativní terapii má podle Torbena Marnera osm následujících kroků.

1. NAVÁZAT KONTAKT S DÍTĚTEM, JEHO SOUROZENCI A RODIČI. To vypadá jako samozřejmá podmínka nutná pro jakoukoliv psy-

choterapeutickou práci, že by k tomu nemusel být ani žádný komentář. Nezkušený terapeut si však nemusí přes vlastní nadšení pro techniku všimnout, že kontakt s dítětem, nebo s některým důležitým členem rodiny, je jen formální. Některé rodiny jsou jen ukázněné, a pokud se navíc dívají na terapeuta s obdivem, mohou se naučit používat externalizační slovník bez vnitřního přijetí a pochopení. Hlavní část rozhovoru vede terapeut s dítětem (či jiným označeným pacientem), ale je navíc ještě třeba získat a neztratit podporu přirozených nositelů moci v rodině. Nelze postoupit k dalšímu bodu, dokud není splněn tento úkol.

2. EXTERNALIZACE PROBLÉMU, POPIS PROBLÉMU JAKO FENOMÉNU VNĚ DÍTĚTE. Vhodně volenými otázkami, cirkulárním dotazováním, si zjednáme jasno v tom, jak kdo problém vidí, jak o něm v rodině hovoří, zda se proměňuje. Čím lépe se vyladíme na originální jazyk rodiny, tím lépe budeme moci používat externalizační slovník. Externalizace je totiž už v jazyce rodiny obsažena, je třeba jen vhodná slovní spojení nalézt, vyzdvihnout a zesílit. Pokud do rodinného jazyka vneseme jen cizorodé pojmy, nemusejí být rodinou vůbec přijaty, a i sebetvořivěji vybrané strašidlo nám nebude při léčbě nic platné ... atd. Takto v přednášce a následujícím workshopu proběhne i všechny ostatní body externalizace, jeden po druhém.
3. ZKOUMÁNÍ, JAKÝ VLIV MÁ PROBLÉM NA DÍTĚ A JEHO RODINU. Spolu s rodinou si vyjasňujeme složitou dynamiku, která se během života problému vytvořila.
4. ZKOUMÁNÍ, JAKÝ VLIV MÁ DÍTĚ A RODINA NA „ŽIVOT“ PROBLÉMU, HLEDÁNÍ MÍST POZITIVNÍ DEVIACE. Tento bod není radno přeskakovat, i když může být součástí předchozích tázání. Hledáme potenciál změny. Není-li v rodině přítomen, nemůžeme být úspěšní.
5. VYZVAT DÍTĚ, ABY SI VYBRALO BUĎ ZÁPAS ZA SVOBODU NEBO ŽIVOT OBĚTI PROBLÉMU. Klíčová místo celé externalizace. Nedostaneme-li skutečný a poučený souhlas nemocného, že on a ne kdokoliv jiný se chce utkat v boji s problémem, nemáme šanci na dobrý výsledek.
6. INTERVENCE PODPORUJÍCÍ ZÁPAS DÍTĚTE A RODINY PROTI PROBLÉMU. Jsou-li splněny předchozí kroky, tento bude již krásnou tvůrčí prací s rodinou. Nesmíme však rodinu předbíhat vlastními intervencemi a nápady.
7. ZVEŘEJNĚNÍ A OSLAVA ÚSPĚCHŮ DÍTĚTE.
8. NOVÝ STATUS DÍTĚTE JAKO KONZULTANTA PRO OSTATNÍ DĚTI.

### Chvála V., Trapková L.: **Eight Steps of Externalization in Narrative Treatment of Eating Disorders**

In work with families where some member suffers from an eating disorder we use in our de-



partments narrative therapy with externalization according to Michael White and David Epston as formulated for us by Torben Marnier. We reported repeatedly on this methods as well as the results of our work. We do not wish to repeat what has been already said. This apparently simple metaphorical technique can be even in difficult cases surprisingly useful. It is however refuted if „miracles do not happen“. During supervisions of family therapy we find that more frequently the patient fails on account of errors used in externalization than in the method itself. Therefore we want to come back to individual steps of externalization in narrative therapy as formulated by Torben Marnier, and to draw attention to the pitfalls and most frequent mistakes which may be committed at first by inexperienced therapists.

For those who encounter the term externalization according to White and Epston for the first time we shall mention briefly the basic principle. This involves the observation which we mediate to the family that the carrier of the symptom (wetting, overeating, vomiting, thefts) is not identical with the symptom and therefore can be separated as a person from the symptom by searching mentally for differences. This may seem trivial but in a family which is chronically exploited and terrorized by the phantom a situation is spontaneously created as if the patient himself were the exploiting terrorist. In speech the patient is usually automatically identified with the symptom („She does not eat again!“, „He wetted himself again!“, „She ate again everything!“). This has a disastrous effect on the poor patient and instead of promoting his health in the family, it weakens him and makes him feel guilty. The patient remains unable to resist symptoms. He faces not only the disease but also members of the family. Very frequently the relatives collaborate with the phantom against its carrier. Externalization changes in a favourable case the family atmosphere by placing family members as a supporting team side by side with the patient who is guided to face selfhanded the symptoms. The victim of the phantom becomes a fighter against it (he wetted, anorexia prevents him from eating, bulimia makes him steal, hide, overeat etc.) and is permanently responsible for advances in treatment. This fight is the more effective the more ingeniously it is supported and encouraged by others.

---

### **Problematika motivace při léčbě poruch příjmu potravy**

Krch F. D.

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Léčit nemocného s poruchami příjmu potravy především znamená motivovat ho k nezbytným změnám jídelních a pohybových zvyklostí. Pacientova „neochota“ ke změně je přitom srozumitelná a souvisí s jeho přirozenou adaptační schopností. Nemocný se snaží vyhnout bolestivým krokům,

zachovat některé zisky spojené především s dietními omezeními a vyhublostí („ekonomizovat“ dosud vloženou energii), výběrově interpretuje skutečnost a snaží se minimalizovat kognitivní disonanci. Vzdálené, i když významné cíle, podřizuje bezprostřednímu emocionálnímu komfortu. Jeho aktivní obrana symptomu nesouvisí ani tak s nějakým specifickým emocionálním konfliktem nebo poruchou osobnosti jako spíše s jeho přirozenou adaptivní tendencí vyhnout se změně a vzrůstu úzkosti. Plně přitom využívá všech svých předností, běžně užívaných „obránných“ a únikových tendencí, odvolává se na svoje neúspěchy a běžně akceptovaná komunikativní klišé.

Terapie PPP je proto v určité fázi pro nemocného (a často i terapeuta, který preferuje motivovaného pacienta a výběrově interpretuje problém v souladu se svojí zkušeností a výcvikem) bolestivá. Přimět pacienta k nezbytným behaviorálním změnám, které jsou zpravidla možné jen v určitém kognitivním kontextu, je zpravidla podmíněno změnou relevantních postojů a očekávání. Autor workshopu si klade za cíl přiblížit problematiku PPP jako srozumitelný a v určitém konkrétním „adaptivním“ kontextu logický problém, který má svoje dostupná řešení, nastínit možné strategie terapeutické intervence a varovat před „přitažlivostí“ náhradních řešení.

### **Krch F. D.: Motivation in the Treatment of Eating Disorders**

Treatment of patients with eating disorders implies above all to motivate them for changes of dietary and lifestyle habits.

The patient's unwillingness to change is conceivable and is associated with his natural adaptability. The patient tries to avoid painful steps, preserve some assets associated with dietary restriction and thinness, „economize“ hitherto invested energy, he selectively interprets reality and tries to minimize cognitive dissonance. He subjects remote though important objectives to immediate emotional comfort. Active defense of the symptom is not associated with some specific emotional conflict or personality disorder but rather with its natural adaptive tendency to avoid change and increased anxiety. It makes full use of all its advantages, currently used „defence“ and escape trends, it refers to its failures and commonly accepted communication clichés.

Treatment of eating disorders is therefore painful in a certain stage for the patient (and frequently also the therapist who prefers a motivated patient and interprets selectively the problem in keeping with his experience and training. To make the patient accept inevitable behavioural changes which are possible as a rule only in a certain cognitive context depends as a rule on a change of relevant attitudes and expectations. The author of the workshop wants to approximate the problem of eating disorders as a comprehensible, and in a certain „adaptive“ context, logical problem which has

its available solutions, to outline possible strategies of therapeutic intervention and warn against the attractiveness of substitute solution.

### **Rodinná terapie pro poruchy příjmu potravy** Eisler I.

*Senior Lecturer in Clinical Psychology, Institute of Psychiatry, Kings College, London, United Kingdom*

*Head of Adolescent Eating Disorders Service, Maudsley Hospital, London, United Kingdom*

Narůstající počet studií, včetně několika randomizovaných klinických výzkumů, ukazuje, že rodinná terapie je efektivní léčba u adolescentních pacientek s anorexia nervosa. Workshop bude zaměřen na ukázky efektivní rodinné intervence při léčbě dospívajících s anorexia nervosa. Autor představí model ambulantní rodinné terapie vypracovaný v Maudsley Hospital v Londýně s klinickými ukázkami jeho aplikace.

#### **Cílem demonstrace bude:**

1. Přinést posluchačům přehled důkazů o účinnosti rodinné terapie u adolescentních pacientek s anorexia nervosa.
2. Prezentovat současné poznatky o roli rodinné terapie u dospělých s anorexia nervosa.
3. Diskuse o nových poznatcích v kontextu výzkumných nálezů o obecných faktorech psychoterapie.

#### **Eisler I.: Family Therapy for Eating Disorders**

There is a growing number of studies, including several randomized clinical trials which show that family therapy is an effective intervention in the treatment of adolescent anorexia nervosa. The workshop will present the model of out-patient family therapy developed at the Maudsley Hospital in London with clinical examples of its application.

#### **Learning objectives**

1. To provide an overview of the evidence for the efficacy of family therapy in adolescent eating disorder.
2. To present recent findings about the role of family therapy in the treatment of adults suffering from anorexia nervosa.
3. To discuss the findings in the context of research evidence for the common factors in psychotherapy.

### **Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy**

**(Video a zážitková skupina do 12 lidí)**

Bechyňová B., Chudobová P.<sup>1</sup>

*Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha<sup>1</sup>*

Workshop nabízí zhlédnutí konkrétní skupinové práce s adolescentními pacientkami PPP (video projekce), vlastní zážitkovou část práci s tělem

a možnost vzájemného sdílení zkušeností s tímto typem práce.

Dívky s mentální anorexií a bulimií vedou svoji největší bitvu proti svému tělu, ženskému tělu, které je jim největším nepřitelem. Na tělo orientovaná terapie (práce s tělem) se zaměřuje na tělesné prožitky explicitně – ne pouze na verbální rovině.

Naše práce s pacientkami je inspirovaná psychoterapeutickým směrem somatické psychoterapie – biosyntézou, která zahrnuje tři hlavní terapeutické procesy – uzemnění (grounding), centrování (centering) a pohlížení do tváře (facing).

