

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) tvoří poměrně široké diagnostické spektrum. Jsou charakterizovány patologickým jídelním chováním a vnímáním vlastního těla s mnoha dalšími somatickými, psychologickými a sociálními následky. Multifaktoriální příčiny onemocnění zahrnují rizikové faktory:

1. genetické;
2. vývojové;
3. stresové;
4. environmentální.

Některé jsou společné pro celé diagnostické spektrum. Etiopatogenezi onemocnění přesně neznáme. V posledních letech informovanost odborníků i celé populace o výskytu i klinických projevech poruch příjmu potravy významně vzrostla. V médiích je nejčastěji diskutována souvislost poruch příjmu potravy s propagací extrémně štíhlého ideálu krásy (pomocí počítačově upravených fotografií). Cíle dosáhnout až nereálné štíhlosti vedou často k nespokojenosti s vlastním zevnějškem i u velmi mladých jedinců s normální hmotností a následnému rizikovému dietnímu chování.

Epidemiologie

Prevalence anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) a psychogenního přejídání (PP) je 0,6, 1,0 a 2,8 % s rizikem několikanásobně vyšším (až 10×) u žen. Medián vzniku onemocnění je 18–21 let. Děti do 12 let představují asi 5 % pacientů. Až u 40 % pacientů s PPP bylo popsáno sebepoškozování, především u bulimických pacientek. V naší populaci bylo prokázáno, že už ve 13 letech 35 % dívek a 13 % chlapců není spokojeno se svým tělem, 50 % dívek si přeje zhubnout, 40 % se vědomě omezuje v jídle a 4 % záměrně zvrací. S nárůstem obezity u dětí vidíme daleko častěji poruchy příjmu potravy s premorbidní obezitou.

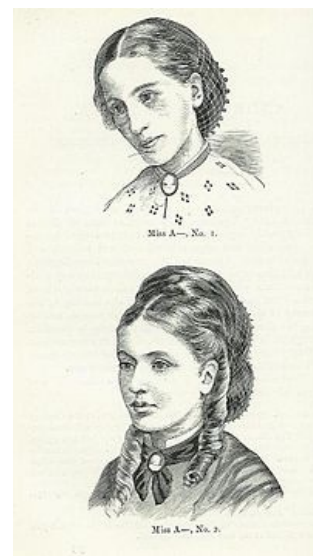
Klinický obraz

Pacienti většinou zprvu kontaktují praktického lékaře, pediatra, internistu, gastroenterologa, dermatologa, chirurga, neurologa, gynekologa, centrum aplikované reprodukce nebo stomatologa. Nežádají přímo o pomoc s poruchou příjmu potravy. Nejčastěji si stěžují na únavu, závratě, nedostatek energie, poruchy menstruačního cyklu, zvýšení nebo snížení váhy, obstipaci, meteorismus, abdominální bolesti, pálení žáhy, bolesti v krku, palpitace, polyurii, polydipsii a nespavost a patologické jídelní chování zatají. Ani ve fyzikálním vyšetření nemusí být zpočátku patologický nálezn. Proto je nutné na diagnózu myslet, zvláště u dospívajících a mladých žen v riziku (vrcholové sportovkyně, tanečnice, modelky, herečky a studentky těchto oborů), a cíleně se ptát na problematiku jídelního chování. Pacientku o onemocnění a jeho důsledcích informujeme, monitorujeme obtíže a při jejich přetrvávání a zhoršování se malnutrici zasíláme pacientku k psychiatrickému vyšetření. Včasná detekce onemocnění a adekvátní léčba jsou pro průběh onemocnění zásadní. Největší problém ale představuje skutečnost, že většina postižených a někdy i jejich rodiče zpočátku často adekvátní léčbu odmítají. A problémy, které zhoršují somatický stav i prognózu (abusus laxativ, diuretik, manipulace inzulinem, zneužívání antiobezitik a dalších látek) dlouhodobě ze studu a strachu ze stigmatizace tají.

Postižení často vyhledávají různé alternativní přístupy. Mají na lékaře nereálné požadavky, chtějí vyléčit, ale zachovat velmi nízkou hmotnost. U dětí může být stanovení diagnózy složitější, nelze vždy použít kritéria pro dospělé (např. amenoreu u prepubertálních dětí). Nedostatečná výživa se může projevit pouhou stagnací váhy v období růstu. Děti si také častěji stěžují na somatické obtíže. V kontrastu s restrikcí vlastního příjmu potravy se někdy nápadně teoreticky zabývají jídlem, vaří a kontrolují stravování členů celé rodiny. Často u nich pozorujeme změny chuti, přesolování, kořenění, přílišné zapíjení jídla nebo naopak nedostatečný příjem tekutin. Při pozorování jídelního chování zjistíme, že jedí pomalu, obřadně, v jídle se „šťourají“ a mezi jídly „uždibují“. Děti mohou být poruchou příjmu potravy postiženy celoživotně např. menším vzrůstem a infertilitou. Dochází u nich rychleji ke ztrátě hmotnosti a dehydrataci, hypochlorémie a hypokalémie se projeví spavostí, svalovou slabostí, bradykardií, arytmií a může vést k zástavě srdce. Puberta bývá opožděna, osteoporóza vznikne dříve, často již ve druhém roce onemocnění. Pro rychlý skrining AN i BN byl vyvinut dotazník SCOFF (Morgana et al., 1999).

