PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

**Úvodní charakteristika poruch příjmu potravy:**

Poruchy příjmu potravy tvoří skupinu závažných psychosomatických onemocnění, kterými trpí především ženská část populace mladších věkových skupin. Incidence a prevalence mentální anorexie a bulimie je srovnatelná s výskytem těchto poruch v západní Evropě a měla v posledních letech vzrůstající tendenci. Mentální anorexií trpí přibližně 0,5 % dívek, mentální bulimií 2-5%, **nejvýznamnějším rizikovým faktorem je ženské pohlaví.** Nejvíce ohroženy jsou dospívající dívky a mladé ženy, výjimkou nejsou ani ženy zralého věku. K dalším rizikovým faktorům patří zejména nespokojenost s vlastním tělem, jídelní návyky v rodině, držení diet a určité profese a zájmy (baletky, modelky, sportovkyně…). U dětí se mohou poruchy příjmu potravy charakteru mentální anorexie vyskytovat již kolem 6. -7. roku života, atypické poruchy mohou mít počátek ještě v mladším až útlém věku.

Tato onemocnění mají tendenci k **chronifikaci a jsou provázena závažnými komplikacemi psychickými i somatickými. Uvádí se vysoká mortalita, zejména u mentální anorexie (8-16%), přičemž 2% úmrtí tvoří dokonaná suicidia.**

Etiologie této skupiny onemocnění není jasná, předpokládá se souhra genetických a biologických faktorů a sociokulturních vlivů, hovoříme **o multifaktoriálně podmíněných onemocněních.** Sociokulturní vlivy se týkají nejen  vývoje módních trendů a ideálu štíhlosti, ale i  měnící se role a postavení muže a ženy (resp. otce a matky) v rodině a vlivu těchto faktorů na psychický vývoj a separační procesy mladého člověka.

**Diagnostika poruch příjmu potravy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ICD -10 rozlišuje následující poruchy příjmu potravy V dospělosti**: | **V dětském věku** |
| Mentální anorexie (F 50.0) | Mentální anorexie |
| Mentální bulimie (F 50.2) | Mentální bulimie |
| Přejídání spojené s jinými psych.poruchami (F 50.4) | Poruchy příjmu jídla v útlém a dětském věku (F 98.2) |
| Zvracení spojené s jinými psych.poruchami  (F 50.5) | Pika v útlém a dětském věku (F 98.3) |
| Pika neorganického původu u dospělých  (F 50.8) |  |
| Psychogenní ztráta chuti k jídlu (F 50.8) |  |

Diagnostická kritéria základních poruch jsou popsána v níže uvedených tabulkách. Pokud nejsou kompletně vyjádřena , mluvíme o atypické mentální anorexii (F 50.1) a atypické mentální bulimii (F 50.3) , formách onemocnění , kterými trpí početná skupina nemocných (př. mentální anorexie se zachovaným menstruačním cyklem apod…). V poslední době budí pozornost i tzv. *syndrom nočního přejídání.*

Někteří autoři , zabývající se poruchami příjmu potravy v dětství navrhují alternativní kritéria pro mentální anorexii a bulimii v dětství a atypické formy specifikují na: emoční poruchu spojená s vyhýbáním s jídlu, syndrom vybíravosti v jídle a syndrom pervazívního odmítání. S poruchami krmení se setkáváme i v kojeneckém a útlém dětském věku .

