

X. Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě

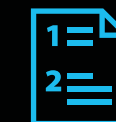
**X. International Eating Disorders
and Obesity Conference**

26.–28. 3. 2015, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha
March 26–28, 2015, Psychiatric clinic 1. LF UK and VFN Praha

2015

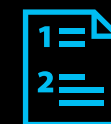
www.solen.cz

Abstrakta



ČTVRTEK, 26. března | Thursday, March 26

- 10.00–11.00** **TISKOVÁ KONFERENCE:** Profesionální péče a poruchy příjmu potravy. Přetrvávající otázky a nové terapie a jejich uplatnění v klinické praxi | **PRESS CONFERENCE:** Professional care and eating disorders. Persistent questions and new therapies in clinical practice (Knihovna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN)
- 12.30–14.00** **REGISTRACE** | Registration (Posluchárna Psychiatrické kliniky)
- 14.00–14.30** **UVÍTACÍ A ZAHAJOVACÍ CEREMONIÁL** | Welcome & Opening Ceremony (Posluchárna Psychiatrické kliniky)
- 14.30–16.30** **PANEL 1 – Úvodní přednášky** | Opening lectures
Moderátoři: Žuchová S., Eisler I.
- **Na důkazech založená léčba v rámci evidence-based služeb? Studie hodnotící léčbu pro děti a dospívající s poruchami příjmu potravy v Maudsley hospital v Londýně** (Evidence based treatments of evidence-based services? A service evaluation study of child and adolescent eating disorders treatment at the Maudsley hospital in London)
Eisler I. (45 min)
South London and Maudsley NHS Foundation Trust & King's College London, UK
 - **Service Effectiveness Evaluation of the Maudsley Intensive Day Programme for Adolescents with Restrictive Eating Disorders** (Posouzení účinnosti léčby intenzivního denního programu pro adolescenty s restriktivní poruchou příjmu potravy)
Simic M. (45 min)
Child and Adolescent Eating Disorders Service, South London & Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK
 - **Terapie a bydlení pro ženy s poruchou příjmu potravy ve Švýcarsku** (Therapeutisches wohnen für Frauen mit Essstörungen – power2be, Schweiz)
Toman E.
Ambulantní klinika, Švýcarsko
- 16.30–17.00** **PŘESTÁVKA** | Coffee break



17.00–19.00 PANEL 2

Moderátoři: Stárková L., Somogyiová M.

- **Medicínské a etické úvahy v léčbě mentální anorexie. Teoretické zamyšlení doplněné kazuistikou** (Medical and ethical issues in anorexia nervosa treatment with case history)
Stárková L., Ticháčková A.
Psychomed s. r. o. a PK FN Olomouc, Psychiatrická klinika FN Olomouc
- **Psychodynamicky myslet, KBT pracovat v léčbě mentální anorexie** (Psychodynamic concept and CBT work in the treatment of anorexia nervosa)
Poněšický J.
Median Klinik Berggiesshübel, SRN
- **„Best practice“ v léčbě poruch příjmu potravy na klinice Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee** („Best practice“ in eating disorders therapy in Schön Klinik Roseneck in Bavarian Prien am Chiemsee)
Žuchová S.
Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, SRN
- **Hodnotenie lôžkovej liečby porúch príjmu potravy z perspektívy pacientiek** (Patients' evaluation of In-patient Eating Disorders Treatment)
Somogyiová M., Heretik A.
Univerzita Komenského, Bratislava, SR

19.00–22.00 POSTERY A RECEPCE S PŘEKVAPENÍM | Poster Session and Welcome drink with surprise



PÁTEK, 27. března | *Friday, March 27*

8.30–10.30 **PANEL 3 – Poruchy příjmu potravy. Vliv na jejich vznik a průběh**

Moderátoři: Malá E., Pecinovská O.

- **Vliv střevní mikrobioty na nervový systém a chování** (The influence of microbiota on the nervous system and behaviour)

Tlaskalová-Hogenová H., Štěpánková R., Hudcovic T., Kverka M.

Mikrobiologický ústav, Akademie věd ČR, Praha

- **Poruchy příjmu potravy u pacientek se závislostí na návykových látkách – zajímavé kazuistiky** (Eating Disorders and drug addiction, selected case histories)

Pecinovská O.

Adiktologická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha

- **Indikace bariatrických výkonů v pediatrii a adolescenci – proč pro a proč proti** (Indications of bariatric interventions in pediatric and adolescent – the reason for and against it)

Marinov Z.

Dětská obezitologická ambulance, Pediatrická klinika, FN Motol a 2. LF UK Praha

- **Histaminová intolerance** (Histamin intolerance)

Malá E., Vadlejchová I.

Neurologická klinika 1. LF UK, DPS Ondřejov, Praha, DPA Oáza, Chomutov

10.30–11.00 **PŘESTÁVKA** | *Coffee break*

11.00–12.30 **PANEL 4 – Nové diagnózy a terapie**

Moderátoři: Kviatkovská K., Uhlíková P.

- **Záchvatovité přejídání v DSM 5 a nové formy léčby** (Binge eating disorder, bulimia nervosa, night eating syndrome and obesity)

Kviatkovská K., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha



- **Kognitivní remediace a emočně soustředěná terapie pro hospitalizované pacientky s mentální anorexií** (Cognitive remediation and CREST for hospitalized patients with anorexia nervosa)
Toutonghi J.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha
- **Odívání a poruchy příjmu potravy. Kazuistiky** (Clothing style and Eating Disorders. Case histories)
Michalovičová H.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha
- **Léčba poruch příjmu potravy v denním stacionáři pro děti a adolescenty VFN** (Eating Disorders Treatment at Child and Adolescent Day Care Centre)
Uhlíková P., Arlethová P., Duksová I.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha

12.30–14.00 PANEL 5A – Workshop

- **Ambulantní léčba mentální anorexie a bulimie. Praktické zkušenosti z léčby, pohled pacientů s odstupem jednoho až pěti let** (Out-patient with anorexia nervosa and bulimia. 5yrs follow up)
Krch F. D., Csémy L.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha, NÚDZ
Místo konání: Velká posluchárna PK

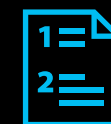
12.30–14.00 PANEL 5B – Workshop

- **Supervize a poruchy příjmu potravy** (Supervision and Eating Disorders)
Chvála V., Trapková-Chválová L.
Centrum komplexní péče Liberec
Místo konání: Dětský stacionář Psychiatrické kliniky

12.45–14.00 **OBĚD | Lunch, Filmová kavárna; filmy AADHD dokumentární film, Diagnóza, mentální anorexie, příběhy ze světa moderní medicíny ČTV 4/2008; Režie: Drahomíra Vihanová; Muzeum gastronomie v Praze: Informace o nabídkách programů**

14.00–15.00 PANEL 6A – Workshop

- **Workshop o internetové prevenci ProYouth.eu**
Hanušová J., Štěpánková T.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha
Místo konání: Myslivečkova posluchárna Psychiatrické kliniky



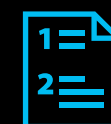
14.00–15.00 PANEL 6B – Workshop

- **Rodinná a vícerodinná terapie poruch příjmu potravy** (Family and Multi-family Therapy of Eating Disorders)
Tomanová J., Papežová H., Arlethová P.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN Praha
Místo konání: Dětský stacionář Psychiatrické kliniky

15.00–15.30 PŘESTÁVKA | Coffee break**15.30–17.30 PANEL 7 – Kazuistiky:
Komorbidní onemocnění u poruch příjmu potravy**

Moderátoři: Stárková L., Meisnerová E.

- **Diferenciální diagnóza poruch příjmu potravy z hlediska internisty – přehled kazuistických sdělení** (Eating Disorders in terms of internists – case histories)
Meisnerová E., Novák F.
IV. interní klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha
- **Somatické důsledky mentální anorexie s počátkem v dětství a adolescenci – význam včasné léčby** (Medical impact in anorexia nervosa with the onset in childhood and adolescence. The importance of early intervention)
Stárková L., Zapletalová J.
Psychomed s.r.o. a PKFN Olomouc, DKFN Olomouc
- **Fertilita u pacientky s mentální anorexií. Kazuistika** (Fertility in patient with anorexia nervosa. Case history)
Horváthová V., Izáková Ľ.
Psychiatrická klinika LF UK a UN v Bratislave, SR
- **Těžko stravitelné lži v ambulantní léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy** (Lies difficult to digest in Out-patient Treatment of Eating Disorders)
Kulháněk J.
Psychoterapie Anděl Praha

17.30–19.00 SUPERVIZNÍ SKUPINA TÝMU VÍCERODINNÉ TERAPIE S IVANEM EISLEREM**18.00–19.00 PRO ZÁJEMCE (SDĚLIT PŘI REGISTRACI): PROHLÍDKA MUZEA GASTRONOMIE, PRAHA; www.muzeumgastronomie.cz, JAKUBSKÁ 947/12, PRAHA 1**

SOBOTA, 28. března | *Saturday, March 23*

8.30–10.00 **PANEL 8A – Workshop**

(pro nutriční terapeutky a zdravotní sestry, sociální pracovníce)

- **Režim na specializovaném lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy**
Pro zdravotní sestry a nutriční terapeutky (Regime at the Specialized Inpatient Unit for Eating Disorders)
Šimůnková H., Hrubá J.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

8.30–10.00 **PANEL 8B – Workshop**

- **Příjem pacientů na Jednotku pro léčbu poruch příjmu potravy, práce sociální pracovníce, kazuistiky sociální práce** (Admission of Patients to the Eating Disorder Unit, work of social workers, case histories)
Dlouhá I.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

10.00–10.30 **PŘESTÁVKA** | *Coffee break*

8.30–11.30 **PANEL 9 – Etické a jiné limity léčby**

Moderátoři: Kocourková J., Koutek J.

- **Léčba PPP jako psychosomatických onemocnění v souvislosti s rodinnými zdroji a rodinnými faktory vulnerability** (Treatment of Eating Disorders as psychosomatic disorders in the context of family resources and vulnerabilities)
Vlček Pelková L., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha
- **Kapacita a kompetence – etická dilemata v léčbě mentální anorexie bez souhlasu pacienta**
(Capacity and competence – ethical dilemmas in the treatment of anorexia nervosa without patient consent)
Hartoš V.
Locum Consultant in Child & Adolescent Psychiatry, Northumberland Tyne and Wear NHS Foundation Trust, GB a ČR

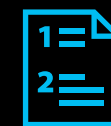


- **Kazuistika pacienta s poruchou příjmu potravy a mentální retardací** (Case history of patient with Eating Disorders and Somatization Disorders)
Kviatkovská K., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha
- **Sebepoškozování a suicidální chování u poruch příjmu potravy v dětství a adolescenci** (Self-harming and suicidal behaviour in Children and Adolescents with Eating Disorders)
Koutek J., Kocourková J.
Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha
- **Závažné chronifikující případy poruch příjmu potravy a možnosti jejich léčby** (Severe Cases of Eating Disorders and their treatment)
Holanová P.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha
- **Maligní průběh mentální anorexie od dětství do dospělosti** (Malignant development of anorexia nervosa from childhood to adulthood)
Čihák F.
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

11.30–12.00 ZÁVĚR ODBORNÉ KONFERENCE. PŘEDÁNÍ CEN F. FALTUSE |
Closing Ceremony

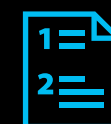
12.00–14.00 DISKUZE, SETKÁNÍ S ODBORNÍKY A VYLÉČENÝMI PACIENTY
PRO VEŘEJNOST, MÉDIA A PPP.
PŘEDSTAVENÍ PROJEKTU NA DRUHÝ POHLED PROVÁZENÉ VÝSTAVOU FOTOGRAFIÍ.

*Jsme **Na druhý pohled**, skupina žen, které spojuje osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy. Projekt je zaměřen primárně na sdílení a budování bezpečného prostoru pro uzdravování. Cíle projektu jsou orientovány na transformaci pasivního přístupu, posilování sebedůvěry, otevírání se sobě navzájem, a tím se připravovat na otevření se vnějšímu světu, mimo bariéry PPP. Dotýká se nás neinformovanost, a ještě více některé přístupy odborníků v oblasti PPP, kteří jako by nedokázali opustit svět příruček a učených manuálů. Nejsme v opozici vůči odborníkům či řízené léčbě PPP, ale chceme našimi osobními příběhy a projektovými aktivitami otevírat nepřímé dialogy se společností.*



POSTERY | (Poster presentations)

- 1. Zkušenosti s pilotním programem pro dospělé pacienty s ADHD, komorbiditu ADHD a poruch příjmu potravy**
Štěpánková T., Hanušová J., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
- 2. Epidemiologie komorbidního onemocnění ADHD u pacientek s poruchou příjmu potravy léčených na Specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy**
Štěpánková T., Uhlíková P., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
- 3. Fyziologická podstata vztahu mezi tělesnou hmotností, (hyper)aktivitou a prahem bolesti. Pilotní studie nového animálního modelu anorexie (Physiological background of the relationship between body weight, (hyper)activity and pain threshold. A pilot study of a new animal model of anorexia)**
Yamamotová A., Franěk M.
ÚNPKF, 3. LF UK
- 4. Vztah hormonů ovlivňujících apetit (ghrelin, leptin, inzulin) a vybraných psychických parametrů („craving“, úzkost, deprese) u pacientů se syndromem závislosti na alkoholu v průběhu časně abstinence**
Pushkina N., Popov P., Potměšil P., Šustková-Fišerová M.
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze
- 5. Problematika poruch příjmu potravy v online prostředí – rizika obsahu vytvořeného uživateli**
Kollerová M.
1. LF UK, BNT, 3. ročník
- 6. The role of orexigenic and anorexigenic signals and autoantibodies reacting with appetite-regulating hormones in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa**
Smitka K.¹, Papežová H.², Vondra K.¹, Hill M.¹, Hainer V.¹, Nedvídková J.¹
¹Endokrinologický ústav
²Centrum pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN



7. What is the role of BDNF in anorexia nervosa?

Šlachtová L.^{1,2}, Bulant J.¹, Chval M.³, Martásek P.¹, Papežová H.⁴

¹Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic,

²Department of Pharmaceutical Science, School of Pharmacy, University of Maryland, Baltimore, USA

³Institute for Research and Development of Education, Faculty of Education and

⁴Department of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic

8. Korelační analýza vztahů klinických ukazatelů mentální anorexie a významných endokrinologických hormonů

Bulant J.¹, Yamamotová A.², Papežová H.²

¹Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, 1st Faculty of Medicine

²Department of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic

9. Osobnostní rysy a psychopatologie u pacientů se třetím stupněm obezity

Slabá Š., Čablová K.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN

10. Speciální forma arteterapie pro ženy s poruchou příjmu potravy (Special Art Therapy for Women with Eating Disorders)

Dostálová I.

Soukromý ateliér, Praha 5

11. Pro ana blogy

Pourová V.

1. LF UK, BNT, 3. ročník

POZVÁNKA

2017 International Conference on Eating Disorders

June 8-10, 2017

Clinical Teaching Day

June 7, 2017

Prague Congress Centre

Prague, Czech Republic



Maligní průběh mentální anorexie od dětství do dospělosti

Čihák F.

Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod

Příběh dívky s mentální anorexií z hluboce věřící katolické rodiny od 9 do 20 let. Trvalá extrémní touha zeštíhlet restrikcí příjmu potravy a enormní pohybovou aktivitou. Opakované dlouhodobé hospitalizace na psychiatrických i somatických odděleních pro podvýživu ohrožující ji na zdraví a životě. Při hospitalizaci na dětském odd. PN Havlíčkův Brod dlouhodobě tělesná hmotnost na dolní hranici normy, po překladi na lůžkové oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha specializované na léčbu poruch příjmu potravy aktivně odmítala potravu, snižovala váhu a byla propuštěna domů, ačkoli soud povolil její detenci až na jeden rok. Ve stavu těžké malnutrice byla hospitalizována na gerontometabolické jednotce PN Havlíčkův Brod, živena nazo-gastrickou sondou, poté hospitalizována na uzavřených psychiatrických odděleních.

Diskutovány etické a právní problémy léčby, selhání systému péče.

Klíčová slova: mentální anorexie, dětský věk, malnutrice, nedobrovolná hospitalizace, selhání systému péče.

Summary:

A history of a girl from her age of 9 to 20 years, suffering from anorexia nervosa and coming from orthodox catholic family. Symptoms – permanent extreme desire to be slim due to food restriction and enormous motoric activity. Repeated long term hospitalizations at psychiatric and somatic wards by reason of lifethreatening malnutrition. During the hospitalization at psychi-

atric ward for children at Psychiatric Hospital in Havlickuv Brod the body weight was for long time at lower limits of „normal“ weight. During ongoing hospitalization on specialized unit for the treatment of eating disorders at Psychiatric Clinic of the 1. Faculty of Medicine at the Charles University in Prague the patient actively refused food and her weight declined. Nevertheless she was released home though the local court permitted ongoing hospitalization for one year if needed. Then she was rehospitalized again in the state of serious malnutrition at the metabolic unit of Psychiatric Hospital in Havlickuv Brod. She had to be fed by nasogastric tube, ongoing hospitalization at closed psychiatric wards was needed. Ethical and legal issues were discussed, the failure of the system of care.

Key words: Anorexia nervosa, childhood, malnutrition, compulsory treatment, the failure of the system of care.

Příběh dívky s mentální anorexií z hluboce věřící katolické rodiny od jejích 9 do současných 20 let. V 11 letech byla zjištěna mentální anorexie, když již dva roky nepřibývala na váze a zastavil se růst. Byla trvalá extrémní touha zeštíhlet restrikcí příjmu potravy a enormní pohybovou aktivitou. První série hospitalizací trvala rok, následovala 4 roky relativní remise, povyroستla, ale od věku 16,5 let jsou nutné opakované dlouhodobé hospitalizace na psychiatrických i somatických odděleních s nutností farmakologického tlumení motorické hyperaktivity a redukce úzkosti při normalizaci tělesné hmotnosti. Při propustkách z lůžkových zařízení a zejména po ukončení každé hospitalizace následuje okamžité omezení příjmu potravy a zvýšení tělesné aktivity následované rychlým úbytkem váhy s nutností rehospitalizace pro



podvýživu ohrožující ji na zdraví a životě. Ve změně postojů jí nijak nepomohla její víra v Boha ani kněží. Rodiče nikdy nepodstoupili doporučovanou svoji vlastní individuální ani rodinnou psychoterapii.

Při poslední hospitalizaci na dětském odd. PN Havlíčkův Brod do dosažení věku 19 let udržovala dlouhodobě tělesnou hmotnost na dolní hranici normy 47 kg. K pokračování nedobrovolné hospitalizace a pokusu o psychoterapii na jiném pracovišti jsem vyjednal překlad na lůžkové oddělení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha specializované na léčbu poruch příjmu potravy. Tam jí však bylo umožněno podepsat dobrovolný vstup, ona pak aktivně odmítala potravu, snižovala váhu, protože se v řádu oddělení dočetla, že nespolupráce při léčbě je důvodem k ukončení hospitalizace, a skutečně byla po podepsání negativního reverzu propuštěna domů, ačkoli soud povolil její detenci až na jeden rok. Za 3,5 měsíce chtěla zemřít hladem a byla ve stavu těžké malnutrice s váhou 28,6 kg a BMI 11,3 hospitalizována na gerontometabolické jednotce PN Havlíčkův Brod, živena nazogastrickou sondou, byla aplikována série ECT, poté opakovaně hospitalizována na uzavřených psychiatrických odděleních. Po podepsání souhlasu s hospitalizací okamžitě žádá propuštění s váhou 38 kg, doma opět omezuje příjem potravy, cvičí a snižuje váhu na 33 kg, nakonec odmítá stravu i tekutiny a je znovu hospitalizována v PN HB, živena NG sondou.

Máme právo hospitalizovat a vyživovat jedince s duševní poruchou, který si to nepřeje a malnutricí se ohrožuje na životě? Jistě ano. Proč to na PK VFN Praha ani nezkusili? Kde ale má být takový nemocný léčen? Náš systém zdravotní péče o pacientky s mentální anorexií selhal.

Evidence based treatments of evidence-based services? A service evaluation study of child and adolescent eating disorders treatment at the Maudsley hospital in London

Eisler I.

South London and Maudsley NHS Foundation Trust & King's College London

There is now good evidence that out patient eating disorders focussed family therapy (FT-AN) is efficacious in adolescent onset anorexia nervosa. However, at present little data exists to show how the findings from the controlled context of randomized trials apply to everyday practice, where treatment is less controlled and will often include other components in addition to outpatient family therapy, such as Intensive Treatment Programmes encompassing daily care and group therapies, Multi Family Therapy (MFT), occasional paediatric or brief psychiatric admissions depending on the specific clinical needs of the minority of patients who do not respond to outpatient family therapy alone.

In this study consecutive referrals to the Child and Adolescent Eating Disorders Service (CAEDS) at the Maudsley Hospital, London, UK were followed from initial assessment to discharge. Participants were assessed at baseline and discharge for psychological and physical functioning. Psychological measures included DAWBA, EDE-Q, SCARED, MFQ, CHOCI, AQ.

All patients received specialized Eating Disorders Focused Family Therapy and depending on their clinical progress they also underwent different therapeutic modalities including day treatment, Multi Family Therapy, individual therapy, medical treatment and in a few cases inpatient psychiatric treatment. The paper will describe



the main treatment outcomes, duration and frequency of outpatient treatment, the frequency and duration of other treatments and type of discharge or transfer to adult services

In total 286 referrals were followed till discharge or transfer to adult care. The majority of patients (80.8%) had a diagnosis of Anorexia Nervosa or EDNOS (restricting type). The mean duration of treatment was 12.8 months and 74.5% were seen purely as outpatients. Sixty-eight% were discharged back to their GP requiring no further treatment, a further 14% were referred to local services for treatment of co-morbid problems such as anxiety or depression and less than 11% were transferred for further ED treatment to adult services.

Data will also be presented comparing the health economic outcomes of patients seen in a specialist service compared to those seen in a generic Child and Adolescent Mental Health Service.

Kapacita a kompetence – etická dilemata v léčbě mentální anorexie bez souhlasu pacienta (Capacity and competence – ethical dilemmas in the treatment of anorexia nervosa without patient consent)

Hartoš V.

CYPS SOT NTW NHS Foundation Trust, Monkwearmouth Hospital, Sunderland, United Kingdom, Dětská psychiatrická ambulance Hořovice, Česká republika

Klíčová slova: mentální anorexie, etika, kapacita, kompetence.

Léčba poruch příjmu potravy bez souhlasu pacienta je diskutabilní. Důvody lze zhruba shrnout do okruhů otázek, které se týkají

účinnosti a etiky takové léčby. Jedním z argumentů ohledně účinnosti je tvrzení, že pokud je léčba nařízená, je mnohem obtížnější, ne-li nemožné, přimět pacienty, aby se zapojili do psychologické terapie.

Dalším argumentem ohledně účinnosti je fakt, že během hospitalizace sice může dojít ke krátkodobému nárůstu tělesné hmotnosti i u pacientů, kteří si to nepřejí, ale v dlouhodobém horizontu je taková léčba neúčinná. Výzkumů, které by se zabývaly účinností ochranné léčby poruch příjmu potravy, je nedostatek, kontrolované klinické studie neexistují a dlouhodobé sledování ukazuje, že dlouhodobá prognóza po ochranné léčbě je spíše špatná.

Ale i kdyby byla účinnost ochranné léčby průkazná, je zde ještě etická otázka, zda je nařízení ochranné léčby mentální anorexie obhajitelné. Léčba mentální anorexie často zahrnuje přísný dohled, vymáhání a dodržování předepsaných dietních plánů, zákaz cvičení, krmení nazogastrickou sondou nebo gastrostomií apod. Tato opatření výrazně omezují osobní svobodu a bývají vnímána jako rušivá a obtěžující nejen pacienty samotnými a jejich příbuznými, ale i nemocničním personálem. Všechny zúčastněné může nařízení a vedení takové léčby zneklidňovat, bez ohledu na to, zda jsou o její účinnosti přesvědčeni nebo ne.

