

# LÉČBA PORUCH PŘÍJMU JÍDLA NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE V HRADCI KRÁLOVÉ

doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Dana Podzimeková<sup>1</sup>, PhDr. Libuše Slabá<sup>1</sup>, Bc. Hana Vojtíšková<sup>1</sup>,  
Hana Kosová, DiS<sup>1</sup>, RNDr. Eva Čermáková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

<sup>2</sup>Oddělení výpočetní techniky, Ústav lékařské biofyziky LF UK, Hradec Králové

Poruchy příjmu jídla patří k závažným duševním poruchám. V tomto článku popisujeme a hodnotíme šestitýdenní strukturovaný program ústavní léčby poruch příjmu jídla na Psychiatrické klinice v Hradci Králové, který probíhal v letech 1999 až 2005. Hlavními terapeutickými postupy byly psychofarmakoterapie, individuální, skupinová a rodinná psychoterapie a jídelní režim. Do programu bylo postupně zařazeno 30 pacientek s mentální anorexií a 25 nemocných s bulimií průměrného věku 23,4 let (S. D. 4,2). Překvapivě je příznivý klinický stav nemocných s mentální anorexií v současnosti, kdy se medián body mass indexu pohybuje ve fyziologickém rozmezí a rozdíl mezi anorexií a bulimií v tomto ohledu přestal být statisticky významný. Diskutujeme možné příčiny tohoto zjištění, pozornost věnujeme farmakoterapii a možnostem zlepšení naší práce v budoucnu.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 2: 88–91

## Úvod

Poruchy příjmu jídla patří k závažným duševním poruchám. Patnáct až dvacet procent postižených mentální anorexií v dlouhodobém průběhu tohoto onemocnění zemře, dalších dvacet pět procent pacientů zůstane chronicky nemocných (4). Pouze přímé léčebné náklady dosáhly výše 65 milionů euro u mentální anorexie a 10 milionů euro u mentální bulimie v Německu v roce 1998 (16). V České republice zatím celospolečenské náklady na poruchy příjmu jídla hodnoceny nebyly (5). Celoživotní prevalence mentální anorexie v Evropě činí 0,28 % mladých žen, pokud jsou použita striktní diagnostická kritéria. U mentální bulimie tato hodnota dosahuje 1 %. Celkově však určité potíže v příjmu jídla má 5 až 10 % mladých žen (4). Aktuálnější údaje jsou uvedeny na webových stránkách (17), dle NIMH (the National Institute of Mental Health, USA) celoživotní prevalence mentální anorexie u žen činí 0,5 až 3,7 %. Jedna z deseti nemocných pak umírá, nejčastěji na kachexii, selhání srdce nebo ledvin, případně následkem sebevražděného jednání.

Na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové byl zaveden strukturovaný léčebný program poruch příjmu jídla v roce 1999. Tento šestitýdenní program probíhá během hospitalizace na uzavřeném ženském oddělení vždy dvakrát za rok – na jaře a na podzim. Podílejí se na něm lékařka, psychologka, arteterapeutka, sociální pracovnice a zdravotní sestry oddělení. Podmínkami pro přijetí pacientky k léčbě jsou její dostatečná motivace, kompenzovaný somatický stav a lékařské doporučení. K teoretickým východiskům psychoterapie patří kognitivně behaviorální terapie v rámci režimového přístupu, individuální terapie orientovaná na člověka dle Rogerse, skupinová dynamická psychoterapie a rodinná systemická psychoterapie. Dynamická

