

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – PSÝCHÉ A SOMA

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc

V průběhu posledních několika desetiletí se významně prohloubil náš pohled na poruchy příjmu potravy. Cílem článku je přiblížit současné poznatky o původu, základní charakteristice a léčbě nemocí, jejichž reprezentanty jsou mentální anorexie a bulimie.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, příčiny, klinický obraz, léčba, přehled.

EATING DISORDERS – PSYCHE AND SOMA

Our view of eating disorders has changed during the few past decades. The article aims at putting forward current findings and knowledge concerning aetiology, basic characteristics, and treatment of the disorders represented by anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Key words: eating disorders, etiology, clinical picture, treatment, survey.

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou klasickým reprezentantem bio-psycho-sociální nemoci. Mentální anorexie je z historie dlouhodobě známou a dobře popsanou nemocí (první Gullův popis je z roku 1874), zatímco termín mentální bulimie použil poprvé Russell v roce 1979 k označení zvláštní varianty mentální anorexie. Odhaduje se, že až 4% dívek v adolescentním věku a ve věku časně dospělosti trpí těmito ne-

mocemi (prevalence anorexie se pohybuje kolem 0,5–1 %, bulimie kolem 1–3%). U chlapců se poruchy příjmu potravy objevují méně často (M:F 1:10 až 1:20). Registrujeme zvyšující se incidenci obou nemocí v zemích střední a východní Evropy, stejně jako v ekonomicky vyspělých oblastech Asie nebo Afriky (3).

Počet pacientek s anorexií a bulimií v naší zemi vzrostl po roce 1989. Porevoluční období bylo charakterizováno snahou přiblížit

se vzorům západní kultury. Ty zdůrazňovaly ideál štíhlosti a nabízely iluzi o jeho snadném dosažení pomocí různých diet a zeštíhlovacích prostředků. Ačkoli by se mohlo zdát, že jsou právě tyto spouštěče vlastní příčinou nemoci, není tomu tak. Víme, že se téměř všechny dívky v době dospívání zabývají svým vzhledem a převážná většina z nich usiluje o štíhlost, ale jen malá část z nich onemocní. Medializace často až nezdravé štíhlosti způsobuje, že

se pro dívky stává ideál štíhlosti významnou hodnotou, která často vede k nezdravému jídelnímu chování a sníženému sebehodnocení. Přesto nelze říci, že je v módních ideálech původ nemoci. Příčiny jsou mnohem složitější. Zahrnují nejen vlivy sociokulturní, ale také determinanty individuálně psychologické a biologické (1, 12).

Příčiny psychosociální a neurobiologické

Psychologové často zdůrazňují, že příčiny těchto nemocí jsou skutečně pouze psychologické a vztahují se k transformaci dívky v ženu. Jsou podle nich výrazem nedostatečné schopnosti vyrovnat se s novými sociálními a sexuálními potřebami, které s sebou dospívání a vstup do dospělosti nese. Přesto, že lze obecné příčiny hledat někde v této rovině, jsou pro rozvoj anorexie nebo bulimie nutné další faktory, zejména biologická predispozice jedince.

V pozadí určité „individuální křehkosti“, tedy biologické vulnerability, je dysregulace a dysfunkce neurotransmitterových systémů. Jak bylo zjištěno, jsou patologické mechanismy, neurochemické a endokrinní vztahy podobné těm, které provázejí úzkost a chronický stres (5, 8). Zjednodušeně si můžeme představit, že dívka této senzitivní (úzkostné) osobnostní struktury nedokáže stres dostatečně zvládat. Stresorem mohou být jakékoli běžné životní události, události vnější, stejně jako prožitky vnitřní. Stresorem může být samotná puberta, ale také potřeba separace od rodiny, problémy vztahové, problémy související se studijní úspěšností atd. V době dospívání se skutečně nároky na jedince zvyšují a senzitivní (vulnerable) osobnost se s nimi hůře vyrovnává. Stres se za těchto okolností stává chronickým a pokud je přítomna i genetická dispozice, spustí nezdravé jídelní chování, diety, hladovění a chaotický jídelní režim. Poruchu homeostázy reprezentují složité kaskády vzájemných patofyziologických a hormonálních dějů, které ústí do obrazu těžkého katabolismu, jak je tomu v případě anorexie.

