

# PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY VÝŽIVY: INCIDENCE, RIZIKOVÉ FAKTORY, ŠANCE A ÚSKALÍ PREVENCE

## PSYCHOSOMATIC EATING DISORDERS: INCIDENCE, RISK FACTORS, OBSTACLES AND POTENTIAL IN PREVENTION

VLADIMÍR BENCKO, MICHAİL TRYFOS

*Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav hygieny a epidemiologie, Praha*

### SOUHRN

Mentální anorexie je psychické onemocnění projevující se jako multifaktoriální porucha příjmu potravy, která postihuje především adolescentní dívky a mladé ženy, vedoucí k hladovění a nadměrné ztrátě hmotnosti. Může mít za následek více komplikací, které ovlivňují různé orgánové systémy. Ty vedou k závažným poruchám s nejvyšší úmrtností mezi všemi mentálními nemocemi. Pokud jde o prevalenci jiných poruch příjmu potravy, jako je bulimie a záchvatovitě přejídání, tyto poruchy příjmu potravy jsou méně nebezpečné pro většinu klinických případů, nicméně také obtížně léčitelné. V našem sdělení se zabýváme také nedávnými změnami klasifikace poruch příjmu potravy a nabízíme stručný přehled o klinickém obrazu a epidemiologii nejčastějších poruch příjmu potravy se zaměřením na možnosti a úskalí prevence v uvedeném kontextu.

*Klíčová slova:* poruchy příjmu potravy – prevence, epidemiologie, psychosociální intervence

### SUMMARY

Anorexia nervosa is a mental dysfunction manifested as multifactor eating disorder. It mainly affects adolescent and young women and leads to starvation and excessive weight loss, with associated complications that affect a number of organ systems.

Other eating disorders such as bulimia nervosa and binge eating are clinically less dangerous but equally difficult to manage. This paper examines recent changes in classification of eating disorders and presents a brief review of the clinical picture and epidemiology of their most common forms, with a view to preventive potential and obstacles.

*Key words:* prevention of eating disorders, epidemiology, psychosocial intervention

### Historická poznámka

Hippokrates již v 5. století před Kristem zmiňuje psychosomatické poruchy výživy a označuje je jako asinthia. Galén ve 2. století n. l., jako první v uvedeném kontextu, použil termín anorexia. Sv. Kateřina ze Sienny jako jedna z prvních historicky doložených osobností ve 14. století n. l. zemřela dobrovolně hladem ve věku 33 let. Od 16 let přežívala pouze o chlebu, vodě a čerstvé zelenině, kořínky si vyvolávala zvracením, pokud měla pocit přejedení. Byla respektovanou poradkyní králů a papežů v důležitých státnických problémech (1, 2).

### Definice problému

Zmíněné poruchy příjmu potravy jsou definovány jako stavy charakterizované abnormálními stravovacími návyky, které mohou zahrnovat buď nedostatečný, nebo nadměrný příjem potravy, nebo chování, určené pro řízení hmotnosti, které vyústí ve výrazné snížení fyzického zdraví nebo anomální psychosociální fungování postiženého jedince. Mentální anorexie a bulimie

jsou nejčastější specifické formy poruch příjmu potravy a byly uznány jako diagnostické jednotky v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, v jeho čtvrtém vydání (DSM–IV) (American Psychiatric Association, 1994), jako nové diagnostické subjekty v pátém vydání v roce 2013 (3, 4). Mentální anorexie je charakterizována jako nadměrné omezení jídla, iracionální strach z přibývání na váze a zkreslené vnímání vlastní tělesné hmotnosti nebo tvaru těla. Tento stav obvykle zahrnuje nadměrná restrikce výživy.

Mentální bulimie je charakterizována opakovanými epizodami přejídání současně s nějakou formou nevhodného chování, jejímž cílem je kompenzace, jako je vlastní indukované zvracení nebo užívání projímadel nebo excesivní cvičení či jiná fyzická zátěž. Průměrné odhady prevalence mentální anorexie u mladých žen ve Spojených státech a západní Evropě se pohybují kolem 0,3 %, zatímco u mentální bulimie kolem 1,0 % s tím, že klinické studie naznačují obavy, že ve skutečnosti je rozšířenější.