Uzemnění má vztah s rytmem našeho pohybu a stavem našeho svalového napětí. Uzemnění znamená vitalizaci toku energie směrem po páteři dolů a odtud do „pěti končetin“, tzn. obou paží, obou nohou a hlavy. Pracujeme s širokou paletou poloh těla.

Při centrování se jedná o proces, který napomáhá člověku dostat do spojení rytmus svého dechu s emocionální dynamikou. Dýchání a emoce jsou v tak vzájemně hlubokém vztahu, že každá emocionální změna je spojena se změnou dechového rytmu.

Facing rozvíjí všechny výrazové prostředky, které může člověk používat při kontaktování okolního světa. Pracujeme s očním kontaktem a hlasem. Práce s hlasem vychází z poznání, že existuje úzký energetický vztah mezi vydaným tónem a svalovým napětím.

Práce s pohybem, dechem a hlasem tvoří tedy vnější základ naší práce.

Mezi hlavní terapeutické cíle práce s tělem u pacientek s PPP patří objevení a prožívání tělesných pocitů a impulzů, které se rodí v pacientkách samých a schopnost vyjádřit je. Tělo se tak stává jak zdrojem tak jazykem emocí. Tento způsob práce napomáhá pacientkám, aby tělo patřilo opět jim samotným, aby se stalo součástí jejich vlastní identity. U pacientek s anorexií je typické narušené vnímání vlastního těla. Dalším cílem je tedy dát do většího souladu představu o vlastním těle a realitu, napomoci přijetí vlastního těla. Charakteristickou anorektickou hyperaktivitou nahradit za pohyb, který bude opravdu potěšující aktivitou, podpořit schopnost relaxace. Práce s tělem podporuje schopnost vyjadřování pocitů k druhým a tak napomáhá ke zlepšení sociálního kontaktu s okolím, rozvíjí interakci pacientek s druhými.

### **Poruchy příjmu potravy a internet** **(Otevřený internetový projekt PPPINFO – pppinfo.zde.cz)**

Kulhánek J.

*Psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Jak nemocní, tak jejich rodiče či přátelé, potřebují dobré informace o tom, co je to anorexie a bulimie. Dále potřebují dobré kontakty na odbornou pomoc. Ty hledají často i odborníci, zejména učitelé a lékaři. Mohlo by se zdát, že k získávání informací

je velmi užitečné využít internet, ovšem záhy zjistíme, že to má svá velká úskalí.

Informace na internet totiž může dát úplně každý, a podle toho také vypadá jejich kvalita. Stejná situace je v oblasti nabízených služeb. Můžeme se tak doslova prodírat desítkami donekonečna se opakujících úvodů do problematiky, zavítáme možná na stránky časopisů pro ženy, kde vedle stručného článku najdeme reklamu na hubnoucí přípravek, či se dostaneme ke kontaktu na „odborníka“, nabízejícího účinnou pomoc snadno a rychle. Jsme-li dostatečně vytrvalí, dostaneme se i na některé pro-anorektické stránky. Ty obsahují texty, v nichž se radí, jak lze dosáhnout velké podváhy a udržet si ji. Také tu bývají fotografie dívek s anorexií a také chvála na to, jaký je to skvělý pocit být hubená. Z nemoci se zde dělá přednost, nový životní styl. Z nouze se dělá ctnost. Návštěvník internetu dříve či později zjistí, že je dobré číst články na stránkách, které se přímo zaměřují na danou problematiku či obecně na téma zdraví a nemoci.

Na jaře roku 2002 začal vznikat ve spolupráci se Svépomocnou asociací psychogenních poruch příjmu potravy otevřený internetový projekt PPPINFO. V červnu téhož roku se na internetu objevily nové informační stránky zaměřené výhradně na problematiku PPP, které již od počátku nabízejí především strukturované informace s odbornou garancí. „Otevřený projekt“ znamená, že obsah stránek je dynamický, mohou se na něm podílet jak odborníci, tak široká veřejnost se zájmem o tuto problematiku. Najdeme zde řadu článků, nabídku literatury, odkazy na odbornou pomoc, ale také diskusní fórum či rubriku „můj příběh“, kam mohou aktivně přispívat návštěvníci z řad nemocných, jejich přátel či rodičů. V sekci pro odborníky, kde je nutné se registrovat, bychom rádi provozovali především informační servis a odborné diskuse.

Již dnes můžeme říci, že stránky skutečně žijí. Za osm měsíců jejich existence bez jakékoliv propagace našlo PPPINFO více než 5000 unikátních návštěvníků (nejsou započítávány opakované návštěvy), každý z nich si prohlédne průměrně 10 stránek. V diskusním fóru je již zhruba 600 příspěvků. V anonymních anketách, kterých se zúčastnilo 372 lidí, jsme se dozvěděli, jaký je poměr návštěvníků s anorexií a bulimií nebo jak často sledují svou váhu.

#### Kulhánek J.: **Eating Disorders and Internet**

The patients as well as their parents or friends need adequate information what is anorexia and bulimia. They also need good contacts for professional help. The latter are often sought even by professionals, in particular teachers and physicians. It might seem that it is very useful to use the internet to assemble information, but soon we find that there are many pitfalls.

In spring 2002 in collaboration with the Cooperative association of psychogenic eating disorders an open internal project was developed. In June of the same year new information pages appeared on the internet focused solely on eating disorders which offer from the very beginning professionally guaranteed structured information. The „open project implies that the contents of the pages are dynamic, professionals as well as the public can use them. We find there are a number of articles, the offer of literature, references to professional assistance but also discussions or the section „my story“ which may be used by visitors from the ranks of patients, their friends or parents. In the section for professionals where you have to register we should like to pursue an information service and professional discussions.

---

## POSTERY

---

### Neurobiologické práce

---

#### **Komplexy dýchacího řetězce v trombocytech u 29 žen s mentální anorexií**

Böhm M., Papežová H., Hansíková H., Zeman J.  
*Klinika dětského a dorostového lékařství, Praha  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

**Úvod:** Až 90 % energetických potřeb organismu nutných pro život eukaryotních buněk je zajišťováno produkcí ATP systému dýchacího řetězce a ATP syntázy na vnitřní mitochondriální membráně. Cílem naší studie byla analýza aktivit komplexů dýchacího řetězce v trombocytech u žen s mentální anorexií.

**Materiál a metody:** Soubor představuje 29 žen s mentální anorexií ve věku od 18 do 35 let s BMI 15±1,5. Kontrolní soubor je tvořen 34 ženami ve věku 20 až 35 let s BMI 25±7. Aktivity komplexů dýchacího řetězce I, II, III, IV a I+III a kontrolního enzymu citrát syntázy (CS) v izolovaných trombocytech byly stanoveny spektrofotometricky.

**Výsledky:** U žen s mentální anorexií nebyly ve srovnání s kontrolní skupinou nalezeny rozdíly v aktivitách komplexů dýchacího řetězce III, IV, I+III a CS, ale aktivity komplexů dýchacího řetězce I a II byly významně zvýšené: komplex I je 50,8±15,7 nmol/min/mg proteinu, kontroly 34,6±11,2, komplex II je 11,2±3,2 nmol/min/mg proteinu, kontroly 9,2±3,4, P<0,05).

**Diskuse:** Trombocyty se sice podílejí jen málo na celkovém energetickém obrátu organismu, ale představují snadno dostupný biologický materiál, který lze použít pro studium poruch energetického metabolismu. Výsledky naší studie by mohly nasvědčovat tomu, že u žen s mentální anorexií dochází ke zvýšení výkonnosti mitochondriálního energetického systému.

*Práce vznikla s podporou projektu COST 918.40 a VZ 111100003.*

#### **Böhm M., Papežová H., Hansíková H., Zeman J.: Respiratory Chain Complex in Trombocytes in 29 Women with Anorexia Nervosa**

**Introduction:** Nearly 90 % of energetic demands of organism needed for the life of eucaryotic cells is supported by production of ATP provided by a respiratory chain system and ATP synthase in the inner mitochondrial membrane. The aim of our study was to analyze the activity of respiratory chain complexes in trombocytes in women with mental anorexia.

**Material and methods:** The investigated group consisted of 29 women with mental anorexia in age group from 18 to 25 years with BMI 15±1,5. The control group consisted of 34 women in age between 20 and 35 years with BMI 25±7. Activiti-

es of respiratory chain complexes I, II, III, IV, I+III and a control enzyme citrate synthase (CS) in isolated trombocytes were measured spectrophotometrically.

**Results:** We did not find any differences in activities of respiratory chain complexes III, IV, I+III and CS in isolated trombocytes from women with mental anorexia in comparison with the control group. The activities of respiratory chain complexes I and II were significantly increased (complex I is 50,8±15,7 nmol/min/mg protein, controls 34,6±11,2, complex II is 11,2±3,2 nmol/min/mg protein, controls 9,2±3,4, P<0,05).

**Discussion:** Isolated trombocytes from peripheral blood contribute very little to the overall metabolic turnover but they are easily biological material for studying the changes of mitochondrial energy-converting systems in mitochondrial and metabolic disorders. The results of our study show that the efficiency of the mitochondrial energetic system is increased in women with mental anorexia.

*Supported by COST 918.40 a VZ 111100003.*

---

#### **Adrenergí regulace lipolýzy u pacientů s anorexia nervosa při fyzické zátěži**

Barták V.<sup>1,2</sup>, Nedvíková J.<sup>1</sup>, Vybíral S.<sup>2</sup>, Dostálová I.<sup>1,2</sup>, Papežová H.<sup>3</sup>, Šimon M.<sup>1</sup>, Drbalová K.<sup>1</sup>, Vondra K.<sup>1</sup>, Pacák K.<sup>4</sup>

*Endokrinologický ústav Praha<sup>1</sup>*

*Přírodovědecká fakulta UK, Praha<sup>2</sup>*

*1. LF UK, Praha<sup>3</sup>*

*Pediatric and Reproductive Endocrinology Branch, NICHD, NIH, USA<sup>4</sup>*

**Úvod:** Anorexia nervosa (AN) je závažné onemocnění charakterizované především těžkou podvýživou a ztrátou tukových zásob. Hlavním regulátorem metabolismu tukové tkáně je sympatický nervový systém (SNS). Cílem předkládané studie bylo zjistit případné odlišnosti v adrenergí regulaci lipolýzy a v míře lipolýzy u pacientů s AN.

**Metodika:** V rámci studie bylo vyšetřeno 10 pacientek s AN a 10 kontrol. Pro stanovení koncentrací noradrenalinu (NA), dihydroxyfenylalaninu (DOPA) a glycerolu v intersticiální tekutině byla použita *in vivo* mikrodiálýza (CMA, Švédsko) podkožní tukové tkáně. Pro stanovení NA a DOPA byla použita HPLC s elektrochemickou detekcí po purifikaci na alumínium. Glycerol byl stanoven kolorimetricky. Pro stimulaci SNS v průběhu vyšetření byla použita fyzická zátěž o intenzitě 1,5 W.kg<sup>-1</sup> netukové tkáně (LBM).

