

# Komorbidity porúch príjmu potravy a závislosti

**MUDr. Olena Maidanových**

Psychiatrická nemocnica Prof. Matulaya, Kremnica

**Kazuistika informuje o súvislostiach medzi poruchami príjmu potravy, látkovými a nelátkovými závislosťami. Uvádza aj zahraničné poznatky o tejto téme. Pozornosť tiež venuje terapii porúch príjmu potravy u závislých osôb, o potrebe špecializovaných skupín v komplexnej psychoterapeutickej liečbe takýchto pacientov.**

**Z primárnej poruchy príjmu potravy sa zistil častý štart závislosti, a to najmä závislosti od alkoholu u žien. Poukazujeme aj na nedostatočnú pozornosť zdravotníckych odborníkov v smere diagnostiky porúch príjmu potravy u závislých a na vágne poskytovanie pomoci takýmto závislým osobám. U osôb s látkovou a nelátkovou závislosťou stúpa výskyt porúch príjmu potravín. Preto kladieme dôraz na komplexný terapeutický prístup k závislým, ktorí majú ako vedľajšiu diagnózu poruchu príjmu potravy.**

**Aktuálnosť porúch príjmu potravy sa ukazuje najmä u závislých žien, ktoré sa obávajú, že abstinencia od návykových látok by mohla u nich viesť k návratu symptómov súvisiacich s poruchou príjmu potravy. Psychoterapeutická liečba v rámci špecializovaných skupín je pre udržanie abstinencie o to dôležitejšia.**

**Kľúčové slová:** poruchy príjmu potravy, terapia, špecializované skupiny pacientov

## Comorbidity of eating disorders and addiction

**The work highlights the current problems, such as frequent start of dependencies (especially alcohol dependence of women) caused by primary eating disorder, lack of attention from health professionals towards earlier diagnosis of eating disorders in finding addictological diagnosis and providing help to dependent persons. It emphasizes the singularity of eating disorders for people with substance and non - substance addictions. The author stress the comprehensive therapeutic approach to addicts who have secondary diagnosis, an eating disorder.**

**Key words:** eating disorders, therapy, specialized patient groups

Psychiatr. prax, 2021;22(1):37-42

## Úvod

Uvádžame stručný literárny prehľad zo zahraničia o komorbidity užívania psychoaktívnych látok u pacientov s poruchami príjmu potravy. Komorbidity tu znamená súčasný výskyt aspoň dvoch špecifických psychických porúch u danej osoby a v danom čase.

Termín „nadužívanie psychoaktívnych látok“ sa v tejto práci používa ako nadradený pojem, zahŕňajúci závislosť alebo škodlivé užívanie, resp. abúzus, definované podľa ICD-10 a DSM-IV TR (1, 2) a DSM 5 (3). V texte používané pojmy ako psychoaktívna látka - návyková látka - droga - alkohol sú synonymá zahŕňajúce všetky látky s potenciálom rozvoja závislosti pri ich užívaní podľa ICD-10.

Primárna porucha príjmu potravy je častým spúšťačom závislosti (najmä závislosti od alkoholu u žien). Nedostatočná pozornosť, čo sa týka diagnostiky tejto poruchy, sa jej venuje aj zo strany samotných zdravotníkov, čo pri už rozvinutej závislosti v nemalej miere ovplyvňuje efektivitu poskytovanej pomoci takýmto jedincom. V liečbe

závislých, ktorí majú vedľajšiu diagnózu - poruchu príjmu potravy - je potrebný komplexný terapeutický prístup k takýmto pacientom.

## Poruchy príjmu potravy a užívanie návykových látok

U porúch príjmu potravy je zneužívanie návykových látok vrátane alkoholu častou komorbidity. U bulimických pacientok sú zneužívanie a závislosť od návykových látok častejšie a viditeľnejšie. Závislé správanie môžeme pozorovať u 30-37 % bulimických pacientok, a to prevažne ako následok poruchy príjmu potravy. Pravdepodobnosť vzniku závislosti od niektorej návykovej látky/alkoholu, je u bulimických až 7x vyššia ako u anorektických.

Závislosť od alkoholu i od drog môže predchádzať poruche príjmu potravy, môže vzniknúť pri jej liečení alebo existovať súčasne. Vznikne často zo snahy riešiť alkoholom a drogami zvýšenú chuť do jedla, jedlo nahradiť drogou pre získanie lepšej kontroly nad jedlom alebo lepšie znášať reštrikciu jedla (4).

Takýto problém môže vyústiť do nielen fyzických, ale aj psychických ťažkostí, takých ako strata všetkých záujmov a vzťahov, sklon k izolácii, strata kritickosti k neprimeranému chudnutiu, poruchy koncentrácie, pokles psychického výkonu, nedôvera v seba aj v ostatných, vzťahovačnosť, podráždenosť, pocity viny a hanby, samovražedné myšlienky, depresie, úzkostné poruchy, ktoré vyústia až do obsedantno - kompulzívnej poruchy. Regulácia emócií, nálady a regulácia jedla je prepojená aj pokiaľ ide o štruktúry mozgu, presnejšie prenášače - neurotransmitery. A to pre účinky týchto látok na centrum odmeny. Centrum odmeny v mozgu stimulujú veci ako pochvala, starostlivosť o naše telo, cvičenie, niekoho náklonnosť k nám. Aktivuje sa aj vplyvom drog, alkoholu či zneužívaním potravín. A pretože stimulácia centra odmeny zároveň blokuje nežiaduce emócie, vzniká návykový cyklus. Drogy či jedlo sa stávajú zúfalo žiadanou látkou. Práve pacientky s poruchami príjmu potravy cítia úľavu vtedy, keď kontrolujú svoj príjem potravy.

