

Poruchy příjmu potravy

MUDr. Pavla Němečková, Ph.D.

Privátní psychiatrická a pedopsychiatrická ambulance, Prostějov

Ve sdělení jsou popsány dvě základní formy onemocnění, mentální anorexie a mentální bulimie s jejich základními charakteristickými příznaky, stručně popsány ostatní poruchy spadající do tohoto spektra. Jsou zmíněny komorbidní formy nemocí a diferenciálně diagnostická problematika. Jsou uvedeny terapeutické přístupy u obou forem onemocnění. Je zdůrazněna závažnost onemocnění s rizikem vzniku chronicity, v extrémních případech s rizikem letálního zakončení, z toho plynoucí nutnost věnovat onemocnění náležitou pozornost, péče o nemocné s touto poruchou musí být multidisciplinární.

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie.

Eating disorders

The paper describes two basic forms of the disease, i. e. anorexia nervosa and bulimia nervosa with their basic characteristic features. The other disorders falling within this spectrum are briefly described. Comorbidities and differential diagnosis issues are mentioned. The therapeutic strategies in both forms of the disease are presented. The severity of the disease with the risk of developing chronicity is emphasised, in extreme cases with a risk of a lethal outcome; thus, particular attention must be paid to the condition and the care of patients with this disorder must be multidisciplinary.

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

Med. praxi 2011; 8(11): 459–462

Úvod

Porucha příjmu potravy je onemocněním velmi starým, popisy této choroby se najdou v dávné historii, snad nejznámější osobností, která pravděpodobně trpěla mentální anorexií, byla rakouská císařovna Sisi. Poprvé byla mentální anorexie popsána v r. 1694 Mortonem, syndromologicky vymezena byla v r. 1868 Gullem a Laseguem (1). Přes to, že se toto onemocnění vyskytlo již v dávné minulosti, nejen že nebylo potlačeno, ale jeho incidence narůstá v souvislosti pravděpodobně se sociokulturními změnami a sociokulturním vývojem. Zaslouží si naši pozornost nejen z tohoto důvodu, ale hlavně proto, že se jedná o onemocnění závažné, s možností dlouhodobého poškození zdraví jak duševního, tak ve svých důsledcích i tělesného, s rizikem letálního zakončení. Přes veškerou pozornost, která je této nemoci věnována, přes výzkumy, rozsáhlé studie, přes bohaté klinické zkušenosti zůstává zatím mnoho nevyřešených otázek, mnoho nejasností.

Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy je řazena mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, psychogenní přejídání, některé formy nočního přejídání (2, 3), pika neorganického původu u dospělých, psychogenní ztráta chuti k jídlu (4), v dětském a adolescentním věku je k nim pak řazena emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu, syndrom vybíravosti v jídlu a syndrom pervazivního odmítání (2).

Mentální anorexie

Je udáván nárůst tohoto onemocnění celosvětově, v USA se incidence zvyšuje od sedmdesátých let (4), u nás od devadesátých let minulého století. Prevalence poruchy u adolescentních a mladých žen je udávána 0,5–1 % při splnění všech kritérií. Onemocnění se vyskytuje hlavně u dívek a žen, ale postihuje i chlapce, a to v poměru 1:10 až 1:9 (4, 5, 6). Dříve se toto onemocnění typicky objevovalo u dívek a žen ve věku 15–30 let, u dívek intelektově nadprůměrných, pocházejících ze středních a vyšších vrstev industrializovaných zemí (1, 4). Dnes se toto onemocnění objevuje bez omezení věkem, popsán je vznik onemocnění v raném školním věku stejně tak jako vznik onemocnění v dospělém věku, u osobností s intelektem průměrným i podprůměrným a již bez omezení na určité společenské vrstvy.

Etiopatogeneticky se jedná o složitou, dosud nedeřešenou otázku, etiologie je multifaktoriální, podílí se genetické faktory, psychosociální faktory, individuálně vývojové faktory, faktory osobnostní, vliv věku, sociokulturní faktory. Původní teorie o primárně hypotalamo-endokrinním onemocnění se nepotvrdila. Dnes jsou zvažovány vlivy hormonů, neurotransmiterů a peptidů, vlivy orexigenních a anorexigenních látek (3, 4).