**Výsledky:** Koncentrace extracelulárního NA, glycerolu a DOPA u pacientů s AN byly vyšší, měřeno v průběhu celého experimentu ( $P < 0,01$ , ANOVA) a reakce na fyzickou zátěž byla u pacientů s AN ve srovnání se zdravými dobrovolníky enormní. Extracelulární koncentrace DOPA byla přibližně desetkrát vyšší během bazálních, zátěžových i pozátěžových podmínek u pacientů s AN. Plazmatické hladiny NA, DOPA a glycerolu se mezi pacienty s AN a kontrolami nelišily.

**Závěr:** Získané výsledky naznačují, že pacientky s AN mají vyšší sympatický tonus, vyšší výlev NA a následně vyšší rychlost lipolýzy v podkožní tukové tkáni společně s vyšší reakcí na fyzickou zátěž.

Podpořeno grantem GA ČR 303/00/1555.

Barták V., Nedvídková J., Vybíral S., Dostálová I., Papežová H., Šimon M., Drbalová K., Vondra K., Pacák K.: **Adrenergic Regulation of Lipolysis in Patients with Anorexia Nervosa during Exercise**

The aim of the study was to examine whether there is any change in adrenergic regulation of lipolysis and in rate of lipolysis in patients with anorexia nervosa. Microdialysis of the subcutaneous adipose tissue was used for the assessment of catecholamines (norepinephrine, dihydrophenylalanine) and glycerol concentrations in microdialysate samples of interstitial fluid. For stimulate of sympathetic nervous system was used aerobic exercise at  $1,5 \text{ W} \cdot \text{kg}^{-1} \text{ LBM}$ . The concentrations of norepinephrine and glycerol at patients with anorexia nervosa weren't changed under basal conditions but during exercise were significantly higher ( $P < 0.05$ ) in compare with healthy volunteers.

Supported by Grant GA ČR 303/00/1555.

### **Má dotazník EDI (Eating Disorder Inventory) své biochemické koreláty?**

Vurmová I., Yamamotová A.<sup>1</sup>, Papežová H.  
*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*  
*Ústav normální, patologické a klinické fyziologie*  
*3. LF UK, Praha<sup>1</sup>*

EDI (Eating Disorder Inventory, Garner a spol. 1983) je dotazník používaný nejčastěji pro monitorování specifických psychopatologických rysů a jídelního chování u poruch příjmu potravy. V osmi subškálách zachycuje: nutkání ke štíhlosti, bulimii, nespokojenost s vlastním tělem, neefektivnost, perfekcionalismus, interpersonální nedůvěru, interoreceptivní vnímání a strach z dospívání.

Charakteristickým rysem, společným pro jednotlivé subtypy PPP, je nadměrná pozornost zaměřená na tělesnou hmotnost, doprovázená stálou snahou o její snížení. V důsledku restriktivního či purgativního chování u poruch příjmu potravy dochází vedle poklesu hmotnosti i k narušení vnitřní-

ho prostředí, což vede ke změnám hladin elektrolytů, lipidů, glykémie a dalších biochemických parametrů v plazmě.

Studie posledních let prokázaly souvislosti mezi hladinou cholesterolu v plazmě a impulzivitou, sebepoškozováním a rizikem suicidálního chování. Mechanismem vysvětlujícím tyto nálezy je změna serotonergní transmise. Nízká plazmatická hladina cholesterolu ovlivňuje mikroviskozitu buněčných membrán a vede ke snížení funkce serotonergního systému. Studie opakovaně prokázaly sníženou citlivost na bolestivé podněty u pacientek s PPP, která může souviset s útlumem algických, posílených antinocicepčních mechanismů, nebo obojího. Porucha vnímání tělesného schématu je dalším rysem, typickým pro PPP. Změna percepce vlastního těla může být ovlivněna komplexním mechanismem, podobným jako vnímání bolesti.

Cílem této pilotní studie je prokázat míru asociace mezi psychologickými a behaviorálními aspekty PPP a jejich neurobiologickými koreláty. Do retrospektivní naturalistické studie bylo zařazeno 26 pacientek ve věku 17–34 let, hospitalizovaných na PK VFN, splňujících kritéria MKN-10 pro diagnózu poruch příjmu potravy. Vzorek krve, ze kterého byly stanoveny biochemické parametry v plazmě, byl pacientkám odebrán při přijetí k hospitalizaci. Testování dotazníkem EDI a vyšetření percepce bolestivého čítí bezprostředně následovalo. Práh termické bolesti byl měřen za pomoci přístroje Analgesia Meter, model 33 (IITC, Life Science USA). Výsledky jednotlivých subškál EDI jsou korelovány s plazmatickými hladinami biochemických parametrů, prahem bolesti, délkou onemocnění, BMI a analyzovány odděleně pro jednotlivé subtypy PPP.

### **Vurmová I., Yamamotová A., Papežová H.: Does the Eating Disorders Inventory (EDI) have the Biochemical Corelates?**

A typical feature common to different subtypes of eating disorders is excessive attention focused on body weight associated with a steady effort to reduce it. As a result of restrictive and purgative behaviour in eating disorders in addition to a loss of weight also impairment of the milieu intérieur occurs which leads to changes in electrolyte, lipid, blood sugar levels and other biochemical parameters in plasma.

Investigations made in recent years provided evidence of a relationship between the plasma cholesterol level and impulsiveness, self-inflicted damage and the risk of suicidal behaviour. The mechanism explaining these findings is a change of serotonergic transmission. A low plasma cholesterol level affects the microviscosity of cell membranes and leads to a reduced function of the serotonergic system. Investigations proved repeatedly a reduced sensitivity to painful stimuli in patients with eating disorders which may be associated with inhibition of algic antinociceptive mechanisms or both. Impaired perception of the body image is

another feature typical for eating disorders, similar as pain perception.

### Závislost stresové analgezie na afektivní komponentě stresu u pacientek s PPP

Yamamotová A.<sup>1</sup>, Papežová H., Vurmová I.

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie  
3. LF UK, Praha<sup>1</sup>

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Úvod:** U pacientek s poruchami příjmu potravy (PPP) byla prokázána snížená citlivost na bolestivé podněty různých modalit (Faris a spol., 1992, de Zwaan a spol., 1996), která může, vedle jiného, souviset se stupněm jejich disociace (Papežová a spol., 2002). Přestože pacientky s PPP mají práh bolesti vyšší než zdravé ženy, reagují na stres analgezií obdobně jako kontroly. Pouze specifický stresor, kterým je jídlo, práh bolesti u nich snižuje (Yamamotová a spol., 1999). Protože prožívání stresu, stejně jako i bolesti, je ryze subjektivní, studovaly jsme závislost velikosti analgezie na subjektivní nepříjemnosti různých stresorů. Vycházely jsme z předpokladu, že čím větší bude intenzita stresu, tím větší analgezií vyvolá v porovnání s předchozím klidovým měřením.

**Soubor a metoda:** Soubor tvořilo 23 pacientek s PPP (8 s mentální anorexií, 15 s mentální bulimií) a 17 zdravých kontrol. Práh bolesti na tepelný podnět byl měřen na dorzální straně tří prstů pravé ruky opakovaně v sérii tří stresů (mentální aritmetika (MAT) – odečítání 7 od 700, alimentární test (AT) – konzumace piškotů, chladový test (CPT) – ponoření levé ruky do směsi vody a ledu o teplotě 2 °C) a tří klidových stavů předcházejících každému stresu. Měřtkem prahu bolesti byla doba expozice tepelnému podnětu do momentu, kdy začal být vnímán jako bolestivý. Po skončení měření pokusné osoby hodnotily na vizuální analogové škále subjektivní nepříjemnost jednotlivých stresorů. První testování proběhlo v prvních dnech hospitalizace, druhé po 1,5–2měsíčním pobytu, těsně před jejich propuštěním. Data byla hodnocena korelační analýzou.

**Výsledky:** U PPP se v průběhu léčby neměnila pozitivní korelace mezi nepříjemností MAT a nárůstem prahu bolesti při něm. Čím byl MAT hodnocen jako subjektivně nejpříjemnější (více stresující), tím větší analgezií vyvolal (na začátku hospitalizace  $r=0,45$ ,  $p<0,05$ ; na konci  $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ).

V průběhu léčby se naopak měnila analgezie vyvolaná chladovým a alimentárním testem. Čím byl na začátku hospitalizace chladový stres nepříjemnější, tím menší analgezií vyvolal ( $r=-0,54$ ,  $p<0,05$ ). Na konci hospitalizace byla tato korelace pozitivní ( $r=0,46$ ,  $p<0,05$ ) (obr. 1). Nepříjem-

nost alimentárního testu na začátku léčby nekorelovala s analgezií ( $r=0,27$ , n.s.), naopak po terapii, čím byl alimentární test nepříjemnější, tím menší byla následná analgezie ( $r=-0,54$ ,  $p<0,05$ ).

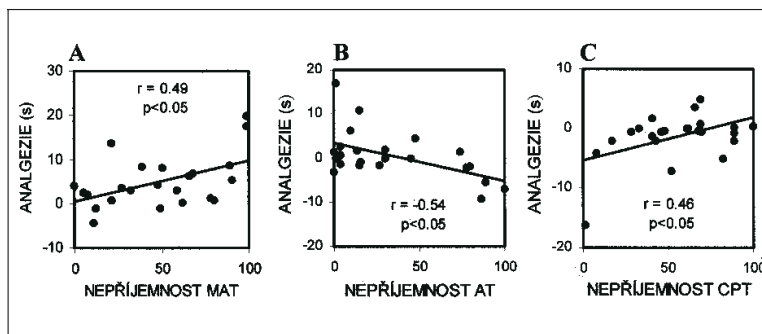
**Diskuse a závěr:** Předpoklad pozitivní korelace mezi analgezií a intenzitou stresu se potvrdil pouze u mentálně-aritmetického testu, který je sensoricky indiferentní, nepůsobí ani bolest jako CPT, ani většinou nenavozuje libé či nelibé pocity. V obou dalších stresech může hrát sensorická komponenta významný modulační vliv. Opačná závislost analgezie na nepříjemnosti CPT na začátku a na konci hospitalizace mohla být způsobena rozdílnou dobou tolerance chladového podnětu, která se na konci hospitalizace prodloužila. Bolestivý chladový podnět působí analgeticky až po překonání určité doby potřebné pro aktivaci systému antinocicepce. Naproti tomu alimentární test lze z hlediska diagnózy PPP považovat za specifický stres, který zřejmě i po krátkodobé léčbě působí u některých pacientů stále averzivně. Analgetické účinky sladké potravy nebo roztoku o sladké chuti byly prokázány u zvířat i u lidí (Mercer, Holder, 1997; Nikfar a spol., 1997), avšak ztrácí-li tento podnět hedonickou kvalitu, jeho analgetický efekt slábne.

