

KOMORBODITA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY A DIABETES MELLITUS 1. TYPU

PhDr. Tamara Hrachovinová

Katedra psychologie FF UK, Praha a Centrum diabetologie IKEM, Praha

V práci je diskutován na základě literárního přehledu i českého výzkumu problém komorbidit poruchy příjmu potravy (PPP) a DM 1. typu. Pro léčbu diabetu 1. typu je charakteristické konstantní monitorování příjmu potravy. Tato nadměrná pozornost věnovaná jídlu a hmotnosti jak ze strany zdravotníků, tak i samotných nemocných, může být rizikovým faktorem pro rozvoj závažných jídelních problémů až poruch příjmu potravy. Kombinace PPP a diabetu 1. typu je spojena se závažnými zdravotními riziky a komplikacemi v léčbě. Hladovky, zvracení, užívání laxativ a diuretik, snižování množství podávaného inzulínu ve strachu z tloušťky, stejně jako přejídání narušují metabolickou kontrolu. Předpokládá se, že komorbidita těchto dvou poruch výrazně zvyšuje riziko vzniku pozdních komplikací diabetu (1, 19, 21).

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, prevalence, diabetes mellitus 1. typu, pozdní komplikace diabetu.

COMORBIDITY OF EATING DISORDERS DISTURBANCES AND TYPE 1 DIABETES MELLITUS

The problem of co-morbidity of food intake disturbance and diabetes mellitus type 1 is discussed, a review of the literature is presented and the Czech research on this subject is introduced in this article. Continuous monitoring of food intake is typical for the management of patients with type 1 diabetes. This excessive attention to food and weight control by both medical personnel and patients themselves could present a risk factor for the development of serious eating difficulties resulting in food intake disturbances. The combination of a food intake disorder and type 1 diabetes is associated with severe health risks and complications in therapy. Weight-losing diets, vomiting, abuse of laxatives and diuretics, reduction in insulin level for fear of putting weight on, as well as overeating, interfere with metabolic control. Co-morbidity of these two disorders is believed to increase significantly the risk of late-onset diabetic complications.

Key words: food intake disturbances, mental anorexia, mental bulimia, prevalence, diabetes mellitus type 1, late complications of diabetes.

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří v západní industriální společnosti mezi nejčastější onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Z hlediska zdravotního poškození, psychických a sociálních důsledků jsou závažným onemocněním, které má řadu specifíků: narůstající výskyt v populaci a zejména zvyšující se množství subklinických a atypických forem, rozšiřující se věkové pásmo při počátku choroby (raný počátek poruchy, PPP ve středním věku), komplexní charakter vyžadující multidisciplinární přístup ve výzkumu i v terapii, multifaktoriální etiologie, vysoké procento komorbidit a typický charakter chronického onemocnění s vysokou pravděpodobností relapsu. Svým komplexním charakterem a multifaktoriální etiologií vyvolávají poruchy příjmu potravy výzkumné i terapeutické úsilí mnoha odborníků nejen z oblasti psychiatrie, psychologie a psychoterapie, ale i interního a nutričního lékařství, gynekologie, sociologie a dalších.

V současnosti je obecně přijímán multifaktoriální koncept pro popis, interpretaci a terapii PPP (Garfinkel, Garner, Vandereycken, Fairburn a další). K rizikovým faktorům poruch příjmu potravy jsou počítány faktory biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní. Mezi biologickými rizikovými faktory jsou zmiňovány nejčastěji vlivy genetické a hormonální. Při rozvoji PPP může sehrát roli i somatické onemocnění, a to jak krátkodobé (např. viróza), tak chronické, jak bez souvislosti se živačím traktem, tak onemocnění vyžadující dodržování diety z lékařské indikace (např. průjemovitě onemocnění, hepatitida atd.). Následkem tohoto onemocně-

ní může dojít ke snížení hmotnosti, které je doprovázeno získáním „ocenění a odměny“ od vrstevníků, eventuálně i členů rodiny.

