

Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování

Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování zahrnují abnormní příjem potravy a stravovací chování, které

- nelze vysvětlit jiným onemocněním
- není vývojově přiměřené
- neodpovídá vývojovým kulturním zvyklostem

Poruchy příjmu potravy (PPP)

- abnormální stravovací chování a nadměrné zaobírání se jídlem, spolu s výraznými obavami ohledně tělesné hmotnosti a tvaru těla.

- Mentální anorexie (*anorexia nervosa*, AN)
- Mentální bulimie (*bulimia nervosa*, BN)
- Psychogenní přejídání (*binge-eating disorder*, BED)

Poruchy stravovacího chování

- poruchy chování, které nesouvisí s obavami ohledně tělesné hmotnosti a tvaru těla, jako je konzumace nejdých látek nebo volní regurgitace potravin.

- Pika
- Ruminačně-regurgitační porucha

Poruchy příjmu potravy PPP

Epidemiologie

Celoživotní prevalence jakékoli PPP je přibližně **1 %**

- mentální anorexie : ~0,16 %
- bulimie: ~0,63 %
- záchvatovité přejídání: ~1,5 %

PPP postihují **výrazně častěji ženy** (asi 10× vyšší riziko než u mužů) a typicky začínají v adolescenci nebo rané dospělosti.

- Anorexie nejčastěji začíná mezi 15–19 lety.
- Bulimie mezi koncem dospívání a časnou dospělostí
- Psychogenní přejídání se může objevit později (od střední adolescence až do dospělosti) a je relativně častější u mužů a starších osob.

PPP se vyskytují ve všech populačních skupinách, včetně dětí a mužů (často jsou nedostatečně diagnostikovány). Výskyt PPP se zvyšuje v **LGBTQ+ populaci** (v souvislosti s tzv. minoritním stresem) a u některých **etnických menšin**, a to i srovnatelně nebo více než u osob evropského původu.

Nedávné zvyšování se připisuje změnám v kultuře a v přístupu k zdravotní péči.

Celkově je zatížení poruchami příjmu potravy značné – celosvětově postihují miliony lidí a představují významnou zátěž pro zdravotní systémy (např. rostoucí počet hospitalizací)

Významnou část případů představují tzv. atypické formy PPP, kde nejsou splněna všechna diagnostická kritéria pro danou poruchu (a nemusí tak být započteny do oficiální prevalence), ale dopady na zdraví jsou obdobné

Rizikové faktory:

- ženské pohlaví
- adolescence a mladá dospělost
- genetická zátěž (rodinný výskyt PPP)
- psychosociální zranitelnost (perfekcionismus, trauma)
- tlak na výkon a vzhled (např. u studentů a sportovců)

Etiopatogeneze

Příčiny vzniku PPP jsou multifaktoriální (zahrnují biologické, psychologické a environmentální faktory).

Biologické faktory

- **Genetika:** dědičnost PPP se odhaduje na **50-60 %** (dle studií dvojčat a rodin), u AN je významnější.
 - u mentální anorexie (AN) byly nalezeny genetické korelace nejen s jinými psychickými poruchami, ale i s metabolickými znaky (glykémie, lipidy, tělesné parametry) To podporuje teorii „metabolicko-psychiatrického“ původu AN.
 - U rodinných příslušníků pacientek s PPP častěji nalézáme PPP, úzkostné poruchy (např. OCD), závislosti nebo poruchy nálady
- **Neurotransmitery a hormony**
 - dysfunkce složitého řízení a regulace příjmu potravy v rámci **nervového a endokrinního systému**
 - Hlavní roli v jídelním chování hraje **mozková kůra, limbický systém a hypothalamus**. Nervové okruhy jsou pak regulovány řadou chemických látek - jak z mozkových buněk, tak z periferie těla. (*Orexigenní* chemické látky zvyšují chuť k jídlu, *anorexigenní* snižují)
 - Na pocitu sytosti a snížení příjmu sacharidů se uplatňuje **serotonin**, na snížení příjmu proteinů pak **dopamin**.
 - Dopaminové dráhy řídí i **souvislost mezi jezením a pocitem uspokojení** (mesolimbická dopaminergní dráha odměny). Zapojuje se i GABA, opioidy, neuropeptidy a další mediátorové systémy. U AN a BN vykazuje mesolimbický okruh dysfunkci
 - Na vznik onemocnění se mohou podílet i změny mozku navozené stresem - v rizikovém období dospívání, případně změny navozené jinou duševní poruchou.
 - Uplatňují se i změny endokrinního systému. **Hormony hladu a sytosti** (*leptin, ghrelin, peptid YY, inzulin, orexiny*) jejich hladiny u PPP jsou narušeny a ovlivňují systém odměny.
- **Mozkové faktory**
 - Perinatální poškození mozku (během porodu) zvyšuje riziko PPP
 - Rizikový je i předčasný porod a další jeho abnormality
 - U řady pacientek jsou nalézány menší rozměry mozku s rozšířením mozkových komor (**mozková atrofie**) a odlišnosti ve fungování mozku (**menší průtok krve, menší**