**Závěr:** Velikost stresové analgezie závisí u pacientek s PPP na specificitě stresoru a na subjektivním hodnocení jeho afektivní a sensorické komponenty.

Podpořeno grantem IGA NF 6317/3.

### Yamamotová A., Papežová H., Vurmová I.: Stress Induced Analgesia and Affective Component of Stress in Patients with Eating Disorders

Patients with eating disorders are demonstrated to have higher pain threshold in comparison with healthy woman and mental stress-induced analgesia similar to controls. On the contrary, the alimentary test representing a diagnose specific stressor induces hyperalgesia. As stress and pain are purely subjective perceptions we have studied their relation to analgesic response to different stressor unpleasantness. Our study has shown that the intensity of stress-induced analgesia in



**Obr. 1.** Závislost stresové analgezie na subjektivním hodnocení nepříjemnosti matematického, alimentárního a chladového testu u pacientek s PPP na konci hospitalizace.

eating disorder depends on affective and sensory components and specificity of stressors.

### Farmakoterapie poruch příjmu potravy

Papežová H., Faltus F.

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Nové poznatky v neurobiologii (např. regulace energetického metabolismu a vliv stresu) přinášejí naději na zlepšení biologické terapie poruch příjmu potravy, a to zvláště tam, kde pouhá psychoterapie není dlouhodobě účinná, kde jsou závažné psychologické (neschopnost náhledu a spolupráce, výrazná anxieta, deprese, obsedantně-kompulzivní symptomatika a psychomotorický neklid, poškození kognitivních funkcí) nebo somatické následky (následky výrazné malnutrice) a závažné komorbidity (depresivní poruchy, poruchy osobnosti, suicidální tendence a sebepoškozování, diabetes mellitus a další).

Farmakoterapie je stále užívána převážně na empirickém podkladě a žádná zatím prokazatelně neovlivňuje nárůst hmotnosti ani poruchy vnímání vlastního těla u anorexia nervosa (i když u jiných diagnostických skupin jsou zvýšení hmotnosti, následná obezita a riziko diabetu jako vedlejší příznaky nyní často diskutovány). Dle našich i zahraničních standardů užíváme antidepresiva pro pacientky s mentální anorexií, u kterých deprese přetrvává i po zvyšování hmotnosti (u kontrolované studie zatím především fluoxetin). Malé dávky neuroleptik, nyní převážně atypických (sulpirid, risperdal, olanzapin) použijeme při výrazné obsedantní, anxiózní či psychotické hloubce dosahující symptomatice. Anxiolytika lze selektivně a krátkodobě podávat před jídlem ke zmenšení anticipační úzkosti, pro zvýšené nebezpečí návyku lze použít léky určené i pro léčbu jiných druhů závislostí (buspiron, hydroxyzin). U bulimia nervosa existuje více kontrolovaných studií. Ukázaly krátkodobou účinnost antidepresiv (tricyklických, IMAO i SSRI) v redukci bulimické symptomatiky. Redukce frekvence záchvatů a přejídání, a to zpravidla na polovinu, nemusí souhlasit s úpravou depresivní a obsedantně kompulzivní symptomatiky. V posledních letech jsou používány u PPP i novější skupiny antidepresiv se specifitějšími, duálními mechanismy (venlafaxin, mirtazapin). Byl zkoušen ondasetron, periferní antagonist 5HT<sub>3</sub>, který snižuje periferní aferentní vagovou aktivitu, která se může podílet na bulimické symptomatice. Jsou hledány farmakologické postupy u relativně nových diagnostických podskupin, jako je noční přejídání (night eating syndrome), kde byly zkoušeny melatonin, sertraline, sibutramine, topiramate, lamotrigine. Je prokázána vyšší účinnost kombinace psychofarmak s psychoterapií (KBT, interpersonální a rodinou terapií) a realimentací v rámci komplexních programů. Autoři srovnávají doporučené postupy s praktickými klinickými zkušenostmi u nás i v zahraničí.

### Papežová H., Faltus F.: Pharmacotherapy of Eating Disorders

Increasing knowledge of neurobiology of eating disorders brings a hope for the new pharmacological treatment in this field, especially in the cases where the psychotherapy alone has not been sufficiently effective and severe psychological or medical complications and comorbidities persist. We compare recent clinical approaches still based on empirical bases and in-patient and out-patient treatment (use of antidepressants, prokinetics, anti-psychotics, anxiolytics and weight-promoting drug) with evidence-based practice guidelines. A new medication (atypical antipsychotics, new dual antidepressants, anxiolytics) in anorexia nervosa, bulimia nervosa and new diagnostic subtypes of ED (night eating syndrome) are discussed.

### Ztráta jídlem navozeného poklesu plazmatického ghrelinu u pacientek s anorexia nervosa

Dostálová I.<sup>1,2</sup>, Nedvídková J.<sup>1</sup>, Barták V.<sup>1,2</sup>, Papežová H.<sup>3</sup>, Alesci S.<sup>4,5,6</sup>, Gold P. W.<sup>5</sup>, Pacák K.<sup>4</sup>

*Endokrinologický ústav, KU, Praha, ČR<sup>1</sup>*

*Fakulta přírodních věd KU, Praha, ČR<sup>2</sup>*

*Psychiatrická klinika KU, Praha, ČR<sup>3</sup>*

*Pediatric and Reproductive Endocrinology Branch,*

*NICHD, NIH, Bethesda, USA<sup>4</sup>*

*Clinical Neuroendocrinology Branch, NIMH, NIH, Bethesda, USA<sup>5</sup>*

*Sezione di Endocrinologia, Dipartimento Clinico Sperimentale di Medicina e Farmacologia, University of Messina, Messina, Italy<sup>6</sup>*

Ghrelin je nový peptid uvolňující GH původně izolovaný ze žaludku a posléze zjištěný v jiných tkáních, vč. mozku. Výzkumy u hlodavců ukázaly, že ghrelin hraje důležitou roli v homeostáze energie, adipogenezi a modulaci stravovacího chování. Víme však málo o vlivu spotřeby potravin na plazmatické hladiny ghrelinu u člověka. Sledovali jsme proto krátkodobou odpověď plazmatického ghrelinu na konzum potravin a aplikaci glukózy u zdravých dobrovolníků a žen, které trpěly mentální anorexií. Ve srovnání se zdravými ženami anorektičky mají vyšší hladinu ghrelinu na lačno, která se vrátí na normální hladinu po přírůstku hmotnosti, což nasvědčuje o úloze tohoto hormonu v patogenezi psychiatrické poruchy. Odpověď plazmatického ghrelinu na příjem potravy u anorektiků nebyla zatím zjišťována.

*Studie byla podpořena grantem agentury GA ČR, č. 303/00/1555.*

### Dostálová I., Nedvídková J., Barták V., Papežová H., Alesci S., Gold P. W., Pacák K.: Loss of Meal-induced Fall in Plasma Ghrelin in Patients with Anorexia Nervosa

**Introduction:** Ghrelin is a novel GH-releasing peptide initially isolated from the stomach and subsequently found in other tissues, including the

brain. Studies in rodents have consistently shown that ghrelin plays a major role in energy homeostasis, adipogenesis and modulation of feeding behavior. However, little is known about the influence of food consumption on ghrelin plasma levels in humans. Therefore, we investigated the short-term response of plasma ghrelin to food intake and glucose administration in healthy volunteers and women suffering from anorexia nervosa (AN). Compared to healthy subjects, patients with AN have higher fasting plasma levels of ghrelin, which return back to normal after weight gain, suggesting a role for this hormone in the pathogenesis of the psychiatric disorder. However, responses of plasma ghrelin to feeding in AN subjects have not been explored.

**Methods:** Five women with AN (age:  $24.3 \pm 2.69$  years; BMI:  $15.21 \pm 1.54$  kg/m<sup>2</sup>; mean  $\pm$  SEM) and six healthy women (age  $22.95 \pm 4.75$  years; BMI:  $21.63 \pm 1.24$  kg/m<sup>2</sup>) were recruited for this study. Patients with AN were diagnosed according to the 4<sup>th</sup> edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1994). After overnight fasting, all subjects received either a standardized solid meal (417.4 kcal, 19.4 g of fat, 6.8 g of protein, 85 g of carbohydrate) or a glucose. Glucose was administered either orally (100 g) or intravenously (0.3 mg/kg body weight). Plasma ghrelin levels were measured before and after the meal or glucose administration and plasma ghrelin concentrations were determi-

ned with a commercial RIA (Phoenix Pharmaceuticals, Inc., Belmont, CA).

**Results:** Fasting plasma ghrelin was significantly higher in patients with AN than in controls ( $1800.6 \pm 68.1$  vs  $796.9 \pm 35.8$  pg/ml,  $P < 0.001$ ) and correlated negatively with percentage of body fat in controls ( $R^2 = -0.49$ ,  $P < 0.05$ ) and AN ( $R^2 = -0.54$ ,  $P < 0.05$ ). Ghrelin levels continuously and markedly fell after consumption of both a standardized meal ( $795.9 \pm 35.8$  pg/ml before eating breakfast vs.  $408.5 \pm 52.2$  pg/ml two hours after meal,  $P < 0.001$ ) and orally administered glucose ( $720.93 \pm 59.61$  pg/ml before vs.  $367.67 \pm 66.17$  pg/ml two hours after glucose administration,  $P < 0.001$ ), but did not change significantly after intravenous glucose administration in healthy women. On contrary, in patients with AN either a standardized breakfast or glucose administration did not induced significant changes in plasma ghrelin levels.

**Conclusion:** The acute response of plasma ghrelin to food intake, which is in healthy individuals conditioned by food passage through stomach, is impaired in women with AN. This abnormality may be part of a chronic adaptation to the prolonged food restriction, which tries to restore a normal feeding conduct by maintaining the drive to eat. Further research is needed to clarify the basic mechanism underlying this and other abnormalities associated with chronic food deprivation.

*This study was supported by the grant agency GA CR, No. 303/00/1555.*



---

## Klinické práce

---

### **Prezentace programu léčby poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice v Hradci Králové**

Podzimková D., Slabá L., Vojtíšková H., Kosová H.  
*Psychiatrická klinika FN, Hradec Králové*

Poster obsahuje základní informace o šestitýdenním terapeutickém programu pro pacientky s poruchami příjmu potravy. Léčba je realizována v rámci hospitalizace na uzavřeném ženském oddělení Psychiatrické kliniky FN HK.

Poster popisuje terapeutické postupy vyšetření, realizovaná opatření a techniky práce v uzavřené skupině 6–8 pacientek.

