

můžeme někdy zjistit individuální vyvolávající příčiny. Takovou bezprostřední příčinou mohou být nevhodné poznámky o postavě ze strany blízkých osob (rodičů, sourozenců, kamarádů) nebo učitelů, někdy se o nevhodném zvyšování váhy jako první zmíní dětský lékař. Další příčinou může být zátěžový faktor, např. ve formě onemocnění nebo úmrtí blízké osoby, rozvodu rodičů a dalších traumatických vlivů. Za nejvýznamnější vyvolávající faktor poruchy můžeme považovat dospívání a změny, které přináší.

Jak poznají rodiče u dítěte riziko počátku mentální anorexie?

U dívek se obvykle začne měnit způsob stravování, začnou omezovat příjem potravy, zejména sladká a tučná jídla. Začínají se zaměřovat na zdravou výživu, vegetariánství, shromažďují recepty, znají kalorickou hodnotu potravin a sledují ji. Příjem potravy rapidně klesá, někdy omezují i tekutiny. Dívky se vyhýbají jídlu ve společnosti (školní jídelně, ale i rodinnému stravování).

Zvyšuje se fyzická aktivita, až několik hodin denně cvičí, navštěvují sportovní kroužky, brzy vstávají, pracují v domácnosti. S postupem doby aktivita ustupuje, objevuje se únava a vyčerpanost.

Dívka je zaujata hmotností, často se váží, měří objem pasu, pozoruje se ve zrcadle. První zhubnutí navozuje dobrou náladu a pocity hrdosti. Ukládá si zhubnutí i tehdy, když je její hmotnost objektivně nízká. Zpočátku může být dívka společenská, postupem doby se uzavírá, stahuje do sebe, objevují se depresivní příznaky. Pokud dívka ztrácí menstruaci, může toto utajit.

V kontaktu s rodiči dochází ke konfliktům. Zpočátku ráda diskutuje o zdravé výživě, postupně buď obhájuje svoje nepřiměřené postoje k jídlu a hmotnosti, nebo nekomunikuje. Někdy reaguje vyčítavě, v adolescentním věku pozorujeme často zesílení vazby na matku a odmítání otce.

Nechce k lékaři, bojí se psychiatrie a případné hospitalizace, rodičům vyhrožuje, že nebude jíst vůbec, pokud ji dají do nemocnice, má strach, že ji chtějí „vykrmit“.

V takové situaci je na místě vyhledat lékaře, pediatra, dětského psychiatra, psychologa.

Dají se tyto poruchy léčit?

První kontakt s dětmi trpícími poruchami příjmu potravy začíná často na pracovištích dětských lékařů, protože rodiče mívají na počátku starost zejména o tělesné zdraví dítěte. Je třeba, aby byli pediatři dobře informováni o poruchách příjmu potravy a jejich specifikách, neboť podobně jako starší adolescenti, děti s těmito poruchami, zejména na počátku poruchy, nebývají pro léčbu motivovány, mohou popírat a racionalizovat vlastní chování. Dětské lékaře by měli mít k dispozici psychologické nebo pedopsychiatrické vyšetření dítěte. Efektivní intervence musí zahrnout psychotherapeutický přístup, může být indikovaná farmakoterapie. Když ambulantní léčba nefunguje, je třeba uvažovat o hospitalizaci dítěte.

Hospitalizace je indikovaná v případě výrazného poklesu hmotnosti, spojeného s kachexií (celkovou silnou sešlostí, pohublostí). Dalším důvodem může být depresivní syndrom nebo jiné psychiatrické projevy s nebezpečím sebevražedného chování, nebo patologické rodinné interakce kolem jídla a hmotnosti. Terapie v průběhu hospitalizace musí být multimodální (zahrnující více léčebných metod), zahrnující přístupy psychologické i farmakoterapeutické.

Důležitou součástí léčby je obnovení výživy (realimentace), která je podmínkou dalšího uplatnění psychotherapeutických přístupů. Vzhledem k mladšímu věku je bezpodmínečně nutné pracovat s celou rodinou dítěte formou rodinné terapie, skupin pro rodiče a rodinného poradenství.

Psychotherapie zahrnuje individuální terapii, skupinovou terapii, rodinnou terapii, arteterapii, muzikoterapii. V průběhu hospitalizace dítěte je třeba zajistit, aby nebylo přerušeno školní vzdělávání.

Farmakoterapie přichází v úvahu zejména při depresivním syndromu. Nejčastěji indikovanými léky jsou anxiolytika a antidepresiva.

Ambulantní léčba je možná v případě dobré spolupráce rodiny, lehčích forem poruchy, dobré spolupráce pacienta.

Co je to BMI – Body Mass Index?

