

KAPITOLY K ATESTACI Z PEDIATRIE

Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci

Eating disorders in childhood and adolescence

Jiří Koutek, Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika,
2. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a FN Motol,
Praha

Podpořeno interním grantem
č. 6030 v rámci projektu
(Ministerstva zdravotnictví)
konceptního rozvoje
výzkumné organizace
00064203 (FN MOTOL)
a programem Cooperatio
Univerzity Karlovy (oblast
neurovřed).

SOUHRN

Koutek J, Kocourková J. Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychosomatické poruchy, které primárně ovlivňují psychiku, ale výrazně též zasahují do oblasti somatické. Vyskytují se hlavně ve formě mentální anorexie a mentální bulimie. Porucha postihuje hlavně dívky a mladé ženy, často začíná již v období puberty a dospívání a přetrvává do dospělosti. Charakteristickým rysem mentální anorexie je omezování příjmu jídla za účelem redukce hmotnosti, pro mentální bulimii je typické záchvatovité přejídání s následným vyvoláním zvracení. Jde o poruchu, která je předmětem spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost, nemocničního pediatra a dětského a dorostového psychiatra. Je nutné vyloučit organickou příčinu onemocnění a posoudit stav z hlediska malnutrice. Léčba může být ambulantní, ale velmi často vyžaduje hospitalizaci. Závažnější somatické komplikace je nutné řešit na pediatrickém oddělení. Komplexní léčba zahrnuje realimentaci, režimovou a psychotherapeutickou léčbu, případně psychofarmakoterapii a probíhá v lůžkovém psychiatrickém zařízení.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, příznaky, terapie

SUMMARY

Koutek J, Kocourková J. Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci

Eating disorders are psychosomatic disorders that primarily affect the psyche, but also significantly affect the somatic area. They occur mainly in form of anorexia nervosa and bulimia nervosa. The disorder mainly affects girls and young women, often begins during puberty and adolescence and persists into adulthood. A characteristic feature of anorexia nervosa is restricting food intake in order to reduce weight, bulimia nervosa is characterized by paroxysmal overeating followed by vomiting. These conditions are subject of cooperation between a general pediatrician, a hospital pediatrician and a child and adolescent psychiatrist. It is necessary to exclude the organic cause of the disease and assess the condition from the point of view of malnutrition. The management can be on out-patient basis, but very often requires in-patient treatment. More serious somatic complications must be dealt within the pediatric department. Complex treatment includes refeeding, regimen and psychotherapeutic treatment, and/or psychopharmacotherapy. In this case, treatment is ongoing in an inpatient psychiatric facility.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, symptoms, treatment**Korespondenční adresa:**

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
V úvalu 84
150 06 Praha 5
jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Patří do období posledního půlstoletí, proto jej někteří autoři zařazují mezi tzv. civilizační choroby. Postihuje zejména dívky a mladé ženy, podíl chlapců a mužů je asi 10 %. Svým počátkem zasahuje velmi často do období

puberty a adolescence, proto onemocnění je často léčeno dětským a dorostovým psychiatrem a lékařem prvního kontaktu bývá pediatr. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje mentální anorexii a mentální bulimii.⁽¹⁾ Je nutno počítat s tím, že obě formy mohou přecházet jedna v druhou. Často onemocnění začne jako mentální anorexie a později přejde do mentální bulimie. Někteří autoři používají pojmu

bulimarexie.⁽²⁾ Podle literatury až 50 % patientek s mentální anorexií přechází do bulimie, podle našich pozorování prakticky 100 % dívek s bulimií uvádí v anamnéze alespoň krátkou anorektickou epizodu.

MENTÁLNÍ ANOREXIE

Pro mentální anorexii je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Toto hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice, případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik. Zvracení bez přejídání je spojeno s tzv. purgativní formou anorexie. Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nerealným přesvědčením o tom, že pacientka má nadváhu.