Biologická predispozice představuje vnímavost (senzitivitu) jedince pro úzkostné a náladové poruchy. Zahrnuje především alteraci serotoninového metabolismu a poruchu endokrinních funkcí, které se u zdravého jedince podílejí na normalizaci váhy. Neurobiologické vztahy, které souvisejí s regulací sytosti a s hladověním, jsou dnes také jasnější. Hovoří se o vztahu CRH, serotoninu, neuropeptidu Y, leptinu, ghrelinu, cholecystokininu a dalších látek (3, 5).

Z animálních modelů a studií na zdravých dobrovolnících byla odvozena především patofyziologie změn, které probíhají u anorexie,

Tabulka 1. Somatické konsekvence anorexie (restriktivní typ)

kachexie	ztráta tukové a svalové hmoty
	snížení metabolismu thyreoidey (T3)
	porucha termoregulace
kardiovaskulární	snížení objemu svaloviny srdce
	arytmie
	komorové a síňové extrasystoly
	bradykardie
gastrointestinální	komorová tachykardie (náhlá smrt)
	pomalé vyprazdňování žaludku
	obstipace
reprodukční	bolesti břicha
	amenorrhoea, pokles LH, FSH
dermatologické	lanugo, otoky
hematologické	leukopenie
neuropsychiatrické	mírné kognitivní poruchy
	apatie, deprese
skeletální	osteopenie, osteoporóza

Pozn. Tabulky převzaty z Sadock JB, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. (cit. 7)

Tabulka 2. Somatické konsekvence anorexie (bulimický subtyp)

všechny konsekvence, které jsou uvedeny u restriktivní formy anorexie, navíc další poruchy:	
metabolické (elektrolytové abnormality)	hypokalemie
	hypochloremická alkalóza
	hypomagnezinemie
gastrointestinální	zduření a záněty slinných a příušních žláz
	zvýšení sérových amyláz
	jícnové a žaludeční eroze
	dysfunkční střevní dilatace
stomatologické	eroze zubní skloviny
neuropsychiatrické	epileptické záchvaty
	neuropatie
	únava, slabost
	mírné kognitivní poruchy

zatímco vzájemným vztahům u mentální bulimie zatím rozumíme méně.

Mentální anorexie

Klinický obraz zahrnuje výraznou podváhu (BMI méně než 17,5), kterou si pacientka navodila sama hladověním a nebo kterou si sama udržuje, a změny v ose hypotalamo-hypofyzárně-gonádové, která se vrací v důsledku podváhy do infantilního stádia. Typická je primární nebo sekundární amenorrhoea. V klinickém screeningu, který orientačně vyhodnotí funkci krevního systému, jater či ledvin, nezjistíme žádné změny. Rozvinutou anorexií charakterizuje řada somatických symptomů (tabulka 1). Vyšetření thyroideálních hormonů prokáže obvykle snížení trijodtyroninu. Pokles T3 má kompenzační charakter (má za cíl konzervovat proteiny v době hladovění) a podávání substitučních hormonů (L-thyroxinu) se nepovažuje za vhodné (3). Klasickým zjištěním je hyperkortizolemie, jindy můžeme najít hypercholesterolemii. Densitometricky lze odhalit osteopenii nebo osteoporózu (u více než poloviny pacientek).

Primárním obsahem nemoci je však psychopatologie – zkreslená představa vlastního těla a strach z tloušťky. Myšlenky na jídlo a tvar těla mají charakter ovládavého myšlení. Porozumět vlastnímu prožívání je i pro nemocnou dívku někdy velmi obtížné. Především negativní prožitky mohou zůstat na nevědomé úrovni.

