

ŽENY S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY A TĚHOTENSTVÍ

H. Papežová

Psychiatrická klinika LF UK a VFN, Praha

Přestože ve společnosti a médiích se v posledních letech mluví o anorexii a bulimii (poruchách příjmu potravy) poměrně hodně, malá pozornost byla věnována jejich vlivu na těhotenství, porod a poporodní období. Anorexie i bulimie bývají často popularizovány spíše jako „společenská zajímavost“ u hereček a modelek, než jako závažné onemocnění. Mnoho lidí si proto ani neuvědomuje, že především anorexie představuje riziko i pro otěhotnění, průběh těhotenství, porodu i dobu kojení.

Švédští autoři uveřejnili v jednom z prestižních evropských časopisů, zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy studii, v níž se dotazovali pomocí dotazníků 516 žen 6–7 měsíců po porodu na jejich zkušenosti. Na dotazník jich odpovědělo 454 (88 %), z nichž 11,5 % přiznalo poruchu příjmu potravy, což je více než běžně udávaná čísla. Tyto výsledky proto mohou obsahovat i lehčí „subklinické“ formy onemocnění. Ženy, které udávaly poruchu příjmu potravy, významně méně často kojily, nebo kojení předčasně přerušily. Překvapivě se ale nenašel v této práci rozdíl ve vnímání vlastního těla, který je pro anorexii i bulimii typický. Je však možné, že na tomto výsledku se podílel posun výsledků směrem k lehčím formám onemocnění. U těžších forem očekáváme spíše popírání obtíží a dívky většinou ani otěhotnět nemohou.

Protože dívky a ženy onemocnění často tají, dokud je to možné, naše údaje o výskytu anorexie a bulimie přes veškeré snahy výzkumu nemusí být příliš spolehlivé. Anorexie je více studována a je „viditelnější“, zatímco bulimie je častější a méně „viditelná“. Odhady výskytu onemocnění současného nebo prodělaného v minulosti dosahují 1–6 % v ženské populaci.

Ženy se závažnou formou anorexie neotěhotní (nemenstruují nebo jejich menstruace je navozována hormonální antikoncepcí, a „částečně maskuje důsledky podváhy a diagnózu“), ale v literatuře jsou popsány výjimky. U bulimických žen trpí menstruačními problémy až 50 %. Jsou spojeny s nedostatkem pohlavních hormonů navozených onemocněním (zvracením, dietami a abnormálním množstvím cvičení). Bulimie je také častěji spojena se syndromem polycystických ovarií, který ovlivňuje plodnost. Někteří autoři uvádějí, že problém lze prokázat až u 75 % pacientek s bulimií. Psychologické příčiny neplodnosti mohou být spojeny i se sexuálními problémy u žen s poruchami příjmu potravy (např. u anorexie může být pomalejší sexuální vývoj a nespokojenost v sexuální oblasti, u bulimie naopak předčasná vyspělost, sexuální dysfunkce a nespokojenost v partnerství). Mohou odrážet ženinu obavu z dospělosti, odpovědnosti za dítě, strach ze změny partnerského vztahu. Žena může otěhotnět i v době, kdy se její stav zlepšuje. Těhotenství může naopak někdy poprvé anorexii „spustit“ nebo znovu navodit. Mnoho žen má během těhotenství méně problémů, ale některým se problémy po těhotenství opět vrátí. Existuje odborná literatura, která popisuje u žen s poruchami příjmu potravy častější spontánní potraty (dvakrát častější), častější perinatální úmrtnost (až 6× vyšší) a porody menších či poškozených novorozenců. U žen s tímto onemocněním někteří autoři popisují častější vyšší úzkostnost a deprese při těhotenství, poporodní deprese a vztahové problémy s novorozenci. Jsou autoři, kteří se zabývají jídelními problémy dětí

anorektických a bulimických matek, někdy spojenými s problémy kojení a krmení. Z některých prací dokonce vyplývá, že toto riziko neplatí pouze pro ženy, které mají onemocnění v období těhotenství a porodu, ale i pro ty, které trpěly anorexií či bulimií v minulosti.

Když žena otěhotní, její tělo prochází změnami, které může obtížně kontrolovat (a anorexie pro některé představuje jediný způsob kontroly nad svým tělem), zvláště když se nový organismus stává více a více reálným. O tom, jak žena, jejíž pozornost je zaměřena především na vlastní štíhlost, vnímá v takové situaci vlastní tělo a plod, nevíme příliš mnoho. Při srovnání žen s poruchou příjmu potravy se zdravými ženami byl jejich nárůst váhy velmi nízký během těhotenství i při velmi dobré péči, přestože většina žen udávala, že změnu tělesných tvarů v těhotenství pociťuje jako pozitivní. Ženy s poruchami příjmu potravy mohou během těhotenství zvracet, zvracení tajit a být v riziku nedostatečné výživy a jejich komplikací pro ně samotné i pro plod. Zvracení u bulimických pacientek je třeba odlišit od *hyperemesis gravidarum* a mělo by se na něj pomýšlet, když v těhotenství nenarůstá přiměřeně váha. Ve srovnání se zdravými ženami méně žen s poruchou příjmu potravy také cítí během těhotenství stálý hlad a méně jich pociťuje později kojení jako pozitivní zkušenost. Existují práce popisující, že ženy s poruchou příjmu potravy nedostatečně krmí nejen sebe, ale i své děti, vnucují jim dietní chování a omezují stravu.

