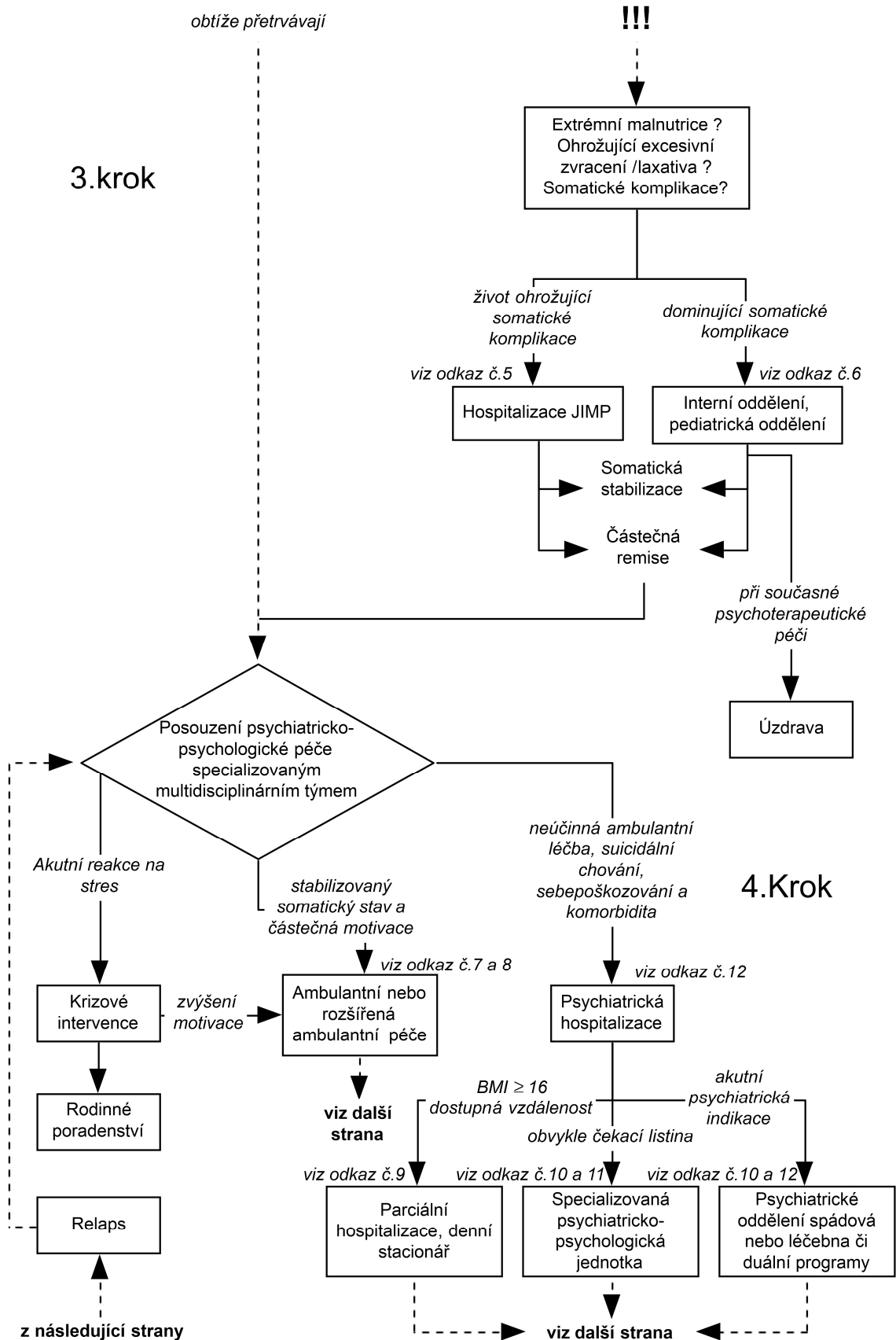
