

Poruchy příjmu potravy



Klasifikace MKN-10 Kategorie F50-F59

Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Mentální anorexie – F50.0

Atypická mentální anorexie - F50.1

Mentální bulimie – F50.2

Atypická mentální bulimie - F50.3

Přejídání spojené s psychologickými poruchami - F50.4

Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami - F50.5

Jiné poruchy příjmu potravy - F50.8

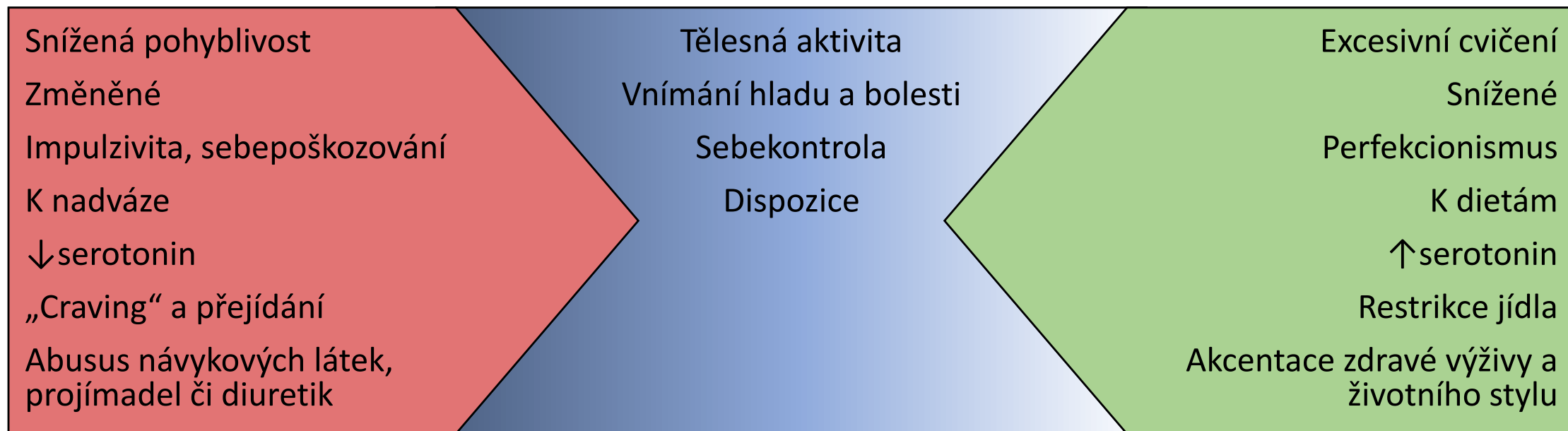
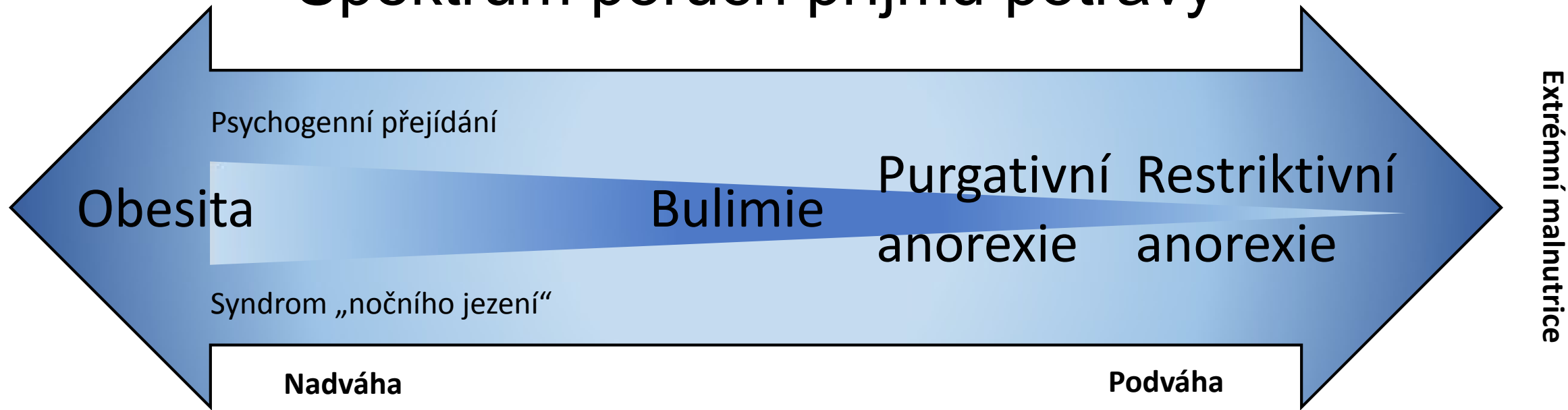


