Pôvodná práca

Liečba porúch príjmu potravy u detí a adolescentov na Klinike detskej psychiatrie DFNsP v Bratislave

Martina Paulinyová, Ján Šuba, František Böhmer,
Zuzana Hradečná, Igor Škodáček

Súhrn

Poruchy príjmu potravy patria k závažným duševným poruchám. V predkladanej práci sa zaoberáme retrospektívnou analýzou dostupných údajov u pacientov s poruchami príjmu potravy, hospitalizovaných na Klinike detskej psychiatrie v rokoch 2002–2007. Súbor tvorilo 28 pacientov s diagnózami zo spektra F50 vo veku od 9 do18, 24 dievčat a 8 chlapcov. Sledovali sme vybrané sociodemografické údaje: vek, rodové zastúpenie, kvalitu rodinného prostredia a prvý kontakt s detským psychiatrom. Hodnotili sme aj štruktúru osobnosti pacientov, komorbídne psychické poruchy a dĺžku hospitalizácie. Autori uvádzajú prehľad použitých liečebných postupov a aplikovanej farmakoterapie. Výsledky liečby u pacientov s mentálnou anorexiou hodnotili na základe vzostupu BMI, u ostatných pacientov na základe zmeny v klinickom obraze po absolvovaní liečby. V diskusii analyzujú zistené fakty v širších súvislostiach, aj v porovnaní s publikovanými údajmi.

Kľúčové slová: mentálna anorexia, mentálna bulímia, komorbídne ochorenia, liečba.

Summary

Eating disorders are severe psychiatric disorders. In our research we present a retrospective analysis of available data from patients with eating disorders, admitted to the Children Psychiatric Clinic in years 2002–2007. 28 patients (24 girls and 8 boys) afflicted with eating disorder, aged 9–18, were included in the study. We observed selected socio-demographic categories – age, sex representation, quality of family environment and first contact of the patient with a child psychiatrist. We evaluated personality profile, co-morbidity and length of stay in the hospital. In our paper is included a summary of used treatment and applied pharmacotherapy. Results of treatment of patients with anorexia nervosa were evaluated based on an increase in BMI, in other patients based on a change of clinical status after treatment. In the discussion we put our research results into broader perspective comparing them with published data. The conclusion focuses on pharmacotherapy and possible improvements of our future work.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, comorbidity, treatment.

Poruchy príjmu potravy predstavujú v súčasnosti závažný problém pre celosvetovo rastúcu incidenciu v posledných desaťročiach ako aj vysokú mortalitu pacientov. Mentálna anorexia (MA) je psychická porucha charakterizovaná úmyselným znižovaním telesnej hmotnosti. Porucha sa najčastejšie vyskytuje u dospievajúcich dievčat. Je spojená so špecifickou psychopatológiou: strachom z nadváhy a vtieravými myšlienkami o nevyhnutnosti znižovať alebo trvale udržovať nízku telesnú hmotnosť. Pre stanovenie diagnózy je nutný pokles hmotnosti pod 15 % predpokladanej normy. Mentálna bulímia (MB) je, na rozdiel od anorexie, sprevádzaná frekventnými záchvatmi prejedania sa a následnými kompenzačnými opatreniami.

Podľa aktuálnych epidemiologických štúdií sa predpokladá výskyt MA okolo 0,3 % s najvyššou incidenciou u žien vo veku 15–19 rokov a výskyt mentálnej bulímie okolo 1 % (5), niektoré zdroje uvádzajú výskyt až 1–3 % (9). Morbidita pacientov je rozsiahla a somatické komplikácie sú časté. Pri MA sú zasiahnuté všetky orgánové systémy, ale v popredí sú najmä metabolické, gastrointestinálne a kardiovaskulárne

Klinika detskej psychiatrie Lekárskej fakulty UK a DFNsP, Bratislava
Adresa: Dr. Martina Paulinyová, Klinika detskej psychiatrie Lekárskej fakulty UK a DFNsP, Limbová 1, 833 40 Bratislava 37, Slovensko

komplikácie. Uvádza sa, že mortalita mentálnej anorexie je viac ako 10 % (1).

Poruchy príjmu potravy (PPP) sú ťažko terapeuticky ovplyvniteľné. Boli publikované odporúčania ohľadom liečby, ale napriek tomu neexistuje všeobecne akceptovaný algoritmus, čo môže súvisieť aj s nedostatočnou znalosťou etiologie a patogenézy týchto porúch (14). Z neurobiologického hľadiska je v pozadí biologickej vulnerability dysregulácia neurotransmiterových systémov (9). Neuroendokrinné a neurochemické patologické mechanizmy sú podobné tým, ktoré sprevádzajú úzkosť, chronický stres a psychotické poruchy (13). Na rozvoji PPP sa podieľajú vrodené dispozície a psychodynamické a environmentálne faktory.

