



Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání

PhDr. Alena Fil'ová, Ph.D.

6. 5. 2011

Poruchy příjmu potravy

- Poruchy, kdy příjem potravy přestává být samozřejmou každodenní potřebou.
- **V MKN-10** řazeny mezi duševní poruchy. Je vyloučeno závažné somatické onemocnění, kt. by k tomuto stavu vedlo
- Různé **typy PPP**=>různé klinické obrazy i psychosociální kontext
- Klinicky lze řadit mezi **psychosomatická onemocnění:**

Psychosomatická onemocnění obecně:

- na **etiopatogenezi** se v různé míře podílí somatické, psychologické a sociální faktory:
 - Konstituční somatická dispozice (míra heredity)
 - Přítomnost konfliktu mezi protikladnými motivy (často nevědomé, psychofyzické emociogenní přetížení)
 - Psychofyziologické učení (instrumentální zpevnění příznaků)
- **Specificky u dětí** mají onemocnění více psychosomatickou povahu (Balcar, 2006)



Typy PPP

- Neprospívání bez organické příčiny
- Nechutenství
- Mentální anorexie
- Mentální bulimie
- Přejídání spojené s nadváhou nebo obezitou
- X odlišení od odmítání jídla v rámci psychotického onemocnění, deprese, úzkostné poruchy

Neprospívání bez organické příčiny

- Kojenecký a batolecí věk
- Somatické neprospívání: dítě nedosahuje očekávaných váhových přírůstků
- Etiologie-nejčastěji interakční problém, kombinace faktorů:
 - Rodiče (technika krmení, rodičovské dovednosti a postoje k výživě a krmení)
 - Dítě (sociální reaktivita a dráždivost, chování při krmení, příp. vývojově opožděné nebo postižené dítě s poruchou orální motoriky n. pohybové koordinace)
 - Rodinný systém (stres, sociální status, dysfunkce systému a zanedbávání)
- Vývojově: v obd. negativizmu může být prostředkem sebevymezení a boje o moc (dle Krejčířové, 2006)

Neprospívání bez organické příčiny

Terapie

- Lékař posuzuje celkový zdravotní stav
- Informování rodičů a pozitivní motivace pro nápravu
- Intervence dle diagnostiky problému:
- Behaviorální nácvik dovedností dítěte, techniky krmení,
- Interakční terapie v situaci jídla, hry, spánek, usínání
(vnímavost k signálům dítěte, jídelní návyky rodiny)
- Komplexní pomoc rodinám se závažným psychosociálním stresem a dysfunkčním rodinám

(dle Krejčířové, 2006)

Nechutenství u dětí

- Odmítání jídla, vybíravost v jídle
- Často komunikační problém (vyjádření nesouhlasu, udržení rodinné rovnováhy)
- Interakční problém např. pokud má dítě malou potřebu jídla
- Časté v předškolním a ml. škol. věku, může přetrvat do puberty, kdy většinou ustupují s růstovým spurtem a nárůstem autonomie dítěte

(dle Krejčířové, 2006)

Přejídání spojené s nadváhou nebo obezitou

Podíl různých faktorů:

- dítě jako obraz dokonalé péče rodiče
- zvládání problémů prostřednictvím jídla (často již od kojeneckého věku jako zp. utišení rozrušeného dítěte)
- Prostředek dosažení libosti, časté u sub/deprivovaných dětí
- Jídlo jako jediná dovolená aktivita (u dětí zvýšeně omezovaných)

„Začarovaný kruh“ v etiologii problému:

- dítě s nadváhou je omezené v pohybu a tím se mu zužuje počet aktivit
- Problematické začleňování mezi vrstevníky, problém se separací od rodiny
- Častěji terčem ostrakizace nebo šikany
- Rozvoj negativního sebepojetí

Mentální anorexie a mentální bulimie

Společné znaky:

- strach z tloušťky
- nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti
- Neadekvátní užívání jídla, často snaha potlačit jeho výkrmný účinek

Mentální anorexie-kritéria:

1. **Tělesná váha** je udržována nejméně 15% pod předpokládanou nebo BMI je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
2. **Snížení váhy si způsobuje pacient sám** tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že využívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovok. defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení
3. Přítomna je **specif. psychopatie**, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkrácená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka, a pacient si sám ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
4. **Rozsáhlá endokrinní porucha**, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u ženy jako amenorea, u muže jako ztráta sex. zájmu a potence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu
5. Je-li začátek onemocnění **před pubertou, jsou pubertální projevy zpožděny nebo dokonce zastaveny.** Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Mentální anorexie-DSM-IV



- Rozlišují se 2 základních typy:
 - restriktivní (především restrikce potravy)
 - purgativní (přijímaná potrava je záměrně vyzvracena)

Mentální bulimie-kritéria

1. Neustálé **zabývání se jídlem, neodolatelná touha** po jídle a **epizody přejídání** s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
2. **Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla** jedním (nebo více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika. U diabetiků může dojít k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby.
3. **Psychopatologie** spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, kt. je nižší než premorbidní váha, kt. je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. **Často ale ne vždy je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie**, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let. Epizoda může být plně vyjádřena nebo mít podobu mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy a (nebo) přechodnou fází amenorey.

