

# Poruchy príjmu potravy, úskalia diagnostiky a liečby

**MUDr. Martina Paulinyová, PhD., MUDr. Zuzana Matzová, PhD.**

Klinika detskej psychiatrie LF UK a DFNSP v Bratislave

Poruchy príjmu potravy (PPP) patria medzi najzávažnejšie psychické ochorenia detského veku. Výskyt ochorenia sa pohybuje od 0,3 – 3 %. Odborníci sa zhodujú na multifaktoriálnej etiopatogenéze, výskum sa venuje skôr štúdiu rizikových faktorov vzniku ochorenia. Medzinárodná klasifikácia chorôb definuje dve základné poruchy príjmu potravy – mentálnu anorexiu (AN) a mentálnu bulímiu (BN) a ich atypické formy. Diagnostika mentálnej anorexie a bulímie u detí sa odlišuje od diagnostiky ochorenia v dospelom veku. Obe formy ochorenia sú často sprevádzané komorbídnymi psychickými poruchami, najčastejšie sú poruchy nálady. Novšie výskumy prinášajú dôkazy o výskyte kognitívnych deficitov u pacientov s PPP. Závažné riziko predstavujú aj somatické následky na zdravotnom stave dieťaťa. Liečba musí byť komplexná. Musí klásť rovnako dôraz na znovuoobnovenie ideálnej hmotnosti, uzdravenie zo somatických následkov poruchy, ako aj na obnovu stravovacích návykov, postojov k stravovaniu, k hmotnosti a k vzhľadu.

**Kľúčové slová:** mentálna anorexia, mentálna bulímia, alexitýmia, kognitívne deficity, komplexná liečba

## *Eating disorders, the pitfalls of the diagnostics and treatment*

Eating disorders belong to the most serious mental illness in children. The disease incidence is between 0.3-3%. Experts agree on the multifactorial etiopathology, more research is devoted to the study of risk factors for the development of the disease. International Classification of Diseases defines two basic eating disorders: Anorexia nervosa (AN) and Bulimia nervosa (BN) and its atypical forms. Diagnostics of anorexia and bulimia in children is different from the diagnostics of the disease in adult life. Both forms of the disease are often associated with comorbid psychiatric disorders, most frequent is a mood disorder. Recent studies provide the evidence of the occurrence of cognitive deficits. There is also serious risk of somatic consequences on the health of the child. Treatment must be complex. There must be given an equal importance to the re-establishment of the ideal weight, to the recovery from the effects of somatic disorders and to the restoration of eating habits, attitudes to nutrition, to weight and to the appearance.

**Key words:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, alexithymia, cognitive deficits, complex treatment

Pediatr. prax, 2016, 17(5): 188–191

## Úvod

Poruchy príjmu potravy sú považované za závažné psychické ochorenie s výskytom od detstva až do dospelého veku. Patria k psychosomatickým poruchám charakterizovaným psychogénne navodeným maladaptívnym správaním v oblasti stravovania (1).

Prevalencia mentálnej anorexie sa pohybuje podľa starších zdrojov v rozpätí od 0,3 – 1 %, a podľa novších údajov 1,2 – 2,2 %. Pri mentálnej bulímii sa prevalencia uvádza najčastejšie 1 – 3 %. V otázke incidencie, väčšina štúdií prišla k záveru, že výskyt mentálnej anorexie v Európe narastal do sedemdesiatych rokov a odvtedy sa pohybuje viac-menej v rovnakých číslach. Nárast bol najvýznamnejší vo vekovej skupine 10 – 24 rokov. Pri mentálnej bulímii sa incidencia pohybuje približne okolo 6 % (2).

Medzinárodná klasifikácia chorôb definuje dve základné poruchy príjmu potravy – mentálnu anorexiu (AN) a mentálnu bulímiu (BN) a ich atypické formy. Mentálnu anorexiu charakterizujú kritériá ako úmyselné chudnutie až o 15 %, podhmotnosť až pod úrovňou BMI 17,5 alebo pod 3 percentilom hmotnostnej krivky pre

vek, amenoreou, trvalými myšlienkami na jedlo a vzhľad a narušením vnímania telesnej schémy.