Zcela samostatnou kapitolu tvoří komorbidita poruchy příjmu potravy a diabetu 1. typu. Diabetes mellitus je skupinou chronických, etiopatogeneticky heterogenních onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykémie a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Na podkladě této poruchy se postupně rozvíjejí dlouhodobé cévní komplikace, pro diabetes specifické (retinopatie, nefropatie, polyneuropatie) nebo nespecifické (urychlená ateroskleróza). Dieta patří k základním léčebným prostředkům v léčbě diabetu, jejíž dodržování patří jen zdánlivě k těm nejjednodušším léčebným prostředkům, neboť v praxi je často pro nemocné obtížnější než užívání léků či aplikace inzulínu. Řada nemocných žije s pocitem neustálého omezování, a to bez viditelné „odměny“. Od diabetika očekáváme, že:

- bude vést velmi pravidelný život
- nebude ponocovat a ráno si nebude přispávat
- bude jíst předepsanou dietu v pravidelných intervalech
- omezí či vynechá řadu oblíbených jídel
- nebude kouřit
- radikálně omezí konzumaci alkoholu
- bude pravidelně cvičit
- bude si kontrolovat váhu
- bude si píchat několikrát denně inzulín (nebo bude užívat léky)
- bude si testovat hladinu cukru v krvi a moči.

Jídlo: co mám jíst a co raději nejíst, kdy bych měl/a jíst a kolik toho mohu sníst se stává zásadní otázkou. Léčba diabetu 1. typu zahrnuje konstatní monitorování příjmu potravy. Tato nadměrná pozornost věnovaná jídlu a hmotnosti jak ze strany zdravotníků, tak i samotných nemocných může být rizikovým faktorem pro rozvoj závažných jídelních problémů až poruch příjmu potravy.

Zahraníční výzkumy

Na počátku osmdesátých let se objevují první kauzistické práce, které upozorňují na závažné jídelní problémy u pacientů s diabetem, onemocněním jehož léčebný režim je těsně spjat s dodržováním určitých zásad, týkajících se množství, skladby jídla a jeho rozvržení v čase. Kromě toho je dobrá metabolická kompenzace diabetu (dobrá hodnota glykémie), která je nezbytná pro snížení rizika rozvoje pozdních komplikací nemoci, nežádoucí spojena při léčbě inzulinem s přírůstkem hmotnosti. Svoji roli při rozvoji záchvatovitěho přejídání může sehrát i hlad spojený s hypoglykemií a v některých případech i výrazná ztráta hmotnosti při diagnóze diabetu, která se může stát pro nemocnou cílovou hmotností, ke které se chce za každou cenu znovu propracovat. Postupně v zahraniční literatuře přibývá studií, které referují o narušeném jídelním chování, subklinických formách PPP a výskytu mentální anorexie a mentální bulimie u nemocných s diabetem a o rizicích spojených s touto komorbiditou.

Colas (1991) zjistil, že 18 (tj. 62 %) z 29 diabetiček s PPP mělo známky diabetické retinopatie ve srovnání s 6 diabetičkami (21 %) bez PPP. Rydall a kol. (1997) po 4,5 letech sledování shledali, že jak diabetičky s klinickou tak i se subklinickou formou PPP měly vyšší prevalenci retinopatie (u 6 diabetiček, ze 7 tj. 86 % u plně klinicky vyjádřené formy a u 3 z 15 tj. 20 % u subklinické formy) ve srovnání pouze u 12 (tj. 24 %) z 50 nemocných diabetem bez PPP. Také naše klinická zkušenost je plně v souladu se zahraničními literárními údaji. Některé naše pacientky s mentální bulimií a diabetem mají nejzávažnější formu diabetické retinopatie – proliferativní diabetickou retinopatii a přes opakovanou intenzivní terapii (laserová fotokoagulace) došlo u některých z nich k výraznému zhoršení zrakové ostrosti až k amaurose ve věku 23 a 24 let.