Pro definitivní diagnózu mentální anorexie musí být přítomny všechny příznaky uvedené v tab. 1. Pokud chybí jeden nebo více symptomů (amenorea nebo signifikantní úbytek váhy), ale jinak pacient vykazuje téměř typický klinický obraz, hovoříme o atypické mentální anorexii. Při diagnostice úvaze musíme též zvažovat možnost disimulace, např. když pacientka uvádí, že sama hubnout nechce, trpí jen nechutenstvím a ví, že má podváhu.⁽³⁾ V americkém psychiatrickém manuálu DSM-5 amenorea již mezi primárními diagnostickými kritérii chybí.⁽⁴⁾

Pro dětský věk se doporučují zjednodušená kritéria: úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel), nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy, chorobné zabývání se hmotností

a postavou. Podle našich zkušeností k dalším charakteristikám pro dětský věk patří osobnost s rysy vyhýbavosti, emoční staženosti a sociální konformity, časté jsou perfekcionistické rysy. Bývá tendence popírat úmyslné hladovění, děti si stěžují na nechutenství a bolesti břicha.⁽⁵⁾ Nezřídka nacházíme komorbiditu s depresí a obsedantně-kompulzivní poruchou. Spouštěcími faktory mohou být změna školy, případně skupiny vrstevníků, problémy v rodinných vztazích, zážitek ztráty. Mnohdy jde o dívky, které začnou tělesně dospívat dříve než ostatní, nikoliv však předčasně. V dětství se můžeme setkat s nedosažením očekávaného vzestupu váhy během růstu. Diagnostické kritérium BMI pod 17,5 kg/m² je nutné pro dětský a dorostový věk upravit. Pro věk 10 let tomuto kritériu odpovídá BMI 13,5 kg/m², pro 12 let 14,2 kg/m². Váhový plán je nutné přizpůsobit biologické zralosti.⁽⁶⁾ V důsledku omezování příjmu potravy dochází k opoždění nástupu puberty, mnohdy dojde ke zpomalení růstu a v konečném důsledku k nevyužití celého růstového potenciálu.

Epidemiologie

Mentální anorexie postihuje zejména dívky a mladé ženy. Poměr mezi postiženými chlapci a dívkami je udáván nejčastěji 1 : 10 ve prospěch ženského pohlaví. Incidence mentální anorexie od 60. do 90. let 20. století stoupla z 2 na 100 000 obyvatel asi na 6–8 na 100 000 obyvatel. Ve skupině mladých dívek a žen mezi 15. a 18. rokem věku dosahuje incidence kolem 60 na 100 000.⁽⁷⁾ Nejčastější začátek onemocnění bývá mezi 14.–15. rokem a mezi 17.–18. rokem věku. Prevalence je mezi 0,5–1 % mladých dívek. K určitému vzestupu incidence došlo v průběhu covidové pandemie.^(8,9)

Etiologie

Etiologie mentální anorexie je s největší pravděpodobností multifaktoriální. Faktory vzniku rozdělujeme na predisponující, spouštěcí a udržující (tab. 2).

Klinický obraz

Onemocnění začíná nejčastěji kolem puberty nebo v adolescenci, často po rozvoji sekundárních pohlavních znaků, např. růstu prsů. Dívka se rozhodne držet dietu a hubnout. Její výchozí hmotnost může být v jednotlivých případech skutečně vyšší, časté jsou ale situace, kdy byla počáteční váha normální, případně snižena. Někdy vystupujeme jako spouštěč nevhodný výrok okolí týkající se vzhledu. Jindy se obtíže mohou objevit po zátěžové situaci (rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby). Dietní opatření se stávají stále drastičtějšími, pacientka jí méně, zpočátku omezuje sladkosti, postupně i další jídla, v některých případech i příjem tekutin. Často jsou změny v jídelních návycích racionalizovány snahou po tzv. zdravé výživě. Oblíbené je vegetariánství, veganství a makrobiotika. Nemocná může využívat dalších metod k redukci váhy – zneužívání anorektik, laxativ a diuretik. Časté je excesivní cvičení, které má až nutkavý charakter. Postupná redukce hmotnosti může vést až ke kachexii. Postup onemocnění je spojen se změnami psychickými,

Tab. 1: Diagnostická kritéria mentální anorexie

Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností (ať již byla snížena, nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo index tělesné hmotnosti (BMI) je 17,5 kg/m² nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný váhový přírůstek.

Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlu, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

Přítomna je specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka. Pacient sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

Endokrinní důsledky podvýživy zahrnují hypothalamo-pituitárně-gonadální osu, což se projevuje u žen amenoreou a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je vaginální krvácení, pokud bylo navozeno hormonální terapií. Mohou se vyskytovat zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu hormonů štítné žlázy a odchylky v sekreci inzulinu.

Pokud onemocnění začíná před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjí prsa a dochází k primární amenoree, u hochů zůstává dětský genitál. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.

Tab. 2: Faktory vzniku mentální anorexie

Predisponující faktory	Spouštěcí faktory	Udržující faktory
<ul style="list-style-type: none"> • Individuální • Rodinné • Sociokulturní 	<ul style="list-style-type: none"> • Separace a ztráta • Narušení rodinné rovnováhy • Změna v nárocích prostředí • Ohrožující ztráta sebevědomí • Specifické požadavky vývojových období (např. puberta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrom hladovění • Zvracení • Endokrinní změny • Percepční poruchy • Oslabené ego-fungování • Neřešené predispoziční faktory • Sekundární zisk • Sociokulturní zaujetí štíhlostí • Iatrogenní faktory

bývá přítomen depresivní syndrom, ztráta zájmu o okolí vyjma školního výkonu, je zvýšená dráždivost. Průvodním příznakem onemocnění je rovněž porucha tělového schématu, pocit nadváhy i při výrazné vyhublosti. Pacientky trpí panickým strachem z přibírání. Pocit hladu a chuti k jídlu často postupně zcela vymizí, některé dívky ale musejí pocity hladu stále překonávat. V dalším průběhu dochází v rámci odmítání jídla ke konfliktům s rodiči – rodiče se snaží dceru do jídla nutit. Ta to odmítá a brání se nejrozličnějšími způsoby. Častá je manipulace s jídlem, jeho schovávání a následné vyvolávání zvracení. Vztahy v rodině se sekundárně dramaticky zhoršují. Časté je sebepoškozování a suicidální chování.

Somatické souvislosti mentální anorexie

Jde o psychosomatické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu. V popředí je omezení výživy se všemi důsledky. Bývá přítomna kachexie, BMI může klesat pod 12 kg/m². Somatické příznaky zpravidla jako první zaujmou rodiče. Bývá to amenorea, vypadávání vlasů, nápadně suchá kůže a zvýšená lomivost nehtů. Kůže bývá pokryta nápadným jemným ochlupením, tzv. lanugem. Z gastrointestinálních symptomů lze jmenovat bolesti břicha a zácpu. Často zjišťujeme bradykardii a arytmií. Metabolické změny jsou výslednicí nutričního strádání, indukovaného zvracení a abúzu laxativ, případně diuretik. Můžeme se setkat s hypokalemickou alkalózou, v laboratorním nálezu může dominovat hypochloremie a hypokalemie, která se projeví svalovou slabostí a může vyvolat srdeční arytmií až zástavu srdce. Významný je nález dehydratace, na které se podílí snížení příjmu tekutin, zvracení, abúzus laxativ, ale i snížená sekrece vazopresinu. V krevním obrazu se objevuje anémie, leukopenie, případně i trombocytopenie. Klesají hladiny thyreoidálních hormonů v důsledku sníženého bazálního metabolismu a hypercholesterolemie nejasného původu.⁽¹⁰⁾

Diferenciální diagnóza

Přes zřejmé příznaky mentální anorexie je nutné vyloučit jiné psychické či somatické onemocnění. Ze somatických onemocnění je nutné vyloučit diabetes mellitus, Crohnovu chorobu, malabsorpční syndrom, alergii na potraviny, hepatitidu, pankreatitidu, onkologické onemocnění; z psychických poruch psychogenní zvracení, konverzní poruchu,

depresi, schizofrenii, somatizační poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu a toxikománii.