Klíčovým faktorem při rozhodování o tom, kdy je odůvodnitelné tuto léčbu u pacientů vynutit, je otázka kapacity a kompetence pacienta s mentální anorexií rozhodnout se o své léčbě. Určit, zda je pacient s poruchou příjmu potravy schopen svobodně se o léčbě rozhodnout a zda je k takovému rozhodnutí kompetentní, ale není z mnoha důvodů jednoduché. Pacienti s mentální anorexií mívají potíže se zpracováváním myšlenkových pochodů a změněný hodnotový systém. Tyto skutečnosti mohou jejich rozhodovací schopnosti výrazně omezovat.



Kazuistika pacientky se závažnou chronifikující formou mentální anorexie – možnosti její léčby

Holanová P.

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice Praha

Práce s pacienty s chronifikujícím průběhem mentální anorexie, kteří nejsou motivovaní k léčbě a jsou v těžkém somatickém stavu, je velmi náročná a vyžaduje maximální míru profesionality ze strany zdravotníků, důležitou roli hraje kvalitní týmová i mezioborová spolupráce. Kazuistika pacientky přináší pohled na obtížnost léčby interní i psychiatrické, na problémy při rozhodování o dalším postupu včetně hospitalizace bez souhlasu nemocné, věnuje se i postojům a emocím personálu vůči pacientce odmítající léčbu.

Klíčová slova: mentální anorexie, nemotivovaný pacient, léčba, nedobrovolná hospitalizace.

It is very difficult to treat patients with chronic type of anorexia nervosa, who are not motivated to go through treatment and at the same time are in bad somatic condition. It requires maximal degree of professional approach from medical workers. The teamwork and interdisciplinary cooperation is also very important. The casuistic comes with the view on difficulties with internal and psychiatric treatment, problems with decision about involuntary hospitalization – detention. It pays attention to attitudes and emotions of medical personal taking care of patient who rejects the treatment.

Key words: anorexia nervosa, unmotivated patient, treatment, involuntary hospitalization.

Kazuistika přináší pohled na složitou léčbu u 22leté pacientky s restriktivní formou mentální anorexie s těžkou malnutricí, se 7le-

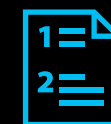
tou anamnézou poruchy příjmu potravy, která dosud absolvovala 3 pobyty na specializované jednotce pro léčbu poruch příjmu potravy, přičemž poslední pobyt na přelomu roku 2012–2013 trval 4 měsíce. Poté v krátkém časovém úseku následovaly opakované hospitalizace na jednotkách intenzivní metabolické péče, kam se vždy dostala akutně pro bezvědomí s hypoglykemií u těžké malnutrice, hmotnost pacientky oscilovala mezi 25–28 kg. Po stabilizaci somatického stavu byla pak překládána na standardní interní lůžko, kde nadále odmítala perorální příjem, odmítala jakoukoli léčbu poruchy příjmu potravy, byla realimentována perkutánní endoskopickou gastrostomií, přičemž i tuto formu výživy opakovaně odmítala. Pro personál interního oddělení bylo toto chování obtížně akceptovatelné, vyvolávalo řadu negativních emocí – především agresivně konfrontačních, zlostných postojů.

Kazuistika otevírá i otázky, které byly opakovaně řešeny během léčby – kde a jak má probíhat léčba této nemotivované, somaticky ohrožené pacientky – zda na interně či na psychiatrii?... kdo o tom bude rozhodovat, kdo se bude vyjadřovat k tomu, zda je možné pacientku dimitovat do ambulantní péče či hospitalizovat bez souhlasu nemocné – internista či psychiatr? Řešena byla i otázka podání podnětu k omezení svéprávnosti v rozhodování o léčbě. Kazuistika ukazuje, že tato závažná rozhodnutí je možné kompetentně provádět při dobré týmové a mezioborové spolupráci.

Podpořeno: Prvouk P03/LF1/9

Literatura

1. Papežová H. (ed.) Spektrum poruch příjmu potravy. Grada 2010.
2. Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2004; 36 (3): 245–255.



Fertilita u pacientky s mentálnou anorexiou

Horváthová V., Izáková L.

Psychiatrická klinika LFUK a UN v Bratislave, SR

Kazuistika pojednáva o pacientke s atypickou formou mentálnej anorexie, ktorá napriek nedostatočnej kompenzácii stavu a nízkemu BMI otehotnela prirodzeným spôsobom a porodila zdravé dieťa.

Kľúčové slová: mentálna anorexia, fertilita, tehotenstvo.

Case report discusses the patient with atypical anorexia nervosa, who despite insufficient compensated status and low BMI get pregnant naturally and delivered a healthy baby.

Key words: anorexia nervosa, fertility, pregnancy.

Poruchy príjmu potravy predstavujú významný rizikový faktor pre nefyziologický priebeh tehotenstva, pôrodu, laktácie, ale aj zvýšený výskyt neonatálnych komplikácií. Autorky vo svojom príspevku pojednávajú o uvedenej problematike na báze kazuistiky teraz 41 ročnej pacientky s mentálnou anorexiou. Ide o pacientku, u ktorej sa tráviace ťažkosti prvýkrát objavili až po vydaji. O dva roky neskôr bola hospitalizovaná na špecializovanom oddelení na liečbu PPP v Bratislave a bola jej diagnostikovaná atypická forma mentálnej anorexie. Po 14 týždňoch hospitalizácie bola prepustená v čiastočne zlepšenom stave s BMI 16,6. Následne sa liečila ambulantne, avšak jej hmotnosť opätovne postupne klesala, v priebehu roka schudla 6 kg, pričom u nej pretrvávala amenorea. Navrhnutú rehospitalizáciu odmietla. Počas ďalšieho roka pribrala 4 kg. Pri BMI 15,79 došlo k obnoveniu pravidelného menštruačného cyklu a následne k plánovanému otehotneniu. Pacientka počas celej gravidity pribrala len 3 kg. V priebehu te-

hotenstva bola 2x hospitalizovaná pre hroziaci predčasný pôrod. V 38. týždni gravidity spontánne porodila zrelé, mierne hypotroické dieťa s pôrodnou hmotnosťou 2 660 g, AS 10/10. Po pôrode u nej došlo k poklesu hmotnosti oproti obdobiu pred otehotnením o 5 kg. Napriek tomu sa úspešne rozbehla laktácia. Pacientka od začiatku tehotenstva svojvoľne prerušila psychiatrickú liečbu a vysadila escitalopram, ktorý dovtedy užívala. Deväť mesiacov po pôrode opätovne navštívila psychiatra pre zvýraznenie úzkostnej symptomatiky a pretrvávanie symptomatiky PPP. Vzhľadom k zistenému stavu a potrebe farmakoterapie jej bolo odporučené ukončiť laktáciu. Až do súčasnosti užíva escitalopram, stav nie je uspokojivo kompenzovaný, aktuálne je BMI 13,74. Záverom možno konštatovať, že napriek očakávaným rizikám vyplývajúcim z prítomnosti mentálnej anorexie, u uvedenej pacientky otehotnenie, gravidita, pôrod a aj laktácia prebehli bez významnejších komplikácií.

Sebepoškozování a suicidální chování u poruch příjmu potravy v dětství a adolescenci

Koutek J., Kocourková J.

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

V literatuře je často uváděna souvislost mezi sebepoškozováním, suicidálním chováním a poruchami příjmu potravy. Současné studie uvádějí vyšší výskyt suicidií u mentální anorexie (kolem 2 %), zatímco výskyt suicidálních pokusů je stejný nebo nižší než v případech mentální bulimie, kde převažuje syndrom záměrného sebepoškozování. Ve vzorku 47 hospitalizovaných pacientů s poruchou příjmu potravy jsme v anamnéze zjistili sebepoškozování ve 49 % případů, suicidální chování v 59,6 %. Přítomnost



sebepoškozování zvyšuje riziko suicidálního chování. Výsledky dotazníkových metod CASPI a CDI potvrzují zvýšené riziko suicidálního a sebepoškozujícího chování a přítomnost depresivní symptomatiky.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, sebepoškozování, suicidální chování, dětství a adolescence.

Cílem studie je identifikace rizikových faktorů suicidálního a sebepoškozujícího jednání u dětí a adolescentů s poruchami příjmu potravy, posouzení jejich rodinné situace a případné rodinné psychopatologie, zjištění komorbidní psychopatologie a porovnání charakteristik suicidálního jednání a sebepoškozování u těchto pacientů, identifikace rozdílů a eventuálních rozdílných rizikových faktorů.

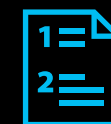
Cílovou skupinou výzkumu byli pacienti, resp. pacientky přijaté pro poruchu příjmu potravy v roce 2013 na Dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol. Šlo celkem o 47 pacientů (z toho 46 dívek a 1 chlapec), ve věku od 10 let 3 měsíců do 18 roků, ve věkovém průměru 15 let a 6 měsíců. Pacienti byli vyšetřeni formou psychiatrické a psychologické explorační, která byla zaměřena na symptomatiku poruchy příjmu potravy a její typ, komorbidní psychopatologii, přítomnost suicidálního chování a sebepoškozování, dále na rodinnou situaci a aktuální stres. Při vyšetření byl použit dotazník suicidálního rizika CASPI a sebesušující škála depresivity pro děti CDI.

V souboru dětí a adolescentů hospitalizovaných pro poruchu příjmu potravy převažovala jednoznačně typická mentální anorexie (77 %), v 17 % šlo o atypickou mentální anorexiu a v 6 % o mentální bulimii. Z hlediska přítomnosti komorbidní psychopatologie převažovala deprese, která byla přítomna v 72 % vzor-

ku, další symptomatika měla obsedantně kompulzivní charakter, byla přítomna v 10,6 %, úzkostné poruchy se vyskytly v 8,5 %. Disharmonický vývoj osobnosti byl zjištěn v 57 %. 53 % věří na posmrtný život, pouze menšina však ve spojení s běžnou religiózní orientací. Suicidální chování se vyskytlo celkem v 59,6 %. V rámci tohoto chování se vyskytly výrazné suicidální ideace u 22 pacientek, u 2 pacientek byly zjištěny suicidální tendence s aktivní přípravou sebevražedného jednání, u 4 dívek proběhl suicidální pokus. Sebepoškozování se vyskytlo v 49 % vzorku, převažovalo zejména pořezávání. Ve skupině sebepoškozujících se pacientů se zároveň vyskytuje signifikantně více znaků suicidálního chování.

Rodinná situace pacientek byla často problematická. 45 % zažilo rozvod rodičů. Z hlediska typu rodiny 47 % žije v úplné rodině, s oběma biologickými rodiči, v 36 % s jedním biologickým rodičem (převážně matkou), ve 13 % pak s jedním biologickým rodičem a jeho partnerem. Z hlediska funkce rodiny byla plně harmonická rodina zjištěna ve 30 %, v 36 % rodina fungující s konflikty a v 32 % dysfunkční rodina. U pacientů byl zjišťován aktuální stres, kdy v 81 % šlo o stres vycházející z vlastní duševní poruchy, v 57 % prožívali aktuální stres v rodině a ve 13 % mezi vrstevníky. Stresové okolnosti se mohou kombinovat. Zvýšený skóre rizika suicidálního jednání v dotazníku CASPI byl zjištěn u 62 %, klinicky významný skóre depresivity v sebesušující škále CDI byl zjištěn v 68 %. Byla zjištěna korelace mezi pozitivitou CASPI a CDI a klinicky vyjádřeným suicidálním chováním.

Přítomnost komorbidní psychopatologie je častá, typicky ve spojení s depresivní, obsedantně-kompulzivní a anxiózní symptomatikou. Prakticky u poloviny pacientů je předchozí



osobnostní vývoj disharmonický. Výskyt vlastního suicidálního chování je zjištěn u více než poloviny pacientů, zejména v rámci vážných suicidálních myšlenek, vyskytuje se též přípravná suicidální aktivita a realizované suicidální pokusy. Sebepoškozování se vyskytlo téměř u poloviny pacientů, ze statistického zpracování pak vyplynulo, že u těchto pacientů je zvýšené riziko suicidálního chování. Výsledky dotazníkových metod CASPI a CDI potvrzují zvýšené riziko suicidálního a sebepoškozujícího chování a též přítomnost depresivní symptomatiky. Z hlediska posouzení rodinného prostředí lze konstatovat problémy ve fungování rodin, kdy pouze menšina pacientů žije v harmonickém rodinném prostředí a více než polovina subjektivně prožívá stres vázaný na rodinu. Největší aktuální stres však přináší samotné onemocnění poruchou příjmu potravy, které zvyšuje riziko rodinných konfliktů. Tyto konflikty jsou vázány zejména na jídelní chování pacientky, její hmotnost a příjem potravy. Z výsledků výzkumu vyplývá, že u pacientů s poruchami příjmu potravy existuje zvýšené riziko suicidálního chování a sebepoškozování, přičemž sebepoškozování představuje rizikový faktor pro následné suicidální jednání.

Literatura

1. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. Nord J Psychiatry 2010; 64 (1): 32–39.
2. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev, 2006; 26 (6): 769–782.
3. Pompili M, Girardi P, et al. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eat Behav, 2006; 7 (4): 384–394.

Podpořeno projektem MZd ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole) a Programem rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P07 Psychosociální aspekty kvality lidského života.

Těžko stravitelné lži v ambulantní léčbě pacientů s PPP **Kulhánek J.**

**klinický psycholog a psychoterapeut
dlouhodobě pracuje s pacienty s poruchou příjmu
potravy v dětském i dospělém věku**

Přednáška vychází ze zkušeností z ambulantní praxe psychoterapeuta, zaměřuje se na vybrané otázky práce s klienty s poruchou příjmu potravy a shrnuje je do tří témat: špatné trendy ve stravování, zkreslené představy o léčbě a falešné vnímání kompetence psychoterapeuta.

Klíčová slova: rodina, junk food, představy o léčbě, odblokování, kompetence psychoterapeuta.

Ve svém příspěvku se chci zaměřit na příklady toho, jak moc se někdy rozchází naše realita – odborné názory na stravování, léčbu a naše kompetence – s tím, co si myslí široká veřejnost, co přinášejí na psychoterapii naši klienti a jejich rodiny.

Práce s lidmi s PPP je obtížná, může být velmi různorodá, pokud sami nespádneme do stereotypu a nenecháme se otrávit opakovaným bojem se lží.

K léčbě anorexie, bulimie a přejídání přistupujeme různě, záleží na našem vzdělání a výcviku a určitě také na fázi onemocnění našeho klienta/pacienta. V akutní fázi, kdy dominují symptomy PPP a pozornost klienta se točí kolem jídla a postavy, se tématům



kolem stravování prostě nevyhneme a vyhnout ani nechceme. Můj první příklad „lži“ se jmenuje JUNK FOODS a klienti se o něm dozvídají a diskutují na internetu, a to zejména na sociálních sítích.

Dalším příkladem z praxe bude volně navazující povídání na můj příspěvek na minulé konferenci. Klienti totiž už nezřídka mívají zkušenost s nějakou „léčbou“ před tím, než dorazí k nám. Nebo si vytvoří představu o správné léčbě opět z internetu. Celkově bych tuto lež shrnul do tvrzení, že: „je třeba něco u klienta odblokovat, aby se mohl uzdravit“. Popíšu, odkud se tato představa bere, zamyslíme se společně, jestli je na tom kus pravdy nebo ne.

Posledním příkladem je představa nemocných a jejich rodinných příslušníků o tom, kdo je správný odborník pro jejich léčbu. Zamyslíme se nad tvrzením, že léčit může jen ten, kdo to sám zažil.

Ty nejrafinovanější lži jsou takové, které v sobě skrývají kus pravdy.

Výskyt anorexie nervosa u nemocných s Downovým syndromem – kazuistika

Papežová H., Kviatková K.

Centrum pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN

Jako kontrast proti stereotypní představě pacienta s anorexií chceme v této kazuistice popsat toto onemocnění u pacienta s Downovým syndromem. V kazuistice představíme historii vzniku onemocnění u pacienta, její vývoj a následnou terapii. Otevřeme diskuzi na téma možností pokračování v další terapii.

Klíčová slova: anorexie nervosa, Downův syndrom, mentální retardace, rodina.

As a contrast to stereotype view of patient with anorexia nervosa, we would like to describe this illness on an example of patient with Down's syndrome. We will describe the history, progression and treatment of patient with Down's syndrome and anorexia nervosa in this case report. In conclusion we would like to open discussion about how to continue with treatment of patient.

Key words: anorexia nervosa, Down's syndrome, mental retardation, family.

Nejčastěji si při diagnóze anorexie nervosa představíme mladou „bílou“ dívku ze země západního typu. Dle studií je četnost onemocnění poruchami příjmu potravy skutečně častější u žen než u mužů. Zároveň jsou dle studií anorexií méně ohroženy Afroameričanky, i když dle některých studií trpí víc psychogenním přejídáním. Američanky hispánského či asijského původu jsou ohrožené anorexií ve stejné míře jako jejich kavkazské vrstevnice.

Celoživotní prevalence anorexie u mužů je podle studie Hudson, r. 2007 0,3 %, tedy přibližně 1 z 10 identifikovaných pacientů. Proto se s případy anorektických mužů setkáváme zřídka a stávají se z nich často zajímavé kazuistiky, které přinášejí jiný pohled na toto onemocnění. Nový pohled na onemocnění anorexie může přinést i námi zvolená kazuistika případu pacienta s Downovým syndromem, u kterého se v 28 letech začalo vyskytovat anorektické chování s restrikcí potravy a následným hubnutím, během 3 let zhubl 27 kg. Vzhledem k mentální retardaci související s genetickým onemocněním byla spolupráce s pacientem od začátku komplikovaná. V kazuistice budeme mluvit o motivaci pacienta k patologickému chování, vývoji



onemocnění, problémech zvládání péče v domácím prostředí. Vzpomeneme různé vynalézavé způsoby restrikce potravy pacientem. Pojednáme o svízelných léčby pacienta s komorbidní mentální retardací, specifických projevech v jeho chování souvisejícími s kognitivním oslabením a otevřeme diskuzi k možnosti vytvoření léčebného režimu.

Podpořeno: Prvouk P03/LF1/9.

Literatura

1. Papežová H, et al. Spektrum poruch příjmu potravy, Praha, Grada, 2010: 424.
2. Raitasuo S, Virtanen H, Raitasuo J. Anorexia nervosa, major depression, and obsessive-compulsive disorder in Down's syndrome patient, Int J Eat Disord. 1998; 23(1): 107–109.
3. Cottrell DJ, Crisp AH. Anorexia nervosa in Down's syndrome – a case report, British Journal of Psychiatry, 1984; 145: 195–196.

Záchvatové přejídání v DSM-V a nové formy léčby

Kviatkovská K., Albrecht J., Papežová H.

**Centrum pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky
1. LF UK a VFN**

Psychogenní přejídání v MKN 10 uvedené pod kódem F 50.4 bylo v klasifikaci DSM-V poprvé přesně vymezeno s přesně stanovenými diagnostickými kritérii a vodítky. V současnosti jsou možnosti terapie omezené na klasické metody: farmakoterapie, vedená psychoterapie a svépomocná terapie. Lokalizace oblasti mozku zodpovědné za craving a možnost jeho ovlivnění pomocí rTMS nám nabízí novou alternativní metodu k zkoumání.

Klíčová slova: craving, epizoda, psychogenní přejídání, rTMS, terapie.

We can find the binge eating disorder in ICD-10 under the diagnose F 50.4, but it was first precisely defined with well-defined diagnostic criteria in DSM-V. The therapy is currently limited to the classic methods: pharmacotherapy, psychotherapy and self-help therapy. Localization of specific place in brain which is responsible for craving and options to influence its activity gives us new alternative of treatment to investigate.

Key words: craving, binge eating disorder, episode, rTMS, therapy.

Nejčastějším onemocněním patřícím do spektra poruch příjmu potravy je psychogenní přejídání. Psychogenní přejídání se pro jeho souvislost s civilizačními nemocemi v poslední době více dostává do zájmu odborné i laické veřejnosti. V MKN 10 ho najdeme pod diagnózou F 50.4. Jako samostatná diagnóza se psychogenní přejídání objevilo poprvé v appendixu DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Přesnou specifikaci onemocnění s přesně vyhraněnými diagnostickými kritérii můžeme nalézt v DSM-V. Epizoda psychogenního přejídání je definována jako konzumace množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonzumovala za stejnou časovou jednotku a za stejných okolností, a je provázená pocitem ztráty kontroly. Záchvat přejedení je typicky provázen větší rychlostí příjmu potravy či pokračováním v jídle přes pocit sytosti do pocitu nepříjemného přeplnění až bolesti. Nemocní jí zásadně v tajnosti. K stanovení diagnózy je potřebná četnost záchvatů přejedení minimálně jeden záchvat za týden po dobu posledních tří měsíců. Jednotlivé epizody psychogenního



přejídání jsou doprovázeny cravingem, neodolatelným nutkáním ke konzumaci jídla. Craving jako příznak onemocnění můžeme pozorovat pomocí funkčních zobrazovacích metod a umožňuje tak identifikaci místa, které je za onemocnění zodpovědné. Souvisí s hyperaktivitou v orbitofrontálním a předním cingulárním kortexu a nedostatečnou inhibicí z dorsolaterálního prefrontálního kortexu.

K charakteristice psychogenního přejídání patří pocit studu a znechucení nad sebou a svým jídelním chováním. Kombinace studu pacientů, který jim brání přiznat své onemocnění a vyhledat pomoc, a utajování nemoci před nejbližšími, kteří by je mohli v boji s nemocí podpořit nebo přivést k odborníkovi, často léta brání v zahájení terapie. Úspěšnost terapie je pak i díky těmto faktorům snižena. V současné době se v léčbě psychogenního přejídání používá zejména farmakoterapie, řízená psychoterapie či svépomocná terapie. Pacienti jsou léčeni během hospitalizace, či v režimu ambulantní péče.

Vysokofrekvenční repetitivní magnetická stimulace má potenciál aktivovat mozkovou kůru, která přímo leží pod cívkou (dorsolaterální prefrontální kortex), a inhibovat neuronální aktivitu ve vzdálenějších místech (orbitofrontální a přední cingulární kortex). Tento poznatek nabízí prostor ke zkoumání alternativních možností terapie psychogenního přejídání. Při jednorázové aplikaci rTMS bylo již prokázáno i krátkodobé snížení cravingu u nemocných s bulimií a u purgativního typu anorexie.

Podpořeno: Prvrouk P03/LF1/9 a P26/LF1/4

Literatura

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication, *Biol Psychiatry* 2007; 61: 48–358.

2. Fairburn ChG. *Overcoming binge eating*, New York, A Division of Guilford Publication, Inc, 1995: 246.

3. Ramaccotti CE, Coli E, Marazziti D, et al. Therapeutic options for binge eating disorder, *Eat Weight Disord*, 2013; 18: 3–9.

4. Wang GJ, Volkow ND, Thanos PK, et al. Similarity between obesity and drug addiction as assessed by neurofunctional imaging: A concept review, *J Addict Dis*, 2004; 23: 39–53.

5. Van den Eynde F, Claudino AM, Mogg A. Repetitive transcranial magnetic stimulation reduce cue-induced food craving in bulimic disorder, *Biol Psychiatry* 2010; 67: 793–795.

Histaminová intolerance

Malá E., Vadlejchová I.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

DPS Ondřejov, Praha

DPA Oáza, Chomutov

Histamin je důležitý bioaktivní neurotransmitter nepostradatelný pro efektivní fungování mnoha systémů. V CNS působí histamin jako neuromediátor. Histaminová intolerance je dána výsledkem nerovnováhy mezi histaminem nahromaděným v těle a schopností histamin odbourávat. Porucha odbourávání histaminu je dána sníženou aktivitou enzymu diaminoxidázy (DAO) a vede k histaminové intoleranci (HIT). HIT se projevuje řadou psychosomatických a „jako“ alergických symptomů. Pokud není HIT způsobena geneticky, lze symptomy odstranit dietou.