Mentálna bulímia je typická trvalými, alebo častými myšlienkami na jedlo a vzhľad. Vnímanie telesnej schémy je tiež narušené, ale predovšetkým sa striedajú epizódy prejedania a zvracania s pocitom straty kontroly. Hmotnosť môže byť v norme, alebo nižšia. Obe formy môžu prechádzať jedna do druhej. Súčasný ponímanie chápe PPP ako kontinuálne spektrum ochorení od reštriktívnej formy AN, cez purgatívnu formu AN, mentálnu bulímiu až po rôzne formy prejedania a obezitu (1).

## Etiopatogenéza

Odborníci z oblasti výskumu porúch príjmu potravy sa už desaťročia zhodujú na tom, že jedna veľká príčina PPP nejestvuje a výskum sa venuje hľadaniu tzv. rizikových faktorov, čiže okolnostiam, ktoré ochorenie priamo nespôsobujú, ale zvyšujú pravdepodobnosť jeho vzniku. Ukazuje sa, že príčina PPP súvisí s činnosťou mozgu (3).

Najznámejším modelom, ktorý sa snaží objasniť vznik porúch príjmu potravy je neurovývojový multifaktoriálny prahový model (4).

Zdôrazňuje spolupôsobenie vývojových faktorov mozgu, raných vzťahov (attachmentu, alebo vzťahovej väzby) a stresu ako spúšťača ochorenia počas adolescencie. Kľúčovú úlohu tu zohráva CRH systém a 5-HT systém, ktorý reguluje chuť do jedla a odpoveď na stres. Serotonínový (alebo 5-HT) systém sa podieľa na náchylnosti k rozvoju následkov hladovania a vzniku ochorenia. Postupne klesá hladina estrogénov, zvyšuje sa hladina kortizolu a môžu sa objaviť poruchy nálady, depresia. Uvedený model vysvetľuje etiopatogenézu anorexie ako maladaptívnu reakciu na stres v adolescencii u geneticky predisponovaných jedincov. Zmeny počas puberty, keď sa u dievčat mení percento tuku v tele na 17 – 25 % telesnej hmotnosti, hladina estrogénu a aktivita nadobličiek tiež prispievajú k vzniku ochorenia.

## Diagnostika mentálnej anorexie

Diagnostika mentálnej anorexie v detskom veku je v niektorých aspektoch odlišná od diagnostiky dospelého veku. Napríklad amenorea pred začiatkom puberty nie je dostatočným kritériom. Podobne je to s kritériom

poklesu hmotnosti. Niekedy u detí skôr dôjde k spomaleniu alebo k zástave rastu a vývinu, ako k poklesu hmotnosti. Ide o stagnáciu hmotnosti v pomere k výške. Aby sme správne vyhodnotili rast a vývoj dieťaťa, musíme poznať jeho predchádzajúci vývoj. Stagnácia v raste je pritom v niektorých fázach normálna, preto môže porucha príjmu potravy dlhšie unikať pozornosti. Najvhodnejším spôsobom hodnotenia je preto antropometrické vyšetrenie, nakoľko berie do úvahy dynamiku vývoja. Na hodnotenie nutričného stavu dieťaťa sa využívajú percentilové grafy. Hodnotenie pomocou body mass indexu je vhodné len u dospelých (tabuľka 1) (5).

So stanovením diagnózy AN zväčša nie je problém, keď ochorenie spĺňa typické diagnostické kritériá podľa MKCH-10 (tabuľka 2), alebo diagnostické kritériá navrhované pre detský vek (tabuľka 3), t. j. je zreteľne prítomný úmysel schudnúť, dievča sa obáva pribratia a napriek zjavnej podváhe vníma svoje telo ako primerané, alebo tučné.

Do spektra porúch príjmu potravy patria aj atypické formy ochorenia: pacientka môže popierať snahu chudnúť a môže vcelku reálne vnímať tvary a miery svojho tela. Avšak v stravovaní sa zameriava výhradne na „zdravé stravovanie“, prípadne môže tvrdiť, že jej stravovacie návyky sú spôsobené intoleranciou niektorých potravín, prípadne viac-menej trvalými bolesťami sprevádzajúcimi príjem potravy a trávenie. Tieto pacientky sú najčastejšie opakovane vyšetrené pediatrom, prípadne hospitalizované na detských oddeleniach. Pravidelne nálezy spektra somatických vyšetrení nepotvrdia organickú príčinu podvýživy. Často ide o pacientky, u ktorých nachádzame zvýšenú bazálnu úzkosť, resp. zvýšená bazálna úzkosť negatívne vplýva na príjem potravy. Obavy z nevoľnosti a bolestí vedú k selekcii potravín, k postupnému zmenšovaniu porcií a v konečnom dôsledku k úbytku na hmotnosti a podvýžive. Pacientky sú presvedčené o prítomnosti somatického ochorenia, dožadujú sa vyšetrenia a naďalej odmietajú úmysel schudnúť.

