

# ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI  
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI

## VEDOUcí REDAKTOR

**MUDr. M. Anders, Ph.D.**

*Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2*

## ZÁSTUPCE VEDOUcíHO REDAKTORA

**MUDr. R. Příkryl, Ph.D.**

*Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno*

## REDAKČNÍ RADA

### **Členové**

Doc. MUDr. J. Baštecký, CSc., Praha

MUDr. P. Baudiš, CSc., Praha

Prof. MUDr. E. Češková, CSc., Brno

Doc. MUDr. F. Faltus, DrSc., Praha

Prof. MUDr. M. Hrdlička, CSc., Praha

Prof. PhDr. A. Heretik, CSc., Bratislava

MUDr. L. Janů, Ph.D., Plzeň

Doc. PhDr. J. Kocourková, CSc., Praha

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

MUDr. J. Masopust, Hradec Králové

Doc. PhDr. M. Miovský, Ph.D., Praha

Doc. MUDr. P. Mohr, Ph.D., Praha

Prim. MUDr. L. Nábělek, Banská Bystrica

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

MUDr. J. Pečeňák, CSc., Bratislava

Prof. MUDr. J. Pokorný, DrSc., Praha

Doc. MUDr. P. Smolík, CSc., Hradec Králové

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

Prof. MUDr. A. Šulcová, CSc., Brno

Prof. MUDr. E. Topinková, CSc., Praha

Prof. MUDr. P. Zvolský, DrSc., Praha

### **Korespondenti**

Doc. MUDr. PhDr. J. J. Diamant (Nizozemsko);

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

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

## TECHNICKÁ SPOLUPRÁCE

PhDr. L. Buriánková

## ODPOVĚDNÁ REDAKTORKA

PhDr. H. Raušerová

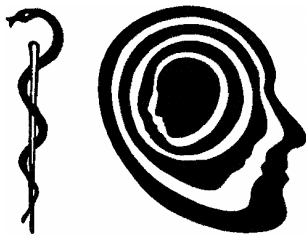
Nakladatelské a tiskové středisko

České lékařské společnosti JEP

Sokolská 31, 120 26 Praha 2

**Supplementum**  
**1/2007**

[www.clsjep.cz](http://www.clsjep.cz)



# ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

ČASOPIS ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI  
A SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI

Česká lékařská společnost Jana  
Evangelisty Purkyně, Praha 2007

## ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE

Vydává Česká lékařská společnost J.  
E. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Pra-  
ha 2. Vedoucí redaktor MUDr. M.  
Anders, Ph.D. Zástupce vedoucího  
redaktora MUDr. R. Příkryl, Ph.D.  
Odpovědná redaktorka PhDr. H. Rau-  
šerová. 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 16, 02/444 588 21, fax:  
02/444 588 19,

e-mail: predplatne@abompkapa.sk.  
Předplatné na rok 480,- Kč (688,-  
Sk), jednotlivé číslo 60,- Kč (86,- 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. Spalová, 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  
253, tel./fax 224 266 265, e-mail:  
ntsinerce@cls.cz.

Registrační značka MK ČR E 4654.  
Rukopisy zasílejte na adresu: MUDr.  
M. Anders, Ph.D., Psychiatrická kli-  
nika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11,  
120 00 Praha 2.

Rukopis byl dán do výroby dne  
26. 1. 2007.

Zaslané příspěvky se nevracejí, jsou  
archivovány ČLS JEP. Vydavatel zis-  
ká otištěním příspěvku výlučné  
nakladatelské právo k jeho užití.  
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 fotokopii, 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  
2124/53, 130 00 Praha 3, tel: 284 818  
342–3, fax: 284 820 956,  
e-mail: ntservis@ntservis.cz,  
internet: www.ntservis.cz

## OBSAH 2007 – Ročník 103 – Supplementum 1

Úvodník .....	11
Výukové workshopy .....	12
Přednášky .....	15
Workshopy .....	42
Postery – Výzkumné práce .....	51
– Klinické práce .....	63

## CONTENTS 2007 – Vol. 103 – Supplementum 1

Preface .....	11
Study Workshops .....	12
Lectures .....	15
Workshops .....	42
Posters – Research Practices .....	51
– Clinical Practices .....	63

# Program konference Conference Programme

## Čestné předsednictvo

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, děkan 1. LF UK, Praha  
Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha  
MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA, ředitel VFN, Praha  
Doc. MUDr. František Faltus, DrSc., 1. LF UK a VFN, Praha  
Doc. PhDr. Jana Kocourková, 2. LF UK, Praha  
Dr. Ivan Eisler, Maudsley Hospital, London, GB  
Dr. Erika Toman, Hohenegg, Švýcarsko

## Organizační výbor – Organising Committee

Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.  
MUDr. Petra Uhlíková, MUDr. Rudolf Uher, Ph.D. - vědeckí sekretáři

**Sekretariát konference – Conference Secretary:**  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 128 21 Praha 2  
tel.: 224965350, e-mail: puhlikova@centrum.cz

**Organizační zajištění – Organising Agency:**  
Agentura Bonus, spol. s r.o., Korunní 63, 120 00 Praha 2  
tel.: 224251411, fax: 222520081, e-mail: bonus.@mbox.vol.cz

## Firmy, které se zúčastní konference PPP 2007

LUNDBECK  
PFIZER  
ZENTIVA  
TEVA PHARMACEUTICALS  
GEROT LANACHER  
VALEANT CZECH PHARMA  
ELI LILLY  
ASTRA ZENECA  
APOTEX  
NUTRICIA

NADACE JAVORNÍK  
HOTEL LEGIE

PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA  
PORTÁL  
Časopis SESTRA

---

# PROGRAM KONFERENCE

## Conference Programme

---

**Čtvrtek, 17. března**  
**Thursday, March 17**

**Výukové workshopy - Educational Workshops:**

1. Pro zdravotní sestry (for nurses) – garant J.Tomanová.
2. Pro sociální pracovníky, učitelé (for teachers and social workers) – garant P.Uhlíková, I. Dlouhá.
3. Pro rehabilitační pracovníky (for rehabilitation workers) – garant B. Jarolímková.

**13:30–15:00 Registrace - Registration**

*Návštěva Specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy (10 osob)*  
*Visit of the Specialised Eating Disorders Unit (10 persons)*

**15:00–16:00 Oficiální zahájení**

**Official Opening and Welcome** (In Czech)

S úvodním slovem hostů a organizátorů konference

**16:00–18:00 VYŽÁDANÉ PŘEDNÁŠKY- Invited lectures (in Czech)**

**16:00–16:30 Rumpík, D.:** Asistovaná reprodukce v ČR a její význam v populaci

Assisted reproduction in the Czech republic and its importance in the population  
(Klinika reprodukční medicíny a gynekologie, Zlín)

**16:30–17:00 Hainer, V.:** „Eating Inventory“, socioekonomický stav, akumulace a distribuce tělesného tuku a zdravotní rizika

„Eating inventory“, Socioeconomic status, accumulation and distribution of body fat and health risks

(Endokrinologický ústav AV, Praha)

**17:00–17:30 Weiss, P. :** Ženská sexuální atraktivita z pohledu sociobiologie

Sexual Attractiveness of Women in Sociobiology

(Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha)

**17:30–18:00 Pavlová, B. Rudolf, U., Dragomirecka, E. & Papežová, H.:**

Trendy v incidenci a prevalenci poruch příjmu potravy v České republice

Trends in the incidence and prevalence of eating disorders in the Czech Republic

(Psychiatrická klinika 1. LF UK, Institute of Psychiatry, King's College, London)

**19:00–21:00 Společenský večer - Welcome party**

(Denní stacionář Centra pro PPP - Eating Disorders Day Care Centre)

## **Pátek, 18. března**

### **Friday, March 18**

U přednášek v angličtině uvádíme 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 – 10:00 Děti a rodiče s PPP, zahraniční referáty**

*Předsedající: Uhlíková P., Kmoch V.*

8:30–9:15 **Norré, J.:** The eating disorder patient as a parent  
Pacient s poruchou příjmu potravy jako rodič  
(Leuven Institute for Fertility and Embryology, Louvain, Belgium)

9:15–10:00 **Wentz, E.<sup>1,2</sup>, Gillberg, Ch.<sup>1,3</sup>, Gillberg, I., C.<sup>1</sup>, Anckarsäter, H.<sup>4</sup>, Råstam, M.<sup>1</sup>**  
Eighteen-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders, overall functioning scales, prognostic factors, pregnancies, and children. The prospective, controlled, partly population-based study  
Osmnáctileté sledování raně adolescentních pacientů s mentální anorexií: psychiatrické poruchy, komplexní funkční škály, prognostické faktory, těhotenství a děti. Prospektivní, kontrolovaná, částečně populační studie  
(<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Göteborg University, Göteborg, Sweden,  
<sup>2</sup>The Swedish National Healthcare and Sciences, Sweden,  
<sup>3</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Strathclyde University, Yorkhill Hospital, Glasgow, UK,  
<sup>4</sup>Institute of Clinical Sciences, Malmö, Lund University)

#### **10:00–10:30 Coffee Break**

#### **10:30–11:30 WORKSHOPY (paralelně) – klinická praxe v zahraničí**

**1. Kordy, H., Wolf, M., Zimmer, B.:** Clinical evolutions and technological innovations: improving the match between patient's needs and care provision.  
Klinická evaluace a technologické inovace: zlepšení souladu mezi potřebami pacienta a dostupnou péčí  
(Center for Psychotherapy Research, Centre of Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Germany)

**2. Sošková – Champion, M.:** Recovery and the group therapy.  
Uzdravení a skupinová psychoterapie  
(Marinotherapy center, Dublin, Irsko)

#### **11:30–13:00 Zahraniční hosté: nové pohledy na terapii**

*Předsedající: Kulhánek J., Tomanová J.*

11:30–12:15 **Eisler, I.:** One plus one is more than two. Working with families where more than one person has an eating disorder.  
Jedna a jedna je víc než dvě. Práce s rodinami s více členy trpícími poruchou příjmu potravy  
(Section of Family Therapy, Institute of Psychiatry, Kings College, London)

12:15–13:00 **Oberlin, K.:** What is psycholinguistic motivation model?  
Co je psycholinguistický motivační model?  
(The Marino Therapy Centre, Dublin, Irsko)

**13:00–14:00 Oběd - Lunch**

**14:00–15:00 WORKSHOPY (paralelně) - Workshops (Concurrent Sessions)**

**1. Kulhánek, J.:** Tělo jako ostrov – imaginativně arteterapeutická technika  
Body as an island – imaginative artetherapy approach  
(DPC Ondřejov, Praha)  
Místo konání: bude upřesněno.

**2. Bechyňová, B.:** Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy.  
Video a zážitková skupina  
Bodywork with patients with eating disorders.  
(Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha, psychoterapeutická praxe)  
Místo konání: Dětský stacionář PK 1. LF UK a VFN

**3. Pelková, L., Ratajová, D., Soukup, J. Papežová, H.:** Specifika skupinové terapie u poruch příjmu potravy  
Specifics of group therapy in patients with eating disorders  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)  
Místo konání: Stacionář pro PPP – Eating Disorders Day Care Center

*Místo konání bude upřesněno podle počtu přihlášených účastníků.  
The place may be changes following the number of participant.*

**15:00–16:30 Hodnocení terapie a klinická doporučení**

*Předsedající: Sekot M., Chvála V.*

15:00–15:30 **Sekot, M., Papežová, H., Uher, R.:** Jak hodnotit efekt terapie u poruch příjmu potravy?  
How to evaluate the effects of the therapy in patients with eating disorders  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)

15:30–16:00 **Chvála, V., Trapková, L.:** Otec a dcera s poruchou příjmu potravy  
Father and daughter with food-intake disorder  
(Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Ordinace klinické psychologie Praha)

16:00–16:30 **Malá, E.:** Záměrné sebepoškozování (SHB -self harm behaviour ) a sebezraňování  
(SIB – self injurious behaviour)  
(Dětská poliklinika FN Motol, Praha)

**16:30 – 17:00 Přestávka - Coffee Break**

**17:00–18:00 Panelová diskuse interdisciplinární spolupráce. Téma: Kdy a do jaké péče posíláme pacienty?** (pracoviště, účastníci uvedeni bez titulů)  
Kotrlíková, (JIMP 1. LF UK a VFN, Praha), Moravcová, dětský endokrinolog a diabetolog (KDDL 1. LF UK a VFN), Papežová (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN), Pařízek (Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN), nutricionista, obezitolog a další.

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

## **Sobota, 17. března** (Veškerý program v češtině – Only in Czech ) **Saturday, March 17**

### **8:30–10:30 Výzkumné studie přednášky - Research Studies**

*Předsedající: Krch F. D., Stárková L.*

9:00–9:30 **Krch, F. D., Csémy, L.:** Poruchy příjmu potravy a dietní postoje českých dětí  
Eating disorders and diets in Czech child

(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Psychiatrické centrum Praha)

9:30–10:00 **Hrachovinová, T., Csémy, L.:** Gender rozdíly v preferenci štíhlosti u neklinické populace  
Gender differences in thinness preferences in non-clinical population

(Katedra psychologie FF UK, Centrum diabetologie IKEM, Psychiatrické centrum Praha)

10:00–10:30 **Fraňková, S.:** Vývoj vztahu k tělesným rozměrům u předškolních dětí

Development of attitude toward body size in preschool children

(Filozofická fakulta UK, katedra psychologie, Praha)

10:30–11:00 **Stárková, L.:** Mortalita a morbidita u pacientek s PPP

Mortality and morbidity in the patients with eating disorders

(Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc)

11:00–11:30 **Pilka, L.:** Úloha leptinu v lidské reprodukci

(Klinika reprodukční medicíny a gynekologie, Zlín)

### **11:00–11:30 Přestávka - Coffee Break**

### **11:30–13:30 Klinická praxe – Clinically oriented lectures ED and obesity**

*Předsedající: Kocourková J. , Koutek J.*

11:30–12:00 **Koutek, J., Kocourková, J.:** Poruchy příjmu jídla v útlém dětství

Eating disorders in early childhood

(DPK 2. LF UK a FN Motol, Praha)

12:00–12:30 **Marinov, Z.:** Zdroj polygenně vázané obezity u dětí

Genetically linked obesity in children

(Dětská poliklinika FN Motol, Praha)

12:30–13:00 **Čihák, F., Dohnalová, J.:** Léčba poruch příjmu potravy na Dětském oddělení Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod

(Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod)

13:00–13:30 **Uhlíková, P.:** Kazuistiky neslyšících pacientek s poruchou příjmu potravy

Case reports of deaf patients with eating disorders

(Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Praha)

### **13:30–14:30 oběd – lunch**

### **14:00–15:00 WORKSHOPY**

**1. Stárková, L.:** Jak na body image? Kognitivně behaviorální přístup v terapii body image

Body image – cognitive behavioral approach in the therapy of body image

(Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc)

**2. Tomanová, J., Jandourková, D.:** Víceročinná terapie mentální anorexie – její počátky v Čechách a problematika rodinného stolování  
Multi-family therapy of anorexia nervosa – Its beginning in Czech Republic and problems of eating behavior in the family  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)

**15:00–15:30 Přestávka - Coffee Break**

**15:30–16:30 ZÁVĚR KONFERENCE**

15:30–15:45 **Kulhánek, J.:** Jak internet pomáhá při prevenci a léčbě poruch příjmu potravy?  
(pppinfo.cz)  
How the internet helps in the prevention and therapy of eating disorders (pppinfo.cz)  
(DCP Ondřejov, Praha)  
Podporováno Sekcí pro PPP při ČPS JEP a Asociací pro pacienty s PPP.

15:45–16:15 **Faltus, F.:** Je syndrom nočního přejídání skutečně poruchou příjmu potravy?  
Is the night eating syndrome (NES) really an eating disorder?  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)

16:15–16:30 **Předání ceny Františka Faltuse**

**Zakončení odborné části konference (Closing remarks)**

**16:30–17:30 ODPOLEDNÍ PROGRAM OTEVŘENÝ PRO VEŘEJNOST**

Účast přislíbily modelky a tvůrkyně současné české módy.  
Garant: T. Štěpánková

## **POSTERY**

### ***Výzkumné práce***

1. **Yamamotová, A., Papežová, H., Vurmová, I.:** Vliv estrogenů a hormonů kůry nadledvin na nocicepční citlivosti 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)

2. **Kmoch, V., Papežová, H., Yamamotová, A.:** Anamorphic Micro – počítačový program v klinickém a výzkumném použití u poruch příjmu potravy  
Anamorphic Micro – computer software in clinical and research use at eating disorders  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK, Praha)

3. **Dostálová, I., Barták, V., Papežová, H., Vybíral, S., Nedvídková, J.:** The effect of acute exercise on plasma leptin levels in patients with anorexia nervosa  
(Endokrinologický ústav, Praha, Přírodovědecká fakulta UK, Praha, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)



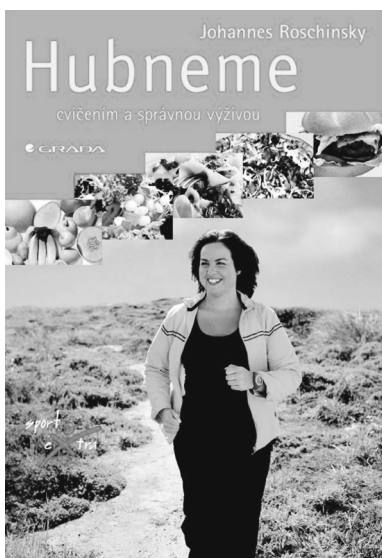
4. **Sedláčková, D., Beranová, L., Papežová H., Nedvídková J.:** Vybrané hormony příjmu potravy před a po realimentaci u pacientek s mentální anorexií  
Selected hormones regulating food intake in patients with anorexia nervosa before and after realimentation  
(Endokrinologický ústav, Praha)
5. **Palčíková, I., Žourková, A., Valentová, D. :** Sledování aktivity CYP2D6 u pacientek s mentální bulimií (vliv na jídelní chování a sexuální aktivitu)  
Bulimia nervosa and CYP2D6 activity (influence on eating behaviour and sexual activity)  
(PK Masarykovy univerzity, Brno)
6. **Sladká-Ševčíková, J., Hodinová, M.:** Představení OS Anabell – pro nemocné s anorexií a bulimií. Svépomocná asociace a Klub pro pacientky.  
Presentation of self-help association for sufferers of anorexia and bulimia, Brno  
(Občanské sdružení Anabell, Brno)
7. **Dvořáková, I:** Arteterapie – sebereflexe prostřednictvím výtvarného projevu.  
Artetherapy – selfreflection by the art expression  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)
8. **Žuchová, S.:** Plánovaná evaluácia on-line psychoterapeutickej intervencie u pacientiek s diagnózou mentálna anorexia - slovenská a česká verzia programu Web- AKQUASI  
Planned evaluation of on-line psychotherapeutic interventions by anorexia nervosa patients – Slovak and Czech version of the application Web-AKQUASI  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)
9. **Doležalová, R., Lacinová, Z., Dolinková, M., Kleiblová, P., Haluziková, D., Housa, D., Papežová, H., Haluzik, M.:** Disociace exprese adiponektinu a resistinu v podkožní tukové tkáni a jejich sérových koncentrací u pacientek s mentální anorexií  
Dissociation of subcutaneous fat adiponectin and resistin expression and circulating levels in patients with anorexia nervosa
10. **Chudobová, P., Fraňková, S.:** Jídelní chování a vztah k vlastnímu tělu u dívek v mladším školním věku. Příspěvek k problematice primární prevence PPP.  
Eating behaviour and body image in young school girls. Contribution to the primary prevention of eating disorders.  
(Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)

### ***Klinické práce***

1. **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)
2. **Machová, J.:** Porucha příjmu potravy (PPP) a její vliv na stav ústní dutinu  
Eating disorders and its influence in condition of oral cavity  
(Medical Association, Praha)
3. **Marinov, Z., Tláškal, P., Nesrstová, M., Zemková, D., Tomášková, B.:** Pilotní výsledky dětské obezitologické ambulance dětské polikliniky FN Motol  
Preliminary results of obesity management in outpatient clinic FN Motol  
(Dětská poliklinika FN Motol, Praha)
4. **Horváthová, V., Havlíčková, E.:** Mentálna anorexia u monozygotných dvojčiat  
Anorexia nervosa in monozygotic twins  
(Psychiatrická klinika FN sP a LF UK, Bratislava)
5. **Zedková, I., Soukup, J.:** Taneční/pohybová terapie u pacientů s poruchami příjmu potravy  
Dance/movement therapy in patients with eating disorders  
(Psychiatrická klinika LF UP, Olomouc, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)

**6. Uher, R.:** Na důkazech založená léčba mentální anorexie snadno a rychle: kritické čtení literatury od roku 2004  
Evidence based treatment of anorexia nervosa for dummies: Critical appraisal of the literature since 2004  
(Institute of Psychiatry, King's College, London)

**7. Žáčková, M., Drtílková, I.:** Retrospektivní hodnocení změn tělesné hmotnosti u pacientů s mentální anorexií léčených a neléčených psychofarmakoterapií  
(Psychiatrická klinika FN, dětské a dorostové oddělení, Brno)  
Abstrakt nebyl do supplementa dodán.



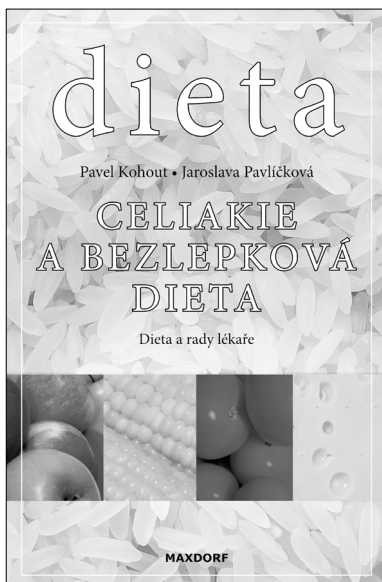
## HUBNEME CVIČENÍM A SPRÁVNOU VÝŽIVOU

*Johannes Roschinsky*

Nejčastější příčinou nadváhy je nedostatek cvičení a nevhodná strava. Všem, kteří chtějí upravit svoji stávající hmotnost, přinášíme jedinečný návod, jak na to. Pro snížení hmotnosti a její následné dlouhodobé udržení na optimální úrovni však nestačí jen samotná racionální strava nebo zvýšená pohybová aktivita. Úspěch zaručí až kombinace vhodných stravovacích a pohybových návyků. V úvodu kniha nabízí teoretické informace o problematice snižování hmotnosti a o výživě, následují rady pro efektivní cvičení, včetně jeho popisu, a porovnání různých vytrvalostních pohybových aktivit.

Vydalo nakladatelství Grada Publishing a.s., 163x240, brožovaná vazba, 140 stran, ISBN 80-247-1747-6, kat. číslo 6201

**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**



## CELIAKIE A BEZLEPKOVÁ DIETA (3. vyd.)

*Pavel Kohout, Jaroslava Pavlíčková*

Druhý titul z edice Dieta a rady lékaře přináší pacientům informace o celiakii, jejím výskytu, diagnostice a léčbě, dále o potravinách vhodných a nevhodných při tomto onemocnění. Kniha obsahuje okolo 100 receptů, doplněné o energetickou hodnotu a obsah hlavních živin v jednotlivých potravinách a připravovaných jídlech.

Vydal Maxdorf v roce 2006, edice Dieta a rady lékaře.  
ISBN 80-7345-070-4, formát A5, brož., 176 str., cena 147 Kč.

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

---

# ÚVODNÍK

---

## Poruchy příjmu potravy a obezita a transgenerační přenos

---

Zdálo by se, že v době epidemie obezity se nehodí mluvit o léčbě opačného extrému - anorexii a dalších poruchách příjmu potravy. Obě jsou heterogenní onemocnění multifaktoriálně podmíněná, včetně genetického podílu. Obezita je příčinou 400 000 smrtí za rok v USA a narůstá v Evropské unii (14 ze 77 miliónů dětí má nadváhu a mohou být obézní v dospělosti). Ekonomický dopad byl vyčíslen na 75 miliard dolarů, 5–7 % celkových zdravotních nákladů s nepřímými náklady dosahují ročně v USA odhadem 139 miliard. Anorexie má sice nižší incidenci než obezita, roční incidence je 8 na 100 000 jedinců populace, ale postihuje nejvíce mladé ženy, a vykazuje největší mortalitu mezi psychiatrickými onemocněními. Léčba je nákladná a dlouhodobá. Často zatím dosti nestandardní.

V minulosti jsme byli svědky dohadů, zda si nekonkurují obezitologové a odborníci na poruchy příjmu potravy, kteří se věnují prevenci v oboru. Ale spolupráce mezi obory se zlepšuje. Snažíme se, aby se obory doplňovaly a vzájemně se podporovaly v klinické praxi i výzkumu. Od objevu leptinu roku 1994 evropští výzkumní pracovníci popisují role neuropeptidů, ovlivňujících chuť, hlad a pocity sytosti, regulujících energetický metabolismus v kontextu příjmu potravy a obor se velmi rychle rozvíjí. Jsou nové genetické poznatky o genetické náchylnosti k onemocnění, např. BDNF. Obezita je spojena s mechanismy, které chránily jedince před vyhladověním v obdobích nouze a v době hojnosti vedou k hromadění zásob. Ty přetrvaly do dnešní doby, kdy je vysoce kalorické jídlo ve vyspělých zemích zcela dostupné a dlouhá tělesná aktivita není nezbytná. Diety a hladovění, které vedou k poruchám příjmu potravy, se častěji objevují u premorbidně obézních dětí.

Poznatky o kulturních zvycích v dietním chování se liší a mohou být zdrojem poznání o rizikových faktorech pro vznik onemocnění a přispět k rozvoji lepších intervencí primární i sekundární preven-

ce. Vytváříme postupně koordinovanou výzkumnou síť mezi evropskými skupinami v oblasti neurověd, které by měly spolupracovat na regulaci chuti, sytosti a odměn, neuronálních okruhů a neurotransmiterů, které se na nich podílejí. Tak, abychom našli nové strategie, včetně vhodné farmakoterapie.

Z klinického hlediska je stále více kladen důraz na práci s celou rodinou. V minulém roce vznikla spojená iniciativa odborníků a rodičů pacientů v Americké akademii pro poruchy příjmu potravy k podpoře opatření, která by zabezpečila přístupnost adekvátní léčby pro každého. V terapeutických doporučeních (dostupných na internetu např. NICE) je rodinná terapie především u mladších pacientek s mentální anorexií prokazatelně jedna z nejlepších. Tato konference se zaměřila více na přístupy k rodinám, kde se anorexie i jiné poruchy příjmu potravy vyskytují ve více generacích. Přední naši i evropští odborníci poukazují na rizika anorexie a bulimie v gynekologii a porodnictví a na obtíže matek, které prožily nebo prožívají poruchu příjmu potravy. Často je pro ně problém naučit své děti normálnímu jídelnímu režimu a důsledky pro dítě mohou být velmi závažné. Je nutné, abychom v klinické praxi na tyto problémy mysleli. V průběhu konference budou odborníci několika oborů diskutovat o možnostech jak předcházet negativním důsledkům onemocnění poruchou příjmu potravy u budoucích generací (v oblasti asistované reprodukce, v gynekologii a porodnictví, v pediatrii a i v péči psychiatricko-psychologické) a jak podporovat prohloubení interdisciplinární spolupráce v léčbě i prevenci.

Věříme, že konference splní naše cíle i očekávání účastníků, přispěje ke spolupráci odborníků z různých oborů a ke zlepšení kvality života našich pacientek i jejich dětí a rodinných příslušníků.

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

---

# VÝUKOVÉ WORKSHOPY

---

## Poruchy příjmu potravy z pohledu zdravotní sestry

Eating Disorders from the Nurse's Prospective

Novotná, J., Turková A., Tomanová, J.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Souhrn:** Z pohledu zdravotní sestry budou posluchači seznámeni s problematikou poruch příjmu potravy a se systémem péče o pacienty trpící těmito poruchami.

Doba trvání: 120 minut.

Maximální počet účastníků: 50.

**Klíčová slova:** biopsychosociální následky, Jednotka specializované péče o pacienty s poruchami příjmu potravy

**Summary:** The participants will be informed about the problems of eating disorders from the point of view of nurses working at the program specialized for these disorders.

Time of duration: 120 minut.

Maximal number of participants: 50.

**Key words:** biopsychosocial effects, Unit for eating disorders

---

Cílem workshopu je seznámit zdravotní sestry s problematikou poruch příjmu potravy a rolí sestry v prevenci, léčbě i následné péči o pacienty trpící těmito poruchami. Úvodní částí workshopu bude teoretické seznámení s poruchami příjmu potravy, jako komplexním problémem zahrnujícím následující oblasti:

- klinická diagnóza a její kritéria, diagnostické rozdělení poruch příjmu potravy,
- etiopatogeneze poruch příjmu potravy,
- symptomatika,
- biopsychosociální následky poruch příjmu potravy.

Značný prostor bude věnován představení možností a průběhu léčby těchto poruch a také informacím o práci zdravotní sestry na Jednotce specializované péče o pacienty s poruchami příjmu potravy. Posluchači budou seznámeni s vývojem péče, historií Jednotky, terapeutickým programem, organizační strukturou a dalšími specifiky léčby těchto poruch. Práce zdravotní sestry klade vysoké nároky na profesionální přístup, dobrou informovanost a osobnostní kvality. Zdravotní sestra je v neustálém přímém kontaktu s pacienty a má významnou roli v terapeutickém procesu. Proto je dílčím cílem workshopu seznámit zdravot-

ní sestry s tím, jak se prakticky podílet na prevenci poruch příjmu potravy a podpoře pacientů například předáváním kontaktů na specializované pracoviště nebo poskytováním základních informací o problému.

Účastníkům bude nabídnuta praktická ukázka jedné ze specifických technik vedené zdravotní sestrou a terapeutem.



## Co může udělat učitel pro prevenci poruch příjmu potravy?

What Can Teacher do for Prevention of Eating Disorder?

Uhlíková P.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Souhrn:** Sdělení představuje sociokulturní a ekonomické zdroje poruch příjmu potravy a možný vliv vzdělání na sebehodnocení dětí a adolescentů.

**Klíčová slova:** adolescenti, děti, média

**Summary:** The paper presents social, cultural and economical background of eating disorder and possible influence of education on self-estimation of children and adolescents.

**Key words:** adolescens, children, medias

---

Poruchy příjmu potravy představují z hlediska lékařského i ekonomického jedny z nejzávažnějších psychických poruch. Velká většina těchto onemocnění vzniká v období dospívání a mezi příčinami se velmi často uvádí nízké sebehodnocení jedince.

Velmi důležitým obdobím pro tvorbu sebehodnocení je pubescence, kdy jedinec začíná více spoléhat sám na sebe, zatímco dříve si o sobě vytvářel představu na základě názorů druhých lidí. V pubertě se s rozvojem abstraktního myšlení začíná ptát sám sebe, kým vlastně je, bývá k sobě velmi kritický, představuje si rovněž, kým by se chtěl stát a často utíká k nereálným fantaziím. Pro pubescenta je velmi důležitá skupina vrstevníků, která poskytuje oporu jeho nejisté identitě - přebírá tzv. skupinovou identitu.

V následujícím období adolescence se dotváří identita jedince. Adolescent má v zásadě dvě možnosti, jak dojít k vlastnímu sebepojetí, ke své identitě: buď převezme nějaký vzorec, nebo si vytvoří identitu aktivně sám. Pro adolescenta má značný

význam jeho tělo a zevnějšek; fyzická krása a síla bývají důležitými součástmi sebepojetí [1].

V současné době jsou pro dospívající mládež významným faktorem pro formování sebevědomí také módní a kulturní vlivy, které mnohdy oslavují nadměrnou štíhlost jako lehce dosažitelný ideál. Zdrojem tohoto přesvědčení je všudypřítomná reklama, prostředek vychvalování, doporučování, nabízení, které napomáhá prodeji zboží a služeb. Spotřebitel nemůže přímo ovlivnit její množství ani jiné vlastnosti a může dojít k vnucování reklamy spotřebiteli, k jeho obtěžování, čemuž se spotřebitel obvykle nemůže bránit. V tom také tkví nebezpečí reklamy a potřeba její regulace je považována za zákonné omezení svobody projevu a práva šířit informace, k čemuž zmocňuje Listina základních práv a svobod.

V roce 2004 byly zveřejněny výsledky pravidelného výzkumu Postoje české veřejnosti k reklamě. Podle nich je reklama pro většinu obyvatel ČR běžnou součástí moderního života, současně přes 50 % z nich tvrdí, že si žádný výrobek na základě reklamy nekoupili. 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. Dokud budou inzerenti mít zájem do reklamy investovat své peníze a diváci ji nepřestanou sledovat, bude reklama existovat [2].

Vliv médií na děti a adolescenty je 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 [3]. Mládež od 10 do 18 let sleduje televizi až 120 minut denně, okolo 11 % z doby strávené před obrazovkou zaujímají reklamy [4]. Častým zdrojem sebehodnocení dětí a adolescentů je srovnání s účastnicemi společensky i ekonomicky oceňovaných soutěží „miss“, kterých se v ČR mohou účastnit dívky od 8 let. Finále několika z českých soutěží krásy jsou natolik zajímavá, že jim televizní stanice věnují hlavní vysílací čas.

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.

Pro tvorbu přiměřeného sebevědomí dítěte může mít významnou úlohu jeho schopnost kriticky přijímat informace z médií. Dítě by se mělo naučit hodnotit, srovnávat, vybírat, co je podstatné. Jeho hodnotový systém by měl být vybudovaný na zásadách, které jsou pro život bezpečné, nikoli normální – co je normální se v oblasti výživy velmi obtížně definuje. K posilování sebevědomí může pomoci i respektování názorů dítěte, schopnost dovolit dítěti nést odpovědnost za svá rozhodnutí, ale i schopnost dítě bez výhrad pochválit. V tom

všem mohou být učitelé nezastupitelní, stejně jako při formování vztahů mezi vrstevníky.

#### Literatura

1. **Vágenerová, M.:** Vývojová psychologie. Praha, Portál, 2000, 522 s.
2. **Kozák, D.:** Reklama v Čechách v roce 2003 (e-komerce.cz).
3. **Šmahel, D.:** Co dělají čeští dospívající na internetu. Psychologie dnes, 10, 2004, 7–8, s. 32-34.
4. **Duspiva, Z.:** Vliv elektronických médií na děti a mládež ČR v roce 2003 (www.blisty.cz).



## Příjem pacientů na Jednotku pro léčbu poruch příjmu potravy

### Admission of Patients on Centre for Eating Disorders

#### Dlouhá I.

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

**Souhrn:** Autorka workshopu pro sociální pracovníky seznamuje ve svém sdělení se systémem přijímání pacientů na specializovanou Jednotku pro léčbu poruch příjmu potravy. Práce vychází z dat o počtu pacientů, kteří byli doporučeni k přijetí.

**Klíčová slova:** Centrum pro poruchy příjmu potravy, pořadník a přijetí

**Summary:** The author, social worker at the Specialized Unit prepared for the participants the comprehensive information about the admission to the in-patient and out-patient services.

**Key words:** Centre for Eating Disorders, waiting list and admissions

V letech 1983–2006 bylo na JSPPPP hospitalizováno stále více pacientek s diagnózou mentální anorexie a mentální bulimie. Diagnózy se často u chronických průběhů překrývají, jedna forma poruchy přechází v druhou. Naše statistiky potvrzují fakt, že poruchy příjmu potravy jsou typickým onemocněním dívek a žen, i když počet mužů v poslední době vzrostl.

Pokud má klient zájem o hospitalizaci na JSPPPP, je třeba, aby získal doporučení od obvodního či specializovaného lékaře. Ten zašle doporučení na oddělení kliniky a sociální pracovníce zařadí klienta do pořadníku. Čekací doba v pořadníku se pohybuje kolem 2-3 měsíců. Zkušenost ukazuje, že striktní a spravedlivé dodržení pořadníku je samo o sobě motivující, spolupráce hodnotnější, klient si pak více váží možnosti nastoupit na hospitalizaci.

Klienti s poruchou příjmu potravy vykazují velkou ambivalenci ve snaze a odhodlání se léčit.

Není výjimkou, že dojednanou hospitalizaci na poslední chvíli odmítnou. Důvody, které je k tomu vedou, často doplňují celkový obraz této nemoci.

Když dojde na klienta v pořadníku řada, sociální pracovnice zašle klientovi oznámení o možnosti nástupu na hospitalizaci, zjišťuje, zda jeho zájem o hospitalizaci stále trvá. Vzhledem k nutnosti motivace, která je pro úspěšnou hospitalizaci potřebná, je vždy lepší, pokud si vše vyřizuje sám klient a není kontakt zprostředkován přes další osoby.

V poslední době se množí telefonické dotazy na ambulantní péči pro pacienty s PPP, případně jsou tito přímo praktickými lékaři či různými pracovišti nemocnic, a to i mimopražských, odesílání k ambulantnímu vyšetření na naši kliniku, většinou bez předchozího objednání. Upozorňujeme, že naše ambulance je z kapacitních důvodů velmi omezená, a proto doporučujeme, aby byli pacienti odesílání dle závažnosti stavu na psychiatrická či interní pracoviště podle spádu. Přehled specializovaných ambulantních pracovišť, zabývajících se problematikou PPP, najdete mimo jiné i na internetových stránkách [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz).



## Specifičnost přístupu ve fyzioterapii u pacientů s PPP

### Specific Approach in Physiotherapy of Eating Disordered Patients

**Jarolímková B.**

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

**Souhrn:** Fyzioterapie představuje nedílnou součást léčebného procesu u pacientů s poruchou příjmu potravy v rámci léčby na psychiatrické klinice VFN. V rámci celodenního programu rozlišujeme formu individuální a skupinovou.

*Klíčová slova:* fyzioterapie, poruchy příjmu potravy

**Summary:** Physiotherapy represents an integral therapeutic part of treatment programme at Eating Disorder Unit at our Psychiatric Department. In the day programme we distinguish individual and group therapy. *Key words:* physiotherapy, eating disorders

Individuální fyzioterapie je indikována ošetřujícím nebo rehabilitačním lékařem. Je určena pacientům s nižším BMI než 15. Specifičnost přístupu k těmto pacientům vychází ze základní diagnózy. V terapii je ovlivňován vztah k tělu, ke kterému je projevován negativní postoj, jenž může být ve smyslu nadměrné pozornosti, či naopak přehlížení. Proto je pro pacienty nezbytné, naučit se tělo přiměřeně vnímat a reagovat na jeho potřeby.

V individuální terapii využíváme techniky speciální dechové gymnastiky, vodoléčebné procedury s následným suchých zábalem a relaxací, speciální masážní techniky a dle potřeby metody na neurofyziologickém podkladu. Terapie přispívá k navození tělesného a duševního uvolnění. Při masážních technikách se pacient učí vnímat kontakt rukou terapeuta, pocit tepla a uvolňování tělesného napětí. K příznivým výsledkům zvolené terapie přispívá spolupráce pacienta a jeho motivovanost. Ze strany terapeuta je potřebná empatie, schopnost správné edukace pacienta a získání důvěry. Pro terapii je nutné zajistit vhodné prostory, kde se pacient bude cítit příjemně a bezpečně.

Skupinová fyzioterapie probíhá dle stanoveného harmonogramu a je důležité dodržet jeho pravidelnost. Právě tato forma vyžaduje pozitivní přístup k terapii, spolupráci spojenou s dochvilností a připraveností na jednotlivé terapeutické skupiny. V léčebném plánu se jedná o relaxační techniky a kineziterapii. Při skupinové terapii se pacienti učí vnímat vlastní tělo v určité poloze a při pohybu, správně využívat svou energii a spolupracovat s ostatními.

Z relaxačních technik využíváme autogenní trénink a Jacobsonovu progresivní relaxaci. Autogenní trénink je nepostradatelný při nácviku odstraňování stresu, tím je nápomocen k předcházení duševního a tělesného vyčerpání. U progresivní relaxace se k nácviku využívá rozdíl mezi napětím a relaxací speciálně vedeným cvičením.

Skupinová kineziterapie je cíleně zaměřena na uvolňování svalového napětí vhodným protahovacím cvičením. Velký potenciál při léčbě poruch příjmu potravy má speciální dechová gymnastika a navazující vertebroterapie. Cvičení na správné držení těla a instruktáž o vhodném pohybovém režimu působí proti vzniku svalových dysbalancí. Z metodik využíváme senzomotorickou stimulaci a spinální cvičení. Doplnující, ale nepostradatelnou roli hraje cvičení s rehabilitačními pomůckami (bodybally, overbally aj.) a cílená instruktáž. Dále zařazujeme jógu, prvky taneční terapie a cvičení ve dvojicích. Zvolená terapie mnohdy závisí na počtu pacientů ve skupině.

Tak trochu nespécifickou, ale důležitou terapií v rámci ucelené rehabilitace jsou kondičně-resocializační vycházky. Při této terapii se pacienti s poruchou příjmu potravy učí hospodařit s časovým intervalem a pohybovou energií, vést dialog o jiném tématu než je jídlo a vnímat přírodní a kulturní památky okolí. Pro některé pacienty představuje vycházka i první kontakt s „okolním světem“ po delší době.

V závěru terapie se snažíme dát prostor zhodnocení, dotazům a postřehům ze skupiny. Průběh terapie je zapisován do lékařské dokumentace, některé momenty jsou probrány na poradě týmu.