Vo všetkých vekových skupinách asi polovica pacientov s poruchami príjmu potravy nespĺňa všetky diagnostické kritériá pre MA alebo MB. Súčasná klasifikácia zaraďuje tieto jednotky pod diagnózu „poruchy príjmu potravy inak nešpecifikované alebo atypické“. U detí a adolescentov je niekedy problém zosúladiť klinický obraz choroby s diagnostickými kritériami. K stanoveniu diagnózy musia byť údaje odobraté veku primeraným spôsobom, lebo deti často nie sú schopné opísať svoje myšlienky, postoje a správanie, alebo môžu byť neochotné a vystrašené na to, aby kvalitne opísali symptómy a spolupracovali pri liečbe. Preto informácie od rodičov sú bezpodmienečne potrebné, ale hodnotenie psychopatológie by sa nemalo odvíjať len od nich (5).

Liečba porúch príjmu potravy ako ochorenia s multifaktoriálnou etiologiou vyžaduje multidimenzionálny prístup. Zahŕňa nutričnú terapiu, psychoterapeutické postupy a farmakoterapiu, rodinnú terapiu a psychoedukáciu.

Liečba porúch príjmu potravy na Klinike detskej psychiatrie (KDP) sa datuje od jej vzniku. Vždy bola zabezpečená úzka spolupráca s pediatrom, endokrinológom, gastroenterológom, gynekológom atď. Po presťahovaní KDP do budovy DFNsP na Kramároch sa ešte viac zjednodušila dostupnosť konziliárnych vyšetrení.

Na liečebnom programe sa na KDP podieľa lekár – detský psychiater, psychológ – psychoterapeut, arteterapeut, sociálny pracovník a stredný zdravotný personál. Pacienti sú v úvode hospitalizácie podrobne somaticky vyšetrení. Je stanovený hmotnostný deficit a BMI, súčasne sa realizuje antropometrické vyšetrenie, stanoví sa somatotyp a optimálna hodnota telesnej hmotnosti. Následne je realizované psychologické vyšetrenie so zameraním na osobnosť pacienta a psychodynamiku rodinných vzťahov. Súčasne prebieha kognitívne behaviorálna terapia a individuálna psychoterapia. Z psychoterapeutických metód využívame aj katatýmne imaginatívnu psychoterapiu. Po adaptácii pacienta na chod oddelenia a absolvovaní prvých psychoedukačných rozhovorov, terapeutický tím spíše s pacientom terapeutickú zmluvu. V nej pacient odsúhlasí optimálnu cieľovú hmotnosť, ktorú chceme dosiahnuť a individuálne nastavené pravidlá terapeutického režimu. Pacienta motivujeme a podporujeme k spolupráci. Dodržiavanie pravidiel odmeňujeme zvýhodneným režimom – telefonátmi, návštevami, vychádzkami z oddelenia. Nedodržiavanie pravidiel má za následok sprísnenie režimu a odňatie výhod. Stravovací režim pozostáva z 3 hlavných a 3 vedľajších jedál denne. Sledujeme kalorickú hodnotu prijatej stravy, v prípade potreby upravujeme jedálniček v spolupráci s diétnou sestrou. Meranie hmotnosti prebieha spravidla jedenkrát denne za rovnakých podmienok (ráno, nalačno, po vymočení). Pacientky motivujeme k vedeniu denníka, aby si cez zaznamenávanie pocitov a myšlienok spojených so stravovaním vytvárali náhľad na ochorenie. Cieľovú hmotnosť nastavujeme individuálne, dosiahnutie ideálnej hmotnosti, vzhľadom na výšku s BMI – zodpovedajúcim veku v niektorých prípadoch očakávame v rámci ambulantného doliečenia.

Vzhľadom na nižší vek našich pacientov a časté somatické komplikácie je hospitalizácia nevyhnutnosťou. Mladší pacienti nie sú vždy k liečbe dostatočne motivovaní, avšak vlastná motivácia je kľúčom k úspechu. Preto ich postoju k liečbe venujeme zvýšenú pozornosť.

Súbor a metodika

Predkladaný súbor pozostával z 28 pacientov zo spektra porúch príjmu potravy F50, z toho 15 s diagnózou mentálna anorexia, 9 s diagnózou atypická mentálna anorexia a 4 pacientky s mentálnou bulímiou. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientov tvorili 2 %. V súbore bolo 24 dievčat a 8 chlapcov.

