



ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKÉJ 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, Ph.D., 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

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

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

Prof. MUDr. M. Kršiak, DrSc., Praha

Prim. MUDr. L. Nábělek, Banská Bystrica

Prof. MUDr. V. Novotný, CSc., Bratislava

Prof. MUDr. J. Pokorný, DrSc., Praha

MUDr. I. Rektorová, Ph.D

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

Prof. MUDr. E. Topinková, CSc., Praha

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; RNDr. Z. Roth, CSc.; Mgr. M.

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

PhDr. L. Buriánková

TECHNICKÁ SPOLUPRÁCE

ODPOVĚDNÁ REDAKTORKA

PhDr. H. Raušerová

Nakladatelské a tiskové středisko

České lékařské společnosti JEP

Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Supplementum
1/2005

www.clsjep.cz



ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKÉJ SPOLOČNOSTI

Česká lékařská společnost Jana
Evangelisty Purkyně, Praha 2005

ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

Vydává Česká lékařská společnost J.
E. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Pra-
ha 2. Vedoucí redaktor Doc. MUDr. F.
Faltus, DrSc. Zástupce vedoucího
redaktora. Doc. MUDr. P. Smolík,
CSc.. Odpovědná redaktorka PhDr. H.
Raušerová. Tiskne: Tiskárna Prager-
LD, s.r.o., Kováků 9, 150 00 Praha 5.
Vychází 8krát ročně. Rozšiřuje: V ČR
Nakladatelství Olympia, a.s., Praha,
do zahraničí (kromě SR) – Myris Tra-
de s.r.o., V Štíhlách 1311/3, P.O.Box 2,
142 01 Praha 4, ve SR Mediaprint-
Kapa Pressegrasso, a.s., oddelenie
inej formy predaja, Vajnorská 137,
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3,
tel.: 02/444 588 21, 444 427 73, 444
588 16, fax: 02/444 588 19, e-mail:
predplatne@abompkapa.sk.

Předplatné na rok 440,- Kč (624,-
Sk), jednotlivé číslo 55,- Kč (78,- Sk).
Informace o předplatném podává
a objednávky českých předplatitelů
přijímá: Nakladatelské a tiskové stře-
disko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26
Praha 2, tel.: 296 181 805 – J. Spalo-
vá, e-mail: spalova@cls.cz.

Informace o podmínkách inzerce
poskytuje a objednávky přijímá:
Inzertní oddělení ČLS JEP, Sokolská
31, 120 26 Praha 2, tel. 224 266
252-3, tel./fax 224 266 265, e-mail:
ntsinerce@cls.cz. Registrační značka
MK ČR E 4654.

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

Rukopis byl dán do výroby dne 10. 2.
2005.

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

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

Žádná část tohoto časopisu nesmí být
kopírována a rozmnožována za úče-
lem dalšího rozšiřování v jakémkoliv
formě či jakýmkoliv způsobem, ať již
mechanickým nebo elektronickým,
včetně pořizování fotokopií, nahrá-
vek, informačních databází na mag-
netických nosičích, bez písemného
souhlasu vlastníka autorských práv a
vydavatelského oprávnění.

Zpracování pro internet provádí NT
Servis, s.r.o., U Kněžské Louky 53,
130 00 Praha 3, tel: 284 818 342-3,
fax: 284 820 965,
e-mail: ntservis@ntservis.cz,
internet: www.ntservis.cz

Obsah 2005 – Ročník 101 – Supplementum 1

| | |
|--|----|
| Úvodník | 9 |
| Vyžádané přednášky | 10 |
| Workshopy | 18 |
| Výzkumné studie | 23 |
| Klinická praxe | 26 |
| Média a realita, odborníci a veřejnost | 30 |
| Postery – Neurobiologické práce | 35 |
| – Klinické práce | 49 |

Contens 2005 – Ročník 101 – Supplementum 1

| | |
|---|----|
| Preface | 9 |
| Invited Lectures | 10 |
| Workshops | 18 |
| Research Studies | 23 |
| Clinical Practice | 26 |
| Media and Reality, Specialists and Public | 30 |
| Posters – Neurobiological Studies | 35 |
| – Clinical Studies | 49 |

V. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy

V. Interdisciplinary Eating Disorders Conference

**Pod záštitou manželky prezidenta republiky, paní Livie Klausové,
děkana 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a ředitele VFN Praha**

**Sekce pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické společnosti ČLS JEP
Asociace pro psychogenní poruchy příjmu potravy**

Praha, 17.–19. března 2005
Prague, 17 to 19 March 2005

Čestné předsednictvo

Prof. MUDr. Š. Svačina, DrSc., MBA, děkan 1. LF UK, Praha
Prof. MUDr. J. Raboch, DrSc., přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha
MUDr. P. Horák, CSc., MBA, ředitel VFN Praha
Doc. MUDr. F. Faltus, DrSc., 1. LF UK Praha
Doc. PhDr. J. Kocourková, 2. LF UK a FNM, Praha
Dr. I. Eisler, Maudsley Hospital, London, GB
Dr. Toman Erika, Hohenneg, Švýcarsko

Předsednictvo – Organizing Committee

Doc. MUDr. H. Papežová, CSc.
MUDr. P. Uhlíková, MUDr. R. Uher, Ph.D. – vědečtí sekretáři

Firmy zúčastněné na konferenci PPP

Lundbeck ČR, s.r.o.; ZENTIVA, a.s.; Nadace Javorník; Janssen-Cilag, s.r.o.; Pfizer, s.r.o.;
AstraZeneca; DOVE, s.r.o.; Eli Lilly ČR, s.r.o.; Medicom International, s.r.o.; Nutricia, a.s.;
Portál, s.r.o.; Psychiatrické centrum Praha

Místo konání – Venue

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2, Česká republika
Psychiatric Department 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, Prague 2, Czech Republic

Program – Programme

Čtvrtek, 17. března Thursday, March 17

- 14:00–15:00 **Registrace – Registration**
Návštěva Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy
Visit of the Specialised unit for Eating Disorders
- 15:00–16:00 **Oficiální zahájení – Official opening and welcome** (In Czech)
Welcome (Úvodní slovo) hostů a organizátorů
- 16:00–18:30 **Vyžádané přednášky – Invited lectures** (In Czech)
- 16:00–16:45 *Svačina Š.*: Obezitologický pohled na poruchy příjmu potravy. Concept of eating disorders in obesity (Dean of the 1st Medical School, Charles University, Prague)
- 16:45–17:30 *Eisler I.*: Účinnost léčby adolescentních pacientů s mentální bulimií. Randomizovaná kontrolovaná studie rodinné terapie versus vedené kognitivně behaviorální svépomocné léčby. Efficacy of treatments for adolescents with bulimia nervosa: A randomised controlled trial of family therapy versus guided cognitive behavioural self-help treatment (Institute of Psychiatry and Maudsley Hospital, London)
- 17:30–18:00 *Uher R.*: Standardy pro léčbu poruch příjmu potravy ve Velké Británii. British Guidelines for the treatment of eating disorders (South London and Maudsley NHS Trust, Institute of Psychiatry.
- 18:00–18,30 *Papežová H.*: Standardy léčby poruch příjmu potravy v České republice. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Centrum pro PPP PK 1. LF UK a VFN Praha)
- 19:00 **Společenský večer – Welcome party**
Na Denním stacionáři Centra pro PPP – At the Day Care Center for Eating Disorders

Pátek, 18. března Friday, March 18

(U přednášek v angličtině uvádíme jejich název v originále jako první. Tyto přednášky budou tlumočeny.)

(Programme in English – the presentations with the title first written in English will be translated.)

- 8:30–11:00 *Waller G.*: Cognitive-behaviour therapy for the eating disorders. Kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy. Workshop.
(St. George's Eating Disorders Service and Institute of Psychiatry, King's College London.)
- 11:00–11:30 **Coffee break**
- 11:30–12:00 *Bulik Cynthia M.*: Genes and environment in eating disorders: What patients, families and practitioners need to know. Geny a prostředí u poruch příjmu potravy: Co by měli pacienti, rodiny a praktičtí lékaři vědět.
(University of North Carolina at Chapel Hill, USA.)
- 12:00–12:30 *Shapiro J. R., Bauer S., Kordy H., Bulik, C. M.*: The use of text messaging in the treatment of childhood overweight. Použití SMS v léčbě nadváhy v dětství.
(University of North Carolina at Chapel Hill, USA, Center for Psychotherapy Research, Heidelberg, Germany.)

12:30–13:00 *Kordy H., Golkaramnay V., Bauer S., Haug S.*: Delivery of care through the internet for patients with eating disorders. Péče pomocí internetu u pacientů s poruchou příjmu potravy.
(Centre for Psychotherapy Research, Centre of Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Germany)

13:00–14:00 Oběd – Lunch

Hübllová M., Vichová V.: Prezentace projektu arteterapeutické dílny „Podzemka“ při Psychiatrické klinice VFN Praha. Presentation of a new project of artetherapy at Psychiatric Clinic.
(Pražská vysoká škola psycho-sociálních studií.)

14:00–15:00 Workshopy (paralelně) – Workshops (Concurrent Session)

1. *Konečná Z., Kulhánek J.*: Arteterapie a body image. Artetherapy and body image. Artetherapy and body image in eating disorders.

(Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol.)

Místo konání: Stacionář pro PPP.

2. *Bechyňová B., Chudobová P.*: Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy (video a zážitková skupina – do 12 lidí). Bodywork in patients with eating disorders.

(Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol a Stacionář pro PPP).

Místo konání: Dětský stacionář PK 1. LF UK a VFN.

3. *Kotrlíková, E., Křížová, J.*: Nutriční podpora nemocných s mentální anorexií. Clinical nutrition in patients with eating disorders.

(JIMP 1. LF UK a VFN Praha).

Místo konání bude upřesněno podle počtu účastníků.

15:00–16:00 *Katzman M.*: Cross Cultural Comparisons and Inspirations in the Treatment of Eating Disorders. Transkulturální srovnání a inspirace pro léčbu poruch příjmu potravy.

(Dept of Psychiatry Cornell Medical Center, NY USA and Honorary Senior Lecturer, The Institute of Psychiatry, London, England.)

16:00–16:30 *Toman E.*: Psychologické koreláty jídelního chování a obezity. Psychological correlats, eating behavior and obesity (ED Unit Hohenegg, Switzerland)

16:30–17:00 Cofee break

17:00–18:00 Panelová diskuse KBT vs. Psychoanalytické směry u PPP

Téma: Proč své pacienty posílám (neposílám) do dynamické psychoterapie?

Krch D., Stárková L. vs Kocourková J. a další odborníci.

19:00 Večerní program (divadelní představení) –

Evening programme (Theatre show): Švandovo divadlo: Moliere: Škola pro ženy

Divadelní klub Švandova divadla (Distribuce zvuků)

Sobota, 19. března

Saturday, March 19

(Veškerý program v češtině)

9:00–11:00 Výzkumné studie (přednášky)

Předsedající: Krch F., Stárková L.

9:00–9:30 *Haluzík M.*: Endokrinní dysfunkce tukové tkáně u pacientů s poruchami příjmu potravy: příčina nebo důsledek? Endocrine dysfunction of adipose tissue in eating disorders: the cause or the consequence?

(III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)

- 9:30–10:00 *Krch F. D., Csémy L.*: Dietní postoje a zvyklosti dětí staršího školního věku. Diet attitudes and habits in middle school children.
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN a Psychiatrické centrum Praha.)
- 10:00–10:30 *Krch F., Csémy L., Drábková H.*: Faktory predisponující k poruchám příjmu potravy ve světle epidemiologických dat. Predisposition factors to eating disorders – epidemiological data.
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN a Psychiatrické centrum Praha.)
- 10:30–11:00 *Stárková L.*: Body image u poruch příjmu potravy – diagnostika, terapie, význam. Body image in eating disorders – diagnosis, therapy and the importance.
(Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc.)

11:00–11:30 Přestávka – Coffee break

11:30–13:30 Klinická praxe – Clinically oriented lectures **Předsedající: Kocourková J., Koutek J.**

- 11:30–12:00 *Koutek J., Kocourková J.*: Suicidální chování u pacientů s poruchou příjmu potravy. Suicidal behavior in patients with eating disorders.
(Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol.)
- 12:00–12:30 *Pelková L.*: Případ úspěšné léčby mentální anorexie na Denním stacionáři. Case history of the successful treatment of anorexia nervosa at the day care centre.
(Denní stacionář pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice VFN Praha.)
- 12:30–13:00 *Valentová D.*: Ano či ne? Úvaha o vhodnosti asistované reprodukce u pacientek s mentální anorexií. Yes or no? Assisted reproduction in anorexia nervosa. Case history.
(Psychiatrická klinika FN, Brno.)
- 13:00–13:30 *Kulhánek J., Zámečnicková R.*: Terapeutický potenciál deníků – zkušenosti z klinické praxe. Therapeutic potential of the diary – clinical experiences.
(Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol.)

13:30–14:30 Oběd – Lunch

14:30–15:30 Média a realita, odborníci a veřejnost **Předsedající: Kulhánek J., Krásničanová H.**

- 14:30–15:00 *Uhlíková P., Papežová H., Hellerová P.*: Děti, miss a reklama – co mládeži nabízejí média. Children, MISS and advertissment – what our media offer to our adolescents? (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha.)
- 15:30–16:00 *Krásničanová H., Veselá M.*: Vybrané specifické aspekty mentální anorexie u pedopsychiatrických pacientek. Růstová diagnóza – Biologický věk – Analýza hmotnostní anamnézy a BMI – Menarché, amenorea a remenorea. Specific auxologic aspects of anorexia nervosa in pubescent and adolescent female patients – diagnosis of growth – biological age-analysis of weight anamnesis and BMI – menarche, amenorrhoea and remenorrhoea.
(Dětská klinika 2. LF UK a FN Motol.)
- 16:00–16:15 *Kulhánek J.*: Poruchy příjmu potravy a využití internetových stránek. Otevřený internetový projekt PPPINFO (pppinfo.cz). Eating disorders and internet in the CR (pppinfo.cz). Seznámení s aktivitou podporovanou Sekcí pro PPP při PS ČLS JEP a Asociací pro pacienty PPP a Zakončení odborné části konference (Closing remarks).

16:30–17:30 Odpolední program: Otevřený pro veřejnost, účast přislíbila paní Malačová a některá ze soutěžících MISS ČR.

POSTERY

Neurobiologické práce

1. *Böhm M., Papežová H., Hamsíková H., Wenchich, L., Zeman, J.*: Aktivity komplexů dýchacího řetězce u žen s mentální anorexií. Activity of respiratory chain complexes in isolated platelets in female patients with anorexia nervosa.
(Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha).

2. *Martásková D., Papežová H.*: Anorexia nervosa – genetické faktory, současné znalosti a možné trendy. Genetics of anorexia nervosa, current status and future directions. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha.)
3. *Yamamotová A., Papežová H., Vurmová I.*: Vliv estrogenů a hormonů kůry nadledvin na nocicepční citlivost u pacientek s mentální anorexií. The effect of estrogens and adrenal hormones on nociceptive sensitivity in the patients with anorexia nervosa. (Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK Praha a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
4. *Housová J., Haluzík M.*: Vliv prostředí sportovní školy na rozvoj a udržování poruch příjmu potravy (Kazuistiky). Environmental impact of the sport schools to the onset and course of eating disorders (Case histories). (III. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha.)
5. *Dostálová I., Smitka K., Papežová H., Hainer V., Nedvídková J.*: Plazmatické hladiny ghrelinu na lačno u mentální anorexie a vliv kalorické a nekalorické potravy na sekreci ghrelinu. Fasting plasma ghrelin levels in anorexia nervosa and the effect of caloric and non-caloric meal on ghrelin secretion. (Endokrinologický ústav, Praha, Přírodovědecká fakulta UK, Praha, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
6. *Chudobová P.*: Primární prevence poruch příjmu potravy: přehled a srovnání vybraných českých a zahraničních programů. Primary prevention of eating disorders (ED): an overview and comparison of the selected Czech and foreign programmes. (Katedra psychologie FF UK a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
7. *Chudobová P., Franková S.*: Rizikové faktory vedoucí k nespokojenosti s vlastním tělem u dětí. Risk factors leading to dissatisfaction with child's own body. (Katedra psychologie FF UK a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
8. *Sekot M., Raboch J., Baková N., Howardová A., Kališová L., Peichlová J., Kitzlerová E., Papežová H.*: Sociální postižení a kvalita života u pacientů s poruchami příjmu potravy. Social impairment and quality of life in patients with eating disorders. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
9. *Bronský J., Veselá M., Krásničanová H., Nedvídková J., Schmidtová J., Hrdlička M., Koutek J., Průša R., Nevorál J.*: Celkový ghrelin v plazmě pacientek s mentální anorexií během osmitýdenní realimentace. Total plasma ghrelin in girls with anorexia nervosa during 8 weeks of realimentation. (Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha.)
10. *Doležalová R., Housová J., Anderlová K., Křížová J., Haluzíková D., Křemen J., Papežová H., Haluzík M.*: Sérové koncentrace adipocytokinů u pacientek s restriktivní a purgativní formou mentální anorexie a mentální bulimie. Serum adipocytokine levels in patients with restrictive and binge/purge form of anorexia nervosa and bulimia nervosa. (III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)

Klinické práce

1. *Uhlíková P., Hellerová P., Papežová H.*: Terapie poruch příjmu potravy v Centru dorostové a vývojové psychiatrie. Comprehensive therapy of eating disorder at the center. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
2. *Veveřa J., Ratajová D., Papežová H.*: První epizoda schizofrenní poruchy a porucha příjmu potravy. Kazuistika pozitivního výsledku diagnostiky a léčby duální diagnózy. First episode of schizophrenia and eating disorders. Case history of positive outcome of diagnostic and treatment of the comorbidity. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
3. *Olšáková E.*: Psychologické vyšetření před bandáží žaludku – příspěvek z klinické praxe. Psychological examination before the gastric bandage – clinical experiences. (III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
4. *Tomanová J., Papežová H.*: Vicerodinná terapie v České republice – první zkušenosti kurzu mentální anorexie. Multifamily treatment of anorexia nervosa in the Czech republic – first training and treatment experiences. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)

5. *Dlouhá I., Černá R.*: Přehled hospitalizovaných na JSPPPP v letech 1983–2003; případy odmítnutí hospitalizace a jejich příčiny. Review of hospitalizations at the eating disorders center in 1983–2003; analyses of hospitalization refusals and their reasons. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.)
6. *Klecanda A., Stibalová K., Doležal D.*: Následná komunitně skupinová péče u poruch příjmu potravy. Post-hospitalization community-group therapy care for patients with eating disorders. (Pražská vysoká škola psycho-sociálních studií, Praha.)
7. *Dragomířská E., Šelepová P., Papežová H., Holub J.*: Příspěvek k epidemiologii poruch příjmu potravy. Epidemiology of eating disorders. (Psychiatrické centrum Praha, Psychiatrická klinika 1. LF UK, Ústav zdravotnických informací a statistiky.)
8. *Sladká-Ševčíková J., Hodinová M.*: Občanské sdružení Anabell – pro nemocné anorexií a bulimií. Self-help organization Anabell for anorexic and bulimic patients. (Občanské sdružení Anabell, Dům lékařských služeb, Brno)
9. *Dufek J.*: Zpráva o probíhající studii procesu katatymně imaginativní psychoterapie v případě mentální anorexie. Report on the ongoing psychotherapy process study of guided affective imagery in a single case of anorexia. (Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno.)
10. *Nováková M., Mičková B., Hubingerová Z.*: Ergoterapie u poruch příjmu potravy (PPP). Ergotherapy in patients with eating disorders (ED). (Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Praha.)

Poznámky:

Registrační poplatek: 500 Kč pro členy Sekce pro PPP PS ČLS JEP, pro nečleny 750 Kč, studenti 250 Kč, v ceně je supplementum časopisu Česká a slovenská psychiatrie s rozšířenými abstrakty z konference, s anglickými abstrakty.

Zahraniční workshopy: s překladem 200 Kč, 100 Kč bez překladu.

Jazyk: Přednášky a workshopy v angličtině budou v sobotu a budou tlumočeny.

Návštěva Centra pro PPP do 10 lidí, přihlášky při registraci.

Potvrzení o účasti proti hodnocení konference.

Notes:

Registration fee: 750 CZK (30 Euro) will include a special Issue of Czech and Slovak psychiatry with conference abstracts in both English and Czech.

Workshop attendance: extra fee 200 CZK/workshop translated, 100 CZK in Czech.

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

Visits of the specialised unit for Eating Disorders – up to 10 people; ask at the registration.

Certificates of attendance will be available.

ÚVODNÍK

I když vědecké poznatky o poruchách příjmu potravy (PPP) v posledním desetiletí narůstají geometrickou řadou, onemocnění je více věnována pozornost masmédií než zdravotníky a organizátory zdravotnictví. Média se podílejí na nárůstu zaujetí zevnějškem a nespokojeností s ním zejména u mladé generace, na kterou pak propagace nezdravé štíhlosti a dietního způsobu života má největší vliv. Jaký vliv na oblast poruch příjmu potravy má u nás boj odborníků obezitologů s epidemicky narůstající obezitou není ještě zcela jasné. Naším klinickým cílem je ovlivňovat rizikové faktory onemocnění a umožnit našim pacientům, návrat do společnosti, kde budou moci normálně zdravě jíst. A ohrožené populaci přesvědčivě zprostředkovat odborné poznání, že krása nemusí být vykoupena zdravím. Proto jedním z témat konference jsou preventivní programy, které pracují se sociálními faktory, které ovlivňují vznik, udržování a frekvenci relapsů u poruch příjmu potravy.

Konference je však zaměřena, podobně jako západní konference stejného typu, na *integraci klinických a vědeckých prací. Má umožnit diskuse o empirických poznatcích.* Chceme představit současné znalosti o dalších faktorech, které se podílejí na multifaktoriálním vzniku poruch příjmu potravy a specializované léčebné přístupy pro jednotlivé podskupiny spektra poruch příjmu potravy, pro léčbu při komorbidních onemocněních a obezitu, spojenou s psychogenními faktory.

Konference podává přehled rozvoje účinných forem terapie, primární a sekundární prevence, které odrážejí vypracované *Standardy klinických postupů za podpory Sekce pro PPP.* Úkolem je hledání vhodných forem šíření nových vědomostí a výsledků výzkumu o PPP mezi psychiatry, ostatními profesionály i veřejností. Cílem konference je

podílet se na zvyšování interdisciplinární komunikace a zmapovat podmínky pro zavedení standardů léčby do praxe.

Náš program je určen nejen psychiatrům a psychologům, ale i zdravotním sestřám, sociálním pracovnícím, rodinným terapeutům a poradcům pracujícím ve školství a ve vrcholovém sportu. Pracovníkům s rizikovou populací by měly být věnovány podle zahraničních zkušeností *výukové workshopy* s praktickými průvodci v oblasti psychoedukace ve specializovaných skupinách a v komunitě a tématy: jak PPP rozpoznat, jak postupovat při léčbě. Pro specialisty v primární péči jsou určena témata jako léčba chronicky nemocných, základy genetiky PPP, základy nutričních zásad, kontrastujících s populárními dietami, stanovení zdravé tělesné váhy a metabolických změn u pacientů s poruchami příjmu potravy a integrativní přístup v prevenci negativního vnímání vlastního těla.

Odborníci ze zahraničí se budou tentokrát více zabývat terapií zahrnující i „**okrajové diagnózy**“ spektra PPP, formám v DSM IV popisovaným jako EDNOS (Eating disorders not otherwise specified), psychogennímu přejídání s obezitou i nočnímu přejídání, a novým formám léčby pomocí SMS a internetu.

Veřejnost bychom chtěli přizvat k diskusi mezi organizátory i účastnicemi Miss Česká republika a odborníky na téma o zdravé kráse a rizicích vzniku poruch příjmu potravy.

Doufáme, že se během konference podaří poukázat na krátkodobé a dlouhodobé odborné cíle v této oblasti a vymezit vlivy společenských trendů v životním stylu a možnosti jejich ovlivnění.

*Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.
Předsedkyně organizačního výboru*

VYŽÁDANÉ PŘEDNÁŠKY

Obezitologický pohled na poruchy příjmu potravy

Concept of Eating Disorders in Obezitology

Svačina Š.

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

Souhrn: Nárůst výskytu obezity a diabetu je enormní. Předpokládá se, že výskyt diabetu ve světě se v příštích 25 letech zdvojnásobí. Předpokládá se, že obezita a diabetes mohou vést ke kolapsu zdravotnických systémů i v nejvyspělejších zemích. Poruchy příjmu potravy probíhají ve většině případů poměrně benigně a jsou provázeny obvykle pouze projevy energetické malnutrice. Výskyt onemocnění je relativně nízký a nezatěžuje zdravotní systém. Klíčová je detekce stavů ohrožujících život při extrémních poklesech BMI a při projevech proteinové malnutrice. Poruchy příjmu potravy však nepochybně mohou být i časným projevem metabolického syndromu a jeho složek (obezity a diabetu). Mohou být psychickou reakcí na první hmotnostní vzestup v dospívání a ranné dospělosti. Mohou pravděpodobně predikovat hmotnostní vzestup a vznik diabetu. Bulimické a anorektické epizody v jednáni se mohou vyskytovat i u obézních. Aterogenitu poruch může zvyšovat i užití nevhodných psychofarmak.

Prakticky důležité mohou být podle mého názoru tři skutečnosti:

1. Populační výskyt obezity a diabetu 2. typu a náklady na jejich léčbu lze redukovat jen celopopulačními opatřeními. Naopak celopopulační opatření k redukci poruch příjmu potravy mohou podporovat výskyt obezity a diabetu. Poruchy příjmu potravy je třeba léčit především individuálně. V tomto smyslu jsou výchovná opatření cílená na poruchy příjmu potravy pro obézní nebezpečná.
2. Již od mládí je třeba u nemocných s poruchami příjmu potravy využívat opatření k prevenci diabetu (pohyb, omezení živočišných tuků, uzenin a zvýšení příjmu ořechů a rostlinných tuků).
3. Příčiny úmrtí podle věku mohou být u poruch příjmu potravy podobné jako u obézních. V mládí zánětlivé komplikace úrazů a operací a ve stáří pak především komplikace aterosklerózy.

Závěr: Poruchy příjmu potravy, obezita a diabetes 2. typu mají mnoho blízkých rysů a při léčbě obou poruch je třeba si uvědomovat vzájemné souvislosti.

Klíčová slova: obezita, diabet, metabolický syndrom.

Summary: The increasing incidence of obesity and diabetes can induce problems to every health care economics. The health economics problems brought by eating disorders are much lower. The education of population is very important in obesitology but can bring problems in eating disorders. Eating disorders induced by weight gain can be the first manifestation of metabolic syndrome. It is necessary to avoid atherogenic and diabetogenic food

and to avoid atherogenic psychotropic drugs in therapy in young adults with eating disorders. The complications of obesity and eating disorders can be analogous in adolescence (complications in traumatology and surgery) and in late adulthood (atherosclerosis). It is often necessary to prevent and treat both diseases together.

Key words: obesita, diabetes, metabolic syndrome.

Literatura

1. Svačina, Š.: Obezita a diabetes. Maxdorf, Praha, 2000.
2. Svačina, Š.: Prevence diabetu. Galén, Praha, 2003.
3. Svačina, Š.: Metabolické účinky psychofarmak Triton, Praha, 2004.

* * *

Účinnost léčby adolescentních pacientů s mentální bulimií. Randomizovaná kontrolovaná studie rodinné terapie versus vedené kognitivně behaviorální svépomocné léčby

Efficacy of Treatment for Adolescents with Bulimia Nervosa: A Randomised Controlled Trial of Family Therapy versus Guided Cognitive Behavioural Self-help Treatment

Eisler I.

Rearder in Family Therapy

Institute of Psychiatry and Maudsley Hospital, London

Souhrn: Epidemiologická data a klinická praxe ukazují, že adolescenti s mentální bulimií tvoří nejširší skupinu mladých lidí s poruchou příjmu potravy, ale je málo studií, které by ověřovaly terapii této skupiny. Současná studie je prvním systematickým posouzením léčby u adolescentů s mentální bulimií, která se snaží nedostatek těchto poznatků doplnit. 85 adolescentů (ve věku od 13 do 20 let) bylo náhodně přiděleno k jedné ze dvou skupin, každá podstoupila ambulantní léčbu trvající do 15 sezení přes 6 měsíců: a) rodinná terapie nebo b) kognitivně-behaviorální vedená svépomocná léčba. Pacienti a jejich rodiny byli posuzováni před léčbou, po ukončení léčby a po jednom roce. Práce popisuje tyto dva léčebné modely a jejich výsledky na konci léčby a po roce sledování.

Klíčová slova: rodinná terapie, mentální bulimie.

Summary: Epidemiological and general practice surveys show that adolescents with bulimia nervosa from the largest group of young people with an eating disorder yet very hardly any research exists to evaluate treatment for this group. The present study is the first systematic evaluation of treatments for adolescent bulimia nervosa which aims to begin to address this deficit in our knowledge. Eighty five adolescents (aged 13 to 20)

with bulimia nervosa were randomly assigned to one of two out-patient treatments each lasting up to 15 sessions of over 6 months: (a) family therapy or (b) cognitive-behavioural guided self-help treatment. Patients and their families were assessed pretreatment, post-treatment and at 1 year. The paper will describe the two treatment models and the outcome findings at end of treatment and follow-up.

Key words: family therapy, bulimia nervosa

Standardy pro léčbu poruch příjmu potravy ve Velké Británii

British Guidelines for the Treatment of Eating Disorders

Uher R.

South London and Maudsley NHS Trust, Institute of Psychiatry, PO 59, DeCrespigny Park, London, SE5 8AF, UK

r.uher@iop.kcl.ac.uk

Souhrn: Autor prezentuje standardy pro léčbu poruch příjmu potravy vypracované ve Velké Británii National Institute for Clinical Excellence (NICE) v roce 2004.

Klíčová slova: standardy, léčba poruch příjmu potravy.

Summary: The National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004 Guidelines for the treatment of eating disorders will be presented.

Key words: guidelines, treatment of eating disorders.

V roce 1999 byl ve Velké Británii zřízen National Institute for Clinical Excellence (NICE, Národní Institute pro Prvotřídní Klinickou Praxi) – nezávislá organizace v rámci NHS (National Health Service; národní zdravotnictví), jejímž úkolem je vypracovat na důkazech založené standardy lékařské péče. Doporučení uvedená ve standardech jsou hierarchicky kódována podle úrovně důkazů, které je podporují: **A** – jedna nebo více kvalitních randomizovaných kontrolovaných studií; **B** – dobře provedené nerandomizované klinické studie; **C** – konsenzuální doporučení expertů v oboru. Tyto standardy jsou závazné pro zaměstnance a poskytovatele zdravotní péče v NHS a jejich dodržování je monitorováno auditem.

Jedním z prvních vydaných jsou standardy péče o pacientky s poruchami příjmu potravy uveřejněné v lednu 2004 a volně přístupné na <http://www.nice.org.uk>. Jsou výsledkem několikaleté práce skupiny špičkových expertů v oboru; mimo jiných se na nich podíleli Simon Gowers, Christopher Fairburn, Bob Palmer, Janet Treasure, Ulrike Schmidt a Rachel Bryan-Wought. Klíčová doporučení shrnují v následujících odstavcích podle diagnostické skupiny a úroveň důkazů (**A**, **B**, **C**) uvádím v závorce za každým z doporučení:

Mentální bulimie: Pacientky s mentální buli-

mií jsou léčeny ambulantně. Jako první krok je možné pacientkám s mentální bulimií nabídnout program léčby svépomocí (self-help) založený na kognitivně-behaviorálním přístupu (**B**). Alternativním počátečním krokem je terapeutický pokus s antidepresivy ze skupiny SSRI (fluoxetin 60 mg denně); pacientky mají být informovány, že medikace může redukovat záchvatovité přejídání, ale dlouhodobé účinky antidepresiv u mentální bulimie nejsou známy (**B**). *Pacientkám má být nabídnuta individuální kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na léčbu mentální bulimie (tzv. CBT-BN) v rozsahu 16 až 20 sezení (A)*. Adolescentní pacientky s mentální bulimií mohou být léčeny pomocí adaptované CBT-BN s možným zahrnutím rodiny (**C**). Pokud pacientkám CBT-BN nevyhovuje nebo nevede k žádaným výsledkům, je třeba zvážit jinou psychologickou léčbou (**B**). Interpersonální terapie (IPT) je vhodnou alternativou (**B**).

Mentální anorexie: Většina pacientek s mentální anorexií má být léčena ambulantně: léčby by v každém případě měla zahrnovat psychologickou terapii (rodinou, kognitivně-behaviorální, interpersonální nebo kognitivně-analytickou) a lékařské monitorování rizika somatických komplikací (**C**). Pokud si závažnost choroby vyžádá léčbu na denním stacionáři nebo hospitalizaci, tato má být na specializované jednotce, která poskytne kombinovanou lékařskou a flexibilní psychologickou péči; rigidní programy behaviorální modifikace nejsou doporučeny (**C**). Po hospitalizaci má vždy následovat ambulantní psychologická léčba zaměřená na symptomy poruchy příjmu potravy a lékařské monitorování (**C**). *Rodinná terapie je léčbou volby pro adolescentní pacientky s mentální anorexií (B)*. Farmakoterapie není doporučena jako primární léčba mentální anorexie (**C**).

Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy: Ačkoli se jedná o nejběžnější diagnózu, v současnosti je nedostatek důkazů o účinnosti léčby u této skupiny pacientek. Prozatím je doporučeno následovat doporučení pro mentální bulimii a anorexii i u nadprahových a atypických forem poruch potravy (**C**). *Pacientkám se záchvatovitým přejídáním má být nabídnuta specializovaná forma kognitivně-behaviorální terapie (CBT-BED) s informací, že psychologická léčba má jen malý vliv na tělesnou hmotnost (A)*. Alternativní léčbou záchvatovitého přejídání jsou antidepresiva typu SSRI; pacientky mají být informovány že medikace může redukovat záchvatovité přejídání, ale dlouhodobé účinky antidepresiv u této skupiny pacientů nejsou známy (**B**).

V závěru skupina expertů NICE konstatuje, že je třeba provést kvalitní randomizované studie testující specifické terapie pro mentální anorexii, jinak nespecifikované poruchu příjmu potravy, a pacientky s mentální bulimií s nedostatečným terapeutickým efektem CBT-BN.

Literatura

1. **Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kraemer, H. C.:** A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 57, 2000, pp. 459–466.
2. **Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F., Szmukler, G., Le Grange, D., Dodge, E.:** Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 1997, pp. 1025–1030.
3. **Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., Peveler, R. C.:** A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 1995, pp. 304–312.
4. **Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R.:** Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav. Res. Ther.*, 41, 2003, pp. 509–528.
5. **Russel, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C., Eisler, I.:** An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 1987, pp. 1047–1056.

Internet:

<http://www.nice.org.uk>

**Standardy léčby poruch příjmu potravy v České republice**

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders

Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Autorka shrnuje poznatky o doporučených klinických postupech pro poruchy příjmu potravy v ČR a možnostech a limitech jejich uvedení do praxe ve srovnání se zahraničními postupy.

Klíčová slova: standardy léčby, klinické postupy.

Summary: The author summarizes the current knowledge about the clinical guidelines for eating disorders in the CR and the conditions and limitations of their implementation in the clinical practice.

Key words: guideline for treatment, clinical guidelines.