---

# PŘEDNÁŠKY

---

## Asistovaná reprodukce v ČR a její význam v populaci

Assisted Reproduction in the Czech Republic and Its Importance in the Population

Rumpík D., Pilka L., Rumpíková T.

1. klinika reprodukční medicíny a gynekologie, Zlín

**Souhrn:** Naše práce shrnuje současný stav asistované reprodukce v České republice. Na úvod shrnujeme demografická data, která dokumentují význam asistované reprodukce pro další vývoj naší populace.

**Klíčová slova:** asistovaná reprodukce, demografická data

**Summary:** Our presentation summarizes the current situation of assisted reproduction in the Czech republic, we present at the beginning demographic data, underlying the importance of the assisted reproduction for the future development of our population.

**Key words:** assisted reproduction, demographic data

---

První dítě počaté pomocí technik mimotělního oplodnění se narodilo v Anglii v roce 1978. V bývalém Československu se první porod dítěte počatého technikami asistované reprodukce uskutečnil v roce 1982 na brněnské gynekologicko porodnické klinice (Pilka, Trávník, Dvořák, Tesařík). Od tohoto roku začíná bouřlivý rozvoj těchto technik.

V naší práci popisujeme vývoj porodnosti a úmrtnosti v ČR od roku 1920. V tomto roce se narodilo téměř 250 tisíc dětí a počet zemřelých byl téměř 180 tisíc. Tato čísla se postupně přibližovala. V roce 1994 se narodilo cca 90 tisíc dětí, což bylo méně než počet zemřelých – cca 110 tisíc.

Dále se zabýváme vývojem úhrnné plodnosti a její struktury podle věku matky. Od roku 1991 pozorujeme výrazný posun průměrného věku prvorodiček. V roce 1991 byl průměrný věk prvorodičky 21 let, v roce 2002 již 27 let. Trendem se stává odklad narození prvního dítěte. Dle demografických studií je možno očekávat další posun věku prvorodiček. Od roku 2020 se očekává výrazný nárůst skupiny prvorodiček starších 35 let.

Možnosti léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce jsou nyní široké. Popisujeme techniky indukce ovulace a časovanou koncepci, intrauterinní inseminace, in vitro fertilizaci, intracytoplazmatickou injekci spermií, mikrochirurgické techniky získání spermií z nadvarlete a varlete u mužů s vážnou poruchou spermatogeneze.

V současné době působí v ČR 24 center asistova-

né reprodukce. Celkový počet cyklů umělého oplodnění je kolem 9000 ročně. Celkový počet narozených dětí po technikách asistované reprodukce je 2-3 % ze všech narozených.

Od 1. ledna 2007 v souladu se zákonnou úpravou (zák. 20/1966 Sb. § 67 b) vstoupil v platnost Národní registr asistované reprodukce (NRAR), který sbírá data o umělém oplodnění. Předávání dat do NRAR je ze zákona pro všechna centra asistované reprodukce povinné.

**Závěr:** Od narození prvního dítěte počatého mimo tělo matky nastává výrazný rozvoj celého oboru reprodukční medicíny. Pracoviště v České republice drží od počátku krok se špičkovými centry na celém světě. Dle demografických průzkumů lze očekávat další nárůst takto počatých dětí. V současné době neotěhotní bez pomoci lékaře 15-20 % všech párů, které se snaží o koncepci.

\* \* \*

## „Eating Inventory“, socioekonomický stav, akumulace a distribuce tělesného tuku a zdravotní rizika

„Eating inventory“, Socioeconomic Status, Accumulation and Distribution of Body Fat and Health Risks

Hainer V.

Endokrinologický ústav, Praha

**Souhrn :** Psychologické charakteristiky jídelního chování ovlivňují akumulaci tukové tkáně. Skóre disinhibice určené dotazníkem Eating Inventory (EI) je významným způsobem asociováno s vyšší indexu tělesné hmotnosti (BMI) a obvodu pasu, koncentrací adiponektinu v plazmě a s výskytem hypertenze, kardiovaskulárních chorob a hyper/dyslipidémie. Jak u mužů tak u žen skóre dietní restrikce pozitivně koreluje s úrovní vzdělání. Významná negativní korelace mezi stupněm vzdělání a disinhibicí byla však prokázána pouze u mužů. Hmotnostní pokles při redukčním režimu vykazuje signifikantní vztah k vzestupu skóre restrikce a poklesu skóre disinhibice EI.

**Klíčová slova:** Eating Inventory, distribuce tuku, zdravotní rizika

**Summary:** Psychological characteristics of eating behaviour affect an accumulation of body fat. Disinhibition score of the Eating Inventory (EI) is significantly associated with body mass index (BMI), waist circumference, plasma adiponectin level and with hypertension, car-

diovascular diseases and hyper/dyslipidaemia. In both men and women, a dietary restraint positively correlates with educational level. However, only in men a significant negative correlation was revealed between the educational level and dietary disinhibition. Weight loss in response to the weight management is significantly related to an increase of restraint score and to a decrease of disinhibition score of the EI.

*Key words:* Eating Inventory, distribution of the fat, health risks

Psychologické charakteristiky se významně podílejí na regulaci tělesné hmotnosti. Regulace tělesné hmotnosti je složitě multifaktoriálně podmíněna, a to jak genetickými faktory, tak sociokulturními vlivy zevního prostředí a svobodnou vůlí jedince. K posouzení psychologických charakteristik jídelního chování se používá dotazník jídelních zvyklostí podle Stunkarda a Mesicka – Three Factor Eating Questionnaire, někdy též označovaný jako Eating Inventory (EI). EI hodnotí pomocí tří faktorů charakteristiky jídelního chování. Jednotlivé faktory postihují: 1. restrikcí – míru aktivní kontroly nad příjmem potravy, úmyslného sebeovládání, vědomého omezování příjmu potravy; 2. disinhibicí – míru překračování subjektivních limitů pro příjem potravy, narušení schopnosti plně si uvědomovat a udržovat kontrolu nad příjmem potravy, ztrácení zábran při jídle např. v odpověď na stres, úzkost a depresi či neadekvátní konzumaci alkoholu; 3. hlad – míru vnímavosti k pocitům fyziologického hladu a náchylnosti ke hladu.

V naší studii jsme porovnávali psychologické charakteristiky jídelního chování hodnocené trojsložkovým dotazníkem jídelních zvyklostí Eating Inventory (EI) s antropometrickými, zdravotními a sociálními charakteristikami v kvótním vzorku české populace, který zahrnoval 1429 mužů a 1624 žen. Vzorek populace byl kvótní s ohledem na pohlaví, věk, velikost místa bydliště, region, vzdělání a socioekonomický stav. Konzultanti získávali antropometrická data, socioekonomické informace a informace o životním stylu respondentů. Respondenti sami vyplnili dotazník EI. Zdravotní stav respondentů byl hodnocen podle údajů ošetřujících lékařů. Výsledky ukázaly, že ženy mají vyšší skóre restrikcí, ale nižší skóre disinhibice a hladu než muži. Ve zpětné regresní krokové analýze se uplatnily v predikci BMI i obvodu pasu jak skóre dietní restrikcí, tak skóre dietní disinhibice. Index tělesné hmotnosti (BMI) a obvod pasu negativně korelovaly s restrikcí a pozitivně s disinhibicí. Hlad a disinhibice prokazovaly vždy silnou vzájemnou provázanost. Restrikcí byla u obou pohlaví v negativním vztahu s hladem a u mužů i s disinhibicí. U obou pohlaví stupeň vzdělání pozitivně koreloval s dietní restrikcí a negativně se skórem hladu. Významná negativní korelace mezi stupněm vzdělání a disinhibicí byla prokázána pouze

u mužů. Jedinci s vysokým skóre disinhibice (horní kvartil) vykazovali ve srovnání s jedinci s nízkým skóre disinhibice (dolní kvartil) vyšší výskyt hypertenze, kardiovaskulárních chorob a hyperdyslipidémie, a to u obou pohlaví. Tyto rozdíly byly nejvíce vyjádřené u osob středního věku.

Z hlediska vztahu skóre disinhibice k abdominální obezitě a metabolickému syndromu je zajímavé další naše zjištění, které prokázalo negativní korelaci mezi vyšší skóre disinhibice a koncentrací adiponektinu. Adiponektin je hormon tukové tkáně, který zvyšuje oxidaci tuků a potlačuje inzulinorezistenci a rozvoj metabolického syndromu.

Naše další studie, která sledovala změnu jídelního chování během léčby obezity antiobezitikem sibutraminem, ukázala souvislost poklesu hmotnosti se vzestupem skóre restrikcí a poklesem skóre disinhibice. Snížení skóre disinhibice bylo z řady sledovaných nutričních a psychologických ukazatelů jediným korelátem výše hmotnostního poklesu při dvanáctiměsíční léčbě sibutraminem. Snížení skóre disinhibice napomáhá udržení hmotnostního poklesu, příznivě ovlivňuje hromadění abdominálního tuku a s tím spojená zdravotní rizika.



## Ženská sexuální atraktivita z pohledu sociobiologie

### Sexual Attractiveness of Women in Sociobiology

**Weiss P.**

*Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha*

**Souhrn:** Autor podává vývoj názoru na ženskou sexuální atraktivitu z pohledu sociobiologie.

*Klíčová slova:* ženská sexualita, sociobiologie

**Summary:** The autor offers the comprehensive survey of sociobiology of sexual attractiveness in women.

*Key words:* sexuality of women, sociobiology

Sociobiologie je definována jako aplikace evoluční biologie na sociální chování živočichů, včetně člověka. V oblasti sexuálního chování jako první použil sociobiologický přístup Symons ve svém průkopnickém „Evoluce lidské sexuality“. Evoluční přístup všeobecně vychází z předpokladu, že existující životní formy jsou výsledkem postupných změn v genetické výbavě živočichů. Tyto změny jsou výsledkem přirozeného výběru, tedy přežití těch genů, které jsou dobře adaptované ve svém prostředí. V oblasti sexuálního chování se pak tento proces řídí tzv. sexuálním výběrem, kte-



rý je založen na tom, že: a) příslušníci jednoho pohlaví (obvykle muži) soutěží mezi sebou o (reprodukční) přístup k příslušníkům opačného pohlaví, a b) na preferenčním výběru příslušníků jednoho pohlaví (obvykle žen) určitých příslušníků pohlaví opačného. Muži obvykle soutěží o reprodukční přístup k ženám nebo o zdroje (energie, potrava atd.) pro ženy důležité, jsou iniciativní při sblíživání (dvoření), účastní se rizikových aktivit kvůli tomu, aby ženy zaujali, aby na ně zapůsobili. Jak tvrdí Symons, sex je vnímán ve všech lidských kulturách jako něco „co ženy mají a muži chtějí“.

V pozadí rozdílů v sexuálním chování mužů a žen je obrovský rozdíl v jejich rodičovských investicích. Podle evoluční biologie je totiž rodičovská investice zdroj, který jedno pohlaví vlastní a po kterém druhé pohlaví touží (přičemž to samozřejmě neznamená, že jedinec si musí být vědom reprodukčních následků svých emocí či aktivit). U živočišných druhů, u kterých je relativně malý rozdíl v rodičovské investici (například u některých ptačích druhů), jsou rozdíly v sexuálním chování samců a samic podstatně menší než u druhů s výraznou asymetrií investic obou pohlaví.

Principiálně přitom platí Symonsův poznatek, že jelikož lidskou evoluční historii charakterizuje větší soutěživost mužů o přístup k ženám než naopak, není překvapující, že muži vykazují podstatně větší touhu po rozmanitosti sexuálních partnerů a aktivit než ženy (jsou například náchylnější na partnery – jsou méně „vybíraví“). Plyne z toho, že ženy (podobně jako samičky subhumánních živočichů) mají podstatně menší problémy najít si partnera, zvláště pokud nejsou příliš vybíravé. Potvrzuje to i klasický výzkum Clarka a Hatfielda, v němž najatí dobrovolníci, muži i ženy, oslovovali v univerzitním kampusu příslušníky opačného pohlaví a po navázání kontaktu jim dávali tři různé otázky: zda by s nimi šli večer na schůzku, zda by večer k nim přišli do bytu a zda by s nimi večer šli do postele. Zatímco polovina oslovených mužů i žen odpověděla na první otázku kladně, 75 % mužských respondentů, ale žádná oslovená žena, akceptovalo i nabídku sexu.

Některé faktory se však z hlediska evolučně-biologického jeví pro mužský výběr jako určující, a to především ty, které zaměřují mužskou sexuální preferenci směrem ke znakům reprodukční kapacity objektu (tedy na jeho pohlaví, mládí, tvar těla). Ženy s průměrnými obličejovými charakteristikami jsou pro muže atraktivnější snad proto, že tyto signalizují nepřítomnost genetických anomálií.

Primární roli v tomto procesu (hodnocení potenciální partnerky) má přitom u lidí (ale i u ostatních primátů - viz například změna zbarvení zadku orangutaních či šimpanzích samic v estru) zrak. Se vzpřímeným postojem a s možností sexuálního styku tváří v tvář navíc u lidí získaly fron-

tální tělesné atributy ještě větší význam než u jiných živočichů. Jak upozorňuje Singer, mnozí muži jsou přitahováni ženským pubickým ochlupením a nadry, mnohé ženy velikostí mužova penisu - ženy mají dle tohoto autora jistě ne náhodou v živočišné říši největší prsa a muži největší penis v poměru k velikosti těla.

Tím prvním, a pravděpodobně nejdůležitějším vizuálním ukazatelem je věk partnerky. Muži (na rozdíl od žen, ale i od samců subhumánních živočichů) projevují obecně preferenci mladších partnerek před partnerkami sice staršími, ale ověřenými a ještě plodnými. Důvodem této preference by mohla být sexuální strategie (vědomá či nevědomá), která vede muže k tomu, aby se pokoušeli zajistit si exkluzivní sexuální přístup k ženě po celou dobu jejího fertillního věku. Muž touží být otcem všech jejích dětí, nechce investovat do dětí jiných mužů (proto je v některých kulturách tak vysoce ceněno panenství, které uvedenou exkluzivitu zaručuje).

Zdá se, že právě tento mechanismus je i v pozadí překvapivých výsledků výzkumu, podle nichž jako ideální, nejatraktivnější ženský obličej, vytvořili na základě identikitů mužští probandi typický obličej 11leté dívky (s vyšším čelem, menší bradou a plnějšími rty). Tento předpoklad potvrzuje i výzkum, v němž vysokoškoláci posuzovali atraktivitu žen a mužů různého věku. Zatímco studenti hodnotili pubescentní dívky stejně sexuálně přitažlivé jako své vrstevnice, studentky pubescentní chlapce vůbec nepovažovaly za sexuálně atraktivní.

Muži, bez ohledu na stáří, preferují ženy ve věku mezi necelými dvaceti a necelými třiceti lety, tedy „late teens“ až „late twenties“, s vrcholem preferencí žen ve věku mezi 18 až 22 lety. Věk je totiž nezávisle na kultuře prvním ukazatelem fertility. Po tomto věku ženská atraktivita pozvolna klesá a tento pokles dramaticky akceleruje kolem padesátky, průměrného věku menopauzy. Tato zjištění potvrzují vlastní výpovědi mužů, ratingové posuzování atraktivity, skrytá pozorování chování probandů i falometrické výzkumy.

Uvedená věková preference dle Symonse reprezentuje kompromis mezi maximálním ženským reprodukčním potenciálem (relevantním pro muže z hlediska dlouhodobého partnerského vztahu) a maximální fertilitou (relevantní z hlediska jednorázového sexuálního styku).

Nepedofilní heterosexuální muži dále preferují ženské objekty s průměrnou hmotností a s typickým ženským poměrem mezi pasem a boky, který zajišťuje optimální fertilitu. Tento, pravděpodobně po věku hned druhý nejdůležitější výběrový faktor, tedy tzv. WHR (waist-hip ratio), je kromě ukazatele plodnosti ženy i důkazem toho, že není těhotná (právě během těhotenství se poměr pasu a boků dramaticky mění). U prepubertálních dívek, u nichž se ještě boky nezaoblily, je tento poměr

větší (přibližně 0,85), u dívek postpubertálních a u mladých žen se snižuje (asi na 0,75) a poté se znovu zvyšuje u žen starších, u nichž se pas zvětšuje (0,85 a více). Obecně přitom platí, že čím je WHR vyšší, tím nižší je atraktivita a současně i plodnost ženy (ženy s úzkými boky a ženy obézní jsou méně plodné). Podle mnoha zjištění preference mužů pro ženy s nízkým WHR je konstantní (právě k jeho snížení sloužily například i korzety užívané v 19. století), i když preference žen dle ukazatelů výšky, hmotnosti a velikosti ňader se historicky a transkulturně liší. Marilyn Monroe, Twiggy i současné supermodelky měly či mají WHR přibližně 0,66 až 0,7, a to přesto, že jiné kulturně podmíněné standardy ženské krásy se mění.

Do jisté míry je dalším ukazatelem ženské atraktivity i velikost ňader. Většina současných mužů našeho kulturního okruhu preferuje poněkud nadměrné velikosti ňader, nicméně tato preference není historicky a ani transkulturně stálá. Spíše než velikost je pro atraktivitu popsána rozhodující tonus ňader, který - na rozdíl od jejich velikosti - souvisí s věkem ženy a s její plodností.

Podobně jako obezita (zvyšující WHR) mají negativní vliv na atraktivitu (ale i na plodnost) žen zjevná podvýživa a choroby. Tak jako u jiných živočichů i u člověka jsou viditelné vnější tělesné znaky (například zkažené zuby, mastné a spleené vlasy, sinálá kůže) spolehlivým indikátorem zdravotního stavu, a tím pádem i klíčem k posuzování atraktivity. Indikátorem zdravotního stavu však může být i tělesný pach - i když většinou neuvědoměle a méně než u subhumánních živočichů hraje čich v lidské sexualitě stále ještě velkou roli. Postpubertální ženy produkují vaginální sekreci (ale i v podpažních žlázách a ve žlázách kolem dvorců bradavek) mnohé látky (odoranty), kterých množství variuje během menstruačního cyklu, a které jsou - podobně jako u jiných primátů - schopné vzbudit sexuální zájem mužů.

Menstruačním cyklem se však řídí i jiné sexuální signalizace žen. Mnohé výzkumy prokazují, že uprostřed cyklu, tedy v období kolem ovulace (maximální fertility) - přičemž většinou si samy ani nejsou vědomy toho, kdy u nich k ovulaci dochází - odhalují ženy nejvíce plochy kůže těla, nejvíce se malují, nosí nejprovokativnější oblečení, nejvíce šperků, nejčastěji navštěvují bary a restaurace, jsou sexuálně vzrušivější, mají více erotických fantazií, více masturbují, ale jsou i nejvíce nevěrné. U žen, které žijí v trvalém partnerství, nebo u těch, u nichž je přirozený hormonální cyklus potlačen užíváním hormonální antikoncepce, se tyto výkyvy v chování projevují podstatně méně.

Všechny zmíněné znaky zaměřující mužskou sexuální preferenci směrem ke znakům reprodukční kapacity objektu (tedy na jeho pohlaví, mládí, tvar těla a absenci genetických anomálií) jsou přitom výsledkem vývojové adaptace. Nor-

mální sexuální preference mužů jsou tedy určeny především těmi charakteristikami objektu, které jsou relevantní z hlediska reprodukce.



## Trendy v incidenci a prevalenci poruch příjmu potravy v České republice

Trends in the Incidence and Prevalence of Eating Disorders in the Czech Republic

**Pavlová B., Uher R.<sup>1</sup>, Dragomirecká E., Papežová H.**

*Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
Institute of Psychiatry, King's College, London<sup>1</sup>*

**Souhrn:** Sociokulturní změny mohou mít významný vliv na incidenci a prevalenci poruch příjmu potravy (PPP). V tomto příspěvku prezentujeme analýzu registru hospitalizací za léta 1986-2004 a zkoumáme vliv sociokulturních změn, kterými Česká republika prošla od počátku devadesátých let dvacátého století. Pokusíme se odpovědět na otázky: Ovlivnil přerod po roce 1989 výskyt poruch příjmu potravy? Pokud ano, koho ovlivnil nejvíce? A proč? Data z registru ukazují příkrý vzestup hospitalizací pro poruchy příjmu potravy v devadesátých letech. V podrobnějších analýzách zmapujeme a statisticky testujeme trendy v počtu prvních a opakovaných hospitalizací pro mentální anorexii, bulimii a ostatní poruchy příjmu potravy v různých věkových skupinách mužů a žen. Prezentujeme hypotetická vysvětlení změn v incidenci a prevalenci poruch příjmu potravy během sociokulturních změn. Zvláště se zaměříme na zážitky související s opouštěním rodiny, cestami do zahraničí za prací a studiem.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, epidemiologie, prevalence, incidence, časové trendy, migrace

**Summary:** Sociocultural changes may affect the incidence and prevalence of eating disorders. We present a time trend analysis of the Czech Republic admissions register for the years 1986-2004. We explore the impact of the profound sociocultural changes that occurred in the Czech Republic in the early 1990s on the incidence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders in specific age and gender groups. We present possible explanations for the observed increase in admissions for eating disorders. We specifically address the effect of separation from the family of origin and of sojourns abroad for reasons of work or study.

**Key words:** eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, epidemiology, prevalence, incidence, time trends, migration

## The Eating Disorder Patient as a Parent

Pacientka s poruchou příjmu potravy jako rodič

Norré J.

*Leuven Institute for Fertility and Embryology, Louvain, Belgium*

**Summary:** The author describes the influence of eating disorders on women fertility, pregnancy, post partum period. He stresses the role of education, marital relationship and the influence on mother-child relation.

**Keywords:** eating disorders, fertility, pregnancy, post partum, education, marital relationship

**Souhrn:** Autor se zabývá vlivem poruchy příjmu potravy na fertilitu, těhotenství, poporodní období. Popisuje roli edukace a manželských vztahů a především ovlivnění vztahu matky s dítětem.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, fertilita, těhotenství, poporodní období, edukace, manželské vztahy

---

The eating disorders – anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) – are common in young women in developed countries. The onset is typically in adolescence or young adulthood. This happens in a critical phase of women's reproductive life.

These disorders are therapeutically resistant and many have a chronic course. This leads to several psychiatric and medical comorbidities. One of these medical complications is the hormonal disturbance and menstrual abnormalities; amenorrhea is until today a criterion for AN in DSM-IV. This medical complication leads to a reduced fertility capacity, especially in these women who are severely underweight and have disruptive eating behaviours. Psychological problems also contribute to reproductive problems.

Despite all these problems, some of these women and their partner have an active child wish. They visit a fertility clinic. They expect assisted reproductive techniques to fulfil their child wish. The interaction during treatment between a woman with an eating disorder and the fertility specialist is at least 'strange'. Women with an eating disorder hide their psychopathology, while gynaecologists are not informed at all about the characteristics of an eating disorder.

Nevertheless a proportion of women with an active eating disorder become pregnant.

Both realities influence each other. The pregnancy has an influence on the symptoms of the eating disorder: generally the eating symptomatology improves, but if left untreated, this behaviour never disappears completely and there is a high risk of relapse during the postpartum period. The

eating disorder also influences the pregnancy. Medically, there is a higher risk for different obstetric complications. The psychopathology of the eating disorder influences the emotional relationship between mother and unborn child. Therefore, these women and their partner need high levels of postnatal support, in view of the increased risk of postnatal depression.

After delivery an emotional relationship is build up between the eating disorder mother and her child. Once again there is mutual influence and this in by several mechanisms. The crucial theme is the influence of the psychopathology of an eating disorder on the development of the child. And last but not least, what about the man and the new father: can he play a correctional role in the education of their child.

*Jan Norré*

*Clinical Psychologist, Sexuologist, Psychotherapist  
e-mail: jan.norre@lifeleuven.be, www.lifeleuven.be*



## Eighteen-Year follow-up of Adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disorders, Overall Functioning Scales, Prognostic Factors, Pregnancies, and Children

### A Prospective, Controlled, Partly Population-based Study

Osmnáctileté sledování mentální anorexie vzniklé v adolescenci: psychiatrické poruchy, škály pro hodnocení celkových funkcí, prognostické faktory, těhotenství, děti

**Wentz E.<sup>1,2</sup>, Gillberg Ch.<sup>1,3</sup>, Gillberg C.<sup>1</sup>, Anckarsäter H.<sup>4</sup>, Råstam M.<sup>1</sup>**

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Göteborg University, Göteborg, Sweden<sup>1</sup>  
The Swedish National Healthcare and Sciences, Sweden<sup>2</sup>*

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Strathclyde University, Yorkhill Hospital, Glasgow, UK<sup>3</sup>*

*Institute of Clinical Sciences, Malmö, Lund University, Sweden<sup>4</sup>*

**Summary:** Very long-term outcome studies of anorexia nervosa (AN) are rare. There are only three studies with a follow-up period of 20 years or more. In these studies rates of mortality and AN chronicity are high. Research on predictive factors in AN has indicated, among other things, that AN duration, age at AN onset, binge-eating/purging, psychological problems, social problems, and poor social relating before AN onset to be predictors of AN outcome. Women with current or previous AN

have been reported to have problems with fertility, pregnancies, and delivery. Failure to thrive has been observed among children of mothers with a history of AN.

*Key words:* fertility, pregnancies, delivery

**Souhrn:** Dlouhodobé studie průběhu mentální anorexie jsou vzácné. Existují pouze tři studie s dobou sledování 20 let a více. V těchto studiích je procento mortality a chronicity u mentální anorexie vysoké. Výzkum predikujících faktorů mentální anorexie ukazuje, že mezi ostatními faktory, trvání choroby, věk při začátku onemocnění, přejídání/zvracení, psychologické a sociální problémy a špatné sociální vztahy před vznikem choroby, predikují vyústění onemocnění. Ženy se současnou mentální anorexií nebo anorexií v anamnéze také podle literatury mají problémy s fertilitou, těhotenstvím i porodem. Děti matek a anamnézou této choroby podle literatury často zdravotně neprospívají. Autoři představují vlastní dlouhodobou prospektivní studii, v níž se zabývají i průběhem těhotenství a vývojem dětí.

*Klíčová slova:* fertilita, těhotenství, porod

## Objective

1. To study prospectively the long-term outcome (psychiatric disorders and overall outcome), and prognostic factors in a representative sample of teenage-onset AN, and 2. to study the course of pregnancies and child development in this sample.

## Method

Fifty-one AN cases, recruited by community screening, with a mean age of AN onset of 14 years, were contrasted with 51 matched comparison cases (COMP) at a mean age of 32 years (18 years after AN onset). In this prospective study all 102 cases had been examined at ages 16, 21 and 24 years. At 32 years all probands were interviewed (except one case where the mother was interviewed) regarding psychiatric disorders (SCID-I) and overall outcome (Morgan-Russell assessment schedule, the GAF). Six individuals from the AN and three individuals from the COMP group were interviewed over the phone; all the others underwent a personal interview. Further, all 102 cases were interviewed regarding possible pregnancies, delivery complications, and psychomotor development of the children.

## Results

There were no deaths at 18-year follow-up. Twelve percent (n=6) had a persisting eating disorder (ED), including three (6%) who still had AN. However, only half the AN group reported being free from disturbed behaviours and attitudes in respect of food and shape. Mean duration of AN was 3,4 years, and for any kind of ED (including the AN period) 7,5 years. Thirty-nine percent of the AN group met criteria for at least one psychiatric disorder at follow-up. The most common psychiatric disorder was obsessive compulsive disorder

(OCD). Affective disorders and anxiety disorders occurred in 22 % and 27 % of the AN cases respectively. General outcome according to Morgan-Russell was poor in 12 %, intermediate in 10 % and good in 78 %. Not more than half the AN group reported normal social activities outside family. One in four did not have a paid employment due to psychiatric problems. The average GAF-score of the AN group was 65, which was in accordance with follow-up at age 24 years. Forty-one percent had a poor psychosocial functioning according to the GAF. Autistic traits before AN onset and at age 21 years, a lifetime diagnosis of OCD, and a low minimal BMI were predictors of poor outcome. Twenty-nine of the AN and 33 of the COMP cases had children. None of the individuals belonging to the AN group who had become mothers (or fathers) had a persisting ED at 18-year follow-up. The average number of children among those who had become parents was 2.03 and 1.67 in the AN and COMP group respectively. The mean age for becoming a parent for the first time was significantly lower in the AN group. Five AN and no COMP females reported depression after pregnancy. However, in some cases concurrent severe life events caused the depression. Complications during pregnancy, delivery and neonatal period did not differ across groups. Feeding difficulties were not overrepresented among the children in the AN group. However, it was more common among parents in the AN group to worry about their child's/children's weight. In most cases they worried about the child being underweight.

## Conclusions

Eighteen-year outcome of teenage-onset AN is favourable in the majority of cases; most individuals have recovered from their ED even if a relaxed attitude towards food and body shape is not as common. Psychiatric disorders were common at follow-up and 25% had no paid employment because of their ED or another axis I disorder. No one, who had become a parent in the AN group, had a persisting ED at 18-year follow-up. Adults recovered from teenage onset AN do not differ from their matched controls in respect of fertility, pregnancies, deliveries and neonatal problems of their children.

## One Plus One is More than Two Working with Families where More than One Person has an Eating Disorder

Jedna a jedna je víc než dvě  
Práce s rodinami s více členy trpícími  
poruchou příjmu potravy

**Eisler I.**

*Section of Family Therapy, Institute of Psychiatry,  
Kings College. London*

**Summary:** It is not uncommon in clinical practice to be confronted with a situation where more than one member of the family has an eating disorder. This raises a number of issues both about the way the disorder(s) are understood by the clinician as well as the family and the impact this has on clinical management. This presentation will briefly review some of the empirical background of "familial transmission" particularly in relationship to mothers suffering from anorexia nervosa and using clinical case material discuss the specific issues that arise in treatment and how these can be addressed in work with individual families and in multifamily groups.

*Key words:* familial transmission, individual families, multifamily groups.

**Souhrn:** Není v klinické praxi ojedinělé, že se setkáme se situací, kde více než jeden člen rodiny trpí poruchou příjmu potravy. To vyvolává mnoho otázek ohledně chápání onemocnění ze strany kliniky a ze strany rodinných příslušníků, což má dopad na klinickou práci. Tato prezentace krátce podá přehled empirického pozadí „přenosu v rodině“, zvláště ve vztahu k matkám trpících anorexia nervosa. Použije klinický materiál z kazuistik k diskusi o specifických otázkách, které v takových případech vyvstanou a jak s nimi pracovat v individuálních a vícečetných rodinných skupinách.

*Klíčová slova:* přenos v rodině, rodinná terapie

*Ivan Eisler  
Reader in Family Psychology and Family Therapy  
PO73, Section of Family Therapy  
Institute of Psychiatry, Kings College, London*



## What is Psycholinguistic Motivation Model?

Co je psycholinguistický motivační model?

**Oberlin K.**

*The Marino Therapy Centre, Dublin, Irsko*

**Summary:** The Marino Therapy Centre is an out patient private practice dedicated to the treatment of

Eating Distress and the spread of Awareness and Prevention. On average two hundred clients cross the centre's threshold per week seeking treatment in Dublin, Ireland. Located on the north-side of the country's capitol, the Marino Therapy Centre provides individual, group, family, nutritional counselling and psychotherapy to sufferers and their carers from all over Ireland and parts of the UK. The fully trained, professional staff at Marino is made up of former sufferers and carers who bring their extensive knowledge and skill to the fight against Eating Distress and most importantly, are examples that full recovery is possible.

*Key words:* Marino Therapy Centre, psycholinguistic motivation model

**Souhrn:** Marino Therapy Centre je ambulantní soukromé centrum, které se zabývá léčbou poruch příjmu potravy a šíří povědomí o tomto problému a prevenci. Během týdne vyhledá centrum zhruba 200 klientů, kteří hledají terapii v Dublinu. Centrum se nachází na severu hlavního města a provádí individuální, skupinovou rodinnou psychoterapii a nutriční poradenství pro postižené a jejich rodinné příslušníky z celého Irska a části Anglie. Personál je plně vyškolen, profesionální tým je tvořen z bývalých pacientů a jejich rodinných příslušníků, kteří nejen přinášejí své znalosti a schopnosti do boje proti této chorobě, ale jsou také příkladem plného uzdravení.

*Klíčová slova:* Marino Therapy Centre, psycholinguistický motivační model

## What is Psycholinguistic Motivation Model?

How we work has been created from thousands of counselling hours of listening to what the sufferers and their families' say they need. The model which we find works the most effectively and which we now train other practitioners to use in the treatment of ED is The Psycholinguistic Motivational Model.

PLMM is a Multi-disciplinary treatment approach to a multi-faceted problem.

**Psycholinguistic** – brings together the theoretical and practical tools of psychology and linguistics. Studying the mental process underlying the use of language, it refers to how a person receives, translates, and transmits experiences through language.

Psycho – from Greek *psyche* – life of soul

Linguistic – from Latin *lingua* – language

**Motivation** – mental strategy which recognises and gives a person motive or incentive to do something, solve a problem, search for a way to change, etc. It needs to be understood as something one does rather than something one has.

**A Model** – the framework for studying the patterns of language, feelings, and behaviour used to attain specific results.

**A Methodology** – a process rather than content oriented approach using intra and interpersonal

communication. Comes from Greek *methodos* – *pursuit of knowledge*

**A Collection of Techniques** – a range of procedures for making changes in recovery from ED.

### Philosophy:

The treatment model is based on the theory of harm reduction and improving quality of life by focusing on the sufferers' perception of the world, as opposed to getting the symptoms under control. The healing process involves intense exploration into the existing thinking, feeling, and behaviour patterns; examining choices, developing healthy relationships with one-self and others; and accepting the challenge to recover in an atmosphere of acceptance and support. The journey to freedom from ED is a process that requires a long-term commitment to personal growth, development and change.

*The Marino Therapy Centre  
42 Malhide Road  
Clontarf  
Dublin 3  
Ireland*

\*\*\*

## Jak hodnotit efekt terapie u poruch příjmu potravy?

### Evaluation of Treatment Effect in Eating Disorders?

**Sekot M., Papežová H., Uher R.<sup>1</sup>**

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

**Souhrn:** Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou onemocnění s chronickým průběhem a častou frekvencí relapsů. Hodnocení remise zde bývá často složité. Kromě dosažení normální hmotnosti je nutná řada behaviorálních změn (např. zástava zvracení či excesivního cvičení). Tato práce přináší přehled diagnostických nástrojů k hodnocení efektu léčby u PPP. EDE-Q plus (Eating Disorders Examination Questionnaire) je dotazník používaný ve výzkumu na našem pracovišti. Tento 28položkový dotazník se skládá ze 4 podškál – jídelní omezení, zaměření na hmotnost, zaměření na hmotnost a zaměření na jídlo. Tato práce přináší srovnání dvou skupin pacientů, a to jednak denních stacionářů (n = 25) a pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení (n = 27). U obou skupin došlo po základní léčbě k výraznému zlepšení ve všech podškálách jídelního omezení či zaměření na jídlo.

**Klíčová slova:** dotazník, denní stacionáře

**Summary:** Eating disorders (ED) have chronic outcome and their relapses are very frequent. Evaluation of remission is difficult. Except of restoration of normal body weight variety of behavioral changes is needed

(stop vomiting or excessive exercise). This report reviews scales and questionnaires used in evaluation of treatment effect in ED. EDE-Q plus (Eating disorders Examination Questionnaire) has been used in research of treatment effectivity in our clinic. This 28 item questionnaire consists of four subscales – restraint, shape concern, weight concern and eating concern. This report compares two patient groups, day care patients (n = 25) and in-patients (n = 27). Both groups improved after treatment significantly in all subscales, especially in restraint and eating concern.

**Key words:** questionnaire, day care patients

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, která mají tendenci k častým recidivám nebo k chronickému průběhu, proto hodnocení, zda bylo dosaženo remise oproti ostatním psychiatrickým diagnózám není jednoduché. Jako u jiných duševních poruch zde platí hodně zjednodušené tzv. „třetinové pravidlo“, což znamená, že třetina pacientek dosáhne trvalé remise, třetina recidivuje a u třetiny dochází k chronifikaci onemocnění. Zeeck, který studoval dlouhodobý průběh u mentální bulimie, zjistil, že po 10 letech dosahuje 50 % pacientek remise, 30 % recidivuje a chronický průběh se vyskytl u 20 % [6]. U mentální anorexie bývá prognóza horší vzhledem k častější somatické komorbiditě a vyšší mortalitě.

Výhodou diagnostiky poruch příjmu potravy oproti jiným duševním poruchám je jasné diagnostické kritérium, a to je normální hmotnost, která by se měla pohybovat ve fyziologickém rozmezí (body mass index (BMI) = 18–24 u žen a 19–25 u mužů). Nicméně dosažení fyziologické hmotnosti ještě neznamená dosažení remise. Proto v souvislosti s terapeutickým efektem je zkoumána řada jiných proměnných jako je purgativní chování, zaměření se na vlastní hmotnost, tělesné tvary atd. [5].

Ani klinické psychiatrické vyšetření, podle kterého pacient splňuje či nespĺňuje potřebná diagnostická kritéria dle ICD 10 nebo DSM IV, nebývá dostatečné. Přínosnější jsou strukturované diagnostické rozhovory podle manuálů MINI nebo SCAN [4].

Další možností je použití validizovaných dotazníků. Výhodou těchto dotazníků je pocit větší bezpečí a anonymity, což pomáhá respondentům dosáhnout větší otevřenosti. Mezi dotazníky zaměřené na spokojenost s vlastním tělem lze uvést např. Body Shape Questionnaire (Troisi 2006), Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) (Dyl 2006),

Body Cathexis Scale (Orlandi 2006).

Nejčastěji používané diagnostické nástroje v klinickém výzkumu patří EDE (Eating Disorders Examination), EDI (Eating Disorder Inventory) a EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) [1, 2]. Poslední z nich používáme k hodnocení léčby poruch příjmu potravy na našem pracovišti.

ti. Jedná o sebeposuzovací dotazník, který se skládá z dvou částí. První část je anamnestická, kromě základních anamnestických údajů se zabývá specifickou psychopatologií jako je abusus alkoholu či drog nebo sebepoškození. Druhá část se skládá z 28 otázek týkajících se jídelního chování, každou otázku škáluje pacient šestibodovou stupnicí. Dotazník hodnotí 4 podškály, a to:

1. Restraint – jídelní omezení.
2. Shape concern – zaměření se na tvar (y) vlastního těla.
3. Weight concern – zaměření se na hmotnost.
4. Eating concern – zaměření se na jídlo.

Na našem pracovišti v současné době probíhá studie hodnotící efektivitu léčby v nedávno otevřeném denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Jako srovnávací skupina byl vybrán soubor patientek hospitalizovaných na oddělení. Patientky s výraznou podvážou či závažnou psychiatrickou nebo somatickou komorbiditou byly ze studie vyloučeny. V současné době máme k dispozici srovnání 27 patientek z lůžkového oddělení a 25 patientek z denního stacionáře. EDE-Q bylo hodnoceno na začátku (T1) a na konci léčby (T2).

Celkové skóre (EDE-Q total) bylo v T1 u obou skupin shodné [3, 7]. Po léčbě došlo u obou skupin k výraznému zlepšení (DS = 1,4, H = 1,5,  $p < 0,0001$ ). U obou skupin došlo k výraznějším zlepšením jídelních návyků (restraint, eating concern) oproti zaměření na hmotnost a tělesné tvary. U patientek v denním stacionáři došlo k výraznějším zlepšením v oblasti zaměření na tělo (DS=0,9, H = 1,25,  $p = 0,04$ ) a v oblasti zaměření na jídlo (DS = 2,0, H = 1,5,  $p = 0,03$ ). Zhodnocení obou skupin po roce od ukončení základní léčby bude předmětem dalších sdělení. Kromě základní symptomatiky bude hodnocena anxiety, kvalita života, a množství spotřebované léčebné péče. Problémem těchto studií bývá obecně nízká compliance patientek s PPP, což potvrdily i výsledky studie EDEN, která proběhla na naší klinice v minulých letech [1]. Compliance našeho souborů je však podle předběžných výsledků velmi dobrá (85%).

*Práce byla podpořena VZ002160816.*

## Literatura

1. **Baková, N., Kitzlerová, E., Raboch, J., Sekot, M., Peichlová, J., Stárková, L., Howardová, A:** Denní stacionář jako alternativa psychiatrické péče. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 2004, s. 92-94.
2. **Black, C. M., Wilson, G. T.:** Assessment of eating disorders: interview versus questionnaire. *Int. J. Eat. Disord.*, 20, 1996, 1, pp. 43-50.
3. **Luce, K. H., Crowther, J. H.:** The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int. J. Eat. Disord.*, 25, 1999, 3, pp. 349-351.
4. **Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Sheehan, K. H., Knapp, E.:** The mini-international neuropsychiatric

interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatr.*, 59, 1998, Suppl pp. 20, 22, 33; 34-57.

5. **Papežová, H.:** Poruchy příjmu potravy. In: *Postupy v léčbě psychických poruch* Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C.: Medical Tribune Group, 2004, s. 335-353.

6. **Zeeck, A., Hartman, A., Weltzer-Burmeister, I., Wirsching, M.:** Comparison of inpatient and day clinic treatment of anorexia nervosa. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 52, 2006, 2, pp. 190-203.

