

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

PhDr. František Krch, Ph.D.

Psychiatrická klinika VFN, Praha

Přehledový článek seznamuje se základní charakteristikou poruch příjmu potravy z perspektivy praktického lékaře. Kromě vymezení mentální anorexie a bulimie, diferenciální diagnostiky, klinického obrazu a průběhu je stručně zhodnocena multifaktoriální podmíněnost poruch příjmu potravy implikující určité léčebné postupy. Velký důraz je kladen na diferencovanost dané problematiky, která se týká velmi širokého vzorku nemocných s rozdílnou zdravotní problematikou a psychickou komorbiditou a které se současně mění i v průběhu rozvoje poruchy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, diety.

Med. Pro Praxi 2007; 4(10): 420–422

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastější a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu i nejzávažnější onemocnění dospívajících děvčat a mladých žen. Vedle mentální anorexie a bulimie a jejich atypických forem bývá k PPP někdy řazeno i psychogenní a noční přejídání a s nimi spojená obezita. Mentální anorexie a bulimie představují ve svých projevech mezní, patologické polohy jídelního chování, se kterými je spojena příznačná jednostrannost a nekritičnost postojů v problémové oblasti příjmu potravy, energetického výdeje, výkonu a tělesného zdraví. Obě poruchy mají mnoho společného. Je pro ně charakteristický především nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s tělem a intenzivní, aktivní snaha o dosažení štíhlosti. Další psychické a zdravotní problémy většinou souvisí s mírou podvýživy a s intenzitou užívaných metod na zhubnutí. Vzhledem k tomu, že jde o poruchy příznačné pro období dospívání zasahují tyto problémy do formování osobnosti nemocného a významně ovlivňují jeho pracovní a sociální dovednosti. PPP se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, ztracené v nevhodných jídelních návycích vrstevníků a rodiny.

Pro **mentální anorexii (MA)** je příznačné zejména úmyslné a aktivní snižování tělesné hmotnosti ať už ve smyslu redukce energetického příjmu nebo zvýšení energetického výdeje. Nemocní s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají a uvádí různé důvody, proč jíst nemohou. V poslední době stále častěji argumentují tím, že chtějí být zdraví nebo výkonní. Omezování se v jídle je často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří a vykrmují ostatní). Podobně nekritičtí jako k velikosti porcí a skladbě jídelníčku jsou i ke svému tělu, jeho proporcím a tělesnému výkonu.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti

nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

DSM-IV dále rozlišuje nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám zvracení, užívání laxativ nebo diuretik. Pokud například pacientka zvrací a její tělesná hmotnost je o 15 % nižší než odpovídá věku a výšce, jedná se o bulimickou formu anorexie. Při stanovení diagnózy anorexie je třeba vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, která by mohla vyvolávat nechutenství, poruchu v jedení a nízkou tělesnou hmotnost. Ztráta tělesné hmotnosti se vyskytuje zejména u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, hypotalamické poruchy nebo endokrinopatie, u depresivních poruch a některých typů závislosti.

Mentální bulimie (MB) je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Protože pocit přejedení je velmi relativní (pacientky někdy snědí jen víc než by chtěly nebo jsou zvyklé), je subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem vý-

znamnějším znakem přejedení než zkonsumované množství jídla. Přehnaná nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje i střídavé období hladovění nebo extrémní cvičení.

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

S ohledem na další vývoj poruchy a terapeutický přístup je podle naší zkušenosti vhodné přihlížet k tomu, jestli pacient má v anamnéze mentální anorexii nebo obezitu. Výlučnou skupinou jsou velmi obézní pacienti a diabetici. Na rozdíl od MA se u bulimie nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pro stanovení diagnózy bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Přejídání se vyskytuje i u mánie a oligofrenie.

