

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



Hana Kučírková

Význam nutriční péče u Poruch Příjmu Potraviny

Eating disorders and the importance of nutrition

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Patricie Arlethová

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26. 8. 2015

HANA KUČÍRKOVÁ

Podpis

Poděkování:

Na prvním místě bych velice ráda poděkovala Mgr. Patricii Arlethové za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi při zpracování mé závěrečné práce věnovala. Dále mé poděkování patří mému příteli Michalovi za nekonečnou podporu.

Identifikační záznam:

KUČÍRKOVÁ, Hana. Význam nutriční péče u Poruch Příjmu Potravy. [Eating disorders and the importance of nutrition]. Praha, 2015. Počet stránek 41. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika VFN v Praze a 1. LF. Vedoucí práce Arlethová, Patricie.

Abstrakt

Tato práce se zabývá nutriční terapií u poruch příjmu potravy. Zkoumá, zda má nutriční terapie nezastupitelnou roli v léčbě nebo je na jejím okraji. V teoretické části se věnuji obecným kapitolám o poruchách příjmu potravy – definice, etiologie a epidemiologie, poruchy příjmu potravy v dětském věku, zdravotní komplikace a psychické důsledky, terapie a nutriční terapie. V praktické části jsem vytvořila edukační materiál o stravování – základní doporučení ve stravování, jídelníček při podvaze a přejídání. Tato část je psána srozumitelnou formou s minimem cizích slov a lékařských pojmů, proto může být využita pro širokou laickou veřejnost.

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, Mentální anorexie, Mentální bulimie, Přejídání, Nutriční terapie.

Abstract

This thesis deals with nutritional therapy for eating disorders. It explores whether nutritional therapy has an irreplaceable role in treatment of these disorders or whether nutritional therapy has a marginal effect. I describe general issues of eating disorders in a theoretical part of my thesis such as etiology, epidemiology, therapy and nutrition therapy. I composed educational handout about eating in a practical part of my thesis containing fundamental dietary recommendations, menu for underweight people and overeating. I tried to write this part in the most comprehensible form with a minimal amount of foreign words and medical terms therefore my thesis could be used for broad public.

Key words

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, overeating, nutritional therapy.

Obsah	
Úvod.....	1
1 Poruchy příjmu potravy	2
1.1 Definice mentální anorexie	2
1.2 Definice mentální bulimie	3
1.3 Další druhy poruch příjmu potravy.....	4
1.3.1 Syndrom nočního přejídání	4
1.3.2 Záchvatovité přejídání	5
1.3.3 Drunkorexie	5
1.3.4 Ortorexie	5
1.3.5 Bigorexie	5
2 Etiologie a Epidemiologie poruch příjmu potravy.....	6
2.1 Psychosociální rizikové faktory:.....	6
2.1.1 Pohlaví.....	6
2.1.2 Etnický původ	6
2.1.3 Věk	7
2.2 Faktory posilující strach z tloušťky	7
2.3 Tělo a čas.....	7
3 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících.....	9
3.1 Poruchy příjmu potravy v dětském věku.....	10
3.1.1 Infantilní ruminační porucha	10
3.1.2 Pika.....	10
3.1.3 Syndrom pervazivního odmítání potravy.....	10
3.1.4 Syndrom vybíravosti v jídle.....	10
3.1.5 Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie	11
3.1.6 Syndrom nočního ujídání nebo upíjení	11
3.2 Diagnostika.....	11
3.3 Úmrtnost a léčba	12
4 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy.....	13
4.1 Malnutrice	13
4.2 Kardiovaskulární komplikace	14
4.3 Gastrointestinální komplikace.....	14

4.4 Kosterní komplikace.....	14
4.5 Dermatologické komplikace	14
4.6 Renální komplikace	14
4.7 Reprodukční komplikace.....	15
5 Psychické a společenské důsledky poruch příjmu potravy	16
6 Terapie poruch příjmu potravy.....	17
7 Nutriční terapie.....	18
7.1 Nutriční tým	18
7.2 Nutriční anamnéza	19
7.3 Umělá výživa	20
7.3.1 Enterální výživa.....	20
7.3.2 Způsob aplikace enterální výživy	21
7.3.3 Metody aplikace enterální výživy	21
7.4 Parenterální výživa	22
7.5 Význam nutriční péče u poruch příjmu potravy.....	22
8 Základní doporučení ve stravování	23
8.1 Složení stravy	23
8.2 Pravidelnost ve stravě.....	23
8.3 Velikost porcí.....	23
9 Změny ve stravování při mentální anorexii	25
10 Jídelníček při podvaze	26
10.1 Dostatečný denní příjem.....	26
10.2 Pravidelnost ve stravě.....	27
10.3 Rozšíření jídelníčku	27
11 Jídelníček při přejídání a změny ve stravování při mentální bulimii.....	28
11.1 Dostatečný denní příjem.....	28
11.2 Složení jídelníčku	28
Závěr	30
Seznam použité literatury	31
Evidence výpůjček	33

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, která zaujmou prakticky každého, kdo přišel s těmito pacienty do styku. Pro řadu lidí jsou tato onemocnění těžko pochopitelná a málo srozumitelná. Co způsobuje, že najednou někdo začne nenávidět své tělo tak, že jej nepovažuje za svou součást? Že někomu zjevně štíhlému připadá jeho tělo příliš tlusté, neforemné a začne s ním nakládat tak, že to může vést k předčasné smrti? Proč tolik žen drží nikdy nekončící diety a trpí pocity studu za své tělo? Co je nutí stále držet diety a trápit se vlastně celý život nad tím, že jejich boky a pas nejsou přesně takové, jaké mají slavné modelky? Proč se štíhlost ztotožňuje s úspěchem v zaměstnání i osobním životě?

Zdravý životní styl se pro mnoho lidí stal takovou posedlostí, že někdy zapomínáme, co to vlastně zdraví je. Dříve se zdravím nazýval normální stav, kdy nejsme nemocní. Dnes se zdraví stále více stává cílem, na kterém je třeba tvrdě pracovat. Dělicí čára mezi lidmi, kteří si myslí, že se o sebe pouze dobře starají, a těmi, u kterých jde o poruchu příjmu potravy je velmi tenká. Kvůli tomu, abychom žili zdravě, bychom se určitě neměli vzdávat radosti ze samotného života. Zdravý životní styl a zdravá strava jsou v současné době až fanaticky probíraná témata, a proto jsem se rozhodla pro napsání této bakalářské práce.

Ve své práci mapuji problematiku a význam nutriční terapie u poruch příjmu potravy. Je nutriční terapie zásadní v léčbě poruch příjmu potravy nebo se nalézá na jejím okraji? Jaké máme prostředky a cíle v nutriční terapii?

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Pro účely této práce jsou pod pojmem „poruchy příjmu potravy“ myšleny mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, syndrom nočního přejídání a další méně známé podtypy jako ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Tato práce se nezabývá poruchami příjmu potravy ve smyslu obezity.

Krch (2005) uvádí, že poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí. Mění se stravovací a pohybové návyky z důvodu nespokojenosti (skutečné či domnělé) se svou tělesnou váhou nebo typem postavy.

1.1 Definice mentální anorexie (dále jen MA)

Dle Krcha (2002) je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Pacienti s MA neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství a oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých pacientů s MA je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí. Rádi například sbírají recepty nebo vaří pro celou širokou rodinu. MA nejčastěji vzniká ve věku třinácti až dvaceti let.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) (Krch, 1999 str. 14-15)

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snižování hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich

k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV (Krch, 1999 str. 15)

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru).

Specifické typy:

- Nebulimický (restriktivní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

- Bulimický (purgativní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

1.2 Definice mentální bulimie (dále jen MB)

Dle Krcha (2002) je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Uvádí, že pocit přejedení je přitom velmi relativní. Nemocní často snědí jen o něco víc než chtěli, nebo než byli zvyklí jíst. Když se ale cítí přejedeni, tak se časem většinou opravdu začnou přejídat. MB nejčastěji vzniká mezi šestnácti až pětadvaceti lety.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F50.2) (Krch, 1999 str. 17)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu třech měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).

- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV (Krch, 1999 str. 17-18)

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
 1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Specifické typy:

- Purgativní typ: provádí pravidelné zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.
- Nepurgativní typ: používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

1.3 Další druhy poruch příjmu potravy

Následující druhy PPP spadají podle Krcha (2005) pod jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy a jsou diagnostickou kategorií DSM-IV.

