

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY S RANÝM POČÁTKEM ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Jiří Koutek, doc. PhDr. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika II. LF UK a FN Motol Praha

Autoři demonstrují kazuistické ukázky dvou případů poruchy příjmu potravy (mentální anorexie) u pacientů s raným počátkem onemocnění.

Úvod

Poruchy příjmu potravy postihují zejména dívky a mladé ženy. Vrchol začátku onemocnění se uvádí mezi 14.–15. rokem a mezi 17.–18. rokem věku. V mladším věku se objevuje zejména mentální anorexie, která často později přejde do symptomatiky bulimické. Výskyt v mladším věku je méně častý, i když se můžeme setkat s počátkem již před 10. rokem. Pacientky vykazují některé shodné příznaky s poruchou u starších dívek a dospělých, jsou však přítomny i určité rozdíly, které jsou popsány v článku paní doc. PhDr. Kocourkové (Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky) v tomto čísle časopisu. Relativně častěji se můžeme v mladším věku setkat s mentální anorexií u chlapců. Uvedenou problematiku si dovoluujeme demonstrovat na dvou kazuistických ukázkách poruchy příjmu potravy (mentální anorexie) u dívky a chlapce s raným počátkem onemocnění.

Případ 1

Desetiletá Jana byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku pro výrazný pokles hmotnosti, pro který byla předtím hospitalizovaná na dětském oddělení. Vyšetřením byl vyloučen organický podklad obtíží a potíže dívky byly diagnostikovány jako mentální anorexie.

Dívka pochází z rozvedeného manželství. Její rodiče se rozvedli, když jí byly tři roky. Otec od té doby o ni nejví zájem, nestýkají se spolu. Matka je v současnosti nezaměstnaná, původní zaměstnání servírka. V současné době žije s přítelem, který je podstatně mladší. Dívka s ním vychází dobře.

Dívka pochází z první neplánované gravidity, která proběhla stejně jako porod a raný psychomotorický vývoj bez komplikací. Kromě běžných dětských nemocí prodělala častější záněty dýchacích cest, opakovaně byla v ozdravovně. Ve třech letech se dobře zadaptovala v mateřské školce. Od malička byla citlivá, špatně snášela kritiku, reagovala afektivními výbuchy, pláčem a křikem. V rozvodové situaci rodičů se výrazněji vázala na matku a obtížněji se separovala. Na školu si zvykla dobře. Aktuálně navštěvuje třetí třídu, učí se na jedničky a dvojky. Chtěla by mít lepší prospěch, dvojka je pro ni špatná známka. Zajímá se o módu, ráda kreslí, chodí do dramatického kroužku.

Od malička byla dívka vybíravá v jídle, matka ji musela do jídla nutit. Ke zhoršení příjmu potravy došlo kolem devátého roku života. V té době byla vyfotografována jako modelka pro dětský časopis. Od té doby omezuje příjem potravy, málo snídá, svačiny často vyhazuje. Postupně ubyla z 29 kg na 26 kg při výšce 135 cm.

Dívka hovoří o tom, že je tlustá, po jídle si prohlíží v zrcadle břicho, odmítá nosit některé oblečení, ve kterém si

připadá silná. Ještě se zvýraznilo její zaujetí módou, čte si v módních časopisech, chtěla by se do školy líčit, nechat si udělat piercing. Kontroluje a kritizuje také oblečení matky. Má s matkou kvůli jídlu konflikty.

Na dětské psychiatrické klinice byla hospitalizována přibližně dva měsíce. Antropometrickým vyšetřením bylo zjištěno, že jde o premenarcheální dívku s klinicky nevýznamnou retardací kostního zrání. Stav výživy byl hodnocen sice jako podprůměrný, ale ještě v mezích normy. V popředí klinického obrazu byla porucha tělového schématu s pocity tloušťky, neustálé zabývání se vzhledem, jídlem a hmotností. Byla zřetelná patologie v jídelním chování, tendence snížit hmotnost omezením kalorického příjmu a nadměrným cvičením. Opakovaně byla zastižena manipulace s jídlem a jeho schovávání.

Z psychologického hlediska šlo o nadprůměrně inteligentní dívku s rysy senzitivity, aktuálně bylo patrné úzkostně depresivní ladění. Projevovала zvýšenou a ambivalentní vazbu k matce.

Terapeutický plán na klinice zahrnoval režimová opatření, skupinovou herní terapii a individuální arteterapii. Byla realizovaná rodinně terapeutická sezení s matkou a jejím partnerem. Matka se zúčastňovala skupiny pro rodiče pacientů s poruchami příjmu potravy. Dívka neměla žádnou medikaci.