Dietní omezení jsou řadou autorů (např. Fairburn, u nás Krch) považována za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy. V některých případech zjišťujeme jako spouštěč jídelní poruchy somatické onemocnění, kdy změna dosavadního navykého způsobu stravování je ze zdravotní indikace a následkem je pokles hmotnosti. V případě diabetu patří jídlo, tělesná hmotnost a dietní omezení mezi ústřední témata léčby a zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života nemocného. Jak uvádí Szmukler a Russell (1983): „Jen zřídka, pokud vůbec kdy, se setkáváme s tím, aby jedna nemoc tak sloužila nemoci druhé“.

Pro rozvoj poruchy příjmu potravy v souvislosti s diabetem je patrně riskantní nejenom samotné chronické onemocnění s důrazem na jídelní režim, ale i opakující se výzvy ke kontrole tělesné hmotnosti, resp. jejímu sní-

žení a k restriktivním dietním omezením. V nežádoucím směru působí i časté kolísání hmotnosti a pokušení využívat manipulace s inzulinem ke snížení tělesné hmotnosti. Manipulace s inzulinem mohou být prováděny (a naše klinické zkušenosti plně potvrzují zahraniční literární údaje) (19, 20) jako snižování denních dávek inzulinu redukcí počtu jednotek v jedné dávce či více dávkách či úplným vynecháním některé dávky inzulinu. Klinická praxe ukazuje, že takto zcela nevhodným způsobem a v rozporu se všemi lékařskými doporučeními nejčastěji postupují pacientky po konzumaci velkého množství jídla, která je spojena se strátou kontroly (binge eating).

Na druhé straně ojediněle někteří autoři (16) připomínají, že diabetes může riziko poruchy příjmu potravy v některém ohledu snad i snižovat, neboť mnoho diabetiků si uvědomuje zdravotní nebezpečí spojená s hladovkami, přejídáním a zvracením, oceňuje hodnotu tělesného zdraví a jejich jídelní režim je pod větším dohledem rodiny i odborníků.

Prevalence poruch příjmu potravy u diabetiků

Výzkumná data týkající se prevalence PPP u diabetiků 1. a 2. typu jsou velmi různorodá. Byly publikovány nálezy týkající se incidence PPP u diabetiků, zejména 1. typu a především mladých žen. Menší pozornost byla dosud v této souvislosti věnována mladým mužům – diabetikům. Výsledky různých studií sledujících výskyt poruch příjmu potravy u diabetiků se liší stejně tak jako názory některých odborníků na tuto oblast. Odpovědi na nejčastější otázku, zda je vyšší prevalence poruch příjmu potravy mezi diabetičkami než mezi normální populací, jsou velmi rozdílné. Některé studie shledaly vyšší prevalenci PPP u diabetiček než v normální populaci, jiné nikoliv. Nálezy mohou být ovlivněny způsobem sběru dat, užitou metodou, velikostí vzorku a způsobem jeho výběru. V neposlední řadě mezi metodologické problémy výzkumných projektů v této oblasti patří otázka reliability dat a charakter kontrolní skupiny.

Engstrom, Kroon et al. (1999), kteří srovnávali prevalenci PPP u 89 diabetiček 1. typu a kontrolní skupiny shledali na základě dotazníkového šetření vážně porušené jídelní chování u 15 (16,9 %) diabetiček a žádnou plně rozvinutou PPP. Za významné z hlediska výskytu přejídání a zvracení pokládali autoři skutečnost, že sledované diabetičky byly v průměru o 6,8 kg těžší než dívky z kontrolní skupiny. Friedman, Vila et al. (1998) nezjistili mezi sledovanými diabetičkami léčenými inzulinem žádný případ anorexie a 4,8 % incidence mentální bulimie.

