



Modely poruch příjmu potravy

Mgr. Terézia Knejzlíková

Models of eating disorders: A theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance - Scientific Figure on ResearchGate. Available from: https://www.researchgate.net/Theoretical-components-of-Stices-dual-pathway-model-of-eating-disorders-11_fig1_315931767 [accessed 8 Nov, 2018]

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/Mentalni_20anorexie.pdf



F50 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Atypická mentální anorexie / bulimie

Psychogenní přejídání

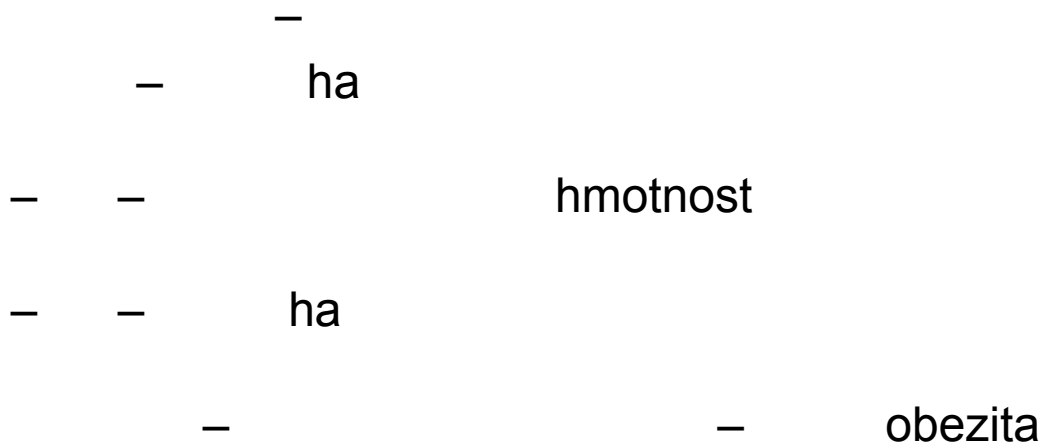
Syndrom nočního přejídání

Dětské poruchy příjmu potravy - Pika



BMI

Hodnoty BMI



Kritéria diagnostiky mentální anorexie dle MKN-10

- tělesná váha udržována o 15% pod očekávanou váhou (BMI 17,5 a méně) + při rozvoji onemocnění začátkem adolescence nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- pacientka si snižuje váhu sama nadměrným cvičením, hladověním a využíváním různých pomůcek (diuretika, laxativa...)
- strach z tloušťky, narušené vnímání tělesného schématu
- rozsáhlá endokrinní porucha, u žen amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu, narušení hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy
- opoždění rozvoje sekundárních pohlavních znaků, zastavení růstu

□ Postupný a nenápadný začátek


- omezení sociálních kontaktů
- zvýšené zabývání se jídlem
 - vaření pro členy domácnosti
 - počítání kalorických hodnot jídel
- výkyvy nálady, podrážděnost
- snížená schopnost soustředit se



□ Restriktivní typ MA

- restrikce stravy: držení diet, zmenšování porcí, období hladovek

□ Purgativní typ MA

- příjem jídla následovaný vyvolávaným zvracením, zneužíváním laxativ, anorektik či diuretik
 - střídají se období omezování stravy s období přejídání
- 

- Další symptomy

- zvýšená fyzická aktivita

- kontrolování postavy

- prohlížením se v zrcadle, opakovaným vážením anebo naopak vyhýbání se zrcadlu a vážení

- zvýšené zabývání se jídlem

- přísná pravidla ohledně příjmu potravy: počítání kalorické hodnoty jídel, jedení v přesných časových intervalech