Tento problematike sa venujú aj zahraničné výskumy. Informujú o komorbidite porúch príjmu potravy s užívaním návykových látok. Autori článkov sa najčastejšie zaoberali otázkou, ktorá forma poruchy príjmu potravy má väčší predpoklad, že sa u nej vyskytne komorbidity užívania niektorých návykových látok, či ide o alkohol alebo o iné drogy.

Štúdia s názvom Komorbidity porúch príjmu potravy a užívanie návykových látok - prehľad literatúry, bola publikovaná v časopise *International Journal of Eating Disorders* v roku 1994 (6). Autori Holderness, Brooks-Gunn a Warren sa snažia o syntézu literatúry na túto tému za posledných pätnásť rokov. Obsahuje 51 štúdií, ktoré sa zaoberajú touto komorbidity, kde sú ženy klasifikované ako drogové alebo alkoholovo závislé, a zároveň trpia poruchami príjmu potravy, či kde sú ženy prvotne klasifikované ako trpiace niektorou poruchou príjmu potravy a druhotne užívajú nejaké návykové látky. Uvedená štúdia sa snaží odhaliť spojitost s anorektickým alebo bulimickým správaním a užívaním návykových látok. Ukázalo sa, že pacientky s diagnózou bulímia alebo anorexia purgatívneho typu majú väčší sklon k užívaniu návykových látok a alkoholu, teda aj vyššie riziko vzniku závislosti. U žien s anorexiou reštriktívneho typu sa užívanie návykových látok vyskytuje v menšej miere. U príbuzných pacientov trpiacich poruchami príjmu potravy nebola zistená vyššia prevalencia užívania návykových látok (6).

Ďalší článok *Poruchy príjmu potravy a užívanie návykových látok u kanadských žien - národné štúdie* (7) vznikol na univerzite v Toronte a bol publikovaný v akademickom časopise *Addiction*. Cieľom bolo preskúmať komorbidity medzi poruchami príjmu potravy a užívaním návykových látok vo veľkej národno - reprezentatívnej štúdiu kanadských dospelých žien. Skúmalo sa celoživotné aj občasnú užívanie návykových látok. Dizajn výskumu bol založený na sekundárnej analýze dát. Boli použité štatistiky z *Canadian Community Health Survey (CCHS)*. Na meranie rizika vzniku porúch príjmu potravy bol použitý *Eating Attitude Test (EAT-26)*. Miera užívania alkoholu a užívania nelegálnych drog bola meraná pomocou príslušných modulov

z krátkej formy *Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF)*. Údaje o národno - reprezentatívnej vzorke kanadských dospelých žien boli rozdelené do troch vekových skupín. V záveroch štúdie sa ukázala významná spojitost medzi poruchami príjmu potravy a užívaním návykových látok, a to vo vekových skupinách 15 - 24 a 25 - 44 rokov. Časový rámec bol dvanásť mesiacov. Výsledky štúdie podporujú výzvu pre rozvoj krátkych skriningových nástrojov pre dospelé ženy s problémami spojenými s jedlom a zneužívaním návykových látok a podporujú vývoj liečebných stratégií, ktoré sa zaoberajú komorbidity porúch príjmu potravy a užívania návykových látok.

Iná štúdia z roku 2009 od autorov Arias, Hawke a Keminer poukazuje na existenciu spojitosti medzi užívaním návykových látok a príznakmi porúch príjmu potravy. Najmä u osôb s diagnózou mentálnej bulímie a psychogénneho prejedania sa. Táto štúdia tiež potvrdila hypotézu, že u mladých ľudí, najmä u žien, sa s príznakmi porúch príjmu potravy objavuje aj častejšie užívanie alkoholu. Najvyššia prevalencia užívania alkoholu sa vyskytla u žien s celoživotnou prevalenciou mentálnej anorexie s epizódami prejedania sa a zvracania (33,5 %) a najnižšia u pacientiek s mentálnou anorexiou reštriktívneho typu (13,7 %). Vzorku tvorilo 731 žien (8).

Root (2010) uvádza, že riziko zneužívania alkoholu je podľa výsledkov výskumu vyššie u jedincov, ktorí trpeli záchvatovým prejedaním pri nízkej hmotnosti v porovnaní s tými, ktorí trpeli záchvatovým prejedaním až po znovu dosiahnutí normálnej hmotnosti (10).

Na ilustráciu vážnosti daného problému uvádzame kazuistiku, ktorú sme vypracovali na základe prvovýšetrenia, anamnézy a katamnézy. Údaje sme získali od psychiatrickej pacientky, závislej od alkoholu a so súčasnou poruchou príjmu potravy. U tejto pacientky bol zistený výskyt nadmerného užívania alkoholu. Okrem toho bol v jej dokumentácii zaznamenaný výskyt afektívnych symptómov (depresívnych), suicidálne úmysly viazané na obdobie súčasnej epizódy poruchy príjmu potravy, preskripcia antidepresív viazaná na súčasnú epizódu poruchy príjmu potravy, syndromologic-

ká diagnóza, poruchy nálady pri jej prijatí na hospitalizáciu.

