

Odmítání jídla v gerontopsychiatrii

MUDr. Vanda Franková, MUDr. Petra Stanková, MUDr. Jana Nyklesová

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Odmítání jídla patří v gerontopsychiatrii k běžným příznakům. Nejčastěji je součástí syndromu deprese, psychózy či demence. Nelze ale opomíjet ani somatické příčiny. Článek ukazuje několik kazuistik, kde hlavním příznakem je právě odmítání jídla s rozličnou kauzalitou.

Klíčová slova: odmítání jídla, gerontopsychiatrie.

Food refusal in geriatric psychiatry

Food refusal is a common symptom in geriatric psychiatry. It may have several causes, mostly it's a symptom of depression, psychosis or dementia. But it's necessary to think also of somatic causes of food refusal. The article presents a few case examples where the main symptom is the food refusal with different causes.

Key words: food refusal, geriatric psychiatry.

Psychiatr. praxi 2014; 15(2): 68–70

Odmítání jídla je v gerontopsychiatrii poměrně častým příznakem. Může být izolované nebo spojené též s odmítáním příjmu tekutin. Někdy bývá zároveň nauzea, hubnutí a jiné gastrointestinální příznaky. Při delším trvání může jít o velmi závažný stav s rizikem rozvoje somatických komplikací (malnutrice a její důsledky, metabolický rozvrat, instabilita chůze až imobilita, hypoxie, infekční onemocnění, dekubity aj.).

Nejčastějšími psychickými příčinami odmítání jídla je depresivní a psychotická symptomatika. U deprese je spojeno s nihilistickými myšlenkami („je to zbytečné“, „nezasloužím si to“, „stejně zemřu“ apod.), s pocitem vlastní insuficience („nedokážu sousto spolknout“, „nemůžu jíst“ apod.), s úzkostnou symptomatikou (např. pocit staženého hrdla). U psychotických poruch pak zejména s paranoiditou („jídlo je otrávené“) či hypochondrickými bludy („žaludek mi nefunguje“, „jsem ucpaná“ apod.). S odmítáním jídla se setkáváme i u demencí, kdy může být narušen pocit sytosti a ve spojení s poruchou paměti se pak nemocný domnívá, že už jedl. V těžkých stádiích demence bývá odmítání jídla důsledkem apraxie, v terminálních stádiích pak dysfagie. Odmítání jídla bývá spojeno s pasivním či aktivním negativismem, hlavně reaktivně při snaze nemocnému podat jídlo, krmit ho atd.

Odmítání jídla ale může být důsledek tělesného onemocnění, vlivu léků, alkoholu či jiných látek. Je tedy třeba provést důkladnou anamnézu s detailním popisem příznaku (začátek náhlý či pozvolný, doba trvání, vývoj poruchy, stabilita či kolísavost, případné souvislosti se zevními událostmi, přítomnost příznaku v anamnéze, vazba na určitý typ potravy, spojení s odmítáním pití, okolnosti příjmu jídla, přítomnost dalších příznaků, jako je nauzea, zvracení, průjemy, poruchy polykání, bolesti,

obstipace). Musíme zjistit případný abúzus alkoholu či jiných psychoaktivních látek, zhodnotit potenciální nežádoucí účinky užívaných léků, případně jejich vzájemných interakcí, míru rizika špatné compliance (např. nesprávné užívání léků při kognitivní poruše). Klíčové je pak vyšetření jak psychického, tak tělesného stavu. Nejčastější příčiny odmítání jídla v gerontopsychiatrii jsou uvedeny v tabulce 1. Doporučená

vyšetření při odmítání jídla v gerontopsychiatrii jsou uvedena v tabulce 2.

Léčba odmítání jídla vychází z příčiny stavu. Zásadní je prevence další ztráty hmotnosti. Často je třeba zahájit podpůrnou výživu (např. mletá strava, sipping, enterální a parenterální výživa, výživové doplňky, nazogastriční sonda, perkutánní endoskopická gastrostomie – PEG), event. ve spolupráci s nutričním terapeutem.