- vaření pro členy domácnosti



- Strach z tloušťky a z přibývání na váze

- i při těžké podvýživě
- stanovení si nízké cílové váhy
- výčitky po jídle

- Zkreslené vnímání tělesného schématu

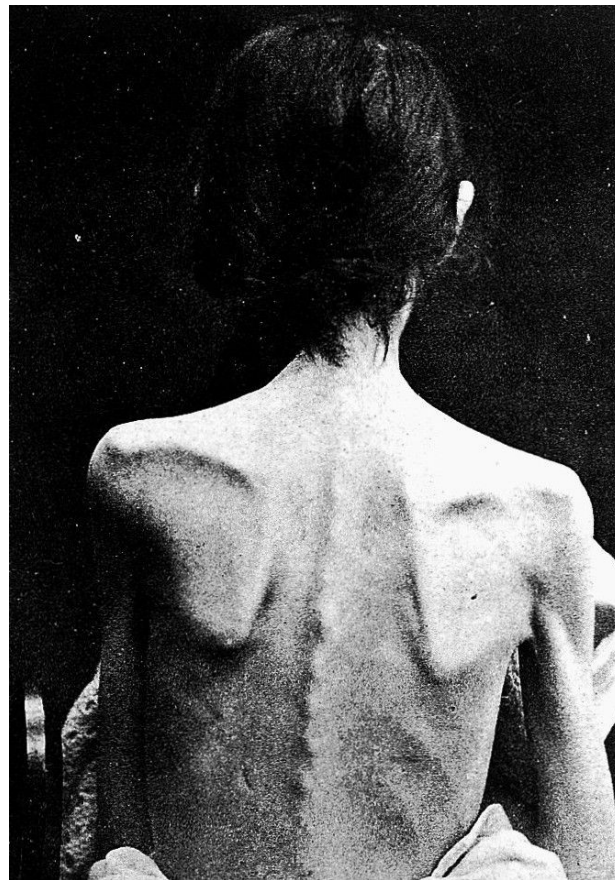
- přeceňování váhy a tvaru těla
 - zvl. hýždí, břicha a stehen
- 

□ Výkyvy nálady

- omezení sociálních kontaktů
- narušeno je soustředění

□ Osobnostní rysy narcismu a perfekcionismu

- pacienti popírají závažnost příznaků
- tendence lhát a manipulovat s okolím
- nízké sebevědomí
 - výkonové zaměření - být nejlepší
- zvýšená úzkostnost, vnitřní nejistota

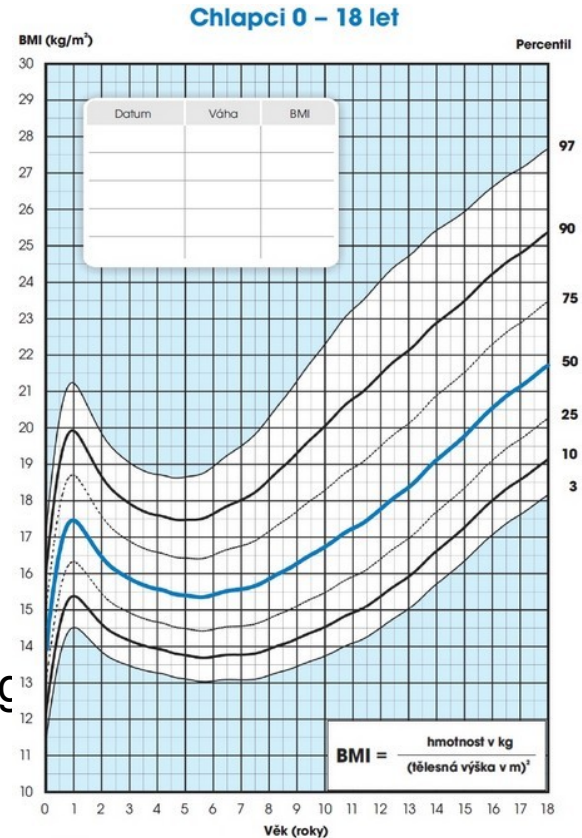


□ Tělesná hmotnost

- 15% pod předpokládanou
či BMI pod 17,5

□ Snižování hmotnosti

- restrikcí stravy (restriktivní typ)
- zvracení či užívání laxativ, diuretik, anorektik (purg



□ Endokrinní porucha

- amenorhea (vyjma užívání HAK) – chybění 3 po sobě jdoucích menstruací
 - primární amenorhea
 - sekundární amenorhea
- ztráta sex. zájmu a potence
- opoždění či zastavení vývoje sekundárních pohlavních znaků u prepubertálních pac.
- změny hladin sérových hormonů
 - ↑ kortisol
 - sekundární hypotyreóza


□ Celoživotní prevalence

- 0,5-2,2% u žen
- 0,3% u mužů

□ Mnoho případů klinicky nerozpoznáno

- odhaduje se, že praktickými lékaři je odhaleno jen 45% pacientů

□ Vývoj

- rozvoj mezi 12-15 lety
 - 1. hosp. nejčastěji mezi 15 a 19 lety
 - někdy hosp. již od 9 let
- 