Z chorobopisnej dokumentácie uvádzame demografické a klinické dáta – vek, rodové zastúpenie, vek začiatku ochorenia, kvalitu rodinného prostredia a prvý kontakt s detským psychiatrom. Pozornosť sme venovali dĺžke trvania poruchy pred hospitalizáciou, dĺžke hospitalizácie a počtu hospitalizácií. Zaznamenávali sme anamnestické údaje vrátane informácií ohľadom neuropsychiatrickej záťaže v rodine u príbuzných a stability rodinného prostredia. Z údajov o hospitalizácii sme vyhodnocovali osobnostné črty pacientov, intelekt, výskyt komorbídnych duševných porúch ako aj pridružených somatických porúch a ochorení. V rámci retrospektívneho sledovania uvádzame prehľad použitej farmakoterapie. Úspešnosť liečby hodnotíme hmotnostným prírastkom a zmenou BMI u pacientov s mentálnou anorexiou, ale aj hodnotením klinického stavu pri prepustení u všetkých pacientov.

Výsledky

Základné demografické a klinické údaje uvádzame v tabuľke 1.

Rodové zastúpenie v jednotlivých diagnózach – 13 dievčat a 2 chlapci s mentálnou anorexiou, 7 dievčat a 2 chlapci s diagnózou atypická mentálna anorexia, 4 dievčatá a žiadny chlapec s mentálnou bulímiou.

Vek pacientov s MA sa pohyboval od 10 do 17,5 roka s priemerným vekom 13,7 roka. U pacientov s atypickou MA bolo vekové rozmedzie od 9 do 18 rokov s priemerom 14,9. Pacientky s MB boli staršie – približne od 16 do 17 rokov s priemerným vekom 16,6.

Tabuľka 1. Základné demografické a klinické dáta súboru

Premenné:	**Mentálna anorexia F50.0 n=15**		**Atypická mentálna anorexia F50.1 n=9**		**Mentálna bulímia F50.2 n=4**	
Vek (roky)	priemer medián rozmedzie	13,7 r 13,8 10,08-17,5	priemer medián rozmedzie	14,9 r 15,7 8,58-18,08	priemer medián rozmedzie	16,6 r 16,54 16,25-17,25
Pohlavie	chlapci dievčatá	2 13	chlapci dievčatá	2 7	chlapci dievčatá	0 4
Dĺžka trvania PPP pred hospitalizáciou	priemer medián rozmedzie	13,46 mesiacov 9 mesiacov 3–48 mesiacov	priemer medián rozmedzie	10,77 mesiacov 12 mesiacov 1–24 mesiacov	priemer medián rozmedzie	22 mesiacov 15 mesiacov 10–48 mesiacov
Dĺžka liečby pred hospitalizáciou	priemer medián rozmedzie	1,8 mesiaca 1 mesiac 0–6 mesiacov	priemer medián rozmedzie	4,11 mesiacov 1 mesiac 0–20 mesiacov	priemer medián rozmedzie	6,25 mesiacov 6,2 mesiacov 0–12 mesiacov
Pošet predchádzaj. hospitalizácií	priemer medián rozmedzie	0,6 0 0–1	priemer medián rozmedzie	0,56 0 0–3	priemer medián rozmedzie	0 0 0
Dĺžka hospitalizácie	priemer medián rozmedzie	39,7 dní 43 dní 2–103 dní	priemer medián rozmedzie	42,67 dní 40 dní 10–67 dní	priemer medián rozmedzie	15 dní 15 dní 13–17 dní
Komorbídna duševná porucha	n=8 F32 n=4 F43.1 n=1	F42.2 n=3	n=4 F32.2 n=1 F42.2 n=1	F32.0 n=3 F95.0 n=1	n=3 F32.1 n=3 F43.0 n=1	
Zneužívanie návykových látok	n=1 cigarety, alkohol, pervitin, n=1 n=1		n=1 cigarety, alkohol, n=1		n=0	
Suicidálny pokus anamnesticky počet pacientiek	n=0		n=0		n=1	
Psychiatrická záťaž v rodinnej anamnéze	n=9 depresia n=4, alkohol n=1 PPP n=3		n=2 alkohol n=2		n=0	
Psychiatrická záťaž v rodinnej anamnéze	n=9 depresia n=4, alkohol n=1 PPP n=3		n=2 alkohol n=2		n=0	
Rodinné prostredie	stabilné konfliktné dysfunkčné	n=2 n=9 n=4	stabilné konfliktné dysfunkčné	n=4 n=0 n=5	stabilné konfliktné dysfunkčné	n=1 n=0 n=3
Intelekt	nadpriemer priemer subnorma	n=7 n=7 n=1	nadpriemer priemer subnorma	n=2 n=5 n=2	nadpriemer priemer subnorma	n=4 n=0 n=0
Vážnejšie somatické ochorenie	n=2 hypercholesterolémia st. subileosus	n=1 n=1	n=0		n=1 epilepsia n=1	