Ženy trpící anorexií nebo bulimií (i jejich partneři) by měly v rámci léčby být informovány o těchto komplikacích a mělo by jim být doporučeno, aby plánovaly těhotenství až se zcela uzdraví. I ženy, které měly anorexií v minulosti, by měly mít profesionální péči poradenskou či terapeutickou během těhotenství. Anorektické ženy, které otěhotní, se mohou potýkat s různými psychologickými problémy, např. zároveň mají starost o dítě a bojí se, brání se nárůstu váhy. Ženy s bulimií (ve srovnání se ženami s anorexií) častěji popisují zlepšení obtíží v těhotenství, ale pravděpodobnost jejich zhoršení či návratu onemocnění po porodu není zanedbatelná. Proto by měly ženy s bulimickými obtížemi vyhledat pomoc zaměřenou na jídelní chování a řešení psychologických problémů, které by mohly návrat bulimie znovu navodit. Optimální je sledování u gynekologa-porodníka, který spolupracuje se specialisty na poruchy příjmu potravy. Do spolupráce je velmi důležité zapojit partnera a/nebo rodinu. Je dobré, dokáže-li partner povzbuzovat ženu k tomu, aby se napřed vyléčila z poruchy příjmu potravy a pak počala dítě. Tento postoj velmi záleží na kvalitě partnerského vztahu a schopnosti partnerů řešit emoční problémy. Takový požadavek partnera může sice vést k prvnímu otevřenému konfliktu, ale může motivovat ženu k prvnímu či opětnému vyhledání léčby. Pozitivní je, když se partner chce na léčbě aktivně podílet (např. v párové terapii).

Odborníci pro poruchy příjmu potravy varují, že výskyt dívek a žen s anorexií či bulimií narůstá v Klinikách pro asistovanou reprodukci (AS) a může být v současnosti ještě podceňován. Vysoká motivace žen samotných a jejich partnerů mít dítě může vést k utajování anamnézy a problémů, týkajících se onemocnění a k odmítání adekvátní léčby. Odborníci v této oblasti zdůrazňují, že by žena měla být napřed uzdravena z anorexie nebo bulimie, než podstoupí léčbu neplodnosti. Proto je důležité po diagnostických známkách pátrat, zvláště u bulimických dívek, které mají váhu normální nebo téměř normální. Nejdůležitějším diagnostickým vodítkem je jídelní chování, vztah a postoj k jídlu a vlastnímu tělu. Partneři se také často dozvídají pozdě, až během neúspěšné léčby neplodnosti na klinikách (AS), že jejich žena tajně několik let zvrací, užívá projímadla nebo odvodňující látky. Někdy vyjde najevo, že ženy s touto problematikou mají samy velmi nejasný vztah k těhotenství a chtěly jen vyhovět manželovi. V těchto případech je důležité pracovat se vztahovými problémy psychoterapeuticky, zvyšovat motivaci k léčbě poruchy příjmu potravy. Ne všichni partneři jsou však schopni se na takové léčbě podílet. Často doporučení k psychologické intervenci při diagnostickém vyšetření při přijetí na klinikách (AS) nebo např. při neúspěšné léčbě

nepločnosti může vést k opuštění kliniky a vyhledání pracoviště, kde onemocnění zůstane utajeno. Nebo otevření problémů vede k pocitům viny a prvnímu přiznání dlouho trvajících obtíží partnerovi. Někdy vede k prvnímu překvapivému přiznání epizody anorexie či bulimie léčené v minulosti během dospívání. Otevření problému může být šancí ke zvýšení motivace a k zahájení adekvátní léčby.

S výrazným zlepšením léčby nepločnosti a současným nárůstem výskytu poruch příjmu potravy stoupá riziko léčby neschopnosti otěhotnět u žen s utajenou poruchou příjmu potravy. Odborná literatura poukazuje na skutečnost, že tato léčba může nejen vést ke komplikovanému těhotenství, porodu a poporodnímu ohrožení vývoje onemocnění u matky i dítěte, ale může zvýšit i popření nemoci a vést k jejímu chronickému průběhu.

Literatura:

1. Key, A., Mason, H., Bolton J.: Reproduction and Eating Disorders: A fruitless Union. Eur. Eat. Disorders Rev. 8:98, 2000.
2. Norré, J., Vandereycken, W., Gordts, S.: The management of eating disorders in fertility clinic: Clinical guidelines. J. Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 22:77, 2001.

*Hana Papežová
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2*