



Poruchy příjmu potravy

PhDr. František Krch, Ph.D.

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Nemocní s mentální anorexií, bulimií nebo záchvatovitým přejídáním představují velmi rozsáhlou a vnitřně diferencovanou skupinu s rozdílnou komorbiditou a dynamikou rozvoje problému. V tomto kontextu lze snadno učinit určitý, omezeně platný závěr a zobecnit ho. Zabývat se poruchami příjmu potravy proto vyžaduje respekt jak k charakteru problému, který se týká narušení základní lidské potřeby, tak k individuálním, věkovým a sociálním zvláštnostem nemocného. Článek si klade za cíl představit poruchy příjmu potravy jako srozumitelný problém, připomenout významné souvislosti jeho rozvoje a nastínit možnosti léčby.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, rizikové faktory, léčba.

Eating disorders

Patients with anorexia nervosa, bulimia or binge eating represent a very large and intrinsically differentiated group with distinct comorbidity as well as dynamics of developing the problem. In this context, a certain conclusion with limited validity can be easily made and generalized. Dealing with eating disorders thus requires respect to both the nature of the problem that involves the impairment of a basic human need, and the individual, age, and social characteristics of the patient. The article aims at presenting eating disorders as a comprehensible problem, highlighting the important implications in developing it, and outlining the treatment options.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, risk factors, treatment.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PhDr. František Krch, Ph.D., Frantisek.Krch@vfn.cz
Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha

Převzato z: Pediatr. praxi. 2016; 17(4): 238–239
Článek přijat redakcí: 13. 6. 2016
Článek přijat k publikaci: 28. 7. 2016



Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastější a současně také mezi nejzávažnější problémy dospívajících děvčat a mladých žen. Přestože mentální anorexie postihuje mladé ženy napříč společenským a kulturním spektrem jsou nemocní často vnímáni v rámci klinické zkušenosti platné před třiceti nebo padesáti lety. Vedle ctižádostivých děvčat s dobrým rodinným zázemím a pedantických premiantek od té doby významně přibýlo nemocných z různých společenských vrstev, s nižším intelektem a s různou psychiatrickou komorbiditou. Roste výskyt PPP u některých etnických a sociálních skupin, kde byly předtím vzácné, i mezi chlapci, a rozšiřuje se věk počátku rozvoje poruchy. Kolem šesti procent děvčat má koncem puberty nějaké anorektické příznaky a téměř čtyři procenta žen někdy v životě trpěla mentální anorexií. Chlapci však stále představují méně než 10 % nemocných. Zatímco poruchy příjmu potravy u děvčat většinou souvisí s omezením energetického příjmu, u chlapců bývá rozvoj poruchy spojen s nadměrným, často nutkavým pohybem.

Vymezení a průběh

Jak pro mentální anorexii, tak bulimii je příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a váze. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Omezování se v jídle je zpravidla doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Problematickým kritériem je strach z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě. Pokles tělesné hmotnosti je nejzávažnějším a nejviditelnějším příznakem anorexie. Snaha zhubnout a s ní spojený vzrůstající zájem o tělesné proporce a příjem potravy postupně nabývají stále větší význam

a přitahují více pozornosti nemocného. Jídelní změny jsou dodržovány s větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Přibývá pohybu. Případný přechod k bulimii bývá spojen s porušením už dále neudržitelného jídelního standardu. Vzrůstá hodnota zakázaných potravin a dietní chyba je vnímána jako osobní selhání. Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení. Asi jedna třetina mladých nemocných s anorexií se začne časem přejídat a většina nemocných s bulimií uvádí období anorexie nebo výraznějších redukčních diet v minulosti.

