

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 anorexiu a bulimii v dětství a atypické formy specifikují na: emoční poruchu spojená s vyhýbáním s jídlu, syndrom vybíravosti v jídle a syndrom pervazivního 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. <i>Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný váhový přírůstek.</i>	(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 amenorrhoe
(d) endokrinní porucha (amenorrhoea u žen, porucha sexuální apetence u mužů), viz dále)	
(e) <i>Při začátku před pubertou-pubertální projevy opožděny, event. zastaveny, prim. amenorrhoea.</i>	

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** (záchvatovitě 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 onemocnění (dle P. Němečkové)
konstituční zvracení, zpomalení pasáže GIT	mentální bulimie
morbus Crohn, celiakální sprue	depresivní porucha
malabsorbční syndrom	sociální fobie
tuberkulóza GIT.	obsedantně kompulsivní porucha
alergie na potraviny	dysmorfofobická porucha
insuficience adenohipofýzy	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 vyžívání kostí, zastavení růstu v dětském věku, osteopenie, osteoporóza, netraumatické zlomeniny, hypoplazie kostní dřve
endokrinní komplikace	amenorhoea, hypogonadismus s nízkými hladinami LH a FSH, nízká hladina estrogenů, infertilita, nízká hladina testosteronu u mužů, zvýšená 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 „chronifikujících“ 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 nebezpečí 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 kompulzivní 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 příjmu 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 bulimií 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

www.proyouth.eu

www.ecinstitut.cz

Literatura:

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

Tress, W., Kruse 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 slovenská psychiatrie, ročník 103, zaří 2007, č.6

Krch F.D. a kolektiv, Poruchy příjmu 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