elektrická odpověď neuronů...)

- U BN a záchvatovitého přejídání se pozoruje zvýšená impulzivita, oslabená inhibiční kontrola, citlivost na podněty spojené s jídlem.

Psychologické faktory

- premorbidní osobnostní rysy: **perfekcionismus**, úzkostnost, **obsedantní a rigidní způsob myšlení, impulzivita** (hlavně u BN/BED) hraniční porucha osobnosti, sklony k závislostem
- Nízké sebevědomí, špatná tolerance negativních emocí, zkreslené vnímání těla
- Trauma v dětství (zneužívání, šikana) zvyšuje riziko vzniku PPP
- Rodinná dynamika
 - přehnaná kontrola, těsnost vztahů (narušení hranic a nedostatečně naplněná potřeba autonomie)
 - stres v rodině – rodinný nesoulad, rozvod rodičů, odchod jednoho z rodičů, onemocnění rodiče, chronické problémy se sourozencem, nezájem ze strany rodičů, tlak na perfekcionismus a výkon ve výchově, nejistota v primární vazbě na rodiče... ale neexistuje univerzální „PPP rodina“.

Environmentální faktory

- Společenský tlak
 - kult štíhlosti, idealizované tělesné obrazy, zejména v kritických vývojových obdobích, velký vliv médií na internalizaci ideálů krásy vede k nespokojenosti s vlastním tělem, držení diet...
 - Riziková prostředí: zejména tam, kde je štíhlé tělo nástrojem obživy a kde je neadekvátní tlak na výkon (modelky, baletky, gymnastky...)
- Vliv vrstevníků a rodiny, životní stresory.
- Socioekonomický status
- Životní události: traumata, ztráty a stres v rodině mohou být spouštěčem u zranitelných jedinců.
 - Relativně častý je výskyt negativních zážitků, které souvisejí se sexualitou (zážitky znechucení, zážitky studu či zklamání v prvních sexuálních kontaktech, často je psychosexuální vývoj opožděn)
 - časná menarché (časný nástup menstruace a puberty)
 - odloučení a nutnost se přizpůsobit nové kultuře (častější výskyt PPP u žen žijících v cizích zemích)

Neměnné, neovlivnitelné faktory:

- **Pohlaví** – ženy významně častěji onemocní PPP
- **Věk** – nejrizikovější je období adolescence a časná dospělosti
- **Sexuální orientace** – např. až 27 % mužů s PPP je homosexuálních nebo bisexuálních

Klinický obraz**Mentální anorexie *Anorexia nervosa* (AN)**

- úmyslné snižování tělesné váhy a udržování abnormálně nízké hmotnosti, dělíme dále na:
 - restriktivní typ (odmítání jídla)
 - purgativní typ (snižování váhy zvracením nebo jinými metodami)