Anorexie může vyjadřovat volání po autonomii a nezávislosti. Dívka, která je nevyzrálá a nesamostatná, může tak svobodným rozhodováním o množství jídla, které přijme, demonstrovat potřebu rozhodovat o sobě, být samostatnou (4). Prostřednictvím takové výjimečné sebedisciplíny získává pocit sebejistoty, sebeúcty a nakonec i falešný pocit autonomie. Anorexie může také symbolicky vyjadřovat strach z dospělosti a neschopnost zvládnout úkoly, které život přináší. Malé tělo (kachetická vyhublost) tak reprezentuje pocitu „jsem malé dítě, nemohu žít jen sama, potřebuji, aby o mě pečovali, nechci zabírat moc prostoru, nedokážu najít svoje místo.“

Nemoc se rozvíjí obvykle delší dobu, měsíce nebo roky. Zpočátku bývá považována za odraz proměny těla v pubertě („hodně se

vytáhla“), jindy za konstituční fenomén. Někdy teprve porucha menstruačního cyklu poukazuje na hlubší problém, na který do té doby okolí nepomyslelo. Zachování menstruačního cyklu v souvislosti s hormonální substituční léčbou může komplikovat diagnózu. Pokud jsou však naplněna další kritéria, především nízká hmotnost, nedostatečný kalorický příjem a psychopatie, je vaginální krvácení navozené hormonální substituční léčbou tak, jako by v podstatě pacientka nemenstruovala (lze prakticky chápat jako amenorrhoeu).

Pacientka dospěje do vyhublosti zpravidla z původní přiměřené hmotnosti či obezity. Mentální anorexii je však i stav, kdy dívka nikdy během dosavadního vývoje přiměřené váhy nedosáhla a její tělesná hmotnost zůstává stále nejméně 15 % pod předpokládanou. Tato podoba nemoci často souvisí s nevyzrálostí pacientky a její patologickou závislostí (obvykle na matce), neschopností se separovat a strachem z dospělosti.

Mentální anorexie je nemoc ego-syntonní, pacientce zprvu vyhovuje. Je hrdá na sebekontrolu a schopnost uchovat si nízkou hmotnost. Stejně tak ale může být v klinickém obrazu úzkost či deprese (až u 65 % pacientek), zejména v těžších formách nemoci (7).

Klinický obraz

Mentální anorexie má dvě formy:

- restriktivní, která je charakterizována významným omezením příjmu potravy, v extrémní podobě jde o těžké hladovění, někdy také omezení příjmu tekutin. Součástí symptomatologie bývá i excesivní cvičení, které mívá podobu rituálu.
- bulimický subtyp (smíšený typ) – při kterém je omezování jídla občas doplněno určitým příjmem potravy, avšak vzápětí kompenzováno zvracením, event. použitím laxativ či diuretik. Energetický příjem může být kompenzován také excesivním cvičením.

Klinický obraz nese určitou podobnost s bulimií a somatické komplikace jsou kombinované (tabulka 2).

Mentální bulimie

Psychologický obsah se velmi podobá mentálnímu obsahu anorexie. Pacientky se také snaží kontrolovat velikost svého těla, také se snaží o udržení kontroly nad příjmem potravy. Typickým obrazem je dietování s následným impulzivním přejídáním velkým množstvím jídla, kompenzovaným zvracením. Mezinárodně je akceptováno (DSM IV), že by diagnóza měla být použita tehdy, kdy se bulimické přejedení s následným zvracením stává s frekvencí alespoň 2x týdně, nejméně po dobu tří měsíců.

Tabulka 3. Somatické konsekvence mentální bulimie

metabolické	hypokalemie
	metabolická alkalóza
gastrointestinální	zduření slinných žláz
	zduření příušních žláz
	zánět jícnu (až perforace stěny)
kardiovaskulární	kardiomyopatie
	abnormality v převodní funkci (EKG změny)
	(byl popsán mitrální prolaps)
dermatologické	mozoly na drobných kloubech rukou
stomatologické	eroze zubní skloviny
neurologické	epileptické záchvaty

