

PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ADOLESCENCI

JANA KOCOURKOVÁ¹, HANA PAPEŽOVÁ², JIŘÍ KOUTEK¹

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK Praha

² Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha

ABSTRACT

Prevention of eating disorders in adolescence

Eating disorders represent important problem particularly among adolescent girls. Early onset of eating disorder represents risk factor for somatic, psychological, and social development. The length of the period between the occurrence of symptoms and initiation of therapy has significant impact on the prognosis. Therefore, it is necessary to raise adequate awareness in non-medical circles. There are two types of preventive measures: general and specific. The more general one focuses on the family functioning, and developmental issues. The more specific prevention measures focus on positive relationship to individual's own body and on diets. De-stigmatization of people suffering from eating disorder who are already in psychiatric and psychological treatment also requires special attention.

Key words: eating disorders; adolescence; risk factors; prevention

Úvod

Nejrozsáhlejší množství poznatků o poruchách příjmu potravy vychází ze zkoumání adolescentních dívek a mladých žen. Řada prací však dokazuje, že se tyto poruchy vyskytují i v jiných věkových skupinách, například v období dětství a počátku dospívání. Nás zajímá toto vývojové období zejména proto, že vykazuje vysokou citlivost na vývojové změny a porucha příjmu potravy působí destruktivně na všech úrovních dospívání (biologická, psychologická, sociální úroveň). Děti s mentální anorexií mladší 12 let tvoří 5 % pacientů v rámci této poruchy. Porucha bývá obtížněji identifikována mimo jiné proto, že děti svoje důvody k omezování příjmu potravy uvádějí v jiných termínech než adolescenti, často je popírají nebo si stěžují na nechutenství či různé somatické obtíže spojené s jídlem. Kromě typické formy mentální anorexie a mentální bulimie (která se v tomto věku vyskytuje velmi zřídka) nacházíme v dětském věku ještě další atypické formy poruch příjmu potravy: emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu, poruchu spojenou s extrémní vybíravostí v jídle a syndrom pervazivního odmítání. Mimo odborné klasifikace vzniká množství nových diagnóz jako je ortorexie (patologické zaujetí zdravou výživou) nebo biorexie (svalová dysmorfofobie převážně u mužů závislých na posilování, kteří zneužívají potravinové doplňky a anabolika). Porucha příjmu potravy se může objevit i u chlapců, je uváděn poměr přibližně 1 : 10 v relaci k dívkám.

Z terapeutického hlediska je důležitá včasná intervence, která je nejvýznamnějším pozitivním faktorem při posuzování prognózy poruchy. Terapie začíná většinou ambulantní formou a podílí se na ní více odborníků (pediatr, pedopsychiatr, psycholog, gyne-

kolog), důležitou úlohu v rané detekci poruchy mají školští pracovníci. Terapeutické přístupy jsou multidimenzionální a zejména v dětském a adolescentním věku zdůrazňující spolupráci s rodinou pacienta.

Prevence představuje významnou součást péče, která by měla vést k omezení rizikových faktorů nejen u dětí a adolescentů, kteří již jsou poruchou příjmu potravy ohroženi, ale měla by být zaměřena i na ty, kteří dosud takovou poruchou dosud netrpí, ale jsou vystaveni rizikovým faktorům prostředí. Formy preventivní intervence se musí přizpůsobit i současným trendům, kterým je zaměření mladé generace na internet a sociální sítě (Papežová, 2010).

Přehled poruch příjmu potravy se zaměřením na dětství a adolescenci

Mentální anorexie je jednou z nejznámějších forem poruch příjmu potravy. Má specifická diagnostická kritéria (dle Mezinárodní klasifikace nemocí), která zahrnují úmyslně vyvolávaný úbytek váhy, strach z tloušťky a rozsáhlé endokrinní potíže (amenorea). Zejména kritéria vztahující se k somatickým změnám v důsledku váhového úbytku nejsou pro dětský věk adekvátní. Proto Lask a Bryant-Waugh (1993) navrhují pro dětský věk kritéria, která nejsou zcela totožná s mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10. Těmito kritérii jsou:

- 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 kalorickou hodnotu, mívají sešity s propočítanými hodnotami a rozepsanými dietami. Strach z přibrání je běžný, ale v dětském věku může být popírán, respektive vyjadřován nepřímě. Zvracení, které je volně vyvolávané, je součástí způsobů, jak udržet nízkou váhu v případě, že dítě jí (např. když je donuceno dospělými). Nadměrné cvičení bývá podobným znakem sloužícím kontrole váhy a v uváděném souboru bylo zjištěno v 33 %. 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 v souborech starších pacientů.