Jiné PPP

- Ortorexie
- Bigorexie
- Drunkorexie



Spektrum poruch příjmu potravy



Mentální anorexie (anorexia nervosa)



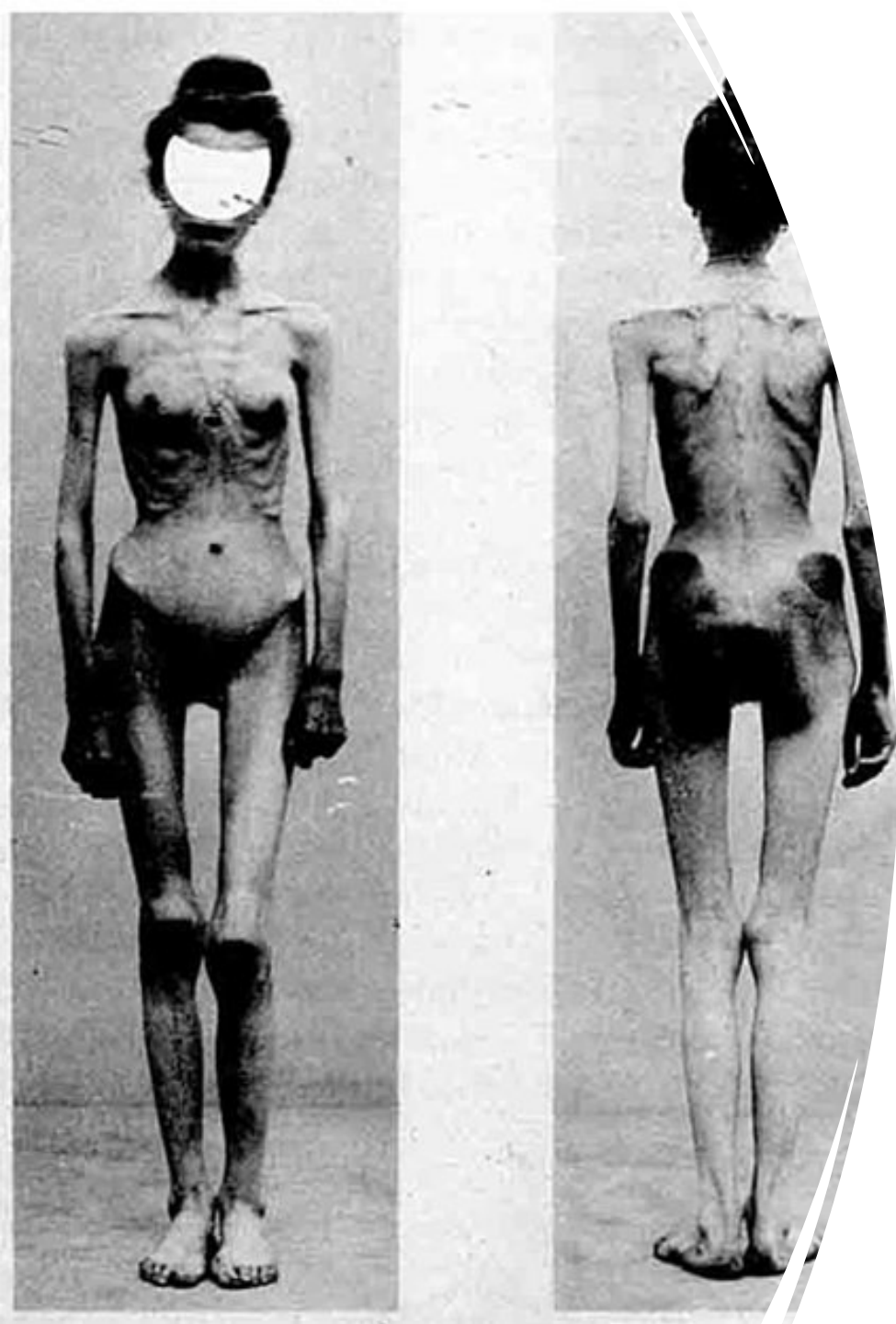
- *Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje.*
- Porucha **se objevuje nejčastěji** u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy.
- Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde **strach ze ztloustnutí** a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, **ovládavá myšlenka**, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu.
- Obvykle je přítomna **podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami** a poruchami tělesných funkcí.
- **Příznaky jsou:** omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik.