1.3.1 Syndrom nočního přejídání

(Stunkard, Grace a Wolf, 1955, Krch 1999)

– u tohoto syndromu se vyskytuje večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí.

1.3.2 Záchvatovité přejídání

(Cooper, 1995, Krch 1999)

– epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik:

Člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé:

- a) dokud se necítí nepříjemně plný,
- b) aniž by pocíťoval hlad,
- c) o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho,
- d) po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile,
- e) záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu šesti měsíců. Záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním, velice často má úzkou souvislost se stresem. Může se rozvinout v podstatě v jakémkoliv věku.

1.3.3 Drunkorexie

– Kulhánek (2014) uvádí, že tato porucha se vyznačuje opakovaným redukováním příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Postihuje více ženy, i když ani muži nejsou vůči ní imunní.

1.3.4 Ortorexie

– Kulhánek (2014) uvádí, že je to patologická posedlost zdravou výživou. Z počáteční orientace na zdravou výživu se stává posedlost a hlavní náplň času nemocného.

1.3.5 Bigorexie

– Kulhánek (2014) uvádí, že jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot své fyzické zdatnosti a svých tělesných proporcí. Lidé trpící bigorexií jsou často závislí na posilování, zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky, podporující svalový růst.

2 ETIOLOGIE A EPIDEMIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

O etiologii PPP bylo vysloveno mnoho různých hypotéz. Neexistuje jediná příčina, spíše souhra více faktorů, které dávají vznik onemocnění nebo ho udržují. Většina autorů dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. Pod biologické faktory spadá ženské pohlaví, tělesná hmotnost, menstruační cyklus a puberta. Pod psychologické faktory spadají specifické poruchy osobnosti a osobnostní rysy. Naše kultura zdůrazňující štíhlost je jevem, který bezpochyby nemoc udržuje. Média prezentují modelky, herečky a tanečnice s anorektickou váhou. Velká část dnešních dívek věří tomu, že držení diet je normální způsob stravování a málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit.

Pavlová (2010) udává, že PPP nejsou výlučným syndromem západní společnosti a objevují se po celém světě. K možným vysvětlením tohoto jevu zůstává westernizace, stres z akulturace.

Garfinkel a Garner (1982), Hsu (1990), Krch (1999) a další autoři předpokládají, že jádro problému PPP je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu.

2.1 Psychosociální rizikové faktory:

Mezi psychosociální faktory se uvádí pohlaví, etnický původ a věk.

2.1.1 Pohlaví

Ženy onemocní PPP významně častěji než muži. Ženy trpí záchvaty přejídání 2,5x častěji než muži (Spitzer et al., 1992, Papežová 2010) a anorexií či bulimií onemocní dokonce 10x častěji (Hsu, 2004; Wittchen et al., 1998, Papežová 2010). Proto označujeme pohlaví jako silný rizikový faktor. PPP onemocní 27% mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Pokud bereme v úvahu pouze mentální bulimii, jedná se dokonce o 42% (Carlat et al., 1997, Papežová 2010). Je možné, že jsou tito muži v homosexuální subkultuře vystaveni podobnému tlaku být štíhlí a krásní jako ženy ve většinové společnosti.

2.1.2 Etnický původ

PPP, a zvláště mentální anorexie, jsou často vnímány jako nemoc „bílých“ dívek. Některé výzkumy provedené v USA skutečně naznačují, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží méně často diety než „bílé“ dívky, a to i přesto, že mají průměrně vyšší BMI (Franko a Striegel-Moore, 2002, Papežová 2010). Ovšem podle některých studií trpí Afroameričanky záchvaty přejídání častěji než jejich „bílé“ vrstevnice (Striegel-Moore et al.,

2000, Papežová 2010). Některé současné výzkumy naznačují, že ženy jiné barvy pleti již v četnosti PPP srovnaly krok s většinovou společností (Shaw et al., 2004, Papežová 2010).

2.1.3 Věk

Nejrizikovější věk pro onemocnění PPP je adolescence a časná dospělost (Hoek a van Hoeken, 2003; Stice, 2002; Wittchen et al., 1998, Papežová 2010).

2.2 Faktory posilující strach z tloušťky

Faktory posilující strach z tloušťky dělíme na kulturní a individuální. Mezi kulturní faktory patří zejména tlak médií (především televize) na představy a vzory člověka. Jednostranné vykreslování určitých typů (kladní hrdinové jsou štíhlí, příliš se mluví o tom, kdo jak vypadá, média zasahují do života lidí). Médii a reklamou posilovaná představa, že člověk může získat vše, co chce. Jednostranné spojování vyhublosti se zdravím. Skandalizace obezity (obezita je spojována s leností, ošklivostí a zdravotními problémy). Klade se přílišný důraz na fyzický výkon, sebekontrolu a soutěživost. Přehnaná orientace na vnější a tělesný vzhled a na to, jak kdo vypadá. Velký důraz se klade na to, co se jí, jestli to je nebo není zdravé, tučné. Velmi častá je soutěživost v rodině (mezi sourozenci).

Mezi individuální faktory patří úzkostnost, přehnaná citlivost, pedanterie, důslednost. Nejistota v dospívání, zejména je-li posílena nějakým traumatem. Nadváha nebo nevhodné rozložení tělesného tuku. Zdravotní problémy spojené s dietou.

2.3 Tělo a čas

Dnešní ideál ženské krásy vznikl na konci 60. let. Důvodem byl přesun módy ze salónů, kde se manekýny procházely na úrovni sedících, na přehlídková mola. Fotografům, kteří modelky fotili odspodu, vycházely na snímcích tlustší s kratšíma nohama. Proto musely být extrémně štíhlé.

Vnímání ženské krásy se výrazně měnilo v celé historii. Středověk má ideál dívčí štíhlosti, který souvisí s tím, že Panna Maria byla matkou pannou. Žena má štíhlé ruce a nohy, útlá ramena a malá ňadra. Ve srovnání s dneškem ale velké břicho. Později se ženská silueta stává živočišnější – uvolňuje se sexualita. Barokní umělci už zobrazují ženu zcela jinak: kyprou až obézní.

Velký vliv na zájem o tělo a počátek nenávisti k tělu přinesla zrcadla. Ve středověku je nikdo neměl v ložnici, aby řešil, jestli mu roste pupek nebo jaké má hýždě. Přítomnost zrcadla

v intimní sféře na začátku 20. století přinesla falešný obraz lidského těla. Už není podstatné, jak se člověk cítí, ale jak vypadá. V tu dobu je tak u ženy za krásnou považována sportovní postava bez boků, s plochými nadry a štíhlýma nohama. S ideálem ženské krásy pak zamával až v 50. letech módní návrhář Christian Dior. Žena měla najednou vyvinuté vnady: velká nadra, štíhlý pas a velké boky. Byl to konec války, konec nedostatku. Vznikl termín plnoštíhlá. Nastává éra Marilyn Monroe.

V 60. letech ale dochází k razantní modifikaci. Ideálem se stává Twiggy, žena – dítě. Skoro nevyvinutá, s vyhublýma nohama v podkolenkách a s krátkými šatičkami. Má silně nalíčené oči. Její sexualita je mírně zvrácená. Jako by žena byla potlačena na hračku, panenku. Bohužel na světových i domácích přehlídkových molech jsou k vidění skutečně takové chlapecké postavy. Je to dáno návrháři, kteří si vyloženě vybírají tyto typy. Většina z nich jsou totiž homosexuálové, takže jsou pro ně takové dívky zajímavější než kypré ženské tělo.

Nikdy v historii lidé nebyli tolik posedlí po úpravách svého zevnějšku jako v současné době. Sociologové někdy mluví o rozmaru „zahálčivé společnosti“, ze které zmizely skutečné problémy, jako je hlad a nemoce. Proto prý mají lidé tolik času zabývat se banalitami, jako je třeba depilace nebo hubnutí. Kulturní antropologové upozorňují, že péče o tělesnou schránku se stává novým náboženstvím. Jeho chrámy jsou fitness centra, kosmetické salony a ordinace plastických chirurgů.

