

SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ - DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ OTÁZKY

doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika II. LF UK a FN Motol, Praha

Autoři se zabývají specifickými charakteristikami poruch příjmu potravy v dětském věku a na počátku dospívání. U dětí se tyto poruchy vyskytují méně často než u adolescentů a mladých dospělých (děti pod 12 let tvoří asi 5 % případů), ale představují závažnou komplikaci vývojového procesu na rovině biologické i psychosociální. Autoři dále popisují specifické charakteristiky a syndromy poruch příjmu potravy v dětství a rané adolescenci.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, raný začátek onemocnění, specifické syndromy u dětí.

SPECIFICATION OF EATING DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS - DIAGNOSTICAL AND THERAPEUTICAL ISSUES

Paper deals with specific characteristics of eating disorders in childhood and in early adolescence. Eating disorders appear in childhood less frequently than in adolescence and adult age (only about 5% of patients are children below 12 years) but they represent serious challenge to the development process both at the biological and psychological level. Paper gives specific characteristics and syndromes of eating disorders in childhood and early adolescence.

Key words: eating disorders, early onset, specific syndromes in children.

Úvod

Poruchy příjmu potravy v dětském a raně adolescentním věku představují závažnou patologii pro dospívání v rovině biologické i psychosociální (5, 6). Většina dat, z nichž se pak vyvozují konceptuální závěry, je získána z výzkumů dospělých, event. adolescentních pacientek. Souborů zabývajících se dětmi na počátku dospívání je málo. Hranice tzv. raného začátku poruchy není jednoduše stanovitelná a mezi jednotlivými autory, kteří na toto téma publikují, není jasná shoda ve věku pacientů. Například Lask a Bryant (2) užívají kritéria 8–14 let, někteří autoři popisují premenarcheální dívky, Atkinsová a Silber (1) zahrnují do svého souboru pacienty pod 12 roků. V našem článku chceme ukázat některé specifické aspekty problematiky poruch příjmu potravy v dětském a raně adolescentním věku a popsat specifické syndromy typické pro toto vývojové období.

Obecně se uvádí, že výskyt poruch příjmu potravy u adolescentů vykazuje stoupající nárůst v posledních 50 letech (pro věk 15–24 let). Zatímco dřívější práce zdůrazňovaly výskyt zejména u bílých dívek a mladých žen ze střední socioekonomické třídy, pak současná data spíše ukazují na výskyt poruch v dalších etnických a sociokulturních skupinách. Zmiňován bývá zejména větší výskyt mírných nebo atypických forem poruchy. Děti pod 12 let představují asi 5 procent případů pacientů s poruchou příjmu potravy.

Z etiologického hlediska se opakovaně zdůrazňuje biopsychosociální pohled na poruchu, novější práce již ale tento pohled vidí jako konzervativní a orientují se spíše na rizikové faktory a mechanismy, které vedou ke specifické symptomové formaci poruchy příjmu potravy.

Diagnostické otázky

Diagnostika poruch příjmu potravy, jak ji vymezuje MKN-10 (mentální anorexie, mentální bulimie), se pro dětský věk ukazuje jako omezující. Tato diagnostika trvá na jasně vymezeném syndromu a obtížně postihuje například počátek poruchy. Děti také častěji popírají úmyslné

hubnutí a stěžují si na různé somatické obtíže provázející příjem potravy (obtíže s polykáním, bolesti břicha, problémy ve vyměšování). Další komplikující okolností je častá dissimulace obtíží, například když se rozhoduje o způsobu léčby, kterou dítě nechce (např. hospitalizace). Proto nelze spoléhat ani na výsledky sebesupozujících dotazníků zaměřených na jídelní chování a postoje k hmotnosti (např. verze Eating Attitude testu pro školní děti).

Diagnostickou rozvahu navíc komplikuje častá psychiatrická komorbidita.

