

MUDr. Genovéa Almássyová

# PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

etiopatogenéza a princípy liečby

recenzent: MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.





**MUDr. Genovéva Almássyová**  
atestačná práca 2009

# **PORUCHY PRÍJMU POTRAVY**

etiopatogenéza a princípy liečby

recenzent: MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck





## PREDSLOV

Od r. 2002 sa úspešne rozvíja spoločná edícia Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS a spoločnosti Lundbeck „Kapitoly modernej psychiatrie“. V tejto edícii bolo postupne publikovaných už osem vedecko-odborných (doktorandských a atestačných) prác, vydaných s podporou spoločnosti Lundbeck. Rozrastajúci sa zoznam publikovaných prác je uvedený na zadnej strane každej monografie.

Vážení kolegovia, dostáva sa Vám do rúk ďalšia, originálna písomná práca k špecializačnej skúške z odboru psychiatria autorky MUDr. Genovévy Almássyovej (Psychiatrická nemocnica P. Pinela, Pezínok) s názvom *Poruchy príjmu potravy – etiopatogenéza a princípy liečby*. Téma, ktorú autorka spracovala, je nielen aktuálna, ale aj klinicky veľmi významná. Sama autorka sa viac rokov prípadmi s poruchou príjmu potravy zaoberá. Vo svojej práci upozorňuje na skutočnosť, že delenie porúch na mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu je príliš hrubé a nevystihuje zvláštnosti porúch príjmu potravy, ktoré v praxi umožňujú ďalšie delenie týchto porúch. V jednotlivých kapitolách sa autorka fundovane venuje problematike porúch príjmu potravy (epidemiológia, etiológia, klasifikácia, diagnostika a liečba), cituje početné odborné zdroje. Práca predstavuje komplexný liečebný program kliniky pre pacientov s poruchami príjmu potravy a prehľadné údaje o hospitalizáciách v rokoch 1994 až 2009. Autorka odborné údaje dopĺňa pôvodnými skúsenosťami, klinickými pozorovaniami a autentickými ukázkami z praxe na psychosomatickej klinike Pinelovej nemocnice v Pezínku a to najmä v súvislosti s diagnostikou a liečbou. Takto zvolený prístup k spracovaniu problematiky porúch príjmu potravy predloženú prácu obohacuje a posúva ju od prehľadového referátu k originálnej monografii. Téma porúch príjmu potravy je spracovaná na vysokej úrovni, okrem sumáru nových poznatkov z uvedenej oblasti prináša aj originálne poznatky a údaje.

Spoločná edícia Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS a spoločnosti Lundbeck „Kapitoly modernej psychiatrie“ poskytuje možnosť publikačne sa presadiť mladým psychiatrom, nádejným autorom. Je potešiteľné, že naši mladí kolegovia každý rok „vyprodukovujú“ mnoho zaujímavých odborných prác a preto sa môžeme tešiť na ďalšie publikácie, ktoré budú vychádzať s podporou spoločnosti Lundbeck v tejto dobre „zabehnutej“ edícii.

Bratislava 25. máj 2010

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.

## POĎAKOVANIE

Na úvod chcem vyjadriť poďakovanie všetkým, ktorí ma pri písaní tejto práce podporili. Predovšetkým ďakujem mojej pani primárke MUDr. Zuzane Lajčiakovej za povzbudenie, za ústretovosť pri schvaľovaní pracovného voľna a za poskytnutie údajov ku kapitole „História Psychosomatickej kliniky v Pezinku“.

Moje poďakovanie patrí i pani Zuzane Koščovej, pracovníčke archívu v Pinelovej nemocnici v Pezinku, za pomoc pri vyhľadávaní archivovaných chorobopisov, pani Gabriele Kankovej, dokumentaristke z Psychosomatickej kliniky a pani Jozefíne Markovičovej z oddelenia výpočtovej techniky v Pinelovej nemocnici v Pezinku – za ochotu a pomoc pri vyhľadávaní údajov z nemocničnej databázy.

Chcem tiež zo srdca poďakovať mojej mame Viole Almássyovej a jej sestre Eve Ambros za pochopenie, záujem a nesmiernu pomoc pri starostlivosti o dcérku v čase intenzívneho dokončovania práce, môjmu bratovi Samovi Almássymu za technickú pomoc a môjmu partnerovi Braňovi Strečanskému za ponaučenie a inšpiráciu pri práci so štatistickými údajmi.

Ďakujem i konzultantke MUDr. Ľubici Forgáčovej za venovaný čas, cenné rady ohľadom formálnej stránky práce a podnetné pripomienky k textu.

# OBSAH

<b>PREDSLOV</b> .....	3
<b>1. ÚVOD</b> .....	7
<b>2. HISTÓRIA</b> .....	8
2.1. Pohľad do dejín – hladovanie a čistota .....	8
2.2. Posledné storočie – hladovanie a medicína.....	8
<b>3. EPIDEMIOLOGIA</b> .....	10
<b>4. ETIOPATOGENÉZA</b> .....	11
4.1. Biologické faktory .....	12
4.1.1. Dedičnosť .....	12
4.1.2. Animálne modely extrémov stravovacieho správania .....	12
4.1.3. Neurobiologické aspekty.....	13
4.1.4. Endofenotyp.....	16
4.1.5. Kontinuum porúch príjmu potravy.....	17
4.2. Psychologické faktory.....	18
4.2.1. Včasný vývin – vzťah matka-dieťa.....	18
4.2.2. Neskorší vývin – trojuholník otec-matka-dcéra.....	18
4.3. Socio-kulturálne faktory.....	20
4.3.1. Podmieňovanie a učenie .....	21
4.3.2. Kultúra štíhlosti – kultúra výkonu .....	21
<b>5. DIAGNOSTIKA</b> .....	23
5.1. Diagnostické kritériá MKCh 10.....	23
5.2. Diagnostika pre prax – empirické rozdelenie .....	24
<b>6. LIEČBA</b> .....	28
6.1. Komplexné liečebné programy .....	28
6.2. Psychosomatická klinika Trnavskej Univerzity v Pezinku.....	28
6.3. Štruktúra liečby na PSK .....	29
6.3.1. Somatická liečba.....	30
6.3.2. Stravovací režim a sledovanie hmotnosti.....	31
6.3.3. Pohybový režim.....	32
6.3.4. Terapeutická komunita a režim oddelenia .....	33
6.3.5. Behaviorálna liečba.....	34
6.3.6. Návčik relaxácie.....	35
6.3.7. Psychoterapia .....	35

6.3.7.1.	Individuálna psychoterapia.....	36
6.3.7.2.	Skupinová psychoterapia.....	39
6.3.7.3.	Rodinná terapia.....	40
6.3.7.4.	Pokračujúca psychoterapia po prepustení.....	44
6.3.8.	Edukácia.....	44
6.3.9.	Farmakoterapia.....	44
6.3.9.1.	Antidepresíva.....	44
6.3.9.2.	Antipsychotiká.....	45
6.3.9.3.	Iné psychofarmaká.....	45
6.3.10.	Náhľad a liečebná stratégia.....	46
6.4.	Špeciálne situácie v liečbe.....	47
6.4.1.	Nepľnoleté pacientky.....	47
6.4.2.	Nedobrovoľná liečba dospelých.....	47
6.5.	Pacienti s PPP na Psychosomatickej klinike v Pezinku (1994-2009).....	48
<b>7.</b>	<b>ZÁVER.....</b>	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK.....</b>	<b>56</b>
<b>9.</b>	<b>LITERATÚRA.....</b>	<b>57</b>



# 1. ÚVOD

Pri výbere témy tejto práce som sa rozhodla pre okruh diagnóz, s ktorými sa stretávam denne v zamestnaní. Chcem popísať, ako prebieha liečba porúch príjmu potravy na našej klinike, priblížiť pozorovania a postupy užitočné pre prax.

Keď som začínala pracovať na psychiatrii, pre prvú orientáciu o jednotlivých duševných poruchách mi okrem literatúry slúžili aj výroky kolegov. O poruchách príjmu potravy som zväčša počula hovoriť s istou beznádejou, s podobným nábojom ako o drogových závislostiach, hraničnej poruche osobnosti alebo bludovej poruche: „Anorektičky držia spolu, tajne cvičia, tajne zvracajú, klamú, manipulujú...”

Keď som v roku 2006 začala pracovať na Psychosomatickej klinike v Pinelovej nemocnici v Pezinku, k svojím prvým pacientkám s poruchou stravovania som preto pristupovala s obavami a rešpektom. Pracujem s nimi dodnes, obavy už sú menšie, rešpekt zostal. Práca s nimi ma veľa naučila a stále učí. Nie len o samotnej diagnóze, ale aj o ľudskej povahe – o tom aká silná môže byť túžba po láske a akceptácii, ako bolí, keď chýba pocit vlastnej hodnoty a ako vie telo ukázať to, čo sa nedarí vyjadriť inak.

Už po krátkom pôsobení na klinike som zistila, že samotné rozdelenie na mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu je príliš hrubé a nevystihuje terapeutické detaily jednotlivých prípadov. Z praktického hľadiska sa črtá rozdelenie týchto pacientov do troch skupín, ktoré sa odlišujú hĺbkou základnej psychopatológie, komorbiditou, štruktúrou osobnosti, anamnézou a zrejme aj genetickou výbavou. Toto rozdelenie je v súlade s novými poznatkami o etiopatogenéze a ovplyvňuje terapeutický postup.

Pre mňa je táto práca pokusom o systemizáciu klinických pozorovaní týkajúcich sa liečby PPP, ktoré som za doterajšiu prax nazbierala. Mám však na pamäti, že kategorizácia je len pomôckou k lepšej orientácii v diagnostike a plánovaní liečby. Diagnostický systém uspokojuje túžbu po poriadku a zrozumiteľnosti, nevystihuje však nikdy rozmanitosť ľudského osudu, ktorý stojí za každou diagnózou F50 – osudu nekategorizovateľného a jedinečného, ktorý sa dá pochopiť len ak ho vnímame srdcom.

## 2. HISTÓRIA

### 2.1. Pohľad do dejín – hladovanie a čistota

Mentálna anorexia sa dostala do povedomia verejnosti v 70-tych rokoch 20. storočia ako desivý fenomén postihujúci pubertálne dievčatá, ktoré sa dokážu diétou vyhladovať na smrť. Odvtedy poruchy príjmu potravy priťahujú intenzívny záujem odborníkov aj médií. V histórii ľudstva však nejde o nový jav – už Galén v pojednaní „O chorobách a symptómoch“ zmieňuje odpor k jedlu bez zjavnej príčiny – tento jav nazval „asitia“ a za jeho príčinu považoval nerovnováhu telesných štiav.

Pri pohľade do stredovekej histórie nachádzame popis anorektického správania v životopisoch viacerých svätých. Napr. Catherine de Siena, Catherine de Genoa, Columba de Rieti, ktoré od adolescencie prechádzali obdobiami s „neschopnosťou prijímať akúkoľvek potravu“. Pokiaľ niečo zjedli, zvracali, čo viedlo až k poškodeniu sliznice hrdla a úst. Stratili normálnu schopnosť telesnej percepcie, stratili schopnosť udržiavať stálu telesnú teplotu. U týchto žien sa prejavovali obdobia eufórie až extatickej nálady, hyperaktivity a nespavosti. Všetky urputne popierali, že by cítili hlad, hoci v ich správaní sa objavujú prejavy nekontrolovateľného hladu a smädu (napr. olizovanie špinavého riadu, pitie octu) ako aj nutkavé kŕmenie ostatných, neustále zaoberanie sa stravou a pýtanie sa na zdroj každého sústa (Mary of Oignies, Elizabeth of Hungary). Mnohé z týchto svätíc si vybudovali zložitú teologickú zdôvodnenie odmietania stravy, v ktorom sú viditeľné prvky zdôrazňovania vlastnej bezcennosti až úplného odmietania vlastnej existencie – podľa Catherine de Genoa bola napr. cieľom úplná „nesebeckosť“ a eliminácia vlastného ega do tej miery, že z reči celkom vylúčila používanie prvej osoby jednotného čísla (*Bynum, 1987*).

V popisovanom správaní možno nájsť viacero paralel s prejavmi dnešných pacientiek s mentálnou anorexiou, i keď kultúrny kontext je odlišný. Pôst patrí medzi štandardné očistné praktiky takmer vo všetkých náboženských systémoch a hodnotenie religiózneho vyjadrenia ako chorobného vyžaduje veľkú opatrnosť. V prípade anorektických svätíc boli však deštruktívne následky hladovania natoľko zjavné, že rímskokatolícka cirkev prestala podporovať ich kanonizáciu (*Vandereycken, 1994*).

Zaujímavé je, že zázračne sa postiacimi osobami boli prevažne ženy. Táto skutočnosť môže súvisieť s religiózne podmieneným odmietaním normálne tvarovaného ženského tela ako sexuálne dráždivého „zdroja hriechu“, následne odmietanie ženskosti, sexuality a pudovosti ako takej (motivácia tlmenia sexuality a pudovosti je prítomná i u postiacich sa mužov). Otázkou je, či neurobiológia ženského mozgu nesie väčšiu predispozíciu k rozvoju porúch príjmu potravy ako je to v mozgu muža.

### 2.2. Posledné storočie – hladovanie a medicína

História medicínskeho záujmu o chorobné nechutenstvo začína v roku 1689 ojedinelou zmienkou britského lekára Richarda Mortona o nervovej ftíze – chradnutí bez objektívnej somatickej príčiny. Táto však vo svojej dobe nenašla širšiu odozvu v odborných kruhoch. Mentálna anorexia začala byť všeobecne rozpoznávaná ako duševná porucha až v 19. sto-

ročí. Zaslúžil sa o to Charles Lassegue, parížsky neurológ, ktorý uverejnil v r. 1873 článok s názvom „De l'anorexie hystérique“, kde popísal triádu anorexia – amenorea – kachexia. V roku 1874 uverejnil popis niekoľkých prípadov britský lekár William Gull, osobný lekár kráľovskej rodiny, ktorý sa považuje za autora pojmu „mentálna anorexia“ alebo „apepsia hysterica“. Vo francúzskej literatúre sa však tento pojem vyskytuje už od roku 1840, kedy ho použil fyziológ Fleury Imbert na popis nervovej formy nechutenstva – „anorexie nerveuse“.

Podrobnejší popis symptomatiky nachádzame v diele Pierre Janeta, francúzskeho psychológa a filozofa, v roku 1907 – vykreslil „hysterickú anorexiu“ ako chorobu, ktorá má tri štádiá, rozvíja sa najmenej 18 mesiacov a môže trvať aj viac ako 10 rokov. V prvom, gastrickom štádiu, je pacientka extrémne poslušná, snaží sa upraviť stravovanie a užívať lieky, aby sa zbavila tráviacich ťažkostí. V druhom štádiu, tzv. morálnom, vzniká konflikt medzi pacientkou a ostatnými členmi rodiny, ktorí ju obviňujú z tvrdohlavosti a hypochondrie. To vyvolá u dievčaťa odpor a pocit, že akýkoľvek ústupok z jej strany by dal za pravdu rodičom a potvrdil by, že nie je zrelou a rozumnou osobou, za ktorú sa sama považuje. Aby sa vyhla následkom núteného stravovania, začína byť hyperaktívna alebo habituálne zvracať. V poslednom štádiu inanície ide už o ohrozenie života, symptómy sú zjavné na prvý pohľad: kachexia, zápcha, vpadnuté brucho, suchá a popraskaná koža, zrýchlený pulz. Dievča je pripútané na lôžko, v delirioznom až semikomatóznom stave. V tomto bode niektoré pacientky úplne odmietnu jesť a následne zomierajú, iné sa vylakajú hroziacej smrti, poddajú sa autorite lekára a zotavia sa. Janet dochádza k záveru, že ide o „hlbokú psychologickú poruchu, pri ktorej je odmietanie jedla len vonkajším prejavom“.

K širšiemu povedomiu o mentálnej anorexii prispeli prípady „postiacich sa dievčat“ v USA koncom 19. storočia. Tieto dievčatá vzbudili obdiv a záujem mnohých veriacich vo svojom okolí, lekárskou societou bolo však ich konanie hodnotené ako hysterické. Termín „postiace sa dievčatá“ pochádza z Viktoriánskych čias a označuje mladé ženy, väčšinou v preadolescentnom veku, ktoré údajne dokážu prežiť neohraničene dlhé obdobie bez akéhokoľvek prísunu jedla vďaka božiemu zásahu, tzv. „anorexia mirabilis“. Tieto dievčatá okrem schopnosti prežiť bez potravy disponovali údajne aj inými magickými danosťami (Hammond, 1879).

Jedným z najtragickjších je prípad Sarah Jacob (12.5.1857-17.12.1869), dievčaťa z Walesu, ktoré tvrdilo, že od 12 rokov veku nepotrebuje jedlo. Vystupovanie celej rodiny bolo natoľko presvedčivé, že i miestny farár uveril v autenticitu tohoto zázraku. Chýr sa rýchlo rozšíril a Sarah zažívala obdobie intenzívnej pozornosti veriacich. Lekári však boli skeptickí a navrhovali sledovanie v nemocnici. Rodičia súhlasili len s kontrolou dcéry doma. Nemocničné sestry boli inštruované, aby jej jedlo poskytli, keby ho žiadala. Po dvoch týždňoch bez jedla Sarah už prejavovala jasné známky hladovania. Rodičia boli informovaní, že Sarah v experimente zlyhala a že ju majú nakŕmiť. Rodičia to však odmietli. Aj po upozornení, že dievča zomiera trvali na tom, že ju v takom stave videli často a že nedostatok jedla nesúvisí s jej fyzickými zmenami. Sarah zomrela o niekoľko dní na následky malnutrie (Brumberg, 2000, str. 65-69).

Odklon od hodnotenia mentálnej anorexie ako hysterickej poruchy nastal v roku 1914, kedy Simmonds popísal súvislosť medzi anorexiou s fatálnym koncom a poruchou hypofýzy. Táto nozologická jednotka bola potom dlho známa ako Simmondsova choroba. V polovici 20. storočia sa s rozvojom psychoanalýzy upriamila pozornosť na psychodynamické aspekty a mentálna anorexia začala byť opäť ponímaná ako duševná porucha. V 60-tych rokoch rozvinula Hilde Bruch ďalšie vývinové súvislosti, v tomto období začína byť mentálna anorexia už všeobecne známou chorobou. Mentálna bulímia bola vyčlenená ako samostatná diagnostická jednotka až v roku 1979 Gerardom Russelom, tak bola aj o rok neskôr zaradená do DSM III.

### 3. EPIDEMIOLOGIA

Literárne zdroje udávajú, že v populácii žien vo veku 15-30 rokov spĺňa kritériá pre mentálnu anorexiu 0,5-1% žien, pre mentálnu bulímiu je to 1-3%. Širšie poňaté prieskumy zamerané na všetky poruchy stravovania (napr. záchvatové prejedanie – binge eating) hovoria o prevalencii v populácii adolescentných dievčat a mladých žien okolo 10%. Hoek v roku 1991 publikoval prieskum, na ktorom sa zúčastnilo 58 praktických lekárov v Holandsku. Kritériá DSM III pre mentálnu anorexiu spĺňalo 6,3% pacientov, pre mentálnu bulímiu 9,9% pacientov, prevažne žien, v primárnej starostlivosti. Ten istý autor však v roku 2006 uverejnil analýzu literárnych zdrojov o incidencii, prevalencii a mortalite PPP so záverom, že incidencia mentálnej anorexie v populácii žien je 0,3%, mentálnej bulímie 1% a tieto hodnoty sa nemenili v 90-tych rokoch v porovnaní s rokom 1980 (Hoek et al, 2006).

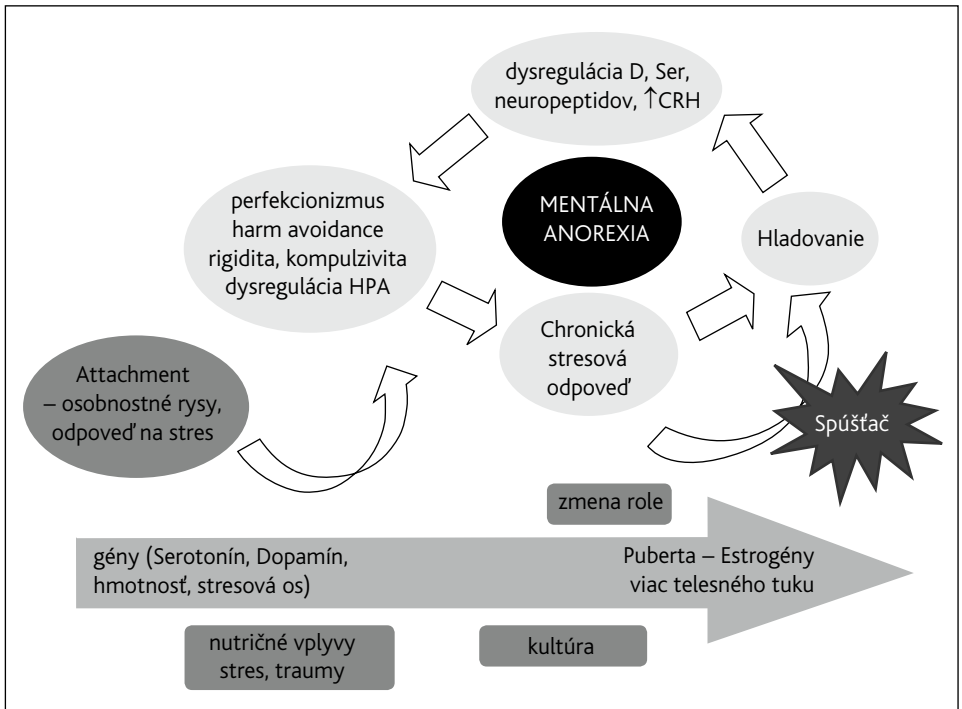
O niečo vyššie čísla prináša National Comorbidity Survey Replication 2001-2003, kde celoživotná prevalencia mentálnej anorexie, mentálnej bulímie a binge eating disorder bola pre jednotlivé poruchy 0,9%, 1,5% a 3,5% u žien a 0,3%, 0,5% a 2,0% u mužov. Len minimum týchto osôb vyhľadalo lekársku pomoc (Hudson et al, 2007).

Populačné prieskumy medzi adolescentmi zamerané na poruchy príjmu potravy sú limitované faktom, že príznaky PPP považujú mnohí pacienti za zahanbujúce a nechcú o nich hovoriť. To je aj hlavným dôvodom odkladania liečby. Pacientky s mentálnou anorexiou sú nezriedka liečené aj niekoľko rokov pre somatické komplikácie bez toho, aby bola porucha príjmu potravy rozpoznaná. Odhaduje sa, že len 10% pacientov s PPP je diagnostikovaných a správne liečených.

Začiatok príznakov dosahuje maximum v dvoch pákoch: 14-15 rokov a 17-18 rokov. Dlhodobá mortalita mentálnej anorexie je udávaná v rozmedzí 3-18%, príčinou úmrtia sú suicídiá a zdravotné komplikácie ochorenia (najčastejšie náhla kardiálna smrť pri minerálnom rozvrate resp. kardiomyopatii, akútna intoxikácia alkoholom, cirhóza pečene, atypická pneumónia pri imunitnej nedostatočnosti, zriedkavejšie popisovaná i ruptúra žalúdka). (Sullivan, 1995; Crisp et al 1992; Herzog et al 2000). Nedávno publikované štúdie poukazujú na dosiaľ podceňované riziko úmrtnosti u mentálnej bulímie (3,9%) a iných nešpecifikovaných porúch príjmu potravy (5,2%), kam patrí predovšetkým záchvatové prejedanie (Anderson, 2009).

## 4. ETIOPATOGENÉZA

Účinná liečba porúch príjmu potravy sa odvíja od poznania príčin. Tieto nie sú dodnes jednoznačne objasnené. Ešte koncom 20. storočia boli poruchy príjmu potravy ponímané ako prevažne kultúrne podmienený fenomén, ktorý nasadá na osobnostnú predispozíciu vychádzajúcu z dysfunkčných rodinných vzťahov. Výskumy z posledných rokov však potvrdili viacložkovú genetickú komponentu PPP. Vznikol tak neurovývinový model multifaktoriálnej prahovej etiológie: gény, endofenotyp a faktory prostredia vo vzájomnej interakcii znížia „prah“ zraniteľnosti pre začiatok ochorenia, ktoré je spustené bezprostredne pôsobiacim stresom (Connan *et al*, 2003).