Klíčová slova: histamin, histaminová intolerance, diaminoxidáza, dieta.

Histamine is an important bioactive neurotransmitter indispensable for the effective functioning of a number of systems.



In the CNS histamine acts as a neurotransmitter. Histamine intolerance is a result of imbalance between high levels of histamine in the body and the body's ability to metabolize histamine. Inability to metabolize histamine is caused by insufficient diamine oxidase activity and leads to histamine intolerance (HIT). The HIT is accompanied by numerous psychosomatic symptoms some of them looking like allergies. In not-genetically-inherited HIT's an appropriate diet may relieve the symptoms.

Key words: histamine, histamine intolerance, Diamine Oxidase, diet.

Histamin je řazen mezi tzv. „autakoidy“, tj. látky endogenního původu, které mají krátkou životnost a působí blízko místa svého vzniku. K autakoidům také patří serotonin, produkty syntetizované z kyseliny arachidonové a peptidy.

Někdy jsou tyto látky nazývány „lokálními hormony“ a na rozdíl od pravých hormonů, které se dostávají na místo svého uplatnění krevním řečištěm, autakoidy mohou působit odděleně od cirkulace, např. v místě zánětu. Histamin je důležitý bioaktivní neurotransmitter nepostradatelný pro efektivní fungování mnoha systémů, včetně obrany těla proti invazi patogenních látek (bakterií, virů atd.). U lidí se nejvyšší koncentrace histaminu nacházejí v kůži, plicích a žaludku, v menším množství v mozku a srdci. Hodnoty histaminu od 0,3 do 1,0 ng/ml (ng/mL) v plazmě jsou považovány za normální.

Histaminová intolerance (HIT) vzniká při nedostatečné degradaci histaminu při snížené hladině či aktivitě enzymů diaminoxidázy (DAO) a histamin-N-methyltransferazy (HNMT). K poruše funkce těchto enzymů může docházet na základě genetického

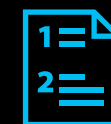
nebo získaného poškození. V CNS působí histamin jako neuromediátor a jeho receptory jsou umístěny v zadním hypothalamu. Histaminergní neurony jsou nejaktivnější během vigility a ovlivňují dráhy zásobující oblasti, které mají vztah k emocím, paměti, termoregulaci a spánku. HIT trpí asi 1 % lidí, rozvoj je plíživý, a protože je postižen celý organizmus, objeví se rozličné příznaky, např. nevolnost, průjem, křeče v žaludku, bolesti hlavy, závratě, ucpaný nos a zánět spojivek, potíže s dýcháním, arytmie, kožní vyrážky a angioedémy, úzkost, únava, poruchy spánku atd. HIT je pak často mylně diagnostikována jako psychosomatická porucha nebo alergie.

Hraniční hodnota, při které se začínají projevovat příznaky otravy histaminem, je u dětí 50 mg a u dospělého člověka 100 mg/kg potravy. Kvantitativní stanovení koncentrace DAO v séru: je-li větší než 3 U/ml/3,75 ng/ml/, je vysoká incidence HIT. Pokud HIT vzniká sekundárně – blokace aktivity DAO nevhodnými potravinami nebo léky, po vysazení těchto se pacient vyléčí. Pokud je aktivita DAO snížena geneticky, nebo je střevo nenávratně poškozeno, musí pacienti držet přísnou nízkohistaminovou dietu (např. omezit ryby, mléko, plísňový sýr, ananas, jahody, citrusy, kávu, čaj aj.) celý život.

Popsány 3 kazuistiky HIT u Touretteova syndromu.

Literatura

1. Joneja J, Carmona S. Outcome of a histamine-restricted diet based on chart audit. *Journal of Nutritional and Environmental Medicine* 2001; 11: 249–262.
2. Hanusková E, Plevková J. Histaminová intolerance. *Československá fyziologie* 2013; 62: 26–33.
3. Hrubíško M, Zuzulová M, Michaličková J. Histaminová intolerance – stav v klinické praxi často zamíňaný za alergii. *Klinická imunologie a alergologie* 2011; 21: 34.



4. Maintz L, Novak N. Histamin a histaminová intolerance. Synlabianer 2014 VIII: 9–10.
5. Maschkanová E, et al. Meranie aktivity DAO v sérach pacientov pri podozrení na histamínovú intoleranciu. Klinická imunológia a alergológia 2013; 23: 33–34.
6. Rennerová Z. Potravinová alergia a intolerancia, jej klinické prejavy, diagnostika a liečba. Interná medicína 2013; 13: 247–253.
7. Schleip T. Histaminová intolerance. 2010 Galén./118str/

Indikace bariatrických výkonů v pediatrii a adolescenci – proč pro a proč proti

Marinov Z.

Dětská obezitologická ambulance, Pediatriká klinika Fakultní nemocnice Motol a 2. LF UK Praha

Vzhledem k tomu, že v současné době v ČR vstupuje do dospělosti přes 4 % populace s extrémní obezitou (1), intenzivně vyvstává otázka indikace bariatrických výkonů již v dětství a adolescenci. Omezení použití bariatrických výkonů v pediatrii vyplývá zejména z psycho-sociální nevyzrálosti dětských a adolescentních klientů nebo z celoživotní bezpodmínečné metabolické dispenzarizace.

Klíčová slova: dětství, adolescence, závažná a extrémní obezita, indikace bariatric.

Chirurgický bariatrický výkon je u dospělých nejúčinnějším způsobem léčby obezity i provázejících metabolických onemocnění. U těžce obézních má dieta a fyzická aktivita jen omezený účinek na zlepšení zdravotního stavu a snížení hmotnosti. Konzervativní postupy včetně medikamentózní podpory jsou po více než 5 letech úspěšné pouze u 5–10 % závažně obézních. Do jednoho roku od začátku konzervativní léčby se navrátí zpět

na svou původní hmotnost více než 90 % morbidně obézních. Z důvodu překalibrování centrální regulace energetické homeostázy je pro závažně obézní prakticky nemožné udržet hmotnostní úbytek oproti snadnému jednorázovému zhubnutí. Cyklické kolísání hmotnosti (jojo efekt) je přitom spojeno s nezávažnějšími zdravotními riziky. Bariatrická chirurgie se tak stala nedílnou součástí komplexní léčby těžce obézních, kterým nabízí výrazné a dlouhodobě udržitelné hmotnostní úbytky. Pro dospělé obézní pacienty představuje chirurgický zákrok efektivní léčebný postup s prevencí rozvoje následných metabolických komplikací.

Podle povahy výkonu (2) se rozdělují bariatrické výkony na:

1. **Restriktivní** výkony, jejichž cílem je omezit množství přijaté potravy zmenšením velikosti žaludku (adjustabilní bandáž, plikace, sleeve gastrektomie), které vyžadují zvýšenou complianci.
2. **Malabsorpční** výkony, při kterých dochází k omezení vstřebávání přijaté potravy zkrácením průchodu potravy tenkým střevem (biliopankreatická diverze), které vyžadují celoživotní metabolický monitoring.
3. **Kombinované** výkony – kombinace obou předchozích typů (distální žaludeční bypass, bilio-pankreatická diverze s duodenální výhybkou).

Bariatrické chirurgické výkony u dětí a dospívajících nejsou zdaleka tak časté jako u dospělých a v ČR jsou stále spíše raritní. Vzhledem k bezprecedentnímu nárůstu extrémní obezity (1) je intenzivněji diskutovaná racionální indikace bariatric i v pediatrii. Primární podmínkou je posouzení v multidisciplinárním týmu pediatr, psycholog, obezitolog a bariatrický chirurg, případně s přizváním dětského endokrinologa, diabetologa, psychiatra nebo kardiologa.



O restriktivním bariatrickém zákroku u závažně obézních adolescentů (3) lze uvažovat, pokud:

1. jejich BMI přesahuje 99,5. percentil pro příslušný věk (odpovídá BMI 40 kg/m² u dospělých) a je přítomna závažná komorbidita (DM 2. typu, hypertenze, spánková apnoe)
2. jejich BMI přesahuje 99,9. percentil pro příslušný věk (odpovídá BMI 50 kg/m² u dospělých)
3. selhaly řízené snahy o snížení hmotnosti ve specializovaném centru po dobu 6 měsíců
4. dosahují minimálně 95 % konečné výšky a mají ukončený kostní vývoj
5. jsou schopni se zavázat ke komplexnímu lékařskému a psychologickému vyšetření před výkonem a po něm
6. jsou ochotni zapojit se do pooperačního multidisciplinárního léčebného programu

O malabsorpčním bariatrickém výkonu u závažně obézních dětí a adolescentů lze uvažovat, pokud:

1. se jedná o centrální hyperfágii (hypotalamická léze) dědičných syndromů (syndrom Praderové-Williho)
2. mají ukončený hormonální vývoj
3. výkon je proveden v zařízení se specializovanou pediatrickou péčí (ošetřovatelskou, anesteziologickou, pooperační, psychologickou a obezitologickou)
4. zákonní zástupci jsou ochotni se zavázat k celoživotnímu lékařskému a psychologickému sledování

Vzhledem k omezením, která v dětství a adolescenci vyplývají především z psycho-sociální nevyzrálosti indikovaných klientů, preferujeme na našem pracovišti tandemové bariatrické výkony. V prvním kroku

indikujeme k restriktivnímu bariatrickému výkonu rodiče a v návaznosti po 6měsíční konzervativní léčbě adolescenta. Malabsorpční bariatrický výkon pro fertilní dívky primárně kontraindikujeme a pro centrálně podmíněné hyperfágie podmiňujeme zplnoletněním.

Literatura

1. Marinov Z. Nadváha a běžná obezita v dětském věku – zdravotní výzva 21. století. Lékařské listy 2014; 9: 21–24.
2. Fried M, et al. Bariatrická a metabolická chirurgie. Mladá fronta a.s. 2011. ISBN 978-80-204-2424-2.
3. Singhal V, Schwenk WF, Kumar S. Evaluation and management of childhood and adolescent obesity. Mayo Clin Proc. 2007; 82(10): 1258–1264.

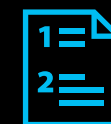
Diferenciální diagnóza poruch příjmu potravy z pohledu internisty (Eating disorders in terms of internists)

Meisnerová E., Novák F.

IV. interní klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

Poruchy příjmu potravy doprovází gastrointestinální symptomatologie. Pacientky si stěžují na pyrózu, nadýmání, pocit plnosti a předčasnou sytost. Objevují se bolesti břicha např. v okolí žaludku, obstipace nebo průjem při abúzu laxativ. Dlouhodobé hladovění vede ke vzniku evakuační poruchy žaludku. U mentální anorexie se vyskytuje pankreatická insuficience, prodloužený transit time tenkým střevem, při endoskopickém vyšetření je přítomna atrofie klku tenkého střeva.

Perorální substituce Kalium chlorid vyvolává eroze v žaludeční sliznici, abúzus projímadel vytváří nespecifické změny v oblasti



tlustého střeva napodobující levostranný typ ulcerózní kolitidy. Pacientky jsou často léčeny gastroenterologem pod domnělou diagnózou idiopatického střevního zánětu, hmotnostní úbytek a nízký BMI je přisuzován gastrointestinálnímu onemocnění.

V klinické praxi se setkáváme ale i s ojedinělými případy, kdy je nesprávně diagnostikována porucha příjmu potravy. Poruchy polykání či prodloužený transit time při scintigrafickém vyšetření jícnu nepatří mezi symptomy u mentální anorexie. Gastrointestinální symptomatologie – pocit plnosti, nadýmání, hmotnostní úbytek a neprospívání s poruchou motility gastrointestinálního ústrojí může být prvním projevem některých vzácných metabolických onemocnění např. mitochondriální neurogastrointestinální encefalopatie. Diagnostikovali jsme i u mladých žen syndrom aortomezenteriální komprese, který vyřešil až operační výkon.

U predisponovaných jedinců výrazné dietní omezení – u diabetu I. typu, celiakie, potravinové alergie či stenozyující formy Crohnovy nemoci vede k vzniku anorektického chování a rozvíjí poruchu příjmu potravy restriktivního typu mentální anorexie.

Ve svém sdělení prezentuji zejména kazuistiky pacientek, u kterých se pomýšlelo na poruchu příjmu potravy, ačkoliv se jednalo o jiné onemocnění.

K optimální diagnóze a léčbě je nutná týmová spolupráce psychiatra a nutričního specialisty.

Odívání a poruchy příjmu potravy

Michalovičová H.

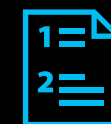
Odívání je důležitým prvkem spojeným se sebepojetím každého jedince. Vyjadřuje identitu, přispívá k integritě do společenské

skupiny a bývá úzce spojeno s atributem ideálního já. To, jak se lidé oblékají, odráží jejich vztah k sobě samým. U poruch příjmu potravy je klíčovým faktorem nepřijetí vlastní postavy, a tak i oblékání představuje problematickou oblast spojenou s úzkostí.

Klíčová slova: oděv, módní trendy, poruchy příjmu potravy, tělesné schéma, sebepojetí, způsob odívání.

Clothing as an important element associated with each individual's self-concept. It expresses an identity, contributes to the integrity of society and is closely related to the attribute of the ideal self. How people dress reflects their relationship to themselves. For eating disorders there is a key factor in no acceptance own body, and thus even dressing presents a problem area associated with anxiety.

Odívání je důležité pro sebepojetí každého jedince, vyjadřuje jeho identitu, přispívá k integritě do společenské skupiny a bývá úzce spojeno s atributem ideálního já. Způsob oblékání a význam, který oděv má, odráží vztah jedince k sobě samému. U pacientek s poruchami příjmu potravy, které mají problémy s přijetím vlastní postavy, představuje oblékání často velký problém. Podstatnou roli zde hraje vliv kultury adorující štíhlý až vyhublý ideál ženského těla a také rodinná výchova nadměrně zaměřená na význam tělesných proporcí a fyzické krásy. Tak dochází z psychologického hlediska ke vzniku diskrepance mezi představou o ideálních a reálných tělesných proporcích a tělesné váze. Obava ze ztráty dokonalých proporcí a dokonalého vzhledu se negativně odráží na prožitkové zkušenosti, ovlivňuje emocionální labilitu a prohlubuje již tak nízké sebevědomí. Pokud se podaří takto zúžené životní zaměření rozšířit o další oblasti, dochází i ke změnám ve způsobu sebereprezentace, tedy i odívání.



Jakou roli hraje tedy způsob odívání? Které faktory jsou důležité pro výběr toho či onoho kusu oděvu? Jsou to barvy, druh střihu, citová vazba nebo to, zda se jedná o bezpečnou volbu, t.z. výběr takového kusu oděvu, který zakrývá domnělé problematické tělesné partie a pomáhá odvádět pozornost od tělesných proporcí. Vybočení ze stereotypního chování při výběru je nebezpečné v tom, že zvyšuje úzkost z neschopnosti zvládnout negativní emoce, jako je pocit studu za své tělo a pocit méněcennosti vzhledem k ostatním, a vede ke ztrátě sebejistoty.

Podpořeno: Prvuk P03/LF1/9.

Literatura

1. Antoniazzi A, Zivian MT, Hynie M. Woman with and without eating disorders: Their values and eating attitudes. *Journal of social & clinical psychology*, 2005; 24 (4): 449–470. ISSN 07367236.
2. Ata RN, Ludden AB, Larry MM. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of youth and adolescence*. 2007; 36 (8): 1034–1037. ISSN 00472891.
3. Fialová L, Krch FD. Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2160-9.
4. Grogan S. Body image. Přel. Jana KRCHOVÁ. Praha: Grada, 2000. ISBN: 80-7169-907-1.
5. Mehran F, Léonard T, Samuel-Lajeunesse B. Anorexia nervosa: changes in the perception of femininity, figure, diet and clothing concepts with inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*. 1999; 7 (2): 111–120. ISSN 10724133.
6. O'Connor EA, Friel S, Kelleher CC. Fashion consciousness as a social influence on lifestyle behaviour in young Irish adults. *Health Promotion International*. 1997; 12 (2): 135–139. ISSN 09574824.

7. Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

8. Shea ME, Pritchard ME. Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and individual differences*. 2007; 42 (8): 1527–1537. ISSN 01918869.

9. Stice E, Whitenton K. Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation. *Developmental Psychology*. 2002; 38 (5): 669–678. ISSN 00121649.

10. Thomsen SR, McCoy JK, Williams M. Internalizing the Impossible: Anorexic Outpatients' Experiences With Women's Beauty and Fashion Magazines. *Eating Disorders*. 2001; 9 (1): 49–64. ISSN 10640266.

Poruchy příjmu potravy u pacientek se závislostí na návykových látkách – zajímavé kazuistiky Pecinovská O.

Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK

Autorka prezentuje zkušenosti z léčby pacientek se závislostí na návykových látkách a poruchou příjmu potravy.

Výskyt poruchy příjmu potravy je zejména u mladých pacientek přijímaných k ústavní léčbě pro závislost na alkoholu velmi častý. Rychlý rozvoj závislosti na alkoholu u těchto pacientek přikládáme psychopatologickým a behaviorálním mechanismům, vytvořeným během anorektického a bulimického období, kde abúzus alkoholu a jeho důsledky se stanou součástí bludného kruhu nemoci. Po přijetí do ústavní léčby dochází obvykle k dekompenzaci bulimie – jídlo se stává náhradní drogou, která umožňuje vyhnout se řešení problémů a která udržuje zmiňované psychopatologické a behaviorální mechanismy.

Naše zkušenosti ukazují, že pacientky s kombinací poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách mohou mít



srovnatelné výsledky léčby s pacientkami s čistou závislostí na návykových látkách, pokud je věnována pozornost včasné diagnostice a léčbě poruch příjmu potravy a pokud se podaří motivovat pacientku ke spolupráci v řešení obou problémů. Pokud naopak zůstává závažná porucha příjmu potravy skryta a neřešena, může vést k opakovaným recidivám abúzu návykových látek, k chronifikaci obou poruch a degradaci či úmrtím.

Kazuistiky pacientek, sledovaných po dobu dvou až dvaceti let, to názorně dokládají.

Léčba PPP jako psychosomatických onemocnění v souvislosti s rodinnými zdroji a rodinnými faktory vulnerability

Vlček Pelková L., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF a VFN Praha

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, psychosomatická onemocnění, zdravý osobnostní vývoj, emoční deficit, faktory rodinné resilience, faktory rodinné vulnerability.

Intenzivní léčba poruch příjmu potravy v Centru pro PPP je založena na terapeutické práci s jednotlivcem, byť v komunitním rámci. Autorky poukazují na důležitost zmapování rodinného či domácího prostředí, do kterého se pacient po léčbě vrací, zejména na vyhodnocení podpůrných faktorů a faktorů rodinné vulnerability. Následná terapeutická práce s obojím ovlivňuje trvalost a míru efektu léčby.

Intenzivní stacionární léčba poruch příjmu potravy u dospělých žen se odehrává převážně v rámci kognitivně-behaviorální terapie. Terapeutický tým s pacientkami pracuje na změně jídel-

ního režimu, změně náhledu na velikosti a složení jídelních porcí a zejména na změně významu jídla v jejich životě. V návaznosti na to nastupuje snaha terapeutů o převzetí zodpovědnosti za své zdraví a život pacientkou samotnou. K tomu pomáhají dynamicky a tematicky orientované terapeutické skupiny, individuální pohovory a další terapeutické postupy.

K tomu, aby pacientka mohla převzít plně kompetence dospělé ženy, však často musí též měnit, ať již hned nebo v časovém výhledu, dosavadní vztahové i jiné okolnosti ve svém prostředí nebo postoje k nim. V tom jí má pomáhat následná individuální péče. Je zásadní poznat, v jakém psychologickém vývojovém období se pacientka aktuálně nachází a jaké vývojové úkoly před ní stojí (separační a individuační problematika, partnerství, zakládání rodiny atd.), a zmapovat faktory využitelné pro úzdravu a faktory zvyšující vulnerabilitu pacientky. V takovém informačním rámci je terapeutická péče cílenější, účinnější, zvyšuje se možnost prevence relapsu onemocnění.

Nabízíme pro terapeutů různého zaměření model rodinných dispozičních sil, který představila J. Tóthová, zabývající se transgeneračním přenosem vzorců rodinného chování (Tóthová, 2011).

K faktorům v prezentovaném modelu uvedeme kazuistické příklady.

Podpořeno: Prvouk P03/LF1/9.

Literatura

1. Tóthová J. Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Praha, Portál, 2011.
2. Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha, Grada 2010.
3. Tress W, Krusse J, Ott J. Základní psychosomatická péče. Praha, Portál 2008.



Psychodynamicky myslet, KBT pracovat v léčbě mentální anorexie

Poněšický J.

Median Klinik Berggiesshübel, SRN

Psychoanalytický a psychodynamický postup psychoterapeutické léčby záleží mimo jiné v tom, že je v první řadě analyzován odpor, resp. obrany, jež brání přirozenému vývoji, tedy i uzdravení, ovšem zároveň je nutno vzít v úvahu jejich stabilizační funkci. Cílem je nahradit obrany a kompenzace slabého traumatizovaného „já-self“ sebevědomými kompetencemi. Teprve poté je vhodné se zabývat vytěsněnou a nevědomou příčinou anorexie. Autor bude demonstrovat, jak toho dosáhnout behaviorálním přístupem v systému terapeutické komunity počínaje zevní strukturací přes aktivaci vnitřních zdrojů až po zážitky vlastní sebepůsobnosti na oddělení pro léčbu PPP.

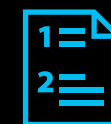
Klíčová slova: anorexie, psychodynamika, symptomatologie, KBT, obrana, odpor, struktura, terapeutická komunita.

Psychoanalytic and psychodynamic method during the therapy consists in beginning of analysis of resistances and defenses, such obstacles which do not allow natural development, resp. to get healthy, nevertheless it is necessary to take their stabilisation function in account. The aim is to replace those defenses and compensations of the weak and traumatised self with self-asserted competences. Only just now is suitable to occupy themselves with repressed and unconscious motives of anorexia. The author will demonstrate, how to achieve it with means of the behaviour therapy within the system of therapeutic community, starting with the establishing outside structure across the activation of inner resources until supporting experiences of self-effectiveness (agency).

Během koncipování a 10letého vedení oddělení pro „Poruchy příjmu potravy a hraniční poruchy osobnosti“ jsem dospěl (ve stručnosti) k následující psychodynamice anorexie: Na pozadí sexuálního, agresivního, narcistického či dokonce harmonického zneužívání dítěte k uspokojování vlastních potřeb se nevytvořilo dostatečně pevné a zároveň i flexibilní ohraničení vlastní osobnosti, tím i vytvoření vlastního self včetně sebepůsobnosti a tím i zkušeností s kontrolou meziosobních vztahů. To se projevuje jak slabostí jáských funkcí a sebevědomí (s častými suicidálními pokusy), tak i jejich kompenzací „železnou vůlí“ týkající se příjmu potravy a kontroly váhy s pocitem převahy nad lidmi, kteří musí pravidelně jíst. Existují jen dva extrémy: absolutní kontrola či její ztráta (a strach z ní v přenosu na jedení). Slabost a neohraničenost self je dále kompenzována sebezraňováním s pocitem sebeuvolnění při pohledu na tekoucí krev. Pro mnohé pacientky je anorexie náhražkou zdravého pocitu identity – „něco, čemu nikdo nerozumí a co mi nikdo nemůže vzít“.

Poněvadž jsem, coby sám psychoanalytik, pracoval převážně s KBT terapeutky, koncentrovali jsme se spojit psychodynamické porozumění s KBT praxí. V popředí šlo o vnímání deficitu sebeohraničení (např. v body-terapii) a nácvik reagování na narušení hranic osobnostní integrity. S tím souvisel i problém nucení do jídla a kontroly váhy, tj. motivace a pozitivní konotace regulace příjmu potravy, coby opravdové síly vlastní osobnosti vůči strachu ze ztráty sebekontroly, i zpozitivnění vztahu k vlastnímu tělu (fyzioterapie, arteterapie, pohybová terapie).