Diagnostická kritéria podle MKN 10

1. Úbytek hmotnosti vedoucí ke snížení hmotnosti nejméně o 15 % oproti normální ne-

bo očekávané váze pro daný věk a výšku, u dětí chybění přírůstku hmotnosti. Nebo Queteletův index tělesné hmotnosti, body mass index, je 17,5 a méně.

2. Snižování hmotnosti vyhýbáním se určitým jídlům, vyprovokovaným zvracením, užíváním anorektik, laxativ, diuretik, excesivním cvičením.
3. Přítomnost strachu z tloušťky, z váhy, z jídla. Vnímání sebe sama jako tlustou s obavou z dalšího tloustnutí.
4. Amenorea vlivem endokrinní poruchy (možnost přetrvávání krvácení při užívání hormonální antikoncepce), u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence.
5. Při vzniku onemocnění před pubertou opoždění nebo zastavení pubertálních projevů (4).

Klinický obraz

Základním příznakem mentální anorexie je strach z váhy, z tloušťky a s tím spojené odmítání jídla. Typické je přesvědčení pacientky o tloušťce vázané na určité partie těla, dominuje představa o tloušťce hýždových částí těla, břicha a stehen, tato představa je nevývratná a zcela bez vazby na hmotnost dívky, trpí jí i pacientky ve stadiu kachexie. Vnímání vlastního tělesného schématu je natolik změněné, že se svým charakterem blíží až bludnému projevu, je chorobné a nevývratné. Pacientky se snaží snížit hmotnost odmítáním jídla, vynecháváním určitých druhů jídel s odkazem na preferování zdravé výživy, v extrémních

případech je pacientka schopna jíst jen nepatrné množství jídla nebo nejíst i několik dnů. Počáteční pocit hladu je zaháněn nadměrným příjmem tekutin, hlavně vody, bývá dvojnásobkem doporučeného denního příjmu tekutin, dalším průběhem nemoci postupně pocit hladu mizí. Pokud je pacientka nucena jíst, je pod vlivem strachu z nárůstu hmotnosti vedena k vypuzení požitého jídla a přijaté energetické hodnoty, a to formou zvracení nebo užívání projímadel, diuretik. Častým a typickým příznakem je nadměrné cvičení, které slouží ke snížení přijaté energetické hodnoty stravy.

Podle převládající formy jídelního chování se mentální anorexie dělí na restriktivní typ, u kterého se nevyskytuje zvracení a užívání projímadel a na purgativní typ se záchvaty přejídání nebo vypuzování (2, 4, 7). V praxi ale většinou nevidíme tyto projevy separovaně, ale vyskytují se kombinovaně, a to průběžně nebo v určitých časových etapách, navíc se mnohdy ještě projevy prolínají i s možnými příznaky mentální bulimie nebo v sebe v určitých etapách průběhu nemoci přecházejí. Pro pacienty s mentální anorexií je typické nejen určité jídelní chování, ale i psychické projevy, ke kterým v důsledku hmotnostního úbytku dochází. Velmi častá bývá změna nálady, častý je sklon k lakrimaci, depresivní ladění přecházející do depresivních stavů, v některých případech až hluboké depresivní stavy s rizikem suicidálních aktivit. Vzniká nespavost, nesoustředěnost s poklesem výkonnosti, únavnost, vegetativní projevy.