V posledním desetiletí vznikají léčebné postupy, založené na vědecky ověřených datech, ve většině vyspělých států. Následně jsou revidovány v obdobích 2–5 let, podle nárůstu nových poznatků. Postupy pro poruchy příjmu potravy jsou vypracovány i v různých modifikacích pro jednotlivé odborníky, kteří se s problematikou setkávají (pro praktické lékaře, pediatry, nutricionisty, pro odborníky ostatních oborů, pro laickou veřejnost). Standardy jsou již většinou dostupné na internetu. Americká psychiatrická asociace, například, od roku 1991 vypracovala a publikovala celkem 13 standardů léčby, 4 revize léčebných standardů, 4

příručky pro použití standardů a množství různých materiálů, které ze standardů vycházejí, například rychlý průvodce standardů léčby a postgraduální kurzy lékařů. Kurzy jsou doporučovány a supervidovány jako součást celoživotního vzdělávání.

U nás v oblasti poruch příjmu potravy vznikají standardy léčby společně se standardy pro ostatní psychiatrické diagnózy a současně se zahraničními. Vycházejí především ze zahraničních studií. Standardy Americké psychiatrické společnosti pro poruchy příjmu potravy vznikly poprvé v roce 1993 (<http://www.psych.org/cme>) i s ukázkami typických kazuistik. Anglická odborná společnost vydala standardy (NICE 2004, www.nice.org.uk). Naše léčebné standardy pro psychiatry vznikly v roce 1999 (4) a v roce 2002 jejich modifikace pro praktické lékaře.

Obecně nejvíce informací v odborné literatuře se týká léčby bulimie. Odborníci se shodují v tom, že více úsilí je třeba v budoucnosti věnovat léčbě anorexie a atypických forem poruch příjmu potravy (EDNOS), u kterých ještě dostatek informací o účinných intervencích chybí.

Kromě doplňování vědecky podložených léčebných postupů čeká na odborníky významný úkol adekvátně a co nejdříve znalosti rozšiřovat mezi další odborníky a kliniky (2). Zároveň měly léčebné postupy být garantovány a monitorovány, aby ověřeným metodám odpovídaly. Evidence-based medicína, založená na randomizovaných, dvojitě slepých, placebem kontrolovaných studiích s sebou automaticky nepřináší ani adekvátní používání, ani rozšiřování a výuku účinných terapeutických přístupů. Sama o sobě nezaručuje ani používání optimálních způsobů péče ani přístupnost terapeutických programů. Zavedení doporučených postupů do praxe vyžaduje i úsilí při hledání nejvhodnějších způsobů financování (1). Práce je zaměřena na srovnání našich možností a etických a ekonomických limitů při uplatňování léčebných standardů v naší klinické praxi v ČR a ve velké Británii.

Literatura

1. **Drake, R. E., Goldman, H. H., Left, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., Torrey, W. C.:** Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatr Serv*, 52, 2001, pp. 179–82.
2. **Johson, O.:** Best practice standards: How are we going to get clinicians to make use of evidence based medicine. International Conference on Eating Disorders, Orlando, Florida USA, April-May, 2004. Abstract book.
3. **Papežová, H.:** Anorexia nervosa, bulimia nervosa. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ČLS JEP, Praha, 2003.
4. **Papežová, H.:** Standardy psychiatrie. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy psychiatrické péče. Galén. Praha 1999, s. 149–154.

5. **Papežová, H.:** Poruchy příjmu potravy. In: Sefertová D., Praško J., Höschl C.: Postupy v léčbě psychických poruch. Medical Tribune Group, Praha 2004, s. 335–350.
6. **Papežová, H.:** Poruchy příjmu potravy. In: Höschl C., Libiger J., Švestka J.: Psychiatrie, 2. doplněné a opravené vydání. Tigris, 2004.
7. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision) Suppl. Am J. Psychiat., 1, Jan 2000 pp. 39.
8. **Papežová, H.:** Poruchy příjmu potravy – etika a ekonomika V. sjezd PS ČLS JEP – Špindlerův Mlýn, 2004.



Cognitive-behaviour Therapy for the Eating Disorders

Kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy

Waller G.

St. George's Eating Disorders Service and Institute of Psychiatry, King's College London

Summary: Outline of session

This session will address the use of cognitive-behavioural treatment (CBT) with the full range of eating disorders. The evidence base regarding CBT will be considered, demonstrating both strengths and weaknesses. First, I will consider the important background issues to therapy (e.g., motivation, comprehensive assessment). Second, I will outline models of the links between cognitions, emotions and behaviours, to assist in formulation cases. Finally, I will outline techniques for the treatment of bulimic and restrictive behaviours. This will include an introduction to the twin tools of cognitive restructuring and behavioural experiments for modifying eating concerns, but will also consider techniques for working with bulimic and restrictive behaviours that are driven by interpersonal and emotional factors. Case material will be used throughout, to demonstrate these techniques in action.

Key words: cognitive-behaviour therapy.

Souhrn: Vymezení workshopu

Tento workshop se bude zabývat použitím kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u celé škály poruch příjmu potravy. Budou probírány evidence-based postupy, jejich přednosti a nedostatky. Zprvu se autor bude věnovat důležitým základním podmínkám terapie (například motivaci, komplexnímu posouzení). Poté autor vymeze modely spojující kognici, emoce a chování v popisu jednotlivých případů. Nakonec popíše autor techniky léčby bulimického a restriktivního chování. To bude spočívat v úvodu ze spojených nástrojů kognitivní restrukturalizace a behaviorálních experimentů pro modifikaci zaujetí jídlem. Autor se bude věnovat i technikám práce s bulimickým a restriktivním chováním ovlivněným interpersonálními a emocionálními faktory. Během workshopu budou používány kazuistiky k demonstraci jednotlivých technik.

Klíčová slova: kognitivně behaviorální terapie.

V posledních letech došlo v oblasti poruch příjmu potravy ke změně: Větší důraz než na diagnózu se začal klást na prvky společné všem typům poruch příjmu potravy. Tato změna byla vynucena potřebou vysvětlit velké množství případů, které do diagnostických kategorií nezapadají. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se pro tento nedagnostický přístup hodí, jelikož se zaměřuje na kognice, postoje a chování, kterými se poruchy příjmu potravy vyznačují napříč diagnostickým spektrem.

KBT, která je založena na důkazech, je léčbou volby pro mnoho lidí trpících bulimií, ačkoli dosahuje jen středně velkého efektu (2,4). Díky současnému vývoji v KBT se však její efektivita zvyšuje. Aby KBT dosáhla vyšší účinnosti, je třeba zohlednit aspekty motivace a terapeutického vztahu. Je podstatné, aby se pacient během KBT naučil, jak být sám sobě terapeutem. Jakmile jsou tyto základní předpoklady dosaženy, terapeut buduje formulaci, která zahrnuje pro dotyčného typické kognitivní a behaviorální prvky. Inspirací pro tuto formulaci mohou být existující modely. Terapeut by neměl zapomenout ani na tělesné rizikové faktory.

Modely poruch příjmu potravy

Předkládaný model poruch příjmu potravy je založen na obecném KBT modelu souvislosti mezi myšlenkami, náladou a chováním. Některé (tzv „udržovací“) modely se původem poruchy nezabývají, jiné („rozšířené“) berou v potaz roli raných zážitků. Zatímco udržovací modely se ukázaly být účinné v jednodušších případech, rozšířené modely se doporučují pro komplexnější případy. Nicméně, mnozí pacienti se neuzdraví. „Transdiagnostický“ model (1, 6) a další komplexnější modely vznikly jako reakce na tento nezdár (7).

Počáteční fáze KBT

Základními složkami KBT poruch příjmu potravy jsou behaviorální experimenty a kognitivní restrukturalizace. Pomocí těchto technik dochází k prověřování a zpochybňování přesvědčení. Klíčem k řešení těchto problémů je psychoedukace: je třeba, aby pacientka porozuměla, jak může svým přesvědčením čelit s pomocí „neutrálnějších“ informací, které vedou k formulaci alternativních hypotéz. Je zásadní přesvědčit pacientku, aby monitorovala svůj jídelníček a realističtěji si tak uvědomovala spojitost mezi jídlem a jeho domnělými následky

Po této počáteční fázi je možné se zaměřit na specifické cíle. Ty se obvykle soustředí na dvě nadhodnocená přesvědčení, která vznikají v důsledku hrubých kognitivních distorzí (např. černobílé myšlení, pověřivé/magické myšlení, katastrofizování). Tyto dvě přesvědčení jsou „jakmile začnu jíst, nedokážu přestat“ a „pokud budu jíst víc, ztratím kontrolu nad svou tělesnou hmotností“

i chováním“. Tato jsou zpochybňována pomocí kognitivní restrukturační a behaviorálních experimentů.

Kognitivní restrukturační

Cílem je podporovat pacientku v rozpoznávání a modifikaci dysfunkčních přesvědčení. Tento proces podporuje flexibilitu a vede ke změnám myšlení a chování. Nástrojem je zde sokratovské tázání. Dotyčná potřebuje být schopná: porozumět svému přesvědčení a rozpoznat jeho sílu, porovnat důkazy pro a proti tomuto přesvědčení, vyvinout alternativní přesvědčení a hledat důkazy, s jejichž pomocí dokáže porovnat původní a alternativní verzi. Tato restrukturační dovede pacientku k náhledu, jak její přesvědčení a chování vedou k pocitu kontroly nad životem a emočními stavy. Kognitivní restrukturační je obzvláště užitečná pro úpravu podmíněných „když...tak“ přesvědčení. Pro nepodmíněná přesvědčení však tento přístup nefunguje stejně dobře a je méně účinný než plánované behaviorální experimenty.

Behaviorální experimenty

Byl by omyl myslet si, že tyto behaviorální experimenty jsou založené na principu expozice. Přestože mohou vést k přechodnému snížení úzkosti, jejich klíčovou úlohou je, že zpochybňují přesvědčení, která plodí chování. Takovým přesvědčením je třeba jasně porozumět. Pokud se pacientka například omezuje v jídle ve společnosti dalších lidí, může to být z obavy například z příbytku na váze nebo z negativní sociální percepce. Tyto obavy je třeba jasně formulovat a prověřit jejich oprávněnost. Terapeut potom může pacientce pomoci vyvinout a vyzkoušet alternativní přesvědčení (např. jíst s ostatními může být příjemné). Každá změna by se měla odehrát v rozumném časovém rámci. V posunu od původního k adaptivnějšímu přesvědčení pomůže pacientce metoda sokratovského tázání spíše než dohadování.

Další cíle KBT poruch příjmu potravy

KBT poruch příjmu potravy se pochopitelně zaměřuje i na jiné cíle, například modifikace narušeného vnímání vlastního těla a prevence relapsu. KBT je však možné použít i ke zvládnutí komorbidních poruch jako například deprese, úzkost a posttraumatická stresová porucha.

Komplexnější KBT přístupy

Výše popsaný KBT přístup se zaměřuje na přesvědčení, která jsou relativně zřejmá (negativní automatické myšlenky, dysfunkční předpoklady). Lidé s poruchami příjmu potravy však často trpí komplexnějšími kognitivními, interpersonálními a emočními problémy. Přestože transdiagnostický KBT přístup (2) se vypořádává i s těmito problémy, terapeut by měl být obeznámen i s řadou dalších metod. Interpersonální potíže si mohou žádat

trénink sociálních dovedností, interpersonální psychoterapii nebo psychodynamickou terapii. Problém s regulací emocí je obzvláště častý u pacientek s impulzivní symptomatikou. Ke zvládnutí těchto problémů je možné využít mnohé nástroje dialektické behaviorální terapie Marshy Linehanové (3), např. „mindfulness“ (uvědomování si) a toleranci stresu. Dialektická behaviorální terapie je prokazatelně účinná v léčbě lidí trpících bulimií (5). U pacientek s komorbidními poruchami osobnosti často nalézáme nepodmíněná přesvědčení, kognice na úrovni schématu (8). Waller a spol. (7) navrhuje metodu pro modifikaci těchto přesvědčení.

Literatura

1. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R.: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 2003, pp. 509-528.
2. Fairburn, C. G., Harrison, P. J.: Eating disorders. *Lancet*, 361, 2003, pp. 407-416.
3. Linehan, M. M.: Cognitive-behavioural treatment for borderline personality disorder: The dialectics of effective treatment. New York: Guilford, 2003.
4. National Institute for Clinical Excellence. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical guideline 9. London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2004.
5. Safer, D. S., Telch, C. F., Agras, W. S.: Dialectical behaviour therapy adapted for bulimia: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, 2001, 30, pp. 101-106.
6. Waller, G.: Why do we diagnose different types of eating disorder? Arguments for a change in research and clinical practice. *Eating Disorders Review*, 1, 1993, pp. 74-89.
7. Waller, G., Kennerley, H., Ohanian, V.: Schema-focused cognitive behaviour therapy with eating disorders. L.P. Riso, P.T. du Toit, J. E. Young (Eds). *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist-practitioner guide*. New York: American Psychological Association (in press).
8. Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E.: *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford, 2003.

Překlad: Barbara Pavlová, Rudolf Uher

Genes and Environment in Eating Disorders: What Patients, Families and Practitioners Need to Know

Geny a prostředí u poruch příjmu potravy: Co by měli pacienti, rodiny a praktičtí lékaři vědět.

Bulik Cynthia M.

University of North Carolina at Chapel Hill, USA

Summary: Recent advances in psychiatric genetics

have forced us to reconceptualize our notions regarding the etiology of mental illness. Nowhere has the revolution been more apparent than in the field of eating disorders. Less than a decade ago, anorexia and bulimia nervosa were still commonly viewed as „disorders of choice“ in which young girls strove to achieve dangerously thin ideals based on images projected in the media. Today we have progressed to the point of having identified areas of the human genome and specific genes that may influence risk for both anorexia and bulimia nervosa.

This presentation will review both genetic and environmental risk factors for eating disorders. It will also detail the progression of our understanding of the role that genes play in influencing risk for eating disorders with a particular focus on the impact of temperament.

Psychiatric genetic research has both immediate and long-term implications for prevention, detection, treatment, and resilience. Eventually, we may be able to identify genetic profiles that can index risk for the development of various psychiatric conditions. However, that technology is far in the future. In the interim, enhanced understanding of the roles that genes and environment play can inform decisions about targeted prevention and identify individuals who might be at increased risk. Such knowledge, coupled with research on protective environmental factors, could assist with developing early interventions that enhance traits that protect against the development of eating disorders and other psychiatric conditions in potentially vulnerable individuals.

Understanding genetic research can be a challenge to practitioners and the practical impact of genetic findings for treatment and prevention can be obscure. In this talk I will present both immediate and long term implications of the findings, future directions of genetic research including more sophisticated approaches to understanding gene-environment interplay, and helpful guides for clinicians for integrating the genetic findings into their practices with patients with eating disorders. Key words: genes, environment, eating disorders, clinical implications.

Souhrn: Současný pokrok v psychiatrické genetice nás nutí přeprocovat naši koncepci etiologie duševního onemocnění. V oblasti poruch příjmu potravy jsou tyto revoluční nálezy velmi významné. Před méně než deseti lety anorexie a bulimie byly obecně ještě považovány za „onemocnění volby,“ při které se mladé dívky snaží dosáhnout nebezpečné ideální štíhlosti založené na obrazech předkládaných médiu. Dnešní pokrok nám umožnil identifikovat oblasti lidského genomu a specifické geny, které mohou anorexii i bulimii ovlivnit. Tato prezentace bude věnována přehledu genetických i environmentálních rizikových faktorů pro obě onemocnění. Upřesní naše porozumění roli genů v ovlivnění rizika vzniku poruch příjmu potravy s důrazem na temperament.

Psychiatrický výzkum v genetice má krátkodobý i dlouhodobý dopad na prevenci, detekci, léčbu a úzdravu. Cílem by měla být možnost identifikovat rizikové genetické profily pro rozvoj různých psychiatrických postižení. Taková technologie je ještě otázkou vzdálené budoucnosti. V mezidobí můžeme zlepšit naše porozumění roli genů a prostředí a pochopit význam této informace pro

cílenou prevenci a identifikaci rizikových osob. Genetické znalosti spojené s výzkumem protektivních environmentálních faktorů mohou přispět k časné intervenci, chránící potenciálně vulnerabilní jedince před vznikem poruch příjmu potravy i jiných psychických obtíží.

Pochopit genetický výzkum je důležité i pro praktické lékaře, přestože praktický význam genetických nálezů pro léčbu a prevenci onemocnění nebývá často zcela jasný. V této přednášce se autorka bude věnovat výkladu krátkodobých i dlouhodobých důsledků současných nálezů, dalším směrům genetického výzkumu i více sofistikovaným přístupům k interakcím mezi geny a prostředím. Poskytne užitečná doporučení pro klinické pracovníky jak integrovat genetické znalosti do klinické práce s pacienty s poruchami příjmu potravy.

Klíčová slova: geny, prostředí, poruchy příjmu potravy, praktické využití.



The Use of Text Messaging in the Treatment of Childhood Overweight

Použití SMS v léčbě nadváhy v dětství

Shapiro Jennifer R.¹, Bauer Stephanie², Kordy Hans², Bulik Cynthia M.¹

*University of North Carolina at Chapel Hill, USA¹
Center for Psychotherapy Research Heidelberg, Germany²*

Summary: The prevalence of overweight and obesity has increased dramatically in the US as well as in the European population in recent years. This health problem is also becoming increasingly common in children and adolescents. Family-based intervention efforts have been shown to be of critical importance in effecting change in diet and activity patterns in children and in maintaining long-term change. Although effective, family-based interventions are often too expensive and logistically cumbersome to be practical. Internet and technology-based interventions open new ways for the delivery of care. In the field of eating disorders, interventions using different communication media have already been found to be effective, convenient, and desirable approaches to improve health care.

Based on a previous version of a successful SMS (text messaging) program for improving care in bulimia nervosa, the present study was designed to develop and test the feasibility of a parent-child based SMS feedback intervention for childhood overweight in children ages 5–8. Following a three-week basic psychoeducational treatment package, this study will compare the feasibility, acceptability, and efficacy of an SMS based self-reporting and feedback system with traditional paper and pencil self-monitoring and with a control group of no monitoring. This program will allow parents and children to input self-monitoring data on physical activity, sugar sweetened beverages, and screen time directly onto cell phones and receive immediate specific feedback on their progress.

This presentation will illustrate the study design,

demonstrate the use of the program, and allow interested participants to test the software.

Key words: messaging, treatment of overweight in children.

Souhrn: V posledních letech prevalence nadváhy a obezity dramaticky vzrůstá jak v USA tak v Evropě. Tento zdravotní problém se stává stále častější u dětí a adolescentů. Intervence zaměřené na rodinu se zdají být velmi významné pro ovlivnění jídelního režimu a aktivity u dětí a navozují jejich dlouhodobější změnu. Přestože jsou účinné, rodinné intervence jsou často příliš nákladné, což je v praxi někdy zatěžující. Proto intervence používající internet a nové technologie otevírají nové cesty péče. Na poli poruch příjmu potravy intervence používající různá komunikační media byly již popsány jako účinné, vhodné a žádoucí pro zlepšení zdravotní péče.

Na podkladě předchozího úspěšného programu SMS, založeného pro zlepšení systému péče o bulimické pacientky, předkládáme studii zaměřenou na vytvoření a testování proveditelnosti SMS programu pro děti a rodiče u dětí s nadváhou ve věku 5–8 let. Po třech týdnech základní psychoedukace tato studie bude srovnávat proveditelnost, úspěšnost a přijatelnost tohoto programu založeného na SMS monitorování – posílání zpráv o sobě a přijímání zpětných vazeb. Tato metoda bude srovnána s tradičním přístupem papír-tužka monitorováním a kontrolními skupinami bez monitorování. Tento program pomůže rodičům a dětem svépomocně monitorovat fyzickou aktivitu, spotřebu cukrem slazených nápojů, mapovat čas pomocí mobilu a získávat okamžitou specifickou zpětnou vazbu o vlastním pokroku. Tato prezentace předvede projekt programu, jeho užívání a pro účastníky, které to bude zajímat, i testování softwaru.

Klíčová slova: používání SMS, léčba nadváhy u dětí.



Delivery of Care through the Internet for Patients with Eating Disorders

Péče pomocí internetu u pacientů s poruchou příjmu potravy

Kordy H., Golkaramnay V., Bauer S., Haug S.
Centre for Psychotherapy Research, Centre of Psychosocial Medicine, University

Summary: Technological innovations open new ways for the delivery of care for patients with eating disorders. Low threshold programs such as self-help and psycho-education can be offered via internet, primary carers can deliver care assisted or supervised by specialists through the internet, or specific step-down interventions after treatment at specialised centres can be delivered through internet or text messaging and mobile telephones. Thus, the new communication tools extend the reach of specialised therapists and clinics. This is of particular importance for us to now underserved populations, for example, in remote areas. The Centre for Psychotherapy Research has successfully explored the use of the internet in an individual as

well as in group setting over the last three years (the technology got approval from the official representative of the office for data security of the state Baden-Württemberg, Germany). In this presentation we will report on the potential of chat-groups as step-down care program:

After the end of a 4–6 weeks long inpatient treatment phase patients meet as a group in an internet-chat room together with an experienced group therapist. The setting is kept similar to typical group therapy sessions; i.e. 8–10 patients meet weekly for 90 minutes for a maximum of 12–15 weeks. Patients report routinely on their health status before the sessions, so that the therapist is always informed about the recent course and can address that in the group session if considered clinically meaningful.

In a controlled prospective observational study the technique proved feasible, the acceptance by the patients was high, and the outcome was very promising. These findings encourage further clinical explorations, for example, for patients with AN. They are often treated in specialised hospitals and continuation of treatment after discharge is often difficult, although strongly recommended. Experienced therapists are not easy to find at every place, and if one is lucky to find one, the new beginning often proves difficult and of high risk for drop-out. After-care via internet chat-groups can take advantage of a well established therapeutic relationship and thus, bridge the gap between the protected environment of a hospital and daily life.

Key words: internet, after care group sessions.

Souhrn: Technologické inovace otevírají nové cesty péče o pacienty s poruchami příjmu potravy. Nizkoprahové programy jako jsou self-help skupiny a psycho-edukační programy mohou být nabízeny cestou internetu, lékaři primární péče mohou poskytovat péči s asistencí nebo supervizí specialistů pomocí internetu. Specifické „step-down“ intervence po terapiích mohou na specializovaných centrech poskytovat pomocí internetu nebo SMS a mobilních telefonů. Tyto nové nástroje rozšiřují možnost kontaktu se specializovanými terapeuty a klinikami. Toto je velmi důležité především u oblastí, kde je služeb málo, například ve vzdálených lokalitách.

The Centre for Psychotherapy Research v Heidelbergu se s úspěchem věnoval během posledních tří let možnosti využití internetu v individuální i skupinové práci (postup byl schválen oficiálními reprezentanty úřadu pro bezpečnost dat státu Baden-Württemberg, Germany). Tato prezentace se bude zabývat potenciálem diskusních skupin a „step-down“ péče.

Po ukončení 4–6 týdnů hospitalizace se pacienti setkávají ve skupině diskusního klubu se zkušeným terapeutem. Sezení je vedeno podobně jako typická skupinová terapie: 8–10 pacientů se setkává týdně na 90 minut, maximálně 12–15 týdnů. Pacienti podávají rodině zprávy o svém zdravotním stavu před sezením, takže je terapeut vždy informován o současném stavu a může se zabývat na skupině tím, co je klinicky významné.

V kontrolovaných prospektivních observačních studiích tato technika byla prokazatelně přijatelná, pacienti ji vysoko oceňovali a výsledek byl slibný. Tyto výsledky nás povzbuzují k dalšímu klinickému výzkumu, napří-

klad pro pacienty s anorexia nervosa. Ti jsou často léčeni ve specializovaných nemocnicích, ale pokračování programu po propuštění je obtížné, přestože je důrazně doporučováno. Zkušenosti terapeuti nejsou lehce dostupní nikde, a když má pacient štěstí, že někoho najde, nový začátek se často ukáže jako obtížný s vysokým rizikem drop-outu. Následná péče pomocí internetových diskusních skupin může nabídnout pokračování ve kvalitních terapeutických vztazích a přemostit nedostatek mezi chráněným prostředím nemocnic a každodenním životem.

Klíčová slova: internet, následná péče, skupinové sezení.



Prezentace projektu arteterapeutické dílny „Podzemka“ při Psychiatrické klinice VFN Praha

Presentation of Artetherapeutic Workshop „Podzemka“ at Psychiatric Clinic VFN, Praha

Hübllová M., Víchová V.

Pražská vysoká škola psycho-sociálních studií, Praha

Souhrn: Naši prezentaci chceme představit projekt arteterapeutické dílny, který vznikl díky grantu národní agentury Mládež, podpoře Psychiatrické kliniky VFN, jejich zaměstnanců, pomocí mnohých dobrovolníků, našich přátel a rodin. Realizace projektu byla zahájena 1. září 2004, a to vyklizením prostoru budoucí dílny,

původně totiž tento prostor sloužil jako sklad. Otevření dílny se konalo 19. ledna 2005. V budoucnu bude dílna sloužit jako prostor pro pravidelnou skupinovou a individuální práci s klienty arteterapeutické dílny. Dílna bude využívána zejména klienty denního stacionáře a oddělení pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN a denního stacionáře pro adolescenty tamtéž. Věříme, že se „Podzemka“ stane pro pacienty příjemným a snad i trochu netradičním místem k terapii a že arteterapeutické techniky přispějí k jejich brzké úzdavě.

Klíčová slova: arteterapeutická dílna, denní stacionář.

Summary: In our presentation we would like to introduce the project of artetherapeutic workshop which was founded thanks to grant from National agency Mládež (Národní agentura Mládež), support from Psychiatric Clinic of the Faculty Hospital, its employees, help of many volunteers, our friends and families. The realization has started 1. September 2004 by cleaning the rooms of future workshop, which were originally a warehouse. The workshop was officially opened on 19. January 2005. In future it should be used as a place for regular group and individual work with the clients of artetherapeutic workshop. The workshop will be used mainly by the clients of day care center and eating disorder ward at Psychiatric Clinic 1. LF UK a VFN and clients of day care for adolescents at the same place. We believe that „Podzemka“ will become pleasant and maybe also less traditional place for therapy and that artetherapeutic techniques will contribute to their recovery.

Key words: artetherapeutic workshop, day care center.

České a slovenské odborné časopisy s impakt faktorem

Titul -----IF 2003

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Acta Vet. Brno----- | 0,336 |
| Acta Virol. ----- | 0,683 |
| Ceram-Silikaty ----- | 0,449 |
| Cesk. Psychol.----- | 0,232 |
| Cesk. Slov. Neurol. N.----- | 0,047 |
| Collect. Czech Chem. C ----- | 1,041 |
| Czech J. Anim. Sci.----- | 0,217 |
| Czech J. Phys.----- | 0,263 |
| Czech Math. J. ----- | 0,210 |
| Eur. J. Entomol.----- | 0,741 |
| Financ. a Uver----- | 0,112 |
| Folia Biol. Prague----- | 0,527 |

| | |
|---------------------------|-------|
| Folia Geobot. ----- | 1,057 |
| Folia Microbiol.----- | 0,857 |
| Folia Parasit.----- | 0,469 |
| Folia Zool. ----- | 0,494 |
| Chem. Listy ----- | 0,345 |
| Kybernetika ----- | 0,319 |
| Listy Cukrov. ----- | 0,085 |
| Photosynthetica ----- | 0,661 |
| Physiol. Res ----- | 0,939 |
| Polit. Ekon.----- | 0,235 |
| Rost. vyroba ----- | 0,276 |
| Sociol. Cas.----- | 0,063 |
| Stud. Geophys. Geod.----- | 0,426 |
| Vet. Med. Czech ----- | 0,608 |

Zdroj: Journal Citation Reports 2003, ISI, Philadelphia USA
Převzato z AV ČR, leden 2005

WORKSHOPY

Arteterapie a body-image u poruch příjmu potravy

Artetherapy and Body Image in Eating Disorders

Konečná Z., Kulhánek J.

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

Souhrn: Workshop je ukázkou arteterapeutické práce s dívkami s poruchou příjmu potravy.

Klíčová slova: arteterapie, představa o vlastním těle.

Summary: The workshop will demonstrate the artetherapy approaches to eating disordered patients focused on body-image disturbances.

Key words: artetherapy, body-image.

Představa o vlastním těle a jeho vnímání je u pacientů s poruchami příjmu potravy narušená. Negativní vztah k vlastnímu tělu se projevuje v nerealistickém hodnocení tělesných proporcí, snahou o vyhýbání se konfrontaci s vlastním tělem nebo tělesností, snahou o extrémní vyhublost. Zároveň je u nich patrný rozdíl mezi tím, jak hodnotí vlastní proporce a proporce druhých, mají zkreslené představy o tom, jak je samotné hodnotí druzí lidé.

Účastníkům našeho workshopu nabídneme nahlédnutí do třírozměrného světa mentální anorexie a bulimie. Využijeme výtvarné prostředky (zejména modelování) k tomu, abychom získali vlastní zkušenost či alespoň představu, jaký tento svět je. Budeme pracovat s tělesným schématem, skrze které se dostaneme k typickým obtížím se sebepojetím u poruch příjmu potravy, s nimiž velmi souvisí emocionální či vztahová rovina jako je například snížená sebedůvěra, depresivní ladění, ztráta zájmu o okolní svět, o druhé a podobně.



Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy (Video a zážitková skupina do 12 lidí)

Body Work in Patients with Eating Disorders (Video and self-experience group for 12 participants)

Bechyňová B., Chudobová P.

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

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Workshop nabízí zhlédnutí skupinové práce s adolescentními pacientkami s PPP (videoprojekce) a vlastní zážitkovou část práce s tělem.

Klíčová slova: video, skupinová práce, uzemnění, centrování, facing.

Summary: Workshop offers information about the groups with adolescent patients with eating disorders (videoprojection) and self experience of participants with body work.

Key words: video, groups workshop, grounding, centering, facing.

Dívky s mentální anorexií a mentální bulimií vedou svůj největší boj proti svému tělu, ženskému tělu, které je jim největším nepřítelem. 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 psychoaterapie – biosyntézou, která zahrnuje tři hlavní terapeutické procesy – uzemnění (grounding), centrování (centering) a 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. Terapeut pracuje na uvolnění energie napjatých svalů tím, že přeměňuje napětí do projevitelného pohybu. Pracujeme s širokou paletou poloh těla, z nichž některé mají jistou podobnost se stresovými pozicemi v bioenergetice. Tedy vše co má vztah s pohybem, s prožíváním a cítěním svého těla, s nabitím a pohybem energie, pomáhá zvyšování groundingu.

Při **centrování** se jedná o proces, který napomáhá člověku najít a prohloubit pocit vlastního středu. Nejdůležitější je zde práce s dechem. Dech pomáhá dostat se do kontaktu s emocemi. Dýchání a emoce jsou v tak vzájemně hlubokém vztahu, že každá emocionální změna spojena se změnou dechového rytmu. Existují určité vzory dýchání, které jsou spojovány se strachem, hněvem, smutkem, nadějí, radostí atd. Práce s dechem má často za následek, hlavně u člověka se silnou racionální kontrolou, podporu emocionálního uvolnění nebo v jiném emocionálně labilním člověku emocionální „upevnění“. Práce s nádechem je smysluplná při stavech strachu, bezmoci, slabosti, smutku. Při stavech silného ovládnutí se, zadržování hněvu a zvýšeného napětí je užitečná práce s výdechem. Při práci s tělem je často vhodné, aby po jednom typu práce následoval opačný typ práce.

Facing rozvíjí všechny výrazové prostředky, které může člověk používat při kontaktování okolního světa. Vedle pohybového projevu jsou hlavními cestami navazování kontaktu oči a hlas. Facing rozvíjí schopnost člověka vidět a hlasem se vyjad-

řovat, ale i schopnost vnímat pohledy a hlas druhých, což napomáhá k odstranění eventuálního bloku mezi člověkem a druhými. Práce s hlasem vychází z poznání, že existuje úzký energetický vztah mezi vydaným tónem a svalovým napětím. Kvalita hlasu (sounding) je výrazově silný nástroj. Zlepšení uvolněnosti hlasu se spojuje se zlepšením svalového tonu. Kvalita hlasu podporuje grounding.

Všechny uvedené postupy se navzájem prolínají a doplňují. Práce s pohybem, dechem a hlasem tvoří tedy vnější základ naší práce.

Mezi hlavní terapeutické cíle práce s tělem u pacientek s PPP patří: **Znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama a přijetí vlastního těla, prožívání radosti z vlastního těla, omezení anorektické hyperaktivity, zlepšení sociálního kontaktu s okolím.**

Pacientky s PPP mají narušené vnímání vlastního těla. Tělo je pro ně zároveň špatné i fascinující. Vnímání vnitřních impulzů je zkresleno. Podmínkou uzdravení je vytvoření realistické představy o vlastním těle. V terapii orientované na tělo se zaměřujeme nejdříve na to, aby pacientky znovu přišly do *kontaktu s vlastním tělem*. Znamená to *znovuobjevování a znovuprožívání těla*. Tělo musí opět patřit pacientce, být součástí její identity a autonomie. Na tělo orientovaná terapie pomáhá vést pacientky k tomu, aby si uvědomily pocity a impulzy, které se v nich objevují. Dalším krokem je pak *přijetí těla*. V rámci terapie se zaměřujeme na to, aby anorektické pacientky přehodnotily své tělo jako potenciálně příjemné. Je třeba vést pacientky k tomu, aby se opět byly schopny radovat z fyzických počitků a vyjadřovat své pocity: tělo může být zdrojem i jazykem emocí. Charakteristickým znakem mentální anorexie je neustálý neklid nebo nutkání k pohybu. Místo aby anorektičky využívaly pohyb funkčně jako prostředek relaxace a potěšení, stávají se kořistí jakéhosi neosobního, egodystonního nutkání k pohybu. Cílem je přeměnit anorektickou hyperaktivitu za pohyb, který bude opravdu potěšující aktivitou, podpořit schopnost relaxace. Skupinová práce s tělem podporuje u pacientek vyjadřování pocitů a impulzů směrem k druhým, empatii, a tím napomáhá k zlepšení jejich sociálního kontaktu a rozvíjení interakce pacientek s druhými.

Nutriční podpora nemocných s mentální anorexií

Clinical Nutrition in Patients with Anorexia Nervosa

Kotrlíková E., Křížová J.

*Jednotka intenzivní metabolické péče,
III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Souhrn: Nutriční podpora u nemocných s mentální anorexií se neliší po stránce nutriční péče od nutriční podpory ostatních pacientů. Je však nutné postupovat v součinnosti s psychiatry a po propuštění z metabolické jednotky pokračovat v psychiatrické léčbě. Workshop podává přehled specifických rysů realimentace a jejich určitá úskalí.

Klíčová slova: nutriční podpora, metabolická jednotka, mentální anorexie.

Summary: Clinical nutrition of eating disordered patients does not differ substantially from other realimentation procedures. However the workshop will give the participants the overview of specific features of realimentation in this psychiatric illness.

Key words: clinical nutrition metabolic unit, anorexia nervosa.

Nutriční podporu u pacientů s mentální anorexií, pokud jsou v kritickém stavu a jsou hospitalizováni na metabolické jednotce, začínáme **jen po nezbytně nutnou dobu** parenterální cestou a snažíme se korigovat minerálovou a vitamínovou dysbalanci.

V co nejkratší době zavádíme nasogastrickou sondu a tou pak podáváme polymerní enterální výživu. Zpočátku v minimálních dávkách, vzhledem k atrofii střevní sliznice a k redukci trávicích enzymů při dlouhodobém hladovění.

Nemocné převádíme co nejdříve na příjem enterální cestou, současně s podáváním polymerní enterální výživy dáváme běžnou šetřící dietu. Je výhodné podávat k potravě současně preparáty s pankreatickými enzymy, potrava je pak lépe snášena a odpadají částečně dyspeptické obtíže.