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

V této kapitole se zabývám poruchami příjmu potravy v dětském věku. Toto téma je velmi aktuální. Období dětství není ostře ohraničeno. Za počátek dětství se považuje narození. Dětství se člení na období: novorozenecké (0 až 6 týdnů), kojenecké (6 týdnů až rok), batolecí (1 rok až 3 roky), předškolní věk (3 roky až 6 let), dětský školní věk (6 až 11 let), puberta (12 až 17 let), dospívání (18-20 let).

Uhlíková (2010) uvádí, že PPP patří k závažným psychiatrickým onemocněním, která se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti. Prevalence MA u mladých dívek bývá celosvětově uváděna 0,3-1%, u MB 1-3%, některá kritéria MB splňuje v České republice až 15% dospívajících (Couturier, 2007; Krch, 2005). V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností 2x vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a 10x vyšší v porovnání se zdravou populací. Raný začátek onemocnění definují různí autoři odlišně: premenarcheální dívky, pod dvanáct let, v rozmezí 8 – 14 let. Děti do dvanácti let představují asi 5% pacientů (Kocourková a Koutek, 2001). U předškolních a mladších školních dětí je častější MA, MB je ve skupině dívek před nástupem menarche vzácná. Při delším trvání nemoci podle literatury až 50% patientek s MA přejde do MB. V posledních letech se začátek onemocnění PPP stále více posouvá do mladších věkových skupin, zároveň se objevuje i ve vyšším věku a rozšiřuje se spektrum diagnóz. Součástí symptomaticky u PPP je až u 40 % pacientů sebepoškozování. Jeho výskyt se zvyšuje s větším množstvím příznaků, které svědčí pro emoční labilitu, impulzivitu, častěji provází přejídání a bulimické příznaky (Papežová, 2004).

Uhlíková (2010) uvádí, že výživa u dětí má nezastupitelný význam pro růst, vývoj, rozvoj fyzické aktivity a psychických schopností, ovlivňuje hormonální a imunitní reakce, je důležitá pro průběh všech metabolických procesů včetně prevence onemocnění. V současné době je stav výživy u dětí ve vyspělých zemích hodnocen jako nerovnoměrný nadbytek příjmu potravy, který úzce souvisí se zdravotním stavem. Proces krmení hraje velkou roli i v psychickém vývoji. Dítě v procesu krmení navazuje vztah s pečující osobou. Podle rodičů má potíže s jídlem 25 – 28 % dětí do šesti měsíců věku a 18 % čtyřletých. Vyšší prevalence je u dětí s onemocněním (26 – 90 %) a u nedonošených (10 – 49%). Časné problémy s jídlem mají vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší hmotnost a vyšší nemocnost a vedou k přetrvávajícím jídelním problémům (Ünlü et al., 2007). Studie prováděná v naší populaci prokázala, že ve třinácti letech není 35 % dívek a 13 % chlapců spokojeno se svým tělem, 50 % dívek si přeje zhubnout, 40 % se vědomě omezuje v jídle a 4 % záměrně zvrací (Krch, 2004).

3.1 Poruchy příjmu potravy v dětském věku

3.1.1 Infantilní ruminační porucha

Projevuje se opakovanou regurgitací potravy bez nauzey, žvýkání a znovupolykání potravy a provází jí pocity libosti. Je častá u mentálně retardovaných, deprivovaných dětí, může být známkou dysfunkční, konfliktní rodiny, ale může mít i organickou příčinu (gastrointestinální trakt, reflux, gastritida, ezofagitida), kterou je nutné vyloučit. Porucha může vést až k život ohrožujícímu poklesu tělesné hmotnosti. Nejčastěji se objevuje ve věku od šesti měsíců do tří let a provází poruchy separace, kdy se úzkost matky přenáší na dítě.

3.1.2 Pika

Vzácný syndrom, označující zvrácené chutě (chuťovou aberaci), které vedou k opakovanému požívání nejedlých látek. Tento stav trvá alespoň jeden měsíc a je nepříjemný z hlediska mentální úrovně a dané kultury. Není přítomen odpor k normálnímu jídlu, a pokud se nezjistí jiná závažná příčina, je metodou volby psychoterapeutická péče.

3.1.3 Syndrom pervazivního odmítání potravy

Je popisován u dívek ve věku osmi až čtrnácti let. Pacientky odmítají zároveň s jídlem i komunikaci a péči o sebe.

3.1.4 Syndrom vybíravosti v jídlu

Patří k obtížným, ale nejméně závažným poruchám. Výběr jídel dítěte je omezený, ale množství jídla je dostatečné a děti nezaostávají ve vývoji. Nemají další příznaky typické pro PPP (zaujetí postavou, váhou, vzhledem). Potíže se většinou spontánně vyřeší v adolescenci. Problémy působí spíše proto, že okolo rigidních jídelních vzorců dítěte mohou vznikat konflikty v rodině (Kocourková a Koutek 1997; WCEDCA , 2007, Papežová 2010).

3.1.5 Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie

Jsou následkem traumatického zážitku, např. zvracení, nepříjemného vyšetření trávicího traktu, onemocnění spojené s omezením jídla. V porovnání s MA tito pacienti odmítají jídlo pro obavy z jídla samotného (udušení, zvracení), nikoli z jeho následků v podobě vzestupu váhy (Okada, 2007, Papežová 2010).

3.1.6 Syndrom nočního ujídání nebo upíjení

V současné klasifikaci je zařazen mezi poruchy spánku. Projevuje se vyžadováním potravy při nočním probuzení z naučeného pocitu hladu (Nevšímalová, 2007, Papežová 2010).

3.2 Diagnostika

Stav výživy u dětí a dospívajících nejlépe hodnotí antropometrické vyšetření, které zohledňuje dynamiku vývoje. Toto vyšetření kromě běžných údajů – výška, váha, věk hodnotí ještě další parametry, například střední obvod paže, tloušťku kožní řasy a biochemické nálezy. Děti si častěji než dospělí stěžují na somatické obtíže a mnohem častěji se snaží příznaky onemocnění popírat. PPP v dětském věku častěji provázejí další psychiatrické komorbidity, k nejčastěji uváděným patří afektivní poruchy (49 %), úzkostné poruchy (29%), OCD symptomatika (35 %) a sebepoškozování (40 %), které může být skryté za módními trendy, jako je tetování nebo piercing (Carroll et al., 2002; Pretti et al., 2006; Roberts et al., 2002, Papežová 2010).

Onemocnění může začít nenápadně v rámci změn, které doprovází dospívání, jako jsou experimenty s různými životními styly a snaha se přizpůsobit vrstevníkům. Spouštěčem může být větší psychická zátěž, traumatizující zážitek, onemocnění spojené s dietou a redukcí váhy, kritický výrok týkající se vzhledu, ale i pochvala o obdiv okolí za pozitivní změny směřující ke zdravému životnímu stylu, které mohou přejít v patologické chování. Zpočátku je obvyklá snaha o redukcii příjmu potravy, vynechání tučných a sladkých jídel, postupné omezování dalších jídel a někdy i tekutin. Mohou se objevit další metody redukce váhy, jako je nadměrné cvičení nebo užívání laxativ, diuretik, anorektik a hormonů štítné žlázy. U diabetiků se mohou vyskytnout manipulace s inzulinem.

Snahu o redukcii váhy provází psychické změny, časté jsou depresivní a úzkostné příznaky, zvýšená emoční labilita, dráždivost, zhoršené soustředění, které vede ke zhoršení školní výkonnosti. Typické jsou manipulace s jídlem ve snaze zakrýt problém před okolím a vyhnout se konfliktům s rodiči, nepřiměřené zaobírání se postavou, vzhledem, jídlem, změna jídelníčku a denního režimu, odmítání stolování společně s dalšími lidmi. Objevují

se různé výmluvy kolem jídla, změny chuti (děti více solí, koření), jedí pomalu, šťourají se v jídle. Pokles váhy může dosáhnout pod BMI 12 i méně, může dojít ke snížení váhy i o více než 50 %. Následky PPP u dětí jsou závažnější v tom, že zasahují do vyvíjejícího se organismu. Následky mohou být celoživotní, například menší vzrůst a častá je infertilita.

3.3 Úmrtnost a léčba

Úmrtnost při PPP v dětském věku se uvádí 3 %. Při vzniku onemocnění v prepubertálním věku (dříve než v jedenácti letech) má průběh horší prognózu (Lorenc, 2004, Papežová 2010). Mortalita všech pacientů je uváděna mezi 5 – 10 %, celkově prognóza závisí na tíži onemocnění, hodnotě BMI, trvání onemocnění před zahájením léčby a kvalitě léčebné péče (Ebeling et al., 2003, Papežová 2010).