Toto psychické onemocnění vede v dalším trvání k somatickým projevům, které mohou být velmi závažné, v některých případech život ohrožující. Je postižen gastrointestinální trakt, vznikají záněty podčelistních a průsňích žláz s typickým zduřením odpovídajících obličejových částí, zpomalené vyprazdňování žaludku při hladovění, otoky z hypalbuminémie. Vzniká hematologické postižení, anémie, leukopenie, trombocytopenie. Velkým rizikem je možnost vzniku osteoporózy vlivem snížení hladiny kalcia, fosforu, pohlavních hormonů. Snížením hladin pohlavních hormonů vzniká amenorea, pokud není ukončen tělesný vývoj, je riziko hypoplastické dělohy, v extrémních případech s rizikem vzniku infertility. Při zvracení je popisován vznik parodontitidy, poškození skloviny a velké kazivosti chrupu. Objevují se dermatologické projevy, je suchá, popraskaná kůže, poškozené nehty, lanugo na tváři a trupu, při zvracení vznikají perorální dermatitidy, bývá Russelovo znamení – poškození kůže na hřbetu ruky při častém zvracení. Stejná příčina, tj. zvracení

a navíc i užívání diuretik a laxativ, vede k hypokalemii, hyponatremii, ke vzniku hypochloremické metabolické alkalózy. Vlivem hladovění dochází k postižení CNS, vznikají abnormní EEG, dochází ke vzniku křečových projevů, neuropatií, dochází k poruchám kognitivních funkcí, je popsán vznik korové atrofie vlivem hladovění, v pozdějších fázích až ireverzibilní. Neméně závažné bývá kardiiovaskulární postižení, hypotenze s možností kolapsových stavů z nedostatečného příjmu tekutin, častá je bradykardie, EKG abnormality vlivem hypokalemie, prodloužení QT intervalu, kardiomyopatie, riziko srdečního selhání (3, 4, 7).

Mentální bulimie

Byla popsána koncem padesátých let minulého století jako součást chování obezních jedinců, v šedesátých a sedmdesátých letech potom jako průvodní jev některých forem mentální anorexie, nyní je definována jako samostatná porucha, které ale může někdy předcházet výskyt mentální anorexie v osobní anamnéze (4), např. u dospělé pacientky s mentální bulimií může být uváděn výskyt epizody mentální anorexie v pubertálním období. Výskyt epizody mentálně anorektického chování je udáván u více než 50 % patientek s mentální bulimií (3, 7, 8). Onemocnění se vyskytuje u 1–3 % adolescentních a mladých žen, výskyt u mužů je výjimečný, udáván je výskyt asi u 10 % mužů (4). Je ale pravděpodobné, že incidence je vyšší, protože ne každý pacient řeší tuto problematiku prostřednictvím lékaře, je tendence projevy skrývat pro pocitu viny za patologické jídelní chování.

Etiopatogeneza onemocnění není známá, nebyla potvrzena záchvatová etiologie, o které bylo uvažováno vzhledem k epizodickému, nekontrolovanému výskytu (4), i zde je pravděpodobný multifaktoriální podklad nemoci.

Diagnostická kritéria podle MKN 10

1. Výskyt opakovaných epizod přejídání, nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců s konzumací velkého množství jídla v krátkém časovém intervalu. Je neustálé se zabývání jídlem.
2. Snaha potlačit kalorický účinek jídla vyprovokovaným zvracením, užíváním laxativ, diuretik, tyreoidálních přípravků, střídavými obdobími hladovění.
3. Je přítomen chorobný strach z tloušťky.

Onemocnění se vyskytuje ve formě purgativního a nepurgativního typu (4), někdy se hovoří o subtypu bulimickém a restriktivním (3).