- Opakované vystavení nepříznivým životním událostem

- **typická rodinná konstelace**

- dominantní a hyperprotektivní matka

- emočně vzdálený a pasivní otec

- vleklé problémy v rodině

- tlak na výkon

- rivalita se sourozencem



□ Průběh variabilní

- epizoda s úzdavou
 - úplná remise 19%
- epizody opakující se mnoho let
 - parciální remise až 60%
- dlouhodobý chronifikovaný průběh
 - nepříznivý invalidizující průběh 21%

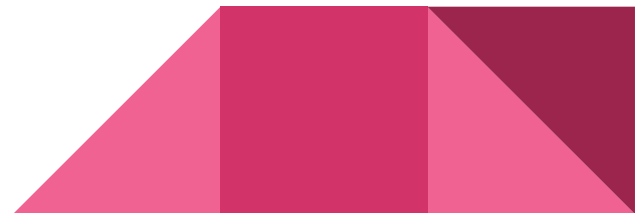
□ Mortalita

> 10% (maligní arytmie, dokonané suicidium)



Komorbidity

- Depresivní syndrom
 - sekundární příznak podvýživy
- Úzkostné poruchy
- Obsedantně kompulzivní porucha
 - vtíravé a ovládací myšlenky na udržení podváhy
 - nutkání cvičit s excesivním cvičením



Zdravotní komplikace MA

□ Nepřítomnost pocitů (interoceptivní senzitivita je snížena)

- sytosti
 - neschopnost rozlišit dávku potravy
- hladu
- pocitů únavy
- snížená citlivost k bolestivým podnětům

□ Korová atrofie

- porucha kognitivních funkcí („nutriční encefalopatie“) s emoční labilitou

□ Kardiovaskulární systém I


- bradykardie při vagové hyperaktivitě
- snížená odpověď na fyzickou zátěž
- snížená hmotnost myokardu
- riziko maligní arytmie či akutního srdečního selhání
 - zvl. u purgativního typu MA
 - riziko minerálové dysbalance
 - příčina 1/3 úmrtí

□ GIT

- hypomotilita se zpomalením pasáže GIT
 - zpomalené vyprazdňování žaludku (pocit tíže)
 - zácpa a nadýmání
 - k úpravě motility dochází do 2 týdnů od navýšení příjmu potravy
- zbytnění slinných žláz ze zvracení či hladu
- eroze zubů ze zvracení
 - ztráta skloviny a dentinu na povrchu zubů – umocněné čištěním zubů po zvracení



□ Osteoporóza

- neuroendokrinní útlum osteoblastogeneze a aktivace adipogeneze v kostní dřeni
 - ↑ kortizolu přispívá k útlumu kostní novotvorby
 - nález u 50% pacientek na denzitometrii
 - léčba
 - spontánní úprava po navýšení hmotnosti
 - suplementace Ca a vit.D bez výraznějšího efektu
- 

□ Mateřství

□ Perinatální komplikace

- zvýšené riziko perinatální mortality
- během těhotenství vyšší úzkostnost a deprese
- častější poporodní deprese
- vztahové problémy s novorozenci

□ Asistovaná reprodukce

□ 1/3 až 1/2 klientek s PPP

- často klientky potíže s PPP nepřiznávají
- před zahájením by měla být vyléčena z PPP
- někdy neujasnění vztah k těhotenství – chtějí vyhovět partnerovi

Léčba malnutrice

- Realimentace zahajovaná
 - 50% denní dávky: prevence refeeding syndromu
- Kombinovaná výživa
 - enterální
 - nasogastrická sonda
 - sipping: popíjení nutričních doplňků
 - snaha o p.o. příjem stravy
 - parenterální
 - systém „all in one“ (Kabiven) do centrální žíly



Refeeding syndrom

□ Vzniká rychlou realimentací

- zvýšená sekrece inzulínu stimuluje vstup glukózy do buněk
 - Glukóza sebou táhne do buněk fosfáty, K a Mg
- spotřeba fosfátů na tvorbu ATP

□ Nespecifické příznaky

- zmatenost, agitovanost či únava
- křeče, rhabdomyolýza
- arytmie : riziko náhlé smrti, K-P selhání

□ Prevence

- laboratorní kontroly
 - sérum, odpady minerálů v moči/24hod
- hradit P, K, Mg

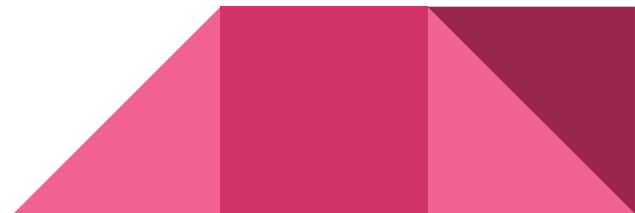


Farmakoterapie

- **Antidepresiva:** mirtazapin, trazodon, SSRI
 - terapie depresivních poruch, OCD, úzkostných poruch
- **Anxiolytika:** BZD
 - krátkodobě k překonání strachu z tloušťky, výčitek po jídle
- **Antipsychotika**
 - Olanzapin: u závažnějších těžko ovlivnitelných případů s např. excesivním cvičením, masivní úzkostí
 - Sulpirid: při pocitech plnosti po jídle