Frekventovaným javom u tejto skupiny pacientok je alexitýmia a popieranie ochorenia. Tento jav sa často vyskytuje aj u pacientok s reštrikčným typom mentálnej anorexie s jej typickými symptómami.

Alexitýmia je definovaná podľa diagnostických kritérií pre psychosomatický výskum v prvom rade ako neschopnosť slovne vyjadriť, opísať svoje emočné prežívanie (6). Patrí sem aj tendencia skôr opisovať rôzne detaily (napríklad okolnosti) namiesto pocitov, chýbajú fantazijné predstavy v živote. V obsahoch myslenia sú skôr

vonkajšie udalosti, ako predstavy a emócie. Pri alexitýmii si pacientka neuvedomuje bežné somatické reakcie sprevádzajúce silné emócie a stáva sa, že príležitostne reaguje afektívne neprimeraným, výbušným správaním.

### Diagnostika mentálnej bulímie

Mentálna bulímia (BN) sa zvyčajne začína v neskoršom veku – medzi 14. – 18. rokom života a často sa vyvíja z AN. Pri mentálnej bulímii nie je podváha, hmotnosť sa pohybuje v medziach normy, preto často ujde pozornosti okolia a pacientky prichádzajú už v pokročilom štádiu ochorenia. Niekedy sa bulimické správanie rozvinie práve s cieľom upokojiť okolie normalizovaným stravovacím správaním, ale keďže pretrvávajúca túžba po štihlosti a strach z príberania, pacientka sa zbavuje prijatých kalórií zvracaním, prípadne zneužívaním preháňadiel. Diagnostické kritériá pre BN sú uvedené v tabuľke 4.

### Komorbídne poruchy

Mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu často sprevádzajú iné psychiatrické ochorenia. Častou komorbídnou diagnózou je depresia s prevenciou podľa niektorých štúdií nad 63 % (9). Viacerí autori potvrdzujú, že pri dlhodobom trvajúcej mentálnej anorexii býva vysoká incidencia úzkostných porúch, spomedzi ktorých je v popredí obsedantno-kompulzívna porucha (OCD). Podľa štúdie Rastama (1992) až 35 % pacientok s AN trpí tiež OCD. Tieto výsledky potvrdzujú aj mnohé novšie výskumy (10). U pacientok s mentálnou bulímiou sa vyskytuje skôr zneužívanie a závislosti od rôznych psychoaktívnych látok. V oboch skupinách po dlhodobjšom priebehu pozorujeme disharmonický vývin do poruchy osobnosti (11).

### Závažné somatické dôsledky a zdravotné komplikácie porúch príjmu potravy

Medzi najviac rizikové somatické komplikácie dlhodobej podvýživy patria **kardiologické zmeny**, predovšetkým poruchy srdcového rytmu. Elektrolytová dysbalancia môže spôsobiť predĺženie QT intervalu a môže byť príčinou aj náhlej smrti. Výskumné práce skúmajúce dysfunkciu autonómneho nervového systému potvrdili poruchu sympatikovej regulácie srdcového rytmu (12, 13).

Nebezpečné môžu byť aj **poruchy vnútorného prostredia**, ktoré sú spôsobené jednak ťažkou podvýživou, ale aj zvracaním pri mentálnej anorexii, t. j. pri jej purgatívnej forme. Vznikajú aj ako následok rýchlej realimentácie, alebo ako následok abúzu diuretík.

**Tabuľka 1.** Hodnotenie nutričného stavu u detí

Pod 3. percentil	dystrofia
Pod 10. percentil	hypotrofia amenorea
10. – 20. percentil	podváha
20. – 80 percentil	eutrofia
nad 80. percentil	nadváha
nad 85. percentil	obezita

**Tabuľka 2.** Diagnostické kritériá pre poruchy príjmu potravy podľa MKCH-10 (7)

Telesná hmotnosť je najmenej 15 % pod predpokladanou hmotnosťou, resp. BMI je 17,5 a menej. Pacienti pred pubertou nespĺňajú v priebehu rastu očakávaný hmotnostný prírastok.

