

TEMPERAMENT A CHARAKTER PACIENTOK S MENTÁLNOU ANOREXIOU V SÚVISLOSTI S ODPOVEĎOU NA LIEČBU

původní práce

Martina Paulinyová¹
Margaréta Hapčová²
Iveta Waczulíková³
Zuzana Hradečná¹
Mária Tiňová⁴
Igor Škodáček¹

¹Klinika detskej psychiatrie LF UK
a DFNSP Bratislava

²Katedra psychológie FF UK
Bratislava

³Oddelenie biomedicínskej fyziky,
Katedra jadrovej fyziky a biofyziky
FMFI UK Bratislava

⁴Birmingham and Solihull Mental
Health Foundation Trust,
South Birmingham Primary Care
Mental Health Team,
Birmingham, Veľká Británie

Kontaktní adresa:

MUDr. Martina Paulinyová
Klinika detskej psychiatrie
LF UK a DFNSP Bratislava
Limbová 1
833 40 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: mpaulinyova@gmail.com

Predkladaná práca bola
prezentovaná na VIII. Medzinárodnej
konferencii o poruchách príjmu
potrav a obezite 3.–5. 3. 2011

SÚHRN

Paulinyová M, Hapčová M, Waczulíková I, Hradečná Z, Tiňová M, Škodáček I. Temperament a charakter pacientok s mentálnou anorexiou v súvislosti s odpoveďou na liečbu

Teoretické východiská: Mentálna anorexia patrí vzhľadom na svoj chronický priebeh a psychosomatické dôsledky k závažným duševným poruchám dospievajúcich dievčat a mladých žien. Odborníci predpokladajú, že niektoré osobnostné črty môžu mať významný vplyv na úspešnosť liečby. Metodologickým východiskom práce bola teória osobnosti C. R. Cloningera.

Cieľ: Hlavným cieľom štúdie bolo určiť faktory asociované s odpoveďou pacientok s diagnózou mentálnej anorexie na liečbu. Špecifickým cieľom bolo identifikovať osobnostné črty, ktoré sú typické pre pacientky neodpovedajúce na štandardnú terapiu, overiť prediktívny potenciál TCI a objasniť vzájomné vzťahy symptómov mentálnej anorexie a osobnostných charakteristík.

Pacientky a metódy: Súbor tvorilo 39 pacientok s diagnózou mentálnej anorexie, hospitalizovaných a následne ambulantne liečených, vo veku 11–19 rokov. Zaznamenali sme dôležité socio-demografické a antropometrické údaje. Pre posúdenie dimenzií osobnosti sme použili dotazník TCI (Temperament and Character Inventory). Symptomatiku

SUMMARY

Paulinyová M, Hapčová M, Waczulíková I, Hradečná Z, Tiňová M, Škodáček I. Temperament and character traits of anorexia nervosa patients and their relationship to the treatment response

Theoretical background: Due to the chronic course of the disorder and its psychosomatic consequences, anorexia nervosa is one of the most complex disorders among adolescent girls and young women. Research suggests that the prognosis of the therapy success can be significantly influenced by some of the personality characteristics of the patients. Methodology of the presented paper was based on the personality theory as defined by C. R. Cloninger.

Aim: The main aim of the presented study was to specify factors associated with the patient's response to the treatment. Specifically, the study focused on identification of those personality characteristics, which are typical for the group of patients who do not respond to the standard therapy; verification of the potential use of the Temperament and Character Inventory (TCI) for the prediction of the therapy success and clarification of the mutual relationship between symptoms of mental anorexia and personality characteristics.

Patients and methods: TCI together with the Eating Disorder Inventory

porúch príjmu potravy sme vyšetřovali dotazníkom EDI (Eating disorder inventory).