Léčba

Léčba mentální anorexie je komplexní a zahrnuje přístupy biologické i psychologické. Nejdříve posoudíme, zda je nutná hospitalizace. Výrazný pokles hmotnosti spojený s kachexií, somatické komplikace typu metabolického rozvratu, dehydratace a těžší bradykardie, depresivní syndrom a suicidální tendence jsou nejčastější příčinou přijetí na lůžkové oddělení. Je nutné zhodnotit stav výživy a hydratace. Pro normalizaci somatického stavu je potřebné zachovávat principy realimentace kachektických stavů. Realimentace musí být pozvolná a opatrná. V prvních dnech by energetický obsah stravy měl převyšovat odhadnutou předchozí výživu nejvýše o 50 %. Jíst by se měla strava lehce stravitelná, v menších dávkách a častěji. Postupně se celková dávka zvyšuje během 1–2 týdnů na doporučených 3000–3500 kcal. Doporučuje se mírná svalová činnost, neboť bez ní nedochází k obnově svalové hmoty, ale jen k ukládání tuku.⁽¹¹⁾ Jídla podáváme 6× denně, jsou bohatá na bílkoviny a mají nadbytek vitaminů. Postup realimentace je rovněž závislý na spolupráci pacientky. Při nespolepřáci je někdy nezbytné přistoupit i k sondování. Sondování by však mělo trvat co nejkratší dobu. Některé dívky si na tento způsob příjmu jídla zvyknou a není snadné výživu tímto způsobem ukončit. Někdy slyšíme i to, že sondování je zbavuje pocitů viny za příjem jídla, neboť se děje bez jejich přičinění.

Nedílnou součástí léčby mentální anorexie jsou přístupy psychoterapeutické a režimové. Cílem psychoterapie je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy. Psychoterapeutické přístupy se snaží pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je součástí léčby zejména u mladších dětí, které žijí s rodiči. Problémy v rodinném modelu se mohou uplatňovat jak při vzniku, tak i udržování symptomatiky. Je nutné si uvědomit, že mentální anorexie rozvrací sekundárně rodinné vztahy. V průběhu rozvoje onemocnění se často stupňují konflikty mezi rodiči a nemocným dítětem či dospívajícím. Pokud hospitalizace probíhá na specializovaném oddělení, připojujeme k léčbě psychoterapeutickou skupinu pro rodiče pacientů. Rovněž může být využita vícerozodinná terapie.⁽¹²⁾

Důležitou součástí léčby je farmakoterapie, i když nejde o terapii kauzální. Podstatný význam mají zejména psychofarmaka. Vzhledem k depresivnímu syndromu se uplatňují hlavně antidepresiva, v současné době typu SSRI.⁽¹³⁾ V jednotlivých případech lze využít i neuroleptika, např. menší dávky olanzapinu nebo risperidonu.⁽¹⁴⁾ Jako podpůrné léky lze použít preparáty využívané k léčbě hyponutričních a kachektických stavů. Vhodné jsou vitaminy, doplnění chybějících minerálů. Hormonální substituční terapie amenorey, pokud je indikována, patří do rukou gynekologa.

MENTÁLNÍ BULIMIE

Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vedou pacientku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolaného zvracení. Nemocná si na rozdíl od mentální anorexie uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení.

Diagnostická kritéria

MKN-10 uvádí, že pro definitivní diagnózu mentální bulimie je zapotřebí současná přítomnost všech diagnostických kritérií uvedených v tab. 3.