Zníženie hmotnosti si pacient spôsobuje sám, vyhýba sa jedlám, po ktorých sa príberá a úmyselne sa zbavuje prijatých kalórií zvracaním, preháňadlami alebo užívaním diuretík.

Prítomná je špecifická psychopatológia, pretrvávajúca strach z tučnosti a skreslená predstava o vlastnom tele ako vtieravá myšlienka, pacient sám sebe ukladá povinnosť mať nízku hmotnosť.

Hypotalamo-pituitárna-gonádová porucha sa prejavuje u žien amenoreou a u mužov stratou sexuálneho záujmu. Môžu sa vyskytnúť aj zvýšené hladiny rastového hormónu, zvýšené hladiny kortizolu, zmeny periférneho metabolizmu tyreoidného hormónu a odchýlky vylučovania inzulínu.

Ak je začiatok pred pubertou, sú pubertálne prejavy oneskorené, alebo dokonca zastavené.

**Tabuľka 3.** Navrhované kritériá pre poruchy príjmu potravy u detí (podľa Nicholsona a Laska) (8)

Úmyselný úbytok hmotnosti
Neprimerané vnímanie a presvedčenie týkajúce sa hmotnosti alebo postavy
Chorobné zaoberanie sa hmotnosťou alebo postavou

**Tabuľka 4.** Diagnostické kritériá MKCH-10 pre bulimiu nervosa (7)

Neustále zaoberanie sa jedlom, neodolateľná túžba po jedle, prejedanie sa veľkými dávkami jedla behom krátkeho času

Snaha potlačiť kalorický účinok jedla jedným, alebo viacerými spôsobmi: vyprovokovaným zvracaním, zneužívaním laxatív, hladovkami, diuretikami. U diabetických pacientov manipuláciou s inzulínom. Reštriktívne a bulimické subtypy sa môžu striedať

Špeciálna psychopatológia, chorobný strach z tučnosti, túžba po neprimerane nízkej hmotnosti

**Hypokaliémia** (v klinickom obraze ako tachyarytmia, paralytický ileus, svalová slabosť, kŕče, tetanus, nefropatia), **hyponatriémia** (môže spôsobiť dezorientáciu a poruchu cirkulácie), **pokles hladiny fosforu** v krvi (vytvára riziko kardiovaskulárnej dekompenzácie a metabolickej acidózy). Závažný pokles **magnézia** môže

spôsobiť svalové kŕče, intestinálne spazmy, hypokaliémiu a arytmiu. **Hypokaliémiia** môže spôsobovať zmeny na EKG.

Medzi časté a typické zmeny patria aj **zmeny funkcie endokrinných žliaz**. Hladina gonadotropínov postupne klesá a to spôsobuje zastavenie pubertálneho vývoja, pokles hladiny estrogénov a následne amenoreu, ktorá je rizikovým faktorom osteopénie. LH a FSH sú pravidelne nízke a signifikantne stúpajú po obnovení výživy.

Klesá trijódtyronín ako reakcia na pokles hmotnosti a tým sa znižuje energetický výdaj.

Pri mentálnej bulímii straty žalúdočnej kyseliny spôsobenej zvracaním môžu viesť k metabolickej alkalóze a zneužívanie laxatív zase k metabolickej acidóze (12).

Medzi rovnako závažné patria aj psychické následky, a to predovšetkým porucha nálady. Pokiaľ depresívne prežívanie nepredchádza rozvoju PPP, rozvinie sa následkom podvýživy. Vedie k izolácii pacientky od rovesníkov aj od rodiny a prehľbuje odmietanie príjmu jedla. Tak sa pacientka ocitne v bludnom kruhu. Vzniká riziko suicidálnych myšlienok a následne aj suicidálnych tendencií.

### Kognitívne deficity

Novšie výskumy prinášajú dôkazy o výskyte kognitívnych deficitov pri PPP. Práve kognitívne zmeny sa môžu podieľať na vzniku PPP a aj na závažných psychických aj sociálnych dôsledkoch. U detí a adolescentov môže zmena kognitívneho vnímania a spracovania informácií ovplyvniť predovšetkým vzťah k sebe a kontrolu temperamentu. Môže byť zhoršená adaptácia a zhoršená schopnosť posúdiť stresové situácie, riešiť problémy a ovplyvňuje psychické aj fyzické dozrievanie a zvládanie interpersonálnych vzťahov. Dievčatá sú zvýšene citlivé a zvýšená kritickosť a sebakritika môže viesť k reštrikcii jedla alebo k prejedaniu sa. Manipulácia s jedlom je považovaná za maladaptívny mechanizmus u jedincov s horšími sociálnymi vzťahmi (14).

