

Poruchy příjmu potravy

PhDr. Krch František Ph.D

VFN, 1 LFUK Ke Karlovu 11, Praha 2

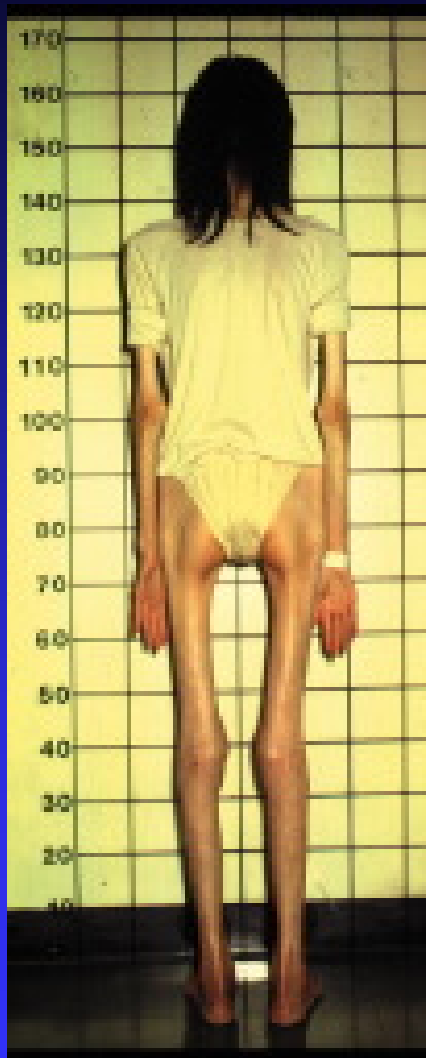
krch.frantisek@vfn.cz

Možnosti léčby – přístup k nemocnému – výběr metody určuje:

- Charakter poruchy
- Očekávání a motivace nemocného
- Sociální kontext

Definice mentální anorexie

1. Aktivní udržování abnormálně nízké hmotnosti (o 15% normy);
2. Strach z tloušťky i při nízké hmotnosti;
3. Narušené vnímání vlastního těla, popírání závažnosti vyhublosti, závislost sebevědomí na sebekontrolě a váze;
4. Amenorea u žen



Specifické typy anorexie

- Nebulimický (**restriktivní**) typ: větší rezistence, odlišný náhled, často odlišná komorbidita;
- Bulimický (**purgativní**) typ

Definice mentální bulimie

1. Opakující se epizody přejídání
 - * konzumace velkého množství jídla (?)
 - * pocit ztráty kontroly;
2. Opakované nepřiměřené kompenzační chování;
3. Charakteristický a nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost (těl.proporcím, vzhledu, hmotnosti a sebekontroly je připisována vysoká hodnota a v závislosti na tom se pohybuje sebevědomí).

Specifické typy bulimie

- Purgativní

- Nepurgativní typ (přísné diety, hladovky, cvičení)

- * Překonat bulimii – znamená překonat diety a naučit se udělat chybu

Prevalence MA a MB

- Prevalence MA – kolem 0,5% rizikové populace (životní prevalence kolem 2%)
 - * Kolem 6% dívek koncem puberty vykazuje anorektické příznaky
 - * Kolem 50% MA přejde do bulimie
- Prevalence MB se pohybuje mezi 3 – 6%
 - Kolem 10-15% dívek zkouší rizikové způsoby kontroly tělesné hmotnosti
 - Kontinuum rozvoje poruchy
 - * Obézní dospělé ženy mají podobné psych. obtíže (1333 obézních – 7,1% projímadla, 2,3% zvracelo, 23,5 hladovky ... Krch, 1994)

Čeká mládež – (n 1253, SOU, SŠ, gymnázium, prům. věk 16,4)

	muži	ženy
BMI <17.5	2,7%	6,3%
BMI >25	8,3	3,8
EAT-, >20	1,4%	11,4%
Diety	12,1	56,4
Laxativa (1/měs)	2,7	4,7
Vomit. (1/týd)	0,9	1,4
Vomit (1/měs)	2,6	4,6

