

Poruchy příjmu potravy u obézních – problematika psychiatrická, nebo interní?

E. Kravarová, Š. Slabá, Š. Svačina

III. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

Předneseno v rámci Šonkova dne 19. 1. 2010 v Praze

Souhrn: Problematika obezity a poruch příjmu potravy (PPP) má mnoho vzájemně se podmiňujících hledisek. Poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie, se již dlouho těší zájmu psychiatrů a k internistům se dostávají jen při vzniku komplikací – malnutrice, iontové rozvraty. 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 k psychiatrické diagnostice odesíláni. V článku uvádíme přehled nejčastějších poruch příjmu potravy vyskytujících se u obézních, tj. záchvatovité přejídání (binge eating disorder), noční přejídání (night eating syndrome) a kontinuální jedení (grazing). Jednotlivé poruchy dále v tomto přehledovém článku specifikujeme a uvedeme možnosti diagnostiky a terapie těchto poruch.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy – obezita – záchvatovité přejídání – noční přejídání – kontinuální jedení

Eating disorders in obese individuals – a psychiatric or internal medicine issue?

Summary: Many relations are connecting obesity and eating disorders – one disease is often modifying the other. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are mostly treated by psychiatrists. Internal medicine specialists are mostly involved only in complications (e. g. malnutrition, ion disorders). Obesity is mostly treated only by internists. Psychiatrists are only involved in some depressive patients. Obese patients with eating disorders are mostly not sent to psychiatric diagnostics. In this article an overview of eating disorder symptoms and classification is given – binge eating disorder, night eating syndrome and grazing. These symptoms are defined and possibilities of diagnosis and treatment are described.

Key words: eating disorders – obesity – binge eating – night eating – grazing

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 [1]. Diety pak spolu s přejídáním zase v rozvoji obezity. Obezita v rámci metabolického syndromu vede ke zvýšené kardiovaskulární mortalitě a morbiditě [2], toto riziko pomáhají snižovat bariatrické operace, které léčí nejen obezitu, ale i další složky metabolického syndromu [3].

Poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie, se již dlouho těší zájmu psychiatrů a 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 do-

posud 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), Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5), Jiné poruchy příjmu potravy (F50.8) a Porucha příjmu jídla nespecifikovaná (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 [4].

Popis jednotlivých poruch

Záchvatovité přejídání – binge eating disorder (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 hod). 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 2krát 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% [5] či 7,5% [6]. U čekatelů na bariatrický zákrok to pak bylo 10–27% [7].

Bez ohledu na přísnost kritérií použitých pro diagnostiku BED se studie shodují, že pacienti s BED mají vyšší skóre deprese [8,9], dřívější nástup obezity a více obecné psychopatologie [10]. 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 [6]. Častěji jde o ženy, věk nižší než 45 let, s vyšším BMI (nad 42) [11].

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 [12]. Dle jeho názoru se jedná o komplexní biobehaviorální poruchu s narušením cirkadiálního rytmu.

Stunkard určuje 2 základní diagnostická kritéria:

- A. večerní jedení (alespoň 25% denního příjmu kalorií je konzumováno po večeři),
- B. a/nebo probuzení spojené s příjmem potravy aspoň 3krát týdně.

Dle A. Stunkarda [13] 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 [14]. Naši 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 (většinou do 10 min) jídla, ale i nejedlých předmětů (čisticí prostředky, lepidlo apod.). Ačkoliv se i tyto záchvaty dějí v noci, nejde o posunutí cirkadiálního rytmu jedení. Na noční záchvaty jedení má pacient většinou amnézii [15].

Kontinuální jedení (grazing)

Kontinuální jedení je nově popsany symptom [16], 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. Záchvatovité přejídání, vyskytující se u pacienta před bariatrickým výkonem, se může následně po operaci změnit na grazing [16,17].

Diagnostika

Pacienti si poruchy příjmu potravy často nepřiznávají, a pokud si je uvě-

domují, 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 jení), 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 jedení 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) [18]. 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, konziliární 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 vícerodinná) 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. v Evropě dočasně v distribuci pozastavený sibutramin. Přispěl nejen ke snížení hmotnosti pacientů, ale také snížil výskyt záchvatů přejídání oproti kontrolní skupině, která užívala placebo [19]. Podobný efekt má také antiepileptikum topiramát [20] s výhodným anxiolytickým účinkem navozující i mírný úbytek hmotnosti. Kromě topiramátu bylo zkoušeno i další antikonvulzivum lamotrigin [21]. Na stejném principu, tj. především potlačení impulzivity, zřejmě mohou být účinná také duální antidepresiva, která specificky inhibují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI – např. duloxetin) [22].

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.

Literatura

1. Krch FD et al. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing 2005.
2. Souček M. Metabolický syndrom. Vnitř Lék 2009; 55: 618–621.
3. Svačina Š. Léčba obezity u metabolického syndromu. Vnitř Lék 2009; 55: 622–625.
4. Mezinárodní klasifikace nemocí. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum 2000.
5. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. Obesity (Silver Spring) 2006; 14 (Suppl 2): 77S–82S.
6. Ricca V, Mannucci E, Moretti S et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. Compr Psychiatry 2000; 41: 111–115.
7. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. Obes Res 2005; 13: 639–648.
8. Mussell MP, Mitchell JE, de Zwaan M et al. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. Int J Obes Relat Metab Disord 1996; 20: 324–331.
9. Wheeler K, Greiner P, Boulton M. Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. Perspect Psychiatr Care 2005; 41: 114–123.
10. Grissett NI, Fitzgibbon ML. The clinical significance of binge eating in an obese population: support for bed and questions regarding its criteria. Addict Behav 1996; 21: 57–66.
11. Kolotkin RL, Westman EC, Østbye T et al. Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? Obes Res 2004; 12: 999–1005.
12. Stunkard AJ, Allison KC, Geliebter A et al. Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome. Compr Psychiatry 2009; 50: 391–399.
13. Stunkard AJ, Allison K, Lundgren J. Issues for DSM-V: night eating syndrome. Am J Psychiatry 2008; 165: 424.
14. Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G. Night eating syndrome in class II–III obesity: metabolic and psychopathological features. Int J Obes (Lond) 2009; 33: 899–904.
15. Howell MJ, Schenck CH. Treatment of nocturnal eating disorders. Curr Treat Options Neurol 2009; 11: 333–339.
16. Saunders R. “Grazing”: a high-risk behavior. Obes Surg 2004; 14: 98–102.
17. Colles SL, Dixon JB, O’Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. Obesity (Silver Spring) 2008; 16: 615–622.
18. Fried M. Bariatrická chirurgie a ledviny. Vnitř Lék 2008; 54: 468–471.
19. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI et al. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. Am J Psychiatry 2008; 165: 51–58.
20. Leombruni P, Lavagnino L, Fassino S. Treatment of obese patients with binge eating disorder using topiramate: a review. Neuropsychiatr Dis Treat 2009; 5: 385–392.
21. Guerdjikova AI, McElroy SL, Welge JA et al. Lamotrigine in the treatment of binge-eating disorder with obesity: a randomized, placebo-controlled monotherapy trial. Int Clin Psychopharmacol 2009; 24: 150–158.
22. Leombruni P, Lavagnino L, Gastaldi F et al. Duloxetine in obese binge eater outpatients: preliminary results from a 12-week open trial. Hum Psychopharmacol 2009; 24: 483–488.

Mgr. Eva Kravarová

www.vfn.cz

e-mail: evakravarova@seznam.cz

Doručeno do redakce: 28. 2. 2010

Přijato po recenzi: 23. 8. 2010