Léčba vychází z technik kognitivně – behaviorální psychoterapie (KBT) a jejími hlavními cíly jsou úprava váhy, změna jídelního chování, postojů k jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. Podle evropských standardů je léčbou volby pro adolescentní pacientky s MA rodinná terapie.

4 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Tato kapitola se zabývá zdravotními komplikacemi PPP. Všeobecně se ví, že PPP způsobují řadu závažných zdravotních komplikací, a přesto je nemocní často přehlížejí a bagatelizují je. Zdravotní komplikace jsou velmi různorodé a postihují prakticky celé lidské tělo.

Pálová, Charvát (2010) uvádí, že mortalita pacientek s mentální anorexií je jednou z nejvyšších u psychiatrických onemocnění a je 30x vyšší oproti zdravým ženám shodného věku. Vedle sebevraždy je nejčastější příčinou úmrtí primární srdeční arytmie a malnutrice.

Kohout (2010) uvádí, že MA je onemocnění, kdy dochází ke snížení váhy z důvodu hladovění či výrazného snížení příjmu potravy. Postupné snižování příjmu potravy vede k vyčerpání energetických zásob z tukové tkáně. Jedná se o typický příklad energetické malnutrice, prosté hladovění. Při velmi nízkém příjmu potravy nebo hladovění dochází k minerálové dysbalanci ve smyslu hypokalemie, hypomagnezemie, acidózy a hypercholesterolemie. Při objektivním vyšetření se jedná o pacientky s nízkou tělesnou hmotností, kachexií, minimální vrstvou podkožního tuku, na kůži se objevuje lanugo, vlasy jsou velmi jemné, kůže je velmi křehká. Krevní tlak je nižší až nízký. Množství tuku v těle je nižší než 25% u žen a 20% u mužů. V laboratorním vyšetření bývá při stabilizovaném nízkém příjmu potravy nízká hladina kreatininu, hladina urey může být vyšší. Objevuje se hypokalemie, hypomagnezemi, nízká hladina cholesterolu a glykémie. Hladina celkové bílkoviny, albuminu, prealbuminu, transferinu, cholinesterázy bývá dlouho normální.

Při MB kromě výše uvedených komplikací dochází k výraznému snížení hladiny chloridů a draslíku, spíše alkalóze a následně rozvratu metabolismu.

4.1 Malnutrice

Malnutrice dle Kohouta (2010) je definována jako stav zhoršené výživy, v širším slova smyslu jde o jakoukoliv poruchu, a to jak nedostatek, tak přebytek jak základních živin (makronutrientů), tak minerálů či mikronutrientů (vitamíny, stopové prvky). V užším slova smyslu se jedná o nepoměr mezi příjmem a spotřebou základních živin (bílkoviny, sacharidy, tuky), který vede ve svém důsledku k energetické nebo proteinové malnutrici, případně ke kombinaci obou – proteinoenergetické malnutrici.

Malnutrice se dělí na energetickou a proteinovou. Energetická malnutrice je typická nízkou hmotností vzhledem k výšce, nízkými či žádnými zásobami podkožního tuku. MA je typickým zástupcem tohoto typu malnutrice. Proteinová malnutrice je způsobena buď nedostatečným příjmem kvalitní bílkoviny, nebo těžkým onemocněním. Malnutrice vede k delší době léčení, delší době hospitalizace, ke zvýšené mortalitě, dochází ke snížené funkci imunitního systému, snížení svalové síly.

Navrátilová, Češková, Sobotka (2000) uvádí, že při malnutrici je velmi důležitá co nejpodrobnější anamnéza, která může napomoci stanovení včasné diagnózy a léčebného postupu. Většinou, vzhledem k omezené spolupráci pacienta, získáváme údaje od rodiny a z pacientovy předchozí dokumentace. Na první pohled spolupracují pacienti s mentální anorexií a bulimií ochotně avšak tyto údaje jsou většinou lživé, zavádějící. Předkládají většinou smyšlený jídelníček.

4.2 Kardiovaskulární komplikace

Pálová, Charvát (2010) uvádí, že u pacientek s MA jsou kardiální abnormality přítomné až v 86%, zahrnují bradykardii, hypotenzi, arytmiie, EKG a echokardiografické abnormality. Kardiovaskulární komplikace se projevují závažnými poruchami rytmu, které mohou způsobit i náhlou srdeční smrt.

4.3 Gastrointestinální komplikace

Novotný (2010) uvádí, že PPP jsou velmi často provázeny velice rozmanitou gastrointestinální symptomatologií. Častá je ztráta dávicího reflexu, spontánní gastroezofageální reflex, někdy až těžkého stupně. V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Proto se tyto komplikace objevují u pacientů s bulimií a zvracejících pacientů s anorexií (Freeman 1999). Komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě prosté zácpy, obvykle souvisí s nadužíváním laxativ. Prevalence abúzu laxativ u nemocných s PPP je odhadován na 40-60%, přičemž pouze 2-15% nemocných užívání projímadel přiznává (Novotný, 2010).

4.4 Kosterní komplikace

Zikán (2010) uvádí, že proteino-kalorická malnutrice významně zasahuje do kostního metabolismu a zvláště v období růstu a modelace skeletu může mít závažné a v dospělosti již nenapravitelné následky v podobě zvýšeného rizika zlomenin.

4.5 Dermatologické komplikace

Štork (2010) uvádí, že dermatologické obtíže u pacientek s PPP mohou mít řadu důvodů, včetně nedostatečné výživy a hladovění, úmyslného zvracení a užívání léčiv (anorektik, diuretik, emetik, laxativ). Mezi dermatologické projevy patří: suchá šupinatá kůže, lanugo, kožní vyrážky, akné, praskající ústní koutky, zubní kaz, lámavé a křehké nehty, alopecie.

4.6 Renální komplikace

Ryšavá (2010) uvádí, že renální komplikace u pacientů s PPP zahrnují především metabolické odchylky, které jsou spojeny s abúzem diuretik a laxativ. Patří mezi ně hlavně hypokalemie, hypomagnezemie a hyperfosfátemie.

4.7 Reprodukční komplikace

Pařízek, Papežová, Uhlíková (2010) uvádí, že PPP představují riziko ve třech oblastech reprodukčních funkcí: 1) menstruační cyklus, 2) fertilita a průběh těhotenství, 3) poporodní průběh (zdraví matky a vývoj plodu) i dobu kojení. Péče o těhotnou ženu, která trpěla nebo trpí PPP, musí být mezioborová (gynekolog-porodník, psychiatr, internista). Měla by být brána jako žena s vysoce rizikovým nebo dokonce patologickým těhotenstvím.

5 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy způsobují kromě zdravotních komplikací i řadu psychických a společenských důsledků. Dochází ke změnám nálady. Nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti. Zpočátku bývají pacientky velmi živé a aktivní, s postupující vyhublostí nebo naopak, když jsou donuceny jíst, je jejich nálada pokleslá, podrážděná až depresivní. Přibývá nejistoty a úzkosti. Problémy se zdají být neřešitelné. Vzdává úzkostná sebekontrola, která se přenáší z jídla i na jiné oblasti života. Pacientky často nutkavě uklízí, starají se o domácí zvířata, vykrmují je. V myšlenkách se neustále zabývají jídlem. Roste nutkání přejídat se nebo naopak nechat k jídlu. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat. Zhoršuje se koncentrace pozornosti, pracovní tempo a celková intelektová výkonnost. Snižuje se zájem o sociální okolí, sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Pacientky jsou egocentrické a vztahovačné. Ubývá jim společenských kontaktů a naopak přibývají konflikty s okolím. Pacientky jsou čím dál více závislé na rodině, která na její problémy reaguje se zvýšenou úzkostí a strachem a neumožňuje jí přiměřenou sociální zpětnou vazbu a vyzrávání. Některé pacientky se adaptují na roli nemocného a chronického pacienta.

6 TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Odborná literatura udává, že terapie MA a MB by měla sledovat tři cíle:

- Léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (vlivem hladovění, opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik).
- Psychoterapie k pochopení příčin onemocnění a zejména k pochopení „role“ nemoci v současném životě pacienta.
- Psychoterapie zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného.

