

Obsah

Mentální anorexie a její léčba 1

MENTÁLNÍ ANOREXIE A JEJÍ LÉČBA

Mentální anorexie (MA) je jedna diagnostická jednotka ze spektra poruch příjmu potravy, které se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti. Je charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Nejčastější výskyt je ve skupině adolescentů a mladých dospělých od 15 do 21 let. Ke konci 20. století se začátek onemocnění však stále více posouvá do mladších věkových skupin 12-14 let a nejsou výjimkou i 8leté holčičky.

Popisy narušeného příjmu potravy jsou známy od starověku. Již Galén v antické době a později Hippokrates ji nazval anorexia nervosa, což znamenalo neurotické odmítání potravy. Klasický popis průběhu této poruchy až ke smrti je od R. Mortona, který etiologii připisoval psychické poruše^{14/}. V 19. století se „anorexie hysterica – anorexia nervosa“ stává klinickou jednotkou a o autorství se dělí Francouz E.CH. Lasegue s Angličanem sirem W.W.Gullem^{20/}. Existuje ještě řada dalších popisů a názvů, ale vždy se jedná o extrémní vyhubnutí s hyperaktivitou bez somatické příčiny. Název mentální anorexie přetrvává do 3. tisíciletí.

V 70. letech byly definovány specifické jednotky mentální anorexie a bulimie s přesnými diagnostickými kritérii.

V 80. letech byl kladem důraz na kulturní specifitost poruch příjmu potravy.

90. leta jsou charakterizována výzkumem biologických a kulturních faktorů jejich integrace do léčebných a sociálních přístupů.

V 21. století je propagován interdisciplinární přístup a spolupráce.

Nemoc je provázena podvýživou různé tíže, minimálně však ztrátou tělesné hmotnosti větší než 25 % (u dětí toto neplatí), s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami bez přítomnosti somatické poruchy. Pacienti mají změněný postoj k jídlu a potřebám výživy, mají radost z váhového úbytku s přáním být extrémně štíhlí, jsou bez náhledu na nepřiměřenost své nízké hmotnosti s chorobným strachem ze ztloustnutí. Jejich vnímání tělesného schématu je narušené - mají pocit velkého zadku, břicha a tlustých stehen. Často si vyvolávají zvracení, berou projímadla a různým způsobem manipulují s jídlom. Typická je hyperaktivita někdy provázená extrémním cvičením, s naprostým popřením nemoci. Vyskytuje se amenorea, bradykardie, občasné epizody bulimie (vlčího hladu), suchá kůže, vypadávající vlasy, kariezní chrup. Biologická vulnerabilita a snížené sebehodnocení se objevuje ve 40 až 80 %. Anxieta, emoční labilita a obsedantně kompulzivní symptomy jsou přítomny až v 60 %^{8,24/}. Pacienti jsou zaměřeni na výkon, mají perfekcionistické rysy. Kulturní kontext poruch příjmu potravy je důležitým fenoménem 20. století, jde o kulturní propagaci vychrtlosti, mladosti, která údajně vede k úspěšnosti. Obezita je vnímána jako handicapující s možností diskriminace^{10/}.

Prevalence i incidence od druhé poloviny minulého století prudce stoupá, ke konci se pohybuje mezi 0,5- 1 %. Na začátku našeho tisíciletí je jednorocní prevalence mentální anorexie v Evropě 370 dívek a žen ve věku 15 - 30 let na 100 000 obyvatel. Celoživotní prevalence u žen je udávána 0,5 - 3,7 % u mentální anorexie a 1,1 - 4,2 % u mentální bulimie (MB)^{2, 4,5,11,1,14,15,23,24/}. Mentální anorexie se vyskytuje v 90-95 % u dívek a žen, ve 4 - 6 % jde o chlapce a muže a vzácně jsou postiženy děti před 10. rokem věku a starší ženy.