SCOFF	
1.	Cítíte se někdy až k zbláznění nepříjemně plná?
2.	Bojíte se ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla?
3.	Ztratila jste v poslední době na váze více než 7 kg za dobu 3 měsíců?
4.	Myslíte si, že jste tlustá, když si ostatní myslí, že jste příliš štíhlá?
5.	Myslíte si, že jídlo ovládá Váš život?

Klinické rysy syndromu u spolupracující pacientky nebo rodiny lze poznat snadno. Diagnóza je spolehlivá při splnění všech diagnostických vodítek.



Reprodukce fotografií pořízených v letech 1866 a 1870: Slečna A, pacientka Williama Withneyho Gulla, před a po léčbě pro mentální anorexii

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa (MKN-10: F50 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50>)) podle kritérií MKN-10 charakterizuje:

1. Tělesná váha udržovaná nejméně **15 % pod předpokládanou váhou** (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (Body Mass Index, **BMI**): váha (kg) / výška (m²) je **17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti** nesplňují během růstu očekávaný **váhový přírůstek**.
2. Pacientka si **snižuje váhu sama**, dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
3. Specifickou psychopatologií představuje především **strach z obezity** přetrvávající i při výrazné podvaze, **zkreslené vnímání vlastního těla** a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy, někdy jídelní rituály.
4. Rozsáhlá **endokrinní porucha**, hypothalamo-hypofyzární-gonádové osy, u žen **amenorea**, (kterou často zakrývá HRT), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
5. **Opoždění puberty**. Začátek před pubertou, zpozdí nebo zastaví další vývoj (vzrůst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců). Po uzdravení dojde k dokončení puberty, ale menarché může být opožděna. Bulimia nervosa začíná později a často se z AN nebo její subklinické formy vyvíjí.

 *Podrobnější informace naleznete na stránce **Mentální anorexie**.*

Bulimia nervosa

Bulimia nervosa (MKN-10: F50.2 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.2>)) podle MKN-10 charakterizujeme:

1. Neustálým zabýváním se jídlem, neodolatelnou **touhou po jídle** se **záchvaty přejídání**.
2. **Snahou zbavit se kalorií** ze zkonsumovaného jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
3. Specifická psychopatologie se zakládá především na chorobných **obavách z tloušťky**. Pacientka považuje za svou cílovou hmotnost hmotnost nižší, než je pro ni optimální či zdravá premorbidní váha. Záchvaty přejídání „binge eating“ odpovídají konzumaci až přílišného množství potravy (většinou takové, kterou si z dietních důvodů běžně odpírá – např. sladkosti) v krátkém čase.



Orální manifestace bulimie

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4) zahrnuje:

- Přejídání, které může být reakcí na stres (sexuální trauma, ztráta blízké osoby nebo uplatnění).
- Vede k nárůstu váhy následkem psychických faktorů a poruch stravovacího chování.
- Následná obezita může postupně vést ke snížení sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci a rozvoji další somatoformní poruchy. Lze ji navodit i dlouhodobou psychofarmakoterapií.
- Zaujetí různými dietními opatřeními vede často do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, afektivní labilitě i depresivním poruchám.

Atypické formy mentální anorexie a mentální bulimie

Atypické formy mentální anorexie (F50.1) a mentální bulimie (F50.3) nesplňují všechna kritéria klasifikace, ale jinak vykazují typický klinický obraz a především léčba je stejná. V primární péči se vyskytují častěji. Onemocnění může být považováno za atypické, když pacientky některé symptomy tají. S pacientkami se o symptomech nepřeme, abychom neprohloubili jejich odpor k léčbě. Zvláště u mladých pacientů jsou důležité informace od rodiny. V současnosti stoupá pozornost odborníků věnovaná psychogennímu přejídání, které zvláště při existující predispozici jedince vede k obezitě a má srovnatelný dopad na zdravotní stav a kvalitu života s ostatními poruchami příjmu potravy. Diagnostické subtypy spektra poruch příjmu potravy mezi sebou často přecházejí, jejich léčba, průběh a prognóza se však liší.