Medzi opísané kognitívne deficity patrí predovšetkým deficit priestorovej pamäte, znížená schopnosť tzv. set-shiftingu (paralelné riešenie viacerých úloh, prechádzanie medzi mentálnymi operáciami). Slabá je aj centrálna koherencia, ktorá sa prejavuje ako rigidita, vedie pacientky k zachovávaní maladaptívnych postojov a vzorcov správania, manifestuje sa nadmerným zameraním na detail a menšou schopnosťou integrovať informácie do kontextu, neschopnosťou vnímať celok. V klinickom obraze sa prejavuje ako skreslené vnímanie vlastného tela. Kognitívne poruchy na

chádzame aj u pacientok v akútnom štádiu choroby, ale i u pacientok v remisii, teda po dosiahnutí normálnej telesnej hmotnosti. Podvaha tieto črty len zvyrazňuje (15).

### Liečba a jej úskalia

V liečbe PPP u detí a adolescentov je dôležité zohľadniť multifaktoriálnu etiológiu ochorenia. Liečba musí byť komplexná, t. j. musí klásť rovnako dôraz na znovuoobnovenie ideálnej hmotnosti, uzdravenie zo somatických následkov poruchy, ako aj na obnovu stravovacích návykov, postojov k stravovaniu, k hmotnosti a k vzhľadu. Je nutné usilovať aj o stabilizáciu v psychickej oblasti. V neposlednom rade sa nesmie vynechať ani uzdravenie v oblasti sociálnej a vzťahovej (16).

Prakticky sa dá povedať, že liečba má tri základné prvky. Jedným je sledovanie a intervencie vedúce k liečbe základných životných funkcií podľa stavu pacientky. Druhým je dôsledný stravovací režim a posledným, ale nemenej dôležitým prvkom, sú psychoterapeutické intervencie a vedenie ako pacientky, tak aj celej jej rodiny.

Jednostranné zdôrazňovanie primeraného kalorického príjmu, alebo príliš nátlakový a direktívny prístup zo strany rodiny aj odborníkov, môže zvýšiť záťaž, stres a úzkosť už i tak traumatizovaných a depresívnych pacientok. Vyhranený prístup, bez akceptácie stavu a osobnosti pacientky môže viesť k upevneniu patologických postojov v stravovaní, vo vzťahu k sebe a k okoliu, ktoré vznikli v začiatkoch ochorenia. Napriek normalizovanej hmotnosti, po liečbe pretrvávajú anorektické myslenie a anorektické, alebo bulimické správanie, resp. návyky. To môže viesť k nebezpečnej chronickej ochorenia a následne zhoršiť prognózu vyliečenia. Detský a adolescentný vek je v kontexte vývinu určujúcim obdobím, preto je dôležité pacientku resp. pacienta a jeho rodičov podrobne edukovať o poruche a jej následkoch a postupne ich získať pre spoluprácu a pomôcť im získať správnu motiváciu k liečbe. Dôležité je tiež pracovať na liečbe úzkosti či inej poruchy nálady a pracovať so spracovávaním stresu.

Deti a dospievajúci majú tendenciu sa liečbe brániť, práve pre prítomnú úzkosť, ktorej deti vzdorujú oveľa náročnejšie ako dospelí. V liečbe je dôležité jasne stanoviť pravidlá a dôsledne ich dodržiavať. To môže byť niekedy v rámci rodiny náročné a môže viesť ku konfliktom aj s chorým dieťaťom, aj medzi rodičmi a členmi rodiny navzájom. Zásadné je rozhodnutie, či liečba detského alebo dospievajúceho pacienta môže ešte prebiehať ambulantne, alebo je už

nutná hospitalizácia. Na Slovensku doposiaľ chýbajú špecializované centrá vo forme denných stacionárov, ktoré sú bežné vo svete a ponúkajú intenzívnu formu terapie, pričom pacientka zároveň ostáva začlenená vo svojom primárnom prostredí, svojej rodine, v škole.