skupinová psychoterapie je zaměřena na vytvoření skupinové koheze, analýzu osobní historie, osobnostních problémů a vztahů, na případnou abreakci pacientky, zážitek korektivní zkušenosti a postupnou resocializaci. Bioenergetické skupinové aktivity jsou cílené na uvědomění si vlastních tělových pocitů. Dle potřeby je využívána individuální psychoterapeutická podpora ve smyslu povzbuzování osobnostního růstu. V průběhu psychoterapie terapeutickým povzbuzuje nemocné natolik, aby se podnítila jejich motivace k léčbě, a to rovněž po propuštění z nemocnice. Na začátku programu je mezi terapeuti a pacientkami uzavírána terapeutická smlouva. Obsahuje souhlas nemocné s uvedenými léčebnými postupy a cíle, kterých chce během hospitalizace dosáhnout například v podobě změny hmotnosti či nových stravovacích návyků. Týdenní hmotnostní přírůstek u anorektiček by se měl pohybovat v rozmezí 0,5–1,5 kg. Cílová hmotnost má ideálně odpovídat hodnotě body mass indexu (BMI) 18,5 až 24, tento stav však lze reálně očekávat až v rámci dlouhodobé ambulantní terapie po dimisi z nemocnice, pokud je léčba úspěšná. Jídelní režim pacientek s poruchou příjmu jídla spočívá v kontrole hmotnosti denně ráno před snídaní ve stejném oděvu, příjmu jídla čtyřikrát denně v určeném čase pod dohledem sestry, dodržování zásad zabraňujících zvracení u bulimiček a snižování příjmu jídla nebo nadměrné tělesné aktivitě u anorektiček a v zákazu dokupování nebo donášení jídla na oddělení. Žádoucí chování nemocných ve vztahu k příjmu jídla je odměňováno vycházkami nebo propustkami, naopak při chování nežádoucím dochází k odnímání odměn a výhod. Pacientky jsou vedeny k tomu, aby si formou záznamů do individuálního jídelního deníku vytvářely náhled na své jídelní chování. Režimová léčba má navodit a upevnit pravidelné jídelní návyky. Při be-

sedách jsou nemocným poskytovány informace o zdravé výživě a režimu příjmu jídla.

Cílem naší práce bylo zhodnotit výsledky uvedeného léčebného programu poruch příjmu jídla na Psychiatrické klinice v Hradci Králové v letech 1999 až 2005 se zaměřením zejména na ordinovanou psychofarmaka, změnu hmotnosti a BMI během hospitalizace, změnu frekvence zvracení nemocných během pobytu na klinice a katamnestické zhodnocení současného stavu s ohledem na hmotnost, BMI a celkovou životní situaci v celém souboru zvlášť u pacientek s mentální anorexií a bulimií.

## Soubor a metodika

Ze záznamů o průběhu léčby poruch příjmu jídla na Psychiatrické klinice v Hradci Králové jsme vybrali všechny nemocné, které tento program v letech 1999 až 2005 absolvovaly.

Demografická a klinická data jsme vypsali z ústavních chorobopisů. Dále jsme se zaměřili na průběh vlastní hospitalizace – hmotnost, body mass index a případnou frekvenci zvracení na jejím počátku a konci, rovněž na užitou psychofarmakoterapii a skutečnost, zda pacientka ústavní léčbu předčasně neopustila. V době přípravy tohoto článku v říjnu 2006 jsme dále telefonicky kontaktovali praktické lékaře a ambulantní psychiatry s dotazem na současnou hmotnost, BMI a celkovou životní situaci nemocné. Ta byla hodnocena „známkami“ od 1 do 4 (1 = situace je výborná, onemocnění nijak nenarušuje celkové životní fungování včetně zaměstnání a rodinného života; 2 = situace je ještě uspokojivá, občas dochází k přechodnému zhoršení stavu s nutností akutní léčby a případné hospitalizace, některá z významných životních oblastí je narušena; 3 = neuspokojivý stav, pacientka není schopna žít rodinným životem, chodit do zaměstnání, hospitalizace jsou

opakované; 4 = nemocná zemřela). Aktuální životní situace pacientky by se lépe odrazila v některé ze škál kvality života. Využití takovéto škály však naráželo na praktický problém, kdy naprostá většina nemocných není v ambulantní péči naší kliniky a data o kvalitě života lze obtížně získávat telefonicky. Naše hodnocení životní situace považujeme pouze za orientační, zjištěné hodnoty BMI u anorektiček mají pro posouzení stavu význam větší.