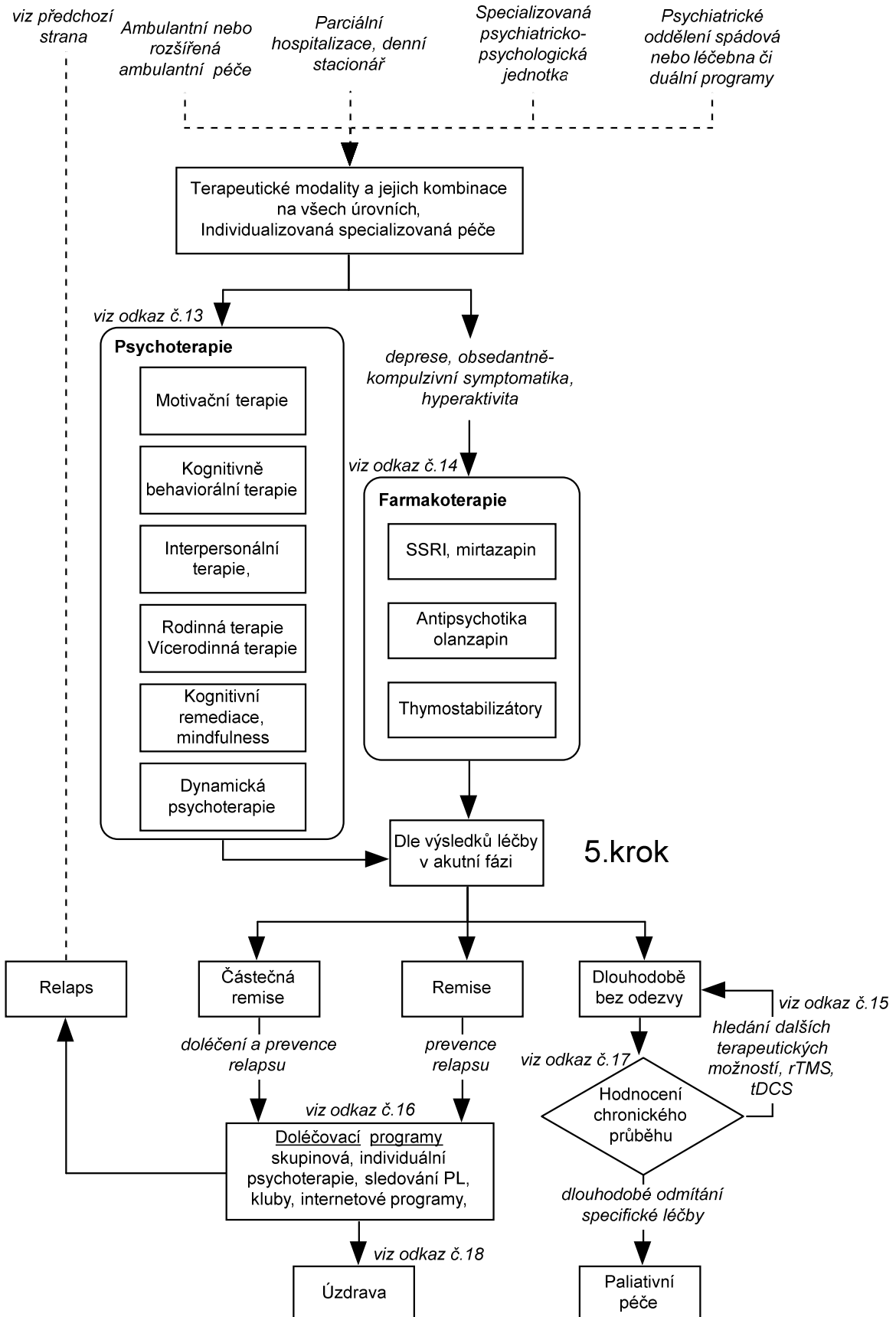


DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Poruchy příjmu potravy



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Komentář k algoritmu

Poruchy příjmu potravy

Autoři: Hana Papežová, Jana Kocourková, Jiří Koutek

Garant: Hana Papežová

Oponent: Libuše Stárková

Odkaz č. 1

Prvním kontaktem prevence a časné intervence jsou internetové chaty a svépomocné skupiny pro nemocné i jejich rodinné příslušníky. Záleží na jejich odborné schopnosti adekvátně pacientky motivovat k diagnostice a léčbě. Prokázaná účinnost byla především u skupin podporovaných odborníky. U dětí a dospívajících zachytí první příznaky rodina, případně škola.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 2

Prvním kontaktem pro somatické následky patologického jídelního režimu bývá praktický lékař, pediatr, internista, gastroenterolog, dermatolog, chirurg, neurolog, gynekolog, stomatolog. Měli by provést skrining a při přetrvání obtíží zaslat k psychiatrickému vyšetření. Včasná detekce (např. orientačně SCOFF) a léčba jsou pro průběh zásadní. Pro realizaci postupu je nutná cílená psychoedukace lékařů. Postižení i jejich rodiče často adekvátní léčbu odmítají a onemocnění tají. V dětském a adolescentním věku je třeba rodiče edukovat.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 3

Psychiatrické a psychologické vyšetření spočívá ve sdělení diagnózy, psychoedukaci, návrhu adekvátní odborné léčby a zdravé cílové hmotnosti a zvýšení motivace k léčbě. Při ambulantním vyšetření má být doporučena konzultace nutričního specialisty, který stanoví individualizovaný jídelníček (lze realizovat v multidisciplinárním týmu). Motivační rozhovor je součástí nekonfrontačního přístupu k zajištění spolupráce pacientky v další léčbě poruchy příjmu potravy, komorbidních onemocnění, úpravě hmotnosti, změně postojů k jídlu a k vlastnímu tělu.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 4

Poruchy příjmu potravy začínají převážně v dětském a adolescentním věku. Ve většině případů jde o obvyklé poruchy příjmu potravy dle klasifikace ICD-10. Existují však formy specifické pro dětský věk.

III-ostatní studie korelační, případové



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Odkaz č. 5

Hospitalizace na JIMP realimentace je často indikována u pacientek, kde chybí náhled a motivace k léčbě, při vážném ohrožení somatického stavu a chronickém průběhu. Somaticky: hmotnost pod 85% standardní váhy, Puls <40min, TK<90/60 (děti 80/50), dehydratace, hypotermie, hypokalémie, hypoglykémie, elektrolytická dysbalance, hrozba renálního, kardiálního nebo jaterního selhání.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 6

Hospitalizace často vyžaduje výživu sondou a výživu parenterální. Pacientka by měla co nejdříve začít i s perorálním částečným příjmem potravy. Nejzávažnějším nežádoucím účinkem realimentace je refeeding syndrom, málo častý, ale život ohrožující. Dochází k hypofosfatemii, hypomagnesemii, hypokalemii, glukózové intoleranci, nedostatku thiaminu a přetížení tekutinami, což může vést k srdečnímu selhání, srdečním arytmiím, svalové slabosti, respiračnímu selhání, metabolické acidóze, ataxii, záchvatům a encefalopatii.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 7

Není-li pacientka v ohrožení života, je zprvu doporučena ambulantní léčba. V psychoterapii se používají nejčastěji behaviorální realimentační krátkodobé programy, dlouhodobější psychodynamické přístupy u chronických průběhů s osobnostní problematikou. Opomenutí nezbytné současné realimentace, dostatečně dokumentované, nelze eticky akceptovat. Komplexní terapeutické programy vycházejí často z dlouhodobých studií účinnosti, ale množství organizačních a ekonomických faktorů může kvalitu a dostupnost léčby modifikovat.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 8

Psychiatricko-psychologickou další péči pacientky (i jejich rodiče) často odmítají ze strachu ze stigmatizace. Je důležité nastavit odbornou péči adekvátně stavu pacientky (somatickému, psychickému i sociálnímu), její osobnostní zralosti a přítomnosti psychiatrické komorbidity. Není-li léčba účinná, je nutné pacientku předat k intenzivnějšímu programu. Kvalita interdisciplinární spolupráce je pro výsledek léčby zásadní. V dětském věku by měli být do péče zahrnuti rodiče, někdy škola, zejména u dětí a mladších adolescentů.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 9

Denní stacionáře mohou poskytovat srovnatelně intenzivní programy jako hospitalizace a zároveň udržují pacientky kontakt s nukleární rodinou. Parciální hospitalizace je méně restriktivní. Indikována je při stabilizovaném somatickém stavu, někdy vyžadováno



