

Poruchy příjmu potravy

PhDr. Krch František

VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2

Krch.frantisek@vfn.cz

Špatná pověst poruch příjmu potravy

Isabell Caro, +28 let



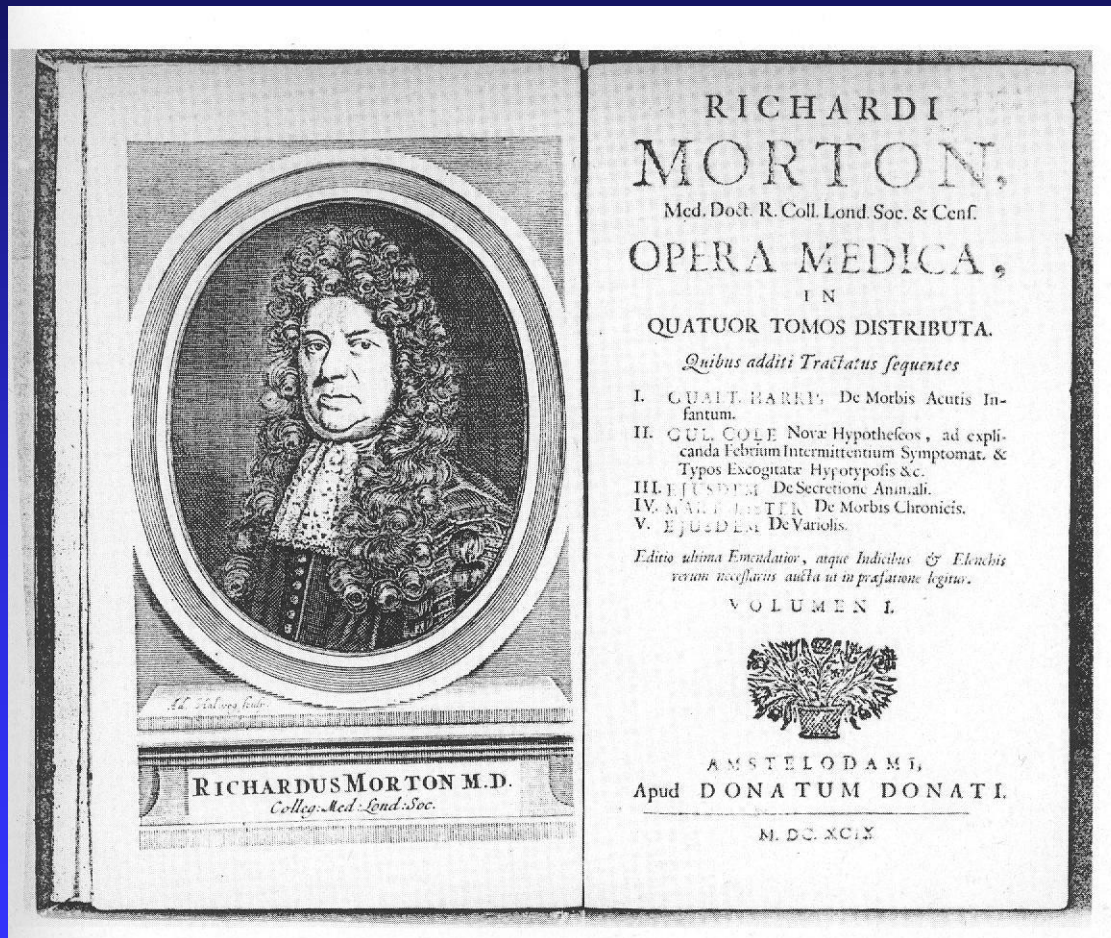
Překvapivě dobrá dlouhodobá prognóza

- Výsledky terapie se v průběhu 90. let zlepšily.
- Zhruba 50–60 % pacientů s MA se nakonec „uzdraví“, pravděpodobně až 75 % BN.