V práci poukazujeme na potrebu komplexného terapeutického prístupu u závislých s touto pridruženou diagnózou.

## Kazuistika

38-ročnej vysokoškolsky vzdelanej pacientky Gizely S., liečenej pre závislosť na alkohole.

*Osobná anamnéza:* Choroby v detstve: bežné detské vírusové ochorenia. V puberte mala dysmenorheu, 1x pre gastroenteritídu bola týždeň ambulantne liečená.

*Diagnózy:* Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu F10.2 - syndróm závislosti

Depresia, bližšie neurčená F 32.9  
Mentálna bulímia F 50.2

*Rodinná anamnéza:* Rodičia so stredoškolským vzdelaním, momentálne na starobnom dôchodku. Matka celý život bojovala s nadváhou a trápila sa rôznymi diétami, ktoré jej pomohli nejaké to kilo schudnúť, opakovane však mala jojo efekt, dosť často mala bolesti žalúdka. Jeden brat je zdravý, nikdy nezneužíval žiadne látky, nemal problémy s hmotnosťou. Rodinná anamnéza je bez neuropsychickej, či kriminálnej záťaže. Rodinné vzťahy boli podľa subjektívnych údajov vcelku harmonické, výchova skôr benevolentná. Počas svojho dospievania bývala s rodičmi a bratom, potom počas vysokoškolského štúdia bývala striedavo u svojej tety. V súčasnej dobe žije s manželom, deti nemajú. Spoločnými aktivitami rodiny boli výlety do prírody.

*Lekárske vyšetrenia:* Psychiatrickú pomoc vyhľadala prvýkrát až vo svojich 28 rokoch (r. 2010), vtedy už päť rokov „bojovala“ s anorexiou a bulímiou. Po 3 rokoch ambulantnej liečby bola odporučená na protialkoholické liečenie. Od 1/2013 do 3/2013 absolvovala celú liečbu. Následne prešla psychoterapiou, tiež vyhľadala nutričného poradcu, ktorý jej pomohol naplánovať si kompletný jedálny lístok tak, aby si porcie neuberala a zároveň nedochádzalo k prejedaniu sa. Pacientka sa naučila normálne a dostatočne stravovať, naučila sa rozumieť svojmu telu a jeho potrebám, abstinuje od alkoholu ostatných 5 rokov.

**Biografická anamnéza:** Gizela sa narodila ako chcené a vytúžené dieťa. Po štyroch rokoch sa narodil brat. V detstve bola Gizela štíhla, ale nechcela jesť to, čo jej rodičia pripravovali a nútili ju jesť. Viackrát sa to pri obedoch a večeriach neobišlo bez hádok. Doma platil zákon: „Kým to všetko nezješ, nehneš sa od stola“. Spoločne sa rodina pri stole stravovala len počas sviatkov. Gizela samu seba začala vnímať ako „tučnú“ v období jej dospievania. Začala to riešiť vyhadzovaním desiatej, začala viac športovať, čo jej celkom zmenilo postavu. Začiatok bulimického kolotoča u Gizely začal v jej 22 rokoch. Vtedy mala už 6 rokov vzťah so svojim priateľom a dozvedela sa o jeho nevere. Príčinu nevery priateľa začala hľadať v sebe. Začala sa snažiť byť viac „dokonalá“, aby mal pocit, že len ona je tá najlepšia. Vzťah sa po nejakej dobe urovnal, priateľ Gizelu uistil, že má rád len ju a požiadal ju o ruku. Pár mesiacov pred svadbou však došlo k tragédii, priateľ havaroval na motorke a haváriu neprežil. Počas dvoch mesiacov po jeho smrti Gizela schudla 8 kg. Vtedy začala užívať lieky na liečbu nespavosti, depresie a na zahnanie smútku aj alkohol. Postupne zvyšovala dávky alkoholu, začala popíjať po obede, osamote, pretože mala dojem, že nikto nechápe jej smútok. Stravovala sa nepravidelne, občas vôbec nejedla, niekedy sa prejedala. Asi o pol roka neskôr počula od známeho: „Hej, ty si nejako veľa pribrala, že?“ Vtedy sa ešte pacientka nedokázala nikomu zveriť s vlastnými problémami, nevyhľadala odbornú pomoc. Myslela si, že sama prestane piť a bude pravidelne jesť, nebude hladovať alebo sa prejedať. V jednom z časopisov Gizela objavila článok o bulímii, kde detailne popisovali, ako dievčatá svoju diétu a postavu riešia tým, že po jedle zvracajú. Už o dva dni aj Gizela stála pri záchodovej mise. Ďalej pokračovala v štúdiu na vysokej škole. Striedavo bývala u rodičov a u tety. Jej denný harmonogram bol škola, cvičenie, učenie a spánok. Striktne si strážila jedálneho, počítala kalórie, jedla makrobiotickú stravu a obmedzila množstvo jedla. Opíjala sa len cez víkendy. Anorektické obdobie sa u nej striedalo so záchvatmi prejedania sa a so zvracaním. Akonáhle raz prepadla záchvatu prejedania sa, nedokázala už prestať. Stokrát si povedala, že odolá