**Nejdůležitější diagnostická kritéria pro mentální anorexii a mentální bulimii:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mentální anorexie** | **Mentální bulimie** |
| (a) Tělesná váha 15% pod předpokládanou, BMI pod 17,5.  *Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný váhový přírůstek.* | (a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelné bažení po jídle, epizody přejídání velkými dávkami jídla |
| (b) vyhýbaní se jídlům, provokování zvracení, užívání laxativ, anorektik, diuretik,excesivní cvičení. | (b) Kompenzace přejídání vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, anorektik, thyreoidních preparátů či diuretik, hladovkami. |
| (c) strach z tloušťky, porucha tělového schématu | (c) strach z tloušťky, stanovení nízké cílové váhy, předchozí epizoda anorexie i amenorhoey |
| (d) endokrinní porucha (amenorrhoea u žen, porucha sexuální apetence u mužů), viz dále) |  |
| (e) *Při začátku před pubertou-pubertální projevy opožděny, event. zastaveny, prim. amenorrhoea.* |  |

U mentální anorexie rozlišuje DSM IV ***typ restriktivní*** ( snižování energetického účinku stravy dietami až odmítáním jídla, excesivní cvičení, není přítomno zvracení a užívání laxativ a diuretik) a ***typ purgativní*** (záchvatovité přejídání a následné zvracení s možností užití laxativ a diuretik). Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami kódujeme především tam, kde je **reakcí** na stresující událost, zvracení se pak může objevovat u disociativních poruch, hypochondrických poruch a je častým příznakem psychosomatických onemocnění s těžištěm symptomatiky v gastrointestinálním traktu.

**Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy:**

**Mentální anorexie**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Somatická onemocnění**  (dle St. Herpetz | **Psychiatrická onemocněn**í (dle P. Němečkové) |
| konstituční zvracení, zpomalení pasáže GIT | mentální bulimie |
| morbus Crohn, celiakální sprue | depresivní porucha |
| malabsorbční syndrom | sociální fobie |
| tuberkulosa GIT. | obsedantně kompulsivní porucha |
| alergie na potraviny | dysmorfofobická porucha |
| insuficience adenohypofýzy | somatizační porucha |
| insuficience nadledvinek | schizofrenie |
| hyperthyreóza |  |
| diabetes mellitus |  |
| metabolická onemocnění |  |
| tumory |  |

**Mentální bulimie (**dle P.Němečkové**):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Somatická onemocnění:** | **Psychiatrická onemocnění:** |
| neurologické poruchy (tumory) | mentální anorexie |
|  | depresivní porucha |
|  | porucha osobnosti (hraniční) |

**Somatické změny a komplikace u mentální anorexie a bulimie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orgánový systém** | **Charakteristika změn** |
| kardiovaskulární systém | sinusová bradykardie, hypotenze, srdeční arytmie s rizikem zástavy, změny ekg, |
| renální | zvýšená hladina urey, hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie, metabolická alkalóza, hypofosfatemie, hypomagnezemie s hypokalcémií, otoky dolních končetin, riziko močových kamenů, hypoproteinémie s hypovolem. šokem, ledvinových infarktů |
| gastrointestinální | zduření parotických žláz, eroze skloviny a zuboviny, záněty, eroze, ruptura jícnu, perforace , dilatace žaludku, žaludeční vředy, zpomalení pasáže GIT, dilatace duodena, jekána, ileus , zácpa, akutní pankreatitida, zvýšené amylázy, steatóza jater, hepatomegalie, hypoproteinemie, hypoglykémie, hyperlipidémie |
| kosterní komplikace | zpomalení vyzrávání kostí, zastavení růstu v dětském věku, osteopenie, osteoporóza, netraumatické zlomeniny, hypoplazie kostní dřeně |
| endokrinní komplikace | amenorhoea, hypogonadismus s nízkými hladinami LH a FSH, nízká hladin strogenů,infertitlita, nízká hladina testosteronu u mužů, zvýšena hladina kortizonu v plazmě, nižší hladina tyroxinu a volného trijodthyroninu |
| hematologické komplikace | normochromní normocytární anemie, snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie, trombocytopenie |
| neurologické komplikace | abnormní EEG, periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie , generalizované tonicko-klonické křeče, ztráta vědomí, diplopie, svalová slabost, poruchy hybnosti |
| metabolické komplikace | zhoršení regulace tělesné teploty, narušený metabolismus glukózy, Ca, zpomalení bazálního metabolismu |
| dermatologické komplikace | hyperkeratonemie, purpura, vyrážky z abúsu laxativ a diuretik, tenká, šupinatá, suchá kůže ze sníž. kolagenu, kanuto, popraskané kůže, vypadávání vlasů |