Klinický obraz mentální bulimie

Pacienti trpí nepřekonatelným puzením ke konzumaci značného množství jídla, které konzumují většinou značně rychle, v některých případech je zcela náhodně zvolená strava, někdy předem připravená, ukončená často až objevením bolesti vlivem dilatace žaludku nebo je přejídání ukončeno spontánně vyvolaným zvracením nebo pacient upadne do spánku (4, 5, 8, 9). Před záchvatem přejídání se může objevit pocit smutku, depresivní ladění, úzkostné stavy, pocity samoty, prázdnoty, po záchvatu následují pocitu viny za nezvládnutí, selhání, často následuje autoagresivní jednání, automutilační jednání, např. pořežení, nejsou ale výjimkou suicidální pokusy. Výjimečné nejsou ani poruchy chování typu asociálních projevů, vznik krádeží, buď peněz, které pacientka použije na nákup jídla nebo krádeže jídla samotného, které pacientka spotřebuje v záchvatu přejídání. Je strach z váhy, z tloušťky, ale velmi často si pacientky zachovávají původní hmotnost s pocitem nespokojenosti s vlastním vzhledem, tělem, s pocitem vlastní tloušťky, někdy dojde ke snížení hmotnosti. Bývají nápadné otoky slinných žláz, kariézní chrup, bolesti břicha, únava, nevykonnost, závrať, točení hlavy. Jen u velmi častého zvracení vzniká hypokalemická alkalóza s nutností hospitalizace, výjimečné jsou stavy extrémní dilatace žaludku vedoucí výjimečně k ruptuře žaludeční stěny (5, 8).

Komorbidita u poruch příjmu potravy

Ze spektra psychických poruch se porucha příjmu potravy často vyskytuje s úzkostnými poruchami, stejně častý je i výskyt poruch depresivního spektra. Časté bývají i poruchy osobnosti, pro poruchy příjmu potravy a sice pro mentální anorexie je obvyklé, že se jedná o premorbidní osobnosti s rysy perfekcionismu, lidi ambiciózní, u mentální bulimie jsou obvyklé impulzivní rysy. Není výjimkou výskyt obsedantně kompulzivní poruchy, ne ojedinělý bývá i výskyt závislostí, závislost na alkoholu a návykových látkách, je možný vznik závislosti i na nadužívaná laxativa. Uváděn je i výskyt posttraumatické stresové poruchy (3, 5, 8).

Ze somatických poruch se může jednat o komorbidní výskyt diabetu, výskyt epilepsie, další časté somatické poruchy jsou spíše v důsledku působení poruchy příjmu potravy.

Diferenciální diagnóza

V diferenciálně diagnostické rozvaze je nutné vždy zvažovat přítomnost somatického

onemocnění, které je nutno vyloučit příslušnými vyšetřeními (laboratorní, interní, endokrinní, rtg, CT mozku). Z psychických poruch je nutno vyloučit depresivní poruchu, kde rovněž bývá úbytek hmotnosti, ale nebývá zde strach z váhy a z jídla, dále schizofrenní onemocnění, kde rovněž není přítomen strach ze zvýšení hmotnosti, jsou přítomny příznaky typické pro schizofrenní onemocnění, strach z jídla může být přítomen, ale bývá bludného charakteru. Dále sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha, somatizační porucha (4, 7). Ataky bulimických projevů se mohou vyskytovat i u hraniční poruchy osobnosti.

Terapie poruch příjmu potravy

Je nutno zvážit, zda je vhodná ambulantní nebo lůžková forma léčení. Hospitalizace pacientem s poruchou příjmu potravy by měla být realizována vždy, kdy se jedná o extrémní váhový úbytek, kachexii, dlouhodobé hladovění, a to na somatickém oddělení (dětské, interní, jednotka intenzivní péče, případně psychiatrická jednotka intenzivní péče podle závažnosti stavu) k realimentaci. Dále by měla následovat hospitalizace na psychiatrickém oddělení nebo na specializovaných jednotkách pro léčbu poruch příjmu potravy (např. Psychiatrická klinika, 1. LF UK Praha, Psychiatrická klinika, FN Brno). Otázka hospitalizace je značně diskutabilní, je spíše doporučováno hospitalizovat stavy, u kterých se jedná o přítomnost hlubšího depresivního syndromu, je přítomné riziko suicidia, je výrazný váhový úbytek, chybí compliance. U pacientek s mentální bulimií se k hospitalizaci přikračuje méně často, většinou při výskytu sebevražedných aktivit v důsledku nevládní choroby nebo k návratu stravovacího režimu na počátku léčby.

