

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

MUDr. Pavla Němečková, Ph.D.

Soukromá psychiatrická ordinace, Prostějov

Článek o poruchách příjmu potravy nepřináší do této všeobecně známé problematiky žádné nové poznatky a závěry, je shrnutím základních charakteristických projevů dvou variant poruch příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie. Je připomínkou toho, jak se tyto poruchy projevují, jaké jsou terapeutické postupy a upozorněním na nutný komplexní přístup jak v diagnostice, tak v terapii těchto nemocí.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, psychotherapie, farmakoterapie.

EATING DISORDERS

The article about eating disorders does not bring in this generally known problem any new findings and conclusions. It is a review of two basic clinical forms of eating disorder-mental anorexia and mental bulimia. It reminds us their typical presentation and therapeutic approach and underlines a necessary complex approach both in diagnosis and therapy of these diseases.

Key words: mental anorexia, mental bulimia, psychotherapy, pharmacotherapy.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 4: 155–157

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, kterému byla v posledních letech věnována velká pozornost – v odborném tisku, na seminářích, na celostátních konferencích, každý druhý rok je konána v Praze mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Pozornost je zasloužená, protože se jedná o závažné onemocnění, u kterého je velmi dobře známá psychopatologie, terapeutické postoje však přesto zůstávají na úrovni empirických postupů.

Odmítání potravy je velmi starým onemocněním, jeho výskyt byl vysledován už ve středověku, poprvé bylo onemocnění popsáno v r. 1870 v Anglii Williamem Gullem a současně ve Francii Charlesem Laseguem (5).

V klasifikacích je hovořeno o anorexia nervosa, až v roce 1990 stanovuje Andersen diagnostická kritéria nejen pro mentální anorexii, ale i pro mentální bulimii (5).

Klasifikace

Porucha příjmu potravy má dvě průběhové varianty, mentální anorexii a mentální bulimii, které se mohou v klinickém obrazu objevovat střídavě, mohou přecházet jedna v druhou a mohou se vyskytovat příznaky obou variant i současně. Do poruch příjmu potravy je podle soudobé klasifikace kromě mentální anorexie a mentální bulimie řazeno přejídání (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), zvracení (psychogenní nebo spojené s jinými duševními poruchami), pika u dospělých osob, ztráta chuti k jídlu (psychogenní) (9). Někteří autoři uvažují i o zařazení nočního přejídání (NES – Night Eating Syndrome) do této kategorie poruch, podobně jako ještě jiné poruchy, ale tato problematika dosud není jednoznačně vyřešena a po stránce klasifikačního hodnocení není uzavřena (2, 8).

Mentální anorexie

Klinický obraz

Epidemiologické studie uvádějí, že prevalence poruchy u adolescentních a mladých žen je 0,5–1,0% (3), při užití širších kritérií hovoří některé zdroje dokonce o celoživotní prevalenci 3,7% (8). Začátek onemocnění je typický pro věkové období adolescence, nejčastěji začíná ve věku kolem 17 let, ale vyskytnout se může jak u dívek mladších (Krch zjistil značný výskyt jídelní patologie u školních dětí), tak i u žen starších, dokonce mohou být postiženy ve výjimečných případech i ženy po menopauze (9). Věkové hranice vzniku nemoci se rozšiřují jak do dětského věku na straně jedné, tak do věku střední dospělosti na straně druhé (8).

Onemocnění postihuje i chlapce, ale u dívek je desetkrát až dvacetkrát častější (3, 4). Velmi alarmující je zvyšující se incidence onemocnění, nárůst počtu onemocnění je výrazněji pozorován od počátku sedmdesátých let minulého století (9). Onemocnění bylo typické pro střední a vyšší socioekonomické vrstvy, v klinické praxi se v posledních letech objevuje i ve vrstvách nižších a u dívek, jejichž intelektové schopnosti nejsou jen nadprůměrné.

Etiologicky a patogeneticky je hovořeno o onemocnění biopsychosociálním. Poruchy chuti k jídlu, poruchy neuroendokrinních funkcí, poruchy termoregulace vedou k úvahám o hypotalamo-endokrinním původu onemocnění, ale je uvažováno i o tom, zda nejde o sekundární postižení vzniklé důsledkem hladovění (9). Výskyt depresivních poruch v rodinách pacientek s mentální anorexií vedl k úvahám o možné variantě afektivní poruchy, která by byla biologicky podložena a geneticky přenášená, zatím ale nejsou tyto úvahy podloženy výsledky výzkumů.