Výsledky: Profil osobnosti pacientok, ktoré po 6 mesiacoch neodpovedajú na liečbu, je charakterizovaný vyššou mierou vyhýbania sa poškodeniu, tj. zvýšenou inhibíciou správania a úzkosťou, nižšou mierou vo vyhľadávaní nového a behaviorálnej aktivácie a impulzivity. U nezlepšených pacientok sme zistili významne nižšie sebariadenie, ktoré sa prejavuje menšou cieľavedomosťou. Ďalej preukázali viac narušené interoceptívne vnímanie a významný vzťah sa ukázal medzi vyhýbaním sa poškodeniu, vyhľadávaním nového, sebariadením a strachom z dospelosti. V skupine zlepšených pacientok je miera narušenia interoceptívneho vnímania v pozitívnom vzťahu s vyššou mierou vyhýbania sa poškodeniu a v negatívnom vzťahu s mierou sebariadenia.

Záver: V rámci diagnostického procesu je dôležité zamerať sa na podrobné vyšetřenie osobnosti ako aj na podrobné vyšetřenie symptomatiky porúch príjmu potravy. Hlbšie poznanie temperamentu, charakteru pacientky a stravovacích postojov pomáha identifikovať rizikové pacientky, liečbu individualizovať a tak zvýšiť pravdepodobnosť pozitívnej odpovede.

Kľúčové slová: poruchy príjmu potravy, mentálna anorexia, temperament a charakter, prognostické faktory.

(EDI) were administered to a set of 39 patients (age 11–19) with the diagnosis of anorexia nervosa. The patients were first hospitalised and later treated in an outpatient clinic. The main socio-demographic and anthropometric data for the group were also collected. The TCI questionnaire was used to assess the personality dimensions and the EDI questionnaire was used to examine the symptomatology of the eating disorder.

Results: Personality profile of the patients who do not respond to the treatment after 6 months is characterised by: higher levels of harm avoidance (i. e. increased behaviour inhibition and anxiety) and lower levels of novelty seeking, behavioural activation and impulsivity. Among the unimproved patients we also found significantly lower self-directedness reflected by lower levels of purposefulness. They also presented with more disturbed interoceptive perception and there was also a significant relationship between harm avoidance, novelty seeking, self-directedness and fear of adulthood. Within the group of improved patients, the disturbance in interoceptive perception was positively correlated with higher levels of harm avoidance and negatively correlated with self-directedness.

Conclusion: It is important for the diagnostic process to include detailed personality assessment as well as the detailed eating disorder symptomatology examination. Better understanding of the temperament, character and eating attitudes of the patient helps to identify patients with high risk, to individualise the treatment and to improve probability of the positive treatment response.

Key words: eating disorders, mental anorexia, prognostic factors, temperament and character.

ÚVOD

Výskumy posledných rokov prinášajú nové poznatky v oblasti etiopatogenézy mentálnej anorexie (MA), predovšetkým v oblasti neurobiologickej. Jedinci disponujúci vulnabilitou k rozvoju porúch príjmu potravy majú v porovnaní so zdravými jedincami sklon k nerovnováhe v koncentrácii extracelulárneho serotonínu a v aktivite postsynaptických receptorov. Mentálna bulímia (MB) sa spája

s deficitom serotonergnej aktivity v CNS s následným oslabením sýtosti a záchvatmi prejedania.¹ MA naopak, podľa všetkého, súvisí so zvýšenou koncentraciou, alebo zvýšenou senzitivitou serotonínu v mozku, čo môže prispievať ku zvýšenej sýtosti, anxiozite a vyhýbavým črtám, alebo „harm avoidant“ osobnosti. Zmeny gonadálnych steroidov v spojitosti so stresom počas dospievania môžu ďalej meniť