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10

- neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, záchvaty přejídání
- kompenzatorní snaha o redukci váhy - zvracení, zneužívání laxativ, hladovky...
- patologický strach z tloušťky
- obvykle jejich váha nepřekračuje hranici podváhy nebo podvýživy



SELF-INDUCED VOMITING



COMPULSIVE EATING

BULIMIA
(symptoms)



COMPULSIVE EATING




SELF-INDUCED VOMITING



- Neustálé zabývání se jídlem
 - neodolatelná touha po jídle
 - epizody přejídání velkých dávek jídla

 - Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla
 - období hladovění
 - vyprovokované zvracení
 - laxativa, anorektika, diuretika

 - Chorobný strach z tloušťky
 - váhový práh
- 

□ Celoživotní prevalence

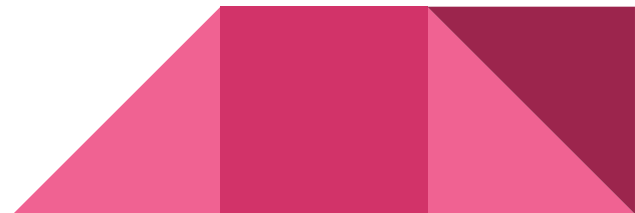
- 1,1-2,8% u žen
- 0,1-0,2% u mužů

□ Mnoho případů klinicky nerozpoznáno

- odhaduje se, že praktickými lékaři je odhaleno pouze 12% pacientů

□ Počátek

- mezi 16 a 25 lety (později než u MA)




□ Impulzivní typ

- Impulzivita - nedostatek rozvahy, jednají bez přemýšlení:
 - pocit snížené sebekontroly, nezdrženlivost
 - snaha redukovat nepříjemné pocity
 - sebeobviňování, stud

□ Sklony k

- alkoholismu, užívání drog (časté předávkování)
- sebepoškozování, suicidální pokusy
- sexuální nezdrženlivost, drobné krádeže

□ Kompulzivní typ: časté předchorobí MA

- Perfekcionismus (aby vše bylo tak jak má být):
 - nízké sebevědomí
 - výkonové zaměření - být nejlepší (zhubly nejvíce)
 - Obsedantně-kompulzivní osobnost (zvýšeně úzkostná, vnitřní nejistota):
 - myšlenky na jídlo
 - excesivní cvičení
 - Nespokojenost s vlastním tělem, kult štíhlosti
- 

Zdravotní komplikace

□ Minerálový rozvrat

- excesivním zvracením, užíváním diuretik, přepíjením
- tetanie, epileptoformní záchvaty
- arytmie, náhlá srdeční smrt

□ Zvracení

- eroze zubů
- esofagitida



Léčba

- Velká část nevyhledá odbornou pomoc
 - hospitalizace až u závažnějších případů
 - přichází pro depresi, po parasuicidech
- Psychoterapie
 - častěji bývají motivováni ke spolupráci
 - účinná KBT



- Antidepressiva
 - Fluoxetin (Deprex, Prozac, Fluzac) 60mg/den
 - samotná depresivní porucha 20mg/den
 - Fluvoxamin (Fevarin) 200mg/den:
 - samotná depresivní porucha 50mg/den
- Účinek
 - snížení četnosti přejídání a zvracení
 - účinný na komorbidity (deprese, úzkostné poruchy)

Zneužívání laxativ

zneužívána k

- léčbě chronické zácpy
- snížení hmotnosti

dělení laxativ

- osmotická: zvětšením objemu podpoří peristaltiku
 - laktulóza
- kontaktní: drážděním sliznice sníží vstřebávání
 - Sennový list, picosulfát (Gutalax, Laxylgal)
- při delším abusu akcentace zácpy

výskyt

- přiznává 10% pacientů
- odhadováno u 50% pacientů

léčba


- nevysadit naráz
 - zhoršení zácpy, nadýmání, bolesti břicha
 - náhlý přírůstek hmotnosti z retence tekutin a solí s otoky
- postupné snižování dávky
- přechod z kontaktních na osmotická laxativa