K tomu patří i specifický postoj terapeutů, charakterizovaný konsekventností, spravedlností a naprostou spolehlivostí, konkrétně právem pacientů se podílet na chodu terapeutického



režimu i terapeutické komunity a transparentnosti při týdenním komplexním bodovém hodnocení pokroku v terapii. Závěrem je diskutována kompatibilita a vzájemné obohacení mezi psychodynamickou a KBT terapií.

Service Effectiveness Evaluation of the Maudsley Intensive Day Programme for Adolescents with Restrictive Eating Disorders

Simic M.

Child and Adolescent Eating Disorders Service, South London & Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

Evidence for the effectiveness of day treatment programmes and their superiority in treatment outcomes compared to inpatient treatment for eating disorders is starting to emerge. The Intensive Day Treatment Programme (ITP) at the Maudsley Hospital was developed for young people who did not respond to outpatient treatment alone and needed an additional more intensive input. ITP was designed to focus on tackling the factors associated with the maintenance of restrictive eating disorders. Treatment consists of CBT, DBT, Cognitive Remediation Therapy and Multi Family Therapy based groups as well as supported meals and parents' skills coaching. We will present the content of the programme and its evaluation, together with outcomes for the 104 young people who have been discharged from the programme since its start in September 2010. Young people completed self-report measures on admission and discharge from the programme and participated in qualitative interviews to review their subjective experience of the programme. Initial analysis shows that 92 % of young people who commenced the

programme remained engaged, attended ITP for an average of 27 therapeutic days and gained a mean of 0.6kg per week. The percentage median BMI changed, on average, from 78 % to 83 % before they were transferred back to outpatient treatment to complete recovery. Only 17 % of these young people were admitted for inpatient treatment from ITP. Significant improvements were found on self-report measures of mood (MFQ), eating disorder symptomatology (EDE-Q), emotion regulation (DERS), self-esteem (RSE) and quality of life (EDQLS). Qualitative interviews with young people indicated high levels of patient satisfaction with the programme and improvements in family communication, alongside suggested areas for the programme's improvement. In addition predictors of good outcomes from the programme were analysed and will be presented.

Key words: Intensive Day Treatment Programme, Service Evaluation.

Začínají se objevovat důkazy o účinnosti programů denních stacionářů a lepších výsledků léčby v porovnání s ústavní léčbou u poruch příjmu potravy. Intenzivní program Day Treatment (ITP) v Maudsleyově nemocnici byl vyvinut pro mladé lidi, kteří nereagovali na samotnou ambulantní léčbu a potřebovali intenzivnější vstup. ITP byl navržen se zaměřením na řešení faktorů spojených s přetrváváním restriktivních poruch příjmu potravy. Léčba se skládá z KBT, DBT, kognitivní remediace a vícerodinné terapie, stejně jako z podpory při jídle a koučování dovedností rodičů. Budeme prezentovat obsah programu a jeho hodnocení, výsledky od 104 mladých lidí, kteří byli propuštěni z programu od jeho zahájení v září 2010. Mladí lidé hodnotili na sebehodnotících



škálách stav při vstupu a propuštění z programu a zúčastnili se kvalitativních rozhovorů, kde hodnotili své subjektivní zkušenosti z programu. Úvodní analýza ukazuje, že 92 % mladých lidí po zahájení v programu zůstalo, navštěvovali ITP v průměru 27 léčebných dnů a v průměru přibrali 0,6 kg za týden. Medián procentuálních změn BMI vzrostl ze 78 % na 83 % před převedením zpět na ambulantní léčbu. Pouze 17 % z těchto mladých lidí bylo z IPT přijato k hospitalizaci. Významné zlepšení bylo v hodnocení nálady (MFQ), symptomatiky poruchy příjmu potravy (EDE-Q), kontroly emocí (DERS), sebeúcty (RSE) a kvality života (EDQLS). Kvalitativní rozhovory s mladými lidmi ukázaly vysokou spokojenost pacientů s programem a zlepšení rodinné komunikace, s návrhy oblastí pro zlepšení programu. Dále budou prezentovány i analýzy prediktorů dobrých výsledků programu.

Klíčová slova: intenzivní denní program, posouzení účinnosti.

Hodnotenie lôžkovej liečby porúch príjmu potravy z perspektívy pacientiek

Somogyiová M., Heretik A. ml.

Univerzita Komenského Bratislava, Katedra psychológie

Ako odborníci sa snažíme poskytnúť pacientkam s ppp najlepšiu starostlivosť. Výskumy efektivity rôznych metód a techník pribúdajú, snaha odborníkov siahnuť po moderných, evidence-based stratégiách sa odzrkadľuje aj v preberaní zahraničných trendov a využívaní komplexných programov. Aký je výsledok tejto snahy v skutočnosti? Ako hodnotia túto snahu tí o ktorých sa jedná? Ako hodnotia liečbu pacientky s ppp?

Kľúčové slová: poruchy príjmu potravy, liečba, pohľad pacientiek.

As professionals we are trying to provide the best possible treatment for patients with eating disorders. Numbers of studies of treatment effect and techniques are raising. The effort to use modern, evidence-based strategies can be seen in implementing trend from abroad and new complex programmes. What is the result of this effort? How is this effort seen by the target group? How do eating disordered evaluate the treatment they are given?

Key words: Eating Disorders, treatment, perspective of the patients.

Liečba porúch príjmu potravy (ďalej ppp) na Slovensku je v súčasnej dobe zredukovaná na jedno existujúce lôžkové oddelenie špecializujúce sa na túto poruchu u dospelých, ktoré bude čitateľovi priblížené v nasledovných riadkoch. Psychosomatická klinika v Pezinku bola vyčlenená na liečbu reaktívnych stavov a neuróz v roku 1992. Vytvorenie špecializovaného programu pre liečbu ppp bolo v dôsledku rastúceho počtu pacientok s ppp. Tento program bol založený na odporúčaní Americkéj spoločnosti pre liečbu ppp a podľa vzoru jednotky špecializovanej starostlivosti pre ppp Psychiatrickej kliniky 1. LF UK v Prahe. Konkrétne postupy sú však prispôbované podmienkam klinickej praxe a individuálnym potrebám pacientok. Liečba je určená pre pacientky ktoré zlyhali pri ambulantnej liečbe, resp. ambulantná liečba v ich štádiu ochorenia nie je vhodná. Dĺžka liečby trvá štandardne 10 až 12 týždňov a štruktúra liečby obsahuje niekoľko zložiek: somatická liečba, realimentácia a stravovací režim, pohybový režim, režim oddelenia a terapeutická komunita, psychoterapia (skupinová, individuálna a rodinná), edukácia a farmakoterapia.



Primárnym cieľom liečby je nutričná rehabilitácia, vytvorenie normálneho stravovacieho režimu, normalizácia hmotnosti a odstránenie somatických a psychologických následkov hladovania. V širšom poňatí je snahou resenzitizovať telo v zmysle navodenia rovnováhy medzi pocitmi sýtosti a hladu, obnovenia vnímania chuti jedla a plnosti žalúdka s uspokojením, udržiavania zdravej telesnej hmotnosti. Almássyová (2010) taktiež poukazuje na cieľ liečby z hľadiska pacientiek – zredukovanie ovládavých myšlienok na jedlo. Komplexný prístup sa prejavuje v sústredení sa na rôzne oblasti – práca s rodinou umožňuje nápravu maladaptívnych zvykov v prostredí a intervencií týkajúcich sa zmien v primárnej rodine pacientky – cieľom je znížiť hyperprotektivitu a kritizovanie, napomôcť pochopeniu symptómov a vyzvať k spolupráci pri liečbe pacientky prostredníctvom poskytnutia opory a otvorenejšej komunikácie v rodine. Psychoterapia je cestou k osobnostnej zmene, prostredníctvom korekcie zážitkom, vytvárania nových vzťahových vzorcov, resenzitizácie emotivity a naučenia sa vyjadrovania svojich potrieb, či podpory reward systému. Edukácia a behaviorálne prvky sú obsiahnuté v režimovej liečbe a stravovaní, vytváraní nových návykov a kognitívnej korekcií.

Širšie informácie k vyššie uvedenému opisu režimu a špecializovanej starostlivosti v Psychiatrickej nemocnici Phillippa Pinela v Pezinku je k nájdeniu v publikácii od MUDr. Almássyovej (2010), ktorá sprostredkuje perspektívu odborníka v tejto problematike.

Ako súčasť dlhodobého výskumu online fóra pre ppp sme natrafili na problematiku liečby ppp a vzájomného nasmero-

vania účastníčok fóra k vyhľadaniu odbornej pomoci, čo nás viedlo k spomínanej inštitúcii, ktorú sme sa rozhodli preskúmať z pohľadu účastníčok fóra so skúsenosťou liečby ppp v Pezinku. Odborný pohľad nám hovorí že sa jedná o oddelenie s dobre prepracovaným programom a flexibilným prístupom k problematike ako aj pacientom. Zaujímalo nás teda aká je spätná väzba ľudí na snahu odborníkov.

15 tém týkajúcich sa liečby ppp a liečby v Pezinku bolo podrobených tématickej analýze, takisto aj s príspevkami, ktorých početnosť sa pri jednotlivých témach celkom líšila. Sústredili sme sa na obsahy, ktoré sa vynárajú, ktoré považovali účastníčky fóra za dôležité. K tomu aby sme mohli hovoriť o hodnotení oddelenia pacientkami, nesmieme vynechať ani ich očakávania a predstavu o liečbe, ich predstavu a motivovanosť, to čo si na ňu so sebou nesú. Potom môžeme uvažovať o tom v čom vnímajú že im liečba pomohla, kde vnímajú potenciál liečby a kde vnímajú limity. Jadrom príspevku budú výsledky z tématickej analýzy vo forme základných tém a z toho odvodené úvahy o problematike. Vníname možný priestor na diskusiu o možných zmenách v praxi.

Literatura

1. Almássyová G. Poruchy príjmu potravy, etiopatogenéza a princípy liečby. Slovenská psychiatrická spoločnosť, Bratislava, 2010.
2. Noordenbos G. Recovery from Eating Disorders. A guide for Clinicians and Their Clients, Wiley-Blackwell, 2013.
3. Paulinyová M. Prognostické faktory u pacientok s mentálnou anorexiou. Slovenská psychiatrická spoločnosť, Bratislava, 2013.
4. Papežová H. Poruchy príjmu potravy. Grada 2010.



Medicínské a etické úvahy v léčbě mentální anorexie (teoretické zamyšlení doplněné kazuistikou)

Stárková L.¹, Ticháčková A.²

¹Psychomed s. r. o. a PK FN Olomouc

²Psychiatrická klinika FN Olomouc

Mentální anorexie začíná nejčastěji v adolescenci, kdy sice rozvoj autonomie umožňuje dívce vyjadřovat se k léčbě, ovšem rozhodování o formě léčby je obvykle vázáno na postoj rodičů. V období starší adolescence a mladé dospělosti je vyslovení pro léčbu dobrovolnou nebo nedobrovolnou složitější, rozhodnutí o léčbě ovlivňuje řada faktorů a hospitalizace je často blokována či odkládána z etických důvodů. Cílem sdělení je poukázat na složitost problému, kdy v praxi váháme, za jakých okolností upřednostnit etickou a kdy medicínskou rovinu problému.

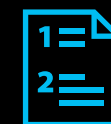
Klíčová slova: mentální anorexie, léčba, etické problémy.

Anorexia nervosa usually starts during adolescence when developing self- autonomy is under the decision making of the patient's parents in the question of the choice of treatment. It is much more difficult to decide about the the treatment without the consent around young adulthood. The psychiatrist's decision is affected and often blocked by ethical conflicts. The aim of the presentation is to open this complicated medico-ethical problem.

Key words: anorexia nervosa, treatment, ethical problems.

Počátky anorexie jsou často vleklé a egosyntonní charakteristika nemoci vede dívku k obhajobě nedostatečného příjmu potravy. Nejčastější počátek nemoci je v časně a střední adolescenci. Následují první kontakty s psychiatrickou ambulancí a léčba se zdá nadějnou, pokud se aspoň částečně podaří navá-

zat terapeutický vztah. Vše ale jen do té chvíle, než je očekávána změna váhy. Přichází první hospitalizace, většinou se souhlasem, neboť dívka rozhodnutí rodičů zatím respektuje. Její souhlas s léčbou není v tomto okamžiku zásadní. Včasná léčba může zabránit vzniku těžkých somatických komplikací. I když jsou etická dilemata v pedopsychiatrii často velmi komplikovaná, neboť do procesu léčby vstupují kromě pacientky další osoby, rozhodnutí o záchraně zdraví je prioritou. Naše rozhodování je vedeno dvěma základními etickými principy – prospěšností léčby a zájmem nepoškodit pacientku odkládáním léčby. Následná ambulantní léčba (po propuštění z psychiatrického oddělení) se aspoň přechodně obvykle daří, často působí negativní motivace pro léčbu (obava z rehospitalizace). V době starší adolescence, kdy dívka začíná sama o sobě více rozhodovat, stává se rozhodování o charakteru léčby, především o nedobrovolné léčbě, mnohem složitější. Lékař se smíruje s tím, že hospitalizace, pokud se neuskuteční do zletilosti, neproběhne pravděpodobně vůbec. Po dovršení zletilosti začínáme u pacientky mnohem víc respektovat další etický princip – princip autonomie (právo na vlastní rozhodnutí o léčbě). O dalším postupu tedy více rozhodují naše úvahy v etické rovině. Přinese hospitalizace prospěch? Nepoškodí rozhodnutí pro nedobrovolnou léčbu další život pacientky a její spolupráci? Bude s léčbou souhlasit? Jaký bude další krok, když léčbu odmítne? Zatímco první dvě etické zásady (prospěšnost léčby a nepoškození pacienta léčbou) byly v medicíně dlouhodobě uznávané, právo na vlastní rozhodnutí v otázce léčby začalo být uplatňováno mnohem později. Základní etické principy jsou neustále zhodnocovány a lékař řeší dilema při každém setkání. Někteří zahraniční autoři zdůrazňují, že pacientky



s těžkým obrazem mentální anorexie se spíše jeví dostatečně kompetentní pro odmítnutí léčby, než reálně ve skutečnosti kompetentní jsou. Upřednostnění etického principu může někdy zvítězit nad medicínským rozhodnutím – otázkou zůstává, kdy je to dobře a kdy ne. Složitost vývoje našeho rozhodování, kdy neustále balancujeme mezi medicínským a etickým, doložíme v kazuistice. Chceme rovněž poukázat na fakt, že mnohdy nejsou ani lékaři jiných somatických oborů připraveni rozumět této duševní nemoci a jejímu řešení. Tápání v rovině medicínsko-eticko-právní může také ovlivnit volbu jejich postoje a míru empatie. Přestože jsme svědky rostoucího významu etických principů v medicíně, naše kazuistika dokumentuje, že zachránit život může jen včasné medicínské rozhodnutí a adekvátní léčba.

Literatura

1. Goldsmith M, Shashank VJ. Ethical Considerations in Child and Adolescent Psychiatry. FOCUS, 2012; 10 (3): 315–320.
2. Andersen AE. Ethical Conflicts in the Care of Anorexia Nervosa Patients. Eat. Dis. Review, 2008; 19: 2.
3. Turrell SH, Peterson-Badali M, Katzman DK. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. Int.J. Eat.Dis. 2011; 44 (8): 703–707.

Somatické důsledky mentální anorexie s počátkem v dětství a adolescenci – význam včasné léčby

Stárková L., Zapletalová J.

Psychomed s.r.o. a PK FN Olomouc, DKFN Olomouc

Cílem sdělení je informovat o dlouhodobých a někdy ireverzibilních somatických důsledcích mentální anorexie v dětství a adolescenci. V důležitém období puberty může nemoc způsobit

těžké změny v ose HPG s celou řadou dalších důsledků v organizmu. Uvedeme přehled základních klinických a biochemických nálezů z pohledu jejich důležitosti pro život a zdraví pacientky a zdůrazníme význam včasné léčby.

Klíčová slova: mentální anorexie, dětství a dospívání, somatické důsledky.

The aim of this presentation is to inform about longterm and danger consequences of anorexia nervosa in childhood and adolescence. The insufficiency of daily calorie intake can cause serious hormonal changes in HPA with other physical consequences. We will show the list of basic clinical and biochemical findings from the view of their importance on patient's life and health and we want to underline the rationale of early treatment.

Key words: anorexia nervosa, childhood and adolescence, physical consequences.

Mentální anorexie s počátkem v dětství a adolescenci má převážně podobu restriktivní, což znamená vědomé hladovění a rigidní příjem minimálního množství potravy, které nestačí pokrýt běžnou denní energetickou potřebu. Dlouhodobé nebo i trvalé změny mohou negativně ovlivnit budoucí reprodukční schopnosti ženy, stejně jako tvorbu kostní tkáně, změny v thyreoidálních funkcích a poruchy kardiovaskulární. Vyšetření, které pediatr orientuje na běžný laboratorní screening, nemusí odhalit žádné závažné změny ve funkci jater nebo ledvin. Častým nálezem bývá snížená hladina T3, což souvisí s hladověním, obvykle při normálních hodnotách T4 a TSH. Tyto změny jsou vnímány jako klasický obraz váhového úbytku a nevyžadují hormonální substituci, nýbrž zvýšení kalorického příjmu a zlepšení hmot-



nosti. Jiným častým nálezem je hypercholesterolemie, která je rovněž důkazem dlouhodobého hubnutí, stejně jako hyperkortizolemie. Všechny uvedené změny (změny v thyreoidní funkci, hypercholesterolemie a hyperkortizolemie) se obvykle normalizují v průběhu léčby v souvislosti se zvýšením hmotnosti. Sledování hormonální maturace (sonografické vyšetření velikosti dělohy a zrání ovariální funkce) bylo dříve doporučováno jako jeden z markerů prognostického významu. Dnes má podobný prognostický význam spontánní návrat menstruačního cyklu, který dokumentuje zlepšení funkce HPG osy. Kardiovaskulární změny se mohou vyskytovat v souvislosti s nemocí také, ale naštěstí nemají tak dramatické důsledky jako u dospělých. Ortostatické změny se objevují v důsledku dehydratace, autonomní dysregulace a atrofie periferních svalů, přičemž důsledkem je snížený venózní návrat krve do srdce. Ortostatická úprava bývá považována za indikátor celkového somatického zlepšení a stability stavu. Echokardiografické vyšetření může u adolescentek s anorexií zachytit redukci svaloviny levé komory nebo snížení srdečního výkonu. Tyto nálezy se mohou objevit v souvislosti s těžkou malnutricí a normalizují se po zlepšení hmotnosti. V poslední době věnují zahraniční autoři pozornost kognitivním změnám (snížení koncentrace, paměti a myšlenkových procesů), které se mohou v průběhu mentální anorexie objevit. Jsou analyzovány možné souvislosti s poruchou autistického spektra a jsou činěny pokusy o zlepšení stavu pomocí nových přístupů (např. kognitivní remediací). V době vývojového zrání organismu můžeme včasnou léčbou mentální anorexie zabránit nevratným somatickým důsledkům, které by zásadním způsobem ovlivnily fungování dívky v dospělosti.

Literatura

1. Lask B, Bryant-Waugh R. Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Fourth edition. Routledge, London and New York, 2013: 368 p.
2. Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U. Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? Eur. Eat. Disord. 2011; 19: 462–474.

Vliv střevní mikrobioty na nervový systém a chování Tlaskalová-Hogenová H., Štěpánková R., Hudcovic T., Kverka M.

Mikrobiologický ústav, Akademie věd ČR, Praha

Moderní molekulárně-biologické analýzy ukázaly, že většina tělních povrchů je osídlena obrovským kvantem mikroorganismů, které představují tzv. mikrobiom (mikrobiota). Současně s analýzou složení mikrobioty na genové úrovni probíhají i analýzy jejích funkcí. Mikrobiota zasahuje výrazně do mnoha fyziologických (metabolických a imunologických) procesů a výrazně ovlivňuje i funkce nervového systému.

Klíčová slova: mikrobiom, střevo, psychické poruchy, gnotobiologie, modely lidských chorob.

The influence of microbiota on the nervous system and behaviour

Modern molecular biological analyses have shown that the majority of the body surface is populated by a huge quantum of microorganisms, which are collectively called microbiome (microbiota). Simultaneously with the analysis of microbiota composition at gene level the analysis of their functions extends. Microbiota influence substantially many physiological (metabolic



and immunological) processes and significantly affects the function of the nervous system.

Key words: microbiome, gut, mental disorders, gnotobiology, models of human diseases.

Jedním z fyziologicky nejdůležitějších oddílů organismu vystavených každodenní stimulaci antigeny a noxami vnějšího prostředí jsou epitelem kryté povrchy. Většina našich tělních povrchů (kůže, sliznice) je osídlena obrovským kvantem mikroorganismů, které představují tzv. normální mikrobiotu (dříve mikroflóra). Moderní molekulárně biologické přístupy ukázaly, že mikrobiota (lidský mikrobiom) obsahuje 10^{14} bakteriálních buněk, tj. 10× více než buněk, které tvoří naše tělo, kromě toho obsahuje viry, plísňe a parazity. Největší množství mikroorganismů obsahuje zažívací trakt: ústní dutina – jazyk, zuby a parodont jsou domovem řady bakterií, zdaleka největší množství bakterií (více než 99 %!) však žije v tlustém střevě (1 012 v g obsahu). Naše mikrobiota představuje komplexní ekosystém s ohromnou diverzitou: střevní mikrobiota se skládá z více než 1 000 bakteriálních druhů a mnoha tisíc bakteriálních kmenů, z nichž většina se nedá běžnými mikrobiologickými metodami kultivovat, počet genů našeho mikrobiomu převyšuje 150× počet genů v lidském genomu.

Zjistilo se, že společenství mikroorganismů se s námi neoddělitelně vyvíjí v závislosti na prostředí a způsobu výživy. Každý z nás má velice jedinečné složení mikrobioty (tzn. že se individuálně složením naší mikrobioty výrazně lišíme), dále že složení dominantních bakteriálních populací se vyvíjí během prvních 2–3 let života a zůstává stabilní až do pozdního věku.

Nejcitlivějším obdobím pro ovlivnění vývoje jedince mikrobiotou je doba po narození, kdy dochází k postupnému osidlování jeho slizničních i kožních povrchů. Kromě dlouho známé úlohy střevních bakterií ve výživě bylo zjištěno, že komenzální bakterie hrají velkou úlohu v mnoha fyziologických procesech a že mikrobiota zasahuje výrazně do vývoje funkcí nervového systému a ovlivňuje i chování. Narůstající kvanta experimentálních dat i klinických pozorování z poslední doby potvrzují existenci osy „mikrobiom – střevo – mozek“. Komenzální organizmy hrají výraznou úlohu ve dvoustranné komunikaci mezi zažívacím traktem a centrálním nervovým systémem. Střevo a mozek využívá k udržení rovnováhy organismu několika komunikačních cest, mezi které patří nervové stimulace a imunologické i přímé metabolické interakce (Stilling et al., 2014).

Poruchy ve vývoji mikrobioty mají vliv na vývoj nervového systému a mohou vést k poruše mentálních funkcí v dalším životě. Analýza složení střevní mikrobioty moderními metodami prokázala změny, ke kterým dochází u pacientů s psychickými poruchami (Tlaskalová-Hogenová et al., 2011). Zvířecí modely lidských chorob pomáhají osvětlit etiologii a patogenezi některých chorobných stavů. Při studiu biologického významu mikrobioty a důsledků bakteriální kolonizace jsou nepostradatelným metodickým nástrojem gnotobiotické modely experimentálních zvířat. Výsledky experimentálních studií ukázaly klíčovou roli střeva a střevního mikrobiomu v životě a zdraví a otevřely nové možnosti preventivních a terapeutických postupů.

Podpořeno projektem IGA Ministerstva zdravotnictví České republiky NT – 13483.