záchvatu prejedania sa, ale keď prišiel, zabudla na všetko. Neskôr sa začala viac skrývať pred okolím, nechodila von, zdržovala sa viac doma, pretože tam ju nikto nevidel ako sa napcháva, opíja sa a ako zvracia. Postupne sa objavili aj rôzne fyzické príznaky, mala opuchnuté oči, slinné a lymfatické žľazy, opuchnuté brucho, cítila únavu, potila sa. Po nejakom čase sa objavila depresia, pocity viny, problémy so spánkom. Prvé dva roky mala jeden až dva bulimické záchvaty týždenne. Od 24 do 27 rokov nemala žiadne výrazné bulimické záchvaty, prestala aj piť alkohol, ale mala už skreslené názory na vlastnú postavu. Utrácala veľa peňazí za rôzne prostriedky na chudnutie, za tabletky, ktoré mali potlačiť chuť do jedla, na zoštíhľujúci pás, myostimulátor, atď. Vo veku 24 rokov sa zoznámila vo svojom novom zamestnaní so svojim budúcim manželom Ž. Zamilovala sa do neho a chcela kvôli nemu vyzeráť čo najlepšie, preto začala zase chudnúť. Ž. odišiel na mesiac na dovolenku a počas toho Gizela výrazne obmedzila porcie jedla, aby schudla čo najrýchlejšie, aj pre svadbu. Ž. jej po návrate z dovolenky povedal, že je teraz veľmi pekná, že predtým bola baculatá. Táto veta odštartovala u nej znovu záchvaty bulimie a následné pocity viny, pokles nálady, ktorý si „vylepšovala“ alkoholom. V priebehu ďalších 2 rokov vážila len asi 40 kg a začali sa u nej prejavovať zdravotné problémy.

Odbornú lekársku pomoc vyhľadala prvýkrát vo svojich 28 rokoch, sťažovala sa na skleslú náladu, nespavosť, zneužívanie alkoholu pre nespavosť a pocity úzkosti. K bulímii sa však lekárovi nepriznala, preto bola pre celkové vyčerpanie organizmu nútená zostať doma tri mesiace na PN. Počas toho obdobia mala niekoľko 1-2-dňových alkoholických recidív. Ambulantne začala medikamentóznou terapiu antidepresívami (Fluvoxamin) a súhlasila s návrhom na ústavnú protialkoholickú liečbu, na ktorú nastúpila v roku 2013.

Pri prijíme do ústavu bola v úvode konverzácie napätá, podozrievavá, donútená k hospitalizácii. V ďalšom priebehu rozhovoru už ochotne rozprávala na irelevantné témy. Pozorované bolo viditeľné napätie a úzkosť, ak šlo o zneužívanie alkoholu a jej stravovacie návyky. Uvedomovala si, že sa potrebuje uzdraviť,

ale nemôže prekonať „strach z jedla“, na úzkosť a skleslú náladu si dávala alkohol, pomáhal jej aj na zníženie chuti do jedla. Nepostrehla, ako si navýšila dávky a frekvenciu pitia, len doma jej povedali, že je stále opitá a príliš chudá. Domnievala sa, že túžba po chudnutí bola spôsobená skutočnosťou, že bola „škaredá a tučná“. Zvracanie a hladovanie vysvetľovala aj tým, že v jednom období jej lekári odporúčali držať diétu, aby si nezaťažovala pečeň a žalúdok. Veľkú pozornosť venovala svojmu vzhľadu, veľkosti porcie jedla, frekvencii stravovania, vynechaniu celého radu jedál, potrebe dennodenne cvičiť, mala strach z priberania a radosť z chudnutia. Mala narušené vnímanie vlastnej postavy. Počas rozhovoru boli prítomné epizódy úzkosti, trápenia, pocity neschopnosti zvládnuť situáciu, plánovať si budúcnosť. Vo vnímaní neboli kvalitatívne poruchy prítomné, myslenie bolo bradypsychické, bez akútnej psychotickej symptomatiky, somatizácia. Anhedónia, afektívna labilita s lakrimozitou, suicidálne myšlienky bez tendencie k realizácii, hypoaktivita, hypobúlia, redukcia sociálnych kontaktov. Intelekt orientačne v pásme priemeru, mnestickej funkcie s ľahkým znížením krátkodobej pamäti. Osobnosť astenická, etyldependentná, s príznakmi syndrómu dysmorfóbie.

Celkový klinický obraz zodpovedal mentálnej bulímii s depresívno-anxióznou symptomatikou spojenou so syndrómom závislosti od alkoholu.

**Somatický stav:** kachexia, telesná hmotnosť 41 kg pri výške 170 cm, habitus astenický, subkutánne tukové tkanivo neprítomné. Akrocyanóza rúk a laktov. Koža bledá, studená, šupinatá, suchá, s modrastým nádychom. Chrup kariézny. Krvný tlak 80/40 mm Hg. Konštantná bradykardia (pulz do 50/min). Na EKG bradykardia, vertikálna poloha elektrickej osi srdca, narušenie regeneračných procesov v myokarde. Dýchacie orgány bez zjavného patologického nálezu.

**Neurologický stav:** nystagmus, asymetria úst, dakryorea, tremor prstov rúk, hyperhidróza dlaní. Výrazné ochlpenie tela na rukách, nohách, chrbte.

**Laboratórne vyšetrenie:** normochromná anémia, hypoalbuminémia, inak parametre v referenčnom rozmedzí.



**Psychologické vyšetrenie:** zníženie krátkodobej pamäte, ťažkosti pri výbavnosti. Porušenie dynamickej stránky myslenia. Opakované vyšetrenia (vrátane psychologického) neodhalili žiadne produktívne psychotické symptómy.