Psychogenní přejídání

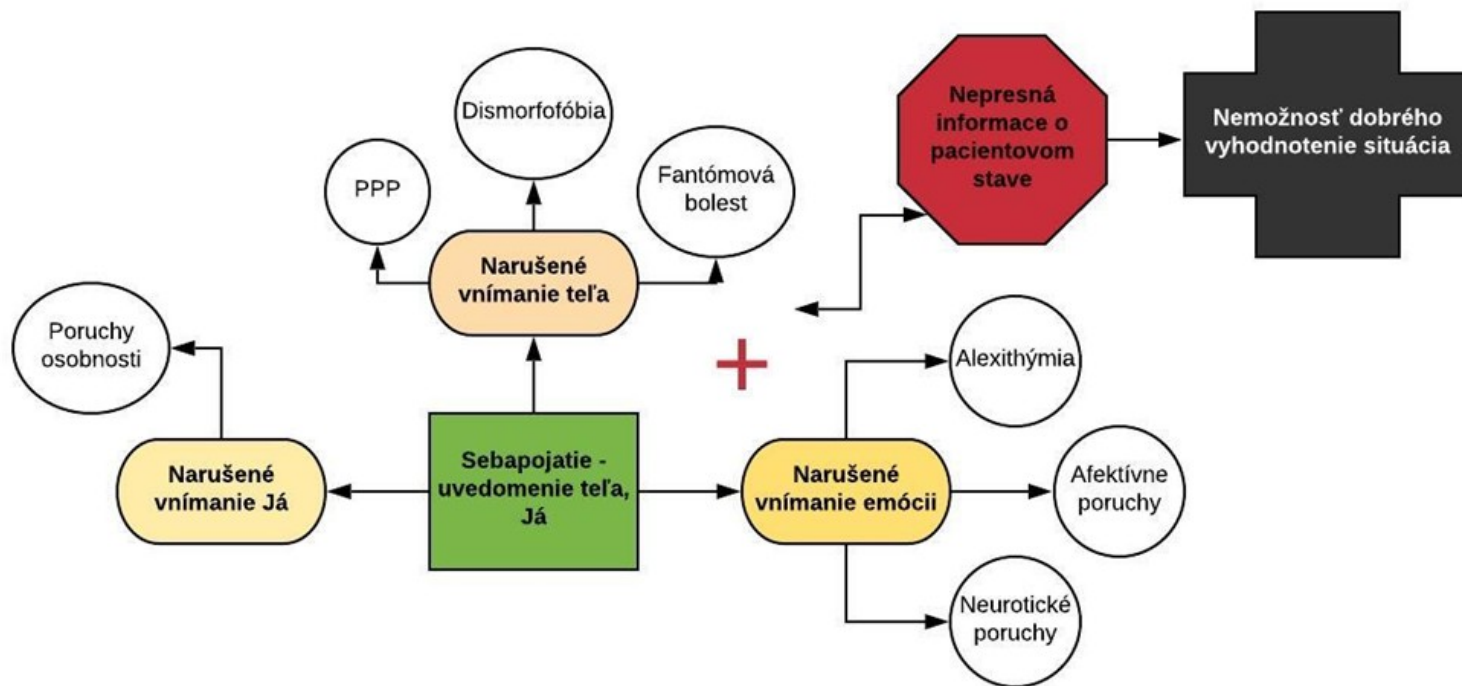
□ Bažení (craving) po jídle a přejídání

- trýznivý pocit ztráty kontroly nad příjmem jídla (sní velké dávky jídla během krátké doby)
- pod vlivem maladaptivního zpracování stresových situací