Zajímavý koncept tzv. *infantilní mentální anorexie* popisuje Chatoor (1989), která vycházela z vývojového modelu separačně individuálního procesu a infantilní mentální anorexii popsala jako poruchu separace. Začátek poruchy je obvykle mezi šesti měsíci a třemi roky života dítěte, kdy rodiče obvykle přicházejí se stížnostmi na to, že dítě odmítá jíst nebo si v jídle extrémně vybírá. Jde o problematické prosazování autonomních potřeb, které se odehrávají na poli příjmu potravy mezi matkou a dítětem.

Mentální bulimie s typickými záchvaty přejídání a následného vyprovokovaného zvracení a trvajícím obavou z tloušťky se v dětském věku (pod 14 let) vyskytuje zřídka. Tímto syndromem u dětí se zabývali Schmidt, Hodes a Treasure (1992), kteří zkoumali soubor 23 případů s tzv. raným začátkem mentální bulimie a srovnávali s věkově typič-

tějším začátkem mezi 17–21 lety. Nenalezli významnější rozdíly v jídelní patologii, ale u mladšího souboru našli více rizikových faktorů (např. častější výskyt depresivní poruchy v rodině).

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu byla popsána jako porucha ležící na pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Má následující charakteristiky:

- vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy,
- úbytek tělesné hmotnosti,
- porucha nálady, která nespĺňuje kritéria pro primární afektivní poruchu,
- nepřítomnost nepřiměřeného vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy,
- nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností nebo postavou,
- nepřítomnost organického onemocnění mozku nebo psychózy.

Při této poruše děti uvádějí různé důvody, proč nejí, například strach, že jim bude špatně, strach z nákazy špatným jídlem, strach z toho, že dítě jídlo nespokne a udusí se nebo se pozvrací, nebo udává po požití jídla bolesti břicha. Děti přestávají přijímat potravu a mohou být z hlediska somatických následků ohroženy stejně jako děti s typickou mentální anorexií. Uvádí se ale, že tito pacienti reagují lépe na terapeutickou intervenci než v případě mentální anorexie.

Syndrom vybíravosti v jídlu bývá pozorován u dětí 8–12letých a je charakterizován omezeným rozsahem jídel, který tyto děti přijímají. Tyto děti, často chlapci, jedí obvykle dvě nebo tři potraviny a kolem takového rigidního jídelního chování se mohou v rodině objevit konflikty, pro které rodiče často přicházejí. Omezení ve stylu obvyklého stravování ztěžuje dítěti psychosociální adaptaci v cizím prostředí.

Syndrom pervazivního odmítání je popisován jako stav, který je spojený s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe. Tento stav má pervazivní charakter. Může začínat jako mentálně anorektický syndrom a postupně vést k vyhýbání se i jiným aktivitám a kontaktům. Většinu pacientů představují dívky mezi 8–14 roky. Původně byl tento syndrom koncipován jako dětská varianta posttraumatické stresové poruchy v souvislosti se sexuálním zneužíváním. Tato hypotéza se nepotvrzuje, ale na traumatizující okolnosti u dítěte je třeba v případě syndromu pervazivního odmítání pomýšlet.

Rizikové faktory vzniku poruchy

Rizikovým faktorem je pohlaví, neboť poruchou příjmu potravy onemocní častěji dívky a ženy, přibližně 10krát častěji než chlapci a muži. Z hlediska věku je pro onemocnění poruchou příjmu potravy nejrizikovější adolescence a časná dospělost (Hoek, van Hoeken, 2003), i když je třeba říci, že vznik poruchy se posouvá směrem a mladším i starším věkovým skupinám.

Sociokulturní okolnosti, vliv médií

Sociokulturní prostředí s důrazem na štíhlost, která je zprostředkována zejména masmédií, jako je televize, film, časopisy pro dívky a ženy, negativně ovlivňuje sebehodnocení

a budí falešné přesvědčení, že cílem každé dívky by měla být štíhlost, která přesahuje normální rámec. Idealizované prostředí modelingu, známé zdůrazňováním extrémní štíhlosti, představuje pro normální dívky srovnání, kterým část z nich trpí, protože si může připadat nejen tlustá, ale i ošklivá a nehodnotná.