K psychosociálním faktorům patří apelace na úspěch a s ním spojený prototyp úspěšného člověka v dnešní společnosti, který je mladý a štíhlý,

široce podporovaný silným působením médií (články o hubnutí a o dietách nejsou již jen doménou časopisů pro mladé dívky a ženy, ale jsou i na stránkách denního tisku).

Ve 20. století změnou postoje dětí v rodině a ve společnosti dochází k nárůstu konfliktů v rodinné komunikaci, anorexie je viděna jako výsledek dysfunkce rodinných interakcí (5, 9). V psychoanalytických teoriích je mentální anorexie chápána jako manifestace konfliktního vztahu matka – dítě, jako obava z dospělosti, jako odmítání sexuality. Z těchto teoretických představ vycházejí některé terapeutické postoje.

Vzhledem k všeobecně dobré obeznanosti s psychopatií mentální anorexie je zbytečné připomínat, že hlavním příznakem je úmyslně vyvolané ubývání hmotnosti a udržování hmotnostního úbytku vyvolané přesvědčením o vlastní tloušťce, obavou z tloušťky, strachem z jídla, odmítáním jídla, dietními opatřeními, excesivním cvičením, zvracením, užíváním projímadel, laxativ. Důsledkem je podvýživa, endokrinní a metabolické poruchy.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 určují, že hmotnostní úbytek by měl být nejméně 15% oproti původní váze nebo u dětí oproti váze očekávané pro daný věk a výšku. Dalším diagnostickým znakem je odmítání jídla, vyhýbání se jídlům, po kterých by mohlo dojít ke zvýšení hmotnosti. Dalším kritériem je vnímání sebe sama jako příliš tlusté, strach z dalšího tloustnutí, který vede kromě zmíněného odmítání jídla ke zvracení nebo výdeji energie nadměrným cvičením. V důsledku těchto projevů dochází ke vzniku endokrinní poruchy zahrnující hypotalamo-hypofyzo-gonadální osu se vznikem amenorey, ztrátou sexuálního zájmu a potence.

U pacientek s mentální anorexií nejde o nechutenství, ale o potlačování chuti k jídlu a potlačování hladu, které vede ke zmírnění strachu z jídla a váhy a vede k pocitu spokojenosti se sebou v překonání

potřeby jídla. Nechutenství se může dostavit až v pozdějších fázích vývoje nemoci.

DSM-IV jako další diagnostické kritérium u žen po menarche stanovuje chybění alespoň tří po sobě následujících menstruačních cyklů. Značná část pacientek trpících mentální anorexií užívá hormonální kontraceptiva, která normalizují hladinu estrogenu a vyvolávají menstruaci, ale podle této klasifikace není touto formou udržovaný menstruační cyklus akceptován (9).

Pro dětské pacienty není akceptabilní pokles BMI pod 17,5, který je jedním z diagnostických kritérií DSM-IV u dospělých pacientek s mentální anorexií.

BMI je při vyhodnocování stavu často doplňováno i dalšími měřeními, obvodem pasu, měřením síly vrstvy podkožního tuku.

DSM-IV určuje dva typy mentální anorexie – restriktivní – bez bulimických epizod, – binge eating s přejídáním, zvracením, užíváním diuretik (7).

Vzhled pacientek. Na první pohled jsou nápadně vyhublostí, mnohé z nich se jí snaží skrývat volnějším oblečením, některým ale naopak vyhublost vyhovuje, pyšní se jí a volí oblečení, které vyhublost podtrhuje, je těsné, upnuté. Pokud se jedná o pacientku, která delší dobu zvrací, mívá k drobnému, hubenému, dětsky vypadajícímu tělu kontrastující větší hlavu, což bývá dáno otokem slinných žláz vlivem zvracení. Mívají suchou kůži, často popraskanou, zhrubělou na kloubech, krátké nekvalitní nehty, mnohé z nich nekvalitní, kariézní chrup.

Průběh a prognóza

Porucha může probíhat jako jediná epizoda s remisí nebo chronifikací, může probíhat ve formě opakujících se epizod a probíhat po dobu několika let. Za průměrnou dobu trvání tohoto onemocnění je považován interval 5 let. Průběh může být komplikován vznikem depresivního syndromu s možným rizikem suicidální aktivity (2–5% dokonaných sebevražd) (9), letální ukončení nemoci může být dáno i somatickými komplikacemi přetrvávající kachexie, elektrolytovou dysbalancí, srdečním selháním. Časná mortalita je 5%, s prodlouženou délkou pozorování vzrůstá až na 20% (8).

Podle současných údajů 44% pacientů dosáhne remise, tedy netrpí příznaky onemocnění, 28% dosáhne neúplné remise, 24% onemocnění má nepříznivou prognózu (8).