Ambulantní terapie má rovněž několik forem, možností, s jejich zastánci a odpůrci. K ambulantní formě terapie by se mělo přikročit, pokud je dobrá spolupráce s pacientkou a s rodinou, pacientka je nejprve alespoň formálně kritická a motivovaná a vždy po skončení hospitalizace. V první řadě je nezbytná edukace jak pacienta, tak rodiny. Dále je nutné stanovení cílů léčby, ty by měly být stanoveny v kontraktu uzavřeném mezi terapeutickým týmem a pacientem. Hlavním cílem kontraktu by mělo být jasné definování a stanovení cílové hmotnosti, kterou je pacient schopen akceptovat a která jej svou hodnotou nijak neohrožuje, obvykle se stanovuje nižší, než byla původní hmotnost, protože tato hodnota je pacientem lépe akceptována.

K základním ambulantním formám léčení patří psychoterapie, která je některými autory preferovaná před farmakoterapií. Často je prováděna kognitivně behaviorální terapie nebo interpersonální terapie, je uváděno, že jejich výsledky jsou srovnatelné (3, 10). U dětských a adolescentních pacientů je nezbytná rodinná psychoterapie. Svou roli má zakládání svépomocných skupin vedených odborníky nebo i laiky, význam má v prevenci relapsů, podmínkou je ale odborná, kvalitní supervize. V poslední době se začíná objevovat intervence pomocí sociální sítě, objevují se internetové programy následné péče o pacienty s poruchami příjmu potravy, k novějším přístupům patří i kinezioterapie, jak bylo sděleno na VIII. mezinárodní konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě v březnu t. r. v Praze.

Farmakoterapie nepatří při léčbě poruch příjmu potravy mezi metody první volby (3, 10). Preferováno je spíše podávání antidepresiv, ustoupilo se od podávání tricyklických antidepresiv vzhledem k jejich vedlejším účinkům. Stejně tak podávání neuroleptik, nyní atypických neuroleptik, má spíše probatorní charakter, vedlejší účinek některých z nich, kterým je zvýšení hmotnosti, se nejvíce hodí, je dobře, když ke zvýšení hmotnosti dochází vlastní aktivitou a vůlí pacienta.

Podávání antidepresiv u poruch příjmu potravy je zkoumáno od r. 1980, sledovaná je hlavně účinnost antidepresiv SSRI, prokázán byl pozitivní účinek fluoxetinu po dosažení cílové hmotnosti na prevenci relapsu (3, 10). V klinické praxi jsou podávána i ostatní antidepresiva skupiny SSRI, pozitivní je jejich efekt na sekundární depresivní a úzkostné projevy, ale účinné v klinické praxi se jeví i svým efektem při absenci depresivních stavů na zmírnění základních projevů této nemoci, na úzkost, na strach. Jako účinná se jeví kombinace farmakoterapie a psychoterapie, u mentální bulimie se doporučuje kombinace KBT a antidepresiva, fluvoxamin, ten ale v dávce 60 mg pro die. (3, 10).

Prognóza

Dosažení dobré remise je u pacientek s mentální anorexií udáváno asi u 44 % pacientek, kolem 28 % pacientek dosáhne částečné remise a asi 24 % pacientek chronifikuje. Asi u 5 % pacientek je udávána mortalita v důsledku srdeční zástavy, elektrolytové dysbalance, dokonání suicidia, ale i úmrtí při banální infekci. S délkou sledování se mortalita zvyšuje až na 20 % (3, 4). U pacientek s mentální bulimií je udávána dobrá remise u 27 %, neúplná remise asi u 40 % a nepříznivý, chronický

průběh postihuje 33 % (3). Porucha může probíhat jen jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo s chronickým obrazem nebo epizodický výskyt probíhající po mnoho let. Prognosticky nepříznivě se jeví extrémní úbytek hmotnosti, anosognózie, u mentální anorexie prolínání mentální bulimie, zvracení, užívání laxativ, špatná premorbidní přizpůsobivost, nízký socioekonomický statut. Prognosticky příznivě se jeví začátek v raném věku, méně extrémní hmotnostní úbytek, kritický postoj, dobrá premorbidní úroveň psychosociálního přizpůsobení (4).