Rastam (11) našel u 49 % adolescentních pacientek afektivní poruchu a u 29 % úzkostnou poruchu v současnosti či v minulosti. Z tohoto souboru trpělo 35 % anorektiček komorbidní obsedantně-kompulzivní poruchou. Časté jsou nálezy závislosti na návykových látkách u bulimických pacientek.

Co se týká osobnostní struktury pacientek, bývá mentální anorexie spojovaná spíše s vyhublou osobností, zatímco mentální bulimie s hraniční osobností.

Většina prací se ale shoduje v tom, že určitá skladba osobnostních rysů představuje pouze rizikový faktor pro rozvoj některé formy poruchy příjmu potravy (10, 12). U anorektiček jsou zdůrazňovány rysy jako je úzkostnost, inhibovanost a zvýšená tendence ke kontrole, zatímco u bulimiček výraznější afektivní labilita, chaotičnost a nízká sebekontrola. Je však otázkou, zda jde skutečně o premorbidní osobnostní charakteristiky nebo o osobnostní změny v důsledku trvající poruchy.

Významný pohled na osobnostní problematiku pacientek přináší Atkinsová a Silber (1), kteří zdůrazňují problémy pacientek v seberegulačních funkcích těla. Z tohoto pohledu jde o jakýsi osobnostní deficit, který se manifestuje v průběhu dospívání a jehož projevem je klinický syndrom poruchy příjmu potravy. Je však zřejmé, že jde o nespecifické riziko (tyto znaky můžeme stejně tak vidět u adolescentů zneužívajících návykové látky).

Smyslupný diagnostický proces musí zahrnovat nejen klasifikaci syndromu poruchy příjmu potravy, ale zachyce-

ni další komorbidní patologie (psychiatrické i somatické – víme, jaké problémy nastávají u diabetiček), dále posouzení osobnosti pacientek a dalšího psychosociálního kontextu jejich života (stresové události, traumata, rodinné situace, vrstevnické vztahy a zejména postoje ke změnám, které přináší počátek dospívání).

Cílem komplexní diagnózy je terapeutický plán. Proto nestačí pouze posouzení klinického syndromu, ale je potřebné zhodnocení i dalších okolností, jako je osobnost, somatický stav, psychosociální problémy a vlivy prostředí.

Zejména psychosexuální problémy, spojené s počátkem dospívání, nebývá snadné identifikovat. U většiny profesionálů přetrvává nechuť a neobratnost v exploraci psychosexuálních témat u mladších dospívajících (změny v sekundárních pohlavních znacích, menstruace, masturbace, první psychosexuální zkušenosti). Řada prací uvádí, že právě u poruch příjmu potravy s raným začátkem hrají významnou úlohu první změny spojené s dospíváním ať už v rovině tělesných změn (růst prsou, ochlupení, menstruace), nebo v rovině psychosexuálního prožívání (např. intenzivní zamilování).

Význam rizikových faktorů

Rizikové faktory mají kumulativní charakter a projevují se v kontextu vývojových období (10, 12). Nesnadné bývá odlišení vlastních determinujících faktorů od projevů poruchy vázaných na malnutriční a specifickou psychopatologii (osobnostní změny nebo reakce rodiny).

Rizikové faktory bývají posuzovány z hlediska různého stupně specifičnosti, některé jsou nespecifické (například sociokulturní prostředí se zaměřením na úspěch, sebekontrolu a štihlou), jiné mají specifickou vazbu na jednotlivé formy jídelních poruch (například problémy v raném vazbovém chování mezi dítětem a matkou – „attachment“ jsou u anorektiček popisovány jako „úzkostné a nejisté připoutání“, zatímco u bulimiček jako „ambivalentní připoutání“, nebo typ rodinného uspořádání, který je u anorektiček více rigidní a u bulimiček více chaotický).