V průběhu pobytu na klinice se podařilo obnovit přiměřené jídelní chování. Dívka postupně přibírala na původní hmotnost 29 kg. Odezněla anxiosně depresivní symptomatika. Při propuštění má pacientka normální hmotnost a adekvátní jídelní chování. Přetrvává zaujetí vlastním vzhledem, módou, přeje si dál dělat modelku. Nadále je nutná ambulantní péče a psychoterapie. Problémem, který je potřeba dále řešit, jsou neujasněné vztahy v rodině.

Případ 2

Osmiletý Jan byl doporučen pediatrem do péče dětské psychiatrické ambulance pro úbytek hmotnosti a patologické jídelní chování. Potíže chlapce byly diagnostikovány jako mentální anorexie.

Chlapec žije pouze s matkou. Otec, který byl podstatně starší než matka, s rodinou nikdy nebydlel. Matka pracuje jako dělnice. Sama se stále pokouší držet dietu pro reálnou nadváhu. Chlapec se s otcem nestýká, občas se na něj matky ptá, ta chlapci řekla, že otec zemřel.

Chlapec pochází z druhého neplánovaného těhotenství, kterému předcházela interrupce. Těhotenství i porod proběhly fyziologicky. Raný psychomotorický vývoj byl opožděný, chodil až v patnácti měsících. Byl kojen půl roku. Prodělal běžné dětské nemoci, dosud trpí primární noční

enurézou, pro kterou je léčen Adiuretinem. Od tří let navštěvoval mateřskou školu, hůře se adaptoval, zpočátku tam nemluvil. V současné době je ve druhé třídě, hůře se na školu adaptoval, školou bylo doporučeno psychologické vyšetření kvůli neprůbojnosti. Má dobrý prospěch. Povahově je zakřiknutý, málo aktivní.

V dětství kolem jídla nebyly problémy, matka uvedla, že byl spíše „baculatý“. Během letních prázdnin před druhou třídou přibral na váze, vážil asi 33 kg při výšce 134 cm. Po prázdninách mu spolužák řekl, že je tlustý. Rozhodl se, že nebude tolik jíst. Postupně omezoval příjem potravy. Jeho obvyklý jídelníček byl jeden suchý rohlík ráno, v poledne neobědval, svačinu přinášel domů, večer jedl zeleninový salát. Celkem zhubnul v průběhu 4 měsíců o 6 kilogramů. Matka byla zpočátku ráda, že chlapec jí více zeleniny, postupně se začala obávat o jeho zdraví. Byl vyšetřen pediatrem, nebyla zjištěna organická příčina obtíží. Na argument dětského lékaře, že pokud nebude jíst, nevyroste, sdělil, že by chtěl zůstat malý. Nechtěl by se stát dospělým, protože dospělí mají starosti a ty on mít nechce.

Chlapec byl ambulantně léčen přibližně dva měsíce. V rámci terapeutického plánu byla indikovaná psychoterapie a farmakoterapie (užíval Peritol). Psychoterapeutický přístup byl dynamický, kombinovaný s herními a arteterapeutickými postupy. Byly realizovány opakované pohovory s matkou. V průběhu terapie se zlepšil přístup k jídlu a chlapec přibral 3 kilogramy, což odpovídalo jeho normální

hmotnosti. Psychoterapie byla cílena na rozvoj chlapecké identifikace. Problémem byla absence otcovské postavy, infantilizující výchovné přístupy matky a příliš těsná vazba chlapce s matkou. Aktuálně chlapec nevykazuje jídelní symptomatiku, určitým rizikem však zůstávají problémy v chlapecké identifikaci. Jsou realizovány občasné ambulantní kontroly.

Diskuze a závěr

Uváděné kazuistické příklady ukazují na problematiku poruch příjmu potravy v nižším věku, než vidíme obvykle. V uvedených případech se onemocnění rozvíjelo již před desátým rokem věku jako klinický obraz mentální anorexie. V obou případech byly v klinickém obraze patrné znaky, které vidíme i u starších pacientů, jako je zaujetí hmotností, vlastním vzhledem, strach z tloušťky a snaha různými způsoby snížit kalorický příjem. V obou případech nefunguje kompletní rodina a chybí vlastní otec. Byla též pozorovaná těsnější vazba s matkou, která ve svých důsledcích komplikovala psychosociální vývoj dítěte.

Terapeutický přístup byl komplexní, zahrnoval psychoterapii, rodinně terapeutický přístup i farmakoterapii.

Otázkou zůstává prognóza obou případů a jejich další adolescentní vývoj jako období citlivé pro poruchy příjmu potravy.

*Práce je publikovaná s podporou výzkumného záměru
II. LF UK Praha č. 111300003.*

DATA PROJEKTOR