Poruchy příjmu potravy jsou překvapivě živým a fluktuujícím problémem (anorexie může přecházet pod obraz bulimie i naopak). S rozvojem základních příznaků a se změnami životního kontextu se mění i další komorbidita. S anorexií je spojena silná, na tělo a příjem potravy centrovaná úzkost, která má v průběhu rozvoje poruchy tendenci přecházet na jiné oblasti života nemocného. Také impulzivita a dominující pocit dramatické nekompetentnosti ve svém životě u bulimie, má tendenci expandovat. Významnou roli hraje věk nemocných a skutečnost, že jídlo má sociální charakter. Vyhýbání se jídlu nutně vede k narušení sociálních vztahů a přirozené separace od rodiny. S pocitem chorobnosti a s nadměrným zájmem okolí vzrůstá sebestřednost a přecitlivělost nemocných, kteří se adaptují na problém a vědomí odlišnosti. K iatrogenizaci pacientů může přispívat i nevhodná léčba. Velká část psychopatologie však ustoupí v případě, že nemocný získá přiměřenou kontrolu nad jídelním chováním a dojde k návratu přiměřené tělesné hmotnosti.

Etiologie

Diferencovanost problému PPP a dynamika jejich vývoje vylučuje jednoduchou odpověď na složitou otázku etiologie. I když neexistuje



žádný klíčový rizikový faktor, na počátku onemocnění bývá většinou dieta motivovaná často oprávněnou snahou zhubnout, jíst zdravě nebo změnit svoji postavu. Překročit přiměřenou míru v hubnutí nebo zdravé výživě je snadné. Významnou roli v tom zpravidla hrají společnost, rodina a vrstevníci, ať už svým vzorem nebo přílišným důrazem na výkon, štíhlost nebo určité stravovací návyky. V poslední době přibývá nemocných, kteří chtějí jíst zdravě, případně jsou svým okolím i lékaři vedeni ke změně svého jídelníčku a stravovacích návyků. Různé potravinové alergie nebo například jaterní dieta mohou být spojeny s významným omezením energetického příjmu a úbytkem tělesné hmotnosti. I když zhubnutí není primárním cílem, nemocný se rychle na váhový úbytek adaptuje a může být potom obtížné přimět ho ke změně („nechtěla jsem zhubnout, proto nemám ani anorexii“). V této souvislosti se někdy píše o ortorexii, která ale není nic jiného než anorexie se specifickou argumentací.

V současné době existuje konsenzus, že 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 (nadváha v anamnéze nebo v rodině, fyzický růst, nemoc, některé zájmy a podobně), a některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných duševních poruch. Tyto rizikové vlivy posouvají hranice kam až je nemocný ochoten zajít nejenom v sebekontrolě, ale i v emočních reakcích, postojích a ve svém chování včetně například sebepoškozování. Podobné faktory, jako například rozvod, alkoholismus nebo duševní porucha v rodině, také nabízí zdánlivě srozumitelné vysvětlení obtíží, případně náhradní cíl léčby. Většinou rovněž vypovídají o tom, jakým vzorům chování a řešení problémů je nemocný vystaven.

Možnosti intervence, léčba

Nemocní někdy přichází s očekáváním, že léčba primárně povede k posílení nízkého sebevědomí a ke změně narušeného vnímání těla. Sebevědomí je ale něco živého, co se vyvíjí a odráží kvalitu jejich života. Není možné ho selektivně změnit nějakým terapeutickým trikem, zvláště když cílem terapie je zvýšení hmotnosti, které nemocný vnímá negativně. Stejně tak v souvislosti s úspěšnou léčbou vzrůstá u anorexie strach z nadváhy, nespokojenost s tělem a nadhodnocování některých tělesných proporcí. S tímto konceptem je sice možné zajímavě pracovat, má ale svoje přirozené hranice a mnoho vyléčených pacientek, podobně jako většina jejich zdravých vrstevnic, se dál nelíbí samy sobě. Očekávání, že změně nevhodných návyků předchází cíleně modifikovaná změna vnitřních pocitů, může být nebezpečným terapeutickým mýtem.