Tabulka 1. Nejčastější příčiny odmítání jídla v gerontopsychiatrii

- Psychiatrické poruchy (zejména deprese a psychózy)
- Nádorová onemocnění (hlavně nádory plic a gastrointestinálního traktu)
- Onemocnění gastrointestinálního traktu nenádorového charakteru (vředová choroba, cholecystitida, chronická obstipace)
- Užívané léky (inhibitory cholinesteráz, některá antidepresiva, analgetika, cytostatika aj.)
- Alkohol a jiné psychoaktivní látky
- Neurologická onemocnění (poruchy polykání, ztráta chuti a čichu)
- Špatný stav chrupu
- Demence
- Endokrinní poruchy (hyper- nebo hypothyroidizmus, hyperparathyroidizmus, hypoadrenalizmus)
- Přemrštěná dietní opatření např. při diabetu, hypercholesterolemii, hypertenzní nemoci, obezitě
- Sociální problémy (osamění, finanční nouze, změna prostředí, ztráta soběstačnosti, stresující atmosféra při jídle aj.)

Tabulka 2. Doporučená vyšetření při odmítání jídla v gerontopsychiatrii

Anamnéza	Výskyt tělesných a duševních chorob v rodině
	Operace, chronická onemocnění, časté infekty, autoimunitní poruchy, vylučování moči a stolice
	Duševní poruchy
	Užívané léky
	Abúzus alkoholu a jiných psychoaktivních látek
	Sociální stresory
Charakter symptomu	Okolnosti vzniku, trvání, další příznaky, náhled
Vyšetření psychického stavu	Depresivní příznaky, psychotické příznaky, úzkost, paranoia, změny osobnosti, kognitivní deficit
Vyšetření tělesného stavu	Základní interní a neurologické vyšetření, stav chrupu, vyšetření čichu a chuti
Komplementární vyšetření	Laboratorní skřínink hematologický a biochemický včetně vyšetření moči, TSH a fT4, EKG, RTG plic
Další vyšetření dle obrazu, vývoje či výsledků vyšetření	např. USG břicha, CT mediastinu/hrudníku/břicha, gynekologické vyšetření, endoskopické vyšetření gastrointestinálního traktu, echokardiografie, CT mozku, endokrinní vyšetření

Zjištěnou příčinu léčíme kauzálně (úprava medicíny, abstinence, změna okolností jídla, sociální pomoc atd.). Tělesné příčiny odmítání jídla řeší odborníci příslušných oborů (internista, chirurg, onkolog apod.). U psychických příčin poruchy uplatňujeme kombinovaný psychotherapeutický a psychofarmakologický přístup (antidepresiva, antipsychotika). Při volbě psychofarmaka můžeme využít efekt „zvýšené chuti k jídlu“, který je znám např. u mirtazapinu či olanzapinu (samozřejmě zohledňujeme další faktory a potenciální rizika). U pacientů s demencí postupujeme behaviorálně dle zjištěné příčiny (např. nevhodný přístup k nemocnému při krmení, hluk, příliš horké jídlo), případně potravu upravujeme na jednotlivá sousta, která si pacient může sám vkládat do úst („finger food“). V terminálních stádiích řešíme situaci podle pravidel paliativní medicíny s přihlédnutím k předem vysloveným přáním nemocného. Trvalá nazogastriká sonda ani kanylace cévního řečiště by neměly být součástí péče v terminálním stadiu demence, protože vedou k prodlužování fáze umírání, které je v tomto stadiu nevyhnutelné. Nicméně v praxi mnohdy ještě přetrvává postoj „netrápit hladem“.

Kazuistika 1

60letou paní H. přivedla rodina k ambulantnímu internistovi pro významný úbytek hmotnosti a opakované zvracení. Potíže se objevily asi před dvěma měsíci, krátce poté, co se manžel paní H. vrátil z nemocnice po amputaci již druhé dolní končetiny. Jeho stav znamenal pro paní H. významnou psychickou i tělesnou zátěž, plně zajišťovala péči o něj. Objevila se u ní apatie, nechutenství, postupně zcela vynechávala jídlo i pití. Zároveň přestala pečovat o sebe, manžela i o domácnost. Do té doby rodina žádné nápadnosti nepozorovala. Internistou indikovaná vyšetření nezjistila příčinu potíží (laboratorní skřínink, RTG plic, sonografické vyšetření břicha). Bylo provedeno CT vyšetření mozku, kde byly známky počínající atrofie mozku a mozečku. Po domluvě s konziliárním psychiatrem byla paní H. s diagnózou těžké depresivní poruchy odeslána k hospitalizaci na gerontopsychiatrické oddělení.