Existuje několik forem terapie: individuální, skupinová, ambulantní, v rámci stacionářů, svépomocné programy, hospitalizace nebo kombinace uvedených metod. Dle Garnera se pro léčbu PPP nejvíce užívá kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie (zvláště u mladých pacientů), interpersonální terapie, psychodynamická terapie a body terapie (terapie zaměřená na tělo). Užívá se i farmakoterapie (antidepresiva a jiná psychofarmaka pro léčbu úzkostí, strachu z jídla).

V léčbě se udává tzv. pravidlo třetin. Přibližně třetina pacientů se zcela vyléčí, třetina se s nemocí víceméně potýká celý život (nemoc přejde do chronické formy), třetina pacientů zemře na následky poruch příjmu potravy.

7 NUTRIČNÍ TERAPIE

Tato kapitola se zabývá nutriční terapií ve vztahu k PPP. Nutriční podpora by měla být součástí komplexní léčby u PPP. Cílem nutriční podpory je v ideálním případě normalizovat váhu, aby odpovídala výšce a věku pacienta. Nezbytně nutná je spolupráce pacienta, případně jeho rodiny. Při úspěšné nutriční terapii dochází ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Stav výživy vyšetřujeme pohledem na pacienta, vypočítáním jeho BMI (body mass index – vydělíme váhu v kg druhou mocninou výšky v m). BMI méně než 18,5 je podváha, 18,5-24,9 je norma, 25,0-29,9 je nadváha, 30-40 obezita a více jak 40 je morbidní obezita. U žen a mužů je rozdílné ukládání tuku. U žen se ukládá především na hýždích a bocích. U mužů na břiše. Odhad energetické potřeby u zdravého člověka závisí na jeho hmotnosti a na výdeji energie.

„Nutriční podpora by měla být součástí komplexní léčby pacientů s AN. Cílem nutriční podpory je v ideálním případě normalizovat tělesnou váhu tak, aby odpovídala výšce a věku pacienta. Většinou však lékař dosáhne při komunikaci s pacientem pouze kompromisu plánované váhy, který se pohybuje mezi váhou ideální a váhou aktuální“. „Prostředky, které má nutriční specialista k dispozici, jsou úpravy diety a dietní intervence, podání nutričních suplementů, přípravků enterální výživy ve formě sippingu. Bezpodmínečně nutná je však spolupráce pacienta, případně jeho nejbližšího okolí, které musí sledovat, zda jsou tyto prostředky konzumovány v množství, které je lékařem předepsáno“. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 2010. vyd. ISBN 978-80-247-2425-6. Str. 183-184.

Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová (2013) uvádí, že pacientky s MA mívají obvykle čistě energetickou malnutrici s minimální rezervou. Častá je hypercholesterolemie, k níž by také mělo být při indikaci diet u této poruchy přihlíženo. Podvýživa může náhle přejít i do pokročilé proteinové malnutrice. Korekce hmotnosti dietní léčbou má charakter symptomatické léčby. Je nutné dbát na dostatečný energetický příjem pestré stravy a kontrolovat, zda je strava skutečně požívána. Cílem dietologické intervence je zastavit a zvrátit pokles hmotnosti. Je velmi důležité, aby pacient akceptoval osobu terapeuta. Nejprve je nutné upravit veškeré poruchy vodního a elektrolytového metabolismu. Čistě dietní léčba bez pomoci psychiatra nebývá úspěšná.

7.1 Nutriční tým

Nutriční tým je interdisciplinární skupina, jejíž členové mají hlavní zodpovědnost za úroveň nutriční podpory v nemocnici a dle Zadáka (2008) jsou jeho úkoly především následující:

- a) Vyhledávat nemocné ohrožené malnutricí a těžkým katabolizmem a zajišťovat jejich nutriční podporu.
- b) Pravidelně konzultovat nejvhodnější postup a vést dokumentaci nutriční podpory u jednotlivých pacientů.

- c) Kontrolovat dodržování ordinací nutriční podpory na jednotlivých odděleních.
- d) Dohlížet na racionální využití prostředků nutriční podpory.
- e) Zajistit tam, kde je to nutné, pokračování nutriční podpory po propuštění z nemocnice.
- f) Provádět edukaci v nutriční podpoře u mladších kolegů a lékařů na odděleních, kam členové nutričního týmu chodí na konzilia.
- g) Podílet se na pregraduální výuce studentů v oblasti umělé výživy a nutriční podpory obecně.
- h) Podílet se na výzkumu a zavádění nových poznatků do klinické praxe.
- i) Spolupracovat při zajišťování, rozdělování a účelném využití finančních prostředků na umělou výživu v nemocnici.

Členové nutričního týmu dle Zadáka (2008):

- a) Vedoucí nutričního týmu – lékař s licencií pro klinickou výživu a metabolickou péči.
- b) Nutriční sestra – zdravotní sestra specializovaná na nutriční péči.
- c) Lékárník – mimo jiné je zodpovědný za přípravu nutričních formulí typu all-in-one, za sterilní přípravu směsí a jejich stabilitu.
- d) Biochemik – mimo jiné zajišťuje laboratorní testy důležité pro zahájení umělé výživy a sledování její bezpečnosti a účinnosti.
- e) Mikrobiolog – má mimo jiné důležitou úlohu při léčbě febrilních pacientů.
- f) Nutriční terapeut (ka) – je primárně odpovědná za nutriční stav pacienta a využití možnosti kombinovat umělou výživu s perorálním příjmem.

Mezi hlavní povinnosti nutričního terapeuta dle Zadáka (2008) patří:

- a) Stanovovat semikvantitativně, případně kvantitativně, příjem potravy a vypočítávat ze zjištěného příjmu konkrétní denní příjem bílkovin, energie a všech dostupných komponent výživy.
- b) Sledovat nutriční stav nemocného a získávat potřebná data pro indikování přechodu z perorálního příjmu na umělou výživu.
- c) Vyhledávat pacienty ohrožené malnutricí a včas upozorňovat na možnosti přechodu na enterální výživu, případně z analýzy příjmu potravy dát podnět k zahájení parenterální výživy.
- d) Vést přesnou dokumentaci o typu výživy, toleranci jednotlivých složek diety, zaznamenávat mimořádný perorální příjem z jiných zdrojů než z nemocničních.
- e) Dohlížet nad dietními standardy v nemocnici.

7.2 Nutriční anamnéza

Při získávání anamnézy pátráme zejména po těchto údajích: hmotnosti, její změny, zvláště v posledních šesti měsících – hmotnostní úbytek, přírůstek, jejich časový průběh.

Změněné chuti k jídlu, změna chuti, absolvování a praktikování diet, alternativních výživových směrů. Potravinové alergie, nesnášenlivosti určitých druhů jídel, pátráme po možné nesnášenlivosti kravského mléka a mléčných výrobků, lepku. Pitný režim – kolik a jaké tekutiny za den pacient vypije. Pátráme po možných somatických komplikacích v dutině ústní, vyšetřujeme stav chrupu, vady skusu, problémy při polykání a kousání. Vylučujeme obtíže ze strany gastrointestinálního traktu – pyróza, meteorismus, nauzea, zvracení, obstipace, diarea. Pátráme po užívání laxativ, diuretik, antacid a veškerých jiných léků či potravních doplňků. Zjišťujeme frekvenci obtíží v souvislosti s požitím jídla, vztah k denní či noční době. Upřesňujeme typ a časnost sportovní a tělesné aktivity, která bývá ve většině případů nadprůměrná. Pátráme po eventuálním abúzu alkoholu.

Rodinná nutriční anamnéza – v rámci rodiny dochází k osvojení stravovacích zvyklostí a návyků. Společné rodinné stolování posiluje vzájemnou důvěru a zvyšuje rodinnou soudružnost. Mezi nevhodné stravovací návyky, které pacient s PPP může převzít z rodiny, patří: nepravidelná strava. Rodina se stravuje nepravidelně, vynechává denní jídla. Členové rodiny jedí o samotě. Pacient může mít pocit, že nikomu nestojí za to, aby se s ním najedl. Členové rodiny drží přísné redukční diety nebo se naopak přejídají. Pacient neví, jak vypadá normální stravovací režim, u kterého se nehladoví ani nepřejídá.