Etiologie je multifaktoriální, kde vznik poruchy je dán interakcí faktorů genetických, biologických, vývojových, psychologických, sociálních a individuálně rizikových verzus protektivních. Pravděpodobně jde o kortikální dysfunkci. Za behaviorální projevy kolem příjmu potravy jsou zodpovědné kortiko-limbické neuronální sítě a kognitivní narušení jídelního chování je způsobeno změnami asociálních oblastí frontální a parietální kůry^{20/}. Mentální anorexie je také porucha hypothalamo-hypofyzárně-adrenergní, která se projevuje labilitou afektů se subdepresivní nebo depresivní náladou, kachexií, anemorheou. Je spojena s emoční labilitou, úzkostí a strachem. Jednu z centrálních úloh hraje rodina a rodinná patologie^{16/}.

Zápas o autonomii v době adolescence se u této poruchy odehrává v rovině jídla. Jídlo jako takové je možné brát jako potěšení - drogu, útočiště, jako komunikační prostředek, kterým jedinec může vyjadřovat přijetí, odmítnutí a který mu dává moc s velkou možností manipulace. Tragické je to, že pacienti popírají poruchu a přitom jejich letalita se pohybuje kolem 3 % a až 10 % nemocných končí sebevraždou^{15,22/}.

Mentální anorexie u dětí má tyto specifické odlišnosti:

vyhubnutí je rychlejší, dehydratace větší, hypotenze a bradykardie je konstantní, amenorhea (je vlastně fyziologická), puberta bývá opožděna (díky prokazatelnému snížení LH a FSH), růst je opožděn, osteoporóza vzniká mnohem dříve, již ve druhém roce po vzniku poruchy a koreluje s její délkou

Důležité je určení kostního věku a kostní denzity (sono pánve vykazuje „řidké kosti“). Amenorhea u dívek s mentální anorexií je výrazným prediktorem snížené minerální kostní denzity. Kostní věk při menarche má velmi úzké rozmezí 12,5 - 13,5, dochází k fúzi metafyz a epifyz distálních falang, tzv. „perimenarcheální osifikace“. Snížení estrogenů je hypogonadotropního typu, tzn. že nejsou stimulována ovaria a dochází k hypoplazii dělohy a endometria. Nástup pubertálních vývojových změn vyvolá proporcionální přestavbu dělohy. Dětský typ je terén bez estrogenů a poměr hrdla děložního a dělohy je stejný (H:T = 1:1), tentýž poměr je u těžkých mentálních anorexií.

Již mírná estrogenizace vyvolá změny prepubertálního typu, tzn. zvětšování dělohy a poměr se mění na 2:1 (T:H = 2:1). Hormonální léčbu lze dobře monitorovat dle výsledků poševní cytologie, které nás informují o stavu estrogenizace endometria a o periferních účincích a ne o hormonálních hladinách. Nejčtenější prevence vzniku osteoporózy je zahájení hormonální léčby okamžitě, jakmile se zastaví ubývání váhy^{23,24/}.

Prognóza: 40 % pacientů má dobrou prognózu (hlavně ve věku 12-15 let po absolvování terapie), ve 25-30 % jde o částečnou úzdravu a skupina je riziková. U obou skupin, je však pravděpodobné vysoké riziko recidivy - až 50 %^{20/}. U poslední třetiny pacientů (častěji při začátku před 12. rokem) je prognóza nepříznivá.

Terapie

Protože se jedná o multifaktoriálně podmíněnou duševní poruchu je nutné ji **posuzovat a léčit** v celém bio-psycho-sociálně-kulturním i spirituálním kontextu. Péče má být komplexní, diferencovaná s individuálním specifickým léčebným postupem^{1,6,19,20,21,23/}. V poslední době jsou zřizována specializovaná oddělení a centra poruch příjmu potravy, kde sestry se zaměřeným výcvikem, často i psychotherapeutickým, mají nezastupitelnou roli v adekvátní léčbě. Jde o týmovou spolupráci. Postup je jednotný, ale role bývají rozděleny. Významnou odlišností oproti dospělému věku je, že terapeutický vztah k nemocnému dítěti je stejně významný jako terapeutický vztah k rodičům. Totéž platí i u mladých dospělých.