Poruchy příjmu potravy klinické závažnosti, které nesplňují diagnostická kritéria pro některou z těchto dvou poruch příjmu potravy uznaných v DSM–IV (mentální anorexie a bulimie), byly klasifikovány jako poruchy pří-

jmu potavy, pokud není uvedeno jinak (EDNOS), což je nejčastější kategorie poruch příjmu potavy, se kterou se lze setkat v běžné klinické praxi. Kategorie DSM byly v pátém vydání (DSM-V) částečně změněny a do kategorie dříve známé jako EDNOS přerazeny mezi „Jiné specifické poruchy výživy a poruchy příjmu potavy“ (OSFED – Other Specified Feeding or Eating Disorder) a zařazeny jako poruchy výživy spojené s přejídáním jako specifické nemoci a byla rozšířena kritéria již uznaných specifických poruch příjmu potavy a tím byl zredukován počet případů spadajících do nespecifické OSFED kategorie.

### Epidemiologické aspekty

Incidence **anorexia nervosa** (AN) je nejvyšší ve věkové kategorii 15–19 letých dívek, které v době šetření představovaly přibližně 40 % diagnostikovaných případů v UK a Nizozemsku, což představovalo hodnotu 109,2 na 100 000 osoboroků. Prevalence u dospělých žen měla hodnotu 0,9 %.

Mortalita u AN je nejvyšší mezi všemi mentálními nemocemi. Vážený poměr mortality CMR byl 5,1 úmrtí na 1000 osoboroků. Jedno z 5 úmrtí u AN pacientů byla sebevražda! (5, 6).

**Bulimia nervosa** (BN) má ve srovnání s AN významně nižší úmrtnost s váženou hodnotou CMR 1,74 na 1000 osoboroků. Prevalence je vyšší než u AN představující hodnoty kolem 1 % v populaci mladých žen v hospodářsky rozvinutých zemích. Incidence je kolem hodnoty 40 na 100 000 osoboroků.

**Psychogenní přejídání** (BED) a atypické formy poruch příjmu potavy jsou nejčastější poruchy příjmu potavy (PPP).

Z nich nejčastější je záchvatovitě přejídání (1,9% podíl žen a 0,3% mužů). **Suma celoživotní prevalence všech atypických PPP** v letech 2004–2011 se v ČR pohybovala mezi 3,2–4 pacienty na 100 000 obyvatel a u hospitalizovaných pacientů se odhadovala mezi 5–7 na 100 000 (7). Česká republika je v prevalenci těchto onemocnění srovnatelná s jinými západními státy. Spíše se řadí mezi státy s vyšší prevalencí (Francie 4,15 %, Belgie 3,4 %, Itálie 3,35 %, Španělsko 2,42 %, Nizozemsko 1,74 %, Německo 1,28 %) (8). Všechny tyto údaje nutno brát s určitou rezervou, protože zásadním způsobem závisí na způsobu sběru dat a navíc se průměrné hodnoty zásadně liší u žen a mužů (např. v Itálii na 4,7 % u žen a 0,6 % u mužů) a významný problém představuje také registrace případů psychogenního přejídání a všech atypických forem příjmu potavy.

### Rizikové faktory

Anorexie a bulimie jsou 9krát častější u žen než u mužů, tedy rizikovými faktory jsou pohlaví, dále věk a etnický původ.

Incidence PPP je nejvyšší v hospodářsky rozvinutých zemích ve věkové kategorii adolescentů a často se označuje jako „nemoc bílých dívek“ (9, 10).

K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří také negativní vnímání tvaru vlastního těla, což platí zejména pro tanečnice/baletky, modelky, a v neposlední řadě gymnastky.

Mezi významné rizikové faktory PPP se řadí také psychické zvláštnosti/úchytky, zejména negativní emoционаlita, impulzivita, perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost.

Rodinná anamnéza výskytu PPP podobně jako sexuální zneužívání jsou významnými rizikovými faktory PPP zejména u žen, které byly zneužívány v dětském věku a později také jako adolescentní dívky nebo mladé ženy.

Abnormální dietní postoje, např. časté zkoušení různých diet, může vyústit v některou z uvedených forem PPP.

Role serotoninu jako rizikového faktoru PPP je v jeho fyziologické funkci zprostředkování pocitu sytosti, částečně také reguluje příjem sacharidů. U BN deficit serotoninu v CNS vede k oslabení pocitu sytosti. U AN vede zvýšení koncentrace/senzitivity k serotoninu k omezení příjmu jídla a tím ke snížení hmotnosti. Tryptofanová deplece pak snižuje tvorbu serotoninu v mozku. Aktivita serotoninu končí jeho vazbou na jeho transportní protein vykazující polymorfismus S/L související s účinností antidepresiv (1).