Podzimková D., Slabá L., Vojtíšková H., Kosová H.: **Presentation of the Eating Disorders Programme at Psychiatric Department at Hradec Králové**

This poster contains basic informations about therapeutic program for patients with diagnosis eating disorders, that takes 6 weeks. The therapy is a part of hospitalization in the Department of Psychiatry. Poster describes therapeutic approaches including regime arrangements and technics of working in closed group of 6–8 patients.

---

### **Poruchy příjmu potravy – prospektivní sledování pacientů po pěti letech**

Němečková P., Zatloukalová M., Bouček J.  
*Psychiatrická klinika FN, Olomouc*

Poruchy příjmu potravy jsou závažným, pro- vlekým, somatické komplikace působícím onemocněním. Délka trvání tohoto onemocnění je v průměru udávána pět let.

Autoři sledují zdravotní stav pacientů, kteří byli hospitalizováni na jednotce pro léčbu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice FN v Olomouci v září 1997 až srpen 1998 s dg.: mentální anorexie, mentální bulimie.

Celkem bylo v tomto období hospitalizováno 40 pacientů, z toho 2 chlapci a 38 dívek. U obou chlapců se jednalo o mentální anorexii, u dívek byla mentální anorexie diagnostikovaná ve 28 případech, u 10 dívek se jednalo o mentální bulimii.

CGI při přijetí bylo v rozmezí 5–7, při propuštění 3–5.

Po pěti letech je provedeno na písemné pozvání kontrolní vyšetření všech hospitalizovaných. Je sledována hmotnost, hodnota CGI, počet dalších hospitalizací, ambulantní sledování, kvalita života.

### **Němečková P., Zatloukalová M., Bouček J.: 5 year Folloe-up Patients with Eating Disorders**

Authors refer the study of patients (38 women and 2 boys) with anorexia or bulimia nervosa, five years after hospitalisation at the University Psychiatric Department at Olomouc. Besides the weight, they focused on changes of CGI and their quality of life.

---

### **Project SALUT: Inteligentní médium pro diagnostiku, léčbu a prevenci poruch příjmu potravy**

Carrad I., Carola M. D., Volkart A. Ch.<sup>1</sup>, Norring C.<sup>2</sup>  
*Unité de psychiatrie de liaison, Hôpitaux Univesitaires de Genève, Switzerland.*

*Institutions Psychiatriques du Valais Romand, Hôpital de Malévoz, Monthey, Switzerland<sup>1</sup>*

*National Resource Center for Eating Disorders, Örebro, Sweden<sup>2</sup>*

SALUT je mezinárodní projekt podporovaný Evropskou unií (Program IST pro výzkum a rozvoj společenských technologií) a švýcarským ministerstvem školství a vědy. Projektu se aktivně účastní odborníci ze Švýcarska, Švédska, Španělska, Francie a Itálie.

V projektu SALUT jsou moderní informační technologie aplikovány v efektivní prevenci, diagnostice a léčbě poruchy příjmu potravy. Hlavní součástí projektu je internetová podpora pro osoby trpící mentální bulimií. Internetový průvodce poskytuje nezkrácené informace a svépomocné programy pomáhající k zdravějšímu životnímu stylu. Hlavním portálem je internetová stránka projektu SALUT v angličtině (<http://www.salut-ed.org>), ze které lze přejít do španělské, francouzské a švédské verze. V přípravě je také verze německá a italská. Účinnost internetové podpory je v současnosti souběžně ověřována ve Švédsku, Švýcarsku, Francii a Španělsku za použití společného výzkumného protokolu. Výsledky tohoto výzkumu budou známy počátkem roku 2004.

*Projekt číslo: IST-2000-25026.*

Carrad I., Carola M. D., Volkard A. Ch., Norring C.: **Project SALUT: Intelligent Environment for Diagnostics, Treatment and Prevention of Eating Disorders**

SALUT is an international project under the European Research and Development Program IST (Information Society Technologies) funded by the European Community and, for the Swiss part-

ners only, by the FOES (Federal Office for Education and Science). The work group consists of researchers, clinical practitioners and IT-experts from Switzerland, Sweden, Spain, France and Italy.

SALUT uses advances in information and telecommunication technology to design, prototype and validate innovative tools and cost effective strategies for the prevention, diagnosis and treatment of eating disorders.

A main project component is the implementation of an online „self-help“ guide for outpatient treatment of bulimia. This guide contains evaluation and treatment modules designed to lead users toward living a healthier lifestyle. Medical partners from Sweden, Switzerland, France and Spain are currently validating this treatment tool in their respective language under a common research protocol. Results will be available at the beginning of 2004. English, German, and Italian versions of the guide are also being prepared.

Prevention strategies and activities within the project are coordinated by a set of common guidelines prepared by Swiss and Spanish partners.

SALUT also aims at developing a network of regional web portals to facilitate the access and exchange of information between health professionals, researchers and the general public. These portals seek to encourage the dissemination of unbiased information about eating disorders. The main website (<http://www.salut-ed.org>), developed in English, contains general information about the project and acts as an entry point to regional portals where more specific information and resources are available in the local language. The main website and the regional portals also serve as additional access points to specialised areas such as online versions of the „self-help guide“, the Swedish website of the National Resource Centre for Eating Disorders (NÄT), and the „Eating disorder research network“ developed by our Spanish partners.

*Project Contract Number: IST-2000-25026.*

## **Vývoj body image u dívek předškolního věku**

Chudobová P., Fraňková S.<sup>1</sup>

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
Katedra psychologie FF UK, Praha<sup>1</sup>*

Studie byla zaměřena na vývoj představ o tělesných rozměrech a postojích u předškolních dětí. Soubor tvořilo 102 dívek předškolního věku (3,6–6,6 roků). Byla použita nová metodika, speciálně vytvořená pro účely tohoto výzkumu. Výzkumná baterie zahrnovala figurální stimuly – škálu tří figur (malých dívek), vyobrazených ze předu, škálu dospělých žen a puzzle (rozstříhané tělesné části dvou dětských figur). Administrace dat probíhala formou hry.

Výsledky ukázaly, že tříleté dívky nebyly schopné postihnout rozdíly mezi figurami, nedoká-

zaly složit skládačku, pozornost zaměřovaly na detaily. Čtyřleté dívky měly tendenci nadhodnocovat vlastní tělesné rozměry i tělesné rozměry dospělých žen, a preferovaly silnější figury. Od 5. roku se zpřesňuje rozlišování tělesných rozměrů a objevuje se kritika silných figur. Tělesné rozměry dospělých žen pětileté dívky podhodnocovaly. Šestileté dívky mají již velmi realistický pohled na tělesné schéma, začínají kriticky hodnotit tělesné rozměry. V tomto věku je zřetelná preference štíhlých postav, objevují se u nich kulturní stereotypy v pohledu na nadváhu.

Body image v předškolním věku prochází změnami v perceptuální i v subjektivní komponentě. K výrazným kvalitativním změnám body image dochází v 5. roce života.

## **Chudobová P., Fraňková S.: Development of Body Image in Preschool Girls**

The investigation was focused on the development of ideas on bodily dimensions and attitudes of preschool children. The group comprised 102 preschool girls (3.6–6.6 years). A new method specially elaborated for this research was applied. The scale comprised figural stimuli – three figures (of small girls) taken from front, adult women and puzzle (cut up body portions of child figures). The administration of data was in the form of a game.

The results revealed that three-year-old girls were unable to perceive differences between figures, they were unable to assemble the puzzle, they focused attention on details. Four-year-old girls had a tendency to overrate their own bodily dimensions and the bodily dimensions of adult women and they preferred the stouter figures. From the age of five years the differentiation of bodily dimensions is more accurate, stout figures are criticized. Five-year old girls underestimated the bodily dimensions of adult women. Six-year-old girls have already a very realistic view on the body shape, they begin to evaluate body dimensions critically. At that age there is an obvious preference of slim figures, cultural stereotypes as regards overweight become apparent.

The body image at preschool age undergoes changes in the perceptual and subjective component. Marked qualitative changes of the body image occur during the fifth year of life.

## **Jídelní rituály pacientek s mentální anorexií**

Pulkrábková A.

*Katedra psychologie FF UK, Praha*

Poměrně málo systematicky zpracované a zkoumané problematice potravního chování a jídelních rituálů pacientek s mentální anorexií byl věnován výzkum, který se konal na Dětské psychiatrické klinice FN Motol, a který byl součástí diplomové práce obhájené na katedře psychologie FF UK v Praze.

Autorka se zaměřila na tzv. „jídelní rituály“, tj. specifické opakující se způsoby chování pacientek s mentální anorexií při jídle. Na základě systematického pozorování spontánního chování těchto dívek v jídelní situaci (v době hospitalizace) byly sestaveny etogramy popisující chování pacientek od příchodu do jídelny, neverbální i verbální přijímání jídla, dynamiku, techniku jedení, přijímání jednotlivých složek jídla, rychlost, převažující aktivitu při jídle a ukončení jídla.

Chování pacientek s mentální anorexií na počátku (v prvním týdnu) hospitalizace bylo porovnáváno s chováním během posledního týdne léčby s chováním dívek ve srovnávací skupině (pacientky s poruchami chování a nevyváženým vývojem osobnosti).

Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 18 pacientek s mentální anorexií ve věku od 12 do 17 let, jako srovnávací skupina sloužilo 8 dívek. V prvním týdnu hospitalizace bylo provedeno celkem 87 pozorování, v posledním týdnu hospitalizace 55 pozorování (celou léčbu na oddělení dokončilo 8 dívek). U kontrolní skupiny bylo získáno 56 etogramů.

Výzkum přinesl některé zajímavé poznatky týkající se charakteristiky jídelních rituálů, techniky a dynamiky jedení a postojů pacientek s mentální anorexií k jídlu. Narušené jídelní chování se u mentálních anorektiček projevilo zejména ve strnulém držení těla, dlouhé době jídla, přerušování jídla, jedení po velmi malých částech a dlouhém žvýkání jednotlivých soust. Často se objevovala manipulace s jídlem na talíři, např. třídění a přerovnávání jednotlivých složek, krájení jídla na velmi malé kousky a konzumace jednotlivých složek jídla zvlášť. Ukázalo se také, které z jídelních rituálů a dalších projevů abnormálního jídelního chování doznávají změny v průběhu terapie. Projevy, jako strnulá poloha při jídle, srkání polévky po troškách, dlouhé žvýkání a jedení po velmi malých částech, úplně vymizely. Výrazně pokleslo i krájení jídla na malé části. Zvýšila se celková rychlost jedení a frekvence dojíždání.

Vzhledem k tomu, že si pacientky s mentální anorexií i přes četné disimulační tendence neuvědomují význam „jídelních rituálů“, a tedy je vědomě nekontrolují, podrobnější sledování jejich chování během jídla by mohlo přispět k objektivnímu hodnocení postupu a účinnosti léčby.

### **Depresivní porucha s psychotickými příznaky, epilepsie a komorbidní porucha příjmu potravy v Centru dorostové a vývojové psychiatrie**

Uhlíková P., Hellerová P.

*Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Stacionář pro adolescenty, Praha*

V roce 1999 byl na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN založen Stacionář pro adolescenty, určený pro pacienty od 14 do 23 let. Po adaptaci nejstarší části kliniky se v roce 2001 slavnostně přestěhoval do moderní části hlavní budovy, upra-

vené pro stacionární systém péče. Současně došlo ke změně názvu na dnešní **Centrum dorostové a vývojové psychiatrie** a časem se změnil také charakter zařízení – dnes je skutečně stacionářem se všemi výhodami i nevýhodami. K největším výhodám patří komunitní systém péče a celodenní kontakt pacientů s ošetřujícím personálem, umožňující poznat i drobné odchylky v chování pacientů, které mohou ztěžovat léčbu základního onemocnění.

Podle statistiky tvoří poruchy příjmu potravy asi jednu čtvrtinu všech diagnóz, které se u našich klientů vyskytly, a ani v dalších epidemiologických údajích se neliší od pacientek ostatních zdravotnických zařízení.

Odlišnou skupinu tvoří pacientky s jinou hlavní diagnózou, a komorbidní, často netypickou poruchou příjmu potravy, která nebývá důvodem pro vyhledávání lékařské péče a projeví se až při společných aktivitách na oddělení.

Typickým příkladem je dívka, dnes 19letá, přijatá před dvěma lety pro depresivní poruchu s psychotickými příznaky a podezření na epilepsii, které bylo později potvrzeno. Po dlouhou dobu se pacientka opakovaně a neúspěšně snažila o redukci hmotnosti pomocí dietních opatření, zvracení, epizodicky užívala návykové látky. Vzhledem k její neschopnosti dodržovat režim, potřebný k léčbě základního onemocnění, bylo nutné nasadit depotní injekční medikaci. Součástí komplexní léčby byla také psychoterapie zaměřená na posílení sebevědomí, přijetí nemoci a změnu hodnot a životního stylu.

### **Mentální anorexie u dvojčat**

Zámečnicková R.

*Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Sledování poruch příjmu potravy v rámci rodinného kontextu je opakovaně předmětem nejrůznějších studií. U nejbližších příbuzných ženského pohlaví sledovaných pacientek s jídelní poruchou je výskyt anorexie častější a podle Strobera a spol. (2000) je riziko 11–12krát vyšší než u příbuzných zdravých probandů, riziko výskytu bulimie je asi 4krát vyšší. U sledovaných příbuzných zdravých jedinců byla zjištěna bulimie častěji než anorexie. Jiná zjištění týkající se bulimických pacientek nejsou tak jednoznačná, referují o vyšším výskytu mezi nejbližšími příbuznými ženského pohlaví, jiné toto nepotvrzují. I v případě pacientek s mentální anorexií však existují různé názory, které dokládají, že sestry pacientek s mentální anorexií jsou postiženy častěji, to pak přisuzují někdy spíše sociálním a psychologickým faktorům, jindy genetickému vlivu. Výzkumu v oblasti poruch příjmu potravy se týkají i některé epidemiologicko-genetické studie zaměřené na konkordanci u dvojčat s touto poruchou. Jsou některé nálezy, které podporují možnost existence genetické predispozice ke vzniku mentální anorexie (Holland a spol., 1984, 1988;

Hsu a spol., 1990). Jiné práce kriticky hodnotí nízké procento výskytu mentální anorexie a obtížnost odlišení genetických vlivů a vlivů prostředí (Walters a spol., 1995). Určitým problémem při srovnání může být také vymezení dg. mentální anorexie – zde se studie drží kritérií mezinárodní klasifikace nebo přijímá široce pojatou dg. ve smyslu „anorexia-like syndrom“.

Studie dvojčat potvrzují vysokou konkordanci mezi monozygotními dvojčaty a nižší mezi dizygotními dvojčaty. Ze 30 párů dvojčat ženského pohlaví v Londýně mělo 9 ze 16 (56 %) monozygotních párů a 1 ze 14 (7 %) dizygotních párů anorexii, 3 z neanorektických sourozenců-dvojčat – měli jinou psychiatrickou poruchu, 2 měli pouze některé symptomy jídelní poruchy (Holland a spol., 1984). Ve studii s 1033 páry dvojčat bylo potvrzeno, že u sourozenců-dvojčat – sledovaných probandů existuje nejen vysoké riziko vzniku mentální anorexie, ale také deprese, a byl u nich popsán nižší body mass index (BMI) než u zdravých párů dvojčat (Walters a spol., 1995).

Sdělení je doplněno vlastní kazuistikou 13letých dívek – dizygotních dvojčat s mentální anorexií.

### **Skúsenosti s psychoterapiou porúch príjmu potravy na lôžkovom oddelení**

Žlnayová L., Obuch I., Dimová N.

*Psychiatrická klinika FN a LF UK, Bratislava*

Cieľom práce je predstavenie našich možností a skúseností s psychoterapiou porúch príjmu potravy (PPP) na Psychiatrickej klinike FN.

Na oddelenie s celoslovenskou pôsobnosťou, zamerané na liečbu PPP sú prijímané pacientky v prípadoch nízkej váhy, pri výskyte komorbidity, pri somatických komplikáciách, pri nereagovaní na doterajšiu ambulantnú liečbu. Nemocničná liečba sa preto zameriava na stabilizáciu somatického stavu, váhový prírastok a na úpravu stravovacích návykov.

Počas hospitalizácie sa dievčatá zúčastňujú 3krát v týždni skupinovej psychoterapie. Skupina je otvorená s počtom do 10 dievčat vo veku 12–24 rokov. Počas hospitalizácie pacientky absolvujú 12–30 skupinových terapií. Skupinu vedie terapeutický pár. Je zvykom zaraďovať pacientky na skupinu hneď od prvého týždňa.

Pacientky považujú hospitalizáciu za nutné zlo, často za vynútenú rodičmi, prejavujú nespokojnosť s režimom, hostilitu voči personálu, manipulujú i provokujú. Obviňujú personál z rovnakého úsilia ako majú voči nim rodičia. Tu vzniká vysoké riziko protiprenosu, hlavne u stredného zdravotného personálu. Kontrola a stravovací režim prináša pacientkám čiastočnú úľavu a mylný dojem, že ich problém je vyriešený, čo ďalej znižuje ich motiváciu k liečbe. Cieľom sa často stáva nie vyliečenie sa, ale odchod z nemocnice.

Na skupinách sa odpor prejavuje vo forme pasivity, alebo mlčania s racionalizáciou, že to už bolo povedané, že je to jasné, niet čo riešiť... Stáva sa, že

na skupine pracuje intenzívne jedna pacientka, alebo je aktívna dvojica, trojica, ostatné mlčia. Prácu na skupine môže sťažovať i rôzna zrelosť pacientiek a rôzne štádiá poruchy. Dievčatá sú vnímavé na podnety a problémy spolupacientiek, ale nemajú spontánny prístup k vlastným pocitom a problémom, čo i priznajú. Práca na skupine záleží na aktuálnom zložení pacientiek.

Pracujeme s otvorenou heterogénnou skupinou. Vychádzame z hlbínne psychologického pohľadu na vznik a perzistenciu poruchy. V rámci terapie využívame i techniky kognitívne-behaviorálnej terapie. Dôraz kladieme na podporu pacientky.

Osvedčuje sa nám aktívny prístup terapeuta, štrukturovanie terapie, diskusia po kruhu (nenaučiť nové pacientky mlčať), podporovanie a rozvíjanie interakcií z oddelenia (správanie sa pri jedle, tvorba koalícií na oddelení), hranie rolí s cieľom vidieť svoju poruchu zvonku, porovnávanie postojov pri opakovaných hospitalizáciách, tematické skupiny. Cieľom psychoterapie počas pobytu na oddelení je nadviazanie terapeutického vzťahu a získanie náhľadu (cez zážitok, že na pozadí poruchy by mohli byť aj psychologické faktory), aby ich to motivovalo na ďalšej práci po prepustení z nemocnice.

**Záver:** Práca s pacientkami s PPP preveruje nielen naše terapeutické spôsobilosti, ale i osobnostné mechanizmy. Časté sú pocity bezmocnosti i hnevu. Pokrok vidíme v stanovení si našich vlastných možností a cieľov v práci s pacientkami. Pobyt v nemocnici pacientky nemôže duševne vyliečiť, môže zabrániť fyzickej kríze, naučiť ich stravovací režim a poskytnúť im náhľad na možné psychologické príčiny poruchy s cieľom motivácie pre ďalšiu prácu po prepustení z nemocnice.

### **Žlnayová L., Obuch I., Dimová N.: Experiences with Psychotherapy in Hospitalised Patients with Eating Disorders**

The purpose of this article is presentation our experiences of the group therapy of eating disorders on inpatient unit. During the hospitalization patients take part in 12–30 sessions of open group therapy. The sessions are 3 times weekly, one hour. Basis of group therapy is analytical approach, during the therapy we use also techniques of cognitive – behavioral therapy. Goal of the psychotherapy is establishment of collaborative therapeutic alliance and increasing of motivation of patients.

### **Poruchy príjmu potravy a narcismus v médiách**

Hermanová G.<sup>1</sup>, Herman E.<sup>1,2,3</sup>, Praško J.<sup>4,5</sup>, Horvorka J.<sup>3,6</sup>

*Psychiatrická ambulance, Praha<sup>1</sup>*

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha<sup>2</sup>*

*Neurologické oddelení a neuropsychiatrické centrum, Nemocnice Na Františku s poliklinikou, Praha<sup>3</sup>*

*Psychiatrické Centrum Praha<sup>4</sup>*

*3. LF UK, Praha<sup>5</sup>*

Ve veřejných médiích jsou bohatě zastoupeny narcistické a bulimické symboly, které především v reklamách zdůrazňují mladým lidem ideály dokonalosti. Anorektická schémata se týkají většinou vnějšího vzhledu, štíhlosti, zdravého životního stylu, což symbolicky představuje téma potenciální nesmrtnosti. Bulimická témata jsou spíše implicitní, představována orálním bažením po nabízených nekonečných slastech, symbolicky představovaných jako bohatství, úspěch a cestování.

Ve veřejných médiích, zejména ve filmech, reklamách a časopisech pro mladé, je přítomna řada anorektických a bulimických symbolů. Anorektické symboly jsou spíše vizuální povahy, prezentovány jsou obrazy štíhlých, svalnatých, dobře vypadajících mladých lidí, které evokují představy věčného zdraví a potenciální nesmrtnosti. Bulimická témata je spíše implicitní v předkládaných potenciálně nekonečných sytících slastech moderního světa, orálně je možné pozřít nabízené nekonečné množství úspěchu, bohatství, rychlosti a cestování.