Vyjadřuje hodnotu, kterou vypočítáme, když hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech umocněnou dvěma.

Hodnoty BMI

BMI méně než 17,5 – výrazná podváha svědčící pro poruchu příjmu potravy

BMI méně než 19 – podváha

BMI 19 – 25 – průměrná tělesná hmotnost

BMI 25 – 30 – nadváha

BMI více než 30 – obezita

BMI 40 a více – těžká obezita



Autorka

Doc. PhDr. Jana Kocourková

Recenze

Doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Grafická úprava

GEOPRINT

Odpovědná redaktorka

Mgr. Dana Fragnerová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10

Publikace je podpořena výzkumným záměrem 2. LF UK Praha, č. 111300003

Realizoval GEOPRINT, Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2004

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ

Mentální anorexie



mentální bulimie

v dětství a adolescenci



Poruchy příjmu potravy se vyskytují převážně u dívek a mladých žen ve formě mentální anorexie nebo mentální bulimie. Problémy spojenými s jídlem, hmotností a s přáním být štíhlá trpí asi deset procent mladých žen, z toho přibližně u poloviny z nich můžeme již hovořit o výskytu klinických příznaků poruchy. Zvyšující se počet onemocnění bývá dáván do souvislosti se sociokulturními faktory, jako je relativní nadbytek potravy, posun ideálu krásného lidského těla ve směru k větší štíhlosti a prosazování hodnot, jako je výkon, úspěch a důraz na individualitu. Jde sice převážně o onemocnění dívek a mladých žen, ale může se objevit i u dětí. U chlapců a mužů se vyskytuje rovněž, přibližně v poměru 1 : 10.

Jaké jsou projevy mentální anorexie a mentální bulimie?

Mentální anorexie

Mentální anorexie se vyskytuje častěji než mentální bulimie u dívek mladších patnácti roků. Diagnostická kritéria 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se snaží zahrnout i dětský věk, avšak jejich zhodnocení je nutné přizpůsobit vývojovému hledisku.

Kritéria poruchy:

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně pod 15 % pod předpokládanou hmotností nebo tzv. Queteletův index hmoty těla (BMI) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný hmotnostní přírůstek. Toto diagnostické kritérium lze aplikovat i na dětský věk. Dětské pacienty někdy na váze klesnou málo, jejich váha stagnuje, dojde k obvyklému růstu, který však není doprovázen vzestupem hmotnosti. V mnohých případech dojde k zabrzdění růstu.

2. Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých se „tloustne“, a užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

Klinický obraz se u dětí v tomto bodě velice blíží adolescentnímu či dospělému věku. Již dívky pod deset roků jsou schopny držet radikální diety, excesivně cvičit nebo si vyvolávat zvracení. Zneužívání medikamentů je u dětí z hlediska k jejich menší dostupnosti méně časté. Pro dětský věk je charakteristická větší závislost na rodičích, rodiče jsou do problémů pacientek více zapojeny. Často to bývají děti do té doby zcela neproblematické, které dosud rodičům vždy vyhověly, dobře se učily. V rámci poruchy dochází postupně k negativnímu ovlivnění vztahů v rodině. Většinou matky se snaží děti do jídla nutit, ty se tomu brání, snaží se s jídlem manipulovat, jak rodiče říkají, „podvádět“.

3. Je přítomna specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkrleslá představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou hmotnost.

I děti v předškolním věku, trpící mentální anorexií, verbalizují tyto obavy a je u nich přítomna výrazná porucha tělového schématu.

4. Je přítomna rozsáhlá endokrinní porucha, která se u žen projevuje hlavně ztrátou menstruace (amenoreou).

5. Jestliže se začátek onemocnění objeví před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorei, u hochů zůstávají dětské genitály). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche – první menstruace je opožděna.

Amenorea je významným diagnostickým vodítkem pro diagnózu mentální anorexie. Často to bývá první příznak, kterého si dítě nebo rodiče povšimnou a vzbudí jejich pozornost. To se samozřejmě týká dívek již menstruujiících. U dívek, které dosud nemenstruovaly, dochází charakteristicky k opoždění menarche. Naše klinická zkušenost ukazuje, že alespoň u části nemocných relativně časnější nástup menarche představuje určité riziko pro raný začátek onemocnění. Menarche je také spojena s rozvojem sekundárních pohlavních znaků, jejichž dřívější rozvoj může dívky zúzkostňovat a vést k zahájení dietních praktik.

Zjednodušená kritéria mentální anorexie pro dětský věk:

- úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel),
- nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy,
- chorobné zabývání se hmotností nebo postavou.