Jedná se o dobrovolné hladovění a **intenzivní strach z přibírání na váze** i přes **těžké omezení**

příjmu kalorií. Pacienti si udržují abnormálně nízkou hmotnost. Projevuje se u nich **zkreslený obraz vlastního těla** (často popírají závažnost nízké hmotnosti). Typické chování zahrnuje **extrémní diety**, striktní pravidla ohledně jídla a někdy kompenzační chování po příjmu relativně většího množství kalorií ve formě nadměrného cvičení, zvracení, nebo používání laxativ. **Objektivní známky** zahrnují *kachexii* (extrémní štíhlost), *lanugo* (drobné celotělové ochlupení), *intoleranci chladu*, *nízký krevní tlak* a často *amenoreu* (absenci menstruace u žen po menarché). Psychologicky je typické **obsedantní zabývání se jídlem, váhou a kaloriemi.**

Mentální bulimie *Bulimia nervosa* (BN)

Mentální bulimie začíná obvykle o něco později, poměrně často se z anorektické formy vyvíjí. Vyznačuje se **epizodami záchvatovitého přejídání** (velké množství jídla během krátké doby) s následnými **výčitkami** se snahou potlačit kalorický účinek jídla kompenzačním chováním. Záchvat je spojen se **ztrátou kontroly nad jídlem** a následně s **vyvolaným zvracením, zneužíváním laxativ nebo diuretik, hladověním či nadměrným cvičením.** Na rozdíl od anorexie si pacienti s bulimií často **udržují normální hmotnost.** Typické jsou **pocity studu, viny a tajnůstkářství kolem jídla.**

Fyzické projevy související se zvracením zahrnují chronické bolesti v krku, zvětšené příušní žlázy, erozi zubní skloviny a gastroesofageální reflux. Může dojít k elektrolytovým poruchám (hypokalémie, metabolická alkalóza) Objevují se menstruační nepravidelnosti a srdeční arytmie v důsledku ztráty elektrolytů.

Záchvatovité přejídání *Binge eating disorder* (BED)

Porucha příjmu potravy, která nesouvisí s abnormálně nízkou hmotností, ale naopak s **obezitou** a její vzrůstající prevalencí v populaci.

Vyznačuje se **opakovanými epizodami přejídání** (stejně množství a ztráta kontroly jako u BN), ale **bez kompenzačního chování.** Pacienti trpí častým pocitem tísně, studu a viny z přejídání. Mnoho jedinců s BED má nadváhu nebo obezitu. Často se vyskytují metabolické komorbidity (diabetes, dyslipidémie). Další symptomy zahrnují bažení po jídle, rychlé jedení, jedení velkého množství jídla bez pocitu nasycení, nebo jedení až do nepříjemného přesycení, a jedení o samotě kvůli studu.

Psychogenní přejídání typicky vzniká v souvislosti s maladaptivním zpracováním stresových situací a negativních emocí

Společné rysy u všech PPP:

- Nadměrná až obsesivní zaměřenost na jídlo, váhu a tělesný vzhled
- Kolísání nálady
- Častá komorbidita: deprese, úzkostné poruchy, obsesivně-kompulzivní symptomy
- Tajné chování (skryté přejídání, skryté zvracení) a odpor k uznání závažnosti onemocnění

Diagnostika

Pro utajování příznaků může být v počátku svízelná. Často pacienti přicházejí zprvu pro tělesné potíže plynoucí z PPP než pro samotný problém PPP. Diagnostika poruchy příjmu potravy (PPP) je především **klinická**, založená na **anamnéze, psychiatrickém a fyzikálním vyšetření.** Lékaři by měli pojmout podezření, zejména u rizikových skupin, a ptát se přímo: (např. „*Máte pocit, že máte kontrolu nad svým jídlem?*“).

Fyzikální nález:

- nízké BMI nebo rychlý úbytek hmotnosti
- pomalá srdeční akce, snížený krevní tlak, suchá kůže, lanugo (jemné ochlupení), eroze zubní skloviny (při častém zvracení)
- amenorea (vynechání menstruace)

Laboratorní testy pomáhají posoudit somatický stav a vyloučit jiné příčiny:

- Základní metabolický panel často odhalí poruchy elektrolytů (např. hypokalémie při zvracení).
- krevní obraz, hormony štítné žlázy, jaterní enzymy, lipidogram, albumin a celková bílkovina slouží k hodnocení malnutrice, a k vyloučení jiných příčin ztráty hmotnosti

Další vyšetření:

- denzitometrie kostí slouží k odhalení osteoporózy
- EKG je indikováno při pomalé srdečné akci, nebo poruše elektrolytů.
- Neexistuje specifický biomarker PPP, ale některé výsledky (např. hypofosfatémie při refeedingu) ukazují na závažnost stavu.