aktivitu serotonínového systému a exacerbovať tie temperamentové črty, ktoré umožnia vyústenie do následnej dysfórie. Hladovanie a strata hmotnosti redukuje koncentráciu extracelulárneho serotonínu, ale tým zväčšuje receptorovú, 5-HT₁ väzbu v limbickom a kognitívnom kortikálnom regióne. Hladovanie spustí redukciiu hladiny extracelulárneho serotonínu, následne zníži stimuláciu postsynaptických receptorov a tým tlmí symptómy dysfórie, ktoré robia príjem potravy a nárast hmotnosti tak averzívnu.² Ako ďalší dôležitý neurotransmitter v etiológii MA sa ukázal dopamin. Výskum s PET ukázal súvislosť poklesu koncentrácie intrasynaptického dopamínu, alebo nárast denzity D₂/D₃ receptorov, alebo ich afinity s MA. Dá sa predpokladať, že tým môže tiež prispievať k charakteristickému vyhýbavému „harm avoidant“ temperamentu, ako aj k zvýšenej fyzickej aktivite, typickej u pacientok s MA. Zmeny znamenajú poruchu v mechanizme odmeny alebo „reward“, ktorý je súčasťou stravovacieho systému a súvisí s asketickými črtami a anhedoniou.²

Závažným problémom v liečbe MA sú predovšetkým pacienti s chronickým priebehom, s pretrvávajúcimi symptomatológiou, so stupňujúcimi sa závažnými somatickými a psychosociálnymi komplikáciami a zvýšenou mortalitou, uvádzanou medzi 5 a 10 %.³ Vzhľadom na to, že osobnosť pacienta zohráva podstatnú úlohu v odpovedi na liečbu, má práve hodnotenie osobnosti svoj význam pre vývoj diferencovanejších terapeutických stratégií a efektívnejších intervencií na začiatku a počas liečby.

Využiť poznatky o neurobiologických príčinách MA, v súvislosti s osobnostnými rysmi pacienta, v liečbe umožňuje neurobiologická teória osobnosti prof. Cloningera. Vychádza z biologických, neurofyziologických, genetických a psychologických prác. Reflektuje väzbu medzi neuromediátormi, subcelulárnymi štruktúrami a správaním a osobnostnými rysmi. Operacionalizáciou teórie vznikol dotazník temperamentu a charakteru (TCI). K bližšej charakteristike typu osobnosti využíva štyri ortogonálne dimenzie temperamentu (teoreticky viazané k rôznym neurotransmiterom), prevzaté z pokusov na zvieratách: behaviorálnu aktiváciu: novelty seeking (NS), vyhľadávanie nového, spojenú s funkciou dopamínu, behaviorálnu inhibíciu: harm avoidance (HA), vyhýbanie sa poškodeniu spojenú s funkciou GABA a serotonínom, sociálne väzby: reward dependence (RD), závislosť na odmene spojenú s funkciou noradrenalínu a serotonínu a čiastočné posilnenie: persistence, alebo vytrvalosť/zotrvačnosť, spojenú s funkciou glutamátu a serotonínu. Model zahŕňa aj tri dimenzie charakteru, ktoré sú podmienené najmä sociálnym učením a výchovou: sebariadiacia, self-directedness (SD), kooperatívna, cooperativeness (CO) a sebaapresiahnutie: self-transcendence (ST).^{4,5,6}

Cieľom predkladanej práce je zistiť parametre určujúce odpoveď pacientky na liečbu (sledovaním sociodemografických, antropometrických parametrov, analýzou symptómových charakteristík typických pre MA). Zistiť, ktoré z osobnostných črt sú typické pre pacientky, ktoré neodpovedajú na štandardnú terapiu. Objasniť vzájomné vzťahy symptómov MA a osobnostných charakteristík vypočítaním korelácií medzi získanými údajmi. Na základe zistených dát formulovať diagnostické a terapeutické odporúčania.