*MUDr. Miroslav Sekot  
e-mail: sekot@post.cz*



## Otec a dcera s poruchou příjmu potravy

### Father and Daughter with Food-Intake Disorders

**Chvála V., Trapková L.**

*Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec  
Ordinace klinické psychologie, Praha*

**Souhrn:** Když jsme před několika lety zpracovávali statistiku výsledků rodinné terapie asi 120 rodin léčených u nás pro poruchu příjmu potravy některého svého člena, nejčastěji dcery, museli jsme konstatovat, že významnou postavou celého procesu je právě otec. Ne že by matka nebyla důležitá, ale v těch případech, kde se otec podařilo získat ve prospěch dcery, byla terapie úspěšnější, než když otec vůbec nebyl k dispozici, nebo se nijak během terapie neproměnil. Situace matky a otce je ve vztahu k dospívajícímu asymetrická. V rodinách s poruchami příjmu potravy saháme na mnohem obecnější jev, totiž na proces separace jako problému tří figur, matky otce a dítěte, který jsme v metafoře o rodině jako sociální děloze nazvali sociálním porodem a o něm publikovali jinde. V tomto příspěvku se chceme zaměřit na objasnění toho, co vlastně od otce v terapii očekáváme, čím může otec své dceři prospět, čeho si proces separace od otce žádá. Jeho úloha není vůbec snadná tím spíše, že většina dětí žijících v materiálním pohodlí mu ji nijak zvlášť neusnadňuje, jejich ženy pro ni mají málo pochopení a současní muži se ji často už neměli od koho naučit. Ve své teorii mostu, která se zabývá vlivem a významem otcovské řeči, ji lingvista Glaeson [3] charakterizuje jednoznačně: otec dělá dětem most z rodiny do společnosti. Je-li v pořádku, představuje pro dítě to náročnější ze dvou ohnisek v rodině vyžadující řád. Napomáhá otužování dětí pro nároky mimo rodinu. Schopnost snášet řízenou činnost bude totiž nezbytná pro jejich dospělost a osamostatnění. Zaměříme se tedy na otce jako jednoho člena trojice matka-dospívající dítě-otec, ve které proběhne separace jen díky dobré koordinaci všech třech figur, z nichž každá plní jiný individuální vývojový úkol. Otcova úloha bývá v současné populaci podceňovaná, popíraná, anebo vůbec mimo

pozornost všech zúčastněných, včetně pomáhajících odborníků. Ukážeme, že nedokončená separace otce, stejně jako matky, z jejich původních rodin, může proces separace v další generaci zkomplikovat, nebo dokonce způsobit jeho stagnaci. Porucha příjmu potravy je jednou z možností jak organismy členů základního trojúhelníku vyjadřují nemožnost postoupit do nového vývojového stadia rodiny.

*Klíčová slova:* bulimie, otec, rodinná terapie, separace, teorie mostu, otcovská a mateřská řeč

**Summary:** While processing statistical information of family therapy results of about 120 families treated by us for food-intake disorder of a family member – mostly a daughter – some years ago we had to detect that the important person of the whole process is especially father. We do not say that the mother is not important but we could see that the therapy was more successful in those cases where we have been able to win the father to in favor of the daughter than where the father has not been available or has not changed in any way. The position of the mother and father in relation to the adolescent is asymmetric. We deal with a more general phenomenon in the families with the food-intake disorder, namely the process of the separation as a problem of three persons – the mothers, fathers and children. In our metaphor of the family creating a social uterus we defined this problem a social birth. In this lecture we focus on the clarification of following questions: What do we actually expect from the father in the therapy? How can the father help his daughter? Which demands makes the process of the separation on the father? The role of the fathers is very difficult. In addition, it is complicated by the fact for them that the most of the children – living in material wealth – do not make it easier for them, their wives do not understand this role very much and contemporary men did not often have the opportunity to learn this role. In his theory of the bridge concerning the influence and importance of the way how fathers talk to their daughters the linguist Glaeson (3) specifies this role clear: the fathers create for their children the bridge from the family to the society. If he is all right he represents for his children the more demanding of the two foci in the family which keep order in the family. He helps children hardening. The ability to bear a controlled activity will be essential for their maturity and independence. We are therefore focusing on the father as one member of the tree-member-unit mother – maturing child – father in which the separation can be only completed thanks to a good coordination of all three persons from which each fulfills another task of development. These days the role of the father is often underestimated, denied or no one of the involved persons pays attention to it – including the experts. We will show that an uncompleted separation of the father – alike the mother – from their original families can complicate the process of the separation in the next generation or much more it can cause the stagnation of this process. The food-intake disorder is one way how the organisms of the basic triangle indicate the impossibility to proceed to a new stage of development of the family.

*Key words:* bulimia, father, family therapy, separation,

theory of the bridge, ways how father and mother talk to their children

## Úvod

Dívky s poruchou příjmu potravy za posledních deset let v našich ordinacích zdomácněly. Terapeuti, kteří je neodmítají léčit, se většinou připravují na nesnadnou a dlouhou práci, často zůstávají ve střehu, obávají se podvodů a lhaní. Nad podivným chováním obětí mentální bulimie lze snadno vést moralizující řeči, jejich posedlost tělem svádět na módu či tlak společnosti. I když je každý případ svého druhu originál, přece jen vidíme řadu společných rysů. Mezi ně patří téměř pravidelně negativní postoj k otci. Setkáváme se s ním tak často, že nás překvapí, je-li tomu výjimečně jinak. Nemohli jsme uvěřit tomu, že by všichni ti otcové byli jednoduše pitomci, jak se nám jejich dcery pokoušejí namluvit. Když se ukázalo, že v rodinné terapii se významně rychleji lepší ty případy, kde se podařilo získat otce, nebo dosáhnout během léčby zlepšení vztahu dcery s otcem, soustředili jsme se v posledních letech především na tento aspekt složité situace kolem dívky s bulimií či anorexií [4]. Protože není snadné ani dívky ani terapeutky přesvědčit o významu otce, předkládáme souhrn našich zkušeností.

## Kdo je to otec?

Žijeme v době, kdy takováto otázka nemusí překvapit. Tak jsme si zvykli na odstraňování rozdílů mezi ženami a muži, že se někteří kolegové podivují, když ještě vůbec o nějakém rozdílu mluvíme. Upozorňujeme především na význam rozdílu v používání jazyka pro fungování celku matka-otec-dítě [14]. Přitom je zcela lhostejné, zda je tento rozdíl vrozený nebo je výsledkem sociální konstrukce. Z řady výzkumů je zřejmé, že k polarizaci jazyka na mateřský a otcovský dochází právě tehdy, když je přítomen také druhý rodič. Aby nezůstalo jen u našeho přesvědčení a svědectví, podíváme se na výsledky některých lingvistických výzkumů, které se rozdíl mezi mluvou matek a otců seriózně zabývají, jak je u nás uvádí Šulová [12].

Většina citovaných prací se shoduje v tom, že matky hovoří se svými dětmi více než otcové. To samo o sobě ještě nic neznamená, proto se badatelé zaměřili na další rozdíly. Oba rodiče nepochybně svůj jazyk přizpůsobují věku dítěte, oba mají na jeho vývoj vliv, ale jsou-li s dítětem společně, zaujímají brzy oba svou specifickou roli a polarizují se. Polarizace v rodičovském páru je systémová vlastnost, kterou nelze zachytit ani ovlivňovat při individuální práci s kterýmkoliv, ale vždy jen jedním členem rodiny. Zatímco specifická role matky tkví nejspíš v poskytnutí pocitu bezpečí a vyhýbá se destabilizaci, otec nejčastěji povzbuzuje dítě k dosažení úspěchu vlastními silami i za cenu přechodného selhání [3, 7, 8].



Většina nálezů se shoduje v tom, že otec je pro dítě náročnějším konverzačním partnerem než matka. Užívá méně frekventovaných slov už v hovoru s dítětem od dvou do pěti let (Kriedberg in: Glaeson, 3). Otcův slovník obsahuje více vzácnějších slov a jeho řeč je pro dítě náročnější na porozumění [12]. Jiné výzkumy se věnují otázce, zda jsou oba rodiče vůči dítěti stejně senzitivní a zde nalezený rozdíl je pro naše sdělení nejpodstatnější. Sleduje-li se počet žádostí o vyjasnění ze strany rodičů, ve většině výzkumů byl nalezen větší počet žádostí na straně otce. To je vykládáno tak, že otec má větší těžkosti dítěti porozumět. Sleduje-li se schopnost rodičů vnímat a dekodovat audionahrávky svých dětí, matky jednoznačně rozumějí lépe než otcové [15]. Otcové mají tendenci užívat častěji komplexních forem rozkazů nebo silně nepřímých rozkazů či narážek [1]. To nutí dítě vynaložit na porozumění otci větší úsilí. Matky přizpůsobují citlivěji složitost své mluvy řečovým schopnostem dítěte. Otcové mají větší sklon dávat dítěti testovací otázky. Mají tendenci být kognitivně náročnější, direktivnější a snaží se vést didaktičtější styl interakce. Mají sklon opravovat dítě v případech tzv. konverzačních maxim [9]. Otcové projevují tendenci být autoritativnější či hravější s určitým agresivním nábojem, což se projevuje více v interakci otců se synem než s dcerou. Matky mají vůbec menší sklon hovořit se syny či dcerami s rozlišením pohlavní příslušnosti [10]. Otec více rozlišuje pohlaví dětí a zachází s nimi více způsobem „pohlavně charakteristickým“, což se projevuje především v herních aktivitách [6].

Ať už jsou tyto rozdíly mezi matkou a otcem způsobeny rozdílem pohlaví či role, rozdílem ve statusu muže, v jeho verbálním stylu, nebo v self-konceptu otce, který se může tradičně vnímat jako sekundární pečovatel s více instruktivní rolí než matka, nebo jde-li jen o výsledek omezeného času, který otec s dětmi tráví, je shledáván jako významný a pro vývoj dítěte důležitý. Nejznámější teorií, která se zabývá vlivem a významem otcovské řeči, je Šulovou uváděná Glaesonova teorie mostu [3]. Autor hypotézy uvádí, že právě pro otcovo menší vyladění na dětskou řeč je dítě nuceno se více snažit, své mluvy opakovat, vysvětlovat, musí umět méně angažovaného otce zaujmout. Otcův didaktičtější styl může mít kladný vliv na vyvíjející se kognitivní kapacitu obecně. Glaeson předpokládá, že otec tak představuje most mezi akceptujícím prostředím rodiny a vyžadujícím vnějším světem. Další výzkumy tuto hypotézu podporují. Nezávisle na této teorii jsme velmi podobně popsali úlohu otce v konceptu rodiny jako sociální dělohy, která vychází z našich pozorování při práci s rodinami.

Pro potřebu našeho dalšího zkoumání o úloze otce při rozvoji mentální bulimie považujeme za podstatné, kromě již uvedených charakteristik, i další zjištění, že otcové častěji svým dětem nerozumějí. Děti jsou vytrvalejší v pokusech o komuni-

kaci s matkou než s otcem. Ve vytrvalosti při pokusech o komunikaci se dítě chová jinak s otcem a jinak s matkou. S otcem má tendenci neopakovat původní výrok a přejít k jinému tématu, s matkou projevuje snahu o elaboraci či obměňování původního [13].

Otcem býval v rodině doposud častěji ten dospělý, který je méně vnímavý, více direktivní, pro komunikaci náročnější a vyžadující dodržování řádu a pravidel. Taková zkušenost s otcem nemůže zůstat bez vlivu na dospívající dítě a tento vliv je podle všeho pohlavně specifický, když je to právě otec, kdo více než matka činí rozdíly mezi syny a dcerami. A patrně souvisí s nepopiratelným faktem, že se každé dítě rodí z ženy - matky a od ní se separuje směrem k muži - otci, ke kterému se naopak přibližuje. Tento směr nelze obrátit a je od samého začátku vývoje dítěte přirozeným základem rozdílu v tom, jak odlišně dítě prožívá vztah s matkou a s otcem. Ze systemické teorie je známo, že i malý rozdíl tvoří význam. Tento přirozený počáteční rozdíl lze dále sociálně buď likvidovat anebo jej dovolit a polarizaci jako spontánní systémovou vlastnost dokonce podporovat a regulovat.

Nápadný fakt, že většina poruch příjmu potravy začíná v období separace a že se v populaci vyskytuje 10krát více dívek s poruchami příjmu potravy než chlapců, nás nutí si klást některé otázky. Je-li separace náročná především na komunikaci v trojici matka-dítě-otec, jak se výzkumem zjišťované rozdíly mezi matkou a otcem projeví v tomto období? Jaký vliv na proces separace, který se nejspíš vyskytuje v té či oné podobě ve všech generacích, mají změny v rolích mužů a žen, jakých jsme v posledních desetiletích v euro-americké společnosti svědky? Jaký vliv na proces separace má skutečnost, jak sami rodiče ve svém dospívání separaci dokončili nebo nedokončili? Nemůže nárůst poruchy příjmu potravy v populaci více souviset s těmito změnami než s přechodnými a povrchními vlivy módy?

### **Co dcery od otce vlastně potřebují?**

Z uvedených lingvistických studií vyplývá jasně, že otec je obvykle ten obtížnější partner pro komunikaci dospívajícího dítěte. Psychologicky je to pochopitelné. Jestliže se dítě odděluje od matky, se kterou tvoří ještě dlouho po narození psycho-sociální jednotu, je matčina schopnost empatie k „části sebe“ téměř samozřejmostí, kdežto otec se musí s tímž dítětem psychosociálně teprve seznamovat a při identifikaci s ním se empatickému naslouchání učít. Při troše nadsázky lze tvrdit, že dítě vyučuje otce jak jej má přijmout (později také pustit do světa), kdežto matku, jak mu má dovolit, aby se oddělilo. Pro každý z těchto dvou vývojových úkolů potřebuje jiný arzenál komunikačních dovedností.

To má za následek často pozorovaný fakt, že dítě

častěji vnímá otce tak, jak mu jeho obraz vstúpila matka. Ten bývá značně ovlivněn její zkušeností s otcem jako partnerem. A pokud sama neprošla procesem separace, tím negativnější bývá její partnerská zkušenost. Pravděpodobnost, že její dcera projde separací bez problémů se zhoršuje. Prožívání partnerství bývá totiž kontaminováno a zatíženo přenosovými fenomény z neukončeného dětského vztahu s vlastními rodiči, v případě matky s vlastním otcem.

Separáčnı proces jsme popsali jako cestu ze světa dětství do dospělého světa matky, pak do světa otce a nakonec do světa ostatních dospělých. „Cestou do světa“ miníme intimní sblížení s kulturou ženství nebo mužství, jak ji matka nebo otec reprezentují. Přitom, jak se nám v terapeutické praxi jeví, dochází ke zpevnění sexuální identity, která bude nadále významným východiskem pro tvorbu partnerských vztahů. Naše zkušenosti jsou v souladu s hypotézou Daryla Bema, že významným faktorem, ne-li kruciální podmínkou pro utváření sexuální orientace, je kromě vrozeného temperamentu také existence dvou od sebe odlišných genderových kultur [2]. Jako eroticky přitažlivá se bude dospívajícímu jevit ta doposud pro něho exotičtější část populace. Nejistota, která proces provází, je zdrojem napětí, které bývá později rozpoznáváno jako erotické vzrušení.

Nejistota je také hlavním tématem našich pacientů s PPP. Pokud překročí únosné meze, lze se jí bránit obsedantním lpěním na jakémkoli tématu. Téma jídla má velmi výrazný interaktivní charakter, a pokud je dospívajícím „vynalezeno“ například odmítání jídla nebo později extrémní lpění na vzhledu či určitém váhovém ideálu a vhodných jídelních „obětí“ za tento ideál, získá tím problematickou pozornost rodičů a navíc naivní jistotu o vlastní hodnotě. Například se ujišťuje, že bude mít hodnotu tehdy, když dokáže snížit váhu, být nejlehčí v celé škole, nebo dokáže nejíst nic, co jedí ostatní. Výkonový charakter PPP nás nepřekvapí, když si uvědomíme, že jde o vztah s otcem, tedy s jeho světem výkonu, hodnocení a „didaktického“ působení. U mladších dívek trpících mentální anorexií, skutečným nechutenstvím, je ještě příliš brzy na přímou angažovanost otce. Anorexie „patří“ ještě do vztahu s matkou, se kterou je třeba učinit předchozí vývojový krok sblížení s dospělým ženstvím. Matka chybí obvykle spíše omylem, málokdy je matka skutečně neschopná být k tomu dceři k dispozici. Jako by dívka potřebovala, aby jí na cestu k otci nejprve vybavila matka alespoň základní jistotu o jejím počínajícím ženství [11]. Kdežto syn se při svém pubertálním sblížení s matkou ujistí o tom, že s ní není identický, tedy že je ne-žena. Zjistí dále, že ho matka ženská citlivost přitahuje, ale že ona nebude jeho partnerkou, tu musí hledat jinde. Jak syn tak dcera se pak vydávají na obtížnější cestu k otci, který nebude mít ani zdaleka tolik pochopení jako

matka. Zatímco syn s ním může vybojovat nerovný boj mužským způsobem, a tím si ověří svou cenu, dcera to musí udělat jinak. A potřebuje, aby jí otec vyšel vstříc jako ženě, ne už jako k dítěti. To bývá nejtvrdějším oříškem pro otce, pokud sám neudělal s ženským světem dobrou zkušenost a sám ve vztahu k ženám dosud nedospěl. Případně pokud jsou jeho vztahy k ženám ještě zapleveleny přenosovými fenomény ze vztahu k vlastní matce [5].

Zaseknutí procesu v bulimické fázi se nabízí. Pro praktickou a často gurmánskou povahu otce jsou jak upjatá volní (restriktérská) zdrženlivost v jídle, tak obsedantní hubnutí a jídelní rituály naprosto nepochopitelné. Provokují ho ke kritizování, ironickým diskvalifikujícím poznámkám, na které je dcera v tomto období až příliš citlivá, nebo dokonce k zápasu s podivným chováním dcery. To je sice sblízuje, ale současně oba zraňuje. Místo aby sdíleli intimní témata týkající se setkání ženství a mužství, opakují donekonečna stejný komunikační debakl, někdy až bolestně připomínající stejný debakl v manželství rodičů. Vzájemná přitažlivost otce a dcery je spíše na překážku, nevědomované síly tabu je od sebe prudce rozhánějí. Vše zpravidla komplikuje frustrovaná matka, jak jsme ji popsali v tzv. „hladovém trojúhelníku“. Dcera se jí vzdaluje a eskalace konfliktů jí bere i partnera. Často se uchyluje k jakémusi moderování vztahu dcery s otcem, opepřeném jejími vlastními výhradami vůči manželovi, což jen fixuje nepříznivý stav. Otec, frustrovaný tím, že se mu nedaří dceru ukáznit, ztrácí postupně naději na to, že „dcera dostane rozum“ a stáhne se. Podobně dcera ztrácí naději, že se setkání s otcem, ke kterému je instinktivně puzena, zdaří, a nedostatek sebevědomí, který ji stále pronásleduje, ji vrhá o to intenzivněji do náruče bulimické obsese. Na scénu se dostávají další mužské figury, partneři dcery, na které dcera omylem přenáší očekávání, která zůstávají neuspokojovaná ve vztahu s otcem. Z našeho hlediska mají takové předčasné partnerské vztahy nedospělých dcer vlastně „incestní charakter“, aniž o tom mají často o mnoho let starší muži tušení. Komplementárně to mohou být muži, kteří si sami nesou životem dluhy z předchozích nedokončených vývojových úkolů, paradoxně často k vlastním dcerám.

V době, kdy přichází rodina do terapie, proto nejčastěji vidíme dceru, pro kterou je otec zcela nepřijatelný pedant, který ničemu nerozumí. Vidíme otce, který nad dcerou dávno zlomil hůl a nehodlá se s ní vůbec bavit, a zoufalou matku, která si připadá bezmocná a neustále se pokouší oba smířit, nebo otce svých dětí a muže vůbec dávno odepsala.

Máme-li odpovědět na položenou otázku, je nyní možné říci: dcera potřebuje být otcem přijatá jako dospělá žena. Ujištění, že je v pořádku taková, jaká je, se vši sobě vlastní psychosexuální odlišností od otce jako muže, který je také v pořádku

takový, jaký je. Ona je okouzující, dobře vybavená pro svůj dospělý život. Potřebuje, aby její animus, který se k otci snaží probíjet jakoby byla synem, mohl ustoupit jejímu žensství. Případy, ve kterých je eskalace násilí mezi dcerou a otcem mimořádně silná, to dobře ilustrují. Tím silnějším tam totiž nebývá otec ale dceřin animus. Dcera užívá mužského slovníku a výrazu vůči otci ohromujícím způsobem. Ustupující otec si jen říká o další eskalaci dceřina násilí.

Podle naší zkušenosti náhradní otec, jakkoli je pro matku citivější a jako partner v době dospívání jejich dětí přijatelnější než původní manžel, situaci příliš neřeší, spíše komplikuje. Zdá se, že proces je ve své podstatě směřován k vlastnímu biologickému otci, resp. do vrozeného, nikoli získaného vztahu. Nevlastní otec mívá v nové rodině obvykle o to složitější postavení, když mu matka dětí nepředává kompetence k autoritativnímu vedení jejich a ne jeho dětí.

### Literatura

1. **Bellinger, D., Glaeson, J. B.:** Sex differences in parental directives to young children. *Sex Roles*, 1982, 8, pp. 1123-1139.
2. **Bem, D. J.:** Exotic becomes erotic: Explaining the enigma of sexual orientation. invited address presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1997.
3. **Gleason, J. B.:** Fathers and other strangers: men's speech to young children. In: Dato, D. P. (Ed.): *Developmental psycholinguistics: Theory and applications*. Washington D. C., Georgetown University Press, 1975, pp. 171-222.
4. **Chvála, V., Trapková, L.:** Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *Čes. a slov. Psychiat.*, 1998, 5.
5. **Klever, P.:** Intergenerational fusion and nuclear family functioning, *Contemporary Family Therapy, Human Sciences Press*, 25, 2003, 4, pp. 431-451.
6. **Kruper, C. J., Užgiris, I. C.:** Father's and Mother's Speech to Young Infants. *Journal of Psycholinguistic Research*, 16, 1987, 6.
7. **Lamb, E. M.:** Interactions between two-year-olds children and their mothers and fathers. New York, Wiley, 1976.
8. **Lewis, N., Weinraub, M.:** The father's role in the child's social network. In: Lamb, E. M. (Ed.): *Role of the father in child development*. New York, John Wiley, 1976.
9. **Masur, E. F., Glaeson, J. B.:** Parent-child interaction and the acquisition of lexical information during play. *Developmental Psychology*, 16, 1980, pp. 404-409.
10. Pellegrini, A. D., Brody, G. H., Stoneman, Z.: Children's conversational competence with their parents. *Discourse Processes*, 10, 1987, pp. 93-106.
11. **Poněšický, J.:** Fenomén žensství a mužství. Triton, Praha, 2003, s. 44-55.
12. **Šulová, L.:** Raný psychický vývoj dítěte. Karolinum, Praha, 2004, s. 140-148.
13. **Tomasello, M., Conti-Ramsden, G., Eert, B.:** Young children's conversation with their mothers and

fathers: differences in breakdown and repair. *Journal of Child Language*, 1989, pp. 32-39.

14. **Trapková, L., Chvála, V.:** Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, 2004.

15. **Weis, R., Kruppe, B.:** Parent and sibling comprehension. In: *Children's speech. Journal of Psycholinguistic Research*, 1977, 6, pp. 49-58.



## Záměrné sebepoškození a sebezraňování

### Self Harm Behaviour (SHB) and Self Injurious Behaviour (SIB)

**Malá E.**

*Psychiatrická ordinace, Praha*

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

**Souhrn:** Sebeškození chování je patologickým behaviorálním projevem vyskytujícím se napříč spektrem psychiatrických poruch. Nevnímání bolesti během aktu sebeškození je vysvětlováno rolí systému endogenních opioidů, nebo dissociativními stavy. Nejvarovnější skutečností je vysoké riziko suicidia. Záměrné sebezraňování je symptom, který nemá své specifické farmakon.

**Klíčová slova:** sebeškození chování, riziko suicidia

**Summary:** Deliberate self-harm (DSH - self injurious behaviour SIB), is present in a wide variety of neuropsychiatric disorders, including eating disorders. Self-harm to confer a particularly high risk of suicide. There is not specific psychopharmacology for deliberate self-harm treatment

**Key words:** self harm behaviour, risk of suicide

Sebeškození je patologický behaviorální projev. Termín sebeškození chování je od konce minulého století vyhrazen pro takové autoagresivní chování, kde úmysl smrti není vyjádřen, je pouze tušený, není na vědomé úrovni [7]. Vhodný termín – z konce minulého století – je také sebezraňování (self-injurious behavior či behaviors -SIB), které je definováno jako úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez vědomé suicidální motivace. Pro vysoce agresivní chování k sobě samému (např. enukleace oka nebo amputace genitálu) je vhodné zachování názvu automutilace, popisovaného u psychických poruch a u různých organických poruch s defektním nebo s odchýlným vývojem CNS (jako např. mentální retardace, demence, chromozomální aberace, perzvizivní poruchy atd.).

Záměrné sebeškození je chování, které se táhne celým spektrem duševních poruch.

**Nejčastěji se vyskytuje:** u specifických poruch osobnosti (hlavně hraniční poruchy emočně nestabilní), poruch vyvolaných účinky psychoaktivních látek, posttraumatické stresové poruchy, Tourette-

va syndromu, poruch příjmu potravy, dissociativních stavů, psychotických poruch (schizofrenie, bipolární poruchy), mentálních retardací, pervazivních vývojových poruch jedinců, kteří byli sexuálně zneužíváni, týráni, šikanováni, citově a sociálně deprivováni. Je závažné svým vysokým suicidálním rizikem, možným ohrožením života, svou manipulativní složkou i možností „nákazy“, svou impulzivitou, nutkavostí, cravingem“ a svou těžkou jak farmakologickou, tak psychotherapeutickou ovlivnitelností. Záměrné sebepoškození (DSH) je spojeno s daleko horší prognózou té které poruchy kde se vyskytne a s velmi vysokým rizikem suicidálního chování. Zvláště u dětí a adolescentů je SHB asociováno s myšlenkami na smrt a s výskytem depresivního syndromu [6, 9], který je inkompletní, není diagnostikován a bývá překryt dissociativními projevy. Chování pacienta je pak hodnoceno jako manipulativní.

### Prevalence

U dospělých jedinců v běžné populaci může dosáhnout 4 % [2, 7] a u psychiatrických pacientů až 21 %. Predilekční věk začátku sebepoškození je adolescence, kde může dosáhnout u psychiatrických pacientů až 60 % [8, 12]. Důležitým faktem je, že asi 50 % - dle některých studií dokonce 75 % - pacientů uvádí nevnímání bolesti během aktu sebepoškození. Tento jev je vysvětlován rolí systému endogenních opioidů. Jiné vysvětlení uvádí, že nevnímání bolesti umožňují dissociativní mechanismy, které zapříčiňují pocity derealizace a depersonalizace během aktu sebepoškození [10].

### Sebepoškození u pacientů s poruchami příjmu potravy /PPP/

Ve studiích zabývajících se sebepoškozením byl zjištěn vztah mezi diagnózou poruchy příjmu potravy a závažnějšími formami sebepoškození. U pacientů se závažnějšími formami sebepoškození byla diagnóza poruchy příjmu potravy přítomna v 65 % pacientů, zatímco u pacientů s mírnějšími formami jen v 35 %. Bývá uváděno, že asi 33–39 % pacientek léčených pro mentální bulimii má v anamnése sebepoškození [10]. Dalším zajímavým zjištěním je fakt, že pacientky, které při svých očistných rituálech užívaly laxativa, se sebepoškozovaly v 41 %, zatímco ostatní jen ve 26 % [13]. Claes [3] a spolupracovníci vyšetřili 178 dívek a žen s dg PPP. U 46 % (= 82 pacientek) byla přítomna nějaká forma sebezraňujícího chování. Nebyl však nalezen vztah mezi subtypem PPP a přítomností nebo nepřítomností SIB. Sampson a kol. [9] z databáze zjistili, že ve vzorku 1211 ambulantních pacientů s diagnózou mentální bulimie (MB) byla prevalence sebepoškozujícího chování (včetně suicidálních pokusů) 23 % (= 278 pacientů), u hospitalizovaných 39 % (= 472 pacientů). Alkohol zneužívalo 54 % (= 653) pacientek s diagnózou MB a 16 % (= 193) s diagnózou MA.

Sebezraňování se vyskytlo u 25 % ambulantních pacientů s MB a u 23 % ambulantních pacientek s dg MA. Tato velká epidemiologická studie potvrdila data získaná z menších vzorků. Turpová [11] uzavírá, že manifestace záměrného sebepoškození je buď zřetelně viditelná nebo skrytá, má mnoho příčin, funkcí a komunikačních významů. Není jen jedno vysvětlení, jedna psychologická příčina nebo jedna specifická porucha osobnosti spjatá se sebepoškozujícím chováním, ale jde o multi-etologický symptom s různorodou expresí. Se spoluautory popisuje Winnicottovo kontinuum, kdy na jednom konci je „dost dobrá péče o sebe“ a na druhém těžké sebepoškození (blízké smrti).

Terapie záměrného sebezraňování je symptom, který nemá své specifické farmakon. Je-li tento symptom zavzat do široké palety agresivního chování, pak je jeho ovlivňování možné přes všechny druhy neurotransmiterů, čili téměř všemi dostupnými psychofarmaky, zrovna tak, jako léčba nejčastějších základních duševních poruch, u nichž se vyskytuje. Komplexní psychotherapeutické intervence jsou stejně obtížné a často také neefektivní.

### Literatura

1. **Babáková, L.:** Sebepoškození v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, 4, s. 165–169.
2. **Briere, J., Gil, E.:** Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and function. *Am. J. Orthopsychiatry*, 68, 1998, s. 609–620.
3. **Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H.:** Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat.Behav.*, 2, 2001, 3, pp. 263-272.
4. **Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., Turkheimer, E.:** Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am. J. Psychiatry*, 160, 2003, 8, pp. 1501-158.
5. **Kernbach-Wighton, G.:** Self-inflicted injuries. Circumstances, psychopathological background, morphological findings, and diagnostics. *Rechtsmedizin*, 14, 2004, 4, pp. 277-295.
6. **Roy, A.:** Self-destructive behavior. *The psychiatric clinics of North America*. Philadelphia, W. B. Saunders comp., 1985.
7. **Ruths, F. A., Tobiansky, R. I., Blanchard, M.:** Deliberate self-harm (DSH) among older people: a retrospective study in Barnet, North London. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 20, 2005, 2, pp. 106-112.
8. **Saxe, G. N., Chawla, N., Van-der-Kolk, B.:** Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide. Life. Theat. Behav.*, 32, 2002, 3, pp. 313-320.
9. **Sampson, E., Mukherjee, S., Ukoumunne, O. C., Mullan, N., Bullock, T.:** History of deliberate self-harm and its association with mood fluctuation. *J. Affect. Disord.*, 79, 2004, 1-3, pp. 223-227.
10. **Simeon, D., Hollander, E.:** Self-injurious behaviors. *American Psychiatric Publishing, Inc.*, 2001.
11. **Turp, Maggi.:** Hidden self-harm: narratives from psychotherapy. London, Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2003.
12. **Webb, L.:** Deliberate self-harm in adolescence:

a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J. Adv. Nurs.*, 38, 2002, 3, pp. 235-244.

13. **Wonderlich, S., Myers, T., Norton, M., Crosby, R.:** Self-harm and bulimia nervosa: A complex connection. *Eating Disord.*, 10, 2002, 3, pp. 257-267.

*Doc. MUDr. Eva Malá, CSc.  
e-mail: mala.e@volny.cz*



## Poruchy příjmu potravy a dietní postoje českých dětí

### Eating Disorders and Diet Attitude in Czech Children

**Krch F., Csémy L.<sup>1</sup>**

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

**Souhrn:** Výsledky HBSC studie (Health Behaviour in School-aged Children, WHO 1989, 2002, 2006) vypovídají o tom, nakolik držení redukčních diet (vědomé, ale i nepřiznané omezování energetického příjmu) zasahuje do života dospívajících děvčat v České republice. Děvčata, která uváděla, že drží redukční dietu nebo by potřebovala zhubnout, signifikantně častěji vynechávala snídani nebo večeři a častěji kouřila. 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. Počet děvčat, která uváděla, že drží dietu ve snaze zhubnout, vzrostl z 12,8 % v jedenácti letech na 28,7 % v patnácti. V závislosti na věku rovněž signifikantně přibývalo děvčat, která si připadala tlustá. Skutečnost, že 39 % patnáctiletých děvčat uvedlo, že jsou tlusté, přestože jen 5,5 % z nich mělo nadváhu, potvrzuje předpoklad, že mnoho mladých žen neví, kolik by měly vážit a že se snaží zhubnout i v případě, že mají přiměřenou tělesnou hmotnost. Děvčata (12,4 %), která výslovně uvedla, že jsou hubená, současně uváděla, že by potřebovala zhubnout, nebo že už drží dietu. Na základě srovnání sledovaných souborů v letech 1994, 1998 a 2002 můžeme předpokládat, že tlak na dodržování diet v České republice v tomto období vzrostl. Prezentované výsledky budou doplněny o recentní data z roku 2006. Počet patnáctiletých děvčat, která uvedla, že drží dietu ve snaze snížit tělesnou váhu, vzrostl v tomto období z 12,5 % na 28,7 %, počet dietujících patnáctiletých chlapců vzrostl ve stejné době ze 7 % na 9,2 %. Nejvyšší nárůst v držení diet byl mezi rokem 1998 a 2002. V rámci 35 zemí, kde HBSC studie probíhala, patřila ČR mezi země s nejvyšším počtem patnáctiletých děvčat, která uvedla, že drží dietu, a současně mezi země s relativně nižším počtem děvčat s nadváhou.

*Klíčová slova:* dospívající dívky, redukční diety

**Summary:** The results of the HBSC study (Health Behaviour in School-aged Children) suggest to what extent following weight reduction diets (that is both ack-

nnowledged but also non-admitted restriction of energy intake) influence the quality of life of adolescent girls in the Czech Republic. The girls who stated that they were following a weight reduction diet or that they needed to lose weight, significantly more often skipped either breakfast or dinner and they more often smoked. The tendency to diet was apparent already in 11-year old girls and rising significantly with age, while there was no difference in this respect between 11-year and 15-year old boys. The number of girls who stated that they were dieting in an effort to lose weight increased from 12.8 per cent in 11-year old girls to 28.7 per cent in 15-year old girls. With growing age there was also a significant increase of girls who felt fat. The fact that 39 per cent of 15-year old girls stated they found themselves fat, although only 5.5 per cent of them were overweight confirms the hypothesis that many young women do not know how much they should weigh and that they try to lose weight even though they have an appropriate body weight. 12.4 per cent of the girls who specifically stated that they were thin at the same time reported that they needed to lose weight or that they were already following a diet. On the basis of comparison of the followed samples in the year 1994, 1998 and 2002 we can expect that the pressure for dieting in the Czech Republic has increased in this period. The number of 15-year old girls who stated that they were following a diet in an effort to lose weight increased in this period from 12.5 per cent to 28.7 per cent. The number of dieting 15-year old boys increased in the same period from 7 per cent to 9.2 per cent. The highest increase in dieting occurred between the years 1998 and 2002. Within the 35 countries in which the HBSC study has been carried out, the Czech Republic was among the countries with the highest number of 15-year old girls who stated that they were following a diet and also among the countries with relatively low number of girls with overweight. In 2002 we had at our disposal replies from 2,412 boys and 2,600 girls from 80 randomly selected schools from the whole of the Czech Republic.

*Key words:* adolescent girls, weight reduction diets

Faktory, které jsou rizikové z hlediska držení diet, bývají považovány za rozhodující i z hlediska vzniku a udržení poruchy příjmu potravy. Redukční dieta je zpravidla spojena s nespokojeností s tělesnou hmotností, která je pokládána za nejvýznamnější predikátor PPP, a snadno přejde v nadměrnou redukci energetického příjmu nebo jiné nevhodné způsoby kontroly tělesné hmotnosti. Hranice mezi redukční dietou a mentální anorexií je často velmi křehká a pocit přejedení příznaký pro mentální bulimii se většinou odvozuje od nevhodně stanovených dietních očekávání. Přejedení je relativní pojem a člověk se cítí přejedený i tehdy, když sní víc než je zvyklý nebo víc než by chtěl. V případě, že překročí tuto hranici, může propadnout panice, ztrácí smysl pro přiměřenou relaci a snadno se opravdu přejí, může hledat další, ještě nebezpečnější způsoby jak kompenzovat zvýšený energetický příjem.

Zmíněný vztah „dieta-přejedení-kompenzace“ je nejenom hnacím motorem bulimie, ale i základní logikou „jo-jo“ efektu, který zná většina lidí s nadváhou, nebo těch, kteří se „jen“ věčně pokoušejí zhubnout. Nebezpečí diety je v její krátkodobé účinnosti, která představuje nový „nezapomenutelný“ standard, ale i dlouhodobé neudržitelnosti, která vede k pocitům viny, oslabení sebevědomí a dalším, často ještě nebezpečnějším metodám hubnutí. Dodržování redukčních diet však není jen bezprostředním faktorem, který může vést ke vzniku PPP, ale i sociálním a kulturním jevem, který posiluje další, z hlediska kvality života rizikové faktory, jako je nespokojenost s tělem, touha zhubnout za každou cenu, nízké sebevědomí, pocit sociální nedostačitosti nebo úbytek sociální a fyzické aktivity. Dieta je současně velmi rozporuplný pojem, který má v různém kontextu různý význam. Je oprávněnou součástí řady léčebných přístupů, má etický a mravní význam i svoje hrdiny. Představuje viditelný a zdánlivě srozumitelný znak nejenom mnoha náboženských rituálů, ale i současného globalizovaného kulturního ideálu. Nespokojenost se svým tělem a držení různých diet je u žen v ekonomicky vyspělých zemích světa normativní od 12 let věku.



## Gender rozdíly v preferenci štíhlosti u neklinické populace

### Gender Differences in Thinness Preferences in Non-Clinical Population

Hrachovinová T.<sup>1,2</sup>, Csémy L.<sup>3</sup>

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

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

Psychiatrické centrum Praha<sup>3</sup>

**Souhrn:** Cílem práce bylo analyzovat gender rozdíly v preferenci štíhlosti a faktory související s nespokojeností s tělem. Pomocí strukturovaného anonymního dotazníku byl vyšetřen reprezentativní vzorek vysokoškolských studentů. Spokojenost s postavou byla zjišťována testem siluet. Výsledky naznačují signifikantní rozdíly v tělesné spokojenosti v závislosti na pohlaví. Mezi ženami bylo 33 % nespokojených, z nichž 32 % toužilo po štíhlejší postavě. Mezi muži bylo 16 % nespokojených, přičemž více studentů chtělo výrazně přibrat než zhubnout (9,6 % x 6,2 %). U žen byla výrazná nespokojenost s tělem deklarována navzdory BMI v pásmu normy (23,2). Nespokojenost s tělem měla na ukazatele duševního stavu podobný efekt: nižší úroveň životní spokojenosti, horší duševní zdraví, vyšší míra depresivity (u žen). Hodnoty na škálách EDI naznačují vyšší míru vzniku rizikového jídelního chování u žen nespokojených se svou postavou.

**Klíčová slova:** nespokojenost s vlastním tělem, pohlavní rozdíly

**Summary:** The major objective of this study is to analyze gender differences in body scheme and assess factors associated with body dissatisfaction. A representative sample of Czech university students was surveyed using structured questionnaire. As a measure of body satisfaction we used a test of body siluet. The results suggest that there are significant gender differences in satisfaction with body. We found 33 % of those not being satisfied with their body among women, 32 % of them would prefer to be more thin. In men the percentage of not satisfied was lower, only 16 %. More men indicated desire for more robust, athletic form of body. Women declared dissatisfaction with body although their BMI was normal (23,2). Body dissatisfaction was associated with lower life satisfaction, poor mental health and elevated level of depressivity. All this associations were more pronounced in women. The scores on scales in Eating Disorder Inventory showed higher risk for problematic eating behaviour in females highly dissatisfied with their body.

**Key words:** body dissatisfaction, gender differences

## Úvod

Vnímání a prožívání těla je psychologický fenomén ovlivněný sociálními a kulturními faktory, hlavně prezentovanými mediálními obrazy ideálního ženského a mužského těla. Při vnímání, prožívání, hodnocení těla i jeho částí zohledňujeme vlastní zkušenosti, přání, očekávání své i sociálního okolí a svět kolem sebe. Vlastní tělo a jeho proporce porovnáváme s jinými a posuzujeme je v rámci existujících stereotypů ženskosti, mužnosti, krásy a zdraví, ale i ve vztahu k neustále aktualizovaným mediálním obrazům (Krch,1999). V západních zemích s dostatkem, resp. nadbytkem potravin, dochází k idealizaci štíhlosti. Štíhlost (nežřídka až vyhublost u žen, u mužů štíhlé, svalnaté, vypracované tělo) je považována za fyzicky atraktivní a je asociována se zdravím, úspěchem, spokojeností, společenskou žádoucností, mladistvostí, elegancí, silnou vůlí, sebekontrolou, elánem, výkonností. Nadváha naopak je vnímána a hodnocena jako fyzicky neatraktivní až hendikepující v mezilidských vztazích a je spojována s řadou negativních charakteristik - leností, pohodlností, nízkou výkonností, slabou vůlí a sebekontrolou, malým nasazením, pasivitou atd. Nejen v odborné literatuře, ale i v laické veřejnosti panuje všeobecná shoda v tom, že na ženy je v této oblasti vyvíjen větší společenský tlak než na muže, který je nutí naplnit očekávání - vyhovět všeobecně prosazovanému ideálu štíhlosti.

