TISKOVÝ MATERIÁL

**Poruchy příjmu potravy v Čechách**

**20. listopadu 2018**

**„Porucha příjmu potravy je zdravotní krizí, která narušuje osobní i rodinné fungování.“**

*prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

**„Je velmi těžké být sama sebou ve světě reklamní masáže a sociálních sítí.“**

*Mgr. Jan Kulhánek, klinický psycholog, psychoterapeut, ambulance Anděl v Praze*

**„Porozumět duševnímu strádání dívky s poruchou příjmu potravy znamená otevřít její třináctou komnatu. Nízká sebeúcta, stud za tělo, strach ze změny – to jsou cesty, kterými musíme jít, abychom našli správný klíč…“**

*doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc., Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc*

Aktivně si udržují abnormálně nízkou hmotnost (o 15 % nižší oproti normě, s BMI 17,5 a nižším), mají strach z tloušťky. Neodbytná a vtíravá obava z dalšího tloustnutí je nutí, aby si stanovili velmi nízkou cílovou hmotnost. Mají narušené vnímání vlastního těla, popírají závažnost vyhublosti, nadměrně cvičí, užívají laxativa a diuretika, vyprovokovaně zvrací, pociťují úzkost, obavy z omdlení. Jejich tělo trpí rozsáhlou endokrinní poruchou, která se u žen projevuje nepřítomností menstruace, u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Pokud onemocní před pubertou, její projevy se opozdí, nebo dokonce zastaví a puberta je dokončena až po uzdravení. I takoví jsou pacienti s poruchou příjmu potravy (PPP) – anorexií, mnohdy na první pohled neviditelnou psychiatrickou diagnózou anorexia nervosa.

„Mnoho lidí s poruchou příjmu potravy může vypadat zdravě i přes extrémně vážné onemocnění. Poruchy příjmu potravy postihují v současnosti lidi všech věků, pohlaví, etnicit, ras, tělesných tvarů a váhových kategorií, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní,“ říká prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek je 0,5–1,0 % v populaci. Mentální bulimie se nejčastěji vyskytuje u studentek středních a vysokých škol, zhruba ve 4–15 %. O něco menší je potom výskyt u mladých dospělých, tedy asi 1–3 %.

„Společnost mívá velmi zjednodušený pohled na dívky s poruchou příjmu potravy. Ovšem jak dívky s anorexií, tak s bulimickou symptomatologií jsou nemocné bytosti, jejichž léčba je velmi náročná pro všechny zúčastněné, zejména pro rodinu. Pozadí problémů je stejné, ať jde o dívenky ve věku puberty nebo ženy zralého věku. Jediný rozdíl je v tom, že změny, které nemoc napáchá ve vyvíjejícím se organismu děvčete na počátku dospívání, mohou být nenapravitelné – vnitřní ženské orgány se vyvíjejí v dospívání, v dospělosti se už nevyvinou. Proto je u dívek v adolescenci nutné zahájit léčbu co nejdřív, čas hraje zásadní roli,“ vysvětluje doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc., z Kliniky psychiatrie LF UP a FN Olomouc.

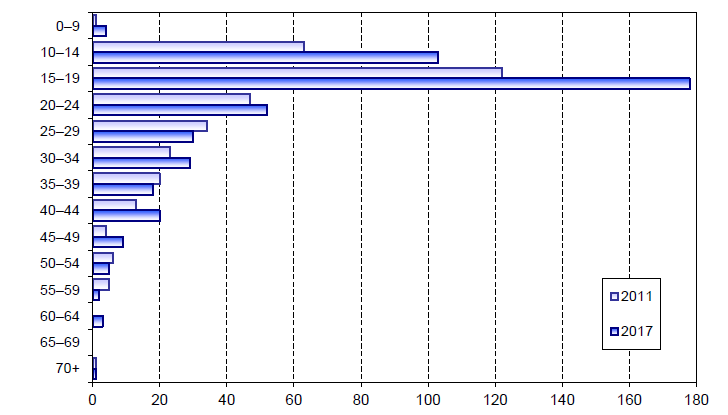
**Počty pacientů s poruchami příjmu potravy (PPP) v ČR**

**Ambulantní péče**   
V roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s touto diagnózou celkem 3731 pacientů, z toho bylo 90 % žen.   
  