METODIKA

Výskumná vzorka a použité metódy

Výskumnú vzorku tvorilo 39 pacientok s diagnózou MA. Pacientky, vo vekom rozpätí 11–19 rokov, splňali diagnostické kritériá pre diagnózu mentálnej anorexie F50.0 alebo atypickej mentálnej anorexie F50.1 reštrikčného typu. Atypické formy ochorenia boli vybraté do štúdie iba v prípade, že napriek neprítomnosti jedného z príznakov ochorenia (úplná amenorea a popieranie túžby po štihlosti) nastal významný pokles hmotnosti a strata funkčnosti pacientky. Všetky vybraté pacientky boli hospitalizované, v každom jednotlivom prípade sa jednalo o závažnejšie formy poruchy. Vylučovacími kritériami boli vážnejšie somatické ochorenie, mentálna bulímia, záchvatovité prejedanie na začiatku sledovania, prítomnosť psychotických symptomatických, podpriemerný intelekt a nedostatočná spolupráca, tj. nedochádzali na pravidelné kontroly, alebo odmietli záverečné hodnotenie. Sledovanie nedokončilo 5 pacientok – 11 % z celkového počtu zaradených.

Úvodné hodnotenie pacientky pozostávalo z registrácie základných sociodemografických, antropometrických dát (výška, hmotnosť, dĺžka ochorenia, vyhodnotenie deficitu hmotnosti) a z vyšetrenia anorektickej symptomatiky, pomocou dotazníka Eating disorder inventory (EDI-I). EDI je sebaopisujúci dotazník, ktorý sa používa k vyhodnoteniu prítomnosti poruchy príjmu potravy (PPP), ako mentálnej anorexie, tak aj bulímie a záchvatovitého prejedania. Pozostáva zo 64 otázok rozdelených do 8 subškál na 0–6 bodovom skóre⁷. Pre dobrú dostupnosť sme použili prvú verziu EDI-1.

Súčasťou úvodného hodnotenia ďalej bolo vyšetrenie osobnosti, pomocou dotazníka temperamentu a charakteru, Temperament and Character Inventory (TCI). U pacientok vo veku 16–18 bola použitá dospelá verzia TCI s 256 otázkami^{8,9,10} a pre pacientky vo veku 11–15 juniorská verzia JTCI so 108 otázkami. Juniorskú verziu dotazníka sme získali korektným prekladom originálnej verzie. Overili sme reliabilitu slovenskej verzie s hodnotami Cronbachovej alfy v intervale 0,46–0,78. Overenie validity sme realizovali porovnaním so škálou NEO-FFI a aplikáciou dotazníka JTCI na klinickej populácii. Výsledky potvrdili uspokojivé psychometrické vlastnosti slovenskej verzie.¹¹

V štatistickom spracovaní sme používali percentilové hodnotenie (normy pre jednotlivé vekové kategórie), nie hrubé skóre, aby sme umožnili využitie dospelej aj detskej verzie dotazníka. Verzie sa líšia počtom otázok a možnosťami odpovedí. Hodnotenie obsahovalo aj záznam o stave pacientky, pomocou Morgan-Russelovej škály,¹² pre možnosť porovnania na konci sledovania. Pacientky boli štandardne liečené (režimová liečba s realimentáciou počas hospitalizácie v dĺžke trvania od 4 do 12 týždňov s pokračovaním v ambulantnej liečbe, psychoterapeutická starostlivosť).

Záverečné hodnotenie

Záverečné hodnotenie prebehlo pol roka od začiatku sledovania. Zaznamenali sme hmotnosť, symptomatiku MA,

pomocou EDI-I. Efekt liečby sme hodnotili prostredníctvom upravenej Morganovej-Russelovej škály (The Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule).¹² Škála formou riadeného interview preverí stav pacienta v 5 oblastiach: stravovanie, vnímanie zovňajšku, menštruácia, psychosexuálny stav, duševný stav a socioekonomické fungovanie. Vzhľadom na to, že sa škála používa u dospelých, pre účely nášho výskumu sme otázky čiastočne prispôbili, vynechaním otázok na psychosexuálny stav a otázky o socioekonomickej funkčnosti sme zamerali na funkčnosť v škole a v mimoškolských aktivitách.