Kritéria mentální anorexie dle MKN-10

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.



Rizika mentální anorexie



- Mentální anorexie má chronický průběh.
- Jen 10 % pacientek se uzdraví v průběhu 2 let. I u vyléčených pacientek přetrvávají nápadné jídelní návyky (přechází do fáze remise).
- Mortalita je 5–15 %, tj. nejvyšší ze všech psychiatrických onemocnění.
- Prognóza: 44 % dobrá, 14 % nepříznivá, u 5 % smrt – nejčastější příčinou je srdeční zástava či sebevražda.

Mentální bulimie (bulimia nervosa)

- *Mentální bulimie je syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel.*
- Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti a tvaru těla.
- Opakované zvracení zvyšuje riziko poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. V anamnéze je častá mentální anorexie, trvající od několika měsíců po několik let.



Kritéria mentální bulimie dle MKN-10

- Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.



Kritéria mentální anorexie a bulimie



Tabulka 1. Klinický obraz a průběh PPP

	mentální anorexie	mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení, časté je výrazné kolísání
Amenorea	60–100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	20–40 %
Navozené zvracení	15–30 %	75–90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije	jí spíše rychleji, větší sousta, „patlá“ jídlo, někdy degradace jídel. chování, obvykle hodně pije, často i místo jídla
Počátek obtíží	12–20 rok, výjimečně později	14–30 rok
Pohlaví pacientů (ženy : muži)	10–15 : 1	20 : 1
Prevalence (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %	1,5–5 %
Deprese	10–60 %	20–90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Sebepoškozování	výjimečně (u bulim. formy)	občas, zpravidla při vzrůstu hmotnosti
Významné zlepšení	20–75 %	60–85 %
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2–8 %	0–2 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout

Psychogenní přejídání (Bulimia cum disordinibus psychicis aliis)



- *Přejídání způsobené stresujícími událostmi, jako úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte a podobně.*
- Tato definice je dle aktuálních kritérií a chápání psychogenního přejídání nedostatečná a zároveň zavádějící, protože neobsahuje žádná konkrétní kritéria definující přejídání, četnost jeho epizod, či přidruženou psychopatologii.
- Nemocný trpící psychogenním přejídáním nemusí zároveň splňovat kritéria pro obezitu. Ačkoliv obezita (BMI > 30) byla například ve studii provedené v USA prokázána u 42 % nemocných, ale onemocněním může být postižen i štíhlý pacient.