### Terapia:

V úvode sme ponechali pôvodnú antidepresívnu terapiu Fluvoxaminom. Pri voľbe tohto lieku sa berie do úvahy neurobiologický mechanizmus vzniku porúch príjmu potravy, depresie a farmakologické vlastnosti Fluvoxaminu.

V genéze a udržiavaní psychogénnych príznakov PPP sa špeciálny význam kladie sérotonínu. Experimentálne výsledky rôznych pracovných skupín (11,12) poukazujú, na základe použitia rozdielnych metód, na zníženú aktivitu sérotonínového systému bulimických pacientok. Popri signifikantne zníženej koncentrácii hlavných sérotonínových metabolitov v sére bulimických pacientok sa našla aj opačná spojitosť medzi častotou záchvatov prejedania sa a koncentraciou metabolitov v porovnaní s kontrolnou skupinou. U bulimických pacientok existujú náznaky, že sa narušená sérotoninergná funkcia nenormalizuje úplne ani pri remisii ochorenia. Znížená sérotonínová aktivita bola diskutovaná aj v súvislosti s genézou depresívnych ochorení. Výskumy ukázali, že pri nedostatku sérotonínu je kompenzačne výrazne zvýšená chuť na stravu bohatú na sacharidy, vrátane následného záchvatu prejedania. Naopak diéta s proteínovou stravou chudobnou na sacharidy, ktorú mnohé pacientky s PPP uprednostňujú, môže viesť k relatívnemu nedostatku sérotonínu v mozgu a k depresiám (13).

Fluvoxamin ako SSRI antidepresívum 2. generácie pôsobí na 5HT<sub>2c</sub> receptory (ich centrom je ncl. raphes). Pôsobí antidepresívne, ľahko tymolepticky a psychostimulujúco, zlepšuje kvalitu spánku a redukuje kompulzie. Pôsobením na stigma-1-podtyp opiátových receptorov v hipokampe, amygdale, substantia nigra a v mediofrontálnej kôre zlepšuje kognitívne funkcie a emócie. Už na druhý deň užívania lieku sa aktivuje spracovanie axónov neurónov v dôsledku indukcie faktora rastu neurónov (NGF), čím do-

chádza k rozvoju medzineuronálnych spojov, a tým k zlepšeniu pamäti, pozornosti a orientácie (14). Pôsobením na alfa-1 receptory Fluvoxamin nespôsobuje spazmus arteriol a nezvyšuje krvný tlak, má nižšiu afinitu k muskarinovým receptorom, nižšiu toxicitu a je bezpečnejší pri predávkovaní (14).

Rozbehol sa bežný terapeutický manažment liečby závislosti od alkoholu, medikácia s cieľom ovplyvnenia psychickej symptomatiky, režimová liečba, kognitívno-behaviorálna terapia, skupinová psychoterapia, autogénny tréning. V individuálnej terapii sme opatrne otvárali tému smrti priateľa (prvá láska). V druhom mesiaci hospitalizácie konštatujeme zlepšenie compliance, stravovania, nárast hmotnosti o 3,5 kg. Po 6 týždňoch liečby sa Gizela prvýkrát zverila s bulimiou aj svojmu manželovi, ktorý jej poskytol veľkú podporu pre boj s chorobou. Dvakrát spolu absolvovali rodinnú terapiu. V tom čase urobila najdôležitejší krok – naučila sa hovoriť pravdu. Pravdu o tom, ako sa cíti, čo jej prekáža, čo ju trápi, aká je unavená, atď. V priebehu tretieho mesiaca urobila ďalší krok – pochopila, že bulímia nie je bojom o jedlo, či postavu, ale spôsobom, ako sa vyrovnáť s vnútornými problémami, bolesťou a neporozumením ostatných. Uvedomila si, čo jej bulímia dala a naopak, čo vzala. Pochopila, že ak chce normálne žiť, nepotrebuje na to alkohol, ale musí začať normálne jesť, tzn. prestať sa vyhýbať kalorickým potravinám, ktoré si predtým odopierala (knedle, pečivo, mäso, sladké jedlá atď.). Prírastok hmotnosti bol 6 kg, pozorovali sme postupnú redukcii obsedantnej, úzkostnej a depresívnej symptomatiky, pacientka verbalizovala motiváciu i k následnej abstinencii od alkoholu.

Po prepustení pokračovala v ambulantnej liečbe veľmi dôsledne. Pokračovali sme v medikácii Fluvoxaminom v dávke 100 mg denne. Pravidelne, raz mesačne navštevovali spolu s manželom A-klub, snažili sa jesť pravidelne doma aj v spoločnosti. Prečítala si literatúru o poruchách príjmu potravy, začala si zapisovať čo zje, postupne zvyšovala dávky denných porcií. Od prepustenia z liečby je zreteľná tendencia k zlepšovaniu. Aktuálne stav

hodnotíme ako stabilizovaný, bez depresívnych príznakov, úzkostné príznaky sa zredukovali, výrazne oslabla potreba nútenej kontroly stravovania sa. Celkovo došlo k zlepšeniu fungovania celej rodiny ako celku. Pretrvávajú však ešte obavy z recidívy ochorenia.