Léčení pacientů s mentální anorexií musí být na bázi srozumitelnosti a na zevrubném odhadu jak mentálního tak fyzického stavu. Základním rozhodnutím vyšetřujícího lékaře je kvalifikovaný odhad, zda je vhodná hospitalizace nebo péče formou ambulantní. V naší republice chybí specializovaná centra (denní stacionáře) pro děti a adolescenty s touto diagnózou, která jsou běžná v cizině. V těchto centrech se také mnohem lépe než formou ambulantních kontrol realizuje léčení i rodinná terapie. **Nejúčinnější u těžkých forem anorexie je však hospitalizace**, avšak právě hospitalizace vyvolává maximální odpor u pacientů, kteří popírají jakoukoliv zmínku o nemoci. Významnou roli také hrají obavy rodičů, že je jejich dítě přestane milovat, pokud budou trvat na hospitalizaci. Tyto obavy jsou pro rodiče před zahájením rodinné terapie zraňující a znejistující, zrovna tak, jako jejich autoakuzace pro mylné přesvědčení o selhání v rodičovské roli.

Hospitalizace znamená vždy mnoho pozitivních změn v jednom časovém úseku. Pacient je vytržen z domácího prostředí, kde on i rodiče již nevládají nejen jídelní patologii a rituály, ale také své emoce, komunikaci, otázky rolí, kompetenci a zodpovědnosti.

Vstupem na oddělení okamžitě začíná **režimová terapie**, kdy je přesně strukturován čas, dodržování pravidel - včetně učení, psychotherapeutických aktivit, spánkového režimu. Od pacienta je vyžadováno přesné dodržování jídelních a stravovacích návyků, nadměrné cvičení je monitorováno, nevhodná komunikace usměrňována. Zpočátku je zodpovědnost plně na ošetřujícím personálu, který je erudován jak zvládat afektivní raptý (např. při polknutí jednoho sousta navíc), jak uzavírat terapeutické smlouvy, jak zvládat a mitigovat disociativní nebo agresivní - hlavně pasivně agresivní projevy, jak kontrolovat plnění povinností a vlastních předsevzetí. Toto je asi největší rozdíl proti dospělým pacientům, kde hned od počátku je apelováno na vlastní zodpovědnost.

Na dětském a adolescentním oddělení se pacienti postupně učí zodpovědnost z dospělých přebírat na sebe, ovládat své afekty a volní chování. Tento proces v domácím prostředí probíhá

nepoměrně pomaleji a nedokonale, protože jde o „válku emocí“, která v nemocničním prostředí odpadá nebo je minimální. Další výhodou je neustálý styk se souvěkovci, kde většina nemá tuto diagnózu a pacienti často, jakoby mimochodem, získávají korektivní zkušenosti^{11,12,15/}.

Indikace k hospitalizaci mentální anorexie u dětí

váhový úbytek více než 25 %, dehydratace, známky oběhového selhávání (pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh), přetrvávající zvracení nebo zvracení krve, těžká deprese nebo suicidální chování

Možnost kontrolovat příjem potravy a upravovat stravovací rituály pacientů je obrovskou výhodou u hospitalizovaných pacientů. Tento problém je největším rodinným konfliktem - vztaženým k příjmu potravy, který vyvolává hostilitu, pasivní agresivitu, emoční raptý a další zhoršování veškeré jídelní patologie, včetně zhoršování všech interpersonálních vztahů. Zdravé postoje ke stravování, které jsou na oddělení, vedou k vytváření správných jídelních návyků a ty v konečném důsledku k dosažení akceptovatelné hmotnosti. Pacienti, kteří trpí MA vyžadují intenzivní profesionální a interdisciplinární intervenci. Somatické komplikace - kardiologické, gastrointestinální, gynekologické, neurologické, kosterní, hematologické, dermatologické, stomatologické, hormonální, metabolické, imunologické a neurotransmitterové - jsou chronické a závažné^{18,23/}. Základem terapie je zvýšení motivace ke spolupráci, psychoedukace o zásadách zdravé výživy, o následcích hladovění a diet a vypracování terapeutického kontraktu mezi pacientem a terapeutem.