Dobrymi prognostickými známkami jsou začátek v nižším věku, dobrá premorbidní úroveň psychosociálního přizpůsobení, menší úbytek váhy, kritický postoj. Špatnými prognostickými známkami bývá horší premorbidní přizpůsobivost, extrémní váhový úbytek, anosognosie, nízký socioekonomický statut, přítomnost bulimie, zvracení, abúzus laxativ.

Diferenciální diagnostika: nezbytné je vyloučení somatického onemocnění laboratorními, rentgenovými a potřebnými klinickými vyšetřovacími metodami.

Z psychických poruch jsou to: depresivní poruchy, fobické poruchy, OCD, dysmorfofobická porucha, somatizační porucha. Důležité, ale mnohdy nejednoduché je odlišení od mentální bulimie.

Terapie

Je nezbytné zachovat komplexní terapeutický přístup – psychotherapie, farmakoterapie, režimová léčba.

Základním terapeutickým krokem je realimentace prováděná ve spolupráci s ostatními specialisty. Stejně nezbytná je psychoedukace, týká se jak pacienta samého, tak jeho rodinných příslušníků (6).

V psychotherapeutických přístupech je v současnosti preferovaná kognitivně behaviorální terapie (KBT) s cílem vytvoření změn v postojích k jídlu a k vnímání svého tělesného schématu a sebe samé. Novější formy KBT pracují s motivací, terapeutickými a interpersonálními vztahy, s emočními reakcemi na ohrožení. Dále je užívána interpersonální terapie, dialektická behaviorální terapie, kognitivně analytická terapie, psychodynamická a psychoanalytická terapie (3, 4, 8).

Je užívána individuální, skupinová, rodinná psychotherapie a svépomocné skupiny.

Farmakoterapie u poruch příjmu potravy není metodou první volby.

Ve farmakoterapii jsou užívána antidepresiva, ovlivňují depresivní a úzkostné prožitky, strach z jídla, nutkavý charakter myšlenek na jídlo. Je doporučováno podávání fluoxetinu, dávkování je u těchto poruch vyšší než u depresivních poruch, doporučuje se postupná úprava dávky na 60 – v některých případech 80 mg/den (1, 8). Dobrá klinická zkušenost je i s ostatními antidepresivy této skupiny, některá jsou preferována i pro svůj anxiolytický efekt.

Pro možnost ovlivnění poruch vnímání vlastního tělesného schématu jsou podávána neuroleptika. Je upuštěno od podávání klasických, jsou volena atypická neuroleptika pro menší výskyt vedlejších účinků, působení na negativní symptomatologii, obzvláště kompulzivní projevy, kognici a na depresivní projevy (8). Nejsou podávána s cílem zvýšení hmotnosti, ke kterému někdy dochází v důsledku vedlejšího účinku jejich podávání.

Přechodně bývají hlavně na počátku léčby podávána prokinetika.

Mentální bulimie

Klinický obraz

Tato porucha byla popsána až v padesátých letech minulého století, v šedesátých a začátkem sedmdesátých let byla popisována jako průvodní jev

některých mentálně anorektických forem, od devadesátých let je vyčleněna jako samostatná porucha.

Pozornost je jí věnována podstatně kratší dobu než mentální anorexii. Tomuto faktu napomohlo i to, že pacientky netrpí podvážou jako u mentální anorexie, nejsou ani obézní, proto tato porucha mohla unikat pozornosti.

Epidemiologické studie u této formy poruchy uvádějí prevalenci v rozmezí 1–3% (4), některé zdroje uvádějí celoživotní prevalenci při užití širších kritérií 5,4% (9), častější je výskyt u adolescentních dívek a u mladých žen. Vyskytuje se podobně jako mentální anorexie i u mužů, ale s výrazně menší četností. Problémem zůstává validita získaných údajů vzhledem k výrazné snaze potíže disimulovat.

V etiopatogeneze této formy onemocnění se kromě možných faktorů ovlivňujících vznik mentální anorexie navíc objevují i úvahy o možné záchvatové etiologii vzhledem k epizodickému charakteru výskytu přejídání. I zde hrají roli sociokulturní vlivy preferující úspěch a štíhlost.

U tohoto onemocnění se jedná o opakované záchvatové přejídání s následným zvracením nebo jinou formou kontroly hmotnosti, užívání projímadel, cvičení, restriktivní postoje. I tyto pacientky se nadměrně zabývají kontrolou hmotnosti, obávají se váhového přírůstku. Opakované zvracení vede často k elektrolytové dysbalanci a závažným somatickým komplikacím (3, 4, 7).