Spokojenost s vlastním tělem se tradičně studuje pomocí techniky siluety (Stunckard, Sorensen a Schulsinger, 1983; Fallon a Rozin, 1985; Thompson a Psaltis, 1988; Keeton, Cash, a Brown, 1990 a další). Tato, podle Groganové (2000) nejvíce používaná kvantitativní metoda, určující celkovou míru spokojenosti s váhou či velikostí těla, spočívá v předložení škály schema-

tických postav nebo siluet různých tělesných proporcí. Tyto identifikační figury jsou seřazeny od velmi hubené po velmi silnou. Jedinec je požádán, aby určil figuru, která odpovídá jeho současné a ideální tělesné velikosti. Diskrepance mezi těmito dvěma mírami je považována za míru nespokojenosti s vlastním tělem. K určení nespokojenosti s vlastním tělem se také užívá rozdíl mezi reálnou a ideální tělesnou hmotností (Silberstein a spol., 1988).

Jiným způsobem zjišťování spokojenosti s vlastním tělem jsou dotazníkové metody, které se většinou orientují na širší pojetí subjektivní komponenty. Další možností jak zjišťovat subjektivní komponentu body image je forma interview, která zde nebyla použita vzhledem k velkému množství respondentů.

## Cíl

Cílem práce je sledování rozdílů v preferenci štíhlosti mezi mladými muži a ženami neklinické populace.

## Soubor

Výzkumný vzorek tvořilo 1232 osob – vysokoškolských studentů (44 % mužů) průměrný věk byl 21,6 let ( $\bar{I}1,9$ ). Výzkum probíhal formou anonymního dotazníkového šetření v 6 univerzitních městech Čech a Moravy (Praha, Brno, Ostrava, Olomouc, Plzeň, Hradec Králové), celkem na 13 univerzitách. Jednalo se o studenty těchto směrů studia (údaj v závorce udává procento respondentů z celkového počtu: lékařství (10,2 %), přírodní a zemědělské vědy (15 %), technické vědy (23,5 %) a společenské vědy, včetně ekonomických oborů (51,1 %). Rozložení studentů podle pohlaví se lišilo v závislosti na směru studia.

## Metoda

Studenti vyplňovali rozsáhlý strukturovaný dotazník (249 položek), pokrývající oblast: životního stylu (zájmová orientace, jídelní zvyklosti, rizikové chování), spokojenosti s tělem, duševního zdraví (životní spokojenost, míra depresivity, resilience ke stresu), adaptace (osobní, rodinné a partnerské), základní demografické a sociální proměnné. Ke sledování spokojenosti s tělem jsme použili techniku siluet a dotazníkovou metodu – subškály z Eating Disorder Inventory (Garner, Polivy a Olmstead, 1983): 1. Drive for Thinness – touha být štíhlý. Tato subškála označuje excesivní soustředění na dietu, nadměrné zabývání se váhou, redukcí váhy, extrémní usilování o štíhlost. 2. Bulimia – bulimie. 3. Body Dissatisfaction – škála nespokojenosti s tělem. Respondenti měli vybrat siluetu: 1. která se nejvíce podobá vlastní postavě; 2. kterou by chtěl/a mít a 3. kterou považuje za nejatraktivnější pro opačné pohlaví.

## Výsledky

Respondenti mají průměrný BMI v normě muži 23,2 ( $\pm 2,9$ ), ženy 21,1 ( $\pm 2,6$ ). Naši studenti i studentky nejčastěji volí jako nejvíce podobnou své postavě siluetu 5 (ženy ve 28 %; muži 28,6 %), siluetu 4 (ženy 23,9 %; muži 22,4 %), dále se již projevují očekávané rozdíly podle pohlaví u silnější siluetu 6 (ženy 17,1 %; ale muži 24,3 %). Následně jsme u našich respondentů sledovali výraznou nespokojenost s tělem, kterou jsme vymezili jako + či – rozdíl 2 a více figur mezi stávající a ideální postavou. V tabulkách 1 a 2 jsou zobrazeny statisticky významné ( $p < 0,001$ ) rozdíly ve vztahu k pohlaví respondentů. Výrazně štíhlejší chtějí být ženy (i když mají průměrný BMI v normě 23,1, a to ve 32,1 % případů) než muži (průměrný BMI v pásmu nadváhy, ale přesto jen v 6,2 % případů). V zásadě tělesnou spokojenost (shoda či rozdíl  $\pm$  jedné figury mezi stávající a ideální postavou) udává 84,2 % mužů a méně žen (66,9 %). Výrazně silnější chtějí být prakticky jen muži v 9,6 % případů při BMI 19,9. Podobné rozdíly ve vztahu k pohlaví se ukázaly i ve škálách EDI (tab. 3). Ženy dosahují vyšších skóre ve všech subškálách a ve všech pásmech kromě jediného než muži. Skór nabývá tím vyšších hodnot (ve směru rizikovosti), čím menší je tělesná spokojenost respondentů, resp. čím více chce být respondent/ka štíhlejší. Tento trend je nejvýraznější u žen ve škále Body Dissatisfaction – škála nespokojenosti s tělem.

**Tab. 1.** Rozdíly mezi percipovanou a ideální postavou ve vztahu k pohlaví respondentů.

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
„Chce být <b>štíhlejší</b> “ (rozdíl -2 a více)	6,2 %	32,1 %
Shoda (rozdíl +/- 1)	84,2 %	66,9 %
„Chce být <b>silnější</b> “ (rozdíl +2)	9,6 %	1,0 %

**Tab. 2.** Percipovaná versus ideální postava a BMI (průměr a SD).

<b>Průměrný BMI</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
	23,2 (2,9)	21,1 (2,6)
„Chce být <b>štíhlejší</b> “		
(rozdíl -2 a více)	27,7 (4,4)	23,1 (3,1)
Shoda (rozdíl +/- 1)	23,2 (2,3)	20,2 (1,8)
„Chce být <b>silnější</b> “		
(rozdíl +2)	19,9 (1,8)	19,2 (1,5)

**Tab. 3.** Průměrné hodnoty na škálách EDI.

Škála EDI	Štíhlejší (rozdíl -2)	Shoda (rozdíl +/- 1)	Silnější (rozdíl +2)
<b>DT</b> Muži	<b>2,1</b>	0,9	0,3
Ženy	<b>5,5</b>	1,8	1,0
<b>BUL</b> Muži/ns	<b>0,6</b>	0,7	0,7
Ženy	<b>1,4</b>	0,6	0,9
<b>BD</b> Muži	<b>10,8</b>	5,1	5,5
Ženy	<b>13,3</b>	5,8	4,3

**DT** - touha po štíhlosti, **BUL** - bulimie, **BD** - nespokojenost s tělem a míra spokojenosti s tělem

## Závěr

Byly nalezeny vysoce signifikantní rozdíly v tělesné spokojenosti v závislosti na pohlaví. Při porovnání percipované versus ideální postavy byla plná shoda nalezena jen u pětiny žen, ale u třetiny mužů (21,6 %, ale u 33,2 % mužů). U žen byla výrazná nespokojenost s tělem deklarována navzdory BMI v pásmu normy (23,2). V silně vyjádřené nespokojenosti s vlastním tělem jsme zjistili výrazné rozdíly v závislosti na pohlaví, 33 % nespokojených mezi ženami a 16 % mezi muži, přičemž více studentů chtělo výrazně přibrat než zhubnout. (9,6 % x 6,2 %). Nespokojenost s tělem měla na ukazatele duševního stavu podobný efekt: nižší úroveň životní spokojenosti, horší duševní zdraví, vyšší míra depresivity (u žen). Hodnoty na škálách EDI naznačují vyšší míru vzniku rizikového jídelního chování u žen, které udávají větší rozpor v percepce vlastní postavy versus ideální.

*Práce vznikla za podpory grantu 406/04/1202.*

## Literatura u autorů.

\* \* \*

## Vývoj vztahu k tělesným rozměrům u předškolních dětí

Development of Attitude toward Body Size in Preschool Children

**Fraňková S.**

*Filozofická fakulta UK, katedra psychologie, Praha*

**Souhrn:** Schopnost vnímat, chápat a posuzovat rozměry vlastního těla u dětí a dospělých byla zkoumána u jedinců 3,5 a 6 let. Byly jim předloženy postavy dívek, chlapců a dospělých žen a mužů s různými tělesnými rozměry, aby se k postavám vyjádřili, vybrali jednu postavu jako přítele, s jednou se identifikovat a našli mezi figurami matku/otce.

*Klíčová slova:* vnímání vlastního těla, předškolní děti

**Summary:** The ability to perceive, to understand and to evaluate body size of children and adults was investigated in subjects aged 3.5 to 6 years. Figures of girls, boys, adult women and men with different body size were presented. Children had to express their meaning concerning body size of the figures, to select one as a "friend", to identify themselves with one figure, to try to find the model similar to body size of their mother/father, etc. Ontogenetical and gender characteristics were found in the preference for body size both of children and adults. Gender difference was found in the preferred body size, in the perception of mother's and father's body size. Aversion to models of obese children and critical evaluation of obese figures appeared already as in children before the 4th year of age.

*Key words:* attitude toward body size, preschool children

## Úvod

Předškolní věk je důležitým obdobím formování osobnosti. Postoje vůči tělesným rozměrům a prožívání vlastního těla se utvářejí dlouho před nástupem do základní školy. Představy o správných proporcích mohou mít vliv na upevňování jídelních zvyklostí, postojů k jídlu i na hodnocení vlastních kvalit a na vztah vůči vrstevníkům či dospělým. Přesto je tomuto období věnováno relativně méně pozornosti v souvislosti s genezí pozdějších zdravotních obtíží. V současné době je pozoruhodný zejména nárůst obezity u dětí. Je spojen s mnoha problémy, jež mohou začínat podstatně dříve než se projeví zjevný negativní dopad na fyzické či psychické zdraví.

Zajímalo nás, jak se utváří schopnost vnímat tělesné rozměry, jak jsou hodnoceny u vrstevníků stejného a opačného pohlaví, jak děti vnímají tělesné rozměry svých rodičů, jaké proporce preferují či odmítají. Formou pohovoru, hrou a kresbou jsme zjišťovali, jaké by si volily kamarády, vůči jakým proporcím mají averzi, jak by chtěly vypadat v dospělosti.

Provedli jsme výzkum u 546 předškolních dětí ve věku od 3 1/2 do 6 let. Dívky si měly nejprve vybarvit obrázek jedné panenky (chlapci panáčka) spontánně zvolené z nabídky hubené, středně silné nebo otlé figury. Poté vybíraly z obrázků od hubených po obézní „kamarádku“ a „kamaráda,“ vyjadřovaly k nim svůj vztah. Zaznamenávali jsme schopnost diferencovat mezi tělesnými rozměry, preferenci či averzi určitého tělesného schématu, vztah k vnímaným rozměrům rodičů, představu o vlastních budoucích rozměrech v dospělosti, registrovali jsme spontánní verbální výpovědi. Získaná data byla doplněna výpověďmi rodičů, získanými formou dotazníku.

## Výsledky

### 1. Ontogenetické trendy

Zjistili jsme, že již děti mladší čtyř let byly schopny rozpoznat rozdíly mezi modely panenek (panáčků) lišícími se tělesnými proporcemi. Chápání rozdílů mezi figurami různé tělesné stavby se s věkem zpřesňuje. Nejmladší děti ještě nebyly schopny vždy vyjádřit verbálně tyto rozdíly. Např. místo „hubená (štíhlá) a silná (tlustá)“ říkaly některé dívky „malá a velká“, chlapci hodnotili rozměry panáčků podle svalů, nevnímali rozdíly mezi celkovými rozměry.

### 2. Preference tělesných rozměrů a vztah k opačnému pohlaví

U dívek přibývá s věkem obliba štíhlé (ne však hubené) figury „kamarádky“. Žádná 5-6letá dívka si nevolila za kamarádku figuru představující obézní postavu. Také u chlapců se projevila tendence k poklesu preference silného či otlého „kamaráda“; vývojový trend směřuje k preferenci středních proporcí. Téměř 70 % šestiletých chlapců volilo štíhlou a prostřední figuru, i když někteří volili za „kamarády“ i modely silnějších proporcí. Co se týká preference opačného pohlaví, u dívek je



od nejnižšího věku preference silného chlapceka ojedinělá, narůstá preference figury chlapce středních proporcí. U chlapců přibývá s věkem obliba dívky střední postavy, obliba nejsilnější postavy klesá k nule u šestileté skupiny. Logicky je averze dětí vůči nejsilnější postavě opačného pohlaví evidentní již u nejnižší věkové skupiny. Ani jedna dívka ve věku 5–6 let nehodnotila pozitivně figuru silného chlapceka. Averze vůči štíhlému či střednímu modelu byly málo četné u chlapců i u dívek.

### 3. Vztah k tělesným proporcím rodičů

U chlapců převládá představa proporcí otce jako postavy středních rozměrů (bez ohledu na jeho skutečné tělesné rozměry, uvedené v dotazníku). Větší procento hochů si přálo mít stejné proporce jako jejich otec. Dívky vnímaly matku často jako silnější, než byla ve skutečnosti.

### 4. Představa vlastních budoucích rozměrů

Dívky dávaly přednost modelu vysloveně hubené ženy, preference klesaly s proporcemi modelu. U chlapců byla nejčastější volba středně silné postavy, častěji se však vyskytl i výběr silného či vysloveně obézního muže.

Z výzkumu vyplynuly poznatky, jež upozorňují na určitá rizika předškolního věku ve vztahu k tělesnému schématu. Negativní vztah k obezitě a kritické hodnocení tělesných rozměrů stejného i opačného pohlaví začíná již v časném předškolním věku. Otázkou zůstává, co se děje po nástupu do základní školy, kde může zvyšovat kritické hodnocení tělesné hmotnosti. Dítě čeká mnohem více vyhraněný postoj vrstevníků. To může předznamenat nástup problémů souvisejících s tělesnou stavbou jak ve směru k obezitě, tak k záměrné redukci příjmu potravy se známými důsledky vedoucími až k mentální anorexii. Výzkum naznačil, že preventivní programy zaměřené na fyzickou a psychickou komponentu obezity i dalších poruch výživy by se měly koncentrovat již na předškolní věk, speciální pozornost by se měla věnovat období přechodu do základní školy.

*Grant GAČR č. 406/05/24821 „Vývoj osobnosti a psychologické problémy českých dětí s poruchami výživy“. Výzkumný záměr MŠMTV 0021620841 „Rozvoj české společnosti v EU: Výzvy a rizika“.*



## Mortalita a morbidita u pacientek s PPP

### Mortality and Morbidity in the Patients with Eating Disorders

**Stárková L.**

*Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc*

**Souhrn:** Proč pacientky s PPP umírají? Jaké jsou příčiny jejich náhlé smrti? Sdělení vychází z některých

nedávných souhrnných prací publikovaných v zahraničí a uvádí stručné kazuistiky, které ukazují skrytou tvář těchto závažných nemocí – tvář, o níž se běžně na konferencích nehovoří.

*Klíčová slova:* mortalita, morbidita, poruchy příjmu potravy

**Summary:** Why do the eating disordered patients die? What are the causes of their sudden deaths? The presentation is based on recent comprehensive works published abroad and presents several short case reports which shows us the covered face of these serious disorders – the face, which has not been often discussed at conferences.

*Key words:* mortality, morbidity, eating disorders

Poruchy příjmu potravy jsou závažné a život ohrožující nemoci. Mezinárodní manuál DSM IV uvádí, že je mortalita u mentální anorexie více než 10%. Smrt bývá obvykle v důsledku hladovění, sebevraždy, nebo v důsledku metabolického rozvratu.

Údaje standardizované mortality v různých studiích kolísají, přesto se však práce shodují v tom, že je úmrtnost pacientek v důsledku mentální anorexie vyšší než úmrtnost v běžné populaci. Výsledky studie, která hodnotila průběh nemoci po 10 letech jejího trvání prokázaly, že se zhruba 1/2 pacientek uzdraví, 1/4 zlepší, a 1/4 pacientek má chronický průběh nemoci. V poslední skupině jsou zařazeny ty pacientky, které v souvislosti s nemocí umírají. Procento zjištěné mortality je v dostupných analýzách různé a koreluje s faktory, jako je věk, závažnost stavu, doba sledování, ale také typ použitého diagnostického manuálu, neboť DSM-III a DSM-IV se v kapitole poruch příjmu potravy liší.

Většina prací zcela pochopitelně věnuje pozornost především smrti spojené s mentální anorexií. Závažný somatický stav, ve kterém pacientky často dlouhodobě setrvávají, je přímo ohrožuje na životě. Většinou se předpokládá, že je příčinou smrti zejména kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhlé komorové tachykardie. Bezprostřední příčina smrti ale nemusí být vždy jasná. Proto se někteří autoři snaží cestou retrospektivní analýzy dat odhalit příčiny, které u pacientek s poruchou příjmu potravy způsobily smrt.

Metaanalýza publikovaných studií prokázala, že je nejčastější příčinou smrti sebevražda. Vzhledem k tomu, že se depresivní porucha vyskytuje až u 65 % pacientek, údaje o sebevraždách nás asi nepřekvapují. Další práce zjistily, že byla příčinou smrti pneumonie, hepatitida, ale i trombembolická příhoda atd. Morbidita nemocných je rozsáhlá a somatické komplikace u pacientek s poruchou příjmu potravy vyplňují dlouhé seznamy.

Kazuistiky, které byly uveřejněny v posledních letech v mezinárodních časopisech, přinesly někte-

rá překvapivá zjištění. Za úmrtím pacientky se mohou skrývat různé závažné komplikace, které nebyly v klinickém obrazu patrné.

Publikace o poruchách příjmu potravy uvádějí, že mentální bulimie není spojena s tak vysokou mortalitou. Tato informace nás může svádět k představě, že je mentální bulimie benigní záležitostí. Je potřeba zdůraznit, že rovněž pacientky trpící mentální bulimií, umírají. Ne vždy umírají v důsledku sebevražedného jednání, jak se obecně soudí. Sdělení upozorní také na smrtelné komplikace, které souvisely s bulimickým chováním a jejichž obraz zachytily některé publikované kazuistiky.

Život ohrožující komplikace mohou probíhat pod vlivem přítomné poruchy příjmu potravy atypicky. Zvláštnosti průběhu některých somatických komplikací, jak vyplynulo z kazuistických sdělení, mohou být určitým varováním. Vzhledem ke zvýšené incidenci poruch příjmu potravy se zdá být naprostou nutností upozornit na skrytou tvář těchto nemocí, kterou poodhalí až smrt.

**Závěr:** Vzhledem k tomu, že je kolem náhlých úmrtí pacientek s mentální anorexií ještě hodně nejasného, poučení, které přinášejí publikované zprávy, může rozšířit naše poznání a může přispět k časně diagnostice závažných, život ohrožujících komplikací u našich pacientek.



## Úloha leptinu v lidské reprodukci

### Role of Leptin in Human Reproduction

**Pilka L.<sup>1</sup>, Rumpík D.<sup>1</sup>, Pilka R.<sup>2</sup>,  
Rumpíková T.<sup>1</sup>**

*Klinika reprodukční medicíny a gynekologie, Zlín<sup>1</sup>  
Klinika gynekologie a porodnictví, Olomouc<sup>2</sup>*

**Souhrn:** Nedávný výzkum ukázal, že leptin hraje integrální roli v normální fyziologii reprodukčního systému s komplexními interakcemi na všech úrovních hypotalamo-hypofyzárně-gonadální osy. Observační studie ukázaly, že stavy spojené s nadbytkem, deficitem nebo rezistencí na leptin mohou být spojovány s abnormálními reprodukčními funkcemi. Jsou očekávány další intervenční studie zahrnující podávání leptinu, které by mohly objasnit komplexnost těchto vztahů a potenciálně poskytnout nové a lepší strategie pro řešení těchto klinických syndromů.

**Klíčová slova:** leptin, reprodukce, hypotalamo-hypofyzární-gonadální osa

**Summary:** Leptin may act as the critical link between adipose tissue and the reproductive system, indicating whether adequate energy reserves are present for normal reproductive function. Future interventional studies involving leptin administration are expected to further clarify this role of leptin and may provide new therapeutic options for the productive dysfunction associated

with states of relative leptin deficiency or resistance.

**Key words:** leptin, reproduction, hypothalamic-pituitary-gonadal axis

Leptin je hormon secernovaný adipocyty. Byl objeven při klonování genu obezity (ob) a byl původně považovaný za anti-obézní hormon. Rozsáhlý výzkum během posledních 7 let prokázal, že leptin je nejenom základním informačním zdrojem pro mozek o množství skladované energie v těle, ale je také zásadním hormonem /cytokinem pro řadu nejrůznějších fyziologických pochodů jako např. zánět, angiogeneze, hematopoéza, funkce imunitního systému a především reprodukce.

Receptory leptinu (Ob-Rs) byly identifikovány v hypotalamu, gonadotropních buňkách hypofýzy, granulozových, tekálních a intersticiálních buňkách ovaria, endometriu a Leydigových buňkách. Tato multifokální exprese leptinu, stejně jako přítomnost Ob-Rs na všech úrovních hypotalamo-hypofyzární-gonadální osy znamená, že regulace reprodukce výživou/leptinem představuje složitou síť interakcí na mnoha úrovních s výslednou regulací hypotalamo-hypofyzární-gonadální osy parakrinním a/nebo endokrinním způsobem. Exprese genu pro leptin je regulována řadou hormonů, růstových faktorů a cytokinů. Estrogeny indukují, zatímco androgeny potlačují produkci leptinu, což vysvětluje sexuální dimorfismus v sérových hladinách leptinu.

Vzhledem k důkazům o stimulačních efektech leptinu na reprodukční funkce v úrovni hypotalamo-hypofyzární, je lákavé pokusit se spekulovat, že leptin má bimodální akci na hypotalamo-hypofyzárně-gonadální osu v závislosti na úrovni sérových hladin. Přesněji řečeno, nedostatek leptinu má za výsledek dysfunkci hypotalamo-hypofyzárně-gonadální osy a podávání nízkých dávek leptinu může mít pozitivní, prahový efekt na centrální struktury, které regulují sekreci gonadotropinů při nízkých hladinách leptinu, tak jak je možné pozorovat při hladovění nebo poruchách příjmu potravy. Naproti tomu vysoké sérové hladiny leptinu mohou mít inhibiční vliv na gonády, jak je možné vidět u obézních lidí. Toto může vysvětlovat poruchy reprodukce, které vidíme u stavů jak s deficiencí, tak přebytkem leptinu.

Zásadní klinický význam má úloha leptinu při jednom z důležitých onemocnění mladého věku, tj. anorexia nervosa (AN), při níž je amenorea, která je spojena s tím, jak pacientky postupně ubývají na váze. U AN je amenorea převážně hypotalamického původu a když hmotnost poklesne pod prahovou hodnotu cca 70 % celkové tělesné váhy, jsou poruchy reprodukce doprovázeny změnami u řady endokrinních oblastí. Sérové hladiny leptinu u pacientek s AN jsou signifikantně nižší než u zdravých kontrol s normální hmotností, ale koreluje s hmotností a procentem tělního tuku. Zvýšené hladiny leptinu v odpovědi na dietní opatření

a příslušnou léčbu korelují signifikantně se sérovým LH a FSH, což znamená, že vzestup sérových hladin leptinu, sekundárně po nárůstu tělesné hmotnosti, může aktivovat hypotalamo-hypofyzárně-gonadální osu. Leptin tak může být nezbytným, ale ne dostatečným signálem pro znovunastartování menzes u AN. Například úprava hmotnosti u pacientek s AN není vždy spojena s úpravou menstruace a často není rozdíl v sérových hladinách leptinu mezi ženami s amenoreou a normální menstruací při AN. To poukazuje na to, že i další endokrinní osy, včetně osy pro růstový hormon/IFG-I, by měly být normalizovány.

S poruchami reprodukce jsou spojeny nejen stavy hladovění, ale rovněž stav z opačné strany spektra – obezita. Tento fakt byl poprvé dokumentován na zvířecích modelech obezity, kde je leptinový systém primárně defektní, ať už v důsledku jeho deficitu (ob kock-out myši), rezistence na leptin ve spojení s vysokými sériovými hladinami leptinu nebo v extrémně vzácných případech inaktivních mutací receptoru pro leptin. Zajímavé je, že indukce hyperleptinémie bez návaznosti na leptinovou rezistenci indukovanou obezitou může vést k pozdním poruchám reprodukčních funkcí u transgenních myši. Podobně obézní lidé, kteří mají mutace genu pro leptin, nebo genu pro leptinový receptor, vykazují rovněž poruchy reprodukce. S výjimkou těchto vzácných případů je lidská obezita důsledkem rezistence na leptin, ať už při down-regulaci receptorů nebo postreceptorových defektů spíše než při deficienci leptinu. Bylo pozorováno, že u obézních děvčat nastává menarche dříve než u děvčat s normální váhou, což je v souladu s Frischovou a Revelleho hypotézou kritické hmotnosti a hypotézou, že narůstající hladiny leptinu přispívají k zahájení puberty. Bylo rovněž ukázáno, že narůstající obezita je spojena s narůstajícím počtem anovulačních cyklů a že obézní ženy mají zvýšený počet atretických foliklů. Tyto nálezy jsou konzistentní s přímým inhibičním působením vysokých hladin leptinu na ovariální steroidogenezi vedoucí k neefektivnímu zrání foliklů. Je tak možné zvažovat, že vysoké sérové hladiny leptinu u obézních žen mohou přispívat k reprodukční funkci nebo dysfunkci na různých úrovních hypotalamo-hypofyzárně-gonadální osy.

Na závěr chci reprodukovat z literatury převzatou tabulku (Pasquali, Maturitas, 200)

### Negativní vliv obezity na fertilitu obézních žen (vlevo) a obézních mužů (vpravo).

Obézní ženy	Obézní muži
Předčasné menarche	Hypotestosteronémie
Poruchy menstruace (oligo-amenorea)	Hypogonadotropní hypogonálníismus (u masivní obezity)

Chronická oligo nebo anovulace  
Relativní hyperandrogenní stavy  
Patofyziologická implikace v PCO  
Zvýšené riziko potratů  
Snížená úspěšnost otěhotnění po technikách asistované reprodukce  
Zvýšené riziko morbidity v těhotenství  
Předčasné porody a zvýšené riziko fetální morbidity a mortality

Erektivní dysfunkce  
Zhoršená spermatogeneze (vzácné)

### Literatura

1. **Ferdorscák, P., Olav, P., Storeng, R. et al.:** Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. *Hum. Reprod.*, 19, 2004, pp. 2523-2528.
2. **Pasquali, R.:** Obesity and androgens: fact and perspectives. *Fertil. Steril.*, 86, 2006, pp. 1319-1339.
3. **Trieck, R. E., Revelle, R.:** Height and weight at menarche and a hypothesis of menarche. *Arch. Dis. Child*, 46, 1971, pp. 695-701.



### Poruchy příjmu jídla v útlém dětství

#### Eating Disorders in Early Childhood

**Koutek J., Kocourková J.**

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

**Souhrn:** Autoři se zabývají specifickými charakteristikami poruch příjmu potravy v raném dětství. Tento věk může být spojen s poruchou krmení a neprospíváním. Dalšími jídelními obtížemi jsou ruminace a pika. Poruchy příjmu potravy v raném dětství představují závažnou komplikaci vývojového procesu na rovině biologické i psychosociální.

*Klíčová slova:* rané dětství

**Summary:** Authors deal with specific characteristics of eating disorders in early childhood. This age can be connected with feeding disorder and failure to thrive. The other eating problems are rumination and pica. Eating disorders in infancy and early childhood represent serious challenge to the developmental process both at the biological and psychosocial level.

*Key words:* childhood

Termín porucha příjmu potravy je nejčastěji spojován s mentální anorexií a mentální bulimií v adolescenci a mladé dospělosti. Tyto poruchy se

však vyskytují i v mladším školním věku, a často vykazují podobné charakteristiky jako toto onemocnění v dospělosti. V raném dětství se však vyskytují specifické poruchy v příjmu jídla, které závažným způsobem zasahují do vývoje dítěte. Příjem potravy je jedním ze základních projevů každého živého organismu. U člověka je spojen s uvědomovanými pocity libosti. Ačkoliv PPP obecně narušují významně vztahy nemocného s blízkými osobami, v raném dětství problémy v jídle zasahují do základních vztahů dítěte s bazální vztahovou osobou, nejčastěji matkou. V tomto období matka a dítě tvoří vztahovou dyádu, vytváří se základní vztahová vazba podle Bowlbyho. Pokud v tomto období probíhá příjem potravy u dítěte problematicky, reagují matky úzkostí, a tím zpětně působí na dítě a komplikují u něj příjem jídla. Literatura hovoří o poruchách krmení a poruchách příjmu potravy v raném věku. Dalším pojmem je neprospívání, které je spíše pediatrickou diagnózou a popisuje kromě poruchy tělesného vývoje též opoždění vývoje psychického a motorického.

Poruchy krmení jsou dle DSM IV charakterizovány obtížemi v přiměřeném příjmu potravy se signifikantním váhovým neprospíváním nebo úbytkem hmotnosti po dobu minimálně jednoho měsíce. Tyto příznaky nejsou spojené s onemocněním gastrointestinálního traktu nebo s celkovým zdravotním stavem, (zmiňován je například esofageální reflux), a jídelní problémy nejsou vysvětlitelné jinou duševní poruchou. Začátek je před 6. rokem věku. Chatoor (1984) uvádí tři stadia vývoje krmení, stadium homeostázy, vztahové vazby a separace. V každé z těchto etap lze zjistit adaptivní nebo maladaptivní chování dítěte i matky.

Porucha krmení ve stadiu homeostázy začíná v prvních měsících života, přítomny jsou obtíže v nastolení pravidelného, klidného krmení a při nedostatečné výživě dochází u dítěte k nízkému přírůstku hmotnosti či její stagnaci (neprospívání). Dítě je zvýšeně vzrušivé, snadno unavitelné a spavé. U matky se objevuje úzkost a deprese, případně další psychopatologické projevy, které komplikují matce navodit klidné, úspěšné krmení. Případně organické problémy nevysvětlují dostatečně obtíže při krmení.

Porucha krmení ve stadiu vztahové vazby obvykle začíná mezi 2. a 8. měsícem, je charakterizována nedostatkem spojení a spolupráce mezi dítětem a matkou. Matky často popírají, že by dítě mělo nějaký problém v krmení. Dítě vykazuje nedostatek věku přiměřeného sociálního chování, jako je oční kontakt, reakce na verbální podněty apod. U matek můžeme zjistit akutní nebo chronickou depresi, poruchu osobnosti, požívání drog či abusus alkoholu.

Porucha krmení ve stadiu separace, kterou Chatoor označuje jako infantilní anorexii, obvykle začíná mezi 6. měsícem a 3. rokem věku, nejčastěji mezi 9.-18. měsícem, v období, kdy dítě začíná

samostatně jíst. Tato porucha je charakterizována odmítáním jídla ze strany dítěte, což vede k vzestupu úzkosti u rodičů. Dochází ke konfliktům ve vztahu mezi dítětem a matkou. Obvykle nejhorší situace nastává ve chvíli, kdy je dítě krmeno matkou. Odmítání jídla může vést k nedostatečné výživě a stagnaci váhy na nižší úrovni. Rodiče mají obavu z toho, že by dítě mohlo z hladovění až zemřít. Úzkost rodičů a frustrace pak vede často k tomu, že dítě je nuceno do jídla, rodiče se snaží využít každé příležitosti, krmí dítě při hře, při sledování televize, popřípadě je násilně nutí k jídlu podle hodin.

Posttraumatická porucha krmení se může objevit v jakémkoliv stadiu vývoje. Je pro ni typické částečné nebo úplné odmítání jídla. Začátek odmítání jídla často následuje po epizodě dušení, zvracení nebo po medicínských procedurách v oblasti oropharyngu. Dítě spojuje krmení s bolestí, což vede k tomu, že na jídlo reaguje křikem, dušením nebo zvracením. I tato porucha vede k úzkosti rodičů a jejich výrazné frustraci, rodiče se snaží dítě k jídlu donutit, to dále komplikuje situaci.

MKN 10 pod diagnózou Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku zahrnuje pod tento pojem odmítání jídla a mimořádnou vybíravost při přiměřeném podávání jídla rodiči, kteří nevykazují žádnou psychopatologii. Není přítomna organická příčina obtíží. Může, ale nemusí být přítomna ruminace.

Ruminace je spojena s opakovanou regurgitací, při které však není přítomna nauzea. Se symptomy ruminace se lze setkat zejména u kojenců, někdy i v batolecím, případně pozdějším věku. Může se též objevit v rámci mentální retardace.

Další poruchu příjmu jídla v tomto věku představuje pika. Jde o požívání nestrávitelných látek, které nejsou jinak k jídlu určeny. Může jít o hlínu, barviva, odpadky, písek, vlasy atd. Bývá spojena s deprivacími fenomény a častěji s nižší sociokulturní úrovní rodiny. Může se objevit jak v rámci širší psychiatrické poruchy, (autismus, mentální retardace, psychotické onemocnění), tak i jako izolovaný příznak. Dítě tak může reagovat na rozvodovou situaci rodičů, zanedbávání či týrání.

Jako další poruchy jídla u dětí nízkého věku jsou popisovány emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu, syndrom vybíravosti v jídle a syndrom pervazivního odmítání.

Sdělení je doplněno kazuistickou ukázkou.

## Zásady autoregulačního režimu v ambulanci dětské obezitologické ambulance

Obesity Management in the Outpatient Clinic

**Marinov Z., Tláškal P., Nesrstová M., Zemková D., Tomášková B.**

*Dětská poliklinika FN Motol, Praha*

**Souhrn:** Obezitologická ambulance dětské polikliniky FNM je určená pro děti od tří let věku s nadváhou a polygenně vázanou nadváhou a obezitou I. a II. stupně. Obezita je především produktem rodinného životního stylu. Rodinný životní styl selhává a je faktickým producentem obézního dítěte. Práce obezitologické ambulance stojí na principu formování nového životního stylu rodiny dle programového protokolu. Program je postaven na jednoduchých a obecně srozumitelných režimových, dietologických a pohybových zásadách. Základem je inteligentní dieta s autoregulačními prvky. Rovnováha energetického příjmu a výdeje samotná vede k normalizaci hmotnosti v střednědobém časovém horizontu na podkladě dynamického růstu dítěte. Cílem je, aby se rodina sama stala šířitelem racionálního životního stylu pro své okolí.

*Klíčová slova:* obezitologická ambulance pro děti, životní styl rodiny

**Summary:** Obesity outpatient children clinic in FNM is focused on treatment of children from age of 3 till 18 years old with genetically linked overweight and obesity I. and II. degree.

Obesity is a result of present postindustrial lifestyle. Family lifestyle is usually insufficient in respect to healthy eating and physical activity. Obese children are result of it@insufficiency. The aim of treatment of obesity clinic is development of new principle of lifestyle based on protocols. Protocols are established on simple and generally understandable practices of regime, autoregulation diet and physical activity.

Recommendation is summarized in 8 points for each area. Compliance is followed up during monthly visits. 2 years program allows focus on the individual critical issues until new principles are incorporated. The aim of the diet and physical activity is to maintain or reduction of weight according to growth potential and BMI. Maintenance of weight within the 2 years program leads to reduction of BMI based on natural growth of children. Key success factor is implementation of changed practices of regime, autoregulation diet and physical activity by whole family.

*Key words:* obesity outpatient children, family life style

## Zdroj polygenně vázané obezity u dětí

Genetically Linked Obesity in Children

**Marinov Z.**

*Dětská poliklinika FN Motol, Praha*

**Souhrn:** V současné době jsme vystaveni epidemii obezity jako typicky civilizačního onemocnění. V ČR je na hranici žádoucí hmotnosti 50 % dospělé populace, 20 % obézních dospělých a 6 % obézních dětí. Charakteristikou a zároveň nejzávažnější klinickou formou je rozvoj metabolického syndromu.

U lidské rasy jsou zásoby tuku závislé na inzulinu. Současná populace je vystavena obezitogennímu prostředí. Obezita vzniká působením stresu z víze úspěchu, pohybové nouze a potravinového blahobytu. Selhává především životní styl rodiny. Přestože léčba obezity je velmi obtížná, je velmi snadná prevence na podkladě autoregulačních režimových opatření.

*Klíčová slova:* genetika, obezita, děti

**Summary:** We are facing the epidemic of obesity as result of present postindustrial lifestyle. In Czech Republic 50% of adults are above ideal weight, 20% of adults are obese and 6% of children are obese. Weight above ideal leads to development of metabolic syndrome which is the most serious complication of overweight and obesity. Current population is result of human evolution that has developed the effective metabolism prepared to survive under condition of limited food supply. The conditions have changed too quickly to allow adaptation to these conditions. Population in western industrial society is surrounded by obesitology environment. Obesity is outcome of stress caused by vision of success, lack of physical activity and surplus of food. Family lifestyle supports dysbalance of insufficient physical activity and increased food income. Treatment of obesity is difficult due to the fact that requires the change of preferred lifestyle of individual for the rest of the life. Contrary prevention of obesity is much easier by supporting the healthy habits and eradication of unhealthy ones.

*Key words:* genetics, obesity, children

\* \* \*

## Léčba poruch příjmu potravy na Dětském oddělení Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod

Treatment of Eating Disorders at the Child Department of Psychiatric Hospital in Havlíčkův Brod

**Čihák F., Dohnalová J.**

*Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod*

**Souhrn:** Na dětském oddělení PL Havlíčkův Brod se léčí děti s PPP společně s ostatními pacienty v léčebně

výchovném komunitním režimu. Jedí pod dohledem sestry, dávky jídla postupně zvyšujeme. Podrobují se individuální psychoterapii, po vymizení bradykardie a hypotermie posilují svalstvo. Motivací pro zvyšování váhy je možnost kontaktu s rodinou, který při nespolupráci omezujeme. Farmakoterapie je jen podpůrná, pobyt trvá 2-5 měsíců, výsledky jsou uspokojivé.

*Klíčová slova:* léčba poruchy příjmu potravy, dětské oddělení psychiatrické léčebny

**Summary:** We take care of children with eating disorders, using the community system, in the child department of Psychiatric Hospital in Havlíckuv Brod. The therapeutic team consists of psychiatrists, psychologists, therapists and nurses. Nurses look after the eating habits of the children with eating disorders. The doses of meal slowly increase by degrees. The children participate both in an individual and group psychotherapy. After the elimination of usual cardiac and hypothermic symptoms, children are lead to some reasonable quantity of muscular training. The possibility of the physical contact with the family members of the child is supposed to be the best motivation. The children with eating disorders are not allowed to meet their parents when they do not cooperate in the therapeutic programme. We consider the medical treatment only as supportive. The length of in-patient treatment of the children with eating disorders usually ranges from 2 to 5 months. So far, the therapeutic results are satisfactory.

*Key words:* therapy eating disorders, child department of psychiatric hospital

Dětské oddělení PL Havlíčkův Brod má 34 lůžek určených pro léčení celého spektra duševních poruch dětí obojího pohlaví od předškolního věku do 18 let a pracuje na principu léčebné komunity s léčebně výchovným režimem. Léčebný tým tvoří primář, dvě lékařky, dvě psychologičky, sestra pro sociální službu, dvě ergoterapeutky, logopedka a zejména 17 středně zdravotnických pracovníků pod vedením staniční sestry.

Děti s PPP jsou přijímány na doporučení dětského psychiatra, psychologa, dětského lékaře nebo překládány přímo z dětského oddělení nemocnice, vždy až po vyloučení somatické příčiny kachektizace. Po přijetí přesto provádíme laboratorní screening a EKG, dále obligátně i EEG. Souhlas s hospitalizací podepisují rodiče, s nimiž vedeme podrobný anamnestický rozhovor a spolupracujeme s nimi v průběhu celé hospitalizace dítěte. Pobyt trvá tak dlouho, dokud není 3 týdny stabilizovaná dosažená cílová váha, většinou 2-5 měsíců. Cílovou váhu stanovujeme hned po přijetí – orientačně BMI 18,5, ale lépe podle auxologických grafů. Děti jsou zařazeny mezi ostatní pacienty do příslušné skupiny podle věku a pohlaví.

Motivací pro příjem potravy a zvyšování váhy je možnost kontaktu s rodinou. Při nespolupráci omezujeme i telefonické kontakty, první návštěva je po zvýšení váhy o 2 kg, první dovolenka až po zvýšení váhy o 4 kg, pak každé 2 kg.

Děti s PPP mají klidový režim, dokud se neupraví bradykardie a akrální hypotermie, potom jsou zařazeny do všech programů svojí skupiny, jedí však odděleně, pod přímým dohledem sestry, na jídlo mají maximálně 30 minut. Váží se každé ráno. Zpočátku dostávají poloviční porce, postupně dávky stravy zvyšujeme, přidáváme dávky hlavně ke svačinám a 2. večeři, přídavky dokupujeme z prostředků rodičů. Při nedostatečných váhových přírůstcích ordinujeme Nutridrink 1-2x denně.