Jako **atypickou mentální bulimii** označujeme téměř typický klinický obraz, při kterém ale chybí jeden nebo více klíčových rysů uvedených v kritériích pro mentální bulimii. Pacientky mají obvykle normální nebo nadměrnou váhu, ale k tomu typická období přejídání následovaná zvracením nebo zneužíváním projímadel. Mohou se objevit částečné symptomy spolu s depresivními příznaky.

Epidemiologie

Mentální bulimie je častější než mentální anorexie. Začíná v pozdějším věku, nejčastěji v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Prevalence je mezi 1–3 % v populaci mladých žen a dívek. Stejně jako u mentální anorexie významně převažují ženy nad muži. Nezřídka předchází mentální bulimii epizoda mentální anorexie, podle některých studií asi v 50 %. Nepochybně jsou značně rozšířené subklinické formy mentální bulimie. V populaci adolescentních dívek a mladých žen je prevalence neúplných klinických obrazů poruchy odhadována asi na 8 % ze všech postupných vyšetření.

Etiologie

Podobně jako u mentální anorexie je i u mentální bulimie etiologie multifaktoriální. Soudíme na vlivy společenské, individuálně psychologické i biologické. Celkové společenské klima, nahrávající vzniku poruchy příjmu potravy, bylo již zmíněno u mentální anorexie. Zatímco u mentální anorexie se pacientka snaží o nadměrnou kontrolu, u bulimie

Tab. 3: Diagnostická kritéria mentální bulimie

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků typu anorektik, diuretik nebo L-tyroxinu. Pokud se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému vynechávání inzulínové léčby.
3. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Pacient si určí váhový práh nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často bývá v anamnéze dřívější anorektická epizoda – interval se pohybuje od několika měsíců do více let. Tato epizoda mohla být plně vyjádřena nebo mohla mít podobu mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy a/nebo přechodnou fází amenorey.

dochází k úplné ztrátě kontroly jak v oblasti příjmu jídla, tak i emočního prožívání.

V rodinách dívek s mentální bulimií se uvádí vyšší výskyt afektivních poruch, zejména depresí. Onemocnění samo sekundárně devastuje rodinné vztahy, což nepochybně patří mezi udržující faktory onemocnění.

Klinický obraz

Pro mentální bulimii jsou charakteristické záchvaty „vlčího“ hladu, při nichž pacient sní najednou obrovské dávky jídla. Přitom zůstává touha po štíhlosti. Typicky pacientka ráno a v poledne hladoví, snaží se udržet jídlo a svou váhu pod kontrolou. Odpoledne či navečer tyto kontroly selžou a ona se přejí. Při přejedení může jít o mnohonásobky doporučeného příjmu potravy. Typicky následují výrazné pocity viny. Dívky si vyčítají, že opět selhaly, že budou silné, mají depresivní prožitky. Pocit viny nejčastěji řeší vyvoláním zvracení. Zpočátku je vyvolávání zvracení obtížné, postupně se může stát i spontánním. Pacientky pak zvrací i vícekrát denně, aniž by si to vědomě přály. Hmotnost nápadně fluktuuje, může stagnovat, stoupat i klesat v závislosti na množství požitého jídla a častosti zvracení. Postupně se rozvine typický kruh, na jehož počátku je záchvat hladu s přejedením, následují pocity viny a zvracení. Následuje pocit opětovného selhání a po určité době nové přejedení. Tento cyklus se může během dne opakovat vícekrát. V některých případech nemusí po přejedení následovat zvracení, které je nejčastější, ale mohou být zneužívána laxativa, po přejedení může následovat excesivní cvičení.

V psychopatologickém obrazu dominuje ovládavá myšlenka na jídlo, váhu a štíhlost postavy. Je přítomen strach z nadváhy. Častá je emoční labilita a depresivní prožívání, které může vést k suicidálnímu jednání. V některých případech pacientky zneužívají alkohol, drogy nebo léky. Rovněž u mentální bulimie dochází k devastaci vztahu s blízkými osobami, hlavně s rodiči.