Na základě vypracované nutriční anamnézy se připraví podrobný realimentační plán. Není vhodné předložit před pacienta „ideální“ jídelní plán. Jídelní plán je pozměněn či doplněn dle domluvy mezi pacientem a nutričním terapeutem. Jednotlivé změny řadíme postupně, další vždy až po zvládnutí předešlé změny. Realimentační plán je nutno tvořit individuálně s ohledem na stav pacienta a koordinovat léčbu s ostatními odborníky podílejícími se na léčbě. Velká část pacientů není schopna hned napoprvé nastolit doporučené změny ve stravování. K jednotlivým bodům realimentačního plánu se tedy nutriční terapeut s pacientem vrací, a to i opakovaně.

7.3 Umělá výživa

V této podkapitole se zabýváme umělou výživou. Ta je indikována u nemocných, jejichž stav vyžaduje nutriční intervenci pro malnutrici nebo ohrožení malnutricí. Jedná se rovněž o stavy, kdy pacient nemůže, nechce nebo nesmí jíst. Jde rovněž o stavy, které nemocnému znemožňují nebo podstatně omezují perorální příjem běžné stravy.

7.3.1 Enterální výživa

Rušavý, Kovářová (2008) uvádí, že enterální výživa umožňuje přívod živin přirozenou cestou, působí imunostimulačně, snižuje přerůstání střevní mikroflóry, snižuje střevní permeabilitu a pozitivně ovlivňuje střevní peristaltiku. Enterální výživu ve srovnání s výživou

parenterální lze snadněji realizovat, je provázena menším počtem komplikací, je levnější a vede ke zkrácení doby hospitalizace. Přípravky enterální výživy jsou nutričně definované, nízkoosmolární a většinou bezlepkové, bezlaktózové a neobsahují gluten. Řada přípravků je chuťově upravená, což umožňuje kontinuální popíjení výživy v průběhu celého dne. Tento způsob výživy je stále více využíván a je označován anglickým slovem sipping (srkání respektive popíjení).

7.3.2 Způsob aplikace enterální výživy

Výživu lze aplikovat kontinuálně, bolusově, využívat kontinuální přívod s noční pauzou nebo noční výživu s denní pauzou a pokusem o normální příjem potravy. Enterální výživu lze kombinovat s příjmem potravy (např. noční enterální výživa, sipping) nebo s parenterální výživou (kritický stav), pokud střevo nestačí resorbovat dostatečné množství živin (Silk, 1995).

a) Kontinuální popíjení výživy – sipping

Rušavý, Kovářová (2008) uvádí, že aplikace výživy ve formě sippingu je velice výhodná, pokud není pacient schopen zkonsumovat dostatečné množství normální výživy. Bylo prokázáno, že orální doplňky formou sippingu zvyšují příjem proteinů, energie, minerálů a vitamínů a udržují, nebo dokonce zlepšují nutriční stav nemocných. Tekutá doplňková dieta má prokázaný pozitivní účinek u ortopedických, geriatrických a chirurgických pacientů.

b) Podání nazogastrickou sondou

Nazogastrická sonda se zavádí do žaludku.

c) Podání nazojejunální sondou

Její konec se obvykle umísťuje za Treitzovu řasu do proximálního lačnicku.

d) Podání nazogastro – nazojejunální sondou

Nejčastěji se využívá k časně enterální jejunální výživě.

e) Gastrostomie a jejunostomie

Gastrostomie a jejunostomie slouží k dlouhodobému zajištění přístupu do horní části gastrointestinálního traktu. Nejčastěji se provádí perkutánní metodou – perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) a perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ).

7.3.3 Metody aplikace enterální výživy

a) Aplikace stříkačkou

Janettova stříkačka má objem 250 ml a využívá se k bolusové aplikaci všech forem enterální výživy do žaludku. Není vhodná k jejunální aplikaci. Před každou další aplikací výživy je nezbytné sledovat množství zbytků aspirací žaludečního obsahu.

b) Samospádový systém

Samospádový systém se skládá z kontejneru, který je napojený na sondu nebo gastrostomii aplikačním setem.

c) Enterální pumpa

Enterální pumpa je zařízení k nepřetržité aplikaci enterální výživy. Je stacionární nebo přenosná. Je vhodná jako základní zařízení ambulantní enterální výživy.

Je známo, že zejména pacientky s MA se mnohdy o spolupráci s personálem vůbec nesnaží, brání se zavedení sondy pod příslibem, že budou přijímat běžnou stravu. Po zavedení sondy s ní manipulují, vytahují si jí či zastavují aplikaci výživy. Pacientky, proto potřebují zvýšený dohled zdravotnického personálu.

7.4 Parenterální výživa

Rušavý (2008) uvádí, že parenterální výživa je využívána, pokud nelze použít zaživací trakt. U nemocných v těžkém stavu, u chirurgických pacientů a u pacientů v malnutrici je často používána ve formě doplňkové výživy v kombinaci s enterální výživou, protože střevo je důležité pro imunitní pochody v organismu a jeho atrofie zvyšuje střevní propustnost a působí imunopresivně. Pokud je parenterální výživa využívána jako jediný zdroj energie, je označována jako „totální parenterální výživa“, pokud slouží jako doplňkový zdroj živin k enterální výživě nebo perorální stravě je označována jako „doplňková parenterální výživa“. Jiný způsob dělení je podle žilního přístupu na periferní a centrální parenterální výživu.

Ze zkušeností vyplývá, že u pacientek s MA dochází k manipulaci s infuzním setem a prodlužování doby aplikace. Pacientky si vytrhávají kanyly i katetry. I zde je nutný zvýšený dohled zdravotnického personálu.

7.5 Význam nutriční péče u poruch příjmu potravy

Nutriční terapie je nedílnou součástí léčebného procesu poruch příjmu potravy. Není to ovšem její hlavní součást. Nad nutriční terapií je stále psychiatrická či psychologická léčba. Pokud si pacienti nevyřeší problémy s vnímáním sebe sama, tak znovu nezačnou jíst. Pacienti, kteří se léčí hospitalizací ve zdravotnickém zařízení mají přesně dané porce jídla a dohlíží se na ně při jídle. Pacienti, kteří se léčí svépomocí často nezvládnou jíst doporučené množství jídla. Léčba poruch příjmu potravy je komplexní a bez spolupráce pacienta, lékařů a nutričního terapeuta se nedocílí žádného zlepšení.

8 ZÁKLADNÍ DOPORUČENÍ VE STRAVOVÁNÍ

Zdravá výživa nemá nic společného s jednostranným a nevyváženým stravováním, zakázanými potravinami nebo počítáním kalorií. Lidé s PPP mají jídlo spojené se strachem, s kontrolou svého vzhledu a tělesné hmotnosti. Neustálé se zabýváním jídlom zvyšuje úzkost a sklony k extrémnímu stravovacímu chování. Důsledkem bývají hladovky, různé redukční diety a záchvaty přejídání. Zdravé stravovací zvyklosti se nejnáze vytváří u dětí, které jsou bez předsudků. Snadněji se je naučí, když jim je budeme předávat. Příjem potravy úzce souvisí se vztahem mezi matkou a jejím dítětem. Společné stravování v rodinách posiluje vzájemnou důvěru, potlačuje individualismus a rozvíjí pospolitost v rodině.

8.1 Složení stravy

Jídelníček má být pestrý jedině tak můžeme svému tělu dodat všechny potřebné živiny. Některé potraviny jako zelenina, ovoce, obiloviny, mléčné výrobky potřebujeme každý den, jiné jako maso, které je též součástí zdravé výživy i když nemusí být každodenní součástí jídelníčku. Při výběru potravin by neměly existovat zakázané a povolené potraviny. Nevyváženým a stereotypním jídelníčkem nezajistíme tělu všechny potřebné látky. Důležitý je dostatečný pitný režim 2 – 3 litry za den nejlépe v neslazené podobě. U PPP běžně dochází k nadměrné konzumaci nevhodných nápojů: alkohol, káva, kolové nápoje, energy drinky.

8.2 Pravidelnost ve stravě

Je velkým omylem domnívat se, že pokud budeme jíst pravidelně (optimálně pětikrát denně) budeme přibírat na váze. Pravda je, že takto bude naše tělo dobře hospodařit s přijatou potravou a pokud budeme jíst přiměřeně svému věku a denní aktivitě, na váze se to neprojeví. Vynecháváním jídel působilme nevhodně na svůj metabolismus. Tělo strádá a dochází k fyzickým i duševním potížím – zvýšená únava, podrážděnost. Výrazně se též zvyšuje riziko přejedení.