□ Bez kompenzačních mechanismů

- nezvrací
 - necvičí
 - nehladoví (ale mohou neúspěšně držet diety)
- 

Teoretické modely PPP



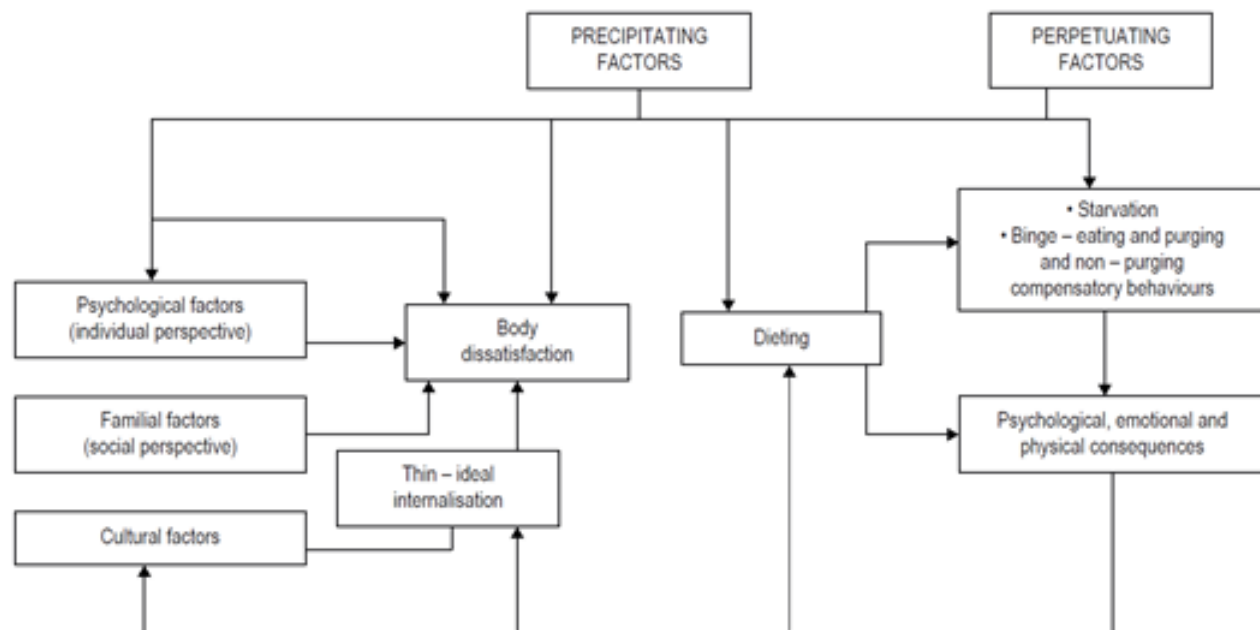
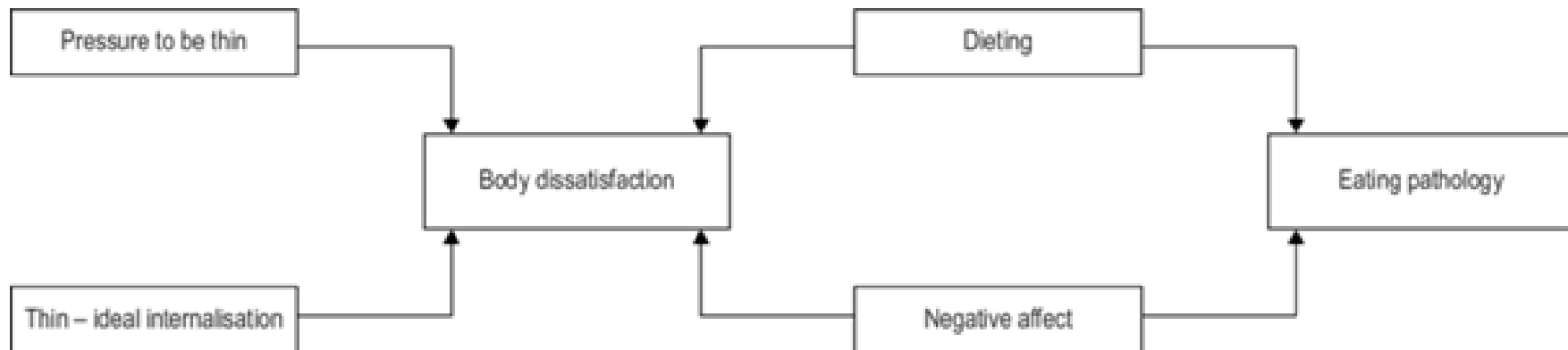
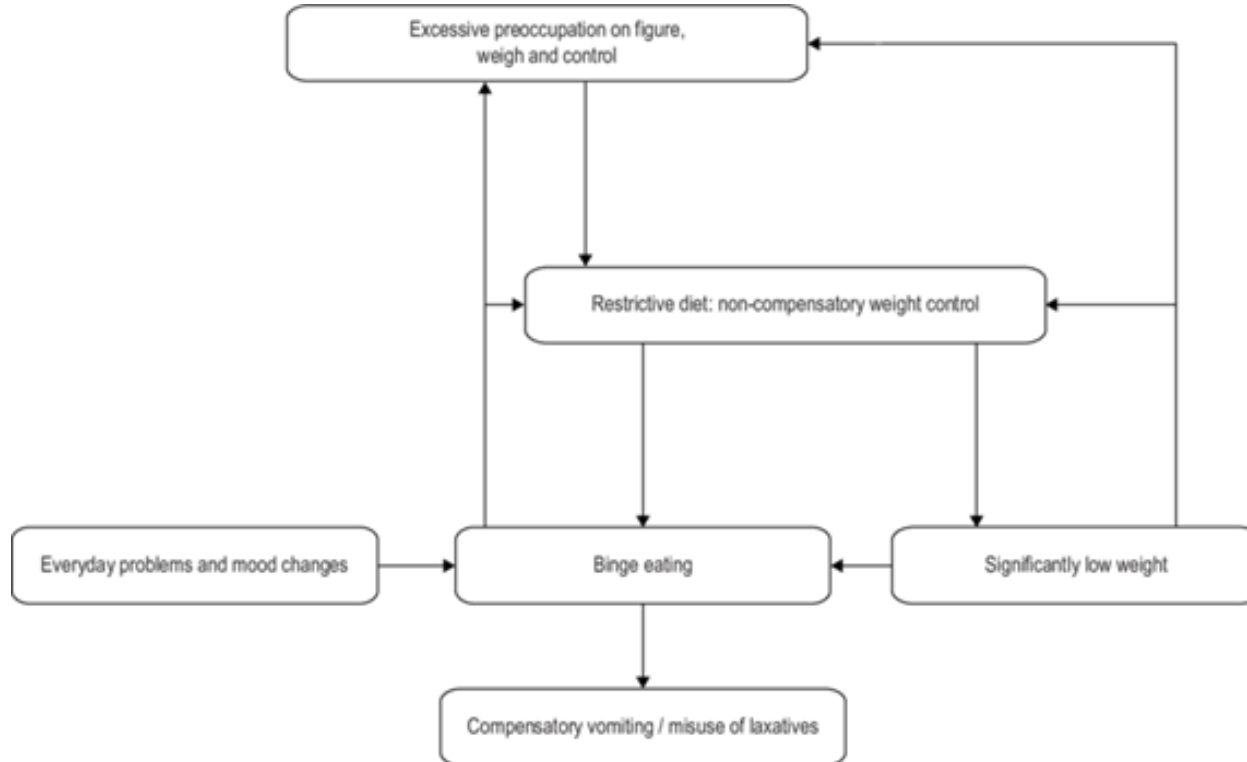