Svědnost těchto témat je zřejmá, společné je narcistické vyladění prezentovaných obrazů. Za narcistický úspěch a naplnění je však nutné zaplatit, dosahují se totiž pouze za určitých krutých podmínek. Jedinec musí dodržovat zákony narcistického světa s análními tématy čistoty proti špíně, osobní výjimečnosti proti bezcennosti, zdraví proti nemoci, krásy proti průměrnosti. Při nedodržení striktních pravidel dojde k znehodnocení, odmítnutí a vyvržení z okruhu oněch vyvolených.

Výše uvedená témata jsou dominantní v motivačních schématech osob s poruchou příjmu potravy. Narcisticky významně obsazená štíhlost, omezování v potravě, výběr v jídle toho čistého a kvalitního proti nezdravému a poměrování s ostatními představuje jádro anorektického obrazu. Naproti tomu orální, nevysytitelný hlad po nabízeném, s následnou devalvací sebe sama za nedodržení pravidel čistoty a dokonalosti v přijímání potravy, je jedním z hlavních témat bulimického scénáře.

Neustávající transmise z veřejných médií a zejména reklamy těchto pravidel vytvářejí kontinuální tlak na všechny nás zúčastněné a explicitně i implicitně potvrzují železné zákony narcismu: co je cenné, musí být dokonalé, jakákoliv nedokonalost znehodnocuje celek. Změna těchto ne zcela vědomých postojů u anorektických a bulimických pacientek představuje jedno z témat komplexní terapie osob s poruchou příjmu potravy.

Hermanová G., Herman E., Praško J., Hovorka J.: **Eating Disorders and Narcissism in Public Media**

The presence of anorectic and bulimic narcissistic symbols in public media is widespread. The streaming for perfectness is the core topic of most of the adverts, focused especially on young people. Anorectic symbols are usually external, manifested

by slimness, excellent healthy outlook, which symbolically represent immortality. Bulimic symbols are more internal, oral craving for objects that are offered by adverts is represented by richness, success and excessive traveling.

### **Obrázkový deník pacientky s mentální anorexií**

Sekot M.

*Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Praha*

Kazuistické sdělení se věnuje problematice 23leté svobodné bezdětné pacientky, která byla přijata na naši kliniku s mentální anorexií restriktivního typu s chronickým průběhem.

V rodině byla zjištěna výrazná psychiatrická zátěž. V raném dětství docházelo k týrání pacientky ze strany otce, alkoholika. Matku popisuje jako hysterickou. Bratr je rovněž závislý na alkoholu. Pacientka od dětství trpí lehkou mozkovou dysfunkcí. Pro opakované záněty středouší došlo k výrazné chronické nedoslýchavosti. Anorektická symptomatika trvá od 10 let. Pacientka, nedoučená čalounice, pobírá plný invalidní důchod, žije ve společné domácnosti s matkou, otec zemřel před lety. Před přijetím byla v dlouhodobé individuální psychoterapii, necelý rok před nástupem hospitalizace docházela k ambulantnímu psychiatrovi. Při přijetí se pacientka jeví jako nemotivovaná, nechápe, proč má být na oddělení. Tvrdí, že jí málo, protože jí jídlo nechutná, je zde proto, protože si to přál její ambulantní psychiatr. Do skupin se zapojuje obtížně pro výraznou nedoslýchavost. Přesto chce zůstat na oddělení, její pobyt u nás má částečně sociální a účelový charakter, neboť se obává soužití s matkou. V průběhu několika dní získává verbální náhled na své onemocnění, svěřuje se se svými obavami z nadváhy, udává zvýšenou fyzickou aktivitu. Druhý týden pobytu na klinice ukazuje svému ošetřujícímu lékaři zápisník s obrázky, které malovala v průběhu posledních několika měsíců. Obrázky vyjadřují takové postoje pacientky ke svému onemocnění, k vlastnímu tělu a k jídlu, které nebyla schopna dříve vyjádřit verbálně.

### **Sekot M.: Case History of the Patient with Anorexia Nervosa in Pictures**

Author is presenting a case history of hard of hearing patient with serious psychiatric family history and chronic course of anorexia nervosa. Drawing the pictures was the best way for the patient to express her attitudes toward the illness, her body and food problems.

### **Jací jsme a koho chceme?**

**(Výsledky ankety zdravých lidí a dívek s PPP)**

Stárková M., Luňáčková M.

*Psychiatrická klinika FN, Olomouc  
Ostravská univerzita, SZF, Ostrava*

**Úvod:** V souvislosti s rozšiřováním poruch příjmu potravy do různých oblastí světa bývají

zdůrazňovány sociokulturní vlivy, které jsou pravděpodobně zodpovědné za expanzi těchto nemocí. Mezi ně patří především masmediálně zdůrazňovaná hodnota štíhlosti, která získává prioritní význam v hodnotové hierarchii řady dívek. Některé studie ve světě prokazují, že v konfrontaci s kultem štíhlosti se mnohé ženy a dívky zkresleně vnímají a považují se za tlusté, pokud se odchyľují od ideálních parametrů štíhlosti. V posledních letech se zdá, že hodnota štíhlosti nabývá na významu i v populaci mužů. Méně často bývá zjišťováno, zda jsou štíhlost a tělesný vzhled požadovanými hodnotami také při hledání partnera nebo partnerky. Zajímalo nás, jaký je aktuální názor na tyto otázky v naší populaci mužů a žen a zda se tyto názory liší od názorů mladých dívek, které jsou v léčbě pro poruchu příjmu potravy.

**Cíl práce:** Práce se zaměřuje na hodnocení vlastního tělesného vzhledu jak v populaci zdravých žen a mužů, tak ve skupině pacientek s poruchou příjmu potravy. Posuzuje dále význam tělesného vzhledu partnera (partnerky) v hierarchii hodnot při hledání vážné známosti.

Srovnává názor zdravé populace s názorem dívek, trpících poruchou příjmu potravy.

**Metodika:** Byla provedena anketa v populaci zdravých žen a mužů. Stejná anketa byla realizována ve skupině dívek s poruchou příjmu potravy.

Anonymní anketa má charakter strukturovaného inzerátu. Svou skladbou odpovídá inzerát obvyklému inzerátu v seznamce.

První část inzerátu zahrnuje základní informace o respondentovi, včetně subjektivního hodnocení tělesného vzhledu. Druhá část inzerátu vyjadřuje představu respondenta o vzhledu, vlastnostech a schopnostech hledaného partnera. V každé z hodnocených charakteristik je nabídnuto několik alternativ, z nichž respondent vybere ty, které považuje za odpovídající nebo žádané. Pořadí vzhledových charakteristik, vlastností nebo schopností partnera nebo partnerky není předem určeno a vychází z vlastních požadavků inzerující osoby.

Součástí ankety je uvedení osobní výšky a váhy respondenta, což umožní propočít BMI a posouzení odchylky mezi subjektivním názorem na svůj tělesný vzhled a skutečným tělesným stavem (z pohledu poměru výšky a hmotnosti těla).

Výsledky jsou statisticky zhodnoceny.

**Diskuse:** Původním záměrem byla analýza skutečných inzerátů, které se objevují v seznamce. Tak by bylo možné porovnat názory v naší zemi s názory jinde. Andersenova práce podobně analyzovala tyto názory v USA (Iowa). Inzeráty, které jsou uveřejněny v našich novinách (např. Annonce), event. v internetové seznamce, však nezahrnují data v té šíři, jak je tomu v USA (nebývá často uvedena hmotnost, nýbrž pouze výška osoby a věk). Na druhé straně se inzerát jeví velmi vhodným materiálem pro analýzu žebříčku hodnot, které dotyčná osoba u partnera upřednostňuje (inzerát stručně vyjadřuje podstatné). Zvolili jsme formu strukturovaného inzerátu, který umožnil vyhodnocení potřebných údajů a poskytl možnost

zhodnocení současných názorů na otázky, které se vztahují k významu tělesného vzhledu v našem životě. Studie dává orientační odpověď na otázku „*jací jsme a koho chceme*“, ať jsme zdraví nebo máme poruchu příjmu potravy.

### Stárková L., Luňáčková M.: **Who we are and Who do we Want?**

The purpose of this anonymous survey is to analyse the self-assessment concerning weight and height of Czech healthy women, men and eating disordered patients as well as requirements for body image and other qualities of partner. Another aim is to assess the importance of shape (body image) and value of slimness in seeking of partner. The anonymous survey has a form of a structured advertisement. The special attention of this study is paid to a comparison of opinions of the healthy and the eating disordered people. The structured advertisement can indirectly inform us about the hierarchy of values hierarchy of our respondents.

### **Případy odmítnutí hospitalizace u PPP a jejich příčiny**

Tomanová J., Dlouhá I.

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Případy, kdy pacienti pozvaní k hospitalizaci odmítnou nastoupit na léčení, dokreslují celkový obraz kvantitativního i kvalitativního hodnocení poruch příjmu potravy. Poskytují zároveň i odlišný úhel pohledu na symptomatiku těchto poruch, jelikož lze předpokládat, že některé příznaky charakterizující PPP jsou u těchto pacientů jiným způsobem rozvinuté. Zároveň umožňují pozorovat vliv dalších faktorů na průběh nemoci, zejména rodinných (např. dysfunkční rodiny), sociálních (např. vliv sociální role nemocného ve svém okolí) a dále i ekonomických a samozřejmě psychologických (např. motivace nebo body image).

Cílem studie je prokázat souvislost mezi faktory ovlivňující nemoc a důvody k odmítnutí hospitalizace. Během zkoumání případů, kdy pacienti odmítli nástup na oddělení, vyvstaly některé nápadnosti, které je možné určitým způsobem klasifikovat. V této práci se zaměříme na porovnání těchto nápadností (hledisek) a jejich kvalitativní i kvantitativní klasifikaci. Těmito hledisky například jsou: výrazně deformované tělesné schéma jako základní symptom PPP, rodinná situace a zejména role matky v vztahu k nemocnému, abúsus, psychopatie v osobní i rodinné anamnéze a jiné. Zahrneme sem však i další hlediska, jako například vliv čekacích lhůt na přijetí, důvody ke konečnému rozhodnutí pro nástup na jiné zařízení než je naše klinika – způsoby léčby a druhy terapií, atraktivita různých zařízení atd.

Prameny pro zpracování tohoto tématu jsou parere doporučujících lékařů, popřípadě záznamy a vyšetření z předchozích hospitalizací, dále určité množství osobních dopisů pacientů nebo záznamy

z telefonických rozhovorů, to vše z let 1997–2002. Protože se jedná o data získaná nikoliv námi, ale pouze předaná, metody se tudíž zužují na nepřímé posouzení dat a jejich hrubou statistickou analýzu (využití grafů, přehledných tabulek a korelačních metod).

### Tomanová J., Dlouhá I.: **Hospitalisation Refusals in Eating Disorders**

Cases where patients invited for hospital admission refuse to attend complete the general picture of the quantitative and qualitative evaluation of eating disorders. They provide at the same time a different aspect of the symptoms of these disorders as it may be assumed that some symptoms characterizing eating disorders are developed in these patients in a different way. At the same time they make it possible to observe the influence of other factors on the course of the disease, in particular family factors (e.g. dysfunctional families), social factors (e.g. the influence of the social role of the patient in his environment) and also economic and psychological factors (e.g. motivation or body image).

