

Poruchy příjmu potravy

MUDr. Helena Reguli

F50-59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- **F50 poruchy příjmu jídla**
- F51 neorganické poruchy spánku
- F52 sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí
- F53 duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestinedělním neklasifikované jinde
- F54 psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde
- F55 abúzus látek nevyvolávajících závislost

F50 poruchy příjmu jídla

- Mentální anorexie (F50.0)
- Mentální bulimie (F50.2)
- Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)
- Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)

Epidemiologie

Prevalence

- mentální anorexie u adolescentních a mladých žen circa 1%
- mentální bulimie 1-3%
- epidemiologické údaje vzhledem k povaze onemocnění (popírání a tajení potíží a odmítání odborné pomoci) problematické

■ mnoho případů klinicky nerozpoznáno:

– odhaduje se, že praktickými lékaři je odhaleno

■ 12% pacientů trpících mentální bulimií

■ 45% pacientů trpících mentální anorexií

■ společné znaky:

– strach z tloušťky

– nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti

Etiopatogeneze

- **multifaktoriální: biologické, psychologické a sociokulturní aspekty**

Psychologické aspekty:

- **vznik v pubertě - vývojové krize**
- **v dětství nedostatek emocionální podpory a omezováním spontánní aktivity ze strany rodičů**
- **důležitá osoba bývá dominantní, pacientka reaguje pasivní poddajností**
- **velké napětí mezi rodinnými příslušníky (často jako následek onemocnění)**
- **hodnoty v rodině ovlivněny ideály výkonnosti**

Mentální anorexie F 50.0



- **váhový úbytek, dosahovaný úmyslně (dieta, nadměrné cvičení, zvracení, užívání anorektik, laxancií, diuretik)**
- **narušené vnímání vlastního těla, spojené s ovládacími obavami z tloušťky**
- **sekundární endokrinní a metabolické změny.**
- **vysoká mortalita (10-20%)**
- **chronický průběh**
- **častý abúzus alkoholu, depresivní a obsedantně kompulzivní příznaky**

Mentální anorexie

- Opožděné pubertální projevy (zastavuje se růst nevyvíjí sekundární pohlavní znaky, dětské genitály).
- počátek obvykle mezi 13 a 20 lety
- pomalý a nenápadný rozvoj
- zpočátku často období stupňujících se diet, zájem o „zdravou výživu“
- Mentální anorexie má ze své podstaty nejvíce somatických komplikací ze všech psychiatrických diagnóz a také má nejvyšší mortalitu

Diagnóza

Diagnostická kritéria dle MKN-10 pro F50.0:

1. **tělesná hmotnost** udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou hmotností (snížena nebo nikdy nedosažena) nebo BMI 17,5 a nižší, u prepubertálních chybí očekávaný nárůst hmotnosti
2. snížení hmotnosti si **způsobuje pacient sám** tím, že se vyhýbá „jídlům, po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků:
 - vyprovokované zvracení
 - užívání laxativ, anorektik, diuretik, thyreoidálních preparátů, vynechávání léčby inzulínem u diabetiků
 - nadměrné cvičení

3. 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 (optimální nebo cílové váhy)
4. rozsáhlá **endokrinní porucha**, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, projevující se u žen jako amenorhea (výjimkou je děložní krvácení při užívání hormonální léčby – HAK), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu či potence, mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu
5. opoždění či **vymizení pubertálních projevů**, je-li začátek onemocnění před pubertou

Průběh a prognóza

- průběh variabilní:
 - jediná epizoda s úplnou remisí
 - dlouhodobý chronický průběh
 - epizody opakující se mnoho let
- přibližně pětina pacientů se zcela uzdraví
- u 10-20% pacientů postupné zhoršování
- mortalita kolem 15%
- často přetrvávají abnormální stravovací návyky i přes normalizaci hmotnosti a menstruačních funkcí
- u některých pacientů se vyvine mentální bulimie

Mentální anorexie – psychologické aspekty

- v myšlení a emocích dominuje tělo a potrava
- pokles hmotnosti výraz pocitu insuficience a potřeby uznání a podpory
- boj proti hladu navozuje iluzi autonomie
- popírání emocí (ohrožení kachexií nevnímáno nebo překryto strachem z přibývání hmotnosti)
- rodinné vztahy - přetrvává závislost
- pokusy měnit chování kontrolou a rozkazy vyvolávají v rodině agresi, pocit bezmocnosti a zoufalství
- relativní izolace - zakrývání poruchy
- vliv na sexuální zrání – nekontrolovatelná sexualita zesiluje pocit bezmocnosti a insuficience
- nedostatek autonomie a orientace na dominantní blízké osoby - obavy, že nesplní očekávání

Rizikové faktory

- **Biologické rizikové faktory (některé vybrané):**
 - ženské pohlaví – jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů (u této poruchy ale hraje především roli postavení ženy ve společnosti a nikoli primárně biologické pohlaví)
 - distribuce tělesného tuku: vyšší riziko u žen s těl. tukem uloženým nejvíce na bocích a hýždích
 - genetické studie v rodinách ukazují na vztah mezi poruchami příjmu potravy a poruchami nálady
- **sociální, kulturní a rodinné faktory:**
 - sociální tlak na udržení štíhlosti (sílí od pol. 20. stol.)
 - časté jsou napjaté rodinné vztahy, hyperprotektivní a dominantní matka, pasivní, emočně vzdálený otec
- **psychologické faktory:**
 - osobnost často zvýšeně neurotická, introvertní, úzkostná
 - častá vnitřní nejistota, extrémní perfekcionismus, zaměření na výkon.