Literatura

1. Tlaskalová-Hogenová H, et al. Gut microbiota (commensal bacteria) and mucosal barrier in pathogenesis of inflammatory, autoimmune diseases and cancer: Contribution of germ-free and gnotobiotic models of human diseases. *Cellular and Molecular Immunology* 2011; 8: 110–120,
2. Stilling RM, et al. Microbial genes, brain and behaviour – epigenetic regulation of the gut – brain axis. *Genes, Brain and Behavior* 2014; 13: 69–86.

Terapeutické bydlení pro ženy s poruchami příjmu potravy – Program Power2be

Toman E.

Program Power2be Bethanien, Švýcarsko

Nabídka Power2be Bethanien

Power2be Bethanien nabízí ženám od 18 let (výjimečně i mladším) dočasný domov. Mnoho prostoru, příroda, různé nabídky volnočasových aktivit a zároveň možnosti profesionálního terapeutického doprovázení zprostředkují mladým ženám pozitivní prožitky v bezpečném prostředí. Víme, že úzdrava je u poruch příjmu potravy možná a šance na ni vzrůstá spolu s možností času, klidu, porozumění a odborné kvalifikované podpory. Naším hlavním cílem je mladým ženám vedle zdravého jídelního chování zprostředkovat i nový životní pocit a podpořit je v hledání a definování jejich osobního životního smyslu.

Klíčová slova: ženy s poruchou příjmu potravy, dočasný domov, osobní životní smysl.

Zvláště oslovujeme ty, které přes den tzv. „dobře fungují“, studují ve škole nebo chodí do zaměstnání, ale ve volném čase potřebují intenzivní podporu v boji proti nemoci.

Po intenzivním dni ve škole nebo v práci se tak ženy vrací na své bezpečné místo. Power2be Bethanien nabízí vedle přenocování a volnočasového programu profesionálně vedené skupiny – např. pohybové terapie, skupinové terapie. Možnost výměny zkušeností s ostatními a zážitky porozumění a podpory akcelerují léčebný proces. Mezi 16. hodinou večerní a 9. hodinou ranní je Power2be Bethanien pod dohledem (?). O víkendu jsou možnosti společného programu. **Tým:** Dr. Erika Toman, vedoucí terapie Power2be Bethanien:

Psycholožka a psychoterapeutka vede ambulantní, multidisciplinární Centrum pro poruchy příjmu potravy a obezitu v Curychu, je prezidentkou expertní skupiny pro poruchy příjmu potravy ve Švýcarsku a je autorkou několika knih. Dále je docentkou na EHT a na universitě v Curychu. Je vedoucí terapeutkou „Power2be Bethanien“.

Eva Naroska, vedoucí ubytování Power2be Bethanien:

Léčebná pedagožka má zkušenost z různých oblastí práce s dětmi a mladistvými. Mimo jiné pracovala v letech 2006–2013 v intenzivní skupině pro mládež s omezenými možnostmi učení z důvodu psychického onemocnění nebo poruch chování. V posledních letech převzala vedení tohoto projektu. V r. 2010 absolvovala Eva Naroska CAS pro systémovou sociální pedagogiku na FH St. Gallen.

Trvání pobytu: Dle indikace nabízí Power2be Bethanien pobyty v délce 3 týdnů až 12 měsíců.

Das Angebot von Power2be Bethanien

Power2be Bethanien bietet Frauen ab 18 Jahren (in Ausnahmefällen auch jünger) ein Zuhause auf Zeit. Viel Raum, Natur und verschiedene Freizeitangebote sowie eine professionelle Begleitung mit Therapiemöglichkeiten vermitteln den jungen Frauen positive Erlebnisse in Geborgenheit und Sicherheit. Wir wissen, dass eine Heilung bei Essstörung möglich ist und deren Chance wächst, wenn



den Betroffenen Zeit, Ruhe, Verständnis und fachlich qualifizierte Unterstützung entgegengebracht wird. Unser Hauptfokus liegt darauf, den jungen Frauen nebst einem gesunden Essverhalten ein neues Lebensgefühl zu vermitteln und sie in der Definition ihres persönlichen Lebenssinnes zu unterstützen.

Besonders angesprochen sind Betroffene, die tagsüber noch «funktionieren», in der Schule oder im Beruf gut weiter kommen, aber in ihrer freien Zeit intensive Unterstützung im Kampf gegen die Krankheit wollen.

Nach einem intensiven Tag in der Schule oder im Berufsalltag ziehen die Frauen sich an ihren sicheren Ort zurück. Power2be Bethanien bietet nebst Übernachtung und Freizeitprogramm, geführte therapeutische Angebote wie Bewegungs- und Gruppentherapien an. Der Austausch mit anderen Betroffenen und das Erfahren von Verständnis und Unterstützung fördern den Heilungsprozess. Zwischen 16.00 Uhr abends und 9.00 Uhr morgens ist Power2be Bethanien betreut. Am Wochenende werden gemeinsame Unternehmungen angeboten.

Das Team: Dr. Erika Toman, Leitung Therapie Power2be Bethanien: Die Fachpsychologin für Psychotherapie FSP leitet das ambulante, multidisziplinäre KompetenzZentrum für Essstörungen und Adipositas in Zürich, ist Präsidentin des Expertennetzwerks Essstörungen Schweiz sowie Buchautorin. Des Weiteren ist sie Dozentin an der ETH und der Universität Zürich. Erika Toman ist die therapeutische Leitung von „Power2be Bethanien“.

Eva Naroska, Leitung Wohnen Power2be Bethanien:

Die ausgebildete Heilpädagogin hat Erfahrung in verschiedenen Bereichen der Kinder – und Jugendarbeit. Unter anderem arbeitete sie von 2006–2013 auf einer Intensivgruppe für lern-

behinderte Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung und Verhaltensauffälligkeiten. Die letzten eineinhalb Jahre übernahm sie die stellvertretende Leitung dieses Projektes. 2010 absolvierte Eva Naroska das CAS für Systemorientierte Sozialpädagogik an der FH St. Gallen.

Behandlungsdauer: Je nach Indikation bietet Power2be Bethanien Aufenthalte ab Drei Wochen bis zu 12 Monaten an.

Kognitivní remediace a Emočně soustředěný trénink (Cognitive remediation and CREST for hospitalized patients with anorexia nervosa)

Toutonghi J.

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN, Praha

Kognitivní remediace je behaviorální léčba, založená na nácviku kompenzačních a adaptivních strategií s cílem zlepšit cílové kognitivní oblasti, jako je paměť, pozornost a řešení problémů. U anorexia nervosa se jedná především o tzv. set-shifting a slabou centrální koherenci.

Emočně soustředěný trénink (CREST) se u mentální anorexie zaměřuje na zlepšení meta-emočních schopností, cílem je vytvořit emoční slovní zásobu, rozpoznat emoce v sobě a druhých, pochopit, co tyto emoce mohou signalizovat, pomáhat v rozvoji adaptivních a sociálních dovedností a aktivní modifikace negativních afektivních stavů. Autorka představí předběžné výsledky kvalitativní studie.

Podpořeno: Prvouk P03/LF1/9.

Literatura

1. Brockmeyer T, Holtforth MB, Bents H, Herzog W, Friederich H. Lower body weight is associated with less negative emotions in sad autobiographical memories of patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 210: 548–552.



2. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T. Emotion Regulation skills as treatment target in psychotherapy. Behavior Research and Therapy, 46: 1230–1237.

Léčba poruch příjmu potravy na denním stacionáři pro děti a adolescenty VFN

Uhlíková P., Arlethová P., Duksová I.
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty
a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

V roce 1999 byl na Psychiatrické klinice 1. LF a VFN založen Denní stacionář pro adolescenty, určený pro pacienty od 14 do 23 let. V roce 2001 se stal součástí Centra dorostové a vývojové psychiatrie a časem se změnil také charakter zařízení – dnes je skutečně stacionářem se všemi výhodami i nevýhodami.

K největším výhodám patří komunitní systém péče a celodenní kontakt pacientů s ošetřujícím personálem, umožňující poznat i drobné odchylky v chování pacientů, které mohou v běžné ambulantní péči ztěžovat diagnózu i léčbu psychického onemocnění. Zároveň je zachován kontakt s rodinou a sociálním zázemím pacienta. Jasnou nevýhodou je možnost pacientů uniknout z režimu a vyhybat se docházce, což je někdy důvodem pro změnu doporučení na léčbu formou hospitalizace a teprve po nastavení medikace a režimu je možná docházka do stacionáře. Režim stacionáře také vyžaduje téměř denní kontakt s rodiči, a protože umožňuje pacientům podstatně větší prostor pro manipulaci, klade na personál výrazně vyšší nároky při důsledném dodržování pravidel terapie. Jedním z mnoha důvodů je také smíšená skupina pacientů s různými diagnózami včetně poruch příjmu potravy, proto naši pacienti musí bez výjimky

dodržovat shodný jídelní režim, všichni v rámci programu společně svačí a obědvají. Při přijetí se často setkáváme u rodičů s obhajováním zcela nevhodného jídelního režimu jejich dětí, proto edukace o pravidlech a snaha o navození přijatelného režimu jídla a spánku patří ke standardní části terapie u všech našich pacientů.

Podle dlouhodobé statistiky tvořily poruchy příjmu potravy asi jednu čtvrtinu všech diagnóz a polovinu diagnóz u dívek, které docházely do stacionáře. Od založení Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, které s námi sousedí a úzce spolupracuje, je většina pacientů s uvedenými diagnózami léčena v tomto Centru, na našem pracovišti zůstávají pacienti mladší nebo ti, kterým nebyl doporučen ihned nástup do programu pro poruchy příjmu potravy, například pro malou motivovanost nebo převažující komorbidní projevy. Důvodem může být i potřeba pokračovat ve školní docházce, stacionář pro adolescenty má k dispozici třídu Základní školy při VFN.

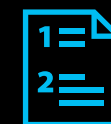
Poměrně často se v rámci docházky do stacionáře u pacientů objeví symptomy poruchy příjmu potravy, které nebyly důvodem pro vyhledání lékařské péče, ale jsou zcela zřejmé až při společných aktivitách v rámci programu stacionáře.

Podpořeno Prvrouk P03/LF1/9.

„Best practice“ v léčbě poruch příjmu potravy na klinice Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee **Žuchová S.**

Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Německo

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychiatrická onemocnění se závažnými duševními, tělesnými, sociálními a ekonomickými



důsledky. Možnosti jejich léčby však zůstávají omezené. V našem příspěvku popisujeme interdisciplinární terapeutický koncept, který se využívá na jedné z největších klinik pro léčbu poruch příjmu potravy v Německu, Schön Klinik Roseneck v bavorském Prienu am Chiemsee. Koncept léčby vychází z kognitivně-behaviorální terapie a pozůstává ze společného stravování v komunitě pacientů s terapeutickým doprovodem, vedení jídelních protokolů, expozic a týdenního stanovování cílů, sledování váhy, individuální a skupinové terapie, práce s tělem, cvičné kuchyňky a pohybové a fyzikální terapie.

„Best practice“ in eating disorders therapy in Schön Klinik Roseneck in Bavarian Prien am Chiemsee

Eating disorders are a serious mental illness with long-lasting psychological, somatic, social and economic consequences. However, the therapeutic possibilities remain limited. The aim of this talk is to introduce the therapeutic concept used in the largest German hospital for treatment of eating disorders, Schön Klinik Roseneck in Bavarian Prien am Chiemsee. It is a multimodal, cognitive-behavioral therapy program consisting of groupdining with therapeutic assistance, eating protocols, expositions and formulating of weekly goals, weight monitoring, individual and group psychotherapy, body-oriented therapies, group food preparation, and sport and physical therapy.

POSTERY (POSTER PRESENTATIONS)

1. Zkušenosti s pilotním programem pro dospělé pacienty s ADHD, komorbidita ADHD a poruch příjmu potravy

Štěpánková T.¹, Papežová H.¹, Hanušová J.^{1,2}

¹Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Pražské centrum primární prevence

Ve sdělení prezentujeme souhrn výsledků ze specializovaných psychologických a psychiatrických vyšetření, zaměřených na přítomnost dospělé formy ADHD u sledovaných pacientů. Dále shrnujeme zkušenosti z pilotního a druhého běhu podpůrných skupinových setkání pro dospělé pacienty s ADHD na našem pracovišti. V zahraniční odborné literatuře je téma ADHD u dospělých, nejméně v posledním desetiletí, běžné, včetně tématu částých psychiatrických komorbidit. Mezi ty, v různé míře zastoupení, patří i jednotlivé subtypy poruch příjmu potravy. Prezentované klinické zkušenosti tvoří základ pro individualizovaný diagnostický a terapeutický přístup k pacientům s komorbiditou ADHD a PPP.

Klíčová slova: ADHD, diagnostika, komorbidita, podpůrný skupinový program, poruchy příjmu potravy.

Support program for adult ADHD patients – a pilot study. ADHD and ED Comorbidity

Poster overviews clinical experience gained from ADHD assessments and support group sessions for adult ADHD patients. It represents the base for an individually tailored diagnostic and therapeutic approach to patients with ADHD and ED comorbidity.



Key words: ADHD, Attention deficit/hyperactivity disorder, Adults, Diagnostic, Eating disorders, Support group program.

Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti (dle DSM-5: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, dále v textu jen ADHD) byla dlouho považována za onemocnění dětského věku (v dětském věku podle odhadů prevalence 3–5 %), předpokládalo se, že jeho symptomy s věkem odeznívají. Výsledky výzkumů ze sedmdesátých let (5), realizovaných formou kontrolovaných prospektivních a retrospektivních studií a zkušenosti z klinické praxe, přispěly ke zjištění, že syndrom hyperaktivity není omezen pouze na dětskou populaci. Symptomy ADHD v 80 % přetrvávají do adolescence a až 60 % adolescentů má potíže související s ADHD i v dospělosti (4). Klinický obraz ADHD v dospělosti se liší od projevů v dětském věku, což vyplývá i z definice ADHD jako neurovývojové poruchy (1).

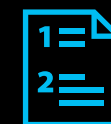
Dospělí s ADHD, kteří nejsou diagnostikováni v dětství, mohou být poprvé diagnostikováni po zjištění poruchy u svých dětí. Zatímco hyperaktivita má tendenci slábnout, mnoho příznaků poruchy pozornosti a nebo impulzivity může přetrvat do dospělosti. Například neklid, problémy s organizováním vlastního času, impulzivní chování a sociální problémy.

V jednotlivých zemích Evropy jsou k dispozici pouze omezená data související s léčbou ADHD u dospělých. Matheson et al. 2012 zkoumali přístup dospělých s ADHD k diagnostickým a terapeutickým postupům ve srovnání s pacienty diagnostikovanými v dětství. Poukazují na skutečnost, že získání diagnózy ADHD a přístup k odborným službám v dospělosti je „těžkým bojem“, často v důsledku negativních a skeptických postojů

k ADHD ve zdravotnictví. Dle autorů se řada pacientů potýkala několik let s diagnózami deprese a úzkosti a s následným zhoršením funkčního poškození. Nediagnostikovaná a neléčená ADHD vedla ke značnému poškození a chronickému pocitu selhávání. Autoři poukazují na dopady velmi nízké dostupnosti péče o tyto pacienty.

O podobných zkušenostech, především nízké dostupnosti diagnostických a terapeutických postupů, referují při specializovaném vyšetření i pacienti mající zájem o pilotní program pro dospělé s ADHD realizovaný na našem pracovišti. Jeho vznik byl mimo jiné inspirován výzkumem komorbidního onemocnění ADHD a poruch příjmu potravy.

Podpůrný program pro dospělé pacienty s ADHD jsme zahájili v říjnu 2013. První oznámení vyšlo v odborném článku ve Zdravotnických novinách, poté na webových stránkách www.nepozorni.cz, které byly spuštěny 1. 12. 2013. Zde si pacienti mohou ověřit své obtíže pomocí screeningového dotazníku ASRS (Adult ADHD Self-report scale. Adler, L., Kessler, R., Spencer, T.) a zjistit, zda splňují jednoduchá diagnostická kritéria. Elektronizací dotazníku BAARS-IV jsme umožnili také posouzení pacienta blízkou osobou. Tento postup je doporučován pro zpřesnění diagnózy. Postupně jsme vytvořili diagnostickou testovou baterii a nabídli podpůrnou skupinu. V rámci projektu jsme vytvořili metodické a informační materiály: webové stránky, brožuru pro dospělé s ADHD a dokumentární film, který je možné v rámci konference shlédnout ve videokavárně. Od počátku spuštění programu se setkáváme s velkým zájmem pacientů o podpůrný skupinový program i odborné informace o ADHD v dospělosti.



Psychiatrická komorbidita je u pacientů s ADHD častá. Mezi komorbidní onemocnění patří i poruchy příjmu potravy. Výsledky průběžného epidemiologického šetření výskytu ADHD mezi pacienty s PPP na našem pracovišti jsou referovány v dalším sdělení. (Štěpánková T., Uhlíková P., Papežová H.: Epidemiologie ADHD u patientek s poruchou příjmu potravy léčených v Centru pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha) a tvoří základ pro individualizovaný diagnostický a terapeutický přístup k pacientům s komorbiditou ADHD a PPP.

Podpořeno: Prvrouk P03/LF1/9 a P26/LF1/9.

Literatura

1. Cahová P, Pejčochová J, Ošlejšková H. Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurológia pre prax*, Solen 2010; 11(6): 367–371.
2. Matheson LP, Asherson I, Wong P, Hodgkins J, Setyawan R, Sasane S. Clifford: Adult ADHD patients' experiences of impairment, accessing services and treatment management – a qualitative study in England. 20th European Congress of Psychiatry, abstract on CD-ROM, 2012; 27(Suppl 1): P-876.
3. Štěpánková T, Papežová H, Uhlíková P, Ptáček R. Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy, *Čes a slov Psychiat* 2013; 109(3): 233–243.
4. Uhlíková P In Papežová H, et al. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha, Grada, 2010: 143–145.
5. Weiss G, Hechtman LT. Hyperactive children grown up, Second Edition, New York, The Guilford Press, 1993:

Forma prezentace: Poster.

2. Epidemiologie ADHD u pacientů s poruchou příjmu potravy

Štěpánková T.¹, Uhlíková P.², Papežová H.¹

¹**Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy**

²**Centrum dorostové a vývojové psychiatrie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha)**

Psychiatrická komorbidita je u osob s ADHD častá (60–70%). V posledním desetiletí jsou především u žen zkoumanou komorbiditou poruchy příjmu potravy. Studie sledují některé společné znaky poruch příjmu potravy s ADHD. U mentální bulimie například shodné osobnostní rysy nebo společné genetické komponenty (1). Ve sdělení shrnujeme data z probíhajícího výzkumu výskytu komorbidní ADHD u patientek léčených pro poruchu příjmu potravy na našem pracovišti. Data první, screeningové fáze, k lednu 2015 N = 113, jsme získali pomocí dotazníků BAARS – IV (2) a EDQ. V druhé fázi podstoupí detekování pacienti strukturované interview (DIVA 2) a test IVA plus. Současně probíhá sběr dat kontrolní skupiny, k lednu 2015 N = 50. Pro pacienty s komorbidním ADHD a PPP připravujeme specializovaný terapeutický program. Jeho proveditelnost a akceptaci testujeme na pilotní skupině pacientů s ADHD.

Klíčová slova: ADHD, diagnostika, dospělí, hyperkinetická porucha, impulzivita, porucha pozornosti, poruchy příjmu potravy.

From June 2011 we have been carrying out an ongoing study of co-morbid ADHD in patients with ED. By January 2015, 113 patients were enrolled in the study. All of them met ICD-10 criteria for ED and were treated at the Day Care Center or hospitalized at the Center for Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. We are presenting preliminary results obtained by the use of Barkley Adult ADHD Rating Scale –IV (BAARS –IV) and Eating Disorder Questionnaire (EDQ).



For detected patients, whose suspected diagnose of ADHD will be confirm by diagnostic interview (DIVA 2) and Integrated Visual and Auditory test (IVA Plus), we can offer specialized treatment program (including support group sessions, cognitive remediation and CBT techniques), which is now being tested for its feasibility and acceptance on a pilot group of ADHD patients.

Key words: ADHD, attention deficit/hyperactivity disorder, adults, diagnostic, eating disorders, impulsivity.

Dle WHO studie prevalence, na vzorku 12 413 pacientů ze 13 států, se u 6 % pacientů s celoživotní diagnózou ADHD, vyskytuje v anamnéze také mentální bulimie. A naopak, 15 % respondentů s celoživotní diagnózou mentální bulimie uvádí v anamnéze přítomnost ADHD. ADHD je často opomíjenou diagnózou, především u dětí a dospělých s vysokou inteligencí a také u dívek a žen. Proto vyvstává potřeba speciálních diagnostických postupů, které zohlední specifické projevy ADHD včetně kompenzačních mechanismů a častých komorbidit. Diagnostický proces u komorbidního ADHD činí nároky na čas a zkušenost klinika, nezbytná je podrobná anamnéza i heteroanamnéza, vyšetření kognitivních funkcí a psychiatrické vyšetření. Žádný z dostupných neuropsychologických testů není schopen přítomnost ADHD jednoznačně potvrdit či vyvrátit. Nutný je individuální přístup a volba odpovídajících diagnostických metod. Také terapeutické přístupy musí odrážet specifickou manifestaci základního i sekundárního onemocnění. Pro dospělé pacienty s ADHD jsou doporučeny modifikované postupy kognitivně-behaviorální terapie, s ověřenou účinností u dětských a dospívajících pacientů a dále programy zaměřené na kognitivní trénink, poradenství (partnerské, manželské, rodičovské) a podporu při behaviorálních změnách.

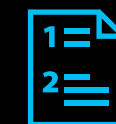
Ve sdělení shrnujeme výsledky průběžného epidemiologického šetření výskytu ADHD mezi pacienty léčenými pro poruchu příjmu potravy na našem pracovišti. Výzkum jsme zahájili v červnu 2011, první skriningovou fází, za použití dotazníku BAARS – IV (Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV) a dotazníku EDQ (Eating Disorder Questionnaire). K lednu 2015 bylo do studie zařazeno 113 pacientů, 3 muži a 110 žen. Současně probíhá sběr dat u kontrolní skupiny. V druhé, navazující etapě výzkumu, je identifikovaným pacientům nabídnuto specializované psychologické vyšetření zaměřené na ověření diagnózy ADHD pomocí strukturovaného interview Diva 2 a vizuo-auditivního testu Iva Plus, v indikovaných případech také psychiatrické vyšetření. Navazující individualizovaná komplexní péče zohlední zmapované oblasti potíží v psychologickém i farmakoterapeutickém přístupu.

Podpořeno: Prvouk P03/LF1/9 a P26/LF1/9.

Literatura

1. Ioannidis K, Serfontein J, Müller U. Bulimia Nervosa Patient Diagnosed with Previously Undiscovered ADHD in Adulthood: Clinical Case Report, Literature Review, and Diagnostic Challenges. *International Journal of Eating Disorders*. Nov. 2013.
2. Papežová H, Uhlíková P, Štěpánková T. Komplexní program pro dospělé pacienty s ADHD. *Zdravotnické listy, Mladá fronta*, 2012.
3. Kooij S, Bejerot S, Blackwell A, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD, *BMC Psychiatry* 2010; 10: 67.
4. Barkley RA. *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV)*, The Guilford Press, New York, 2011.

Forma prezentace: Poster



3. Fyziologická podstata vztahu mezi tělesnou hmotností, (hyper)aktivitou a prahem bolesti. Pilotní studie nového animálního modelu anorexie

Yamamotová A., Franěk M.

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie,

3. LF UK Praha

Cílem studie bylo testovat vztah mezi pohybovou aktivitou v běhacím kole, nocicepční citlivostí a hmotností u potkanů. Zjistili jsme, že úbytek hmotnosti koreluje s nárůstem prahu bolesti. Vztah mezi změnou prahu bolesti a uběhnutou distancí se neprokázal.

Klíčová slova: hyperaktivita, nocicepce, animální model.

Physiological background of the relationship between body weight, (hyper) activity and pain threshold.