**Obrázok 1. Neurovývinový model vzniku mentálnej anorexie (voľne podľa Connan, 2003):** genetické a attachmentové vplyvy predurčujú osobnostné črty, na ich podklade vzniká chronická aktivácia stresovej osi (HPA), v puberte sa zvyrazňuje úzkosť a kompulzívne črty, hladovanie spúšťa neurobiologické zmeny, ktoré vedú prechodne k úľave, dlhodobo však k prehĺbovaniu symptomatiky PPP.

## 4.1. Biologické faktory

### 4.1.1. Dedičnosť

Štúdie zamerané na konkordanciu u jednovaječných dvojčiat a štúdie sledujúce výskyt charakteristických porúch stravovania a osobnostných čŕt u príbuzenstva potvrdzujú genetický základ týchto porúch. Dedičnosť sa odhaduje u mentálnej anorexie v rozmedzí 33-84% (*Bulik et al, 2006*), u mentálnej bulímie 28-83% (*Bulik et al 2004*). Dedičnosť je polygénová, so sumáciou účinku jednotlivých génov a relatívne malým dopadom jednotlivého génu na výsledný fenotyp (*Bulik, 2005*).

Dedičnú zložku majú viaceré črty porúch príjmu potravy, napríklad záchvatové prejedanie, voluntárne zvracanie, reštriktívne resp. dezinhibované stravovanie. Zistilo sa, že v rodinách pacientiek s mentálnou bulímiou sa častejšie vyskytuje obezita a u príbuzných pacientiek s mentálnou anorexiou je častejšie prítomná štiňlosť a tendencia k obmedzovaniu stravy i bez motivácie schudnúť (*Bulik et al, 2000*).

### 4.1.2. Animálne modely extrémov stravovacieho správania

Analógiu anorektického a bulimického správania (bez zvracania) s príslušnými zmenami hmotnosti nachádzame aj u iných cicavcov (*Owen et al, 2007*). Príkladom je „paradigma bežiacého potkana“: ak je potkanovi obmedzený prísun potravy a v klietke je otočné koliesko, zvierat začína nadmerne behať až do poklesu hmotnosti na hranicu ohrozenia života – reward stimulácia z behu nahrádza kŕmenie (*Fichter et al, 1995*).

Záchvatové prejedanie možno u zvierat vyvolať znížením prísunu potravy na určité obdobie, ale aj ponukou veľmi chutného jedla dostupného len intermitentne alebo stresom. Tieto situácie vedú k porušeniu rovnováhy v reward okruhu, dysreguláciu uvoľňovania dopamínu a endogénnych opioidov – zmeny majú trvalý charakter a naznačujú podobnosť mechanizmov pri ne-homeostatickom stravovaní a pri závislosti od opiátov a amfetamínov. Chuť príslušného jedla vyvolá záchvatové prejedanie aj po dlhom čase „abstiniencie“ (*Corwin et al, 2005*).

### 4.1.3. Neurobiologické aspekty

Stravovacie správanie je riadené komplexnými dejmi v CNS, v súhre s periférnymi signálmi. Toto riadenie má zložku homeostatickú a hedonickú (*Treasure, 2007*).

Základom homeostatického mechanizmu je rovnováha pocitu hladu a sýtosti, ktoré sú korigované signálmi z tráviaceho traktu, tukového tkaniva (leptín), hladinou glykémie a endokrinnou signalizáciou (inzulín, kortizol). Z neuromediátorov sa tu zúčastňuje najmä serotonín. Hedonistický mechanizmus má dve zložky – „chcenie“ (potreba, túžba, baživosť), ktoré súvisí s dopamínovými dráhami a „uspokojenie“ (slasť), na ktorom sa podieľajú endogénne opioidy a kanabinoidy. Tento systém zodpovedá za návykový potenciál nárazového prejedania (*Cota et al, 2006*). Hedonistický systém sa však netýka len apetítu, zahŕňa aj iné zdroje slasti a predstavuje globálnu riadiacu jednotku, ktorá sa uplatňuje pri každom rozhodovaní jedinca (*Treasure, 2007*) aj pri vzniku látkových i nelátkových závislostí.

Positronovú emisnú tomografiou sa pri mentálnej anorexii (aj po úspešnej liečbe) zobrazuje viac voľných D2 receptorov v prednom striáte v porovnaní so zdravými kontrolami, naopak u pacientov s vysokým BMI je obsadenie D2 receptorov v tejto oblasti vysoké (*Frank et al, 2005*). To svedčí pre znížené množstvo intrasynaptického dopamínu v striáte pri mentálnej anorexii, čo môže mať za následok zníženú hedonickú zložku stravovania, ale aj celkovo nižší hedonický potenciál pri uspokojovaní iných pudových potrieb. Kompenzačne môže byť snaha stimulovať reward systém náhradným spôsobom – cez opioídne a kanabinoidné receptory, t.j. napríklad nadmerným cvičením.

U všetkých porúch príjmu potravy nachádzame aj odchýlky v serotonínovom systéme, ktorý sa podieľa na „trestajúcom“ mechanizme – t.j. na zvýraznenej úzkosti z negatívnych podnetov, ktorá vedie k vyhýbavému správaniu (tzv. harm-avoidance). Serotonín sa okrem toho uplatňuje pri regulácii nálady a agresivity, pri kontrole impulzov, pri regulácii sexuálneho správania a spánku.

Dosiaľ identifikované zmeny v serotonínovom a dopamínovom systéme v rôznych oblastiach mozgu u pacientiek po zotavení z mentálnej anorexie resp. mentálnej bulímie sumarizuje nasledujúca tabuľka.

	MA	MA-MB	MB
región	Kóra: medioorbitálna front., subgenuálne cingulum, mesiálna temporálna		
5HT 1A	–	↑	↑
5HT 2A	↓	↓	–
región	Antero-ventrálne striatum		
5HTT	↑	↓	–
DA D2/D3	↑	↑	↓

**Tabuľka 1. Zmeny väzbového potenciálu receptorov u PPP – mentálna anorexia (MA), zmiešaná porucha (MA-MB) a mentálna bulímia (MB), porovnanie pacientov po úspešnej liečbe so zdravými kontrolami; serotonínové receptory 5HT1A, 5HT2A, serotonínový transportér 5HTT, dopamínový receptor D2/D3 (uprav. podľa Kaye, 2008).**

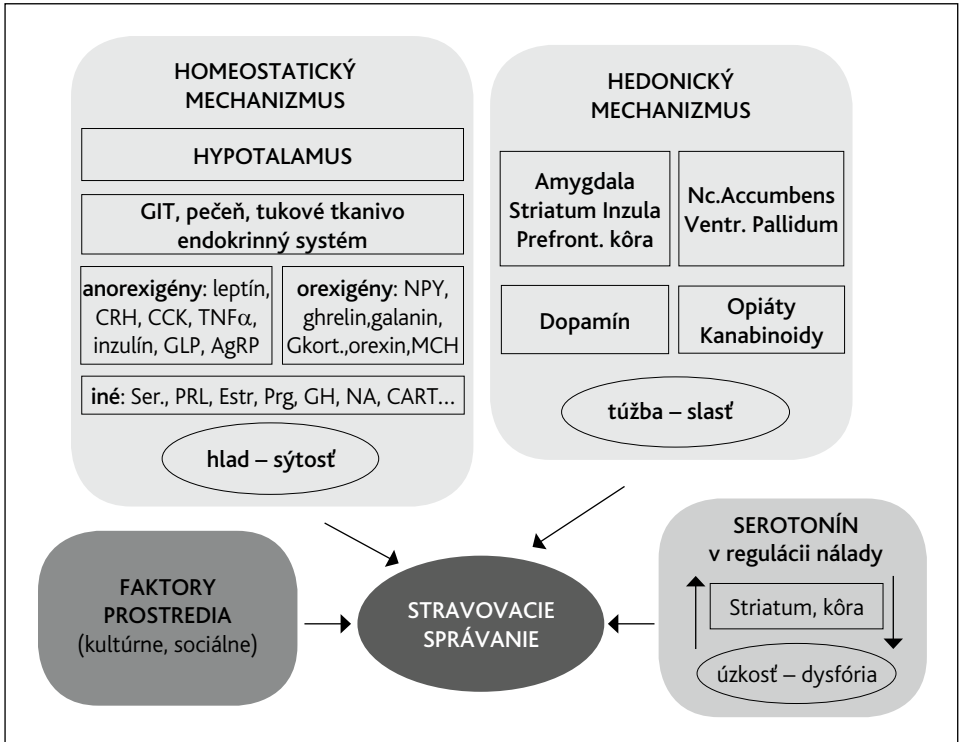
Uvedené odchýlky v serotonínovej transmisii – pokiaľ sú prítomné aj premorbídne – by mohli vysvetľovať, prečo majú pacienti sklon k určitému typu stravovania. Prekursor serotonínu, tryptofán (TRP), je esenciálna aminokyselina dostupná len v strave. Nárazová konzumácia sacharidov spôsobuje prostredníctvom inzulínu pokles plazmatickej hladiny veľkých neutrálnych aminokyselín (LNAA – large neutral amino acids), ktoré súťažia s tryptofánom o vychytávanie na receptoroch v CNS. (Ferstrom et al, 1972). Tým sa zvýši dostupnosť tryptofánu a syntéza serotonínu v mozgu. Naopak, hladovanie znižuje ponuku TRP a tým aj syntézu serotonínu (Anderson et al, 1990).

Existujú hypotézy, že pri mentálnej anorexii je premorbídne zvýšená aktivita 5HT transportéra a vyššie obsadenie kôrových 5HT<sub>2A</sub> receptorov, čo navodzuje stav trvalej úzkosti a tenzie. Hladovanie, ktoré znižuje syntézu serotonínu, vedie k down-regulácii 5HTT a normalizuje poruchu nálady (Kaye et al, 2003). Naproti tomu jedinci s konštitučne zníženou aktivitou serotonínovej transmisie v určitých regiónoch CNS sú náchylní na pocity prázdnoty a depresie. Nárazový prísun veľkého množstva sacharidovej stravy okamžite zvýši dostupnosť tryptofánu pre CNS a zvýši syntézu serotonínu. Takéto osoby budú inklinovať k záchvatovému prejedaniu (Kaye, 2008).

Okrem toho pôsobí už spomínaný faktor dopamínergickej transmisie v striáte – ak je znížená, oslabuje to hedonický aspekt jedla (riziko mentálnej anorexie), ak je zvýšená, hedonický a adiktívny potenciál jedla je zosilnený (riziko bulímie). Z toho vyplýva, že u mentálnej bulímie ide skôr o mechanizmus „prostej závislosti“, zatiaľ čo mentálna anorexia spúšťa bludný kruh – hladovanie zlepšuje poruchu nálady, dlhodobo však malnutrícia a katabolizmus spôsobia také zmeny v rovnováhe monoamínov a neuropeptidov, ktoré vedú k prehlbovaniu depresie a jadrovej symptomatiky PPP.

Riadenie stravovacieho správania s podielom všetkých dosiaľ spomínaných faktorov sumarizuje Obrázok 2.





**Obrázok 2. Riadenie stravovacieho správania** (voľne upravené podľa *Tresure, 2007*, doplnené z – *Papežová et al 2002a; Kaye, 2008*)

skratky: GIT – gastrointestinálny trakt, CRH – corticotropin releasing hormone, CCK – cholecystokynin, TNF $\alpha$  – tumor necrosis factor alfa (zápalový cytokín), GLP – glukagon like peptid (vo variante 1 a 2), AgRP – agoutin related protein, NPY – neuropeptid Y, Gkort – glukokortikoidy, MCH – melanín koncentrujúci hormón, Ser.– Serotonin, PRL – prolaktin, Estr – estrogén, Prg – progesterón, GH – growth hormon (rastový hormón), NA – noraderenálna, CART – cocaine and amphetamin regulated transcript (transkript regulovaný kokaínom a amfetamínom).

#### 4.1.4. Endofenotyp

Charakteristické osobnostné a neuropsychologické črty sú spoločné pre jednotlivé skupiny porúch príjmu potravy, iné sa vyskytujú u všetkých PPP bez rozdielu. Podobné črty nachádzame vždy aj u príbuzných pacientov. Dá sa teda predpokladať, že existujú určité endofenotypy, ktoré predstavujú vysoké riziko pre rozvoj konkrétnej PPP.

Pre pacientky s mentálnou anorexiou sú charakteristické obsedantné rysy (perfekcionizmus, úzkosť pri chybných výkonoch, lepšie fungovanie v striktné daných pravidlách), neflexibilita, v príbuzenstve nachádzame viac štíhlych a kompulzívnych jedincov. Pre mentálnu bulímiu je typická emočná labilita, impulzivita, vyššia potreba stimulácie novými podnetmi, v príbuzenstve je častejšie obezita (*Vervae et al, 2004*).

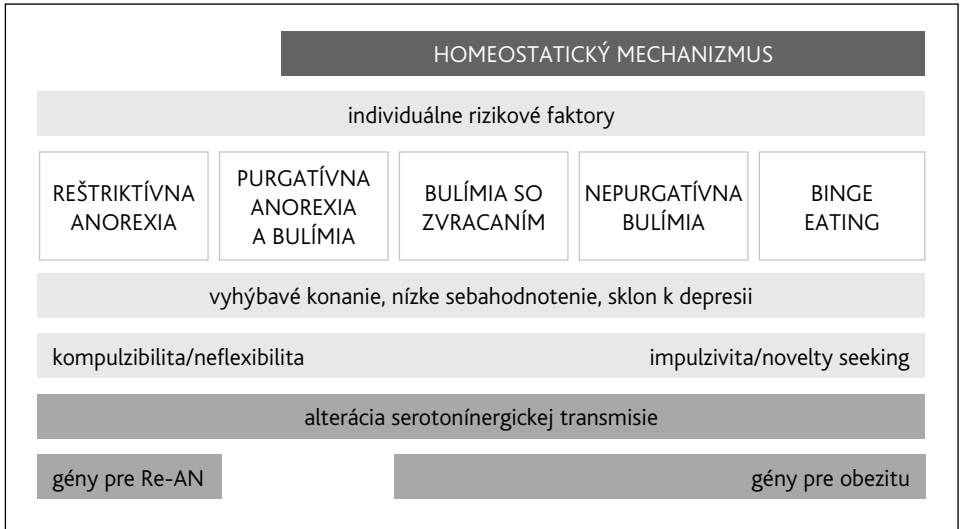
V neuropsychologických testoch vykazujú pacientky s mentálnou anorexiou väčšiu úspešnosť v testoch s presnými inštrukciami, ktoré vyžadujú vyššie kognitívne úsilie, horšie výsledky majú v testoch s incidentálnym učením (učenie podmienené odmenou a „trestaním“ chýb, (*Strupp et al, 1986*). To poukazuje na horšiu adaptabilitu týchto subjektov na meniace sa požiadavky prostredia, ich neschopnosť vyrovnáť sa so zlyhaním a ich tendenciu kompenzovať tento deficit zvýšeným úsilím.

K tomu sa pridáva abnormálna odpoveď na stres u pacientiek s mentálnou anorexiou – vysoká bazálna aktivácia stresovej osi (hypotalamus – hypofýza – nadoblička) v kontraste so slabou merateľnou odpoveďou na akútny stimul. Zároveň je prítomná diskrepancia medzi nízkou telesnou stresovou odpoveďou (tep, hladina kortizolu) a subjektívne popisovanou vysokou úzkosťou (*Zonnevylle et al, 2005*). To je v súlade so skúsenosťou, že pacientky s mentálnou anorexiou majú problém správne identifikovať svoje emócie a dať ich do súvisu s konaním.

Či sú však tieto fenotypové znaky výsledkom geneticky danej dysbalancie neuromediátorov, alebo vzniká nerovnováha až skúsenosťou v rannom detstve, ktorá sa neskôr premieťa do rodičovského správania a tak sa „odovzdáva“ z generácie na generáciu – to je dosiaľ nezodpovedaná otázka.

#### 4.1.5. Kontinuum porúch príjmu potravy

Syntézu genetických a neurobiologických poznatkov o etiológii PPP ponúkajú Collier a Treasure (2004) v teórii kontinua porúch príjmu potravy (Obrázok 3).



**Obrázok 3. Kontinuum porúch príjmu potravy (upravené podľa Collier, 2004)** – genetická predispozícia k určitej telesnej hmotnosti podmieňuje stravovacie správanie modifikované ďalšími genetickými, vývinovými a kultúrnymi vplyvmi.

Dá sa predpokladať, že genetická záťaž v zmysle obsedantných črt a zníženej reward-odpovede po jedle, v kombinácii s ďalšími predispozíciami (napr. k zhoršenému kontaktu s realitou) bude viesť k reštriktívnej anorexii založenej na presvedčení bludnej kvality, do ktorého si už konkrétny obsah pacientka vyberie zo svojho kultúrneho kontextu (napr. štiňlosť ako módný resp. odriekanie ako náboženský imperatív). Samostatnú skupinu takýchto anorexií vyčleňuje viacero analýz (Keel *et al*, 2004).

Dôkazom je aj výskyt prípadov „mentálnej anorexie“ v histórii (anorektické svätice) a v kultúrach, kde sú favorizované ženy s vyššou hmotnosťou – Bennet v r. 2004 popísal v skupine 668 stredoškolačok z Ghany 10 dievčat, ktoré si udržiavali nízku hmotnosť dobrovoľnou reštrikciou stravy a subjektívne to vnímali ako pozitívne z náboženských dôvodov. Tieto dievčatá nejavili žiadny záujem o „udržanie štiňlosti“.

## 4.2. Psychologické faktory

### 4.2.1. Včasný vývin – vzťah matka – dieťa

Schopnosť vyrovnáť sa so záťažou a zvládať stres je determinovaná prevažne rannými zážitkami. Úzkosť a neistota v primárnej vzťahovej väzbe (zväčša vzťah s matkou), ako aj ranné straty, skorá separácia od matky a traumatizácia spôsobujú nezvratné funkčné aj štruktúrne zmeny v CNS – čo bolo dokázané na animálnych modeloch i pozorovaním správania detí v kojeneckých ústavoch (*Bowlby, 1982*). Chýbanie bezpečnej emočnej väzby v rannom veku ale aj neskôr počas vývinu dieťaťa môže viesť k celoživotne zvýšenej reaktivite na stres resp. k permanentnej aktivácii stresovej odpovede.

Nie je ešte presne známe, nakoľko je „stresová pohotovosť“ determinovaná geneticky a nakoľko expresiu príslušných génov spúšťa až neadekvátne rodičovské správanie v prvých mesiacoch života. Je však dokázané, že ak je v prvých dvoch rokoch prítomná citlivá matka, ktorá je vždy k dispozícii, je empaticky naladená na potreby dieťaťa a dokáže ich primerane naplniť (*Hašto, 2005*), vytvára sa kvalitný základ pre neskorší vývin osobnosti s dostatkom vnútorných zdrojov pre pocit vlastnej hodnoty a pre pozitívny vzťah k vlastnému telu. Tieto faktory pôsobia protektívne proti vzniku poruchy príjmu potravy.

### 4.2.2. Neskorší vývin – trojuholník otec – matka – dcéra

Psychodynamické aspekty boli v minulosti považované za jednu z kauzálnych príčin mentálnej anorexie. Tento názor je dnes už prekonaný, i keď zostáva pravdou, že v rodinách pacientiek s poruchami príjmu potravy sa vyskytujú určité vzťahové zvláštnosti. Pokúsime sa zhrnúť tie, ktoré v klinickej praxi vidíme najčastejšie.

**Matka** – typická matka pacientky s mentálnou anorexiou je popisovaná ako hyperprotektívna, zahlcujúca a dominantná. Nie je schopná zaobchádzať s dieťaťom ako s autonómnou bytosťou a vnímať jeho potreby, riadi sa len svojimi potrebami a pocitmi (*Minuchin, 1978*), konkrétne potrebou pôsobiť navonok ako dokonalá matka, ktorá má dokonalé dieťa. Pritom navonok takáto matka prezentuje ako svoju najvyššiu prioritu „dobro svojho dieťaťa“. Tým sa dieťa dostáva do pasce – na jednej strane posolstvo, že matka „robí pre neho všetko“, a na druhej strane pocit, že je obmedzované a emočne stráda. Dieťa postupne rezignuje na vyjadrovanie svojich potrieb a vyhýba sa akejkolvek aktivite, ktorá by sa priečila matkiným predstavám, lebo matka na takéto aktivity reaguje dramaticky – odmietaním, podsúvaním pocitu viny atď. Matka nedokáže zvládnuť vlastnú úzkosť, keď sa od nej dieťa vzdaluje (vo vývinovej fáze separácie medzi 2. a 3. rokom života) a preto nevedome manipuluje dieťa tak, aby bolo od nej čo najviac závislé. Dieťa tak žije vo vzťahu hostilnej závislosti na matke, kde dokáže prejavíť agresiu len pasívne a nepriamo, cez agresiu voči sebe samému.

Keď sa v období puberty dostaví druhé obdobie separácie, dieťa na to nie je pripravené a nie je zdravej separácie schopné. Napriek tomu má silnú potrebu budovať vlastnú autonómiu aspoň v nejakej oblasti života. Keď v tomto veku príde konfrontácia s kultúrnym tlakom na štíhlosť a pubertálnymi zmenami vlastnej postavy, môže byť výsledkom patologická kontrola hmotnosti. Tým sa na krátky čas vyriešia všetky problémy – dievča je štíhle,

spočiatku si užíva uznanie rovesníkov, zároveň má konečne kontrolu a moc nad niečím, má „svoje tajomstvo“, ktoré jej dáva pocit nadradenosti nad ostatnými, zároveň trestá odmietaním stravy matku a zároveň má niečo, čím sa môže zaoberať a odvieť pozornosť od reálnej neschopnosti emočne sa od matky separovať. Matka môže v tomto období, pokiaľ sama drží redukčné diéty, pôsobiť ako negatívny identifikačný vzor.

**Otec** – rizikový typ otca je najmä perfekcionista, autoritatívny, „príliš dokonalý“ s nespĺniteľnými nárokmi (*Engel a Stienen, 1988*) a emočne nedostupný, prípadne otec, ktorý favorizuje deti chlapčenského pohlavia a dáva najavo, že ženy sú menejcenné. Iný typ je „pripútavajúci“ otec, ktorý nedokáže dcéru vreľým a akceptujúcim vzťahom potvrdiť v roli dospievajúcej ženy a stotožniť sa s jej separáciou – môže to byť pre jeho strach z jej sexuálnej atraktivity, alebo ak už nemá reálny vzťah s manželkou a dcéra preňho predstavuje emočnú náhradu partnerky. Dcéra sa potom nevedome snaží zostať „večným dievčatkom“, aby ju otec neprestal ľúbiť (*Fitzgerald a Lane, 2000*).

**Fungovanie rodiny** – nedá sa povedať, že existuje jeden typ rodiny, ktorý by predurčoval práve k poruche príjmu potravy. Ide skôr o charakteristiky, ktoré sú spoločné pre všetky rodiny produkujúce „psychosomatické“ symptómy u detí (*Weme a Yalom, 1996*). Najčastejšie majú tieto znaky:

- pod fasádou ideálneho fungovania nachádzame veľmi málo vreľých a hlbokých emócií, minimálne sú prejavy nežnosti medzi členmi rodiny,
- členovia rodiny sa snažia za každú cenu vyhnúť konfliktom – čo vychádza z predpokladu, že konflikt končí vždy deštrukciou vzťahu – za tým cítiť nespokojnosť a napätie, často presakuje potláčaná hostilita vo vzťahoch, zvlášť medzi rodičmi,
- v rodine je tlak na „bezvadné fungovanie“ detí, s tendenciou podporovať ich seberealizáciu len v úzko vymedzených hraniciach (v literatúre toto popisované ako vysoké očakávania od detí v rámci hyperkompenzácie chýbajúcej lásky v partnerskom vzťahu alebo nesplnených vlastných životných ambícií rodičov (*Blinder et al, 1988*),
- rodina je veľmi málo flexibilná, rodičia nedokážu reagovať na meniace sa potreby adolescentného dieťaťa a snažia sa skôr ich eliminovať než ich akceptovať,
- v rodine sú neštandardné stravovacie zvyklosti, prípadne je formálny aspekt spoločného stravovania zdôrazňovaný viac ako pohoda pri jedle,
- u mentálnej bulímie sú rodiny obvykle menej „kohézne“, s menším tlakom proti seberealizácii jednotlivých členov, častejšie sú však prítomné chaotické vzťahy, neúplné rodiny, rôzne formy závislosti u príbuzných, štylizácia matky do role rovesníčky voči dcére, emočné zneužívanie, prípadne agresívne prejavy.

Ako vidno, popisované odchýlky sú pomerne rozmanité. Všeobecne možno povedať, že rodiny pacientiek s PPP vykazujú určitý stupeň dysfunkcie. Problém pacientky zhoršuje napätie v rodine, rodičia nemajú kapacitu toto napätie spracovať a tým sa dysfunkčné vzťahy ďalej zhoršujú.