The objective of the investigation is to prove associations between factors influencing the disease and reasons for refusal of hospital admission. During the investigation of cases where patients refused to be admitted to hospital there were some striking features which can be classified. In the present work we shall focus attention on comparing these striking features and their qualitative and quantitative classification. These features are e.g.: markedly deformed body image as the basic symptom of eating disorders, the family position and in particular the role of the mother in relation to the patient, addiction, psychopathology in the personal and family history etc. We shall however include also other aspects such as the influence of waiting periods before admission, reasons for the final decision to attend another department instead of our clinic – modes of treatment, attractiveness of different facilities etc.

The sources for the elaboration of this subject are the records of referring physicians, possibly records and examinations from previous hospital admissions, a certain amount of personal letters of patients and records of telephone conversations from 1997–2002. As these data were not assembled by ourselves and were only passed on to us the methods are reduced to indirect evaluation of data and their rough statistical analysis (use of graphs, overall tables and correlation methods).

### **Sebehodnocení a spokojenost s vlastním tělem u vysokoškolských studentů**

Csémy L., Hrachovinová T., Bidlová E.  
*Psychiatrické centrum, Praha*  
*Katedra psychologie FF UK, Praha*

**Úvod:** Práce sleduje souvislosti mezi sebehodnocením, psychickým stavem a spokojeností s tě-

lem u rozsáhlého vzorku vysokoškolských studentů. Staví na předpokladu, že přijetí vlastního těla, resp. spokojenost s tělesným vzhledem, je významnou součástí sebehodnocení. Výrazné poruchy v tomto směru pak mohou vést nejen ke snížení sebehodnocení, ale také k horšímu psychickému stavu, včetně příznaků deprese.

**Soubor:** Výzkumný soubor byl tvořen 430 vysokoškolskými studenty 1. a 2. ročníku studia (169, tj. 39,3 % mužů a 261, tj. 60,7 % žen). Průměrný věk celého souboru a skupiny mužů i žen činil 20 let. Procentuální zastoupení studentů podle jednotlivých pražských univerzit a vysokých škol bylo následující: UK (44 %), VŠE (20 %), ŠZU, VŠCHT a ČVUT (po 12 %).

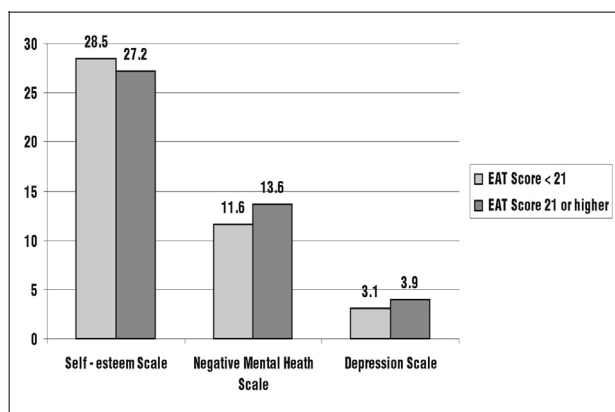
**Metody:** Soubor by vyšetřen rozsáhlou dotazníkovou baterií zaměřenou na řadu oblastí životní správy, návykového chování, jídelního chování, na screening poruch příjmu potravy (Test jídelních postojů, Eating Attitue Test EAT-26, Garfinkel, Garner, 1982), na odolnost vůči zátěži, míru deprese a sebehodnocení (Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1979) u vysokoškolských studentů. EAT obsahuje položky citlivé na aktuální jídelní postoje a chování ve směru dodržování redukčních diet nebo naopak pocity ztráty kontroly (bulimie) a kontroly jídelního chování (orální kontrola).

**Výsledky:** Vztah mezi tělovým schématem, resp. spokojeností s ním, jsme se pokusili sledovat v řadě srovnání. Jako proměnné, které se vztahují k vlastnímu tělu, jsme využili index ideální a reálné váhy [RIV5] (odchylka  $\pm 5$  kg od stávající váhy je interpretována jako ukazatel nespokojenosti s vlastním tělem). Dále jsme považovali za indikátor nespokojenosti skóre v EAT vyšší než 21 (tj. dotázaný chce změnit jídelní chování, protože není spokojen se svou postavou) a BMI, kde jsme hodnoty 1 směrodatná odchylka a více od skupinového průměru považovali jako možný zdroj nespokojenosti se svou postavou [BMI1SD]. Míru sebehodnocení jsme zjišťovali Rosenbergovou škálou sebehodnocení, dále jsme sledovali průměrně hrubé skóre na škále deprese podle Weismanna a škále negativního duševního zdraví [MH\_NEG]. Tabulka 1 přináší informace o průměrných hodnotách na těchto škálách pro celý soubor a pro muže a ženy.

**Tab. 1.** Hrubé skóre na škálách sebehodnocení, negativního duševního zdraví a deprese [průměr (směrodatná odchylka)].

	Sebehodnocení	Negativní duševní zdraví	Deprese
Muži (N=169)	29,4 (4,9)	11,4 (3,7)	2,5 (1,9)
Ženy (N=261)	28,4 (5,0)	11,8 (3,5)	3,2 (1,7)
Celkem (N=430)	28,8 (5,0)	11,6 (3,6)	2,9 (1,8)

Statisticky významné rozdíly mezi sebehodnocením, depresí a duševním zdravím jsme zjistili pouze ve vztahu ke škále EAT. Vysokoškolačky, které dosahovaly na škále EAT skóre vyššího než 21, měly nižší sebevědomí, horší duševní stav a výrazně vyšší skóre depresivity (graf 1). Podobný



**Graf 1.** Srovnání hrubých skóre na škálách sebehodnocení, negativního duševního zdraví a deprese u dichotomizovaných hodnot EAT (ženy N = 249).

vztah platil i u mužů, pro nízké N v kategorii s EAT21 a více však nelze spolehlivě interpretovat. U dalších dvou proměnných (BMI1SD a RIV5) nebyly rozdíly statisticky významné, nicméně posuny v hodnotách byly v souladu s předpokladem, že větší odchylka od průměru v parametrech, která se týká těla, je spojena s nižším sebehodnocením, vyšší depresivitou a horším duševním zdravím.

**Závěr:** S výjimkou vztahu mezi EAT21 a BMI1SD, RIV5 a MH\_NEG prokázaly další analýzy jen relativně slabé vztahy mezi sledovanými proměnnými. Tento výsledek je možné interpretovat tak, že psychický stav a sebehodnocení jsou velmi komplexní charakteristiky, na jejichž utváření se uplatňuje řada faktorů. Nespokojenost s vlastním tělem by se jako rozhodující činitel mohl uplatnit patrně v případech, že by nabýval extrémních hodnot. Takové případy jsou však mezi zdravými vysokoškolačky ojedinělé. Souvislosti mezi zvýšeným skórem v EAT26, psychickým stavem a sebehodnocením naznačují, že vysokoškoláci s podezřením na poruchu ve vztahu k příjmu potravy mají zvýšenou depresivitu, horší duševní zdraví a snížené sebehodnocení.

Práce byla podpořena grantem GA ČR, č. 406/01/0212.

### Csémy L., Hrachovinová T., Bidlová E.: **Self-Esteem and Body Satisfaction in the University Students**

The study examines the relationships between body perception, self-esteem and mental health in a sample of university students from Prague. The analyses suggest that students with elevated score on Eating Attitude Scale (21 or higher) report lower self-esteem, higher depression and worse mental health status compared to those with EAT score under 21. Similar associations were not found in respect with other body-image relevant variables (higher BMI and index of real/ideal weight). The results of this work stress the importance of further research specifically focused on psychological context of proneness to eating disorders.

### **Hladiiny adiponektinu u pacientek s mentální anorexií**

Pařízková J., Papežová H.<sup>1</sup>, Křížová J., Haluzík M.  
3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha<sup>1</sup>

Cílem naší studie bylo porovnat sérové koncentrace adiponektinu, leptinu a solubilního leptinového receptoru u pacientek s mentální anorexií (n=15, BMI 16,1±0,709 kg/m<sup>2</sup>) s kontrolní skupinou zdravých žen odpovídajícího věku (n=18, BMI 20,3 kg/m<sup>2</sup>).

Sérové koncentrace adiponektinu a solubilního leptinového receptoru u pacientek s mentální anorexií byly signifikantně vyšší než u kontrolní skupiny (48,26±17,14 vs 33,9±13,36 ng/l, p<0,05; 32,52±10,73 vs 20,26±9,42 U/ml, p<0,01). Sérové hladiny leptinu byly u pacientek s mentální anorexií naopak signifikantně nižší než u kontrolní skupiny (1,39±1,07 vs. 9,68±7,05 ng/ml, p<0,05).

Sérové koncentrace adiponektinu a solubilního leptinového receptoru jsou tedy u pacientek s mentální anorexií významně zvýšeny oproti kontrolní skupině zdravých žen. Sérové hladiny leptinu jsou u pacientek s mentální anorexií naopak sníženy. Zvýšené hladiny adiponektinu u pacientek s mentální anorexií jsou velmi pravděpodobně důsledkem významně sníženého obsahu tuku v organismu.

Řešeno s podporou grantů GA ČR č. 6663-3 a IGA MH ČR č. 6663-3 a Institutu Danone.

### Pařízková J., Papežová H., Křížová J., Haluzík M.: **Serum Adiponectin Levels in Patients with Anorexia Nervosa**

The aim of our study was to compare serum levels of adiponectin, leptin, soluble leptin receptor and body mass index (BMI) in female patients with anorexia nervosa (n=15, BMI 16.1±0.709 kg/m<sup>2</sup>) with healthy female control subjects (n=18, BMI 20.3± kg/m<sup>2</sup>) and to study the relationships of Adiponectin, leptin, and soluble leptin receptor.

Serum adiponectin concentrations in patient with anorexia nervosa were significantly increased in comparison with control subjects (48.26±17.14 vs 33.9±13.36 ng/l, p<0.05), while serum leptin concentrations were significantly reduced relative to control subjects (1.39±1.07 vs. 9.68±7.05 ng/ml, p<0.05), soluble leptin receptor levels were significantly higher than in healthy controls (32.52±10.73 vs 20.26±9.42 U/ml, p<0.01), BMI was significantly reduced in comparison with controls (16.14±2.65 vs 20.3±1.7 kg/m<sup>2</sup>, p<0.05).

We conclude that plasma adiponectin and serum soluble leptin receptor levels were increased in patients with anorexia nervosa relative to control subjects, while serum leptin levels followed the opposite pattern. We suggest that hyperadiponectinemia in patients with anorexia nervosa is primarily the result of severely reduced body fat content.

Supported by Grant GA CR No. 6663-3 and Grant IGA MH CR No. 6663-3 and Institute Danone.