F32 depresívna fáza, F32.0 mierna depresívna fáza, F32.1 stredne ťažká depresívna fáza, F32.2 ťažká depresívna fáza, F42.2 zmiešané obsedantné myšlienky a konanie, F43.0 akútna reakcia na stres, F43.1 posttraumatická stresová porucha, F90.0 porucha aktivity a pozornosti, F95.0 prechodná tiková porucha

Tabuľka 2. Prehľad využitej farmakoterapie

Psychofarmakoterapia	PPP na KDP DFN v Bratislave v rokoch 2002–2007	
Mentálna anorexia n=15	Antidepresíva SSRI	n=14
	Antipsychotiká II. generácie	n=14
	Prokinetiká (cyproheptadin)	n=10
	Anxiolytiká benzodiazepínové	n=9
	Antidepresíva tricyklické	n=1
	Hypnotiká	n=1
Atypická mentálna anorexia n=9	Antipsychotiká II. generácie	n=8
	Antidepresíva SSRI	n=7
	Prokinetiká (cyproheptadin)	n=1
	Anxiolytiká benzodiazepínové	n=1
	Anxiolytiká-iné (buspiron)	n=3
	Antipsychotikum (tiaprid)	n=2
	Antidepresíva blok. alfa2 rec. (mirtazapin)	n=1
	Antidepresíva tricyklické	n=1
Mentálna bulímia n=4	Antidepresíva SSRI	n=4
	Anxiolytiká benzodiazepínové	n=3
	Antikonvulzíva	n=1

Dĺžka ochorenia pred hospitalizáciou bola v prípade pacientov s mentálnou anorexiou a atypickou MA približne rok, u bulimičiek ochorenie trvalo takmer 2 roky.

Dĺžka hospitalizácie bola u pacientov s MA v priemere 40 dní, u pacientov s atypickou MA 43 dní a pacientky s MB boli hospitalizované priemerne 2 týždne.

Komorbídne duševné poruchy sa vyskytli u 8 pacientov s MA. U 4 pacientov depresívna porucha, u 3 pacientov obsedantne-kompulzívna porucha a posttraumatická stresová porucha u 1 pacienta. U pacientov s atypickou mentálnou anorexiou sa komorbidita vyskytla u 4 pacientov, a to depresívna porucha u 4 pacientov a súčasne tiková porucha s obsedantno kompulzívnou poruchou u 1 pacienta. Pacientky s MB mali ako komorbídnu diagnózu depresívnu poruchu 3 pacientky a 1 pacientka po suicidálnom pokuse diagnózu akútna reakcia na stres.

Zneužívanie návykových látok (alkohol, fajčenie, pervitín) sa vyskytlo u 1 pacientky s MA a 1 pacientky s atypickou mentálnou anorexiou.

Suicidálny pokus sa v našom súbore vyskytol u 1 pacientky s MB.

Psychiatrická záťaž v rodine bola u viac ako polovice pacientov s MA, najmä depresívne poruchy, abuzus alkoholu a poruchy príjmu potravy (u 3 pacientov). V menšej miere sa vyskytla u pacientov s atypickou MA a vôbec sa nevyskytla u pacientiek s MB.

Rodinné prostredie sme hodnotili podľa anamnestických údajov v 3 stupňoch. Ako stabilné v prípade spoločného spolužitia oboch rodičov a spoločnej starostlivosti o dieťa, ako konfliktné v prípade výskytu závažných problémov v rodine, ktoré sa prejavili už pri prijatí pacienta, alebo počas hospitalizácie. Ako dysfunkčné ak rozvod alebo iné problémy partnerských vzťahov rodičov, prípadne strata jedného rodiča spôsobila rodine dlho trvajúce ťažkosti. U väčšiny pacientov súboru bolo rodinné prostredie výrazne narušené. U 12 pacientov vo všetkých diagnostických kategóriách sme hodnotili rodinné prostredie ako dysfunkčné, u 9 konfliktné a len u 7 pacientov sa rodina dala hodnotiť ako primerane stabilná.

Intelekt sa pohyboval prevažne v pásme priemeru až nadpriemeru. Črty osobností pacientiek v oboch skupinách MA sme hodnotili najčastejšie ako introvertované, anxiózne, perfekcionistické, kontrolujúce, manipulatívne a emočne labilné. V pomerne malej skupine bulimičiek boli pacientky emočne a afektívne labilné, nadmieru senzitívne, pitiatické a manipulatívne.