**Péče v lůžkových psychiatrických zařízeních**   
Celkový počet hospitalizací pro PPP se během sledovaného období zvýšil, a to z 339 hospitalizací v roce 2011 na 454 v roce 2017.  
  
V roce 2017 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrických léčebnách pro děti i dospělé a psychiatrických odděleních ostatních lůžkových zařízení) evidováno 454 hospitalizací pro PPP. Téměř 65 % bylo pro diagnózu mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou mentální bulimie a téměř 13 % s diagnózou atypické mentální anorexie.   
  
Průměrná ošetřovací doba je 41 dní.

(ÚZIS)

Posun v ambulantní léčbě PPP si lékaři slibují od reformy psychiatrické péče. Část prostředků Evropských investičních fondů určených na reformu by měla putovat na rozšíření současných zdravotnických týmů. V ambulancích by měl kromě psychiatra a psychologa působit rovněž internista nebo nutriční specialista a další odborníci. Služby by měly více cílit také na chronické pacienty.

**Porovnání počtu hospitalizací s diagnózami PPP podle věkových skupin v roce 2011 a 2017**

(ÚZIS)

Při porovnání let 2011 a 2017 došlo k největšímu nárůstu hospitalizací u pacientů věkové skupiny 10 až 14 let,která tvoří necelou čtvrtinu hospitalizací PPP.V roce 2017 bylo ve věku 15–19 let evidováno 39 % hospitalizací a ve věku 20–29 let to byla téměř pětina.Celkový počet hospitalizací těchto dětských a adolescentních pacientů stále roste. Přitom jdeo závažné onemocnění s vysokou úmrtností.  
„Vysoká mortalita přesahuje 10 %. Pacienti umírají v průměru v 25 letech. Mortalita je dvojnásobná oproti ostatním psychiatrickým diagnózám a desetinásobně vyšší ve srovnání s obecnou populací. Riziko sebevražd je až 200násobně zvýšené. Stření doba trvání nemoci je 6 let, ale třetina pacientů má chronický průběh trvající 20 až 30 let do předčasné smrti,“ vysvětluje profesorka Papežová.

**Patologické jídelní chování není jen anorexie a bulimie**

**Anorexia nervosa** – Pacientka si snižuje hmotnost sama, dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením. Má strach z obezity přetrvávající i při výrazné podváze, zkresleně vnímá vlastní tělo a má vtíravé, ovládavé myšlenky na udržení podváhy, někdy jídelní rituály. Trpí rozsáhlou endokrinní poruchou, u žen chybí menses, muži ztrácí sexuální zájem. Často se z ní vyvíjí Bulimia nervosa.  **Orthorexie** – Psychická porucha, při které se člověk (ve větší míře, než která je považována za „normální“) upíná na zdravou stravu. **Bigorexie** – Psychická porucha, která se vyznačuje posedlostí cvičit a v nadměrném množství používat steroidy. **Bulimia nervosa –** Neustálé myšlenky na jídlo a neodolatelná touha po jídle se záchvaty přejídání. Snaha zbavit se kalorií ze zkonzumovaného jídla jedním (nebo více) způsoby – vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou.

Pro chorobný strach z tloušťky si pacientka stanovuje cílovou hmotnost nižší, než je pro ni optimální váha. Podléhá záchvatům přejídání „binge eating“, kdy konzumuje výrazně nadměrné množství potravy (většinou takové, kterou si z dietních důvodů běžně odpírá – např. sladkosti) v krátkém čase. **Psychogenní přejídání –** Přejídání může být reakcí na stresové situace, jako jsou sexuální trauma, ztráta blízké osoby nebo uplatnění. Vede k nárůstu hmotnosti následkem psychických faktorů a poruch stravovacího chování. Následná obezita vede ke snížení sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci. Lze ji navodit i dlouhodobou psychofarmakoterapií. Zaujetí různými dietními opatřeními vede často do začarovaného kruhu výrazného kolísání hmotnosti, afektivní labilitě i depresivním poruchám.