A pilot study of animal model of anorexia

The aim of the study was to test the relationship between running-wheel activity, nociceptive sensitivity and body weight in rats. We found that weight loss correlates with the increase in pain threshold. The relationship between the change in pain threshold and the elapsed distance was not proved.

Key words: hyperactivity, nociception, animal model.

Úvod

Pacientky s mentální anorexií, přestože trpí výraznou podváhou, vykazují zvýšenou pohybovou aktivitu, často excesivně cvičí a zároveň mají sníženou citlivost na nocicepční podněty různých modalit (teplo, chlad, mechanická bolest), zatímco vnímání nebolestivých podnětů nebývá narušeno. V předchozí studii jsme

ukázali, že u pacientek s mentální anorexií množství pohybové aktivity za den negativně korelovalo s prožívanou úzkostí (1), která s vnímáním bolesti rovněž může souviset.

Dále je experimentálně prokázáno, že nejrůznější stresory ovlivňují vnímání bolesti a vyvolávají stresovou analgezi. Intenzivní cvičení může být z tohoto hlediska považováno za pozitivní stresor.

Cílem studie bylo testovat, zda i relativně krátkodobé zvýšení pohybové aktivity ovlivní nocicepční citlivost u potkanů. Testovali jsme hypotézu, že čím víc metrů zvířata naběhají, tím víc stoupne práh bolesti. Tato závislost ovšem nemusí být lineární, protože práh bolesti má určitou stropní hodnotu. Dál jsme předpokládali, že čím víc budou zvířata běhat, tím větší budou mít váhový úbytek, takže většímu váhovému úbytku budou odpovídat větší nárůsty prahu bolesti.

Materiál a metoda

Pokus se prováděl na 12 dospělých potkaních samcích kmene Wistar, kteří byli po dobu 3 dnů individuálně umístěni do klece s běhacím kolem (Lafayette Instruments, Lafayette, IN). Voda a potrava jim byly poskytnuty ad libitum a experiment probíhal v přirozených světelných podmínkách.

Před začátkem experimentu byli potkani otestováni metodou plantar test (Ugo Basile, Itálie) na nocicepční citlivost. V malém boxu, kde se zvířata volně pohybovala, byly jednotlivé končetiny a ocas stimulovány sálavým tepelným podnětem do doby, kdy bolestivý podnět vyvolal obranný reflex a potkan ucuknul končetinu nebo ocasem, a tím přerušil stimulaci. Latence obranné reakce odpovídá prahu bolesti. Po skončení experimentu se toto měření zopakovalo.



Změny prahu bolesti a hmotnosti před a po běhání byly hodnoceny párovým t-testem, vztah mezi nocicepční citlivostí a uběhnutou vzdáleností byl hodnocen korelační analýzou.

Výsledky

Průměrné latence bolestivých reakcí se po ukončení experimentu nezměnily na žádné testované části těla. Za tři dny zvířata v průměru naběhala $1\,104 \pm 613$ m (od 445 do 2 177 m) a ztratila na hmotnosti $12,7 \pm 4,6$ g (od 4 do 20 g).

Latence bolestivých reakcí měřené před 3denním pobytem zvířat v kleci s běhacím kolem nekorelovaly s naběhaným počtem metrů. Naproti tomu, latence měřené po 3denním aktivním pohybu pozitivně korelovaly s uběhnutou distancí, a to jak na zadních končetinách ($r = 0,58$, $p = 0,05$), tak i na ocase ($r = 0,57$, $p = 0,05$), ale ne na předních končetinách.

Čím víc metrů zvířata naběhala, tím vyšší byl jejich práh bolesti, a to relativně nezávisle na výchozím prahu bolesti. O tom svědčí, sice podle očekávání pozitivní, ale statisticky nevýznamná korelace mezi naběhanou vzdáleností a průměrným nárůstem prahu bolesti (po-před) ze všech třech testovaných částí těla ($r = 0,41$, $p = 0,18$). Na rozdíl od toho, závislost mezi nárůstem prahu bolesti poklesem hmotnosti je na hranici statistické významnosti ($r = -0,57$, $p = 0,056$).

Diskuze a závěry

Naše výsledky naznačují, že existuje určitá souvislost mezi ztrátou hmotnosti vyvolanou aktivním pohybem a oslabeným vnímáním bolesti. Studie na zvířatech ukazují, že hyperaktivita je spojována se zvýšeným obratem serotoninu v mediobazálním hypotalamu (2). V tomto kontextu by popisovaná hyperaktivita u anorektických pacientek nemusela být pouze mechanismem

příspěvajícím ke snazšímu váhového úbytku, ale i mechanismem zvyšujícím serotonin, který však zároveň může sloužit nejen k utlumení pocitu hladu, ale i oslabení vnímání bolesti.

Se zvýšenou hladinou serotoninu souvisí rovněž zvýšená hladina β -endorfinu. S použitím mikrodialýzy u volně se pohybujících potkanů se zjistilo, že lokální aplikace serotoninu nebo fluoxetinu zvyšuje extracelulární úroveň β -endorfinu v nc. arcuatus a accumbens, přičemž tato hladina roste v závislosti na koncentraci serotoninu (3).

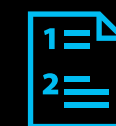
Pohybová aktivita má tedy výrazný vliv na opioidní systém, který může vnímání bolesti významně ovlivňovat, a to nejen u zvířat, ale i u lidí (4).

Do jaké míry je tento vztah závislý na pohlaví a na dostupnosti potravy, bude předmětem další studie s použitím modelu „activity based anorexia“ s časovou restrikcí dostupnosti potravy.

Podpořeno projektem Prvouk P34.

Literatura

1. Yamamtová A, Papežová H. Předběžné výsledky měření pohybové aktivity u pacientek s poruchami příjmu potravy s použitím aktigrafu. *Psychiatrie* 2012; 16 (Suppl.1): 22.
2. Broocks A, Schweiger U, Pirke KM. The influence of semistarvation-induced hyperactivity on hypothalamic serotonin metabolism. *Physiol Behav* 1991; 50: 385–388.
3. Zangen A, Nakash R, Yadid G. Serotonin-mediated increase in the extracellular levels of beta-endorphin in the arcuate nucleus and nucleus accumbens: a microdialysis study. *J Neurochem* 1999; 73: 2569–2574.
4. Ellingson LD1, Colbert LH, Cook DB. Physical activity is related to pain sensitivity in healthy women. *Med Sci Sports Exerc.* 2012; 44: 1401–1406.



4. Vztah hormonů ovlivňujících apetit (ghrelin, leptin, inzulin) a vybraných psychických parametrů (deprese, strach a úzkost) u pacientů se syndromem závislosti na alkoholu v průběhu časné abstinence

Pushkina N.¹, Popov P.¹, Potměšil P.², Malý M.³, Šustková-Fišerová M.²

¹Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

²Ústav farmakologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

³Statní zdravotní ústav, Oddělení biostatistiky a informatiky

Recently, the appetite-regulating peptides's role in alcohol craving has been indicated, however mode of participation in the addictive mechanisms is not clear and human results are inconsistent. The aim of the present study was to investigate changes in leptin, ghrelin and insulin blood levels, during the first week of abstinence from alcohol and to find possible relationships to anxiety and depression scores.

Úvod

Podle současných teorií mechanismy vedoucí k vyhledávání potravy i vyhledávání drogy využívají stejné či obdobné mozkové struktury i neurobiologické principy (Spanagel, 2009). Prezentovaná klinická studie se zabývá studiem předpokládaného vztahu mezi (i) depresí, (ii) strachem a úzkostí, (iii) cravingem, (iv) tělesnou konstitucí (BMI) a (v) krevními hladinami vybraných hormonů ovlivňujících apetit u pacientů závislých na alkoholu. Chtěli jsme podpořit a doplnit stávající kusé literární poznatky,

jež naznačují souvislost mezi změnami plazmatických koncentrací leptinu, inzulinu či ghrelinu a alkoholovým cravingem (Wurst a kol. 2007; Shi a kol. 2009). V prezentované studii jsme hledali pozitivní či negativní korelace hladin hormonů ovlivňujících apetit s psychickým stavem pacientů závislých na alkoholu (během časné abstinence). Porovnávali jsme hodnoty sledovaných parametrů při příjmu pacientů na detoxifikační léčbu a zhruba po 7–10 dnech standardní detoxifikační léčby. Námi získané nové vědecké poznatky by měly přispět (i) k poznání mechanismů závislostního chování a (ii) podpořit nový směr výzkumu nových léčiv na bázi látek ovlivňujících apetit (metabolických hormonů), jež by tlumily pocit touhy (cravingu) u jedinců závislých na alkoholu a zabránily tak dosud obtížně léčitelným relapsům onemocnění.

Metodika

Do studie bylo zahrnuto 29 pacientů závislých na alkoholu a 15 zdravých dobrovolníků (kontrolní skupina). Do studie byli zahrnuti pouze ti pacienti, kteří absolvovali detoxifikační léčbu na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Pacienti byli vybíráni při příjmu na detoxifikační oddělení. Pro přijetí do studie byli osloveni:

1. dospělí muži (ve věku 25–50 let),
2. se závislostí na alkoholu,
3. ve fázi časné abstinence od užívané drogy (10–36 hodin od posledního užití návykové látky).

Z těchto subjektů jsme vyloučili pacienty, kteří

1. trpí prokázanou další závažnou psychiatrickou poruchou,
2. jsou současné závislí na jiné droze (kromě užívání nikotinu – tabáku) (prokázáno standardním testem moči, prováděným u příjmu pacienta),



3. trpí klinicky evidentním zhoršením paměti,
4. mají příliš nízký krevní tlak (pod 55 diastolický tlak a méně než 60 tepů za min),
5. jsou HIV pozitivní nebo trpí jiným infekčním onemocněním (jako aktivní tuberkulóza, akutní hepatitida),
6. trpí současnou nebo recentně prodělanou závažnou somatickou chorobou (srdeční selhání, selhání ledvin, závažná cirhóza, nestabilní diabetes).

Hladiny ghrelinu, inzulinu a leptinu byly analyzovány vždy z jednoho stejného krevního odběru. U každého pacienta byly provedeny dva odběry krve (vždy ráno nalačno), první odběr při nástupu do léčby (závislí v časném stadiu abstinence, další den ráno po přijetí na oddělení), druhý odběr krve byl proveden zhruba sedmý až desátý den detoxifikační léčby (po odeznění hlavních abstinenčních příznaků). Obdobné uspořádání odběrů (v intervalu 7–10 dnů) bylo dodrženo i v rámci kontrolní skupiny. V laboratoři byly vzorky krve upraveny na vzorky plazmy (podle postupu výrobců kitů) a zmrazeny. Následná detekce plazmatických hladin ghrelinu, leptinu a inzulinu byla prováděna vždy z jednoho a téhož vzorku najednou metodou multi-ELISA.

Při odběrech krve byly s pacientem vyplněny psychologické dotazníky, které umožnily popsat a kvantifikovat jeho (i) pocity deprese (Zung Self-Rating Depression Scale/Zung-SDS/); (ii) pocity úzkosti (Beck Anxiety Inventory/BAI/) a (iii) craving/bažení po droze pomocí Brief Substance Craving Scale/BSCS/a (iv) psychometrické parametry monitorující úzkost a úzkostlivost (State and Trait Anxiety Inventory/STAI X-I, X-II/). Dotazníky byly vyplño-

vány pod čísly a hodnoceny slepě, bez rizika ovlivnění výsledků. Zdraví dobrovolníci také vždy vyplnili při odběrech vzorků krve psychologické dotazníky.

Statistické hodnocení výsledků proběhlo ve spolupráci a s odbornou konzultací se zkušeným statistikem. Použité statistické metody byly prokonzultovány, stejně jako byl ověřen počet pacientů pro poskytnutí validních dat. U dat jednotlivých pacientů se prováděl párový t-test (porovnání geometrických a aritmetických průměrů) a Mann-Whitney neparametrický test (porovnání mediánů). Výsledky jsou hodnoceny na hladině významnosti $p = 0,05$.

Výsledky

Zatím byla provedena analýza 29 krevních vzorků pacientů závislých na alkoholu a 15 krevních vzorků zdravých dobrovolníků (kontrolní skupina).

Krevní hladiny všech sledovaných peptidů vykazovaly velké interindividuální a intraindividuální rozdíly, a proto byla data pro analýzu zlogaritmována a byly užity geometrické průměry (gmean).

Průměrné vstupní hladiny ghrelinu byly vůči kontrolní skupině (gmean 126,5) u pacientů závislých na alkoholu mírně snížené (gmean 90,5), na hranici významnosti ($p = 0,068$). Během 7denní abstinence se výrazně zvýšily (gmean 163,7) až nad hodnoty kontrolní skupiny (gmean 140,6).

Průměrné vstupní hladiny leptinu byly u pacientů závislých na alkoholu nižší (gmean 2 012,4) než u kontrolní skupiny (gmean 3 250,8), nicméně rozdíl nebyl statisticky významný ($p = 0,181$). Během abstinence se průměrné hladiny leptinu zvýšily (gmean 3 439,8) opět až nad hodnoty kontrolní skupiny (3 340,0).



U pacientů závislých na alkoholu je patrná tendence k vyšším hodnotám inzulinu (gmean 550,7) v porovnání s kontrolní skupinou (gmean 366,8), ale rozdíly mezi skupinami nejsou statisticky významné ($p = 0,056$); u pacientů závislých na alkoholu byla podstatně větší variabilita dat. Během abstinence se hodnoty inzulinu snížily (gmean 338,8) pod hodnoty kontrolní skupiny (gmean 373,6).

Pro analýzu dotazníkových položek byl použit aritmetický průměr (mean). Všechny vstupní dotazníkové parametry se mezi skupinami (kontrola versus pacienti) výrazně liší. Vstupní skóre u závislých pacientů ve všech psychologických dotaznících bylo významně vyšší než skóre kontrolní skupiny. V dotazníku STAI dosáhli závislí pacienti aritmetického průměru 50,6-STAI X-1 a 55,8-STAI X-2, v dotazníku SDS – 48,9. V dotazníku BAI pacienti závislí na alkoholu skórovali v průměru 25,4. Ve výsledcích dotazníkového šetření 7.–10. den abstinence jsme zaznamenali významný pokles skóre u dotazníků BAI (mean 13,7). Také v dotazníku SDS došlo u pacientů závislých na alkoholu k významnému poklesu (mean 43,9), i když není tak výrazný jako u dotazníku BAI, nicméně koncové hodnoty SDS zůstaly u alkoholiků jasně vyšší než u kontrol (mean 34,1). U dotazníku STAI X-I byly rozdíly v závěru detoxifikačního pobytu víceméně podobné jako při vstupním hodnocení (mean 46,8), u STAI x-II rozdíly také přetrvávaly, i když se mírně zmenšily (mean 50,7).

Závěr

Z analýzy prvotních výsledků vyplývá, že pacienti závislí na návykových látkách častěji trpí depresí a úzkostí. Během sedmidenní abstinence došlo k signifikantnímu poklesu úzkosti a depresivních

symptomů u pacientů závislých na alkoholu. Vzhledem k vysoké variabilitě krevních hormonálních hladin u pacientů závislých na alkoholu při vstupu na detoxifikační léčbu nebyl rozdíl vstupních hladin vůči kontrolní skupině signifikantně významný. V průběhu týdenní abstinence došlo ke statisticky významným změnám v hladinách všech zkoumaných hormonů (změny směrem k normalizaci hladin), největší změny byly pozorovatelné u ghreluinu, naopak nejméně výrazné rozdíly mezi skupinami byly u inzulinu. Z výsledků je patrné, že u pacientů závislých na alkoholu dochází během časně abstinence prakticky k normalizaci hodnot hormonů ovlivňujících příjem potravy.

Věříme, že studium vztahů mezi peptidy ovlivňujícími apetit a mechanismy závislosti na alkoholu by mohlo přispět k vývoji nového farmakoterapeutického směru v léčbě alkoholové závislosti.

Literatura

1. Spanagel R. Alcohol: A systems approach from molecular physiology to addictive behavior. *Physiol Rev* 2009; 89: 649–705;
2. Wurst FM, Rasmussen DD, Hillemacher T, Kraus KR, Lech O, Bayerlein K, Schanze A, Wilhelm J, Junghanns K, Schulte T, Dammann G, Pridzun L, Wiesbeck G, Kornhuber J, Blech S (2007) Alcoholism, craving and hormones: The role of leptine, ghrelin, prolactin and pro-opiomelanocortin systém in modulating ethanol intake. *Alcohol Clin Exp Res* 31 (12): 1963–1967.
3. Shi J, Li S, Zhang X, Wang X. Time-dependent neuroendocrine alterations and drug craving during the first month of abstinence in heroin addicts. *Amer J Drug Alcohol Abuse* 2009; 35 (5): 267–272.

Grantová podpora: PRVOUK 34/LF1/7, PRVOUK 03/LF1/9.



5. Problematika poruch příjmu potravy v online prostředí – rizika obsahu vytvořeného uživateli

Kollerová M., 1. LF UK, BNT, 3. ročník

User Generated Content je pojem označující typ internetového webu, jehož většinu obsahu tvoří jeho vlastní návštěvníci. Jako příklad lze uvést YouTube. Obsah na internetu vytvořený uživateli lze vzhledem k omezeným možnostem kontroly označit za potenciálně velmi rizikový a snadno šířitelný. Jedna z mála studií věnujících se hodnocení rizika obsahu na serverech tohoto typu, studie National Yang Ming University, potvrzuje nebezpečí nekontrolovaného obsahu na internetu a také vysokou oblibu rizikového obsahu s tematikou anorexie. V této oblasti je potřeba dalšího výzkumu s cílem vývoje technologických řešení automaticky detekujících a eliminujících rizikový obsah ještě před jejich masivním rozšířením. Je to perspektivně efektivní cesta v souladu s jedním ze základních principů prevence PPP, kterým je důležitost snížit riziko expozice nevhodným příkladům.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, internet.

Při sledování několikáté zповědi „vyléčené“ anorektičky na YouTube, ve formě velmi atraktivně zpracovaného videa lehce nabudete pocitu, že víc než dobře míněná prevence funguje toto médium, i v souvislosti s tak vážnou problematikou, jako jsou poruchy příjmu potravy, spíše jako snadná cesta k popularitě uživatelů, tedy osob vytvářejících obsah na stránkách podobného typu. Vyznění sdělení ve smyslu „překonat anorexii je snadné hrdinství“ je jedním z příkladů nebezpečí online prostředí ve vztahu k prevenci PPP i propagaci rizikových praktik souvisejících s PPP, zejména při aktuálním **snadném přístupu dětí a mládeže**

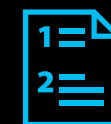
k internetu a s ohledem na jejich **rostoucí oblibu a čas trávený sledováním a sdílením online obsahu generovaného ostatními uživateli**.

Studie komunikační skupiny Havas Worldwide „Hashtag Nation: Marketing to the Selfie Generation“, zpracována v 29 zemích na 10 574 respondentech, publikována v létě 2014, potvrzuje, že mezi zásadní složky budování identity adolescentů v nové éře selfie patří:

1. sociální sítě, 2. pop kultura, 3. digi-identita. Až 61 % mladých lidí ve věku 18–25 let souhlasí s tvrzením, že **„sociální média jsou novou silou mládeže“**. Obzvláště velká obliba přetrvává na sociálních sítích v sdílení autoportrétů pořízených chytrými telefony a tablety. Například prostřednictvím aplikace Instagram bylo do léta 2014 publikováno až 145 milionů autoportrétů, pro které se již dobře zavedl pojem selfie. Pokud jde o sdílení, tak například prostřednictvím sítě Facebook se denně sdílí 350 milionů fotografií a přes aplikaci WhatsApp, které popularita i preference mladých rostou velmi rychle, se denně sdílí až 50 miliard zpráv.

Být neustále sledován, hodnocen a souzen v této nové sociální sféře vytváří na mládež enormní tlak. Zároveň se **otevřenost a sdílení přesouvá do čím dál intimnější oblasti**. Z intimity se stává „extimita“. Dle této studie až 80 % mladých lidí ve Spojených státech se přiznává, že již alespoň jednou obdrželi „sext“ tedy textovou zprávu se sexuálním návrhem a minimálně jednou takovou správu odeslalo 67 % dotázaných.

Mezi intimní a velmi citlivá témata lze zařadit také poruchy příjmu potravy, zejména **anorexii**. Po zadání výrazu „anorexia“ do vyhledávače google.com se vám za 0,23 vteřin zobrazí ve výsledcích **30 700 000 odkazů**. Pokud upřesníte název diagnózy



„anorexia nervosa“, počet odkazů se sníží na 8 milionů. Ale když vás zajímá „pro ana“, můžete prohledávat více než 22 milionů odkazů! Pro srovnání, pokud zadáte hledat běžnou dětskou nemoc „varicella“, nebo poměrně častý syndrom „angina pectoris“, u obou se vám vrátí zhruba 4 miliony odkazů. Četnost odkazů na téma bulimie je přibližně 13,5 milionů.

Relativně velká je **četnost videí s problematikou anorexie dostupných na kanálech pro zveřejňování vlastního obsahu**. V případě kanálu **YouTube** je to přibližně **321 000** a na Vimeo 1 419 videí. Nebezpečnější v tomto případě je nejen popularita obsahu ve formě videí, ale také **schopnost této formy zaujmout, vyvolat silné emoce, zkrášlovat a zjednodušovat, a v neposlední řadě dezinterpretovat**. A především je tato forma velmi snadno **sdílená prostřednictvím sociálních sítí**.

Není překvapivé, že **obsah vytvořený uživateli zaměřený na způsoby, jak zůstat velmi štíhlí, byl mezi již navštíveným obsahem potencionálně ohrožujícím děti na internetu hned na druhém místě** po obsahu věnovaném nenávisti vůči různým skupinám. Dle studie EU Kids Online, zaměřené na zkoumání problematiky online rizik a bezpečnosti na Internetu u dětí, provedeném ve Velké Británii v roce 2010, se ukázalo, že celkově **8 % dětí ve věku 11–16 let vidělo za posledních 12 měsíců na internetu obsah vytvořený uživateli zaměřený na způsoby, jak zůstat velmi štíhlý** (být anorektickou nebo bulimičkou). Větší byl podíl dívek, které takový obsah v posledním roce viděly. Mezi 11–13letými to bylo 7 % a **u starší skupiny 14–16 let až 19 % dívek vzhlédlo obsah vytvořený uživatelkami s tematikou extrémní štíhlosti**.

Pětina dívek ve vysoce rizikovém věku se přiznává k prohlížení obsahu vytvořeného většinou nemocnými holkami. Nad tímto

obsahem nemáme kontrolu a existuje velmi málo studií, které se obsahu a dopadu takového obsahu na rizikové skupiny zabývají.

Jedna z mála studií, která se zabývá analýzou obsahu publikovaného na kanálech pro zveřejňování vlastního obsahu, je **studie taiwanské univerzity National Yang Ming University z roku 2013: „Zavádějící zdravotní informace propagované prostřednictvím video-sociálních médií: Anorexie na YouTube“**. Cílem této studie bylo zjistit dezinformace spojené s anorexií šířené prostřednictvím videí YouTube. Dle klíčových slov anorexia, anorexia nervosa byla vyhledána na YouTube videa. Lékaři hodnotili 140 videí o rozsahu přibližně 11 hodin video obsahu. Video byla klasifikována jako informativní, pro-anorexie, nebo ostatní. Informativní obsah splňovala ta, která popisovala zdravotní následky anorexie a rady o tom, jak se léčit; pro-anorexie byla hodnocena videa propagující anorexii jako módu, zdroj krásy. Následně bylo blíže posouzeno 40 nejsledovanějších videí a hodnotil se odhadovaný dopad na diváka a jeho chování. 29,3 % videí bylo zařazených do skupiny pro-anorexie, 55,7 % do informativních a 15,0 % mezi ostatní. **Pro-anorexie videa i přes nižší zastoupení měla 3krát větší oblibu a lepší hodnocení než informativní videa**. Dle autorů studie by se úsilí mělo zaměřit na **zvýšení povědomí, zejména mezi mládeží, o důvěryhodnosti online informací o kráse a zdravém životním stylu**. Autoři doporučují další výzkum charakteristik pro-anorexie videí s cílem **vyvinout algoritmy, které automaticky detekují a filtrují tyto videa dříve, než se stanou populární**.

