

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

MUDr. Pavla Němečková, Ph.D.

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

V práci jsou stručně charakterizovány hlavní formy poruch příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie. Jsou uvedeny možné etiopatogenetické faktory, které by se mohly podílet na tomto onemocnění. Je zmíněna otázka komorbidity tohoto onemocnění, otázka somatických komplikací a terapeutické postupy.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním s narůstající incidencí v posledních desetiletích. Závažnost tohoto onemocnění spočívá v postižení mladších věkových vrstev (adolescencí, věk rané dospělosti, možnost začátku i v dětském věku) s rizikem závažného somatického postižení, s mortalitou uváděnou v rozmezí 5–10 %, s možným přechodem k chronickému průběhu u některých forem těchto poruch (2, 3, 4).

DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY (PPP) PODLE UŽÍVANÉ KLASIFIKACE (MKN 10) VYSKYTUJÍCÍCH SE V DOSPĚLOSTI A V DĚTSKÉM VĚKU (1)

PPP v dospělosti	mentální anorexie
	mentální bulimie
	přejídání spojené s jinými psychickými poruchami
	zvracení spojené s jinými psychickými poruchami
	pika neorganického původu u dospělých
	psychogenní ztráta chuti k jídlu
PPP v dětském věku	mentální anorexie
	mentální bulimie (vzácný výskyt pod 14 let)
	emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu
	syndrom vybíravosti v jídle
	syndrom pervazivního odmítání
MENTÁLNÍ ANOREXIE	pacientem úmyslně vyvolaný a udržovaný váhový úbytek se strachem z tloušťky, z jídla, s chorobným přesvědčením o vlastní tloušťce při objektivně existující podvaze až kachexii, se vznikem sekundárních endokrinních a metabolických změn (9, 11, 12)
příznaky	pocit tloušťky, strach ze ztloustnutí
	dietní omezování až odmítání jídla
	vyprovokované zvracení
	excesivní cvičení
	užívání anorektik, diuretik, laxativ
typy	typ restriktivní – snižování energetického účinku stravy dietními opatřeními až odmítáním stravy, není přítomno zvracení, užívání laxativ, diuretik
	bing eating – záchvatovité přejídání a vypuzování, tj. vyprovokování zvracení, zneužívání laxativ, diuretik (10, 11, 12, 13)

MENTÁLNÍ BULIMIE	opakované, nevládnutelné záchvaty přejídání a nadměrné zabývání se kontrolou tělesné váhy s rizikem vzniku elektrolytických poruch (hypokalemiická alkalóza) a somatických komplikací (10, 11, 12, 13)
příznaky	epizody přejídání s konzumací velkého množství jídla v relativně krátkém čase
	vyprovokované zvracení
	zneužívání laxativ, diuretik
	střídavá období hladovění
	pocit tloušťky, strach ze ztloustnutí
typy	purgativní typ (vypuzující) – pravidelné vyvolávání zvracení, užívání laxativ, diuretik v souvislosti s požitou stravou
	nepurgativní – nevhodné kompenzační chování typu nadměrného cvičení, přechodné odmítání stravy; není zvracení a užívání projímadel
ETIOPATOGENETICKÉ FAKTORY PPP (5, 7, 10, 11)	
1. sociální a kulturní (potřeba úspěchu, vyniknutí)	
2. biologické: ženské pohlaví, tělesná hmotnost, puberta	
3. životní události – predisponující nebo spouštěcí faktor	
4. rodinné a genetické faktory	
5. emoční faktory (častý výskyt depresivních a úzkostných příznaků, úvahy o společné příčině)	
6. struktura osobnosti	
KOMORBIDITA PPP (5, 6, 7, 8, 12)	
1. úzkostné a depresivní poruchy	
2. obsedantně kompulzivní porucha	
3. porucha osobnosti (hraniční porucha osobnosti)	
SOMATICKÉ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A BULIMIE (5)	
kardiovaskulární komplikace	sinusová bradykardie, hypotenze, srdeční arytmie s rizikem srdeční zástavy, změny na elektrokardiogramu (EKG), poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory; riziko náhlého úmrtí vyvolaného srdečními arytmiemi z narušení elektrolytové rovnováhy
renální komplikace	zvýšená hladina urey, hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie, hypochloremická metabolická alkalóza, hypofosfatemie, hypomagnezémie s hypokalémií; riziko vzniku močových kamenů; otoky končetin, hypoproteinémie s rizikem hypovolemického šoku, ledvinových infarktů
gastrointestinální komplikace	zduření parotických žláz, eroze zubní skloviny a zuboviny, zánět jícnu, jícnové eroze, vředy, ruptura jícnu, perforace žaludku, akutní dilatace žaludku, žaludeční vředy, zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, zhoršená motilita tenkého střeva, dilatace duodena, jejunu, ileus, zácpa, akutní pankreatitida, zvýšení hladiny sérových amyláz, steatóza jater, hematomegalie, snížení hladiny sérových bílkovin, zvýšená hladina lipidů, hypoglykémie