### Diskusia

U pacientky s úzkostne-vzťahovými črtami a s určitou dedičnou záťažou sa pod vplyvom psychogénnych faktorov vyvinula mentálna bulímia sekundárne komplikovaná syndrómom závislosti od alkoholu a depresiou. Charakteristickým znakom tohto pozorovania bola prítomnosť výraznej fixácie na fungovanie gastrointestinálneho traktu, ktorá bola zrejme spôsobená premorbídny vlastnosťami pacientky a mikrosociálnymi podmienkami.

### Liečba a jej úskalia

Liečba PPP musí byť komplexná. Musí klást dôraz na znovuoobnovenie ideálnej hmotnosti, uzdravenie zo somatických dôsledkov poruchy, obnovu stravovacích návykov, postojov k stravovaniu, k hmotnosti a vzhľadu, a samozrejme, treba stabilizovať psychický stav. V neposlednom rade je potrebné aj uzdravenie v sociálnej a vzťahovej oblasti.

### Princípy liečby:

- liečbu vedie psychiater v spolupráci so psychológom a prípadne aj s ďalšími lekármi (gynekológ, gastroenterológ),
- liečba prebieha ambulantne, v ťažších prípadoch v nemocnici (2-3 mesačný pobyt, podobne ako pri liečbe závislosti),
- nestačí „naučiť sa“ normálne stravovať a dosiahnuť primeranú hmotnosť – porucha príjmu potravy prekrýva hlbšie emočné problémy, tie sa riešia v psychoterapii, nutná je spolupráca s príbuznými,
- lieky môžu pomôcť na pridružené symptómy, napr. depresiou, úzkosti, výkyvy nálady
- liečba trvá tým dlhšie, čím dlhšie trval neliečený problém; úspešnosť liečby závisí najmä od motivácie pacientky.

Hilbert, Hoek a Schmidt (2017) urobili prehľad deviatich štandardných

postupov v liečbe PPP z ôsmich krajín, ktoré boli publikované v rokoch 2009 až 2017. Pri mentálnej anorexii a mentálnej bulímii uvádzajú nasledovné údaje z jednotlivých sprievodcov na dôkazoch založenej liečby. Všetky štandardné postupy odporúčajú začať liečbu ambulantným spôsobom. Hospitalizáciu je potrebné zvážiť u pacientov, u ktorých ambulantná liečba zlyhala, alebo u ktorých je vysoké riziko zdravotných komplikácií, napr. váha (extrémne nízke BMI), správanie (napr. významné odmietanie potravy), narušené vitálne funkcie (napr. tep pod 40 úderov za minútu), psychiatrické komorbidity (napr. suicidálne riziko), alebo faktory prostredia (napr. negatívne ovplyvňovanie rodinnou situáciou). U výrazne vychudnutých pacientov, ktorí nesúhlasia s liečbou, väčšina štandardov odporúča nútenú liečbu (5).

Jednostranné zdôrazňovanie primeraného kalorického príjmu alebo príliš nátlakový a direktívny prístup zo strany rodiny aj odborníkov môže zvýšiť záťaž, stres a úzkosť už aj tak u dost 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 normalizácii hmotnosti po liečbe pretrvávajú dysfunkčné myslenie a anorektické alebo bulimické správanie, resp. návyky. To môže viesť k nebezpečnej chronifikácii ochorenia a následne zhoršiť prognózu vyliečenia. Je dôležité pacientku resp. pacienta a jeho príbuzných podrobne edukovať o poruche a jej následkoch a postupne ich získať pre spoluprácu, získať ich pomoc pre správnu motiváciu chorého k liečbe. Súčasne treba pracovať na liečbe závislosti či poruche nálady a spracovávaní stresových situácií. V liečbe je dôležité jasne stanoviť pravidlá a dôsledne ich dodržiavať. Zásadným rozhodnutím býva, či liečba pacienta môže ešte prebiehať ambulantne, alebo už je nutná hospitalizácia. Indikačnými kritériami na hospitalizáciu by mal byť hmotnostný úbytok 25 % a viac, závažné somatické komplikácie a psychiatrická komorbidita, a to najmä výrazné poruchy nálady. Ak nie je dostupná iná liečba a sociálne faktory sú

nepriaznivé, alebo zlyháva rodina vo svojej primárnej starostlivosti (často aj pre prebiehajúcu poruchu príjmu potravy), je hospitalizácia rovnako najvhodnejším riešením.

Pokiaľ ide o jednotlivé liečebné postupy, väčšina štandardov obsahuje odporúčania pre nutričný manažment od umelej výživy (8 sprievodcov) ku všeobecnému nutričnému poradenstvu (6 sprievodcov). Štandardné postupy zhodne uprednostňujú perorálnu enterálnu výživu pred parenterálnou výživou, ktorá má byť len poslednou možnosťou. Všeobecné nutričné poradenstvo by malo byť podľa dvoch sprievodcov (Nemecko a Veľká Británia) časťou multidisciplinárneho terapeutického prístupu a nemalo by sa používať samotné. Pokiaľ ide o odporúčané zvýšenie hmotnosti, jeho rozsah je u hospitalizovaných pacientov v rozmedzí 0,5-1,5 kg/mesiac resp. u ambulantných pacientov v rozmedzí 0,2-0,5 kg/mesiac (5).

