
Poruchy příjmu potravy

Mgr. Jan Dufek, Psychiatrická klinika FN Brno

PPP dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10)

- Mentální anorexie
 - Mentální bulimie
 - Atypické formy
 - Psychogenní přejídání, psychogenní zvracení
-

Mentální anorexie

- Úmyslné snižování váhy
 - Váha 17,5 BMI a méně (BMI = Body Mass Index, váha v kg/(výška v m)²)
 - Přehnaný strach ze ztloustnutí, zkreslená představa o vlastním těle
 - Udržování nízké váhy: restriktce, zvracení, diuretika, projímadla, nadměrné cvičení...
 - „Musíš být hubená, nejlépe stále hubenější“
-

Mentální anorexie

- Ženy : muži cca 10 : 1
 - Začátek nemoci typicky 13 až 20 let (prvních 7 let menstruace)
 - Výskyt u cca 1% populace, u přibližně 10% žen mezi 16. a 25. rokem se předpokládá subklinická anorexie
 - Úmrtnost 10%-15%, jen 50% pacientů se uzdraví úplně
-

Somatické komplikace AN

- Srdeční: bradykardie, pokles TK, omezení kapacity a odpovědi TK na zátěž, srdeční selhání je nejčastější příčina smrti
- GIT: zpožděné vyprazdňování, zácpa, bolesti břicha, pocity plnosti po jídle
- Endokrinní: narušený glukózový metabolismus, poruchy (chybění) menstruace, osteopenie (řídnutí kostí), narušená termoregulace, neplodnost
- Kožní: lanugo, padání vlasů, křehké nehty

Mentální bulimie

- Tajené záchvaty přejídání
 - Následné kompenzační chování (zvracení, přehnané cvičení, hladovky, projímadla...)
 - Váha normální i zvýšená, kolísání
 - „Nesmíš za žádnou cenu ztloustnout“
-

Mentální bulimie

- Ženy : muži cca 10 : 1,4
 - Začátek pozdější než u AN, 15 až 25 let
 - Výskyt u 4 - 8% žen mezi 15. a 30. rokem
 - Úmrtnost nižší než u MA, až 80% nemocných se uzdraví
 - Asi 1/4 nemocných prošlo fází anorexie
-

Somatické komplikace BN

- Orální: eroze skloviny, otoky slinných žláz
- Srdeční: arytmie, srdeční selhání je nejčastější příčina smrti
- GIT: poškození jícnu, žaludku (ruptury), žaludeční a jícnové vředy
- Endokrinní: narušený glukózový metabolismus, poruchy (chybění) menstruace
- Hypokalémie, vznik otoků, dehydratace
- Kožní: lanugo, padání vlasů, křehké nehty

Etiologie a patogeneze PPP

- Multifaktoriální podmíněnost poruchy
- Sociální a kulturní faktory - ideál štíhlosti, výkonový tlak, módní diety
- Historicky se ideál ženské krásy proměňuje...
- Biologické faktory:
 - Ženské pohlaví
 - Puberta - růst hmotnosti, přibývání tukových zásob, růst nespokojenosti s vlastním tělem v tomto období
- Rodinné a genetické faktory:
 - V rodinách anorektiček a bulimiček se vyskytují PPP 4x-5x častěji než v běžné populaci
 - „Anorektické“ matky - hyperprotektivní, obtěžující, dominantní
 - „Naše rodina je jako pevnost s příkopem okolo, kam nikdo není vpuštěn. Uvnitř nejsou žádné možnosti jak se skrýt, všechny dveře jsou otevřené, každý ví, co si ten druhý myslí, cítí a dělá.“

Etiologie a patogeneze PPP

- Genetické faktory: Studie u dvojčat - u jednovaječných dvojčat výskyt PPP několikanásobně častější než u dvojvaječných
 - Zkoumány zejména predisponující faktory, jednoduchá genová podmíněnost neexistuje
 - Psychické charakteristiky:
 - Depresivní příznaky
 - Úzkostné příznaky
 - Obsedantní příznaky
 - Osobnostní rysy (pedanterie, nadměrná kontrola emocí, impulzivita, vnitřní nejistota, nízké sebehodnocení, hraniční osobnost)
 - Závislost: Někdy jsou PPP chápány jako forma závislosti, podobně jako závislost na alkoholu a drogách.
 - Společnými rysy jsou impulzivita, nezdrženlivost, oslabení sebekontroly, nutkavost.
 - Zejména u bulimie častý abusus alkoholu nebo drog.
-