Diagnostickými kritérii MKN-10 jsou epizody přejídání – nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců s konzumací velkého množství jídla v krátkém časovém intervalu, nutkavé myšlenky na jídlo a záchvatové puzení k jídlu, kompenzace nadměrného energetického přísunu zvracením, užíváním projímadel, diuretik, anorektik, hormonů štítné žlázy, výskytem období hladovění, pocit tloušťky a obava z tloušťky.

Podle kritérií DSM-IV je zařazen i časový interval přejídání, množství jídla převyšuje obvyklé množství a je během epizody typická ztráta kontroly nad jídlem (8).

Průběh a prognóza

V některých případech je u těchto pacientek v anamnéze výskyt mentálně anorektické epizody. Průběh bývá velmi často chronický, někdy mohou být pozorována krátká období remisí s méně intenzivními projevy. Před záchvatem přejezení se často objevuje úzkost, po záchvatu bývá pocit viny, po zvracení nastupuje úleva, ztráta strachu z tloušťky, ale následuje pocit selhání, nezvládnutí potíží, výčítky.

Záchvaty trvají několik minut až hodin, obvykle méně než 2 hodiny. Vyskytují se od frekvence dva až třikrát za měsíc až po frekvenci několikrát za

den. Pacientky mívají svou skladbu potravin, které v záchvatu konzumují. Pokud není k dispozici, nahradí je i surovinami, které nepatří do běžné skladby potravin. Pokud nemají peníze na nákup potravin, mohou se dopustit i krádeže, aby vyhověly nutkové potřebě jídla, potřebě přejedení a následného zvracení.

Asi 27% pacientek dosáhne léčením plné remise, 40% neúplné remise, nepříznivý průběh s chronifikací je u 33% pacientů (8).

Vzhled pacientek. Pacientky jsou většinou štíhlé, nebývají hubené ani obézní, pokud zvrací, mívají zduřením slinných podčelistních žláz rozšířený obličej v dolní partii, mívají zhrubělou kůži na rukou, hlavně na kloubech rukou, často popraskanou, v pozdějších fázích vývoje nemoci kariesní chrup. Bývají upravené, i ony se často věnují modelingu.

Diferenciální diagnostika: mentální anorexie (typ záchvatového přejídání – vypuzování), depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti.

Ze somatických onemocnění je nutné vyloučení neurologických poruch – nádorová onemocnění CNS, ekvivalenty epileptických onemocnění.

Terapie

Je nezbytné, aby terapie byla komplexní. Je nutná režimová léčba se stanovením rozložení stravy do vhodných frekvencí, ale i stanovení energetické hodnoty, množství stravy.

Nezbytná je psychoterapie, preferovaná je KBT. Obvykle je vhodné, aby byla prováděna nejen individuální, ale i rodinná forma terapie.

V některých případech je vhodná farmakoterapie. Jsou preferována antidepresiva SSRI s užitím vyšší dávky než u depresivních poruch, pohybuje se kolem 40–60 mg citalopramu, 40–60 mg fluoxetinu, v některých stavech až 80 mg. Je možno užití i další antidepresiva této skupiny, případně jiných skupin,

Literatura

1. Faltus F. Farmakoterapie poruch příjmu potravy. Čes. a Slov. Psychiatr. 1998, 2: 85–96.
2. Faltus F. Je syndrom nočního přejídání skutečně poruchou příjmu potravy? Čes. a Slov. Psychiatr. 2007, 103, S1: 40–41.
3. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, Praha, 2000, 492 s.
4. Kocourková J a kol. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Galén, Praha, 1997, 137 s.
5. Paclt I, Florian J a kol. Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. Grada Publishing, Praha, 1998, 400 s.
6. Papežová H. Anorexia nervosa. PCP Praha, 2000, 76 s.
7. Papežová H. Bulimia nervosa. PCP Praha, 2003, 105 s.
8. Papežová H, Kocourková J, Koutek J. Poruchy příjmu potravy In: Doporučené postupy psychiatrické péče II. Infopharm, Praha, 2006, s. 127–137.
9. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha, 1996, s. 303–315.

někteří autoři hovoří i o možnosti užití IMAO reverzibilní, jinými jsou odmítána pro dietní opatření, která jsou s jejich podáváním spojena (1, 8, 9).

Závěr

Přes dlouhodobou pozornost věnovanou tomuto onemocnění je výskyt poruchy stále vysoký. Je nezbytné pamatovat na nutný komplexní a multidisciplinární přístup mířený nejen k pacientovi, ale i jeho rodinným příslušníkům.

MUDr. Pavla Němečková, Ph.D.

Soukromá psychiatrická ordinace
Trávnícká 2, 796 01 Prostějov
e-mail: mudrpetnemecek@seznam.cz