V kontexte nových neurobiologických poznatkov je zrejmé, že rodina nie je jediným zdrojom problému. Realitou však zostáva, že pacientky subjektívne hodnotia vzťahové problémy s rodičmi pri vzniku poruchy príjmu potravy ako určujúce. Závažnosť týchto vplyvov potvrdzuje ich vlastná vzťahová patológia, ktorú si prenášajú do ďalšieho života a premieta sa aj do terapeutického vzťahu. Nahradenie maladaptívnych vzťahových vzorcov zrelšími stratégiami je u týchto pacientiek nesmierne užitočné a má významný vplyv na dlhodobú prognózu ochorenia aj na celkovú kvalitu ich života.

### 4.3. Socio-kulturálne faktory

Najsilnejším kultúrne podmieneným faktorom je vyzdvihovanie zúženého poňatia krásy v médiách, ktoré prezentujú veľmi štíhlu ženskú postavu ako ideálnu – tento trend sa prejavuje napr. postupným posunom veku modeliek do včasnej adolescencie. A nejde len o krásu ako takú, ale aj o možnosti uplatnenia a z toho vyplývajúcu moc a úspech. Každá reklama, ktorá ponúka rúž, farbu na vlasy alebo parfém, predáva nie len produkt samotný, ale zároveň aj „imidž“ modelky – posolstvo, ako by žena mala vyzeráť a ako by sa mala cítiť, aby bola v trende, moderná, hodnotná (*Lemberg a Cohn 1999, s.62*). Tento tlak formuje individuálny vkus jednotlivcov a mení subjektívne vnímanie ženského tela. Dopad je dobre viditeľný na spoločnostiach, ktoré prechádzajú rýchlou transformáciou na „západný“ životný štýl. Ten zahŕňa menej pohybu, bohatšiu ponuku dostupných kalorických jedál, väčšie percento populácie s nadváhou – a v kontraste s tým (alebo práve preto) väčší dôraz na fyzický vzhľad a štíhlosť ako vysoko hodnotenú kvalitu najmä u žien, široká propagácia chudnutia a diétného stravovania. Naproti tomu v kultúrach „zaostalejších krajín“ sa častejšie stretávame s pozitívnym postojom žien k vlastnému telu a s väčším rešpektom k odlišnostiam a jedinečnostiam.

Samotný vplyv kultúry však nepostačuje na vysvetlenie etiológie PPP – kultúra pôsobí na všetky dievčatá a ženy, z ktorých väčšina nie je geneticky vybavená pre spoločensky požadovanú štíhlosť, no aj keď v nejakom období života „diétujú“, porucha príjmu potravy vznikne len u niektorých. Vplyv prostredia musí nasadnúť na genetickú predispozíciu. Tá je u mentálnej bulímie heterogénnejšia, u mentálnej anorexie sa predpokladá uniformnejší genetický podklad a menšia závislosť od prostredia. (*Keel et al, 2003*). Pokiaľ drží diétu dievča, ktoré túto genetickú záťaž nemá, skúsenosť je skôr averzívna a vedie obvykle k návratu k predošlým stravovacím návykom. Iba u jedincov s genetickou vulnerabilitou bude výsledkom hladovania redukcia tenzie a lepší pocit kontroly, resp. prejedanie bude mať euforizujúci a stimulačný efekt – tieto pozitívne psychologické odpovede sú rizikovými faktormi pre rozvoj PPP (*Bulik, 2005*).

#### 4.3.1. Podmieňovanie a učenie

Vplyv kultúry sa realizuje jednak dlhodobo, tlakom na vnímanie vlastného tela a jednak bezprostredne klasickým podmieňovaním – patologické stravovacie správanie je fixované neprímeraným strachom z nadváhy. Túto teóriu v posledných rokoch doplnil Strober (2006) o poznanie neurobiologických mechanizmov. Za kauzálnu považuje dysbalanciu v dopamínovom a serotonínovom systéme, ktoré vedú k silnej úzkostnej odpovedi na negatívne podnety (tzv. fear conditioning) a zároveň nedostatočnú supresiu tejto odpovede. Podobný vzorec majú aj úzkostné poruchy.

Na podmieňovaní sa podieľa aj pozitívna spätná väzba z okolia po úvodnej redukcii hmotnosti v začiatku ochorenia (najmä u pacientiek s premorbídnou nadváhou). Na ilustráciu, výrok 18-ročnej pacientky s mentálnou anorexiou z našej kliniky:

*„Keď som prvýkrát schudla, cítila som sa perfektne, spolužiačky mi závideli, chalani si ma všímali... Vtedy som nejedla skoro nič, ale aj tak som vládala ešte cvičiť a učiť sa, všetko som zvládala, všade som sa tešila, lebo som mala pocit, že som lepšia ako ostatní... Každá anorektička žije z takéhoto úspešného obdobia na začiatku, z nádeje, že by sa to ešte mohlo vrátiť, aj keď všetci tvrdia, že to nie je možné.“*

Takýmto odmeňovaním sa patologické správanie posilňuje. Podľa kognitívnej teórie pacientka zameriava následne viac pozornosti na informácie o chudnutí a diétach, z ktorých si buduje systém nesprávnych predpokladov – o svojej hmotnosti, o rizikách, ktoré by vyplývali z príbratia, o nutnosti vyčleňovať niektoré potraviny atď. Selektívne vyhľadávanie týchto informácií vedie k postupnému prehlbovaniu nesprávnych predpokladov, k excesívnemu diétovaniu a hlbšej redukcii hmotnosti, až do závažného narušenia energetickej homeostázy a ireverzibilných neurobiologických zmien.

Pri rozbere psychologických a kultúrnych vplyvov sa teda znovu dostávame ku genetike a neurobiológii – tieto etiologické faktory sú tak úzko vzájomne prepojené, že nie je možné oddeliť ich ako úplne samostatné.

#### 4.3.2. Kultúra štíhlosti – kultúra výkonu

Úvaha o vplyve kultúry otvára ďalšie otázky. Keď odhliadneme od skutočnej potreby redukovať nadváhu v populácii, kto má z toho prospech, že ženy sú tlačené do nezmyselného dosahovania „ideálnej“ hmotnosti? V skutočnosti mnohí. Základným princípom akéhokoľvek marketingu je totiž vytvoriť potrebu, ktorú zákazník bude uspokojovať kúpou produktov. A najlepšie, pokiaľ je to trvalá potreba a spotrebný produkt. Skrášľovací priemysel je na vzostupe – fitness, diétne výrobky, soláriá, biopotraviny, prípravky na redukcii hmotnosti, cvičebné stroje. Žena, ktorej sebavedomie stojí prevažne na jej vzhľade, je ideálnou konzumentkou týchto komodít. Keď je sebahodnotenie závislé na reakciách okolia, nič iné ani nezostáva – len snažiť sa byť čo najdlhšie „mladá a krásna“ ako žena alebo „úspešný a výkonný“ ako muž.

Núka sa otázka, prečo vo „vyspelých kultúrach“ dominuje hodnotenie človeka podľa výkonu, úspechu, vzhľadu a prečo sa tomu väčšina ľudí podriaďuje. Za snahou neustále potvrdzovať svoju hodnotu uznaním zvonku, je obvykle hlboká vnútorná neistota a úzkosť.

O príčinách tejto neistoty možno len hypotetizovať. Rozhodne však nevzniká až v dospelosti – jej korene sú v rannom detstve. Dostatok emočného tepla, dostupnosť matky vždy, keď to dieťa potrebuje, dojčenie, nežnosti, fyzický kontakt – to všetko sa zvnútorňuje do pocitu radosti z vlastného bytia a vlastnej hodnoty, do budúcej vnútornej slobody jedinca a jeho schopnosti vytvárať emočne bohaté vzťahy.

Výkonovo orientovaná kultúra však tlačí rodičov do kariérovej sebarealizácie a matky do vynakladania energie na udržiavanie ideálneho vzhľadu. Tým sa uzatvára bludný kruh nedostatku pozornosti, času a emočnej kapacity pre vlastné deti, ktoré následne vyrastajú s pocitom, že láska sa získava dobrým výkonom a prejavuje sa materiálnou odmenou. Takéto deti budú zákonite ešte viac ako predošlá generácia riešiť emočné problémy prejedaním a následnú nadváhu radikálnymi metódami (reštrikciou alebo prečisťovaním), pretože sebavedomie bude ešte viac závislé na vonkajších faktoroch. Ako dospelí jedinca budú viac ovplyvňiteľní komerčnými tlakmi k rozmanitej „konzumácii“ produktov, pod príslubom, že ten či onen produkt prinesie pocit vnútornej hodnoty a pokoja. Tento pocit však v skutočnosti bytostne chýba a nie je ničím materiálnym nahraditeľný, dá sa len postupne dobudovať vnútornou prácou a autentickými vzťahmi.

Táto úvaha nemá byť pesimistickou víziou zvyšovania incidencie porúch príjmu potravy do budúcnosti. Je to len pokus o širší náhľad na socio-kulturálne súvislosti, ktorý umožňuje lepšie pochopiť význam psychologických metód v liečbe týchto porúch. Z toho sa odvíja i možné smerovanie preventívnych programov, ktoré by mali byť zamerané na osvetu o význame bezpečnej vzťahovej väzby v rannom detstve, o potrebe otvorenej komunikácie v rodinách a ďalej programy cielené na stabilnejší pozitívny sebaobraz, zdravú životosprávu a všeobecnú psychohygienu u predpubertálnych detí (WHO, 2004). Kampane, ktoré sa v médiách objavujú v rámci údajnej prevencie porúch príjmu potravy, sú často len prostriedkom k zviditeľneniu sponzorov a zúčastnených celebrit, bez reálneho dopadu na výskyt týchto porúch v populácii.



## 5. DIAGNOSTIKA

### 5.1. Diagnostické kritériá MKCh10

**Mentálna anorexia** je charakterizovaná úmyselným znižovaním hmotnosti alebo udržiavaním extrémne nízkej hmotnosti. Pre definitívnu diagnózu F50.0 musia byť prítomné všetky uvedené príznaky (*MKN 10, 2004, Papežová, 2002, s. 613-614*):

(a) telesná hmotnosť je udržiavaná minimálne 15% pod predpokladanou normou (u dospelých BMI pod 17,5 kg/m<sup>2</sup>), predpubertálni pacienti nedosahujú počas rastu primeraný váhový prírastok,

(b) pacient znižuje hmotnosť rôznymi diétami, voluntárnym zvracaním, užívaním diuretík, anorektík, laxatív, či excesívnym cvičením a iným energetickým výdajom,

(c) k špecifickej symptomatike patrí pretrvávajúci strach z nadváhy i pri výraznej kachexii, skreslené vnímanie vlastného tela a vtieravé ovládavé obavy z pribratia, ktoré vedú k subjektívne stanovenej extrémne nízkej cieľovej hmotnosti,

(d) endokrinná porucha hypotalamo-hypofýzovej-gonádovej osi, u žien sa prejavuje amenoreou (býva prekrytá užívaním hormonálnej antikoncepcie), u mužov stratou libida

(e) ak je začiatok ochorenia pred pubertou, prejavy puberty sú oneskorené alebo zastavené (rast, vývoj prs a primárna amenorea u dievčat, detský genitál u chlapcov).

**Mentálna bulímia** je charakterizovaná opakovanými záchvatmi prejedania veľkým množstvom kalorickej stravy a intenzívnym záujmom o kontrolu telesnej hmotnosti, pričom záujem o tvar tela a obavy z pribratia majú patologické, nutkavé črty, podobne ako pri mentálnej anorexii. V anamnéze sa často vyskytujú obdobia mentálnej anorexie. Kritéria pre diagnózu F50.2 sú (*MKN10, 2004; Papežová, 2002*):

(a) neustále zaoberanie sa jedlom, neodolateľná túžba po jedle a záchvaty prejedania s konzumáciou veľkých dávok jedla v krátkom čase,

(b) snaha potlačiť kalorický (výkrmný) účinok jedla niektorým z nasledujúcich spôsobov: vyprovokovaným zvracaním, hladovkami, užívaním anorektík, laxatív, diuretík, tyreoidálnych hormónov, užívaním prípravkov na zrýchlenie bazálneho metabolizmu (efedrín), u diabetických pacientiek manipuláciou s inzulínom,

(c) k špecifickej symptomatike patrí chorobný strach z nadváhy a snaha udržať si nižšiu ako premorbídnu hmotnosť, subjektívne stanovená cieľová hmotnosť je obvykle na dolnej hranici zdravého hmotnostného optima.

**Atypické formy PPP** – pokiaľ jeden alebo viac kľúčových príznakov chýba, alebo sú príznaky vyjadrené len v miernej forme, kódujeme tzv. atypickú mentálnu anorexiu (F 50,1) resp. atypickú mentálnu bulímiu (F 50,3). Diagnostické nejasnosti môžu vzniknúť u zmiešaných foriem PPP, kedy sa anorektické fázy s reštrikciou stravy striedajú s bulimickými obdobiaťmi, tzv. bulimickými švihmi. Obvyklý diagnostický úzus je v tomto prípade kódovanie F50,1 pokiaľ je BMI nižšie ako 17,5 resp. pokiaľ ide o zvracanie „anorektického typu“ – keď pacientka aj malé alebo primerané množstvo skonzumovanej stravy subjektívne hodnotí ako prejedanie. Ak je BMI vyššie ako 17,5 a ide o prejedanie väčším množstvom jedla, kó-

dujeme F50.2, a to aj keď je v medziobdobiach prítomné znižovanie hmotnosti drastickými diétami a cvičením pod hraničnú hodnotu BMI. Diagnóza F50,3 sa používa pri neúplne vyjadrených symptómoch – napr. keď chýba chorobné sledovanie hmotnosti a bulimické stravovanie (so sporadickou alebo žiadnou purgáciou) vedie k obezite.

Pre porovnanie uvádzame rozdelenie podľa **DSM IV**, kde rozlišujeme u anorexie reštriktívnu a purgatívnu formu (prečisťujúcu, so zvracaním, užívaním laxatív, diuretík, emetík) a u bulímie typ purgatívny a typ non-purgatívny, vymedzený len diétami a excesívnym cvičením, ktoré sa striedajú s obdobiami prejedania (APA, 1994).

## **5.2. Diagnostika pre prax – empirické rozdelenie**

Rozdelenie na mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu sa pre klinickú prax javí ako nedostatočné. V oboch diagnostických skupinách existujú pacientky, s ktorými sa lepšie spolupracuje, v liečbe postačuje psychoterapia a obvykle majú dobrú prognózu, ale aj také, ktoré už pri prvom kontakte pôsobia ako problematické a terapeuticky náročné.

Táto kapitola je zhrnutím klinických pozorovaní a skúseností, ktoré som získala na Psychosomatickej klinike v Pezinku. Ponúka návrh rozdelenia porúch príjmu potravy na tri skupiny: (1) ťažkú reštriktívnu anorexiu, (2) purgatívnu anorexiu a anorexiu s prechodom do bulímie, (3) bulímiu so závažnou osobnostnou patológiou. Tieto skupiny sa odlišujú osobnosťami, vývinovými a priebehovými charakteristikami, ako aj komorbiditou a odpoveďou na liečbu (viď Obrázok 4).

	1	2	3
	<b>REŠTRIKTÍVNA ANOREXIA</b>	<b>PURGATÍVNA ANOREXIA</b>	<b>AN – prechod do BULÍMIE</b>
m			<b>EXCESÍVNA BULÍMIA</b>
	veľmi nízka	nízka	nízka-normálna
analógia	bludová porucha	OCD	(ocd, závislosti)
komorb.	úzkostné poruchy, OCD	(abúzus alkoholu)	závislosti, BL
autogr.	niekedy	zriedka	často
náhlad	minimálny - neglect	lepší	slabý
OS	schizoidná, anakastická	emočne závislá	emoč. nestabilná
Integr. self	<b>slabá – defekt</b>	<b>lepšia – neurotická</b>	<b>slabá-borderline</b>
Obrany	desenzitizácia, izolácia, rituály	retroflexia, egotizmus	splitting, agovanie
Adapt.	veľmi ťažká	ťažká	dobrá
Lieky	antidepresíva, BZD, antipsychotiká	(SSRI)	AD.antipsychotiká tymostabilizátory

**Obrázok 4. Empirické rozdelenie porúch príjmu potravy – AN – anorexia, PO – porucha osobnosti, OCD – obsedantno-kompulzívna porucha, BL – borderline porucha osobnosti, autoagr. – sebapoškodzovanie, Adapt.-adaptácia na režim, AD antidepresíva**

Rozdelenie pacientov do týchto skupín je zatiaľ iba výsledkom klinickej skúsenosti – nebolo u nás podrobené štatistickému skúmaniu, keďže retrospektívne sledovanie zo zdravotnej dokumentácie neumožňuje analýzu potrebných parametrov.

**Skupina 1** – pacientky s ťažkou formou reštriktívnej anorexie, ktorá v diagnostickej paralele pripomína OCD alebo bludovú poruchu. Tieto pacientky sú charakteristické extrémne nízkou hmotnosťou, častejšou neuropsychiatrickou hereditárnou záťažou a hlbšou jadrovou symptomatikou PPP. Častejšie je prítomné sebapoškodzovanie a iná komorbidita (úzkostné poruchy, OCD). Pri skúmaní osobnosti nachádzame veľmi krehké alebo nedostatočne vytvorené „self“ s rizikom dezintegrácie pri oslabení obranných mechanizmov. Anamnesticky je prítomný deficit „emočného sýtenia“ vo vzťahoch s rodičmi – najčastejšie zahlcujúca, hyperprotektívna alebo obsedantná matka a otec emočne vzdialený, kladúci dôraz len na výkon – teda rodičia neschopní poskytnúť dieťaťu bezpečnú vzťahovú väzbu a oporné body pre psychosexuálne zrenie.

Anorektický syndróm predstavuje pre tieto pacientky homeostatický mechanizmus, ktorý kompenzuje a vyplňa istý primárny deficit, zasahujúci do najhlbších osobnostných štruktúr. Ten je zrejme daný podielom genetických a včasne-vývinových faktorov. Systém anorektických pravidiel je pre pacientku jediným priestorom, v ktorom dokáže realizovať

svoje potreby, a v ktorom má pocit kontroly. Je teda pochopiteľné, že sa ho nechce a nedokáže vzdať, ani keď bezprostredne ohrozuje jej život.

Pokiaľ sa pacientka zo skupiny 1 dostane v adolescentnom veku na nútenú strednodobú hospitalizáciu s „nedobrovoľným“ rýchlym zvýšením hmotnosti – bude to mať za následok prudký nárast úzkosti a odporu k liečbe, posilnenie patologického správania po prepustení, so zvýšeným rizikom prečísťovania, čo je faktor predznamenávajúci chronifikáciu. Na to, aby takáto pacientka bola schopná liečbu úspešne absolvovať, je potrebné, aby vo svojom osobnostnom vývine prišla po určitý bod. To nie je možné bez psychoterapeutickej podpory. Až po čiastočnom posilnení „self“ a nájdení iných vnútorných zdrojov je pacientka schopná pripustiť náhľad na chorobné stravovacie správanie. Mnohé pacientky prijaté na našu kliniku tento bod ešte nedosiahli, no môžu sa k nemu priblížiť pomocou psychoterapie, kognitívnej korekcie a komunikácie s lepšie motivovanými spolupacientkami. Hospitalizácia v tomto prípade nemôže byť „úspešná“, má však význam ako príprava poľa pre budúcu liečbu.

**Skupina 2** – pacientky s mentálnou anorexiou, ktorá môže byť reštriktívna, obvykle má však aj obdobia so zvracaním a pacientky, ktoré po úvodnej anorektickej fáze prešli do mentálnej bulímie. Typické je teda striedanie anorektických a bulimických fáz, pričom bulimické záchvaty môžu a nemusia byť excesívne v množstve jedla. Spoločnou charakteristikou tejto skupiny je lepšia integrácia „self“, čo sa prejavuje zrelšími obrannými mechanizmami. V terapii sú pacientky schopné dobrej spolupráce, dokážu asimilovať nové skúsenosti a vyvíjať sa. Klinická symptomatika je obvykle ohraničená na manipuláciu so stravou a snahu o zníženie hmotnosti, môžu sa pridružiť sekundárne depresie. Komorbídou môže byť abúzus alkoholu. Sebapoškodzovanie a iná komorbídita sú zriedkavé. Táto skupina je najviac „kultúrne podmienená“ – ako mechanizmus vzniku poruchy pacientky najčastejšie identifikujú spolupôsobenie perfekcionistačských čŕt a tlaku prostredia, vzťah s rodičmi je pevnejší a autentickjší, než v skupinách 1 a 3.

U chronických prípadov v tejto skupine má porucha miernejší priebeh a menší dopad na bežné fungovanie. Takéto pacientky si dlhodobo udržuju hmotnosť na spodnej hranici normy, prípadne normálnu hmotnosť o niečo nižšiu ako je ich geneticky dané optimum. Odbornú pomoc vyhľadajú obvykle kvôli depresii, keď sa po mnohých rokoch ochorenia cítia vyčerpané, alebo keď kumulácia stresov akcelaruje poruchu stravovania do „sociálne neúnosných“ rozmerov.

Do tejto skupiny patria aj pacientky, u ktorých sa manifestuje jediná anorektická fáza v období nástupu puberty. Väčšina týchto dievčat zrejme zvládne liečbu ambulantne. Pokiaľ táto liečba nestačí alebo je úbytok hmotnosti výraznejší, nasleduje obvykle hospitalizácia na detskom alebo pedopsychiatrickom oddelení, so sledovaným stravovaním a základnou edukáciou, niekedy aj s krátkodobou psychoterapiou. Takáto liečba je účinná, pokiaľ má pacientka dostupné aj iné emočné zdroje ako manipuláciu s hmotnosťou a nemá závažnejší vývinový osobnostný hendikep. Súhra faktorov ako sú: masívna úzkosť rodičov, zverejnenie a pomenovanie problému, prostredie nemocnice s tlakom medicínskych autorít, umožniť „aha-zážitok“ a náhľad na patologické stravovanie. Ak sa u takejto pacientky nepodarí

normalizovať stravovanie a hmotnosť v začiatku ochorenia, treba hľadať faktory v rodinnej dynamike, ktoré symptomatiku udržujú a zamerať sa v terapii na prácu s rodičmi.

**Skupina 3** – pacientky s mentálnou bulímiou, ktoré popisujú excesívne prejedanie veľkými množstvami jedla a následné zvracanie ako mechanizmus, ktorým si bezprostredne vyvolávajú euforizujúci relaxovaný stav. Mentálna bulímia je tu obvykle prítomná v komorbidite s ďalšou symptomatikou, ako je abúzus alkoholu a iných návykových látok, rizikové sexuálne správanie, sebapoškodzovanie, nezdržanlivé správanie a emočná labilita. Nezdržanlivosť sa prejavuje aj v spôsobe prečisťovania (vysoké dávky laxatív, emetík, diuretik). Stupeň integrácie „self“ je slabší, typická je tzv. borderline organizácia osobnosti, nezrelé obranné mechanizmy – štiepenie a agovanie. V anamnéze nachádzame často dezorganizovanú vzťahovú väzbu, disharmonické rodinné prostredie s chýbajúcim alebo insuficientným otcom, emočne nestabilnú matku a ďalšie znaky typické pre vývin hraničnej poruchy osobnosti.

Táto skupina nesie najviac podobností so závislosťami a aj v liečbe sú účinné podobné intervencie. Úspešná liečba vyžaduje pevné hranice režimu, pretože pacientky manipulujú akoby automaticky a mimovoľne, behaviorálna zložka je v terapii rozhodujúca, schopnosť kvalitného náhľadu je limitovaná. Prognóza je priamo ovplyvnená dĺžkou „abstinenzie“ od záchvatov prejedania a purgácie.

Pacientky zo skupín 1 a 3 spravidla vyžadujú medikáciu, nezriedka i antipsychotiká v nízkych dávkach, horšie znášajú režimové opatrenia, v psychoterapii potrebujú oveľa dlhší čas na nadviazanie terapeutického vzťahu a aj potom prejavujú slabšiu schopnosť náhľadu a korektívnej skúsenosti. U oboch skupín je častá psychická komorbidita, širšia osobnostná patológia a nezrelé obranné mechanizmy – agovanie, projektívna identifikácia a štiepenie (skupina 3) a stenické potláčanie emócií s kompenzujúcimi rituálmi, či úplná desenzitizácia na vlastné prežívanie (skupina 1).