Mentálna anorexia či mentálna bulímia sú ochorenia, ktoré sa okrem iného vyznačujú veľmi nízkym príjmom skutočne strávenej potravy. Obmedzenie stravy je však skutočne vyjadrené v čistej (reštriktívnej) forme mentálnej anorexie, pričom pacienti s bulimiou nemusia vždy trpieť malnutríciou, často je ich hmotnosť v norme a v niektorých prípadoch môžu dokonca mať aj miernu nadváhu. Stupeň tolerancie malnutrie býva u chorých častokrát značný a dokonca často prekvapuje veľká čulosť pacientok aj v čase, keď stratili značné množstvo telesnej hmotnosti. Do nemocnice sa chorí často dostávajú v čase, keď u nich došlo k výraznej strate telesnej hmotnosti i zásob minerálov a objavila sa u nich celková slabosť, dehydratácia alebo naopak sklon k retencii tekutín. Stav je sprevádzaný sekundárnymi javmi malnutrie ako amenorea, zmeny v gastrointestinálnom trakte, zníženie imunity, postihnutie kože a kožných adnexov, metabolické kostné ochorenia, zmeny endokrinného systému. Situácia, keď je u takto chorých a podvyživených pacientok potrebná umelá nutričná podpora, nie je po ich prijatí do nemocnice výnimočná. Začatie nutričnej podpory u pacientok s mentálnou anorexiou však môže byť pomerne komplikované.

Dôvodom nie je len nevoľa chorých prijímať dostatočné množstvo potravy, ale veľmi často komplikácie, ktoré so snahou o rýchlu úpravu nutričného stavu súvisia. Pacientky s mentálnou anorexiou sú ohrozené najmä vznikom tzv. refeeding syndrómu. (9)

Refeeding syndróm je názov pre symptómy, ktoré sú spojené s náhlym zvýšením príjmu energie (najmä energia sacharidov) u chorých, ktorí sú v stave ťažkej podvýživy. Toto postihnutie bolo známe najmä z vojnových rokov (1. i 2. svetová vojna), keď väzni koncentračných či zajateckých táborov, ktorí boli v štádiu ťažkej podvýživy, často umierali po tom, čo začali prijímať väčšie množstvo potravy. U chorých, ktorí majú ťažkú podvýživu a dostali väčšie množstvo glukózy vzniká pokles hladiny sérového draslíka, sérového fosforu a horčíka. Následné vznikajú klinické symptómy spojené s hypofosforémiou a s ňou veľmi často sa viažucou hypomagneziémiou a hypokaliémiou. Ide najmä o nasledujúce skupinu príznakov: zmena psychického stavu (útlm, podráždenosť až delirantný stav), mierne parestézie akrálnych častí horných a dolných končatín, porucha chuti a parestézia v oblasti úst, vznik kŕčov na horných i dolných končatinách, ťažké dýchanie, retencia tekutín, svalová paralýza s útlmom dychového centra, vznik malígnych arytmií. Plejáda klinických symptómov spojená s poruchou mineralogramu je veľmi pestrá, môže zahŕňať spektrum psychických zmien na jednej strane, ale môže byť aj príčinou náhleho úmrtia pre malígnu arytmiu na druhej strane. Taktiež retencia tekutín a vznik opuchov po začatí realimentácie u ťažko podvyživených pacientov napaadne koreluje s nízkou hladinou fosforu v tejto fáze. Prevencia a liečba realimentačného syndrómu je pomerne jednoduchá. Je potrebné na niekoľko dní spomaliť energetický príjem organizmu (množstvo sacharidov obmedziť na 150 - 200 gramov denne) a venovať zvýšenú pozornosť dopĺňaniu chýbajúcich minerálov primeraným tempom (čím je deficit menší, tým pomalšie). Najťažší pacienti by mali byť sledovaní a liečení na jednotke intenzívnej starostlivosti (9).

Hospitalizácia „ľahších“ pacientov by mala prebiehať na psychiatrickom

oddelení s kvalifikovaným personálom, ktorý má skúsenosti s problematikou porúch príjmu potravy i s liečbou závislosti. Mala by prebiehať krátko s dôrazom na diagnostiku a stabilizáciu somatického stavu. Hlavnou a vo svete overenou psychoterapeutickou metódou je kognitívno-behaviorálna terapia. Najmä v poslednom období z nej vychádzajúca dialekticko-behaviorálna terapia, ktorá umožňuje terapeutovi pracovať individuálne aj skupinovo. Dôležité je nutričné poradenstvo a psychoedukácia pacientky, rodičov a príbuzných. Russel už v roku 1987 preukázal, že rodinná terapia je efektívnejšia ako individuálna terapia, výsledky potvrdila aj follow up štúdia po desiatich rokoch (15). Súhrnná práca Jamesa Locka (2015) analyzovala a publikovala výskum v oblasti psychosociálnych intervencií u pacientov s poruchami príjmu potravy, pričom potvrdila superioritu rodinnej terapie nad individuálnou, aj keď obe signifikantne vedú k zreteľnému klinickému zlepšeniu. Spomedzi prístupov, ktoré pracujú s celou rodinou sa zvlášť vyzdvihuje behaviorálna forma rodinnej terapie. Jej názov je „Na rodine založená terapia“ (Family based therapy – FT-B), resp. „Maudsley prístup“ (16). Vychádza z prác zakladateľa rodinnej terapie Minuchina, ktorý prvý pozoroval, že zapojenie rodiny významne prospieva vyliečeniu (17). Eisler a Dare v Maudsley Hospital v Londýne založili na báze Minuchinovej terapie celkom nový prístup. Zapájali rodiny pacientok s PPP ako nevyhnutný zdroj pre uzdravenie. Uvedený prístup celkom mení paradigmu liečby, lebo tými, kto superviduje a kontroluje stravovanie, sú rodičia. FT-B považuje rodičov za oprávnených prelomiť bludný kruh narušeného stravovania a za najlepší zdroj vyliečenia. Pomerne novým spôsobom psychoterapeutickej intervencie je skupinová rodinná terapia. Prebieha formou spoločných stretnutí pod vedením terapeuta. Štyri až šesť rodín strávi spoločne 10 dní v priebehu 9 mesiacov. Takáto forma liečby umožňuje vytvorenie terapeutického vzťahu s celou rodinou, konfrontáciu symptómov PPP v rámci rodiny, analýzu a porovnanie individuálnych a spoločných potrieb