Zdroje

1. Mediální slovník, MediaGuru (<http://www.mediaguru.cz/medialni-slovník/ugc-user-generated-content/>).



2. Havas Worldwide: Hashtag Nation: Marketing to the Selfie Generation, 2014.
3. The London School of Economics and Political Science, EU Kids Online, 2010
4. National Yang Ming University: Misleading Health-Related Information Promoted Through Video-Based Social Media: Anorexia on YouTube, Editor: Gunther Eysenbach, 2013.

Forma prezentace: POSTER

6. Úloha orexigenních a anorexigenních signálů a autoprotilátek proti hormonům ovlivňujícím příjem potravy u mentální anorexie a mentální bulimie

Smitka K.¹, Papežová H.², Vondra K.¹, Hill M.¹, Hainer V.¹, Nedvídková J.¹

¹Endokrinologický ústav, Praha

²Centrum pro poruchy příjmu potravy

Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha 2

Orexigenní a anorexigenní hormony secernované gastrointestinálním traktem, centrálním nervovým systémem a tukovou tkání mají zásadní význam v řízení příjmu potravy, udržování energetické homeostázy a uvolňování růstového hormonu. Avšak regulace příjmu potravy je také pod kontrolou secernovaných autoprotilátek. Poruchy těchto regulačních systémů se podílí na patogenezi mentální anorexie a mentální bulimie. Propojení mezi centry sytosti v mozku, gastrointestinální soustavou a tukovou tkání zajišťují nervové dráhy a signály produkované střevní mikroflórou. Bližší poznání patologie regulace příjmu potravy umožní zavedení účinnějších léčebných intervencí pomocí specificky působících syntetických analogů a monoklonálních protilátek.

Klíčová slova: orexigenní hormony, anorexigenní hormony, mentální anorexie, mentální bulimie, autoprotilátky, příjem potravy, energetická homeostáza, střevní mikroflóra, tuková tkáň, monoklonální protilátky.

The role of orexigenic and anorexigenic signals and autoantibodies reacting with appetite-regulating hormones in anorexia nervosa and bulimia nervosa

The balance and interaction between orexigenic and anorexigenic hormones originating from gut, brain, and adipose tissue appear to play an important role in the regulation of food intake, energy homeostasis and growth hormone release. However, the regulation of appetite is also under control by secretion of autoantibodies. An impairment of this balance may result in anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). Neural pathways and gut microbiota derived signals are required for communication between the brain satiety centre, gut, and adipose tissue. Our data suggest that better understanding of pathogenic mechanisms may contribute to introduction more specific analogues and monoclonal antibodies for potential treatment of eating disorders in clinical practice.

Key words: orexigenic hormones, anorexigenic hormones, anorexia nervosa, bulimia nervosa, autoantibodies, food intake, energy homeostasis, gut microbiota, adipose tissue, monoclonal antibodies.

The gastrointestinal system, central nervous system, and adipose tissue referred to as the adipose tissue-gut-brain axis produce a variety of hormones with orexigenic and anorexigenic effects which are important in the regulation of food intake and



body weight control. On the one hand, ghrelin could represent a regulatory circuit controlling appetite and energy homeostasis by stimulating the release of other orexigenic peptides and neurotransmitters as well as neuropeptide Y (NPY). On the other hand, anorexigenic cholecystokinin (CCK), peptide YY (PYY), leptin, and putative anorexigenic hormone obestatin have an opposite effect at the hypothalamic level. The differential release of these hormones may act to initiate, maintain, or exacerbate cycles of food restriction or binge-purge behaviour observed in anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). In particular, intestinal antigens including the gut microflora and food-derived antigens trigger the production of autoantibodies cross-reacting with appetite-regulating hormones. It was reported that plasma levels and affinities of autoantibodies against feeding-stimulatory and feeding-inhibitory neuropeptides in AN and BN correlated with psychopathological traits in patients with eating disorders.

In AN, there is a characteristic excess of both feeding-stimulatory and feeding-inhibitory signalling which results in the “mixed” signals for satiety and desire to feed leading to failure of hypothalamic regulatory pathways. BN patients exhibited mainly an excess of ghrelin with binge eating behaviour and decreased anorexigenic signals by neurotransmodulator disturbances. These “mixed” signals may trigger bulimic binge eating behaviour characterized by a relative increase in orexigenic and a decrease in anorexigenic signalling. Therefore, autoantibodies against hormones of the adipose tissue-gut-brain axis may be the new key players regulating neuroimmunoendocrine signalling and thus also psychopathological traits and behaviour in AN and BN patients.

The circulating autoantibodies against appetite-regulating hormones can be purified and used as monoclonal antibodies in AN and BN. We believe that our results may be helpful for better understanding participation of the adipose tissue-gut-brain axis hormones and neutralizing autoantibodies on pathophysiology of eating disorders.

Acknowledgements

This study was supported by the grant No. 303/03/0376 from the Grant Agency GA CR of the Czech Republic. Also, this study was supported by the grant No. NR/9158-3 provided by the IGA Grant Agency of the Ministry of Health, Czech Republic, and by the project of Ministry of Health (Czech Republic) for conceptual development of research organization 00023761 (Institute of Endocrinology, Prague, Czech Republic).

References

1. Fetissov SO, Hamze Sinno M, Coquerel Q, Do Rego JC, Coëffier M, Gilbert D, Hökfelt T, Déchelotte P. Emerging role of autoantibodies against appetite-regulating neuropeptides in eating disorders. *Nutrition* 2008; 24(9): 854–859.
2. Fetissov SO, Déchelotte P. The new link between gut-brain axis and neuropsychiatric disorders. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011; 14(5): 477–482.
3. Hofbauer KG, Lecourt AC, Peter JC. Antibodies as pharmacologic tools for studies on the regulation of energy balance. *Nutrition* 2008; 24(9): 791–797.
4. Prince AC, Brooks SJ, Stahl D, Treasure J. Systematic review and meta-analysis of the baseline concentrations and physiologic responses of gut hormones to food in eating disorders. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(3): 755–765.
5. Smitka K, Papežová H, Vondra K, Hill M, Hainer V, Nedvídková J. The role of „mixed” orexigenic and anorexigenic signals and autoantibodies reacting with appetite-regulating neuropeptides and peptides of the adipose tissue-



-gut-brain axis: relevance to food intake and nutritional status in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Endocrinol* 2013; 2013: 483145.

6. Tortorella A, Brambilla F, Fabrazzo M, Volpe U, Monteleone AM, Mastromo D, Monteleone P. Central and peripheral peptides regulating eating behaviour and energy homeostasis in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a literature review. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22(5): 307–320.

7. What is the role of BDNF in anorexia nervosa?

Slachtova L^{1,2}, Bulant J¹, Chval M³, Martasek P¹, Papezova H⁴

¹Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic

²Department of Pharmaceutical Science, School of Pharmacy, University of Maryland, Baltimore, USA

³Institute for Research and Development of Education, Faculty of Education

⁴Department of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic

Neurotrofický faktor BDNF přispívá k zachování rovnováhy striatálních neuronů. BDNF hraje nepopiratelnou roli v rozvoji akutní deprese, Huntingtonovy choroby a neuro/psychiatrických onemocnění. Snížené hladiny BDNF byly dokumentovány rovněž u pacientů s anorexií nervosou (AN). Nedávné studie ukazují závislost stavu onemocnění na hladině BDNF v séru pacientů s AN. Analýzy výskytu Val66Met přinesly kontroverzní výsledky a metaanalýza neprokázala častější výskyt polymorfismu u pacientů s AN. Množství neurotrofického faktoru však není závislé pouze na přítomnosti genetické varianty.

Současné znalosti ukazují, že BDNF je regulován v závislosti na přítomnosti nutrient a cvičení, klíčových faktorů ovlivňujících patofyziologii AN.

Klíčová slova: anorexia nervosa, Val66Met polymorfismus, BDNF.

Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) is a nourishing and protecting factor, maintaining homeostasis in striatal neurons. BDNF plays the undeniable role in pathophysiology of acute major depressive disorder, Huntington disease and other neuro/psychiatric disorders. Decreased levels of BDNF in serum have been confirmed also in patients with anorexia nervosa (AN). Recent study describes also the disease stage-dependency of BDNF in serum of patients with AN. Analyses of Val66Met, the most studied polymorphism in BDNF, showed controversial results, and meta-analysis concluded with no significance of Val66Met in AN. However, the final amount of BDNF protein does not rely only on genetic variants. Current knowledge show, that BDNF is highly regulated in response to presence/absence of nutrients and exercise, both key factors affecting pathophysiology of AN.

Podpořeno grantem IGA NT 14094/3 a P26/LF1/4

Supported by IGA NT 14094/3 and P26/LF1/4

Literatura

1. Zwipp J, et al. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014; (3)54: 163–169.
2. Brandys M, et al, *World J Biol Psych* 2013; 14(6) 441–451.
3. Pillai A, et al. *Plos One* 2012; 7(7): e39358.
4. Šlachtova L, et al. *Psychiatrie pro praxi* 2013; 12(Suppl B): B27.



8. Korelační analýza vztahů klinických ukazatelů mentální anorexie a významných endokrinologických hormonů

Bulant J.^{1,3}, Papežová H.¹, Yamamotová A.^{1,2}

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²Ústav normální, patologické a klinické fyziologie,
3. LF UK Praha

³Endokrinologický ústav, Praha

Hormon leptin pomáhá udržovat energetickou rovnováhu adaptací na hladovění. Antagonistické působení zprostředkovává ghrelin. Oba hormony se podílejí na regulaci chutí vedoucí k dosažení energetické homeostázy. V naší studii jsme měřili hladiny těchto hormonů pacientů s AN na začátku a konci hospitalizace a analyzovali možnost korelace klinického stavu pacientů a hladiny endokrinologických hormonů.

Klíčová slova: anorexia nervosa (AN), leptin, ghrelin, Body mass index (BMI), hyperaktivita.

Leptin is a hormone that helps to regulate energy balance by inhibiting hunger. Ghrelin is opposed by the actions of the hormone leptin. Both hormones regulate appetite in order to achieve energy homeostasis. In our study, we measured the levels of these hormones in patients with AN at the beginning and the end of hospitalization and examined the possibility of correlation of the clinical status of patients and value of endocrine hormones.

Key words: anorexia nervosa (AN), leptin, ghrelin, Body mass index (BMI), hyperactivity.

Antagonistické působení hormonů leptinu a ghrelinu je důležitým faktorem u psychických onemocnění poruch příjmu

potravy. Zvláště u mentální anorexie (AN) mohou mechanismy energetické homeostázy hrát významnou roli. Primární úlohu v regulaci nutričních zásob a obsahu tuku v organismu plní leptin. Změny mozkové aktivity v centrech podílejících se na regulační, emoční i kognitivní kontrole chuti k jídlu jsou doprovázeny poklesem hladiny cirkulujícího leptinu. Hormon ghrelin stimuluje pocit hladu prostřednictvím exkrece růstového hormonu a nejvyšších hladin dosahuje v okamžiku prázdného žaludku.

V longitudinální studii jsme měřili hladiny hormonů pacientů s AN při přijetí k hospitalizaci v Centru pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN a týden před ukončením nemocniční léčby. Cílem bylo detekovat změny hormonálních hladin před začátkem léčby (začátkem hospitalizace) a při jejím ukončení a ověřit hypotézu korelace změny hladin měřených hormonů zároveň se změnou klinických ukazatelů. Výsledky léčby budeme analyzovat komparací detekovaných hladin hormonů se specifickými a nespecifickými klinickými symptomy AN (například hyperaktivitě, BMI a krevního tlaku).

Podpořeno grantem IGA NT 14094/3 a P26/LF1/4.

9. Osobnostní rysy a psychopatologie u pacientů se třetím stupněm obezity

Slabá Š., Čablová L.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN

Klíčová slova: obezita III. stupně, osobnostní rysy, psychopatologie, kvalita života, léčba.

The morbidly obese experience more physical, psychological and social complications of obesity than other obese patients. A systematic literature search identified relevant variables reflecti-



ng personality traits, psychopathology, eating behavior, social problems, and quality of life of morbidly obese patients. These are presented in our article as well as the ways of treatment for morbidly obese patients. Authors' personal experience with the treatment of morbidly obese is included.

Key words: morbid obesity, personality traits, psychopathology, health related quality of life, treatment.

Vlastní sdělení:

Třetí stupeň obezity je definován hodnotou BMI ≥ 40 kg/m², jde o pacienty, kteří mají 45 a více kg nadváhy. Z výzkumu z let 2008–2009, který byl proveden na reprezentativním vzorku české populace (n = 2058), vyplývá, že obezitu III. stupně mají 2 % populace (Matoulek et al. 2010).

Tato skupina pacientů je v porovnání s ostatními obézními nejvíce ohrožena tělesnými komplikacemi obezity, riziko výskytu komorbidit obezity totiž stoupá s narůstajícím BMI. Komplikace obezity – diabetes 2. typu, onemocnění mozkových a srdečních cév a některé formy rakoviny – mají pak nejtěsnější vztah k mortalitě. Mortalita lidí s obezitou třetího stupně bývá 3–4× vyšší než u lidí s váhou v rámci normy.

Na rozdíl od pacientů s nižšími stupni obezity byl u pacientů III. stupně obezity v posledních letech opakovaně potvrzen vyšší výskyt psychopatologie. Nejčastěji se jedná o poruchy nálady (z těchto nejvíce deprese), úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy. U pacientů s obezitou se také vyskytují specifické poruchy osobnosti. Maclean et al. (2014) zjistili, že paranoidní, schizotypální a vyhýbavá porucha osobnosti byly častěji asociovány s vyšší tělesnou váhou u žen. Autoři současně

uvádí zajímavý výsledek – závislá porucha osobnosti může být ochranný faktor proti zvýšení tělesné hmotnosti u mužů. Další frekventovanou psychiatrickou komorbiditou je hraniční porucha osobnosti (Powers & Oltmanns, 2013). Na základě bio-psycho-sociálního modelu můžeme uvažovat při rozvoji a udržování obezity o významu osobnostních rysů. Aktuální studie ukazují, že osobnostní rysy mohou působit jako rizikové či protektivní faktory při rozvoji obezity. Gerlach, Herpertz & Loeber (2015) zjistili, že neuroticismus, impulzivita a citlivost k odměně představují rizikové faktory, naopak sebekontrola a svědomitost se ukazují jako protektivní ve vztahu k redukci hmotnosti. Jokela et al. (2013) popisují také protektivní vliv svědomitosti, která je charakterizovaná vyšší mírou sebeovládání, smyslu pro pořádek a dodržováním sociálních norem.

Sutin et al. (2011) uvádí, že osoby s vyšší mírou neuroticizmu a extraverze vykazovaly v jejich studii také vyšší BMI. Z longitudinálního hlediska vyšší míra neuroticizmu a nižší svědomitost spolu s aspekty, které souvisí s těmito rysy, mohou působit obtíže s kontrolou impulzů a následně vést k fluktuaci váhy. V neposlední řadě, nízká míra přívětivosti a rysy impulzivity predikují vyšší nárůst v BMI napříč životem dospělého jedince.

Psychosociální dopad třetího stupně obezity je manifestován narušenou sebeúctou (self-esteem), interpersonálními potížemi a nízkým sociálním přizpůsobením. V sociální sféře pak obézní zažívají předsudky, diskriminaci, sociální izolaci, neuspokojivé vztahy a potíže v zaměstnání (van Hout, 2004). Významně snížena je u této skupiny pacientů kvalita života spojená se zdravím (HRQL). Míra narušení HRQL pozitivně koreluje se stoupajícím BMI, s výskytem akutní psychopatologie, somatickými komplikacemi-



bezity, záchvatovitým přejídáním a kolísáním váhy (Mannucci et al., 2010).

Současné studie ukazují, že osobnostní rysy mohou být asociované s tělesnou hmotností, rozvojem nadváhy a obezity. Na druhou stranu významně souvisí také s efektivitou intervencí k redukci hmotnosti včetně bariatrické chirurgie (Gerlach, Herpertz, & Loeber, 2015).

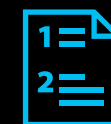
Komplikovaná je léčba těchto pacientů. Konzervativní léčba obezity, stejně jako farmakoterapie, většinou pomůže pacientovi zhubnout 8–10 % z jeho původní váhy, po ukončení léčby je často popsán jo-jo efekt. Toto procento redukované váhy vede ke zlepšení zdravotního stavu u lidí s nižším stupněm obezity. U pacientů se třetím stupněm obezity má tato míra redukce vliv na zlepšení jejich zdravotního stavu jen nepatrný. Větší míru redukce a dlouhodobější výsledky má u těchto pacientů chirurgická léčba obezity. Dva roky po operaci pacienti sníží svou hmotnost v průměru o 50–60 % z původní nadváhy po kombinovaných výkonech, u restriktivních výkonů to je potom 40–50 % nadváhy. Po dvou letech od operace pacienti mohou zase začít přibírat, ale maximálně 15 % váhy, kterou pooperačně redukovali (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005). Celkový hmotnostní úbytek závisí na typu chirurgického výkonu a spolupráci pacienta s metodou.

Mnohé výzkumy již potvrdily efektivitu bariatrických operací z hlediska snížení váhy pacientů a snížení zdravotních komplikací způsobených obezitou. V poslední době se efekt bariatrických operací stále častěji hodnotí také zlepšením kvality života operovaných pacientů. Pacienti po bariatrickém zákroku popisují nejvýraznější zlepšení kvality života 6–12 měsíců po operaci, po

dvou letech od operace pacientů popisujících zlepšení ubývá. Míra zlepšení kvality života pozitivně koreluje s množstvím redukováných kilogramů (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005).

K zamyšlení vede přehledový článek z Holandska, doplněný vlastními výsledky autora. Studie se zabývá psychosociálním dopadem bariatrických výkonů, autor se mimo jiné zamýšlí nad tím, které faktory hrají roli při zlepšení psychosociálního fungování extrémně obézních. Studie by mohla vypovídat, že potíže vyskytující se předoperačně byly způsobeny nadměrnými kilogramy a k jejich vymizení je dostačující redukce váhy. Nicméně některé změny, jako například snížení depresivity pacientů či zvýšení jejich sebeúcty, autor zaznamenal již těsně po operaci, kdy ještě nemohlo dojít k významné redukci váhy pacientů. To by znamenalo, že ke změnám psychosociálního fungování pacientů vedou ještě jiné faktory než pouhá redukce váhy. Autor přichází s hypotézou, že za zlepšením jejich stavu může být nový postoj, který obézní ke své léčbě zaujímá – aktivně se staví ke změně svého života, přebírá za svou léčbu a tím i za svůj život zodpovědnost (van Hout, 2005).

Aktivizaci pacientů, ke které dochází po bariatrických výkonech, známe i z klinické praxe. Vzhledem k tomu, že léčba obezity bývá dlouhodobá, často celoživotní, nelze se divit, že pacienti jsou neustálým hlídáním své váhy a jídelních zvyklostí unaveni. Tento fakt je ještě umocněn osobnostními rysy obézních, často u nich nacházíme rysy pasivně-závislého chování, mezi jejich copingové strategie patří popření, vyhýbání se a pasivita při řešení životních potíží. Operace samotná pacienty nutí k dodržování specifického jídelního režimu, povzbuzující je pro ně i viditelný efekt redukce jejich váhy, který je nejvý-



raznější bezprostředně po operaci (6-12 měsíců po zákroku). To jim dodává naději na zlepšení a další energii k dodržování jídelního, ideálně i cvičebního, režimu. Zhruba dva roky po zákroku přichází období první krize, hmotnost stagnuje, pacient si již zvykl na pooperační režim, zákrok samotný již nepřináší nic nového. V tomto období je velký prostor pro podporu ze strany odborníků pomáhajících pacientům s léčbou. Pacienti potřebují v tomto období povzbudit, aby i nadále pokračovali v zavedeném režimu, i přes stagnaci váhy, je dobré zhodnotit dosavadní úspěch léčby. Tak lze předejít jo-jo efektu a navrácení předoperačních komplikací.

Literatura

1. Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews* 2015; 6(1): 32–63.
2. Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen C, Batty GD, Nabi H, Singh-Manoux A, Kivimäki M. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data. *Obesity Reviews* 2013; 14(4): 315–323.
3. Maclean JC, Xu H, French MT, Ettner SL. Personality disorders and body weight. *Economics & Human Biology* 2014 12(Supplement C): 153–171.
4. Powers AD, Oltmanns TF. Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: the mediating role of obesity. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, 2013; 4 (2): 152–159.
5. Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Lipschutz PE, Faulconbridge L, Raper SE, Williams NN. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I–II obesity. *Obesity*, 2006; 14: 90–98.

RVO-VFN64165 a IGA NT 13299-4.

10. Speciální forma arteterapie pro ženy s poruchami příjmu potravy

Dostálová I.

Soukromý ateliér, Praha 5

Přizpůsobila jsem klasickou arteterapii specifickým potřebám, povahovým rysům a modelům chování žen s poruchami příjmu potravy. Tato speciální forma arteterapie je založena na podvědomé fixaci pozitivních pocitů prostřednictvím stimulace více složek smyslové soustavy a postupném odstraňování bloků vůči osobám (např. matka, otec), životním etapám nebo situacím, které přispěly k rozvoji onemocnění. Mým cílem je vyzkoušet dlouhodobou doplňkovou terapii ke klasické psychologické/psychiatrické péči, která by mohla sloužit jako pomocný „opěrný bod“ v normálním životě, např. po návratu z hospitalizace a zpětném začleňování se do kolektivu ve škole, v práci apod., kdy je na ženy s poruchou příjmu potravy kladen velký tlak reálný svět ustát. Byla bych ráda, aby ženy tuto možnost nevnímaly jako další léčbu, ale jako způsob relaxace.

Klíčová slova: arteterapie, stimulace smyslové soustavy, podvědomá fixace, zdravá sebeláska.

Rozhodla jsem se využít svých více než desetiletých zkušeností z oblasti klinického výzkumu v endokrinologii a interním lékařství, znalostí neurobiologie a fyziologie, výtvarného umění i svých životních zkušeností k tomu, abych se snažila přizpůsobit klasicky užívanou arteterapii specifickým potřebám, modelům chování a povahovým rysům žen s poruchou příjmu potravy. Prostřednictvím podvědomé fixace pro jednotlivce prospěšných pocitů stimulací více složek smyslové soustavy se snažím v rámci



výtvarného projevu záměrně nastavovat situace, které by mohly pomoci k lepšímu pochopení sebe samé, své rodiny, okolí i vzájemných vazeb a pomoci najít okamžiky v životě, kdy se jednotlivci cítí opravdu šťastní, a tento pocit si uchovat. Snažila jsem se vymyslet formu arteterapie, která by byla vhodná jako dlouhodobá doplňková terapie ke klasické psychologické/psychiatrické léčbě, např. po skončení hospitalizace a návratu do běžného života, kolektivu, školy, práce. U žen s poruchou příjmu potravy se zaměřuji na zmírnění maximalizmu a přehnaných nároků sama na sebe, na přijímání sebe samé se všemi svými klady i zápory, na zdravou sebelásku, která je nezbytným předpokladem pro úspěšné fungování v životě, na model chování v rodině a dětství, kdy se základy nemoci utvářely, a na zmírnění hyperaktivity, event. motorického neklidu, pokud je přítomen. Program přizpůsobuji postupně každé ženě na míru tak, jak postupně vyvstávají otázky a bloky vůči určitým osobám, životním situacím nebo životním etapám, které postupně přispěly k rozvoji onemocnění.

Literatura

1. Cathy A. Malchiodi: The Art Therapy Sourcebook <http://ivana.dostal.eu.com/>

11. Pro ana blogy

Pourová V.