Ďalším kritériom bol nárast hmotnosti počas 6 mesiacov sledovania. Následne sme pacientky rozdelili na:

1. skupinu pacientov reagujúcich pozitívne, zmenou klinického obrazu (zlepšenie – ZP)
2. skupinu pacientov bez významnej zmeny v klinickom obraze (rezistencia – RP)

Kritériá a spôsob hodnotenia odpovede na liečbu

Skóre v upravenej Morganovej-Russelovej škále

Zlepšenie alebo pozitívnu reakciu na liečbu sme zaznamenali, ak rozdiel skóre Morganovej-Russelovej škály¹² v čase T180, po absolvovaní 6mesačnej liečby a skóre na začiatku liečby, v čase T0 bol vyšší ako 30 % z rozdielu medzi maximálnym možným skóre a skóre v čase T0.

Nárast hmotnosti

Zlepšenie sme zaznamenali, ak: hmotnosť v čase T180 bola minimálne 50 % z rozdielu ideálnej hmotnosti vzhľadom na vek/výšku a hmotnosti v čase T0. BMI v detskom a adolescentnom veku nie je dostatočným ukazovateľom a v priebehu vývoja sa mení, k posúdeniu deficitu hmotnosti a ideálnej hmotnosti sme použili rastové diagramy z roku 2005.¹³ Pacientky boli považované za zlepšené (ZP), alebo odpovedajúce na liečbu, ak sa zlepšili v oboch parametroch, aj v Morganovej-Russelovej škále, aj v hmotnosti. Výsledky sme štatisticky vyhodnotili.

Štatistická analýza

Sociodemografické a antropometrické dáta, ktoré sú v aspoň intervalovej mierke, popisujeme ako priemer a smerodajnú odchýlku, v prípade, že dáta boli normálne rozdelené. Ak Shapiro-Wilkov test normalitu nepotvrdil, uvádzame medián s príslušným dolným a horným kvartilom.

Pre testovanie rozdielov v jednotlivých premenných (charakteristikách pacientok a dosiahnutom skóre v dotazníkoch EDI a TCI) medzi skupinami zlepšených pacientok (ZP) a rezistentných pacientok (RP) v danom čase sme použili nepárový t-test pre normálne rozdelené dáta – v opačnom prípade sme použili neparametrický Mannov-Whitneyov U test. Mediány v dosiahnutom skóre v EDI v rámci danej skupiny medzi začiatkom liečby, v čase T0 a po polročnej liečbe, v čase T180 sme testovali Wilcoxonovým testom. Vo všetkých prípadoch sme použili dvojstrannú alternatívu testu a významné rozdiely postulujeme pri hodnote $p \leq 0,05$.

Testovanie vzťahov medzi faktormi (možnými prediktormi) a efektom liečby sme vykonali bivariačnou aj multivariačnou analýzou. Spoločné pôsobenie troch a viacerých faktorov na výsledok liečby sme analyzovali viacnásobnou logistickou regresiou a významné prediktory ($p \leq 0,05$) a klinicky zaujímavé faktory ($0,2 \leq p > 0,05$) sme overili aj v bivariačnej analýze. Pre tieto faktory uvádzame hodnotu pomeru šancí OR (odds ratio), ktorá vyjadruje šancu na úspešnú hospitalizáciu pri jednotkovej zmene sledovanej charakteristiky. Pre OR bol vypočítaný aj 95 % interval spoľahlivosti (95 % CI), tj. interval, kde sa s 95 % pravdepodobnosťou nachádza pravdivá hodnota relatívneho rizika pre sledovanú populáciu. Kombinácie významných prediktorov primárneho výstupu (úspešnosť hospitalizácie), ktoré sú merané, resp. zaznamenané na začiatku liečby, vytvárajú jednoduché predikčné modely, ktoré umožňujú identifikovať pacientky predisponované na neúspech liečby. Spoľahlivosť týchto modelov môže byť zvýšená po prípadnom rozšírení súboru. Bivariačné vzájomné vzťahy osobnostných charakteristík a psychopatológie MA sme testovali Spearmanovým korelačným koeficientom.