Zaujímavým fenoménom je prechod zo skupiny 2 do skupiny 1 pri dlhodobej neliečenej poruche, ak je spojená s BMI nižším ako 17,5. Chronické hladovanie vedie k nezvratným neurobiologickým ale aj morfológickým zmenám CNS (zmenšovanie hmoty mozgu (Uher, 2001), ktoré sa klinicky manifestujú prehlbovaním jadrovej patológie PPP – ochudobňujú sa všetky oblasti prežívania, ktoré nesúvisia s kontrolou stravovania a hmotnosti, pacientka sa izoluje, stráca záujem o vzťahy. Tento „anorektický defekt“ je následkom dlhodobej malnutrie a pôsobenia nekorigovanej psychopatológie na štruktúru osobnosti. Obvykle predznamenáva invalidizáciu a nepriaznivú prognózu.

## 6. LIEČBA

### 6.1. Komplexné liečebné programy

Prvé komplexné liečebné programy zamerané na poruchy príjmu potravy začali vznikáť okolo roku 1980 v USA. Potreba takýchto programov vzišla z klinickej skúsenosti, že klasická ambulatná psychiatrická liečba, samotná psychoterapia, ani samotná nutričná rehabilitácia neprináša uspokojivé výsledky. Neskôr boli tieto pozorovania podopreté aj výsledkami štúdií, ktoré potvrdili významne vyššiu mieru úspešnosti komplexnej liečby (zloženej z nutričnej rehabilitácie, behaviorálnych prvkov a edukácie). Hlavným dôvodom liečby v podmienkach hospitalizácie je zistenie, že pre dlhodobé zlepšenie stavu u mentálnej anorexie je rozhodujúce dosiahnutie cieľovej hmotnosti (*Baran et al, 1995; Willer et al, 2005*), ktoré je pri nedostatočnom náhlade v ambulatnej liečbe nereálne. U mentálnej bulímie je to terapeutický faktor vynútenej abstinencie od záchvatov prejedania a zvracania resp. iných prečisťujúcich techník – dĺžka abstinencie pozitívne koreluje s dĺžkou následnej remisie, podobne ako u iných závislostí (*Olmsted et al, 1994*).

Iný pohľad na užitočnosť komplexných programov však prináša subjektívne hodnotenie pacientov – zo súhrnu 23 prieskumov (*Bell, 2003*) vyplýva, že pacientky považujú za rozhodujúce faktory pre úspešnosť liečby podporu, pochopenie a empatiu v terapeutickom vzťahu a ako najviac nápomocné hodnotia v liečbe psychologické postupy. Intervenciu zameranú len na úpravu hmotnosti hodnotia ako neužitočnú.

Výsledky štúdií ohľadom prediktorov relapsu ochorenia a optimálnej dĺžky hospitalizácie sú nejednotné. Viaceré výskumy poukazujú na to, že hospitalizácia kratšia ako 6 týždňov resp. prepustenie pred dosiahnutím minimálnej cieľovej hmotnosti vedie u mentálnej anorexie často k relapsom a rehospitalizáciám (*Halmi et al, 2000; Willer et al, 2005*). Novšie práce vyhodnocujú iné významné prediktory relapsu – poruchu nálady pri prepustení a negatívny postoj k vlastnému telu pri prepustení (*McCabe, 2008*). To upozorňuje na význam základnej psychopatológie PPP a potrebu cielenia liečby viac na psychologické aspekty ochorenia.

### 6.2. Psychosomatická klinika Trnavskej Univerzity v Pezinku

Psychosomatická klinika (PSK) v Pezinku bola vyčlenená ako samostatné Psychoterapeutické oddelenie v roku 1992, určené pre liečbu reaktívnych stavov a neuróz. Potreba špecializovaného programu pre pacientky s poruchou príjmu potravy vyvstala z ich rastúceho počtu. Tieto pacientky boli v tom čase liečené prevažne na somatických oddeleniach (najčastejšie detských, interných a neurologických), lôžková kapacita už vtedy fungujúceho špecializovaného oddelenia vo Fakultnej nemocnici v Bratislave neuspokojovala reálnu potrebu liečebných miest.

Prímárka oddelenia MUDr. Zuzana Lajčiaková a psychologička PhDr. Romana Krasulová vytvorili komplexný liečebný program, ktorý bol založený na terapeutických odporúčaní Amerického združenia pre liečbu porúch príjmu potravy a podľa vzoru Jednotky špecializovanej starostlivosti pre poruchy príjmu potravy Psychiatrickej kliniky 1.LFUK v Prahe. Tento program sa ďalej rozvíjal a prispôboval špecifikám slovenských podmienok. V rokoch

1999-2005 viedla oddelenie MUDr. Ingrid Janošková, ktorá pokračovala v práci s touto skupinou pacientov a aktualizovala liečebné postupy pod supervíziou MUDr. Pavla Černáka, ktorý bol v tom čase primárom oddelenia. Od roku 2006 funguje klinika znovu pod vedením primárky MUDr. Lajčiakovej, ďalšími členmi tímu zameraného na problematiku PPP sú lekári, psychológovia a sestry s terapeutickým výcvikom. V roku 2007 sa Psychiatrická nemocnica v Pezinku stala akreditovaným pracoviskom pre vzdelávanie psychoterapeutov, v rámci ktorého sa môžu školenci na klinike oboznámiť s liečbou PPP v praxi.

### 6.3. Štruktúra liečby na PSK

Liečba na Psychosomatickej klinike v Pezinku je určená pre pacientky, ktoré zlyhali v ambulantnej liečbe, alebo ktoré vyhľadajú odbornú pomoc v takom štádiu ochorenia, keď ambulantná liečba už nie je vhodná. Niektoré pacientky kontaktujú našu kliniku samé a objednávajú sa na hospitalizáciu bez predchádzajúcej ambulantnej intervencie, resp. prichádzajú s odporúčením od praktického lekára.

Štruktúra liečby na klinike zodpovedá najnovším medzinárodným a českým odporúčaniam pre liečbu porúch príjmu potravy (*Papežová, 2004; APA, 2006*), konkrétne prevedenie a postupy sú však prispôsobené podmienkam našej klinickej praxe a individuálnym potrebám každej pacientky s ohľadom na komorbiditu, osobnostnú výbavu a ďalšie charakteristiky ochorenia.

Liečba trvá štandardne 10-12 týždňov, čo je doba, ktorá podľa klinickej skúsenosti prináša optimálny terapeutický efekt. Opakované kratšie hospitalizácie, ktoré nepostačujú na normalizáciu hmotnosti resp. dostatočnú redukciu ostatných symptómov vedú skôr k chronifikácii poruchy (*Commerford et al, 1997*).

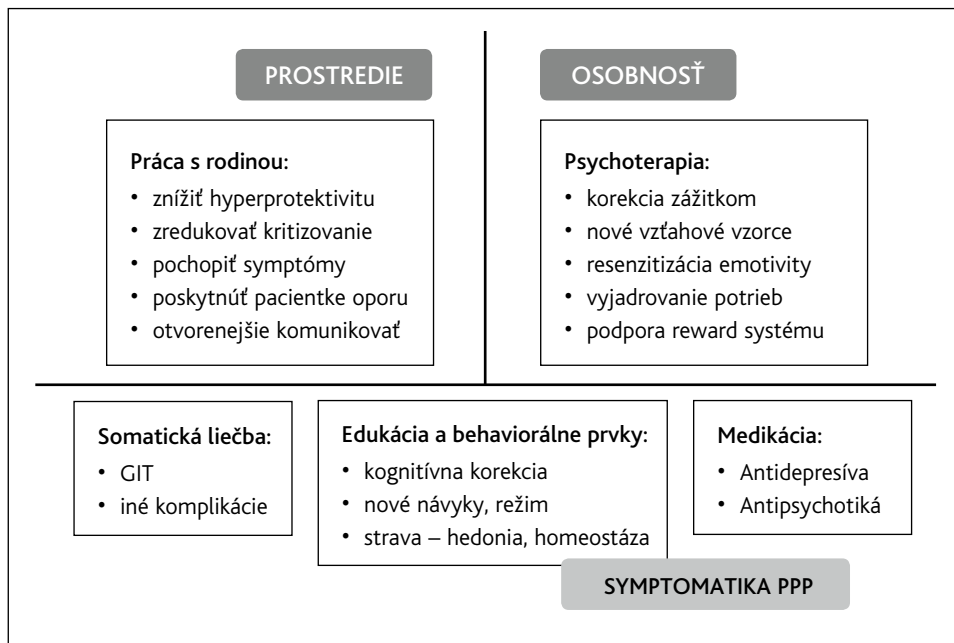
Liečba sa skladá z týchto zložiek:

- somatická liečba,
- realimentácia a stravovací režim,
- pohybový režim,
- režim oddelenia a terapeutická komunita,
- psychoterapia (skupinová, individuálna, rodinná),
- edukácia,
- farmakoterapia.

Primárnym cieľom liečby je nutričná rehabilitácia, navodenie normálneho stravovacieho režimu, odstránenie somatických a psychologických následkov hladovania resp. opakovaného zvracania. Normalizácia hmotnosti by mala postupovať s optimálnym prírastkom 0,5-1 kg týždenne (v začiatku max 1,5 kg týždenne).

Pri formulácii cieľov liečby netreba však upriamovať pozornosť iba na úpravu hmotnosti. Cieľom v širšom poňatí je resenzitizovať telo – znovu navodiť rovnováhu medzi pocitmi sýtosti a hladu, obnoviť vnímanie chuti jedla a plnosti žalúdka s uspokojením, aktivizovať homeostázu udržiavania zdravej telesnej hmotnosti. Z pohľadu väčšiny pacientiek je hlavným cieľom liečby zredukovať ovládavé myšlienky na jedlo, ktoré trvajú celý deň a zne-

možňujú plnohodnotný život. Liečba je zameraná nie len na vlastné príznaky ochorenia, ale pôsobí aj na faktory osobnostné a enviromentálne, ktoré k symptomatike prispievajú (viď Obrázok 5). Toto poňatie terapeutickjej stratégie a cieľov prináša pacientkám úľavu od trýznivých obáv z príbratia, s ktorými zväčša prichádzajú do nemocnice.



Obrázok 5. Štruktúra liečby PPP na Psychosomatickej klinike v Pezinku (niektoré časti upravené podľa Trasure, 2007).

### 6.3.1. Somatická liečba

Somatické komplikácie možno rozdeliť na akútne a chronické, podľa toho, v ktorej fáze hospitalizácie sa objavujú a ako naliehavo vyžadujú liečebnú intervenciu.

a) **akútne komplikácie** – zaznamenané obvykle pri prijatí resp. v prvých dňoch liečby, ktoré vyžadujú okamžitú liečbu. Najčastejšie sem patrí hypokaliémia, hyponatrémia, hypoalbuminémia s opuchmi dolných končatín, hypotenzia, kŕče a svalová slabosť (pri dehydratácii a poruchách metabolizmu elektrolytov), zriedkavejšie hypochloremická metabolická alkalóza. Tieto komplikácie sú spravidla zvládnuteľné infúznou rehydratáciou, suplementáciou iónov a vitamínov.

b) **chronické komplikácie** – vyplývajú z dlhodobej malnutrície resp. prečistovania. Najčastejšie sa stretávame s nasledovnými:

– *mimo gastriontestinálneho traktu*: amenorea, bradykardia, hypotenzia, makrocytová (útlmová, perniciózná) alebo mikrocytová (sederopenická) anémia, osteoporóza, vypadá-



vane vlasov, suchá praskajúca koža, kazivosť zubov, periodontitis, stomatitis. Tieto nie je nutné riešiť okamžite pri prijatí, niektoré sa upravia spontánne pri zlepšovaní nutričného statusu, iné – ako trvalý sklon k hypotenzii – môžu vyžadovať medikáciu. Ak uvedené ťažkosti pretrvávajú aj po obnovení nutričnej rovnováhy a stabilizácii normálnej hmotnosti, je nutné konzultovať špecialistov v danom obore.

– *GIT*: spomalené vyprázdňovanie žalúdka, gastroezofageálny reflux, dyspeptické ťažkosti, poruchy peristaltiky, zvýšený meteorizmus, obštipácia (najmä pri abúze laxatív), črevná dysmikróbia, zriedkavejšie malabsorpcia. Tieto komplikácie vyžadujú pozornosť a priebežné riešenie, pretože spôsobujú pacientke výraznú nepohodu, čo následne vedie k manipulácii so stravou so zdôvodnením, že zo stravy „jej je zle“. Liečba je symptomatická: prokinetiká a digestíva, antirefluxové opatrenia (hustejšia strava, vyhnúť sa ležaniu po jedle), pri obštipácii je klyzma vhodnejšia ako laxatíva, ktoré sú prakticky kontraindikované, tiež sú vhodné diétne opatrenia (prídavok potravín s laxatívnym účinkom – sušené slivky, kyslomliečne výrobky), arteficiálne zvýšenie obsahu vlákniny v strave formou doplnkov výživy a normalizácia črevnej flóry pomocou suplementov.

### 6.3.2. Stravovací režim a sledovanie hmotnosti

Pacientky, ktoré prichádzajú na liečbu, majú pred prijatím obvykle dlhodobo veľmi nízky kalorický príjem, často viackrát denne zvracajú a jedným z hlavných dôvodov hospitalizácie je ich vyčerpanie z toho, že „nedokážu už myslieť na nič iné iba na jedlo“. Manipulácia so stravou, nutkavé konzumovanie sladkostí spôsobené chorobnou baživosťou (cravingom) a zvracanie po jedle majú spoločné črty s inými závislosťami. Pacientka často nedokáže tieto návyky v domácich podmienkach zmeniť, i keď je motivácia k liečbe inak dobrá a náhľad na ochorenie dostatočný.

Stabilný stravovací režim s primeraným energetickým prísunom v pravidelných intervaloch vytvára podmienky pre ustálenie novej rovnováhy medzi orexigénnymi a anorexigénnymi látkami v organizme a stabilizáciu hmotnosti na fyziologické optimum. Spočiatku, vo fáze adaptácie, je odporúčaný kalorický prísun 1000-1600 kcal/denne. Vo fáze realimentácie a zvyšovania hmotnosti je to 70-100 kcal/kg/deň a v udržiavacej fáze 40-60 kcal/kg/deň (*Papežová, 2002, s. 617*).

Strava je rozdelená do šiestich denných dávok – raňajky, desiata, obed (polievka a druhý chod), olovrant, večera a druhá večera – v cca 2,5 hodinových intervaloch. Súčasťou stravovacieho režimu sú aj ďalšie opatrenia, ktoré pomáhajú pacientkám upriamiť pozornosť iným smerom ako na jedlo a zredukovať manipuláciu so stravou alebo zvracanie – napríklad zákaz mať u seba potraviny, obmedzený konzum žuvačiek, kávy, dochutených nápojov, obmedzené dochucovanie a prehrievanie jedál, čas trávený spoločnými aktivitami po jedle atď. Pacientky sa stravujú vždy v prítomnosti personálu.

Niektoré pacientky nie sú schopné ani po niekoľkých týždňoch hospitalizácie konzumovať plné porcie jedla. Pri posudzovaní ich pokroku v liečbe je však dôležité porovnanie so situáciou pred liečbou. Ak bola u pacientky dlhodobo ťažká reštrikcia stravy, prípadne kombinovaná so zvracaním i minimálneho množstva jedla, hodnotíme ako terapeutický pokrok aj pravidelné stravovanie menšími porcami a elimináciu prečisťovania.

Sledovanie hmotnosti prebieha formou váženia raz týždenne, ráno nalačno. Pacientka o hmotnosti môže a nemusí byť informovaná, ako sa sama rozhodne. Hmotnosť slúži ako orientačný parameter postupu v liečbe. Treba si uvedomiť, že sledovanie hmotnosti je to, čo pacientky v rámci ochorenia robili neustále a hmotnostné zmeny sú pre ne stresujúce. Môže trvať dlhší čas, kým sa pacientka adaptuje na fakt, že priberá. U pacientiek s fobic-kým postojom k hmotnostnému prírastku je možné akceptovať aj pomalšiu úpravu hmotnosti, ako je štandardne odporúčené, dôležitejšie je to, aby bola pacientka so svojou novou hmotnosťou stotožnená. V takomto prípade, pokiaľ to podmienky dovoľujú, je vhodné hospitalizáciu predĺžiť, aby bola dosiahnutá cieľová hmotnosť pomalším tempom.

Pacientky s mentálnou anorexiou po návrate k pôvodnej hmotnosti potrebujú na udržanie tejto hmotnosti často 200-400 kcal denne navyše v porovnaní s kontrolnými subjektmi rovnakého pohlavia, veku, výšky, váhy pri rovnakej dennej aktivite (Kaye et al, 1991). Ak nedochádza k normalizácii hmotnosti pri primeranom kalorickom príjme (a je vylúčené zvracanie), najčastejšie je príčinou zvýšený pokojový energetický výdaj (tzv. resting energy expenditure – ďalej REE, meraný v kcal/kg/deň) (Winter et al, 2005). Zvýšený REE môže súvisieť s vyššou hladinou úzkosti, s bolesťami brucha a zvracaním, s fyzickou aktivitou (t.j. cvičením, neposednosťou či iným energetickým výdajom spojeným s pohybovými aktivitami) a s fajčením (Van Wymelbeke et al, 2004).

Pri BMI nad 19 sa snažíme o navodenie rovnováhy energetického príjmu a výdaja. Základom je pravidelné stravovanie, ktoré zrýchli bazálny metabolizmus a primeranú pohybovú aktivitu. Ak hmotnosť normostenickej pacientky napriek tomu narastá, pristupujeme k ľahkej redukcii kalorického príjmu (napr. 2/3 porcia večere).

Pravidlá stravovacieho režimu ako aj ostatné režimové opatrenia dostáva pacientka v písomnej forme pri prijatí a zároveň sú vysvetlené pri prvom pohovore s ošetroujúcim lekárom. Vtedy i neskôr počas liečby má pacientka možnosť pýtať sa terapeutov na prípadné nejasnosti. Diskusie o pravidlách vyvstávajú na oddelení často a je im venovaný priestor v rámci edukácie a individuálne pohovory. Pochopenie pravidiel liečby je nevyhnutným predpokladom k dobrej spolupráci. Skúsenosť ukazuje, že keď je pacientka s pravidlom nespokojná a snaží sa ho obhádzat, nemusí to znamenať nedostatočný náhľad na ochorenie. Niekedy pacientka pravidlá obhádzá, pretože ich považuje za „nezmyselné obmedzovanie“ a nevidí ich terapeutické opodstatnenie. Významnú úlohu v oboznamovaní s pravidlami liečby a ich dodržiavaní zohráva aj vzájomná komunikácia medzi pacientkami na oddelení.

### 6.3.3. Pohybový režim

Nadmerná pohybová aktivita za účelom zvýšenia energetického výdaja patrí k základným prejavom porúch príjmu potravy. Endogénne opioidy uvoľňované pri pohybovej aktivite spôsobujú eleváciu nálady a zlepšujú subjektívny pocit pacientiek. Tie nezriedka prichádzajú s tým, že cvičili niekoľko hodín denne pri minimálnom kalorickom príjme a cítili sa „skvele“. Pohybová aktivita má v tomto prípade charakter závislosti, pričom euforizujúci efekt postupne klesá, ako sa vyčerpávajú fyzické rezervy a progreduje katabolizmus. Cieľom liečby je nastoliť fyziologický pohybový režim, resp. pri veľmi nízkom BMI v prvej fáze liečby zredukovať fyzickú záťaž na minimum a umožniť tak zotavenie organizmu.

V prvých týždňoch je pohyb mimo oddelenia obmedzený, pacientka môže opustiť oddelenie len v sprievode personálu resp. na krátky čas s návštevou, ak je táto dopredu ohlásená. Kachektické pacientky s akútnymi somatickými komplikáciami, ktoré vyžadujú infúziu liečbu, majú až do stabilizácie stavu prísny klud na lôžku a nezúčastňujú sa žiadnych režimových terapeutických aktivít.

Pacientky obmedzenie voľného pohybu znášajú ťažko. Je to jednak kvôli adiktívnej zložke pohybovej aktivity, ale aj preto, že pohyb patrí k fyziologickým potrebám. Na začiatku liečby ošetrojúci lekár spolu s pacientkou vypracuje plán pridávania pohybových aktivít, vychádzok a priepustiek, ktorý je previazaný s dodržiavaním stravovacieho režimu resp. s úpravou hmotnosti. Pridávanie aktivít teda slúži ako motivačný faktor, ktorý má pacientka sama v rukách, pretože závisí len od miery jej spolupráce. Aktivity sú pridávané v nasledovnom poradí:

- vychádzky 2x týždenne 30min v areáli nemocnice v sprievode spolupacienta,
- ranné rozcvičky (10-15min),
- túry v rámci režimu oddelenia (1x týždenne cca hodinu), s personálom,
- vychádzky 2x denne 30min v areáli nemocnice samostatne,
- kalanetika 30min 1x týždenne,
- fitlopty 30min 2x týždenne,
- mimo poradia sú rehabilitačné cvičenia zo špecifických indikácií.

Zneužívanie pohybových aktivít sa môže prejaviť napr. tajným cvičením na izbe, častým behaním po chodbe pod rôznymi zámienkami (pre údajne zabudnuté predmety na izbe a pod.), ale aj trasom alebo psychomotorickou hyperaktivitou, ktoré pacientka vníma ako vôľovo neovplyvniteľné. Niektoré pacientky udávajú v anamnéze diagnózy ako hyperventilačná tetania, tetanické kŕče, nešpecifický tras, záchvatové stavy s nešpecifickými EEG zmenami, svalový hypertonus a pod. Tieto symptómy sú predmetom psychoterapie, poukazujeme na ich účelovú zložku, ktorá je často nevedomá a podporujeme náhľad, užitočné sú aj techniky zamerané na telo.

### 6.3.4. Terapeutická komunita a režim oddelenia

Komunitný systém liečby alebo terapeutická komunita sú podľa Kratochvíla termíny označujúce špecifický druh skupinovej psychoterapie, kde pacienti rôzneho veku, pohlavia a vzdelania spoločne žijú v istom priestore. Okrem skupinových sedení zdieľajú aj ďalší spoločný program, s pracovnou a inou rôznorodou činnosťou, čo umožňuje, aby do tohoto malého modelu spoločnosti premietali problémy zo svojho vlastného života, zvlášť svoje vzťahy k ľuďom (*Kratochvíl, 1979*).

Komunitný systém liečby znamená, že pacienti majú aktívny podiel nie len na vlastnej liečbe, ale majú možnosť ovplyvniť aj to, čo sa deje na oddelení. Skupinové sedenia všetkých pacientov s personálom štyrikrát týždenne sú vedené tak, aby podporovali čo najotvorenejšiu vzájomnú komunikáciu. Pacienti majú možnosť hovoriť tam o svojich ťažkostiach, ale aj o vzájomných vzťahoch, konfliktoch medzi sebou či s personálom, o tom ako prežívajú a zvládajú terapeutický režim, členovia terapeutického tímu hovoria o problémoch na oddelení a riešenie by malo byť výsledkom spoločnej dohody s pacientmi. Pa-

cienti si medzi sebou volia samosprávu (predseda, kultúrny, športový, pracovný referent, nákupca pre pacientov v stravovacom režime, kuriér pre laboratórne vzorky, strážca kľúčov k chladničke a pod.), tým sú jednotlivé režimové povinnosti zosobnené.

Na Psychosomatickej klinike v Pezinku sú okrem pacientov s poruchou príjmu potravy hospitalizovaní pacienti oboch pohlaví s diagnózami z úzkostného spektra, s dekompenzovanými poruchami osobnosti, s poruchami nálady, v rámci komorbidity sa vyskytujú závislosti, stabilizované psychotické poruchy a menej závažné organické poruchy. Vekové skupiny sú zastúpené rovnomerne od 17 do 65 rokov, výnimočne aj staršie ročníky. Maximálny počet pacientov v komunite je 33, pričom počet pacientov s PPP je obmedzený na dvanásť.

Komunitné aktivity sú časovo vymedzené terapeutickým režimom a vyplňajú prakticky celý deň, s primeraným podielom osobného voľna. Náplň mnohých aktivít však závisí od iniciatívy pacientov – napr. rozcvičku, samoriadiace komunity, večerné „kluby“, a spoločné vychádzky po areáli nemocnice si pacienti organizujú sami.

Osobnostne rôznorodá komunita s množstvom spoločných aktivít počas dňa je pre pacientky projekčným plátnom ich vzťahových vzorcov. Pokiaľ sa vyskytne vzťahový problém v rámci komunity, spravidla ide o opakovanie problému, ktorý pacientka zažíva aj mimo nemocnice. Správanie, ktoré sa v interakciách v komunite manifestuje, je cenným materiálom do individuálnej a skupinovej psychoterapie. Pomenovanie a pochopenie mechanizmov, ktoré ku konfliktom vedú, umožňuje pacientom korigovať maladaptívne vzťahové stereotypy (*Kratochvíl, 1979*).

