

# Poruchy příjmu potravy u obézních osob

## Úvod

Problematika obezity a poruch příjmu potravy (PPP) má mnoho vzájemně se podmiňujících hledisek. Obezita (a ještě více tzv. dietování) může hrát významnou roli v etiologii poruch příjmu potravy <sup>[1]</sup>. Diety pak, spolu s přejídáním, zase v rozvoji obezity. Obezita v rámci metabolického syndromu vede ke zvýšené kardiovaskulární mortalitě a morbiditě <sup>[2]</sup>, toto riziko pomáhají snižovat bariatrické operace, které léčí nejen obezitu, ale i další složky metabolického syndromu <sup>[3]</sup>.

Poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie, se již dlouho těší zájmu psychiatrů, k internistům se dostávají jen při vzniku komplikací – malnutrice, iontové rozvraty. Je paradoxní, že obezitu naopak léčí téměř výhradně internisté, pokud není provázena např. depresí. Poruchy příjmu potravy u obézních doposud stály zcela stranou pozornosti internistů, a tak pacienti nebyli ani odesíláni k psychiatrické diagnostice.

Mezi obézními se nejčastěji vyskytují následující poruchy příjmu potravy: záchvatovité přejídání (Binge Eating Disorder), noční přejídání (Night Eating Syndrome) a kontinuální jedení (Grazing). Jednotlivé poruchy dále podrobněji specifikujeme.

Žádná z uvedených poruch příjmu potravy není specifikována v MKN 10. V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nalézáme kategorie Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.4>)), Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.5>)), Jiné poruchy příjmu potravy (F50.8 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.8>)) a Porucha příjmu jídla nespecifikovaná (F50.9 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.9>)). Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami je popisováno jako přejídání, které vedlo k obezitě jako reakce na stresující událost. Ztráta blízké osoby, nehody, chirurgické operace a emočně stresující události mohou vyvolat "reaktivní obezitu" zvláště u pacientů se sklonem k přibývání na váze.

## Popis jednotlivých poruch

### Záchvatovité přejídání (BED)

V DSM IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch – mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti z roku 1994) jsou uvedena následující kritéria:

A. Záchvat přejídání je definován jako konzumace většího množství jídla než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hodiny). Během záchvatu pacient ztrácí kontrolu nad svým jídelním chováním.

B. Záchvaty jsou spojeny se 3 a více následujícími znaky:

- pacient se nají do nepříjemné plnosti;
- konzumuje velké množství jídla bez pocitu hladu;
- jídlo je konzumováno rychleji než obvykle;
- jí o samotě, protože se za množství konzumovaného jídla stydí;
- po přejedení následuje pocit viny, deprese, znechucení sám sebou.

C. Přítomná úzkost je spojena se záchvatovitým přejídáním.

D. Záchvaty přejídání se vyskytují ve frekvenci alespoň dvakrát týdně za posledních 6 měsíců.

E. Záchvatovité přejídání není spojeno s následným kompenzačním chováním (jako u jiných PPP).

Výsledky výzkumů zabývajících se záchvatovitým přejídáním jsou nekonzistentní, neboť se pro hodnocení závažnosti záchvatovitého přejídání používala různá kritéria. Výzkumy, které použily striktně kritéria pro diagnostiku BED dle DSM IV, poukazují na frekvenci výskytu této poruchy u obézních 4,2 % <sup>[4]</sup> či 7,5 % <sup>[5]</sup>. U čekatelů na bariatrický zákrok to pak bylo 10–27 % <sup>[6]</sup>.

Bez ohledu na přísnost kritérií použitých pro diagnostiku BED se studie shodují, že pacienti s BED mají vyšší skóre deprese <sup>[7]</sup>, <sup>[8]</sup> dřívější nástup obezity a více obecné psychopatologie <sup>[9]</sup>. V jednotlivých výzkumech potom zjišťujeme, že pacienti s touto poruchou více baží po jídle (craving), více používají léky na hubnutí, mají větší strach z tloušťky a nižší spokojenost s vlastním tělem než obézní bez této poruchy <sup>[5]</sup>. Častěji jde o ženy, mladší 45 let, s vyšším BMI (nad 42) <sup>[10]</sup>.

### Noční přejídání (Night Eating Syndrome, NES)

Kritéria NES nejsou dosud specifikována v mezinárodní klasifikaci nemocí. A. Stunkard se snaží o jejich zařazení do DSM V <sup>[11]</sup>. Dle jeho názoru se jedná o komplexní biobehaviorální poruchu s narušením cirkadiálního rytmu.

