
V léčbě poruch příjmu potravy pomůže reforma psychiatrie

V léčbě poruch příjmu potravy pomůže reforma psychiatrie

Počet jedinců, kteří trpí nějakou formou poruchy příjmu potravy, stále stoupá. Nejde však jen o adolescentní dívky, stále více nemocných nacházíme také mezi dospělými v produktivním věku. O otázkách týkajících se různých forem poruch příjmu potravy s námi hovořila profesorka Hana Papežová, vedoucí Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.



Mezi nejznámější formy poruchy příjmu potravy patří anorexie a bulimie. Jaký je mezi nimi z psychiatrického hlediska rozdíl?

Tyto diagnózy patří do širšího spektra poruch příjmu potravy. Zatímco pro anorexii je kritériem podváha pod BMI 17,5 (body mass index – index tělesné hmotnosti, pozn. red.), dívky s bulimií mají váhu normální nebo vyšší. Diagnózy však mohou přecházet jedna v druhou, nejčastěji se anorexie transformuje v bulimii. Při chronickém průběhu se zvracením a dalšími purgativními symptomy, tedy nezdravými způsoby zbavování se kalorií, je někdy těžké diagnózy rozlišit.

S jakými dalšími poruchami se u vás v centru pacienti léčí?

S celým spektrem poruch příjmu potravy, anorexií, bulimií, psychogenním přejídáním a dysmorfofobií, známou jako takzvaný Adonisův komplex nebo bigorexie.

Je nadměrné přejídání stejně život ohrožující jako třeba mentální anorexie?

Bezprostředně život ohrožující jsou stavy s výraznou podvýživou, kdy pacienti jídlo odmítají, vracejí nebo se jinak sebepoškozují, například nutkavým způsobem nadměrně cvičí. Život také ohrožuje vysoké procento sebevražd nebo předčasného úmrtí, časté je i srdeční selhání.

Kolik osob u nás v současnosti trpí nějakou formou poruchy příjmu potravy?

Udávalo se, že až pět procent rizikové, mladé populace trpí anorexií a bulimií (8–12 pacientů na 100 000 obyvatel, pozn. red.), ale tyto informace jsou velice nespolehlivé, onemocnění bývá často dobře utajováno. Proto jsou dotazníková data v populaci jen přibližná.

Počet nemocných v poslední době roste, nebo klesá?

Máme data z ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, pozn. red.), z ambulancí a hospitalizací, ta svědčí o nárůstu onemocnění u osob nad 30–35 let a v mladším věku pod 13–14 let. Z klinického hlediska je ale závažné, že narůstají vážné chronické formy onemocnění, které jsou spojeny s dalšími onemocněními, jak psychiatrickými, tak tělesnými.

Jsou poruchy příjmu potravy onemocněním vrozeným, respektive geneticky daným, nebo si je člověk „vypěstuje“ například vlivem nerealistických nároků na vzhled, které nám prezentují média?

Poruchy příjmu potravy jsou typicky multifaktoriálním onemocněním, které je psychosomatické povahy. To znamená, že u nich hraje roli jak genetika, tak prostředí. Dnes vídáme druhou nebo i třetí generaci v rodinách, které jsou zaměřeny na nezdravé jídelní chování a diety a tvoří rizikovou skupinu, kde hrají roli některé genetické faktory i způsob výživy v rodině. Dále to jsou rizikové školy nebo zaměstnání. Rizikovým faktorem je také úzkostná, perfekcionista povaha u člověka, který si nevěří, obtížně zvládá stres, negativní emoce a vyhýbá se řešení konfliktů.

Co je spouštěčem poruchy příjmu potravy?

Spouštěčem onemocnění při určité souhře rizikových faktorů může být pouhá kritická, devalvující poznámka, ale i dlouhodobý stres nebo trauma.

Hrají během onemocnění nějakou roli emoce?

Anorektické chování se nemocným zpočátku zdá být řešením na nepříjemné emoce nebo konflikty. V poslední době výzkum ukazuje, že právě emoce v sociální situaci, které postižení s anorexií hůře rozpoznávají, hrají roli v průběhu onemocnění a je třeba s nimi více pracovat v terapii.

Jak léčba probíhá?

Léčba je komplexní, nelze o ní mluvit bez dosažení normální zdravé hmotnosti jedince. Postupně pracujeme s jídelním režimem, zlepšením sebedůvěry a sebestříjetí, akceptací vlastního těla, zlepšením jeho vnímání, které anorexie postihuje. Pracujeme se vztahy, které dlouhodobé onemocnění velmi poškozuje, i s tělesnými a psychickými následky hladovění.

Nemají pacienti strach jít se léčit na psychiatrickou kliniku? Neoddalují proto léčbu?

Pacienti často mají strach ze stigmatizace, ale k onemocnění samému patří dlouhodobé popírání jakýchkoli obtíží, odmítání pomoci, skrývání následků. Takže oddalování léčby nebo hledání alternativních způsobů prognózu zhoršuje.

Myslíte si, že reforma psychiatrie může pomoci v léčbě poruch příjmu potravy? Jak konkrétně?

Ano, doufám, že budeme moci podpořit vznik multidisciplinárních specializovaných ambulancí a také vytvořit programy ke vzdělávání odborníků, kteří s poruchami příjmu potravy pracují – nutričních terapeutů, sociálních pracovníků a podobně.

Velmi mě zarazilo, že se na webu Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy hovoří pouze o pacientkách. Poruchami příjmu potravy ale trpí i muži. Není trochu zkreslující a genderově předpojaté ukazovat poruchy příjmu potravy jako výlučně ženský problém?

Rozhodně nezanedbáváme problematiku poruch příjmu potravy u mužů, ale nemocných žen je v dospělosti přece jen devětkrát více, a tak se používá běžně ženský rod. Muži ale přicházejí k léčbě častěji a mají podobnou symptomatiku jako ženy. Pro nárůst výskytu onemocnění mezi muži však epidemiologická data zatím nemáme.