Rizikové osobnostní charakteristiky

Za rizikové osobnostní rysy bývají nejčastěji povahovány impulzivita a perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy. Zvýšená impulzivita bývá spojena s nedostatečnou sebekontrolou, která se projevuje například v záchvatovitém přejídání, ale i ve zneužívání návykových látek. Perfekcionistické rysy jsou častěji spojeny se symptomatickou mentální anorexií, zvýšenou sebekontrolou a silnou vůlí dívek dokázat, co si předsevzaly, ať již v oblasti výkonu, nebo redukci příjmu potravy. U pacientů s klinicky diagnostikovanými poruchami příjmu potravy se vyskytuje relativně často sebepoškozování (30–40 %). Navíc můžeme říci, že u sebepoškozujících se pacientů nacházíme ve vysokém procentu jídelní problémy alespoň v subklinické podobě (57–93 %). Při sebepoškozování jde obvykle o formy, které jsou vědomé, záměrné a opakované, bez přímé suicidální motivace a závažného letálního dosahu. Bývají označovány jako „syndrom záměrného sebepoškozování“, např. pořezávání se žiletkou, škrábání se ostrým předmětem, pálení cigaretou apod., ale též o formy méně zřetelné, které souvisí s patologií jídelní poruchy, např. studené sprchy, dosahování extrémní fyzické aktivity, stahování pasu, odebírání krve, polknutí předmětu. V rámci poruch příjmu potravy jsou popisovány dva způsoby sebepoškozování, které jsou označovány jako impulzivní a kompulzivní. Pokud jde o impulzivní projevy sebepoškozování, jde nejčastěji o pořezávání nebo pálení se. Tyto projevy bývají spojeny se suicidálním chováním a depresí, v anamnéze se často vyskytuje fyzické nebo sexuální zneužití. Impulzivní sebepoškozování se obvykle vyskytuje u mentální bulimie. Příkladem kompulzivního sebepoškozování jsou podobné projevy jako např. onychofagie (okusování nehtů), je patrná vazba na obsedantní patologii, bývá častý defekt v uvědomování si vlastních emocí a pocitů. Kompulzivní sebepoškozování je častější u mentální anorexie.

Psychodynamické mechanismy, které leží v pozadí sebepoškozování, bývají spojovány s disociativními procesy a osobnostní, zejména narcistickou a hraniční problematikou. Fungování osobnosti často vykazuje znaky křehké narcistické rovnováhy, přítomna bývá hostilní závislost ve vztahu k důležitým osobám, patologický vztah k tělu, agresivní postoj vůči tělesnému já. Vyskytuje se kombinace se suicidálním chováním, předstíranými poruchami i prostou simulací patologických projevů. Údaje o častější korelaci sebepoškozování s fyzickým nebo sexuálním zneužíváním v dětství jsou stále předmětem diskuzí (Kocourková, Koutek, 2014).

Rizikové životní události

Za nejzávažnější nepříznivé životní události u pacientů s poruchou příjmu potravy v adolescenci jsou považovány komplikace ve vztazích v rodinném prostředí, negativní zážitky v oblasti sexuality, separační zážitky a vliv rizikového prostředí. V rodinném pro-

středí může docházet k situacím, které adolescent nezvládá, například když je konfrontován s konflikty mezi rodiči, kteří se jej snaží získávat na svoji stranu. Jinou okolností může být zvýšený tlak rodičů na výkon v rámci školních nebo sportovních činností. Negativní zážitky v oblasti sexuality se obvykle týkají raných zkušeností v partnerských vztazích, srovnávání se s vrstevníky, i zkušeností vyvolávajících stud, znechucení nebo strach. Řada studií potvrzuje zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy u obětí sexuálního zneužívání v dětství.

Další riziko pro vznik poruchy představují zážitky separace od původní rodiny, případně přizpůsobování se cizím kulturám, například při studiu či zaměstnání v zahraničí. V souvislosti s pobytem v zahraničí může být regulace příjmu potravy používána jako prostředek k tlášení negativních emocí v zátěži, vliv mají jiné stravovací návyky v cizím prostředí, výjezd do zahraničí může souviset s předcházejícími psychosociálními problémy (Pavlová, Uher, Papežová, 2008).

Rizikové chování v oblasti stravování

Rizikové stravování se týká zejména držení diet, které často vytvářejí jídelní chaos a často vyústí v záchvaty přejídání. Kombinace dietních, často drastických opatření a následně přejídání vedou k nárůstu hmotnosti a zároveň snaze hmotnost snížit, kdy tyto způsoby chování vedou k porušenému jídelnímu chování. Zvýrazněné zaměření na jídlo a hmotnost mění a deformuje psychický stav, dochází k projevům emoční labilit, depresivního prožívání, ztrátě zájmů aktivity obvyklé v daném věku a zejména v adolescenci dochází ke konfliktům v oblasti jídla ke konfliktům v rodině. Vznik rizikových stravovacích návyků v adolescenci má vážnější dopad na zdraví než v jiném životním období, a to jak v důsledcích pro somatický zdravotní stav, tak v důsledcích pro psychosociální vývoj (Krch, 2010).

Preventivní aspekty

Seznámení se s problematikou poruch příjmu potravy a zejména s rizikovými aspekty poruchy poskytuje lepší orientaci pro preventivní opatření (Franko, 2003). Je důležité znát okolnosti, které poruchám příjmu potravy předcházejí, což je v období dospívání zejména oblast rodinných problémů a adaptace na vývojové úkoly, týkající se psychosexuální identifikace, sebejistoty a sebehodnocení, uplatnění se ve vrstevnických skupinách (Haines, Neumark-Sztainer, 2006).