Atypická mentální anorexie

Atypická mentální bulimie-kritéria

- Chybí-li některý z příznaků, ale přitom se projevuje typický klinický obraz

Mentální anorexie v dětské věku (pod 10 let)

Výskyt vzácnější

Restriktivní podoba

Navrhovaná zjednodušující kritéria:

1. Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti
2. Nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy
3. Chorobné zabývání se hmotností nebo postavou

Výskyt



MA:

- Častější u dívek/žen (muži: 10-15 % případů)
- Výskyt ve vzorku mladých žen v západní Evropě a USA: cca 0,9%-2,2 nebo až 4,2 % dle přísnosti kritérií.

MB:

- Častější u dívek/žen (muži: 8-10 % případů)
- Výskyt ve vzorku mladých žen v západní Evropě a USA: cca 1,1-2,8 % dle přísnosti kritérií (dle věkového rozsahu vzorku)

Mnoho případů **klinicky nerozpoznáno**: odhaduje se, že praktickými lékaři je odhaleno

- 12% pacientů trpících mentální bulimií
- 45% pacientů trpících mentální anorexií

Vývojově:

- MB v pozdější adolescenci, může se objevit i v dospělosti, může předcházet forma MA (častěji však MA s epizodami přejídání)
- MA často s nástupem puberty mezi 12.-14. rokem, může se objevit i později

Etiopatogeneze



- mnoho hypotéz (endokrinologické, stresové, psychoanalytické, psychodynamické, systemické aj.)

kontrolovanými studii zatím nepotvrzena obecná platnost žádné z nich

Multifaktoriální podmíněnost:

- Psychosociální faktory:
- Osobnostní rysy dítěte i rodičů a vzájemná interakce ve vývoji, vztahové vzorce
- Genetická podmíněnost těchto rysů?
- Události v sociálním prostředí (rodina, vrstevníci,...)
- Kulturní kontext?

Genetické faktory

- Prokázány genetické determinanty
- Odhad podílu dědičnosti je široký (56-84%)
- Studovány geny mající vztah k regulaci jídelního chování, motivačnímu mechanismu a mechanismu odměny, osobnostním rysům a regulaci emocí

(Martásková, Papežová, 2010)

Neuroanatomické a neurofyzilogické koreláty

- Výzkumy nejednotné
- Obtížné odlišení příčin, důsledků průběhu onemocnění a terapeutických vlivů

Somatické komplikace-MA

- nejvíce somatických komplikací ze všech psychiatrických diagnóz a nejvyšší mortalitu spojené s úbytkem hmotnosti: kachexie, snížená tolerance chladu, hypotermie, hypoproteinémie
- kardiovaskulární: 80% pacientů: bradykardie, hypotenze, arytmie, riziko náhlé srdeční smrti, snížená velikost srdce, poruchy funkce mitrální chlopně aj..
- metabolické: 60% pacientů: hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie, metabolická alkalóza, hypofosfatémie (při rychlé realimentaci), hypomagnezémie, otoky
- gastrointestinální: zhoršení motility GIT, zácpa, reverzibilní steatóza jater

Somatické komplikace-MA

- kosterní: zpomalení růstu, osteoporóza, osteomalacie
- endokrinní: amenorea, hypogonadismus, snížené hladiny LH a FSH, hypoestrinismus, hyperkortizolémie, zvýšení hladiny STH, snížení hladiny T3
- hematologické: leukopenie, anémie
- neurologické: svalová slabost, periferní neuropatie
- dermatologické: lanugo, xerodermie, šupinatá kůže, karotenodermie

Somatické komplikace-MB

- iontová dysbalance: hypokalémie, hypochlorémie
- kardiovaskulární: arytmie, náhlá srdeční smrt (!)
- renální: chronické renální selhání při nadužívání diuretik, močové infekce
- neurologické: tetanie, epileptické paroxysmy, změny EEG
- gastrointestinální: esofagitida, pankreatitida zduření parotických slinných žláz (se zvýšením amylázy v séru)
- poškození chrupu (kyselými žaludečními šťávami)

Psychosociální rizikové faktory

- Věk: adolescence a časná dospělost
- Pohlaví:ženy
- Etnický původ?: dříve jako nemoc „bílých“ dívek, dnes vyrovnané, spíše spojováno se západní kulturou
- Osobnostní nespecifické faktory: impulzivita, perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy a negativní emocionalita
- Situační nespecifické: nepříznivé události, sexuální zneužívání, zážitky separace a akulturace a riziková povolání
- Specifické: zážitky studu, velké rodinné problémy
- Vliv kultu štihlosti

(Pavlová, 2010)

Rodinné faktory

(Krch a kol. 1999)

Minuchin et al. (1978) pospal rodiny s anorektickým dítětem:

Rigidní, hyperprotektivní, obtížně vyjadřující své emoce,, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím.