Prehľad najčastejšie používaných psychofarmák uvádzame v tabuľke 2. Najčastejšie ordinovanou skupinou boli antidepresíva SSRI a atypické antipsychotiká, častá bola ich kombinácia. V skupine MA boli pomerne často ordinované benzodiazepíny a prokinetiká Peritol (cyproheptadín). Benzodiazepíny boli ordinované krátkodobo, na zmiernenie úzkosti spojenej s príjmom potravy alebo u pacientiek s prob-

Tabuľka 3. Zmena hmotnosti a BMI u pacientov s MA

prírastok hmotnosti (kg)	
rozmedzie	0–7
priemer	4,1
medián	4
S.D.	2,08
BMI pri prijatí	
rozmedzie	12–16,6
priemer	14,3
Zmena BMI	
rozmedzie	0–3
priemer	1,507
medián	1,5
S.D.	0,839
BMI pri prepustení	
rozmedzie	13,94–17,9
priemer	16,08

Tabuľka 4. Hodnotenie klinického stavu pacientiek s PPP

	Klinický stav	
Mentálna anortexia	zlepšený	n=8
n=15	stabilizovaný	n=5
	nezlepšený	n=2
Atypická	zlepšený	n=4
mentálna anorexia	stabilizovaný	n=5
n=9	nezlepšený	n=0
Mentálna bulímia	zlepšený	n=3
n=4	stabilizovaný	n=1
	nezlepšený	n=0

Klinický stav zlepšený: nárast hmotnosti, vzostup BMI, ústup psychopatológie, náhľad na ochorenie prítomný

Klinický stav stabilizovaný: nárast hmotnosti, čiastočný ústup psychopatológie, náhľad na ochorenie neprítomný

Klinický stav nezlepšený: hmotnosť pretrváva nízka, psychopatológia prítomná, náhľad nie je + krátka hospitalizácia, negat. reverz

lematickou adaptáciou. U 2 pacientiek sme využili aj tricyklické antidepresíva, u 1 pacientky antidepresívum blokujúce alfa2 receptory Remeron (mirtazapin).

Hodnotenie efektu liečby uvádzame v tabuľkách 3. a 4. U pacientov s MA, u ktorých presne evidujeme hmotnosť a jej zmeny (hmotnostnou krivkou) je efekt liečby zachytený zmenou hmotnosti v kg a zmenou v BMI. Priemerný nárast hmotnosti bol 4,1 kg a priemerná zmena BMI, ktorého štandartná hodnota je v detstve špecifická pre vek, bola 1,5.

Predčasne, napriek odporúčaniam ošetrujúceho lekára, liečbu ukončili 4 pacienti a to 3 pacienti s mentálnou anorexiou a 1 pacientka s atypickou mentálnou anorexiou.

Klinický stav pacientov, ktorý sme hodnotili pomocou 3 stupňovej stupnice a pacientiek s MA aj nárastom hmotnosti a zmenou BMI, bol u väčšiny pacientov stabilizovaný až zlepšený. Nezlepšil sa u 2 pacientiek s mentálnou anorexiou, u ktorých bola liečba predčasne ukončená.

Diskusia

Demografické dáta. Pomer dievčat a chlapcov v našej vzorke pacientov zodpovedá publikovaným údajom, ktoré sa u MA pohybujú cca 10:1, u MB 20:1(5). Iné zdroje uvádzajú 7,5 % podiel mužov zo všetkých pacientov trpiacich MA. V prípade bulímie sa tento pomer muži ženy v rôznych, vzájomne nesúrodých štúdiách pohybuje medzi 4–3 % (8).

Trvanie ochorenia sme zaznamenali u našich pacientov od času, kedy sa u nich objavili špecifické symptomy: pacienti aktívne znižovali hmotnosť, vynechávali niektoré druhy potravín, nadmerne sa zaoberali hmotnosťou alebo zovňajškom. Pacienti a ich rodičia si často dlhodobo poruchu nechcú priznať a príznaky bagatelizujú. V týchto súvislostiach vnímame aj naše pozorovanie, že u anorektičiek je čas ambulantnej liečby pred hospitalizáciou pomerne krátky, až ich somatický stav vyžaduje neodkladné prijatie do nemocnice. U pacientiek s MB ochorenie trvalo takmer 2 roky, dvojnásobne v porovnaní s pacientkami s MA, čo odráža fakt, že tieto pacientky majú obyčajne primeranú hmotnosť (8) a zdravotné komplikácie a dôsledky poruchy sa vyvíjajú pomaly.

Komorbídne duševné poruchy. Dimová upozorňuje na častý výskyt úzkostných porúch pri poruchách príjmu potravy. Identifikovala vo vlastnom súbore pacientov s PPP až 77 % výskyt aktuálnej úzkostnej poruchy. Výskyt bol častejší v skupine anorektičiek. Autori predpokladajú, že jedinci s úzkostnými poruchami, ale aj jedinci u ktorých sa tieto poruchy vyskytli v prvostupňovom príbuzenstve, sú náchylnejší k vzniku porúch príjmu potravy (2). Z komorbídnych psychických porúch, aj podľa iných zdrojov sa tiež najčastejšie vyskytujú afektívne poruchy, úzkostné poruchy, z nich predovšetkým obsesívno-kompulzívna porucha, závislosť a zneužívanie látok (7). V našom prehľade sa daný údaj potvrdil.

