

Poruchy příjmu potravy a obezita – nutnost interdisciplinárního přístupu – editorial

E. Češková

Psychiatrická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednostka prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

Kravarová E et al. Poruchy příjmu potravy u obézních – problematika psychiatrická, nebo interní? *Vnitř Lék* 2010; 56(10): 1093–1095.

Obezita se stává globální pandemií a vedoucí příčinou mortality. Obezitě lze předejít a lze ji léčit. Je problémem i u dětí a adolescentů [5]. Proto je v poslední době problematice obezity věnována velká pozornost. Práce Kravarové et al. uvádí, že u obézních jedinců je vysoký výskyt některých poruch příjmu potravy, přesto stojí na okraji zájmu jak u internistů, tak psychiatrů.

U obezity nepochybně hrají roli nejen aspekty somatické, ale také psychické a sociální a v její diagnostice a léčbě je optimální interdisciplinární přístup. Nedávno publikovaná práce popisovala modely interakce mezi oblastmi medicíny, které se zabývají poruchami příjmu potravy a obezitou, tj. psychiatrií a interní medicínou. Aktuálně spíše panuje názor, že somatický aspekt je nadřazený psychickému, tj. obezita je zdůrazňována jako somatické onemocnění a pomíjí se současný výskyt psychických problémů. Často mají somatické obory a psychiatrie minimální prostor pro vzájemnou interakci a výměnu znalostí. Někdy dokonce panuje antagonismus a nedostatek vzájemného respektu. Optimální model zahrnuje sdílení znalostí a spolupráci v oblasti teorie i klinické praxe, tj. diagnostiky, léčby a prevence onemocnění [8].

Psychiatři v současné době věnují nejvíce pozornosti mentální anorexii a bulimii. Interní lékař vstupuje do

této problematiky obvykle ve fázi rozvoje metabolického rozvratu a závažné malnutrice. Na psychiatrické klinice v Brně je již řadu let v provozu jednotka intenzivní psychiatrické péče (JIPP). Členem pracovního týmu je internista, který úzce spolupracuje s psychiatry a dalším zdravotnickým personálem. Brněnská psychiatrická klinika se zabývá poruchami příjmu potravy v celé šíři jejich dynamiky. Poskytuje péči ambulantní i lůžkovou. Při lehčí intenzitě onemocnění a ochotě ke spolupráci nabízí možnost hospitalizace v rámci speciálního programu (zahrnuje režimovou a speciální psychoterapeutickou péči) na otevřeném neurotickém oddělení, při závažnější formě hospitalizaci na psychotickém uzavřeném oddělení a při život ohrožující dekompenzaci intenzivní péči na JIPP, kde významné procento nemocných tvoří převážně anorektické dívky s metabolickým rozvratem. Podobnou možnost mají i děti a adolescenti.

Mimo oblast zájmu psychiatrů zůstávají obézní nemocní. Tito se dostávají do jejich péče pouze výjimečně, pokud je u nich diagnostikována komorbidní psychická porucha. U obézních je komorbidita častá a komplexní přístup včetně psychiatrické a psychologické péče hraje významnou roli v léčbě a prevenci.

Poruchy příjmu potravy, které nacházíme u obézních nemocných, nejsou

ve stávající platné klasifikaci psychických poruch (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, MKN 10) na rozdíl od americké klasifikace (Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace, DSM IV) specifikovány. Zcela určitě budou připravované revize v tomto směru doplněny a upřesněny. Jak uvádí Kravarová et al, často se u obezity vyskytuje záchvatovitě přejídání (binge eating disorder – BED) a noční přejídání (night eating syndrom – NES). Howell ještě zmiňuje přejídání spojené s poruchou spánku (sleep-related eating disorder – SRED), charakterizované izolovaným nočním jedením. U NES se zřejmě jedná o zpoždění cirkadiánního rytmu v načasování příjmu potravy, které vede k nočnímu přejídání a ranní anorexii. Nedávno bylo SRED spojeno s podáváním agonisty benzodiazepinového receptoru zolpidemem. SRED a NES jsou léčitelné a jejich pozitivní ovlivnění vede k redukci hmotnosti. Psychoterapie, konkrétně interpersonální a kognitivně behaviorální terapie, je účinným terapeutickým postupem u BED, účinnější než behaviorální léčba obezity a svépomocné skupiny. U pacientů s nízkým sebevědomím a závažnou formou poruchy je psychoterapie považována za léčbu první volby [10]. Z psychofarmak jsou některá dopaminergní antidepresiva a antikomvulziva vhodná

nejen k léčbě obezity, ale také poruch příjmu potravy spojených s obezitou [4,6,7].