V rámci komunity tvoria pacienti s poruchou príjmu potravy podskupinu, ktorá vyžaduje špecifické režimové opatrenia. Ostatní pacienti môžu mať pri sebe potraviny, nesmú však núkať jedlo pacientom v stravovacom režime, nechávať jedlo a nápoje voľne dostupné na izbe, v spoločných priestoroch oddelenia, alebo sa inak zúčastňovať na prípadnej manipulácii s jedlom. O tom sú všetci pacienti pravidelne poučení na komunitných sedeniach. Členovia komunity nie sú však obmedzení v konzumácii svojho jedla na oddelení alebo v konverzácii o ňom – sú to faktory, ktorým sa pacientky s PPP v reálnom živote nevyhnú a je lepšie, ak sa s nimi naučia vyrovnávať v nemocnici.

### 6.3.5. Behaviorálna liečba

Doteraz uvedené zložky liečby – teda stravovací režim, pohybový režim a postupné „odmeňovanie“ vychádzkami a pohybovými aktivitami pri dosiahnutí žiaduceho stravovania – tvoria tzv. behaviorálnu zložku terapie. Tá vychádza z teórie sociálneho učenia. Behaviorálne orientované programy vykazujú dobrý krátkodobý terapeutický efekt a lepšie výsledky v porovnaní s čiste farmakologickou liečbou. Otázkou zostáva, nakoľko je striktnosť pravidiel v behaviorálnom programe zmysluplná a kedy prispieva skôr k odporu pacientky a zhoršovaniu spolupráce. Štúdie porovnávajúce striktné a voľnejšie behaviorálne programy (programy s presnou kontrolou kalorického príjmu a hmotnostného prírastku a následné „odmeny“ vs. programy, kde je len hrozba núteného klúdu na lôžku, pokiaľ by sa hmotnosť prestala normalizovať) dochádzajú k záveru, že efektívnosť voľnejších programov je v liečbe

mentálnej anorexie niekedy lepšia ako príliš prísne pravidlá (Touyz et al, 1984). Existujú aj dôkazy o terapeutickom efekte supervidovaného non-aeróbného cvičenia (napr. joga) v liečbe mentálnej anorexie aj u pacientiek s veľmi nízkou hmotnosťou (Thien et al, 2000).

### 6.3.6. Návčik relaxácie

Medzi špecifické terapeutické techniky práce s telom patrí návčik svalovej relaxácie a jej previazanie s psychickým uvoľnením. Pacientky s PPP majú často problém uvoľniť sa, fungujú v akomsi stave permanentného napätia, ktorý je spôsobený neustálymi nutkavými myšlienkami na jedlo, ale aj zadržanými emóciami a niekedy aj úmyselným udržiavaním svalového napätia za účelom zvýšenia odpočinkového energetického výdaja.

Súčasťou liečby je zvládnutie autogénneho tréningu (v indikovaných prípadoch je nahradený Jakobsonovou progresívnou svalovou relaxáciou). Autogénny tréning je do režimu zaradený 3x denne ako povinná aktivita, relaxácia pod vedením personálu (čítané pokyny) sa strieda so samostatným návčikom.

### 6.3.7. Psychoterapia

Psychoterapia je liečba pomocou psychologických prostriedkov, teda prostriedkov komunikačnej a vzťahovej povahy, cez interpersonálny kontakt s terapeutom (Vymětal, 2004, str. 20). Prebieha formou sedenia s pacientom, so skupinou pacientov alebo s pacientom a členmi jeho rodiny. Univerzálny psychoterapeutický postup pre liečbu porúch príjmu potravy nebol dosiaľ vytvorený, všeobecne je však akceptované, že psychoterapia je nevyhnutnou súčasťou liečby.

Úloha psychoterapie v akútnej fáze liečby – v procese zmeny stravovacích návykov a normalizácie hmotnosti – je neistá. Psychoterapia má však rozhodujúcu úlohu v prevencii relapsu. Porucha príjmu potravy je syndróm, ktorý vznikol, aby vyriešil nevyriešiteľný intrapsychický konflikt. Pokiaľ tento konflikt pacientka nedokáže identifikovať a riešiť iným spôsobom, je pravdepodobné, že v budúcnosti sa v záťaži opäť aktivujú chorobné stravovacie vzorce. Navyše, súčasné neurobiologické poznatky potvrdzujú, že zmeny na úrovni neurotransmisie vznikajúce pôsobením psychoterapie sú dlhodobé, merateľné a porovnateľné s účinkami antidepresív (Roffman et al, 2005), na rozdiel od medikácie má však psychoterapia menej negatívnych účinkov, väčšiu aktívnu účasť zo strany pacienta a širší dopad na jeho interpersonálne fungovanie.

Čas pre psychoterapeutickú intervenciu nastáva vtedy, keď sa podarí zvládnuť akútne somatické komplikácie a keď pacientka prejde adaptačnou fázou v terapeutickej komunite, t.j. obvykle po 7-14 dňoch hospitalizácie.

Psychoterapia prebieha na našom oddelení nasledovnou formou:

- individuálna psychoterapia – sedenia s terapeutom 1-2x týždenne (cca 60min),
- skupinová psychoterapia – skupina pacientov s PPP, dvaja terapeuti, dvakrát týždenne 60min a 1x týždenne tzv. samoriadiaca skupina, bez terapeutov.

Okrem toho pacientka komunikuje s terapeutom a ošetrojúcim lekárom prostredníctvom denníka, ktorý odovzdáva každý deň a vyjadruje svoje prežívanie pri arteterapeutick-

kých zadaniach v rámci ďalších komunitných aktivít (cca 3x týždenne) – materiál z týchto aktivít býva témou do individuálnej psychoterapie.

#### 6.3.7.1. Individuálna psychoterapia

V liečbe PPP sa uplatňujú viaceré psychoterapeutické smery:

**Kognitívne-behaviorálna terapia (KBT)** – je vysoko štrukturovaný prístup, ktorého cieľom je identifikovať systém mylných predpokladov, na ktorých je patologické stravovacie správanie založené. Pomocou edukácie a kognitívnej korekcie pacientka nahliada na nepravosť týchto konceptov a učí sa nové stratégie. Súčasťou terapie je nácvik a posilňovanie zdravých návykov formou rôznych úloh a plánovanie krokov pre prevenciu relapsu. Cieľom je symptomatická zmena (*Peterson a Mitchell, 1999*).

**Psychodynamická psychoterapia** – je menej štrukturovaná, zameraná viac na vzťah medzi terapeutom a pacientom. Terapeut je otvorený čomukoľvek, o čom má pacientka potrebu hovoriť a čo vníma ako problém vo svojom živote. Priestor je aj pre pacientkine spomienky a nádeje. Terapeut si všíma širšie vzťahové súvislosti, napr. správanie, ktoré sa vo vzťahoch opakuje, obranné mechanizmy, ktoré bránia pacientke uvedomiť si ako sama prispieva k problémom a pod. Terapeut pacientke ponúka svoje pozorovania a závery, podľa potreby aj s vysvetlením určitých psychologických zákonitostí – tým ju vedie k rozšírenému poznaniu svojho prežívania a lepšiemu porozumeniu sebe samej. Cieľom je pomenovanie a riešenie skrytých emočných problémov, ktoré stoja za patologickou kontrolou hmotnosti (*Herzog, 1995*).

**Interpersonálne psychoterapie** (napr. Gestalt terapia) podobne ako psychodynamická terapia, je zameraná na rozširovanie náhľadu (nie len na ochorenie, ale náhľadu na celkové fungovanie pacienta). V Gestalt terapii sa kladie dôraz na dianie „tu a teraz“. Tiež sa snaží odkryť hlbšie súvislosti v prežívaní, vychádza však z premisy, že človek najlepšie porozumie sám sebe, keď naplno prežíva a uvedomuje si pocity v danej chvíli. To sa posilňuje pomocou experimentov (napr. práca s telom, práca so symbolmi). Keď pacientka jasnejšie identifikuje svoje potreby, emócie a motívy, získa viac zdrojov seba podpory a je schopná prirodzenejšie fungovať v medziludskom kontakte. Toto je zvlášť dôležité pri poruchách príjmu potravy, ktoré sú charakteristické potláčaním emotivity a fungovaním len na báze idealizovaného sebaobrazu. Terapeutický vzťah je viac horizontálny, terapeut nezostáva v pozícii autority, ale je v kontakte s pacientkou autenticky ľudsky prítomný, ponúka svoje pozorovania, nápady, ale aj svoje pocity, bez priameho „nátlaku“ na odstránenie symptómov.

Jednotlivé terapeutické smery sa teda odlišujú mierou aktivity terapeuta, rôznym stupňom jeho „nadradenosti“ vo vzťahu k pacientke (nakolko edukuje, dáva priame pokyny, nakolko hovorí o vlastnom prežívaní), hĺbkou, do akej sa podporuje vyjadrovanie emócií počas terapie, zameraním na vzťahovú históriu pacientky resp. zameraním len na terajšie problémy.

O tom, aký typ psychoterapie je najvhodnejší, a ktorá „terapeutická škola“ má najlepšie výsledky, sa vedú spory. Štúdie porovnávajúce Kognitívne-behaviorálnu terapiu s nutričným poradenstvom preukázali lepšie výsledky KBT v liečbe mentálnej anorexie a významne nižšiu mieru relapsov s dlhším obdobím remisie (*Pike et al, 2003*). Výskumov o KBT je

viac ako výskumov o ostatných terapeutických metódach – s ohľadom na ľahšie štrukturovateľnú metodiku práce – a jednoznačne preukazujú efektivitu KBT v liečbe mentálnej anorexie i mentálnej bulímie.

Ďalšie randomizované štúdie – napr. Dare, Eisler 2001 – porovnávali efektivitu 1-rok trvajúcej psychoanalytickej terapie, rodinnej terapie a bežnej rutínnej liečby s nižšou mierou kontaktu a kognitívne-analytickej terapie trvajúcej 7 mesiacov. Rok po ukončení sledovania bola vo všetkých štyroch skupinách pomerne vysoká miera recidivy symptómov, avšak lepšie výsledky vykazovali pacientky liečené psychoanalytickou terapiou a rodinnou intervenciou v porovnaní s kognitívne-analytickou terapiou (tá bola však kratšia v trvaní). Najhoršie výsledky boli v referenčnej skupine s bežnou ambulatnou psychiatrickou liečbou.

Zostáva otázkou, či má zmysel porovnávať jednotlivé terapeutické školy – či to, čo pacientku naozaj „lieči“, je konkrétna terapeutická metóda, alebo je to skôr potenciál autentického ľudského kontaktu s terapeutom. To, že má pacientka možnosť komunikovať s empaticky naladeným rešpektujúcim človekom – teda faktor terapeutického vzťahu, je síce ako parameter nemeasurable, no napriek tomu štúdiami zhodne označovaný za kľúčový pre úspešnosť liečby.

V liečbe na Psychosomatickej klinike využívame integratívny psychoterapeutický prístup, ktorý zahŕňa prvky psychodynamické (skupinová terapia), interpersonálne (individuálna terapia) aj kognitívne-behaviorálne (edukácia, režim).

### Fázy terapie:

Individuálna terapia prebieha v troch fázach: 1) nadviazanie terapeutického vzťahu, 2) riešenie vzťahových a emočných problémov, 3) osamostatnenie pacienta (*Lemberg a Cohn, 1999*).

V **prvej fáze** je cieľom je nastolenie špecifického vzťahu dôvery a vzájomnej otvorenosti medzi pacientkou a terapeutom a nájdenie spoločného vyjadrovacieho jazyka pre pomenovanie pacientkinho prežívania. Jedno aj druhé je pre pacientky s poruchou príjmu potravy problematické, pretože súčasťou symptomatiky je charakteristicky znečulenie a zhoršené rozpoznanie vlastných emócií (alexitymia) (*Goleman, 1995*), tak isto ako pocity ohrozenia z emočnej blízkosti vo vzťahoch – jednak kvôli strachu z odmietnutia a jednak pre pocity hanby. Mnohé pacientky s poruchou stravovania sú zahltené pocitmi menejcennosti, viny a hanby a chorobná túžba po štihlosti je snahou o ich kompenzáciu. Pri tomto nastavení je pochopiteľné očakávanie pacientky, že keby odhalila svoje „pravé ja“, bude reakciou terapeuta opovrhnutie a odmietnutie. Pacientky sa často úporne snažia prezentovať aj v terapii svoj idealizovaný sebaobraz, tak ako to robia v živote neustále – za cenu úplného potlačenia svojho pravého „ja“ so všetkými pre ňu neprijateľnými pocitmi. Preto môže prvá fáza terapie trvať veľmi dlho, v niektorých prípadoch aj celú dobu hospitalizácie.

V prostredí oddelenia je výhodou, že pacientka sa so svojim terapeutom stretáva každý deň v rôznych situáciách – terapeutom je buď ošetrojúci lekár, iný lekár, alebo psychológ, ktorý zároveň vedie terapeutickú skupinu. Pacientky sa okrem toho stretávajú s členmi terapeutického tímu na komunitných sedeniach, na edukačných skupinách a komunikujú s terapeutom aj cez denník. Všetky tieto faktory uľahčujú nadviazanie dobrého terapeutického vzťahu.

Dôležité je uvedomiť si, že pokiaľ ne je zavŕšená prvá fáza, nedá sa prejsť do ďalšej. Pochopenie tohoto faktu je dôležité pre zvládnutie istej terapeutickkej netrpezlivosti. Mnohokrát by sme si priali, aby už bolo vidieť výsledky liečby, zmenu postoja, zlepšenie. Každá pacientka však má svoje individuálne tempo úzdravy a niektoré potrebujú veľmi dlhý čas na to, aby boli schopné otvoriť sa s dôverou inej osobe a nadviazať pevný terapeutický vzťah. Takéto pacientky nemá význam poháňať. Naopak, akceptácia toho, že pacientka v danej chvíli ešte len zbiera odvalu a môže jej trvať dlho, kým bude na liečbu skutočne pripravená, je pre pacientku úľavou a umožňuje vybudovanie základov pre liečbu v budúcnosti.

V druhej fáze terapie je už vybudovaný dobrý terapeutický vzťah, pacientka už nevkladá hlavnú časť svojej energie do budovania ideálneho sebaobrazu pred terapeutom a môže túto energiu investovať do skúmania svojho vnútorného života.

V tejto fáze sa do terapeutického vzťahu premietajú všetky problémy, ktoré sa pacientke v živote opakujú. Napríklad pacientka zvyknutá fungovať tak, že sa správa ako krehké dievčatko, ktoré robí „ľuďom len radosť“ aj za cenu potlačenia vlastných potrieb, bude toto isté prejavovať aj vo vzťahu k terapeutovi. Ak terapeut pomenuje, že pacientka sa takto správa i na oddelení (z čoho následne plynú typické konflikty) a podobne popisuje svoje fungovanie v minulosti (napr. vo vzťahu s rodičmi, kde bola oceňovaná a prijímaná len keď vystupovala v roli rozkošnej dcéry) – poukáže na daný mechanizmus v celom jeho kontexte, zviditeľní sa jeho pôvodný zmysel a pacientka si uvedomí, že to, čo bolo v minulosti ochrannou stratégiou, je v súčasnosti len nefunkčným návykom. Potom je pre ňu ľahšie hľadať nové vzťahové stratégie.

Mnohé pacientky s PPP samé tušia, že za ich chorobou je širšia vzťahová problematika z primárnej rodiny a dokážu to pomenovať hneď na začiatku liečby.

*Napr. 21-ročná pacientka s mentálnou bulímiou 2-týždne po nástupe na hospitalizáciu, hovorí: „Darí sa mi zjesť skoro všetko a nezvracať, takto normálne som sa nestravovala už roky... mám z toho radosť, ale som aj nervózna, lebo keď to poviem rodičom, oni sa z toho tešia a ja im to nechcem dopriať.“*

Najčastejšie extrémny polarít, medzi ktorými pacientky s PPP nedokážu nájsť zdravý stred, sú: strach z pohltienia – strach z opustenia; moc – bezmocnosť; strach zo straty kontroly – úplná poddajnosť voči požiadavkám druhých.

Dĺžka trvania hospitalizácie obvykle neumožňuje, aby práca na emočných a vzťahových konfliktoch prebehla až do konca. Pacientkám má skôr naznačiť smery, ktorými by sa mohli v terapii ďalej uberať.

V tretej fáze terapie už pacientka našla alternatívne riešenie svojich pôvodných nevedomých emočných konfliktov a už svoje anorektické alebo bulimické symptómy nepotrebuje. Tie sú v tomto období zredukované na minimum – v prostredí nemocnice čiastočne aj vďaka tlaku liečebného režimu. Cieľom je osamostatnenie pacientky natoľko, aby dokázala ďalej fungovať bez symptómov, aj keď bude mimo nemocnice. Tak, ako bolo na začiatku terapie úlohou naučiť sa dôverovať terapeutovi, je na konci terapie cieľom, aby sa pacientka naučila veriť sama sebe. (Lemberg a Cohn, 1999)



Celý proces terapie je v prostredí kliniky skrátený a zhustený. Reálne nie je možné prejsť do tretej fázy terapie a „vyliečiť“ poruchu príjmu potravy za tri mesiace. Výsledkom úspešnej psychoterapie počas hospitalizácie je v najlepšom prípade: zlepšený sebaobraz pacientky, zlepšené uvedomovanie vlastných pocitov a potrieb, zlepšený náhľad na mechanizmy vedúce k manipulácii so stravou a náhľad na ochorenie samotné, teda aj schopnosť včas rozpoznať prípadný relaps.

### 6.3.7.2. Skupinová psychoterapia

Skupinová psychoterapia na našej klinike prebieha dvakrát týždenne pod vedením terapeutov a jedenkrát ako „samoriadiaca“ skupina bez terapeutov. V skupine sú zaradení všetci pacienti s poruchou príjmu potravy, teda s mentálnou bulímiou aj s mentálnou anorexiou. Do skupiny obvykle nie sú zaradení pacienti so záchvatovým prejedaním (binge eating) pokiaľ je toto združené s inou základnou diagnózou, ktorá v klinickom obraze dominuje (napr. špecifickou poruchou osobnosti). Skupina je otvorená, teda pacientky sú do nej začleňované priebežne, tak ako sú prijaté na kliniku, cca 10-14 dní od prijatia, ak tomu nebránia závažné somatické komplikácie.

Skupina je orientovaná psychodynamicky s občasným zaradením arteterapeutických techník alebo techník pohybových a práce s telom. Nie je zameraná na stravovanie a hmotnosť, i keď tieto témy sa na skupinách opakovane objavujú – pokiaľ sa to deje, môžeme mať istotu, že nie je reč o skutočnom probléme. Pretože tak na skupine ako aj v realite – porucha stravovania a patologická kontrola hmotnosti sú len náhradné stratégie, ktoré prekrývajú, ale neriešia skutočný problém ležiaci inde.

Pacientky s PPP sú charakteristické poruchou vzťahovania sa k druhým ľuďom. Akonáhle takáto pacientka komunikuje s inou osobou, zapína sa program „falošného ja“, ktorý ju núti prezentovať sa len v dobrom svetle. Súvisí to s potrebou zakryť vnútornú neistotu. Toto sa prejavuje aj na skupinových sedeniach. Pacientky sú veľmi citlivé na reakcie okolia, majú tendenciu sa porovnávať a ich pozornosť sa zameriava len na tie aspekty reality, ktoré vnímajú ako rozhodujúce vo vzťahu k vlastnej hodnote. Často vidia vo všetkých problémoch vlastné zlyhanie, čo vedie k sebaobviňovaniu a bezmocnosti. Pomenovanie týchto pocitov a konfrontácia s názormi ostatných v skupine (napr. aj druhé pacientky to u seba poznajú, alebo ony danú situáciu vnímajú inak) vedie k relativizácii týchto extrémnych postojov (Krch, 1999, s. 189).

Pacientky na skupine podporujeme v tom, aby hovorili o svojich momentálnych pocitoch a myšlienkach, o svojom aktuálnom rozporení. S pomocou terapeuta zameriavajú pozornosť na to, čo sa s nimi pri tom deje a na druhej strane čo prežívajú, keď hovorí niekto iný. Pokiaľ sa pacientke darí zachytávať a pomenovať tieto emócie, prispieva to jednak k lepšiemu náhľadu na jej fungovanie vo vzťahoch a jednak aj k celkovej resenzitizácii tela na vlastnú emotivitu, ktorá je nevyhnutnou podmienkou úspešnosti liečby.

Okrem toho má skupina podporný a motivačný charakter. Zážitok spolupatričnosti pri zdieľaní spoločných bolestivých skúseností v bezpečnom prostredí prináša úľavu, redukuje pocit osamelosti a beznádeje. Pacientky často popisujú pocit, že na skupine „konečne môžu hovoriť o svojich problémoch s niekým, kto to tiež pozná a kto to pochopí“. Pacientky,

ktoré sú už v liečbe dlhšie a dobre spolupracujú, majú stabilizujúci vplyv na nové pacientky vo fáze adaptácie a zohrávajú dôležitú úlohu v zlepšovaní ich náhľadu.

### 6.3.7.3. Rodinná terapia

Práca s rodinou je terapiou prvej voľby u mladých pacientov a u pacientov žijúcich s rodičmi (Krch, 1999, str. 132), ak je porucha príjmu potravy jasne previazaná s určitými dysfunkčnými rodinnými vzťahmi. Rodinná intervencia sa u adolescentov ukázala byť v dlhodobom sledovaní účinnejšia ako individuálna psychoterapia (Eisler et al, 1997).

Rodičia pacientov s PPP, najmä nedospelých, sú vystavení veľkému tlaku, ktorý je porovnateľný so situáciou pri dieťati závislom na drogách. Zažívajú pocity bezmocnosti pri zúfalých pokusoch donútiť dieťa pribrať, obvykle striedané obdobiami rezignácie. Rodičia prichádzajú na terapeutický pohovor s nádejou, že sa dozvedia niečo pozitívne ohľadom liečebného plánu a prognózy. Niekedy sa však aj obávajú, že bude ich vzťah s dcérou označený za príčinu ochorenia a sú nastavení defenzívne. Cieľom rodinnej terapie však nie je hľadanie vinníka. Pokiaľ je zjavné spolupôsobenie rodinnej dynamiky v etiológii ochorenia, túto skutočnosť nepomenúvame ako dôvod ochorenia, ale skôr poukazujeme na zmeny, ktoré by mohli prispieť k úspešnej liečbe.

Na našej klinike je štandardom u dospelých pacientov jedno až dve sedenia s rodinou (rodičmi, partnerom, inými blízkymi osobami), zamerané na edukáciu, podporu a abreakciu príbuzných. Súčasťou sedenia je i prizvanie pacientky a spoločné pomenovanie najproblematickejších interakčných vzorcov v rodine. U neplnoletých pacientov realizujeme sedenia s rodičmi častejšie. Primárnym cieľom týchto sedení je zlepšiť náhľad rodičov na komplexnosť problému, ukázať im, ako môžu byť v liečbe užitoční a zredukovať napätie v rodine.

V kontakte s rodičmi pacientov s PPP sa často opakujú niektoré typické situácie. Uvediem niekoľko príkladov i s terapeutickým postupom.

*Matka 21-ročnej pacientky sa telefonicky informuje na možnosť hospitalizácie pre dcéru. Dôvod, prečo dcéra nevolá sama, je údajne ten, že má v tom čase vyučovanie. Matka zreferuje diagnózu dcéry a vzápätí dodáva: „Viete, ona je taká poctivá študentka, viete aké to bolo bezproblémové dievča, poslušné, šikovné, perfektná žiačka, vždy sa učila na samé jednotky, vyhrávala olympiády, krúžky sme jej platili... atď.“*

Takéto naliehavé uvádzanie dôkazov o doterajšom vynikajúcom fungovaní pacientky nám hovorí veľa o rodinnom zázemí. Môže to byť snaha matky poukázať na to, že výchova bola v poriadku a nemôže byť príčinou problému so stravovaním. Je to však i prejav psychickej tenzie a poukazuje na obvyklý mechanizmus, akým sa matka s napätím vyrovnáva – dokazovaním, že chyba nie je na jej strane. Navyše, vychvaľovanie predošlého dokonalého fungovania pacientky naznačuje, že toto boli kvality dieťaťa, ktoré boli rozhodujúce pri udržiavaní vzťahu s matkou. Tlak na výkon nachádzame často ako výchovnú stratégiu v rodinách pacientiek s PPP.