Stunkard určuje 2 základní diagnostická kritéria:

A. večerní jezení (aspoň 25 % denního příjmu kalorií je konzumováno po večeři);

B. a/nebo probuzení spojené s příjmem potravy aspoň třikrát týdně.

Dle A. Stunkarda <sup>[12]</sup> je výskyt této poruchy u obézní populace 6–16 % a u pacientů vhodných k bariatrickému výkonu 8–42 %. V Itálii diagnostikovali NES u 10 % pacientů s obezitou 2. a 3. stupně (BMI je vyšší než 35), zároveň u těchto pacientů zjistili zvýšený výskyt deprese <sup>[13]</sup>. Naší klinické zkušenosti nejlépe odpovídají výsledky výzkumu Allison et al., které zužují frekvenci výskytu tohoto syndromu u pacientů před bariatrickým výkonem na 1,9–3,9 %.

NES je potřeba odlišit od tzv. Sleep related eating disorder (SRED). Tato porucha je specifikována rychlou konzumací jídla (většinou do deseti minut), ale i nejedlých předmětů (čisticí prostředky, lepidlo apod). Ačkoliv i tyto záchvaty se dějí v noci, nejde o posunutí cirkadiálního rytmu jezení. Na noční záchvaty jezení má pacient většinou amnézii.<sup>[14]</sup>

## Kontinuální jedení (Grazing)

Nově popsáný symptom <sup>[15]</sup> doposud stojící mimo pozornost výzkumníků i kliniků. Jedná se o kontinuální konzumaci menšího množství potravy bez volní kontroly. Pro diagnostiku tohoto symptomu není primárně důležité množství konzumovaného jídla, ale kvalita prožívání, tzn. subjektivně negativní vnímání ztráty kontroly nad svým jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy. Tento symptom je velmi důležité sledovat hlavně u pacientů před bariatrickým výkonem, neboť může zásadně ovlivnit úspěšnost výkonu. Záchvatovitě přejídání vyskytující se u pacienta před bariatrickým výkonem se může následně po operaci změnit na Grazing <sup>[15]</sup>,<sup>[16]</sup>.

## Diagnostika

Pacienti si poruchy příjmu potravy často nepřiznávají, a pokud si je uvědomují, stydí se za ně a skrývají je nejen před zdravotnickým personálem, ale i svým nejbližším okolím. Odhalení PPP usnadňuje práce s jídelníčkem, často to jsou tedy dietní sestry, které jako první vysloví podezření na PPP. Sestře se také pacient svěří se svými potížemi snadněji než lékaři, před kterým se často snaží jevit v lepším světle. Nicméně internista může PPP diagnostikovat několika cílenými dotazy jako je: „Stane se Vám někdy, že jíte v noci?“, „Najíte se občas až do nepříjemné sytosti?“, „Pokud ano, za jakých okolností a jak často se Vám to stane?“, „Uždibujete během dne?“, „Máte občas pocit, že nad způsobem, jakým jíte (např. rychlost jezení), a nad tím, co jíte, ztrácíte kontrolu?“. Pokud jsou odpovědi na tyto otázky kladné (jídlo v rámci noční směny a výjimečné přejedení na oslavách není patologické), je vhodné pacienta odeslat k psychologovi, případně psychiatrovi k další diagnostice. Ztráta kontroly nad jídelním chováním a jezení o samotě s následnými pocity studu jsou dobrými vodítky pro podezření na PPP.

Tematika poruch příjmu potravy a bariatrického zákroku přesahuje rozsah tohoto článku. Zjednodušeně lze říci, že při podezření na PPP preferujeme malabsorpční typ operace (např. gastrický bypass) před restriktivním (např. bandáž žaludku či tubulizace žaludku)<sup>[17]</sup>. Nicméně jedním z povinných vyšetření před bariatrickým výkonem je i vyšetření psychologické, takže detekce poruch příjmu potravy u bariatrických kandidátů a následný postup při diagnóze je tímto zajištěn.

## Terapie

Léčba obézních s poruchou příjmu potravy vyžaduje specifický přístup. Jako výhodné se ukazuje pracovat v multidisciplinárním týmu – internista, dietní sestra, klinický psycholog, konziliárně psychiatr. Psychologická léčba poruch příjmu potravy spočívá v psychoterapii. Typ psychoterapie záleží na psychoterapeutickém vybavení konkrétního psychologa (či psychiatra). V léčbě poruch příjmu potravy se uplatňuje jak individuální, tak vícečlenná (párová, rodinná i vicerodinná) terapie. Směr terapie také není striktně dán, můžeme využít spektrum od behaviorálních typů psychoterapie přes psychoanalytické terapie až po směry humanistické a existenciální psychoterapie.

Psychiatrická medikace je vhodná při dlouhotrvajících neléčených a těžších formách PPP. Z léků nepsychiatrických se při léčbě poruch příjmu potravy u obézních osvědčil např. sibutramin (v Evropě dočasně v distribuci pozastavený). Přispěl nejen ke snížení hmotnosti pacientů, ale také snížil výskyt záchvatů přejídání oproti kontrolní skupině, která užívala placebo <sup>[18]</sup>. Podobný efekt má také antiepileptikum topiramat <sup>[19]</sup> s výhodným anxiolytickým účinkem navozující i mírný úbytek hmotnosti. Kromě topiramatu bylo zkoušeno i další antikonvulzivum lamotrigin <sup>[20]</sup>. Na stejném principu, tj. především potlačení impulsivity, zřejmě mohou být účinná také duální antidepresiva, která specificky inhibují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI – např. duloxetin)<sup>[21]</sup>.