**Jak se PPP léčí?**

K tzv. realimentaci, tedy obnovení výživy, a hospitalizaci na JIMP (Jednotce intenzivní multioborové péče) přistupují lékaři až při vážném ohrožení somatického stavu pacientek – při hmotnosti pod 85 % standardní váhy, nízkém tlaku a pulsu, dehydrataci, hypoglykémii a hrozbě renálního, kardiálního nebo jaterního selhání.   
Nedílnou součástí léčby je psychoterapie, ta ale přichází až po akutní fázi onemocnění, a to ve chvíli, kdy se již pacientky jsou schopny na psychoterapii soustředit, pracovat na zlepšení náhledu na sebe a své onemocnění. U dětí platí, že čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled horší a tím víc odpovědnosti leží na rodině.

Z psychoterapeutických přístupů se nejčastěji používá *kognitivně-behaviorální terapie* (KBT), která ukazuje pacientům souvislosti mezi chováním, myšlenkami a emocemi. Pomáhá změnit nežádoucí jídelní chování, navodit normální jídelní režim a změně myšlení směrem k pozitivnímu vnímání vlastního těla, vyššímu sebevědomí a utlumení perfekcionistických požadavků na sebe i okolí. Psychiatři také prostřednictvím *interpersonální psychoterapie*

(IPT) řeší vztahové problémy. Zejména v případech, kdy se onemocnění vrací, tj. v 50 % případů. *Psychodynamická psychoterapie* je indikována v případech, kdy krátkodobé intervence selhávají nebo když jsou PPP spojeny s traumaty, se sexuálním zneužitím nebo s posttraumatickou stresovou poruchou.

Významnou roli v léčbě PPP má rodinná terapie, například formou „vícerodinných programů“, kdy společnou terapii postupuje skupina čtyř až šesti rodin pacientek.

Jaké jsou v tomto ohledu cíle lékařů? Snížení přehnaně intenzivní, zvýšené péče, naopak zvýšení vřelosti a empatie, omezení kritiky a umenšení akceptace symptomů PPP.

**Famakoterapie u PPP?**

Použití antidepresiv nastává až v případě selhání psychoterapie a psychosociálních přístupů nebo u pacientů, kteří psychoterapii odmítají. Dále se používají i antipsychotika a látky stimulující chuť k jídlu apod.

Teprve na začátku je problematika paliativní léčby u pacientů s PPP, kteří trvale odmítají léčbu a jídlo a nikdy se již nedostanou k plnému zdraví. Vymezení také čeká tzv. nedobrovolnou léčbu pacientů s PPP v ohrožení života a těžkých a neustupujících formách onemocnění (Severe and enduring eating disorder, SEED).

**Nejnovější výzkumy**

V posledních letech jsou rozvíjeny nové koncepty terapie, např. *mentalizace* (zlepšení schopnosti rozumět sobě i ostatním) nebo *kognitivní remediace*, tedy propojení podpory poznávacích dovedností a emoční terapie. „Nesprávné zpracování emocí a reakce na odměnu (kdy se jedinou životní odměnou stalo hubnutí) jsou u PPP zásadním rizikem. Potvrdilo se, že tyto dívky například hůře snášejí negativní emoce a vyhýbají se řešení problémů. V Centru pro poruchy příjmu potravy při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze lékaři pomocí nových zobrazovacích metod (fMRI – funkční magnetická rezonance, EEG – elektroencefalogram) zjišťují, že dívky s PPP vnímají emoce jinak než běžná populace. „Nerozumí výrazům obličeje, které lidé běžně dokážou z tváře druhého vyčíst, nedokážou pak v sociálním poli vnímat ostatní osoby, podobně jako to nedokážou například lidé s autismem. To pak v celku zhoršuje jejich orientaci ve vztazích během nemoci i po ní,“ vysvětluje profesorka Hana Papežová.