V takomto prípade je vhodné spýtať sa matky, prečo má potrebu referovať tieto fakty – identifikuje sa tým časť napätia, ktoré inak dolieha celé na pacientku. Okrem toho, pre matku môže byť cenná informácia, že perfekcionista črty sú charakteristickou súčasťou

osobnostnej výbavy dievčat s mentálnou anorexiou, takže to, čo popisuje, do diagnózy zapadá.

*Matka 17-ročnej pacientky s mentálnou anorexiou opakuje počas pohovoru niekoľkokrát „Čo mám robiť, aby to bolo pre dcéru to najlepšie?“*

Na prvý pohľad pochopiteľná otázka. Je prirodzené, že rodičia sú vystrašení, potrebujú pomoc pri komunikácii s adolescentnou pacientkou, za ktorú nesú i zákonnú zodpovednosť. Pokiaľ však matka zdôrazňuje opakovane snahu „robiť len to najlepšie“, je dôležité odlišiť, či sa naozaj pýta na radu, alebo či chce len legalizovať svoju hyperprotektivitu – tým, že bude mať potvrdené od lekára, ako dcéra potrebuje jej dozor, jej pomoc, jej intervencie. *„Chcem pre ňu to najlepšie.“* v takom prípade v skutočnosti znamená *„Chcem pre seba to najlepšie. Nechcem dcéru stratiť.“* – stratiť ako objekt, ktorý matka potrebuje pre svoju emocionálnu stabilitu, ktorý môže bezpečne milovať, o ktorý sa môže starať, a ktorý dáva zmysel jej životu (Rohr, 2009).

V takýchto situáciách treba zamerať pozornosť na emočnú stabilitu matky. Dcére by najviac pomohlo, keby sa matka upokojila – psychicky stabilný rodič, ktorý nezahľucuje dieťa svojimi úzkosťami, ale si ich rieši sám, resp. so svojim terapeutom, je pre liečbu nesmiernym prínosom. Na toto upozornenie matka niekedy reaguje podráždene, pretože narúša jej idealizovanú predstavu – „ja, dokonalý rodič, sa obetujem pre dieťa, ktoré má problém“. Pokiaľ je matka schopná pochopiť, že jej úzkosť sa prenáša na dcéru a brzdí liečbu, priniesie to úľavu obom a zlepší to ich vzájomný vzťah.

*Na spoločnom sedení s rodičmi 15-ročnej pacientky s reštriktívnou anorexiou otec popisuje rodinné stravovanie doma. „Stolujeme všetci spoločne. Manželka si varí zvlášť, delenú stravu, pre rodinu ale varí normálne jedlá – napríklad deti dostanú mäso s ryžou a ona si dá len šalát... Zdá sa mi správne, že si manželka udržuje štíhlu líniu, ona nemá problém so stravovaním, má normálnu postavu...“*

Tendenciu k manipulácii so stravou u matiek nachádzame v týchto rodinách často, menej obvyklé je to u otca (napr. otec súťažný kulturista a pod.). Pokiaľ matka drží diétu, je veľmi ťažké pre mladú pacientku stravovať sa 6x denne bez selekcie potravín v tej istej domácnosti. Je potrebné na to matku upozorniť. Podľa potreby hovoríme s matkou aj o tom, ako ona sama vníma svoju telesnú schému, akú dôležitosť prikladá štíhlosti a „perfektnému“ vonkajšiemu dojmu. Ak matka nie je schopná zredukovať svoju manipuláciu so stravou, je to nepriaznivý prognostický faktor.

*22-ročná pacientka s mentálnou bulímiou referuje, že nemôže ísť na adaptačnú priepustku domov, pretože rodičia povedali príbuzným, že je na študijnom pobyte.*

Pokiaľ rodičia sami nedokážu prijať fakt, že ich dcéra má psychický problém a potrebuje psychiatrické liečenie, je to významný nepriaznivý prognostický faktor. Rodičia obvykle tvrdia, že chcú pacientku chrániť pred stigmatizáciou. Reálne ide však často o ich vlastné pocity hanby, zahľadzovanie nepríjemných „prasklín“ na fasáde ideálne fungujúcej rodiny. Nevedomé posolstvo, ktoré tým pacientka od rodičov dostáva, je: „Hanbíme sa za teba, nie si pre nás dosť dobrá, musíme tvoje problémy skrývať, aby nepošpinili aj nás.“ Takúto emočnú záťaž je veľmi ťažké uniesť.

Čiastočným riešením je poučenie rodičov, že pokiaľ by pacientka sama chcela niekoho z blízkych informovať o svojom probléme, je to významný pokrok v náhlade, ktorý teba podporiť, pretože zvyšuje pravdepodobnosť dlhodobého zlepšenia stavu.

*Matky pacientiek s reštriktívnou anorexiou majú často početné pripomienky a konkrétne návrhy k liečbe „Ja si myslím, že by jej pomohlo to a to, už sme ju dali do tej aj onej nemocnice, ale tam to nebolo dobré, nevenovali sa jej, terapie by mali byť častejšie ako raz do týždňa... tie lieky čo ste jej nasadili jej asi nerobia dobre, viete ona sa bojí to povedať, ale do telefónu mi vravela, v minulosti užívala iné lieky, ak ich nemáte k dispozícii, zoženiem ich... atď“.*

Úzkosť matky spojená s expanzívnou je veľmi negatívnym faktorom v liečbe. Môžeme predpokladať, že podobne matka funguje aj vo vzťahu s dcérou, čo predstavuje mimoriadne psychotoxický výchovný štýl. Za týmto správaním sa skrýva neistota, emočná labilita a deficit autentickej emočnej väzby. V extrémnych prípadoch, keď je matka ťažko usmerniteľná, je vhodné navrhnúť dohodu o obmedzení telefonického kontaktu s dcérou v úvodnej fáze liečby (dohoda, na ktorej participuje dcéra aj matka, zväčša však zlyhá na jednom z týchto článkov).

V kontakte s matkou je nevyhnutné striktné odkloniť všetky terapeutické návrhy a otvorene hovoriť o pocite tlaku, ktorý matka v terapeutovi vyvoláva – napr. *„Pani XX, mám pocit, že teraz ma do niečoho tlačíte, vôbec ma nepustíte k slovu, uvedomujem si, aká som nahnevaná, keď ma nepočúvate a odpovedáte mi skôr ako vám niečo dopoviem... Je pre mňa veľmi namáhavé s vami takto komunikovať... A ja som pritom dospelý človek, s terapeutickým vzdelaním. Ako má potom rozhovor s vami zvládať vaša dcéra, ktorá je len školáčka... Vedeli by ste porozmýšľať, prečo ste taká napätá? Chcela by som tomu porozumieť.“* – Je dôležité pomenovať nátlakový expanzívny spôsob komunikácie a presmerovať problém do vzťahu lekár-matka. Už nehovoríme o tom, ako matka komunikuje s dcérou (čo je vždy v jej podaní katatýmne skreslené), ale identifikujeme niečo, čo sa deje tu a teraz, medzi nami. Pokiaľ nejde o hlbokú osobnostnú patológiu bez schopnosti náhladu, zväčša je matka schopná si to uvedomiť a presmerovať pozornosť aspoň nakrátko zo snahy „riešiť dcéru“ na oveľa užitočnejšiu snahu „riešiť seba“. Toto treba podporiť a oceniť.

*Matka 21-ročnej pacientky s reštriktívnou anorexiou hovorí: „Dcéra je na mňa nahnevaná, vraví, že je to všetko moja chyba, že som jej vždy vravela, aby schudla, že je tučná... Nikdy predtým ma takto neobviňovala, to má z tých terapií...“*

Toto sa stáva, keď si pacientka uvedomí nejaký vzťahový problém s rodičmi a chce im o tom povedať. Takéto situácie sú pre liečbu veľmi užitočné. Matka a dcéra už otvorili tému vzájomného vzťahu a bol pomenovaný hnev. Matka tuší, že dcéra má aj kus pravdy, ale prirodzene nie je stotožnená s generalizáciou výčitiek a s ich formou. Jej hnev sa vtedy môže obrátiť proti terapeutovi, za „popudzovanie“ proti rodičom.

V takýchto situáciách matka potrebuje iba podporu a vysvetlenie, že dieťa sa s ňou práve učí otvorene komunikovať. Je dobré oceniť, že o takej ťažkej téme dokáže s dcérou hovoriť, pretože len dobrý a pevný vzťah unesie aj výčitku. Matka je vo vzťahu s dieťaťom vždy tá silnejšia a jej úlohou je viesť dcéru vypočuť, aj keď tá prejaví hnev. Ak to dokáže, obohatí to ich vzťah a navyše sa dcéra od nej učí, ako hnev zvládať. Keď sa matke jasne

pomenuje táto jej moc v danej situácii, obvykle rýchlo nachádza sebaopodporu a dokáže spolupracovať. Užitočné je poukázať na to, že neexistuje jediná príčina ochorenia. Každý rodič vychováva svoje deti najlepšie ako vie a môže im odovzdať len to, čo sám dostal od svojich rodičov. Ide skôr o to, ako ďalej. Pacientka, ktorá prišla na liečbu s tým, že vzťahy doma sú ideálne, len ona je tá „pokazená“, ktorá všetkých sklamala, cíti nesmiernu úľavu pri poznaní, že jej negatívny sebaobraz súvisí s výchovou – tým sa uvoľní potenciál k ďalšej liečbe. V tomto kontexte rodičia obvykle dokážu emócie dieťaťa akceptovať. Prijat' svoj podiel na nefunkčných vzťahoch je veľký krok vpred pre všetkých zúčastnených. To platí, ak je prijatie skutočné a autentické, nie iba formálne v snahe urobiť dobrý dojem na terapeuta.

*Rodičia 17-ročnej pacientky s mentálnou anorexiou popisujú s nevdôľou, ako sa ich dcéra za posledný rok zmenila: „...klame, tajne chodí zvracať, musíme ju strážiť, keď ju nepustíme na záchod, urobí to v izbe do sáčku, keď chceme o tom hovoriť, urazí sa alebo plače a sľubuje, že bude všetko ináč... predtým bola iná, úprimná, zodpovedná...“*

Rodičia sú zahŕtení pocitmi frustrácie a nedôvery voči dcére, ktoré sú zrozumiteľné. Treba im však pomôcť pochopiť, že tieto pocity sa týkajú len symptómov ochorenia, a nie dcéry ako takej. Pre rodičov je v takejto situácii veľmi podporné, keď sa pozornosť zameria na tú vzťahovú líniu, ktorá je mimo dobrého či zlého fungovania pacientky – na biologické puto, ktoré hovorí „je to moje dieťa nech sa deje čo sa deje“. Pomáhajú otázky typu „V čom ste si s dcérou podobní?“, „Čo považujete za jej dobré vlastnosti (i v súčasnosti)?“, „Aká emócia vo vzťahu k nej u vás teraz prevláda?“ – na to niekedy rodičia dlho váhajú, odpovede z tých prognosticky lepších sú „strach, láska, bezmocnosť, hnev“; naopak horšie sú – „sklamanie, nedôvera, ľahostajnosť“.

Pacientka zväčša prežíva podobné emócie ako rodičia a odpozorovaním sa od nich učí, ako s nimi naložiť. Pokiaľ dostáva posolstvo, že „negatívne pocity“ vedú vždy k deštrukcii vzťahu a sú neriešiteľné, udržuje to pacientku v bludnom kruhu manipulácie s hmotnosťou – pretože jej „choroba“ je čiastočne aj nevydarený spôsob ako vyjadriť to, čo rodičom nedokáže povedať priamo.

Rodičia si pri rozhovore o týchto témach uvedomujú svoju skutočnú kapacitu vo vzťahu s dcérou – nie udržiavať nadmernú kontrolu, ktorá vzťah ničí, ale rozvinúť prirodzenú autoritu vyplývajúcu zo vzájomnej lásky, záujmu a pochopenia. Rodičia potom dokážu lepšie spolupracovať na spoločných sedeniach s pacientkou – už im nejde o to, aký dojem urobia na terapeuta, na dcéru, sami na seba, pretože hlavným motivačným prvkom sa stáva hodnota vzťahu s dieťaťom.

Najlepším výsledkom rodinnej terapie je, ak členovia rodiny dokážu spolu otvorenejšie komunikovať, lepšie pomenovať pocity, ktoré zostávali dovtedy pod povrchom a sú schopní prijímať a rešpektovať navzájom svoje odlišné potreby.

#### 6.3.7.4. Pokračujúca psychoterapia po prepustení

Pokračovanie individuálnej resp. rodinnej terapie po prepustení odporúčame každej pacientke. Obvykle si pacientka hľadá ambulantného terapeuta sama alebo jej konkrétneho terapeuta odporučíme, ak o to požiada. Niektoré pacientky prichádzajú na liečbu s tým, že už individuálneho terapeuta majú a budú u neho pokračovať aj po odchode z nemocnice. Kontakt s terapeutom do pokračujúcej individuálnej psychoterapie nie je z našej strany štandardným postupom. Niektorí terapeuti sa u nás informujú na svoje pacientky, vtedy odozdváame základné informácie o priebehu liečby a je tak zabezpečená kontinuita terapie.

V niektorých prípadoch – najmä čo sa týka pacientov z oblastí, kde je psychoterapia horšie dostupná – kontaktujeme terapeuta sami a overujeme, či môže pacientka uňho po prepustení pokračovať v liečbe. Zriedkavejšie pacientka nemá v mieste bydliska vôbec možnosť psychoterapie, v prípade relapsu je potom vhodná rehospitalizácia.

#### 6.3.8. Edukácia

Edukácia je samostatnou zložkou terapie, ktorá má podľa subjektívneho hodnotenia pacientov zásadný podiel na úspešnosti liečby. V štúdiách zväčša nie je edukácia vyčlenená ako samostatný parameter liečby a skrýva sa čiastočne pod nutričným poradenstvom a čiastočne pod kognitívne-behaviorálnou terapiou. Cieľom edukácie je rozšíriť poznanie o chorobe a liečbe tým zlepšiť náhľad a spoluprácu.

Na našej klinike prebieha edukácia raz týždenne formou 30–45min skupinovej diskusie. Sedenia sú štrukturované, obsah je rozdelený do ôsmich tém: definícia PPP – čo sa deje v tele a v mozgu, strava-metabolizmus-riadenie telesnej hmotnosti, príčiny vzniku PPP, telesné následky, psychické následky, liečba, prevencia relapsu, „body image“ (od čoho závisí vnímanie vlastného tela a pocit vlastnej hodnoty), niekedy sa na žiadosť pacientov pridávajú ďalšie témy, napr. perfekcionizmus, mýty o poruchách stravovania a pod. Keď sa cyklus tém dokončí, začína znova od začiatku. Poradie tém nie je rozhodujúce, pacientky sa k skupine pripájajú priebežne.

#### 6.3.9. Farmakoterapia

Podkladom pre teoretické časti tejto kapitoly sú vodítka Americkej psychiatrickej asociácie pre liečbu porúch príjmu potravy (APA, 2006).

##### 6.3.9.1. Antidepresíva

U mentálnej anorexie nebol preukázaný vplyv antidepresív na úpravu hmotnosti pri nutričnej rehabilitácii. Skúmané boli najmä SSRI (fluoxetin, citalopram) (Attia, 1998; Strober et al, 1999, Žáčková et al 2007) a tricyklické antidepresíva (Lacey et al, 1980).

Výskumy o prevencii relapsu, ktoré porovnávajú účinnosť SSRI, placebo a psychoterapie, poukazujú na rovnaký efekt antidepresív a psychoterapie pri udržiavaní cieľovej hmotnosti a pri redukcii depresívnych a obsedantných symptómov (Walsh et al, 2005; Fassino et al, 2002).

Pri liečbe **mentálnej anorexie** treba brať do úvahy, že depresívna symptomatika vzniká zmiešaným mechanizmom – alterácia serotonínového metabolizmu pri hladovaní, pre-morbídne vysoká anxieta, psychoreaktívne faktory, niekedy i ďalšie rizikové faktory ako

trauma alebo hereditárna záťaž na poruchy nálady. Liekom voľby sú preto duálne antidepresíva (venlafaxin, mirtazapin). Celkovo je však účinnosť antidepresív u týchto pacientov pomerne nízka.

U **mentálnej bulímie** sa predpokladá priama súvislosť medzi oslabenou kontrolou impulzov a primárnou poruchou v serotonínovom systéme. Zodpovedá tomu i lepšia účinnosť antidepresív v liečbe, bez ohľadu na to, či má pacientka klinické symptómy depresie alebo nie. V kontrolovaných štúdiách zameraných na redukciu zvracania a záchvatového prejedania bola preukázaná účinnosť fluoxetinu (*Goldstein et al, 1995*), sertralínu (*Milano et al, 2004*) a trazodonu (*Pope et al, 1989*). SSRI vykazujú účinnosť aj v udržiavacej fáze liečby (*Romano et al, 2002*), i keď rekurencia symptómov je vysoká aj u medikovaných pacientov.

Tricyklické antidepresíva mali v štúdiách vplyv len na zlepšenie symptómov depresie (*Mitchell et al, 1984*), v praxi sa používajú málo s ohľadom na toxicitu a riziko zneužitia na suicidálny pokus. Bupropion sa tiež napriek preukázanej účinnosti nepoužíva, pre zvýšené riziko kŕčovných stavov (*Horne et al, 1988*).

Viacere štúdie porovnávajúce účinnosť SSRI resp. tricyklík s psychoterapiou (KBT), poukazujú na rovnakú účinnosť psychoterapie a medikácie, prípadne o niečo lepší efekt psychoterapie ako medikácie samotnej, a to v akútnej i v pokračujúcej fáze liečby mentálnej bulímie (*Mitchell et al, 1990; Goldbloom et al, 1997; Walsh et al, 1997*).

U hospitalizovaných pacientov preferujeme psychoterapiu pred medikáciou. Antidepresíva (najčastejšie SSRI, venlafaxin, mirtazapin) indikujeme, ak sú prítomné závažnejšie klinické príznaky depresie, obsedantné príznaky, poruchy spánku, iné úzkostné poruchy alebo výrazne znížená kontrola impulzov. Antidepresíva sú vhodné aj u pacientov, ktorí nemajú možnosť pokračovať po prepustení v psychoterapii.

### 6.3.9.2. Antipsychotiká

Olanzapin v nízkych dávkach sa v niekoľkých menších otvorených štúdiách ukázal byť účinný na redukciu depresie, úzkosti a jadrovej psychopatológie PPP (dysmorfofobické vnímanie vlastného tela, fobický postoj k jedlu) čo následne viedlo k významnému nárastu hmotnosti (*Barbarich et al, 2004; Malina et al, 2003*).

Z ostatných druhogeneračných antipsychotík sa používa najčastejšie risperidon, najmä pri sebapoškodzovaní (prítomné u 30-40% pacientov). V literatúre je popisovaný i priaznivý efekt haloperidolu na zlepšenie náhľadu a úpravu hmotnosti u refraktérnej mentálnej anorexie (*Cassano et al, 2003*).

Antipsychotiká by mali byť rezervované pre liečbu prípadov s hlbokými jadrovými príznakmi PPP, ktoré nie sú ovplyvniteľné psychoterapiou ani inou medikáciou.

### 6.3.9.3. Iné psychofarmaká

Najčastejšie sa používajú benzodiazepínové anxiolytiká v úvodnej fáze liečby na redukciu anticipačnej úzkosti pred jedlom a hypnotiká na poruchy spánku, oboje prechodne a krátkodobo.

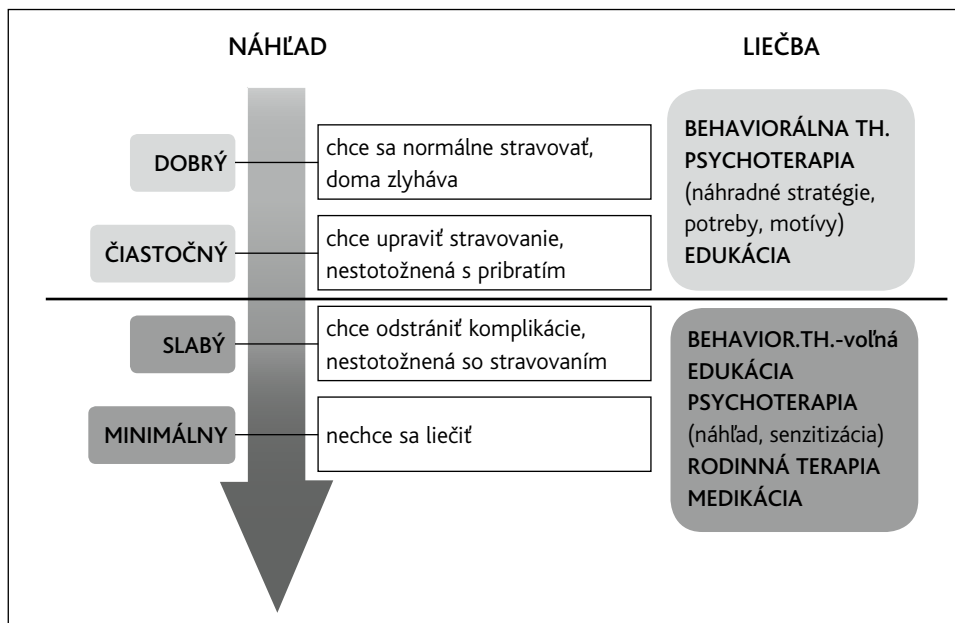
U pacientiek s mentálnou bulímiou, kde je vyjadrená širšia osobnostná patológia v zmysle emočnej lability, impulzivity, prípadne epizodického striedania nálad, používame v liečbe

tymostabilizátory (valproát, carbamazepín). Štúdie o týchto antiepileptikách v liečbe PPP nie sú k dispozícii, bol však popísaný pozitívny efekt topiramátu (Hedges et al, 2003). Účinnosť lítia v liečbe mentálnej bulímie sa nepotvrdila (Hsu et al, 1991).

### 6.3.10. Náhľad a liečebná stratégia

Náhľad je podľa štúdií dôležitým prediktorom úspešnosti liečby. V zahraničnej literatúre sa stretávame s pojmom „pripravenosť na zmenu“ (readiness to change), ktorá sa hodnotí dotazníkom Eating Disorders Inventory (Bewell a Carte, 2008). Tento koncept je prevzatý z liečby závislostí. Porucha kritickosti sa u PPP prejavuje v troch oblastiach: 1) skresleným vnímaním vlastného tela, 2) neprimeraným poklesom sebahodnotenia v súvislosti s normalizáciou hmotnosti, 3) popieraním závažnosti telesných dôsledkov ochorenia aj vtedy, keď už je pacientka vitálne ohrozená.

Od stupňa náhľadu sa odvíja diferencovaná liečebná stratégia (viď. Obr. 6.). U pacientov s minimálnym náhľadom nie je možné očakávať dobrú spoluprácu, ich schopnosť adaptovať sa na liečebný režim je slabá. U týchto pacientov je základným terapeutickým cieľom, aby liečbu neukončili predčasne. Je preto vhodný voľnejší behaviorálny prístup, na pacienta by nemali byť kladené nereálne požiadavky na úpravu stravovania. Psychoterapia sa zameriava viac na emočné sýtenie, posilňovanie dôvery a resenzitizáciu.



Obrázok 6. Náhľad a liečebná stratégia



## 6.4. Špeciálne situácie v liečbe

### 6.4.1. Neplnoleté pacientky

Psychosomatická klinika v Pezinku je oddelenie pre dospelých – tomu je prispôsobený i liečebný režim (napr. samostatné presuny pacientov na aktivity, vychádzky, oddelenie je otvorené, atď.) Ak sa o prijatie zaujíma pacientka vo veku 15-17 rokov, realizujeme s ňou telefonický pohovor, prípadne konzultujeme ambulatného psychiatra, ktorý liečbu indikoval. Posudzujeme mentálnu zrelosť pacientky s ohľadom na účasť na aktivitách s dospelými, stupeň náhľadu a motiváciu k liečbe. Liečba nedospelých pacientov vyžaduje intenzívnejšiu prácu s rodinou, je preto časovo náročnejšia.

Školopovinné pacientky pokračujú v príprave do školy aj počas hospitalizácie, v čase pracovnej terapie. Komisionálne skúšky môžu pacientky po dohode absolvovať v rámci priepustiek. Intenzívnejšie školské povinnosti však liečbu obvykle brzdia. Rodina i samotná pacientka často naliehajú na prepustenie hneď po prvom badateľnom zlepšení stavu, kvôli včasnému návratu do školy. Pre dlhodobú prognózu má však prioritu absolvovanie liečby v plnom trvaní a dosiahnutie cieľovej hmotnosti počas hospitalizácie.