8.3 Velikost porcí

Poznat, jak má být porce velká, abychom se najedli dostatečně a zároveň nepřevedli je pro pacienty s PPP často velký problém. U pacientů s MA často platí přísloví, že strach má velké oči – porce se jim na talíři zdají větší, než ve skutečnosti jsou a mají tendenci málo si nandat, ubírat nebo nedojídat. Pacienti s MB mají problém s odhadem porcí podobný, ale tendence jsou spíše opačné – pokud toho snědí více, je to chyba, přijdou nepříjemné pocity a může následovat bulimický záchvat. Nejen pacienti s PPP se snaží kontrolovat příjem energie

pomocí kalorických hodnot, někteří mají kalorické tabulky v hlavě. Normální a praktické je umět porce odhadnout, nikoliv spočítat. Počítání kalorií zvyšuje pocity úzkosti při jedení a ovlivňuje nezdravým způsobem volbu potravin. Velikost porcí závisí na tom, zda máme podváhu a potřebujeme přibrat nebo přibrat nepotřebujeme. Pro pacienty s PPP je těžké porce odhadnout, ale také vydržet nepříjemné pocity a jídlo si skutečně nandat a sníst. Po vzájemné dohodě s nandáváním porcí může zpočátku pomoci rodina nebo partner.

9 ZMĚNY VE STRAVOVÁNÍ PŘI MENTÁLNÍ ANOREXII

Dle Beumonta, Williamsové, Krcha (1999) je u MA primárním rysem v chování nadměrné omezování jídla. Pacienti se většinou řídí radami, které jsou v určité době populární nebo módní a jsou propagovány sdělovacími prostředky, vrstevníky nebo rodinou. Jejich výchozí tělesná hmotnost je obvykle normální, nepotřebují hubnout a omezující praktiky dovedou až do nezdravých extrémů. Pacienti s MA většinou tvrdí, že mají v oblasti výživy rozsáhlé znalosti a své praktiky týkající se výživy si neústupně brání. Jejich znalosti jsou však velice výběrové, pocházejí z pochybných zdrojů, např. z populárních časopisů. Tyto znalosti jsou většinou nesprávné a extrémní.

U pacientů s MA se dají nalézt shodné znaky ve stravování (Krch, 2002):

- Mění se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná nebo „nezdravá“. Lidé s MA nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Zákaz je postupně rozšiřován na další jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso.... až nakonec zbudou jen dietní „light“ potraviny.

- Mění se stravovací režim. Lidé s MA si důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“, pod různými záminkami mizí i hlavní jídla.

- Stravovací změny jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Na jídlo najednou není čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Lidé s MA ráno uvádí, že nejsou zvyklí jíst, nebo že nemají čas a večer jsou většinou už po večeři.

- Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejméně. Hodně žvýkají žvýkačky, uždibují a kouří.

- Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nímrají, dlouho si je prohlížejí, vybírají, co nesnědí, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se opravdu nestihnou najíst.

- Mění se jejich chuť, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace.

- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, přecitlivěle reagují na to, když je někdo sleduje při jídle nebo například mlaská. Připravují si pro sebe jiné, méně vydatné jídlo. Když jedí, vypadají napjatě, strnule a vyděšeně.

10 JÍDELNÍČEK PŘI PODVÁZE

Podváha a celková podvýživa je jedním ze základních znaků MA. K výpočtu tělesné hmotnosti můžeme použít orientační BMI, které nám odpoví, zda je naše hmotnost v normě či nikoliv. Bylo prokázáno, že udržování nízké hmotnosti až pod hranici podváhy výrazně ovlivňuje zkreslené vnímání vlastního těla. Zvyšuje úzkost z přibírání a výrazně prohlubuje anorektické potíže. Zvýšení tělesné hmotnosti je pro nemocné velmi náročné, přináší totiž značnou úzkost, výčitky a pocity selhání. Léčba onemocnění spočívá v úpravě váhy alespoň tak, aby nehrozilo zdravotní ohrožení, boj s anorektickými postoji a pochopení vlastní osobnosti, rysů. Rodiny s mladšími pacientkami se musí více aktivně podílet na supervizi jídel, prevenci nutkavého chování. Hospitalizace může přinést pomoc i podporu.

10.1 Dostatečný denní příjem

Orientační hodnota denního energetického příjmu při léčbě MA je přibližně 3500 – 4000 kcal. To znamená jíst pětkrát až šestkrát denně – snídaně, hlavní jídla, svačiny a druhá večeře. Nutné je omezit na minimum aktivní pohyb. Tímto lze dosáhnout přírůstku hmotnosti 0,5 až 1 kg za týden. Na jeden kilogram tělesné váhy, o který chceme přibrat, potřebujeme získat v průměru 25 000 – 30 000 kJ, nad svoji běžnou energetickou potřebu. Na jídelníčku by se měly pravidelně objevovat potraviny ze šesti základních skupin: 1) maso a masné výrobky, ryby; 2) mléko a mléčné výrobky, vejce; 3) ovoce; 4) zelenina, luštěniny, brambory; 5) mlýnskopekárenské výrobky, rýže; 6) tuky. Jejich prostřednictvím získáme veškeré látky nezbytné pro správnou funkci našeho organismu.

Zvýšení příjmu stravy může být postupné, nemělo by ovšem trvat déle než týden. Pocity plnosti, nechut' k jídlu, úzkost před jídlem a výčitky po jídle jsou zpočátku normální a je nutné je překonat. Pomoci může odborník a podpora rodiny či partnera. Nevhodné je přesné počítání kalorií, zvyšuje to úzkost a potřebu kontroly příjmu potravy. Nevhodné je zařazování i nízkotučných a nízkokalorických potravin, které nemají dostatečnou energetickou a výživnou hodnotu.

Léčba MA znamená, že budeme jíst více, než jsme v poslední době jedli, budeme jíst i potraviny, které jsme si zakazovali, budeme jíst více, než je běžná energetická potřeba ženy (muže) našeho věku, budeme jíst více než ostatní a někdy se budeme cítit přejedeni, budeme jíst i v případě, že na jídlo nemáme chuť ani hlad, budeme jíst rychleji a dojídat, nevyhýbáme se jídlu s ostatními lidmi.

10.2 Pravidelnost ve stravě

Lidé s MA mají potíže s pravidelností stravy, a proto je pro ně vhodné si vytvořit časový plán stravy, než se pro ně stane stravování normální součástí každého dne. Pomůže to zmírnit úzkost před jídlem, odpadá rozhodování, zda jíst hned nebo jídlo odložit a často ho pak vynechat. Plánu je třeba svůj den přizpůsobit, ale zároveň být realistický při jeho vytváření a zohlednit pracovní a osobní život.

10.3 Rozšíření jídelníčku

Jídelníček lidí s MA je často velmi chudý a stereotypní. Cílem je jejich jídelníček postupně rozšířit, aby byl pestřejší a vyváženější. Postupně přidáváme jídla, kterých se pacient bojí a považuje je za zakázaná. Postupujeme od těch méně obtížných. Nenutíme jíst jídlo, které dotyčný nikdy nejedl. Každý má nárok na jídlo, které prostě nejí a nechutná mu, jde ovšem o výjimku v jídelníčku.

Maso dodává tělu řadu potřebných látek a je energeticky vydatné. Proto zařazování do jídelníčku se rozhodně doporučuje. Nemusí být ovšem každý den. Minimálně však pětkrát týdně a vhodné je střídat druhy masa i jeho úpravu. Pokud pacienti s MA nejí maso, zajímá nás, kdy ho přestali jíst. Pokud je to v začátku onemocnění, vnímáme to spíše jako omezování se v jídle a snahu kontrolovat svou tělesnou hmotnost. Pokud má nejedení masa rodinnou tradici nemocného nebo toto rozhodnutí časově dlouhodobě předchází nástupu anorexie, respektujeme toto rozhodnutí.