V multicentrické studii 662 diabetiků, kterou organizovala univerzita v Essenu (1998), zjistili mentální bulimii u 1,5 % diabetiček léčených inzulinem (životní prevalence byla 3,2 %). U diabetiček léčených inzulinem byl nižší výskyt bulimie, zatímco u diabetiček 2. typu byl mnohem vyšší výskyt záchvatovitěho přejídání. Neumark-Sztainer et al. (1996) srovnali jídelní návyky 310 adolescentů s diabetem s jídelními postoji a zvyklostmi 850 zdravých vrstevníků. U adolescentů s diabetem zjistili signifikantně

vyšší výskyt přejídání a purgativních způsobů kontroly tělesné váhy. Podle některých studií jsou poruchami příjmu potravy a dalšími psychickými problémy (nízké sebevědomí, úzkost, dystymie) ohroženy především ty dospívající diabetičky, které mají sklon k obezitě.

Carroll, Tiggemann a Wade (1999), kteří se zaměřili na vliv tělesné nespokojenosti a přejídání na sebevědomí žen s diabetem 2. typu, dospěli k závěru, že když se s ohledem na aktuální hmotnost (BMI) srovná skupina diabetiček s kontrolní skupinou, není mezi oběma skupinami rozdíl v tělesné nespokojenosti. U žen s diabetem však zjistili nižší úroveň sebevědomí. Podle Pevelera (1995) většina metodologicky sofistikovaných studií nepotvrzuje významně vyšší výskyt mentální anorexie a bulimie u diabetiků, neboť signifikantní narušení jídelních návyků může být patrné až u 10 % adolescentních dívek, ať už mají nebo nemají diabetes.

Český výzkum

V prvním rozsáhlejší českém výzkumu bylo vyšetřeno 340 mladých žen, z toho bylo 119 diabetiček 1. typu, 85 pacientek léčených pro poruchu příjmu potravy a 136 zdravých žen (7, 9). Zjistili jsme, že *záchvaty přejídání* (s různou četností výskytu) *udává v naší skupině celkem 43 diabetiček (37 %)*, z toho 15 diabetiček, tj. 12,7 % s vysokou četností minimálně jednou týdně a šest diabetiček (5 %) přiznává záchvaty přejídání s nejvyšší sledovanou frekvencí výskytu, tj. více než 1× týdně. Rovněž *šest diabetiček (5 %) uvedlo občasné úmyslně navozené zvracení*. Z nich tři diabetičky (2,5 %) udávají úmyslně navozené zvracení velmi často, s frekvencí větší než 1× týdně. Pokud jde o jiné kompenzační techniky, výsledky spějí k závěru, že mezi diabetičkami je užívání nejrůznějších léků s cílem snížení hmotnosti častější než jiné metody kontroly hmotnosti, zejména než purgativní metody. *Mezi diabetičkami bylo 17 respondentek (14,4 %), které udávaly užívání léků na zhubnutí s různou frekvencí užívání*. To je velmi vysoké číslo, které svědčí o nespokojenosti s vlastním tělem a snahou snížit hmotnost nežádoucím, v mnoha případech rizikovým způsobem. Toto procento je vyšší než u skupiny pacientek léčených pro PPP, kde to bylo pouze 10 % žen.

Výsledky dotazníků EAT a EDI

Skupina diabetiček se významně lišila od zdravých žen ve všech škálách Eating Attitude Test (EAT): v dietním chování, ve škále bulimie (ztráta pocitu kontroly), v orální kontrole (kontrola jídelního chování) a v celkovém EAT skóre. *Kritické skóre v EAT přesáhla čtvrtina diabetiček (23,5 %). Tento výsledek svědčí pro nevhodné jídelní postoj a kontrolu jídla a může být suspektní pro poruchu příjmu potravy. I zde byl mezi skupinou diabetiček a skupinou zdravých žen statisticky významný rozdíl.*

V dotazníku Eating Disorder Inventory (EDI) se skupina diabetiček statisticky významně lišila od zdravých žen ve škále „nutkání být štíhlý“ (extrémní snaha zhubnout) a „interpersonální nedůvěra“ (pocit odcizení, nechuť vytvářet si blízké vztahy a oslabení pozitivních emocí vůči ostatním) a pocitu neefektivnosti.