Kritéria psychogenního přejídání dle DMS-5

- Epizoda psychogenního přejídání je definována jako konzumace takového množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejnou časovou jednotku za stejných okolností, a je provázená pocitem ztráty kontroly.
- Množství jídla snědeného během záchvatu představuje kalorický příjem 1500-4500 kcal.
- Záchvat přejedení je typicky provázen vyšší rychlostí konzumace potravy a/nebo pokračováním v jídle přes dosažený pocit sytosti, do pocitu nepříjemného přeplnění až bolesti. Nemocní typicky konzumují potravu i v situaci, kdy necítí hlad. Jedí o samotě, mimo společnost, pociťují stud z důvodu množství zkonsumované potravy, případně vůbec za to, že jedí. Po proběhlé epizodě obvykle následují pocity znechucení, deprese, či viny.
- Každou epizodu provází výrazný stres. Až 25 % záchvatů trvá celý den, existuje však velká variabilita chování. Přestože nemocní zkonsumují velké množství jídla a zažívají následně nepříjemné psychické a fyzické prožitky, nepoužívají žádné eliminační metody (zvracení, projímadla nebo excesivní cvičení).



Komorbidity PPP

1. Úzkostné a depresivní poruchy
2. Obsedantně kompulzivní porucha
3. Porucha osobnosti (hraniční porucha osobnosti)
4. Změny kognitivních funkcí
 - Narušení interocepce (kožní a hluboké cití) + vnímání bolesti

Léčba

- Mezioborová spolupráce odborníků s rodinou, školou, kluby aj.
 - Praktický lékař, psychiatr, ale i psycholog, nutriční specialista,...
- Změna nutričního stavu (postupné navýšení hmotnosti), kde cílem je dosáhnout „zdravé“ hmotnosti (BMI).
- Psychoterapie – psychoedukace – režimová opatření.
- Farmakoterapie (psychofarmaka) – léčba komorbidit.

Role výživového poradce

- Pozor na změnu v chování u PPP – princip odměny a trestu.
 - Jídlo, hubnutí, zvracení může být vnímáno jako odměna.
 - Odpírání těchto činností může působit jako trest...
- Navazuje problematika náhledu poradce – odsuzování.
 - Je potřeba přistupovat ke klientovi jako informovaný a erudovaný profesionál, který jej převýší svými znalostmi a objektivně poskytne informace o racionálním přístupu ke stravování.

Role výživového poradce

- Je potřeba uvědomit si narušené sebehodnocení a sebevnímání u PPP.
 - Přesvědčení klienta nezměníme!
- Budování správných návyků v kontextu dosažitelných cílů.
 - Pozitivní vztah k jídlu, vnímání chutě, vytvoření prostoru pro sněžení jídla – Kultura jezení.
 - Důležitá role stolování, přípravy jídla a vaření.

Praxe výživového poradce

1. Stanovování cílů ve spolupráci s klientem
 - Cíle by měly být postupné a opatrné.
2. Zpětná vazba navrhovaných změn (škálovat schopnost klienta změny realizovat). Například:
 - Škála 1-10, kde 1 je nejsem schopen/schopna změny realizovat a 10 je ano, takové změny jsem schopen/schopna realizovat bez problémů.

Praxe výživového poradce

3. Hodnocení somatických změn by mělo být objektivní s pozitivní zpětnou vazbou.
 - Je důležité vyhýbat se frázím „Vy nám krásně přibíráte.“, které by mohly vyvolat negativní odezvu v kontextu mentální poruchy.
4. Edukace klienta a důkladné vysvětlení proč.
 - U některých pacientů s PPP je možné se setkat s perfektní erudovaností. V takovou chvíli by měl výživový poradce prokázat lepší znalosti a mít nachystány silnější argumenty.

Na koho se obrátit pro pomoc

- Centrum Anabell



- Psychiatrické ambulance např. FN Brno
Bohunice



Shrnutí PPP pro praxi výživového poradce

- Vnímat sebehodnocení klienta.
- Vytvářet nutriční cíle společně s klientem a vyhodnocovat míru schopnosti realizovat tyto změny (škálování).
- Mít dobré znalosti a být připraven na vysokou erudici pacienta s PPP.
- Nebát se nabídnout mezioborovou spolupráci.
- Nebát se hovořit o tématu PPP v rámci prevence.