Standardizované screeningové nástroje jako SCOFF mohou pomoci v záchytu případů, ale nenahrazují komplexní klinické vyšetření.

Diagnostická Kriteria DSM 5:

Anorexie (AN):

- omezení energetického příjmu vedoucí k výrazně nízké tělesné hmotnosti,
- intenzivní strach z přibírání nebo chování, které přibírání brání,
- narušené vnímání vlastního těla nebo popírání závažnosti abnormálně nízké hmotnosti.
- (Amenorea již není podmínkou diagnózy, jako tomu bylo v minulosti)

Bulimie(BN):

- opakované epizody záchvatovitého přejídání (velké množství jídla s pocitem ztráty kontroly),
- opakované kompenzační chování (zvracení, užívání projímadel, nadměrné cvičení) alespoň 1× týdně po dobu 3 měsíců,
- přehnaný vliv tělesné hmotnosti a tvaru na sebehodnocení,
- nenaplnění kritérií pro AN

Záchvatovité přejídání:

- opakované epizody přejídání (podobné jako u BN) alespoň 1× týdně po dobu 3 měsíců,
- výrazná psychická tíseň
- absence pravidelného kompenzačního chování

MKN-10

- Anorexie (F50.0): tělesná hmotnost alespoň o 15 % nižší, přibližně **BMI <17,5**, plus

narušené vnímání těla a amenorea (u žen).

- Bulimie (F50.2): záchvaty přejídání a kompenzace alespoň 2× týdně
- F50.9: neurčená porucha příjmu potravy (pro ostatní případy)

MKN-11 aktualizovala definice:

- AN (6B80): významně nízká tělesná hmotnost (**BMI <18,5** u dospělých, <5. percentil u mladistvých), přetrvávající strach z přibírání hmotnosti, narušené vnímání těla. Amenorea již není nutná.
- BN (6B81): časté ($\geq 1 \times$ týdně) záchvaty přejídání a kompenzační chování - v souladu s DSM-5.
- BED (6B83): přejídání $\geq 1 \times$ týdně po dobu ≥ 3 měsíců, bez kompenzačního chování.

MKN -11 sjednocuje definici s DSM-5, snižuje hranici BMI u AN (<18,5) a frekvenci BN/BED na 1× týdně. Všechny diagnózy dle MKN zdůrazňují, že **symptomy musí způsobovat výraznou psychickou tíseň nebo výrazné funkční postižení v důležitých oblastech života.**

Atypické formy AN, BN - chybí některý z klíčových rysů popsaných v diagnostických kritériích, psychologické a somatické důsledky jsou však srovnatelné s plně vyjádřenými formami.

Komplikace PPP

Tělesné komplikace:

Anorexie:

- Malnutrice poškozuje prakticky všechny orgánové systémy.
- Kardiovaskulární komplikace: bradykardie (pomalá srdeční akce), hypotenze (nízký krevní tlak), srdeční arytmie, abnormality na EKG, závratě, pocity slabosti, mdloby, kolapsy.
- Endokrinní komplikace: amenorea, neplodnost, poruchy pohlavních hormonů.
- Kostní komplikace: osteoporóza z nedostatku vápníku, fosforu a vitamínu D.
- Hematologické: úbytek všech krvinek: anémie, leukopenie, trombocytopenie → zvýšená krvácivost, poruchy imunity.
- Dermatologické: suchá kůže, dermatitida kolem úst, vypadávání vlasů, lámavé nehty, lanugo
- Metabolické: poruchy elektrolytů, nízká funkce štítné žlázy, zvýšený cholesterol.
- Gastrointestinální: zpomalené vyprazdňování žaludku (žaludeční atonie) → i malé množství jídla vyvolává bolest a tlak.
- Neurologické: poruchy z nedostatku vitaminů skupiny B.
- Růst a vývoj: zpomalený růst u adolescentů, multiorgánová atrofie (žaludek, ledviny).
- Riziko refeeding syndromu při léčbě: hypofosfatémie (snížení hladin fosforu), posuny tekutin vede k srdečním a neurologickým komplikacím.
- Zvýšené riziko náhlé srdeční smrti kvůli bradykardii nebo poruchám elektrolytů.