Neplnoleté pacientky bývajú niekedy hospitalizované nedobrovoľne, na základe rozhodnutia rodičov. V začiatku liečby tieto pacientky preukazujú veľmi slabý náhľad a nespolupracujú. Klinická prax však ukazuje, že dlhší pobyt na oddelení v skupine motivovaných pacientiek a rodinná terapia (pri ktorej sa problém identifikuje ako problém celej rodiny, nie len pacientky samotnej) v mnohých prípadoch prináša zmenu postoja a zlepšenie kritickosti. Okrem lepšej spolupráce sa to prejaví aj skorším rozhodnutím k ďalšej liečbe v prípade relapsu, po dosiahnutí plnoletosti. To potvrdzuje aj Watson v štúdiu z r. 2000 – dobrovoľne a nedobrovoľne prijaté pacientky vykazovali rovnaký pokrok v normalizácii hmotnosti, u nedobrovoľne prijatých bol neskôr zaznamenaný kvalitnejší náhľad, tieto pacientky však vyžadovali významne dlhšiu hospitalizáciu.

### 6.4.2. Nedobrovoľná liečba dospelých

Nedobrovoľná liečba dospelých s život ohrozujúcim úbytkom hmotnosti je problematická. Napriek početným zdravotným komplikáciám zvyčajne nenachádzame také zmeny, ktoré by predstavovali bezprostredné vitálne riziko. Prípadná hypokaliémia sa upraví v priebehu niekoľkých dní infúznou liečbou a následne už nie je dôvod pre nedobrovoľnú hospitalizáciu, i keď je zjavné, že ochorenie pacientku ohrozuje na živote. Pre liečbu na otvorenom oddelení je však potrebná aspoň minimálna miera pasívnej podrobnosti. Pokiaľ je takáto dospelá pacientka rozhodnutá liečbu predčasne ukončiť, pokúsime sa zdôvodniť nutnosť liečby a motivovať pacientku aspoň k čiastočnému predĺženiu pobytu. Ak sa to nepodarí, jediné čo v tej chvíli možno urobiť pre zachovanie terapeutického vzťahu, je akceptovať rozhodnutie pacientky a podporiť ju v tom, aby na liečbu prišla hneď, ako sa jej motivácia zlepší.

Krajným krokom v prípade ťažkej chronickej mentálnej anorexie so závažnou poruchou kritickosti, je rozhodnutie rodiny podať žiadosť na obmedzenie pacientkinej spôsobilosti na právne úkony, následne je možná nedobrovoľná hospitalizácia na uzavretom psychiatrickom oddelení.

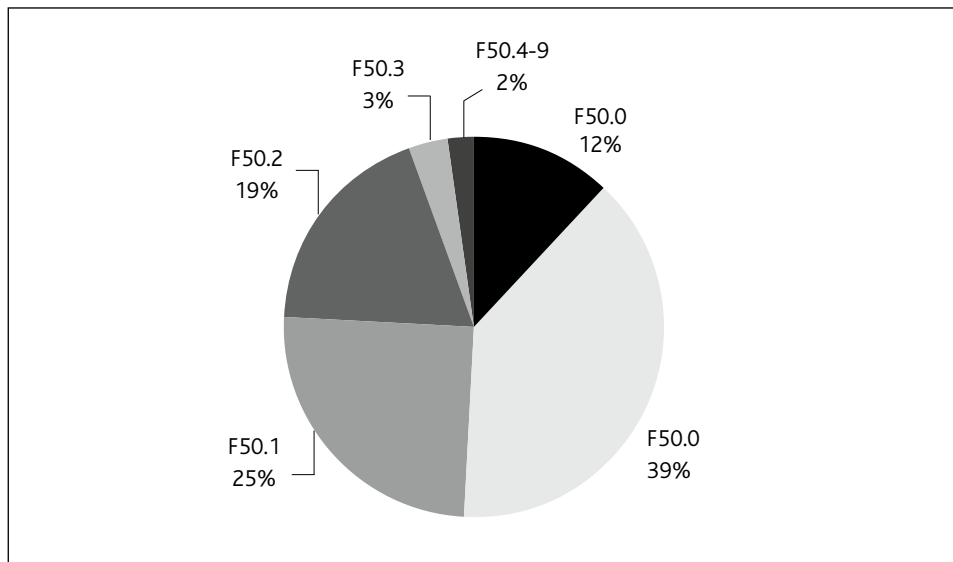
## 6.5. Pacienti s PPP na Psychosomatickej klinike v Pezinku v rokoch 1994-2009

Súbor: pacienti s poruchou príjmu potravy, ktorí boli hospitalizovaní na Psychosomatickej klinike v Pezinku od 1. 1. 1994 do 30. 9. 2009 (ukončené hospitalizácie – pacienti, ktorí neukončili liečbu do 30.9.2009 nie sú zaradení). Kritériom výberu bola diagnóza F50.0 – F50.9 ako hlavná choroba, pre ktorú bol pacient liečený. Do súboru nie sú zaradení pacienti, ktorí mali poruchu stravovania ako vedľajšiu diagnózu.

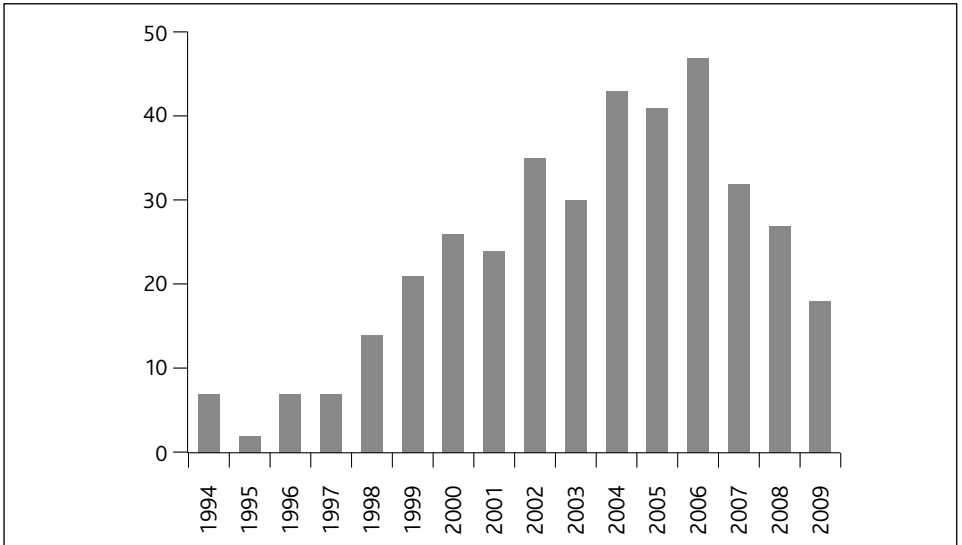
Cieľ: poskytnúť prehľad základných charakteristík liečby pacientov s PPP na Psychosomatickej klinike v Pezinku od začiatku fungovania kliniky (1994) do súčasnosti – vekové zloženie pacientov, podiel jednotlivých diagnostických skupín s porovnaním dĺžky a početnosti hospitalizácií, návratnosť pacientov, vývoj niektorých parametrov v rokoch.

Metodika: údaje z nemocničnej databázy (rodné čísla, dátumy prijatia a prepustenia a hlavná diagnóza), nekompletné údaje boli doplnené z chorobopisov. Údaje sú spracované v programe Microsoft Excel.

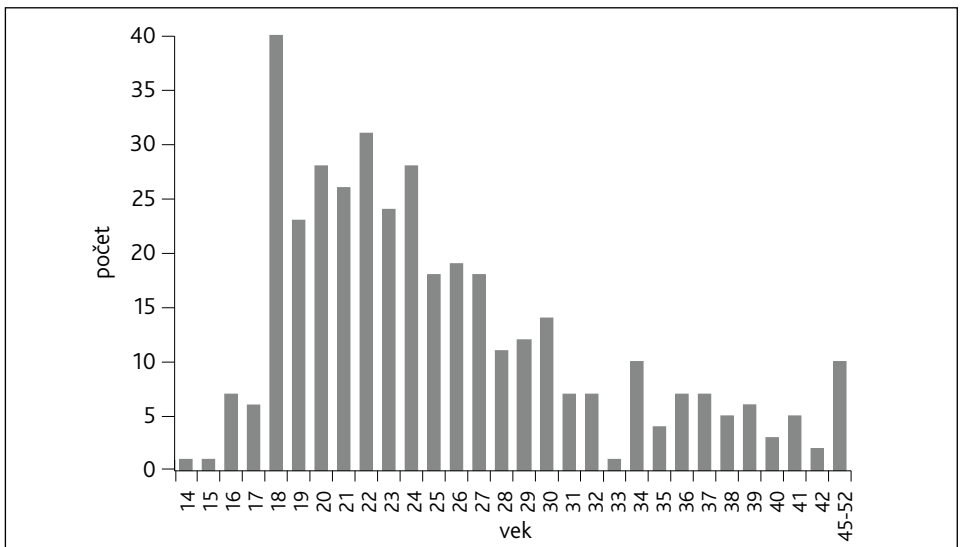
Výsledky: V rokoch 1994-2009 bolo na Psychosomatickej klinike v Pezinku hospitalizovaných 277 pacientov s poruchou príjmu potravy, v celkovej počte hospitalizácií 381. Súbor tvorí 270 žien (97,5%) a 7 mužov (2,5 %).



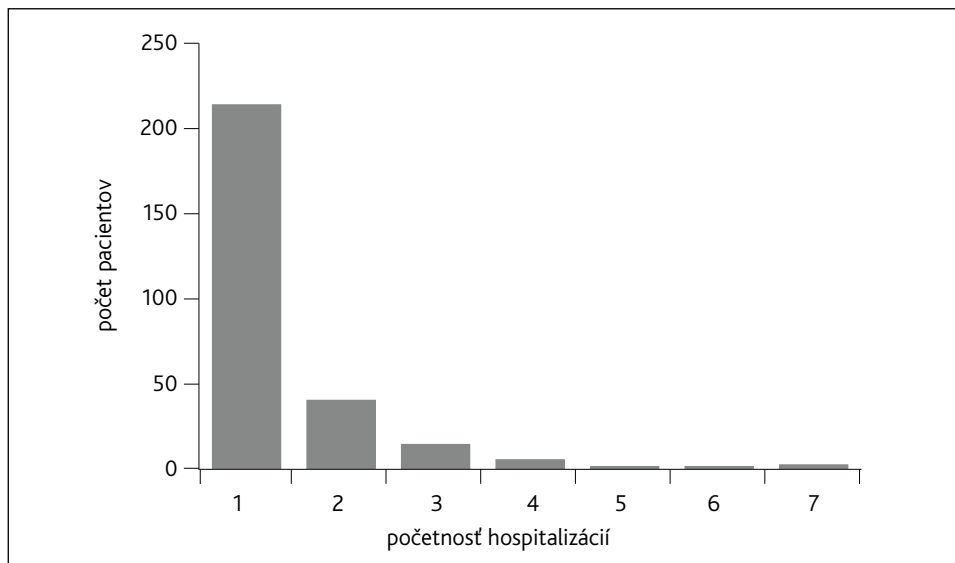
**Graf 1. Percentuálne zastúpenie diagnóz F50.0 – F50.9 (celkovo) – F50. bez špecifikátora** sú údaje z rokov 1994-1996, kde je v nemocničnej databáze uvedený len základný diagnostický kód pred bodkou.



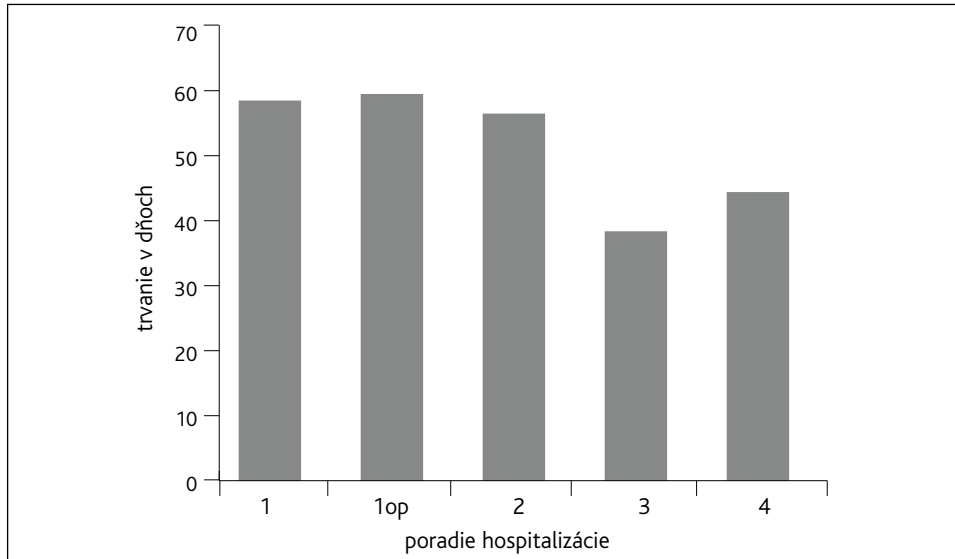
**Graf 2. Počet pacientov s dg. F50 v rokoch 1994-2009** – od roku 2007 evidujeme mierny pokles počtu hospitalizácií. Pre porovnanie: údaje z Národného centra zdravotníckych informácií SR (2008) hovoria o celoslovenskom trende v znižovaní počtu hospitalizácií pacientov s dg. F50 od roku 2001 do roku 2006



**Graf 3. Vekové zloženie pacientov s dg. F50 za celé obdobie** – pík v 18-rokoch je odrazom prísnych kritérií pre hospitalizáciu neploletých pacientov na klinike, tí môžu byť prijatí len ak sú schopní absolvovať liečbu v komunite dospelých. Posledný stĺpec – skupina 45-53 rokov.



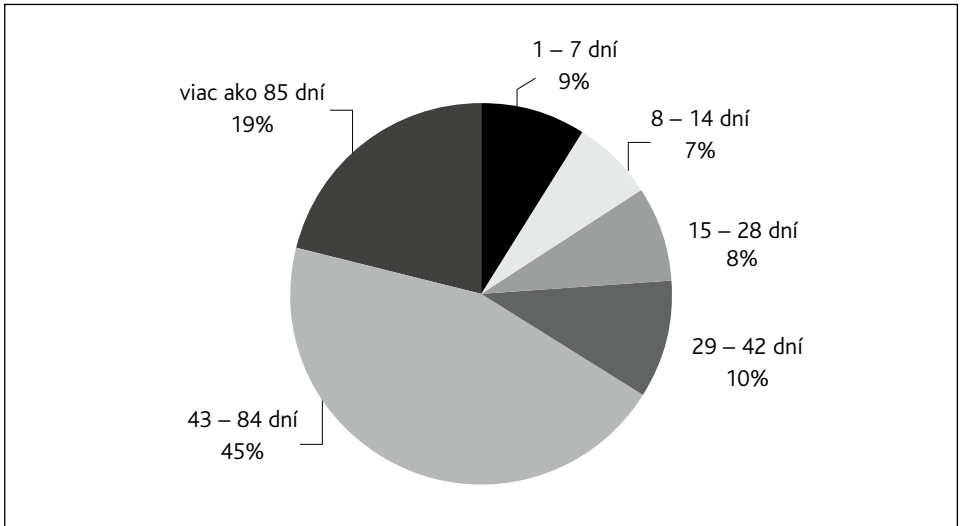
**Graf 4. Početnosť hospitalizácií** – 77,3% pacientov bolo hospitalizovaných raz, 14,4% dvakrát, 8,3% tri a viackrát.



**Graf 5. Priemerná dĺžka liečby pri prvej a nasledujúcich hospitalizáciách** (1.op. – prvá hospitalizácia pacientov, ktorí boli hospitalizovaní opakovane) – prvé dve hospitalizácie sú v priemere dlhšie ako tretia a ďalšia. Priemerná dĺžka prvej hospitalizácie je porovnateľná u pacientov s jednou a s viacerými hospitalizáciami.

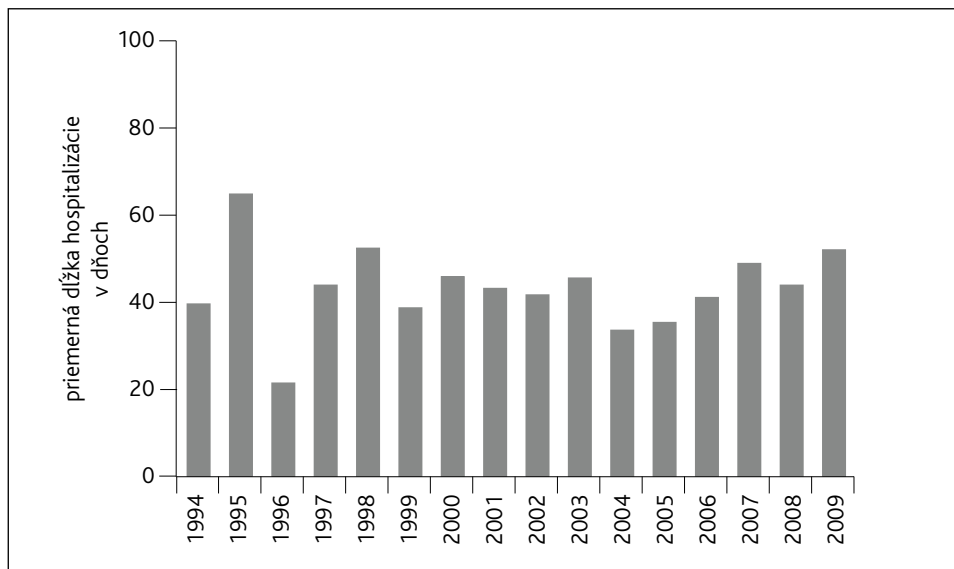


**Graf 6. Priemerná dĺžka obdobia medzi hospitalizáciami** – u opakovane hospitalizovaných pacientov je medzi prvou a druhou hospitalizáciou priemerný interval 11 mesiacov, medzi druhou a treťou 13 mesiacov, ďalšie hospitalizácie priemerne v 11-mesačných odstupoch.

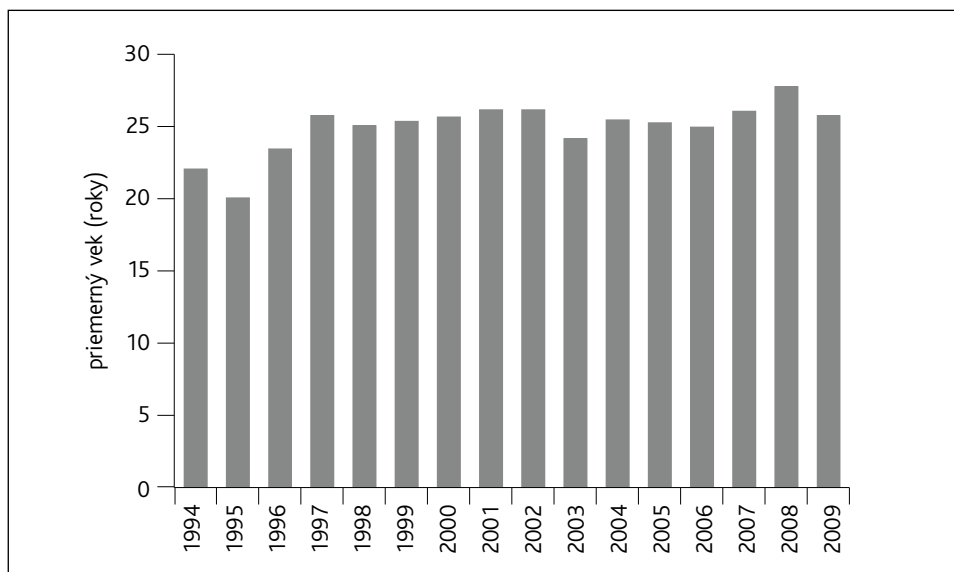


**Graf 7. Percentuálne zloženie hospitalizácií podľa dĺžky pobytu (celkovo)**

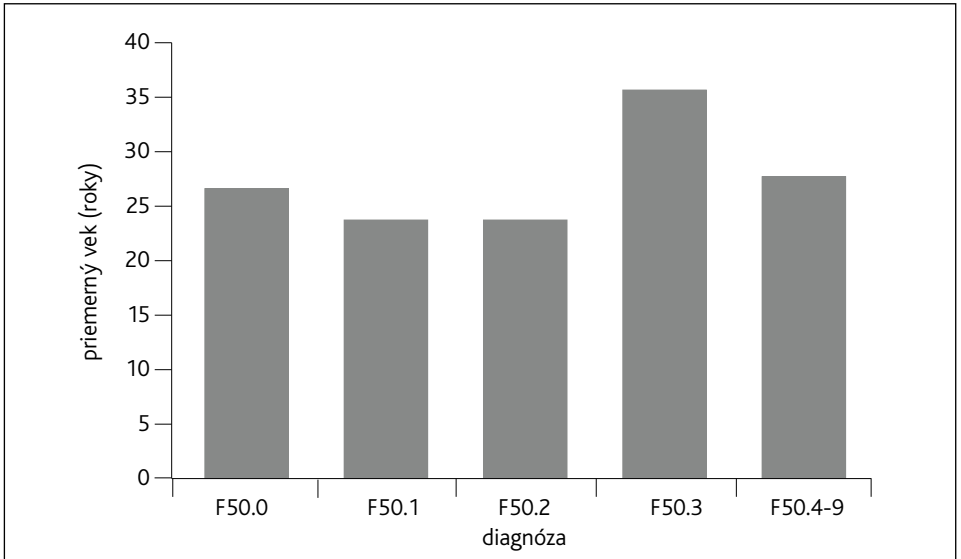
hospitalizácie kratšie ako 14 dní predstavujú pacientky, ktoré sa nedokázali na liečbu adaptovať (16%), 15-42 dní možno už hodnotiť ako pokus o liečbu, ktorá je však ukončená predčasne (18%), liečba nad 42 dní je riadne ukončená (66% pacientov).



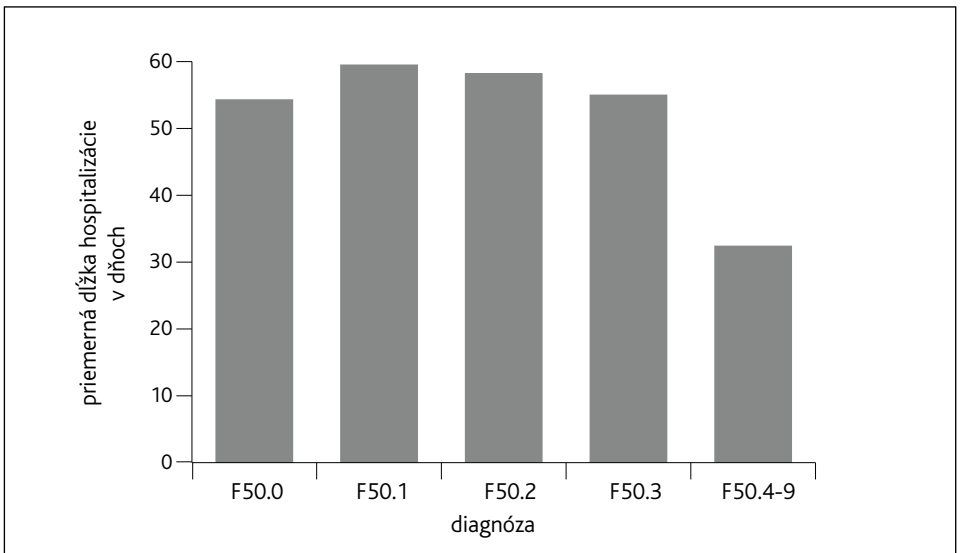
Graf 8. Priemerná dĺžka hospitalizácie v jednotlivých rokoch (v roku 1995 boli hospitalizované iba dve pacientky, jedna z nich 121 dní)



Graf 9. Priemerný vek pacientov v jednotlivých rokoch (bez rozlíšenia diagnózy)



**Graf 10. Priemerný vek pacientov podľa diagnostických skupín – atypické formy bulímie, obvykle so zriedkavým zvracaním alebo bez zvracania, bývajú zachytené neskôr ako iné poruchy príjmu potravy.**



**Graf 11. Priemerná dĺžka hospitalizácie podľa diagnostických skupín – pacienti s ostatnými poruchami príjmu potravy (najčastejšie záchvatové prejedanie) sú hospitalizovaní kratšie ako pacienti s mentálnou anorexiou a mentálnou bulímiou.**

**Zhrnutie:** V skupine pacientov hospitalizovaných na Psychosomatickej klinike v Pezinku v rokoch 1994 – 2009 ( $n = 277$ , z toho 270 žien a 7 mužov) bolo 64% pacientov s mentálnou anorexiou, 22% s mentálnou bulímiou, 2% pacientov s inými poruchami príjmu potravy, zvyšných 12% tvoria bližšie nešpecifikované diagnózy. Počet hospitalizácií ročne rástol od roku 1994 do roku 2006, kedy dosiahol maximum (47 hospitalizácií), posledné tri roky zaznamenávame mierny pokles počtu hospitalizovaných pacientov s PPP.