Z druhé strany přírůstek hmotnosti a obezita představují relativně častý nežádoucí účinek psychofarmakoterapie. Obezita je dlouhodobě spojována s antipsychotickou a antidepressivní farmakoterapií [3] s dalšími konsekvencemi [1]. Obezita je v popředí zájmu i jako součást metabolického syndromu. Dle platných algoritmů diagnostiky a léčby v psychiatrii je psychiatr povinen při volbě léčby zohlednit tělesný stav nemocného a jeho individuální náchylnost k nežádoucím účinkům psychofarmak. V průběhu léčby by měl tělesný stav monitorovat a při rozvoji somatického onemocnění odeslat nemocného k příslušnému specialistovi.

V posledních letech si lékaři interních oborů uvědomují, že řada somatických chorob, hlavně kardiovaskulární onemocnění, má vysokou komorbiditu s psychickými poruchami, nejvíce s depresí. Předpis novějších antidepressiv, která jsou lépe tolerovaná a bezpečnější než starší, klasická antidepressiva, byl uvolněn mimo specializaci psychiatrie. Tato situace nepochybně přispěla k tomu, že deprese se již stala celospolečensky akceptovatelnou psychickou poruchou. Deprese je také srozumitelná a uchopitelná i pro laiky.

Kardiovaskulární onemocnění a deprese mají řadu možných společných etiopatogenetických faktorů. K těm patří stres, hyperaktivace osy hypotalamus-hypofýza-nadledvinky, typ osobnosti, porucha některých imunologických parametrů. U kardiovaskulárního onemocnění se ukazuje, že deprese může být nezávislý rizikový faktor pro jejich rozvoj a naopak, tj. kardiovaskulární onemocnění může být rizikové pro rozvoj deprese. Totéž se zřejmě týká i metabolického syndromu [2,9].

Přes uvedené styčné body zůstává psychiatrie stále poněkud izolovaná. Nepochybně se na tom podílí skutečnost, že detailnější zkoumání nejkomplexnějšího lidského orgánu, mozku, umožnil teprve rozvoj nových zobrazovacích metod, a psychiatrii zatím stále chybí objektivní ukazatelé (markery) onemocnění. Základním diagnostickým nástrojem zůstává v realitě klinické praxe klinický rozhovor a pozorování. Nicméně nastupující mladá generace lékařů již vnímá psychiatrii pozitivněji a uvědomuje si, že interdisciplinární přístup je v medicíně při současném stavu znalostí nezbytný.

Literatura

1. Andersohn F, Schade R, Suita S et al. Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 591–598.

2. Češková E. Deprese u kardiálních, neurologických a onkologických onemocnění. *Čas Lék Čes* 2005; 144: 252–257.

3. Češková E. Vliv léčby antidepressivy na hmotnost. *Psych pro Praxi* 2009; 10: 180–183.

4. Guerdjikova A, 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.

5. Howell MJ, Schenck CH. Treatment of nocturnal eating disorders. *Curr Treat Options Neurol* 2009; 11: 333–339.

6. 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.

7. 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.

8. Neumark-Sztainer D. The interface between the eating disorders and obesity fields: moving toward a model of shared knowledge and collaboration. *Eat Weight Disord* 2009; 14: 51–58.

9. Rosolová H, Podlipný J. Anxiózně depresivní poruchy a metabolický syndrom. *Vnitř Lék* 2009; 55: 650–652.

10. Wilson GT, Wifley DE, Argas WS et al. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 94–101.

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

www.fnbrno.cz

e-mail: eceska@med.muni.cz

Doručeno do redakce: 23. 3. 2010