Při realimentaci pacientů s mentální anorexií je nutné podávat kalorický příjem přísně individuálně a v počátku redukováné dávce vzhledem k adaptaci nemocného na malnutrici. Je nezbytné postupovat přísně individuálně a obezřetně zvyšovat kalorický příjem.

Pravidelné kontroly vnitřního prostředí a bilanování příjmu a výdeje tekutin jsou nutností. Příliš rychlá snaha o nabytí normální váhy může v důsledku přetížení organismu energetickými substráty ohrozit nemocného na životě (respirační selhání, selhání ledvin apod.).

Nutriční podpora u nemocných s mentální anorexií se neliší po stránce nutriční péče od nutriční podpory ostatních pacientů, jen je nutné si uvědomit, že jde o nemocné s psychiatrickým onemocněním a je nutné postupovat v součinnosti s psychiatry a po propuštění z metabolické jednotky pokračuje psychiatrická léčba.

Cross Cultural Comparisons and Inspirations in the Treatment of Eating Disorders

Transkulturní srovnání a inspirace pro léčbu u poruch příjmu potravy

Katzman Melanie A.

Dept of Psychiatry Cornell Medical Center, New York, NY, USA

Honorary Senior Lecturer, The Institute of Psychiatry, London, England

Summary: The detection of eating disorders globally provides a renewed challenge to popular explanatory models of self starvation. Following a brief review of the cross cultural data on the presentation and permutations of eating disorders over the last three decades, this talk will offer new suggestions for future inquiry.

It will be argued that the 1970's focused on eating disorders as a specific syndrome while the 1980's began to attend to the cultural specificity of the problem. The 1990's witnessed a surge in both biological and cultural research.

Although may appear to be divergent scientific methods, examination of molecular causes and treatments (the biological) may be successfully integrated into more molar methods of inquiry (the social and cultural). This presentation will attempt to refine our understanding of the often-cited influences of gender, weight, and culture on the development of eating disorders arguing that current models take too restricted a view of bodily expressions of distress. The importance of examining the manner in which diagnoses are formulated and whom they serve will be addressed as will the 12th century challenge to engage in cross disciplinary collaboration to further define the care we offer and the training we receive. Key words: cross cultural comparisons, explanatory models.

Souhrn: Globální výskyt a detekce poruch příjmu potravy přináší znovu otázky, týkající se populárních výkladových modelů o navození hladovění. Po krátkém přehledu transkulturních vlivů na prezentaci a změny poruch příjmu potravy během posledních tří desetiletí tato přednáška nabízí nové náměty pro budoucí výzkum.

Autorka bude dokumentovat skutečnost, že sedmdesátá léta se zaměřila na PPP jako na specifický syndrom, zatímco osmdesátá léta se už zajímala o kulturní specifitnost problému. Devadesátá léta byla svědkem nárůstu výzkumu biologických i kulturních faktorů. I když se zdají tyto metody spíše rozporuplné, výzkum molekulárních příčin a léčebných metod (biologický) může být úspěšně integrován do metod sociálních a kulturních. Tato prezentace se bude věnovat upřesnění našeho chápání vlivů pohlavních, váhových a kulturních na rozvoj poruch příjmu potravy s cílem poukázat na současné přílišné zúžení současných modelů na vyjádření distresu pomocí tělesných projevů. Důležitost zkoumání diagnostických přístupů je zdůrazněna spolu se zjištěním, komu diagnózy slouží. Pro 21. století jsou důležité interdisciplinární přístupy a spolupráce. Ty přispějí k definici adekvátní léčby, kterou máme poskytovat, a výcviku, kterého se nám má dostávat.

Klíčová slova: transkulturní srovnání, výkladové modely.

Literatura

1. **Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B., Hamburg, P.:** Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic fujian adolescent girls. *Br. J. Psychiatry*, 180, 2002, pp. 509–514.
2. **Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., Treasure, J.:** A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol. Behav.*, 79, 2003, pp. 13–24.
3. **Hoek, H. W., van Hoeken, D., Katzman, M. A.:** Epidemiology and cultural aspects of eating disorders. Review, in *Eating Disorders*, vol. 6, Edited by Maj, M., Halmi, K., López-Ibor, J. J., Sartorius, N., Chichester, U. K. John Wiley & Sons, 2003, pp. 75–104.
4. **Hoek, H. W., van Harten, P., Hermans, K., Katzman, M. A., Matroos, G., Susser, S.:** The Incidence of Anorexia Nervosa on Curacao. *Psychiatry*, 2005.
5. **Katzman, M. A., Hermans, K. M. E., van Hoeken, D., Hoek, H. W.:** Not your "typical island woman": anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Cult Med Psychiatry*, 28, 2004, 28, pp. 463–492.
6. **Katzman, M. A., Lee, S.:** Beyond body image: the integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *Int. J. Eat. Disord.*, 22, 1997, pp. 385–394.
7. **Nasser, M., Katzman, M. A., Gordon, R. A. (eds):** *Eating disorders and cultures in transition* London, Brunner-Routledge, 2001.

Psychologické koreláty jídelního chování a obezity

Psychological Correlats, Eating Behaviour and Obesity

Toman Erika

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

Erika.toman@hohenegg.ch

Summary: There is an ongoing discussion about the question, in what way psychological suffering, psychiatric disorders other than eating disorders, eating disorders and obesity are linked.

Key words: psychological correlats, eating behaviour, obesity.

Souhrn: Práce se zabývá stále aktuální otázkou, jakými cestami psychologické utrpení a psychiatrická onemocnění jiná než poruchy příjmu potravy jsou spojeny s obezitou a poruchami příjmu potravy samotnými.

Klíčová slova: psychologické koreláty, jídelní chování, obezita.

Psychologické koreláty

Rané psychiatrické studie (před 1985) podporovaly populární názor, že psychopatologie je obvy-

klá u lidí s nadváhou a hraje důležitou roli v rozvoji obezity. V roce 1992 Stunkard a Wadden (1) zjistili, že populace osob s nadváhou neudává vyšší výskyt symptomů obecné psychopatologie než kontrolní osoby s průměrnou váhou.

Přestože studie srovnávající obézní a neobézní osoby v 90. letech nenašly rozdíly v celkových aspektech psychologických funkcí (deprese, anxieta), jejich výsledek, že obezita s sebou nese riziko vzniku psychologických problémů, byl shodný s klinickými zkušenostmi a údaji od osob s nadváhou.

V roce 1995 Friedman a Brownell (2) navrhli zaměřit se v novém výzkumu na otázky „Psychologických korelátů obezity“. Navrhli další generaci studií, které začínají s modely rizikových faktorů, které identifikují ty jedince, kteří obezitou trpí, jejich nejvíce poškozené oblasti funkcí a třetí generaci studií, které by ukázaly kauzální vztah mezi obezitou a specifickými oblastmi distresu.

Spojení mezi obezitou a specifickými oblastmi distresu

Maddi a spol. (3) našli několik psychologických korelátů psychopatologie v národním vzorku morbidně obézních. Použili nezvykle rozsáhlý vzorek. Výsledky ukázaly, že procento subjektů, jejichž MMPI-2 skóry přesahují hladiny psychopatologických rysů depresivních poruch, anxiety a somatizace přesahovaly normativní očekávání. Regresní analýza dokonce ukázala, že zneužívání těchto jedinců a závislosti na návykových látkách v původních rodinách pozitivně predikovaly psychopathologii i BMI (zatímco vzdělání a počet dětí predikovaly negativně). Autoři dedukovali, že dysfunkční původní rodiny mohou vést k obezitě, nezralými mechanismy k zvládnání stresu, jako je stresové jedení. To může být důsledkem osobního vývoje a odpovědnosti za péči o rodinu.

Další oblast distresu byla popsána Millsem (4), a to především zvýšení interpersonální závislosti. Autor ukázal, že obézní muži vykazují vyšší skóre interpersonální závislosti než kontroly, podobně jako muži alkoholici. Walfish (5) našel v sebehodnocení emočních faktorů pacientů s nadváhou, že 40 % z nich je identifikováno jako „emoční jedlíci“. Tato skupina udávala přejídání při stresu, nudě, depresi, anxietě, zlosti či únavě.

Poruchy příjmu potravy

Obezita je svázaná s poruchou příjmu potravy ve 40–70 % (9). Nejčastější je psychogenní přejídání – BED (53,6 %), atypické formy bulimie EDNOS (12,4 %) a bulimia nervosa (20,6 %) (10).

Názorný přehled o vnitřní závislosti poruch příjmu potravy, nadváhy a psychopatologie je uveden na modelu podle dr. Toman (11) (tab. 1).

Tab. 1. Vnitřní závislosti poruch příjmu potravy, nadváhy a psychopatologie.

| Skupina | Diagnóza | Příznak | Psychopatologie |
|---------|-------------------|--|-------------------|
| 1. | Prostá obezita | Nadváha | zřídka |
| 2. | Obezita s BED | Nadváha se záchvaty přejídání, tj. konzumace větších porcí se subjektivně pocívanou ztrátou kontroly | středně vyjádřená |
| 3. | Obezita s bulimií | Nadváha s atakami – přejídání a kompenzačním chováním jako zvracení nebo abusus laxancií a diuretik | silně vyjádřená |

Psychiatrické poruchy

Existuje významná korelace mezi obezitou a poruchami příjmu potravy. Rozsáhlá švédská studie intervencí u obezity (6) vyzdvihla v roce 1993, že obézní udávají zřetelně horší současný zdravotní stav a více negativních emočních stavů než srovnávaní jedinci, především anxiety a/nebo deprese na úrovni psychiatrické komorbidity. Ve Švýcarské kohortě Lang (7) a Friedli (8) našli 47–57 % obézních s minimálně jednou psychiatrickou diagnózou. 33 % vykazovalo dvě i více psychiatrických poruch, především afektivních, neurotických, poruch přizpůsobení, somatiformních poruch a poruch osobnosti.

Jídelní chování

Také tam, kde není přítomná porucha příjmu potravy v pravém slova smyslu, bývá často narušeno jídelní chování.

Podle Langa (7) drží mnozí postižení stále diety, avšak velké množství z nich střídá rigidní restriktivní a nekontrolované jídelní chování. Hlavní příjem potravy bývá ve večerních hodinách, časté jsou záchvaty vlčího hladu, záchvaty během spaní a příležitostné postprandiální zvracení. Závislostní komponenta je rovněž častá a týká se zejména sladkostí, pečiva a mléčných produktů.

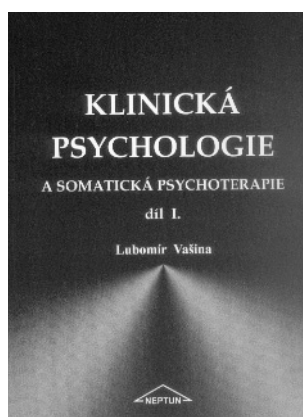
Změny klinického obrazu jsou následkem váhového úbytku v dlouhodobém časovém horizontu. Co se týká psychologických aspektů souvisejících s obezitou, platí, že následkem redukce váhy dochází ke změnám psychopatologické symptomatiky nezávisle na tom, jakým způsobem bylo váhového úbytku dosaženo, ať šlo o konvenční program redukce hmotnosti nebo o plastickou chirurgickou operaci. Konkrétně dochází po váhovém úbytku k redukci deprese, anxiety, zlepšení jídelních návyků a ke zlepšení kvality života.

Závěr

Ačkoliv otázka, jak dalece psychické poruchy a psychopatologické nápadnosti předcházejí nadváze, nebo zda to jsou spíše následky nadváhy, dodnes zůstává nezodpovězena, stal se výskyt psychiatrických onemocnění, poruch příjmu potravy, psychopatologických symptomů a narušeného jídelního chování pravidlem v populaci obézních. Redukce hmotnosti vede nezávisle na psychologické psychiatrickém klinickém stavu k redukci psychopatologie narušeného jídelního chování a ke zlepšení kvality života. Váhový úbytek a jeho udržení částečně koreluje s psychologickým modelem obezity.

Literatura

1. **Stunkard, A. J., Wadden, T. A.:** Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.*, 1992.
2. **Friedman, M. A., Brownell, K. D.:** Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol. Bull.*, 1995.
3. **Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persico, M., Blecker, F., VanArsdall, G.:** Psychological correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obes Surg.*, 1997.
4. **Mills, J. K.:** Interpersonal dependency in alcoholic and obese men. *Psychol Rep.*, 1995.
5. **Walfish, S.:** Self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in pre-surgical bariatric patients. *Obes Surg.*, 2004.
6. **Sullivan, M., Karlsson, J., Sjostrom, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, Dahlgren, C., Jonsson, E., Larson, B., Linsted, S., Nöslund, I., Olbe, L., Wedel, H.:** Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 1993.
7. **Lang, T., Klaghofer, R., Friedli, D., Hauser, R., Buddeberg, C.:** Psychiatrische Morbidität vor und nach einer gastric banding Operation bei morbid adipösen Patienten. *Forschungsbericht Nationalfond, Schweiz*, 1999.
8. **Friedli, D.:** Das Körpererleben von Patientinnen mit morbidem Adipositas vor einer Gastric-Banding-Operation. *Dissertation, Uni Zürich*, 2000.
9. **Adami, G. F., Gandolfo, P., Meneghelli, A., Scopinaro, N.:** Binge eating obesity: a longitudinal study following biliopancreatic diversion. *Int J. Eat Disord.*, 1996.
10. **Villagomet, L., Cortes, J., Barrera, E., Saucedo, D., Alcocer, L.:** Comorbidity of obesity and eating behavior disorders. *Rev Invest Clin.*, 2003.
11. **Toman, E.:** Überwicht (Adipositas) aus psychiatrischer Sicht und seine Relevanz für die allgemeinärztliche Praxis. *Praxis*, 1998.
12. **Guisado, J. A., Vaz, F. J., Alarcon, J., Lopez-Ibor, J. J., Jr., Rubio, M. A.:** Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Obes. Surg.*, 2002.
13. **Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Hebrand, J., Senf, W.:** Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res.*, 2004.
14. **Wadden, T. A., Foster, G. D., Wang, J., Pierson, R. N., Yang, M. U., Moreland, K., Stunkard, A. J., VanItallie, T. B.:** Clinical correlates of short – and long-term weight loss. *Am J. Clin Nutr.*, 1992.
15. **Latner, J. D., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., Jackson, M. L., Zelitch, D. S., Labouvie, E.:** Effective long-term treatment of obesity: a continuing care model. *Int J Obes Relat Metab. Disord.*, 1992.
16. **Westenhoefer, J., von Falck, B., Stellfeldt, A., Fintelmann, S.:** Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 y. Results from the Lean Habits Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 2004.
17. **Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., Lohman, T. G.:** A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev.*, 2005.
18. **Ogden, J.:** The correlates of long-term weight loss; a group comparison study obesity. *Int J Obes Relat. Metab Disord.*, 2000.



KLINICKÁ PSYCHOLOGIE A SOMATICKÁ PSYCHOTERAPIE

1. díl

Lubomír Vašina

Publikace je rozdělena do 14 základních kapitol. Cílem monografie je vyvolat dialog o formě a obsahu předmětu klinické psychologie, o podobě klinicko-psychologického problému, o klinicko-psychologickém přístupu i mimo rámec klinických pracovišť. Dále se autor zabývá etickými kodexy, koncepcí klinické psychologie, psychofyziologickým problémem, modelem osobnosti, definicí klinické psychologie, terapií duševních poruch, farmakoterapií, somatickou psychoterapií, obranou typu Já a kazuistikou.

Vydalo Nakladatelství Neptun v roce 2002, ISBN 80-902896-4-9, 233 str., cena 160 Kč.

Publikaci můžete objednat na adrese:

Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226
e-mail: nts@cls.cz

VÝZKUMNÉ STUDIE

Endokrinní dysfunkce tukové tkáně u pacientů s poruchami příjmu potravy: příčina nebo důsledek?

Endocrine Dysfunction of Adipose Tissue in Patients with Eating Disorders: Cause or Consequence?

Haluzík M.

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

Souhrn: V současné době je již všeobecně uznávána aktivní úloha tukové tkáně při metabolických regulacích. Tato úloha je zprostředkována jednak pomocí změn koncentrací metabolitů produkovaných tukovou tkání (např. volné mastné kyseliny), jednak prostřednictvím změn její endokrinní produkce.

Poruchy nutričního stavu různé etiologie, včetně poruch příjmu potravy, vedou k výrazným změnám jak metabolické, tak i endokrinní funkce tukové tkáně. Z hormonů tukové tkáně ovlivňujících příjem jsou v současné době nejvíce zkoumány tři působky: leptin, adiponectin a resistin. Zatímco leptin a adiponectin mohou přímo inhibovat příjem potravy, účinky resistinu na tento proces jsou převážně nepřímé například prostřednictvím ovlivnění působení inzulinu. Mentální anorexie, mentální bulimie i obezita vedou k významným změnám hladin všech tří uvedených hormonů. Zatímco adiponectin a leptin se zdají být velmi úzce spjaty s nutričním stavem, respektive s obsahem tuku v organismu, hladiny resistinu se zdají být na nutričním stavu nezávislé.

Endokrinní funkce tukové tkáně výrazně ovlivňuje metabolickou adaptaci organismu u nemocných s poruchami příjmu potravy, její přímý kauzální vztah ke vzniku těchto onemocnění však dosud nebyl u žádného z nich jednoznačně prokázán.

Klíčová slova: endokrinní dysfunkce, tuková tkáň.

Summary: An active involvement of adipose tissue in the metabolic regulations is at present generally accepted. This involvement is mediated in part by the changes of the levels of metabolites produced by adipose tissue (e.g. free fatty acids) and in part by modulation of its endocrine production.

Nutritional disorders of various etiology including eating disorders can markedly affect both metabolic and endocrine function of adipose tissue. Three adipose tissue hormones are currently intensively studied as leading candidates potentially regulating food intake: leptin, adiponectin and resistin. While leptin and adiponectin can directly inhibit food intake, the effects of resistin on this process are rather indirect through modulation of insulin action. Anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity significantly affect circulating levels of all three above mentioned hormones. While leptin and adiponectin appear to be closely related to the nutritional status and/or body fat content respectively, resistin is relatively independent of nutritional status. In conclusion, endocrine dysfunction of adipose tissue

markedly affects metabolic adaptations in patients with eating disorders. However, its possible causal relationship with the etiopatogenesis of these disorders remains to be demonstrated.

Key words: endocrine dysfunction, adipose tissue.

Literatura

1. Haluzík, M., Pařízková, J., Haluzík, M. M.: Adiponectin and its role in the obesity-induced insulin resistance and related complications. *Physiol. Res.*, 53, 2004, pp. 123–129.
2. Maffei, M., Halaas, J., Ravussin, E., Pratley, R. E., Lee, G. H., Zhang, Y., Fei, H., Kim, S., Lallone, R., Ranganathan, S. et al.: Leptin levels in human and rodent: measurement of plasma leptin and ob RNA in obese and weight-reduced subjects. *Nat Med.*, 1, 1995, pp. 1155–1161.
3. Haluzík, M., Kabrt, J., Nedvidková, J., Svobodová, J., Kotrlíková, E., Papežová, H.: Relationship of serum leptin levels and selected nutritional parameters in patients with protein-caloric malnutrition. *Nutrition*, 15, 1999, pp. 829–833.

Dietní postoje a zvyklosti dětí staršího školního věku

Diet Attitudes and Habits in Middle School Children

Krch F.¹, Csémy L.²

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha¹
Psychiatrické centrum Praha²

Souhrn: Rizikové faktory z hlediska držení diet bývají považovány za rozhodující i z hlediska vzniku a udržení poruchy příjmu potravy (2). Redukční dieta je zpravidla spojena s nespokojeností s tělesnou hmotností, která je pokládána za nejvýznamnější prediktor PPP (3) a snadno přejde v nadměrnou redukci energetického příjmu nebo jiné nevhodné způsoby kontroly tělesné hmotnosti. Mnoho dospívajících dívek dnes zaměřuje redukční dietu za normální stravovací režim a deklarované držení diet je u žen v ekonomicky vyspělých zemích světa normativní už od 12 let věku.

Klíčová slova: dietní postoje, zvyklosti u dětí.

Summary: Authors are presenting diets as risk factors for the onset and maintenance of eating disorders. Diets are frequently considered to be a normal eating pattern by adolescent girls since the age of 12 years.

Key words: diet attitudes, habits of children.

Autoři využívají výsledků studie HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children, WHO 2004) k popisu dietních trendů u dětí staršího školního věku a k posouzení jejich dietních zvyklostí v šir-

ším sociálním a demografickým kontextu. Sledovaný reprezentativní soubor představuje 5012 dětí z páté, sedmé a deváté třídy, které byly vyšetřeny v roce 2002, 3703 dětí oslovených v roce 1998 a 3585 dětí z roku 1994, kdy byly HBSC studie v ČR poprvé realizována. Ve srovnání s ostatními 34 zeměmi, kde probíhala HBSC studie, patřila ČR mezi země s relativně často uváděnými redukčními dietami. 28,7 % patnáctiletých dívek (10,8 % chlapců) uvedlo, že drží dietu proto, aby zhubly, dalších 37,7 % děvčat pak uvedlo, že zhubnout potřebují, přestože jen necelých 6 % děvčat z celého souboru mělo nadváhu. Dietní tendence byly patrné už u jedenáctiletých dívek a s věkem dále výrazně stoupaly, zatímco mezi 11 a 15letými chlapci nebyl v tomto směru výraznější rozdíl. I když dietní tendence stoupaly v závislosti na fyzické zralosti a tělesné hmotnosti, byly výrazné i u děvčat s přiměřenou nebo nízkou tělesnou hmotností. Studie dále potvrdila, že držení diet významným způsobem ovlivňuje jídelní zvyklosti a život dětí školního věku a že za posledních 10 let v ČR významně vzrostl počet děvčat, která drží dietu ve snaze zhubnout.

Literatura

1. **Candance, C. et al.:** Young people's health in context: HBSC study: international report from the 2001/2002 survey, WHO, Library, 2004.
2. **Fairburn, C. G. et al.:** Risk factors for bulimia nervosa. Arch. of Gen. Psychiatry, 54, 1997, pp. 509–517.
3. **Killen, J. D. et al.:** Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. Precursors of the binge-purge syndrome? JAMA, 255, 1986, pp. 1447–1449.

Faktory predisponující k poruchám příjmu potravy ve světle epidemiologických dat

Predisposition Factors to Eating Disorders – Epidemiological Data

Krch, F.¹, Csémy, L.², Drábková, H.³
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha¹
Psychiatrické centrum Praha²
Pražská vysoká škola psycho-sociálních studií, Praha³

Souhrn: O možné etiologii PPP bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, které vzhledem k rozsahu a diferencovanosti dané problematiky, jejímu vývoji a různorodosti pacientů bylo relativně snadné podpořit na vybraném vzorku pacientů. Svoji roli zde sehrála i očekávání, odborná orientace a zkušenost výzkumníka. Výchozí data jsou zpravidla získávána retrospektivně a vždy nějak odrážejí to, co si nemocný, jeho rodina a okolí, včetně terapeuta, o problému myslí. Z těchto důvodů jsme se pokusili zhodnotit otázku rizikového (z hlediska PPP) jedince a rodinného kontextu na náhodně vybraném vzorku 725 děvčat osmých a devátých tříd (průměr-

ný věk 14,5 roku) v době před rozvojem poruchy nebo na počátku jeho rozvoje. Děvčata s problematickými postoji k jídlu a svému tělu (EAT-26, dosažený skóre 20 nebo vyšší, n = 100) byla srovnána se svými vrstevnicemi (n = 625). Zaměřili jsme se na psychologické (perfekcionismus, sebevědomí apod.) a rodinné charakteristiky, které bývají často zmiňovány v souvislosti s mentální anorexií nebo bulimií.

Klíčová slova: epidemiologická data, predisponující faktory.

Summary: The authors report about their study of psychological and family risk factors for eating disorders in randomly selected sample of 725 girls of 8th or 9th grade. Key words: epidemiological data, risk factors.

V rozporu s očekáváním byly rizikové postoje v EAT-26 spojeny s vyšším sebevědomím a nižší úrovní perfekcionismu, což lze do jisté míry vysvětlit tím, že EAT-26 pravděpodobně „nezachytil“ rizikové respondentky z hlediska anorexie (nezjistili jsme korelaci mezi BMI a EAT-26), ale především „potencionální“ bulimičky. Mezi oběma skupinami nediferencovalo ani místo bydliště a typ studia (ZŠ, víceleté gymnázium). Dospívajícím dívkám zvýšeně ohroženým mentální bulimií (EAT-26>, =20) velmi záleželo na mínění vrstevníků a sebe hodnotily spíše jako ambiciózní. Byly častěji z rodin, kde matka nebo sestra držely dietu a nebylo zvykem společné stolování. Atmosféru v rodině hodnotily častěji jako napjatou a vztah s otcem jako konfliktní; ve většině formálních charakteristik se však jejich rodina významně nelišila od rodin vrstevníků. Měly však významně více osobní volnosti a častěji uváděly, že alespoň jednou týdně chodí večer za zábavou (večírky, diskotéka). V souladu s tím měly i častější zkušenost s psychoaktivními látkami a významně častěji kouřily cigarety. V kvalitě sociálního života se riziková skupina příliš nelišila od svých vrstevnic; vykazovaly však vyšší ochotu riskovat a touhu po tom „umět si užít“. Z běžně uváděné komorbidity vykazovala riziková skupina vyšší skóre deprese.

Body image u poruch příjmu potravy – diagnostika, terapie, význam

Body Image in Eating Disorders – Diagnosis, Therapy and the Importance

Stárková L.
Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc

Souhrn: Narušení vnímání vlastního těla je častým symptomem u poruch příjmu potravy a patří k diagnostickým kritériím. Zlepšení tohoto symptomu je považováno za prognostický faktor. Hlavním cílem této prezentace je přinést přehled současných znalostí a vysvětlit použití diagnostických metod (tradičních a komputerovaných) a základní terapeutické přístupy k tomuto jevu.

Klíčová slova: body image, diagnostické metody terapie.

Summary: Distortion of body image is one of common symptoms in eating disorders and belongs to diagnostic criteria. Improvement of this disturbances is considered to be a sign of prognostic value. The main goal of this presentation is to bring a survey of actual knowledge and to explain the use of diagnostic method (traditional, computerized) and basic therapeutic work with this phenomenon.

Key words: body image, diagnostic method therapy.

ÚVOD

Diagnostika PPP se opírá zejména o přítomnost somatických symptomů. Především stanovení mentální anorexie je vymezeno mírou tělesného poškození. Kromě tělesných příznaků jsou však dalšími kritérii nemoci také příznaky psychické, a to zkreslená představa vlastního těla (deviace či distorze body image) a strach z tloušťky). Rozumět patologickému prožívání těla, odhalit míru pacientčiny nespokojenosti s ním a porozumět obsahu dysfunkčních myšlenek, je důležitou součástí nejen diagnostického, ale i terapeutického procesu.

CÍL

Cílem sdělení je poskytnout přehled současných názorů na význam deviace (distorze) body image u PPP, objasnit způsoby stanovení této poruchy a nastínit základy terapie.

VLASTNÍ SDĚLENÍ

Skutečnost, že nevnímáme tělo odpovídajícím způsobem, není sama o sobě známkou choroby. Obvykle se uvádí, že většina dospívajících dívek není se svým tělem spokojená a usiluje o zeštíhlení, ale jen skutečně zhruba 1 % dívek rozvine anorexii a zhruba stejný počet mladých žen bulimii. Většina z těch, které onemocní, má představu, že je jejich tělo tlusté a proto musí být změněno. Je absurdní a vždy překvapující, když o své tloušťce

hovoří nápadně kachektická dívka. Jak je možné, že svoje tělo nevidí? Jde o poruchu vnímání, myšlení, citění nebo prožívání těla?

Řada studií přinesla zjištění, že nemocná dívka skutečně svoje tělo zveličuje (nadhodnocuje), zatímco nechýbuje v odhadu velikosti neutrálního objektu. Změněné hodnocení velikosti těla souvisí zřejmě s tím, že má vůbec o sobě hrozné mínění, nepřijímá se, má negativní self. Negativní představy v průběhu dospívání fixuje a vytváří často neměnná nebo těžko ovlivnitelná schémata o sobě a svém těle (dysfunkční kognice).

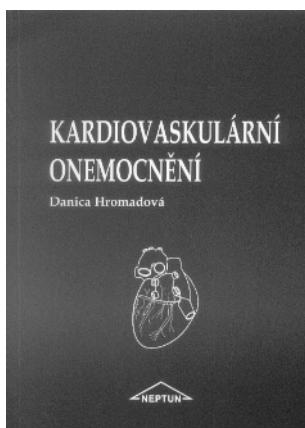
Existují různé způsoby měření poruchy body image. V klinické praxi jsou používány jak starší, klasické metody měření, např. měření odhadu reálné velikosti těla pomocí grafického vyjádření, eventuálně videotechnické postupy nebo moderní počítačová měření. Umožní zachytit a verifikovat rozdíl mezi představou a reálnou skutečností, což může být počátkem cílené psychoterapie (body image terapie).

Léčba se může orientovat jak na psychotherapeutickou práci, např. psychoedukaci, behaviorální a kognitivní psychoterapii, tak na terapii, zaměřenou na zlepšení tělesného prožívání (masáže, relaxační cvičení apod.). Cílem je zlepšení tělesného sebezpojetí (body image), které je součástí sebezpojetí celkového.

V posledních letech se pozornost odborníků obrací k hledání odpovědi na otázku, zda je fenomén vyvolán spíše stavem subjektivní nespokojenosti nebo je dán patologickým kognitivním základem. V kontextu těchto debat je pak diskutován prognostický význam deviace body image a užitečnost léčby.

ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy jsou komplikované psychosomatické nemoci a vyžadují multimodální terapeutický přístup. Terapie body image představuje jednu z cest, která může přispět k uzdravě pacientky.



KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Danica Hromadová

Publikace se daným tématem zabývá velmi komplexně s detailním přehledem současných poznatků. Autorka rozebírá nejrůznější etiologické faktory aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění, ať již působících rizikově, či naopak ochranně. Dále uvádí možnosti prevence, které jsou založeny na ovlivňování těchto etiologických faktorů, respektive na jejich zjišťování, měření a vyhodnocování a také doporučení farmakoterapie. Kniha je doplněna o příklady EKG, vzorové jídelníčky, tabulky potravin atd. Je to jediná publikace s tímto tématem na českém trhu. Kniha je určena zejména pro praktiky a kardiology.

Vydalo Nakladatelství Neptun v roce 2004, ISBN 80-902896-8-1, 190 str., cena 330 Kč
Publikaci můžete objednat na adrese:
 Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2,
 fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz

KLINICKÁ PRAXE

Suicidální chování u pacientů s poruchou příjmu potravy

Suicidal Behavior in Patients with Eating Disorders

Koutek J., Kocourková J.

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

Souhrn: Autoři se zabývají problematikou suicidálního chování u poruch příjmu potravy, které jsou často spojeny s depresí a suicidálními myšlenkami. Problematika je demonstrována na vybraných kazuistikách.

Klíčová slova: suicidální chování, deprese.

Summary: The authors deal with suicidal behaviour in eating disorders. Eating disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa are often associated with depression and suicidal ideations. Eating disorders are associated with suicide and attempted suicide. The authors demonstrate these problems on the clinical cases.

Key words: suicidal behaviour, depression.

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie, svými symptomy zasahují do oblasti tělesné i psychické. Diagnostická kritéria 10. revize MKN uvádějí u mentální anorexie příznaky zejména somatické, jako je pokles hmotnosti a amenorea, z psychických symptomů pak strach z tloušťky a poruchu tělového schématu. Diagnostická kritéria mentální bulimie zmiňují nutkavé přejídání a následné vyvolávání zvracení. Z klinických zkušeností víme, že velmi často jsou poruchy příjmu potravy spojeny s depresivní symptomatikou. Dle různých prací se deprese vyskytuje u 25–75 % všech pacientek. Neexistuje jednotný názor na to, zda jde o komorbidní poruchu, nebo zda je depresivní prožívání jedním z primárních příznaků poruchy příjmu potravy. Můžeme zde zvažovat vlivy hereditární, biologické a psychologické. V rodinách pacientů s PPP je nacházen signifikantně vyšší výskyt afektivních poruch oproti kontrolním skupinám. Úbytek hmotnosti bývá obecně spojen s depresí, jak prokazují pozorování dobrovolníků, kteří podstoupili dietu podobnou mentální anorexii. Mentální anorexie je spojena s omezením sociálních vazeb, s konflikty s rodinnými příslušníky, pocitu neporozumění, obav z přibrání. Depresivní a úzkostné pocity se nejčastěji přímo týkají váhy, jídla a vlastního těla. Při mentální bulimii pak výrazné pocity viny nasedají na pocity selhání po přejedení. Autodestruktivní charakter poruchy příjmu potravy vedl některé autory k úvaze o tom, že porucha sama je vlastně ekvivalent suicidálního chování. Některé výroky

našich pacientek by tuto hypotézu podporovaly. Jedna naše pacientka si zapsala do deníku: „Jak by bylo krásné umřít hladu“. V každém případě je však mentální anorexie i mentální bulimie spojena s vyšším rizikem přímého sebevražedného chování, ať již ve formě suicidálního pokusu či suicidia dokonaného. Suicidiem umírá asi 1–2 % pacientů, kteří tímto způsobem rozšiřují uváděnou cca 8% mortalitu na toto onemocnění. Suicidální chování, ať již dokonaná suicidia nebo suicidální pokusy, případně suicidální ideace, jsou spojeny s pocity nešťastnosti po nuceném přibrání, při hrozící hospitalizaci, po konfliktech s rodiči týkajícími se jídla. Ačkoliv nelze pochybovat o primárním významu rodinných vztahů při rozvoji onemocnění, nepochybně poruchy příjmu potravy nejrozličnějším způsobem rozvrací rodinné vztahy sekundárně. Tyto všechny aspekty pak mohou vést k suicidálnímu chování se svou složkou jak autoagresivní (tedy obrácenou proti sobě), tak heteroagresivní (obrácenou proti blízkým osobám, které ji nerozumí a nutí ji přibrat). Již malé přibrání hmotnosti vede k pocitu, že „nic nemá smysl, vše je ztraceno, lepší je umřít“. V této chvíli je hrozba suicidálního jednání vysoce aktuální. U mentální bulimie pak suicidální chování bývá spojeno též s impulzivitou a nestabilním životním stylem.

Kazuistická ukázka I.

Šestnáctiletá Jana asi rok trpící mentální anorexií, s poklesem hmotnosti až na 36 kg při výšce 162 cm. Byla v ambulantní péči, rodina nebyla delší dobu schopna přijmout potřebu hospitalizace. Po zhoršení stavu rodiče pobyt dívky v nemocnici akceptovali, Jana sama však byla zcela bez náhledu, léčbu odmítala, cítila se být silná, měla strach z hospitalizace a následného přírůstku hmotnosti. Den před domluveným přijetím na kliniku požila v suicidálním úmyslu balení antidepresiv, která jí předepsal ambulantní psychiatr. Po zvládnutí somatického stavu byla hospitalizována na psychiatrické klinice. Sama hovořila o pocitu nešťastnosti, zbytečnosti, její již delší dobu trvající suicidální myšlenky byly vázány na konflikty s rodiči kolem jídla.

Kazuistická ukázka II.

Osmnáctiletá Hanka po předcházející epizodě mentální anorexie trpí mentální bulimií. Každý den se opakovaně přejídá, zvrací několikrát denně. Přejedení je provázeno pocitu viny, zvracení však nepřináší větší psychickou úlevu. Hanka ví, že se opět přejí. V rodině vládne velké napětí, dívka má konflikty s rodiči, kteří jí vyčítají její poruchu („způ-

sobila si ji sama“), zanedbatelná není ani ekonomická stránka věci. Rodiče jí vyčítají, že projí zbytečně hodně peněz, že jim sní všechno jídlo z ledničky a následně je stejně vyzvrací, rodinu to finančně ruinuje. V této situaci požila několik balení léků, které užívá její matka. Nemyslela, jak sama říká, přímo na smrt, „chtěla jen mít pokoj od bulimie“.