kosterní komplikace	zpomalení vytrvávání kostí, zastavení růstu v dětském věku; osteopenie, osteoporóza, netraumatické zlomeniny, hypoplazie kostní dřeně
endokrinní komplikace	amenorea, hypogonadismus s nízkými bazálními hladinami LH (luteinizační hormon) a FSH (folikuly stimulující hormon), nízká hladina estrogenů, infertilita, nízká hladina testosteronu u mužů, zvýšená hladina kortizolu v plazmě, nižší hladina tyroxinu, volného trijodthyroninu
hematologické komplikace	normochromní normocytární anémie, snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie, trombocytopenie
neurologické komplikace	abnormní elektroencefalogram (EEG), periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie, generalizované tonicko-klonické křeče, ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze, dvojité vidění, svalová slabost, poruchy hybnosti
metabolické komplikace	zhoršení regulace tělesné teploty, narušený metabolismus glukózy, kalcia, zpomalení bazálního metabolismu
dermatologické komplikace	hyperkeratonemie, purpura, kožní vyrážky z nadužívání projímadel a diuretik, tenká, šupinatá, suchá kůže ze sníženého množství kolagenu, lanugo, popraskaná kůže, vypadávání vlasů

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA PPP

mentální anorexie	somatické onemocnění (nádorové onemocnění, tuberkulóza, hypothalamická porucha, endokrinopatie)
	depresivní porucha
	schizofrenie
	sociální fobie
	obsedantně kompulzivní porucha
	dysmorfofobická porucha
	somatizační porucha
	mentální bulimie
mentální bulimie	mentální anorexie
	neurologické poruchy (nádorové onemocnění CNS)
	depresivní porucha
	porucha osobnosti (hraniční porucha osobnosti)

TERAPEUTICKÉ POSTUPY (2, 4, 5, 7)

režimová terapie	návrat k obvyklému složení, množství a frekvenci stravy
psychoterapie	
individuální	oslabení nadměrného zájmu o hmotnost, postavu; vhodné jsou kognitivní přístupy; vhodná při výskytu komorbidních poruch
rodinná terapie	vymezení místa pacienta v rodině, změna postojů rodiny k pacientovi, k nemoci

skupinová	skupiny pacientů, skupiny pro rodiče
KBT (kognitivně behaviorální terapie)	práce na změně negativního sebehodnocení, změna postojů k vlastnímu vzhledu
psychoanalytická psychoterapie	zaměření na osobnostní projevy pacienta, porozumění hlubšímu prožívání nemoci, nevědomých souvislostí
psychodynamická terapie	účinná při prokázaném zneužívání pacientky
medikamentózní terapie	zvládnutí úzkosti, deprese, nepříjemných pocitů v souvislosti s jídlem, obsedantních a impulzivních projevů, zhoršeného spánku; substituční terapie v souvislosti se somatickým stavem