Lékaři zdůrazňují, že PPP nejsou výsledkem volby, ale představují vážná biologicky ovlivněná onemocnění. V nejnovějších výzkumech vědci například zjišťují, že řada odpovědí se nalézá v lidském střevě a že gastrointestinální trakt (GIT, trávicí soustava) ovlivňuje centrální nervovou soustavu (CNS). Spouštěčem změn mikrobiomu (mikroprostředí ve střevě) může být stresové prostředí nebo působení dietních opatření. Porušení střevního epitelu (děravé střevo) způsobuje imunitní reakci, která spustí výrobu zánětlivých látek, které naruší přechod mezi mozkovými kapilárami a mozkovou tkání a ovlivňuje mozkovou činnost, konkrétně změny mezi neurony, což způsobuje v mozku změny chování a emocí.

Jako nové formy prevence a léčby se lékařům a terapeutům osvědčují také nové technologie, díky nimž mohou pacienti dostávat podpůrné SMS, funguje internetové poradenství, psychoterapie formou chatu i kluby pro rodiče. Psychoedukace na internetu (např. stránky [www.healthyandfree.cz](http://www.healthyandfree.cz), [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz)) přináší doporučené jídelníčky, škály k posouzení závažnosti onemocnění a poruchy vnímání vlastního těla a kontakty.

**Společenská rizika a prevence**

Jenže právě internet je pro pacienty s PPP zdrojem rizik. Tlak na zevnějšek se v současné společnosti stupňuje a jeho nosičem jsou právě sociální sítě. „Poruchy příjmu potravy mají řadu různých příčin i projevů, společná je nespokojenost se sebou, větší míra závislosti na mínění druhých o nás a snaha v něčem uspět. Když se všechny tyto tři faktory sejdou, a to ve velké intenzitě, stane se z normálních pochybností posedlost a ze svébytné osobnosti nešťastný člověk, sledující svou postavu a počítající kalorie. Sebepojetí a zdravý vztah k vlastnímu tělu ovlivňují od mala svým vzorem rodiče, ale také reklamy v médiích a v dospívání komunikace na sociálních sítích,“ podtrhuje klinický psycholog a psychoterapeut Mgr. Jan Kulhánek z ambulance Anděl v Praze.

Pacienti s PPP se do péče lékařů dostávají ve stále nižším věku. Prevenci proto odborníci cílí již na děti na základních školách.Řada školních dětí neví, jaká je jejich optimální hmotnost a zejména dívky se obtížně smiřují se vzrůstem hmotnosti ve vztahu k výšce a věku. Ve starším školním věku pak považují diety za samozřejmost a neznají přiměřený jídelní režim, řada dětí chce hubnout a k tomu si dopomáhají kouřením či zvracením. Odborníci se spolu s modelem zdravého stravování snaží u dětí oddělit vnímání těla a sebehodnocení a soustředí se na vytváření hodnotných vztahů a zvládaní stresu.

Jak docentka Starková říká, nejtěžší krok v léčbě je vždy ten první. V tomto případě přesvědčit dívku (v adolescenci mívají především anorexii) pro zahájení spolupráce. Proč si ostatní myslí, že má problém, když ona se cítí zcela spokojená? Proč potřebuje tuto hmotnost? Jak vnímá svoje tělo? Zná svoji postavu? Diagnostika specifických příznaků je základem pro další léčebné kroky. Zkusí něco v příjmu jídla změnit? Jak zmírnit strach? „Terapeutický proces, když se daří, je úžasným zážitkem i pro terapeuta. Pozorovat probouzení zamlklé duše a proměnu z negativistického, křečovitě sevřeného a prochladlého stvoření do usměvavé, sympatické, krásné dívky. Její osobnost je sice stále křehká a zranitelná, každopádně je vnitřně svobodnější, silnější i sebevědomější. Mějme velký respekt k těm, které to zvládly, a pomozme těm, které trpí. Zastavme veřejné komentáře tělesných křivek dívek a žen. Důležitější je přece vnitřní krása, ne krása vnější…,“ podtrhuje docentka Stárková.

Kontakt na tiskovou mluvčí 1. LF UK:

Petra Klusáková, DiS.

Oddělení komunikace 1. LF UK

[petra.klusakova@lf1.cuni.cz](mailto:petra.klusakova@lf1.cuni.cz)

tel. 224 964 406

mob.773 205 725