Podíl dědičnosti se u PPP odhaduje na 56–84 %, dosud bylo studováno 128 polymorfizmů u 43 genů především na chromozomech 1 a 10. Nedávno byl popsán genetický polymorfismus u transportéru norepinefrinu u restriktivní (ne u purgativní) formy AN a abnormální formy receptoru pro estrogen (1).

### Komplikace

Spektrum komplikací provázejících klinický průběh PPP je široké a zásadně závisí na tom, kterou alternativou ze zmíněných tří diagnóz trpí konkrétní nemocný.

**AN:** Únavnost, chronická zácpa, poruchy svalstva až paralýza některých svalů, retardace růstu u dětí, amenorea, opoždění puberty, steatóza jater, anemie, nedostatečná periferní cirkulace, redukce kostní hmoty, hypokalemie.

**BN:** Zubní kaz, chronický gastroezofageální reflux, ezofagitida, gastrická paréza, zácpa, peptický vřed, Malloryho-Weissův syndrom, Boerhaaveův syndrom, dehydratace vedoucí ke sníženému krevnímu tlaku a nerovnováze elektrolytů jako hypokalemie, srdeční arytmie s rizikem smrti. Asociace s diabetem 2. typu.

**BED:** Komorbidity obezity jako diabetes mellitus 2. typu, vysoký krevní tlak, kardiovaskulární nemoci, gastrointestinální problémy, únavnost a obstruktivní spánková apnoe (1, 11, 12).

### Léčba

**Nutriční rehabilitace** k obnově normální/průměrné tělesné hmotnosti je nezbytná u klinicky závažných případů. U všech případů PPP je nezbytná psychosociální intervence v rámci kognitivní individuální behaviorální terapie, nebo její rodinná varianta, která je pokládána za účinnější a spolupracující rodinné zázemí je po ukončení hospitalizace kardinální podmínkou (bohužel ne zárukou) potenciálního úspěchu terapie.

**Farmakologická léčba:** Antidepresiva, antiepileptika používaná občas u anorexie i bulimie a antiobezitika při léčbě psychogenního přejídání.

Závislost šancí prevence na sociálním prostředí, psychologických zvláštlostech, zvyklostech příslušné populace, předsudcích a obtížně změnitelných vzorcích myšlení je zřejmá. Nezbytná je také kultivace spolupráce s médií s cílem podpory rozvoje zdravotní gramotnosti populace.

Zakořeněné tradiční představy ve společnosti, zvláště pak psychologické a sociální tlaky zdůrazňující štíhlost představují vážné úskalí preventivních snah v oblasti PPP.

Ve snaze o propagaci racionální výživy jako prevence nadváhy a obezity je důležité nepřehánět důraz na hodnotu BMI! I dobře míněná kampaň může mít negativní dopady. Některé dívky z touhy po zviditelnění mohou svoji restriktu příjmu potravy ještě zvýšit.

Americká akademie pro PPP v roce 2006 doporučila módním tvůrcům a vládním legislativcům v reklamních akcích prezentovat modelky s BMI minimálně 18 (u adolescentních dívek věkové kategorie 16–18 let minimálně 17,4; u mužů 17,7), v Izraeli byla snaha o zákaz modelingu pod BMI 19. Aktivita (legislativní a vládní) v uvedeném duchu proti propagaci extrémní štíhlosti proběhly ve Velké Británii a Španělsku.

Na rozdíl od prevence drogových závislostí, kdy veřejnost připouští jejich nezpochybnitelnou škodlivost zejména pro dětskou populaci, je argumentace v oblasti PPP obtížnější.

Drastické příklady, např. dramatická smrt modelky, nebo odstrašující kampaň (billboardy, Olivero Toskán/Isabella Carová) mají obvykle krátkodobý efekt.

Televizní reklama, 11 % vysílání, má značný vliv zejména na mládež 10–18 let trávící denně až 120 min u TV přijímačů (13).

Klíčový význam v prevenci PPP má v uvedeném kontextu práce na zdravotní gramotnosti již na základních školách (14, 15) především pak u adolescentních dívek a mladých žen.

Kruciální je role rodiny. Rodiče by měli zdůraznit význam zdraví a přiměřené hmotnosti, předejít vzniku nezdavých stravovacích návyků, odradit je od extravagantních diet, nekritizovat jejich vnější vzhled a povzbuzovat jejich sebevážnost a sebedůvěru.