Studie o hladovění

- Ancel Keys and col., University of Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen & Taylor, 1950)
- Analogie mezi zkušeností, pozorovanou oběťmi polohladovění a znaky zaznamenanými u jedinců s BN nebo AN.
- Experiment zahrnoval omezení příjmu kalorií u 36 mladých, zdravých, psychologicky normálních mužů, kteří zvolili účast na výzkumu jako alternativu vojenské služby. Během prvních tří měsíců pokusu, kdy jedli normálně, bylo detailně studováno jejich chování, osobnost a způsob stravování. V následujících šesti měsících byl jejich příjem potravy omezen na přibližně polovinu předchozího příjmu a muži ztratili průměrně 25 % původní váhy. Následovala tříměsíční rehabilitace, v průběhu které byli postupně znovu vykrmováni. Přestože se jejich individuální reakce značně lišily, všichni muži zažívali jako následek hladovění dramatické psychické, fyziologické a sociální změny. Ve většině případů tyto změny přetrvávaly během fáze rehabilitace a vyrovnání přísunu potravin.

Studie o hladovění

- Dramatické zvýšení zájmu o jídlo
 - Tendence k hromadění
 - Hltání X loudání se s jídlem
 - Bulimické záchvaty následované výčitkami
 - Ve fázi rehabilitace u některých mužů přetrvávalo přejídání
 - Emoční změny – období deprese, povznesené nálady, nárůst úzkosti
 - Sociální uzavřenost, izolace, omezení sexuálních zájmů
 - Fyzické změny – snížená potřeba spánku, poruchy trávení, snížení fyzické síly, otoky, padání vlasů, studené ruce a nohy...
 - Snížení fyzické aktivity, únava, slabost, apatie, nedostatek energie
-

Diagnostika

- Zhodnocení somatického stavu ve spolupráci s lékařem (vážení, výpočet BMI, odběry, odpady v moči, objektivizace zvracení)
 - Vycházíme z pohovoru, explorace jídelního chování
 - Speciální dotazníky:
 - EDI (Eating Disorder Inventory, David M. Garner et al., 1984)
 - EAT-26 (Eating Attitudes Test, 1982)
-

Léčba

- Dlouhá prodleva mezi počátkem obtíží a vyhledáním odborné pomoci (hlavně u BN)
 - Nutnost motivace k léčbě, u plnoletých dobrovolnost
 - Hlavní metodou je psychoterapie, doplňkově medikace
 - U těžkých stavů nutná nejprve úprava tělesného stavu, realimentace na JIP
 - Vhodná spolupráce týmu lékař + psycholog/psychoterapeut, popř. + střední zdravotnický personál
-

Formy léčby

■ Ambulantní:

- vhodná kombinace psychoterapie (individuální nebo skupinové)
- současné sledování somatického stavu (internista, obvodní lékař)
- v případě medikace nutná psychiatrická péče
- možnost podpůrných patientských skupin
- zapojení rodiny, rodičovské skupiny, vícerodinná terapie

■ Hospitalizace:

- realimentace, úprava vnitřního prostředí na JIP
- režimová léčba, důraz na stabilizaci somatického stavu
- kombinace intenzivní psychoterapie, farmakoterapie, somatické léčby

Psychoedukace

- Kulturní tlaky, ideál štíhlosti
 - Cvičení: muži = výkon, ženy=vzhled
 - Předsudky proti obezitě
 - Účinky hladovění na psychiku
 - Neúčinnost diet, „násilné“ regulace váhy
 - Metabolická adaptace na omezování se v jídle
 - Omezování se v jídle – příčina záchvatovitého přejídání
 - Neúčinnost zvracení, projímadel a diuretik při snižování tělesné váhy
 - Kolísání množství vody v těle
 - Důraz na preventivní opatření
-

Hospitalizace

- Rozdílné přístupy v zařízeních s otevřeným a uzavřeným režimem
 - Dobrovolnost a nedobrovolnost léčby
 - Dětský věk
-

Jednotka pro léčbu PPP na PK FN Brno

- Vznikla 1.11.1997 na Psychiatrické klinice Brno, v rámci oddělení 24
 - Toto oddělení má celkem 22 lůžek, pro pacienty s PPP je zde vyčleněno 6 lůžek
 - Spolupracujeme s:
 - s JIP PK – zde za poslední 3 roky hospitalizováno asi 85 pacientů s PPP, cca 20% obsazení JIP
 - s poradnou pro poruchy metabolismu a výživy
 - s dietními sestrami FN
 - s ostatními odděleními PK
-

Vhodní pacienti pro léčbu na jednotce pro léčbu PPP

- Musí být dostatečně motivovaní pro léčbu
 - BMI minimálně 14,0
 - U nižšího BMI předchozí pobyt na JIPP
 - Cíle:
 - stabilizace somatického stavu, jídelního chování
 - dosáhnout změny v prožívání vlastního těla
 - vybudování adekvátních kontrolních mechanismů v příjmu potravy
 - rozšíření sociálních kontaktů a zájmových oblastí
-