Indikačnými kritériami na hospitalizáciu by mal byť hmotnostný úbytok 25 % a viac, závažné somatické komplikácie a psychiatrické komorbidity, najmä ťažké poruchy nálady. Ak je nedostupná iná liečba, sociálne faktory sú nepriaznivé, alebo zlyháva rodina v svojej primárnej starostlivosti, veľakrát aj pre prebiehajúcu poruchu príjmu potravy, je rovnako hospitalizácia najvhodnejším riešením (16).

Hospitalizácia by mala prebiehať na detskom psychiatrickom oddelení s kvalifikovaným personálom, ktorý má skúsenosti s problematikou porúch príjmu potravy u detí. Ak prebieha hospitalizácia na detskom oddelení, mala by prebiehať krátko, za účelom diagnostiky a stabilizácie somatického stavu a v spolupráci s detským psychiatrom (16).

Hlavnými a vo svete overenými metódami sú v rámci psychoterapie, kognitívno-behaviorálna terapia. Najmä v poslednom období je z nej vychádzajúca dialekticko-behaviorálna terapia, s ktorými terapeut môže pracovať individuálne aj skupinovo. Dôležité je nutričné poradenstvo a psychoedukácia pacientky aj rodičov. Podľa európskych štandardov je liečbou voľby pre detské aj adolescentné pacientky rodinná terapia. Russel už v roku 1987 (17) preukázal, že rodinná terapia je efektívnejšia ako individuálna terapia, výsledky potvrdila aj follow up štúdia po desiatich rokoch (18).

Súhrnná práca Jamesa Locka, 2015 (19) analyzovala publikovaný výskum v oblasti psychosociálnych intervencií u detí a adolescentov s poruchami príjmu potravy a tiež potvrdila superioritu rodinnej terapie nad individuálnou, aj keď obidva typy liečby signifikantne vedú k zreteľnému klinickému zlepšeniu. Spomedzi prístupov, ktoré pracujú s celou rodinou, sa zvlášť vyzdvihuje špecifická forma rodinnej terapie, behaviorálne zameranej. Jej názov je aj „Na rodine postavená liečba“ (Family based therapy – FT-B), alebo aj „Maudsley prístup“. Vychádza z prác zakladateľa rodinnej terapie Minuchina (1975) (20), ktorý prvý pozoroval, že zapojenie rodiny významne prospieva vyliečeniu.

Dare a Eisler (21) v Maudsley Hospital v Londýne založili na práci Minuchina celkom nový prístup. Zapájali rodiny pacientok s PPP ako nevyhnutný zdroj pre uzdravenie. Uvedený prístup celkom mení paradigmu liečby, lebo tým, kto superviduje a kontroluje stravovanie sú

rodičia. Na prvý pohľad ide o paradox, pretože pred vyhľadáním pomoci rodičia práve v tejto úlohe zlyhávajú, alebo už vyčerпали všetky svoje možnosti. FT-B považuje rodičov za oprávnených prelomiť bludný kruh narušeného stravovania a za najlepší zdroj vyliečenia. Pod vedením terapeuta sú rodičia spoločne s pacientkou edukovaní a informovaní o PPP a vedení k úprave a obnove stravovacích návykov. Rodičia sa učia separovať poruchu a osobnosť dieťaťa. Spoločne s terapeutom vytrvalo čelia chorobe a hľadajú spôsob, ako ju odstrániť. Rodičia nedostávajú špecifické riešenia, objavujú ich vlastné, najviac prijateľné riešenia. Terapia je výrazne nedogmatická. V UK je považovaná za dobre zavedenú a osvedčenú liečbu.

Pomerne novým spôsobom psychoterapeutickej intervencie je viacrodinná terapia. Prebieha ako spoločné stretnutia pod vedením terapeuta. Štyri až šesť rodín strávi spoločne 10 dní v priebehu 9 mesiacov. Umožňuje vytvorenie terapeutického vzťahu s celou rodinou, konfrontáciu symptómov PPP v rámci rodiny, analýzu a porovnanie individuálnych a spoločných potrieb v kontexte rodinného života. Úspešnosť tejto metódy uvádza, že 60 – 90 % pacientov je dlhodobo celkom vyliečených.