Tabulka 1.

datum	množství vypitého alkoholu
1. 2.	1,1 litru červeného vína
2.–5. 2.	hospitalizace
6. 2.	800 ml červeného vína
7. 2.	400 ml červeného vína
8. 2.	200 ml whisky
9. 2.	100 ml whisky
10. 2.	600 ml červeného vína
11. 2.	1,2 litru červeného vína
12.–13. 2.	0
14. 2.	600 ml červeného vína
15. 2.	200 ml červeného vína + 1,3 litru bílého vína
16. 2.	200 ml červeného vína
čas	jídlo – druh a množství (hodnota glykémie před jídlem)
9.30	káva s mlékem (10,8 mmol/l) 1 klobása jablečný koláč
10.45	slané cracery a tyčinky
11.45	káva s mlékem jablečný koláč (18,9 mmol/l) pečené vepřové maso káva s mlékem
18.10	13 kusů kakaových věnečků 1 pudinkový krém
22.45	4 lázeňské oplatky

Literární údaje i klinická zkušenost souhlasně upozorňují, že nevhodné jídelní postoj a zvyklosti komplikují léčbu a snižují kvalitu života mnoha diabetiček. To se jednoznačně potvrdilo při srovnání jídelního chování, jídelních postojů, míry sebehodnocení, úzkostnosti a suicidálních tendencí u diabetiček s dobrou a špatnou metabolickou kompenzací nemoci.

Diabetičky s horší kompenzací diabetu, v porovnání s diabetičkami s dobrou kompenzací nemoci, vykazují signifikantně rizikovější jídelní postoj a chování, signifikantně výše skórují ve škále dieta (aktuální jídelní postoj) Eating Attitude Test a v celkovém skóru EAT a v kognitivní rovině signifikantně výše očekávají osobní superiorní výkon. Prožívají statisticky významně menší jistotu při poznávání a přesné identifikaci emocí nebo viscerálních pocitů hladu a nasycení než ženy s dobře kompenzovaným diabetem. Důležitým zjištěním je, že mají signifikantně vyšší BMI.

Tabulka 1 znázorňuje příklad záznamů jídla (za jeden den) a konzumace alkoholu (za 14 dní) u 23leté ženy s diagnózou diabetes mellitus 1. typu v trvání 14 let s dlouhodobě neuspokojivou metabolickou kompenzací, nejvyšší hodnota HbA_{1c} byla 19 %, s diagnózou mentální bulimie, závislosti na alkoholu, nikotinu a kofeinu. Pacientka se přejídala, zvracela a snižovala až vynechávala dávky inzulínu s cílem redukce hmotnosti (BMI 26). V anamnéze má dva suicidální pokusy inzulínem v dospívání.

Shrnutí a závěr

U dospívajících žen s diabetem, kdy léčebný režim zdůrazňuje permanentní a intenzivní dodržování doby jídla a jeho skladby (více než je v populaci běžné), sledování hmotnosti a kontrolu glykemií, mohou tyto okolnosti spolu s faktory individuálně psychologickými, rodinnými a so-

ciokulturními zvyšovat pravděpodobnost výskytu narušených jídelních zvyklostí, subklinických a klinických forem poruch příjmu potravy. Nejčastějším způsobem, jakým se diabetičky 1. typu snaží vyhnout váhovému přírůstku či snížit tělesnou hmotnost, je manipulace s inzulinem. Tyto praktiky jsou vysoce rizikové a zvyšují pravděpodobnost výskytu pozdních komplikací diabetu, zejména výskyt diabetické retinopatie.