Ačkoliv je hospitalizace možná jak na dětském tak psychiatrickém dětském oddělení, je mnohem výhodnější psychiatrická hospitalizace, kde je erudovaný ošetřující personál, který má zkušenosti s těmito pseudokooperujícími pacienty. Také psychotherapeutické působení na těchto odděleních je mnohem komplexnější a vytvoření počáteční terapeutické aliance s ošetřujícím lékařem jednodušší. Obojí, jak specializovaná centra nebo jednotky, tak psychiatrická oddělení jsou pro pacienty s poruchami příjmu potravy vhodná. Podstatou terapeutických intervencí je předejít metabolickému rozvratu. Začíná se pozvolnou realimentací, vytvářením nových jídelních návyků, omezováním cvičení a zvracení. Suportivní vedení, racionální psychotherapie, později KBT (kognitivně behaviorální terapie) jsou nezbytné stavební kameny léčby. Jako poslední přichází v úvahu farmakologické ovlivnění poruchy. Postupnými kroky se dosahuje odpovídající hmotnosti. U dětí se hodnotí poměr výšky a hmotnosti, se zvláštní pozorností ke standardním odchylkám. Antropometrické vyšetření určí tělesnou hmotnost a posoudí pohlavní vývoj. Začíná se rozvíjet nový celostní přístup k těmto parametrům - auxologie - růstová diagnostika, která zjišťuje dynamiku auxologických parametrů v normě a shodu kalendářního a biologického věku dítěte, adolescenta^{13/}. Hodnocení BMI (body mass index) je důležité jen u dospělých.

Terapeutické cíle u dětí a adolescentů se týkají jídelního chování, včetně normálních postojů k jídlu, monitorování hmotnosti a odpovídajícího růstu. Cílem je také vytvoření fyziologických reakcí na hlad a nasycení. Váhový přírůstek se má pohybovat kolem 1/2 kg za týden. Z nejruznějších terapeutických přístupů, včetně farmakoterapie, bylo mnoha srovnávacími studii vyhodnoceno **jako základní a nejúčinnější psychotherapeutické působení**.

Hlavní psychoterapeutické metody:

kognitivně-behaviorální terapie^{9/}
 rodinná a individuální psychotherapie^{3,11/}
 nutriční poradenství a psychoedukace jak pacientů, tak rodičů^{17,19,20/}.

Další psychoterapeutické přístupy a jejich modifikace pro léčbu mentální anorexie:

interpersonální terapie (IPT)
 psychodynamická a psychoanalytická psychotherapie (PT)
 kognitivně analytická terapie (CAT)
 dialektická behaviorální terapie (DBT)
 skupinová psychotherapie
 rodinná terapie (RT) a poradenství (včetně nového „více-rodičinného programu“)
 svépomocné skupiny

Na terapii pacientů s diagnózou mentální anorexie se podílejí jak lékaři první linie, tak specialisté pediatrii, gynekologové, internisté, endokrinologové, stomatologové, psychiatři, psychologové a specialisté v nutričním poradenství.

Farmakoterapie

Při léčbě mentální anorexie není nikdy farmakoterapie otázkou první volby. Je doporučována pouze u pacientů, kde jde o život ohrožující stavy, nebo u tak zvaných atypických anorexií nebo tam, kde je přítomna komorbidní porucha.

Terapie je realizována na specializovaných pracovištích jako jsou anesteticko-resuscitační oddělení, metabolické jednotky a uzavřená psychiatrická oddělení. Zde při realimentaci je někdy nutné přistoupit k nazogastrické nebo nazojejunální sondě a parenterální formě výživy. Jak pacient, tak rodiče i ošetřující lékař však podvědomě ví, že pouhá realimentace a samotné nutriční poradenství nejsou dlouhodobě účinné.