PSYCHOFARMAKOTERAPIE PPP

psychofarmakoterapie mentální anorexie

antidepresiva	fluoxetin 20–40 mg/den
	fluvoxamin 100–300 mg
	sertralin 50–150 mg
	tricyklická antidepresiva
neuroleptika	sulpirid 50–200 mg/den
	risperdal 1–3 mg
	klasická neuroleptika
anxiolytika	buspiron 10–15 mg/den
	hydroxizin 75–100 mg

psychofarmakoterapie mentální bulimie

antidepresiva	citalopram 20–60 (80) mg/den
	fluoxetin 20–60 (80) mg
	fluvoxamin 200–300 mg
	tricyklická antidepresiva (imipramin, desipramin)
	RIMA (moclobemid)
antikonvulziva	carbamazepin 400–800 mg/den
	clonazepam 2–4 mg

Větší efekt má užití kombinace psychoterapie a farmakoterapie. U mentální anorexie je uváděno snížené riziko relapsů po podávání antidepresiv (5). U mentální bulimie se účinkem některých antidepresiv zvyšuje hladina serotoninu a tím se snižuje pocit hladu a nutková potřeba přejezení (7).

Anxiolytika je vhodné podávat jen krátkodobě, ke snížení úzkosti v počátečních fázích léčby pro vyloučení rizika vzniku závislosti

Neuroleptika v nízké dávce mohou nahradit anxiolytika a zmírňovat úzkostné prožitky. Užívají se k úpravě spánku, který bývá velmi často zhoršený.

Součástí režimového a psychoterapeutického léčení je stanovení cílové hmotnosti již na počátku léčení.

formy terapie

ambulantní

hospitalizace – při neúspěšné ambulantní terapii, váhovém úbytku větším než 25 %, dehydrataci, známkách oběhového selhávání, přetrvávání zvracení, při přítomnosti těžké deprese nebo suicidálních myšlenek

ZÁVĚR

Porucha příjmu potravy je závažným onemocněním, jehož závažnost spočívá nejen v postižení zdravotního stavu celkově, ale i v možném ohrožení života pacientky. Efekt terapeutického postupu závisí i na včasné správné diagnóze a správném terapeutickém vedení. Jedná se o bio-psycho-sociální onemocnění, terapeutický přístup k této poruše musí být multidisciplinární (psychiater, psycholog, internista, pediatr, gynekolog, endokrinolog), úzká spolupráce při zvládání onemocnění je nezbytná.

Převzato z časopis Psychiatrie pro praxi 2002; 3: 124–128.

Literatura

1. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Poratl, Praha, 200, 479.
2. Hudson JI, McElroy S, Raymond N, Crow S, Keck PE, Carter WP, Mitchell JE, Strakowski SM, Pope HG, Coleman BS, Jonas JM. Fluvoxamin in the Treatment of Binge-Eating Disorder: A Multicenter Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. Am J Psychiatry 1998; 155, 1756–1762.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore; 1994, 689–699.
4. Kocourková J. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Galén, Praha 1997: 174.
5. Krch FD. Poruchy příjmu potravy. Grada, Praha 1999: 240.
6. Matsunaga H, Miyata A, Matsui T, Fujimoto K, Kiriike N. A Comparison of Clinical Features Among Japanese Eating-Disorder Woman With Obsessive-Compulsive Disorder. Compreh Psychiatry 1999; 40, 5: 337–342.
7. Paclt I, Florian J. Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku. Grada, Praha 1998; 397.
8. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self injurious behavior in woman with eating disorders. Am J Psychiatry 2002; 159: 408–411.
9. Pickles A, Rowe R, Simonoff E, Foley D, Rutter M, Silberg J. Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: Relationship and prognostic significance. Br J Psychiatry 2001; 179: 230–235.
10. Rabe-Jablonska J, Sobow T. The links between body dysmorphic disorder and eating disorder. European Psychiatry 2000; 15, 5: 302–305.
11. Rowe R, Pickles A, Simonoff E, Bulik CM, Silberg J. Bulimie Symptoms in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: Correlates, Comorbidity, and Genetics. Biol Psychiatry 2002; 51: 172–182.
12. Smolik P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha 1996; 502.
13. Tchanturia K, Serpell L, Troop N, Treasure J. Perceptual illusion eating disorder: rigid and fluctuating styles. J. Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2001; 32: 107–115.