Suicidálny pokus. Suicidálne myšlienky a správanie sú u pacientiek s PPP pomerne časté a podieľajú sa aj na vysokej mortalite. Niektoré práce u dospelých pacientov udávajú výskyt až okolo 25 % (6). Suicidálne pokusy sa vyskytujú u 3–20 % anorexií a až 25–35 % bulímií. Prediktory samov-

ražedného konania sú najmä komorbídne depresie, užívanie návykových látok a sexuálne zneužívanie v detstve. Pacientky s PPP by mali byť pravidelne hodnotené, ohľadom rizika suicidálneho konania (4). Hosák uvádza 25 % výskyt suicidálnych pokusov v súbore dospelých pacientiek. V našej práci, zameranej na detský a adolescentný vek, sme evidovali opakovaný (2x) suicidálny pokus u jednej pacientky s MB.

Neuropsychiatrická záťaž v rodine. U rodinných príslušníkov anorektických ako aj bulimických pacientov možno nájsť častejší výskyt porúch príjmu potravy, afektívnych porúch a niektorých úzkostných porúch. Kým u rodinných príslušníkov anorektických pacientov nemáme jasné dôkazy o zvýšenom výskyte zneužívania látok, u príbuzných bulimických pacientov bol častejší výskyt abúzu potvrdený. Ďalej bola častejšie zistená sociálna fóbia, nadmerná úzkostnosť v detstve, posttraumatická stresová porucha a u príbuzných bulimických pacientiek porucha osobnosti typu emočne nestabilnej, histriónskej, prípadne disociálnej osobnosti. Zvýšený podiel porúch osobnosti typu anankastickej osobnosti vykazujú prevažne príbuzní anorektických pacientov (7). V našej analýze bol najvyšší výskyt duševných ochorení u prvostupňových príbuzných v skupine pacientiek s mentálnou anorexiou.

Rodinné prostredie. Aktuálnejšie prierezové štúdie nachádzajú dostatok náznakov na narušené rodinné a interakčné vzory a komunikáciu (napr. slabší kontakt s rodičmi, zvýšené nároky rodičov, menšia kohézia rodiny, nedostatočný emočný kontakt) a na neistú vzťahovú väzbu u anorektických a bulimických pacientov. Otázne pritom však ostáva, či tieto vzory rodinných vzťahov predstavujú sprievodný jav, alebo následok poruchy (7). Môžeme potvrdiť, že u 16 pacientov nášho s úboru rodinné konflikty, prípadne rozpad rodiny predchádzal vzniku ochorenia.

Osobnosť a psychické charakteristiky. Medzi možné rizikové faktory patrí nadmerná afektívna kontrola, rigidita, perfekcionizmus u MA a afektívna instabilita a znížená sebakontrola, impulzivita u MB (8). Viaceré výskumy doložili aj význam nedostatočnej interoceptívnej schopnosti, tzn. vnímania vnútorných (afektívnych a viscerálnych) podnetov, pre neskoršie poruchy príjmu potravy (7).

Menované faktory sú vo všeobecnosti dôležitými prognostickými faktormi. Nepriaznivými znakmi ochorenia sú: nízke BMI na začiatku a pri prepustení, neskorý začiatok ochorenia (po 20 roku života), dlhšie trvanie poruchy, komorbídne psychické poruchy, vyššia miera sociálnych a psychologických problémov, záchvaty prejedania-vracania a výskyt somatických komplikácií (7). Z tohto pohľadu v našom súbore ako vysoko rizikové hodnotíme 4 pacientky.

Psychofarmakoterapia. Použitie psychotropnej medikácie nie je pri poruchách príjmu potravy liečbou prvej voľby. Avšak vhodne zvolená a načasovaná farmakoterapia má svoj význam v komplexnej starostlivosti o pacienta.

Mentálna anorexia. Vo výskumoch ohľadne liečby MA prevažujú nekontrolované štúdie. Hľadajú sa nové cesty, predovšetkým v liečbe refraktérnej formy ochorenia. Existuje množstvo kazuistík a otvorených štúdií, ktoré prinášajú nádej na úspešnejšiu farmakoterapiu, ale placebom kontrolované dvojito slepé štúdie k dispozícii nie sú (11).

Štúdie viedli k všeobecne akceptovanému názoru, že farmakoterapia nie je pri MA oprávnená a má byť rezervovaná pre komplikované prípady s komorbídnymi poruchami.