Před zahájením psychoterapeuticko psychiatrického léčení musí být vždy provedeno vyšetření k vyloučení somatického podkladu stavu.

K dalším poruchám řazeným do poruch příjmu potravy patří:

Atypická mentální anorexie, atypická mentální bulimie – chybí některý ze základních znaků.

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami – může být reakcí na stres, v důsledku přejídání je možný vznik obezity, ta sekundárně může vést k depresivním projevům, sníženému sebehodnocení, úzkostným stavům, sociální izolaci, vznik somatických komplikací (2).

Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami – objevuje se v rámci konverzních poruch, v rámci reakce na těžký stres (4).

Poruchy příjmu potravy v nočních hodinách – poprvé popsán v r. 1955 Stunkardem. Jde o syndrom nočního přejídání, syndrom nočního příjmu potravy a pití, noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchou spánku. U těchto poruch bývá různá míra poruchy vědomí a různá míra amnezie na epizody přejídání během noci, vztah k anorexii a bulimii během dne, vztah ke stresu a psychické komorbiditě. Porucha je zatím málo známá (3).

Syndrom vybíravosti v jídle – vyskytuje se u dětí ve věku 8–12 let, děti přijímají omezený rozsah jídel, obvykle jedí dvě, tři potraviny, výskyt je častější u chlapců (2).

Syndrom pervazivního odmítání – je odmítání jídla, pití, mluvení, chůze, péče o sebe, častější je u dívek ve věku 8–14 let, je nutno vyloučit psychotraumatizující události.

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu – porucha na pomezí mentální anorexie a emočních poruch v dětství, je vyhýbání se jídlu, úbytek hmotnosti, afektivní porucha, není nepřiměřené vnímání tělesného schématu, není chorobné zabývání se tímto tématem. Jako důvod k tomuto jídelnímu chování je uváděn

strach z nákazy špatným jídlem, strach z nevolnosti, ze zadušení, pozvracení, často jsou uváděny bolesti břicha po požití jídla. Rizika zde jsou stejná jako u dětí s typickým průběhem mentální anorexie (2).

V útlém a dětském věku se může ještě vyskytnout ruminace (opakovaná regurgitace bez nauzey) a pika – požívání nestavitelných látek (2).

Závěr

Přes dlouhodobé sledování jsou poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie závažným onemocněním ohrožujícím pacienta vznikem závažných komplikací, vznikem chronické formy onemocnění, vznikem sekundárních somatických onemocnění, předčasným úmrtím. Proto je velmi důležité, že tomuto onemocnění je věnována stále velká pozornost, je nutno ale

zdůraznit, že je nezbytné, aby péče o tyto nemoci, jejich vyšetření a léčení, byly záležitostí nejen psychiatra a psychologa, ale aby se jednalo o péči mezioborovou, je nutná spolupráce praktických lékařů s endokrinologem, internistou, gynekologem. Základem je prioritní specializovaná péče psychologa a psychiatra vycházející ze spolupráce s výše zmíněnými odbornostmi.

Literatura

1. Faltus F. Anorexia mentalis. Praha: Avicenum, 1979.
2. Koutek J. Poruchy příjmu potravy. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000; 263–283.
3. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Doporučené postupy psychiatrické péče. Standardy psychiatrie. Praha: Galén 1999: 149–151.
4. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 1996.
5. Papežová H. Bulimia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum, 2003.

6. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis 2008: 463–482.

7. Krch FD, et al. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publ., 1999: 238.

8. Krch FD. Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada Publ., 2003; 170.

9. Cooper PJ. Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání. Olomouc: Votobia, 1995.

10. Faltus F. Farmakoterapie poruch příjmu potravy. Čes a Slov Psychiat 1998; 2: 85–96.

Článek přijat redakcí: 10. 8. 2011

Článek přijat k publikaci: 16. 9. 2011

MUDr. Pavla Němečková, Ph.D.

Privátní psychiatrická
a pedopsychiatrická ambulance
Trávnícká 2, 796 01 Prostějov
pavlanemeckova@seznam.cz