Příznačné 4 základní znaky:

- 1) Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině. Blízkost a loajalita je cenější než samostatnost a seberealizace. Slabé mezigenerační hranice mohou způsobit koalici rodič dítě a vyloučení druhého rodiče.
- 2) Obtížné vyrovnání se s konflikty, vyhýbaná se jím a neschopnost je řešit
- 3) Nadměrná citlivost (často na straně dítěte) k potřebám ostatních členů rodiny a k ochraňování (např. před rozpadem)
- 4) Rigidně limitované pevné modely interakce

Rodinné faktory

- Byly popisovány různé charakteristiky rodičů:

- **„Anorektické“ matky:**

Hyperprotektivní, obtěžující dominantní

Přílišná závislost matka-dítě, ambivalentní mateřské postoje

Zvýšená mateřská kontrola

- **Otcové anorektiček:**

Pasivní, slabý s emočním odstupem, někdy jako dominantní osoba, skrytý konflikt mezi rodiči

Nebo aktivní nedosažitelný „skvělý“ otec, kterému se dcera nemůže vyrovnat

Nebo rigidní, vzteklí nebo agresivní muži, kteří idealizují svoji manželku

- **Rodiny bulimiček:** popisován blízká vztah otec-dcera, kt. se narušuje v počátku puberty nebo dominantní „mateřská“ babička

(Krch a kol. 1999)

! V klinické praxi je však realita mnohem variabilnější

! Důležité je respektovat multifaktoriální koncept poruchy

!V diagnostice a terapii se vyhnout obviňujícímu přístupu vůči rodině dítěte

Rodinné faktory

- Chvála a Trapková (2004): Koncept rodiny jako „sociální dělohy“
- Rozdělují vývoj na třetiny od narození do 18 let, kdy jsou plněny vývojové úkoly dítěte i rodiny, přičemž zdůrazňují specifickou úlohu matky a otce pro vývoj chlapce a dívky v různých fázích:
 - 0-6 let
 - 6-12 let
 - 12-18 let

Na přechodu 2. a 3 fáze se objevují fáze „anorektické stagnace“ nebo později „bulimické stagnace“

Zdůrazňovány jsou přiblížení a/nebo separace ve vztahu k matce i k otci.

Průběh a prognóza MA



- průběh variabilní:
 - jediná epizoda s úplnou remisí
 - dlouhodobý chronický průběh
 - epizody opakující se mnoho let
- přibližně pětina pacientů se zcela uzdraví
- u 10-20% pacientů postupné zhoršování
- mortalita kolem 15%
- často přetrvávají abnormální stravovací návyky i přes normalizaci hmotnosti a menstruačních funkcí
- u některých pacientek se vyvine mentální bulimie

Průběh a prognóza MB

- průběh variabilní:
 - jediná epizoda s úplnou remisí
 - dlouhodobý chronický průběh
 - epizody opakující se mnoho let
- průběh choroby je dlouhodobý, abnormální stravovací návyky přetrvávají často několik let, avšak vyjádřeny s různou intenzitou
- o chronicitě se hovoří při trvání choroby více než 10-15 let
- dlouhodobě příznivější průběh než anorexie, většina pacientů se uzdraví, mortalita není zvýšena

Psychodiagnostika



Psychologické vyšetření zaměřeno na:

- **vyvíjející se osobnost** (pozorování, rozhovor, projektivní metody, dotazníkové metody u starších např. HSPQ, TCI-Cloningerův dotazník)
- **vztahy** (Anthony-Bene u ml., Od 13 let ADOR, psychodiagnostické rodinné sezení: interakce, vývojové stadium rodiny, pojetí problému v rodině, jeho funkce v rámci rodinného systému...)
- případně **výkonnosti** (úroveň výkonnosti, případné deficity spíše u dlouhodobého onemocnění, ale bývají některá specifika kognitivního stylu (např. nízká flexibilita) jinak výkon bývá spíše nadprůměrný, pracovní styl, motivy výkonu)
- **Mapování rozvoje problému**