Výsledky jsme statisticky zpracovali ve spolupráci s Oddělením výpočetní techniky Ústavu lékařské biofyziky LF UK v Hradci Králové. Použili jsme statistický program NCSS 2004, rozdíl mezi podskupinou anorektiček a bulimiček jsme hodnotili parametrickými i neparametrickými testy (dvouvýběrový t-test, párový t-test, Fisherův přesný test, test Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney test).

**Tabulka 1. Základní demografická a klinická data souboru**

| Proměnná                                           | Mentální anorexie<br>N = 30                                                                                             | Mentální bulimie<br>N = 25                                             | Anorexie vs bulimie                  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| věk (roky)                                         | průměr 23,6<br>medián 22<br>rozmezí 18–42                                                                               | průměr 23,3<br>medián 23<br>rozmezí 18–32                              | P = N. S.<br>Mann-Whitney test       |
| délka trvání PPP před hospitalizací (roky)         | průměr 5,2<br>S. D. 3,4                                                                                                 | průměr 5,5<br>S. D. 2                                                  | P = N. S.<br>T-test                  |
| délka léčby v PA před hospitalizací (roky)         | průměr 3,5<br>medián 2<br>rozmezí 0–13                                                                                  | průměr 2,7<br>medián 3<br>rozmezí 0–7                                  | P = N. S.<br>Test Kolmogorov-Smirnov |
| počet předchozích hospitalizací pro PPP            | průměr 1,3<br>medián 1<br>rozmezí 0–6                                                                                   | průměr 1,2<br>medián 0<br>rozmezí 0–5                                  | P = N. S.<br>Mann-Whitney test       |
| komorbidní duševní porucha                         | N = 11<br>(F60.3 N = 4)<br>(F60.4 N = 4)                                                                                | N = 10<br>(F60.3 N = 6)<br>(F60.4 N = 1)<br>(F50.0 anamn. N = 4)       | –                                    |
| abúzus návykových látek                            | N = 5<br>(alkohol N = 3)<br>(pervitin N = 2)                                                                            | N = 8<br>(alkohol N = 5)<br>(různé drogy N = 3)                        | –                                    |
| suicidální pokus anamnesticky<br>(počet pacientek) | N = 7                                                                                                                   | N = 7                                                                  | –                                    |
| duševní porucha u příbuzných 1. stupně             | N = 16<br>(ethylismus N = 7)<br>(deprese N = 5)                                                                         | N = 9<br>(ethylismus N = 3)<br>(PPP N = 3)<br>(deprese N = 2)          | –                                    |
| vážnější somatické choroby                         | N = 13<br>(GIT N = 9: esofagitis, gastritis, duodenitis, appendicitis chronica, elevace JT, hepatitis, jaterní cirhóza) | N = 12<br>(GIT N = 4: gastritis, hiátová hernie)<br>(DM I. typu N = 3) | –                                    |
| dosažené vzdělání                                  | základní N = 2<br>vyučená N = 4<br>SŠ N = 21<br>VŠ N = 3                                                                | základní N = 1<br>vyučená N = 7<br>SŠ N = 13<br>VŠ N = 4               | –                                    |
| placené zaměstnání                                 | N = 15                                                                                                                  | N = 10                                                                 | –                                    |
| současné studium                                   | N = 9                                                                                                                   | N = 8                                                                  | –                                    |
| manželský stav                                     | svobodná N = 26<br>vdaná N = 2<br>rozvedená N = 2                                                                       | svobodná N = 19<br>vdaná N = 3<br>rozvedená N = 3                      | –                                    |
| samostatné bydlení (nikoliv u rodičů)              | N = 8                                                                                                                   | N = 5                                                                  | –                                    |
| počet žen s dětmi                                  | N = 2                                                                                                                   | N = 1                                                                  | –                                    |
| trestná činnost v minulosti                        | N = 0                                                                                                                   | N = 1<br>(výroba pervitinu)                                            | –                                    |