V osobnostních charakteristikách lze také najít vyšší míru úzkostnosti, ale kromě toho i celou řadu dalších rysů, jako je vyšší míra impulzivity, emoční nestability apod. Pacientky mají nízkou sebedůvěru, snaží se zeštíhlením také dosáhnout dokonalosti tělesného vzhledu. Osobnostní rysy jim však neumožňují najít rovnováhu a dietovat tak, jak se to „daří“ anorektikám. Výsledkem jsou opakované pokusy o dlouhodobé nejedení, které vždy končí přejedením s následným kompenzatorním chováním (zvracení, laxativa atd.) Každé přejedení je bezprostředně provázeno pocitem těžkých výčitek a depresí ze selhání. Pacientky se přehnaně zabývají tvarem těla a váhou, myšlenky na jídlo je ovládají. Sebepoškozování (pořezání, pálení kůže apod.), eventuálně sebevražedné pokusy, nejsou výjimkou. Nemoc je ego-dyntonní, pacientce nevyhovuje, proto pomoc obvykle vyhledává sama. Somatické důsledky jsou benignější a pacientka není tolik ohrožena na životě – převažují projevy psychického utrpení (tabulka 3).

Nemoc se nejčastěji rozvíjí v období pozdní adolescence a časné dospělosti.

Léčba

V úvodu bylo zdůrazněno, že se zvýšil počet pacientek, které trpí anorexií nebo bulimií, v ambulancích pediatrií a praktických lékařů. V mnoha případech může být terapie úspěšná už v těchto zařízeních. Léčba je snazší, pokud je nemoc diagnostikována záhy, eventuálně, pokud jde o atypickou formu nemoci, kdy nejsou naplněna všechna kritéria (např. dívka usiluje o štíhlost, ale zatím příliš nezhubla, nemá amenorrhoeu atd.). Obnovit odpovídající energetický příjem, dbát na pravidelnost příjmu potravy, poskytnout základní informaci o fungování těla a především poskytnout psychologickou podporu, může být někdy dostatečné. Pokud tato prvotní snaha nevede k úspěchu, měla by být pacientka vždy doporučena k další léčbě psychologicko-psychiatrické.

1. Psychoterapie

Někdy může být úspěšná rodinná terapie, která pomůže zlepšit rodinné fungování

a upravit míru závislosti a autonomie pacientky v rodině. Jindy individuální psychoterapie, která bude řešit problémy pacientky ve vztazích s vrstevníky nebo obtíže v socializaci.

Psychoterapie je v léčbě poruch příjmu potravy určitě prvořadá. Probíhá v podobě individuální, skupinové a rodinné terapie. Může mít charakter dynamické nebo kognitivně-behaviorální psychoterapie. Ta může zahrnovat různé přístupy, např. psychoterapii zaměřenou na zlepšení tělesného sebepečení (terapie body image) a na zlepšení sebedůvěry, trénink asertivity a sociálních dovedností (11).

Určitým evropským trendem je v současnosti provádění tzv. „vícečetné rodinné terapie“, kdy je psychoterapie prováděna současně s několika rodinami (2). Tento model léčby se zdá být ekonomicky výhodný a je používán na některých pracovištích v Anglii, Holandsku, Německu, Švédsku a Švýcarsku.

2. Farmakoterapie

a) anorexie

Vzhledem k tomu, že úzkost, deprese, impulzivita nebo emoční nestabilita jsou častou psychopatologií, není výjimkou, že v takových případech používáme antidepresiva. Přednost dáváme antidepresivům skupiny SSRI (sertralin, fluvoxamin), které mají anxiolytické působení a dobrou toleranci. Léčba musí být bezpečná a musí přihlížet k závažnosti malnutrice pacientky (6). Rozhodnutí, zda začít s léčbou antidepresivy, by měl vyjádřit psychiatr, neboť uvedená antidepresiva nemají v ČR registraci pro léčbu poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. Antidepresiva této skupiny se na zvýšení hmotnosti pacientky nepodílejí, mohou jen snížit úzkost, která provází strach ze změny těla a strach z tloušťky nebo mohou zlepšit depresi.