1. LF UK, BNT, 3. ročník

Podle systému Mezinárodní klasifikace nemocí je mentální anorexie porucha vyvolaná úmyslným hubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Objevuje se nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, jejichž strach z nabrání váhy je silnější než jiné myšlenky, takže pacientky usilují o nižší tělesnou váhu

omezením jídla a nadměrným pohybem. Může být přítomno zvracení, průjem a užívání laxativ, anorektik a diuretik. Důsledkem nemoci je podvýživa a sekundární endokrinní i metabolické změny a poruchy tělesných funkcí.

Onemocnění je typické pro období dospívání a časně dospělosti, které je charakterizováno upevňováním identity a srovnáváním se s vrstevníky. Striktní redukční diety se pak mohou zdát být snadnou a rychlou cestou k úspěchu a k přiblížení se ideálu krásy. I když nejčastějšími pacienty jsou dívky, nemocí mohou trpět i chlapci, muži a dospělé ženy. Pro ana blogy, kterými se zabývá tato práce, jsou však stále výsadou mladých děvčat.

Příčiny vzniku mentální anorexie jsou multifaktoriální a nelze je zobecnit, protože se u každého pacienta mohou nepatrně i významně lišit. Existuje více způsobů klasifikace rizikových faktorů, jedním z nich je dělení na psychosociální, osobnostní a genetické. Roli tedy hraje mimo jiné věk, pohlaví, etnikum, povahové rysy, jako je perfekcionismus, míra sebevědomí či výbušnost a rodinné faktory. Velký vliv má také prostředí, ve kterém se pacient pohybuje – vyšší prevalence je u tanečnic, modelek a sportovkyň. Může jít však také o internetové prostředí a sociální sítě, které pacient navštěvuje, kde se vyskytuje velmi často a může mu přikládat větší důležitost než prostředí reálnému.

Existuje mnoho webových stránek, diskuzních fór a internetových deníků, které sdružují lidi s podobnými zájmy, cíli a hodnotami. V případě mentální anorexie je řeč o pro ana blozích, které navštěvují především dívky toužící po zhubnutí. Nízká váha však nemusí být jediným zdánlivým přínosem pro ana komunity pro její členky. Blogy fungují jako prostředí, kde se dívky se společným, velmi extrémním zájmem virtuálně se-



tkávají a řeší podobné problémy. Pouto mezi nimi tedy může být velmi silné, stejně jako pocit sounáležitosti a začlenění. V dospívání, kdy mladý člověk hledá sám sebe, je jakési nalezení pochopení a podpora vrstevníků velmi důležitá a anorektičky nemají v reálném světě často mnoho možností, kde takto silné porozumění nalézt, internetová komunita je tedy jedinečným řešením. Většinou se dívky snaží, aby nikdo z okolí o jejich komunitě nevěděl a nesnažil se jim pomoci, protože o pomoc nestojí a nabízení léčby považují za nepochopení okolím. Jak vyplývá z bakalářské práce Terezy Makové, dívky píšící pro ana blogy se dělí na dvě skupiny – na ty, které svou diagnózu nepřijímají a považují anorexii za životní styl, a na dívky, které uznávají, že jsou nemocné, tato nemoc jim však přináší uspokojení a dodává jim pocit sebekontroly a silné vůle. Většina blogerek na svých stránkách veřejně přiznává, že jde o pro ana blog – toho označení často nese již v názvu. Je tedy zřejmé, že autorky touží po anorektické postavě a mentální anorexií mít chtějí, přijímají ji a dobrovolně udržují.

Založit si internetový blog může každý, v nabídce je spousta neplacených domén, zveřejnění blogu je zdarma. Dalším usnadněním je široká nabídka bezplatných šablon pro psaní článků a vkládání obrázků, jediné, co autor potřebuje, je tedy počítač a připojení k internetu. Pro ana blogy fungují převážně jako deníky dívek, často s velmi osobním obsahem týkajícím se rodiny, školního prostředí, vztahů a přátelství. Často se objevují články, kde se dívka vypisuje z nešťastné nálady, po hádce s blízkými osobami nebo z osobního selhání. Velká část děvčat popisuje problémy s rodiči a jejich nepochopení, stěžují si, že je rodiče nutí jíst a přibírat na váze. Některé dívky měly v minulosti nadváhu a jejich rodiče jim doporučovali

hmotnost zredukovat nebo na jejich váhu nepříjemně naráželi, proto tyto dívky tvrdí, že rodiče neví, co chtějí a nejsou nikdy spokojeni, když najednou je nutí zase přibrat. Další součástí blogů jsou jídelníčky se záznamem pohybové aktivity a pitného režimu. Jak již z diagnózy mentální anorexie vyplývá, tyto jídelníčky obsahují velmi nízký kalorický příjem, nadměrnou aktivitu a pití velkého množství tekutin. Objevuje se ve velkém množství káva a zelený čaj, což dívky odůvodňují tím, že tyto nápoje podporují spalování kalorií. Mezi pravidelnými články se objevuje i takzvaná thinspiration, tedy inspirativní obrázky velmi hubených dívek, kterým se chtějí autorky přiblížit. Často mají na blogu zveřejněnou svou aktuální váhu a postupně si odškrtaávají nižší a nižší čísla, uvedena bývá i vytoužená váha, které se postupně přibližují. Významnou součástí blogu je i seznam spřátelených blogů, podle kterých se dá vysledovat část pro ana komunity. Autorky jednotlivých blogů spolu komunikují v komentářích, podporují se v anorektickém chování a při delší neaktivitě některé pisatelky se o ni i strachují. Podpora v diskuzi pod článkem je pro většinu autorek velmi významná, na dotazy odpovídají a přijímají i náměty na články. Na některých blozích se objevují i recepty a tipy na vaření. Tato jídla mají samozřejmě velmi nízký obsah kalorií a přitomna jsou převážně zeleninová jídla. Některé anorektičky mohou sympatizovat i s veganským nebo raw stravováním, protože pro ně znamená další jasně stanovená pravidla.

Pro pro ana komunitu je typické, že je velmi uzavřená pro okolí, nikoho nenutí ani nepřemlouvá do ní vstoupit, články, i když jsou veřejné pro všechny, jsou určeny především členkám komunity. Pokud chce některá dívka do komunity vstoupit a je podobného smýšlení jako ostatní členky, bývá přijata. Naopak, jestliže se



někdo rozhodne začít léčit, dívky ji neodsoudí, ale často podpoří a její odchod z komunity respektují.

Vliv pro ana komunity na průběh léčení se však jeví spíše negativním, a to především v pozdější fázi léčby. Na dívku, která se rozhodne léčit, řídí se doporučením lékaře a přidá na jídle, i když ze začátku jí třeba pořád méně, než by měla, má podle mého názoru návštěva pro ana blogů velmi negativní vliv. Jde především o skutečnost, že má stále na očích fotky dívek z thinspirace s nízkým BMI, které jí připadají normální nebo krásné, vidí, jak se ostatní dívky radují ze shozených kil, a může nabýt dojmu, že jiná anorektička, která jí pouze jedno jablko denně, je šťastnější. Zároveň může začít porovnávat svůj jídelníček s tím anorektickým a připadá si, že se doslova pořád jen cpe a postupně tak začne na jídle opět ubírat. Jedna dívka, se kterou komunikovala Tereza Maková ve své bakalářské práci, přirovnala anorexii k závislosti jako je každá jiná. Podle jejích slov je však možné se u jiných závislostí třeba alkoholu nebo drogám po zbytek života vyhýbat, s jídlem je však nutné se naučit žít. Já bych k závislosti přirovnala návštěvu pro ana komunity, proto bych doporučila od zahájení léčby návštěvu blogů a komunikaci v pro ana diskuzích vyřadit a spíše sdílet své dojmy s ostatními dívkami, které se z anorexie léčí, se kterými se pacientka setká v léčebně nebo na denním stacionáři.

Všimla jsem si také některých specifických blogů o stravování, například od autorky Dewii, o které jsem se z komentářů u článků dozvěděla, že je bývalá anorektička a v minulosti psala pro ana blog. U této dívky si všímám tendence zůstat v internetové komunitě, svůj zájem pouze směřovala trochu jiným směrem, a to fitness výživě a veganství. Jídlo se u ní však stále zdá být

důležitou součástí života, svou postavu řeší, a i když disponuje četnými znalostmi o zdravé výživě, některé její jídelníčky jsou velmi striktní, zkouší diety jako sacharidové vlny a velký význam přikládá pravidelným a častým návštěvám posilovny. Tato dívka podle mého názoru sice odklonila život ohrožující stav, ponechala si však pro anorektičky typickou silnou vůli, cílevědomost a jasná pravidla při postupu k cílené postavě.

Zdroje

http://is.muni.cz/th/333248/fss_b/Bc_ProANA_MakovaTereza.pdf

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

<http://www.socresonline.org.uk/16/1/1.html>

<http://www.sane.org.uk/uploads/pro-eating-disorder-websites---users-opinions.pdf>

Několik blogů:

<http://pro-ana-hubni.blog.cz/>

<http://rooftops.blog.cz/>

<http://coldplay-ana.blog.cz/>

<http://skinny-smurfette.blog.cz/>

<http://skinnyskinny.blog.cz/>

<http://hellana.blog.cz/>

<http://pro-ana-4ewer.blog.cz/>

<http://vivien-for-ana.blog.cz/>

<http://bitch-loses-weight.blog.cz/>

<http://dewiibatwoman.blogspot.cz/>



WORKSHOPY (WORKSHOPS)

Ambulantní léčba mentální anorexie a bulimie. Praktické zkušenosti z léčby, pohled pacientů s odstupem jednoho až pěti let

Krch FD., Csémy L.

Nemocní s PPP jsou velmi heterogenní skupinou pacientů, jejichž základní problematika se dynamicky mění, nejenom v souvislosti s léčbou, ale i v souvislosti se změnami dospívání a života nemocných. Přestože řada studií poukazuje na poměrně pozitivní dlouhodobý průběh, velká část odborné veřejnosti je v tomto směru stále velmi skeptická. Povzbudivé jsou i výsledky následného sledování skupiny 96 pacientek starších 15 let (osloveno bylo celkem 184 nemocných; návratnost 52,2 %), které alespoň 4× navštívily ambulanci Jednotky specializované péče pro PPP PK VFN (PhDr. Krch) a zaslaly vyplněný dotazník. S odstupem jednoho až pěti let od poslední konzultace více než 90 % bulimiček a více než 70 % dívek s anorexií už nenaplňovalo žádné ze základních kritérií poruchy. Čtyři pacientky dříve léčené s anorexií přešly do bulimie a jedna bulimička do anorexie.

Klíčová slova: mentální anorexie, bulimie, ambulantní terapie, průběh.

V trochu jiné perspektivě se jeví výsledky léčby na základě subjektivního hodnocení respondentek. 64 % pacientek s anorexií a 79,5 % s bulimií odpovědělo, že jsou vyléčeny z PPP. Zcela zdravých po tělesné a psychické stránce se cítilo 38 % respondentek. Pouze necelých 10 % uvedlo, že mají stále

problémy s jídlem, nebo že se jejich situace v tomto směru dokonce zhoršila. Nejméně u třetiny nemocných přetrvávají určité psychické obtíže i po překonání nejzávažnějších problémů s jídlem. 28 % respondentek dříve léčených s anorexií a 35 % s bulimií se v současné době léčí pro nějaké psychické problémy, mezi kterými převažuje anxiózně depresivní symptomatika. Pět respondentek uvedlo, že mělo v posledním roce problémy s alkoholem.

Dvacet jedna pacientek z 96, které odpověděly na dotazníkové šetření v době šetření, stále ještě splňovalo některé příznaky mentální anorexie nebo bulimie. Třetina z nich se po skončení ambulance s PPP, léčila ještě někde jinde. Většina z těchto 21 nemocných se kromě s PPP potom léčila ještě s jinými psychickými problémy. Naopak ze sedmdesáti pacientek, které uvedly, že jsou už vyléčené, a nesplňovaly kritéria PPP, navštěvovala psychologa nebo psychiatra jen necelá čtvrtina z nich. Mezi nevyléčenými a vyléčenými pacientkami diferencovala doba trvání poruchy; 61,5 % vyléčených a 24 % nevyléčených pacientek uvedlo trvání poruchy kratší než pět let. Naopak téměř 48 % nevyléčených pacientek uvedlo trvání poruchy delší než 10 let. Většina pacientek, které se cítily být vyléčeny (61 %), nebyla v minulosti hospitalizována, zatímco většina (60 %) těch, které uváděly trvání poruchy v současnosti, byla v minulosti hospitalizována. Většina nevyléčených pacientek (62 %) navštívila ambulanci méně často než 10x, zatímco 62 % děvčat, které uvedly, že se cítí být vyléčené, byla v ambulanci častěji než 10x. Je pravděpodobné, že počet návštěv zvyšuje pravděpodobnost úspěšné léčby, ale také současně odráží míru spolupráce pacienta a kvalitu terapeutického vztahu. Nevyléčené pacientky byly častěji z neúplné rodiny (45 %:29 %



vyléčených) a častěji se v jejich rodině (33,3 %:23,1 %) vyskytovala psychiatrická zátěž.

Kromě prezentace výsledků následného sledování a diskuze k tématu faktorů, které mohou zásadním způsobem intervenovat v průběhu léčby, bude workshop věnován praktickým aspektům ambulantní léčby PPP a práce s nespolupracujícími pacienty.

Podpořeno programem „Národní akční plány a koncepce“ MZ ČR.

Literatura

1. Nilsson K, Hägglöf B. Long-Term Follow-Up of Adolescent Onset Anorexia Nervosa in Northern Sweden. *European Eating Disorders Review*, 2005; 13: 89100.
2. Steinhausen HCH. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159 (8): 1284–1293.

Supervize a poruchy příjmu potravy

Trapková L., Chvála V.

Supervize jako součást profesionální práce v pomáhajících profesích se v posledním desetiletí stala samozřejmostí především v sociálních službách. Není však dosud samozřejmostí ve zdravotnictví. Zvláště u případů, které nás vystavují bezmoci nebo rozdělují jednotlivé členy týmu, je supervize užitečným nástrojem. Čas, který věnujeme případové supervizi, se nám vrátí v podobě zlepšeného porozumění pro chování pacienta, zklidnění vztahů v týmu a zlepšených výsledků při léčbě PPP. Nabízíme účastníkům konference workshop, ve kterém si mohou vyzkoušet náš způsob supervize, pokud přinesou své případy.

Klíčová slova: supervize, zdravotnictví.

Internetová prevence a časná intervence poruch příjmu potravy

Hanušová J.^{1,2}, Papežová H.², Štěpánková T.²

¹Pražské centrum primární prevence

²Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Workshop seznamuje s možnostmi využití internetových programů při prevenci a časně intervenci u psychiatrických onemocnění. Seznámí s „Pro-Youth“ mezinárodním internetovým programem, který se zaměřuje na prevenci poruch příjmu potravy. Referovány budou jeho přednosti, úskalí a zkušenosti z dvouletého provozu na našem pracovišti.

Klíčová slova: časná intervence, internet, preventivní program, poruchy příjmu potravy.

Internet based prevention and early intervention program for eating disorders

This workshop demonstrates the use of internet – delivered eating disorder prevention and early intervention program Pro-Youth. Pro-Youth is the European initiative for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders aiming to address those with unhealthy eating habits, body shape dissatisfaction and eating disorders in the early stage of the disease.

Key words: early intervention, eating disorders, internet based, prevention program.

Program ProYouth je cílen především na populaci s nezdoravým jídelním režimem, nespokojeností s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Osoby v riziku potřebují podporu různé



intenzity. Mnoho postižených jedinců vyhledá odbornou pomoc pozdě nebo vůbec ne, což zvyšuje riziko chronifikace. ProYouth integruje psychoedukaci, prevenci, svépomocné aktivity a včasnou poradenskou a terapeutickou intervenci pomocí internetu. Od roku 2011 je realizován v sedmi evropských zemích za podpory Evropské komise. Program je k dispozici na www.proyouth.eu. Cílovou skupinou jsou především mladí lidé ve věku 15–19 let. Program je anonymní a bezplatný. V ČR je realizátorem a garantem tohoto projektu prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN – ve spolupráci s Pražským centrem primární prevence.

V příspěvku bychom program rádi představili, včetně předvedení online, seznámili vás s výsledky a zkušenostmi z jeho užívání a s kazuistikami z poradenských chatů. Dále uvedeme výhody a případná úskalí programu a internetové prevence a intervence u poruch příjmu potravy obecně.

Dedikace P03/LF1/9.

Literatura

1. Bauer S, Moessner M, Wolf M, Haug S, Kordy H. ES S PRIT – an Internet based programme for the prevention and early intervention of eating disorders in college students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 2009; 37(3): 327–336.
2. Bulik CM, Marcus MD, Zerwas S, Levine MD, Hofmeier S, Trace SE, Kordy H. CBT4BN versus CBTF2F: Comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. *Contemporary Clinical Trials*, 2012; 33 (5): 1056–1064.
3. Papežová H. *Poruchy příjmu potravy*, Grada 2010.
4. Lindenberg, et al. *The potential of Internet-Based Programs for Eating Disorder Prevention in Students*, University of Heidelberg, 2011.

5. Lindenberg K, Moessner M, Harney J, McLaughlin O, Bauer S. E-health for individualized prevention of eating disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2011: 7.

Rodinná a vícerodinná terapie poruch příjmu potravy

Tomanová J., Arlethová, P., Papežová H.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Cílem workshopu je představit účastníkům principy rodinné a vícerodinné terapie a seznámit je s využitím těchto přístupů k terapii v Čechách. Prostřednictvím jedné z klíčových terapeutických technik využívaných v rámci programu bude demonstrována role a vliv nemoci na rodinnou strukturu a dynamiku.

Struktura workshopu: teoretická část a zážitková skupina

Maximální počet účastníků: 12

Doba trvání: 90 minut

Klíčová slova: vícerodinná terapie, společné rodinné stravování.

Family and Multi-family Therapy of Eating Disorders

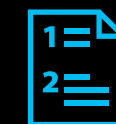
The goal of this workshop is to present to participants the concepts of family and multi-family therapy and to inform them of using of these therapeutical approaches in the Czech Republic. By the one of the key therapeutic methods used in the programme will be demonstrated the influence of the disease on the family structure and dynamics.

Methods of workshop: theoretical part and experience-group

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. Existuje více přístupů a metod. Hlavním proudem je systemická a narativní rodinná terapie a poradenství, které nabízejí širokou škálu praktických nástrojů pro práci se systémem rodiny, kontextem jevů a vztahů. Vícerodinná terapie vychází ze systemiky, kterou efektivně propojuje s dalšími přístupy, jako jsou KBT, dynamická psychoterapie nebo prvky z psychosomatických disciplín. Jde o ucelený program začleněný do komplexní péče o pacienty s poruchami příjmu potravy. 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 byl ukončen již sedmý cyklus. Cílem terapeutického týmu je zavést vícerodinnou terapii do systému léčby, učinit ji dostupnou většímu počtu rodin a nabídnout vnímání poruchy příjmu potravy jako problému rodiny, a ne jen „identifikovaného“ pacienta.

Během 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.

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 identifikaci vztahových a komunikačních vzorců a jejich pochopení, případně proměnu.

Podpořeno: Prvouk P03/LF1/9.

Literatura

1. Asen E. Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 2002; 24: pp. 3–16 .
2. Čermák I, Mioviský 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*, 2000; 8: 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.*, 2003; Supl. 1: pp. 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 1997; 54: pp. 332–335.
8. Gjuríčová Š, Kubička J. Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy. Praha, Grada, 2003.
9. NICE (2004) 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.
10. Papežová H. Anorexia nervosa. Praha, Psychiatrické centrum, 2000.
11. Scholz M, et al. Multiple Family Therapy for Anorexia Nervosa: concepts, experiences, results. Journal of Family Therapy, 2005; 27: pp. 132–141.
12. Vandereycken W, Kog E, Vanderlinden J. The Family Approach to Dieting Disorders. PMA Publishing corp. New York 1989.

Režim na specializovaném lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy

Šimůnková H., Hrubá J.

**Lůžkové oddělení Centra pro poruchy příjmu potravy,
Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha
The Center for Eating Disorders, Department
of Psychiatry, 1. Faculty of Medicine, Charles University**

Regime in specialized ward for patients with eating disorders

Práce s pacienty s poruchou příjmu potravy je velice různorodá. Tento standard vznikl na základě dlouhodobých klinických zkušeností. Zahrnuje cíle k úspěšnému léčení, specifika při příjmu pacienta na oddělení, jídelní a terapeutický režim. Dále se zaměřujeme na to, čemu je třeba věnovat zvýšenou pozornost,

motivační intervence sestry při péči o pacienta s poruchou příjmu potravy.

Jídelní a terapeutický režim je nedílnou součástí úspěšného léčení pacientů s PPP a zaměříme se na něj v našem workshopu.

Work with patients suffering from eating disorders is very variable. The standard was created based on years of clinical experiences. It includes objectives for successful treatment, specifics for accepting patients to the hospitalization, eating and therapeutic regime. We are also focusing on things, that need increased attention such as motivational intervention of nurses during taking care of patients with eating disorders.

Inpatient ward of The Center for Eating Disorders, Department of Psychiatry, 1. Faculty of Medicine, Charles University

PREZENTACE PROJEKTU NA DRUHÝ POHLED

Jsmo Na druhý pohled, skupina žen, které spojuje osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy.

Projekt je výsledkem několika blogových světů, které se dlouhodobě setkávaly ve virtuálním prostoru, dotýkaly se vzájemně a nesly podobné poselství o bojích s PPP. Fungujeme převážně virtuálně, naživo pak kreativním způsobem, s ohledem na anonymitu zapojených. Náš projekt považujeme za výjimečný hlavně díky vzájemnému propojení, vůli k životu a opravdovosti.

Projekt je zaměřen primárně na sdílení a budování bezpečného prostoru pro uzdravování. Cíle projektu jsou orientovány na transformaci pasivního přístupu, posilování sebedůvěry, otevírání se sobě navzájem, a tím přípravu na otevření se vnějšímu světu, mimo bariéry PPP. Vyjadřování niterních potřeb a postojů, ať už jakkoli pokřivených PPP, které jsou sdíleny, přijímány a získávají



reálnou zpětnou vazbu, považujeme za klíčové pro formování vlastní motivace k léčbě.

Druhotně se skrze projekt snažíme poukázat na mezery a nepřesnosti v obecném povědomí veřejnosti o PPP. Je smutným faktem, že i v dnešní době v médiích i odborných textech (!) zaznívají stále dokola převážně anorexie a bulimie a že stále se rozpínající trendy tzv. „zdravého životního stylu“ kolísají na hranicích patologického přístupu k jídlu. Smutným faktem je například i to, že hospitalizace stále řeší vnější projevy (např. jídlo) více než vnitřní procesy nemocného. Dotýká se nás neinformovanost, a ještě více některé přístupy odborníků v oblasti PPP, kteří jako by nedokázali opustit svět příruček a učených manuálů.

Nejsme v opozici vůči odborníkům či řízené léčbě PPP, ale chceme našimi osobními příběhy a projektovými aktivitami otvírat nepřímé dialogy se společnostmi. Záměrem projektu také není vytvářet řízené svépomocné skupiny nebo být alternativou odborné léčby PPP. Skupinové aktivity si přejeme především za účelem potírání pocitu osamělosti a osobního růstu. Snažíme se být sebou pro sebe, a vytvářet zázemí, v němž je možné být sama sebou. Nepodporujeme lidi, kteří se nechtějí uzdravit, a po několikaletém společném fungování jsme si uvědomily, že vznik **Na druhý pohled** poměrně jasně definoval spektrum lidí, které projekt hluboce oslovuje, a že se tedy není třeba obávat o smysl našich aktivit.



X. Mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě
X. International and Interdisciplinary Eating Disorders and Obesity Conference

DĚKUJEME PARTNERŮM KONFERENCE ZA PODPORU



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ



Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast na finančním zajištění konference

www.psychiatriepropraxi.cz