Školní výchova by měla napomáhat nejen v rozvíjení zdravotní gramotnosti a výchově k adekvátním vzorcům chování v kolektivu spolužáků a snažit se v zárodku tlumit tendence k šikaně a poskytnout možnost k poradenství, podporovat a motivovat žáky/studenty k pohybovým aktivitám.

Užitečné mohou být poradenské aktivity nebo možnost telefonních „helplines“.

Zásadní význam má také sekundární prevence: včasné zaznamenání varovných příznaků hrožící anorexie u adolescentních dívek a mladých žen. K nim patří zejména jejich nápadné ztišení a „propadání se do sebe“. Následná včasná psychosociální intervence dává naději na excelentní výsledky (16).

vě nejen na fyzické, ale zejména na duševní zdraví pacientů. Kontinuální růst jejich výskytu v posledních 20 letech je znepokojující (1, 10). Navzdory pokroku v diagnostice a léčbě nedošlo v posledních desetiletích k zásadnímu snížení morbiditu a s ní související mortality v důsledku poruch příjmu potravy. Nedávná reklasifikace poruch příjmu potravy se zavedením DSM-5 v roce 2013 pomohla v diagnostice a léčbě poruch a povolila zvýšení pojistného krytí pro pacienty (2). Výzkumné studie pomohly optimalizovat farmakologickou léčbu. Psychologické intervence poskytované pacientům významně přispívají ke zlepšení výsledků léčby. Specializované kliniky pro poruchy příjmu potravy jsou nanejvýš pravděpodobně optimálním řešením díky poskytované komplexní péči.

Hromadné sdělovací prostředky hrají významnou roli ve vzestupu výskytu poruch příjmu potravy tím, že líčily a často i dnes podbízí extrémní štíhlost dospívajících dívek a mladých žen jako ideál krásy. Tento nežádoucí trend se v řadě zemí pod rostoucím společenským a v některých zemích i politickým tlakem pomalu zastavil a sdělovací prostředky začínají pomáhat v prevenci zdůrazňováním významu zdravé tělesné hmotnosti. V budoucnu zaměření na racionální prevenci poruch příjmu potravy ve vysoce rizikové skupině adolescentních dívek a mladých žen ve vyspělých zemích bude snad mít za následek žádoucí zastavení růstu jejich incidence.

*Poděkování:*

*Tento článek vznikl v rámci aktivit podporovaných projektem PRVOUK-P28/1LF/6.*

## LITERATURA

1. Papežová H, editor. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada; 2010.
2. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Aug;14(4):406-14.
3. Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: an evidence-based review. *Indian J Psychiatry.* 2010 Apr;52(2):174-86.
4. de Jonge P, Alonso J, Stein DJ, Kiejna A, Aguilar-Gaxiola S, Viana MC, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control disorders and depression. *Diabetologia.* 2014 Apr;57(4):699-709.
5. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry.* 2005 Feb;186:132-5.
6. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2006 Jul;19(4):389-94.
7. Nechanská B. Péče o pacienty s diagnózami F.50.0-F.50.9 (poruchy příjmu potravy) v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2006-2011. Aktuální informace ÚZIS ČR. 2012(62):1-11.
8. Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* 2009 Sep;43(14):1125-32.
9. Mazzeo SE, Bulik CM. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009 Jan;18(1):67-82.
10. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E, Papežová H. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergo-

## Závěr

Poruchy příjmu potravy v rozvinutých zemích ovlivňují nezanedbatelnou část populace a působí nepříznivě

- ing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 May;45(5):541-50.
11. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):348-58.
  12. Gaudio S, Di Cionno V. Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. Psychosom Med. 2011 Nov-Dec;73(9):769-74.
  13. Uhlíková P, Papežová H, Hellerová P. Děti, mládež a reklama - co mládeži nabízí média. Čes Slov Psychiat. 2005;101 Suppl 1:30-2.
  14. Suchopárová L, Forejt M. Prevence poruch příjmu potravy a propagace správné výživy na základních školách. Hygiena, 2014;59(4):157-61.
  15. Mužíková L. Škola a zdraví pro 21. století, 2010: podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů. Brno: Masarykova univerzita; 2010.

*Došlo do redakce: 24. 11. 2014*

*Přijato k tisku: 28. 12. 2014*

*Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.*

*Ústav hygieny a epidemiologie*

*1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze*

*Studničkova 7*

*128 00 Praha 2*

*E-mail: vladimir.bencko@lf1.cuni.cz*