Somatické souvislosti mentální bulimie

Klinický obraz je dán kombinací nutričního strádání, epizod hyperfagie a následného zvracení. I při mentální bulimii se může rozvinout závažná porucha vnitřního prostředí. Zvracení vede k hypokalemické alkalóze se zvýšenou hladinou sérového bikarbonátu, hypochloremii a hypokalemii. Případný abúzus laxativ vede naopak k metabolické acidóze a snížení hladiny sérového bikarbonátu. Hypokalemie může způsobovat spavost a únavnost, může vést k srdeční arytmii, případně až k srdeční zástavě. Opakované zvracení a epizody omezování jídla a tekutin vyvolají dehydrataci. Zvracení poškozuje zubní sklovinu a vyvolá zvýšenou kazivost chrupu. V důsledku zvracení může dojít k reaktivnímu zvětšení příušních žláz, které je spojeno se vzestupem hladiny sérové amylázy. Vyšetření amylázy může být proto cenným ukazatelem stavu nemocné. Zvětšení příušních žláz u pacientek přináší též psychologický problém, neboť jejich obličej vypadá širší a ony si potvrzují svůj pocit nadváhy. Vzácnou somatickou komplikací mentální bulimie, která ohrožuje život, je akutní dilatace žaludku a ruptura jícnu.

Diferenciální diagnóza

Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit mentální bulimii od jiné psychické nebo somatické poruchy. Z psychiatrických onemocnění přichází v úvahu zvracení konverzní etiologie, přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami. Do této kategorie patří tzv. psychogenní přejídání, kdy postižený konzumuje větší dávky potravy jako reakci na stresovou situaci. Je nutné též odlišit od depresivní poruchy, neboť, jak bylo uvedeno, je mentální bulimie často spojena s depresivním syndromem a suicidálním chováním. Ze somatických onemocnění je nutno myslet na tumory CNS, onemocnění jícnu a žaludku, gastroezofageální reflux.⁽¹⁰⁾ Je zapotřebí, aby každý pacient s mentální bulimií byl kompletně somaticky vyšetřen. Mentální bulimie může doprovázet jiná onemocnění, poměrně často se vyskytuje při diabetes mellitus. Může se rozvinout závislost na alkoholu a jiných návykových látkách.

Terapie

Stejně jako při mentální anorexii přichází v úvahu jak ambulantní léčba, tak hospitalizace. Rozhodnutí záleží na somatickém stavu, stavu výživy, případně na metabolickém rozvratu. Důležitým faktorem je depresivní syndrom s případnými suicidálními tendencemi, který indikuje pobyt na lůžkovém oddělení. Léčba je komplexní, zahrnuje individuální a skupinovou psychoterapii, režimová opatření, součástí léčebných postupů je rodinná terapie. Vhodná může být tzv. vícerodinná terapie. Individuální psychoterapie bývá nejčastěji orientována kognitivně-behaviorálně. S úspěchem jsou používány svépomocné manuály pro léčbu. Kognitivně-behaviorální psychoterapie je zaměřena na zvládání záchvatů přejídání a následného zvracení a na změnu postojů vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti.⁽¹⁵⁾ Alternativně se používá psychoterapie dynamicky a psychoanalyticky orientovaná.

Při práci s pacientkami s poruchou příjmu potravy lze kombinovat více přístupů. Medikamentózní terapie je symptomaticky zaměřena na depresivní syndrom, který často doprovází mentální bulimii. Používají se zejména preparáty typu SSRI.⁽¹⁶⁾

SPECIFICKÉ PORUCHY PŘÍJMU JÍDLA V ÚTLÉM A DĚTSKÉM VĚKU

Kromě výše uvedené mentální anorexie a mentální bulimie s počátkem v mladším dětském věku se u dětí můžeme setkat se specifickými symptomy vázanými na příjem jídla. Jde o ruminaci a piku, které se vyskytují převážně v raném věku.