Statistické údaje

Od 1.11.1997 do konce r.2005 na odd. 24 hospitalizováno:

- Celkem 268 pacientů s PPP
 - 139 pacientů /51,9%/ s mentální anorexií
 - 129 pacientů /48,1%/ s mentální bulimií

 - Dle pohlaví:
 - 253 žen /94,4%/
 - 15 mužů /5,6%/

 - Průměrný věk: 23 let
/nejmladší pacientky 18-leté, nejstarší pacientce 44 let/

 - Průměrná délka hospitalizace:
 - 6-7 týdnů
 - 8 týdnů /u pacientů z JIP/
-

Statistické údaje

- Za rok na odd. 24 léčeno 30-36 pacientů
- BMI při přijetí: - mělo by být nad 14,0,
ale u pacientů přicházejících z JIPP či interních oddělení i kolem 11,0

ÚSPĚŠNOST DOKONČENÉ LÉČBY /za prvních 5 let léčby/:

- 63 pacientů /46,3%/ - zlepšeno
 - 48 pacientů /35,3%/ - částečné zlepšení
 - 25 pacientů /18,4%/ - zlepšení nedosaženo
-

Statistické údaje

- Zlepšení:
 - u MA: aspoň 1/2 kg/týden, minimálně 3 kg /pobyt, přiměřený příjem stravy bez nutritivních přípravků
 - u MB: plná eliminace bulimických epizod a zvracení v posledním měsíci
- Částečné zlepšení:
 - u MA: navýšený příjem stravy, neklesající hmotnost, přetrvávající pozitivní motivace k léčbě
 - u MB: eliminace bulimických epizod a zvracení v podmínkách oddělení, přiznání event. prohřešků o propustkách do domácího prostředí
- Žádné zlepšení:
 - u MA: další váhový úbytek, nespolupráce, či spolupráce jen „na oko“
 - u MB: přetrvávání bulimických epizod se zvracením, nedodržování režimu, lhaní, často i abusus alkoholu

Léčebný režim na jednotce pro léčbu PPP

PK FN Brno

- založeno na dobrovolnosti
 - klade důraz na rozvoj vlastní zodpovědnosti v příjmu potravy
 - nevhodné pro těžce narušené pacientky neschopné respektovat režim
 - není možná důsledná kontrola stravování
 - vhodné pro motivované pacientky
 - snazší přechod do ambulantního režimu
 - více se blíží reálnému prostředí
 - důraz na psychoterapii, uzavřené skupiny
-

Problémy skupinové terapie

- opakování negativních návyků ostatních pacientek
 - neschopnost empatie, individualismus, chybění sdílení s druhými
 - vysoká úzkostnost, nedůvěra
 - stažení se do sebe
 - narušené hranice já/nejá
 - obtížný výběr pacientek do skupin
 - v praxi vznikají často nesourodé skupiny (věk, dg., závažnost stavu, atd.)
-

Problémy individuální terapie

- obtížné získání důvěry
 - v praxi nedostatečná frekvence sezení
 - krátká doba hospitalizace
 - podaří-li se navázat důvěrný terapeutický vztah, přichází s koncem hospitalizace zklamání z jeho ukončení
-

Využití katatymně imaginativní psychoterapie

- porozumění vnitřním konfliktům, úzkostem a vztahovým problémům
- porozumění obranným manévřům, jejich postupné oslabování
- uvolňování tenze
- uspokojení nenaplněných archaických potřeb na symbolické rovině
- příprava na realitu pomocí zkusmého jednání v imaginaci
- lepší diferenciací chaotických emocionálních problémů
- citlivější vnímání vlastního těla

Využití katatymně imaginativní psychoterapie

- Podmínky:
 - vytvoření důvěrného vztahu
 - překonání pocitů studu, úzkostí ze ztráty sebekontroly
 - překonání strachu z jakékoliv formy odevzdání se
-

Využití katatymně imaginativní psychoterapie

- Výhody KIP:
 - rychlejší přístup k jádrovým problémům
 - rychlejší možnost interpretace
 - porozumění obraznému jazyku imaginace bývá pro pacientky snazší, neboť jde o konkrétnější výrazový prostředek než jakým jsou slova
 - konfrontaci s vlastními problémy na rovině symbolů vnímají pacientky jako méně nebezpečnou a méně zúzkostňující
-

Arteterapie

- 1x týdně skupina vedená arteterapeutkou
 - příklady technik:
 - modelování nemoci
 - výtvarné znázornění prožívání těla (obkreslování siluet)
 - audience u krále
 - skupinové techniky (dobývání hradu, maškarní ples apod.)
-