Dnes jsou ve světě doporučována antidepresiva především ve fázi, kdy se stav pacientky zlepšil a došlo k úpravě váhy. Léčba má mít preventivní charakter a chránit pacientku před relapsem.

b) bulimie

Klinické studie prováděné v různých zemích světa prokázaly účinnost antidepresiv

SSRI (především fluoxetinu). Lék může snížit úzkost a impulzivitu v projevech chování, včetně chování, které se vztahuje k příjmu jídla. Nelze ovšem očekávat, že lék vyřeší vše sám a je otázkou, jak dlouhodobě působí. Bulimické chování reprezentuje určitý naučený, chybný vzorec chování, který pacientka do svého života zabudovala. Musí v léčbě sama zapojit volní úsilí, aby ho dokázala přebudovat.

Diskuze, závěr

Jak mentální anorexie, tak bulimie jsou komplikované duševní nemoci, které mají četné somatické následky. Anorexie má na rozdíl od bulimie vysokou mortalitu (5–18%).

Její léčba trvá průměrně 5 let. Biologickému vztahu obou nemocí příliš nerozumíme. Víme, že až 50% dívek přechází z anorexie do bulimie. Léčba není úspěšná tak, jak bychom si přáli. Dlouhodobé sledování však prokazuje, že se po neúspěšné léčbě v prvních pěti letech, může více než 60% z nezlepšených patientek ještě upravit v letech následujících (9).

Mentální bulimie je typická pro věkově starší pacientky. Také její terapeutická úspěšnost se odhaduje zhruba na 50%. V posledních letech se objevují v psychiatrických ambulancích také adolescenti a mladí muži, kteří trpí bulimií. Usilují o kontrolu hmotnosti a mají strach z tloušťky, podobně jako ženy (10).

Russell zdůrazňoval, že anorexií onemocní dívky, které chtějí ve svém životě dosáhnout dokonalosti. Chtějí mít dokonalost ve všem – ve vztazích, v úspěšnosti, v celém fungování. Vzhledem k tomu, že absolutní dokonalosti dosáhnout nemohou, spokojí se nakonec s dokonalostí v kontrole příjmu jídla.

Ze současných zkušeností plyne, že jsou poruchy příjmu potravy nemoci multifaktoriální. Říká se, že leží na průsečíku vnějšího a vnitřního světa pacientky. To znamená, že se dotýkají všech problémů, zážitků, pocitů a událostí,

kteří zahrnuje jak vnější, tak vnitřní život dívky. Pochopení, jak široké souvislosti nemoc má, může vyjasnit, proč je léčba tak náročná a proč není vždy úspěšná.

Sdělení se pokusilo vysvětlit, že poruchy příjmu potravy nejsou pouze nemocemi výživy, ačkoli bývají do této kategorie často zařazovány. Mají sice hluboký vztah k výživě jako bazální podmínce lidské existence, jsou však velmi složitou a závažnou duševní nemocí, jejíž léčba vyžaduje specifický přístup a interdisciplinární komunikaci.

Literatura

1. Agras WS, et al. Report of the National Institutes of Health Workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *Int. J Eat Disord*, vol.35, 2004 May; 510–521.
2. Eisler I. Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In Krch D.F. a kol: Poruchy příjmu potravy. 2. vydání. Praha: Grada, 2005: 179–193.
3. Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA. Neurobiology in the treatment of eating disorders. NY: Wiley and Sons, 1998: 529.
4. Krch FD, et al. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 1999: 238.
5. Papežová H. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2004; 6: 291–295.
6. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Medical Tribune Group. 335–350.
7. Sadock JB, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences / Clinical psychiatry. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003: 1460.
8. Strober M. Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: on the search for novel paradigms. *Int J Eat Disord*, vol.35, 2004 May; 4: 504–508.
9. Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, vol.36, 2004 No; 3: 245–255.
10. Stárková L. Mentální bulimie u mužů. *Psychiatrie pro praxi*, 2002; 5: 202–205.
11. Stárková L. Body image a poruchy příjmu potravy – kognitivně behaviorální terapie. *Čs.Psychiat*, roč. 100, 2004; Suppl. 1: 87–90, 291–295.
12. Szmukler G, Dare Ch, Treasure J. Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research. Chichester: Wiley and Sons, 1995: 420.