Ruminace

Jde o poruchu příjmu jídla spojenou s opakovanou regurgitací, u které není přítomna nauzea. Se symptomem ruminace se lze setkat zejména v útlém věku u kojenců, ale i ve věku batolecím i pozdějším. Ruminace se častěji vyskytuje u dětí s mentální retardací. Podmínkou diagnózy je nepřítomnost organického onemocnění gastrointestinálního traktu. U dětí s ruminací nevidíme známky nevolnosti či jiných negativních pocitů. Děti vypadají naopak spokojeně a častěji ruminují v době, kdy jsou samy. V rámci poruchy může dojít k poklesu či stagnaci hmotnosti, dehydrataci a elektrolytovému a metabolickému rozvratu. Porucha může vést až ke kachexii a následnému ohrožení života.

Pika

Jako pika je označováno požívání nestravitelných látek, které nejsou k jídlu určeny. Může se jednat o hlínu, barviva, odpadky, písek, vlasy, papír, textilie a další. Rovněž pika je spojena s raným věkem dítěte a ve starším věku přetrvává velmi zřídka. Bývá spojena s deprivačními fenomény a často s nízkou sociokulturní úrovní rodiny. Pika se může vyskytnout v rámci širší psychiatrické poruchy, jako je infantilní autismus, mentální retardace, psychotické onemocnění. Může se však objevit i jako izolovaný příznak. Dítě může takto reagovat například na rozvrat soužití rodičů, výchovné zanedbávání nebo i týrání. Postižené děti mohou být ohroženy na životě otravou nebo vznikem ileu v důsledku konzumace nestravitelných látek.

ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy jsou závažným psychickým onemocněním, které negativně ovlivňuje osobnostní vývoj dětí a dospívajících. Zároveň může způsobit somatické poškození v důsledku podvýživy a kachexie. Udávaná mortalita dosahuje až 8%, většinou v důsledku somatických komplikací; na mortalitě se podílí také suicidalita. Při diagnostice a léčbě je nutná spolupráce více lékařských oborů, zejména pediatrie a pedopsychiatrie. |

LITERATURA

1. **Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.** Psychiatrické centrum Praha 1992.
2. **Krch FD.** Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada Publishing 2005.
3. **Uhlíková P.** Poruchy příjmu u dětí a dospívajících. In: Papežová H, et al. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Praha: Mladá fronta 2018.
4. **DSM-5.** Praha. Hogrefe-Testcentrum 2015.
5. **Hornberger LL, Lane MA.** Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics* 2021; 147 (1): e2020040279.
6. **Krásničanová H.** Vztahy mezi tělesnou hmotností a skeletální maturací. Stav výživy a biologický věk – vybrané auxologické aspekty. *Postgrad Med* 2010; 12(Příloha 2): 52–58.
7. **Papežová H (ed.).** Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada Publishing 2010.
8. **Shah M, Sachdeva M, et al.** Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Res* 2020; 290: 113122.
9. **Vuillier L, May L, et al.** The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *J Eat Disorder* 2021; 9.
10. **Lebl J, Janda J, Pohunek P, Starý J, et al.** Klinická pediatrie. Praha: Galén 2012.
11. **Ulrichová M, Radvanský J, Koutek J.** Tělesné složení u pacientek s mentální anorexií. *Psychiatr Praxi* 2011; 22(1): e9–e15.
12. **Dare C, Eisler I.** A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2000; 8: 4–18.
13. **Couturier J, Lock J.** A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16(4): 173–176.
14. **Brewerton TD, D'Agostino M.** Adjunctive use of olanzapine in the treatment of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents in an eating disorders program. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2017; 27(10): 920–922.
15. **Herpertz-Dahlmann B.** Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30(6): 438–445.
16. **Papežová H, Kocourková J, Koutek J.** Poruchy příjmu potravy. In: Raboch J, et al. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV.* Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP 2014.