2. Století Galén popisuje příznaky mentální anorexie (Claudius Galén 129 – 216)



1689 Britský lékař Richard Morton definuje mentální anorexii.



1950 – Dr. Keys a kolektiv publikují práci o následcích hladovění



FIGURE 8.5. Minnesota volunteers at mealtime. Copyright 1950 by the University of Minnesota Press. Reprinted by permission.



FIGURE 8.6. Minnesota volunteers after weight loss. Photo by Wallace Kirekland. Copyright 1950 by Life-Time-Warner.

Mentální anorexie a bulimie

Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Zatímco anorektičkám se to většinou daří, bulimičky začnou po nějaké době jíst víc, než by chtěly. Samozřejmě že jsou zklamané (přestože je to vlastně normální), cítí se provinile a hledají způsob, jak to “odčinit“. Většina dívek sáhne jen po další dietě. Ty zoufalejší, odhodlanější nebo často jen ty, které mají smůlu, zkusí ještě drastičtější metodu. Vezmou si projímadla nebo se nutí do zvracení, což může jít snadno, když je jim špatně po jídle, které si dlouho odpíraly nebo ho snědly nezvyklé množství. Z několika zoufalých pokusů se snadno vytvoří návyk. **Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček.** Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne časem přejídat a **více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti.**

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

Výskyt MA a MB

- incidence MA – kolem 0,5% rizikové populace
- Životní prevalence MA je kolem 4% ženské populace
 - * 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
 - * Obézní dospělé ženy mají podobné psych. obtíže (1333 obézních – 7,1% projímadla, 2,3% zvracelo, 23,5 hladovky...)

Kontext

- 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.

- Přibývá nemocných napříč sociálním spektrem (věk, místo bydliště, typ studia, soc.status...)
- V hubnutí celkem umírnění chlapci jsou stále více obětovat a riskovat pro dosažení atraktivního těla.

Nemocní trpící mentální anorexií nebo bulimií

Představují velmi rozsáhlou, vnitřně diferencovanou skupinu nemocných:

- odlišná osobní historie,
- odlišný sociální a rodinný kontext,
- odlišná osobní očekávání a motivy k léčbě,
- různý stupeň rozvoje problému,
- odlišná komorbidita.

Pro PPP je příznačné, že

- Některé příznaky přináší (alespoň krátkodobě) uspokojení a úlevu;
- Snadno dochází k vytvoření návyku a adaptaci na určitý sebekoncept;
- K rozvoji poruchy dochází v průběhu velmi významných životních změn, které jsou tím kontaminovány.

Etiologie – Co za to může ?

Neexistuje žádný rozhodující rizikový faktor. Téměř vždy jde o určitou konstelaci různých vlivů a událostí.

K rozvoji poruchy dochází v případě, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet a současně některých dalších vlivů, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných psychických poruch

Pro pochopení nemocného s poruchou příjmu potravy a účinnou intervenci je třeba znát a respektovat celkový rámec problému, stejně tak jako jeho individuální historii.

Rozdílnost pohlaví

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruchy příjmu potravy je ženské pohlaví. **Stačí být ženou a riziko mentální bulimie je nejméně desetkrát vyšší.** Poměrně vzácný výskyt anorexie a bulimie u mužů vedl některé autory k předpokladu, že tito muži mají sklon k homosexualitě nebo že mají jinak narušený sexuální život. Příčinná souvislost mezi poruchou sexuálního zaměření a příjmu potravy se ale neprokázala. Chudý sexuální život, ať už u mužů nebo u žen, souvisí s dlouhodobým hladověním, podvýživou a řadou obtíží, které přesouvají pozornost nemocného jiným směrem. Podobně jako u žen je i u dospívajících mužů možné pozorovat nadměrný zájem věnovaný tělesným proporcím, fyzickému vzhledu a výkonu; muži si však přejí většinou zesílit. Dlouhodobě nadměrná a jednostranná sebekontrola vede i v jejich případě k nevhodným extrémům ohrožujícím zdraví. Například ve srovnání s ostatními skupinami sportovců a s normální populací bylo u kulturistů zjištěno významně nižší sebevědomí, rostoucí sklon k perfekcionismu, strach z dospívání a překvapivě mnohem vyšší nespokojenost s vlastním tělem. Téměř polovina kulturistů sledovaných v různých studiích užívala steroidní hormony, na jejichž předávkování zemřelo už mnoho dospívajících chlapců chodících do posiloven.

Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže. Už například dvanáctileté dívky jsou úzkostnější ve vztahu ke svému tělu a snadněji se cítí být ohroženy nadváhou. **Ženy vždy zajímal více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla.** Během dospívání přibývají ženy na tělesném tuku, zatímco muži spíše na svalové hmotě.

Nebezpečné dospívání

- Dramatické tělesné změny (časnější fyzická zralost bývá spojena se strachem z tloušťky a s pocity nespokojenosti).
- Mění se jídelní zvyklosti.
- Rostoucí sebeuvědomování a zájem o svět vrstevníků – s tím spojená přecitlivělost, soutěživost, konformita.
- Sociální změny spojené se stresem a nejistotou (nízké hodnocení těla zůstává až do dospělosti zdrojem sebepodceňování), separace od rodiny.
- Negativní emoce doprovázející hormonální změny v pubertě.

Rizikové faktory – rodina

- **Specifické** – nevhodné jídelní a stravovací zvyklosti v rodině, diety, obezita v rodině, PPP v rodině, některé sporty...
- **Obecné** – nedostatek rodičovské kontroly, duševní poruchy, alkohol v rodině, přílišné zaměření na sebekontrolu a výkon (nebo naopak absence sebekontroly), přílišný důraz na vzhled, rodiče jako vzor řešení problémů, extrémy (podpora dítěte, koncept života, životních cílů...).

Klíčový příznak - *intervence*

- Nízká tělesná hmotnost (fyziologické a psychické důsledky hladovění – *realimentace, udržitelná tělesná hmotnost*)
- Aktivní snaha snížit a udržet nízkou tělesnou hmotnost – vyhýbavé chování (dietní tendence, nadměrný pohyb, jiné nevhodné kompenzace... *intervence je založena na přerušení nevhodných návyků*)

Internet - nebezpečí

Existují stránky jako „StarvingForPerfection“ nebo „BeautifulByBones“, ve kterých se „čtenáři“ navzájem podporují a vytváří určitý druh komunity oslavující „tělesný image, vyhublost, hladovění, sebekontrolu a různé dietní tendence.

Podle S. Bloomfielda (EDA) jsou tyto stránky nesmírně nebezpečné, protože mají nemocné utvrdit ve víře, že nejsou nemocní a nabízí jim smrtonosné návody.

„Nehezke tělo znamená nehezkého člověka“
jeden ze vstupů

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
Závažná psych. komorbidita	1	69

Herzog, Keller 1988

Karin Nilsson: Recovery from adolescent onset anorexia nervosa (Švédsko, 2007; N=91)

	MA	MB	EDNOS	vyléčení	Úmrtí	Neodp.
8 let	2	4	18	52 (57%)	1	14
16 let	2	1	7	58 (64%)	1	22

Fluktuace příznaků PPP

Průběh PPP : 12 – 30 měsíců

	MA po 12 měs.	MB po 12 měs.	MA po 30 měs.	MB po 30 měs.
anorexie	56,4%	16,4%	49,1%	9,1%
bulimie	6,5%	50,9%	5,6%	37,0%

Milos G., Spindler.A., Schnyder U., Fairburn
Ch., Brit.J.of Psychiatry 2005

*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)

Řešení - práce s ambivalentním pacientem, kterého je třeba přimět ke změně

■ Jídelní chování

- rozšíření jídelníčku, do kterého jsou zařazována i nebezpečná a neoblíbená jídla;
- optimalizace jídelního režimu;
- vyzkoušení se existujícího jídelního standardu a adaptace na něj (jídlo ve společnosti, několik chodů, víc než ostatní, menza...)
- učit se bezpečnému jedení (prostírat se, aktivity u jídla...).