Závěry- epidemiologie

- Už ve starším školním věku velká část děvčat pokládá některá dietní omezení za samozřejmá a neví jak by měl vypadat přiměřený jídelní režim bez dietních omezení a strachu z tloušťky.
- Většina děvčat neví jaká je jejich přiměřená tělesná hmotnost, jen obtížně se smiřují s tím, že tělesná hmotnost vzrůstá v závislosti na věku a tělesné výšce.
- Většina dietujících si neuvědomuje důsledky diety a zvracení. Vztah příjem-výdej energie berou doslovně.
- Obraz PPP se mění

Závěry – epidemiologie 2

- Velkou částí dospívajících je zvracení akceptováno jako možný prostředek kontroly tělesné hmotnosti, mnoho dívek například užívá kouření (42% snažících se hubnout a 26% ostatních) jako způsob kontroly těl. hmotnosti.
- Přibývá nemocných napříč sociálním spektrem (věk, místo bydliště, typ studia a soc.status)
- Mění se argumentace (více se mluví o zdravé výživě a pohybu)
- V hubnutí celkem umírnění chlapci jsou stále více obětovat a riskovat pro dosažení atraktivního těla.

Možnosti léčby - Průběh

Mentální anorexie (N=33 studií)

	Minim. (%)	Maxim. (%)
Úmrtnost	2	8
Normální váha	21	77
Norm.perioda	38	87
Normální jídelní režim	33	88
Bulimické chování	10	50

Herzog, Keller 1988

Průběh

95 pacientů se začátkem MA ve věku 12-17 let po 6 (12) měsících – byli sledováni 15 let:

- Po 6 letech **50% úplná úzdrava**
- Po 10-12 letech **75% úplná úzdrava**

Strober, Freeman, 1996

Závěry: Průběh - terapie

- *Zhruba 50-60% s MA pacientů se nakonec „uzdraví“, pravděpodobně 75% BN;
- *Pacienti s časným začátkem mají v zásadě lepší výsledky;
- *Výsledky terapie se v průběhu 90 let zlepšily.
- * KBT je metoda první volby – je třeba změnit postoje i návyky nemocného

System diferencovane péče

- | | |
|---|--------|
| ■ Manuál, svépomocné skupiny | 20-25% |
| ↓ | |
| ■ Skup.psychoedukace, KBT | 45-50% |
| ↓ | |
| ■ Individuální. KBT, Psychodyn (por.osobnosti),
Rodinná t. | 60-75% |
| ↓ | |
| ■ Individ. ter. + farmakoterapie | 70-80% |
| ↓ | |
| ■ Hospitalizace (nezbytná 1-10%) | 40-80% |

*Léčba PPP nemá být založena na hypotézách o
možných příčinách poruchy, ale na intervencích
směřujících k potlačení vlivu faktorů udržujících
poruchu a na přerušení nevhodných návyků a
opakujících se maladaptivních cyklů*

(W.Vandereycken, 1996)

Poruchám příjmu potravy je často odpírána logika každodenního života

- V nemocném a jeho rodině je posilován dojem příliš složité, tajemné duševní poruchy vyžadující určitou míru psych. abnormality;
- V terapeutech, že jde o nespolupracující závažně duševně nemocné;
- Důsledky malnutrice a zhoršené kvality života jsou dávány do souvislosti s příčinou obtíží.

Výsledkem je patová, nesrozumitelná situace nahrávající různým bizarním teoriím, odkladu řešení a iatrogenizaci nemocného.



Změna chování a postojů je v tomto kontextu často bolestivá a nepříjemná. Dysfunkční programy jsou stále aktuální součástí provozního scénáře (zkušenosti), nemocný má stále **tendenci „ekonomizovat“, potlačovat disonantní informace** a zkušenosti.