**Psychiatrická komorbidita:**

|  |
| --- |
| úzkostné a depresivní poruchy |
| obsedantně kompulzivní poruchy |
| porucha osobnosti (hraniční) |
| zneužívání, resp. závislost na návykových látkách |

**Průběh a léčba:**

Co se průběhu onemocnění týče, můžeme při orientačním odhadu užít **třetinové pravidlo**: tj. jedna třetina pacientek se uzdraví úplně, jedna třetina recidivuje a u jedné třetiny dochází ke chronickému průběhu. Pacientky s chronickým průběhem mentální anorexie si většinu neudrží zdravou váhu, přetrvává u nich patologické zaujetí jídlem, bulimické symptomy, trvalá rozlada či deprese, trpí často sociální izolací. Kvalita života jednotlivých „chronifikujích“ pacientek se však velmi liší. Ve srovnání s mentální anorexií se jeví průběh mentální bulimie jako příznivější, studie uvádějí vyšší procento pacientů s plnou zdravou.

Velké nebezpeční pro klinické pacientky představují alkohol a drogy.

Těžiště léčby poruch příjmu potravy spočívá v **psychoterapii,** nejčastěji v kognitivně - **behaviorálním** **přístupu** kdy se snažíme jednak o rozpoznání patologických myšlenkových schémat a přesvědčení ( tělesná hmotnost, tělové schéma), jednak o nácvik normálních jídelních návyků. Nutnost **hospitalizace** se odvíjí od rozvoje dalších komplikací (nízké BMI, somatické komplikace, depresivita, suicidální úvahy), situace pacientky (malá podpora okolí, sociální izolace, nízká výkonnost), nebo přichází v úvahu při selhávání ambulantní psychoterapeutické léčby. Podle charakteru obtíží se tak děje buď na odděleních všeobecných nemocnic (interna, metabolická jednotka, pediatrie) nebo na psychiatrii. Léčba bez psychosomatického kontextu má význam jen ve výjimečných případech závažné somatické dekompenzace či při stabilizaci zcela nemotivovaných a nespolupracujících pacientek.U výrazně podvyživených pacientek s mentální anorexií je nutná **nutriční rehabilitace** (realimentace, navození normálního jídelního režimu, nutriční poradenství). Tam, kde se jedná o dětské či adolescentní pacienty, či pacientka žije s rodiči, je potřeba **rodinná terapie**.

Forma psychoterapeutické péče je různá, během hospitalizační péče převládají **komunitní** a **skupinové** přístupy, ambulantní péče je více individualizovaná. Skupinový přístup se uplatňuje i při **svépomocných** aktivitách pacientů a rodinných příslušníků, pozitivní zkušenosti jsou s **vícečetnou rodinnou terapií**. Vedle zmiňovaného kognitivně - behaviorálního přístupu se uplatňuje celá škála psychoterapeutických škol, je však potřeba v průběhu psychoterapie neztratit ze zřetele somatický stav a jídelní režim pacientky.

**Farmakoterapie** je přídatnou metodou. Nejvíce uplatnění nacházejí léky ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (fluoxetin, citalopram , sertralin), dále antidepresiva mirtazapin a imipramin. Větší efekt je pozorován zejména při kontrole impulsů u mentální bulimie, u mentální anorexie má farmakoterapie **význam zejména při léčbě doprovodné psychopatologie** ( úzkost, depresivita, obsedantně kompulsivní symptomatika) a prevenci relapsů anorexie. Léčba přispívá i k celkové stabilizaci osobnosti.

Pokud má být léčba poruch příjmu potravy efektivní, vyžaduje zejména v akutních a také dlouhotrvajících případech **multidisciplinární přístup**. V ambulantních podmínkách je základem vhodné sledování tělesného stavu ze strany somatického lékaře a individuální psychoterapeutická péče.