Děti s PPP mají individuální psychoterapii, na oddělení jich nebývá nikdy více než 2-3, nemají tedy samostatný program, což považujeme za výhodu.

Při velké úzkostnosti či depresi ordinujeme hydroxizin, SSRI a někdy i antipsychotika, pro úpravu spánku mianserin. Velice se osvědčuje hipotermie. K normalizaci psychického stavu dětí s PPP dochází však až po dosažení eutrofie.

Snažíme se odpoutávat pozornost dětí s PPP od myšlenek na jídlo, kalorie a váhu, ale za manipulace s jídlem či odmítání jim udělujeme zápisy za porušení domácího řádu, naopak za dobrou spolupráci dostávají kladné body. Dětem po odeznění příznaků těžké malnutrice ordinujeme i fyzickou aktivitu a zejména rehabilitační a posilovací cviky na zádové svalstvo, běžně děti chodí do bazénu, na vycházky se skupinou, hrají míčové hry. Pokud se jedná o žáky základní školy, mají dopoledne 4 vyučovací hodiny ve škole, adolescenti s ukončenou základní školní docházkou tráví dopoledne v dílně ergoterapie a mají možnost samostudia.

Pro propuštění je důležité, zda nedochází k poklesu váhy na dovolenkách, poslední dovolenka je 5denní s docházkou do kmenové školy v místě bydliště. Děti propouštíme většinou bez psychofarmakoterapie.

Podle katamnestických šetření jsou velmi dobré dlouhodobé výsledky léčby dětí s PPP na našem oddělení.



## **Kazuistiky neslyšících pacientek s poruchou příjmu potravy**

### **Case Reports of Deaf Patients with Eating Disorders**

#### **Uhříková P.**

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

**Souhrn:** Autorka ve sdělení představí dvě kazuistiky pacientek s poruchou příjmu potravy a komorbidní těžkou vadou sluchu. Tato smyslová vada je závažnou překážkou verbální komunikace, na které je založena psychoterapeutická léčba.

*Klíčová slova:* těžká vada sluchu, porucha příjmu potravy, komunikace v terapii.

Summary: In her contribution, the author will present two case reports of patients suffering from eating disorder together with a serious hearing deficiency. This sensorial handicap represents a substantial block of verbal communication the psychotherapy is based on.

*Key words:* serious hearing deficiency, eating disorder, communication in the psychotherapy

## Úvod

Pro vzdělávání dětí se sluchovým postižením se stále hledají komunikační modely, které by vhodným přístupem zprostředkovaly vzdělání a informace. Dnes se využívá orální přístup, systém simultánní komunikace, totální komunikace a v posledních letech i bilingvální vzdělávání. V České republice se o něm začalo hovořit až v devadesátých letech v souvislosti s výzkumy českého znakového jazyka, které uznaly rovnoprávné postavení znakového jazyka jako přirozeného a mateřského jazyka neslyšících. Velká část dnešních neslyšících se nepovažuje za postižené, ale spíše za jazykovou a kulturní menšinu. Odlišná je znakovaná čeština, kterou vymysleli slyšící a která „přepisuje“ znaky pro jednotlivá slova, používá však stavbu psané češtiny. Naproti tomu znakový jazyk je systém s vlastní strukturou zcela odlišnou od systému mluvené češtiny. Díky technickému pokroku lze s neslyšícími komunikovat prostřednictvím telefonu, e-mailu nebo SMS zpráv, přes fax, videotelefon nebo webovou kameru. Lze využít i službu tlumočnicka do znakové řeči. Mnoho neslyšících umí odezírat a někteří umějí i používat hlas. Tento způsob komunikace je velmi namáhavý, na odezírání se člověk soustředí asi dvacet minut.

Jedním z hlavních procesů, které se dějí v průběhu dospívání, je tvorba identity, tedy vlastního sebepojetí jedince a jejího udržení. To, zda na tvorbu vlastního sebepojetí má vliv přítomnost nějaké tělesné nebo smyslové vady, a jaký tento vliv je, se snaží objasnit četné výzkumné práce. Jedna z mála studií o neslyšících uvádí, že pro pozitivní vnímání vlastní osobnosti je důležité podporující prostředí, které mohou nabídnout jen speciální třídy pro nedoslýchavé žáky, kde je skrze rovnocenné vztahy se spolužáky a chápající přístup učitelů posilováno sebevědomí studentů. [1].

Literatura zabývající se vzděláváním a péčí o neslyšící lidi často poukazuje na abnormální vývoj jejich osobnosti, neslyšící popisuje jako impulzivní, egocentrické, se sníženou schopností vcítit se do druhého, s malou sebekontrolou, nepříznivě a závislé, jako osoby typické zvýšeným výskytem poruch chování, nevyzrálé, nejisté, s nízkým sebevědomím a s nevhodnými sociálními chováními. Hluchota je zpodobňována v patologické rovině, která se soustředí na nedostatky, nefunkčnost a odlišnost od normy a interpretuje všechny další aspekty života jako důsledky hendikepu. Rodiny, profesionálové i ostatní by se měli zaměřo-

vat na silné stránky jedince a ty pak rozvíjet místo toho, aby se soustředili na selhání a problémy. Když dospělí opakovaně soustředí pozornost na špatné či nedostatečné stránky dítěte, může být výsledkem snížení jeho motivace, stažení se do sebe či agresivní chování [2].

## Kazuistiky

První pacientka je devatenáctiletá studentka čtvrtého ročníku střední školy, od narození neslyšící. Dietu začala držet v patnácti letech kvůli pocitu, že je tlustá. Z původního BMI 18,4 zhubla na BMI 14, v šestnácti letech byla poprvé hospitalizovaná s typickou restriktivní mentální anorexií. Následně byla opakovaně hospitalizovaná na různých odděleních interních a psychiatrických, ale léčba vždy selhala. Nejčastějším argumentem pacientky pro odmítání léčby je pocit izolovanosti ve slyšícím prostředí, přestože je schopná velmi dobré verbální komunikace a s podporou okolí zvládala i účast v běžné psychoterapeutické skupině. Diskutabilní prvek této léčby byla účast tlumočnicka na skupině. Subjektivní pocit pacientky byl pozitivní, pro zbytek skupiny byl tlumočnick spíše rušivý prvek, pro terapeutky byla jeho účast v terapii náročná i z hlediska forenzního. Dalším problematickým argumentem pacientky pro malou motivaci k léčbě je tvrzení, že i při vyléčení poruchy příjmu potravy stejně nebude nikdy zdravá. V další léčbě proto plánujeme i terapii zaměřenou na přijetí závažné smyslové vady.

Druhá neslyšící pacientka je dvacetiletá studentka, matka půlročního dítěte. Spouštěčem její poruchy příjmu potravy byla soutěž Miss neslyšících, kde jí doporučili zhubnout. Od sedmnácti let se v důsledku tohoto doporučení léčila s mentální anorexií, v osmnácti letech dosáhla při normální váze otěhotnění. Během těhotenství došlo k rozvoji bulimické symptomatiky s následným metabolickým rozvratem a předčasným porodem nedonošeného neslyšícího dítěte. V současné době má kritickou podváhu, její motivaci k nepravidelným návštěvám psychiatra je pouze snaha zvládnout jídelní režim svého dítěte, ale časově náročná péče o ně je současně argumentem pro zanedbávání své vlastní terapie. Tato pacientka svůj smyslový handicap zvládá zřejmě díky své vlastní neslyšící rodině velmi dobře, komunikaci s terapeutem nevnímá jako problém, přestože je schopná komunikovat verbálně pouze krátkodobě o obecných tématech. Dosud velmi obtížně hledáme optimální způsob komunikace, který bychom mohli využít pro systematickou psychoterapii.

## Závěr

Američanka Helena Kellerová řekla, že slepota odděluje člověka od věcí, zatímco hluchota od lidí. Naše praxe ukazuje, že i neslyšící pacient se může zařadit do skupinové psychoterapie slyšících pacientů. Vyžaduje to však nadstandardní přístup

nejen terapeutů, ale všech členů skupiny, a zejména samotného pacienta, který zde na jedné straně může naplno pocítovat svůj hendikep, na straně druhé může zažít ne zcela obvyklý pocit přijetí ve slyšící společnosti.

## Literatura

1. **Israelite, N., Ower, J., Goldstein, G.:** Hard-of-hearing adolescents and identity construction: Influences of school experiences, peers, and teachers. In *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7, 2002, pp. 134-148.
2. **Luckner, J. L., Stewart, J.:** Self-assessments and other perceptions of successful adults who are deaf: An initial investigation. *American Annals of the Deaf*, 148, 2003, 148, pp. 243-249.



## Je syndrom nočního přejídání skutečně poruchou příjmu potravy?

Is Night Eating Syndrome – (Nes) Really an Eating Disorder?

**Faltus F.**

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

**Souhrn:** V příspěvku je vymezen pojem syndrom nočního přejídání (NES), jeho etiologie a diagnostika, význam cirkadiánních rytmů, neurotransmiterů a hormonů. Snaha o diferenciální diagnózu oproti spánkové poruše příjmu potravy (SRED) a nutkavému přejídání, epidemiologie, obtížnost terapie.

**Klíčová slova :** syndrom nočního přejídání (NES), spánková porucha příjmu potravy, (SRED), cirkadiánní rytmy, melatonin, leptin, kortizol

**Summary:** NES has not yet been formally defined as an eating disorder. It is not yet clear, whether NES is an eating disorder or sleep disorder. Is characterised by the clinical features of morning anorexia, evening hyperphagia awakenings followed by nocturnal food ingestion. It seems to be likely the combination of biological genetic, emotional factors contribute to the problem. NES is remarkable for characteristic disturbance in the circadian rhythm of food intake while sleep rhythm remain normal. Perhaps one to two percent of adults in the general population have this problem. We must differentiated between night eating syndrome and sleep related eating disorder which is a sleep disorder with typical symptomatology and ethiology.

**Key words :** night eating syndrom, melatonin, leptin, cortisol, circadian rhythm.

## Úvod

Syndrom nočního jedictví (NIGHT EATING SYNDROME - NES) je porucha, při které se pacient několikrát během noci probouzí a není schopen

usnout, dokud něco nesní. Snědené porce jídla jsou zpravidla značně kalorické a jejich složení nezdravé. Noční jedení se vymyká kontrole pacienta a je doprovázeno psychickými a hormonálními změnami. Jako první tuto poruchu popsali Stunkard již v r. 1955. Přesto její zařazení do diagnostických manuálů činí stále potíže. Mnozí autoři mají tendence ji dávat do vztahu se somnambulismem, syndromem neklidných nohou v průběhu spánku a ke spánkové apnoei.

Na vzniku poruchy se podílejí biologické, genetické a emoční faktory. Největší význam bývá připisován stresu, buď vědomému nebo nevědomému. Dochází ke zvýšení hladiny kortizolu a během noci k poklesu melatoninu a leptinu, které mají úzký vztah jak ke spánku tak i k chuti k jídlu. Nemalý význam v etiologii je připisován regulačním mechanismům osy hypotalamus – hypofýza – nadledvinky. Stoupá aktivita kortikotropního „releasing“ hormonu. Zvýšený příjem uhlovdanů stimuluje vylučování inzulínu, který zvyšuje hladinu tryptofanu, prekursoru serotoninu. Jedení je snahou snížit hladinu kortizolu. Charakteristické pro NES jsou poruchy cirkadiánního rytmu příjmu potravy, kdežto cirkadiánní spánkový rytmus zůstává normální. Přesto se vedou diskuse o tom, zda NES je poruchou příjmu potravy nebo poruchou spánku či obou.

Jako další predisponující faktory bývají uváděny deprese, úzkosti, poruchy meziosobních vztahů, nuda, dlouhodobá dieta a porucha hodnocení vlastního tělesného vzhledu.

## Klinický obraz a diagnóza

Tito lidé nemají, nebo mají jen slabou chuť na snídani.

Jedí mnohem více jídla v pozdním odpoledni a večer než během dne.

Během noci se několikrát probouzejí, nemohou usnout a pokaždé něco snědí.

Toto chování přetrvává minimálně 2 měsíce.

Trpí pocity tenze, úzkosti, znechucení a viny během konzumace jídla.

NES má úzký vztah ke stresu a je často doprovázeno depresemi. Zejména ve večerních a nočních hodinách se mohou objevovat poruchy nálady, vnitřní tenze, úzkosti, nervozity, agitovanosti a jiné.

Dotyční mají potíže s usínáním a se souvislým spánkem. Častěji se probouzejí a potom častěji jedí.

V jídle preferují uhlovdany: cukrovinky a moučná jídla.

Chování nepřipomíná syndrom záchvatového přejídání (binge eating syndrom), kdy dochází ke konzumaci jídla v relativně krátkých pauzách.

Jídlo nevyvolává potěšení, ale pocity studu a viny.

Záchvaty jsou obvykle utajovány a nebývají nápadné.



Podobně jako nemocní trpící mentální anorexií nebo bulimií či nutkavým přejídáním jsou noční jedlíci nespokojeni se svou hmotností a usilují o její snížení. NES nemusí vždy zapříčinit hmotnostní přírůstek, většinou však nemocní konzumují v průměru o 500 kalorií více než normální jedinci.

Odhaduje se, že touto chorobou trpí 1,5 % populace, a to především ženy, obézní až v 10 % a masivně obézní až ve 27 %.

Syndrom nočního přejídání se liší od symptomatiky mentální bulimie a syndromu nutkavého přejídání. Tyto dvě choroby jsou charakterizovány nepravidelnými záchvaty požívání nadměrných dávek jídla, zatímco noční jedlíci jedí menší porce obsahující 270 kalorií, ale častěji a jejich spánek je výrazněji narušen. NES se také liší od spánkové poruchy příjmu potravy (sleep related eating disorder – SRED) tím, že pacienti s NES jsou si plně vědomi nočního přejídání oproti syndromu spánkového jedliectví.

V léčbě NES jsou nejlepší zkušenosti se selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, zejména se sertralinem, ale také s fluoxetinem a fluvoxaminem. Osvědčuje se antiepileptikum topiramát.

*Doc. MUDr. František Faltus, DrSc.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*



## Jak internet pomáhá při prevenci a léčbě poruch příjmu potravy

How the Internet Help in Prevention and Therapy of Eating Disorders?

**Kulhánek J.**

*DPC Ondřejov, Praha*

**Souhrn:** Přednáška podává přehled o internetovém portálu .

*Klíčová slova:* internet, poruchy příjmu potravy

**Summary:** The lecture will present the information about website for eating disorders sufferers.

*Key words:* internet, eating disorders

Internetový portál o poruchách příjmu potravy je již po řadu let pro širokou veřejnost, včetně odborné, zdrojem informací a kontaktů na odbornou pomoc. Nabízí strukturované a odborně garantované informace v podobě článků, odkazů na literaturu, příběhů ze života, videa či velkého diskusního fóra. Pro odbornou veřejnost je zde k dispozici samostatná sekce. Stránky nabízejí též on-line poradnu, kde je možné zdarma konzultovat potíže s psychologem či psychiatrem.

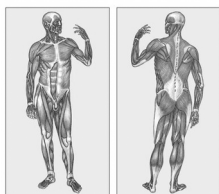
Mezi novější služby patří také test rizik vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy, BMI-kalkulačka s implementovanými normami pro dětský a dospělý věk či blok, věnující se práci s jídelníčkem. Ve svém sdělení se zabývám praktickými možnostmi aplikací těchto služeb a dosavadními zkušenostmi s nimi.

Závěrem bych se rád dotkl několika úskalí, která je třeba neopomenout při realizaci těchto služeb. Bude zde řeč o nebezpečí pro-anorektické propagace na internetu a o snaze řady nemocných dívek a žen změnit svou nemoc v životní styl.

SNADNO SROZUMITELNÝ VÝKLAD

## KAPESNÍ SLOVNÍK MEDICÍNY

Martin Vokurka • Jan Hugo  
3000 NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH HESEL



MAXDORF

PRO ŠIROKOU  
VEŘEJNOST

## KAPESNÍ SLOVNÍK MEDICÍNY

*Martin Vokurka, Jan Hugo*

Kapesní verze lékařského slovníku, do které jsme vybrali – obohaceni o 11 let zkušeností – přibližně 3000 nejdůležitějších lékařských termínů, je zdrojem základních informací o zdraví a nemocech skutečně pro nejširší čtenářskou obec.

*Vydal Maxdorf v roce 2005, ISBN 80-7345-053-4, formát A6, brož., 176 str., cena 245 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**

---

# WORKSHOPY

---

## **Clinical Evolutions and Technological Innovations: Improving the Match between Patient's Needs and Care Provision**

Klinická evaluace a technologické inovace: zlepšení souladu mezi potřebami pacienta a dostupnou péčí

**Kordy H., Wolf M., Zimmer B.**

*Center for Psychotherapy Research, Centre of Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Germany*

**Summary:** In this presentation we will report on our experience with the application of group-therapy in internet-chatrooms and an individual setting through e-mail as step-down care for patients with eating disorders. Besides presenting data on the effectiveness we will open the perspective on the psychotherapeutic processes by analysing the communicative style and linguistic patterns.

*Key words:* technological innovations in therapy, internet-chatrooms

**Souhrn:** Workshop je určen k prezentaci zkušeností autorů se skupinovou terapií pomocí internetových diskusních klubů individuálního e-mailu. Autoři prezentují účinnost tohoto přístupu, analyzují komunikační styl a lingvistické vzorce.

*Klíčová slova:* technologické inovace terapie, internetové diskusní kluby

---

Patients' needs differ. Not all people at risk actually develop an eating disorder and not all of those who develop eating disorders require the same type and intensity of care. When in treatment, some respond quickly, others slowly or not at all.

Individually tailored stepped care is a strategy for the optimization of the match between patients' needs and the type, intensity and duration of care. The progression across levels of care has been aided by technological innovations. Low threshold programs such as self-help and psychoeducation (step-up care) can be offered via internet, or specific step-down interventions after treatment at specialized centres can be delivered through internet or text messaging and mobile telephones.

The Center for Psychotherapy Research Heidelberg (formally: Stuttgart) was among the pioneers in the systematic development and evaluation of

such novel options of care. Today they rely on robust technologies that have been demonstrated to be safe and practical. Based on the high patient acceptability and promising effectiveness these new forms of delivery of care are working their way into mainstream clinical routine.

In this presentation we will report on our experience with the application of group-therapy in internet-chatrooms and an individual setting through e-mail as step-down care for patients with eating disorders. Besides presenting data on the effectiveness we will open the perspective on the psychotherapeutic processes by analysing the communicative style and linguistic patterns.

*Hans Kordy  
Bergheimer Straße 54  
D-69115 Heidelberg  
e-mail: kordy@psyres-stuttgart.de*



## **Recovery and the Group Therapy**

Uzdravení a skupinová psychotherapie

**Sošková-Campion M.**

*Marino Therapy Centre, Dublin, Irsko*

**Summary:** The first key to a successful journey to help someone to recover from Eating Distress is to expand the knowledge and understanding of the condition.

*Key words:* four levels of recovery, group therapy, eating distress

**Souhrn:** Prvním klíčem, chceme-li úspěšně pomoci k uzdravení z poruch příjmu potravy, je rozšířit jeho znalost a pochopení poruchy. Workshop nabízí pohled na práci autorky.

*Klíčová slova:* čtyři úrovně uzdravení, skupinová terapie, porucha příjmu potravy

---

Eating Distress (ED) is a disease where the mind culminates all of the negative assumptions the person has about him or herself. The negative mind becomes more powerful than the positive mind and has much more influence on the person's thinking, feeling and behaviour. This state of mind develops subconsciously and the person is not always aware that they are victims of this negative condition. Often we read that sufferers have low self-esteem. However, in reality, he or

she has no sense of self at all. Therefore, this condition is extremely abusive and manifests itself with highly self-destructive symptoms in which an eating disorder is one. They are all different manifestations of one basic condition.

If we want to help somebody in recovery from ED we need to know what it is contributing to it at the time. We cannot simply blame society, because we are part of it. But, certain aspects can grow out of proportion without our awareness. Our media makes the world shrink, which brings a lot of confusion. The body becomes a machine, an instrument.

ED is a way of communicating with inner unhappiness. Controlling the body is a way of controlling life. Control is the centre of the sufferer's life. ED is very preoccupying. That is the function of the disease. It occupies the mind fully and excludes other issues. It is a cushion against painful reality. ED is a symptom of how the person relates to the world. Obsessive thinking about food is only a lonely substitute. ED is a very private disease and is usually not brought voluntarily to the attention of health professionals.

ED is not a weight disorder. Abnormal food patterns are only symptoms of underlining issues. Recovery is a journey out of dark hole in which ED left the person. It is a journey to wellness.

**Recovery** is learning how to deal with life's problems in constructive ways without turning to food or starvation. Recovery involves learning how to get more out of life while learning how to balance life with other things like friendships, work, hobbies and interests. Recovery is about making better choices in life. It is important to learn not to be afraid of recovery. Instead focus on learning how to enjoy the journey to find the real self. Recovery involves letting go of the desire to be rescued and taking responsibility to find out who we are.

## RECOVERY TOOLS

Concentrate on a success, not a failures .

Learning about how the body works.

Learn to eat regularly, even mechanically, until you can understand your body's real signals.

Focus on the qualities of other people, rather than judging their worth on appearance.

Learning to feel and express emotions.

Learning to reach to people, using communication tools: the phone, e-mails, writing letter.

Learning to communicate effectively.

Letting go of 'black and white' thinking.

Stop believing that everything will be better when the weight is lost .

Live in the present at each meal, experiencing every feeling.

Banish the *tomorrow syndrome* and starting every moment with positive attitude.

Learning to accept things which cannot change and focusing on what can be changed.

## FOUR LEVELS OF RECOVERY

**Emotional level** – a person learns to get in touch with their feelings and start to express them appropriately. It is a stage when a person starts to feel a range of emotions like fear, sadness and anger as well as love and joy. A person is able to set appropriate boundaries with people and relate to people in a close and intimate way.

**Physical level** – a person learns to feel comfortable with her/his body. Health will become important value. A person starts to enjoy and to be proud of their sexuality. By only dwelling on the physical aspects, a person cannot change and develop as a truly valuable human being. It sets them up only to fail. A person may not be able to give up their behaviour until they learn to deal with stressful situations.

**Mental level** – a sufferer builds a belief system to support and work for him/her. Learn to use her/his intellect to express things clearly. A person becomes open to new ideas. Most people with ED appear to be very bright. Because of energy they use in their ED they don't use enough in their intellectual pursuits.

**Spiritual level** – a person learns to discover his or her own worth. He/she feels connection to their spiritual source. They learn to spend time quite and alone just 'being', and to make connections and build a relationship with their inner wisdom. When they get in touch with the spiritual aspects of themselves, it will help them to overcome their distress.

## BALANCE – RECOVERY - SANITY

### Tips for the therapist working with ED:

- Be confident in your own abilities and knowledge.
- Build up rapport.
- Gain information, give and receive feedback.
- Listen, observe and encourage clients, as much as possible.
- Check progress against their outcome, constantly re-evaluate.
- See or find potential abilities in clients that they do not see themselves.
- Believe that your client will be recovered.
- Do not expect credit for improvements in others.
- Enjoy working with client.

### Critical techniques for successful treatment:

- Knowledge of the condition.
- Reassurance of possible recovery.
- Trusting relationship with the client.
- Consistent empathy throughout the treatment.
- Patience and long-term thinking.

- Limiting control battles.
- Making behaviour evaluations and challenging cognitive distortions.
- Balance between teaching discipline and being authoritative.

## **GROUP THERAPY**

### **How does group work:**

Education  
Support and Acceptance  
Relationships

Every therapist has his or her style of running groups. The therapist guides the interaction in the group by modelling, encouraging and teaching when it is appropriate. Important is to have a high level of involvement between group members, non-judgmental acceptance, high level of self-disclosure, a desire for self-understanding and desire for change.

How the group members feel about and relate to each other is very important. What group members feel about and relate to each other is of greatest importance.

### **Group Work - Specific Skills:**

- Self-presentation. Disclose what's going on inside you as you participate in the group.
- Learn to take opportunity risk in self-disclosure.
- Attend and listen carefully to the entire interaction in the group, monitor your posture and the messages you're sending by means of your posture.
- Give others feedback on the quality of the relationships they're establishing in the group
- Respond actively when contacted by others. Cooperate in exploring the issues they bring up.
- Learn to listen to what's happening in the group and to the way in which individual interactions affect the group.
- Bring a concrete agenda to each meeting.
- Be assertive in the group - start conversation, disclose, give feedback.
- Join and contribute to ongoing conversation.
- Engage in dialogue rather than monologue, and demand dialogue with others.
- Avoid analysing the past, deal with the past only insofar as it has impact on present behaviour.
- Discuss the difficulties you have involving yourself with the group.

### **Group therapist must be a real person.**

Acceptance  
Concern  
Respect  
Empathy

### **Group Guiding Topics:**

- Function of Eating distress behaviour.

- Fear (anxiety) worries, anger.
- Spirituality.
- Perfectionism, competition and loneliness.
- Body image.
- Family, relationships.
- Loneliness, suicidal feelings.
- Resentment, guilt.
- Trust and mistrust, risk taking.
- Going forward.

## **DO'S...**

- Give hope
- Build rapport
- Respect where the client is at
- Have compassion
- Dispel myths
- Be aware of your tonality
- Have a comfortable and welcoming environment
- Listen (non judgmental)
- Work as a team
- Be positive
- Give choices
- Safety
- Coach
- Be a mentor
- Ask how you feel now
- Greet warmly
- Give information
- Give phone numbers
- Check support
- Disassociate the condition
- Accept them where they are
- Reassure them that you would like to work with them
- Encourage relaxation/Discourage anxiety
- Have fun/Encourage fun
- Instil confidence in the individual and the process
- Be aware of your own limitations
- Be a professional human being
- Acknowledge a smile
- Be creative
- Trust God and life
- Use appropriate language
- Believe not agree
- Empathise
- Support
- Touch when appropriate
- Observe
- Evaluate
- Repeat in short sentences
- Trust your instincts
- Be yourself
- Be respectful as an equal human being
- See the whole picture
- Know the condition
- Work on distorted cognitive messages
- Check clients understanding

## DON'TS...

- Analyse
- Sympathise
- Judge physical condition
- Comment on food (family)
- Label
- Judge
- Rush in to fix
- "Should" in recovery
- Be afraid of the condition
- Fight/Have conflict
- Put pressure on to gain/lose weight
- Be "professional"
- Be negative
- Be graphic
- Be too personal
- Lead
- Interrupt flow
- Set expectations
- Pretend if you don't know
- Dramatise
- Frighten

*M. Sošková-Campion  
Nutritionist, Psychotherapist, Founder of the  
Marino Therapy Centre, Author  
www.marinotherapycentre.com*



## Tělo jako ostrov – imaginativně arteterapeutická technika

Body as an Island – Imaginative Artetherapy Approach

**Kulhánek J.**

*DPC Ondřejov, Praha*

**Souhrn:** Poruchy příjmu potravy jsou silně spjaty s vnímáním a prožíváním těla. Workshop je koncipovaný jako sebezkušenostní „ochutnávka“, způsob, jak navázat se svým tělem kontakt.

*Klíčová slova:* terapie porušeného vnímání vlastního těla

**Summary:** Eating disorders are closely associated with body image perception. Workshop prepared to bring to the therapist a self-experience of the therapeutic approach aiming to regain the contact with one's own body.

*Key words:* therapy of body perception distortion

---

Poruchy příjmu potravy jsou silně spjaty s vnímáním a prožíváním těla. Tělo přestává být zdrojem příjemných prožitků a také důležitých informací o nás a o světě, stává se naopak zdrojem nespokojenosti, úzkosti, dokonce i nenávisti vůči sobě. S vnímáním, prožíváním vlastního těla

a přemýšlením o něm (body-image) souvisí samozřejmě i téma sexuality.

Protože body-image je podstatnou součástí naší identity, je práce na jeho změně nesmírně obtížná. Racionální argumentace je zde zcela ve službách emocí a přímá konfrontace vyvolává obvykle úzkost a agresi. Proto jsem se snažil hledat způsob jak nabídnout nemocným poruchou příjmu potravy bezpečný kontakt se svým tělem, který by podněcoval spíše zájem a chuť poznávat se.

„Tělo jako ostrov“ nabízí způsob jak navázat se svým tělem kontakt a jak se učit pracovat se stereotypem, pramenícím z úzkosti. Budeme si zde zkoušet práci s tělesnými pocity, s řečí těla, která není založena na logice a argumentech, ale na emocích a snových obrazech. K těmto zdrojům získáme přístup pomocí metod focusingu a imaginace. Abychom mohli získanou zkušenost lépe uchopit a zpracovat, ukážeme si prvky z arteterapie, které nam k tomu pomohou.

Workshop je koncipovaný jako sebezkušenostní „ochutnávka“, ale bude zde i prostor pro stručný výklad zvolených postupů a diskusi.



## Využití práce s tělem u pacientek s poruchou příjmu potravy

**Video a zážitková skupina**

Body work Therapy in Patients with Eating Disorders

Video and Self-experience Group

**Bechyňová B.**

*Dětská psychiatrická klinika FN Motol, psychologická a psychoterapeutická praxe, Praha*

**Souhrn:** Workshop nabízí zhlédnutí skupinové práce s adolescentními pacientkami s PPP /videoprojekce/ a vlastní zážitkovou část práce s tělem (maximum 14 účastníků).

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

**Summary:** Workshop offers informations about the groups or adolescent patients with eating disorders / videoprojection / and self experience of participants with body work (maximum 14 participants).

*Key words:* video, group work, grounding, centering.

---

Na tělo orientovaná psychoterapie /práce s tělem/ se zaměřuje na tělesné prožitky explicitně - ne pouze na verbální rovině. Naše práce s pacientkami je inspirovaná psychoterapeutickým směrem somatické psychoterapie – biosyntézou, která zahrnuje tři hlavní terapeutické procesy – uzemnění /grounding/, centrování /centering/ a facing.

Uzemnění má vztah s rytmem našeho pohybu a stavem našeho svalového napětí. Pracujeme s širokou paletou poloh těla, která mají vztah s pohybem, s prožíváním a cítěním svého těla, s nabitím a pohybem energie.

Při centrování se jedná o proces, který pomáhá pacientkám 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 úzkém vzájemném vztahu, každá emocionální změna je spojena se změnou dechového rytmu.

Fasting rozvíjí všechny výrazové prostředky, které mohou pacientky používat při kontaktování okolního světa. Vedle pohybového projevu jsou hlavními cestami navazování kontaktu oči a hlas. Všechny uvedené postupy se vzájemně prolínají a doplňují. Práce s pohybem, dechem a hlasem tvoří tedy vnější základ naší práce.

Hlavní terapeutické cíle práce s tělem u pacientek s PPP jsou znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama, přijetí vlastního těla, prožívání radosti z vlastního těla, omezení anorektické hyperaktivity a zlepšení sociálního kontaktu s okolím. Skupinová práce s tělem rozvíjí tvořivost, hravost, pomáhá lépe se dostat pacientkám do kontaktu se svými emocemi, vede k prožitku uvolnění a radosti.



## Specifika skupinové terapie u poruch příjmu potravy

### Specificity of Group Therapy in Eating Disorders

**Pelková L., Ratajová D., Soukup J., Papežová H.**

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

**Souhrn:** Skupinová terapeutická práce na DS pro PPP je kombinací několika terapeutických přístupů:

1. Režimová opatření zaměřená na realimentaci a změnu jídelních návyků. 2. Kognitivně-behaviorální přístup s cílem změny patologických myšlenkových a postojoyých schémat. 3. Motivační přístup s cílem plánovat a provádět přiměřené změny s reálnou možností úspěšného zvládnutí. 4. Porozumění dynamice osobnosti a narušeného jídelního chování.

Terapeuticky účinnými formami skupinové práce jsou zejména: práce s manuály, tematické a dynamicky orientované skupiny. Práce s homogenní dg. skupinou pacientek s PPP vyžaduje jasné vědomí osobních hranic terapeuta, zachování profesionálního odstupů, schopnost důsledného povzbuzování ke změně, upřednostňování skupinové prosperity.

**Klíčová slova:** skupinová psychoterapie, jídelní chování

**Summary:** Group therapy for patients with eating

disorders within our department can be described as a combination of several therapeutical approaches: 1. Realimentation and change of the eating habits. 2. Cognitive-behavioural approach leading to the change of pathological cognitive schemas and core beliefs. 3. Motivation approach with the aim to plan and realize behaviour changes with real chance to success. 4. Deep comprehension of personality dynamics and disturbed eating habits. Nature of the work with homogenous group of the patients with eating disorders require to keep professional distance, consistently encourage changes and to prefer group prosperity.

**Key words:** group therapy, eating habits

Terapeutická práce s pacienty Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy má některé určující charakteristické rysy. Je kombinací několika terapeutických přístupů:

- **režimová opatření** zaměřená na realimentaci a dále změnu a stabilizaci jídelních návyků,
- **kognitivně – behaviorální přístup** umožňující identifikaci a změnu patologických myšlenkových a postojoyých schémat,
- **motivační přístup** napomáhající klientům plánovat a provádět přiměřené změny s reálnou možností úspěšného zvládnutí,
- **porozumění dynamice** (hnacím silám, životním souvislostem) vlastní osobnosti a pochopení vnitřních a vnějších příčin psychosomatických obtíží.

*Skupinová práce v každodenní podobě je pak dle našich zkušeností formována těmito faktory:*

1. Rámec pravidel pobytu na DS.
2. Složení skupiny.
3. Specifické postupy skupinové práce.
4. Terapeutické intervence.

**Ad 1.** Celodenní práce se skupinou pacientek s PPP má svá formální i obsahová specifika. Základem léčebné spolupráce je Terapeutická smlouva. Shrnuje a popisuje pravidla spolupráce mezi pacientkou a terapeutickým týmem, za kterých je dosažitelný léčebný úspěch. Garantuje shodné podmínky pro všechny pacientky. Je užitečná zejména v těchto situacích: spory mezi pacientkou a personálem (např. o nutnost přídatků), motivační krize, zvažované ukončení léčby terapeutickým týmem (nedodržení smlouvy je důvodem k propuštění). Pravidelná týmová setkání a periodická týmová supervize jsou nezbytnou součástí terapeutické práce na DS. Upřednostnit prospěch skupiny nad zájmem jednotlivce je v případě pacientek s PPP pro jejich tendenci k manipulaci velmi náročné. Zátěžovou zkouškou prochází terapeuta profesionalita i osobnostní zralost. Týmové zázemí napomáhá udržení odborného odstupů a upřednostnění skupinové prosperity.

**Ad 2.** V naprosté většině se na stacionáři léčí ženy, a to ve věku od 17 let, nejvíce pacientek je ve

věku mezi 18 – 30 lety. V dynamice skupinového dění tedy chybí typicky mužský prvek. Tím se zvyrazňuje konkurenční chování ve skupině mezi pacientkami navzájem, ale i vůči terapeutovi. Terapeut - žena, čelí mnohdy masivním reakcím přenosového charakteru, pacientky se vůči ní pokoušejí vymezit, obhájit si svoji pravdu, rivalizovat. Terapeut – muž musí udržet velmi zřetelnou profesionální hranici vůči skupině mladých, často hezkých klientek, soutěžících o jeho pozornost různými způsoby, včetně autoagresivního chování. Limitující je též otevřenost skupiny a (zvláště u otevření hlubších problémů) časové dispozice.

**Ad 3.** Snažíme se pacientkám nabízet konkrétní a pochopitelné kroky v oblasti jídelních návyků i v oblasti emoční, aby znovu získávaly pocit kompetence, tedy zvládnutí na dospělé úrovni. Obecným východiskem terapeutické práce na stacionáři je totiž sanace celkové životní kompetence pacientek. Kvalita života pacientek po ukončení léčby značnou měrou závisí na tom, zda svůj život dokáží nasměrovat, uspořádat a žít ke své spokojenosti a smysluplně (bez manipulace s jídlem). Jako efektivní se ukázaly tyto formy práce s malou skupinou.

**Skupinová práce s manuály:** Poskytuje pacientkám strukturu pro samostatné plánování a plnění postupných cílů, souvisejících s léčbou. Struktura manuálů vychází z francouzské předlohy, je postavena na metodě motivačních rozhovorů a KBT. Práce s manuály podporuje pocit vlastní kompetence, přebírání zodpovědnosti, schopnost analýzy, plánování a řešení problémů. Umožňuje zažít pocit úspěchu. V rámci skupiny pacientky získávají: prostor pro zkoumání a sdílení aktuálních problémů, cílů a motivace k jejich dosahování, možnost společné vhodné formulace cílů a prostředků k jejich dosažení. Jsou podněcovány k veřejnému sdělení závazku pokusit se o změnu chování v jednotlivých oblastech (jídelní chování, mezilidské vztahy, vnímání sebe sama). Podmínkou smysluplnosti práce s manuály je, že problémy, cíle i nápady na řešení vycházejí z pacientek samotných a ze skupinové práce a nejsou určovány autoritou. Rizikem je formalita, podcenění ambivalence spojené s léčbou, řešení problémů, na které pacientka ještě není připravená.

**Tematické skupiny:** Typickými tematickými okruhy jsou : motivace k léčbě, jídelní režim, jídelní zvyky v rodině, životní styl, závislosti, tělesné schéma, rodinné a partnerské vztahy, psychosomatický pohled na PPP, vztahy a dění v komunitě, práce s emocemi, komunikace, sebehodnocení, hodnotová reorientace, zodpovědnost za vlastní zdraví.

**Dynamicky orientované skupiny:** Cílem je umožnit pacientkám objevit a pochopit souvislosti mezi symptomy a současným maladaptivním chováním či prožíváním. Věnujeme pozornost

zdrojům současných nevhodných reakcí i tomu, jak se na nich podílí nedostatečně nebo nevhodně zpracované zážitky z minulosti. Cílem je získávání náhledu, zprostředkování korektivních emočních zážitků a experimentování s novými vzorci chování v psychologicky bezpečné atmosféře. Práce s chováním v těchto skupinách není primární jako u KBT skupin, ale vychází z porozumění vlastním interpersonálním vztahům a poruchám v nich. Teprve toto porozumění vytváří předpoklad pro změnu - nejprve v postojích a v prožívání a posléze i ve vnějším chování. Témata nejsou předem určena, přinášejí je pacientky samy. Často navazují na introspektivní práci započatou v deníku nebo na problémy obnažené na tematických skupinách. K nejčastějším tématům patří pocity méněcennosti, sebeopovržení, selhávání a jejich kompenzace (horečnatá výkonnost, sebeovládání apod.), dále sexualita, témata související s dospíváním a přijetím ženské role, pudovost obecně a v neposlední řadě téma vymezení vlastních hranic, nezávislosti a současné potřeby blízkosti a emočního nasycení. U pacientek s hlubokými traumaty jako je pohlavní zneužívání, násilné činy, psychické a fyzické týrání, citová deprivace apod. je proces léčby ve skupině obvykle pouze započat (pokud je téma vůbec otevřeno). Pacientky mají možnost individuálního sezení v případě potřeby a snahou je, aby po léčbě pokračovaly v déleodobější psychoterapeutické péči.

**Ad 4.** Přiměřené množství terapeutických intervencí, přiměřená míra direktivity a důslednost se zdají být významnými proměnnými pro **udržení pozitivního pracovního vztahu** mezi pacientkou a terapeutem. V terapeutově mysli jsou přitom stále přítomná fakta nutnosti dostatečné realimentace, hrozících zdravotních poškození i vysoké procento sebepoškozujícího jednání, včetně dokonaných suicidálních aktivit. Terapeut pracující výhradně s diagnostickou skupinou pacientů s poruchami příjmu potravy se tedy permanentně snaží o důsledné povzbuzování ke změně (neboť skutečně „jde o život“), přičemž musí zachovat odstup a neupadnout do pastí pacientčinyh narušených vztahových vzorců.

## Literatura

1. **Papežová, H.:** Poruchy příjmu potravy. In: Seifertová, D., Praško, J., Hóschl, C. (eds): Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, Amepra, 2004 s. 335–350.
2. **Pelková, L.:** Témata psychologické intervence v léčbě poruch příjmu potravy. In: Raboch J., Zrzavecká, I., Doubek, P.: Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta. Sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu ČPS. Praha, Galén, 2006, s. 166–169.
3. **Miller, W. R., Rollnick, S.:** Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov, Scan, 2003.
4. **Poněšický, J.:** Psychodynamika psychosomatických onemocnění. In: Psychoterapie III, Sborník přednášek. Praha, Triton, 1997, s. 105-115.



## **Jak na body image? Kognitivně-behaviorální přístup v terapii body image**

What about Body Image ? Cognitive-behavioral Approach in the Therapy of Body Image

**Stárková L.**

*Psychiatrická ordinace, Olomouc*

**Souhrn:** Porucha body image je jedním ze základních psychopatologických symptomů mentální anorexie a bulimie. Kromě fyzioterapeutických metod, které ovlivňují především percepční a emoční dimenzi body image, jsou užívány také kognitivně behaviorální přístupy. Zejména kognitivní terapie body image pracuje s dysfunkčními kognicemi a přímo ovlivňuje kognitivní dimenzi body image. Cílem workshopu je poukázat na základní principy kognitivně behaviorální terapie body image a demonstrovat na příkladech její použití.