Výskyt PPP se v poslední době rozšiřuje jak do nižších, tak vyšších věkových skupin. Nespokojenost s tělem a dietní tendence jsou zřetelné už u velké části dvanáctiletých děvčat a do ambulance nám přichází stále častěji i ženy starší 30 let. Koncem puberty se některé anorektické příznaky mohou projevit až

Tabulka 1. Klinický obraz a průběh PPP

	mentální anorexie	mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení, časté je výrazné kolísání
Amenorea	60–100 % podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	20–40 %
Navozené zvracení	15–30 %	75–90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije	jí spíše rychleji, větší sousta, „patlá“ jídlo, někdy degradace jídel. chování, obvykle hodně pije, často i místo jídla
Počátek obtíží	12–20 rok, výjimečně později	14–30 rok
Pohlaví pacientů (ženy: muži)	10–15: 1	20: 1
Prevalence (ženy, 15–30 let)	0,5–0,8 %	1,5–5 %
Deprese	10–60 %	20–90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Sebepoškozování	výjimečně (u bulim. formy)	občas, zpravidla při vzrůstu hmotnosti
Významné zlepšení	20–75 %	60–85 %
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2–8 %	0–2 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s přejídáním	zvýrazněný v případech přejídání, nízký v případech diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout

u 6 % děvčat. Se vzrůstajícím tlakem na dodržování diet se rozšiřuje výskyt PPP i mimo městskou populaci a zasahuje populační skupiny s nižším příjmem a vzděláním. Velká část mladých žen dnes zaměřuje redukční dietu za normální jídelní režim a neví, kolik by měly vážit.

Lidé, kteří nenaplní všechna kritéria PPP, ale „jen“ vykazují problematické postoje ke svému tělu a jídlu, často trpí podobně závažnými psychickými obtížemi jako nemocní s poruchami příjmu potravy a u některých z nich dojde během let k rozvoji kompletních příznaků poruchy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat zejména obězním ženám, které se snaží opakovaně neúspěšně zhubnout. Skupina nemocných s poruchami příjmu potravy je velmi různorodá a podobně různorodý je i průběh poruchy.

Klinický obraz se ve 30 až 40 % případech anorexie mění v bulimický a více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí kratší nebo delší období anorexie v anamnéze. U velké většiny bulimiček předchází přejídání období diet. Přibližně 10 až 20 % nemocných s poruchami příjmu potravy zůstává nezlepšeno a postupně přibývá další psychopatologie a zdravotních obtíží. O chronicitě se u PPP většinou hovoří po 10 až 15 letech trvání poruchy. Chronický průběh mentální anorexie je často spojen se sociální izolací a pracovní invalidizací nemocného. PPP mění kvalitu života nemocného a při dlouhodobějším průběhu získávají určitou adaptační funkci, což otevírá prostor dalším negativním prožitkům. Velké nebezpečí, především pro bulimičky, představují drogy a alkohol. V průběhu bulimie také přibývá depresivních příznaků a někdy může dojít i k vyhocení obsedantních rysů.

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které souvisí především s váhovým úbytkem a nedostatečnou výživou nebo jsou důsledky zvracení, nadužívání projímadel nebo diuretik. Zvláště nebezpečná může být manipulace s inzulinem u diabetiček. Velká část nemocných má různé kardiální obtíže, které jsou způsobeny snížením metabolismu nebo souvisí s narušením elektrolytové rovnováhy u pacientek, které zvrací. Častým důsledkem váhového úbytku je zácpa, citlivost na chlad, únavnost, oslabený krevní oběh a osteoporóza. Užívání laxativ a diuretik zvyšuje riziko srdeční arytmie. Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného.