Závěr

Při léčbě mentální anorexie a mentální bulimie je nutné myslet na nebezpečí suicidálního jednání, zejména v případech, kde je přítomen výraznější depresivní syndrom. Suicidální jednání se může objevit i ve fázi zdánlivého zlepšení stavu, kdy pacientky mohou takto reagovat na vzestup hmotnosti, se kterým však nejsou smířené.

Práce je podpořena grantem IGA MZ ČR NR/7955-3.

Literatura

1. **Hawton, K., van Heeringen, K.:** The international handbook of suicide and attempted suicide. New York, John Wiley a. Sons, 2002.
2. **Kocourková, J. et al.:** Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha, Galén, 1997.
3. **Koutek, J., Kocourková, J.:** Sebevražedné chování. Praha, Portál, 2003.
4. **Kreh, F. D. a kol.:** Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada, 2005.
5. **Papežová, H.:** Poruchy příjmu potravy. In. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tigris, 2002.



Případ úspěšné léčby mentální anorexie na Denním stacionáři

Case History of the Successful Treatment of Anorexia Nervosa at the Care Centre

Pelková L.

Denní stacionář pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice I. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Kazuistika dokumentuje průběh léčby mladé ženy s mentální anorexií (AN). Cílem je poukázat na dobrý efekt kombinace různých terapeutických postupů. Léčebný pobyt proběhl na Denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy (DSPPP) při Psychiatrické klinice v Praze. Na léčbě se podílí tým odborníků: psychiatři, psychologové, režimová sestra. Terapeutický proces byl kombinací několika přístupů: kognitivně-behaviorálního, dynamicky orientovaného, podpůrných terapeutických technik (arteterapie, relaxace). Těžiště programu je v komunitní a skupinové formě práce. V kritických bodech léčebného procesu jsme s pacientkou pracovali též individuálně a bylo uskutečněno sezení s rodinou. Klíčová slova: denní stacionář, komplexní terapeutický program.

Summary: This case history presents a course of the anorexia nervosa in a young woman aiming to stress the positive effect of the combination of several therapeutic approaches at the Day Care Center for Eating Disorder. The author documents therapeutic factors important to overcome critical moments in the course of the treatment, mainly: collaboration of the therapeutic team with regular team feedbacks, cognitive-behavioral regime therapy a dynamically oriented approaches concentrated to elucidation of the association between disturbed eating pattern and sources of psychological discomfort. The importance of the family therapy and adequate sufficient post-hospitalization program has been demonstrated as well.

Key words: Day care center, combination of therapeutic approaches.

Tato kazuistika dokládá, že důležitými léčebnými faktory, jež pomáhají překonávat kritické body v průběhu léčby PPP stacionární formou, jsou zejména: spolupráce terapeutického týmu a pravidelné týmové reflexe, kombinace kognitivně-behaviorální režimové terapie, napomáhající změně životního stylu a dynamicky orientovaného přístupu zaměřeného na porozumění souvislostem mezi narušeným jídelním chováním a zdroji psychické nepohody. Dále je to práce s rodinou a dostatečná forma doléčovacích aktivit v nejbližších měsících po ukončení léčebného programu.

Na doporučení psychiatra byla do DSPPP přijata s diagnózou AN 21letá pacientka – svobodná, bezdětná studentka VŠ. Její problémy s jídlem trvaly asi čtyři roky. V prvním kontaktu byla všem v týmu sympatická – byla kooperativní, usměvavá, verbálně všechna pravidla léčby odsouhlasila s pochopením. Měla svým způsobem andělské vzezření i chování. Pochází ze dvou sourozenců, z rodiny vysokoškolsky vzdělaných rodičů, z krajského města, v době léčby bydlela na VŠ koleji. V rodině se vyskytovalo abnormní jídelní chování u otce – střídal období restriktce a nadměrného příjmu potravy, ale žádné psychiatrické onemocnění. V době léčby pacientka neměla přítele, ani jí nechyběl. S úbytkem váhy přestala menstruovat. Nekouřila, nepila, nezkoušela drogy.

Pacientka měla silnou citovou vazbu k matce, cítila, že není v manželství spokojená (podřízena dominantnímu manželovi). S bratrem měla pozitivní vztah, tvořili často koalici proti otci. S otcem měla dobrý vztah v dětství, ale v době dospívání mezi nimi eskalovaly konflikty. Snažila uhájit si individualitu proti otcovým příkazům a přáním. Pro depresi z konfliktních vztahů v rodině docházela k psycholožce. V době vzniku AN se cítila přetížena problematickým partnerským vztahem, problematickými rodinnými vztahy a onemocněla mononukleózou. Musela dodržovat dietu a zhubla. Z diety si udělala náhradní životní program. Když začala ztrácet nad příjmem jídla kontrolu, snažila se o pravidelný jídelní režim, ale nezvládala to sama a dál si ubírala porce. Nezvracela, projímad-

la zkusila dvakrát. Tělesná hmotnost při přijetí na stacionář byla 47,2 kg – tj. BMI 15,95. Měla náhled na rizika spojená s nízkou hmotností, avšak současně přiznávala emocionální zisky z restrikce příjmu potravy – cítila se „čistá“, schopná sebeovládání. V době přijetí byla podávána medikace (Stilnox, Nitrazepam dle potřeby).

Průběh terapie:

1.–30. den hospitalizace: pacientka měla od počátku problémy s jídelními přídávky, s příjmem Nutridrinku, zvláště v domácím prostředí. Motivace k léčbě problematická. Ambivalentní vztah ke sladkému. Nesoulad verbálně deklarované ochotné spolupráce a nedodržování předepsaných porcí a přídavek. Stále příjemná a usměvavá.

30.–45. den: po měsíci léčby zhoršení spolupráce, nepíše deník, uvažuje o lůžkovém oddělení. Odvažuje se otevřené opozice vůči personálu i vůči komunitě, většinou kvůli velikosti porcí. Má chuť na sladké při současném snižování a vynechávání porcí. V této etapě probíhá několik individuálních pohovorů, v rámci nichž si pacientka uvědomuje souvislost mezi nechutí jíst a svým vzdorem vůči rodičům. Cítí zadostiučinění a škodolibost, když se na sebe dívá do zrcadla. Když se cítí bezmocně, chtěla by vyhladovět a umřít, aby se dostala z takové situace, stejně ji nic nečeká. Pacientka si nepřeje konflikty, jen klid, avšak cítí, že to není definitivní řešení. V této etapě se matka s babičkou účastní Klubu pro rodiče a přátele pacientů s PPP, což vnímá jako projev zájmu a podpory. V rámci krizové intervence terapeutika použije jednorázově techniky katatymně-imaginativní psychoterapie, konkrétně motivu „chráněného prostoru“, jehož mentální zpracování může pacientce pomoci v uvědomování si vlastních hranic a regulaci jejich propustnosti. Pacientka referuje o uklidňujícím zážitku, prožívá během imaginace již dlouho chybějící pocit bezpečí a klidu.

40.–60. den: pacientce jídlo subjektivně nedělá problémy, jídelníček však tomu neodpovídá. Pacientka si „dovoluje“ otevřenější odpor vůči komunitě, vůči příkazům personálu, konflikty se stále točí kolem dodržování porcí. Náhled na patologické chování se však prohlubuje, až pacientka otevřeně přizná manipulaci s váhou prostřednictvím pití, nepravdivé údaje v jídelníčku. Obává se přibrat, má bulimické fantazie. V rozhovorech tematizuje problematické vnímání ženské role. Váha v této etapě stagnuje na 48,8 kg (BMI 16,54).

70.–80. den: zvládla poprvé dodržet jídelní režim o víkend. Koná se rodinné sezení s matkou, babičkou a pacientkou. Vychází najevo, že matka je si vědoma možné souvislosti dceřiných obtíží s konfliktními vztahy v rodině. Pacientka matce v rozhovoru poprvé otevřeně oponuje. V těchto dnech dochází k *subjektivnímu zlomu ve vnímání přírůstků a vztahu k jídlu*, pacientka dosahuje BMI 17.

85.–90. den: pacientka se diví, kolik jídla vlast-

ně člověk potřebuje, rozhoduje se pro pokračování v dosavadním jídelním režimu i doma, rozhoduje se o podobě následné ambulantní péče: konzultace ohledně jídelního režimu na DS vždy po 14 dnech, individuální psychoterapie u psycholožky, k níž docházela dříve, docházení na Kluby pro pacienty s PPP. Po 14 dnech první kontrola – pacientka přibrala 2 kg. Další měsíc však opět kolísavý stav, objevuje se znovu ubírání porcí, dosud nemenstruuje, citlivá na negativně percipované vnější vlivy, váha stagnuje. Poté zlepšení, pacientka si znovu vede jídelníček, přibírá na váze. Co se podařilo během půl roku po léčbě: váhový přírůstek na 55 kg (BMI 18,54), úprava jídelního režimu, integrace sladkých jídel a zmírnění obav z nich. Adekvátnější vnímání tělesného schématu. Posílení vlastních kompetencí a hranic. Změna chování v rámci rodinného systému. Pokračování studijních aktivit. Pokračování v doléčovacích aktivitách. Jídlo však ještě není samozřejmostí. Problematickým zůstává přijetí dospělé ženské role a motivace pro partnerský vztah.

Po roce pacientka přichází popřát k Vánocům, sděluje krátce, se jí daří dobře, jídlo pro ni přestal být problém, má partnera, je spokojená. Přípravuje se na 1. státnici.

Shrnutí

Jako východisko léčebných postupů tým přijal hypotézu o vzniku AN jako psychosomatického onemocnění. Umožňuje pacientce vytěšňovat vědomé agresivní impulzy a pracovat s nimi prostřednictvím nemoci. Zabraňuje jejímu dozrání v ženu v psychickém i sexuálním smyslu slova. Vyvolává pozornost, protektivní chování matky zabraňuje přílišným nárokům ze strany otce.

Pacientka si uvědomila faktory, které mohly přispět ke vzniku AN: obavy z následování matčina osudu (nespokojenost v manželství, podřízenost otcí), symbiotický vztah s matkou, negativně vnímané jídelní návyky v rodině, příliš propustné vnitřní hranice pacientky (k jejich zpevnění je nutno použít nemoci), nedostatečná sebedůvěra a víra v možnost ovlivňovat dění kolem sebe, řešení pocitu bezmoci hladováním. Pacientka pochopila svoji manipulaci s jídlem jako náhražkový, neadekvátní způsob projevování odporu, uvědomila si možnost jiných řešení vztahových problémů, integrovala do svého chování i agresivní impulzy, uvědomila si možnost upevňování vlastních hranic. S trochou básnické nadsázky – podobá se nyní méně andělu, avšak více dospělé ženě.

Literatura

1. **Krch, D. F.:** Poruchy příjmu potravy. Grada Publishing, 1999.
2. **Papežová, H.:** Anorexia nervosa. Psychiatrické centrum Praha, 2000.

3. Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha, Portál 2004.
4. Uexkull, Th. von: Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, Munchen (Wien) Berlin, 1990.
5. Wilke, E., Leuner, H.: Das Kathartyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Bern, Verlag Hans Huber, 1990.



Ano či ne? Úvaha o vhodnosti asistované reprodukce u pacientek s mentální anorexií

Yes Or No? Assisted Reproduction in Anorexia Nervosa. Case History

Valentová D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno

Souhrn: Autorka se ve svém sdělení zamýšlí nad vhodností asistované reprodukce u pacientek s mentální anorexií, u nichž onemocnění přešlo do chronického stavu, je spojené s četnými somatickými komplikacemi, vč. amenorey, a otěhotnět přirozenou cestou se jim proto nedaří.

Své úvahy doplňuje autorka kazuistikou pacientky, u níž díky umělému oplodnění k otěhotnění a porodu dítěte již došlo.

Klíčová slova: asistovaná reprodukce, těhotenství, mentální anorexie.

Summary: The author deals with question of indication of the assisted reproduction in patients with anorexia nervosa. Cases of chronic anorexia are associated with various somatic complications including amenorea and impossibility of physiological conception.

One case report of assisted reproduction consequent pregnancy and childbirth in an anorexic patients is presented to demonstrate possible negative outcome of this intervention.

Key words: assisted reproduction, pregnancy, anorexia nervosa.



Terapeutický potenciál deníků – zkušenosti z klinické praxe

Therapeutic Potential of the Diary – Clinical Experiences

Kulhánek J., Zámečnicková R.

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

Souhrn: Autoři předkládají význam psaní deníku v léčbě mentální anorexie a bulimie.

Klíčová slova: psaní deníku, terapie poruch příjmu potravy.

Summary: The authors present the importance of the diary in the treatment of eating disorders.

Key words: diary, eating disorders treatment.

Deník je pracovním prostorem, který spolu sdílají pacient a terapeut. Umožňuje mezi oběma plynulý kontakt (prospektivní a retrospektivní) i mimo terapeutické sezení. Je však také projevem individuality pacienta, která se leckdy střetává s individualitou terapeuta.

Autoři předkládají význam psaní deníku v léčbě mentální anorexie a bulimie. Zamýšlejí se nad terapeutickým vztahem, nad sebereflexí pacienta. Zmiňují různé formy deníků, jejich strukturu, témata, se kterými lze pracovat (např. práce s jídelníčkem, s dynamikou tělesné hmotnosti, se vztahovou problematikou v nejširším slova smyslu a podobně). Zvažují načasování i samotnou volbu různých témat v průběhu terapie. Nabízejí stanoviska pro i proti jednotlivým tématům a formám deníku (např. možnost úpravy struktury deníku vzhledem k aktuálním okolnostem terapie).

Autoři se dělí o vlastní zkušenosti při práci s deníkem u poruch příjmu potravy. Přestože má psaní deníku na dětském psychiatrickém lůžkovém oddělení svá specifika, mnohé může být prakticky použitelné a zhodnocené i u ambulantních nebo dospělých pacientů.



ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA

J. Chlumský a kolektiv

Kniha pojednává o antikoagulační léčbě: heparinem, nízkomolekulárním heparinem a warfarinem. V knize je obsažena farmakologie a farmakokinetika těchto preparátů a základy koagulační kaskády a koagulačního monitorování. Velký důraz je kladen na klinické indikace antikoagulační léčby se stručným klinickým popisem jednotlivých chorob, u kterých je léčba indikována, praktické vedení antikoagulační léčby a komplikace. Zmíněny jsou i lékové a potravinové interakce. Zaměřením se jedná o praktickou postgraduální učebnici. Autorský kolektiv je složen ze 6 pracovníků interní kliniky FN Motol Praha.

Vydala Grada Publishing v roce 2005, ISBN 80-247-9061-0, 224 stran, 265 Kč.

Publikaci můžete objednat na adrese: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz

MÉDIA A REALITA, ODBORNÍCI A VEŘEJNOST

Děti, miss a reklama – co mládeži nabízejí média

Children, MISS and Advertisement – What Our Media Offer to Our Adolescents?

Uhlíková P., Papežová H., Hellerová P.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Sdělení představuje sociokulturní a ekonomické zdroje sebehodnocení dětí a adolescentů a možný rizikový vliv reklamy, včetně soutěží, zaměřených na vzhled jedince.

Klíčová slova: reklama, média, vzhled jedince.

Summary: The paper presents social, cultural and economical background of self-estimation of children and adolescents and possible risk influence of advertisement, including competitions based on the individual appearance.

Key words: advertisement, media, individual appearance.

Slovník definuje reklamu jako určitý prostředek, vychvalování, veřejné doporučování, nabízení, případně úsilí, které napomáhá prodeji zboží, služeb, uměleckých výkonů a podobně. Jedná se o formu oznámení, jež je zaměřena na vyvolání veřejné pozornosti (1). V zásadě lze rozlišit dvě stěžejní funkce reklamy: funkci informační a funkci přesvědčovací (2). Spotřebitel nemůže přímo ovlivnit její množství ani jiné vlastnosti a může dojít ke vnucování reklamy spotřebiteli, k jeho obtěžování, čemuž se spotřebitel obvykle nemůže příliš bránit. V tom také tkví nebezpečí reklamy a potřeba její regulace, která je považována za zákonné omezení svobody projevu a práva šířit informace, k čemuž zmocňuje Listina základních práv a svobod. Takové omezení je nutné s ohledem na ochranu druhých, v tomto případě zejména na ochranu práv spotřebitelů a ochranu mravnosti (3).

Agentura TNS Factum v roce 2004 zveřejnila výsledky pravidelného výzkumu „Postoje české veřejnosti k reklamě“. Podle něj je reklama pro většinu obyvatel ČR běžnou součástí moderního života, současně přes 50 % občanů tvrdí, že si žádný výrobek na základě reklamy nekoupilo. Agentura uvádí že reklama ve skutečnosti ovlivňuje více lidí, než kolik jich bylo ochotných tuto možnost připustit, dlouhodobě se procento respondentů, kteří přiznávají „inspiraci“ reklamou pohybuje mezi 30 a 40 procenty. Více než 80 % dotázaných se domnívá, že reklamou je nejvíce přesyceno televizní vysílání, ale většina si současně uvědomuje, že bez reklamy by média nepřežila. Je to jeden z důvodů, proč jsou ochotní ji tolerovat. Dokud tedy budou inzerenti mít zájem do reklamy inve-

stovat své peníze a diváci ji nepřestanou sledovat, nic se nezmění (4).

Vliv médií na děti a adolescenty je nepochybně značný, podle studie Masarykovy univerzity internet používá 90 % studentů středních škol ve věku 12–20 let, přičemž 58 % z nich si na internetu ověřuje své normy, hodnoty, postoje a názory (5).

Mládež od 10–18 let sleduje televizi až 120 minut denně, okolo 11 % z doby strávené před obrazovkou zaujímají reklamy. Negativní důsledky vlivu médií na děti a mládež jsou dvojí: viditelné obsahové vlivy a cílené ovlivňování diváka, včetně dětí, vědomé i podprahové. Ochrana před nežádoucími vlivy je v ČR řešena Zákonem č. 40/1995 Sb. (6), který obsahuje zvláštní ustanovení, pokud jde o osoby mladší 18 let: „*Reklama nesmí podporovat chování ohrožující jejich zdraví, psychický nebo morální vývoj; doporučovat ke koupi výrobky nebo služby s využitím jejich nezkušenosti nebo důvěřivosti; nabádat, aby přemlouvaly své rodiče nebo jiné osoby ke koupi výrobků nebo služeb; využívat jejich zvláštní důvěry vůči jejich rodičům nebo jiným osobám ani je nevhodným způsobem ukazovat v nebezpečných situacích.*“ Obecně jsou u nás obdobné přístupy k reklamě na alkohol a tabákové výrobky (ve shodě s Evropou), zatím je menší veřejná a právní pozornost nasměrována například na reklamy na tučná a sladká jídla, tak jako je tomu dnes v některých evropských zemích v rámci ozdravených programů zaměřených na děti (7).

S trochou nadsázky lze říci, že by stačilo část zákona, věnovanou propagaci alkoholu, rozšířit i na potraviny, např. takto (*doplněno*): „vysílání reklamy na alkoholické nápoje (*a potraviny*) nesmí být zaměřeno speciálně na mladistvé nebo zobrazovat mladistvé konzumující alkoholické nápoje (*a potraviny*), spojovat spotřebu alkoholických nápojů (*a potravin*) se zvýšenými tělesnými výkony nebo řízením vozidla, vytvářet dojem, že spotřeba alkoholických nápojů (*a potravin*) přispívá ke společenskému nebo sexuálnímu úspěchu, tvrdit, že alkoholické nápoje (*a potraviny*) mají léčebné, stimulační nebo uklidňující účinky nebo že jsou prostředkem řešení osobních konfliktů, podporovat nestřídmou spotřebu alkoholických nápojů (*a potravin*) nebo ukazovat abstinenci nebo umírněnost v požívání alkoholických nápojů (*a potravin*) v nepříznivém světle.“

Naše právní úprava vychází z platných směrnic EU, které si v této oblasti kladou za cíl stanovit a uplatňovat pravidla k ochraně nezletilých v televizním vysílání, reklamě a teleshoppingu. V oblasti vlivu reklamy na mladého diváka je systém

regulace poměrně složitý, vzniká už základní problém definice škodlivosti vlivu a jeho případné dokazování a právní zdůvodňování případných postihů, chybí soudní judikáty a obecně stanovené a v praxi uplatňované standardy. Shoda odborníků je v tom, že rodiče jsou hlavním a nejdůležitějším prvkem v „televizní výchově“ dětí. Pro posun některých názorů či spíše rozporů bude zapotřebí širší vícestranné diskuse, stejně jako získání výsledků rozhodnutí případných soudních sporů (7).

Podle dlouhodobého mezinárodního projektu Světové zdravotnické organizace (WHO) „Mládež a zdraví“, kterého se Česká republika účastnila poprvé v roce 1994, je cílem omezit rizikové faktory a přejít na zdravý životní styl, a to už v dětství. Rozhodující je podle tohoto projektu předškolní věk, jelikož základní vzorce chování jsou hotové už v pátém roce věku. Zdravý životní styl představuje např. správná výživa a dostatek pohybu.

Nesrozumitelné odpovědi na otázku, co je zdravý životní styl, dostatek pohybu a jeho vhodný způsob poskytují nejen tolerovaná reklamní nadsázka („Reklamně nelze ukládati takové meze, aby se vůbec stala nemožnou. Jest připustiti příkrasy a nadsázky, poněvadž by jinak každá reklama přestala býti působivou, zůstala by nepovšimnutou a nebyla by reklamou.“) (8), ale hlavně všudypřítomná a často extrémní štíhlost, směšovaná s výkonností a úspěšností. K nepřehlédnutelným zajímavostem patří šťastní a hubení konzumenti kalorických pochoutek (obvykle dvou za poloviční cenu) na straně jedné a vysokoenergetické potraviny, po kterých se nepřibírá na váze, dietní přípravky spalující kalorie bez jakékoli další změny životního stylu na straně druhé.

Častým zdrojem sebehodnocení dětí a adolescentů je i srovnání s účastnicemi společensky i ekonomicky oceňovaných soutěží „miss“, kterých se v ČR mohou účastnit dívky od 9 let. Propagace těchto akcí nabízí řadu pozitivních vlivů, např. „*výchovné působení na dívky, usměrňování jejich zájmů do oblasti společensky přijatelné a pomoc při hledání místa ve společnosti, programy s výchovným zaměřením, a to nejen pro soutěžící dívky, ale i pro jejich rodiče a nejširší veřejnost (programy zaměřené na zdravý životní styl – zdravotní problematika, včetně problematiky drogových závislostí, zásady stravování, tělesný pohyb, péče o vzhled*“ (Dívka roku „pro úplně obyčejné dívky od 13 do 15 let“) (9). „Jestliže chceme, aby se mladí lidé zamysleli nad budoucností, vzali ji do svých rukou a vykročili správným směrem, musíme jim dát vizi a prostor. Tato vhodně zvolená kombinace předčí nákladné antidrogové kampaně, odvykací kúry či pohovory s psychology. Stane se tím rozhodujícím impulzem v pravý čas.“ (*Miss Junior ČR pro dívky ve věku od 15 do 18 let*) (10).

Finále několika z českých soutěží krásy jsou natolik zajímavá, že jim televizní stanice věnují hlavní vysílací čas. Přitom ani u sportovně orientovaných soutěží Miss nelze jednoznačně mluvit o medializaci kritérií, která svědčí o zdravém životním stylu – mezi základními údaji, které pořadatelé považují za nezbytné uveřejnit, jsou i míry dívek, včetně výšky a váhy. Není pak možné přehlédnout, že BMI dospělých finalistek Miss Aerobik 2004 se pohybuje v rozmezí 16,7–18,7, v mnoha případech pod hranici závažné podvýživy, kterým je podle Meiera BMI 18,5 (11, 12). Pacientky s poruchami příjmu potravy obvykle popírají vědomé přijímání reklamních vzorů, ale jejich přítomnost je zjevná v jídelních zvycích, kde přesně kopírují reklamou ukázané „zdravé“ prvky moderního životního stylu.

Velmi pomalu dochází ke změně mediálních strategií, vůbec první „ženy s normálními těly“ představila v reklamě firma Dove.

K tomuto kroku se rozhodla společnost Dove poté, co v průzkumu dvě třetiny dotázaných žen vyjádřily nespokojenost s vlastní postavou a nedostatek sebedůvěry, které při pohledu na vyhublé modelky cítí. Tři čtvrtiny žen by podle průzkumu chtěly v reklamách vidět realističtější vypadající modelky. „*Ženy jsou neustále bombardovány obrázky často nerealistické a nedosažitelné dokonalosti,*“ říká britská psycholožka Linda Papadopolousová. „*Když dívka v zrcadle nevypadá jako modelka na titulní straně časopisu nebo v televizi, pak není nic překvapujícího, že to naruší její sebedůvěru.*“ (13).

Statistický průzkum ministerstva zdravotnictví Izraele prokázal, že 7 % adolescentních dívek má známky poruch příjmu potravy a že poruchou příjmu potravy trpí 13,7 % mladých uchazeček o práci v modelingu. Tyto údaje vedly k rozsáhlé anti-anorektické kampani, součástí které je i návrh zákona, zakazující dívkám s BMI pod 19 práci v modelingu. Pro naše modelingové agentury by mohla být inspirující účast Barkan Modeling Agency na této kampani (14).

I přes tyto pozitivní, ale ojedinělé změny, stále ještě platí slova Ivana Klímy, který shrnul působení médií následovně: „*Bulvár, omezování lidské motivace na honbu za penězi, klipovité nazírání světa jsou sice jen některými, avšak velmi podstatnými rysy působení médií ve společnosti. Představují snadno požitelný, avšak nebezpečně zkreslující obraz, který zpětně formuje svého konzumenta.*“ (15).

Práce vznikla za podpory grantu NF 7549.

Literatura

1. **Black, H. C.:** Blackův právní slovník. Victoria Publishing Praha, 1993, 1. díl, s. 57.
2. **Pearce, D. W.:** Macmillanův slovník moderní ekonomie. Victoria Publishing, Praha, 1995, s. 356–357.
3. **Pelikán, T.:** Regulace reklamy (www.spotrebitel.cz).

4. **Kozák, D.:** Reklama v Čechách v roce 2003 (e-komercce.cz).
5. **Šmahel, D.:** Co dělají čeští dospívající na internetu. *Psychologie dnes* r. 10, č. 7–8/2004, s. 32–34. (www.portal.cz/psycho).
6. Zákon č. 40/1995 Sb. o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů (www.fulsoft.cz/zákon).
7. **Duspiva, Z.:** Vliv elektronických médií na děti a mládež ČR v roce 2003 (www.blisty.cz).
8. Rozhodnutí Nejvyššího soudu R I 1052/31 vydané dne 12. 2. 1932. *Vážný-Páleníček*, 32, XIV. a: 132, Rc 11396; *Srov. též Winter, F. a kol.: Právo a reklama*, Linde Praha, 1996, s. 16.
9. www.divkaroku.cz.
10. www.missjunior.cz.
11. www.missaerobik.cz.
12. **Meier, Stretton:** Basics in clinical. Nutrition, 2004.
13. www.idnes.cz.
14. www.israel21c.org.
15. **Klíma, I.:** Jaký svět vytvářejí masmédiá? *Psychologie dnes*, r. 9, č. 7–8/2003, s. 14–15. (www.portal.cz/psycho).

Vybrané specifické aspekty mentální anorexie u pedopsychiatrických pacientek Růstová diagnóza – Biologický věk – Analýza hmotnostní anamnézy a BMI – Menarché, amenorea a remenorea

Specific Auxologic Aspects of Anorexia Nervosa in Pubescent and Adolescent Female Patients – Diagnosis of Growth – Biological Age-Analysis of Weight Anamnesis and BMI – Menarche, Amenorrhoea and Remenorrhoea

Krásničanová H., Veselá M.
Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Souhrn: Sdělení je orientováno na specifické aspekty PPP u pubescentek a adolescentek, které souvisí s jejich velmi často neukončeným biologickým vývojem v čase klinicky závažné malnutrice. Konkrétně je řešena problematika 1. lineárního růstu skeletu, skeletálního zrání („kostní věk“) a riziko nere realizování růstového dědičného potenciálu, 2. stanovení doporučené hmotnosti (cílové, dimisní atd.) na podkladě exaktní analýzy hmotnostní anamnézy a 3. vztah hmotnosti a menstruačního cyklu (menarché, amenorea a remenorea). Součástí sdělení je auxologická charakteristika puberty u současné středoevropské dívky s poukázáním na význam stanovení biologického věku v souvislosti se značnou fyziologickou variabilitou puberty.

Klíčová slova: růstová diagnóza, biologický věk, skeletální zrání, hmotnostní anamnéza.

Summary: The article deals with the specific aspects of eating disorders (ED) in pubescent and adolescent girls, related to unfinished biological development in time of clinically severe malnutrition. Specifically the issues of 1. skeletal linear growth, skeletal maturity (bone age)

and the risk of non-realization of the growth genetic potential, 2. assessment of recommended body weight (target weight, weight for discharge, etc.) on the basis of exact analysis of weight anamnesis and 3. relation between body weight and menstruation (menarche, amenorrhoea and remenorrhoea) are discussed. The article also presents the auxological characteristics of pubertal events in recent European girls with the stress on importance of good knowledge of biological age with ED in relation to huge physiological variability of female puberty.

Key words: diagnosis of weight, biological age, skeletal maturity, weight anamnesis.

ÚVOD

Ztráta tělesné hmotnosti, resp. alterace tělesného složení, jako důsledek malnutrice u mentální anorexie, představuje u dívek s neukončeným růstem zcela specifickou biologickou situaci. Kalendářní věk pedopsychiatrických pacientek s PPP se pohybuje zhruba v rozmezí **od 10 do 18 let**. Daný interval obsahuje **dvě biologicky značně rozdílné etapy – dětství a pubertu** se zcela odlišnými endokrinologickými charakteristikami (*Trojkomponentní model růstu: „Infancy-Childhood-Puberty“*, Karlberg, 1987).

Algoritmus stanovení doporučené, resp. cílové tělesné hmotnosti, odlišný u premenarcheálních a postmenarcheálních pacientek, je zde navíc zcela specifický vzhledem k neukončenému lineárnímu růstu skeletu u většiny z nich. V rámci analýzy **hmotnostní anamnézy** u adolescentních, resp. pubescentních pacientek s PPP, považujeme proto za mimořádně přínosné stanovení **růstové diagnózy**, založené na přesném určení **biologického věku**. Faktický biologický věk pacientky úzce souvisí s velikostí **zbytkového růstového potenciálu a predikací finální výšky**.

PUBERTA

Konec dětství, resp. puberta, u současné průměrné středoevropské dívky **nastává v 11 letech**

(=zrychlování růstového tempa + iničiální stadia sekundárních sexuálních znaků: M2 a PH2). Od začátku puberty (v průměru v 11 letech) do ukončení růstu u dívek zbývá k dosažení finální výšky cca 20 cm (cca=12 %) a k přiměřené průměrné hmotnosti ještě cca 20 kg (=cca 35 %). Za pásmo fyziologické variability **nástupu puberty** je obligátně považováno **11±2 roky**, tedy **rozmezí 9 až 13 let**. Završením fyziologické puberty je **menarché**, které se v pevném algoritmu sexuální maturace objevuje v průměru 2 až 2,5 roku po iničiálním rozvoji prsní žlázy M2 (tzv. „prsní poupě“). Při menarché jsou již prsy značně vyvinuté (M4) a v pokročilém stadiu je i pubické ochlupení (PH4). Doba mezi věkem M2 a věkem menarché je mírou pro trvání fyzické puberty u dívek.

MENARCHÉ A BIOLOGICKÝ VĚK

U socioekonomicky stabilních populací se věk menarché již ustálil a většina evropských zemí dlouhodobě uvádí jako průměrný (či střední věk) menarché cca **13 let**. Jako normální **variabilita kalendářního věku menarché** je v současnosti nejčastěji uváděn interval **11–15 let**. Tzv. **střední věk menarché** byl podle výsledků dvou posledních celonárodních antropologických studií (1991 a 2001) **v českých a moravských zemích 13 let**. Již opakovaně tedy 50 % dotázaných dívek v ČR uvedlo první menstruaci před 13. rokem života, 50 % po 13. roce (95 % interval spolehlivosti = 12,3–13,8 roku, *Lhotská a spol., 1995*).

Věk menarché vysoce významně koreluje s rokem nejvyšší růstové rychlosti (tzv. „růstový spurt“ – u dívek v průměru ve 12 letech), resp. se stupněm skeletální zralosti („**kostní věk**“). V rámci vztahů mezi základními „milníky“ puberty se jedná o nejvyšší zjištěnou korelaci, opakovaně prokazovanou řadou autorů. Uvádí se, že **genetický systém, kontrolující skeletální zralost, je genetickou determinantou věku menarché** (*Loesch a spol., 1995*). Maximum nárůstu u všech význačných kostních proměnných (= rozměry kostí, kostní denzita, obsah kostních minerálů atd.) nastává v období dvou let (± 1 rok) daných věkem menarché (*Magarey a spol., 1999*). Z uvedených skutečností je zcela zřejmá souvislost se známým rizikem osteoporózy, ale i **rizikem nerealizování růstového dědičného potenciálu** u pacientek s PPP a neukončeným růstem!

Menarché nastává v průměru jeden rok po dosažení nejvyšší růstové rychlosti, tedy až v období růstové decelerace. Dívka v **čase menarché** má již jen malý zbytkový růstový potenciál – její **tělesná výška má již cca 95 % končené hodnoty**.

Kostní věk při menarché má jen velmi úzké rozmezí 12,5–13,5 roku a lze ho velmi přesně stanovit na rentgenovém snímku skeletu ruky, optimálně s využitím metody TW3 (*Tanner a spol., 2001*) či méně přesně metodou Greulich a Pyleové (1959). V čase menarché dochází k fúzi metafýz a epifýz distálních falang („**perimenarcheální osifikace**“), podle Tannerovy nomenklatury osifikace skeletu ruky se jedná o nezaměnitelná tzv. stadia „H“ (= již zcela minimální „růstová šterbina“ mezi metafýzami a epifýzami falang i metakarpů). Podle osifikace skeletu ruky tedy poměrně

snadno diferencujeme např. fyziologickou primární amenoreu u dívky s konstitučním (= fyziologickým) opožděním puberty (*např. v kalendářním věku 15 let má kostní věk 13 let*) a patologickou primární amenoreu u pacientky s „postmenarcheální osifikací“.

Menarché z biologického hlediska velmi významně dále charakterizuje „tělesné složení“: první menstruace je limitována **množstvím tělesného tuku**, které se uplatňuje na hodnotě „**perimenarcheální tělesné hmotnosti**“. Empiricky a z celé řady studií je známá časnější menarché dívek s nadváhou a dívek obézních a naopak pozdější menarché u dívek hubených. Uvádí se, že minimální „fatness“ pro menarché je cca 17 % tělesné hmotnosti, pro udržení a obnovu menstruačního cyklu (tzv. remenorea) je to u postpubertálních dívek cca 22 % podílu tuku na celkové hmotnosti těla (*např. Baker 1985, Osteria 1983*). Ačkoliv se věk menarché od konce 19. století k dnešku snížil o cca 4 roky, tak průměrná tělesná hmotnost při menarché (47,5 kg \pm 0,5 kg) se nezměnila (*např. Mocanu a spol. 2001*).