Od přijetí byl kontakt s paní H. velmi obtížný. Spontánně se neprojevovala, byla bradypsychická, dezorientovaná místem, časem, situací, negativistická, nesoustředěná, vyčerpána každou odpovědí. Byla zahájena titrace escitalopramu. Trvalo nechutenství, byla přítomna nauzea i občasné zvracení, paní dál téměř nejedla a nepila. Přechodně byla vyživována pomocí nazogastričné sondy. Po několika dnech hospitalizace byl zjištěn nárůst CRP na 144 mg/l, mírná hypokalemie, incipientní hy-

pothyreóza, progresivní přítomné mírné anémie. Při uvědomění si nedostatečného tělesného vyšetření byla paní H. odeslána k endoskopickému vyšetření, kde bylo vyjádřeno podezření na ulcerózní tumorózní proces jícnu. Následné CT vyšetření břicha prokázalo tumorózní infiltraci jícnu 7 × 6 cm, pakety uzlin v nadbřišku, paraaortálně a v levém nadklíčku. Nádorová infiltrace byla i v pankreatu a levé ledvině, bilaterálně byl fluidothorax. Stav paní H. se prudce horšil, na přání rodiny byla propuštěna do domácí péče.

Komentář 1

Základní interní vyšetření u paní H. neprokázalo patologii, laboratorní nález byl prakticky normální, až na lehkou anémii, která je ve vyšším věku zcela běžná. Údaj od rodiny, že nemocná zhubla více než 20 kg za měsíc, se jevil nevalidní a nadhodnocený. Rodina, ambulantní internista, psychiatrický konziliář i psychiatr lůžkového oddělení se soustředili na časovou souslednost počátku potíží s významnou stresovou událostí v rodině. Nechutenství a odmítání jídla dobře zapadalo do obrazu depresivní poruchy vyššího věku. Až další průběh onemocnění se jevil jako atypický a vedl k indikaci podrobnějšího vyšetření. Teprve to ukázalo skutečnou příčinu stavu.

Kazuistika 2

76letá paní E., bývalá středoškolská učitelka chemie a fyziky, byla 12 let v péči ambulantního psychiatra pro úzkostnou poruchu. Občas užívala bromazepam v minimální dávce. V posledních 9 měsících se objevilo nechutenství, bolesti žaludku, výrazný úbytek hmotnosti. Byla opakovaně interně vyšetřena, včetně endoskopického vyšetření, bez nalezení uspokojivého vysvětlení obtíží. Ambulantně bylo vyzkoušeno několik antidepresiv, které pacientka vesměs špatně tolerovala, bez efektu. Stav vyústil v úplné odmítání jídla a paní E. byla odeslána k psychiatrické hospitalizaci. Objektivně byla přítomna ranní pesíma, obavy ze selhání při denním programu oddělení, nespavost, třes. Dále odmítala jídlo („Nemůžu to polknout“....“Kdybych něco snědla, bylo by mi zase špatně“). Psychické potíže považovala paní E. za důsledek žaludeční nevolnosti. Vstupní vyšetření odhalilo významnou hypotenzi, kachexii, laboratorně pak hypoproteineмии, lehkou anémii a zvýšený bilirubin.

Byla diagnostikována depresivní porucha se somatickými a úzkostnými příznaky. Ke zlepšení došlo až při kombinované farmakoterapii (sertralin, mirtazapin, sulpirid). Zároveň probíhala intenzivní psychotherapie individuální i skupinová. Při arteterapii se objevil pacientčin výtvarný talent, malovala pastelové romantické obrazy. Se zlepšením psychi-

kých obtíží se zlepšil i somatický stav, paní E. začala dobře a s chutí jíst, přibrala na váze, odezněly tělesné obtíže. Stav je i po 4 letech dobře stabilizovaný, paní E. pokračuje ambulantně ve skupinové terapii. Dál se věnuje malování.