## Závěr

Poruchy příjmu potravy významně ovlivňují úspěšnost léčby obézních pacientů. Léčba pouze jedním specialistou – ať již obezitologem či psychiatrem, je málo účinná a pro zmíněného specialistu vyčerpávající. V praxi se osvědčuje multidisciplinární přístup, nejlépe v týmu – internista, dietní sestra, klinický psycholog a psychiatr.

## Odkazy

### Související články

- Psychologické aspekty obezity
- Poruchy příjmu potravy

## Zdroj

- SLABÁ, Šárka. *Psychologické poradenství v praxi*.

## Reference

1. KRCH, FD. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha : Grada, 2005.
2. SOUČEK, M. Metabolický syndrom. *Vnitřní lékařství*. 2009, roč. -, vol. 55, s. 618-621,
3. SVAČINA, Š. Léčba obezity u metabolického syndromu. *Vnitřní lékařství*. 2009, roč. -, vol. 55, s. 622-5,
4. ALLISON, KC, TA WADDEN a DB SARWER, et al. Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder among Persons Seeking Bariatric Surgery: Prevalence and Related Features. *Obesity*. 2006, roč. -, vol. 14, s. 77-82,
5. RICCA, V, E MANNUCCI a S MORETTI, et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 2000, roč. -, vol. 41, s. 111-115,
6. SARWER, DB, TA WADDEN a AN FABRICATORE. AN. Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obesity Research*. 2005, roč. -, vol. 13, s. 639-648,
7. MUSSELL, MP, JE MITCHELL a M DE ZWAAN, et al. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. *Int. J. Obes Relat Metab Disord*. 1996, roč. -, vol. 20, s. 324-31,
8. WHEELER, K., P. GREINER a M. BOULTON. Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women.. *Perspect Psychiatr Care*. 2005, roč. -, vol. 41, s. 114-123,
9. GRISSET, NI a ML FITZGIBBON. The clinical significance of binge eating in an obese population: support for bed and questions regarding its criteria. *Addict Behav*. 1996, roč. -, vol. 21, s. 57-66,
10. KOLOTKIN, RL, EC WESTMAN a T ØSTBYE, et al. Does Binge Eating Disorder Impact Weight-Related Quality of Life?. *Obesity Research*. 2004, roč. -, vol. 12, s. 999-1005,
11. STUNKARD, AJ, K ALISSON a A GELIEBTER, et al. Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome.. *Compr Psychiatry*.. 2009, roč. -, vol. 50, s. 391-9.,
12. STUNKARD, AJ, K ALISSON a J LUNDGREN. Issues for DSM-V: Night Eating Syndrome. *Am J Psychiatry*. 2008, roč. -, vol. 165, s. 424,
13. CALUGI, S, R GRAVE a G MARCHESINI. Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *Int J Obes (Lond)*. 2009, roč. -, vol. 33, s. 899-904,
14. HOWELL, MJ a CH SCHENCK. Treatment of nocturnal eating disorders. *Curr Treat Options Neurol*. 2009, roč. -, vol. 11, s. 333-9,
15. SAUNDERS, R. "Grazing": a high risk behavior. *Obesity Surgery*. 2004, roč. -, vol. 14, s. 98-102,
16. COLLES, SL, JB DIXON a PE O'BRIEN. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2008, roč. -, vol. 16, s. 615-622,
17. FRIED, M. Bariatriká chirurgie a ledviny. *Vnitř Lék*. 2008, roč. -, vol. 54, s. 468-71,
18. WILFLEY, DE, SJ CROW a JI HUDSON, et al. al. Efficacy of Sibutramine for the Treatment of Binge Eating Disorder: A Randomized Multicenter Placebo-Controlled Double-Blind Study. *Am J Psychiatry*. 2008, roč. -, vol. 165, s. 51-58,
19. LEOMBRUNI, P., L. LAVAGNINO a S. FASSINO. Treatment of obese patients with binge eating disorder using topiramate: a review.. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009, roč. -, vol. 5, s. 385-392,
20. GUERDJIKOVA, A, SL MCELROY a JA WELGE, et al. Lamotrigine in the treatment of binge-eating disorder with obesity: a randomized, placebo-controlled monotherapy trial. *Int Clin Psychopharmacol*. 2009, roč. -, vol. 24, s. 150-158,
21. LEOMBRUNI, P., L. LAVAGNINO a F. GASTALDI, et al. Duloxetine in obese binge eater outpatients: preliminary results from a 12-week open trial.. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2009, roč. -, vol. 24, s. 483-488,