Bulimie:

- Opakované zvracení → poruchy vnitřního prostředí: hypokalémie, hypochlorémie, metabolická alkalóza → arytmie.
- Gastrointestinální: trhliny jícnu (Mallory-Weiss), dilatace žaludku, přetrvávající reflux.

- Zubní: eroze skloviny, zvýšená kazivost.
- Slinné žlázy: hypertrofie - nárůst a otok (zejména příušní žlázy), chronické bolesti v krku.
- Dermatologické: bolest v krku, záněty v ústech.
- Laxativa: chronické průjmy, dehydratace, možné poškození ledvin.

Záchvatovité přejídání:

- Následky obezity: metabolický syndrom, arteriální hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, hyperlipidémie, nealkoholická steatóza jater
- Další somatické dopady: spánková apnoe, bolesti kloubů, gastrointestinální diskomfort (nadýmání, reflux)

Společné riziko:

- Dehydratace (např. ze zneužívání diuretik) → možné selhání ledvin

Psychické komplikace PPP

Souběžnost PPP s dalšími psychiatrickými poruchami je velmi častá.

- Nejčastější komorbidity:
 - Úzkostné poruchy (zejména **OCD**)
 - Deprese
 - Poruchy osobnosti (zejména obsedantně-kompulzivní, **hraniční**)
 - Závislosti (alkohol, stimulanty)
- Další projevy:
 - Sebepoškozování
 - Zvýšené riziko suicidálního jednání (zejména u AN)
 - Obsesivní rituály související s jídlem, myšlenková rigidita (neschopnost zaměřit se na jiné téma, než jídlo)
 - Přidružené kompulzivní chování: trichotillománie (vytrhávání vlasů), dermatillománie (otrhávání kůže)
 - Nízké sebevědomí, sociální stažení, zhoršená kvalita života
 - Narušení vzdělávání, mezilidských vztahů a pracovního fungování
 - Vysoká míra stresu v rodinách, interpersonální konflikty

Léčba

Léčba poruch příjmu potravy (PPP) je komplexní a vyžaduje **multidisciplinární** přístup – kombinuje psychoterapii, nutriční a lékařskou péči a někdy i farmakoterapii.

Lehčí formy jsou léčeny ambulantně nebo ve specializovaných programech denních center (u nás zpravidla stacionáře – např. stacionář na PK VFN).

Závažný průběh PPP je indikací k hospitalizaci na interních, metabolických, pediatrických nebo specializovaných psychiatrických lůžkách s následnou režimovou léčbou.

Psychoterapie:

- Základní forma léčby.
- U dětí a dospívajících s anorexií je preferována **rodinná terapie**.
- **Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)** je účinná hlavně u bulimie a záchvatovitého

přejídání, používá se ale i u anorexie.

- velmi účinná je **skupinová KBT** terapie a vedené **svépomocné skupiny**
- Alternativy: interpersonální terapie (IPT), dialektická behaviorální terapie (DBT)

Farmakoterapie:

- AN: žádný lék neobnovuje hmotnost, ale např. olanzapin může mírnit úzkost způsobenou jídlem.
- BN: fluoxetin (SSRI, až 60 mg/den) je schválen a snižuje frekvenci záchvatů (pravděpodobně efektem na mírnění impulzivity)
- BED: lisdexamfetamin (u nás se v této indikaci nepoužívá, jedná se o psychostimulační látku, je indikován v USA) redukuje epizody přejídání; možné rovněž použití SSRI nebo topiramátu.