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

BMI > 16, u motivovaných pacientů, kteří jsou schopni denně dojíždět a pracovat ve skupinové psychoterapii.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 10

Psychiatrická hospitalizace je indikována při neúspěšné ambulantní léčbě, při výrazném a rychlém poklesu hmotnosti zpravidla pod BMI 14 nebo 15, při rozvoji somatických komplikací, při suicidálních tendencích, závažnějším sebepoškozování, při komorbidních psychiatrických nebo somatických diagnózách (poruchy osobnosti, závislosti na návykových látkách, diabetu). Hospitalizace je také indikována u dětí a adolescentů z velmi konfliktních rodin.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 11

Specializované jednotky mají strukturovaný komplexní program s realimentací a kognitivně behaviorálními i dynamickými přístupy, komunitní práci a rehabilitaci. Je zabezpečen multidisciplinárním specializovaným týmem. Cílem terapie je normalizace hmotnosti a jídelního chování a komorbidních symptomů. Realimentace spočívá v postupném zvýšení příjmu potravy a nutričních přídávků (3800 kcal denně) a pravidelném jídelním režimu. Nasogastrická sonda je používána v některých programech, když v režimu pacientky neprospívají.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 12

Při náhlém zhoršení stavu (depresivní porucha), při sebepoškozování, nebezpečí suicidia je nutno často pacientku přijmout ve spádovém psychiatrickém zařízení a poté při motivaci k léčbě domluvit překlad na specializované pracoviště. Dlouhodobá následná péče je zatím řešena individuálně. Výsledek léčby nezáleží na délce léčby, ale časná odpověď na léčbu je pozitivním prediktorem pro plánování dalšího postupu.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 13

Nejčastějším psychoterapeutickým přístupem je kognitivně behaviorální přístup, u adolescentních pacientek je prokázána nejvyšší účinnost rodinné a vícerodinné terapie. Dalšími psychoterapeutickými metodami, v individuální i skupinové formě jsou interpersonální psychoterapie, kognitivní remediacce a psychodynamická psychoterapie. V posledních letech jsou zaváděny i metody mindfulness.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 14

Medikace je indikována u pacientek s AN při vážné depresivní a OCD symptomatice (SSRI, mirtazapin) a hyperaktivitě (olanzapin). U BN a psychogenního přejídání jsou SSRI prokazatelně účinné ve snížení frekvence přejídání i zvracení. Účinek farmakoterapie může



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

být bez behaviorálních programů, zaměřených na změny patologického jídelního chování, pouze dočasný (včetně nárůstu hmotnosti po farmakoterapii). Nasazení medikace a její změny se řídí vývojem klinického stavu.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 15

V posledních letech jsou zkoušeny u PP i AN a BN stimulační metody.

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 16

Po vymizení symptomů a propuštění z hospitalizace, v rámci prevence relapsu (až v 50%) je nutný doléčovací program. Je nutné identifikovat stresové faktory a zaměřit se na zlepšení sebehodnocení, sebeakceptace, vnímání vlastního těla a adaptační mechanismy. U dětí a adolescentů je třeba v další ambulantní péči pracovat s rodiči i s praktickým dětským lékařem.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 17

Chronický průběh AN je označován jako SEAN (Severe and Enduring Anorexia). Vyžaduje: 1. multidisciplinární kohezí tým, 2. hledání nevyužitých intervencí, 3. jasné cíle a hranice při zachování somatické stability, 4. empatický terapeutický vztah. Aktivní léčbu nahradí paliativní, když dlouhodobě a opakovaně je léčba odmítána a předpokládáme, že následky vlastní neléčené nemoci pacientka plně chápe a je kompetentní se rozhodnout. Zbavení způsobilosti posoudit vlastní zdravotní stav je třeba podložit právně i eticky a postupovat individuálně.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 18

Uzdravení je podmíněna normalizací (stabilizací u BN) hmotnosti, zlepšením sebehodnocení, normalizací jídelního chování i snížením zaujetí vlastního zevnějškem a jídlem i adaptivnějšími mechanismy zvládání stresu v konfliktech a interpersonálních vztazích.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Závěrečný komentář

Poruchy příjmu potravy představují závažné onemocnění s vysokou mortalitou a rizikem chronického postižení. Terapie vyžaduje dostupnou odbornou diferencovanou péči a interdisciplinární spolupráci podle stupně motivace k léčbě, podpory okolí a závažnosti následků psychosociálních a somatických následků.