*Klíčová slova:* body image, kognitivně-behaviorální terapie

**Summary:** Disturbance of body image is one of the basic psychopathological symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Besides physiotherapeutic methods which influence above all perceptive and affective dimensions of body image, cognitive therapy works directly with dysfunctional thoughts and thus directly affects cognitive dimension of body image. The main goal of the workshop is to demonstrate the basic principles of cognitive behavioral therapy of body image and to show some examples of its use.

*Key words:* body image, cognitive-behavioral therapy

### **Úvod**

Body image je multidimenzionální fenomén, který má přinejmenším rovinu percepční (jak se vnímám), rovinu afektivní (jak se cítím) a rovinu kognitivní (co si o svém vzhledu myslím, jak ho posuzuji). Body image terapie je léčba, pomocí níž se snažíme poruchu prožívání vlastního těla změnit. Jakou cestu zvolíme, záleží obvykle na profesní specializaci terapeuta.

### **Metody**

Body image znamená ve své podstatě prožívání vlastního těla, tedy jak vnímání vlastních tělesných pocitů, tak i jejich uvědomování - onu psychickou komponentu prožívání (co si o svém tělesném vzhledu myslím). Samozřejmě v praxi nelze oddělit jedno od druhého. Terapie body image volí buď cestu zlepšení tělesného prožívání nebo cestu zlepšení psychického uvědomování a hodnocení prožívaného těla. Zahrnuje tedy na jedné straně

řadu fyzioterapeutických postupů, které se snaží zlepšit vnímání a přijetí vlastního těla. Takové postupy mohou vést k obnovení pozitivních tělesných pocitů, které byly u pacientky v souvislosti s nemocí (typicky u mentální anorexie) potlačeny. Jde například o příjemné vnímání tepla, pohody, uvolněnosti atd.

Druhou cestou je kognitivně-behaviorální terapie body image. Ta se zaměřuje na změnu smýšlení o svém tělesném vzhledu a změnu jeho hodnocení. Pokud je u pacientky zjištěna porucha body image, zaměřuje se tato terapie na analýzu dysfunkčních kognicí (co si o svém tělesném vzhledu myslím). Základním principem jakékoli kognitivně behaviorální terapie je uvědomění si vztahu mezi našimi myšlenkami, pocity a chováním. Zpochybňování iracionálních myšlenek a změna dysfunkčních kognicí (tzv. kognitivní restrukturalizace) může zmírnit sílu negativního přesvědčení, které pacientka o sobě má, eventuálně může negativní přesvědčení změnit a vést ke změně chování.

Behaviorální metody mohou vést rovněž ke změně chování, emocí a ke změně kognicí u pacientek s poruchou příjmu potravy. Nedávné práce, které vycházejí z hypotézy poruchy implicitního učení jako základní neurokognitivní poruchy u pacientek s mentální anorexií, zdůrazňují právě význam behaviorální metody jako cesty, která může pacientce pomoci změnit svoje pocity, myšlenky a chování. Využívána bývá například expoziční terapie (testování hypotézy cestou opakovaných pokusů). Součástí kognitivně-behaviorální terapie body image je také terapie se zrcadlem, provádění videozáznamů pacientek s následným feedbackem a podobně.

Vzhledem k tomu, že se porucha body image vyskytuje jak u pacientek s mentální anorexií, tak u pacientek s mentální bulimií, používá se kognitivně-behaviorální terapie body image u obou těchto nemocí.

### **Závěr**

Workshop je orientován na vysvětlení základních kroků, které jsou v kognitivně-behaviorální terapii body image používány. Od diagnostiky poruchy body image, tedy od způsobu měření body image, přes analýzu dysfunkčních kognicí, až k příkladům kognitivně-behaviorální terapie body image v praxi.





## Vícerodinná terapie mentální anorexie – její počátky v Čechách a problematika rodinného stolování

Multi-family Therapy of Anorexia Nervosa – Its Beginning in Czech Republic and Problems of Family Eating Behavior

Tomanová J., Jandourková D., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Souhrn:** Cílem workshopu je představit účastníkům principy vícerodinné terapie a seznámit je s počátky této formy terapie v Čechách. Prostřednictvím jedné z klíčových terapeutických technik využívaných v rámci programu bude demonstrována složitost komunikace při společném rodinném stravování.

Struktura workshopu: teoretická část a zážitková skupina.

Maximální počet účastníků: 12.

Doba trvání: 90 minut.

**Klíčová slova:** vícerodinná terapie, společné rodinné stravování

**Summary:** The goal of this workshop is to present to participants the concepts of multi-family therapy and to inform them about introduction of this form of therapy in the Czech Republic. Using one of the key therapeutic methods in the programme we will be demonstrated the difficulty of communication at family meals.

Maximal number of participants: 12.

Time of duration: 90 min.

**Key words:** multi-family therapy, family eating behavior

---

Rodinná terapie vykazuje v porovnání s jinými terapeutickými přístupy vysokou úspěšnost v léčbě poruch příjmu potravy a je významným aspektem v prevenci relapsu. Program vícerodinné terapie představuje ucelený přístup včleněný do komplexní péče o pacienty s poruchami příjmu potravy, zejména s mentální anorexií. Jeho cíle směřují k restrukturalizaci a optimalizaci rodinné struktury a dynamiky, zejména interakčních a emočních výměn a komunikačních vzorců. V rodině je třeba definovat roli a význam poruchy příjmu potravy a podporovat její proměnu tak, aby došlo k obnovení biopsychosociálního zdraví nejen pacientky, ale i celé rodiny. Program vyvinutý ve Velké Británii byl v roce 2004 poprvé uspořádán v Praze, v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy a v současné době pokračuje již třetím cyklem. Cílem terapeutického týmu je zavést vícerodinnou terapii do systému léčby, učinit ji dostupnou většímu počtu rodin a nabídnout vnímání mentální anorexie jako problém rodiny a ne jen „identifikovaného“ pacienta. Námi představovaný program je určen především pro pacienty s mentální anorexií a jejich rodiny. Autoři vytvořili analogický pro-

gram také pro rodiny, v nichž některý z členů trpí mentální bulimií. Avšak vzhledem ke skutečnosti, že mentální anorexie někdy přechází v mentální bulimii, popřípadě v životě pacienta dochází ke střídání období, kdy dominuje jedna z poruch, nelze vždy oba terapeutické programy, potažmo klinickou diagnózu pacientky, striktně oddělit.

V průběhu workshopu představíme nejen principy, cíle a organizační strukturu terapie, ale také problémy, se kterými jsme se při zavádění modelu vícerodinné terapie setkali a z nichž některé stále komplikují vlastní terapeutickou práci. Těmito úskalími jsou především komunikace s rodinami a jejich kolísavá motivace, problém zapojení otců do terapie, soudržnost a názorová pospolitosť terapeutického týmu nebo obtížnost získávání finanční podpory na organizaci programu.

Specifickou součástí vícerodinné terapie je nácvik společného rodinného stravování. Během jednoho terapeutického dne se rodiny setkají u tří jídel (oběd a dvě svačiny). Mají možnost konzultovat verbální i neverbální reakce, způsoby komunikace při jídle, ale také se učí rozpoznávat běžnou velikost porcí, mohou využít skupinového srovnávání. Společnému jídlu je věnována velká část terapie, rodiny jsou na ně jednak důkladně připravovány předcházejícími skupinovými technikami a jednak mají možnost je poté konzultovat, vzájemně i individuálně sdělovat své zážitky, dojmy a průběžně sledovat změny a posuny.

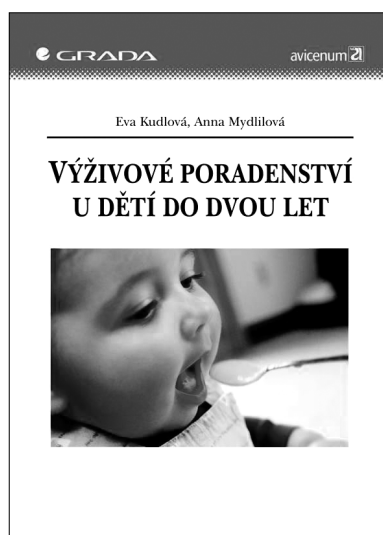
Účastníci workshopu budou mít možnost vyzkoušet si jednu z technik zaměřených na nácvik společného rodinného stravování a zažít tak specifickou atmosféru, kterou vytváří mentální anorexie v rodině.

*Práce byla podpořena VZ 0021620816.*

### Literatura

1. **Asen, E.:** Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 2002, pp. 3-16.
2. **Čermák, I., Miovský, M.:** Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno, Psychologický ústav AV ČR, 2002.
3. **Dare, C., Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 2000, pp. 4-18.
4. **Eisler, I.:** Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D.: *Poruchy příjmu potravy*. Grada, Praha, 2005.
5. **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, p. 33.
6. **Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescents. 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, 2001, *Abstrakt Book*.

7. **Eisler, I.:** Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. Arch. Gen. Psychiatry, 54, 1997, pp. 332-335.
8. **Gjuričová, Š., Kubička, J.:** Rodinná terapie. Systémické a narativní přístupy. Praha, Grada, 2003.
9. **Chudobová, P., Papežová, H., Sekot, M., Klecanda, A.:** Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, s. 207-213.
10. NICE Eating Disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence, National Clinical Practice Guideline. The British Psychological Society and Gaskell, London., 2004.
11. **Papežová, H.:** Anorexia nervosa. Praha, Psychiatrické centrum, 2000.
12. **Papežová, H., Tomanová J.:** Vícerodinná terapie v České republice – první zkušenosti kurzu. Čes. a slov. Psychiat., Supl. 1, 2005, s. 53-55.
13. **Pereira, T., Lock, J., Oggins, J.:** Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders, 39, 8, 2006, pp. 677-684.
14. **Scholz, M. et al.:** Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences, results. Journal of Family Therapy, 27, 2005, pp. 132-141.
15. **Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J.:** The family approach to dieting disorders. PMA Publishing corp. New York, 1989.



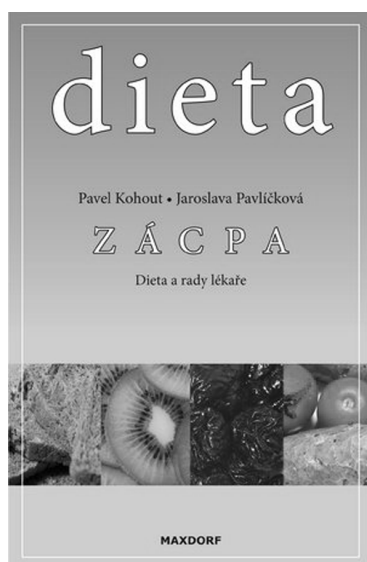
## VÝŽIVOVÉ PORADENSTVÍ U DĚTÍ DO DVOU LET

*Eva Kudlová, Anna Mydlilová*

Svým pojetím ojedinělá publikace je určena pro laktiční poradce, pediatry, dětské sestry, nutriční terapeutky a další odborníky, kteří se zabývají výživou kojenců a malých dětí. Kniha jim poskytne mnoho důležitých informací, které využijí při edukaci matek plně kojených dětí i těch, které převádí své dítě ze stravy výhradně kojenecké na stravu dětskou. Novinkou a hlavním atributem knihy jsou nejnovější doporučení WHO a kapitoly věnované laktičnímu poradenství u kojenců a batolat. Autorky, MUDr. Eva Kudlová, CSc. z 1. LF UK a MUDr. Anna Mydlilová, významná představitelka Laktační ligy a zástupkyně Unicef pro "Baby Friendly Hospital", předkládají čtivý text, který bude oporou nejen odborníkům, ale i laikům z řad rodičů malých dětí. Knihu recenzovali prof. MUDr. Zdeněk Stožický, DrSc. z LF UK v Plzni a MUDr. Dagmar Schneiderová z 3. LF UK Praha.

Vydala Grada Publishing v roce 2005. ISBN 80-247-1039-0, kat. číslo 1831, 150 x 210, brož. vazba, 148 str., cena 149 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



## ZÁCPA DIETA A RADY LÉKAŘE

*Pavel Kohout, Jaroslava Pavlíčková*

První kniha z edice Dieta a rady lékaře přináší pacientům informace o jejich chorobě, jejím výskytu, diagnostice a léčbě, dále o potravinách vhodných a nevhodných pro toto onemocnění. V receptové části je minimálně 100 receptů, jsou přidány jídelníčky, samozřejmostí je kalorická hodnota a obsah hlavních živin v těchto potravinách a připravovaných jídlech.

Vydal Maxdorf v roce 2005, ISBN 80-7345-030-X, formát A5, váz., 72 str., cena 147 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

## Výzkumné práce

### Vnímání bolesti u sebepoškozujících se pacientek s poruchami příjmu potravy

Pain Perception in Eating Disorder Patients with Self-harming Behaviour

Yamamotová A.<sup>1</sup>, Papežová H.<sup>2</sup>, Kmoč V.<sup>2</sup>

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

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

**Souhrn:** U poruch příjmu potravy je konzistentně popisován zvýšený práh bolesti. Autoři zkoumali, zda existuje vztah mezi vnímáním bolesti, stresovou analgezií a sebepoškozujícím se chováním, které se často u pacientek s poruchami příjmu potravy vyskytuje.

**Klíčová slova:** práh bolesti, stresová analgezie

**Summary:** An elevated pain threshold is consistent finding in eating disorders, authors examined the relation between pain perception, stress analgesia and self-harming behavior frequently present in patients with eating disorders.

**Key words:** pain threshold, stress analgesia

### Úvod

Sebeškození se často vyskytuje u pacientek s poruchami příjmu potravy, které obecně vnímají bolest méně než zdravé ženy. V souvislosti se sebeškozením je nejvíce informací o pacientech s hraničními poruchami osobnosti, u kterých bývá způsobené poškození až automutilace vzhledem k jejich celkově snížené nocicepci méně bolestivé [1]. Sebeškození je připisována úloha napomáhající zvládat silný emoční arousal a slouží jako únik ze stavu emočního nebo fyzického diskomfortu, přestože jeho účinek je pouze krátkodobý [4] anebo jako návrat do „reality“.

Cílem studie bylo testovat, zda mají pacientky se sebeškozením (PPP-S) vyšší práh bolesti než pacientky bez sebeškození (PPP) a zda se liší velikostí stresové analgezie.

### Soubor a metoda

Soubory tvořilo 11 pacientek PPP-S a 20 PPP porovnaných diagnózou, BMI a délkou onemocnění a 20 zdravých žen stejného věku. Práh bolesti na tepelný podnět se testoval v klidu a při stresu (men-

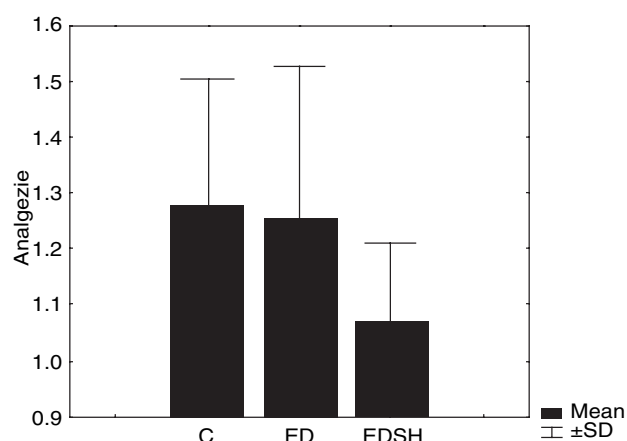
tální aritmetika), současně se měřila tepová frekvence a krevní tlak. V chladovém testu se měřila doba tolerance chladu. Subjektivně pocívaná intenzita a nepříjemnost chladové bolesti se posuzovala na 100mm vizuální analogové škále. Ošetřující lékař zhodnotil celkový klinický stav pacientek (Clinical Global Impression) bez znalosti výsledků experimentálního měření bolesti a tento údaj byl použit při analýze jako jedna z proměnných.

### Výsledky

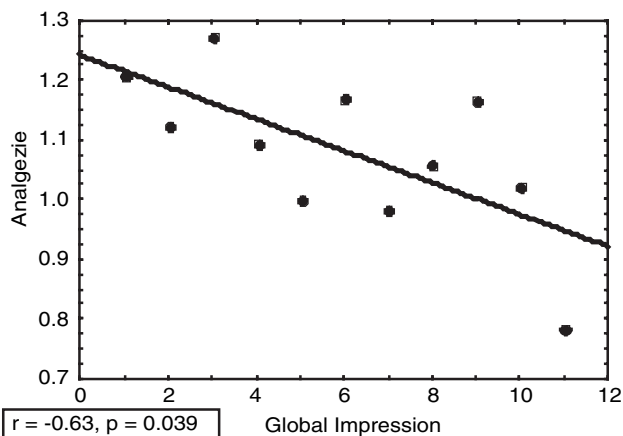
Pacientky se sebeškozením prožívaly při shodné době tolerance chladového podnětu menší bolest (37 vs. 62,  $p = 0,004$ ) a menší nepříjemnost (36 vs. 72,  $p = 0,003$ ) než kontroly.

Práh bolesti na tepelný podnět se nelišil od kontrol a oproti očekávání byl nižší než u pacientek bez sebeškození (6,2 vs. 8,3 s,  $p = 0,55$ ). Mentální aritmetika, která vyvolávala u kontrol, ale i u PPP stresovou analgezií, neměnila práh bolesti u PPP-S (graf 1). Pro aktivaci endogenního analgetického systému byl tento stresor buď příliš slabý nebo bezvýznamný. Velikost analgetické odpovědi při mentálním stresu korelovala u PPP-S negativně se závažností klinického stavu (Spearmanova pořadová korelace  $R = -0,63$ ,  $p = 0,039$ ) (graf 2).

Pacientky se sebeškozením měly významně vyšší tepovou frekvenci než kontroly (89,9 vs. 75,5



**Graf 1.** Rozdíly ve velikosti analgezie vyvolané mentální aritmetikou u kontrol (C), pacientek s poruchami příjmu potravy (ED) a sebepoškozujících se pacientek s PPP (EDSH). Průměry představují poměr prahu bolesti při stresu ke klidovému prahu.



**Graf 2.** Závislost velikosti stresové analgezie vyvolané mentální aritmetikou na celkovém klinickém dojmu pacientek se sebepoškozováním.

tepů/min,  $p = 0,004$ ) a vyšší hodnoty krevního tlaku (71,5 vs. 62,1 mmHg,  $p = 0,03$ ) než PPP. Tyto nálezy mohou svědčit o zvýšené aktivitě sympatického nervového systému.

### Diskuse

Pacientky se sebepoškozováním vnímají subjektivně bolest jako menší v porovnání s kontrolami. Naproti tomu objektivním měřením bolesti se nepodařilo prokázat, že by sebepoškozující se pacientky měly vyšší práh bolesti než pacientky bez sebepoškozování. Jejich vnímavost na bolest byla v laboratorních podmínkách srovnatelná s vnímavostí zdravých žen. Může to svědčit o tom, že v klidových podmínkách je jejich percepční komponenta bolesti, a tedy i biologická funkce bolesti, jako varovného signálu, zachována.

Jiná situace se týká emočního zpracování bolestivého podnětu. Bolest může být i příjemná, a proto není tlumena, což se prokázalo především v podmínkách stresu. Navíc, velikost stresové analgezie byla tím menší, čím závažnější byl klinický obraz. Abychom více pochopili vztah mezi klinickým stavem a vnímáním bolesti u těchto pacientek, bude důležité získat doplňující informace týkající se dynamiky sebepoškozujícího se chování. Protože nevíme jak dlouhý interval uplynul od předchozího aktu, nemůžeme vyloučit, že i vnímavost na bolest se může měnit. Když mezi sebepoškozování zahrneme epizodické záchvatovité přejídání, potom nálezy Faris a kol. [2] svědčí o tom, že čím delší interval uplynul od předchozího zvracení, tím vyšší prahy bolesti měly pacientky s bulimií. I jiná pozorování nasvědčují o probíhající spontánní aktivaci, např. Sachsse a kol. [5] zjistili, že 1–3 dny před sebepoškozujícím chováním společně s narůstající depresí, disociací a depersonalizací významně narůstá hladina kortizolu, která však vzápětí po sebepoškozujícím aktu se prudce snižuje a mizí i zmíněné symptomy.

### Závěr

Patofyziologie dynamiky vnímání bolesti může přispět k pochopení sebepoškozujícího chování u jedinců s PPP.

Podpořeno VZ 0021620816.

### Literatura

1. Bohus, M, Limberger, M, Ebner, U, Glocker, F, X., Schwarz, B, Wernz, M., Lieb, K.: Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res*, 95, 2000; pp. 251-260.
2. Faris, P. L., Kim, S. W., Meller, W. H., Goodale, R.L., Hofbauer, R.D., Oakman, S. A., Howard, L. A., Stevens, E. R., Eckert, E. D., Hartman, B. K.: Effect of ondansetron, a 5-HT<sub>3</sub> receptor antagonist, on the dynamic association between bulimic behaviors and pain thresholds. *Pain*, 77, 1998; pp. 297-303.
3. Papežová, H., Yamamotová, A., Uher, R.: Elevated pain threshold in Eating Disorders: Physiological and psychological factors. *J. Psychiatr. Res.*, 39, 2005, pp. 431-438.
4. Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., Nutzinger, D. O.: Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am. J. Psychiatry*, 159, 2002, pp. 408-411.
5. Sachsse, U., von der Heyde, S., Huether, G.: Stress regulation and self-mutilation. *Am. J. Psychiatry*, 159, 2002, 4.

\* \* \*

### Anamorphic Micro – počítačový program v klinickém a výzkumném použití u poruch příjmu potravy

Anamorphic Micro - Computer-Software in Clinical and Research Use on the Therapy of Eating Disorders

Kmoch V., Papežová H., Yamamotová A.<sup>1</sup>

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

**Souhrn:** Podle klinických studií se 5-9 % adolescentů běžné populace záměrně sebepoškozují [1]. Práce zabývající se sebepoškozováním ukazují na vyšší prevalenci tohoto chování u pacientů s poruchami osobnosti, mentální retardací nebo poruchami příjmu potravy. Právě u posledně jmenované skupiny je nějaká forma záměrného sebepoškozování (deliberate self-harm /DSH/) přítomna u 30-40 % pacientů. V naší práci se zaměřujeme na vztah mezi záměrným sebepoškozováním (DSH), vnímáním bolesti a vlastního těla (body image perception /BIP/).

Právě zvýšený práh vnímání bolesti je často citovaným nálezem u PPP (obr. 1).

**Klíčová slova:** sebepoškozování, vnímání bolesti, Anamorphic Micro

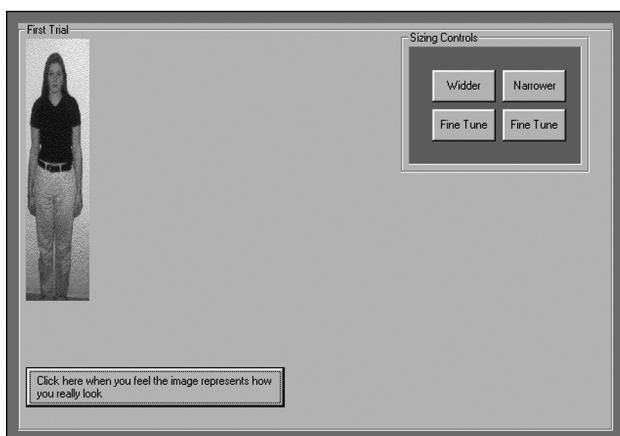
**Summary:** Our preliminary data include comparison of 3 groups (ED /n=20/, ED with DSH /10/, controls /20/) were age, BMI, illness duration and diagnoses matched. 10 patients from the total of 93 were displaying DSH in the past. The ED-DSH group didn't show any differences in pain threshold from the controls (contrary to ED), but we found that the stress analgesia of the ED-DSH group was significantly lower than controls ( $p=0,01$ ) and ED ( $p=0,03$ ). Dissatisfaction characteristics from software Anamorphic Micro correlated with BAT ( $r=-0,82$ ;  $p=0,007$ ) but not significantly with SDQ-20. We suppose that further pain and body perception studies are promising for understanding neuropathophysiology in ED. *Key words:* self-harm, pain threshold, Anamorphic Micro

## Metody

Vnímání vlastního těla (BIP) a nespokojenost s vlastním tělem (DIS 1,2) jsou měřeny softwarem Anamorphic Micro, pomocí Body attitude testu (BAT) a Somatoform dissociation questionnaire



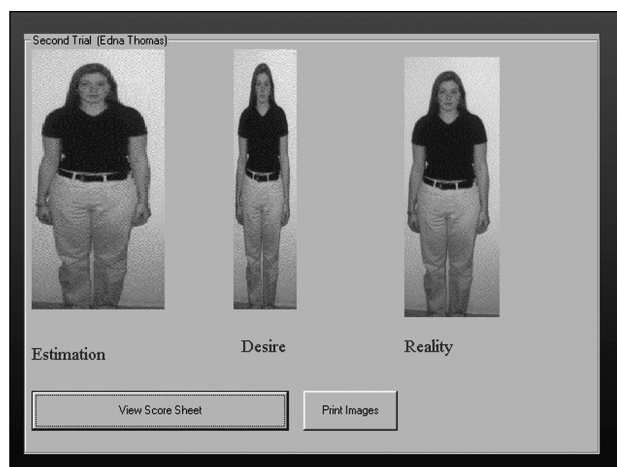
**Obr.1.** Sebepoškozování řezáním žiletkou na levém předloktí.



**Obr. 2.** Digitální snímek pacientky (zde ilustrační foto) se vloží do programu Anamorphic Micro a pacientka sama určí rozšířením nebo zúžením snímku jak si myslí, že reálně vypadá, a jak by si naopak přála vypadat. Poté se data uloží.

	1st Trial	2nd Trial	Mean Scores
Estimation	147	132	139.5
Dissatisfaction 1	44	60	52
Dissatisfaction 2	65	79	72

**Obr. 3.** Výsledky měření se zobrazí z obou měření jako Estimation (odhad oproti realitě v %), dále parametry DIS 1 a DIS 2.



**Obr. 4.** Objektivní zobrazení distorze vnímání vlastního těla u pacientek s PPP.

(SDQ-20). V programu Anamorphic Micro je pacientka zobrazena její digitalizovaná fotografie a následně ji má pacientka zúžit nebo rozšířit tak, jak si myslí, že reálně vypadá, a tak, jak by si přála vypadat (obr. 2). Parametry nespokojenosti s vlastním tělem jsou nazvány DIS 1 (objektivní nespokojenost, tj. vyjadřuje poměr mezi tím, jak by si přála vypadat a realitou – poměry v pixelech) a DIS 2 (subjektivní nespokojenost, tj. poměr mezi tím, jak by si přála vypadat a odhadem, jak si myslí, že vypadá) (obr. 3, obr. 4).

Komorbidity jsou diagnostikovány pomocí Mini International Neuropsychiatric Interview. Práh bolesti respektive latence k termálním stimulům jsme měřili přístrojem Analgesia meter (IITC Life science USA-Model 33) za klidových a simulovaně stresových podmínek (aritmetickým testem).

## Výsledky

Naše práce obsahuje srovnání 3 skupin, tedy pacientek s poruchou příjmu potravy (ED /n=20/),

dále pacientek s poruchou příjmu potravy se záměrným sebepoškozováním (ED-DSH /n=10/) a zdravých kontrol (n=20). 10 pacientek z celkového počtu 93 (za období březen-říjen 2006) se anamnesticky záměrně sebepoškozovalo. Skupina ED-DSH nevykazovala významné změny v prahu bolesti oproti kontrolní skupině, ale zjistili jsme, že **stresem vyvolaná analgezie skupiny ED-DSH byla nižší než u kontrol** ( $p=0,01$ ) a ED skupiny ( $p=0,03$ ). Parametry nespokojenosti s vlastním tělem korelovaly s výsledky BAT ( $r=-0,82$ ;  $p=0,007$ ), ale ne signifikantně s SDQ-20.

*Podpořeno z grantu VZ-0021620816.*

## Literatura

1. **Malá, E.:** Self-injurious behavior in eating disorders (in Czech). In Raboch et al.: Insane soul-insane brain: clinical experiences and facts. Galén, Prague, 2006, pp. 112-115.
2. **Papežová, H., Yamamotová, A., Uher, R.:** Elevated pain threshold in eating disorders: physiological and psychological factors. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 2005, pp. 431-438.
3. **Skegg, K.:** Self-harm. *Lancet*, 366, 2005, pp. 1471-1483.



## The Effect of Acute Exercise on Plasma Leptin Levels in Patients with Anorexia Nervosa

Vliv akutního cvičení na hladinu plazmatického leptinu u pacientek s mentální anorexií

**Dostálová I.<sup>1</sup>, Barták V.<sup>2</sup>, Papežová H.<sup>3</sup>, Vybíral S.<sup>2</sup>, Nedvídková J.<sup>1</sup>**

*Institute of Endocrinology, Laboratory of Clinical and Experimental Neuroendocrinology, Prague<sup>1</sup>  
Charles University, Faculty of Sciences, Prague<sup>2</sup>  
Charles University, Psychiatric Clinic, 1st Faculty of Medicine, Prague<sup>3</sup>*

**Summary:** Authors demonstrated that a single bout of low-intensity exercise significantly reduces plasma leptin levels in patients with AN. In healthy women, exercise had no effect on lowering leptin concentrations beyond the diurnal decrease that occurs in the absence of exercise. Neither NE nor insulin are responsible for the different response of leptin to exercise in AN.

**Key words:** plasma leptin levels, exercise, anorexia nervosa

**Souhrn:** Autoři demonstrují, jak cvičení nízké intenzity signifikantně redukuje plazmatické hladiny leptinu u pacientek s anorexia nervosa (AN). U zdravých žen cvičení nemělo žádný efekt na snížení leptinu.

**Klíčová slova:** plazmatické hladiny leptinu, cvičení, anorexia nervosa

## Introduction

Anorexia nervosa (AN) is the eating disorder characterized by self-induced starvation and refusal to gain and maintain normal body weight (1). Adipokine leptin is a hormone with multiple functions, including predominantly long-term regulation of body weight, energy balance and body temperature (2). Although exercise with concomitant alterations in energy balance may influence leptin metabolism, the effect of a single bout of exercise on circulating leptin levels is not clearly defined (3,4). Furthermore, exercise alters concentrations of certain hormones and neurotransmitters that are known to regulate leptin (5,6). Among these, lipolytic norepinephrine (NE) and antilipolytic insulin play an important counteracting role in the regulation of leptin production. We hypothesized that in severely malnourished women with AN, who have markedly low plasma leptin and insulin levels (7) and increased exercise-induced adipose tissue NE and glycerol levels (6), the production of leptin during a single bout of low-intensity exercise could be altered and could contribute to extreme sensitivity of these patients to energy imbalance and consequently to weight loss (i.e., relapse).

## Methods

We investigated the effect of 45 min cycle ergometer exercise (2 W.kg<sup>-1</sup> of lean body mass) on plasma leptin, NE, glycerol and insulin levels in 10 women with a restrictive type of AN (age: 22.1 ± 1.0 yr; body mass index (BMI): 15.7 ± 0.47 kg m<sup>-2</sup>; percent body fat (%BF): 7.1 ± 0.88) and in 15 healthy age-matched women (C; age: 21.3 ± 0.9 yr; BMI: 21.2 ± 0.42 kg.m<sup>-2</sup>; %BF: 24.3 ± 0.79). Patients with AN were diagnosed according to the 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1994) after detailed medical and psychiatric evaluation. All patients with AN were examined after 2 wks of hospitalization on the Department of Psychiatry. All healthy women were studied in 7.-10. day of their menstrual cycle, whereas all patients with AN had amenorrhea. Blood samples were collected after 12-h fasting at 08:00 h (resting levels), than at 10:00 h (immediately after the end of the exercise bout) and finally at 11:30 h (90 min after the end of the exercise bout). To account for a diurnal variation of leptin and for the effect of overnight fasting of the subjects, a control trial consisted of the same blood sampling protocol without exercise was conducted the next day after exercise. The metabolic rate during exercise was measured as oxygen consumption using a modified paramagnetic oxygen analyzer Spirolyt (Junkalor, Germany). Plasma leptin and insulin levels were measured by RIA (Linco Research St. Charles, Missouri, USA and Immunotech, Prague, Czech Republic), glycerol was measured by radiometric kit (Randox Laboratories, Montpellier, France)

and NE was analyzed by high-pressure liquid chromatography.

## Results

Although the oxygen consumption under basal conditions was comparable in the groups studied, the maximal oxygen consumption as well as the highest value of oxygen consumption reached during exercise were significantly lower in patients with AN ( $p < 0.05$ ). Basal plasma leptin levels were markedly lower in the AN group relative to the C group ( $p < 0.05$ ). Plasma leptin levels immediately and 90 min postexercise were significantly reduced compared to basal leptin levels in both AN and C groups ( $p < 0.05$ ). Compared to the control trial, leptin levels were significantly lower immediately and 90 min postexercise in the AN group ( $p < 0.05$ ), but not in the C group. Basal and exercise-induced plasma glycerol and NE levels did not significantly differ between the groups. Basal and exercise-induced plasma insulin levels were significantly lower in patients with AN compared to the C group ( $p < 0.05$ ).

## Discussion

To our best knowledge, there are no published data on the effect of a single bout of exercise on plasma leptin levels in patients with AN. Previously published studies have shown that exercise-induced leptin response is independent of short-time weight reduction (8). Moreover, it was underlined that the threshold for energy deficit must achieve to leptin levels being suppressed by exercise (9). However, patients with AN are in a state of chronic, several-years-persisting, malnutrition associated with chronic metabolic and endocrine adaptation to this starvation status. The rapid sensitive reduction of leptin during a low-intensity exercise is probably a part of adaptive mechanisms leading to conserve energy and to induce hunger feeling after energy expenditure. The chronic adaptive state with low leptin and insulin levels may also explain the lack of reduction in plasma leptin levels during control trial in patients with AN pointing on the lack of diurnal variation of leptin in AN.

## Conclusion

We demonstrated that a single bout of low-intensity exercise significantly reduces plasma leptin levels in patients with AN. In healthy women, exercise had no effect on lowering leptin concentrations beyond the diurnal decrease that occurs in the absence of exercise. Neither NE nor insulin are responsible for the different response of leptin to exercise in AN. Further investigation is needed to classify the particular role of altered regulation mechanisms on plasma leptin in the state of acute energy disbalance in patients with AN.

This study was supported by the grant agency GA CR, No. 303/03/0376.

## References

1. **Brichard, S. M., Delporte, M. L., Lambert, M.:** Adipocytokines in anorexia nervosa: a review focusing on leptin and adiponectin. *Horm. Metab. Res.*, 35, 2003, pp. 337-342.
2. **Kiely, J. M., Noh, J. H., Graewin, S. J. et al:** Altered intestinal motility in leptin-deficient obese mice. *J. Surg. Res.*, 124, 2005, pp. 98-103.
3. **Kraemer, R. R., Chu, H., Castracane, V. D.:** Leptin and exercise. *Exp. Biol. Med.* (Maywood), 227, 2002, pp. 701-708.
4. **Keller, P., Keller, C., Steensberg, A. et al:** Leptin gene expression and systemic levels in healthy men: effect of exercise, carbohydrate, interleukin-6, and epinephrine. *J. Appl. Physiol.*, 98, 2005, pp. 1805-1812.
5. **Fisher, J. S., Van Pelt, R. E., Zinder, O. et al:** Acute exercise effect on postabsorptive serum leptin. *J. Appl. Physiol.*, 91, 2001, 2, pp. 680-686.
6. **Bartak, V., Vybiral, S., Papezova, H. et al:** Basal and exercise-induced sympathetic nervous activity and lipolysis in adipose tissue of patients with anorexia nervosa. *Eur. J. Clin. Invest.*, 34, 2004, pp. 371-377.
7. **Dostalova, I., Kunesova, M., Duskova, J. et al:** Adipose tissue resistin levels in patients with anorexia nervosa. *Nutrition*, 22, 2006, pp. 977-983.
8. **Ishii, T., Yamakita, T., Yamagami, K., et al:** Effect of exercise training on serum leptin levels in type 2 diabetic patients. *Metabolism*, 50, 2001, 10, pp. 1136-1140.
9. **Hilton, L. K., Loucks, A. B.:** Low energy availability, not exercise stress, suppresses the diurnal rhythm of leptin in healthy young women. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.*, 278, 2001, 1, pp. E43-49.



## Vybrané hormony příjmu potravy u pacientek s mentální anorexií před a po částečné realimentaci

Selected Hormones of Food Intake in Patients with Anorexia Nervosa before and after Partial Refeeding

**Sedláčková D., Beranová L., Papežová H.<sup>1</sup>, Nedvídková J.**

*Endokrinologický ústav, Praha*

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

**Souhrn:** Mentální anorexie je charakterizována výraznými změnami v sekreci hormonů, ovlivňujících příjem potravy, energetickou homeostázu a dlouhodobou regulaci tělesné hmotnosti. Cílem této studie bylo sledovat vybrané hormony a metabolické parametry u pacientek s anorexia nervosa a jejich změny po sedmitýdenním psychoterapeutickém a nutričně-rehabilitačním programu. Soubor tvořilo devět žen s mentální anorexií,

u nichž byly na počátku a konci léčby stanoveny bazální plazmatické hladiny ghrelinu, leptinu, adiponektinu, NPY, inzulinu, glukózy, IGF-I a IGFBP-III. Naměřené hodnoty byly porovnány s věkově srovnatelným kontrolním souborem deseti zdravých žen. Ze získaných výsledků je zřejmé, že některé ze sledovaných hormonů a metabolických parametrů vyjadřují aktuální nutriční stav organismu a mění se u pacientek s mentální anorexií během realimentačního období, zatímco u jiných hormonů v tak krátké době k výrazné změně plazmatických hladin nedochází.

**Klíčová slova:** mentální anorexie, realimentace, ghrelin, leptin, adiponectin

**Summary:** Anorexia nervosa (AN) is characterized by markedly changes in hormone secretion influencing food intake, energy homeostasis and long-term body weight regulation. The aim of the present study was to determine selected hormones and anthropometric parameters and their changes after seven weeks of psychotherapy and nutritional rehabilitation program in patients with anorexia nervosa. Nine women with AN and ten age-matched healthy women were included to the study. We measured basal plasma levels of ghrelin, leptin, adiponectin, NPY, insulin, glucose, IGF-I and IGFBP-III before and after treatment. We found that some of these hormones and metabolic parameters express actual nutritional status of organism and were changed during the realimentation in patients with AN.

**Key words:** anorexia nervosa, body weight regulation, ghrelin, leptin, adiponectin

*Tato studie vznikla za podpory VZ 0021620816 1. LF UK a grantu GAČR 303/03/0376.*



## **Sledování aktivity CYP2D6 u pacientek s mentální bulimií (vliv na jídelní chování a sexuální aktivitu)**

Bulimia Nervosa and CYP2D6 Activity (Influence on Eating Behaviour and Sexual Activity)

**Palčíková I., Žourková A., Valentová D.**

*Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno*

**Souhrn:** Geneticky podmíněné změny aktivit enzymů metabolizujících SSRI mohou způsobovat odlišné terapeutické odpovědi pacientů od neúčinnosti až po projevy toxicity a výrazný výskyt lékových interakcí. Aktivitu cytochromů P 450 lze stanovovat genotypováním nebo fenotypováním. CYP2D6, izoenzym cytochromu P 450, je katalyzujícím enzymem řady často používaných SSRI a je o něm známo, že je geneticky polymorfní. Cílem práce bylo zhodnotit účinnost léčby paroxetinem u pacientek s mentální bulimií (MB) při sledování aktivity CYP2D6.

**Klíčová slova:** CYP2D6, paroxetin, mentální bulimie

**Summary:** Genetically conditioned change in activity of

SSRI metabolizing enzymes may lead to different therapeutic response of patients, ranging from lack of efficacy to symptoms of toxicity and a significant incidence of drug-drug interactions. The activity of P 450 cytochromes can be determined by genotyping or phenotyping. CYP2D6, cytochrome P-450 isoenzyme, is a catalyzing enzyme of a number of frequently used SSRI and has been known to be genetically polymorphous. The goal of the study was to evaluate the efficacy of paroxetine treatment in female patients with mental bulimia (MB) while monitoring CYP2D6 activity.

**Key words:** CYP2D6 activity, paroxetine, bulimia nervosa

## **Materiál a metoda**

U pacientek s diagnózou MB byla po zařazení do cyklu pro PPP (poruchy příjmu potravy) na otevřeném oddělení PK FN Brno Bohunice nasazena terapie paroxetinem. Pacientky před přijetím na oddělení nebyly léčeny substráty či inhibitory CYP2D6, netrpěly závažným somatickým onemocněním. Hodnocení léčby probíhalo prostřednictvím škál EAT, HAMA, CGI a UKU, a to 0., 7., 14., 28. a 42. den užívání paroxetinu. Fenotypizace aktivity CYP2D6 byla uskutečněna 0. den (tj. 1. den před nasazením paroxetinu) a 42. den terapie dextrometorfanovým testem.