U dětí a mladších adolescentů je vitaminoterapie a substituce minerálů součástí standardní léčby. I když je realimentace pomalá, často zpočátku dochází k retenci potravy v žaludku, k diskomfortu (pocitům těžkého naplněného pytle, bolestivým spasmům) a meteorismu. Je vhodné krátkodobě užití prokinetických látek (domperidon u dětí nad 35 kg), enzymů k léčbě trávicích obtíží (pancreatinu s enzymovou aktivitou u dětí nad 3 roky) a proti nadýmání (simetikonu u dětí nad 6 let)^{11,12/}.

Psychofarmaka

Vlastně všechna psychofarmaka, jak antipsychotika, tak antidepressiva a anxiolytika jsou používána „off label“. Medikace mentální anorexie stále nemá jednoznačná kritéria. V klinických standardech Velké Británie farmakoterapie mentální anorexie není doporučována vůbec.

Antipsychotika - jednotlivá kazuistická sdělení referují o pozitivním účinku olanzapinu^{7,9/}, nově i aripiprazolu^{7,4/}. Jistě tam, kde jde o případy metabolického rozvratu s naprostou nosoagnozií a šlo o život-zachraňující nedobrovolnou hospitalizaci jsou, při kvalitní spolupráci rodiny, psychofarmaka indikována. Měla by však být zajištěna dlouhodobá hospitalizace s následnou nezbytnou psychoedukací, režimovou terapií, nutričním poradenstvím^{17/} a psychoterapií^{1,3,9,11,12,14,15,19,20,23,24/}. Přední odborníci (Halmi, Heebing) zastávají názor, že antipsychotika v léčbě mentální anorexie nemají žádné opodstatnění a terapeutická hodnota je nulová. Přesto v posledních letech přibývá článků o pozitivním ovlivnění příznaků mentální anorexie farmakou^{1,1-1,4,7/}.

Antidepressiva jsou u mentální anorexie indikována k léčbě komorbidní depresivní poruchy. Ačkoliv kontrolované studie

jasně dokazují, že lithium a antidepressiva (amitriptylin, klomipramin, inhibitory MAO, fluoxetin, fluvoxamin, citalopram, mirtazapin) mají pozitivní vliv na hmotnost, dysforii a depresi, klinická hodnota těchto závěrů je však limitována^{7,23/}. S fluoxetinem (antidepressivum typu SSRI) již dokonce proběhla randomizovaná, placebem kontrolovaná studie^{7,11/}. Použití antidepressiv je však vhodné, někdy i nutné u komorbidních poruch speciálně depresivních a úzkostných, vzácněji u poruchy obsedantně-kompulzivní.

Nutriční rehabilitace je nezbytná u všech vážně podvyživených pacientek, cílem je realimentace, navození normálního jídelního režimu (příjem potravy 6 x denně) a odstranění somatických i psychologických následků malnutrice. Nutným předpokladem terapeutické smlouvy je stanovení cílové odpovídající váhy a ideální nárůst hmotnosti kolem ½ maximálně 1 kg za týden^{1,21/}.

Základem terapie - mimo nutriční psychoedukaci - je však stále psychoterapeutické zvýšení motivace ke spolupráci a vypracování terapeutického kontraktu.

V problematice poruch příjmu potravy (MA+MB) se objevují nové otázky vyžadující interdisciplinární řešení. Jde o :

- transgenerační přenos – potvrzovaný ve vzrůstajícím procentu
- zvažovaný zákaz asistované reprodukce při BMI pod 18.

Stále více pacientek (v rozporu s teoriemi o potlačení, či nepřijetí ženské role) žádá o asistovanou reprodukci, často jako další důkaz popření jejich poruchy. Longitudinálními i prospektivními studiemi je jasně prokázáno, že ženy trpící mentální anorexií mají ve větším počtu rizikové těhotenství, více porodů sekcí, plody jsou častěji nedonošené a hypotrofičné, 6x více se vyskytuje smrt plodu nebo dítěte. U matek v šestinedělí je zaznamenán větší výskyt poporodních depresí a recidiv onemocnění, jak anorexie, tak bulimie, až v 80 % (předneseno na VI. mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy, březen 2007, Norré J. The eating disorder patient as a parent).