Průměrnou perimenarcheální situaci u zdravých dívek tedy charakterizuje:

- a) skóre sexuální maturace **M4, PH4** (podle Tannerovy klasifikace rozvoje prsní žlázy a pubického ochlupení),
- b) věk cca **jeden rok po růstovém spurtu** (95 % finální výšky),
- c) **kostní věk = 13 \pm 0,5 roku** (viz výše – fúze epifýz a diafýz distálních falang ruky),
- d) **zhruba 25. (resp. vyšší) percentil hmotnosti k výšce** (podle české normy empirických percentilů hmotnost k výšce z roku 1991).

TĚLESNÁ HMOTNOST

Průměrná třináctiletá česká dívka podle výsledků poslední reprezentativní národní antropologické studie (2001) **měří 160 cm a váží 48 kg** (*zcela přesně 159,7 cm / 48,13 kg, nepublikované údaje SZÚ*). **Sekundární amenorea** nastává podle našich dlouhodobých zkušeností (*autorka sdělení H. K. dosud vyšetřila a analyzovala data přes 600 pedopsychiatrických PPP pacientek*) při **snížení tělesné hmotnosti pod 10. percentil hmotnosti k výšce** (podle empirických percentilů grafů „*hmotnost k výšce*“ ČR 1991 pro dívky starší 13,5 roku). Často bývá uváděno, že **sekundární**

Tab. 1. Hmotnost těla podle empirických percentilů u průměrně vysoké dívky ČR (2001) s ukončeným růstem.

| TV=167 cm (2001) | TH/kilogramy | BMI | % přiměřené H | Hodnocení H/V |
|--------------------------|--------------|-----------|---------------|----------------------------|
| 50. percentil H/V | 58 kg | 21 | 100 % | Přiměřená relace |
| 25. percentil H/V | 53 kg | 19 | 91 % | Štíhlá dívka |
| 20. percentil H/V | 52 kg | 18,7 | 90 % | Remenorea |
| 10. percentil H/V | 50 kg | 18 | 86 % | Sekundární amenorea |
| 3. percentil H/V | 46 kg | 16,5 | < 80 % | Závažná patologie |

amenorea nastává při ztrátě 10–15 % hmotnosti, za „cut-off“ **normality hmotnosti** bývá často označováno **85 % doporučené hmotnosti (= BMI nižší než 18 kg/m²)**.

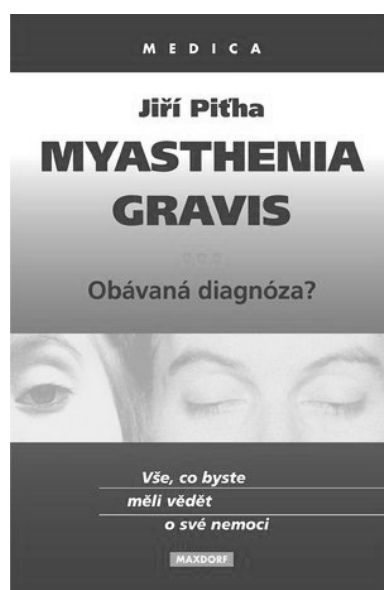
Remenorea, tedy obnova menstruačního cyklu, je podle našich zkušeností a odborného písemnictví spojena s vyšší hodnotou tělesné hmotnosti než s tou, při níž nastala sekundární amenorea (uvádí se hodnota o cca 2 kg vyšší). **Průměrná hodnota hmotnosti pro remenoreu** je podle řady autorů **cca 90 % „standardní hmotnosti“** (tab. 1). Odlišnou situaci představují pacientky s **primární amenoreou**, u nichž považujeme stanovení biologického věku za velmi významnou součást racionálního terapeutického režimu.

ZÁVĚR

Z našich mnohaletých zkušeností se stovkami pubescentních a adolescentních pacientek s PPP je zřejmé, že velmi významnou součástí léčebného algoritmu u hospitalizovaných i ambulantních dívek je vedle **precizní hmotnostní anamnézy i stanovení biologického věku** (premenarcheální či postmenarcheální situace), resp. **přesná růstová diagnóza** (neukončený lineární růst či finální výška).

S podporou grantu IGA MZ 2003, NB/7409-3

Literatura u autorky



MYASTHENIA GRAVIS – OBÁVANÁ DIAGNÓZA?

Vše, co byste měli vědět o své nemoci.

Jiří Piřha

Myasthenia gravis (myastenie) je nervosvalové onemocnění, v jehož důsledku dochází k nadměrné svalové slabosti a unavitelnosti. Onemocnění není příliš časté, není však zcela vzácné. Již před více než 40 lety zjistili odborníci, že onemocnění způsobují patologické protilátky, které zhoršují funkci receptorů na svalové membráně. Tyto receptory prostřednictvím chemické látky acetylcholinu mohou umožnit svalový stah. Onemocnění patří do skupiny nervových chorob, kterým říkáme autoimunitní. Imunitní systém místo toho, aby se zaměřil na likvidaci choroboplodných zárodků a cizorodých látek nedokáže rozpoznat, že acetylcholinové receptory jsou organizmu vlastní a ničí je. Autor vychází ze svých bohatých zkušeností lékaře, který se za dobu své praxe setkal s více než 1000 nemocných a pacientky, která zažila různé fáze onemocnění „na vlastní kůži“. Lékař je konfrontován při stanovení diagnózy i v průběhu léčení s celou řadou pro-

blémů, o kterých je vhodné nemocného informovat. Publikace se snaží formou otázek a odpovědí objasnit vznik a průběh choroby, způsob stanovení diagnózy, možnosti léčení a další problémy spojené s životostí, sociálně právními aspekty apod. Součástí publikace jsou též přílohy, které se věnují rizikovým lékům, dietám, doporučením při pánovaných operacích a vedení porodu. Jsou k dispozici důležité webové adresy, informace pro lékaře při cestách do zahraničí apod. Kniha by měla co možná nejvíce vyčerpávajícím způsobem informovat pacienty, rodinné příslušníky a ošetřující lékaře o podstatě onemocnění tak, aby se těsnější spolupráce nemocného a lékaře podařilo optimalizovat diagnostický a léčebný režim.

Vydal Maxdorf v roce 2004, edice Medica, formát 130 x 200 mm, brož., ISBN 80-7345-027-5, 66 str., cena 145.-Kč.

**Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31
120 26 Praha 2,
fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz**

POSTERY

Neurobiologické práce

Aktivity komplexů dýchacího řetězce u žen s mentální anorexií

Activity of Respiratory Chain Complexes in Isolated Platelets in Female Patients with Anorexia Nervosa

Böhm M.¹, Papežová H.², Hamsíková H.¹,
Wenchich L.¹, Zeman J.¹

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha¹

Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, Praha²

Souhrn

Úvod: V porovnání se zdravými kontrolami se u žen s mentální anorexií vyskytuje široké spektrum endokrinních a biochemických odchylek, včetně změn v účinnosti mitochondriálního energetického metabolismu.

Cíl studie: Analýza aktivit komplexů dýchacího řetězce v izolovaných trombocytech u žen s mentální anorexií.

Metody a materiál: Aktivity komplexů dýchacího řetězce I, II, IV, I+III a kontrolního enzymu citrát syntázy byly měřeny spektrofotometricky v izolovaných trom-

bocytech u 36 žen s mentální anorexií (věk 18–35 let, BMI 15 ± 1,7) a u kontrolního souboru 37 zdravých žen (věk 18–35 let, BMI 21 ± 2,2).

Výsledky: Aktivity komplexů dýchacího řetězce I a II v izolovaných trombocytech byly ve skupině žen s mentální anorexií statisticky významně vyšší ($p < 0,001$, $p < 0,05$) v porovnání s kontrolní skupinou. Také relativní aktivity obou komplexů dýchacího řetězce I a II a navíc i komplexu dýchacího řetězce v trombocytech u žen s mentální anorexií. Trombocyty se sice nepodílejí významně na energetickém obratu organismu, ale představují snadno dostupný biologický materiál ke studiu mitochondriálního energetického metabolismu.

Klíčová slova: mentální anorexie, komplexy dýchacího řetězce, mitochondriální energetický metabolismus.

Summary:

Background: In comparison with healthy controls, a broad spectrum of endocrine and biochemical disturbances may be observed in patients with anorexia nervosa.

Objective: The aim of our study was to analyse the activities or respiratory chain complexes in platelets in females with anorexia nervosa.

Tab. 1. Aktivity komplexů dýchacího řetězce v izolovaných trombocytech u 36 žen s mentální anorexií ve srovnání s kontrolní skupinou zdravých žen.

| | Anorexia nervosa | | Kontroly | |
|--|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| | n = 36 | | n = 37 | |
| | průměr ± SD | Medián | průměr ± SD | Medián |
| | (dolní-horní kvartil) | | (dolní-horní kvartil) | |
| Aktivity komplexů dýchacího řetězce (nmol/min/mg protein) | | | | |
| C I | 55,4 ± 19,0*** | 51,5 (43,9–66,6) | 37,8 ± 15,9 | 32,9 (28,3–48,3) |
| C II | 10,9 ± 3,2* | 10,9 (8,9–12,2) | 8,9 ± 3,6 | 8,5 (6,7–11,2) |
| C IV | 24,0 ± 8,3 | 22,4 (19,7–25,3) | 22,0 ± 5,3 | 21,4 (18,5–24,7) |
| C I+III | 17,2 ± 6,1 | 15,9 (12,8–20,7) | 16,1 ± 7,2 | 14,8 (12,3–18,5) |
| CS | 87,7 ± 26,0 | 73,4 (67,5–83,5) | 81,5 ± 18,8 | 79,7 (69,0–90,3) |
| Poměr mezi aktivitou individuálního komplexu a citrát syntázou | | | | |
| C I/CS | 0,81 ± 0,50*** | 0,67 (0,50–0,86) | 0,48 ± 0,21 | 0,44 (0,32–0,58) |
| C II/CS | 0,14 ± 0,05** | 0,14 (0,12–0,16) | 0,11 ± 0,04 | 0,11 (0,08–0,14) |
| C IV/CS | 0,31 ± 0,08* | 0,30 (0,28–0,35) | 0,28 ± 0,08 | 0,27 (0,23–0,31) |
| C I+III/CS | 0,22 ± 0,06 | 0,21 (0,17–0,27) | 0,20 ± 0,09 | 0,18 (0,14–0,26) |

C I – komplex I (NADH-koenzym Q₁₀ oxidoreduktáza), C II – komplex II (sukcinát-koenzym Q₁₀ oxidoreduktáza), C IV – komplex IV (cytochrom c oxidáza), C I+III – komplex I+III (NADH-cytochrom c reduktáza), CS – citrát syntáza

* $p < 0,05$,

** $p < 0,01$,

*** $p < 0,001$

Relativní aktivity dýchacího řetězce jsou také vyjádřeny jako poměr mezi aktivitou specifických enzymů a citrát syntázou (CS), která slouží jako kontrolní enzym.

Design: The activities of respiratory chain complexes I, II, IV and I+III and control enzyme citrate synthase were measured spectrophotometrically in isolated platelets in 36 women with anorexia nervosa (age 18–35 years, BMI 15±1.7) and in 37 female controls (age 18–35 years, BMI 21±2.2).

Results: Compared with healthy controls, the activities of respiratory chain complexes I and II in isolated platelets were significantly higher ($p<0.001$, $p<0.05$) in the group of women with anorexia nervosa. No differences were found in the activities of respiratory chain complexes IV and I+III and citrate synthase serving as the control enzyme. Additionally, the relative activities of respiratory chain complexes I, II and IV expressed as the ratios between activity of individual respiratory chain complex and the activity of the citrate synthase were significantly higher in women with anorexia nervosa in comparison with controls.

Conclusions: Our results suggest a higher efficiency of respiratory chain complexes in women with anorexia nervosa. Although the importance of platelets for the whole metabolic turnover is not high, they may represent an easily available biological material for the study of mitochondrial energy generating system.

Key words: anorexia nervosa, respiratory chain complexes, mitochondrial energy generating systems.



Anorexia nervosa – genetické faktory, současné znalosti a možné trendy

Genetics of anorexia nervosa, current status and future directions

Martásková D., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Autorky předkládají literární přehled genetických faktorů, které byly studovány ve spojitosti s mentální anorexií (AN). Byly studovány geny, jejichž produkty kontrolují metabolické dráhy, neurotransmitery i jejich receptory. Významným nálezem (asociace s AN potvrzena v řadě nezávislých studií) je polymorfismus A/G v pozici 1438 v promotorové části genu pro receptor 5-HT typu 2A, který hraje zásadní roli v regulaci serotoninu. Studium genových profilů u detailně charakterizovaných fenotypů povede k objasnění dalších genetických faktorů v patogenezi AN.

Klíčová slova: genetické faktory, receptory, polymorfismus.

Summary: In this review we summarize genetic factors studied in connection with anorexia nervosa (AN). Genes, products of which control metabolic pathways, neurotransmitters and its receptors, were studied frequently. The finding of special significance is association of AN with 1438 A/G polymorphism in promoter of 5-HT type 2A receptor. This receptor play a crucial role in serotonin regulation. Gene profiling in subtle AN phenotype will elucidate new genetic factors in pathogenesis of the disease.

Key words: genetic factors, receptors, polymorphism.

Genetické studie rodin a především dvojčat s poruchami příjmu potravy (PPP) ukazují, že tyto jsou familiárním onemocněním s výrazným genetickým podílem (5, 14). Pozitivní výsledky asocičních studií jsou zatím sporadicky replikované, ale ukázaly například přítomnost „susceptibility loci“ na chromozomu 1 u anorexia nervosa (AN) a chromozomu 10 u bulimia nervosa (BN). Příbuzní probandů s poruchou příjmu potravy mají riziko vzniku onemocnění 10krát vyšší než příbuzní zdravých kontrol. Studie dvojčat, které mají potenciál oddělit genetické a environmentální vlivy, udávají heritabilitu u AN 33–84 % a u BN 28–83 % (6). Budoucí genetické studie onemocnění s multifaktoriální příčinou vzniku vyžadují přesnou a velmi důmyslnou fenotypizaci, která nemusí odpovídat současné klasifikaci. V posledních letech se pozornost soustředila na interakci vlivů geneticky podmíněné vulnerability a sociokulturálních (environmentálních) faktorů na vznik, rozvoj i průběh onemocnění. Je nutné hledat takové popisy symptomů, které povedou k lepší identifikaci jednotlivých oblastí genů, které se uplatňují u poruch příjmu potravy. V asocičních studiích (2) byly dosud studovány především indolaminy, katechoaminy a neuropeptidy. Pozitivní nálezy byly u 5-HT receptorů 2A a 2C, prokazatelnější u AN než u BN a u 5-HTT (transportér serotoninu), ale nebyly konzistentně replikovány (18, 19). Negativní nálezy byly popsány u genu tryptofan hydroxylázy, receptoru 5-HT 7 a 5-HT_{1B/1D}, u D3 a D4 (geny pro receptory dopaminu), beta 3 adrenergní receptorů a katechol-0-metyl transferázy. Určité pozitivní nálezy jsou popsány u transportéru norepinefrinu. U polypeptidů, které ovlivňují regulaci váhy a jídelního chování (melanokortin, leptin, agouti-related protein, neuropeptid Y, opioidy a reprodukční hormony), se našly pozitivní nálezy pouze u agouti-related proteinů a uncoupling proteinů. Tyto studie však ještě nebyly replikovány (6). Existují práce ukazující, že geny ovlivňující přenos K⁺ kanálu a „brain-derived neurotrophic factor“ mohou přispívat ke genetické náchylnosti k AN. Poslední práce o pozitivní asociaci AN s 5-HT_{1Da} receptory pro delta opioidy je nutno objasnit z hlediska jejich významu a funkce u AN. Nový přístup uvádí ve své studii Caspi a spol. (7), když poukazuje na variace genotypu (polymorfismus 5-HTT promoteru), které vedou k různé citlivosti na environmentální vlivy a k závažnějším formám depresivních reakcí a suicidalitě v reakci na stres (1, 6). Jedním z významných nálezů je polymorfismus v promotoru genu pro receptor 5-HT typu 2A (OMIM 182135), který hraje zásadní roli v regulaci serotoninu (8, 10, 17, 19). **Serotonin** je odpovědný za kontrolu chuti, sexuálního a sociálního chování a odpovědi na stres. Může být tedy odpovědný za modifikaci (patologickou změnu) jídelního chování vlivem sociálního stresu (3, 4). Vliv serotoninu byl demonstrován i v animálních mode-

lech. Serotonin se uplatňuje i jako morfogenetický faktor během vývoje nervové soustavy (16). V regulaci serotoninu má významnou úlohu i jeho transportér (5-HTT). Transkripční aktivita genu pro 5-HTT je prokazatelně modulována dvěma polymorfismy: promotorovým polymorfismem (5-HTTLPR, inserce/delece 44 bp) a zkrácením v druhém intronu (17 bp, VNTR-2) (7, 13, 15).

V promotoru genu pro 5-HT receptor typu 2A byl v pozici 1438 identifikován polymorfismus A/G (9, 10). Nejnovější nálezy ukazují, že tento polymorfismus leží těsně nad dvěma alternativními promotory, má potenciál modulovat aktivitu promotoru a může být funkční variantou, která je spojena se specifickými neuropsychiatrickým fenotypy.

Studium expresních genových profilů u nemocných s AN umožní cílení na geny, jejichž exprese je u AN zvýšena nebo snížena.

Literatura

1. **Becker, A. E., Keel, P., Anderson-Fye, E. P., Thomas, J. J.:** Genes and/or jeans?: genetic and socio-cultural contributions to risk for eating disorders. *J. Addict. Dis.*, 23, 2004, pp. 81–103.
2. **Ben-Dor, D. H., Laufer, N., Apter, A., Frisch, A., Weizman, A.:** Heritability, genetics and association findings in anorexia nervosa. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 39, 2002, pp. 262–270.
3. **Brewerton, T. D.:** Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 1995, pp. 561–590.
4. **Brewerton, T. D., Jimerson, D. C.:** Studies of serotonin function in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.*, 16, 1996, pp. 31–42.
5. **Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., Kendler, K. S.:** Twin studies of eating disorders: a review. *Int. J. Eat. Disord.*, 27, 2000, pp. 1–20.
6. **Bulik, C. M., Tozzi, F.:** Genetics in eating disorders: state of science. *CNS Spectrum*, 9, 2004, pp. 511–515.
7. **Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. R. et al.:** Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 2003, pp. 386–389.
8. **Collier, D. A., Arranz, M. J., Li, T., Mupita, D., Brown, N., Treasure, J.:** Association between 5-HT2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa. *Lancet*, 350, 1997, p. 412.
9. **Enoch, M. A., Kaye, W. H., Rotondo, A., Greenberg, B. D., Murphy, D. L., Goldman, D.:** 5-HT2A promoter polymorphism – 1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 351, 1998, pp. 1785–1786.
10. **Erdmann, J., Shimron-Abarbanell, D., Rietschel, M., Albus, M., Maier, W., Korner, J., Bondy, B., Chen, K., Shih, J. C., Knapp, M., Propping, P., Not-
hen, M. M.: Systematic screening for mutations in the human serotonin-2A (5-HT2A) receptor gene: identification of two naturally occurring receptor variants and association analysis in schizophrenia. *Hum. Genet.*, 97, 1996, pp. 614–619.**
11. **Gorwood, P., Ades, J., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D. A., Di Bella, D., Di Bernardo, M., Estivill, X., Fernandez-Aranda, F., Gratacos, M., Hebebrand, J., Hinney, A., Hu, X., Karwautz, A., Kipman, A., Mouren-Simeoni, M. C., Nacmias, B., Ribases, M., Remschmidt, H., Ricca, V., Rotella, C. M., Sorbi, S., Treasure, J.:** The 5-HT(2A)-1438G/A polymorphism in anorexia nervosa: a combined analysis of 316 trios from six European centres. *Mol. Psychiatry*, 7, 2002, pp. 90–94.
12. **Gorwood, P., Kipman, A., Foulon, Ch.:** The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology*, 480, 2003, pp. 163–170.
13. **Hinney, A., Barth, N., Ziegler, A., von Prittwitz, S., Hamann, A., Hennighausen, K., Pirke, K. M., Heils, A., Rosenkranz, K., Roth, H., Coners, H., Mayer, H., Herzog, W., Siegfried, A., Lehmkuhl, G., Poustka, F., Schmidt, M. H., Schafer, H., Grzeschik, K. H., Lesch, K. P., Lentz, K. U., Remschmidt, H., Hebebrand, J.:** Serotonin transporter gene-linked polymorphic region: allele distributions in relationship to body weight and in anorexia nervosa. *Life Sci*, 61, 1997, pp. 295–303.
14. **Holland, A. J., Hall, A., Murray, R., Russell, G. F., Crisp, A. H.:** Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br. J. Psychiatry*, 145, 1984, pp. 414–419.
15. **Hranilovic, D., Stefulj, J., Schwab, S., Bohrmann-Hassenbach, M., Albus, M., Jernej, B., Wildenauer, D.:** Serotonin transporter promoter and intron 2 polymorphisms: Relationship between allelic variants and gene expression. *Biol. Psych.*, 55, 2004, pp. 1090–1094.
16. **Kaye, W., Gendall, K., Strober, M.:** Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biol. Psychiatry*, 44, 1998, pp. 825–838.
17. **Nacmias, B., Ricca, V., Tedde, A., Mezzani, B., Rotella, C. M., Sorbi, S.:** 5-HT2A receptor gene polymorphisms in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Neurosci. Lett.*, 277, 1999, pp. 134–136.
18. **Ricca, V., Nacmias, B., Cellini, E., Di Bernardo, M., Rotella, C. M., Sorbi, S.:** 5-HT2A receptor gene polymorphism and eating disorders. *Neurosci. Lett.*, 323, 2002, pp. 105–108.
19. **Walitza, S., Wewetzer, C., Warnke, A., Gerlach, M., Geller, F., Gerber, G., Gorg, T., Herpertz-Dahlmann, B., Schulz, E., Remschmidt, H., Hebebrand, J., Hinney, A.:** 5-HT2A promoter polymorphism-1438G/A in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders. *Mol. Psychiatry*, 7, 2002, pp. 1054–1057.

Vliv estrogenů a hormonů kůry nadledvin na nocicepční citlivost u patientek s mentální anorexií

The effect of estrogens and adrenal hormones on nociceptive sensitivity in the patients with anorexia nervosa

Yamamotová A.¹, Papežová H.², Vurmová I.²

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie
3. LF UK, Praha¹

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²

Souhrn: Práce se zabývá předběžnou analýzou vztahů mezi endokrinními charakteristikami a nocicepcí u patientek s mentální anorexií. Patientky prodávající hormonální substituční léčbu jsou na bolest více vnímavé než neléčené patientky a neliší se od zdravých žen kontrolního souboru. Dále byl prokázán vztah mezi hladinou estradiolu a prahem termické bolesti; patientky s nižšími hladinami estradiolu vnímají bolest méně. Podobný vztah, tj. negativní korelace, byla pozorována mezi prahem bolesti a hladinou dehydroepiandrosteronu (DHEA). Jako nejlepší prediktor nocicepční citlivosti se ukázal poměr plazmatické hladiny kortizolu k DHEA, který zahrnuje jak stupeň aktivace stresové osy, tak i její následnou autoregulaci.

Klíčová slova: estrogeny, mentální anorexie, nocicepční citlivost, kortizol, DHEA.

Summary: An association between endocrine characteristics and nociception was analyzed in patients with anorexia nervosa. The preliminary data shows that patients with hormonal replacement therapy are more sensitive to pain than patients without HRT and in this respect they do not differ from healthy women. In anorexia, the thermal pain threshold negatively correlated with blood plasma level of estradiol and dehydroepiandrosterone. The cortisol-DHEA ratio, which includes the activation of hypothalamus-pituitary-adrenal axis as well as its autoregulation, should be considered the best pre-

dictor of the thermal nociceptive sensitivity.

Key words: estrogens, anorexia nervosa, nociceptive sensitivity, cortisol, DHEA.

ÚVOD

U zdravých žen se mění citlivost na bolest v závislosti na fázi menstruačního cyklu i na hladinách pohlavních hormonů. Protože patientky s poruchami příjmu potravy mají často deficitní gonadotropní osu, lze předpokládat, že jednou z příčin jejich snížené citlivosti na bolest může být i snížená hladina estrogenů. Na druhou stranu mají tyto patientky chronicky zvýšenou aktivitu osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny, která může vyvolávat stresovou analgezií. Vedle těchto změn mohou hrát významnou modulační roli ve zpracování bolestivých podnětů i neurosteroidy, které negenomickým způsobem ovlivňují v CNS aktivitu ionotropních GABA_A, NMDA, δ a 5-HT₃ receptorů (Mellon, Griffin 2002). U patientek s poruchami příjmu potravy byly prokázány vyšší hladiny jak DHEA tak i DHEA-S (8). Cílem této pilotní studie bylo analyzovat vztah mezi objektivními a subjektivními charakteristikami bolesti vyvolané nocicepčními podněty různých modalit.

METODIKA

Testování nocicepční citlivosti na tepelný a chladový podnět se zúčastnilo 19 patientek s mentální anorexií (13 restriktivního a 6 purgativního typu). Odběry krve se prováděly standardním způsobem v ranních hodinách a vzorky byly odeslány k laboratornímu stanovení hladin estradiolu, progesteronu, DHEA, DHEA-S a kortizolu. Testy nocicepce byly prováděny v dopoledních hodinách. Ekvivalentem prahu bolesti byly průměrná doba působení tepelného podnětu na třech prstech pravé ruky do okamžiku, kdy byl podnět vnímán jako bolestivý. V chladovém „cold pressor testu“ (CPT) se měři-

Tab. 1. Porovnání diagnostických podskupin z hlediska sledovaných parametrů.

| | Anorexia purgativní průměr ± SD | Anorexia restriktivní průměr ± SD | t-test | df | p | N Ap | N Ar |
|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------|----|-------|------|------|
| Věk (roky) | 23,8 ± 4,9 | 25,2 ± 4,8 | -0,58 | 17 | 0,565 | 6 | 13 |
| Hmotnost (kg) | 43,4 ± 6,5 | 42,0 ± 6,1 | 0,46 | 17 | 0,651 | 6 | 13 |
| Výška (cm) | 168,3 ± 6,6 | 166,8 ± 5,9 | 0,49 | 17 | 0,627 | 6 | 13 |
| BMI (kg.m ⁻²) | 15,3 ± 1,5 | 15,0 ± 1,4 | 0,35 | 17 | 0,732 | 6 | 13 |
| Trvání nemoci (roky) | 5,8 ± 2,5 | 4,3 ± 3,1 | 1,04 | 17 | 0,315 | 6 | 13 |
| Tolerance CPT (s) | 33,8 ± 24,9 | 46,3 ± 35,6 | -0,77 | 17 | 0,452 | 6 | 13 |
| Nepříjemnost CPT (VAS) | 51,5 ± 35,3 | 66,4 ± 28,5 | -0,98 | 17 | 0,339 | 6 | 13 |
| Algozita CPT (VAS) | 69,8 ± 12,1 | 66,4 ± 26,3 | 0,30 | 17 | 0,766 | 6 | 13 |
| Tepelný práh bolesti (s) | 6,1 ± 1,4 | 5,6 ± 1,4 | 0,69 | 17 | 0,497 | 6 | 13 |
| DHEA (mmmg/l) | 12,9 ± 9,9 | 9,8 ± 4,6 | 0,84 | 13 | 0,416 | 5 | 10 |
| DHEA-S (mmmmol/l) | 3,3 ± 1,9 | 5,1 ± 2,5 | -1,33 | 13 | 0,206 | 5 | 10 |
| Progesteron (nmol/l) | 2,2 ± 1,1 | 2,8 ± 0,8 | -0,99 | 11 | 0,339 | 5 | 8 |
| Estradiol (nmol/l) | 0,12 ± 0,01 | 0,14 ± 0,08 | -0,48 | 10 | 0,637 | 5 | 7 |
| Kortizol (nmol/l) | 751 ± 108 | 871 ± 277 | -0,92 | 10 | 0,381 | 5 | 7 |
| Kortizol/DHEA | 27,5 ± 20,7 | 36,3 ± 35,3 | -0,49 | 9 | 0,636 | 5 | 6 |

Tab. 2. Spearmanovy korelační koeficienty mezi parametry bolesti a hladinami steroidních hormonů.

| | DHEA N=15 | DHEA-S N=15 | Progesteron N=13 | Estradiol N=12 | Kortizol N=12 | Kortizol/ DHEA N=11 |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Tolerance CPT (s) | 0,391 p=0,149 | 0,194 p=0,486 | 0,231 p=0,447 | -0,158 p=0,622 | 0,461 p=0,130 | -0,573 p=0,065 |
| Nepříjemnost CPT (VAS) | 0,282 p=0,308 | 0,446 p=0,095 | 0,132 p=0,667 | 0,272 p=0,393 | 0,175 p=0,586 | 0,136 p=0,689 |
| Algozita CPT (VAS) | 0,081 p=0,775 | 0,298 p=0,280 | -0,367 p=0,217 | -0,028 p=0,930 | -0,144 p=0,654 | 0,146 p=0,667 |
| Tepelný práh bolesti (s) | -0,743 p=0,002 | -0,482 p=0,063 | -0,390 p=0,188 | -0,603 p=0,038 | 0,069 p=0,829 | 0,973 p=0,023 |

la tolerance, tj. maximální doba, po kterou byla pokusná osoba ochotná udržet levou ruku ponořenou po zápěstí do studené vody o teplotě 2 °C. Po skončení CPT byla na vizuální analogové škále posuzována intenzita bolesti (algozita) a subjektivní nepříjemnost CPT. Mezi diagnostickými podskupinami anorektických pacientek nebyly zjištěny žádné rozdíly ani v jednom ze sledovaných parametrů (tab. 1), proto jsme skupinu analyzovali společně. Pro vyjádření poměru molárních koncentrací kortizolu k DHEA byl pro převod na SI jednotky pro DHEA použit přepočtový koeficient 3,47.

VÝSLEDKY

Při porovnání prahu bolesti u pacientek s anorexií užívajících hormonální substituci a bez ní (pro srovnání byla použita data dřívějších studií) se ukázalo, že pacientky prodávající substituční léčbu jsou na bolest více vnímavé než neléčené pacientky (průměr ± SEM, anorexie s HRT: n=20, 5,85 ± 0,9 s; anorexie bez HRT: n=32, 10,7 ± 0,7 s; p = 0,0008) a neliší se od zdravých žen kontrolního souboru (n=36, 7,1 ± 0,7 s, p = 0,399).

Pacientky s anorexií se nelišily hladinami estradiolu a progesteronu od uváděných referenčních laboratorních hodnot, ale hladiny kortizolu (v 75 % případů), DHEA (v 40 % případů) a DHEA-S (v 20 % případů) měly vyšší.

V tabulce 2 jsou uvedeny výsledky korelační analýzy. Práh tepelné bolesti negativně koreloval s hladinou estradiolu, zatímco tolerance chladu a obě subjektivní komponenty chladové bolesti byly na hladině estradiolu nezávislé. Práh tepelné bolesti rovněž negativně koreloval s hladinou DHEA a naopak pozitivně s poměrem kortizol-DHEA. Mezi kortizolem a sledovanými parametry nocicepce nebyla zjištěna žádná významná korelace.

DISKUSE

Ze sledovaných hormonů pouze estradiol, DHEA a poměr kortizol-DHEA odrážely do jisté míry nocicepční citlivost u pacientek s anorexií. Vyšším hladinám estradiolu odpovídaly nižší prahy bolesti, které se nelišily od hodnot u zdravých žen.

Podobnou negativní korelaci jsme pozorovaly mezi prahem bolesti a hladinou DHEA (a na hranici významnosti DHEA-S). DHEA je u těchto pacientek obecně zvýšený, jako i ostatní periferní neuroaktivní steroidy (8). Protože DHEA má významné antiglukokortikoidové vlastnosti, jeho zvýšená hladina může být považována za projev adaptace, neboť může antagonizovat účinky vyvolané nadměrnou sekrecí kortizolu. Naproti tomu např. ženy s fibromyálií, které jsou na bolest víc vnímavé, mají sníženou jak sekreci DHEA-S, tak i aktivitu osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny (3).

Nezjištěný vztah mezi chladovou bolestí a kortizolem je v souladu s pozorováním al'Absi a kol. (1), kteří u žen v chladovém nocicepčním testu rovněž nenalezli významnou korelaci na rozdíl od mužů, kteří čím měli vyšší hladiny kortizolu, tím měli menší subjektivní pocit bolesti. Rovněž tolerance chladového testu koreluje pozitivně s kortizolem, ale měřeným až po skončení testu, nikoliv před ním (4). Přestože stresem vyvolaná analgezie a zvýšená hladina kortizolu mohou mít stejný časový průběh, nemusejí být kauzálně spojené (6). Jako nejlepší prediktor nocicepce se ukázal poměr kortizol-DHEA, který pozitivně koreloval s prahem tepelné bolesti a negativně, ale na hranici statistické významnosti, s tolerancí chladového testu. Odlišná citlivost pacientek s mentální anorexií na extrémní tepelné podněty není překvapující, neboť v obou případech je povrchová kožní teplota významným faktorem spoluurčujícím dobu, po kterou je podnět ještě vnímán jako nebolestivý (9). Zvýšený poměr kortizolu k DHEA není typický jen pro pacientky s poruchami příjmu potravy, ale byl popsán i u nemedikovaných depresivních pacientů, kde pozitivně koreloval s délkou depresivní epizody (11) a u hospitalizovaných pacientů se schizofrenií, kde pozitivně koreloval s trváním nemoci (10). Zvýšený poměr může být způsobem poklesem hladiny DHEA při relativně normálních hodnotách kortizolu nebo naopak nárůstem kortizolu při normálních hladinách DHEA. V obou případech se však jedná o porušení homeostatické regulace stresové osy, která může být doprovázena mimo jiné i změnou nocicepci. Pro obě diagnózy stejně

jako pro poruchy příjmu potravy, bývá často uváděna snížená citlivost na bolest (2, 5), který by částečně mohla být tímto vztahem vysvětlena. Protože náš soubor byl relativně malý, nemůžeme vyloučit možnost falešně pozitivních výsledků. Změněná nocicepce nemusí být přímým důsledkem uvedených vztahů. Podaří-li se tyto nálezy reprodukovat na větším souboru pacientů, mohly bychom získat nový objektivní indikátor nocicepční citlivosti.

Podpořeno grantem IGA NF 7549-3 a VZ 0021620816.

Literatura

1. **al'Absi, M., Petersen, K. L., Wittmers, L. E.:** Adrenocortical and hemodynamic predictors of pain perception in men and women. *Pain*, 96, 2002, pp. 197–204.
2. **Blumensohn, R., Ringler, D., Eli, I.:** Pain perception in patients with schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 190, 2002, pp. 481–483.
3. **Dessein, P. H., Shipton, E. A., Joffe, B. J., Hadebe, D. P., Stanwix, A. E., Van der Merwe, B. A.:** Hyposecretion of adrenal androgens and the relation of serum adrenal steroids, serotonin and insulin-like growth factor-1 to clinical features in women with fibromyalgia. *Pain*, 83, 1999, pp. 313–319.
4. **Dixon, K. E., Thorn, B. E., Ward, L. C.:** An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally-induced pain: a path analytic description. *Pain*, 112, 2004, pp. 188–196.
5. **Lautenbacher, S., Krieg, J. C.:** Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature, *J. Psychiatr. Res.*, 28, 1994, pp. 109–122.
6. **Lautenbacher, S., Wolf, S., Both-Ortmann, B., Laschewski, U., Vedder, H., Krieg, J. C.:** Effects of high and low levels of cortisol on pain perception. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 7, 1997, S274.
7. **Mellon, S. H., Griffin, L. D.:** Neurosteroids: biochemistry and clinical significance. *TRENDS Endocrinol Metab*, 13, 2002, pp. 35–43.
8. **Monteleone, P., Luisi, M., Colurcio, B., Casarosa, E., Monteleone, P., Ioime, R., Genazzani, A. R., Maj, M.:** Plasma levels of neuroactive steroids are increased in untreated women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Psychosom. Med.*, 63, 2001, pp. 62–68.
9. **Papežová, H., Yamamotová, A., Uher, R.:** Elevated pain threshold in eating disorders: physiological and psychological factors. *J. Psychiatr. Res.*, 2005, v tisku.
10. **Ritsner, M., Maayan, R., Gibel, A., Strous, R. D., Modai, I., Weizman, A.:** Elevation of the cortisol/dehydroepiandrosterone ratio in schizophrenia patients. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 14, 2004, pp. 267–273.
11. **Young, A. H., Phil, M., Gallagher, P., Porter, R. J.:** Elevation of the cortisol-dehydroepiandrosterone ratio in drug-free depressed patients. *Am. J. Psychiatry*, 159, 2002, pp. 1237–1239.