**Poznámky:**

DM = diabetes mellitus, F50.0 = mentální anorexie, F60.3 = porucha osobnosti emočně nestabilní, F60.4 = porucha osobnosti histrionická, GIT = gastrointestinální trakt, JT = jaterní testy, N.S. = není statisticky významné, PA = psychiatrická ambulance, PPP = porucha příjmu potravy, příbuzní 1. stupně = rodiče, sourozenci, vlastní děti, S. D. = směrodatná odchylka, SŠ = středoškolské vzdělání s maturitou, VŠ = vysokoškolské vzdělání

## Výsledky

V letech 1999 až 2005 bylo na Psychiatrické klinice v Hradci Králové hospitalizováno a zařazeno do uvedeného léčebného programu 55 nemocných s poruchou příjmu jídla, z toho 30 s mentální anorexií a 25 trpících mentální bulimií. V roce 1999 bylo 7 hospitalizací, v roce 2000 9 ústavních pobytů, v roce 2001 11 ústavních léčeb, v roce 2002 14 hospitalizací, v roce 2003 7 hospitalizací, v roce 2004 žádná hospitalizace a v roce 2005 7 pobytů. Ve všech případech se jednalo o dívky nebo mladé ženy, muž takto nebyl léčen žádný. Základní demografická a klinická data souboru jsou uvedena v tabulce 1.

Ústavní léčba nebyla řádně dokončena u 10 anorektiček a 3 bulimiček, téměř ve všech těchto případech pacientka byla propuštěna na vlastní žádost proti radě lékaře. Při léčbě anorektiček byla na úvod v sedmi případech použita nasogastrická sonda. Údaje o hmotnosti a body mass indexu na začátku hospitalizace, na konci hospitalizace a v současné době a dále o změnách těchto hodnot během hospitalizace a od jejího konce do současnosti zvlášť u anorektiček a bulimiček jsou uvedeny v tabulce 2. Rozdíl v hmotnosti a BMI mezi anorektičkami a bulimičkami byl statisticky významný na počátku a na konci hospitalizace, ztratil však statistickou významnost v současné době. Hmotnost a BMI se zvyšovaly statisticky významně více u anorektiček oproti bulimičkám během hospitalizace i od konce hospitalizace do současnosti. Frekvence zvracení byla hodnocena jen u bulimiček. Před přijetím k ústavní léčbě to bylo v průměru 1,9krát denně (S.D. 1,5; medián 1, rozmezí 0–6). Za celou hospitalizaci ke zvracení u bulimiček došlo v průměru jednou (S.D. 2,3; medián 0, rozmezí 0–5). Rozdíl mezi frekvencí zvracení na počátku a konci hospitalizace u bulimiček je statisticky významný ( $p = 0,001$ , Mann-Whitney test).

Údaje o psychofarmacích využívaných v léčbě mentální anorexie a bulimie jsou přehledně shrnuty v tabulce 3. U obou dvou skupin pacientek byla nejčastěji ordinována antidepresiva SSRI a benzodiazepinová anxiolytika. Na třetím místě u anorexie jsou uvedena prokinetika, u bulimie antipsychotika první generace. U mentální anorexie byla dále často ordinována antipsychotika druhé generace a antidepresiva skupiny NaSSA.