Terapie poruch příjmu potravy u diabetiček rozhodně patří do rukou erudovaného odborníka a vyžaduje spolu-

práci celého multidisciplinárního terapeutického týmu. *Všeobecně jsou diabetičky-bulimické či anorektické považovány za terapeuticky nejhůře ovlivnitelnou skupinu nemocných. Na poruchy příjmu potravy je třeba myslet při úvahách o důvodech velmi neuspokojivé metabolické kompenzace nemoci. Další důležitou okolností, kterou je potřeba brát v úvahu při léčebném vedení pacientek s diabetem, je zvýšený výskyt deprese u diabetiků a u diabetiček s jídelními problémy zvláště.*

Práce byla podpořena VZ/cez: L 17/98:00023001.

Literatura

- Colas C. Eating disorder and retinal lesions in type 1 (insulin-dependent) diabetic women. *Diabetologia* 1991; 34, 4: 288.
- Carroll P, Tiggemann M, Wade T. The role of body dissatisfaction and bingeing in self-esteem of women with type II diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 1999; 1: 59-74.
- Engstrom I, et al.: Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population based case-control study. *Acta Paediatrica*, 88, 1999; 2: 175-180.
- Friedman S, Vila G, Timsit J, Boitard C, Mouren-Simeoni MC. Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus: relationships with glycaemic control and somatic complications. *Acta Psychiatr. Scandinavica*, 97, 1998; 3: 206-212.
- Herpertz S, et al. Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Journal of Psychosom. Research*, 44, 1998; 3-4: 503-515.
- Hoffman RP. Eating disorder in adolescent with type 1 diabetes. *Postgraduate Medicine* 2001; 109, 4: 67-74.
- Hrachovinová T. Vztah psychogenních poruch příjmu potravy a jídelního chování a metabolické kompenzace diabetu (Závěrečná zpráva grantu IGA MZ, 2000)
- Hrachovinová T. a kol. Eating disorders in young females with IDDM. Abstract Volume of the 35th Annual Meeting. *Diabetologia* 42 (Supplement 1) I-IV, A 1-356. 1999; p. 258.
- Hrachovinová T. a kol. Comparison of eating attitudes and habits in young IDDM patients and eating disorder patients Abstract Volume of the 36th Annual Meeting. *Diabetologia* 43 (Supplement 1) I-IV, A 1-317. 2000; p. 227.
- Hrachovinová T. Poruchy příjmu potravy a DM 1. typu – komentář. *Medicina pro promoci* 2001; 2, 5: 22-27
- Kocourková, J. a kolektiv: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Galén, 1997.
- Koutek J. Poruchy příjmu potravy. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál: 2000.
- Koutek J. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *Trendy v medicíně*, 3, 2001; 1.
- Krch FD. Poruchy příjmu potravy. Grada: 1999.
- Krch FD, Csémy L, Hrachovinová T. Srovnání jídelních postojů, chování a psychického zdraví žen s poruchami příjmu potravy a mladých žen trpících diabetem 1. typu. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 96, 2000; 5: 251-256.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Toporoff E, Cassuto N, Resnick MD, Blum RW. Psychosocial predictors of binge eating, and purging behaviors among adolescents with and without diabetes mellitus. *Journal of Adolescent Health*, 19, 1996; 4: 289-296.
- Papežová H. *Anorexia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha: 2000.
- Peveler PC. Eating disorders and diabetes. In: Brownell KD, Fairburn ChG. *Eating Disorders and Obesity*, The Guilford Press, New York, 1995.
- Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, et al. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997; 26: 1849-1854.
- Stancin T, Link DL, Reuter JM. Binge eating and purging in young women with IDDM. *Diabetes Care*, 9, 1989; 601-603.
- Steele JM, Young RJ, Lloyd GG, Clarke BF. Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: associations with painful neuropathy and other complications. *British Medical Journal*, 294, 1987; 859-862.
- Szmukler GI, Russell GFM. Diabetes mellitus, anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 1983; 305-308.