Sľubnou terapeutickou intervenciou, aj keď doplnkovou, u adolescentov s PPP je intervencia zacielená na už uvedené kognitívne deficity pacientok (22). Kognitívna remediácia pozostáva z mentálnych cvičení, ktoré sú zamerané na zlepšenie kognitívnych stratégií, zručností mysle, procesovania informácií praxou. Okrem toho pomáha reflektovať spôsob rozmyšľania, povzbudzuje rozmyšľanie o rozmyšľaní a pomáha objaviť nové stratégie mysle rozmyšľania o každodennom živote.

## Záver

Poruchy príjmu potravy sú závažným psychickým ochorením s vysokým rizikom trvalých následkov v oblasti psychosomatického vývoja a reprodukčných funkcií. Predpokladom úspešnej liečby je včasná diagnóza a rozpoznanie komorbidít. Liečba musí byť komplexná. Musí zabezpečiť okrem obnovenia stravovania a zdravej hmotnosti aj psychické a sociálne uzdravenie. Základom liečby je dobrý terapeutický vzťah a spolupráca s celou rodinou. Ideálna liečba je formou denného stacionára, kde sa spája možnosť intenzívnej terapie a zároveň pretrvávania pacientky v jej primárnom prostredí.

## Literatúra

1. Papežová H. Poruchy príjmu potravy. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha, Czech republic: Tigris, 2004: 610.
2. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorder. *Int J Eat Disorder*. 2003;34:383–396.
3. Uher R, Papežová H. Mozkové faktory u poruch príjmu potravy. In: Papežová H. *Spektrum poruch príjmu potravy. Interdisciplinárny prístup*. Praha, Czech republic: Grada Publishing, 2010: 62.
4. Connan F, Cambell IC, Ktazman M. A neurodevelopmental model of anorexia nervosa. *In Physiol Behav*. 2003;79(1):13–24.
5. Krásničanová H, Lesný P. *Kompendium pediatrické auxologie*. Praha, Czech republic: Galén, 2000.
6. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise TN. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*. 2007;48 (2):103–111.
7. Koutek J. Poruchy príjmu potravy. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Czech republic: Portál 2000: 264, 271.
8. Koutek J. Poruchy príjmu potravy. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Czech republic: Portál 2000, 275.
9. Lock J, Le Grange D. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa, A family based Approach*. New York, London, The Guilford Press, 2013: 3.
10. Råstam M. J Am Acad Child Adolesc Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Psychiatrie*. 1992;31(5):819–29.
11. Dimová N, Kolibáš E, Novotný V, Havlíčková E. Používání návykových látek u pacientov s poruchami příjmu potravy. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*. 1997;32(1):57–63.

12. Zipfel S, Lowe B, Herzog W. Medical complication. In: Treasure JL, Schmidt U, Furth E. *Handbook of Eating Disorder*. 2<sup>nd</sup> ed. John Wiley Sons Ltd., 2003:169–186.
13. Tonhajzerová I, Javorka K. Zmeny autonómneho nervového systému pri poruchách príjmu potravy – mentálna anorexia. *Česká-slov Pediat*. 2008;63(5):266–271.
14. Žuchová S, Papežová H. Kognitívne funkcie u poruch príjmu potravy. In: Papežová H. *Spektrum poruch príjmu potravy. Interdisciplinárny prístup*. Praha, Czech republic: Grada Publishing, a. s., 2010:89–106.
15. Fonville L, Giampietro V, Williams SCR, Simmons A, Tchanturia K. Alterations in brain structure in adults with anorexia nervosa and the impact of illness duration. *Psychological Medicine* 2013;27:1–11.
16. Uhlíková P. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících In: Papežová H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinárny prístup*. Praha, Czech republic: Grada Publishing, a.s., 2010:134–139.
17. Russell GFM, Szmukler GI, Dare Ch, et al. An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *JAMA Psychiatry*. 1987;44(12):1036–1131.
18. Eisler I, Dare Ch, Russell FM, et al. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa A 5-year Follow-up. *JAMA Psychiatry*. 1997;54(11):986–10556.
19. Lock J. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015;44(5): 707–721.
20. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in context. 1978, England, Cambridge, Massachusetts, and London, Harvard University Press.
21. Eisler I, Dare Ch, Hodes M, Russell, Dodge E, Le Grange. Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions. 2000;41(6):727–736.
22. Tchanturia K, Davies H, Cambell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*. 2007.

---

**MUDr. Martina Paulinyová, PhD.**  
 Klinika detskej psychiatrie LF UK a DFNSP  
 Limbová 1, 833 40 Bratislava  
 mpaulinyova@gmail.com

---