- prevalence výskytu některého z příznaků anorexie (tedy ne plného syndromu) je až 5% (v populaci dospívajících dívek)
- pacienti mužského pohlaví tvoří méně než 10% všech případů

Mentální anorexie – léčba

**Cílem léčby nejprve fyzická stabilizace a
posléze zapojení do psychoterapie:**

- u nemocných s velmi nízkou hmotností nezbytná hospitalizace**
- po realimentaci a zvládnutí rozvratu vnitřního prostředí pracujeme s patologií jezení a zaměřujeme se na prožívání tělesných pocitů**
- silné ambivalence týkající se léčby a váhového přírůstku vedou k nízké komplianci**

Poruchy příjmu potravy – léčba

Součástí léčby je poskytnutí informací:

Informace o onemocnění a jeho formách

- pacientky i při tendenci k popírání vědí o chorobném charakteru symptomů
- informace o nemoci posílí jistotu a spolupráci

Informace o možnostech léčby

- pacientky nedůvěřují léčbě, strach z nekontrolovaného přibývání hmotnosti
- informace o léčbě snižují obavy z přírůstkem hmotnosti

Poruchy příjmu potravy – léčba

Zajištění tělesného zdraví - dvě různé strategie:

- **dohodnout odstupňovaný plán s odpovídajícími váhovými hodnotami**
- **určit hranici hmotnosti , pod níž budou zavedena nátlaková opatření**

Základem léčby je dohoda o postupu, cílech a zdůraznění vlastní zodpovědnosti.

Léčebné cíle:

- **cílová hmotnost (přírůstek hmotnosti by se měl pohybovat mezi 0,5-1 kg/týden)**
- **normalizace stravovacího chování**
- **normalizace sociálních vztahů (zapojení do studia, zaměstnání)**
- **rehabilitace**

Mentální bulimie

- **záchvatovité přejídání spojené s nevhodným kompenzačním jednáním (nejčastěji navození zvracení)**
- **následky opakovaného zvracení- zánět slinných žláz, kazivost zubů**
- Nemocný člověk není tak vyhublý jako osoba s mentální anorexií.
- Jedinou náplní života se stávají myšlenky na jídlo.
- Přejídání a zvracení bývá často pokračováním mentální anorexie.

Mentální bulimie diagnostická kritéria dle MKN-10

- Neustálé zabývání se jídlem a silná neodolatelná touha po jídle (žádostivost, bažení).
- Opakované epizody přejídání, nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců, při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla: vyprovokované zvracení, projímadla, diuretika, léky na hubnutí.
- Chorobný strach z tloušťky, člověk si sám určuje hmotnostní práh, kterého chce za každou cenu dosáhnout.

Prevalence

- 1-3% mladých žen
- 0,1-0,4% pacientů tvoří muži

Etiologie

■ biologické faktory:

- uvažovalo se např.. o zvýšené hladině endorfinů, epi paroxyzmy v oblasti hypothalamu aj., nic není jednoznačně potvrzeno

■ sociální, kulturní a rodinné faktory:

- sociální tlak na štíhlost

■ psychologické faktory:

- nezdrženlivost, psychastenie, hysteroidní struktura osobnosti
- pacienti více extrovertovaní a impulsivní než pacienti s anorexií

■ diferenciální diagnóza oproti mentální anorexii:

- nepřítomnost závažnějšího úbytku tělesné hmotnosti u mentální bulimie
- nepřítomnost trvalé amenorhey u mentální bulimie

■ častá komorbidita:

- závislost na alkoholu (impulzivní chování)
- hraniční poruše osobnosti

■ diferenciální diagnóza:

– somatické choroby:

■ primární porucha horního GIT vedoucí ke zvracení

■ neurologické poruchy:

- Klein-Levinův syndrom (nadměrná spavost a přejídání)
- Prader-Williho syndrom (zvýšená chuť k jídlu, obezita, mentální retardace, hypotonie, hypogenitalismus)

■ poškození ventromediálního hypothalamu

– psychické poruchy:

■ obsedantní a depresivní poruchy, mánie, oligofrenie aj.

Klinické souvislosti

- počátek mezi 16 a 25 lety (tedy později než u anorexie)
- pomalý a nenápadný rozvoj
- epizody mohou být evokovány stresem, někdy mohou být plánované
- příjem potravin s vysokou kalorickou hodnotou (pečivo, sladkosti), konzumované rychle a v tajnosti

Průběh a prognóza

- průběh variabilní:
 - jediná epizoda s úplnou remisí
 - dlouhodobý chronický průběh
 - epizody opakující se mnoho let
- průběh choroby je dlouhodobý, abnormální stravovací návyky přetrvávají často několik let, avšak vyjádřeny s různou intenzitou
- o chronicitě se hovoří při trvání choroby více než 10-15 let
- dlouhodobě příznivější průběh než anorexie, většina pacientů se uzdraví, mortalita není zvýšena

Léčba

- lepší nosognose, pacienti si častěji sami přejí uzdravení
- chybí kachexie, tedy není nutnost zvyšování hmotnosti
- obvykle ambulantní:
 - psychoterapie – např. kognitivně-behaviorální terapie (popsané postupy pro MB)
 - psychofarmakoterapie – antibulimický účinek antidepresiv (především fluoxetinu ze skupiny SSRI - nutnost vyšších dávek pro die)

Jiné poruchy příjmu potravy

- pika (=požívání nestravitelných předmětů)
neorganického původu v dospělém věku
- psychogenní ztráta chuti k jídlu