Léčba

Psychiatrické a psychologické vyšetření by mělo vést ke sdělení diagnózy, psychoedukaci, návrhu a motivaci k další léčbě. Je-li prvním kontaktem svépomocná skupina, prognóza a průběh onemocnění závisejí na její organizaci a způsobu předávání pacientek k další léčbě (účinnost prokázána u programů pro BN s účastí odborníků).

Léčba poruch příjmu potravy je velmi náročná, práce s ambivalencí k léčbě vyžaduje značné dovednosti a trpělivost. Zdůrazňujeme **interdisciplinární spolupráci**, zásadní je spolupráce s rodinou, ev. se školou, se sportovními trenéry. Bez zlepšení motivace ke změně jídelního chování a úpravě hmotnosti zůstávají i vysoce sofistikované lékařské přístupy neúčinné a odborníci bezradní. V prvním kontaktu s pacientem a jeho rodinou hraje zásadní roli pediatr nebo praktický lékař, zejména ve včasné diagnostice a psychoedukaci a při přetrvání problému v doporučení další vhodné odborné péče. Nutriční terapeuti se stále více zapojují do léčby poruch příjmu potravy,

většinou jsou členy terapeutického týmu. Pro kvalitní spolupráci týmu je důležité jasné stanovení profesionálních kompetencí a dodržování jasných pravidel a hranic, protože porucha příjmu potravy může mít velmi manipulativní charakter. Psychoterapeutické a poradenské intervence vyžadují psychoterapeutický výcvik a supervize a značné komunikační dovednosti.

Realimentace

K hospitalizaci na JIMP dochází u pacientek bez náhledu a motivace k léčbě až při vážném ohrožení somatického stavu: při hmotnosti pod 85 % standardní váhy, pulsu pod 40 tepů za minutu, TK pod 90/60 mmHg u dospělých a 80/50 mmHg u dětí, dehydrataci, hypotermii, hypokalémii, hypoglykémii, elektrolytické dysbalanci a hrozbě renálního, kardiálního nebo jaterního selhání. Indikací k hospitalizaci dítěte je jednoznačně váhový úbytek více než 25 %, dehydratace, známky oběhového selhávání (bradykardie, hypotenze), přetrvávající zvracení, těžká deprese nebo suicidální chování. Hospitalizace často vyžaduje výživu sondou a výživu parenterální. Co nejdříve je třeba začít s částečným perorálním příjmem potravy. Nežádoucím účinkem realimentace je refeeding syndrom, málo častý, ale život ohrožující. Malnutrice vede k snížení zásoby intracelulárního fosfátu, při normální koncentraci v séru. Náhlá realimentace karbohydráty, která zvýší sekreci insulinu a buněčný uptake fosfátů, vede k hypofosfatémii. Klinické známky zahrnují rhabdomyolýzu, svalovou slabost, leukocytární změny, respirační, kardiální selhání, hypotenzi, srdeční arytmie, záchvaty, ataxii, encefalopatii, kóma i náhlou smrt. Časné nespecifické projevy mohou zůstat nerozpoznány. Rychlé změny osmolarity séra, rychlá korekce hyponatrémie nebo hypokalémie může vést i ke vzniku centrální pontinní myelinolýzy.

Psychoterapie

Když pacienti zvládnou svou ambivalenci k onemocnění a k léčbě, většinou pomoc odborníka přijmou. Postup léčby a psychoterapii následně vybíráme podle motivace (u mladších i spolupráce rodiny), fáze onemocnění a jeho trvání a změny, které je pacient aktuálně schopen (pouhá úprava hmotnosti, změna postojů v jídelním chování, řešení vztahových problémů, prevence relapsu). Roli hraje i postoj a osobnost terapeuta a dostupnost jiné kvalifikované péče. Ale v akutní fázi onemocnění (při výrazné podvýživě) je účinnost psychoterapie sporná, protože většinou pacientky mají problém koncentrovat se na psychoterapeutickou práci, pracovat na zlepšení náhledu a na pochopení kontextu vzniku a udržování patologického jídelního chování. U dětí platí, že čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled horší a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte.

Kognitivně-behaviorální terapie

Z psychoterapeutických přístupů se nejčastěji používá kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Pomáhá změnit nežádoucí jídelní chování (záchvaty přejídání, zvracení a nadužívání diuretik, laxativ, restrikcí příjmu potravy, vyhýbavé chování) a navodit normální jídelní režim. Zároveň pracuje na změně myšlení (ovlivnění negativního vnímání vlastního těla, sníženého sebehodnocení a perfekcionistických požadavků na sebe i okolí).

Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapie (IPT) se zaměřuje na vztahové problémy. Zařazujeme ji především do programu prevence relapsu (který se vyskytuje až v 50 % případů).

Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamická (psychoanalytická) psychoterapie vyžaduje modifikovaný přístup se znalostí specifických symptomů poruch příjmu potravy, popsany již Hilde Bruchovou (1973). Většinou je indikována, když krátkodobé intervence selhávají a/nebo při komorbiditě poruchy příjmu potravy s osobnostní problematikou, u jedinců s anamnézou psychotraumatizace, sexuálního zneužití a/nebo posttraumatické stresové poruchy.

Rodinná terapie

Pro dospívající s diagnózou AN evropské standardy léčby doporučují především rodinnou terapii. Nový přístup pro adolescentní pacientky a jejich rodiny přináší „vícerodinné programy“, intenzivní psychoterapeutické programy, určené pro skupinu celých čtyř až šesti rodin pacientek trpících AN. Pro adolescenty s BN je doporučován adaptovaný program KBT s účastí rodiny.

Psychoedukace

Intenzivnější práci s rodinami podporuje současný trend v péči o duševně nemocné zahrnující psychoedukaci a podporu jedinců o chronicky (duševně) nemocné pečujících, protože jejich postoje mohou zásadně ovlivnit průběh onemocnění. Do nových forem prevence a léčby jsou stále častěji zapojovány nové technologie: zasílání podpůrných SMS, internetové poradenství, psychoterapie formou chatu i kluby pro rodiče. Z internetu mohou rodiny získat základní informace o somatických i psychických následcích onemocnění, normálních stravovacích návycích a hmotnosti, o nevhodných dietních a purgativních metodách. Psychoedukace dostupná na internetu přináší doporučené jídelníčky, škály k posouzení závažnosti onemocnění a poruchy vnímání vlastního těla a kontakty (např. www.idealni.cz).

V posledních letech jsou rozvíjeny nové koncepty terapie např. „mentalizace,“ (zlepšení schopnosti rozumět sobě i ostatním) nebo kognitivní remediace (zaměřená na specifickou kognitivní problematiku PPP).

Psychofarmakoterapie

U PPP byla zkoušena především antidepresiva, ale i antipsychotika a látky stimulující chuť k jídlu a další. Žádná látka není jednoznačně účinná, aby zcela převážila riziko nežádoucích účinků. Jejich riziko u jedinců s výraznou malnutricí může být výrazně zvýšeno. U AN byl popsán efekt antidepresiv v prevenci relapsu AN, u BN ve snížení frekvence záchvatů přejídání a zvracení (i při nepřítomnosti deprese). Antidepresiva se ale používají především při současné depresivní, anxiózní a obsedantní symptomatice, při selhání psychoterapie a psychosociálních přístupů nebo u těch, kteří psychoterapii odmítají.

Účinnost byla prokázána u komorbidních psychiatrických poruch (alkoholová a drogová závislost, sebepoškozování, kleptománie, sexuální desinhibice a OCD). Současně je v léčbě nutný komplexní (specializovaný) program.

Léčba virtuální realitou

Pacient ve virtuálním prostředí plní úkoly, které mu následně umožní poučit se z důsledků jeho chování. Tedy například co se stane s postavou pacienta, pokud bude jíst více, či méně. Pacientovi je umožněno srovnání skutečného tvaru těla s avatarem vytvořeným s využitím jeho vnímání těla. Jedná se o názornější postup, než pouhé vysvětlování dopadů sebedestruktivního chování.

Prognóza

Úmrtnost na PPP v dětském věku se uvádí 3 %. Vznik onemocnění v prepubertálním věku má horší prognózu. AN představuje duševní nemoc s nejvyšší mortalitou, která je někdy udávána až 10–20 %. Příčinou úmrtí jsou často sebevraždy, třetina úmrtí je přičítána srdečnímu selhání. Dalšími příčinami jsou pneumonie, jaterní selhání, myokardiální degenerace. Nelze však podceňovat úmrtnost a závažné somatické následky ani u BN a PP, i když nemáme spolehlivé epidemiologické údaje. Odhady vyústění onemocnění udávají, že až 50 % jedinců s AN se uzdraví, 20 % zůstane velmi vyhublých, 25 % velmi štíhlých a 5 až 10 % zemře na důsledky podvýživy. Plné nebo částečné remise BN dosáhne 52–70 % pacientek, ostatní se potýkají s chronickými potížemi a častými relapsy.

Odkazy

Související články

- Poruchy příjmu potravy u obézních osob • Psychologické aspekty obezity • Obezita • Obezita (pediatrie)
- Mentální anorexie • Bulimie
- Poruchy příjmu potravy v těhotenství

Zdroj

- PAPEŽOVÁ, Hana. *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2012-03-13]. <<https://el.lf1.cuni.cz/p51755144/>>.