Pro raný začátek poruchy příjmu potravy je rizikovým faktorem způsob, jak se dívka adaptuje na vývojové pubertální změny. Dívky, které jsou na začátku dospívání výrazněji nespokojené se svým tělem nebo prožívají s ošklivostí nástup menstruace, jsou v rizikové skupině pro rozvoj poruchy příjmu potravy. Riziko zesiluje vyšší BMI pro tuk, hruškovitá distribuce uložení tuku v těle a zdá se, že i časnější menarché. Spouštějícím faktorem může být konfrontace se sexuálními tématy (například intenzivní zamilování, expozice traumatizujícímu sexuálnímu podnětu, konfrontace s tématem rodičovské sexuality, apod.).

Členění rizikových faktorů

- Biologické faktory** – hereditární okolnosti, individuální tělesné charakteristiky, hormonální vlivy
- Psychologické faktory** – osobnostní rysy, způsob regulace afektů, kognitivní zpracování informací, vazbové chování, traumatizující zkušenosti
- Rodinné faktory** – styl rodinné interakce

d) Sociokulturní faktory – žádoucí model štíhlosti, výkonnosti, úspěšnosti.

Specifické syndromy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících

Infantilní mentální anorexie

Syndrom infantilní mentální anorexie popsala Chatoor (3), která vycházela z modelu separačně individuálního procesu a dávala tuto poruchu do souvislosti s problémy rané vazby dítěte s matkou. Vyskytuje se především v batolecím věku, kdy dítě odmítá jíst a rodiče ho obvykle do jídla nutí. Projevuje se typickými rysy:

- objevuje se mezi 6. měsícem a 3. rokem života
- dítě odmítá jíst a má konflikty s matkou kolem jídla
- rodiče vyvíjejí nátlak na to, aby dítě jedlo
- patrná je malnutrice bez přítomnosti somatické poruchy.

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu

Syndrom byl popsán Higgsem a spolupracovníky (4) a představuje pomezi mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Při této poruše děti uvádějí rozličné důvody, proč nechťejí jíst, verbalizují strach z toho, že jim bude špatně, že se udusí nebo pozvrací, stěžují si na bolesti břicha. Děti obvykle popírají snahu zhubnout, ale přestávají přijímat potravu a mohou být z hlediska somatických následků ohroženy stejně jako děti s typickou mentální anorexií. Nebylo pozorováno tak úporné lpění na nízké váze jako u typické mentální anorexie. Bývají zdůrazňovány následující znaky:

- vyhýbání se jídlu
- porucha nálady
- nepřítomnost poruchy percepce vlastního těla
- nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností
- úbytek hmotnosti.

Syndrom vybíravosti v jídlu

Syndrom popsali Bryant-Waugh a Kaminski (2). Bývá pozorován u osmi- až dvanáctiletých dětí, častěji chlapců, kteří obvykle jedí jen několik druhů potravin a ostatní odmítají. Důsledkem bývají konflikty v rodině a problémy s adaptací v cizím prostředí. Takový způsob stravování je komplikací pro zdravou výživu. Zdůrazňují se tyto znaky:

- omezený příjem potravin
- psychosociální problémy
- bez úbytku hmotnosti.

Syndrom pervazivního odmítání

Syndrom pervazivního odmítání popsali Lask a spolupracovníci (7) jako stav, který je spojený s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe. Stav má pervazivní charakter. Může začínat jako obvyklý mentálně anorektický syndrom a může končit pervazivním stavem odmítání, kdy pacient leží v posteli, nejí a s okolím nekomunikuje. U pacientů (častěji dívek) pozorujeme:

- generalizované vyhýbavé chování

- odmítání jídla, pití, chození, mluvení, péče o sebe
- může jít o formu posttraumatické stresové poruchy.

Mentální anorexie

Obvyklá kritéria pro mentální anorexii v dětském věku nebývají vhodná, proto Nicholls a Lask (8) vymezují pro děti kritéria, která nejsou zcela totožná s klasifikací MKN-10. Jsou to:

- úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení)
- nepřiměřené vnímání hmotnosti nebo postavy
- chorobné zabývání se hmotností nebo postavou.