v kontexte rodinného života. Odhaduje sa, že podľa tejto metódy dochádza k dlhodobiejšiemu uzdraveniu u asi 60-90 % pacientov. Sľubnou terapeutickou intervenciou, aj keď doplnkovou, je u adolescentov s PPP intervencia zacielená na už uvedené kognitívne deficity (18). Kognitívna remediácia pozostáva z mentálnych cvičení, ktoré sú zamerané na zlepšenie kognitívnych stratégií, zručností mysle, procesovania informácií praxou. Okrem toho pomáha reflektovať spôsob rozmýšľania, povzbudzuje rozmýšľanie o rozmýšľaní a pomáha objaviť nové stratégie mysle.

### Záver

Poruchy príjmu potravy sú zvlášť v prípadoch, keď je k nim pridružená aj závislosť, závažným psychickým ochorením s vysokým rizikom trvalých následkov v oblasti psychického zdravia, somatického vývoja a reprodukčných funkcií. Fyziologické faktory, spojené hlavne s poruchou stravovania, majú za následok poruchu metabolizmu so zvýšenou záťažou pre organizmus, čo vedie k jeho vyčerpaniu, či manifestácii iných ochorení. Psychické ochorenia majú podklad v ťažkých emocionálnych zážitkoch pacienta, v jeho problémoch so socializáciou a kontrolou správania. S oboma faktormi sa vyžaduje pracovať súbežne. Predpokladom úspešnej liečby je včasná diagnostika 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 tá, kde sa spája možnosť intenzívnej terapie a zároveň zotrvávanie pacientky v jej primárnom prostredí. S oboma faktormi sa vyžaduje pracovať súbežne a do liečby porúch príjmu potravy spojennej so závislosťou je potrebné zapojiť nielen psychiatra a psychológa, ale aj dietológa.

### Literatúra

1. American psychiatric association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 2013, 19 pp. [online]. Dostupné z: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf> Accessed April 13, 2015

- DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington, DC: APA; 1994. ISBN-10: 0890420254.
- DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Washington, DC: APA; 2013. ISBN-13: 978-0890425558.
- Papežová H. Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenného prežívania a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s 35. ISBN 978-80-87142-18-9.
- Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. 2017. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison, *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Nov;30(6):423-437. doi: 10.1097/YCO.0000000000000360
- Holderness CC, Brooks J, Gunn MP, et al. 1994. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of the literature. *Int J Eat Disord*, 16, 1, s. 1-34.
- Piran N, Gadalla T. Eating disorders and substance abuse in Canadian women: A national study. *Addiction*, 2007. 102(1),105-113. DOI 10.1111/j.1360-0443.2006.01633.x.
- Arias JE, Hawke JM, Arias AJ, et al. Eating Disorder Symptoms and Alcohol Use Among Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse: Research & Treatment*. 2009;3:81-91.
- Čierník, M. Realimentačný syndróm – málo známa hrozba. 14.05.2019. Dostupné z: [https://www.osel.cz/10542-realimentacny-syndrom-malo-znama-hrozba.html?typ=odpoved&id\\_prispevku=175715](https://www.osel.cz/10542-realimentacny-syndrom-malo-znama-hrozba.html?typ=odpoved&id_prispevku=175715)
- Root TL, et. al. Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*. 201043(1):14- 21. DOI 10.1002/eat.20670.
- Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, et al. Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;49:132-137.
- Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging – type anorexia nervosa. *Biol. Psychiatry*, 2001;49(7): 644-652.
- Laessle RG, Schweiger U, Fichter MM, et al. Eating Disorders and Depression: Psychobiological Findings in Bulimia and Anorexia Nervosa. 1987.
- Burčinský S. Sigma-receptory a mechanizmy dejstvia antidepressantov: kliniko-farmalogické aspekty, *Neuro-NEWS*. 2012;6 (41):43 – 46. Dostupné <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2012/6%2841%29/article-673/sigma-receptory-i-mehanizmy-deystviya-antidepressantov-kliniko-farmakologicheskie-aspekty#gsc.tab=0>
- 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.
- 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.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in context. England, Cambridge, Massachusetts, and London, Harvard University Press. 1978. ISBN-10: 0674722205.
- Eisler I, Dare Ch, Russel FM, et al. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa A 5-year Follow-up. *JAMA Psychiatry*.1997;54(11):986-10556.

### MUDr. Olena Maidanavych

Psychiatrická nemocnica  
Prof. Matulaya, Kremnica  
maidanavich70@gmail.com