Ohľadne komorbídnej depresie sa názory rôznia. Niektorí tvrdia, že depresia je všeobecne spojená s nízkou hmotnosťou a nálada sa prejasňuje so znovuobnovením fyzického zdravia. Depresívne symptómy by mali byť liečené prostredníctvom psychoterapie. Iní uprednostňujú SSRI aj pri nízkej hmotnosti, aj keď pre podávanie SSRI počas hospitalizácie je málo podporujúcich dôkazov. Pozitívny účinok SSRI antidepresív sa potvrdil po dosiahnutí predpokladanej hmotnosti. Ich neúčinnosť u pacientov s nízkou hmotnosťou sa prisudzuje nemožnosti ovplyvniť sérotonínergický systém pri nízkom príjme tryptofánu, prekurzoru sérotonínu, ako aj pravdepodobne aj iných látok, mastných kyselín, zinku a pyridoxínu (9).

Avšak, využitie antidepresívnej medikácie je vhodné pri komplikovanej mentálnej anorexii, sprevádzanej závažnými depresívnymi symptómami, významnou úzkosťou a OCD. Na základe klinických skúseností je vhodné použiť SSRI najmä ako prevenciu relapsu MA (5, 11).

Antipsychotiká II. generácie sa v poslednom období využívajú častejšie v malých dávkach. Sú dôkazy, že títo pacienti dobre odpovedajú na liečbu atypickými neuroleptikami (12). Sú publikované dobré skúsenosti s olanzapínom. Dunican publikoval v roku 2007 systematický prehľad, ktorý hodnotil úlohu olanzapínu v liečbe mentálnej anorexie.

V publikovaných štúdiách a kazuistikách väčšina pacientov dosahovala primeranú telesnú hmotnosť, redukovalo sa ulpievavé myslenie vo vzťahu k váhe a k zovňajšku, zlepšil sa „body image“, aj spánok a ustúpila depresívna symptomatika. Výrazne sa zvýšila adeherencia k liečbe, znížila sa agitovanosť a anxieta viazaná na príjem potravy (3). Výhodou olanzapínu – na rozdiel od iných atypických antipsychotík – je jeho orektický účinok a fakt, že sa nepredlžuje QT interval.

Ak je oneskorené vyprázdnenie žalúdka a predlžuje realimentačnú fázu je odporúčaný metoklopramid (Cerucal, Degan, Piramidin). Iné praktické odporúčania pre liečbu detí a adolescentov s MA publikoval Ebeling v roku 2003. Odporúča podávanie fluoxetínu ako podpornej medikácie až u pacientov s normalizovanou hmotnosťou alebo v prípade úzkosti spojenej s príjmom jedla. Poukazuje na možnosť využiť v liečbe krátkodobo pôsobiace benzodiazepíny (5).

Mentálna bulímia. Terapeutické odporúčania potvrdzujú použite medikácie u MB. Ukázalo sa, že antidepresíva SSRI redukujú bulimickú symptomatiku v krátkom čase, ale nie sú dôkazy o pretrvaní pozitívneho efektu liečby dlhšiu dobu (5).

Farmakologické štúdie u MB sú frekventnejšie ako u MA. Mentálna bulímia má vyššiu prevalenciu a je jednoduchšie realizovať štúdie u ambulantných pacientov. Efekt SSRI znižuje frekvenciu prejedania sa a vracania. Avšak úplné vymiznutie symptómov nenavodia. Pôsobia antidepresívne, anxio-

lyticky alebo zlepšujú kontrolu impulzivity a majú vplyv na chuť a pocity sýtosti. Účinnosť je vyššia ako u pacientov s anorexiou, ale percento prerušenia liečby je rovnaké. Pre liečbu bulímie FDA (Food and Drug Administration) schválil fluoxetín (11).

Väčšina expertov sa domnieva, že kognitívne-behaviorálna a interpersonálna psychoterapia zostáva liečbou voľby. V niektorých prípadoch nedostupnosti „evidenced based" psychoterapeutických prístupov, prichádza do úvahy použitie medikácie, ktorá prispieva k redukcii bulimického správania. Existujú aj dôkazy o tom, že použitie medikácie prispieva k lepšej efektivite psychoterapie. Ebeling neodporúča použiť medikáciu ako jedinú liečbu u MB u detí a adolescentov (1).

Psychoterapia, intervencia v rodine. Dôležitou súčasťou liečebného procesu u pacientiek s poruchou príjmu potravy v detskom a adolescentnom veku je psychoterapeutická a psychoedukačná práca s rodinou. Úspešná intervencia v rodine pomáha zlepšovať komunikáciu a posilňuje vzťahové väzby. Psychoterapeutickým vedením je možné ovplyvniť zavedené komunikačné spôsoby a uvolniť napätie, ktoré je často jedným zo spúšťačov ochorenia.