Další charakteristiky mentální anorexie

- osobnost s rysy vyhýbavosti, emoční staženosti, sociální konformity
- tendence popírat úmyslné hladovění
- stížnosti na nechutenství a bolesti břicha
- častá komorbidita s depresivním a obsedantně-kompulzivním syndromem
- spouštějící faktory představuje dospívání, změna školy (skupiny vrstevníků), zážitek ztráty.

Mentální bulimie

Mentální bulimie je v dětském věku vzácná, typickým věkem počátku mentální bulimie je 17–18 let (9). Významné jsou následující rizikové faktory:

- afektivní porucha v rodině, alkoholismus, obezita
- nedostatky v rodičovské péči o dítě (zanedbávání, zneužívání)
- stresující životní události.

Literatura

1. Atkins DM, Silber TJ. Clinical Spectrum of Anorexia Nervosa in Children. *Developmental and Behavior Pediatrics*, 1993; 14, 4: 211–216.
2. Bryant-Waugh R, Kaminski Z. Eating disorders in children: An Overview. In: Lask B, Bryant-Waugh R (Eds.): *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Lawrence Earlbaum Associated Ltd, East Sussex, Hove 1993.
3. Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell R, Mrazek DA. Maternal Characteristic and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000; 39, 6: 743–751.
4. Higgs JF, Goodyer IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance Emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 1989; 64: 346–351.
5. Kocourková J, a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha, Galén 1997.
6. Koutek J, Kocourková J. Poruchy příjmu potravy v dětství a adolescenci. *Forum medicinae*, 2000; 2, 3: 64–69.

Terapie

Terapie poruch příjmu potravy u dětí musí být multimodální, zahrnující biologické, psychologické i sociální formy terapeutické intervence. Těmito terapeutickými metodami jsou psychoterapie, farmakoterapie, režimová léčba, rodinná terapie, nutriční poradenství. Prognosticky významnou okolností je doba, která uplyne od počátku onemocnění do začátku léčby. Při prvním kontaktu s pacientem je třeba posoudit, zda je indikovaná hospitalizace dítěte či adolescenta, nebo je indikovaná ambulantní léčba.

Hospitalizace dítěte je indikovaná:

- při výrazném poklesu hmotnosti
- při zvýrazněném depresivním syndromu
- v případech patologické rodinné interakce týkající se jídla a váhy dítěte.

U dětí je na počátku terapie potřebné pečlivě zhodnotit somatického stavu a zlepšení realimentace. Nedílnou součástí léčby je psychoterapie a rodinná terapie. Indikace farmakoterapie se vztahuje zejména na případy, kdy je u dítěte patrná výraznější depresivní či obsedantně-kompulzivní symptomatika. Nejčastěji užívaným typem psychofarmak jsou anxiolytika a antidepresiva.

V ambulantní léčbě je kladen důraz zejména na psychoterapii a rodinnou terapii.

*Práce je publikována s podporou Výzkumného záměru
II. LF UK Praha č. 11300003.*

Převzato z časopisu Psychiatrie pro praxi 2001; 3: 109–111.

7. Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. *Archives of Disease in Childhood*, 1991; 66: 866–869.
8. Nicholls D, Lask B. Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci. In: Krch FD, a kol. (Eds.): *Poruchy příjmu potravy*. Praha, Grada 1999.
9. Schmidt U, Hodes M, Treasure J. Early onset bulimia nervosa – who is at risk? *Psychological Medicine*, 1992; 22: 623–628.
10. Steiner H, Sanders M, Ryst E. Precursors and Risk Factors of Juvenile Eating Disorders. In: Steinhausen HCh, (ed): *Eating Disorders in Adolescence. Anorexia and Bulimia Nervosa*. New Steiner H, Sanders M.
11. Rastam M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1992; 31: 819–829.
12. Ryst E. Precursors and Risk Factors of Juvenile Eating Disorders. In: Steinhausen HCh, (ed): *Eating Disorders in Adolescence. Anorexia and Bulimia Nervosa*. New York, Walter de Gruyter 1995.