Děti trpící mentální anorexií se zabývají hmotností podobným způsobem jako starší adolescenti. Extrémní zaujetí energetickým příjmem bývá u dětí nápadné v tom, že se stávají experty na potraviny a jejich energetickou hodnotu, mívají sešity s propočítanými hodnotami a rozepsanými dietami. Strach z přibírání je běžný, ale v dětském věku může být popírán, respektive vyjadřován nepřímo. Zvracení, které je volně vyvoláváno, je součástí způsobů, jak udržet nízkou hmotnost v případě, že dítě jí (např. když je donuceno dospělými). Cvičení u dětí zabírá někdy až několik hodin denně, a je-li dítě ve cvičení omezováno, cvičí tajně např. v koupelně. Zneužívání laxancií bývá pozorováno spíše u starších pacientů.

Mentální bulimie

Typickým věkem počátku mentální bulimie je 17 - 18 let, v dětském věku se vyskytuje zřídka. Mentální bulimie se často vyskytuje po epizodě mentální anorexie.

Kritéria poruchy:

1. Neustálé se zabývání jídlem, touha po jídle a přejídání velkými dávkami jídla během krátké doby.

2. Snaha potlačit výživný účinek jídla různými způsoby, například vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika nebo diuretika.

3. Je přítomný strach z tloušťky

Při vzniku mentální bulimie s tzv. raným počátkem poruchy bývají zmiňovány rizikové faktory spojené s výskytem afektivní poruchy, alkoholismu nebo obezity v rodině. Bývá také zmiňován vliv stresujících životních událostí a malá stabilita domova. Nebyly zjištěny významnější rozdíly v jídelní patologii u mladších a starších pacientů, ale u mladšího souboru bylo nalezeno více rizikových faktorů (např. častější výskyt depresivní poruchy v rodině).

Jaké jsou rizikové faktory vzniku těchto poruch?

Příčiny poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů. Rizikové faktory významné pro vznik poruchy mají kumulativní charakter. Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny formy poruch

příjmu potravy (například sociokulturní zaměření na tělo, štíhlost a diety), jiné rizikové faktory mohou být specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (například rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických pacientek).

Biologické faktory

Biologické faktory spolupodmiňují projevy onemocnění a představují rizikový faktor poruchy, který nabývá na významu až v souhrně s faktory psychosociálními. Dědičné okolnosti představují riziko, které je zřetelnější v rodinách s výskytem depresivních poruch, závislostí a obezity. Riziko vzniku poruchy zvyšuje ženské pohlaví a dále hruškovitá distribuce uložení tuku v těle.

Psychologické faktory

Psychologické faktory, které můžeme pokládat za rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy, se týkají osobnostních rysů, zejména charakteru jejich emocionality a vztahů. Osobnostní profil bývá odlišný u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Anorektičky mívají rysy úzkostnosti, jsou perfekcionistické, zaměřené na výkon. Oproti tomu bulimičky bývají impulzivní, s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškozování. Typické projevy se vyskytují v oblasti vývoje, kdy je v chování dítěte patrné silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných osob (rodičů), od kterých se obtížně separují.

Rodinné okolnosti

Rodinné okolnosti jako rizikový faktor vzniku poruchy příjmu potravy jsou nejčastěji vyjádřeny problematickou rodinnou interakcí. Jde jednak o formální znaky komunikace, jednak o obsah komunikace (např. zaměření na jídlo, diety, štíhlost). V této souvislosti připomínáme, že se již setkáváme s poruchami příjmu potravy v druhé generaci, tedy v rodinách, kde matka v minulosti touto poruchou trpěla, a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a tzv. zdravou stravu. Toto své zaměření pak přenáší na své děti. Formální způsob komunikace může odlišovat rodiny s anorektickým dítětem (uzavřené, rigidní rodiny s důrazem na perfekcionismus a výkonnost) od rodin bulimických pacientek (rodiny se znaky dezorganizace, nedostatečně pečující o děti).

Sociokulturní podmínky

Sociokulturní podmínky představují nepochybně jeden ze sice nespecifických, ale velmi důležitých rizikových faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy. Současné práce předkládají údaje o zvyšujícím se výskytu poruch příjmu potravy v zemích západního světa v posledních desetiletích. Sociokulturní zaměření na štíhlost, diety, sebekontrolu a sebeovládání, prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy a dívky ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou zejména tzv. rizikové skupiny (gymnastky, baletky, modelky). Pro dospívající dívky bývá identifikace s tímto prakticky nedosažitelným ideálem štíhlosti poškozující a přinášející trvalou nespokojenost se sebou.

Co tyto poruchy vyvolává?

Výše uvedené rizikové faktory představují jak celospolečenské (sociokulturní), rodinné (rodinná konstelace), tak i individuální (např. osobnostní charakteristiky) pozadí pro rozvoj mentální anorexie a mentální bulimie. Kromě těchto faktorů