Závěr

Mentální anorexie je typická interdisciplinární behaviorální porucha, jejíž incidence stále narůstá jak v procentech, tak v rozšíření do rozvojových zemí. Je zařazena do duševních poruch, ale na její léčbě se mimo psychiatrů podílejí psychologové, pediatrii, endokrinologové, gynekologové, stomatologové, rehabilitační a nutriční terapeuté. Je to multifaktoriální porucha a její sociokulturní podmíněnost je nyní od starověku do dnešní doby největší. Terapie se řídí intenzitou poruchy, kde hospitalizace u nejtěžších případů je na metabolických jednotkách, dále pak na psychiatrických odděleních (jak klinika, tak léčebna). Po určité normalizaci metabolického rozvratu, hmotnostního úbytku a stravovacích návyků (včetně postojů k jídlu) je nutné dlouhodobé psychoterapeutické působení a ambulantní léčba.

Postoj k farmakoterapii je nejednotný - antipsychotika jsou krátkodobě indikována jen u nejtěžších stavů. Část odborníků se přiklání k možnosti užití antidepressiv. Tato lákavá možnost (popisované zvýšení hmotnosti) je však problematická jak u dětí, tak adolescentů, kde „starší“ antidepressiva (tri a tetracyklická) mají kardiotoxický účinek a při intoxikaci je nutnost peritoneální dialýzy. Po „novějších“ SSRI antidepressivech (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) je popisována behaviorální toxicita (emoční labilita, iritabilita, agrese, afektivní raptý, sebezraňování a suicidální rozvahy). Dle guideline National Institute for Health and Clinical Excellence (kongres v NICE) publikovaných v roce 2005 je možné tato antidepressiva předepisovat i dětem a adolescentům, ale

pouze v indikaci depresivní a obsedantně kompulzivní poruchy. Mentální anorexie není v indikacích uvedena. Většina autorů se shoduje, že nejúčinnější metodou je komplexní psychoterapeutický program (jak pacientů, tak jejich rodin) ve specializovaných centrech. Ke konci roku 2007 budou publikovány nadějně programy („psychoterapeutické kuchářky“ z Maudsley Hospital v Londýně), které mají až 80% terapeutickou účinnost a následně dvouleté období bez relapsu.

Literatura:

1. **1.1** Attia E, Schroeder L: Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: Where do we go from here? *Int J Eating Disord* 2005; 37(Suppl.): 60-63. **1.2** Mitchell JE, de Zwaan M, Roerig JL: Drug therapy for patients with eating disorders. *Curr Drug Target CNS Neurol Disord* 2003; 2(1): 17-29. **1.3** Mitchell JE, Peterson CB, Myers T, Wonderlich S: Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 315-323. **1.4** De Zwaan M, Roerig J: Pharmacological treatment of eating disorders. In: Maj M, Halmi K., Lopez-Ibor JJ, Sartorius N /Eds/. *Eating Disorders. WPA Series*, John Wiley & Sons: 2003.
2. Belfer M. *Mental Health. World Psychiatry* 2005, 4(3): 147-53.
3. Dare C and Eisler I: A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disorders Rev* 2000, 8 4-18.
4. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt J. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiat HumDev* 2006 Summer; 36(4): 369-82.
5. Fairburn CG, Harrison PJ: *Eating Disorders. Lancet* 2003; 361:407-16.
6. Faltus F: *Anorexia Mentalis. Praha :Avicenum, 1979.*
7. **7.1** Fichter MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: Effects on eating-specific psychopathology. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1996; 16: 9-18. **7.2** Fichter MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: Effects on eating-specific psychopathology. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1996; 16:9-18. **7.3** Fassino S, Leombruni P, Daga A, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, Rovera GG: Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: A pilot study *European-Neuropsychopharmacology*. 2002, 12(5): 453-459. **7.4** Gable KN, Dopheide JA: Psychotropic medication use at a private eating disorders treatment facility: A retrospective chart review and descriptive data analysis. *Curr Ther Res Clin Exp* 2005; 66(6): 572-588 **7.5** Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, Plotnicov KH, Weise J, Deep D: Double-blind placebo controlled administration of fluoxetine in restricting and purging type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 644-652. **7.6** Kim SS :Role of fluoxetine in anorexia nervosa *Ann Pharmacother* 2003; 37(6): 890- 892 **7.7** Mondelli V, Gianotti L, Picu A, Abbate Daga G, Giordano R, Berardelli R, Pariante CM, Fassino S, Ghigo E, Arvat E: Neuroendocrine effects of citalopram infusion in anorexia nervosa *Psychoneuroendocrinology* 2006, 31(10): 1139-1148. **7.8** Sansone RA, Sansone LA: Metoclopramide and unintended weight gain. *Int J Eating Disord* 2003; 34(2): 265-268 **7.9** Iketani T; Kiriiike N; Stein MB; Nagao K; Nagata T; Minamikawa N, Shidao A, Fukuhara H :Effect of menatetrenone (vitamin K2) treatment on bone loss in patients with anorexia nervosa. *Psychiatr Research*. 2003; 117(3): 259-269. **7.10** Boachie A, Goldfield S, Spettigue W: Olanzapine use as an adjunctive treatment for hospitalized children with anorexia nervosa: Case reports *Int J Eating Disord* 2003; 33(1): 98-103. **7.11** Walsh T,Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, Pike KM, Devlin MJ, Woodside B, Roberto CA, Rockert W: Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial *J Am Med Assoc* 2006; 295(22): 2605-2612.
8. Forbush K, Watson D: Emotional inhibition and personality traits: a comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Ann Clin Psychiat* 2006 Apr-Jun; 18(2): 115-21.
9. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: *Handbook of treatment for eating disorders*. In: Garner DM and Garfinkel PE (eds); 1997.
10. Hoek HW, van Hoeken D, Katzman MA: Epidemiology and Cultural Aspects of Eating Disorders: A Review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds) *WPA Series. Evidence and Experience in Psychiatry*, 2003.
11. Kocourková J, Koutek J, Lébl J: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997.*
12. Koutek J: *Poruchy příjmu potravy. In: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál. Praha 2000.*
13. Krasničianová H, Lesný P: *Kompendum pediatrické auxologie. Galen, 2000.*
14. Krch F a kolektiv: *Poruchy příjmu potravy. Grada Praha, 2005.*
15. Malá E: *Poruchy příjmu potravy. in Hoschl C, Libiger J, Švestka J: Psychiatrie. Tigris. 2004.*
16. Mangweth B, Hausmann A, Danzl C, Walch T, Rupp CI, Biebl W, Hudson JL, Pope HG: Childhood body-focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychother-Psychosom*. 2005; 74(4): 247-53.
17. Navrátilová M, Čěšková E, Sobotka L: *Klinická výživa v psychiatrii. Maxdorf Jesenius, 2000.*
18. Nicholls D, Stanhope R: Medical complications of Anorexia Nervosa in Children and Young Adolescents. *Eur Eat Disorders Rev* 2000; 8, 170-180.
19. Papežová H, Uher R: *Motivační terapie u PPP II. Klinické ukázky a nástroje. Čes a Slov Psychiat* 2002; 98, 28-32.
20. Papežová H: *Poruchy příjmu potravy, in Hoschl C, Libiger J, Švestka J: Psychiatrie Tigris, 2004.*
21. Papežová H: *Poruchy příjmu potravy, Postgraduální medicína, 2005, 7, č. 1.*
22. Rodriguez-Cano T, Beato-Fernandez L, Llarío AB: Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: a Spanish community prospective study. *J Adolesc Health* 2006 Jun; 38(6): 684-8.
23. Steinhausen HCH: *Anorexia and Bulimia Nervosa. In Rutter M, Taylor E: Child and Adolescent Psychiatry. Fourth edition. Oxford: Blackwell pub UK 2004.*
24. Wiener JM. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Washington: Amer Psychiat Press Inc 1997.*

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarmitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč). Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; MUDr. J. Haber, CSc., VFN; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Doc. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; MUDr. J. Zicha, DTC, Praha 4; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101