Za základní vyšetření somatického stavu v ambulantní péči bývá považován: komplexní krevní obraz, biochemické vyšetření (ionty, urea, kreatin), tyreoidální funkce a vyšetření moče. Při výraznější vyhublosti, dlouhodobém masivním zneužívání laxativ a opakovaném zvracení pak biochemické vyšetření (P, Ca, Mg, CB a cholesterol), jaterní testy a EKG. Hospitalizace nemocného je nezbytná v případě, že tělesná hmotnost poklesne pod 75 % přiměřené hmotnosti, při metabolickém rozvratu, extrémní dehydrataci, těžší bradykardii nebo při hlubší depresi. Při rychlé realimentaci MA především uhlohydráty hrozí nebezpečí hypofosfatémie. U dětí je vždy třeba zvažovat riziko dehydratace, zastavení růstu, puberty a rozvoje kostí.

O možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, které vzhledem k diferencovanosti dané problematiky, jejímu vývoji a různorodosti nemocných bylo relativně snadné

podpořit zkušeností s vybraným vzorkem pacientek. V posledních dvaceti letech se postupně ustálil konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti PPP. K rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází v případě, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet a současně některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje i jiných duševních poruch.

Disponovanost pro diety je spojena především s ženským pohlavím, předčasnou nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, přílišným důrazem na výkon, úspěch a vzhled, reálností nebezpečí nadváhy a některými zájmovými nebo profesními aktivitami. Rizikové jsou i další osobní, rodinné a sociální charakteristiky posilující nebo naopak nevhodně oslabující zájem o tělo, příjem potravy a sebekontrolu. Intenzita, s jakou jsou dietní tendence prosazovány, souvisí s individuálními možnostmi nemocného, které definuje především jeho věk, osobnost a rodinné prostředí, a s jeho „potřebou“, kterou posilují jeho zájmy, sociální a osobní pozice a zkušenost. Další rizikové faktory posouvají hranice až kam je nemocný ochoten jít nejenom v sebekontrolě a nevhodných jídelních návycích, ale i v emočních reakcích, postojích a chování včetně například krádeží nebo sebepoškozování. Na této rovině se začínají uplatňovat obecné rizikové faktory jako je například alkoholismus nebo duševní choroba v rodině. Tyto faktory nabízejí výklad obtíží („musím, protože...“), možnost náhradního řešení („nemohu změnit svoje chování, dokud nevyřeším...“) a současně představují dysfunkční vzor řešení problémů. Další vlivy spolupůsobí v průběhu rozvoje poruchy jako její vedlejší produkt (důsledky malnutrice, změněná kvalita života a adaptace na problém) a posilují základní symptomatologii PPP.

Léčba PPP by měla respektovat jak konkrétní situaci nemocného, tak základní symptomatologii poruchy a nespočívat v pátrání po možné příčině. Nelze opomenout ani skutečnost, že většinou pracujeme s nemotivovanou nebo s ambivalentní pacientkou, která přichází až pod tlakem okolí, obtíží nebo neudržitelné zdravotní nebo osobní situace. Současně respektujeme, že některé příznaky PPP (například sebekontrola v jídle, vyhublost nebo určité zlepšení výkonu) mohly nemocnému po určitou dobu přinášet úlevu a uspokojení. Samozřejmý důraz je kladen na komplexnost řešení. Nestačí se zaměřit jen na ty aspekty, které pacientku nejvíce trápí, nebo které je ochotna řešit (zdravotní obtíže, fertilitu, přejídání apod.).

Praktický lékař je často prvním odborníkem, na kterého se nemocný a jeho rodina obrátí. Řeší především somatickou problematiku (je třeba vyloučit