Cíle specifických preventivních programů se týkají zejména akceptace zdravého jídelního režimu, akceptace vlastního těla a snížení idealizace nepřiměřené štíhlosti.

Zajímavým programem prevence a časné intervence je program ProYouth (www.proyouth.eu), který vznikl za mezinárodní účasti v Evropě. Je zaměřen na populaci adolescentů s nezdravým jídelním režimem, nespokojeností s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Tento program umožňuje včasný kontakt u osob, které mohou z různých důvodů odbornou konzultaci a intervenci odkládat, ať již pro nedostatek znalostí, pocity studu, nebo strach ze stigmatizace z kontaktu s psychiatrickými službami. Program

ProYouth je zaměřen na podporu zdraví, zdravého životního stylu, výživy, spokojenosti s vlastním tělem a prevenci poruch příjmu potravy. Integruje psychoedukaci, svépomocné aktivity a včasnou poradenskou a terapeutickou intervenci pomocí internetu. Je určen zejména mladým lidem ve věku 15–25 let a využívá internetový způsob komunikace, který je lidem tohoto věku blízký.

Destigmatizace psychiatrické péče

Snahou odborníků v oblasti duševního zdraví je nestigmatizovat psychologickou a psychiatrickou péči v situaci, kdy jedinec či rodina nezvládají vlastními silami problém některého ze svých členů (Thornicroft, 2011). Konzultace s odborníky či následující odborná psychiatrická péče neznamená selhání výchovy v rodině, jak je někdy laicky prezentováno. Rodiče, kteří jsou v nepřiměřené míře obviňováni za problémy svých dětí, obvykle nespolupracují a psychologické či psychiatrické péči se vyhýbají, protože se obávají kritiky. Psychiatrická péče bývá někdy nevhodně prezentována i dalšími odborníky či pedagogickými pracovníky jako něco devalvujícího, zejména v prostředí, kde se lidé více vzájemně znají. Problémem může být i informace v širší rodině, kde může dojít k utajování toho, že je dítě například hospitalizováno v psychiatrickém zařízení.

Závěr

Poruchy příjmu potravy představují riziko, které negativně ovlivňuje zdravotní stav po stránce biologické, psychologické i sociální. Snahou odborníků je nejen již vzniklé poruchy efektivně léčit, ale zaměřit se též na preventivní opatření, která mohou riziko vzniku těchto poruch snížit. Důležité je zaměření zejména na adolescentní věk, v němž je riziko vzniku poruchy nejvýraznější a kdy je také možné rizikové okolnosti zmírnit. Ke specifickým rizikovým faktorům počítáme zejména negativní vztah k vlastnímu tělu a anorektický životní styl s nevhodnými dietami. Progresivní způsoby prevence používají moderní komunikační technologie, jako je například internetový program ProYouth. Cílem je podpora zdraví a zdravého životního stylu pro širokou populaci, v případě počínající poruchy příjmu potravy je pak indikovaná péče psychologického a psychiatrického charakteru.

KONTAKTY

Jednotka specializované péče pro PPP PK VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2

Dětská psychiatrická klinika FN Motol, V úvalu 84, Praha 5

Krizové centrum RIAPS, Chelčického 39, Praha 3

Linky důvěry

Anabell, občanské sdružení, www.anabell.cz

STOB (redukce nadváhy), www.stob.cz

Fórum zdravé výživy, www.fzv.cz

Internetový program zaměřený na prevenci poruch příjmu potravy, www.proyouth.eu

LITERATURA

- Franko, D. L. (2003). *Integrating risk factor research into eating disorders prevention for adolescents and young adults*. Harvard Eating Disorders Center Northeastern University. Přednáška Aमेpra, Praha.
- Haines, J., D. Neumark-Sztainer (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research* 21(6): 770–782.
- Hoek, H. W., D. van Hoeken (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 34: 383–396.
- Chatoor, I. (1989). Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *J Am Acad Psychoanal* 17: 43–64.
- Kocourková, J., J. Koutek (2014). Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* (15): 55–57.
- Krch, F. (2010). *Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept: poruchy příjmu potravy*. Metodický materiál pro Odbor prevence speciálního vzdělávání a institucionální výchovy. Praha: MŠMT ČR.
- Lask, B., R. Bryant, R. Waugh (1993). *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Howe: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Pavlová, B., R. E. Uher, H. Papežová (2008). It would not have happened to me at home: Qualitative exploration of sojourns abroad and eating disorders in young Czech woman. *Eur Rev Eat Disord* 16: 207–214.
- Schmidt, U., M. Hodes, J. Treasure (1992). Early onset bulimia nervosa: Who is at risk? A retrospective case – control study. *Psychological Medicine* 22: 623–628.
- Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.