Komentář 2

Nechutenství paní E. bylo považováno za důsledek tělesného onemocnění, nebyl zjevný žádný důvod pro zhoršení a změnu symptomatologie chronického průběhu neurotického onemocnění. Paní E. absolvovala v průběhu téměř roku řadu vyšetření s negativním výsledkem. Teprve pak byla zahájena intenzivní a účinná psychiatrická léčba.

Kazuistika 3

81letá paní M. byla přivezena ze sociálního zařízení pro seniory k hospitalizaci na gerontopsychiatrii kvůli několikadennímu odmítání jídla i pití. Asi dva měsíce se u paní M. rozvíjela paranoidní symptomatika. Ambulantně nasazené SSRI antidepresivum mělo přechodný částečný efekt. V dalším průběhu paranoidita zesílila, což významně narušovalo péči o nemocnou. Paní M. byla imobilní v důsledku konzervativně léčené pertrochanterické zlomeniny, byla silně nedoslýchavá, s nikým se nepřátelila. Při přijetí na gerontopsychiatrii byl v popředí negativismus, při vyšetřování reagovala: „A proč bych to asi tak dělala?“ ... „Proč to chcete vědět?“ apod. Odmítala se napít, odmítala jít: „Je to otrávené“... „Není to moje“. Léky plivala. Místy byly patrné naslouchavé postoje. S velkými obtížemi se podařilo nemocnou přesvědčit k užívání medikace (haloperidol gtt.), s opakovanou nutností intramuskulární aplikace. Po třech dnech terapie došlo k významnému zlepšení stavu, paní M. začala normálně jíst i pít, spolupracovala při pohovorech i vyšetřeních. Byla diagnostikována středně těžká demence a depresivní syndrom s psychotickou symptomatikou. Do medikace bylo přidáno antidepresivum. Paní M. začala úspěšně rehabilitovat a zapojila se do aktivit oddělení.

Komentář 3

Depresivní symptomatika ve vyšším věku je velmi častá, zejména u institucionalizovaných seniorů. U paní M. byla řada rizikových faktorů, která ke vzniku deprese jistě přispěla a zřejmě přispěla i k rozvoji psychotických příznaků (imobilita, nedoslýchavost, izolace). Podávání antidepresiva v monoterapii se ukázalo jako nedostatečné a byla nutná psychiatrická hospitalizace nemocné. Efektivní se jevila kombinace antidepresiva s antipsychotikem. Přestože podávání antipsychotik je u pacientů s demencí rizikové,

poměr benefitu a rizika byl v tomto případě jednoznačně ve prospěch benefitu. V plánu je maximální snížení až vysazení dávky antipsychotika v průběhu 6–8 týdnů. Antidepresivní terapie bude dlouhodobá, možná trvalá.

Závěr

Odmítání jídla je v gerontopsychiatrii častým příznakem s rozmanitými příčinami. Klíčovým je jednoznačně individuální přístup, podrobný rozbor anamnézy a důkladné vyšetření tělesného i duševního stavu. Psychická porucha může být jak příčinou odmítání jídla, tak následkem

primární tělesné poruchy, vlivu farmak či jiných příčin. Léčba je komplexní, zahrnuje především léčbu základní příčiny, ale i péči o celkový tělesný stav a prevenci vzniku komplikací či opakování poruchy.

Literatura

1. Volicer L. Treatment of behavioural disorders. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B, eds. *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 5th edition. UK: Wiley-Blackwell 2012. Pp: 961–975.
2. Rusina R, Rusinová K, Holmerová I, Šimek J. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi* 2010; 11(1): 16–19.

Článek doručen redakci: 21. 10. 2013

Článek přijat k publikaci: 16. 4. 2014

MUDr. Vanda Franková

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
Ústavní ulice 2, 334 41 Dobřany
vanda.frankova@volny.cz