**I úspěšná léčba poruch příjmu potravy může trvat několik let.**

**Přehled specializovaných služeb s kontakty:**

**Psychiatrická klinika**

**Praha 2, Ke Karlovu, 11,**

**Tel.: 224965053 (středa od 13.00)**

**Popis: Ambulance pro první kontakt, Stacionář pro poruchy příimu potravy,,Lůžková oddělení pro dospělé, specializovaný program pro pacienty s poruchami příjmu potravy**

**Nabídka: specializované vyšetření, komunitní systém léčby, skupinová psychoterapie**

**Platí zdravotní pojišťovna, na stacionáři si klientky hradí stravu**

***Svépomocná asociace a klub pro pacientky s poruchami příjmu potravy***

**Středisko komplexní terapie**

**Liberec**, **Jáchymovská 286  
Tel: 485 151 398, 485 152 793, Email: skt@sktlib.cz  
Popis: Terapeutický tým tvoří přední odborníci v oblasti psychoterapie a psychosomatické medicíny.  
Nabídka: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie,   
Platí zdravotní pojišťovna? ano, informujte se při prvním kontaktu  
  
Dětská psychiatrická klinika při FN Motol**

**Praha 5**, **V Úvalu 84  
Tel: 224 43 11 11, Email: psychiatrie@fnmotol.cz  
Popis: Lůžkové oddělení pro pacienty do 18 let. Terapeutický program pro pacienty s anorexií a bulímií zahrnuje speciální psychoterapeutické skupiny, zaměřené na problematiku PPP**  
**Nabídka: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie,   
Platí zdravotní pojišťovna**

**Uvádíme zařízení , která se o pacienty s poruchou příjmu potravy starají komplexně. Další kontakty na ambulantní odborníky i lůžková odborná zařízení najdete na níže zmíněných internetových adresách, kde je možno oslovit odborníky též prostřednictvím internetové poradny.**

**Internetové adresy:**

[**www.idealni.cz**](http://www.idealni.cz)

[**www.proyouth.eu**](http://www.proyouth.eu)

[**www.ecinstitut.cz**](http://www.ecinstitut.cz)

**Literatura:**

**Papežová, H.: Spektrum poruch příjmu potravy. Praha, Grada 2010.**

**Tress, W., Krusse J., Ott.J.: Základní psychosomatická péče. Praha, Portál 2008.**

**Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize, Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha , 1992**

**Němečková P., Poruchy příjmu potravy,** Psychiatrie pro praxi 2002/3

**Některé somatické aspekty poruch příjmu potravy, Koutek J., Lorenc J.,**

**Češková E., Valčíková I., Farmakoterapie mentální anorexie,** Česká a slovenskápsychiatrie, ročník 103, zaří 2007, č.6

**Krch F.D. a kolektiv, Poruchy přijmu potravy,Grada 2005, Vydání 2.**

**Nicholls D., Lask B.** Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci in Krch, F.D

**Psychiatrie, Doporučené postupy psychiatrické péče II.,** Infopharm 2006

**Kocourková J. et al, Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání**

**Papežová H., Anorexia nervosa**, Příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele a partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie), Psychiatrické centrum Praha 2000

**Papežová H., Bulimia nervosa**, Příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele a partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie), Psychiatrické centrum Praha 2003

**V. mezioborová konference o poruchách příjmu potravy**, Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum 1, ročník.101 , březen 2005

**VI. mezioborová konference o poruchách příjmu potravy s mezinárodní účastí**, Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum 1, ročník.103 , březen 2007

**Chvála V., Trapková L., Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému**, Česká a slovenská psychiatrie, roč.94, červenec 1998, č.5

**Chvála V., Trapková L.,Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2004**

**Danzer, G. Psychosomatika, Celostní pohled na zdraví těla i duše, Portál, Edice Spektrum , 2001**

**Poněšický, J., Fenomén ženství a mužství, psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy, Triton 2003**