Pacientova neochota řešit některé problémy a podstoupit některé kroky je proto srozumitelná a souvisí s jeho přirozenou adaptační schopností – není to známka chorobnosti

PPP jsou tedy srozumitelný a logický problém

Vyžadují však:

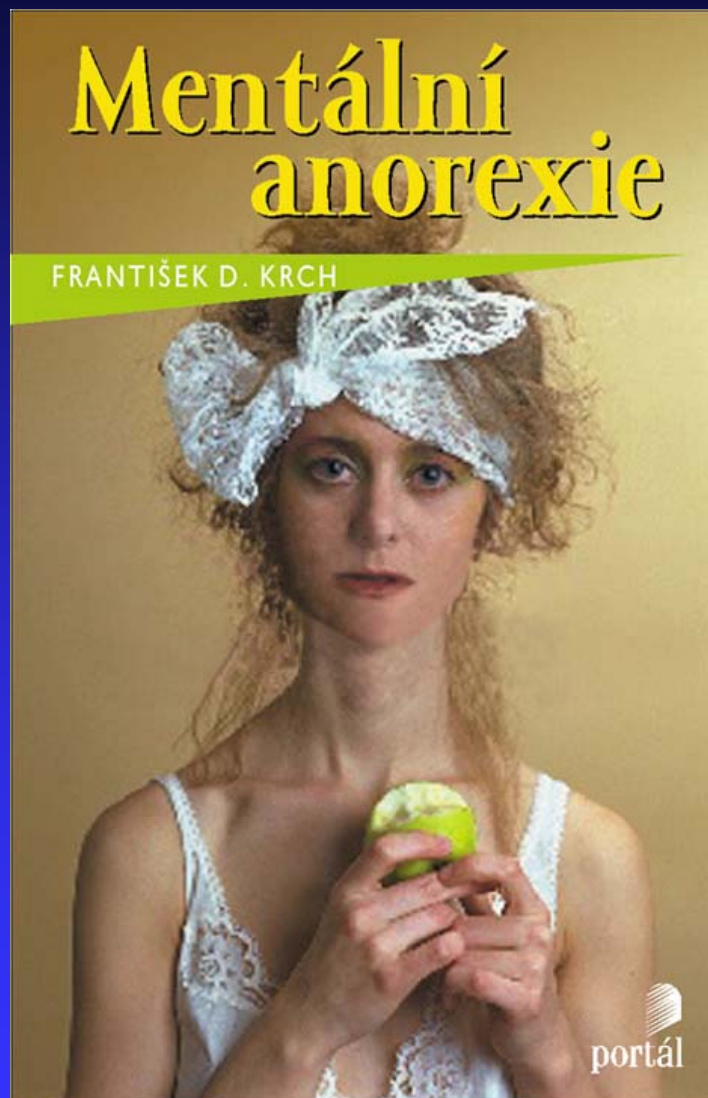
- Dobrou znalost individuálního a rodinného kontextu vzniku a rozvoje problému;
- Dobrou znalost problematiky příjmu potravy, regulace tělesné hmotnosti a příjmu jídla a PPP;
- Respekt k vývoji poruchy;
- „střízlivost“ postojů a přiměřenost ambicí jak na straně nemocného, tak jeho terapeuta.

Práce s rodinami PPP

- I v rodinách PPP platí, že problém jednoho člena rodiny ovlivní situaci a chování ostatních
- Podivné jídelní praktiky, odmítání jídla a vyhublost rodiče vyděsí. Rodiče, kteří se o dítě bojí se snadno mohou chovat nepřiměřeně
- Rodiče jejichž dítě se léčí se závažnou poruchou, jejíž příčiny jsou nejasné zkoušejí různé možné i nemožné přístupy, hledají viníka a často se bezúčelně navzájem obviňují. Problém dítěte je zátěží i pro vztah rodičů.
- Je přirozené, že se rodina snaží vyhnout konfliktu s dítětem a delegovat řešení jinam.

Rodina - 2

- Některé problémy, které mohou být v rodinách PPP výraznější, by se projevily i bez ohledu na PPP. Patří k dospívání, separaci dítěte od rodiny, případně jde o koincidenci problémů
- Každá rodina, která je rozhádaná a nefunkční bude špatně řešit problémy, které se týkají některé z jeho členů. Nemusí to ale znamenat, že rodin. problém je v přímé souvislosti s jídelním problémem. Jsou ale určitým vzorem řešení a mohou se stát „výmluvou“.



Děkuji za pozornost