## **Výsledky a diskuse**

Do studie bylo zařazeno 17 pacientek s diagnózou bulimie, dvě studii nedokončily. Výsledky jsou k dispozici zatím u prvních jedenácti z nich. U 9 z 11 bulimických pacientek byl zjištěn před nasazením terapie paroxetinem fenotyp EM (extenzivní metabolizéři). U zbývajících 2 pacientek fenotyp UM (ultrarychlí metabolizéři). Po šesti týdnech terapie paroxetinem došlo u obou pacientek s počátečním UM fenotypem ke změně na EM. U zmíněných 9 bulimických s zjištěným EM fenotypem došlo ke změně na PM (pomalí metabolizéři) v 7 případech, 2 pacientky zůstaly fenotypově stejné, tj. EM.

Podle škály EAT došlo k zlepšení jídelního chování po 6týdenní terapii paroxetinem u pacientek, u nichž došlo ke změně fenotypu z EM na PM nebo z UM na EM. Tento jev se dá částečně vysvětlit i možností větší dostupnosti léčiva při pomalejší metabolizaci. Podle shodné škály, tj. EAT, nedošlo k zlepšení ani zhoršení jídelního chování u bulimických, jejichž fenotyp zůstal nezměněn.

U všech bulimických pacientek bylo zaznamenáno pozvolné zlepšování bodových hodnot škály HAMA bez ohledu na fenotypickou změnu. Během hospitalizace bylo patrné zmírnění závažnosti onemocnění podle bodových hodnot škály CGI u všech skupin bulimických.

Vliv metabolického fenotypu na sexualitu pacientek podle škály UKU nebyl výrazný. Snížení libida zaznamenaly pacientky, u nichž zůstal fenotyp nezměněn EM/EM, u dalších skupin, kde došlo ke zpomalení aktivity CYP2D6, nebyla tak výrazná změna sexuální apetence. Toto zjištění lze



interpretovat v souladu s nálezem nižší efektivity léčby ve srovnání se skupinou pacientek, u kterých došlo k zpomalení aktivity CYP2D6. Pacientky EM/PM udávaly přetrvávající poruchu orgasmu a poruchy lubrikace po celou dobu hospitalizace.

### Závěr

Očekávané výraznější zlepšení klinického stavu pomalých metabolizérů, jež by bylo možné vysvětlit i pomalejším odbouráváním paroxetinu, se potvrdilo ve škále zaměřené na jídelní chování, tj. EAT. Zpomalení aktivity CYP2D6 vedlo k poruchám orgasmu a lubrikace, zatímco snížení libida referovaly pacientky s nezměněným metabolickým fenotypem.

*Práce je podpořena výzkumným záměrem MŠMT 0021622404.*

### Literatura

1. Kelly, L. C., Scott, C.: The cytochrome P450 system: Drug interaction principles for medical practice. American Psychiatric Publishing, 2003, 262 p.
2. Laure, E. S. et. al.: The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders. J. Clin. Psychiatry, 59, 1998, pp. 28-34.

\* \* \*

### Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií

The Civic Association Anabell - Social Counselling of Patients with Anorexia and Bulimia

**Sladká-Ševčíková J., Švédová J., Polanská M.**

*Občanské sdružení Anabell, Brno*

**Souhrn:** Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002, věnuje se nemocným s poruchami příjmu potravy poskytováním odborného sociálního poradenství (psychologické, nutriční) a realizací speciálních skupinových programů. Výraznou část činnosti organizace zaujímají programy primární i sekundární prevence, sdružení organizuje přednášky pro základní a střední školy, věnuje se edukaci studentů vysokých škol v oblasti problematiky výživy a sociálních aspektů stravování, pro hlavní cílovou skupinu pořádá specializované semináře a kurzy. V období 2006 až 2008 Anabell realizuje projekt s názvem „Každý krok se počítá“, spolufinancovaný Evropskou unií, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem Jihomoravského kraje (z programu SROP 3. 2).

*Klíčová slova:* občanské sdružení Anabell, poradenství, edukace

**Summary:** The civic association Anabell was founded in 2002, it helps people with eating disorders by providing expert psychological and nutrition counselling and group therapies. Major part in the organization's activi-

ty form the primary and secondary preventions; the association organizes lectures for both primary and high schools, specialised seminars and classes for the main target group and also it educates university students in the problems of nutrition and social aspects of eating. In the 2006-2008 period Anabell is realising a project named „Every step counts“, co-financed by the European Union, the government of Czech Republic and from the budget of Jihomoravský kraj (from SROP 3.2).

*Key words:* civic association Anabell, counselling and education

---

Motto:

*Jsou štíhlé a krásné?*

*Jsou štíhlé a zdravé?*

*Jsou štíhlé a šťastné?*

*Ne, jsou sice štíhlé, ale jsou vážně nemocné ...*

Poskytovat odbornou pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy patří k předpokladům moderní společnosti, která si je vědoma závažných problémů dnešní doby. Je dlouhodobě známo, že se mentální anorexie a bulimie v převážné míře projevuje u mladých lidí, a tím tedy ohrožuje člověka nejen ze zdravotního hlediska, ale i po stránce sociální. Postižený/á s problémem většinou léta bojuje sama/sám, zkušenosti hovoří o průměrné době léčby v rozsahu tří až pěti let, přičemž výsledky z praxe ukazují, že bez odborné pomoci nelze zvítězit, vyléčit se, začlenit se zpět do společnosti a žít běžným způsobem života. Nemocný člověk postupně zpřetrhává veškeré kontakty se svým okolím, ocitá se v sociální apatii, trpí pocity méněcennosti a vzdává se běžného přirozeného života ve prospěch samoty v nemoci. Izolace, kterou prochází nemocný člověk, je srovnatelná se samotou v pravém slova smyslu. Patnáctiletá slečna, která až doposud byla veselá, stýkala se se svými vrstevníky, dokázala se radovat i plakat zároveň, najednou zůstává zcela sama. Sama se svými myšlenkami na tlustá stehna, oplácené boky a celulitidu na hýždích, „neviditelné“ špeky na břicho, oteklé tváře a výrazný podbradek. To, že takové proporce vidí jen ona sama, je typickým znamením nemoci. Zůstává sama se svými slzami, prolívanými od rána do večera, a smutným výrazem s mnoha otázkami v obličejí. Pochopení nenachází ani u sebe (protože by chtěla být jiná a nejde to), ani u svého okolí (protože málokdo chápe, proč se tak trápí a normálně se nenají, a především, proč je tak náhle jiná). Najednou není schopna jít společně se svými kamarádkami do kina jako dříve, nechce na diskotéku nebo na odpolední party a pozvání na zmrzlinu je úplně zbytečné. Zůstává sama a nevidí východisko.

**Občanské sdružení Anabell nabízí svým klientům například tento svépomocný materiál:**

## ZÁKLADNÍ PRAVIDLA PRO VŠECHNY, KTERÍ SE CHTĚJÍ VYLÉČIT

Dodávat si odvahy a navštívit odborníka – psychiatra, psychologa, nutričního specialistu.

Jíst 5x denně, jídlo si rozvrhnout například takto: v 8 hod. snídaně, v 10 hod. svačina, ve 12 hod. oběd, v 15 hod. svačina, v 18 hod. večeře a po 20. hod. klidně i druhou malou večeři.

Jídlo je pro život stejně tak důležité jako spánek, neslouží nám jako nástroj vůči sobě samým, mít hlad je normální a jíst je nutné.

Krása souvisí se správným stravováním a zdravou potravou, krásný je člověk tím, jaký je, a ne tím, jestli má o čtyři kila víc nebo míň.

Věřit ve vlastní schopnosti, být sebevědomá/ý, umět se prosadit, být vyrovnaná/ý a laskavá/ý hlavně k sobě, nejen k druhým.

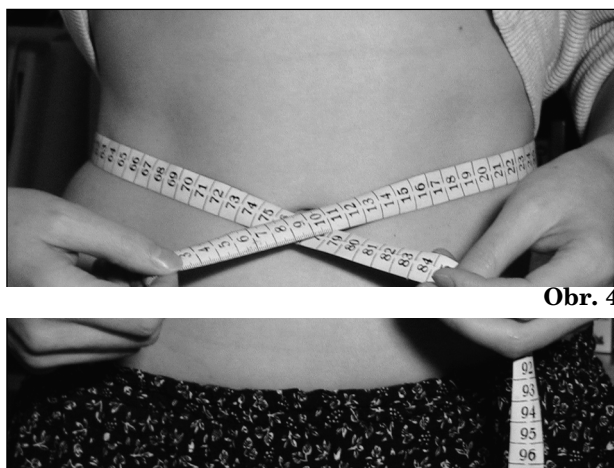
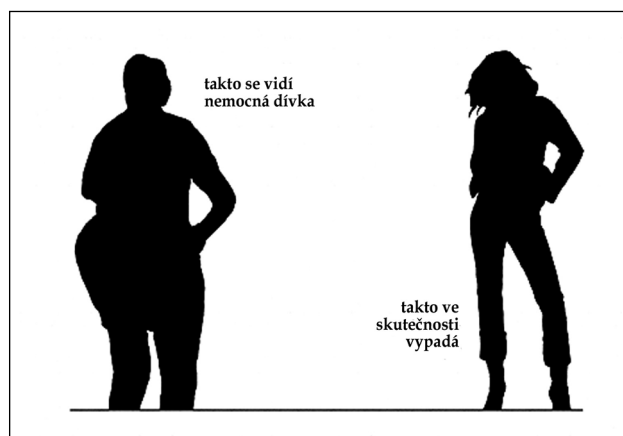
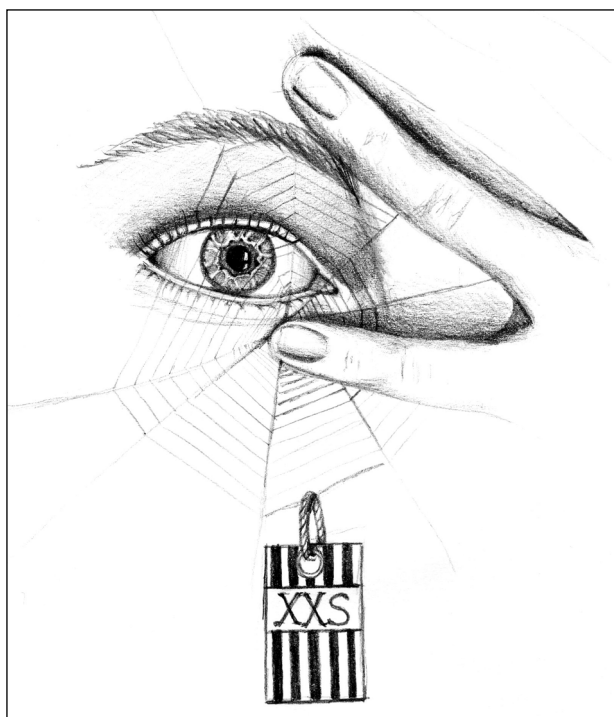
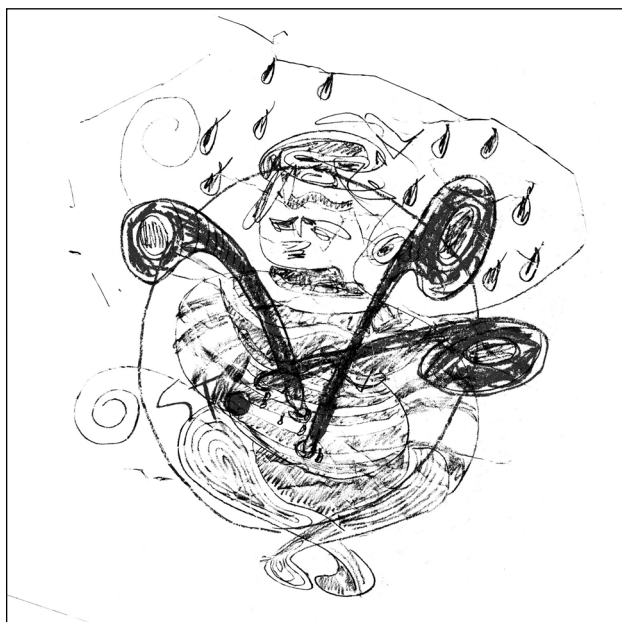
Dávat najevo své pocity, city a myšlenky, nestydět se za sebe ani za své názory.

Stále hledat řešení, komunikovat s okolím a s těmi, co chtějí pomoci, myslet pozitivně, opakovat si: „Dokážu to, zvládnou to“.

Nečekat zázraky a nedoufat, že to přejde samo od sebe.

Víc se o sebe starat, mít se ráda/rád, chválit se, pohladit se, věnovat si alespoň jednou denně upřímný úsměv.

### Obrazová příloha:



Obr. 4.

*Kontakt: Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií  
Dům lékařských služeb, Bratislavská 2, 602 00 Brno  
Tel.: 542 214 014, Linka Anabell 848 200 210 (pondělí až pátek 8:00 až 16:00 hodin)  
Webová prezentace: [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz), e-mail: [posta@anabell.cz](mailto:posta@anabell.cz).*

## Arteterapie – sebereflexe prostřednictvím výtvarného projevu

Artetherapy - Selfreflection by the Art Expression

Dvořáková I.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Souhrn:** Dílna je ukázkou vývoje výtvarného pojetí prací pacientů hospitalizovaných na oddělení PPP v závislosti na průběhu hospitalizace.

**Klíčová slova:** arteterapie, změny během hospitalizace

**Summary:** This workshop demonstrates the artwork expression progress of the patients at Eating Disorders Unit during their hospitalisation.

**Key words:** artetherapy, changes during the hospitalization

Výběr výtvarných prostředků, přístup k zadanému tématu a vývoj výtvarného zpracování odráží postupnou změnu stavu pacienta v průběhu celého léčebného procesu při hospitalizaci.

**Počátek hospitalizace** je poznamenán nejistotou, podstatná část pacientů má problém vyjádřit se spontánně a otevřeně. Důraz kladou zvláště na estetickou stránku provedení (úpravnost, idealizace, barevné ladění, příjemné barvy), aby jejich práce vypadala dobře a terapeut byl spokojený. Z výtvarných prostředků volí často tužku, výjimečně pastelky. O zadaném tématu dlouze diskutují, snaží se manipulací o jeho změnu. Vcelku oblíbená technika je koláž. Vlastní vyjádření lze nahradit obrázkem z časopisu. Přesto tato výtvarná technika poměrně přesně vyjadřuje jejich nerealistický pohled na skutečnost. Idealizují si vlastní budoucnost a vztahy. Touží po životě v přepychu s mnoha dětmi v ideální rodině.

**Období poloviny hospitalizace** je charakterizováno snahou zvládnout „svůj problém“ – svou nemoc. Pacienti obohacují použití výtvarných prostředků, nebrání se novým výtvarným technikám. Otevřeně diskutují o své práci i v rámci skupiny.

**Čas před ukončením hospitalizace** se vyznačuje obavou z budoucnosti, z návratu domů, do školy, zaměstnání – do prostředí, které opustili jako nemocní. Tyto skutečnosti se promítají do výtvarného projevu. Každé téma zpracovávají v pesimistické rovině, v popředí s depresivně laděnou barevností – tmavé barvy, zvláště hnědá a černá, nebo naopak užití ostrých agresivních odstínů (žlutá, fialová). V průběhu hodnocení své práce hledají další důvody a příčiny své nemoci, obviňují své blízké – rodiče, přátele.

**Cílem arteterapeutické činnosti** s pacienty hospitalizovanými na oddělení PPP musí tedy být

vytvoření trvale realistického názoru na skutečný stav věcí pomocí pohledu na sebe sama prostřednictvím vlastní výtvarné práce.

Účastníkům dílny je nabídnuta možnost tvorby pod vedením arteterapeuta.



## Plánovaná evaluácia on-line psychoterapeutickej intervencie u pacientiek s diagnózou mentálna anorexia - slovenská a česká verzia programu Web- AKQUASI

Planned Evaluation of On-line Psychotherapeutic Interventions by Anorexia Nervosa Patients – Slovak and Czech Version of the Application Web-AKQUASI

Žuchová S.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Súhrn:** Cieľom tejto práce je podať prehľad doterajších skúseností s využitím internetu v psychoterapii rôznych duševných porúch a predstaviť slovenskú, resp. českú verziu programu Web-AKQUASI, vyvinutého výskumnou skupinou na univerzite v Heidelbergu, ktorá sa plánuje využiť pri výskume evaluácie psychoterapeutických intervencií prostredníctvom e-mailu u pacientiek s diagnózou mentálna anorexia.. Diskutujú sa rôzne formy terapeutických intervencií podporovaných počítačom, pričom sa preberá ich delenie navrhované autormi Tate a Zabinski [12] na tie, ktoré nezahŕňajú žiadnu či len minimálnu medziľudskú interakciu, na aplikácie s asynchrónnou či synchrónnou komunikáciou, pričom na komunikácii sa môže, ale nemusí zúčastňovať odborník, a nakoniec na využitie počítačov ako doplnok štandardnej psychoterapie. Jednou z možností využitia počítačov je aj administrovanie dotazníkov prostredníctvom počítača, ich vyhodnocovanie a poskytovanie spätnej väzby. Takýto zber dát sa dá využiť aj pri evaluácii psychoterapeutických intervencií všeobecne, a intervencií prostredníctvom počítača zvlášť. Aplikácia Web-AKQUASI vyvinutá heidelbergskou výskumnou skupinou umožňuje administráciu ľubovoľných dotazníkov. Predstavuje sa slovenská a česká verziu tejto aplikácie, ktorá sa plánuje využiť pri evaluácii psychoterapeutických intervencií mentálna anorexia.

**Kľúčové slová:** využitie počítačov v psychoterapii, on-line psychoterapia, mentálna anorexia, evaluácia psychoterapeutických intervencií

**Summary:** The major objective of this study is to give a review of the literature on computer and internet usage in the psychotherapy of various mental illnesses, and to introduce the Slovak resp. Czech version of the application Web-AKQUASI. This application should be used in the evaluation of psychotherapeutic interventions with anorexia nervosa patients via e-mail. Various forms of computer-supported therapeutic interventions are discussed. Since various authors propose their clas-

sifications according to different criteria, this discussion is based on the classification of Tate and Zabinski (2004), who divide them into interventions with no or just minimal human interaction, applications with synchronous or asynchronous communication (an expert can but does not have to participate in this communication), and those employing computers as an addition to standard psychotherapy. One of the additional computer usage possibilities is computer-supported administration of questionnaires, their evaluation and feedback. Data collected in this way can also be used for the evaluation of psychotherapeutic interventions in general, and computer-supported interventions specifically. The Web-AKQUASI application developed by the Heidelberg research group enables the administration of any type of questionnaire. The Slovak and Czech versions of this application are introduced. Their planned use is for the evaluation of psychotherapeutic interventions with anorexia nervosa patients via e-mail after a hospital stay. *Key words:* computer usage in psychotherapy, on-line psychotherapy, anorexia nervosa, evaluation of psychotherapeutic interventions

Terapeutické intervencie podporované počítačom možno rozdeliť podľa rôznych kritérií rôznym spôsobom. Jedno z delení ponúkajú Tate a Zabinski [12], ktorí ich delia na tie, ktoré nezahŕňajú žiadnu či len minimálnu medziludskú interakciu, na aplikácie s asynchrónnou či synchrónnou komunikáciou, pričom na komunikácii sa môže, ale nemusí zúčastňovať aj odborník, a nakoniec na využitie počítačov ako doplnok štandardnej psychoterapie. Programy fungujúce bez interakcie môžu byť buď úplne neinteraktívne, teda čisto psychoedukatívne, alebo umožňujúce počítačom generovanú spätnú väzbu, vysoko štrukturovanú a založenú na empirických výsledkoch. Medzi novšie formy využitia počítačov v psychoterapii patria tie formy on-line komunikácie, ktoré zahŕňajú medziludskú interakciu, napríklad uľahčenie komunikácie medzi postihnutými rovnakou chorobou (internetové svojpomocné skupiny) či medzi pacientami a terapeutmi (internetová terapia). Takáto komunikácia môže mať dve formy: synchrónnu a asynchrónnu. Podľa niektorých autorov, napr. Taylor a Luce (2003, citované podľa Tate a Zabinski, [12]), je využitie technológie v psychoterapii najefektívnejšie vtedy, keď slúži ako doplnok štandardnej psychoterapie (napr. *EMA – ecological momentary assessment* pri pacientoch s diagnózou binge eating).

Plánovanej štúdie sa zúčastnia pacientky získavané kontinuálne v priebehu prvých 18 mesiacov jej trvania na Psychiatrickej klinike 1. LF UK v Prahe a na Psychiatrickej klinike LF UK v Bratislave. Pacientky, ktoré neplánujú individuálnu psychoterapiu ani návštevu terapeutických skupín a rozhodnú sa pre účasť na štúdiu, budú mať raz za týždeň možnosť e-mailovej interakcie s terapeutkou. E-mailová komunikácia medzi pacientkou a terapeutkou bude trvať 6 mesiacov.

Na evaluáciu psychoterapeutickej intervencie prostredníctvom e-mailu u pacientiek s diagnózou anorexia nervosa plánujeme využiť slovenskú, resp. českú verziu programu Web-AKUQASI, vyvinutého Heidelbergskou výskumnou skupinou, (Kordy a Lutz, 1995; Percevic, Gallas, Arikan, Mößner, Kordy, H, 2005). Tento program umožňuje prezentáciu ľubovoľných dotazníkov na začiatku a na konci terapie ako aj po každej therapeutickej online hodine. Inventár dotazníkov možno individuálne meniť. Prvé empirické štúdie (Percevic, 2005, citované citované podľa Percevic, Gallas, Arikan, Mößner, Kordy, 2006) ukazujú na dobrú psychometrickú ekvivalenciu.

## Literatúra

1. **Brooks, R. G., Nemachemi, N.:** Physician's use of e-mail with patients: Factors influencing electronic communication and adherence to best practice. *Journal of Medical Internet Research*, 2006, 8.
2. **Fahrenberg, J., Myrtek, M., Wilk, D., Kreutel, K.:** Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten, *Psychother. med. Psychol.*, 36, 1986, pp. 347-354.
3. **Gallas, Ch.:** Web-AKQUASI, Computergestützte Qualitätssicherung in der Psychotherapie, *Benutzer-Handbuch, Forschungsstelle für Psychotherapie, Heidelberg*, 2005.
4. **Hatcher, R. L., Gillaspay, J. A.:** Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory, *Psychotherapy Research*, 16, 2006, 1, pp. 12-25.
5. **Newman, M. G.:** Technology in psychotherapy: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 2004, 2, pp. 209-220.
6. **Pennebaker, J. W.:** Writing about emotional experiences as a therapeutic process, *Psychological Science*, 1997, 8, pp. 162-166.
7. **Percevic, R., Gallas, Ch., Arikan, L., Mößner, M., Kordy, H.:** Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie. *Psychiatrie und psychosomatischer Medizin, Psychotherapeut*, 51, 2005, pp. 395-397.
8. **Recupero, P. R., Rainey, S. E.:** Informed consent to e-therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59, 2005, 4, pp. 319-331.
9. **Recupero, P. R., Rainey, S. E.:** Forensic aspects of e-therapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 2005, 6, pp. 405-410.
10. **Rochlen, R. B., Zack, J. S., Speyer, C.:** On-line therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 2004, 3, pp. 269-283.
11. **Schmidt, J., Lamprecht F., Wittmann W. W.:** Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen, *Psychother. med. Psychol.*, 39, 1989, pp. 248-255.
12. **Tate, D. F., Zabinski, M. F.:** Computer and Internet applications for psychological treatment: Update for clinicians, *Journal of Clinical Psychology*, 60, 2004, 2, pp. 209-220.

## Disociace exprese adiponektinu a resistinu v podkožní tukové tkáni a jejich sérových koncentrací u pacientek s mentální anorexií

Dissociation of Subcutaneous Fat Adiponectin and Resistin Expression and Circulating Levels in Patients with Anorexia Nervosa

Doležalová R.<sup>1</sup>, Lacinová Z.<sup>1</sup>, Dolinková M.<sup>1</sup>, Kleiblová P.<sup>2</sup>, Haluziková D.<sup>1,3</sup>, Housa D.<sup>1</sup>, Papežová H.<sup>4</sup>, Haluzik M.<sup>1</sup>

Katedra všeobecného lékařství LF UK, Praha<sup>1</sup>  
Katedra porodnictví a gynekologie LF UK, Praha<sup>2</sup>  
Katedra sportovního lékařství LF UK, Praha<sup>3</sup>  
Katedra psychiatrie LF UK, Praha<sup>4</sup>

**Souhrn:** Pacientky s mentální anorexií mají výrazně snížený obsah tuku v organismu a významně změněné sérové koncentrace adipocytárních hormonů.

Cílem naší studie bylo zkoumat vliv chronické malnutrice u pacientek s mentální anorexií na endokrinní funkci tukové tkáně jednak na úrovni cirkulujících koncentrací adipocytárních hormonů, jednak exprese jejich mRNA v podkožní tukové tkáni. Do studie bylo zařazeno 12 pacientek s mentální anorexií a 18 zdravých žen s normální tělesnou hmotností. Všem byl po celonočním hladovění proveden odběr krve a biopsie podkožní tukové tkáně. V séru byly změřeny sérové koncentrace hsCRP, leptinu, solubilního leptinového receptoru, adiponektinu, resistinu, interleukinu-6, MCP-1 a TNF- $\alpha$  a v tukové tkáni pak exprese genů pro tyto adipokiny, adiponektinové receptory 1 a 2 a marker přítomnosti imunokompetentních buněk CD68.

Snížený obsah tuku v organismu pacientek s mentální anorexií byl provázen poklesem hsCRP a leptinu, zatímco hladiny adiponektinu, solubilního leptinového receptoru, MCP-1 a TNF- $\alpha$  byly mírně zvýšeny. Exprese adiponektinu, leptinu, interleukinu-6, MCP-1 a CD68 v podkožní tukové tkáni byla ve srovnání s kontrolní skupinou snížena, exprese resistinu zvýšena a exprese TNF- $\alpha$  se nelišila od kontrolní skupiny.

Naše výsledky ukazují, že změny exprese adipocytárních hormonů v podkožní tukové tkáni se liší od změn jejich sérových koncentrací. Zjištěné lokální změny mohou parakrinně ovlivňovat metabolismus podkožní tukové tkáně a mohou se tak podílet na vzniku některých metabolických odchylek u pacientek s mentální anorexií.

**Klíčová slova:** adiponectin, resistin, tuková tkáň, koncentrace v séru, mentální anorexie

**Summary:** Patients with anorexia nervosa have severely decreased body fat content and impaired endocrine function of adipose tissue as measured by circulating concentration of adipose tissue-derived hormones.

The aim of our study was to assess the influence of severe malnutrition in patients with anorexia nervosa on endocrine function of adipose tissue on both circulation and subcutaneous fat mRNA expression level 12 patients

with anorexia nervosa and 18 normal weight age-matched women underwent single blood drawing and subcutaneous adipose tissue biopsy in the Department of Medicine, General University Hospital Serum concentration of high-sensitive CRP (hsCRP), leptin, soluble leptin receptor, adiponectin, resistin, interleukin-6, MCP-1, TNF- $\alpha$ , subcutaneous adipose tissue mRNA expression of the same adipokines, adiponectin receptors 1 and 2 and CD68 were measured.

Decreased body fat content of AN patients was accompanied by reduced hsCRP, leptin and increased adiponectin, soluble leptin receptor, MCP-1 and TNF- $\alpha$  levels, while resistin and interleukin 6, MCP-1 and CD68 expression was reduced, resistin mRNA expression was increased and TNF- $\alpha$  mRNA expression was unchanged relative to control group

We conclude that changes of subcutaneous fat mRNA expression of adiponectin, resistin, MCP-1 and interleukin-6 differ are not reflected by its circulating levels. Local perturbations in resistin and adiponectin expression in subcutaneous adipose tissue could be involved in some of metabolic disturbances of anorexia nervosa patients.

**Key words:** adiponectin, resistin adipose tissue, serum concentration, anorexia nervosa

---

Pacientky s mentální anorexií mají výrazně snížený obsah tuku v organismu a významně změněné sérové koncentrace adipocytárních hormonů.

Cílem naší studie bylo zkoumat vliv chronické malnutrice u pacientek s mentální anorexií na endokrinní funkci tukové tkáně jednak na úrovni cirkulujících koncentrací adipocytárních hormonů, jednak exprese jejich mRNA v podkožní tukové tkáni. Do studie bylo zařazeno 12 pacientek s mentální anorexií a 18 zdravých žen s normální tělesnou hmotností. Všem byl po celonočním lačnění proveden odběr krve a biopsie podkožní tukové tkáně. V séru byly změřeny sérové koncentrace hsCRP, leptinu, solubilního leptinového receptoru, adiponektinu, resistinu, interleukinu-6, MCP-1 a TNF- $\alpha$ , v tukové tkáni pak exprese genů pro tyto adiponektiny, adiponektinové receptory 1 a 2 a marker přítomnosti imunokompetentních buněk CD68.

Snížený obsah tuku v organismu pacientek s mentální anorexií byl provázen poklesem HsCRP a leptinu, zatímco hladiny adiponektinu, solubilního leptinového receptoru, MCP-1 a TNF- $\alpha$  byly mírně zvýšeny. Exprese adiponektinu, leptinu, interleukinu-6, MCP-1 a CD68 v podkožní tukové tkáni byla ve srovnání s kontrolní skupinou snížena, exprese resistinu zvýšena a exprese TNF- $\alpha$  se nelišila od kontrolní skupiny.

Naše výsledky ukazují, že změny exprese adipocytárních hormonů v podkožní tukové tkáni se liší od změn jejich sérových koncentrací. Zjištěné lokální změny mohou parakrinně ovlivňovat metabolismus podkožní tukové tkáně a mohou se tak

podílet na vzniku některých metabolických odchylek u pacientek s mentální anorexií.

Podporováno grantem IGA 8302-5 a MSM 0021620814.

\*\*\*

### **Jídelní chování a vztah k vlastnímu tělu u dívek v mladším školním věku. Příspěvek k problematice primární prevence PPP**

Eating Behaviour and Body Image in Young School Girls. Contribution to the Primary Prevention of Eating Disorders

**Chudobová P., Fraňková S.**

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
Katedra psychologie FF UK, Praha

**Souhrn:** Vývoj zdravého jídelního režimu, adekvátní body image, i fyzická zdatnost v období dospívání

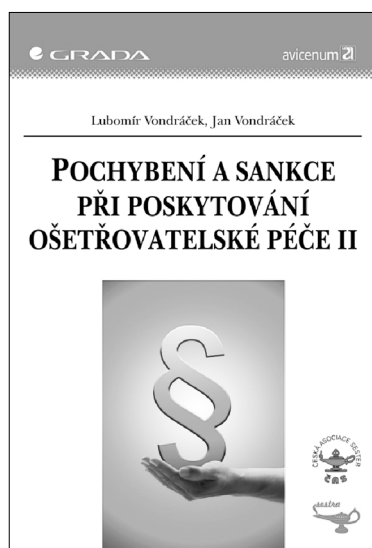
a v dospělosti závisí do značné míry na self-konceptu z dětství. Některé stereotypy v myšlení, jednání, vztahu k vnějšímu světu a k sobě samému se rozvíjejí a upevňují již v předškolním věku. Studium rizikových faktorů predisponujících k PPP v dětském věku pomůže k lepšímu porozumění tohoto procesu a umožní vytvoření efektivnějšího programu prevence.

V České republice existuje řada studií zaměřených na nutriční chování a vztah k vlastnímu tělu u dětí ve starším školním věku a v období dospívání, některé práce jsou zaměřeny na předškolní věk. Mladšímu školnímu věku bylo v našich podmínkách věnováno nezaslouženě méně pozornosti. Předmětem sdělení budou výsledky pilotní studie realizované u českých preadolescentních dívek (7-11let). Zmapovány by měly být následující problémové okruhy: jídelní chování a postoje k jídlu, pohybová aktivita a zájmy, body image a sebehodnocení.

*Klíčová slova:* rizikové faktory, preadolescentní dívky

**Summary:** Authors are presenting results of the pilot study of eating patterns and attitudes, sport and leisure activities, body image and self-esteem in preadolescent czech girls (7-11 years).

*Key words:* risk factors, preadolescent girls



## **POCHYBENÍ A SANKCE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI II**

*Lubomír Vondráček, Jan Vondráček*

Další kniha z pera známých autorů navazuje na úspěšnou publikaci Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. Dílo, které je určeno nejen sestřím v praxi, ale i studentům ošetrovatelství, přináší další zajímavé kauzy, ke kterým dochází při výkonu práce sestry. Některé kauzy mohou vyvolat na tvářích čtenářů úsměv, jiné jsou vážnějšího charakteru. Všechny však upozorňují na domnělá či skutečná pochybení, ze kterých mohou být sestry kdykoliv a kýmkoliv obviněny.

V obecné části se čtenáři seznámí se základními právními termíny a dozví se, že sestra může být vnímána jako občan, zaměstnanec, poskytovatel ošetrovatelské péče, ale také jako obviněný, pachatel či svědek trestného činu, původce škody či újmy na zdraví.

Speciální část obsahuje jednotlivé kauzy, které mají jednotnou osnovu: podání (neboli obvinění), skutkový stav věci, diskusi a závěr.

Vydalo nakladatelství Grada Publishing a.s. v roce 2006, A5, brožovaná vazba, 68 stran, cena 79 Kč, (126 Sk), ISBN 80-247-1919-3, kat. číslo 1858.

**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

---

## *Klinické práce*

---

### **Psychologické vyšetření pacienta před bandáží žaludku, zkušenosti z let 2003 – 2006**

Psychological Examination before the Gastric Bandage - the Experiences from the Years 2003 to 2006

**Olišáková E.**

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

**Souhrn:** Gastrická bandáž (GB) je chirurgický způsob řešení morbidní obezity a psychologické vyšetření je jedním z povinných vyšetření, které pacient musí před GB absolvovat. Cílem vyšetření je zhodnotit, zda je pacient schopen dodržet přísný pooperační režim, který po operaci následuje. Vyšetření sleduje zvláště faktory související s jídelním chováním pacienta, jeho redukční anamnézu, dobu vzniku obezity, znalost režimových opatření (jak redukční režim, tak znalost pooperačního režimu), motivaci k zákroku a podmínky, jaké k dodržování režimu v současné době mají. V následujícím sdělení popisují rozložení těchto faktorů u 96 adeptů GB, kteří byli psychologicky vyšetřeni na III. IK VFN během let 2003 až 2006.

**Klíčová slova:** gastrická bandáž, morbidní obezita, jídelní chování

**Summary:** The gastric banding (GB) is a surgical treatment for morbid obesity. The psychological assessment is one of the compulsory examinations before the surgery. The aim of the assessment is to screen the patient's ability to cooperate with the GB. The assessment concentrates on eating behaviour and its pathology, dietary styles, the onset of obesity, knowledge of surgical intervention, motivation for GB, his present life situation – is he able to follow the strict post-surgical regime? In the following paper I describe 96 bariatric surgery adepts that were assessed in III. IK VFN in years 2003 – 2006. **Key words:** gastric banding, morbid obesity, eating behaviour

### **Úvod**

Gastrická bandáž (GB) je chirurgickým řešením morbidní obezity (BMI vyšší než 40). Jedním z povinných vyšetření před zákrokem je psychologické vyšetření, které má zhodnotit schopnost pacienta spolupracovat s metodou, tzn. dodržovat přísný pooperační režim. V případě nedodržení tohoto režimu GB nebude funkční, v horším přípa-

dě si pacient může způsobit závažné zdravotní komplikace. Dosud nejsou stanoveny standardy tohoto vyšetření a faktory predikující úspěšnost se zatím zkoumají. Zaměřila jsem se na ty faktory, které jsou v literatuře popsány jako důležité pro sledování u žadatele o GB. Vyšetření se skládá ze strukturovaného rozhovoru a kvalitativního vyhodnocení dotazníků, vzhledem k tomuto zpracování je důležité, že všechna vyšetření byla provedena jedním psychologem (minimalizace subjektivního rozptylu).

### **Cíl**

Cílem sdělení je popsat skupinu 96 žadatelů o gastrickou bandáž, kteří byli psychologicky vyšetřeni jedním psychologem na III. IK VFN během let 2003 až 2006. Popsány jsou ty faktory, které se doporučují při vyšetření před GB sledovat, většina z nich vznikla empiricky. Některé již byly výzkumně ověřeny, další výzkum je v této oblasti žádoucí.

### **Vlastní sdělení**

Obezita je multifaktoriální onemocnění. Jen v minimu případech je obezita dána pouze biologickými faktory, u většiny obézních pacientů nacházíme narušené zacházení s jídlem. Tak se i obezita řadí k poruchám příjmu potravy (PPP), stojícím na opačném konci spektra než mentální anorexie.

Vzhledem ke své multifaktorialitě je také léčba obezity v rukou celého týmu odborníků, kam patří lékař-internista, dietolog, psycholog, u morbidně obézních také chirurg. Konzervativní léčba obezity je nenásilným vedením pacienta k postupné změně jeho životního stylu, lékař samozřejmě také sleduje a léčí biologické faktory vedoucí k obezitě. Zásadní jsou tedy změny ve stravovacím a pohybovém režimu obézního. Opakovaně bylo v literatuře doloženo, že tímto způsobem zredukuje a dlouhodobě úbytek váhy udrží lidé s nadváhou (BMI = 25-30) a nižším stupněm obezity (BMI = 30-35). Pacienti s BMI vyšším mohou být úspěšní ve snížení své váhy, ale již selhávají v udržení svého váhového úbytku.

U morbidně obézních pacientů (BMI nad 40) se z dlouhodobého hlediska zvládnání jejich váhy osvědčuje některý typ bariatrického zákroku. Na našem pracovišti se ve spolupráci s 1. chirurgickou klinikou VFN využívá nejvíce gastrické bandáže,

kteřá je v současné době jednou z nejšetřnějších a nejbezpečnějších metod bariatrické chirurgie. K bariatrickému zákroku je indikován pacient s BMI nad 40, příp. nad 35, pokud již má zdravotní komplikace plynoucí z obezity.

Psychologické vyšetření je jedním z povinných vyšetření před samotným zákrokem. Má za úkol zhodnotit schopnost pacienta dodržet přísný pooperační režim. Tzn. vyloučit psychopatologii týkající se jídelního chování pacienta a zmapovat podmínky, jaké pacient na dodržování jídelního režimu v současné době má (je dostatečně informován?, má dostatečné kognitivní schopnosti pro porozumění principům pooperačního režimu?, nebrání mu v dodržování režimu aktuální psychopatologie?, má na režim dost prostoru, času a sil? nenachází se zrovna v životní krizi, jejíž řešení by jej od režimu odvádělo?). Tyto faktory vedou k obecné indikaci/kontraindikaci k výkonu. Z hlediska dlouhodobé úspěšnosti spolupráce s metodou se empiricky osvědčilo sledovat také dobu vzniku obezity, redukční anamnézu pacienta, jeho motivaci k zákroku, a jeho pohybový režim, vztah ke sportu obecně. Zatím nebyly vypracovány standardy psychologického vyšetření pacienta před bariatrickým zákrokem, na jednotlivých pracovištích jak v ČR, tak i ve světě se používají různé metody pro zhodnocení adeptů před GB. Faktory predikující úspěšnost spolupráce s metodou se teprve začínají výzkumně ověřovat, další výzkum je v této oblasti

### **Stručný popis psychologického vyšetření, tak jak probíhá na III. IK VFN:**

K vyšetření odesílá pacienta obezitolog, který již zhodnotil zdravotní prospěšnost GB u konkrétního pacienta. Samotná práce s pacientem (délka sezení) trvá v průměru 50 min. Skládá se z klinických metod (*pozorování, strukturovaný rozhovor*) a testových metod (*dotazníků*), včetně změny váhy v souvislosti s významnými životními událostmi, způsoby redukce váhy a jejich úspěšnost v minulosti, rodinná anamnéza obezity, motivace pacienta k zákroku, informace a očekávání pacienta ohledně GB, jeho současná životní situace s ohledem na dodržování pooperačního režimu a pohybo-

vý režim pacienta. Rozhovor plynule pokračuje ústní administrací dotazníků zaměřených na jídelní chování a jeho psychopatologii. Jsou administrovány Bulimic Inventory Test Edinburgh (BITE), Dotazník jídelního chování TFEQ A. Stunkarda a Beckův Depression Inventory (BDI). Hodnocení dotazníků probíhá kvalitativně. Důležitou součástí vyšetření jsou také informace o pacientovi ze zdravotnické dokumentace.

Závěr vyšetření pak může znít „Z psychologického hlediska neshledávám závažné okolnosti, které by bránily provedení GB“, případně může doporučovat odložení zákroku, podmínění zákroku častými následnými kontrolami, případně psychologickým doprovázením, v určitých případech je zákrok kontraindikován.

### **Popis pacientů vyšetřených v letech 2003-2006:**

Vzorek čítá 96 pacientů, 19 mužů a 77 žen. Stáří – 22 do 62 let, průměrný věk byl 40 let. Další demografické údaje jsou v tabulce 1.