Co se týče celkové životní situace pacientek v říjnu 2006, počty nemocných s anorexií a bulimií, ohodnocených „známkou“ 1, 2, 3 a 4, byly následující: mentální anorexie 9, 11, 4 a 1; mentální bulimie 13, 5, 2 a 0. Tento rozdíl mezi anorexií a bulimií nedosáhl statistické významnosti (Fisherův přesný test). Údaj se nepodařilo zjistit u 5 anorektiček a 5 bulimiček. V celkové životní situaci pacientek nebyl nalezen významný rozdíl mezi podskupinou těch, které léčbu dokončily v plném rozsahu ( $N = 33$ ), a těmi, které

Tabulka 2. Hodnoty a změny hmotnosti a BMI u pacientek s mentální anorexií a bulimií

| Dg                | Počátek hospitalizace<br>(anorexie N = 30;<br>bulimie N = 25) |                     | Konec hospitalizace<br>(anorexie N = 30;<br>bulimie N = 25) |                     | Stav v říjnu 2006<br>(anorexie N = 23;<br>bulimie N = 16) |                     | Změna během hospitalizace |                  | Změna od konce hospitalizace<br>do současnosti |                    |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|------------------------------------------------|--------------------|
|                   | M (kg)                                                        | BMI                 | M (kg)                                                      | BMI                 | M (kg)                                                    | BMI                 | M (kg)                    | BMI              | M (kg)                                         | BMI                |
| mentální anorexie | 38,7<br>(27–51,8)                                             | 14,5<br>(10,7–17,6) | 41<br>(34–54,8)                                             | 15,2<br>(12–18,6)   | 50<br>(32–95)                                             | 18,4<br>(12,5–29,3) | 2,4<br>(-3–7)             | 0,95<br>(-1–2,9) | 6,2<br>(-4,9–41,5)                             | 2,8<br>(-2,6–12,8) |
| mentální bulimie  | 56<br>(43,5–75,5)                                             | 18,8<br>(16–29,4)   | 52,4<br>(44,8–74,1)                                         | 19,3<br>(16,3–28,3) | 56,9<br>(37–88)                                           | 19,9<br>(13,2–33,1) | -0,5<br>(-9,5–4,6)        | 0<br>(-3,4–1,9)  | -1<br>(-13,5–13,9)                             | -0,4<br>(-4,8–5,2) |
| P test            | 0,001 t-test                                                  | 0,001 KS            | 0,001 MW                                                    | 0,001 KS            | NS MW                                                     | NS MW               | 0,001 MW                  | 0,001 MW         | 0,01 MW                                        | 0,01 MW            |

Poznámky:

Uváděn je vždy medián, minimum a maximum

KS = test Kolmogorov-Smirnov

MW = Mann-Whitney test

Neparametrické testy (KS, MW) byly použity při nenormálním rozložení naměřených hodnot

Tabulka 3. Psychofarmakoterapie mentální anorexie a bulimie na PK Hradec Králové

| Pořadí lékové skupiny<br>dle četnosti preskripce | Mentální anorexie<br>(počet nemocných) | Mentální bulimie<br>(počet nemocných) |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.                                               | antidepresiva SSRI (N = 18)            | antidepresiva SSRI (N = 17)           |
| 2.                                               | benzodiazepiny (N = 14)                | benzodiazepiny (N = 11)               |
| 3.                                               | prokinetika (N = 11)                   | antipsychotika<br>I. generace (N = 5) |
| 4.                                               | antipsychotika<br>II. generace (N = 9) | prokinetika (N = 4)                   |
| 5.                                               | antidepresiva NaSSA<br>(N = 6)         | antikonvulziva (N = 2)                |

Poznámky:

Do skupiny prokinetik byly řazeny cisaprid, cyproheptadin, metoklopramid a simeticon

Ostatní lékové skupiny téměř nebyly využívány

Lékové kombinace byly ordinovány zejména u mentální anorexie (SSRI + BZD, SSRI + prokinetika)

Žádná psychofarmakoterapie nebyla použita u dvou pacientek s anorexií a tří nemocných s bulimií

léčbu ukončily předčasně (N = 11) (Fisherův přesný test). Tento výsledek však mohl být ovlivněn nízkým počtem členů souboru, kdy trend k současné lepší životní situaci u nemocných řádně dokončivších léčbu byl přítomen.