Určité zjednodušené představy ohledně zvláštnosti nebo výjimečnosti spojené s anorexií nebo bulimií vytváří sami nemocní, kteří se sdružují na sociální síti nebo kolem některých internetových portálů. Spojuje je jejich problém a potřeba vzájemné podpory. V tomto virtuálním prostoru bývají nejaktivnější většinou ti, kteří svůj problém nezvládají, adaptovali se na něj nebo jsou v silném odporu vůči okolí. Zdůrazňují svoji odlišnost a neschopnost zbavit se poruchy příjmu potravy, kterou mají sklon romantizovat nebo ji využívat k sebe prezentaci. Je to přirozené, k dospívání patří snaha vymezovat se vůči okolí a touha po jedinečnosti, ale současně nebezpečné nejenom pro nemocné, ale i pro některé rizikové adolescenty.

Překonat anorexii znamená překonat návyk, což nevyřeší jedna návštěva lékaře. Vyhublost a zvýšená sebekontrola v jídle přináší nemocným do určité míry uspokojení, proto je velmi obtížné je přimět ke spolupráci. V průběhu nemoci přibývají závažné psychické i somatické komorbidity,



které často vyžadují akutní intervenci. Léčba závislosti na psychoaktivních látkách má přednost před léčbou PPP. U příliš vyhublých, nespolupracujících, nutkavě zvracejících a depresivních nemocných je vhodná hospitalizace na specializovaném oddělení. V ČR je Specializovaná jednotka pro léčbu PPP u dětí ve FN v Motole, pro dospělé ve VFN v Praze a na PK v Brně. Bohatou zkušenost s léčbou mentální anorexie a bulimie však mají i jiná psychiatrická zařízení, například Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě nebo v Opařanech. První informace a kontakty mohou nemocní získat i v Kontaktních centrech Anabell. Léčba PPP je vždy komplexní, často dlouhodobou záležitostí.

S rozvojem problému sice přibývá zdravotních a psychických problémů, ale také promotivujících faktorů, které mohou znamenat zlom v ambivalenci nemocného a v jeho léčbě. Dlouhodobé studie ukazují, že více než 60% nemocných se nakonec vyléčí, i když otázkou zůstává za jakou cenu. Změna nevhodných návyků vyžaduje dlouhodobou a trpělivou práci, která nebývá uspokojivá ani pro pacienta, ani pro jeho terapeuta. Pro nemocného je někdy

snazší přijmout nálepku nevyléčitelně nemocného, nebo se schovat za jinou diagnózu, kterou mu jeho nespolupráci unavený a frustrovaný terapeut může nabídnout.

U počátku poruchy před 15. rokem věku je třeba vždy počítat s možnými zdravotními komplikacemi a závažnými důsledky pro psychosociální vývoj. Nemocné dítě by, bez ohledu na možné racionalizace (stres v rodině, nechutenství v souvislosti s nějakou nemocí, sportovní zatížení, nadváha v minulosti a podobně), mělo co nejrychleji vyhledat lékaře. Společně s rodinou, případně i za cenu hospitalizace, je třeba se snažit zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy (dehydratace, zástava tělesného růstu). Při práci s rodinou nesmíme zapomínat, že rodina může být vzorem nejenom rizikového chování, ale i v řešení problémů. Odmítání jídla a vyhublost rodiče zpravidla vyděsí. Mohou se proto chovat nepřiměřeně, hledat viníka a navzájem se obviňovat. Problémy ale nejde většinou zvládnout bez konfliktu s nemocným, respektive s anorexií. Odklady řešení a hledání nových argumentů většinou jen zvyšují riziko chronifikace.

LITERATURA

1. Kocourková J. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání, Galén, Praha 1997.
2. Krch FD, a kol. Poruchy příjmu potravy, Grada, Praha 2010.
3. Krch FD. Mentální anorexie, Portál, Praha 2010.
4. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses:

prospective study, Br J Psychiatry. 2005; 187: 573–578.

5. Nilsson K, Hägglöf B. Long-Term Follow-Up of Adolescent Onset Anorexia Nervosa in Northern Sweden. European Eating Disorders Review, 2005; 13: 89–100.

6. Pavlová B. Epidemiologie poruch příjmu potravy, In: Papežová H. (ed). Spektrum poruch příjmu potravy, Grada 2010; s. 25–35.