Väčšina pacientov (77,3%) bola hospitalizovaná iba raz, ostatní boli hospitalizovaní opakovane (2x – 14,4%, 3 a viackrát 8,3%). Priemerná dĺžka liečby u pacientov hospitalizovaných iba raz je porovnateľná s dĺžkou prvohospitalizácie u opakovane liečených pacientov (58 a 59 dní), dĺžka druhej hospitalizácie je podobná (56 dní), tretia a ďalšia hospitalizácia sú v priemere kratšie (38 a 44 dní). Priemerná dĺžka intervalu medzi hospitalizáciami u opakovane hospitalizovaných pacientov je po prvej liečbe 11 mesiacov, po druhej liečbe 13 mesiacov a po ďalších liečbach 11 mesiacov – dĺžku tohto intervalu však nemožno stotožniť s dĺžkou remisie, keďže pacientky sa rozhodnú k opakovanej hospitalizácii po rôzne dlhom období relapsu ochorenia. Dĺžka hospitalizácie bola v 66% prípadov viac ako 6 týždňov, 18% hospitalizácií trvalo 2-6 týždňov (predčasne ukončená liečba), 16% hospitalizácií trvalo menej ako 2 týždne, čo možno hodnotiť ako zlyhanie adaptácie na režim. Pacienti z diagnostických skupín F50.4-F50.9 boli hospitalizovaní v priemere kratšie (32 dní) ako pacienti s diagnózami F50.0-F50.3 (54-59dní).

Priemerný vek pacientov s mentálnou bulímiou a mentálnou anorexiou je v rozmedzí 24-26 rokov, priemerný vek pacientov s atypickou mentálnou bulímiou a inými poruchami príjmu potravy je vyšší – 35 resp. 28 rokov.



## 7. ZÁVER

Pohľad na etiopatogenézu porúch príjmu potravy sa za posledné desaťročie výrazne zmenil. Pozornosť sa upriamila na ich genetický základ a endofenotypovú diverzitu. S týmto korešpondujú skúsenosti z liečby pacientov s PPP na Psychosomatickej klinike v Pezinku. Klinická prax ukazuje, že týchto pacientov možno rozdeliť do troch skupín: (1) ťažká reštriktívna anorexia, (2) anorexia s purgáciou a anorexia s prechodom do bulímie, (3) bulímia so závažnou osobnostnou patológiou. Toto rozdelenie zohľadňuje závažnosť symptómov, komorbiditu, štruktúru osobnosti, priebeh ochorenia, odpoveď na liečbu, ako aj vývinové a psychodynamické faktory. V literatúre nachádzame analogické delenie PPP, založené na poznaní genetických a neurobiologických faktorov – v práci prinášame porovnanie oboch systémov.

Z odlišností medzi skupinami vyplýva potreba diferencovaného prístupu k liečbe. Nerovnaká miera integrácie osobnosti a rozdielna schopnosť náhľadu v jednotlivých skupinách vyžaduje odlišné psychoterapeutické a farmakologické stratégie. To je v rozpore s dosiaľ preferovaným konceptom jednotného liečebného postupu, založeného najmä na kognitívnej korekcii a behaviorálnej liečbe. Komplexný liečebný program Psychosomatickej kliniky v Pezinku pre pacientov s PPP, ktorý v druhej časti práce predstavujeme, zohľadňuje špecifiká jednotlivých skupín.

Prezentované rozdelenie a terapeutické aplikácie sú zatiaľ len výsledkom klinického pozorovania. Vyžadujú preto ďalší výskum a podloženie štatistickými údajmi. V rámci kliniky plánujeme prospektívne sledovanie hospitalizovaných pacientov s PPP zamerané na štandardizované hodnotenie osobnostných črt, štádia ochorenia, poruchy nálady a vybraných anamnestických údajov, v korelácii s objektívnym somatickým nálezom a priebehom liečby. Prínosom by bolo i sledovanie dlhodobého priebehu v horizonte niekoľkých rokov po prepustení.

## 8. ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

5HTT – serotonínový transportér

APA – American Psychiatric Association (Americká psychiatrická asociácia)

BMI – body mass index (index telesnej hmoty, udávaný v kg/m<sup>2</sup>)

CNS – centrálny nervový systém

DSM III, IV – Diagnostic and Statistic Manual III, IV (Diagnostický a štatistický manuál Americkej psychiatrickej asociácie, III. resp. IV. revízia)

GIT – gastrointestinálny trakt

KBT – kognitívne behaviorálna terapia

MKCh 10 – Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia

OCD – Obsedantno-kompulzívna porucha

PPP – poruchy príjmu potravy

PSK – Psychosomatická klinika v Pezinku

REE – resting energy expenditure (pokojový energetický výdaj)

SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors (blokátory spätného vychytávania serotonínu)

TRP – tryptofán

WHO – World Health Organisation (Svetová zdravotnícka organizácia)

## 9. LITERATÚRA

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed., 1994
2. American Psychiatric Association: *Treatment of patients with eating disorders*, 3rd edition. *Am J Psychiatry*, 163 (7 Suppl), July 2006, s. 4-54
3. Anderson, I.M., Parry-Billings, M., Newsholme, E.A., Fairburn, C.G., Cowen, P.J.: *Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women*. *Psychol Med*, 20(4), 1994, s. 785–791
4. Anderson, P.: *Mortality From „Mild“ Eating Disorders Greater Than Rates for Anorexia and Bulimia*. *Medscape Medical News*, October 23, 2009, <http://www.medscape.com/viewarticle/711212?src=mpnews&spon=12&uac=5721BG>
5. Attia, E., Haiman, C., Walsh, B.T., Flater, S.R.: *Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa?* *Am J Psychiatry*, 155, 1998, s. 548–551
6. Baran, S.A., Weltzin, T.E., Kaye, W.H.: *Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa*. *Am J Psychiatry*, 152, 1995, s. 1070–1072
7. Barbarich, N.C., McConaha, C.W., Gaskill, J., La, V.M., Frank, G.K., Achenbach, S., Plotnicov, K.H., Kaye, W.H.: *An open trial of olanzapine in anorexia nervosa*. *J Clin Psychiatry*, 65, 2004, s. 1480–1482
8. Bell, L.: *What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders?* *Eat Weight Disord*, 8, 2003, s. 181–187
9. Bennett, D., Sharpe, M., Freeman, C., Carson, A.: *Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana*. *Brit J Psychiat*, 185, 2004, s. 312–317
10. Bewell, C.V., Carter, J.C.: *Readiness to change mediates the impact of eating disorder symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord*, 41, 2008, s. 368–371
11. Blinder, B.J., Chaitin, B.F., Goldstein, R.S.: *The Eating Disorders*. PMA Publishing, New York, 1988
12. Bowlby, J.: *Attachment and Loss*. Tavistock institute of human Relations, Basic Books, New York, 1969 (reed. 1982)
13. Bruch, H.: *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press, 1978
14. Brumberg, J.J.: *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. Vintage, Subsequent edition, 2000, s. 65–69
15. Bulik, C.M. (2006), Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L. et al: *Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry*, Mar, 63 (3), 2006, s. 305–312
16. Bulik, C.M. (2004), Tozzi, F.: *Genetics in eating disorders: state of the science*. *CNS spectr*, 9, 2004, 511–515
17. Bulik, C.M. (2005): *Exploring the gene environment nexus in eating disorders*. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30 (5), 2005, 335–339
18. Bulik, C.M. (2000), Sullivan, P.F., Wade, T.D., et al: *Twin studies of eating disorders: a review*. *Int J Eat Disord*, 27, 2000, s. 1–20.
19. Bynum, C.W.: *Holy feast and holy fast: the religious significance of food to medieval women*. University of California Press, 1987, s. 224–226
20. Cassano, G.B., Miniati, M., Pini, S., Rotondo, A., Banti, S., Borri, C., Camilleri, V., Mauri, M.: *Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report*. *Int J Eat Disord*, 33, 2003, s. 172–177
21. Collier, D.A., Treasure, J.L.: *The aetiology of eating disorders*, *Br J Psychiatry*, 185, 2004, s. 363–365
22. Commerford, M.C., Licinio, J., Halmi, K.A.: *Guidelines for discharging eating disorders inpatients*. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 5 (1), 1997, s. 69–74
23. Connan, F., Campbell, I.C., Katzman, M., et al: *A neurodevelopmental model for anorexia nervosa*. *Physiol Behav*, 79, 2003, s. 13–24
24. Corwin, R.L., Hajnal, A.: *Too much of a good thing: neurobiology of non-homeostatic eating and drug abuse*. *Physiol Behav.*, Sep 15, 86(1-2), 2005, s. 5–8
25. Cota, D., Tschöp, M.H., Horvath, T.L., Levine, A.S.: *Cannabinoids, opioids and eating behavior: the molecular face of hedonism?*, *Brain Res.Rev*, Jun, 51 (1), 2006, s. 85–107
26. Crisp, A.H., Hsu, L.K.: *Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts*. *Br J Psychiatry*, 161, 1992, s. 104–107
27. Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., Dodge, L.: *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments*. *Br J Psychiatry*, 178, 2001, s. 216–221
28. Drago, F.: *Hormonal substrate in addiction and eating disorders*, *Workshop: Addiction and Eating Disorders at Neurobiology and Comorbidities*, CINP, April 26–29, 2007, abstract in *Monografie No12, Office of the Czech Rep. Government*
29. Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F., Szmukler, G., leGrange, D., Dodge, E.: *Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up*. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1997, s. 1025–1030

30. Engel, K., Stienen, M.: *Father types of anorexia nervosa patients: the 'bonding', the 'brutal', the 'weak' and the 'absent' father.* *Psychoter. Psychosom.*, 49 (3-4), 1988, s. 145-152
31. Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G., Brustolin, A., Migliaretti, G., Cavallo, F., Rovera, G.: *Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study.* *Eur Neuropsychopharmacol*, 12, 2002, s. 453-459
32. Fernstrom, J.D., Wurtman, R.J.: *Brain serotonin content: physiological regulation by plasma neutral amino acids.* *Science*, 178(59), 1972, s. 414-416
33. Fichter, M., Pirke, K.: *Starvation models and eating disorders.* In Szmulker, G., Dare, C., Treasure, J. (Eds.): *Handbook of eating disorders: Theory, Treatment and Research.* Chichester (GB), John Wiley and Sons, 1995, s. 83-108
34. Fitzgerald, J.F., Lane, R.C.: *The Role of the Father in Anorexia.* *Journal of Contemporary psychotherapy*, 30 (1), 2000, s. 71-84
35. Frank, G.K., Bailer, U., Henry, S., Drevets, W., Meltzer, C., Price, J., Mathis, C., Wagner, A., Hoge, J., Ziolko, S.: *Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [<sup>11</sup>C] raclopride.* *Biol Psychiatry*, Dec 1, 58 (11), 2005, s. 908-912
36. Galen: *On Diseases and Symptoms*, reed. and translate Johnston, I., Cambridge University Press, 2006, s. 226
37. Goldbloom, D.S., Olmsted, M., Davis, R., Clewes, J., Heinmaa, M., Rockert, W., Shaw, B.: *A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: short-term outcome.* *Behav Res Ther*, 35, 1997, s. 803-811
38. Goldstein, D.J., Wilson, M.G., Thompson, V.L., Potvin, J.H., Rampey, A.H.Jr.: *Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa: Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group.* *Br J Psychiatry*, 166, 1995, s. 660-666
39. Goleman, D.: *Emotional Intelligence*, New York, Bantam, 1995
40. Gull, W.: *Anorexia nervosa (apepsia hystérica, anorexia hystérica).* *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 1874, s. 22-28
41. Halmi, K.A., Wiseman, C., Sunday, S., Klapper, F.: *Inpatients with eating disorders: changing epidemiology. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting, May 13-18, 2000*
42. Hammond, W.A.: *Fasting Girls: Their Physiology and Pathology.* G.P.Putnam's Sons, 1879, reed. Oak Grove, Amazon Digital Services, 2008
43. Hašto, J.: *Vztahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti.* Vydavateľstvo F, Trenčín, 2005
44. Hedges, D.W., Reimherr, F.W., Hoopes, S.P., Rosenthal, N.R., Kamin, M., Karim R., Capece, J.A.: *Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 2: improvement in psychiatric measures.* *J Clin Psychiatry*, 64, 2003, s. 1449-1454
45. Herzog, D. (1995): *Psychodynamic psychotherapy of anorexia nervosa.* *Eating disorders and Obesity A Comprehensive Handbook*, NY Guilford, 1995
46. Herzog, D. (2000), Greenwood, D.N., Dorer, D.J., et al.: *Mortality in Eating Disorders: A Descriptive Study,* *Int J Eat Disord* 28, July, 2000, s. 20-26
47. Hoek, H.W. (1991): *The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care.* *Psychological Medicine*, May, 21 (2), 1991, s. 455-460
48. Hoek, H.W. (2006): *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders.* *Current opinion in psychiatry*, July, 19 (4), 2006, s. 389-394
49. Horne, R.L., Ferguson, J.M., Pope, H.G. Jr., Hudson, J.I., Lineberry, C.G., Ascher, J., Cato, A.: *Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial.* *J Clin Psychiatry*, 49, 1988, s. 262-266
50. Hsu, L.K., Clement, L., Santhouse, R., Ju, E.S.: *Treatment of bulimia nervosa with lithium carbonate: a controlled study.* *J Nerv Ment Dis*, 179, 1991, s. 351-355
51. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G.Jr., Kessler, R.C.: *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication.* *Biol Psychiatry*, Feb 1, 61 (3), 2007, s. 348-358
52. Imbert, F.: *Traité théorique et pratique des maladies des femmes.* G.Bailliere, Paris, 1840, (citované z Krch, F.D.: *Poruchy příjmu potravy.* Praha, Grada, 1999)
53. Janet, P.: *The Major Symptoms of Hysteria.* London, Macmillan, 1907, citované z Bell, R.M.: *Holy anorexia,* The University of Chicago Press, 1985, s. 12
54. Kaye, W.H. (2008): *Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa.* *Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium, Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents,* *Physiol Behav.* April 22, 94 (1), 2008, s. 121-135
55. Kaye, W.H. (2003), Barbarich, N.C., Putnam, K., Gendall, K.A., Fernstrom, J., Fernstrom, M., McConaha, C.W., Kishore, A.: *Anxiolytic effects of acute tryptophan depletion in anorexia nervosa.* *Int J Eat Disord.*, 33 (3), 2003, s. 257-267
56. Kaye, W.H. (1991), Weltzin, T.E., Hsu, L.K., Bulik, C.M.: *An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa.* *J Clin Psychiatry*, 52, 1991, s. 464-471

57. Keel, P.K. (2003), Klump, K.L.: Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull.*, Sep, 129(5), 2003, s. 747-69
58. Keel, P.K. (2004), Fichter, M., Quadflieg, N., et al: Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 2004, s. 192-200
59. Kratochvíl, S.: *Terapeutická komunita*. Academia, Praha, 1979
60. Lacey, J.H., Crisp, A.H.: *Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population*. *Postgrad Med J*, 56 (suppl 1), 1980, s. 79-85
61. Lassegue, C.: *De l' anorexie hystérique*. *Archives Générales de Médecine*, april 1873, s. 385-403
62. Lemberg, R., Cohn, L.: *Eating disorders: a reference sourcebook*, Oryx Press, Phoenix, Arizona, 1999
63. Malina, A., Gaskill, J., McConaha, C., Frank, G.K., Lavia, M., Scholar, L., Kaye, W.H.: Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *Int J Eat Disord.*, 33, 2003, s. 234-237
64. McCabe, E.B.: *Predictors of readmission in hospitalized anorexia nervosa patients*, University of Pittsburgh, dissertation of PhD, 2008
65. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10, 2. vyd.* Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha, 2004
66. Milano, W., Petrella, C., Sabatino, C., Capasso, A.: Treatment of bulimia nervosa with sertraline: a randomized controlled trial. *Adv Ther*, 21, 2004, s. 232-237
67. Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L.: *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, 1978
68. Mitchell, J.E. (1984), Groat, R.: A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptyline in bulimia. *J Clin Psychopharmacol*, 4, 1984, s. 186-193
69. Mitchell, J.E. (1990), Pyle, R.L., Eckert, E.D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., Zimmerman, R.: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 1990, s. 149-157
70. Morton, R.: *Phthisiologia, or, a treatise of consumptions*. London, Samuel Smith & Benjamin Walford, 1694
71. Národné centrum zdravotníckych informácií SR – informácie poskytnuté na žiadosť z [http://www.nczisk.sk/buxus/generacie.php?page\\_id=453](http://www.nczisk.sk/buxus/generacie.php?page_id=453), 6. 10.2009, vyb. Mgr. Margita Kondelová, pod IC-808-2009
72. Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., Rockert, W.: Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 151, 1994, s. 738-743
73. Owen, J., Treasure, J., Collier, D.: *Animal Models of Eating Behaviour and Body Composition*. Dordrecht: Kluwer, 2001
74. Papežová, H. (2002a), Yamamotoová, A., Uher, R.: Neurobiologie poruch příjmu potravy. *Psychiatrie*, 6 (4), 2002, s. 268-275
75. Papežová, H. (2002): Poruchy příjmu potravy. In: Hoschl, Libiger, Švestka: *Psychiatrie*, Tigis, Praha, 2002, s. 610-617
76. Papežová, H. (2004): Poruchy příjmu potravy. In: *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis, 2004, s. 336-345
77. Peterson, C.B., Mitchell, J.E.: *Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders*. In Lemberg, R., Cohn, L.: *Eating disorders: a reference sourcebook*, Oryx Press, Phoenix, Arizona, 1999, s. 127-133
78. Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., Willson, G.T., Bauer, J.: Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 160 (11), 2003, s. 2046-2049
79. Pope, H.G.Jr, Keck, P.E.Jr, McElroy, S.L., Hudson, J.I.: A placebo-controlled study of trazodone in bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*, 9, 1989, s. 254-259
80. Roffman, J.L., Marci, C.D., Glick, D.M., Dougherty, D.D., Rauch, S.L.: *Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy*. *Psychological Medicine*, Oct, 35 (10), 2005, s. 1385-1398
81. Rohr, H.P.: *Hysterie – strach z odmítnutí*, překlad Babka, P., Portál, 2009
82. Romano, S.J., Halmi, K.A., Sarkar, N.P., Koke, S.C., Lee, J.S.: A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*, 159, 2002, s. 96-102
83. Russell, G.: *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychol Med*, Aug, 9 (3), 1989, s. 429-448
84. Simmonds, M.: *Über Hypophysisschwund mit todlichem Ausgang*. *Deutsch Medizinische Wochenschrift*, 40, 1914, s. 322-323
85. Strober, M. (1999), Pataki, C., Freeman, R., DeAntonio, M.: No effect of adjunctive fluoxetine on eating behavior or weight phobia during the inpatient treatment of anorexia nervosa: an historical case-control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 9, 1999, s. 195-201
86. Strober, M. (2004): *Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: on the search for novel paradigms*. *Int J Eat Disord*, 35 (4), 2004, s. 504-508
87. Strupp, B.J., Weingartner, H., Kaye, W., Gwirtsman, H.: *Cognitive Processing in Anorexia nervosa – A Disturbance in Automatic Information Processing*. *Neuropsychobiology*, 15, 1986, s. 89-94
88. Sullivan, P.F.: *Mortality in anorexia nervosa*. *Am J Psychiatry*, 152, 1995, s. 1073-1074

89. Thien, V., Thomas, A., Markin, D., Birmingham, C.L.: Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 28, 2000, s. 101–106
90. Touyz, S.W., Beumont, P.J., Glaun, D., Phillips, T., Cowie, I.: A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 144, 1984, p. 517–520
91. Treasure, J.: Getting Beneath the Phenotype of Anorexia Nervosa: The Search for Viable Endophenotypes and genotypes, *Can J Psychiatry*, 52, 2007, s. 212–219
92. Uher, R., Papežová, H.: Strukturální a funkční abnormality mozku u osob trpících poruchami příjmu potravy. *Čes Slov Psychiat*, 97, 2001, s. 27–30
93. VanWymelbeke, V., Brondel, L., Brun, M.J., Rigaud, D.: Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients. *Am J Clin Nutr*, 80, 2004, s. 1469–1477
94. Vandereycken, W.: *From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-Starvation*. New York University Press, 1994
95. Vervaeke, M., van Heeringen, C., Audenaert, K.: Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 2004, s. 37–43
96. Vymětal, J.: *Obecná psychoterapie*. 2.vyd., Grada, 2004, str. 20
97. Walsh, B.T. (2005), Kaplan, A.S., Attia, E., Carter, J., Devlin, M.J., Olmsted, M., Pike, K.M., Woodside, B., Parides, M.: Fluoxetine vs placebo to prevent relapse in anorexia nervosa: primary outcome of drug on time to relapse in 93 weight restored subjects. Paper presented at the 11th annual meeting of the Eating Disorders Research Society, Toronto, Canada, Sept. 29–Oct. 1, 2005
98. Walsh, B.T. (1997), Wilson, G.T., Loeb, K.L., Devlin, M.J., Pike, K.M., Roose, S.P., Fleiss, J., Wateraux, C.: Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 154, 1997, s. 523–531
99. Watson, T.L., Bowers, W.A., Andersen, A.E.: Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry*, 157, 2000, s. 1806–1810
100. Weme, J., Yalom, J.D.: *Treating Eating Disorders*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996
101. Willer, M.G., Thuras, P., Crow, S.J.: Implications of the changing utilization of hospitalization to treat anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 162, 2005, s.2374–2376
102. Winter, T.A., O'Keefe, S.J., Callanan, M., Marks, T.: The effect of severe undernutrition and subsequent refeeding on whole-body metabolism and protein synthesis in human subjects. *J Parenter Enteral Nutr*, 29, 2005, s. 221–228
103. World Health Organization: *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options: summary report*, WHO, Geneva, 2004, s. 44
104. Zonneville-Bender, M.J., van Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., Jansen, L., van Elburg, A., Engeland, H.: Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional arousal to psychosocial stress. *Psychiatry Res.*, 135 (1), 2005, s. 45–52
105. Žáčková, M., Drtílková, I.: Retrospective evaluation of changes of body mass index in patients with anorexia nervosa treated and non-treated with SSRIs in child and adolescent ward of PK FN Brno. Workshop: Addiction and Eating Disorders, Neurobiology and Comorbidities, CINP, April 26–29, 2007, abstract in Monografie No12, Office of the Czech Rep. Government



MUDr. Genovéva Almássyová  
PORUCHY PRÍJMU POTRAVY  
etiopatogenéza a princípy liečby

pre Lundbeck Slovensko s.r.o.  
vydala Zuzana Čičelová v roku 2010  
ilustrácia na obálke © Katarína Čermáková, 2005  
grafický design © Zuzana Čičelová  
tlač: Peter Prekop Print Production

vydanie 1.

Lundbeck Slovensko s.r. o.  
Zvolenská 19  
821 09 Bratislava 2

ISBN 978-80-89434-04-6





## KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

MUDr. František Kuzma  
Parafrenia, história pojmu a postavenie v súčasnosti  
atestačná práca 2002

Mgr. Mária Andrášiová, PhD.  
Analýza snov  
dizertačná práca 2002

Mgr. Anton Heretik, PhD.  
Psychoedukácia v liečbe schizofrénie  
dizertačná práca 2001

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.  
Vzťah paranoidného syndrómu k osobným dispozíciám  
dizertačná práca 2003

MUDr. Marek Zelman  
Symptomatické demencie  
atestačná práca 2005

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.  
Porovnanie účinnosti a bezpečnosti monoterapie a kombinovanej  
farmakoterapie schizoafektívnej poruchy (depresívny typ)  
dizertačná práca 2007

MUDr. Andrea Marsalová  
Narcizmus a narcistická porucha osobnosti  
atestačná práca 2006

MUDr. Miroslav Grohol  
Arteterapia v psychiatrii  
atestačná práca 2008

MUDr. Genová Almássyová  
Poruchy príjmu potravy – etiopatogenéza a princípy liečby  
atestačná práca 2009



Lundbeck Slovensko  
Zvolenská 19  
821 09 Bratislava 2

[www.lundbeck.com](http://www.lundbeck.com)

ISBN 978-80-89434-04-6



9 788089 434046