Nutriční terapie:

- nedílná součást léčby PPP
- dietolog pomáhá s jídelními plány a obnovením hmotnosti (cílové BMI $\geq 18,5$ u dospělých)
- refeeding u AN začíná pozvolna s důsledným sledováním elektrolytů
- u BN/BED se cílem stává normalizace jídelních návyků a prevence záchvatů přejídání a následného zvracení
- nutriční poradenství řeší rizika malnutrice i obezity

Léčba ve specializovaných ambulancích somatických lékařů

- léčba komplikací (kardiovaskulárních, osteoporózy, obezitologie atd.)

Žádoucí je včasná, koordinovaná a individuálně přizpůsobená léčba vedná multidisciplinárním týmem: lékaři, terapeuti, nutriční specialisté, rodina

Dlouhodobé sledování a **prevence relapsu** (např. podpůrné skupiny) jsou klíčové.

Poruchy příjmu potravy jsou závažné a **život ohrožující nemoci. Údaje o mortalitě u mentální anorexie se pohybuje od 1% do 18%** (nejč. příčiny smrti: sebevraždy, metabolický rozvrat, selhání srdce a další).

Poruchy stravovacího chování

Pica syndrom

- pravidelná kompulzivní **konzumace nevyživujících látek**, jako jsou nejedlé předměty a materiály (např. hlína, půda, křída, sádra, plasty, kovy a papír) nebo syrové přísady do potravin (např. velké množství soli nebo kukuřičné mouky)
- dlouhodobá nebo natolik závažná, že vyžaduje klinickou pozornost u jedince, který dosáhl vývojového věku, ve kterém se předpokládá schopnost rozlišit mezi jedlými a nejedlými látkami (přibližně ve 2 letech)
- chování způsobuje poškození zdraví, narušení fungování nebo významné riziko díky frekvenci, množství nebo charakteru požívaných látek nebo předmětů
- Zahrnuje i tzv. **koprofagii** (pojídání stolice)
- Vyskytuje se u dětí i dospělých

- Predispoziční u dětí jsou neurovývojové vady jako je autismus, mentální retardace, u dospělých např. schizofrenie, těhotenství, demence
- Nese riziko otravy, zavlečení infekce, poranění vnitřních orgánů...
- **Příčiny:** jen vzácně se objeví opravdový deficit některé živiny (např železa - chuť pojídat nepoživatelné kovové předměty), v ostatních případech je to **projev jiné duševní poruchy** nebo jako součást spektra obsedantně-kompulzivního chování

Ruminačně-regurgitační porucha

- úmyslné a opakované vrácení již dříve spolknutého jídla zpět do úst (tj. regurgitace), které může být znovu žvýkáno a znovu spolknuto (tj. ruminace) nebo může být záměrně vyplivnuto (ale ne jako při zvracení)
- časté (alespoň několikrát týdně)
- přetrvává po dobu alespoň několika týdnů
- nelze zcela vysvětlit jiným onemocněním, které přímo způsobuje regurgitaci (např. striktury jícnu nebo nervosvalové poruchy postihující funkčnost jícnu) nebo způsobuje nevolnost nebo zvracení (např. stenóza pyloru)
- Porucha ruminace a regurgitace by měla být diagnostikována pouze u jedinců, kteří dosáhli vývojového věku alespoň 2 roky
- časté u neurovývojových poruch (autismus, mentální retardace), nebo demence

Další abnormální stravovací návyky

Adonisův syndrom (bigorexie)

- nadměrná posedlost vlastním vzhledem a tělesnými proporcemi, je to obrácená anorexie, kdy je člověk posedlý svou malostí, a touhou po nabírání svalové hmoty.
- vyskytuje se zkreslené vnímání vlastního těla, excesivní cvičení, vysoký příjem proteinů, zneužívání steroidů

Orthorexie

- nadměrná posedlost zdravým stravováním, strach z nezdravých potravin, nadměrné zabývání se informacemi o potravinách, které vyplňuje většinu času ve dne

Drunkorexie, alkorexie

- redukování příjmu potravy s cílem snížení příjmu kalorií před plánovaným pitím většího množství alkoholu

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - Psychiatrie pro adiktology

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=poruchy_prijmu_potravy&rev=1747590705

Last update: **2025/05/18 17:51**