## Diskuze

Uvedená práce je prvním pokusem zhodnotit dlouhodobou efektivitu šestitýdenního strukturovaného programu léčby poruch příjmu jídla na Psychiatrické klinice v Hradci Králové. Nejsou zde zachyceny nemocné, které s uvedenou diagnózou na našem pracovišti byly hospitalizovány, avšak musely být přijaty akutně mimo dobu konání programu. V těchto případech spočívala léčba zejména v jídelním režimu, farmakoterapii a podpůrné psychoterapii.

## Demografická a klinická data

Náš soubor nemocných tvořily pouze dívky a mladé ženy. Muži jsou poruchou příjmu jídla ohroženi méně, jelikož jim v pubertě oproti dívkám více rostou svaly a méně přibývají na tuku, také v dospělosti jim méně vadí tloušťka. Poměr žen k mužům u mentální anorexie je přibližně 10:1, u mentální bulimie 20:1. Bývají publikovány studie, kde zastoupení mužů v souboru činí 0 % (8). K absenci mužů přispě-

la také skutečnost, že hodnocený léčebný program probíhal na uzavřeném ženském oddělení kliniky a případní pacienti mužského pohlaví by museli na program docházet z jiného oddělení.

Přibližně dva roky trvalo, než se nemocné dostaly do péče psychiatrické ambulance poté, co porucha příjmu jídla propukla. Dívky s mentální anorexií často onemocnění popírají a odmítají pomoc. Poruchu příjmu jídla si připustí až tehdy, když mají vážné duševní, tělesné nebo sociální problémy. Uzdravení pak bývá obtížné, proto je žádoucí začít s léčbou co možná nejdříve. K varovným známkám patří například tyto: dívka hubne a skrývá se do volného oblečení, začíná vynechávat společná jídla s rodinou, jí jen zeleninu a málo uhlíhydrátů, jídlo krájí na malé kousičky, začíná být nepřiměřeně fyzicky aktivní, přestává sledovat televizi, cvičí i při učení, pije hodně kávy a dietních nápojů, má poruchy nálady v podobě plačtivosti a podrážděnosti, je zavřená do sebe, ztrácí zájem o kamarády, vrací a zvrátky páchnou po bytě, často chodí nakupovat do lékárny a tráví dlouhý čas v koupelně a na záchodě (11).

Není překvapivé, že z komorbidních duševních poruch v našem souboru převažovaly specifické poruchy osobnosti – emočně nestabilní a histriónská. Dle některých autorů určité osobnostní rysy nebo

specifické poruchy osobnosti jsou přímo jádrem poruchy příjmu jídla. Emočně nestabilní osobnost bývá nacházena až u 42 % pacientek s poruchou příjmu jídla, nejvyšší výskyt je u hospitalizovaných nemocných. U bulimie je mírně vyšší výskyt emočně nestabilní poruchy osobnosti než u anorexie (9).

Čtyři naše nemocné prodělaly anorektickou epizodu, než se u nich rozvinula bulimie. Vývoj od bulimie k anorexií jsme nezachytili, ten je vzácnější (15).

Návykové látky, a to zejména alkohol, zneužívala nezanedbatelná část popisovaného souboru. Impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost nebo nezdrženlivost jsou psychické charakteristiky, vyskytující se stejně často v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek i s poruchou příjmu jídla. Typický je zejména abúzus alkoholu u mentální bulimie. Již samotný výskyt mentální bulimie, s ní spojená psychosociální problematika a charakteristický způsob řešení problémů zvyšují vulnerabilitu pro závislost na alkoholu. Vysoká energetická hodnota alkoholu zvyšuje nebezpečí rozvoje závislosti také u hladovějících dívek s anorexií (9).

Čtvrtina našich nemocných měla v minulosti sebevražedný pokus. Suicidální pokusy se vyskytují u 3 až 20 % anorexií a 25 až 35 % bulimií. Prediktory sebevražedného jednání jsou zejména komorbidní deprese, zneužívání návykových látek a zneužívání nemocné v dětství. Pacientky s poruchou příjmu jídla by měly být pravidelně hodnoceny, pokud jde o riziko suicidálního chování (3).