Vliv prostředí sportovní školy na rozvoj a udržování poruch příjmu potravy (Kazuistiky)

Environmental impact of the sport school to the onset and course of eating disorders (Case histories)

Housová J., Haluzík M.

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

Souhrn: Naše kazuistiky ukazují negativní vliv prostředí tzv. výběrových škol na rozvoj a udržování poruch příjmu potravy u adolescentek.

Klíčová slova: vliv prostředí, výběrové školy, poruchy příjmu potravy.

Summary: On the case histories from the out-patient obesity clinic we are demonstrating the impact of dance school pressure on the onset and the course of eating disorders in adolescent girls.

Key words: environmental impact, dance schools, eating disorders.

Na obezitologickou ambulanci III. interní kliniky se opakovaně objednávají studentky Státní taneční konzervatoře v Praze. Důvodem jejich návštěvy na obezitologii je vynucená redukce tělesné hmotnosti, kterou na studentkách požaduje škola. Zde je nutné zdůraznit, že se jedná z lékařského hlediska o dívky, jejichž aktuální BMI je zcela fyziologické podle obecně uznávaných norem.

První pacientka přišla do naší ambulance s váhou 49 kg, BMI: 19,1 kg/m², procento tuku 26 %. Druhá pacientka měla vstupní váhu 62 kg při výšce 171 cm, BMI 21,3 kg/m². Po první pacientce škola vyžadovala redukci hmotnosti na 40 kg, po druhé byla požadována váha 50 kg. Obou pacientkám bylo vydáno „ultimátum“, že pokud váhu nezredukuje přes letní prázdniny, tzn. během 2 měsíců, budou vyloučeny ze školy v posledním, maturitním ročníku. Obě pacientky nebyly zcela logicky schopné svou váhu během letních prázdnin zredukovat, neboť jejich běžný denní energetický příjem se pohyboval kolem 5000 KJ.

Oběma pacientkám bylo z naší ambulance napsáno doporučení řediteli školy, že z lékařského pohledu není váhový úbytek u těchto pacientek žádoucí, nicméně obě pacientky byly přesto ze školy vyloučeny.

Literatura

1. **Ravaldia, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., Murciano, L., Rotella, C. M., Ricca, V.:** Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36, 2003, pp. 247–254.
2. **Barrell, G. M., Terry, P. C.:** Trait anxiety and coping strategies among ballet dancers. *Medical Problems of Performing Artists*, 18, 2003, pp. 59–64.

3. **Bettle, N., Bettle, O., Neumarker, U., Neumarker, K. J.:** Body image and self-esteem in adolescent ballet dancers. *Perceptual and Motor Skills*, 93, 2001, pp. 297–309.
4. **Neumarker, K. J., Bettle, N., Neumarker, U., Bettle, O.:** Age- and gender-related psychological characteristics of adolescent ballet dancers. *Psychopathology*, 33, 2000, pp. 137–142.
5. **Abraham, S.:** Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology*, 29, 1996, pp. 223–229.
6. **Sanchez Cardenas, M., Portes, C. P.:** Eating disorders and suicide attempts in two ballet students. *Archives de Pediatrie*, 3, 1996, pp. 51–54.



Plazmatické hladiny ghrelinu na lačno u mentální anorexie a vliv kalorické a nekalorické potravy na sekreci ghrelinu

Fasting plasma ghrelin levels in anorexia nervosa and the effect of caloric and non-caloric meal on ghrelin secretion

Dostálová I.^{1,2}, Smitka K.¹, Papežová H.³, Hainer V.¹, Nedvídková J.¹

Endokrinologický ústav, Praha¹

Přírodovědecká fakulta UK, Praha²

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha³

Souhrn: Ghrelin, nový peptid uvolňující GH, je jedním z orexigenních hormonů, který byl nedávno izolovaný z krysího žaludku. Ghrelin vyvolává hladový podnět a změny ve fyziologii tohoto hormonu mohou hrát roli v nové patogenezi mentální anorexie (MA). V předkládané studii jsme měřili plazmatické koncentrace ghrelinu u zdravých žen a pacientek s MA ve stavu chronického hladovění. K potvrzení, že je ghrelin zapojen do krátkodobé regulace příjmu potravy, měřili jsme hladiny ghrelinu po standardní snídani a po podání nekalorické objemové potravy. Plazmatické koncentrace ghrelinu byly signifikantně zvýšené u pacientek s MA ve srovnání s kontrolami. Když byla podána standardní snídaně nebo nekalorická objemová potrava zdravým ženám, plazmatické koncentrace ghrelinu kontinuálně klesly. Na druhé straně jsme nezaznamenali pokles plazmatických koncentrací ghrelinu u pacientek s MA po standardní snídani nebo po podání nekalorické objemové potravy. Předpokládáme, že vysoké plazmatické koncentrace ghrelinu u MA pravděpodobně odrážejí stav chronické podvýživy, kdy jednotlivé podání standardní snídaně nebo nekalorické objemové potravy není dostatečným impulzem pro změnu tohoto stavu. Zvýšená produkce ghrelinu může představovat obranný mechanismus u MA.

Klíčová slova: ghrelin, kalorická potrava, plazmatické hladiny.

Summary: Ghrelin, a novel GH-releasing acylated peptide, is one of orexigenic hormones that was recently isolated from rat stomach. Ghrelin elicits hunger signal, and alterations in hormone physiology may play a role in new pathogenesis of anorexia nervosa (AN). In pre-

sent study we measured plasma ghrelin concentrations in healthy women and in patients with AN being in a chronic starvation state. To support that ghrelin participates in short-term regulation of food intake, we measured plasma ghrelin levels after a standard breakfast and after a meal without nutrient density. Plasma ghrelin concentrations were significantly increased in AN patients compared to the controls. When standard breakfast or meal without nutrient density were given to healthy women, plasma ghrelin concentrations continuously decreased. On the other hand, we did not observe the decrease of plasma ghrelin concentrations in AN patients after standard breakfast or after meal without nutrient density. We suppose that high plasma ghrelin concentrations in AN patients probably reflect a chronic feeding state and that a single standard breakfast or fiber is not sufficient impulse for changing of this state. The increased ghrelin production may represent protective mechanism in AN.

Key words: ghrelin, caloric meal, fasting plasma.

ÚVOD

Ghrelin je prvním signálním hormonem příjmu potravy pocházející ze žaludku. Plazmatické hladiny ghrelinu se zvyšují před příjmem potravy a klesají po jídle. V případech negativní energetické bilance, tak jako při nízkokalorické dietě, chronické fyzické zátěži, jsou u MA plazmatické koncentrace ghrelinu vysoké. Hladiny ghrelinu v plazmě se mění v opačném směru u obezity a u MA po váhovém přírůstku a dá se tak předpokládat, že ghrelin je dobrým markerem nutričního stavu organismu. Dosud není znám přesný mechanismus, kterým je sekrece ghrelinu regulována a jaká je závislost jeho sekrece na kalorické stravě. Proto jsme sledovali krátkodobou odpověď plazmatického ghrelinu na konzumaci kalorické a nekalorické objemové potravy u zdravých žen a pacientek s MA (1–10).

CHARAKTERISTIKA SOUBORU A METODIKA

Plazmatické koncentrace ghrelinu jsme měřili u 19 zdravých žen (BMI 21,63 ± 1,24; věk 22,95 ± 4,75), které v minulosti neprodělaly onemocnění spojená s poruchami příjmu potravy, obezitou, hypertenzí nebo psychiatricky prokázaným onemocněním a 12 žen s diagnózou MA (BMI 15,21 ± 1,54; věk 24,3 ± 2,69). Patientky diagnostikované podle DSM-IV byly hospitalizované na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Všechny ženy byly nekuřačky a nejméně dva týdny před vyšetřením byly bez farmakologické léčby. Podepsaly informovaný souhlas se zařazením do studie, která byla schválena etickou komisí Endokrinologického ústavu v Praze. Při zkoumání úlohy ghrelinu v krátkodobé regulaci příjmu potravy jsme měřili plazmatické hladiny ghrelinu po podání standardní snídaně a po podání nekalorické potravy. Abychom rozhodli reakci na kalorickou potravu a objemovou nekalorickou potravu, podali jsme

dobrovolníkům standardní snídani (2 rohlíky a 60 g lučiny, ovocný čaj bez cukru, energetická hodnota 1727 kJ) a podruhé nekalorickou vlákninu (Psyllium 4 g do 250 ml vody, energetická hodnota 0,48 kJ). Krev (vzorky plazmy) byla odebírána v čase 0 (před podáním) a dále 30, 60, 90 a 120 minut po konzumaci jídla. Krev po stanovení plazmatických hladin ghrelinu byla odebírána v 8.00 hod. po nočním lačnění do polypropylenových zkumavek, které obsahovaly Na₂EDTA a antilysin, poté centrifugovány při 4 °C a vzorky plazmy byly uschovány při -30 °C před stanovením ghrelinu. Plazmatické koncentrace ghrelinu byly měřeny komerčním RIA kitem (Phoenix Pharmaceuticals, Inc., Belmont, CA). Statistická významnost sledovaných rozdílů byla zjišťována ANOVA a Mann-Whitneyovým testem. Vzájemné korelační závislosti jednotlivých parametrů byly zjišťovány Spearmannovým korelačním testem.

VÝSLEDKY

Zjistili jsme signifikantně zvýšené plazmatické koncentrace ghrelinu u pacientek s MA oproti kontrolám ($1772,83 \pm 1271,48$ vs. $836,94 \pm 337,38$ pg/ml, $p < 0,05$). U kontrol došlo po konzumaci standardní snídaně ke kontinuálnímu poklesu koncentrací ghrelinu během dvou hodin. K největšímu poklesu (téměř 50 % bazálních hodnot) došlo dvě hodiny po snídání ($1079,34 \pm 332,04$ pg/ml před snídání vs. $501,65 \pm 249,09$ pg/ml dvě hodiny po snídání, $p < 0,05$). Naproti tomu u pacientek s MA po konzumaci standardní snídaně nastal vzestup plazmatických hladin ghrelinu. První vzestup hladin ghrelinu byl v 60. minutě (155,6 % bazálních hodnot) a druhý vzestup byl v 90. minutě (229,4 % bazálních hodnot) a po dvou hodinách hladiny ghrelinu opožděně klesly a dosahovaly téměř týchž hladin jako před podáním (97,2 % bazálních hodnot). Po konzumaci nekalorické vlákniny Psyllia nastal u kontrol rychlý pokles v koncentracích ghrelinu již ve 30. minutě ($1443,3 \pm 808,38$ pg/ml před podáním vlákniny vs. $629,3 \pm 126,17$ pg/ml ve 30. minutě po podání vlákniny, $p < 0,05$) a od té doby koncentrace ghrelinu zůstaly téměř stále ($738,5 \pm 170,65$ pg/ml v 60. minutě, $734,13 \pm 234,88$ pg/ml v 90. minutě, $622,28 \pm 126,17$ pg/ml ve 120. minutě po podání Psyllia). U pacientek s MA se koncentrace ghrelinu kontinuálně zvýšily od 30. minuty do 90. minuty po konzumaci vlákniny (na 118,01 % bazálních hodnot ve 30. minutě ke 167,09 % bazálních hodnot v 90. minutě po podání) a po dvou hodinách hladiny ghrelinu opožděně klesly na 105,9 % bazálních hodnot.

ZÁVĚR

Naše data podporují hypotézu, že ghrelin má fyziologickou roli iniciátora příjmu potravy (11). Konzumace energeticky bohaté potravy u kontrol vyvolala největší postprandiální supresi ghrelinu později, kdežto podání nekalorické objemové

potravy způsobilo rychlejší pokles a zároveň rychlejší normalizaci hladin ghrelinu vedoucí k další iniciaci příjmu potravy. Naproti tomu u pacientek s MA k postprandiální supresi ghrelinu nedošlo, ale neočekávaně ke zvýšení plazmatických hladin ghrelinu po podání jak kalorické tak objemové nekalorické potravy.

Projekt byl podpořen grantovou agenturou GA ČR, grantem č. 303/03/0376.

Literatura

1. **Kojima, M., Hosoda, H., Date, Y., Nakazato, M., Matsuo, H.:** Ghrelin is a growth-hormon-releasing acylated peptide from stomach. *Nature*, 402, 1999, pp. 656–660.
2. **Wren, A. M., Seal, L. J., Cohen, M. A.:** Ghrelin enhanced appetite and increases food intake in humans. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 86, 2002, pp. 5992–5997.
3. **Ariyasu, H., Takaya, K., Tagami, T., Ogawa, Y., Hosoda, K., Atamizu, T., Suda, M., Koh, T., Natsui, K., Toyooka, S., Shirakami, G., Usui, T., Shimatsu, A., Doi, K., Hosoda, H., Kojima, M., Kangawa, K., Nakao, K.:** Stomach is a major source of circulating ghrelin, and feeding state determines plasma ghrelin-like immunoreactivity levels in human. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 86, 2001, pp. 4753–4758.
4. **Tschop, M., Weyer, C., Tataranni, P. A., Devanarayan, V., Ravussin, E., Heiman, M. L.:** Circulating ghrelin levels are decreased in human obesity. *Diabetes*, 50, 2001, pp. 707–709.
5. **Pinkney, J., Williams, G.:** Ghrelin gets hungry. *The Lancet*, 359, 2002, pp. 656–660.
6. **Date, Y., Nakazato, M., Hashiguchi, S.:** Ghrelin is present in pancreatic alpha-cells of humans and rats and stimulates insulin secretion. *Diabetes*, 51, 2002, pp. 124–129.
7. **Asakawa, A., Inui, A., Kaga, T., Yuzuriha, H., Nagata, T., Ueno, N., Makino, S., Fujimiya, M., Nijima, A., Fujino, M. I., Kasuga, M. I.:** Ghrelin is an appetite-stimulatory signal from stomach with structural resemblance to motilin. *Gastroenterology*, 120, 2001, pp. 337–345.
8. **Nakazato, M., Murakami, N., Date, Y., Kojima, M. I., Matsuo, H., Kangawa, K., Matsukura, S.:** A role of ghrelin in the central regulation of feeding. *Nature*, 409, 2001, pp. 194–197.
9. **Meier, U., Gressner, A. M.:** Endocrine regulation of energy metabolism: review of pathobiochemical and clinical aspects of leptin, ghrelin, adiponectin and resistin. *Clin. Chem.*, 50, 2004, pp. 1511–1525.
10. **Whatmore, A. J., Hall, C. M., Jones, J., Westwood, M.:** Ghrelin concentrations in healthy children and adolescents. *Clin. Endocrinol.*, 59, 2003, pp. 649–654.
11. **Cummings, D. E., Purnell, J. Q., Frayo, R. S., Schmidova, K., Wisse, B. E.:** A preprandial rise in plasma ghrelin levels suggests a role in meal initiation in humans. *Diabetes*, 50, 2001, pp. 1714–1719.



Primární prevence poruch příjmu potravy: přehled a srovnání vybraných českých a zahraničních programů

Primary prevention of eating disorders (ED): an overview and comparison of the selected Czech and foreign programmes

Chudobová P.

Katedra psychologie FF UK, Praha

Souhrn: Téma prevence se stalo jedním z důležitých témat výzkumu poruch příjmu potravy (PPP). Cílem příspěvku je seznámit s nejčastěji citovanými projekty primární prevence PPP.

Preventivní programy se liší v zaměření, struktuře a cílové skupině. V současnosti se preventivní programy vedle zvýšení informovanosti častěji orientují také na změny postojů a chování. Mezi hlavní cíle preventivních projektů patří zdravé stravování, rizika diet, sociální status ženy, vliv médií, kulturní stereotypy vůči fyzickému vzhledu a tělesné hmotnosti, podpora rozvoje sociálních dovedností, adekvátní sportovní aktivita. Novějším trendem v prevenci je ovlivnění nejen jedince, ale rodinného nebo školního prostředí.

Účinnost primární prevence je problematická. Z řady českých i zahraničních projektů vyplývá, že efektivita je spíše nízká. Počet longitudinálních studií je zatím omezený. Komplexní přístupy jsou z dlouhodobého hlediska pravděpodobně výhodnější, než zaměření na dílčí cíl. Z hlediska efektivní prevence je podstatné zaměřit se na studium rizikových a protektivních faktorů vzniku PPP. Klíčová slova: primární prevence, zahraniční programy.

Summary: The topic of prevention has become one of the important topics in research of eating disorders (ED). The aim of this contribution is to introduce the most often cited projects of ED primary prevention.

Prevention programmes differ in focus, structure and target group. The current prevention programmes are more often focused on attitude and behaviour changes than on simply increasing dissemination of information. The main targets of the primary prevention projects include healthy eating, diet risks, female social status, media influence, cultural stereotypes related to physical appearance and weight, development of social skills and adequate sports activities. The latest trend in primary prevention is influence of not only an individual but also of a family or a school environment.

The effect of primary prevention varies. Number of Czech and foreign projects show that effectiveness is rather low. However, the number of long-term research projects is limited. Complex approaches seem more effective than partial targets. It is important to focus on the study of the risks triggering ED and protective factors in order to achieve an effective prevention.

Key words: primary prevention, foreign programmes.



Rizikové faktory vedoucí k nespokojenosti s vlastním tělem u dětí

Risk factors leading to body dissatisfaction in children

Chudobová P., Franková S.

Katedra psychologie FF UK, Praha

Souhrn: V posledních letech se intenzivně rozvíjí studium projevů či mechanismů poruch příjmu potravy (PPP). Mezi závažné symptomy patří patologické vnímání a prožívání vlastního těla. Body image (BI) jako představa o tělesném schématu a prožitku vlastního těla je komplexním fenoménem, který zahrnuje mentální obraz, který máme o velikosti, tvaru a formě našeho těla, a pocity s tím spojené. Někteří autoři rozlišují dvě hlavní komponenty BI. První, procentuální, zahrnuje míru přesnosti odhadu vlastního těla, druhá, subjektivní, odráží postoje, emocionální a kognitivní aspekty BI.

Řada studií ukázala, že poruchy BI a PPP postihují nejen dospělé a adolescentní ženy, ale stávají se rovněž závažným problémem dívek školního věku. Postoje k vlastnímu tělu a znalost jeho rozměrů se formují od raného dětství. Již v předškolním věku se upevňují určité stereotypy v myšlení, jednání, vztahu k vnějšímu světu a k sobě samému.

Spokojenost (nespokojenost) s vlastním tělem a její vznik jsou dávány do souvislosti s biologickými vlivy: pohlavím, věkem, tělesnou hmotností, maturationálními procesy, obdobím dospívání a sexuálním zneužíváním. Teorie opírající se o sociokulturní kontext vyzdvihují vliv médií, kulturního ideálu krásy, společenské třídy a etnické skupiny, rodiny, učitelů, vrstevníků a hraček. Cílem sdělení je přehled dílčích rizikových faktorů vzniku nespokojenosti s vlastním tělem u dětí a jejich vzájemná součinnost.

Klíčová slova: rizikové faktory, komponenty Body image (BI).

Summary: Study of symptoms and mechanisms of eating disorders (ED) has been intensively developing in recent years. Pathological perception and sensation of child's own body are the key symptoms of the disease. The Body Image (BI), idea and sensation of the body schema, is a complex phenomenon comprising of mental picture of the size, shape and type of the body and related feelings. Some researchers distinguish between two main components of BI – perceptual and subjective. Perceptual component is represented by accuracy rate estimate of child's own body. Subjective component means attitude, emotional and cognitive aspects of BI.

Number of studies have shown that sufferers of BI and ED not only come from an adolescent and adult female groups but also from girls of school-age. An attitude to person's own body and knowledge of its measurements are forming from a very early age. Some stereotypes of thinking, acting and relating to the outside world and to yourself are already incorporated and strengthened at a pre-school age.

The beginning of satisfaction or dissatisfaction with person's own body is often related to biological influences, such as: sex, age, weight, processes of maturation, adolescence and sexual abuse. Theories based on socio-cultural context draw attention to media influence, ideal of cultural beauty, social class, ethnic group, parents, teachers, peers and toys.

The aim of this contribution is to present an overview of

partial risk factors in beginning of child's dissatisfaction with his or her own body and their mutual influences.
Key words: risk factors, components of Body Image (BI).



Sociální postižení a kvalita života u pacientů s poruchami příjmu potravy

Social impairment and quality of life in patients with eating disorders

Sekot M., Raboch J., Baková N., Howardová A., Kališová L., Peichlová J., Kitzlerová E., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: V průběhu let 2000–2002 bylo v rámci projektu EDEN byla vyšetřena kvalita života a sociální postižení u 210 psychiatrických pacientů. U 25 pacientů byla primární diagnózou stanovena porucha příjmu potravy. U 23 pacientů, kteří dokončili základní léčbu, došlo ke zlepšení kvality života zejména v oblasti spokojenosti s tělesným a duševním zdravím a spokojenosti se sexuálním životem. U pacientek s poruchami příjmu potravy bylo nejvýznamnější sociální postižení zjištěno v oblasti sebeobsluhy, zaměstnání a v partnerských vztazích.

Signifikantně vyšší procento pacientek s diagnózou poruchy příjmu potravy studii nedokončilo, ve srovnání s pacienty s jinými diagnózami.

Klíčová slova: sociální postižení, kvalita života.

Summary: 210 psychiatric patients were examined considering quality of life and social disability during years 2000–2002 as part of EDEN project (European Day Hospital Evaluation). 25 of them were diagnosed with diagnosis of eating disorder. In 23 of patients who finished the treatment we observed improvement in quality of life. The patients were more satisfied with their somatic health, mental health and sexual life. Most significant social disability was found in self care, employment and partner relationships. Patients suffering from eating disorder dropped out more frequently from the study in comparison with other patients.

Key words: social impairment, quality of life.

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažná psychiatrická onemocnění, která ovlivňují zdravotní stav pacientů v oblasti fyzické, psychické i sociální a významným způsobem narušují kvalitu života a zhoršují sociální fungování v mnoha oblastech. Kvalita života a redukce sociálního postižení patří k prioritním cílům moderní psychiatrické léčby. Přitom hodnocení těchto oblastí léčby patří vzhledem k jejich subjektivnosti a názorové různorodosti mezi nejobtížnější v psychiatrii. Přesto se i na poli českého psychiatrického výzkumu objevuje v poslední době řada prací, které se těmito problémy zabývají (1–4).

METODIKA

V letech 2000–2002 Psychiatrická klinika 1. LF

UK a VFN participovala na multicentrické prospektivní, randomizované studii EDEN (European Day Hospital Evaluation), srovnávající výsledky standardní psychiatrické hospitalizace s léčbou formou denního stacionáře. Do této studie bylo na našem pracovišti zařazeno celkem 210 pacientů, z nichž 25 (12 %) tvořili pacienti s poruchami příjmu potravy.

Sociální postižení bylo hodnoceno pomocí škály GSDS (Groeningen Scale of Social Disability), což je strukturovaný rozhovor, s jehož pomocí je hodnoceno sociální postižení v jednotlivých oblastech života (např. sebeobsluha, rodinné vztahy, zaměstnání). Sociální postižení bylo v jednotlivých oblastech hodnoceno čtyřbodovou stupnicí (0 – žádné, 1 – mírné, 2 – střední, 3 – závažné).

Subjektivní kvalita života byla hodnocena pomocí sebesposuzovacího dotazníku MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Dotazovaní pacienti hodnotili sedmibodovou stupnicí (1 nejlepší, 7 nejhorší) subjektivní spokojenost v jednotlivých oblastech života (např. spokojenost s duševním a fyzickým zdravím, s mezilidskými vztahy).

Obdobné vyšetření bylo provedeno při přijetí na kliniku, při propuštění a s odstupem 3 a 12 měsíců od propuštění.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Z celkového počtu 210 pacientů 12 % (n = 25) tvořili pacienti trpící poruchami příjmu potravy. Převážnou část souboru tvořili pacientky trpící mentální bulimií (n = 17, 68 %), u pěti pacientů byla diagnostikována mentální anorexie (n = 5, 20 %). U tří pacientů nebyla porucha příjmu potravy přesně specifikována, jednalo se o smíšené či atypické formy (n = 3, 12 %).

VÝSLEDKY

U podskupiny pacientů trpícími poruchami příjmu potravy byla zjištěna při následném sledování nejvyšší míra drop outů (60 %) ve srovnání s pacienty s diagnózami z ostatních okruhů, kde se míra drop outů pohybovala mezi 30–40 %.

Sociální postižení

U pacientek s poruchami příjmu potravy, které pokračovaly v léčbě, došlo k výraznému snížení sociálního postižení ve všech sledovaných oblastech po roce léčby ve srovnání se situací při přijetí.

Tyto pacientky nejvíce selhávaly v oblasti sebeobsluhy, v zaměstnání a v partnerských vztazích (tab. 1).

Kvalita života

Doposud jsme srovnávali kvalitu života u pacientek trpícími PPP při nástupu léčby a při ukončení hospitalizace či denního stacionáře. Většina pacientek udávala po léčbě celkově větší spokojenost se svým životem. K výraznějšímu zlepšení došlo

Tab. 1. Stav sociálního postižení ve sledovaných oblastech.

| Sociální postižení v jednotlivých rolích | Pacienti s PPP na začátku léčby (n = 25) | Pacienti s PPP rok po léčbě (n = 9) |
|--|---|--|
| Sebeobsluha | 1,3 | 0,9 |
| Péče o domácnost | 1 | 0,6 |
| Vztahy v rodině | 1,1 | 0,7 |
| Partnerství | 1,7 | 0,4 |
| Péče o děti | 1,5 | 0 |
| Zájmová činnost | 0,7 | 0,3 |
| Kontakt s přáteli | 1,1 | 0,6 |
| Zaměstnání | 1,8 | 0,3 |

Tab. 2. Průměrné hodnoty spokojenosti ve sledovaných oblastech.

| Spokojenost v jednotlivých oblastech | Pacienti s PPP (n = 25) na začátku léčby | Pacienti s PPP na konci léčby (n = 23) | Statistický rozdíl |
|--------------------------------------|--|--|--------------------|
| Celková spokojenost se životem | 3,32 ± 1,28 | 4,52 ± 1,17 | P << 0,05 |
| Zaměstnání | 3,88 ± 1,96 | 3,96 ± 1,60 | ns |
| Volný čas | 4 ± 1,60 | 4,57 ± 1,64 | P << 0,05 |
| Finanční situace | 4,20 ± 1,6 | 4,04 ± 1,49 | ns |
| Bydlení | 4,92 ± 1,46 | 4,91 ± 1,5 | ns |
| Osobní bezpečí | 4,88 ± 1,42 | 5,22 ± 0,77 | ns |
| Sexuální život | 3,2 ± 1,49 | 3,87 ± 1,48 | P < 0,05 |
| Vztahy v rodině | 4,56 ± 1,60 | 4,96 ± 1,22 | ns |
| Tělesné zdraví | 3,2 ± 1,38 | 4,70 ± 1,30 | P << 0,05 |
| Duševní zdraví | 3,12 ± 1,21 | 4,17 ± 1,31 | P << 0,05 |

zejména v oblastech spokojenosti s duševním a fyzickým zdravím, spokojenosti s aktivitami ve volném čase a v oblasti sexuálního života. Výrazněji nebyla ovlivněna spokojenost v sociálních oblastech (bydlení, zaměstnání, finanční situace). Výsledky zobrazující průměrné hodnoty spokojenosti v jednotlivých oblastech (1 = nejhorší, 7 nejlepší) jsou zobrazeny v tabulce 2.

ZÁVĚR

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že základní léčba pacientů s PPP může významným způsobem ovlivnit kvalitu života a snížit sociální postižení. Nutno však ještě na tomto místě uvést, že se jednalo pouze o tu část pacientů, kteří by byli schopni docházet na denní stacionář. Pacientky se závažnější somatickou komorbiditou a s nižší hmotností (BMI < 16) nebyly do studie zařazeny. Kromě základní léčby je však důležité i doléčování a následná péče, avšak, jak vyplývá z výsledků našeho výzkumu, jsou to zejména pacientky s PPP, které nejčastěji spontánně léčbu přerušují.

Literatura

1. **Goppoldová, E., Motlová, L., Dragomirecká, E., Hájek, T.:** Změna subjektivní kvality života a klinického stavu v průběhu psychiatrické hospitalizace. Existují rozdíly mezi diagnostickými kategoriemi? *Psychiatrie*,

8, 2004, s. 267–273.

2. **Sekot, M., Stárková, L., Raboch, J., Kitzlerová, E., Baková, N., Howardová, A., Peichlová, J., Kallert, T.:** Sociální postižení pacientů hospitalizovaných a pacientů léčených formou denního stacionáře. *Praktický lékař*, 83, 2003, 11, s. 652–656.

3. **Sekot, M., Raboch, J., Baková, N., Howardová, A., Kališová, L., Peichlová, J., Kitzlerová, E.:** Sociální postižení psychiatrických pacientů po roce léčby. *Česká psychiatrie a svět*, s. 243–244.

4. **Stárková, L., Raboch, J., Kitzlerová, E., Baková, N., Sekot, M., Howardová, A., Peichlová, J., Kallert, T.:** Hodnocení klinického stavu, spokojenosti s léčbou a kvalitu života u dvou skupin pacientů léčených formou denního stacionáře a klasickou hospitalizací – mezinárodní studie EDEN (Konečné výsledky období léčby. *Čes. a slov. Psychiat.*, 99, 2003, 5, s. 260–264).

Celkový ghrelin v plazmě patientek s mentální anorexií během osmítýdenní realimentace

Total plasma ghrelin in girls with anorexia nervosa during 8 weeks of realimentation

Bronský J.^{1,2}, Veselá M.¹, Krásničanová H.¹, Nedvídková J.⁴, Schmidtová J.³, Hrdlička M.³, Koutek J.³, Průša R.², Nevorál J.¹

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha¹

Ústav klinické biochemie a patobiochemie

2. LF UK a FN Motol, Praha²

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol,
Praha³

Endokrinologický ústav, Praha⁴

Souhrn: Ghrelin je orexigenní hormon produkováný buňkami žaludeční sliznice. Je přirozeným ligandem pro receptor vyplavující růstový hormon. Stanovili jsme plazmatické hladiny celkového ghreluinu RIA metodou nalačno před a po osmítýdenní realimentační terapii u 25 dívek s mentální anorexií (věk $15,04 \pm 0,3$ let, výška $163,4 \pm 1,3$ cm) přijatých na dětskou psychiatrickou kliniku. Výsledky byly porovnány s hladinami leptinu, IGF-1, IGF-1, IGF-1, IGF-1 a antropometrickými parametry. Průměrná tělesná hmotnost u pacientek v době přijetí byla $42,78 \pm 1,7$ kg a po realimentaci $48,96 \pm 1,18$ kg. Průměrný body mass index (BMI) v době přijetí byl $15,99 \pm 0,69$ a po realimentaci $18,29 \pm 0,412$ kg/m². Tělesná hmotnost i BMI byly signifikantně vyšší po realimentaci ($p < 0,0001$). Hladiny ghreluinu v době přijetí byly $3,46 \pm 0,32$ ng/ml a po osmítýdenní terapii $2,42 \pm 0,29$ ng/ml ($p=0,001$). Hladiny leptinu byly $5,01 \pm 1,35$ ng/ml a po terapii $9,52 \pm 0,79$ ng/ml ($p=0,0048$). Hladiny IGF-1 byly $266,0 \pm 28,07$ ug/l a po terapii $433,6 \pm 39,53$ ug/l ($p < 0,0001$). Hladiny IGF BP-3 byly $4,25 \pm 0,229$ mg/l a po terapii $4,95 \pm 0,216$ mg/l ($p=0,0055$). Nalezli jsme pozitivní korelaci mezi hladinami ghreluinu a tělesnou výškou ($r=0,4114$; $p=0,0458$) a negativní korelaci mezi ghrelinem a BMI ($r=-0,4907$; $p=0,0239$), ghrelinem a leptinem ($r=-0,4671$; $p=0,0118$) a ghrelinem a IGF-1 ($r=-0,4137$; $p=0,0398$). Naše zjištění poukazují na možnou úlohu ghreluinu v regulaci nutričního stavu a růstu v adolescentním období.

Klíčová slova: ghrelin, růstový hormon, realimentační terapie.

Summary: Ghrelin is a regulatory peptidic hormone produced mainly by endocrine cells in gastric mucosa and was discovered in 1999 as a natural ligand for growth hormone-secretagogue receptor. We measured total ghrelin fasting plasma levels by RIA method before and after 8 weeks of realimentation in 25 girls with mental anorexia (mean age 15.04 ± 0.294 years, mean body height 163.4 ± 1.28 cm; all mean+SEM) admitted to clinic of paediatric psychiatry. Results were compared to levels of leptin, IGF-1, IGF-1, IGF-1 and anthropometrical data. Average body weight in the subjects at the day of admission was 42.78 ± 1.699 kg and after realimentation 48.96 ± 1.178 kg. Average body mass index (BMI) in the subjects at the day of admission was 15.99 ± 0.694 and after realimentation 18.29 ± 0.412 kg/m². Ghrelin levels before the therapy were 3.46 ± 0.32 ng/ml and after the therapy 2.42 ± 0.29 ng/ml ($p=0.001$). Leptin levels before the therapy were 5.01 ± 1.35 ng/ml and after the therapy 9.52 ± 0.79 ng/ml ($p=0.0048$). A positive correlation between ghrelin and body height was found and a negative correlation between ghrelin and BMI, ghrelin and leptin and ghrelin and IGF-1 levels was found. Our findings support the hypothesis that ghrelin may be involved in regulation of nutritional status and growth in children.

Key words: ghrelin, growth hormone, realimentation therapy.

ÚVOD

Ghrelin je peptidický hormon složený z 28 aminokyselinových zbytků. Je tvořen především

v enteroendokrinních buňkách žaludeční sliznice. V menší míře je také tvořen ve sliznici tenkého a tlustého střeva, pankreatu, ledvinách, placentě, štítné žláze, hypothalamu a hypofýze. Gastrektomie vede ke snížení plazmatických hladin ghreluinu o 65 %–80 %. Aborálním směrem se přítomnost ghreluinu v tkáních gastrointestinálního traktu (GIT) snižuje. Ghrelin plní v organismu řadu fyziologických funkcí. Kromě výrazné schopnosti stimulovat vyplavování růstového hormonu, prolaktinu a ACTH mezi ně patří i orexigenní aktivita (zvýšení příjmu potravy), vliv na cyklus spánku a bdění, žaludeční motilitu a sekreci, kardiovaskulární funkce, regulace endokrinní funkce pankreatu a metabolismu glukózy a antiproliferativní efekt. Ghrelin je významným regulačním prvkem metabolické rovnováhy organismu, který vyvažuje neuroendokrinní a metabolickou odpověď organismu na stav hladovění a v tomto smyslu je považován za komplementární prvek k leptinu. Ghrelin byl objeven japonskými vědci v roce 1999 jako přirozený ligand „sirotčího“ receptoru GHS1a, který je specifický pro skupinu syntetických peptidů (growth hormone secretagogues – GHS) podporujících vyplavování růstového hormonu. Plazmatické hladiny ghreluinu odrážejí krátkodobé změny příjmu potravy i dlouhodobé změny nutričního stavu organismu. Plazmatické hladiny ghreluinu jsou sniženy po příjmu potravy, u obézních jedinců, naopak ke zvýšení dochází při lačnění a u pacientů s mentální anorexií. Plazmatické hladiny ghreluinu u člověka negativně korelují s body mass indexem, množstvím tělesného tuku, velikostí adipocytů, plazmatickými hladinami inzulínu, glukózy a leptinu. Vzestup hladin ghreluinu bezprostředně před příjmem potravy naznačuje, že ghrelin hraje úlohu v přípravě fázi jako signál hladu.