Mapování rozvoje problému

- Srovnávat pohled dítěte a dalších rodinných příslušníků
- Časté plíživé počátky zejm. u MA, mapovat časově shodné události (v rodině, ve škole, vrstevnických vztazích, jiné)
- První uvědomované motivy pro omezování jídla, cvičení (hodnocení druhými, srovnání s druhými, pocit dokonalosti a dobrého výkonu)
- Způsoby dosažení váhového úbytku a související pocity, reakce okolí, kdo si toho všiml
- Změny, kt. PPP přináší +/-
- Role PPP v rodině
- Premorbidní i současný postoj k jídlu, jídelní návyky rodiny
- U MB mapovat situace, kdy dochází k přejídání, zvracení, jakým způsobem, co přináší příjemné prožitky
- Jestli a kdy se objevují výčitky, jak s nimi zachází
- Mapovat neuvědomované motivy: získání pozornosti ze strany rodiče, kde potřeba deprivována, pocit kontroly, obrácení pozornosti rodiny na problém, kde např. rozpadající se rodina, zlepšení sebeobrazu často však neúčinné

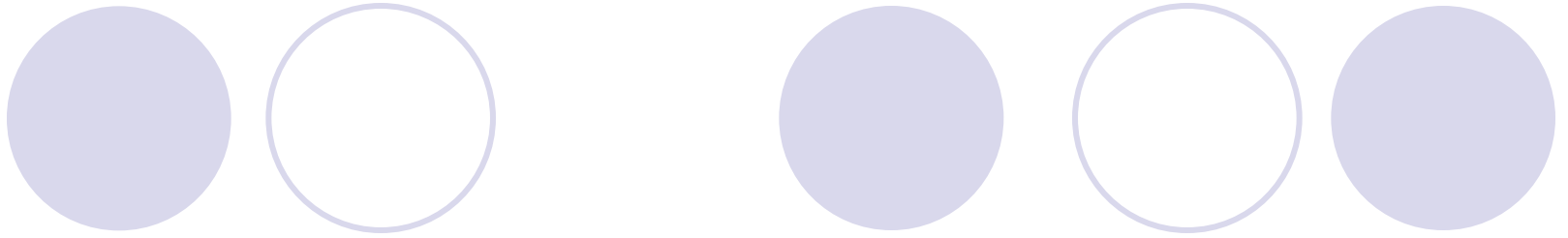
Léčba-somatická-MA

- úprava nutričního stavu:
 - léčba iontových a metabolických dysbalancí
 - léčba dehydratace
- zvýšení hmotnosti:
 - pozvolná realimentace
 - přírůstek hmotnosti by se měl pohybovat mezi 0,5-1 kg/týden
 - ❖ rehabilitace

Psychofarmakologická léčba a psychoterapie

- **Optimální je kombinace:**

- edukace
- režimového přístupu
- individuální a skupinové psychoterapie
- rodinné psychoterapie
- psychofarmakoterapie: SSRI (fluoxetin) ale neexistuje „lék na MA“!. Léčíme komorbidní symptomy (např.. depresi, obsedantní příznaky aj..)



- **hospitalizace doporučena u pacientů s:**

- tělesnou hmotností více než 20% pod očekávanou hmotností vzhledem k výšce
- rychlým váhovým úbytkem
- těžkou depresí
- selháním ambulantní léčby

Léčba-MB



- lepší nosognose, pacienti si častěji sami přejí uzdravení
- chybí kachexie, tedy není nutnost zvyšování hmotnosti
- obvykle ambulantní:
 - psychoterapie – např. kognitivně-behaviorální terapie (popsané postupy pro MB), rodinná, dlouhodobě psychodynamická,...
 - psychofarmakoterapie – antibulimický účinek antidepresiv (především fluoxetinu ze skupiny SSRI)

Postupy při akutní péči

- Zpočátku je třeba motivovat pro léčbu.
- Adolescenti často pod tlakem rodičů (pacientky často vyvíjejí nátlak na rodiče, aby hospitalizaci ukončili)
- Podpora zvládnání režimu na oddělení, KBT prvky při úpravě jídelních návyků
- Edukace k získání racionálního náhledu
- Formování postoje k problému, práce se sebepojetím, agresí, komunikační dovednosti
- Vhodné jsou specificky upravené techniky pohybové terapie a arteterapie.
- Klíčová je práce s rodinou: edukace (postupy léčby, nemoc, někteří se upínají na somatickou diagnózu), postoj k problému a zacházení s ním, systemická práce s problémem a vztahy, nácvik během víkendových propustek

Následná péče



- Dlouhodobá
- Psychiatrická (farmaka, sledování somatického stavu, někdy poradenství pro poruchy metabolismu a výživy, kt. řeší sekundární projevy nemoci- !úpravou somatických příznaků však ještě nedochází k vyléčení)
- Psychoterapie individuální + rodinná, často problém získat rodinu pro dlouhodobou spolupráci