Reference

1. AED Report. Eating Disorders. Clinical Guidelines for Medical Care. 2016
www.aedweb.org/Medical_Care_Standards



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

2. *AED Inpatient Standards Task Force: Clinical recommendation for residential and inpatient eating disorder programs. 2012;1-36.*
3. *American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders. Third edition. Am J Psychiatr 2006;163:Suppl: 4-54.*
4. *Attia E, Walsh BT: Behavioral management for Anorexia Nervosa. N Engl J med 2009;360:500-506.*
5. *Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized double-blind, placebo controlled trial. Am J Psychiatry 2008;165:1281-8.*
6. *Cambell AT, Aulisio MP: The stigma of „mental“ illness: End stage anorexia and treatment refusal. Int J of Eat Disord 2012;45, 627-634.*
7. *Couturier J, Kimber M, Szatmari P: Efficacy of family-Based Treatment for Adolescent with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. Int J of Eat Disord 2013; 46: 3-11.*
8. *D'Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. and WFSBP Task Force on Eating Disorders: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Pharmacological Treatment of Eating Disorders. World J Biol Psychiatry 2011;12(6):400-43.*
9. *Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, Le Grange D, Madden S, Whitelaw M, Redgrave GW: A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. Int J of Eat Disord 2016; 49(3), 293-310.*
10. *Kaye W. Neurobiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Physiol Behav 2008; 94:121-35.*
11. *Koutek J: Poruchy příjmu potravy. In: Hort VI, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2000;263-2839-151.*
12. *Kocourková J: Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy. In: Papežová a kol.: Spektrum poruch příjmu potravy. Praha, Grada 2010, 340-2.*
13. *Krch F a kolektiv: Poruchy příjmu potravy. Grada Praha, 2005, pp. 238.*
14. *Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrom: What it is and how to prevent and treat it. BMJ 2008;336:1495-8.*
15. *Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, Lacey JH, Mitchell JE: Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. Behaviour Research and Therapy 2008;46, 612-22.*
16. *Papežová H, Kocourková J, Koutek J: Poruchy příjmu potravy In: Doporučené postupy psychiatrické péče II. Psychiatrie. Eds: Raboch J, Anders M, Praško J, Hellerová P. Infopharm Praha 2006, 127-139.*
17. *Papežová H, Kocourková J: Poruchy příjmu potravy In: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Eds: Raboch J, Anders M, Praško J, Hellerová P. Infopharm Praha 2010; 127-139.*
18. *Papežová H: Spektrum poruch příjmu potravy. Grada 2010, pp.424.*
19. *Powers PS, Cloak NL: Psychopharmacologic treatment of obesity and eating disorders in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2012;21(4):831-59.*
20. *Papežová H: Motivační terapie v léčbě poruch příjmu potravy. Čes a slov Psychiatrie 2000;96,8, 397-401.*
21. *Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2003;160:2046-9.*
22. *Sachs K, Andersen D, Sommer J, Winkelman A, Mehler PS. (2015). Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients With Anorexia Nervosa. Eating Disorders 2015; 23(5), 411-421.*
23. *Strober M, Johnson C: The Need for Complex Ideas in Anorexia nervosa: Why Biology, Environment, and Psyche All Matter, Why Therapies Make Mistakes, and Why Clinical Benchmarks Are needed for Managing Weight Correction. Int J of Eat Disord 2012;45(1): 155-178.*
24. *Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE, de Zwaan M, Schauenburg H, Schade-Brittinger C, Schäfer H, Zipfel S. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa--a randomized controlled trial. Trials 2009;10:23. doi: 10.1186/1745-6215-10-23.*
25. *Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, Swan-Kremeier L, Dokken J, Lange M, Dinkel J, Jorgensen M, Schander L: Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. Int J Eat Disord 2012;45(4):467-75.*