METODIKA

V období let 2003–2004 se nám podařilo ve spolupráci s Dětskou psychiatrickou klinikou FN Motol shromáždit vzorky séra a plazmy od 25 dívek přijatých s diagnózou mentální anorexie (věk $15,04 \pm 0,3$ let, výška $163,4 \pm 1,3$ cm). Podle předem stanoveného protokolu byla zároveň s odběrem vzorků u dívek provedena antropometrická měření. Po osmi týdnech psychiatrické a realimentační léčby byly odběry a antropometrická měření opakovány. Z odebraného materiálu jsme stanovili plazmatické hladiny celkového ghreluinu RIA metodou nalačno a sérové hladiny leptinu, insulin-like growth faktoru 1 (IGF-1) a jeho vazebného proteinu typu 3 (IGFBP-3). Metodika pro stanovování leptinu, IGF-1 a IGF BP-3 je součástí rutinního laboratorního provozu v Ústavu klinické biochemie FN Motol. Cílem naší práce bylo zjistit, zda během realimentace dochází u adolescentních pacientek s mentální anorexií k signifikantním změnám plazmatických hladin ghreluinu nalačno a zda tyto hladiny korelují s dal-

šími biochemickými regulačními peptidy nutričního stavu a růstu a s antropometrickými parametry.

VÝSLEDKY

Průměrná tělesná hmotnost u pacientek v době přijetí byla $42,78 \pm 1,7$ kg a po realimentaci $48,96 \pm 1,18$ kg. Průměrný body mass index (BMI) v době přijetí byl $15,99 \pm 0,69$ a po realimentaci $18,29 \pm 0,412$ kg/m². Tělesná hmotnost i BMI byly signifikantně vyšší po realimentaci ($p < 0,0001$). Hladiny ghrelinu v době přijetí byly $3,46 \pm 0,32$ ng/ml a po osmítýdenní terapii $2,42 \pm 0,29$ ng/ml ($p = 0,001$). Hladiny leptinu byly $5,01 \pm 1,35$ ng/ml a po terapii $9,52 \pm 0,79$ ng/ml ($p = 0,0048$). Hladiny IGF-1 byly $266,0 \pm 28,07$ ug/l a po terapii $433,6 \pm 39,53$ ug/l ($p < 0,0001$). Hladiny IGF BP-3 byly $4,25 \pm 0,229$ mg/l a po terapii $4,95 \pm 0,216$ mg/l ($p = 0,0055$). Nalezli jsme pozitivní korelaci mezi hladinami ghrelinu a tělesnou výškou ($r = 0,4114$; $p = 0,0458$) a negativní korelaci mezi ghrelinem a BMI ($r = -0,4907$; $p = 0,0239$), ghrelinem a leptinem ($r = -0,4671$; $p = 0,0118$) a ghrelinem a IGF-1 ($r = -0,4137$; $p = 0,0398$).

DISKUSE

Z předchozích experimentů, které byly publikovány v obdobné literatuře, je patrné, že ghrelin hraje významnou úlohu v regulaci příjmu potravy a nutričního stavu organismu. Bylo také prokázáno, že jeho plazmatické hladiny jsou u pacientek s mentální anorexií ve srovnání s kontrolní skupinou zvýšené. Naše zjištění poukazují na fakt, že i během střednědobých změn nutričního stavu daných kombinací realimentace a psychiatrické léčby u pacientek s mentální anorexií lze zachytit signifikantní změny v plazmatických hladinách ghrelinu nalačno. Také v regulaci růstu může ghrelin hrát významnou úlohu. O této skutečnosti svědčí fakt, že u adolescentních dívek lze nalézt negativní korelaci mezi ghrelinem a IGF-1. Existuje tedy pravděpodobně negativní zpětná vazba mezi regulačním okruhem růstového hormonu a tímto gastrointestinálním orexigenním peptidem. Závěrem můžeme shrnout, že naše práce potvrzuje možnou úlohu ghrelinu v regulaci nutričního stavu a růstu v adolescentním období, a proto je vhodným kandidátem pro studium těchto regulačních mechanismů u člověka. V budoucnu by se systém ghrelinu a jeho receptorů mohl stát cílem působení farmak využívaných v léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy.

Podpořeno grantem IGA MZNE/7443-3 a GAUK 59/2004C.

Literatura

1. **Asakawa, A., Inui, A., Kaga, T. et al.:** Ghrelin is an appetite-stimulatory signal from stomach with structure

resemblance to motilin. *Gastroenterology*, 120, 2001, pp. 337–345.

2. **Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., Herzog, D. B.:** Eating disorders. *N. Engl. J. Med.*, 340, 1999, pp. 1092–1098.

3. **Bronský, J.:** Orexiny – spát či jíst? *Lékařské listy*, 2003, s. 1–24.

4. **Bronský, J., Chada, M., Kotaška, K., Průša, R.:** Amylin – fyziologická úloha v lidském organismu. *Čs. Fyziol.*, 51, 2002, s. 179–180.

5. **Bronský, J., Chada, M., Kotaška, K., Průša, R.:** Hypothalamické neuropeptidy ovlivňující příjem potravy a regulaci energetické rovnováhy. *Čes. a slov. Neurol. Neurochir.*, 66/99, 2003, s. 8–13.

6. **Bronský, J., Chada, M., Nevorál, J.:** Orexiny – experimentální poznatky a perspektivy v pediatrické praxi. *Čes.-slov. Pediat.*, 57, 2002, s. 600–603.

7. **Bronský, J., Kotaška, K., Průša, R.:** Ghrelin – struktura, funkce a klinické využití. *Čs. Fyziol.*, 53, 2004, s. 80–85.

8. **Bronský, J., Nedvídková, J., Zamrazilová, H. et al.:** Ghrelin, Leptin, IGF1 and IGF1BP-3 and their relationship in obese children during reduction of body weight. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, Special Supplement*, 41, 2003, p. 347.

9. **Bronský, J., Pechová, M., Nedvídková, J. et al.:** Orexin A fasting plasma levels increase after weight loss in obese children and adolescents. *Journal of Paediatric Gastroenterology and Nutrition, Special Supplement*, 36, 2003, pp. 520–583.

10. **Bronský, J., Průša, R.:** Amylin fasting plasma levels are decreased in patients with osteoporosis. *Osteoporosis international*, 15, 2004, pp. 243–247.

11. **Bronský, J., Zadina, J., Pechová, M. et al.:** Amylin plasma levels in patients with osteoporosis and type 2 diabetes mellitus. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, Special Supplement*, 41, 2003, p. 83.

12. **Cassoni, P., Papotti, M., Ghé, C. et al.:** Identification, characterization, and biological activity of specific receptors for natural (ghrelin) and synthetic growth hormone secretagogues and analogs in human breast carcinomas and cell lines. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 86, 2001, pp. 1738–1745.

13. **Date, Y., Kojima, M., Hosoda, H. et al.:** Ghrelin, a novel growth hormone-releasing acylated peptide, is synthesized in a distinct endocrine cell type in the gastrointestinal tracts of rats and humans. *Endocrinology*, 141, 2000, pp. 4255–4261.

14. **Dornonville de la Cour, C., Bjorkqvist, M., Sandvik, A. K. et al.:** A-like cells in the rat stomach contain ghrelin and do not operate under gastrin control. *Regul. Papt.* 99, 2001, pp. 141–150.

15. **Gualillo, O., Caminos, J., Blanco, M. et al.:** Ghrelin, a novel placental-derived hormone. *Endocrinology*, 142, 2001, pp. 788–794.

16. **Guan, X. M., Yu, H., Palyha, O. C. et al.:** Distribution of mRNA encoding the growth hormone secretagogue receptor in brain and peripheral tissues. *Brain Res. Mol. Brain Res.*, 48, 1997, pp. 23–29.

17. **Hewson, A. K., Dickson, S. L.:** Systemic administration of ghrelin induces Fos and Egr-1 proteins in the hypothalamic arcuate nucleus of fasted and fed rats. *J. Neuroendocrinol.*, 12, 2000, pp. 1047–1049.

18. **Horvath, T. L., Diano, S., Sotonyi, P. et al.:** Ghrelin and the regulation of energy homeostasis: a hypothalamic perspective. *Endocrinology*, 142, 2001, pp. 4163–4169.

19. **Hosoda, H., Kojima, M., Matsuo, H., Kangawa, K.:** Purification and characterization of rat des-Gln14-

Ghrelin, a second endogenous ligand for the growth hormone secretagogue receptor. *J. Biol. Chem.*, 275, 2000, pp. 1995–2000.

20. **Chanoine, J. P., Yeung, L., Wong, A., Birmingham, C. L.:** Immunoreactive ghrelin in human cord blood: Relation to anthropometry, Leptin and growth hormone. *J. Paed. Gastroenterol. and Nutr.*, 35, 2002, pp. 282–286.

21. **Kojima, M., Hosoda, H., Date, Y. et al.:** Ghrelin is a growth-hormone-releasing acylated peptide from stomach. *Nature*, 402, 1999, pp. 656–660.

22. **Nakazato, M., Murakami, N., Date, Y. et al.:** A role for ghrelin in the central regulation of feeding. *Nature*, 409, 2001, pp. 194–198.

23. **Ravussin, E., Tschöp, M., Morales, S. et al.:** Plasma ghrelin concentration and energy balance: overfeeding and negative energy balance studies in twins. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 86, 2001, pp. 4547–4551.

24. **Smith, R. G., Leonard, R., Bailey, A. R. et al.:** Growth-hormone secretagogue receptor family members and ligands. *Endocrine*, 14, 2001, pp. 9–14.

25. **Tomasetto, C., Karam, S. M., Ribieras, S. et al.:** Identification and characterization of a novel gastric peptide hormone: the motilin-related peptide. *Gastroenterology*, 119, 2000, pp. 395–405.

26. **Tschöp, M., Wawarta, R., Riepl, R. L. et al.:** Postprandial decrease of circulating human ghrelin levels. *J. Endocrinol. Invest.*, 24, 2001, RC19–RC21.

27. **Tschöp, M., Smiley, D. L., Heiman, M. L.:** Ghrelin induces adiposity in rodents. *Nature*, 407, 2000, pp. 908–913.

28. **Ukkola, O., Ravussin, E., Jacobson, P. et al.:** Mutations in the preproghrelin/ghrelin gene associated with obesity in humans. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 86, 2001, pp. 3996–3999.

Sérové koncentrace adipocytokinů u pacientek s restriktivní a purgativní formou mentální anorexie a mentální bulimie

Serum adipocytokine levels in patients with restrictive and binge/purge form of anorexia nervosa and bulimia nervosa

Doležalová R.¹, Housová J.¹, Anderlová K.¹, Křížová J.¹, Haluzíková D.², Křemen J.¹, Papežová H.³, Haluzík M.¹

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha¹

Ústav tělovýchovného lékařství 1. LF UK a VFN, Praha²

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha³

Souhrn: Tuková tkáň produkuje celou řadu hormonů, které významným způsobem ovlivňují metabolické procesy v lidském organismu. Cílem této studie bylo zkoumat úlohu adipocytárních hormonů v patofyziologii poruch příjmu potravy. Byly měřeny sérové koncentrace adiponectinu, resistinu a další hormonální a metabolické parametry u 16 pacientek s restriktivním podtypem mentální anorexie (R-AN), u 10 pacientek s purgativním podtypem mentální anorexie (P-AN), u 15 pacientek s mentální bulimií (MB) a 12 štíhlých zdravých žen (K). Body mass index (BMI), obsah tuku v organismu i sérové koncentrace leptinu byly nejvýrazněji sníženy u R-

AN, poněkud méně u P-AN, zatímco pacientky s MB se v těchto parametrech nelišily od kontrolní skupiny. Sérové hladiny solubilního leptinového receptoru byly naopak nejvíce zvýšeny u R-AN a relativně méně u P-AN. Mezi pacientkami s BN zdravými ženami nebyl v tomto parametru zjištěn významný rozdíl. Sérové koncentrace adiponectinu negativně korelovaly s BMI, byly nezměněny u BN, zvýšeny o 53 % u P-AN a o 96 % u R-AN ve srovnání s kontrolní skupinou. Naopak sérové hladiny resistinu u malnutričních pacientek s R-AN a P-AN se nelišily od hladin u kontrolní skupiny a pacientek s BN a neměly signifikantní vztah k BMI. Naše výsledky svědčí pro fakt, že zvýšené sérové hladiny adiponectinu u pacientek s mentální anorexií jsou primárně důsledkem poklesu obsahu tuku v organismu. Naopak hladiny resistinu se zdají být na nutričním stavu relativně nezávislé.

Klíčová slova: koncentrace adipocytokinů, hormony.

Summary: Adipose tissue produces numerous hormones that significantly influence numerous metabolic processes in human body. The aim of study was to explore the role of adipose tissue-derived hormones in the pathophysiology of eating disorders. Therefore, circulating levels of adiponectin, resistin and other hormonal and metabolic parameters were measured in 16 females with restrictive subtype of anorexia nervosa (R-AN), 10 females with binge/purge subtype of anorexia nervosa (P-AN), 15 females with bulimia nervosa (BN) and 12 age-matched healthy females (C). Body mass index (BMI), body fat content and serum leptin levels were severely decreased in R-AN and moderately decreased in P-AN patients, while BN group did not differ from C in these parameters. Serum soluble leptin receptor levels were increased in R-AN and P-AN and unchanged in BN patients. Circulating adiponectin levels were inversely related to BMI and were unchanged in BN patients, increased by 53 % in P-AN and by 96 % in R-AN relative to C group, respectively. In contrast, resistin levels in malnourished R-AN and P-AN were not different from either C or BN groups and showed no significant relationship to BMI or body fat content. We suggest that increased adiponectin levels reflect decreased body fat content AN patients. In contrast circulating resistin levels do not appear to be closely related to the nutritional status.

Key words: adipocytokine levels, hormones.

Literatura

1. **Haluzík, M., Pařízková, J., Haluzík, M. M.:** Adiponectin and its role in the obesity-induced insulin resistance and related complications. *Physiol. Res.*, 53, 2004, pp. 123–129.

2. **Maffei, M., Halaas, J., Ravussin, E., Pratley, R. E., Lee, G. H., Zhang, Y., Fei, H., Kim, S., Lallone, R., Ranganathan, S.:** Leptin levels in human and rodent: measurement of plasma leptin and ob RNA in obese and weight-reduced subjects. *Nat Med.*, 1, 1995, pp. 1155–1161.

3. **Haluzík, M., Kabrt, J., Nedvíková, J., Svobodová, J., Kotrlíková, E., Papežová, H.:** Relationship of serum leptin levels and selected nutritional parameters in patients with protein-caloric malnutrition. *Nutrition*, 15, 1999, pp. 829–833.

POSTERY

Klinické práce

Terapie poruch příjmu potravy v Centru dorostové a vývojové psychiatrie

Comprehensive therapy of eating disorder at the center

Uhlíková P., Hellerová P., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Sdělení shrnuje praktické zkušenosti z diagnostiky a léčby poruch příjmu potravy u adolescentů. Popisuje nejběžnější psychotherapeutické metody, používané při léčbě poruch příjmu potravy, zdůrazňuje význam rodinné terapie a práce s jídelním deníkem. Ve třech kazuistikách nezletilých pacientů s poruchou příjmu potravy ukazuje konkrétní léčebné postupy a osobní zkušenosti terapeutů. Závěrem představuje sociokulturní a ekonomické zdroje sebehodnocení dětí a adolescentů a možný rizikový vliv soutěží, zaměřených na vzhled jedince.

Klíčová slova: dorostová psychiatrie, psychotherapeutické metody.

Summary: The paper summarizes practical experiences of diagnosis and treatment of eating disorders in adolescents. The authors describe standard psychotherapeutic methods used in the treatment of eating disorders. They emphasize the importance of the family therapy and the eating diary. In three case studies they show concrete therapeutic processes and personal experiences of therapists. Finally, they present social, cultural and economical background of self-estimation of children and adolescents and possible risk influence of competitions based on the individual look.

Key words: adolescents psychiatry, psychotherapeutic methods.

Specifické rysy psychoterapie adolescentů s poruchou příjmu potravy

Volba konkrétního psychotherapeutického přístupu je velmi individuální a u dětí a adolescentů závisí na mnoha okolnostech. K nejvýznamnějším patří věk, psychosociální zralost a osobnost pacienta, fáze onemocnění, motivace ke spolupráci a rodinné zázemí.

Základní psychotherapeutické metody jsou stejně jako u dospělých: kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická a dynamická psychoterapie, rodinná terapie, skupinová terapie vedená v rámci dynamické psychoterapie. Je vhodné doplnit komplexní psychotherapeutický program arteterapií, muzikoterapií a herní terapií.

Cílem nejčastěji používané kognitivně behavio-

rální terapie je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy.

Psychoanalytická a dynamická psychoterapie se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí.

Rodinná terapie je součástí léčby u mladších i dospělejších adolescentů, kteří žijí se svými rodiči. Problémy v rodinném modelu se mohou uplatňovat jak při vzniku, tak při udržování symptomatiky. Je nutné si v této souvislosti uvědomit, že porucha příjmu potravy sekundárně rozvrací rodinné vztahy. V průběhu rozvoje onemocnění se často stupňují konflikty mezi rodiči a dospívajícím. Velmi výhodnou a u nás dosud málo používanou metodou je vícerodinná skupinová psychoterapie, která vlivem sdílení zkušeností usnadňuje přijetí závažného onemocnění a napomáhá vytvoření terapeuticky účinných vzorců rodinného chování.

Obecně lze říci, že při komunikaci s každým dospívajícím se stále pohybujeme na tenké hraně vzájemného respektu, direktivity a kompromisu, ale i přijetí. Vždy je nutné najít efektivní způsob spolupráce s rodinou, který akceptují všichni účastníci terapeutického procesu, především pacient a jeho rodina.

Léčba poruch příjmu potravy v Centru dorostové a vývojové psychiatrie

Součástí Centra je psychiatrická ambulance pro děti a dorost a Denní stacionář pro adolescenty. Psychotherapeutický program stacionáře je určen pro pacienty ve věku 14–23 let s emočními poruchami dospívání, adaptačními poruchami, poruchami příjmu potravy, psychosomatickými poruchami a poruchami chování, relativně časté jsou diagnostické pobyty pacientů s incipientní schizofrenní poruchou nebo symptomatickým abúzem návykových látek. Během pěti let trvání stacionáře před zahájením provozu specializovaného stacionáře pro poruchy příjmu potravy stoupl podíl pacientů s poruchou příjmu potravy z 16 na 25 % všech pacientů.

Vzhledem k tomu, že se jedná o otevřenou, diagnosticky pestrou skupinu pacientů, jsou kritéria pro přijetí pacientů s poruchou příjmu potravy poměrně benevolentní a důraz je kladen na individuální definování terapeutického cíle. Obecnou kontraindikací přijetí jsou pouze závažné somatic-

ké důsledky onemocnění neslučitelné s ambulantní péčí. Forma denního stacionáře je vhodná pouze pro motivované pacienty, ale přijímáme i pacienty bez motivace ke krátkodobé terapii, zaměřené na edukaci a změnu jejich postoje k léčbě. U nezletilých nemotivovaných pacientů je v této fázi podmínkou aktivní účast rodiny.

Program pro pacienty s PPP je složen ze dvou částí: nespecifický, společný pro celou skupinu, zahrnuje skupinovou psychoterapii, psychoterapie individuální, arteterapii, ergoterapii, léčebnou tělesnou výchovu, autogenní trénink, rodinnou terapii, socioterapii a farmakoterapii. Specifický program zahrnuje režimovou terapii a skupinovou terapii pro pacienty s PPP ve spolupráci s Denním stacionářem pro PPP. Od rodičů požadujeme minimálně úvodní a závěrečný pohovor a nabízíme telefonické konzultace, individuální pohovor 1krát týdně, rodinnou terapii 1krát týdně a po edukaci krizovou intervenci podle potřeby.

V rámci nejčastěji využívané kognitivně behaviorální terapie využíváme standardní techniky KBT, včetně vypracování podrobné terapeutické smlouvy. Základem specifické terapie PPP je edukace pacienta i jeho rodiny, případně partnera a práce s jídelním deníkem zaměřená na změnu jídelního chování. Ojedinelé kazuistické zkušenosti ukazují možný úspěch nestandardního terapeutického postupu při dodržení základního požadavku úspěšné léčby, kterým je úprava jídelního režimu a normalizace váhy. V rámci terapeutické pokory bychom měli připustit, že naše pravidla nemusí platit absolutně a že spolupracující nezletilý jedinec může být v terapeutickém procesu naším rovnocenným partnerem. Léčba adolescentů by měla být flexibilní, ale kontinuální v závislosti na psychickém a somatickém vývoji pacientky a fázi onemocnění.

ZÁVĚR

K nejčastějším úskalím při terapii adolescentů patří zvládnání vývojových změn a z nich vyplývající nutnost častěji měnit terapeutické dohody, přehodnocování zkreslených pozůstatků předchozí terapie, malá nebo žádná spolupráce rodiny a v neposlední řadě i nutnost vyrovnat se s všudypřítomným vlivem mediální prezentace kultu extrémní štíhlosti, zdraví a výkonnosti.

Práce vznikla za podpory grantu NF 7549.

* * *

První epizoda schizofrenní poruchy a porucha příjmu potravy. Kazuistika pozitivního výsledku diagnostiky a léčby duální diagnózy

First episode of schizophrenia and eating disorder. Case history. Positive diagnostic and treatment outcome in the comorbidity case

Veveřa J., Ratajová D., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Pacientky s poruchami příjmu potravy (PPP) trpí poměrně často komorbidní psychiatrickou diagnózou (1, 2, 3). Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti, závislosti na návykových látkách, posttraumatickou stresovou poruchou, obsedantně-kompulzivní, anxiózní a depresivní poruchu. Komorbidita komplikuje diagnostiku, neboť samotné hladovění může navodit psychické symptomy vázané na jídelní problematiku (4) a zhoršuje léčbu i prognózu (5). Autoři prezentují kazuistiku, kde počínající psychotické onemocnění bylo v ambulanci diagnostikováno jako porucha příjmu potravy. Závažná komorbidní diagnóza-schizofrenie – byla adekvátně diagnostikována při hospitalizaci. Zde duální diagnostika vedla k časnější léčbě atypickým antipsychotikem a zlepšení terapeutických výsledků.

Klíčová slova: první epizoda, schizofrenie.

Summary: Patients with eating disorders often suffer from other psychiatric disorders, mostly from personality disorders, substance abuse, post-traumatic stress disorder, obsessive compulsive disorder, anxiety and depressive disorder. Comorbidity makes diagnosis and treatment more difficult, because only starving itself can also produce psychotic symptoms. The authors are presenting the patients whose psychotic symptoms were in outpatient treatment diagnosed as eating disorder. Comorbidity with schizophrenia was diagnosed during the hospitalization. In this case dual diagnosis lead to earlier treatment with atypical antipsychotics and improved therapeutically outcome.

Key words: first episode, schizophrenia.

21letá pacientka byla léčena pět let pro poruchu příjmu potravy. Rodina je bez psychiatrické zátěže. Osobní a sociální anamnéza bez nápadností. První kontakt s psychiatrií v 16 letech (2. ročník sportovního gymnázia), kdy byla diagnostikována mentální anorexie, purgativní typ. Průběh onemocnění byl značně kolísavý. Kolísání bylo vázáno na situační faktory a osobnostní problematiku – emočně nestabilní až hraniční vývoj osobnosti. V 17 letech byla pro anorexii 1krát hospitalizována na dětském oddělení místní nemocnice. I přes psychické potíže se pacientce podařilo dostudovat sportovní gymnázium a úspěšně složit zkoušky na sportovně orientovanou vysokou školu. Následně ambulantní kontakt na rok přerušila.

Ten byl znovu obnoven až v r. 2004 po upozornění matky pacientky. Ta referovala o změně chování, neschopnosti pacientky soustředit se na školu, přejídání, negativismu, verbální agresivitě a výrazném zhoršení nálady. Pacientka odmítala jít na ambu-

lantní kontrolu, na kterou se na naléhání rodiny dostavila až v srpnu. Referuje o výrazném zhoršení nálady, bulimických obtížích, permanentně se přejídá a kvůli tomu přichází do konfliktu s rodinou. Nezvrací, za poslední rok přibrala 15 kg. Není schopna připravit se na rigorózní zkoušky, proto přerušuje studium. V ambulanci byl ordinován fluoxetin – 40 mg pro die a pacientka byla doporučena k hospitalizaci na specializované jednotce pro PPP.

K hospitalizaci přichází silnější dívka, která prošla výkyvy váhy přes 20 kg, od anorektického období, přes bulimické po současné psychogenní přejídání bez zvracení. Psychiatrické vyšetření pacientka přerušuje inadekvátními dotazy např.: „Myslí všichni lidé stejně?“ Pětkrát během vyšetření pláče, po chvíli se opět inadekvátně směje. Hovor je obtížně usměrnitelný, odpovědi často po latencích, vyhýbavé, často pseudofilozofuje: „Každý má problémy s jídlem, snad s výjimkou lékařů, ale mnoho lidí to neví“. Domnívá se, že lidské jednání je bezprostředně ovlivněno kvalitou stravy, ujišťuje se, zda lékaři dostávají speciální dietu. Dále sděluje, že většina zvracení je z hladu, ale lidé to nevědí. Příslloví vysvětluje sice správně, ale velmi nejistě, rozdíl mezi řeckou a potokem nevysvětlí. Lidé jí často připadají jako ve filmu. Domnívá se, že její problémy jsou způsobeny nevyřešenými problémy dospívání.

Z objektivní anamnézy od matky vyplynulo, že dezorganizované myšlení je přítomno od ledna 2004, ale matka se ve shodě s pacientkou domnívala, že tyto projevy jsou způsobeny poruchou příjmu potravy a problémy dospívání.

Komplexní psychologické vyšetření konstatovalo onemocnění z okruhu schizofrenie. V popředí obrazu je výrazné narušení realitní kontroly, odcizenost, sociální stažení. Myšlení je velmi stereotypní, zabíhavé, místy vágní, občas na hranici koherence. Emotivita je plochá, labilní, často nepřiléhavá, někdy až ambivalentní. Manifestují se pudové impulzy. Intelektová výkonnost je snížena z premorbidně průměrné úrovně do pásma mírného podprůměru (IQ=88), jednotlivé výkony jsou nevyrovnané.

CT CNS bylo bez patologického nálezu.

Na základě výsledků těchto vyšetření byla vedle diagnózy poruchy příjmu potravy stanovena také diagnóza nediferencované schizofrenie (F20.3). Pacientce byl ordinován quetiapin v počáteční dávce 200 mg, během týdne postupně navýšené na 600 mg. Po 14 dnech byla pacientka zklidněna, ale po zátěži víkendovou vycházkou se opět dekompenzovala. Doma byla vulgární, inkohérentní a byly přítomny bludy centrované na problematiku jídla. Obsedantně vyžadovala vydávání stravy na minutu v přesných intervalech, opět se ujišťuje, zda lékaři a politici dostávají speciální dietu. Dávka quetiapinu zvýšena na 200 mg ráno a 600 mg večer. Během týdne dochází

k rychlému ústupu psychotických příznaků, myšlení se stává koherentním, chování adekvátním, pacientka se cítila velmi dobře a byla usměvavá. Byla schopna snést zátěž režimovou terapií pro PPP, do které se subjektivně i podle objektivního pozorování dobře zapojila a jídelní režim byla schopna dodržovat i během vycházek. Před Vánocemi 2004 byla propuštěna domů a od ledna 2005 objednána k přijetí do Denního stacionáře Nad Ondřejovem.

Literatura

1. **Baudiš, P., Dragomirecká, E., Holub, J.:** Komorbidita psychických poruch I. část: úvod, pojem, problém, literární přehled, 98, 2002, s. 197–204.
2. **Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J.:** Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Arch. Gen. Psychiatry, 48, 1991, pp. 456–462.
3. **Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, Ch. J., Lavori, P. W.:** Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 31, 1992, pp. 810–818.
4. **Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., Taylor, H. L.:** The biology of human starvation. The Biology of Human Starvation, 1950.
5. **Koutek, J., Kocourková, J.:** Komorbidita u poruch příjmu potravy – faktor komplikující diagnostiku i léčbu. Praktický lékař, 80, 2000, s. 688–690.

Psychologické vyšetření před bandáží žaludku – příspěvek z klinické praxe

Psychological examination before the gastric bandage – clinical experiences

Olšáková E.

III. interní klinika VFN, Praha

Souhrn: Gastrická bandáž (GB) je chirurgický zákrok, který se provádí za účelem redukce hmotnosti u tzv. morbidně obézních pacientů. K dosažení dobrých dlouhodobých výsledků léčby gastrickou bandáží je nutná přesná indikace nemocných k tomuto výkonu. Jednou z odborností, která se na indikaci k zákroku podílí, je také klinická psychologie. Jejím úkolem je vyloučit patologické jídelní chování (psychogenní přejídání, noční přejídání a bulimii) zjistit motivaci pacientů, tak aby efekt zákroku byl trvalý.

Klíčová slova: gastrická bandáž, psychologické vyšetření.

Summary: The gastric bandage (GB) is a surgical treatment for morbid obesity. The psychological examination is an essential part of all examinations each patient has to go through before the surgery. The aim is to eliminate any pathology concerning the patient's motivation for the surgery. Only a patient without any present pathology can follow the strict regime following the surgery properly. Patient motivation indicates the chances for long-term effect of the GB.

Key words: gastric bandage, psychological examination.

ÚVOD

Gastrická bandáž (GB) je chirurgický zákrok, který se provádí za účelem redukce hmotnosti u tzv. morbidně obézních pacientů (BMI \geq 40) a u pacientů s BMI mezi 30 a 40, kteří trpí závažnými zdravotními problémy souvisejícími s obezitou. K dosažení dobrých dlouhodobých výsledků léčby gastrickou bandáží je nutná přesná indikace nemocných k tomuto výkonu. Jednou z odborností, která se na indikaci k zákroku podílí, je také klinická psychologie.

CÍL

Cílem sdělení je popsat průběh specifického psychologického vyšetření, jež má za úkol vyjádřit se k indikaci obézního pacienta ke gastrické bandáži. Toto vyšetření je nezbytnou součástí komplexu vyšetření předcházejících zákroku.

VLASTNÍ SDĚLENÍ

K vyšetření pacienta odesílá lékař-obezitolog, který již zhodnotil zdravotní prospěšnost GB u konkrétního pacienta.

Nejdůležitější při rozhodování o indikaci pacienta k zákroku je motivace pacienta k bandáži a jeho schopnost dodržovat přísný režim, který je po zákroku nutný (jíst pravidelně během dne velmi malé dávky potravy, některé potraviny jsou z jídelníčku úplně vyloučeny). Při nedodržení režimu si pacient může přivodit vážné zdravotní komplikace. Schopnost dodržovat tento režim úzce závisí na jídelním chování pacienta a případném výskytu patologie týkající se jídelního chování. Z tohoto důvodu jsou jasnou kontraindikací k zákroku různé typy záchvatovitého přejídání, včetně bulimie.

Primární motivace pacienta k zákroku je zřejmá – redukce váhy. Nás však zajímá, zda se pacient pokusil již redukovat váhu jiným způsobem (již absolvoval konvenční léčbu, tj. dodržování stravovacího režimu + cvičení) a nebo pro něj bandáž znamená jakousi „zkratku“ k redukci. V prvním případě se ukazuje, že dlouhodobý efekt zákroku je sporný. Pacienti, kteří přicházejí k zákroku bez předchozí samostatné snahy, mají často nereálná očekávání a taky míra jejich edukace o zákroku a jiných možnostech léčby obezity bývá nízká. Pokud se ukáže, že pacient dosud nezkusil konvenční léčbu, neznamená to okamžitou kontraindikaci k zákroku. Společně s pacientem hledáme důvody pro jeho rozhodnutí a díváme se na jiné možnosti léčby. Pokud pacient vyžaduje GB i po velmi podrobném vysvětlení vlastního účelu GB, jsou mu jasně vysvětleny důsledky jeho rozhodnutí a zodpovědnost je přenechána na něm.

Samotné psychologické vyšetření trvá asi 45 min. Skládá se z klinických metod (pozorování, strukturovaný rozhovor) a testových metod –

dotazníků. Velká pozornost je věnována diagnosticko-anamnestickému rozhovoru. Ten je zaměřen na průběh kolísání váhy do doby, kdy se obezita poprvé objevila, rodinnou anamnézu obezity, způsoby redukce váhy a jejich úspěšnost v minulosti, změny váhy v souvislosti s významnými životními událostmi – např. ztráta partnera, rodičů, dítěte (i nenarozeného), porod, nástup do zaměstnání a podobně. Dále nás zajímá, jak se pacient o GB dozvěděl, míra informovanosti o režimu následujícím po zákroku a jaká jsou jeho očekávání – jaký váhový úbytek si přeje a v jakém časovém úseku. Pacient je již těmito otázkami konfrontován s realitou a je mu zprostředkován realističtější pohled na situaci.

Z dotazníků je použit Bulimic Inventory Test Edinburgh a Dotazník jídelního chování TFEQ A. Stunkarda. Dotazníky jsou administrovány ústně, po navázání uspokojivého kontaktu s pacientem. Tím, že pacient na jednotlivé položky v dotazníku odpovídá nahlas (administrací dotazníku vlastně plynule pokračuje rozhovor s pacientem), získáváme možnost konfrontovat jej s porozuměním jednotlivým otázkám a sledovat míru případné sebestylizace pacienta při citlivých otázkách týkajících se jeho jídelního chování. Samozřejmě součástí vyšetření jsou také informace o pacientovi ze zdravotnické dokumentace.

ZÁVĚR

Gastrická bandáž je radikálním způsobem léčby obezity. Psychologické posouzení pacienta před tímto zákrokem je nezbytnou součástí komplexu vyšetření, které gastrickou bandáž předchází. Primárně je cílem vyšetření vyloučit patologii v jídelním chování pacienta a tak minimalizovat možnost, že si pacient nedodržím přísného režimu, který následuje po zákroku, zdravotně ublíží. Neméně důležité je také zhodnotit motivaci pacienta k zákroku a podíl vlastní snahy na hubnutí v minulosti.

Literatura

1. **Wagenknecht, M.:** Úloha psychologické péče při léčbě obezity. In: Hainer a kol.: Základy klinické obezitologie. Grada Publish, 2004.
2. **Fried, M.:** Chirurgická léčba obezity. In: Hainer a kol.: Základy klinické obezitologie. Grada Publish, 2004.
3. **Stunkard, A. J., Waden, T. A.:** Psychological aspects of severe obesity. Am. J. Clin. Nutr., 55, 1992.
4. **Fried, M.:** Chirurgické metody v moderní léčbě morbidní obezity. http://www.eco2004.cz/doc/CHIRURGICKE_METODY_V_MODERNI_LECBE_MORBIDNI_OBEZITY.pdf.
5. **Krčh, F. D., Rathner, G.:** The relationship between overweight and psychological problems in adult Czech population. Sborník lékařský, 3, 1998.