U příbuzných prvého stupně jsme z duševních poruch našli nejčastěji závislost na návykových látkách nebo afektivní poruchu. To je vcelku typické, dle literatury k tomu přistupuje také generalizovaná úzkostná porucha (12).

Somatická onemocnění u sledovaných pacientek se projevila nejčastěji v oblasti gastrointestinálního traktu. To je v souladu s literárními údaji (1). U mentální bulimie se na etiopatogenezi těchto tělesných poruch může podílet snížená sekrece

cholecystokininu a porucha funkce vegetativního nervstva (19).

Převažující bezdětnost našich pacientek je možno částečně vysvětlit typickou poruchou menstruační u mentální anorexie, dalšími významnými faktory jsou nízký věk nemocných a porucha v navazování mezilidských vztahů (7).

### Současný stav

Překvapivě dobrý je současný stav pacientek, pokud jde o hmotnost a body mass index. Rozdíl mezi anorexií a bulimií v tomto ohledu přestal být statisticky významný, dokonce medián BMI u mentální anorexie se již nachází v rozmezí fyziologických hodnot. To je možno vysvětlit několika různými způsoby. V katamnestickém hodnocení byla zachycena jen ta část léčené populace, která s lékaři spolupracuje, a proto je její stav lepší, o nespokojených pacientkách praktičtí lékaři ani ambulantní psychiatři neměli informace. Často jsme ordinovali antidepressiva SSRI, která významně přispívají v prevenci relapsu onemocnění (18). Současný dobrý stav může být odrazem výborné práce ambulantních psychiatrů a psychologů, kterým jsme nemocné předávali do péče. Pouze jedna naše pacientka s mentální anorexií zemřela, ačkoliv literární údaje o úmrtnosti při této diagnóze jsou podstatně vyšší (4). Ty se však týkají období třiceti let, my jsme nemocné sledovali nejdéle po dobu sedmi let. S dobrým léčebným výsledkem u mentální anorexie jsou spojeny uvědomění si vlastního onemocnění, vlastní rozhodnutí bojovat s nemocí, spolupráce při léčbě, zachované vztahy s přáteli, koníčky a podpora ze strany rodiny (10).

Naše výsledky v ovlivnění zvracení u bulimie během hospitalizace se opírají pouze o jejich subjektivní výpovědi o účincích léčby, které mohly

být nadhodnoceny. Nemocné nebyly pod kontrolou ošetřujícího personálu stále, například na toaletách.

### Psychofarmakoterapie

U mentální anorexie jsme nejčastěji ordinovali antidepressiva SSRI. Ta jsou indikována pro depresivní nebo obsedantně-kompulzivní symptomatiku, největší význam však mají v prevenci relapsu onemocnění (18). Benzodiazepinová anxiolytika je vhodné podávat jen krátkodobě ke zvládnutí úzkosti a strachu z jídla. Prokinetika gastrointestinálního traktu jsme indikovali při výraznějších dyspeptických obtížích, například cisaprid urychluje vyprazdňování žaludku, a tím snižuje nepříjemné pocity z retence jídla u mentální anorexie (18). Nyní však již tento preparát nepoužíváme z důvodu jeho závažných kardiologických nežádoucích účinků – prodloužení QTc intervalu na EKG. Antipsychotika druhé generace mohou být u mentální anorexie využívána v nízkých dávkách, zejména u rezistentních pacientek (18). My jsme podávali olanzapin 5 mg pro die nebo sulpirid v denní dávce 100 až 200 mg. U sulpiridu je výhodou nepřítomnost nežádoucích anticholinergní symptomatiky (2).