jiné tělesné onemocnění, posoudit celkový zdravotní stav a riziko nejzávažnějšího ohrožení). Poskytuje informace o možnostech léčby a důsledcích onemocnění. V určité míře motivuje a vede nemocného i k nezbytným změnám jídelních postojů a chování. Motivující je věcné, zbytečně nezastrašující zhodnocení aktuální situace a reálných možností řešení s důrazem na nezbytnou spoluúčast nemocného. Nemocnému a jeho rodině je vhodné nabídnout informace prostřednictvím edukativní literatury nebo svépomocných manuálů, některých internetových stránek nebo svépomocných skupin (pppinfo, Anabell). Nebezpečné mohou být zpovědi nebo osobní příběhy některých nemocných, které vyšly knižně a problematiku PPP interpretují v příliš jednostranné nebo dramatické perspektivě. Praktický lékař zprostředkuje na problematiku PPP cílenou léčbu u psychiatra nebo klinického psychologa, případně další vyšetření nebo léčbu u jiných specialistů podle charakteru postižení. Hospitalizace na psychiatrii je indikována při závažnější psychiatické komorbiditě, nebezpečí sebevraždy a současném abúzu návykových látek. Doporučována je i při výrazné sociální izolaci nemocného a opakovaném neúspěchu ambulantní léčby. Důvodem hospitalizace (většinou na metabolické jednotce) jsou i závažné somatické komplikace a výrazný hmotnostní úbytek.

Pokud pacientka odmítá jiného lékaře nebo nemá možnost k němu docházet, může ji v určité fázi léčit i praktický lékař. Je však třeba předem domluvit podmínky léčby. V případě, že nedochází k nezbytné změně návyků (rozšíření jídelníčku, zvýšení energie-

tického příjmu, ústup od některých dietních zvyklostí) nebo když pacientka nepřibere na váze a zhoršuje se její zdravotní stav, je nezbytná spolupráce s dalšími odborníky (především psychiatrem) nebo podle zdravotního stavu doporučení k hospitalizaci. Vždy je prospěšná spolupráce s rodinou, případně s partnerem nemocného. Pacientce i rodině připomínáme, že neexistuje žádné jednoduché řešení. Vyhublé pacientky je vhodné ve standardní situaci pravidelně vážit. Bulimické pacientky si často stěžují na depresivní stavy. Mnoho lékařů se proto při jejich léčbě soustředí na léčbu antidepresiv, která však nemění chuť k jídlu, neovlivňují jídelní zvyklosti pacientů, ani jejich sklon k držení diet. Indikace léčby antidepresiv je jednoznačně záležitostí psychiatrické léčby.

Intervence lékaře směřují ke změně nevhodných postojů a návyků pacientky a na potlačení vlivů, které je posilují nebo brání potřebné změně. Prvořadým cílem léčby je změnit jídelní chování nemocného a, v případě vyhublosti, zvýšit tělesnou

hmotnost. Nabízená řešení by měla být konkrétní a vyplývat z bezprostřední situace. Od lékaře to však vyžaduje trpělivost, více času na nemocného a jeho dlouhodobější vedení. Spolupráce s rodinou, zejména u mladších pacientek, je nezbytná. Rodičům je vhodné připomenout, že výskyt podobného problému v rodině bývá přirozeně spojen s nejistotou, obavami a pocitem viny. Rodiče by se neměli obviňovat, i když se někdy nemohou vyhnout konfliktu s dítětem, respektive s mentální anorexií. Poskytovat nemocné dceři podporu neznamená ustupovat jejím nevhodným návykům. Bez ohledu na svoji často negativní zkušenost by rodiče a samozřejmě i lékař měli věřit v možnost pozitivní změny.

PhDr. František Krch, Ph.D.

Psychiatrická klinika VFN
Ke Karlovu 11, Praha
e-mail: krch.frantisek@vfn.cz

Literatura

1. Fairburn C et al. Risk Factors for Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry 1997; 54: 509–517.
2. Fisher M. The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: A review. Adolescent Medicine 2003; 14: 149–158.
3. Krch FD (Ed) et al. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada 2005.
4. Krch FD. Mentální anorexie. Praha: Portál 2002.
5. Krch FD. Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada 2003.
6. NICE Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, National Institute for Clinical Excellence, National Clinical Practice Guideline. The British Psychological Society and Gaskell, London 2004.
7. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris 2002.
8. Papežová H, Kocourková J, Koutek J. Poruchy příjmu potravy. In: Raboch J a kol. Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Infopharm 2006.