Záver

Poruchy príjmu potravy u detí a adolescentov sú závažným ochorením, ktoré zasahuje do vývojových procesov. Keďže dlhé trvanie ochorenia je negatívnym prediktorom, je potrebné ochorenie včas rozpoznať a v krátkom čase začať efektívnu liečbu. Terapia by mala byť komplexná. Mala by zahŕňať postupy psychoterapeutické a farmakoterapeutické. Dôležité sú aj intervencie v rodine a sociálne intervencie.

Napriek dlhej histórii liečby porúch príjmu potravy je výskum stále nedostatočný. Z dôvodov príznačných pre detský a adolescetný vek je štúdií málo. Somatické ťažkosti v detskom veku často vedú k hospitalizácii pacienta, ktorá niekedy výskum komplikuje. Mnohé štúdie uvádzajú závažné somatické ťažkosti ako vylučovacie kritérium. Starostlivosť o somatický stav pacienta počas hospitalizácie odvádza pozornosť od psychiatrických a psychologických aspektov choroby. Často nie je možné získať súhlas pacienta a rodiča pre zaradenie do štúdie. Uvedené aspekty neumožňujú vykonať randomizovaný a kontrolovaný výskum. Faktom zostáva, že t.č. dobre nastavené pragmatické štúdie zodpovedajúceho rozsahu sú východiskom pre efektívnu a akceptabilnú liečbu. Kontrolované a randomizované šúdie podľa dostupných údajov prebiehajú, nie sú však ešte ukončené (5, 11).

Z uvedených dôvodov je dôležité realizovať retrospektívne analýzy liečby u pacientov s poruchami príjmu potravy. Cieľom našej práce bolo zhodnotenie efektivity farmakoterapeutických a psychoterapeutických prístupov u pacientov s MA a MB v dlhšom časovom rozsahu a porovnať naše terapeutické postupy s dostupnými odporúčaniami. Zmyslom retrospektívneho hodnotenia liečby pacientiek s poruchami príjmu potravy je najmä liečbu skvalitniť a individualizovať. Nami zistené údaje sú plne v súlade s literárnymi údajmi a potvrdzujú fakt, že je potrebné uvážlivo indikovať antidepresíva typu SSRI v období pred normalizáciou hmotnosti a indikovať ich až v čase jej normalizácie. Tým by sa aj obmedzilo množstvo liekových kombinácií a možnosť vzniku nežiadúcich účinkov pri vzájomných liekových interakciách.

Literatúra

1. Andersen, A.E.: Medical complications of eating disorder. In Yager J.Gwirtsman, H.E. Edelstein C.K.: Special problems in managing eatinf disorder. APP, Washington, 1992, s. 119-144.

2. Dimová, N., Kolibáš, E., Novotný, V., Havlíčková, E., Obuch, I.: Úzkostné prejavy u pacientov s poruchami príjmu potravy počas liečby citalopramom. Čes. Slov. Psychiatrie, 95, 1999, č. 7, s. 462-471.

3. Dunican, K.C., Del Dotto, D.: The role of olanzapin in treatment of anorexia nervosa. Ann. Pharmacother., 41, 2007, č. 1, s. 111-115.

4. Franko, D.L., Keel, P.K.: Suicidality in eating disorders: occurance, correlates, and implications. Clin. Psychol. Rev., 26, 2006, s. 769-782.

5. Gowers, S., Bryant-Waugh, R.: Managment of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. Journal of Child. Psychology and Psychiatry, 45, 2002, č. 1, s. 63-68.

6. Hosák, L. a kol.: Léčba poruch příjmu jídla na psychiatrické klinice v Hradci Králové. Psychiatrie pro prax, Solen, 2, 2007, s. 89.

7. Jacobi, C., Paul, T., Thiel, A.: Poruchy príjmu potravy. Vydavateľstvo F, 2006, s. 20-29.

8. Krch, F. a kol.: Poruchy příjmu potravy, vymezení a terapie. Praha, Grada, 1999, s. 42-96.

9. Mravec B., Bernadič M., Hulín I., Kiss, A., Kvetňanský R., Kukanová B., Pečeňák J.: Neurotransmitery. Bratislava, SAP - Slovak Academic Press 2007, 284 s.

10. Papežová, H.: Poruchy příjmu potravy. In: Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie, Tigis, 2002, s. 610-617.

11. Papežová, H.: Poruchy príjmu potravy. In: Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis, 2004, s. 336-345.

12. Powers, P.S., Santana, C.: Available pharmacological treatments for anorexia nervosa, Expert Opinion Pharmacotherpay, Ashley publications, 2004, s. 2287-2292.

13. Strober, M.: Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa on the search for novel padism. Int. J. Eat. Disorder, 35, 2004, č. 5, s. 504-508.

14. Theiner, P., Žáčková, M.: Mirtazapin u mentálnej anorexie s komorbídnou depresiou. Psychiatrie pro prax, 5, 2006, s. 241-242.

Do redakcie došlo 6.11.2007.