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.

Důsledky pro terapii

- Interpretovat problém ve srozumitelných termínech vybízejících ke změně a nabízející alternativy
- Pochopení pro aktuální situaci nemocného, ale i postupný vývoj problému
- Vyhýbat se pasti náhradních řešení
 - ◆ Nenechat se svést možnými hypotézami o vzniku obtíží, dát si pozor na terapeutická kliše a zobecnění
 - ◆ Důsledně oddělovat problémy spojené s příjmem potravy, sebekontrolou a pohyb. Rituály a osobní nebo rodin. Problémy
 - ◆ Soustředit se na aktuální cíle a s nimi související kroky
 - ◆ **Nechránit nemocného před následky jeho chování**

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“.

Nabídka řešení

- Pacientova ambivalence a neochota k některým krokům představují srozumitelný rámec (nebrat jako projev chorobnosti ani nepenalizovat) dalšího řešení.
- Věcně, konkrétně (s ohledem na specifika nemocného i PPP, vývoj problému) zhodnotit problém a postavit přiměřené cíle.

Terapeutické cíle

- Nemohou být cíleny (často se tak děje s ohledem na „motivaci“ pacienta, výběrovou zkušenost terapeuta a potřebu nějakého řešení) mimo základní symptomatiku PPP.
- Nemocný zdůrazňuje cíle přinášející úlevu, odkazující na běžná kliše, vracející jej do normy a často řešící jiné otázky.

Dopis od matky MA (19/3/2013)

Dovolila jsem si Vás oslovit kvůli své 14leté dceři, u níž jsme letos v lednu objevili anorexii.

Zatím jsme stav Zuzky konzultovali s jednou paní psycholožkou, poté s paní psychiatrickou, na niž jsme dostali kontakt od známých. Ta chce Zuzku podrobit hlubinné analýze.

Bohužel obě s námi neřešily, co má Zuzka jíst, jak, kdy a kolik toho má jíst. Dokonce nám poradily, aby si Zuzka připravovala jídlo sama. To má za následek stagnaci přírůstku, respektive velmi pomalé přibírání s výkyvy. Zuzka jí totiž jen „zdravá“ jídla, vyhýbá se tukům atd.

Během prvního týdne, kdy jsme zjistili anorexii, dodržovala dcera „můj“ jídelníček sestavený dle vaší knihy a přibrala 2 kg za týden! Z původních 38,8 kg přibrala na 41,2 kg (měří 157 cm). Včlenila jsem jí do jídelníčku i potraviny, které měla vyřazené jako nezdravé, a chtěla jsem pokračovat (máslo, smetanové jogurty, koláč). Myslím, že jsme měli dobře našlápnuto.

Potom jsme ale šli k paní psycholožce a ta Zuzce poradila, že si může chystat jídlo sama.

Tím se přírůstek váhy výrazně zbrzdil, objevily se výkyvy na váze.

Nyní jsme tedy u druhé pani doktorky, ale ani ta neradí, co jíst a jak, chce léčit Zuzku hlubinnou psychoterapií.

Hlubinná psychoterapie je jistě dobrá věc a dceři by určitě mohla pomoci, zejména pro rozvoj její osobnosti, zvýšení sebevědomí apod., ale já bych ji raději nejdřív naučila, jak správně jíst a jak pochopit, že máslo a mléko nejsou jedy.

Anebo si myslíte, že jediná správná cesta by byla hospitalizace? Pokud ano, kde? Motol? Bohnice?

Při léčbě PPP je nezbytné

- Neustále vyvažovat extrémní postoje nemocného a jeho rodiny:
 - ◆ učit ho hledat přiměřenost v jídle a pohybu v osobním životě a především při řešení dílčích problémů, které s sebou přináší změna návyků a postojů.

Věřit v pozitivní změnu a být trpělivý.

Podvýživa je stále světový problém – každý den na ni umírá 15 000 dětí