Fig. 1 Multidimensional model of the pathogenesis of eating disorders (adapted from Garner) [9]

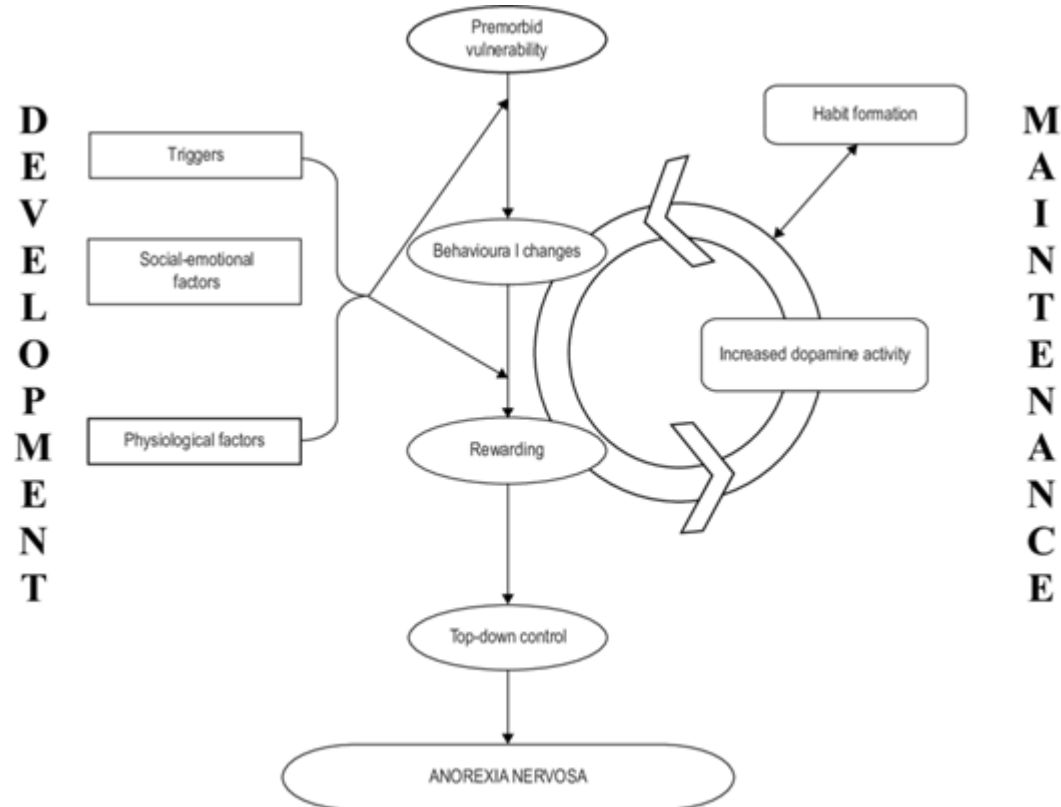
Sticeho model dvojí cesty



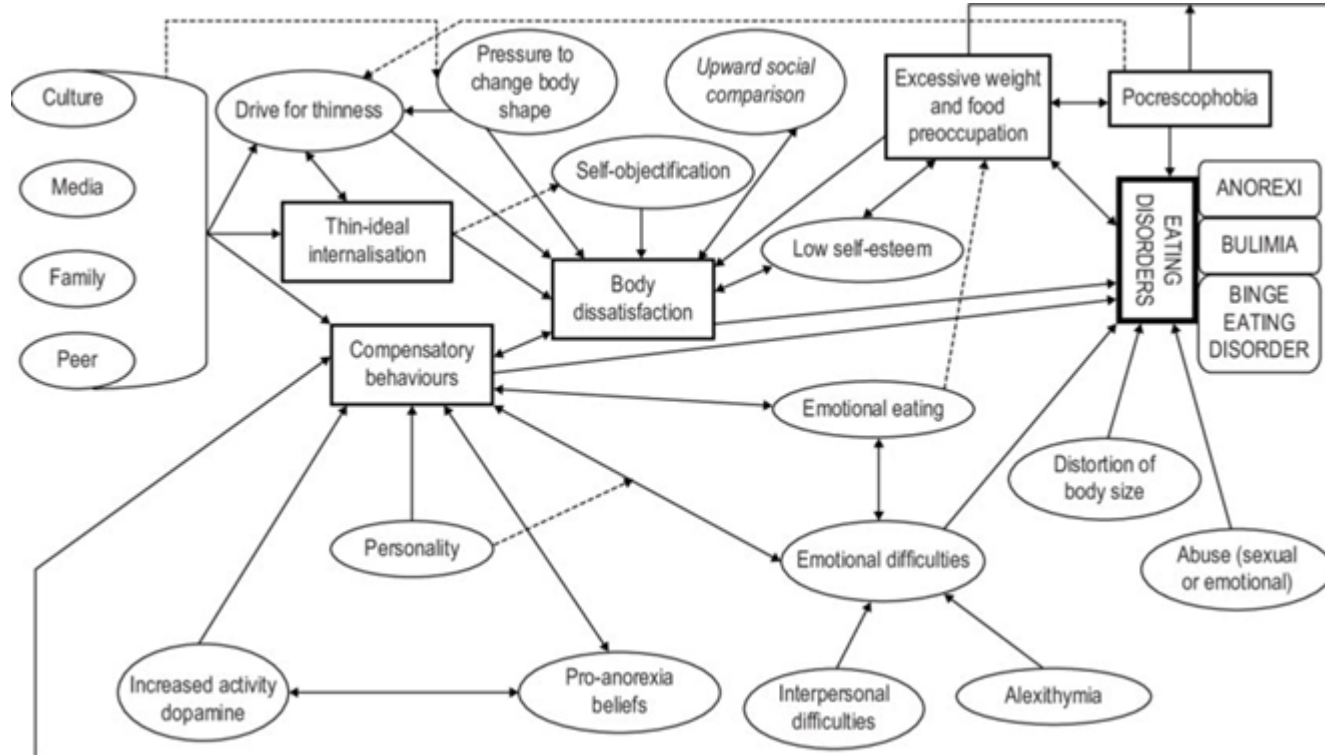
Transdiagnostická teória PPP



Teoria odměn u PPP



Transtoeoretický model PPP



□ Literatura

- Papežová H et al.: Spektrum poruch příjmu potravy, Grada 2010
- Treasure J et al.: Eating disorders, Lancet 2010; 375:583-93
- WHO: Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha 2000
- Krch F: Poruchy příjmu potravy, Grada 2005