Vicerodinná terapie v České republice – první zkušenosti kurzu mentální anorexie

Multifamily treatment of anorexia nervosa in the Czech republic – first training and treatment experiences

Tomanová J., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Vicerodinná terapie mentální anorexie byla uvedena poprvé v České republice v roce 2001 a vychází z modelu multifamily therapy, jehož autorem je Ivan Eisler, působící v Maudsley Hospital v Londýně. Základní myšlenkou je využití dynamiky a vzájemné výměny zkušeností ve skupině rodin, v nichž jeden z členů trpí mentální anorexií.

Klíčová slova: vicerodinná terapie, kurzy.

Summary: Multifamily treatment anorexia nervosa has been presented by Ivan Eisler from Maudsley Hospital London since 2001. The basic aim of this therapeutic approach is using of dynamics and changing of experience in group of families with an anorectic member. We have chosen this form of psychotherapy to improve the therapy outcome in our Centre for eating disorders.

Key words: multifamily therapy, training.

Rozhodnutí využít tuto formu psychoterapie pro pacienty Centra pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK (lůžkového oddělení i Denního stacionáře) vychází z potřeby zařadit do komplexního programu účinnou formu rodinné terapie a péče o rodiny pacientů s poruchami příjmu potravy. Literatura dokumentující pozitivní výsledky multifamily therapy v Anglii a dalších zemích byla přesvědčivým argumentem pro tuto volbu.

Charakteristika kurzu vicerodinné terapie: Kurz vicerodinné terapie, uskutečněný v prostorách Stacionáře při oddělení pro poruchy příjmu potravy začal v červnu 2004. Zúčastnily se ho čtyři rodiny s dcerami s mentální anorexií a skupina terapeutů pracujících v oblasti poruchy příjmu potravy. Vedení kurzu a funkce školitele se ujal dr. Ivan Eisler.

Struktura kurzu: Kurz má svou stanovenou strukturu. Úvodní setkání je třídní. Program každého dne je rozdělen na části teoretické (seznámení rodin s problematikou mentální anorexie, důsledky hladovění apod.) a praktické (práce terapeutů s celými rodinami nebo se skupinou rodičů a skupinou dětí odděleně). Techniky zahrnuté v praktické části kurzu jsou velmi rozmanité, vycházejí například z arteterapie, dramaterapie nebo z kognitivně behaviorální terapie. Velký důraz je kladen na vzájemnou komunikaci a vytvoření pozitivně laděného klimatu v rodinách. Zejména při společném rodinném stravování vznikají mnohé problémy (hádky nebo napjatá a úzkostná atmosféra v rodině). Proto je jednou z hlavních

součástí kurzu nácvik společného rodinného stravování s akcentem na komunikaci při jídle.

Po úvodním třídním setkání následují jednodenní setkání následné péče, která jsou pořádána vždy s tříměsíčním odstupem. V mezidobí je každé z rodin ve stálé péči jednoho z terapeutů. Hlavní náplní následných setkání je reflexe uplynulých tří měsíců, stanovení dílčích cílů a řešení aktuálních otázek a problémů v rodinách (tab. 1).

Tab. 1. Jednotlivé fáze a cíle terapie (podle I. Eislera).

| | |
|----------|--|
| 1. fáze: | Vytvoření terapeutického vztahu s rodinou |
| 2. fáze: | Konfrontace symptomu v rámci rodiny |
| 3. fáze: | Individuální a rodinné potřeby v kontextu rodinného života |
| 4. fáze: | Ukončení terapie a prevence relapsu |

Výběr rodin: Hlavním kritériem pro zařazení rodin do kurzu je jejich zájem o aktivní účast v dlouhodobém léčebném programu. Motivace rodiny je komplikována různým stupněm motivace každého jejího člena. Podařilo se nám vybrat rodiny, jejichž zájem je skutečně silný. Tyto rodiny se nejen pravidelně zúčastňují kurzu, ale zapojují se také do dlouhodobé individuální terapie dcery, kterou v mezidobí vede vždy jeden z terapeutů týmu.

Charakteristika rodin: Ve všech rodinách zúčastněných v kurzu trpí mentální anorexií dcera. Rodiny žijí společně, jejich socioekonomická situace je dobrá.

Rodina A pochází z východních Čech. Tvoří ji rodiče a dvě dcery, z nichž mladší je ve věku 16 let a mentální anorexií trpí do 13. Starší dcera problémy se stravováním nemá. V rodině je patrný konflikt mezi mladší dcerou s MA a jejím otcem. Během kurzu došlo k výraznému zlepšení. Její váha výrazně stoupla, vztah s otcem se dále nevyhrocuje. Obě sestry udávají pozitivní posun v jejich vzájemném vztahu. Velkou roli hraje v rodině matka, která velmi přínosným způsobem pečuje o obě dcery a je oporou pro dceru s MA v její léčbě. Rodina je ve stálé péči psychologky.

Rodina B bydlí v Praze. Rodiče mají dvě dcery, mladší se dlouhodobě léčí (ambulantní léčba i hospitalizace) s mentální anorexií. U starší dcery jsou patrné známky narušeného postoje ke stravování (je velmi štíhlá, odmítá se společně stravovat v rámci kurzu...). Vztah mezi oběma sestrami není dobrý. Během kurzu bylo možné pozorovat zlepšení psychického i fyzického stavu dcery s MA. Vzrostl zejména její zájem o volnočasové aktivity, pozitivní je její návrat do školy. Pacientka je v ambulanci psychiatra.

Rodina C dojíždí na kurz ze severu Čech. Dcera s MA je jedináček. Je ve velmi vážném stavu z hlediska psychického i somatického. Prodělala více hospitalizací a terapií. V rodině jsou zřejmě napjaté vztahy mezi dcerou a matkou, která je vel-

mi protektivní. Dceřina nemoc může být vysvětlována touhou po útěku z rodiny. Matka sama má výrazné psychické problémy plynoucí z komplikované rodinné situace. Zlepšení dceřina stavu není patrné. Rodinu je obtížné monitorovat, protože kurzu se zúčastňují pouze rodiče. Dcera kromě hospitalizací není ve stálé péči terapeuta.

Rodina D pochází z středních Čech. Mladší dcera trpí mentální anorexií, u její sestry nejsou patrné projevy narušeného chování ve vztahu k jídlu. Rodinu lze charakterizovat jako velmi harmonickou s dobře fungující komunikací. Výrazná je snaha rodičů o co nejčastější společné stravování. Dcera dlouhodobě odmítá přibrat, avšak během kurzu je patrné zlepšení stavu. Léčbu komplikují její občasná bulimické záchvaty. Rodina je ve stálé péči terapeutky.

Shrnutí: První cyklus vícerodinné terapie stále probíhá, poslední setkání se uskutečnilo pod supervizí zahraničního lektora. Proto není celkově vyhodnotit jeho přínos v komplexní léčbě našich pacientek. Dosavadní pozitivní terapeutický vliv na průběh onemocnění (zvýšení BMI, náhledu na onemocnění, psychosociální adaptace) u tří ze čtyř pacientek lze považovat za úspěšný. Rovněž subjektivní hodnocení rodin je kladné, o čemž svědčí jejich trvající zájem a terapii, ale udávané zlepšení vztahů a komunikace u tří rodin.

Připravujeme další cyklus kurzu vícerodinné terapie a rovněž usilujeme o jeho oficiální uznání získáním akreditace. A ověření jeho účinnosti v dlouhodobé studii.

Literatura

1. **Dare, C., Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 2000, pp. 4–18.
2. **Eisler, I.:** Efficacy of individual and family psychotherapy in anorexia nervosa. (Účinnost individuální a rodinné psychoterapie u mentální anorexie.) 4. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy, Praha, 2003. *Čes a slov. Psychiat.*, Supl. 1, 2003, s 33.
3. **Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescent. 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, 2001. *Abstrakt Book*.

* * *

Přehled hospitalizovaných na JSPPPP v letech 1983–2003; případy odmítnutí hospitalizace a jejich příčiny

Review of hospitalizations at the eating disorders center in 1983–2003; analyses of hospitalization refusals and their reasons

Dlouhá I., Černá R.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Souhrn: Organizace přijetí do Centra pro poruchy příjmu potravy je důležitou součástí komplexní péče a její další modifikace podle potřeb nemocných a jejich motivace k léčbě. Práce se zabývá příčinami odmítnutí hospitalizace pacientkami na čekací listině.

Klíčová slova: hospitalizace, komplexní péče.

Summary: Organization of admissions to the Center for Eating Disorders represents an important part of comprehensive treatment approaches and their modification following the patient's needs and motivation to the treatment. The presentation offers an insight into the causes of hospitalisation refusal by patients on the waiting list.

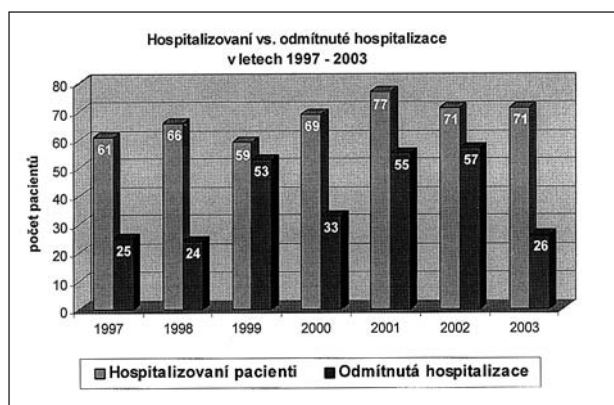
Key words: hospitalization, comprehensive treatment.

Jednotka specializovaná péče poruch příjmu potravy (JSPPPP) na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN vstoupila do třetí dekády své existence. Za dvacet let prodělala spoustu proměn, rozšířila počet lůžek, nabízí širší služby, může čerpat ze svých dlouholetých zkušeností.

Kromě kvantitativního přehledu hospitalizovaných pacientů studie poukazuje také na riziko relapsu onemocnění. Nemalé procento pacientů s tímto onemocněním chronifikuje a podstupuje hospitalizaci či jinou formu léčby opakovaně.

Tato studie navazuje na předchozí výzkum prezentovaný na IV. mezinárodní a mezioborové konferenci o PPP v roce 2003, pokračuje ve sledování případů odmítnutých hospitalizací a hlouběji se zabývá jejich příčinami. Případy, kdy pacienti pozvaní k hospitalizaci odmítnou nastoupit na léčbu, dokreslují celkový obraz kvantitativního i kvalitativního hodnocení poruch příjmu. Zároveň umožňují pozorovat vliv dalších faktorů na průběh nemoci, zejména rodinných či partnerských (např. dysfunkční rodiny, asymetrické partnerské vztahy), sociálních (např. sociální role pacienta) a psychologických (motivace, osobnostní rysy).

Cílem studie je vyzorovat nejčastější důvody odmítnutí hospitalizace a souvislost tohoto jednání s poruchou příjmu potravy z hlediska kolísající motivace, strachu z léčby, bagatelizace obtíží,



Graf 1. Hospitalizovaní vs. odmítnuté hospitalizace v letech 1997–2003.

ambivalence k léčbě – tato hlediska mají za následek odmítnutí léčby bez udání důvodu, často bez vysvětlující reakce. Zahrnuta jsou i hlediska jako například vliv čekací doby na přijetí, léčení v jiném zařízení, zlepšení zdravotního stavu, nástup do školy či zaměstnání a další.

Zdrojem dat jsou parere doporučujících lékařů, popřípadě záznamy a vyšetření z předchozích hospitalizací, osobní dopisy pacientů, záznamy sociální pracovníce z telefonických konzultací (právě ona zajišťuje první kontakt s pacienty, popř. s rodinou nemocných), to vše z let 1997–2004. Vzhledem k metodám sběru dat a určité míře subjektivity těchto informací jsou závěry výzkumu zpracovány hrubou statistickou analýzou dat (grafy, tabulky) a jejich nepřímým posouzením (graf 1).

Literatura

1. **Tomanová J., Dlouhá I.:** Případy odmítnutí hospitalizaci u PPP a jejich příčiny. *Čes. a slov. Psychiat.*, Supl. 1, 2003, s. 45–46.



Následná komunitně skupinová péče u poruch příjmu potravy

Post-hospitalization community-group therapy care for patients with eating disorders

Klecanda A., Stibálová K., Doležal D.
Pražská vysoká škola psycho-sociálních studií, Praha

Souhrn: Posthospitalizační péče je důležitou součástí komplexních terapeutických programů. Projekt následné komunitně skupinové péče pro pacientky s poruchou příjmu potravy byl předložen vedení PK VFN v březnu roku 2004 studenty PVŠPS. Po vymezení struktury služby se první setkání uskutečnilo 29. 4. 2004. Autoři popisují své první zkušenosti s touto formou doléčování. Klíčová slova: komunitně skupinová péče.

Summary: Post-hospitalization care represents a substantial part of comprehensive therapeutic programmes. The project subsequent community-group care for patients with eating disorders was presented to the management of PK VFN in March 2004 by the students of PVŠPS. After having defined the structure of the service, the first meeting with clients was held on 29. 4. 04. Authors are describing the first experiences with this after care programme.

Key words: community-group therapy.

Následná péče navazuje na hospitalizaci či na docházku do denního stacionáře. Ideální je kombinace následné péče skupinové a individuální, ke které klientky v rámci skupin motivujeme. Struktura následné se skládá ze skupiny a komunity. Setkání je pravidelně jednou za 14 dní. První část je věnována komunitě. Komunita je více praktická,

snážíme se, aby na ní měl každý stejný prostor k vyjádření svých názorů a pocitů. Nedílnou součástí komunity je psychoedukace. Ta probíhá ve vzájemné interakci. Na začátku setkání si všichni řekneme, co se za uplynulých čtrnáct dní stalo, co je nového a jak se daří či nedaří to, co se dívky naučily při léčbě, popř. co si předsevzaly na minulém setkání. Pokud jsou nově přichozí klienti, představujeme nabízenou službu, nás a opakujeme pravidla. Klienti představí sebe a svou historii v rozsahu jim přijatelném. Součástí komunity je rovněž diskuse nad váhovým přírůstkem, či úbytkem. Komunita trvá přibližně 45 minut, konkrétní doba je závislá na počtu přítomných. Skupiny jsou podpůrného charakteru s dynamickými prvky a někdy jsou tematizovány. Cílem služby je usnadnění přechodu z léčby do jejich přirozeného prostředí, s tím spojené zvládnutí zátěžových situací a vzájemná podpora v jejich řešení.

První zkušenosti, které máme po asi roce fungování následné komunitně skupinové péče ukazují, že žádná z žen a dívek, které docházely na komunitně skupinovou péči, neměla 100% docházku. Z tohoto pohledu je mírně problematické, že je skupina otevřená. V uzavřené skupině by bylo možné více pracovat na vzájemných vztazích a snadněji by se upevňovala důvěra mezi jednotlivými členy skupiny. Celkově hodnotí klientky následnou komunitně skupinovou péči pro poruchy příjmu potravy kladně, oceňují její podpůrný charakter. Vnímají ji jako opěrný bod pro běžný život, místo kde mohou najít porozumění, vítají konfrontaci s ostatními klienty, kteří mají podobné problémy jako ony samy.



Příspěvek k epidemiologii poruch příjmu potravy

Epidemiology of eating disorders

Dragomirecká E.¹, Šelepová P.¹, Papežová H.², Holub J.³

*Psychiatrické centrum Praha¹,
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha²,
Ústav zdravotnických informací a statistiky,
Praha³*

Souhrn: Epidemiologické studie i klinické zkušenosti potvrzují zvyšující se výskyt poruch příjmu potravy v minulých desetiletích. Hovoří se zejména o nárůstu bulimického typu obtíží a snižujícím se věku prvního výskytu potíží. V této práci si klademe otázku, zda tyto trendy platí i v České republice a jak je lze interpretovat.

Klíčová slova: epidemiologické studie, nové trendy.

Summary: Epidemiological studies as well as clinical experience have signaled the increasing prevalence of eating disorders during the last decades. It refers especially to the increase of bulimia symptoms and the decreasing age of first onset of the symptoms. In this

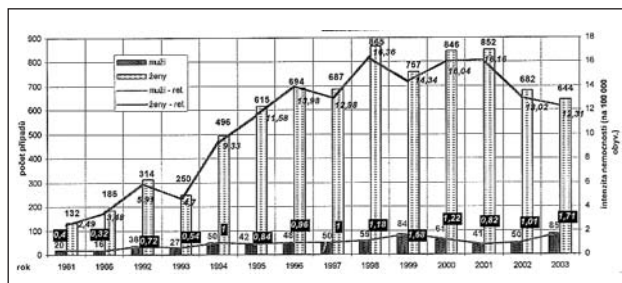
presentation we investigate whether these trends are relevant for Czech Republic as well and how to interpret them.

Key words: epidemiological studies, new trends.

Informace o výskytu poruch příjmu potravy lze získat ze dvou zdrojů, a to ze statistické evidence osob, které se pro tuto diagnózu léčily v lůžkových zařízeních, nebo byly pro tyto obtíže v pracovní neschopnosti, nebo z populačních studií, které zachycují výskyt potíží u určité skupiny obyvatel. Je zjevné, že počty hospitalizovaných zachycující pouze část nemocných s nejzávažnějšími potížemi, a navíc je tento ukazatel ovlivněn stávajícím systémem zdravotní péče, především nabídkou specializovaných lůžkových zařízení, popř. odlivem nemocných do ambulantních programů. Populační studie jsou naproti tomu zaměřeny často spíše na symptomy než na diagnózy, a protože studují specifickou populaci, získané údaje jsou obtížně přenosné na celou populaci. Oba zdroje dat jsou však pro odhad problému v populaci důležité a přispívají k pochopení jeho sociálního kontextu.

Zahraníční studie v západní Evropě a Spojených státech odhadují výskyt mentální anorexie na 0,3 % mentální bulimie okolo 1 % v populaci mladých žen, přičemž částečně splňuje kritéria bulimie více než 5 %. U mužů je zjištěna prevalence poruch příjmu potravy přibližně desetkrát nižší než u žen (2). K podobným výsledkům se dospělo v maďarském výzkumu vysokoškoláků, provedením v r. 1989, kdy byl zjištěn výskyt mentální bulimie u 1,0 % studentek (subklinický syndrom u 3,8 % dívek a 1,2 % mužů). Nikdo ze souboru 538 osob nespĺňoval všechna kritéria mentální anorexie; částečně je splňovalo 0,3 % dívek a 0,4 % mužů (4). U nás provedl rozsáhlou studii adolescentů Krch (3). Z téměř tisíce osob splnilo všechna kritéria pro diagnózu mentální bulimie 5,7 % dívek a žádný chlapec; úplná kritéria pro mentální anorexii byla zjištěna u jedné dívky (0,14 %). Šetření duševního zdraví reprezentativního výběru obyvatel České republiky (1) zjistilo pouze 0,1 % výskytu mentální anorexie, což ukazuje na nerovnoměrnost rozložení tohoto problému v populaci.

Práce předkládá dostupné údaje zdravotnické statistiky, které podchycují léčenou nemocnost.



Graf 1. Hospitalizace pro poruchy příjmu potravy u mužů a žen (ČR, 1981–2003).

Počet hospitalizovaných pro poruchy příjmu potravy (graf 1) výrazně vzrostl po roce 1993 a od té doby kolísá (údaje z r. 2003 se pohybují na úrovni roku 1996). Počet hospitalizovaných mužů dosahuje v průměru 8 % z celkového počtu a v letech 1981–2003 se pohyboval od 5–13 %. Co se týká diagnostického složení, ze posledních deset let je patrné snížení podílu mentální anorexie (z téměř 67 % v r. 1993 na 60 % v r. 2003), víceméně stabilní podíl mentální anorexie (19 % v r. 1994; 25 % v r. 2003) a jen mírně kolísající výskyt jiných, smíšených typů poruchy (15 % v r. 1994, 15 % v r. 2003). Průměrná ošetrovací doba se od začátku 80. let zkracuje (41 dní v r. 1981) a od r. 1993 se pohybuje v rozmezí 25–30 dní. Průměrný věk hospitalizovaných osob se pohybuje okolo 20 let a za dobu sledování (1981–2003) se nemění. Téměř polovina nemocných (44 %) byla podle údajů za r. 2003 hospitalizována na psychiatrických odděleních nemocnic, třetina (29 %) na pediatrických odděleních, 11 % na interních odděleních a 13 % v psychiatrické léčebně.

Závěrem lze říci, že pro odhad výskytu poruch příjmu potravy v naší populaci jsou cenné jak statistické údaje zachycující spotřebu lůžkové a ambulantní péče, tak populační studie, které informují o rozsahu subklinických potíží a rizikového chování u exponované části populace. Práce předkládá časové řady některých ukazatelů nemocnosti pro poruchy příjmu potravy za poslední desetiletí a nabízí možnou interpretaci pozorovaných trendů.

Literatura

1. **Dzúrová, D., Smolová, E., Dragomirecká, E.:** Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Praha, 2000. 106 s.
2. **Hoek, H. W.:** Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 2003, 4, pp. 383–396.
3. **Krch, F. D., Drábková, H.:** Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže. *Čes. a slov. Psychiat.*, 92, 1996, 4, s. 237–247.
4. **Túry, F., Szabó, P.:** Eating disorders in Hungary. *European Eating Disorders Reviews*. 4, 1996, pp. 107–111.



Občanské sdružení Anabell – pro nemocné anorexií a bulimií

Self-help organization Anabell for anorexic and bulimic patients

Sladká-Ševčíková J., Hodinová M.

Občanské sdružení Anabell, Dům lékařských služeb, Brno

Obsah posteru:

1. Představení OS Anabell.
2. Stanovy sdružení.
3. Historie sdružení.
4. Uskutečněné akce – přednáškový cyklus „Týden pro mentální anorexii a bulimii“, výstava fotografií „Anorexie, bulimie – dvě hluboké propasti“, Dny otevřených dveří, veletrh Psychoart 2003 a 2004, Brněnské dny pro zdraví 2004, MEFA 2004 aj.
5. Služby poskytované sdružením – svépomocné skupiny v Brně, Ostravě a Praze, skupiny pro rodiče, poradenské centrum (psychologické a nutriční poradenství), knihovna a prodejna literatury, kurzy „Přijmi své tělo“, korespondenční kurz, přednášková činnost.
6. Pravidla svépomocné skupiny.
7. Kodex pracovníků (kmenových i dobrovolných) sdružení Anabell.
8. Pracovní sdružení – jméno, fotografie, krátký profesní životopis.
9. Ukázka z korespondence sdružení, informace o sdružení v tisku.
10. Kontakty.

Občanské sdružení Anabell – pro nemocné anorexii a bulimii – je neziskovou organizací, která vznikla v říjnu 2002. Jejím hlavním cílem je pomoci nemocným některou z forem poruch příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání) a také poskytnout adekvátní pomoc jejich rodičům, partnerům, sourozencům a přátelům. Sdružení se věnuje osvětové činnosti se záměrem zvýšit informovanost široké veřejnosti o problematice poruch příjmu potravy, odstranit některá tabu, která se v souvislosti s těmito chorobami ve společnosti tradují a také se podílet na oslabení vlivu sdělovacích prostředků na tzv. mediální ideál krásy.

V průběhu roku 2003 sdružení uskutečnilo cyklus deseti přednášek na téma různých souvislostí, vázaných k poruchám příjmu potravy (závažné zdravotní důsledky onemocnění, psychické komplikace, gynekologické souvislosti onemocnění, problémy s otěhotněním, hospitalizace, výživový režim při poruchách příjmu potravy, realimentační postupy,

V roce 2004 sdružení uspořádalo informační kampaň „Týden pro mentální anorexii a bulimii“ pod záštitou kanceláře „Brno – Zdravé město“ Magistrátu města Brna. V rámci této kampaně byla zpřístupněna veřejnosti výstava fotografií „Anorexie, bulimie – dvě hluboké propasti“, která vzbudila velký zájem mezi laiky i odborníky. Dále se sdružení účastnilo veletrhu MEFA v Brně, akce Brněnské dny pro zdraví a veletrhu psychoterapeutických a poradenských služeb Psychoart v Praze.

Sdružení Anabell poskytuje svým klientům širokou škálu služeb:

- a) odborné poradenství – psychologické a nutrič-

ní (Brno),

b) konzultační odpoledne zdarma, frekvence jednou týdně (Brno),

c) svépomocná skupina pro nemocné (Brno, Ostrava, Praha), s frekvencí setkávání jednou týdně,

d) svépomocná skupina pro rodiče, partnery, kamarády nemocných (Brno), jednou za dva měsíce,

e) půjčovna literatury s tematikou poruch příjmu potravy (Brno, Praha),

f) prodejna literatury (Brno),

g) korespondenční kurz „Můj život bez anorexie, bez bulimie – aneb 10 týdnů na cestě ke zdraví“,

h) víkendové a týdenní semináře „Přijmi své tělo“ – dva až třikrát ročně.

Nejužší pracovní tým sdružení Anabell tvoří:

Ing. Jana Sladká Ševčíková, předsedkyně

Mgr. Magdaléna Hodinová, psycholožka

Mgr. Dagmar Čechová, nutriční specialista

Mgr. Nikola Chudobová, nutriční specialista

Mgr. Lenka Mičová, nutriční specialista

Ondra Stískal a Ria Černá, vedoucí svépomocné skupiny v Praze

Mgr. Radka Mytyzková, vedoucí svépomocné skupiny v Ostravě

Zpráva o probíhající studii procesu katatymně imaginativní psychoterapie v případě mentální anorexie

Report on the ongoing psychotherapy process study of guided affective imagery in a single case of anorexia

Dufek J.

Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno

Souhrn: Cílem této případové studie je zkoumání procesu katatymně imaginativní psychoterapie (KIP) u pacientky s mentální anorexií a následná formulace hypotéz o možných specifických faktorech, které ovlivňují léčbu.

Všechna terapeutická sezení (předpokládaná délka terapie bude 30–50 sezení) budou celá nahrána a následně přepsána podle zásad pro přepis psychoterapeutických sezení. Efekt terapie bude průběžně kontrolován dotazníkovými metodami (SCL-90-R, EDI, EAT-26) zadávanými před započítáním terapie, během terapie a po jejím ukončení. Po každém sezení vyplní pacientka i terapeut dotazník HAQ2 (Luborský a spol.) pro zmapování terapeutické aliance.

Přepsaná sezení budou analyzována pomocí nástrojů pro textovou analýzu. Ze získaného materiálu bude vytvořen slovník emočních slov (dle vzoru Affective Dictionary Ulm) a slovník primárně/sekundárně procesových výrazů (dle vzoru Regressive Imagery Dictionary). Emoční slova a primárně/sekundárně procesová slova budou identifikována zvláště ve fázi denního snu, v elaborační fázi sezení s denním snem a v čistě verbálních

sezeních. Následně bude provedeno statistické srovnání těchto tří částí. Předpokládáme, že sezení s imaginací se budou odlišovat od čistě verbálních sezení větším počtem emočních výrazů a větším počtem primárně procesových výrazů. Předpokládáme také nárůst počtu emočních výrazů v průběhu celé terapie ve verbálních sezeních jako známky zlepšené integrace emočních zkušeností. Výsledky studie budou srovnány s existujícími studiemi KIP s neanorektickými pacienty.

Klíčová slova: katatymně imaginativní psychoterapie, mentální anorexie, proces psychoterapie, počítačová analýza textu.

Summary: Aim of this single-case study is to examine the process of the guided affective imagery (GAI) in a case of anorexia and to formulate hypothesis about possible specific factors that influence the treatment. The full GAI therapy of anorexia case will be recorded and transcribed. Questionnaires will be used to control the effect of the therapy and to measure helping alliance.

Transcribed sessions will be analyzed using text analytic instruments. The emotion vocabulary and primary/secondary process vocabulary will be identified in the daydream parts of the imagery sessions, in the elaboration parts of the imagery sessions and in the verbal sessions. Czech version of Affective Ulm and Regressive Imagery Dictionary will be created for that purpose. Statistical comparisons of the three parts will be made. We suppose that imagery sessions will differ from verbal sessions by more emotion vocabulary and more primary process vocabulary. The development during the sessions sequence will be analyzed using the same instruments. We suppose increase in emotion vocabulary in verbal sessions during the therapy as a sign of better integration of emotional experience. The results will be compared with existing studies of GAI with non-anorectic patients.

Key words: guided affective imagery, anorexia, psychoterapy process, computerized content-analysis.



Ergoterapie u poruch příjmu potravy (PPP)

Ergotherapy in patients with eating disorders (ED)

Nováková M., Mičková B., Hubingerová Z.
Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Praha

Souhrn: Ergoterapie na rehabilitačním oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN 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 skupinové kreativní techniky, kognitivní trénink, rekondiční vycházky a trénink 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 změ-

ně návyků, změnit pohled na problém, posílit a najít silné stránky osobnosti, zlepšit přijetí sama 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.

Klíčová slova: ergoterapie, kondiční terapie, individuální terapie.

Summary: Ergotherapy in the Rehabilitation Division of the Psychiatric Department is routinely used for patients with the diagnosis of ED. In a team effort (together with physicians, psychotherapists and psychologists), the ergotherapist looks for a special way to address the needs of patients with ED.

Conditioning ergotherapy features group creative techniques, cognitive training, conditional walking and training in social skills.

The ergotherapy program tries not only to improve the body and spirit of patients but is focused also to improve their social needs. The aim of this complex setting is to enhance their motivation to change habits, to clarify their view of the problem, to find and focus on strong character traits, to improve self esteem, and to recapture the ability to work or continue their education.

Key words: ergotherapy, conditioning therapy, body therapy.

INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE

Individuální ergoterapie je určena pro pacientky s PPP, které mají BMI pod 15. Terapie se odehrává na oddělení rehabilitace (změnu prostředí vnímají pacienti velmi pozitivně) jednou týdně po dobu 45 minut.

Při prvním setkání je důležité navázání dobrého vztahu mezi terapeutem a pacientkou a navození příjemné, nestresující atmosféry.

Na počátku terapie společně vytváříme ergoterapeutický plán, který se zaměřuje na vyhledávání vhodné činnosti pro každou pacientku. Vhodná pracovní aktivita je volena podle zájmů, věku, vzdělání a zaměstnání pacientek. Zpočátku vybíráme jednoduché pracovní aktivity, postupně dáváme zátěž – změnou pracovního tempa s vkládáním přestávek, změnou složitosti pracovního postupu, změnou materiálu. Daná aktivita by se měla stihnout během určené doby či činnost rozdělíme na dvě terapeutické hodiny, aby nepůsobila stresově.

Příklady terapeutických technik užívaných v individuální ergoterapii:

- výtvarné techniky: malba, kresba, kaligrafie
- práce s papírem: origami, koláže
- práce s textilem: patchwork, batika, savování
- ruční práce: vyšívání, háčkování, pletení
- netradiční techniky: malování na sklo a porcelán, ubrousková technika
- práce s keramickou hlinou, atd.

Během terapie objevujeme a zaměřujeme se i na problémy či nedostatky pracovních návyků, např. nedodržování časových plánů, problém s plánováním činnosti, nedodržování dohod, nezáměr o činnost atd.

Mezi základní cíle individuální terapie bych zařadila:

- nácvik pracovních dovedností a návyků – např. naplánovat postup činnosti, rozvržení pracovního času, počítat s úklidem pracovního místa
- dodržování časového rozvrhu – začít i ukončit terapeutickou hodinu včas
- „dotáhnout“ výrobek do konce
- naučit se nespěchat, při práci relaxovat
- získávání nových dovedností
- zvyšování sebevědomí
- možnost nových zájmových aktivit
- odreagování se od psychických problémů

Na konci terapeutické hodiny je vždy důležitá reflexe – pacientky hodnotí svůj výrobek, pracovní činnost – problémy, které nastaly (např. pacientka přišla pozdě a výrobek nestihla dokončit), pocity, které při dané aktivitě měla.

Průběh terapie a své postřehy zapisují do lékařské dokumentace, závažné momenty terapie se řeší na týmové poradě.

FYZIOTERAPIE A JEJÍ VÝZNAM U PACIENTŮ S PPP

Fyzioterapie je nedílnou součástí komplexní léčby u pacientů s PPP. Jedná se především o skupinovou a individuální léčebnou tělesnou výchovu (LTV).

a) Skupinová

Při LTV se pacienti učí vnímat vlastní tělo při určitém pohybu a využití vlastní energie.

Skupinové LTV se zaměřuje na uvolňování sva-

lové napětí, protahování jednotlivých svalů a následné vhodné posilování svalových skupin.

Mnohdy pacienti s PPP trpí vertebrogenními obtížemi. Skupinová vertebroterapie a instruktáž o vhodném pohybovém režimu vede ke správnému držení těla a působí proti vzniku svalových dysbalancí.

Dále využíváme technik dechové gymnastiky, relaxačních metod a taneční terapie. Pracujeme ve dvojicích či skupině a tyto techniky navádějí pacienty s PPP k hlubšímu prožití a uvědomování si vlastních pocitů při cvičení.

b) Individuální – pro klienty PPP s BMI 15 a méně

Cílem je seznámit se se svým tělem (negativní vztah k tělu se projevuje u klientů také tím, že mu věnují nadměrnou pozornost, nebo že ho naopak přehlížejí. Je nezbytné naučit se ho přiměřeně vnímat a reagovat na jeho potřeby.

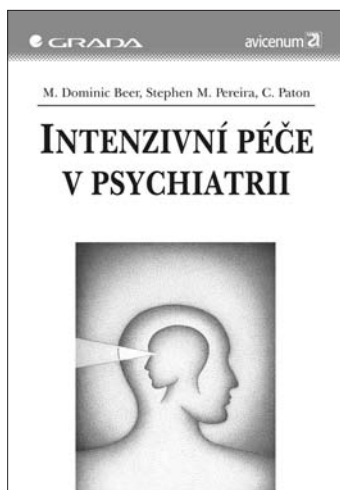
Techniky které používáme jsou:

Relaxace – navození tělesného a duševního uvolnění s odezvou na pohybový systém. Ke správnému nácviku relaxace je velmi nutné klidné prostředí, přiměřená teplota a pomalý postup nácviku.

Autogenní trénink – je nepostradatelný při odstraňování stresu, psychických potíží a zároveň může napomoci předcházet tělesnému i duševnímu vyčerpání. Lze dosáhnout i prožitku tepla v jednotlivých částech těla. Dále je bezprostředně pozitivně ovlivňováno i vegetativní nervstvo a jsou zmírňovány jeho poruchy.

Masáže, prohřátí soluxem – je důležitý pocit tepla a kontakt s rukama terapeuta, odstranit tělesné napětí.

LTV – dechová gymnastika – je součástí každého cvičení, protahování na velkých míčích.



INTENZIVNÍ PÉČE V PSYCHIATRII

Beer M. D., Pereira S. M., Paton C.

Kniha anglických autorů podává komplexní pohled na systém psychiatrické intenzivní péče v zemích Spojeného království se zvláštním zřetelem zejména na její forenzní a etické aspekty. Jednotlivé části publikace se věnují terapeutickým intervencím, zhodnocením a zvládnutím rizik, struktúře a vedení jednotek intenzivní psychiatrické péče. Podrobně jsou probírány otázky psychologického a psychofarmakologického přístupu k pacientům s akutně vzniklým neklidným chováním a otázky návazné dlouhodobé péče. Je diskutována účelnost postupů využívajících fyzické omezení nemocných. Publikace přináší též mnoho zajímavých podnětů, které mohou sloužit i jako podklady pro tvorbu národních standardů odborných postupů v této oblasti.

Vydala Grada Publishing v roce 2005, ISBN 80-247-0363-7, 304 stran, cena 490 Kč.

Publikaci můžete objednat na adrese: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz

OBRAZOVÁ PŘÍLOHA



Práce patientek na rehabilitaci.

Foto L. Hovorka