11 JÍDELNÍČEK PŘI PŘEJÍDÁNÍ A ZMĚNY VE STRAVOVÁNÍ PŘI MENTÁLNÍ BULIMII

Záchvaty přejídání (případně následné zvracení u MB) hodně souvisí s velkými výkyvy ve stravování, s držetím hladovek a s velkým omezováním se v jídle. Stejně jako u MA je i zde strach z nadváhy. Opakující se kolotoč hladovění, přejídání se a zvracení vede k rozvoji deprese, snižuje sebevědomí a zvyšuje tělesnou hmotnost. Zvyšuje se strach z dalšího přibírání na váze a prohlubují se bulimické potíže. Kasper (2015) uvádí, že mnozí nemocní v průběhu 1-2 hodin přijmou 62 500 až 83 500 kJ (15 000 až 20 000 kcal), většinou formou vysoce kalorického cukroví nebo zmrzlin, a zase je vyzvrátí. Většina lidí s MB se snaží držet redukční dietu. Existují v zásadě tři druhy diet, které lidé dodržují, aby zhubli. Všechny tyto způsoby jsou typické pro jídelní chování lidí s MB:

- A) Půst – při něm se po různě dlouhou dobu nejí vůbec nic.
- B) Úsporná dieta – snaha omezit denní příjem kalorií na co nejnižší.
- C) Vyhýbání se určitým druhům potravin – soudě, že se po nich tloustne.

Léčba onemocnění spočívá v úpravě váhy alespoň tak, aby nehrozilo zdravotní ohrožení, boj s jídelními problémy a pochopení vlastní osobnosti, rysů. Rodiny s mladšími pacientkami se musí více aktivně podílet na supervizi jídel, prevenci nutkavého chování. Bulimických obtíží se nelze zbavit bez opuštění svých dietních zvyků a normálního, pravidelného jídelního režimu. Je vhodné si zaznamenávat množství a čas zkonsumovaného jídla a pití. Záznamy dávají pocit lepší kontroly a racionality. Hospitalizace může přinést pomoc i podporu.

11.1 Dostatečný denní příjem

Rozdělení denního příjmu potravy do pěti denních dávek je velmi výhodné jak pro náš organizmus, tak pro změnu špatného stravovacího návyku. Podstatné je vědět, že nepřibereme na váze, pokud budeme jíst pravidelně, ale určitě přibereme, pokud se budeme přejídat a následně zvracet. Je potřeba se zbavit jídelních extrémů a dostat se do rovnováhy. Pokud budeme hladovět a extrémně se omezovat ve výběru potravin, zvyšuje se výrazně riziko, že se přejíme nebo přijde bulimický záchvat. Vysoký obsah vápníku ve stravě pomáhá k obnově kostí, nervů i svalů.

11.2 Složení jídelníčku

Odborníci doporučují vyloučit z jídelníčku pochutiny, např. chipsy, oříšky a dočasně omezit potraviny, po kterých přichází bulimický záchvat. Přejídání můžeme předcházet i tím, že si při jídle uvědomujeme, co a kolik jsme snědli. K tomu pomáhá, když si jídlo nandáme na

talíř, sedneme si s ním ke stolu a při jedení neděláme nic jiného. Nevhodné je jíst přímo z hrnce, neodhadneme tak velikost porce. Není vhodné jíst i u televize, nevnímáme jídlo a obvykle toho sníme více než obvykle. Osvědčilo se i omezit domácí zásoby potravin na minimum. Obtížná či „zakázaná“ jídla zařazujeme pozvolna. Pije se až po jídle, nezapíjeme hlad, pozor na alkohol. Vynecháváme náhražky jídla (bonbony, žvýkačky) mimo stanovenou dobu jídla. Dodržujeme přestávku mezi jednotlivými jídly – neměla by být delší než 3 – 4 hodiny. Nekonzumujeme „light“ potraviny a nápoje a umělá sladidla. Nekompenzujeme jídlem negativní pocity, emoce (stres, samota, smutek, nervozita, vztek). Po jídle si naplánujeme činnost. Snažíme se při a po jídle vydržet nepříjemné pocity (plnost, těžkost, nafouknutí). Odstraníme z dosahu osobní váhu. Nekupujeme populární lifestylové časopisy o zdravé výživě.

Nakupování potravin může znamenat rizikovou situaci, obzvláště tehdy, pokud je dotyčný hladový. Pacientům se doporučuje: nakupovat pouze tehdy, pokud jsme najedeni, řídíme se seznamem, nakupujeme pouze potraviny, které potřebujeme, neprohližíme si potraviny zbytečně dlouho, nenakupujeme potraviny do rezervy a výhodná „rodinná“ balení, předem si stanovíme finanční limit, který utratíme.

Selhání v podobě přejedení či následného vyzvracení může zapříčinit přerušení léčby a úplné upuštění od vytyčeného cíle. Je důležité se s tímto rizikem „poprat“ a vytrvat. Nesnažíme se hodnotit každé jídlo nebo den jako úspěch či selhání. Přemýšlíme o důvodech, které vedly k selhání. Zachováme klid, nelitujeme, nevyčítáme si případné selhání v jídle.

ZÁVĚR

Zdraví je důležitou složkou našeho života. K jeho dosažení je nezbytné si uvědomit chyby a omyly, kterých se dopouštíme. Měli bychom mít na paměti, že mnohá závažná onemocnění si způsobujeme sami a je jen na nás, jak se s tím vypořádáme. Poruchy příjmu potravy mohou být jedním z nich. U poruch příjmu potravy dochází k nevhodné manipulaci s jídlem a sebepoškození fyzického i duševního zdraví.

Ve své práci jsem se pokusila stručně shrnout nejnovější poznatky o poruchách příjmu potravy. Poruchám příjmu potravy je věnováno velké množství odborných knih, článků v lékařských i společenských časopisech i internetových webů. Nutriční terapii je v odborné literatuře, dle mého názoru, věnována velmi malá část. Domnívám se, že by bylo velkým přínosem sepsání knihy o nutriční terapii při poruchách příjmu potravy. Odborná literatura se shoduje, že cílem nutriční terapie je normalizovat tělesnou váhu a zavedení normálního stravovacího režimu. Shoduje se i v tom, že bez psychiatrické a psychoterapeutické intervence má nutriční terapie malou šanci na úspěch. Poruchy příjmu potravy jsou v současné době považovány za závažný problém žen a dívek se vzrůstající intenzitou. Dospěla jsem k názoru, že nutriční terapie a nutriční terapeut by měly být součástí komplexní léčby a mají svůj význam v léčbě. Zároveň se domnívám, že bez současné psychiatrické či psychologické léčby není nutriční terapie úspěšná. Při úspěšné nutriční terapii dochází ke zlepšení zdravotního stavu, fyzického i psychického. Základem nutriční terapie je pestrá strava, která dodá člověku všechny potřebné živiny. Velmi důležitá je i pravidelnost ve stravě. Myslím si, že o zdravé výživě bychom se měli učit od útlého dětství. Rodiče by měli jít příkladem svým dětem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 424 s., vi s. barev. obr. příl. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- 2) KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.
- 3) KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
- 4) PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- 5) PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
- 6) SVÁČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. 2., upr. vyd. Praha: Triton, 2013, 341 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.
- 7) SVÁČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- 8) NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Luboš SOBOTKA a Eva ČEŠKOVÁ. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000, 270 s., [12] s. barev. obr. příl. ISBN 80-85912-33-3.
- 9) ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008, 542 s., [5] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-2844-5.
- 10) GÖCKEL, Renate. *Místo činu lednička: když se z jídla stane problém*. Vyd. 1. Praha: Práh, 2008, 161 s. ISBN 978-80-7252-200-2.
- 11) KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2015, xiii, 572 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
- 12) LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- 13) MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.
- 14) KOCOURKOVÁ, Jana, Jiří KOUTEK a Jan LEBL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, c1997, 156 s. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.

- 15) ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 3., dopl. vyd. Brno: Anabell, 2012, 71 s. ISBN 978-80-260-4272-3.
- 16) KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy : příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003, 32 s.
- 17) KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 170 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- 18) HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA Group, 2003, xiii, 240 s. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
- 19) COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 183 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
- 20) NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1150-8.
- 21) PEŘINOVÁ, Nikola. Nutriční doporučení pro komunikaci s klientem s poruchou příjmu potravy. ISBN 978-80-905436-4-5 Dostupné z http://www.anabell.cz/images/obr/1411805829_brozura-a5-doporuceni-finalni-22-8-.pdf
- 22) Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online] PSYCHOTERAPIE ANDĚL PRAHA - PSYCHOLOG, TERAPEUT PRO DĚTI I DOSPĚLÉ [vid. 21.4. 2014] [cit. 2015-08-25]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