Pohybová terapie

- Základní principy:
- **Uzemnění** (grounding): rytmus pohybu, uvolnění napjatých svalů přeměnou napětí do projevitelného pohybu. Jde o pocit "Jsem živý, moje energie pulsuje v těle, má volný průchod". Opak je blok (ztuhlá energie, neproudí tam, kam má, tak jako u PPP, např. studené ruce).
- **Centrování**: proces, který napomáhá člověku najít a prohloubit pocit vlastního středu. Práce s dechem. Kontakt s emocemi. Vzory dýchání, spojené s emocemi smutku, naděje, radosti, touhy apod. Podpora emočního uvolnění nebo naopak stabilizace u emočně labilního člověka.
- **Facing** rozvíjí všechny výrazové prostředky, které může člověk používat při kontaktování okolního světa. Vedle pohybového projevu jsou hlavními cestami navazování kontaktu oči a hlas. Schopnost vidět a hlasem se vyjadřovat, schopnost vnímat pohledy a hlas druhých.

Pohybová terapie

- 1x týdně pohybová terapie
 - pomáhá vytvořit realistické vnímání sebe sama, přijmout vlastní tělo
 - utlumit hyperaktivitu
 - podporuje pozitivní vztah k vlastnímu tělu
 - možnost relaxace
 - prožívání radosti z vlastního těla
 - rozvíjí sociální dovednosti
-

Psychodynamika

- jídlo se u pacientů s PPP stává jakýmsi pseudořešením nejrůznějších vztahových a emocionálních problémů
- symbolickou aktivitou, která má hluboký individuální význam
- někdy ale i skrytým sebevražedným pokusem
- kontrola nad příjmem stravy = prostředek k získání sebejistoty či sebeúcty. pacientka se cítí bezmocná, bez kontroly nad sebou - ovládání jídla dává možnost mít kontrolu
- jedení = prostředek k redukování napětí, útěk před pocity smutku, zoufalství, prázdnoty

Psychodynamika

- zvládnutí pocitu hladu přináší pocit (falešné) kompetence a nadřazenosti nad ostatními
 - u bulimie vede opakovaná ztráta kontroly k sebenenávisti
 - anorektická pacientka ztrátu kontroly pouze očekává, ale nepřipustí ji
 - strach z dospělosti
 - masochistické vzrušení ze sebeničení
-

Psychodynamika

- nejezení jako snaha o zastavení dospívání případně snaha o návrat do dětství, setrvání v blízkosti a pod ochranou rodičů
 - vyhnutí se dospělé sexuální roli, partnerskému vztahu
 - sebeobviňování, sebetrestání
 - pocit viny za samostatnou existenci, pozornost zaměřena na naplňování očekávání druhých, vylučuje možnost vzít v úvahu své vlastní potřeby. vše co se týká vlastních potřeb považuje za sobectví a odsuzuje. Přerušit hladovění znamená dát něco sobě a přerušit sebepopírání.
-

Protipřenosové pocity

- terapeut je jediný, kdo má zájem na změně
 - pacientky často mají velmi malý skutečný zájem něco měnit
 - častá tendence vytvářet tlak na změnu ze strany terapeuta
 - z toho plyne nebezpečí potvrzení pasivní role pacienta
-

Kazuistika

- pacientka X



Závěr

- dosažení trvalejších změn během 6-ti týdenní hospitalizace je velmi obtížné
 - nároky na vysokou angažovanost, spolupráci všeho personálu
 - nutnost dlouhodobé ambulantní psychoterapie po ukončení hospitalizace
-

Zdroje

- Cross, L.W.: Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation. Bulletin of the Menninger Clinic, Vol 57(1), 41-68, 1993
- Farrell, E.: Lost for Words. The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia. Other Press, 2000.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., ed.: Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. Guilford Press, New York, 1985
- Goodsitt, A.: Eating Disorders: A Self-Psychological Perspective. In: Handbook of Treatment for Eating Disorders, 1997.
- Joseph, B.: Addiction to Near-Death. Int. J. Psycho-Anal., 63:449-456. 1982
- Kernberg, O.F.: Aggressivity, Narcissism and Self Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship. 2004: Chapter 13: A Technical Approach to Eating Disorders in Patients with BPO
- Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Grada, Praha 1999
- Lawrence, M.: Body, Mother, Mind. Anorexia, Femininity and the Intrusive Object. Int.J.Psychoanal. 2002, 83, 837-850
- Petržela, M.: Anorexie, bulimie a femininita. Revue psychoanalytické psychoterapie VII/2, 2005.
- Teusch, R.K.: Sadomasochistic Relations Between Ego And Superego In Anorexic Patients. Psychoanalytic Psychology, vol. 32, 2015.
- Wilke, E., Leuner, H.: Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin, Huber, Bern 1990