Co se týče psychofarmakoterapie mentální bulimie, antidepressiva SSRI jsou doporučována například Papežovou (13). Tyto látky snižují frekvenci přejídání a zvracení, působí antidepressivně a anxiolyticky, zlepšují kontrolu impulzivitu. Nevýhodou je však variabilita individuální odpovědi. Benzodiazepiny pouze krátkodobě snižují úzkost a psychické napětí. Antipsychotika první generace, například chlorprothixen 15 až 30 mg denně na noc nebo pimozid v denní dávce 1 mg, jsme podávali k celkovému zklidnění a oslabení zvracího reflexu nemocných. Ordinance antikonvulziv (karbamazepin, klonazepam) u mentální bulimie je podepřena literárními údaji zejména při emoční nestabilitě a sebepoškozování (2, 14).

### Omezení studie

Platnost výsledků naší práce je omezená – hodnocení bylo otevřené a retrospektivní, týkalo se pouze jednoho lůžkového pracoviště a popsaného strukturovaného programu, nezachycovalo následnou péči o pacientky v psychiatrické ambulanci a údaje o některých nemocných nám zůstaly nedostupné. Léčba poruch příjmu jídla na uzavřeném ženském příjímácním oddělení rovněž nebyla ideální.

### Závěr

Na základě tohoto hodnocení můžeme péči o pacientky s mentální anorexií a bulimií zlepšit. Je třeba snížit preskripci benzodiazepinových anxiolytik, která při dlouhodobém podávání již nejsou pro nemocné přínosem, naopak mohou vyvolat závislost. Vhodné je omezit použití lékových kombinací z důvodu možných nežádoucích účinků při interakci léků. Při plánované reorganizaci Psychiatrické kliniky v Hradci Králové počátkem roku 2007 je možno zvážit léčbu některých pacientek v denním stacionáři. K výhodám této terapie patří například snížení finančních nákladů z veřejných rozpočtů, zachování nemocné v jejím sociálním prostředí a snížení míry stigmatizace. Na druhé straně léčba v denním stacionáři je vhodná pouze pro některé pacientky, v domácím prostředí mohou příznaky onemocnění přetrvávat, každodenní docházka do stacionáře může být fyzicky vyčerpávající a rostou náklady nemocné na cestování a stravu (6).

**doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.**

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
e-mail: hosak@lfhk.cuni.cz

### Literatura

- Baraniková Z, Nesrstová M. Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů. *Psychiat pro Praxi* 2005; 6: 282–284.
- Bouček J, Pidman V. *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada 2005; 304 s.
- Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 769–782.
- Halmi KA. Eating Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. (ed.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000: 1663–1676.
- Hosák L. Farmakoekonomika v psychiatrii. Praha: Galén 2000; 133 s.
- Chudobová P, Papežová H, Sekot M, Klecanda A. Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Čes Slov Psychiat* 2005; 101: 213–217.
- Krch FD. Mentální anorexie. Praha: Portál 2002; 236 s.
- Krch FD. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiat pro Praxi* 2004; 5: 14–16.
- Krch D a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada 1999; 240 s.
- Nilsson K, Hägglöf B. Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eat Disord* 2006; 14: 305–311.
- Papežová H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2000; 76 s.
- Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. (ed.) *Psychiatrie*. Praha: Tigris 2002: 599–606.
- Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C. (ed.) *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis 2004: 335–352.
- Praško J a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál 2003; 360 s.
- Santonastaso P, Zanetti T, De Antoni C, Tenconi E, Favaro A. Anorexia nervosa patients with a prior history of bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 519–522.
- Simon J, Schmidt U, Pilling S. The health service use and cost of eating disorders. *Psychol Med* 2005; 35: 1543–1551.
- www.wrongdiagnosis.com.
- Zámečnicková R, Hrdlička M. Farmakoterapie u mentální anorexie. *Psychiat pro Praxi* 2003; 4: 263–266.
- Zipfel S, Sammet I, Rapps N, Herzog W, Herpertz S, Martens U. Gastrointestinal disturbances in eating disorders: Clinical and neurobiological aspects. *Auton Neurosci* 2006; 129: 99–106.