**Motivace a redukční anamnéza:** Zjišťovala jsem subjektivní motivaci pacientů k zákroku. Přestože morbidní obezita výrazně snižuje kvalitu života a přináší závažné zdravotní komplikace, 6 pacientů bylo motivováno ke GB pouze z estetických důvodů. Čistě ze zdravotních důvodů se k operaci chystalo 33 pacientů, 57 pacientů uvádělo kombinaci zdravotního a estetického hlediska. Opakované redukční pokusy s následným „jo-jo“ efektem zažilo 75 adeptů, 21 pacientů se ještě cíleně hubnout nepokoušelo, případně nezažili větší redukční efekt. Dlouhodobě (min. 6 měsíců) v minulosti redukovanou váhu udrželo 41 pacientů, 55 se toto dosud nepodařilo. Ačkoliv bariatrický zákrok má následovat až po selhání konzervativní léčby, 23 pacientů nebylo dlouhodobě v péči obezitologa. Často to byli ti, kteří se o GB dozvěděli ze sdělovacích prostředků, příp. internetu, a vyžadovali pouze chirurgický zákrok, o jinou léčbu neměli zájem. Tam, kde bandáž představovala jakousi „zkratku“ k redukci, jsem doporučila nejdříve nácvik základů racionálního stravování. Někteří z nich však již absolvovali konzervativní léčbu obezity v rámci redukčních klubů. 73 pacien-

**Tab. 1.** Demografické údaje.

<b>Věk</b>	22 – 62 let, Ø 40 let						
<b>Pohlaví</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>	<b>Celkem</b>				
	19	77	96				
<b>Stav</b>	Svobodný/á	Manželství	Rozvedená/ý	Ovdovělá/ý			
	12	66	12	6			
<b>Povolání</b>	Zaměstnaná/ý	OSVČ	Úřad práce	Plný invalidní důchod	Starobní důchod	MD	Péče o osobu blízkou
	60	9	8	9	3	6	1
	Z toho 2 ČID a 2 dlouhodobá PN		Z toho 2 ČID				



**Tab. 2.** Motivace a redukční anamnéza.

Motivace k zákroku		Vznik obezity		Pohyb aktivně	
Zdravotní hledisko	33	0-9 let	41	ANO	34
Zdravotní a estetické					
hledisko	57	10-19 let	15	NE	38
Estetické hledisko	6	20-29 let	30	Anamnesticky	24
		30-39 let	4		
		40 let a více	6		
<b>Opakované redukční pokusy s jo-jo efekty (min. 3)</b>		<b>V minulosti redukovanou váhu dlouhodobě udrželi (alespoň jednou, po dobu min. 6 měsíců)</b>		<b>Extrémní hubenost v dětství</b>	
ANO	75	ANO	41	ANO	9
NE	21	NE	55	NE	87
<b>Obezitologická dispenzarizace</b>		<b>Redukční hospitalizaci absolvovali</b>			
ANO	73	Nízkokalorická d.	9		
NE	23	Hladovka	5		
		Ne	82		

tů v současnosti či minulosti obezitologickou léčbu absolvovalo, z toho 14 pacientů absolvovalo redukční hospitalizaci. 9 z nich hospitalizace s přísnou nízkenergetickou dietou (1600 – 3500 kJ), 5 bylo hospitalizováno pro hladovku. 82 pacientů je bez zkušenosti s hubnutím během hospitalizace. Pro redukci váhy a zejména pro udržení redukované váhy je nezbytná přiměřená pohybová aktivita. Aktivně sportovalo 34 pacientů, 24 z nich měli s aktivním sportem zkušenost, nyní necvičí buď ze zdravotních důvodů nebo pro ztrátu motivace a po redukci proklamují návrat k pravidelné pohybové aktivitě. 38 pacientů pravidelně nesportuje, většina z nich popisuje celoživotní odpor k pohybové aktivitě.

Věkové rozložení vzniku obezity je nastíněno v tabulce 2. U většiny pacientů se kombinuje dispozice k obezitě s určitým spouštěcím faktorem (hormonální změny, stres, úraz, ukončení aktivního sportování atd.). Nejvíce pacientů (41) udává, že obézní jsou od dětství, mnozí z nich absolvovali již v dětství lázeňské redukční pobyty. Ačkoliv vět-

šina pacientů má rodinnou dispozici k obezitě, faktory vedoucí k nárůstu váhy jsou nicméně zajímavé. 21 pacientek udává významný nárůst váhy „po dětech“ - ať již jde o nárůst váhy v těhotenství (výjimkou nebývá 30-40 kg), nebo o nárůst váhy během péče o děti na mateřské dovolené. 9 pacientů bylo v dětství extrémně vyhublých, tak, že to vyžadovalo lékařskou péči (důvodem pro vznik obezity pak může být důvod „matka mě vykrmila“). Častý je také nárůst váhy po hormonální léčbě (sterilita, hysterektomie), po ukončení kouření, ukončení pravidelné sportovní aktivity. Za zmínku stojí také ojedinělé důvody, ať již objektivní: operace hypofýzy, přes sporné: obezita začala v 9 letech po atypickém záchvatu, kdy pacientu byla zakázána veškerá pohybová aktivita a nasazeny antiepileptika (jakou roli v tomto případě asi hrála úzkostnost rodičů a případné vynahrazování ztraceného jídlem?), výjimečný je také nárůst váhy po přechodu na vegetariánství („tehdy ještě pořádné vegetariánské jídlo u nás nebylo, takže jsem jedl hlavně sladké, bílé pečivo atd.). Zde je nutné zdů-

**Tab. 3.** Jídelní chování.

Jí pravidelně		Zná zásady konzervativní léčby obezity (Edukován)	
ANO	46	ANO	80
NE	50	NE	16
<b>Jí v psychicky vypjatých situacích („zajídání stresu“)</b>		<b>Informován o principech GB a pooperačním režimu</b>	
ANO	48	ANO	81
NE	44	NE	15
Anamnesticky	4		
<b>Ztráta kontroly nad jídelním chováním</b>			
ANO	15, z toho 6 anamnesticky		
<b>Vědomě se omezuje co do složení jídla</b>			
ANO	50		
NE	46		

raznit, že jde o subjektivní zpracování důvodů nástupu obezity.

**Jídelní chování:** Zhodnocení jídelního chování je při vyšetření pacienta před GB nezbytné. Poruchy bulimického spektra – přejídání s následným kompenzatorním chováním, jsou pro GB kontraindikací. Nejdříve musí být залечена porucha příjmu potravy. V zahraniční literatuře se uvádí vysoké procento pacientů se záchvatovitým přejídáním (BED), kteří přesto zvládnou dodržet pooperační režim. Pacienty s BED v anamnéze, či aktuálně touto poruchou postižené, hodnotím přísně individuálně. U některých z nich je zdravotní profit redukce natolik nezbytný, že riskuji možnost nedodržení režimu a bandáž nekontraindikují. Zákrok ale potom podmiňuji psychologickým doprovázením a samozřejmě je podrobně seznámím s rizikem, které pro ně z jejich jídelního chování vyplývá (tab. 3).

Zajímavý je kontrast mezi znalostí racionálního stravování (80 pacientů) a dodržováním těchto pravidel v praxi – pravidelně jí 46 pacientů, složená jídla hlídá 50 pacientů. To koresponduje také s tím, jak většina pacientů bandáž žaludku vnímá – jako „hlídače dodržování režimu“. Pacienti ví, jak se stravovat, ale potřebují výrazný stimul z venku pro to, aby režim dodržovali. Bandáž je upozorní, pokud by se najedli více než mají. Zároveň také často uvádějí „přilíš se o sebe bojím, takže s bandáží si nedodržet jídelní režim nedovolím“. U 16 pacientů jsem zjistila minimální znalost principů redukčního režimu.

O principu metody a pooperačním režimu bylo informováno 81 pacientů. 15 pacientů tyto informace neznalo, většina z nich bandáž vnímala jako zázračnou metodu, která jim pomůže zhubnout bez vlastního přičinění. Po objasnění principu GB někteří z těchto pacientů chirurgický zákrok rozmysleli.

Akutně depresivních s nutností okamžité léčby bylo 10 pacientů. U některých byla GB vhodná jako součást léčby deprese (s podmínkou psycholo-

gického doprovázení), u jiných jsme se dohodli na odložení zákroku po залечení deprese.

**Závěry vyšetření:** U většiny pacientů (53) bylo psychologické vyšetření se závěrem „Z psychologického hlediska neshledávám závažné okolnosti, které by bránily provedení GB“. U 32 pacientů jsem bandáž nekontraindikovala, ale měla jsem určité výhrady, upozornění, doporučení. Např. u těch, kde jsem nenašla psychopatologii jídelního chování, ale špatné jídelní návyky, jsem doporučila vést pacienta ještě nějakou dobu konzervativně. Úskalím psychologického vyšetření je tzv. „poučený pacient“, u 3 pacientek si odpovědi protirečily, zdálo se, že se snažily jevit v lepším světle. V závěru jsem proto uvedla, že validita vyšetření je sporná a během vyšetření jsem apelovala na osobní zodpovědnost pacientek za dodržení režimu. Některým pacientům jsem zákrok podmínila např. častými kontrolami u obehitologa pooperačně, psychologickým doprovázením, prohloubením edukace o pooperačním režimu (tab. 4).

Absolutní kontraindikace byla v jednom případě, kdy šlo o mladého muže s Prader-Willi syndromem. U těchto pacientů je možný pouze malabsorpční typ chirurgického zákroku.

U 10 pacientů jsem GB nedoporučila. Poté, co se naučí dodržet jídelní režim [2], zaléčí se přítomná psychická porucha [3], je možné opět o GB uvažovat. V takovém případě je ale nutné psychologické přešetření.

U 5 pacientů jsem doporučila jiný typ bariatrického zákroku (sleeve gastrectomy), kde je méně přísný pooperační režim.

## Závěr

Gastrická bandáž je radikálním způsobem léčby obezity. Psychologické vyšetření před bandáží žaludku je nezbytnou součástí indikace pacienta k zákroku. Má za úkol zmapovat možnosti a schopnosti pacienta dodržet přísný jídelní pooperační režim. Z uvedeného popisu 96 adeptů GB vyplývá množství faktorů, které je při vyšetření nutné sle-

**Tab. 4.** Závěry psychologických vyšetření.

<b>Souhlas s GB</b>	<b>53</b>	
<b>Souhlas s komentářem</b> (podmínkou, upozorněním)	<b>32</b>	
<b>Komentář:</b> rozepsáno:	- validita vyšetření sporná	3
	- časté kontroly po zákroku	6
	- ještě edukace	6
	- dlouhodobý efekt zákroku sporný	3
	- ano, ale psychologické doprovázení	6
	- ještě konzervativně	5
	-pokud krizová situace, pak vyhledat odborníka	3
Nedoporučuji GB, do budoucna možná změna	<b>10</b>	
Důvod	- doporučuji jiný typ zákroku (sleeve gastrectomy)	5
	- doporučuji pokračovat konzervativně, pak psychologické přešetření	2
	- nejdříve psychoterapie	3
Absolutní kontraindikace	<b>1</b> (Prader-Willi sy)	

dovat – jídelní chování pacientů, jejich redukční anamnézu, dobu vzniku obezity, znalost režimových opatření (jak redukční režim, tak znalost pooperačního režimu), motivaci k zákroku a podmínky, jaké k dodržování režimu v současné době mají. V praxi se osvědčuje přísně individuální přístup k pacientovi. Podrobnější výzkum pro ověření, zda některé z těchto faktorů predikují dlouhodobou úspěšnost spolupráce pacienta s GB, je žádoucí.

## Literatura

1. Allison, K. C., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Gibbons, L. M., Stack, R. M., Stunkard, A. J., Williams, N. N.: Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: Prevalence and Related Features.
2. Fried, M.: Chirurgická léčba obezity. In: Hainer a kol.: Základy klinické obezitologie. Grada Publish, 2004.
3. Fried, M.: Moderní chirurgické metody léčby obezity. Grada Publish, 2005.
4. Gibbons, L. M., Sarwer, D. B., Crerand, C. E., Fabricatore, A. N., Kuehnel, R. H., Lipschutz, P. E., Raper, S. E., Williams, N. N., Wadden, T. A.: Previous weight loss experiences of bariatric surgery candidates: How much have patients dieted prior to surgery?. Obesity, 14 (suppl. 2), 2006, pp. 70-76.
5. Krch, F. D., Rathner, G.: The relationship between overweight and psychological problems in adult Czech population. Sborník lékařský, 3, 1998.
6. Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Fabricatore, A. N.: Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. Obesity Research, 13, 2005, pp. 639-648.
7. Stunkard, A. J., Wadden, T. A.: Psychological aspects of severe obesity. Am. J. Clin. Nutr., 55, 1992.
8. van Hout, G. C., Verschure, S. K., van Heck, G. L.: Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. Obesity Surgery, 15, 2005, pp. 552-560.
9. Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschutz, P. E., Faulconbridge, L., Raper, S. E., Williams, N. N.: Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. Obesity, 14 (suppl. 2), 2006, pp. 90-98.
10. Wadden, T. A., Sarwer, D. B.: Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: A patient-oriented approach. Obesity, 14 (suppl. 2), 2006, pp. 53-62.
11. Wagenknecht, M.: Úloha psychologické péče při léčbě obezity. In: Hainer a kol.: Základy klinické obezitologie. Grada Publish, 2004.

## Porucha příjmu potravy (PPP) a její vliv na stav ústní dutiny

### Eating Disorders and their Influence on Condition of Oral Cavity

Machová J.

Medical Association, Praha

**Souhrn:** Jisté znaky možných změn v dutině ústní by mohly signalizovat změny ve stravovacích návycích, včetně PPP. Při takovémto nálezu je důležité zjistit pravou příčinu, která způsobuje tato poškození. Velmi důležitá je zde pravidelnost preventivních prohlídek s případnou následnou sanací a eliminací dalšího ireverzibilního poškození chrupu a dásní.

Stomatologická péče, spolu s dentální hygienou, by měly být součástí programu léčby, který pacienti s mentální anorexií či bulimií absolvují. Cílem je uzdravení duše pacienta se šťastným zdravým úsměvem.

**Klíčová slova:** dentální hygiena, ústní dutina

**Summary:** Certain findings in the oral cavity could signal changes in eating habits and eating disorders. It is important to discover the correct cause of this damages. Regular oral examinations and possible treatment help to prevent any further damage to the dentition and periodontal tissues. Therefore, oral care together with dental hygiene should be included in the treatment plan for the patients with anorexia and bulimia nervosa. The aim is to have healthy patient with a happy smile.

**Key words:** dental hygiene, oral cavity

## Úvod

Mentální anorexie a bulimie jsou onemocnění, kterými trpí převážně adolescentky a mladé ženy. Pouze jedno procento takto nemocných tvoří muži. Pomineme-li závažnost tohoto onemocnění, které může mít až fatální následky, přibližme si situaci v ústní dutině.

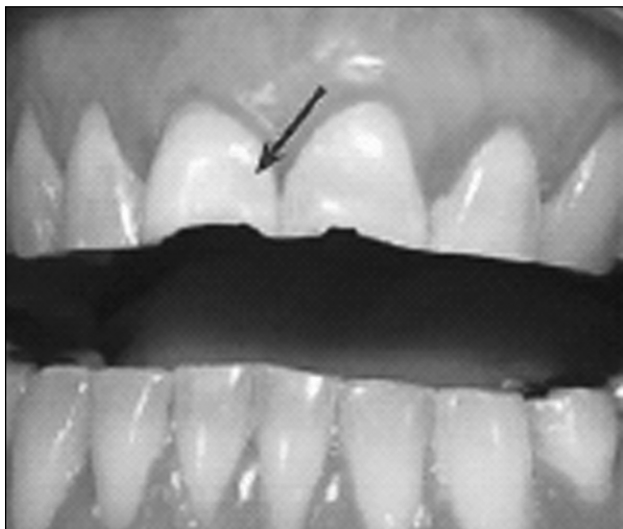
Stomatolog a nebo dentální hygienistka jsou v pozici, kdy jako první mohou rozeznat brzké typické znaky tohoto onemocnění a upozornit pacienta (případně rodiče, je-li to nutné), na možné fyzické i psychické následky, včetně rizika ireverzibilního poškození chrupu.

Základní funkcí zubů spolu se slinou je rozmělnování potravy, a tím odstartování trávicího procesu. Přítomnost zubů umožňuje správnou výslovnost a vytváří vzhled obličeje. Mějme na paměti, že jakákoliv citlivost či bolest zubů sama o sobě ovlivňuje příjem potravy.

## Dentální následky způsobené PPP

### 1. Eroze tvrdých zubních tkání

Eroze tvrdých zubních tkání je podle Ecclese ztráta zubní tkáně působením kyselin na povrchu zubu, která není zapříčiněna mikroorganismy. Erozivní defekty jsou často zesíleny efektem



**Obr. 1.** Erozní defekty.

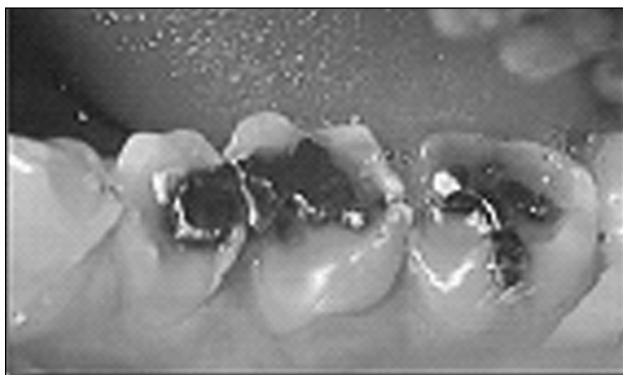
abraze, tzv. „erozivně-abrazivní adiční efekt“. Povrch zubu je hladký bez kazu, vrstva skloviny se ztenčuje (sklovina je nejtvrďší tkáň v lidském těle, která pokrývá anatomickou korunku), zub se jeví žlutý, protože prosvítá zubovina. Může se odhalovat až pulpa. Zuby jsou hypersenzitivní (obr. 1).

#### **Typické příčiny podle Hickela dělíme na:**

a) *exogenní* - profesní expozice kyselinám - výživa (hyperacidické nápoje; cola, ovocné šťávy) (kyselé potraviny: ovoce, jogurt, ocet), léky (kyselina askorbová, kyselina acetylsalicylová)

b) *endogenní* - insuficience sliny (redukována pufrční kapacita, hyposialie) - žaludeční kyseliny (reflux, regurgitace, chronické zvracení: při alkoholismu, anorexii nervosa, bulimii, v průběhu těhotenství).

Klasická lokalizace u chronického zvracení jsou primárně palatinální plošky frontálních zubů horní čelisti, později okluzní plošky postranních zubů v horní čelisti. V případě, že pacient má na těchto predilekčních místech již amalgámové výplně, jeví se tyto jako vyvýšené nad povrch okolní zubní tkáň (obr. 2).



**Obr. 2.** Amalgámová výplň.

Tyto eroze se objevují prakticky vždy u všech pacientů, kteří opakovaně pravidelně zvrací, ale jsou zřídka viděny u těch, kdo zvrací nepravidelně. Velkým rizikem pro vznik erozí je u běžné populace stejně jako u pacientů s PPP nadměrná konzumace tzv. kyselých potravin (citrusy, ocet atd.), nápojů (ovocné džusy, koly aj.) a pití nápojů slazených umělými sladidly sycenými kysličníkem uhličitým (cola light).

Výskyt eroze skloviny mívá také spojitost se sníženou tvorbou slin - xerostomií. Xerostomie je jedním z nežádoucích účinků užívání antidepresiv.

#### **Úloha sliny**

- Slina zvlhčuje ústní dutinu, napomáhá zpracování přijímané potravy, obsahuje (kromě jiného) trávicí enzymy a napomáhá odstraňovat zbytky jídla.
- Slina urychluje neutralizaci kyselého prostředí v ústní dutině.
- Slina je zdroj minerálů a spolu s fluoridy podporuje remineralizaci skloviny.

Nedostatečné množství slin vede ke zvýšené kazivosti zubů.

#### **2. Zubní kaz**

V literatuře se udává, že PPP nemá přímý vliv na větší výskyt zubního kazu v porovnání se zdravou populací. Důvodem proč mohou mít pacienti s PPP vyšší kazivost zubů, je v první řadě absence preventivních prohlídek. Tyto probíhají u stomatologa a dentální hygienistky 2krát do roka. Preventivní prohlídka by měla obsahovat základní vyšetření chrupu, stav parodontu, rentgenové vyšetření a instruktáž o dentální hygieně, včetně výživového poradenství.

#### **3. Změny na parodontu**

Pacienti s anorexií mívají příznaky gingivitidy podmíněné plakem, zřídka parodontitidy.

U pacientů, kteří pravidelně zvrací, můžeme pozorovat zvětšené interdentální papily, jež jsou výsledkem častého dráždění kyselým žaludečním obsahem. Stav gingivy je též ovlivněn medikamenty podávané při léčbě PPP. Některé z užívaných léků mohou způsobovat jak již dříve zmiňovanou xerostomii, tak také zvětšení papil. Takto zvětšené papily většinou během sondování nekrvácí a ani ztráta attachmentu (upevnění gingivy na zub v oblasti krčku) není typická.

#### **4. Zvětšení příušních žláz**

U PPP je způsobeno opakovaným vyvoláváním zvracení, vzhledem připomíná „veverčí obličej“.

#### **5. Změny na sliznicích ústní dutiny**

V oblasti měkkého patra můžeme sledovat změny, které vznikají při mechanickém způsobu vyvolávání zvracívého reflexu.

## Závěr

Nemocní s PPP by měli také absolvovat preventivní program, kde budou seznámeni se stavem orálního stavu. Dentální hygienistka pacientům doporučí vhodnou techniku čištění zubů a vhodné pomůcky k péči o dutinu ústní (zubní pasty, fluoridové gely, ústní vody, xylitolové žvýkačky aj.).

Součástí návštěvy u dentální hygienistky je též výživové poradenství. Častost návštěv u dentální hygienistky (recall), mimo standartní preventivní prohlídky je individuální.



## Pilotní výsledky dětské obezitologické ambulance dětské polikliniky FN Motol

### Preliminary Results of Obesity Management in Outpatient Clinic FN Motol

**Marinov Z., Tláskal P., Nesrstová M., Zemková D., Tomášková B.**

*Dětská poliklinika FN Motol, Praha*

**Souhrn:** Ambulance je určená pro děti od šesti let věku s nadváhou a polygenně vázanou obezitou I. a II. stupně způsobenou nadměrným příjmem kalorií, obezitou s metabolickým syndromem a obezitou s hypotyreózou. Její základy jsou postaveny na objektivních faktech současného postindustriálního životního stylu v České republice. Práce obezitologické ambulance stojí na principu formování nového životního stylu rodiny. Kdy původní rodinný styl selhal a stal se faktickým producentem obézního dítěte.

Program je postaven na jednoduchých a obecně srozumitelných režimových, dietologických a pohybových zásadách v 8 bodech - záměrně bez možnosti individualizace. Je určen pro cílovou skupinu spolupracujících středoevropských rodin od slabšího socio-ekonomického průměru výše.

Program je záměrně nastaven velmi přísně, kdy v něm počítáme s logickým selháváním a s ústupem z předem daných pozic. Sám se tak postupem času nastavuje na ideální individuální úroveň. Nejefektivnější je po dobu prvních 3 měsíců a jeho efekt doporučujeme potencovat v půl roce 6týdenním redukčním lázeňským pobytem v Poděbradech.

Při pilotním zpracování výsledků 24 dětí, které do programu nastoupily, jsme dospěli k těmto výsledkům. V programu se udrželo po dobu prvního roku 2/3 rodin. 1/5 dětí zůstala se stagnací hmotnosti pro syndrom hodné matky. V konečné 60% spolupracující skupině došlo po roce k poklesu BMI vztaženého k věku v Z skóre (vyjádření odchylky od hodnoty 50 percentilu v jednotkách směrodatné odchylky) v průměru o 0,9 bodu z původních 2,5 na 1,6.

**Klíčová slova:** dětská obezitologická ambulance, výsledky léčby

**Summary:** Outpatient clinic was established to treat

the children from age of 6 with overweight and polygenetic obesity type I and type II that is result of increased food intake, obesity with metabolic syndrome and obesity with hypothyreosis. Obesity is a result of present post-industrial lifestyle. Family lifestyle is usually insufficient in respect to healthy eating and physical activity. Obese children are result of its insufficiency. The aim of treatment of obesity clinic is development of new principle of lifestyle based on protocols. Protocols are established on simple and generally understandable practices of regime, autoregulation diet and physical activity.

Recommendation is summarised in 8 points for each area. Compliance is follow up during monthly visits. 2 years program allows focus on the individual critical issues until new principles are incorporated. The aim of the diet and physical activity is to maintain or reduction of weight according to growth potential and BMI. Maintenance of weight within the 2 years programme leads to reduction of BMI based on natural growth of children. Key success factor is implementation of changed practices of regime, autoregulation diet and physical activity by whole family.

We have the first preliminary results of 24 children that participated in this program. Out of 24 children, 2/3 of families have attended the full program. In 1/5 of children with syndrome of good mother we can report stagnation of weight. 60% of children from final compliance group we have reported decrease of BMI linked to age group in Z score (deviation from 50 percentile in unit of standard deviation) in average by 0.9 point from 2.5 to 1.6.

**Key words:** child outpatient, obesity outpatient program, preliminary treatment results



## Mentálna anorexia u monozygotných dvojčiat

### Anorexia Nervosa in Monozygotic Twins

**Horváthová V., Havlíčková E.**

*Psychiatrická klinika FNSP a LF UK, Bratislava*

**Súhrn:** V práci popisujeme kazuistiku dvoch pacientiek, 13-ročných monozygotných dvojčiat s mentálnou anorexiou (MA). Cieľom práce je informovať o nespornom raritnom prípade. Popisujeme špecifika súvisiace so spoločným vznikom, trvaním a najmä s terapeutickými úskaliami ochorenia pacientiek - dvojčiat. Na klinickom obraze pacientiek demonštrujeme komplikovanú psychopatológiu MA. Zdôrazňujeme obtiažnosť liečby MA a nutnosť komplexného terapeutického prístupu. Práca naznačuje aj niektoré etiopatogenetické súvislosti porúch príjmu potravy (PPP).

**Kľúčové slová:** mentálna anorexia, dvojčatá

**Summary:** Study is describing anorexia nervosa symptom of two patients, 13 years old monozygotic twins. Objective of the article is to inform about this definitely

rare case. We discuss some specific points related to the formation, continuance and therapeutic issues of twins with anorexia nervosa. We show how complicated psychopathology is in this case; we also emphasize the difficulty of treatment and necessity of complex therapeutic approach. Our study is also outlining some of the etiopathogenetic dependencies of eating disorders.

*Key words:* anorexia nervosa, twins

MUDr. Elena Havlíčková  
Psychiatrická klinika FNŠP a LFUK,  
pracoviště Staré Město  
Mickiewiczova 13  
813 69 Bratislava  
Slovenská republika



## Taneční/pohybová terapie u pacientů s poruchami příjmu potravy

### Dance/Movement Therapy in Patients with Eating Disorders

Zedková I., Soukup J.<sup>1</sup>

Psychiatrická klinika LF UP a FN Olomouc  
Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha<sup>1</sup>

**Souhrn:** Taneční/pohybová terapie je psychoterapeutické použití pohybu jako procesu, který podporuje emoční, kognitivní, sociální a fyzickou integraci jedince. Důležitým pilířem je pohybová analýza, jejímž základním principem je odlišení pohybové akce a kvalit vytvářejících pohyb. Taneční terapeuti pracují se širokým spektrem pacientů. U pacientů s poruchami příjmu potravy tvoří taneční/pohybová terapie jedinečnou psychoterapeutickou metodu orientovanou na tělo, která může efektivně oslovit stěžejní problémy, jako je deformace tělesného schématu, narušený tělesný obraz, inhibice emoční exprese a zúžené interpersonální kompetence.

*Klíčová slova:* taneční a pohybová terapie, tělesné schéma

**Summary:** Dance/movement therapy (DMT) is the psychotherapeutic use of movement as a process that furthers the emotional, cognitive, social and physical integration of the individual. Important base for this work is the movement analysis. The distinction between the action of movement and the qualities with which the movement is performed is a key concept of movement analysis. The population with which dance therapists work have become wide-ranging. By individuals with eating disorders represents DMT unique body-oriented method, which can effectively address fundamental problems as body scheme distortion, impaired body image, inhibition of emotional expression and diminished interpersonal resources.

*Key words:* dance and movement therapy, body image

Poruchy příjmu potravy jsou charakterizovány vedle jiného poruchou tělesného prožívání, které zahrnuje nespokojenost s vlastním tělem, pronikavý pocit nedostatečnosti, narušení tělesného schématu a tělesného obrazu, ale například i prožitky depersonalizace. Tělo slouží u pacientů s poruchami příjmu potravy jako prostředek komunikace. Je využíváno, stává se prostředkem kontroly vlastních pudů. Interpersonální komunikace je u těchto pacientů výrazně narušena, dochází k sociálnímu stažení. Narušený tělesný obraz se promítá vedle obsedantního zaujetí vnějším vzhledem také do narušení mikroprocesů procedurálních programů těla, které strukturují naše afektivní zkušenosti. Tělesný obraz úzce souvisí se schopností emočního prožívání sebe i okolí, je jedním ze základních atributů uvědomění vlastní existence. Je podkladem pro sebehodnocení, sebevědomí a schopnost sebedopory. V kontextu současných znalostí o tělesném prožívání a tělesném obraze a jejich narušení u pacientů s poruchami příjmu potravy stále naléhavěji vystupuje do popředí nutnost multimodálního přístupu zahrnujícího do jejich léčby psychoterapeutické metody orientované na tělo, které umožňují pacientům akceptovat své tělo se všemi jeho impulzy, vjemy a prožitky, získat realistický obraz svého těla a být tak plně v kontaktu se sebou samými i okolím, což je předpokladem dlouhodobého efektu léčby.

Taneční/pohybová terapie je psychoterapeutická metoda, umožňující oslovit u pacientů s poruchami příjmu potravy tyto klíčové oblasti. Jedná se o psychoterapeutické použití pohybu jako procesu, který podporuje fyzickou a psychickou integraci jedince. Propojením tělesné, emoční a kognitivní zkušenosti dosahuje intrapsychických a interpersonálních změn v bezpečném prostředí terapeutického vztahu. Představy o taneční/pohybové terapii jsou často zkreslené, což je dáno na jedné straně zaujatostí západní kultury pro kognitivní a verbální psychoterapeutické postupy, na druhé straně v posledních letech až živelným rozšířením různých na tělo orientovaných postupů, ve kterých je obtížné se zorientovat a které ne vždy splňují aspirace na plnohodnotnou terapeutickou metodu. V tomto ohledu je taneční/pohybová terapie metodou vycházející ze široké teoretické báze, která sahá od teorií a metod individuální a skupinové psychoterapie přes vývojovou psychologii, analýzu pohybu až k současným poznatkům z oblasti neurobiologie a neuropsychologie. Její účinnost dokládají četné studie (Ritter & Low, 1996, Cruz & Sabers, 1998). Svou podstatou se jasně vymezuje jak oproti verbální psychoterapii (přestože verbální zpráva je její důležitou, ne však stěžejní součástí), tak oproti jiným terapiím orientovaným na tělo.

Významnou součástí taneční/pohybové terapie tvoří analýza pohybu, která slouží k diagnostice a ke stanovení terapeutických cílů. Vyjasňuje témata, která je v procesu nutno zpracovat

a umožňuje specifikovat možnosti intervence. Uměním tanečního terapeuta pak je vést pacienta s využitím svojí kreativity k jejich rozpoznání, pojmenování, zpracování a integraci a podpořit tak kreativní potenciál a růst pacienta. Taneční/pohybová terapie nepoužívá techniky ani předem dané pohyby, terapeut vychází z principu „teď a tady“. Pohyb obecně reflektuje aspekty intrapsychického a interpersonálního fungování jedince.

Taneční/pohybová terapie používá specifické nástroje, umožňující validní a reliabilní popis pohybu a pohybové patologie. Pilířem je v tomto ohledu Labanova pohybová analýza (LMA), z níž vycházejí ostatní metody, z neznámějších například Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI, Davis, 1970, Davis, 1991), Kestenberg Movement Profile (KMP, Kestenberg, 1979) či Bewegungsdiagnostest (Lausberg, 1998). Výzkum v oblasti analýzy pohybu prokazuje, že kromě kvantitativní pohybové patologie (hyperaktivity) jsou poruchy příjmu potravy spojeny i se specifickými kvalitativními změnami pohybového projevu (Lausberg, 1996), korelujícími s psychopatologickým obrazem, stejně jako je tomu u jiných psychických poruch (Davis, Cruz, Berger, 1995, Berger, Cruz 1998). Narušení pohybové exprese je odrazem především závažnosti psychického onemocnění, méně pak typu poruchy ve smyslu diferenciální diagnostiky, kterou naopak specifikují typická seskupení prvků pohybové patologie, obdobně jako jednotlivé psychopatologické symptomy vytvářejí syndrom (Lausberg, 1998). U poruch příjmu potravy lze sledovat především převažující vázané plynutí, které odráží vysoký stupeň kontroly, dále snížené použití síly ve smyslu váhy, odrážející touhu po „odhmotnění“, s tím souvisí i omezené zapojení těla a přesunu váhy. Inhibovaná aktivita dolní poloviny těla reprezentuje potlačovanou sexualitu, čtené části těla jsou zcela ignorovány v důsledku narušení tělesného schématu. Typické je taktéž menší využití prostoru pro pohyb, související s omezenou schopností pohybové a tedy, i emoční exprese, (Lausberg, 1996) Pohybová patologie tedy reprezentuje intrapsychické konflikty, se kterými lze na pohybové úrovni také pracovat.

Taneční/pohybová terapie může probíhat skupinovou i individuální formou. Terapeutickou hodinu lze rozdělit do psychodynamicky významných částí. Po úvodním zahřátí (warm-up) a uvolnění (release) vede terapeut práci na aktuálním tématu, po kterém následuje centring a uzavření (closure). Hudba může být použita, avšak není pro taneční terapii podmínkou, její použití je nutno zvážit z mnoha aspektů, řada tanečních terapeutů hudbu vůbec nebo téměř vůbec nepoužívá. Důležitou součástí procesu zpracovávání osobních témat je často práce se symbolem a metaforou v pohybu. V rámci taneční/pohybové terapie lze pracovat i s tématy preverbálními. Verbalizace probíhá spolu s pohybem, slouží k facilitaci procesu uvědomo-

vání (stimulace tělesné akce, diferenciací self, rozpoznání a vyjádření pocitů) a zpracování témat (vyjasnění a získání vhledu do obsahu osobních témat). Intrapsychický a interpersonální proces, probíhající v terapeutickém rámci, je směřován k souvislostem se životní situací pacienta.

Taneční/pohybová terapie může významně přispět k efektivitě léčby poruch příjmu potravy jak z hlediska délky terapie, tak ve smyslu dosažení dlouhodobého efektu. Jsou potřebné další studie, prokazující efektivitu této terapeutické metody v léčbě poruch příjmu potravy.

#### Literatura k dispozici u autorů.



### Na důkazech založená léčba mentální anorexie snadno a rychle: kritické čtení literatury od roku 2004

Evidence Based Treatment of Anorexia Nervosa for Dummies: Critical Appraisal of the Literature Since 2004

Uher R.

*Institute of Psychiatry, King's College, London, UK*

**Souhrn:** Mnozí profesionálové v oboru mentálního zdraví naléhavě pociťují požadavek aplikace na „důkazech založeného lékařství“ (evidence based medicine, EBM). Jistě je rozumné požadovat, aby pacienti benefitovali z nových poznatků vědy, dostali ověřenou účinnou léčbu (pokud taková existuje), a byli ušetřeni následkům léčby neúčinné a škodlivé. Mnohým z nás ale připadá orientace v neustále narůstající psychiatrické literatuře jako úkol vskutku nadlidský. V tomto krátkém příspěvku se pokusím předvést relativně bezbolestnou a rychlou aplikaci zásad EBM na nedávné pokroky v léčbě mentální anorexie. Specificky se pokusím zodpovědět tři otázky: 1. Jaká psychologická léčba je účinná u pacientek s mentální anorexií? 2. Máme předepisovat antidepressiva pacientkám s mentální anorexií? 3. Mají pacientky s mentální anorexií dostávat hormonální terapii? Na těchto příkladech ukážu metody, se kterými se setkáváme v klinické aplikaci vědeckých důkazů.

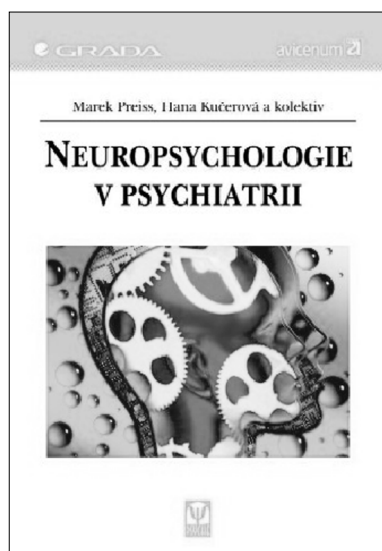
**Klíčová slova:** na důkazech založená medicína, kritické čtení literatury, mentální anorexie, farmakoterapie, psychoterapie, randomizovaná kontrolovaná studie, metaanalýza

**Summary:** Mental health professionals face the requirement to apply 'evidence based medicine'. Patients should certainly benefit from the results of recent research, should received treatment that has proved to be effective and be spared undergoing ineffective or deleterious interventions. However, keeping up with the ever increasing amount of psychiatric literature is

a daunting task. In this workshop, I will attempt to apply the principles of evidence based medicine to the recent developments in the treatment of anorexia nervosa. Specifically, I will address three clinically relevant questions: (1) Which psychological treatment is effective for anorexia nervosa? (2) Should antidepressant medication be prescribed to patients with anorexia nervosa? (3) Should patients with anorexia nervosa

receive hormonal substitution treatment? In these examples, I will demonstrate how to understand and assess reports of randomised controlled trial and meta-analysis, the two types of studies most relevant to the clinical application of evidence.

*Key words:* evidence based medicine, critical appraisal, anorexia nervosa, pharmacotherapy, psychotherapy, randomised controlled trial, metaanalysis



## NEUROPSYCHOLOGIE V PSYCHIRII

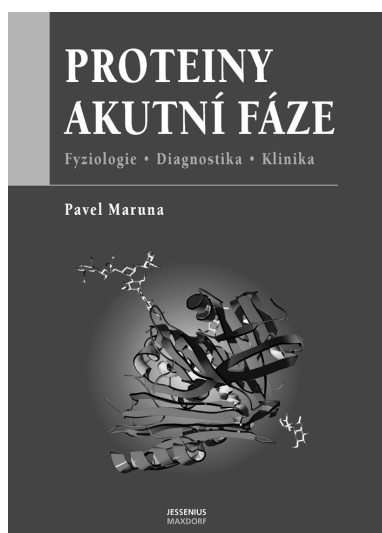
*Marek Preiss, Hana Kučerová*

Ojedinelá souhrnná publikace klinické neuropsychologie předkládá psychiatrům, psychologům, studentům medicíny a psychologie nejnovější poznatky oboru. Objasňuje základní terminologii, vazby mezi chováním a činnostmi mozku z pohledu psychiatrie, ukazuje možnosti a cesty, jak se mohou závěry rozvíjet v klinické praxi i výzkumu.

V praktické části se zabývá kognitivním deficitem u vybraných duševních poruch (adiktologie, schizofrenie, deprese, afektivní chování, poruchy příjmu potravy apod.). Knihu sestavili vynikající čeští odborníci především z Psychiatrického centra Praha.

Vydalo nakladatelství Grada Publishing a.s v roce 2006, B5, brožovaná vazba, 416 stran, cena 399,-Kč, 609,-Sk, ISBN 80-247-1460-4, kat. číslo 2088

**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**



## PROTEINY AKUTNÍ FÁZE

**Fyziologie, diagnostika, klinika**

*Pavel Maruna*

Proteiny akutní fáze jsou integrální součástí zánětlivé odpovědi. Během posledních 30 let si našly pevné místo ve vyšetřovacích algoritmech řady zánětlivých stavů. Přesto nebyla dosud problematika těchto proteinů v české (a podle autorových poznatků ani v cizojazyčné) literatuře komplexně zpracována formou monografie. Předložená práce má tak vyplnit mezeru, která se po vydání několika monografií věnovaných cytokinům (Klener: Cytokiny ve vnitřním lékařství, Grada, 1997, Gürlich a Maruna: Cytokiny v chirurgii, Galén, 2001) otvírá v této vysoce aktuální oblasti vědeckého výzkumu. Autor se snaží nejnovější fyziologické a patofyziologické poznatky o APP zasadit do kontextu dalších zánětlivých ukazatelů. Jeho cílem je nabídnout nejen vědcům, ale především klinickým lékařům komplexní přehled o těchto mediátorech a jejich diagnostickém využití v nejrůznějších lékařských podoborech spolu s kritickým zhodnocením jejich výhod i omezení.

Kniha je v první řadě určena lékařům se zaměřením na intenzivní medicínu a těm odborníkům, kteří se často setkávají s diferenciální diagnostikou zánětlivých procesů (onkologové, hematologové). Věříme, že užitečné informace zde naleznou i dal-

ší lékaři přicházející do kontaktu se zánětlivými stavy, jako jsou pediatři a chirurgové. S vědomím toho, že problematika proteinů akutní fáze v současné době hluboce zasahuje také do neurologie, kardiologie, pneumologie nebo gastroenterologie, jsme přesvědčeni, že naše kniha bude inspirativní a poučná i pro lékaře těchto a dalších oborů.

Vydal Maxdorf v roce 2004, edice Jessenius, formát A5, váz.  
ISBN 80-85912-05-8, 288 str., cena 390 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**