VÝSLEDKY

Parametre určujúce odpoveď pacientky na liečbu

Deskriptívne charakteristiky

Základné deskriptívne charakteristiky, ako sú vek, deficit a následný nárast hmotnosti a trvanie ochorenia, sú uvedené v tab. 1. Významný štatistický rozdiel medzi skupinami je vo veku a v náraste hmotnosti po 6mesačnom sledovaní.

Tab. 1. Rozdiely v deskriptívnych charakteristikách

	Pacientky zlepšené (ZP) N = 21	Pacientky rezistentné (RP) N = 18	p-value
	Median Lower Q1 Upper Q3	Median Lower Q1 Upper Q3	
Vek	14 (13,7–15,5)	16 (15–17)	0,0034**
Hmotnosť v čase T0 (kg)	42 (37,8–47)	43,3 (40–47)	0,633
Deficit hmotnosti (kg)	20 (13–27)	24,5 (15–30)	0,42
Nárast hmotnosti (kg)	9,9 (7–11)	4,8 (2,5–8)	0,0002**
Trvanie ochorenia (týždne)	10 (6–14)	12 (7–24)	0,118
Hospitalizácia (týždne)	6 (5–10)	5,5 (5–10)	0,9158

$p \leq 0,05$ signif.; $p \leq 0,2$ klinicky významný v celkovom modeli

Analýza symptómových charakteristík typických pre poruchy príjmu potravy (dotazník EDI)

Podrobnejšiu analýzu symptomatiky MA, resp. zmeny v psychopatológii pacientok poskytuje porovnanie skupiny ZP a RP v čase pred a po šesť mesiacov trvajúcej liečbe, prostredníctvom dotazníka EDI (tab. 2). Na začiatku liečby sa všetky pacientky (následne zlepšené, aj rezistentné) odlišovali iba v interoceptívnom vnímaní. V ostatných oblastiach psychopatológie nebol významnejší rozdiel.

Následne po pol roku liečby sa dosiahnuté skóre v jednotlivých skupinách značne odlišovalo. Predovšetkým v dimenziách: túžba po štihlosti, bulímia, interoceptívne vnímanie, nespokojnosť s telom a neefektivita.

Tab. 2. Rozdiel v položkách EDI medzi zlepšenými (ZP) a rezistentnými pacientkami (RP) na začiatku liečby (v čase T0) a po pol roku liečby (v čase T180)

POLOŽKY EDI	Rozdiel medzi ZP a RP v T0	Rozdiel medzi ZP a RP v T180
	p-value	p-value
Túžba po štihlosti	0,753	0,0002**
Interpersonálny stres	0,668	0,0408
Perfekcionizmus	0,894	0,208
Bulímia	0,999	0,0354**
Strach z dospievania	0,322	0,0946
Interoceptívne vnímanie	0,026*	0,0093**
Nespokojnosť s telom	0,081	0,0076**
Neefektivita	0,066	0,0012**

p ≤ 0,05 signif.; p ≤ 0,2 klinicky významný v celkovom modeli Tab.

Rozdiel v dosiahnutom skóre v dimenziách EDI medzi začiatkom a ukončením liečby, zvlášť v skupine ZP a RP, ukazuje tab. 3. Pokiaľ v skupine zlepšených pacientok sa dosiahnuté skóre na začiatku a na konci liečby výrazne odlišuje vo viacerých dimenziách, v skupine pacientok neodpovedajúcich na liečbu vidíme významnejší rozdiel len v položke interpersonálny stres.

Tab. 3. Porovnanie skóre jednotlivých dimenzií EDI medzi začiatkom T0 a ukončením liečby T180 zvlášť pre skupinu zlepšených (ZP) a zvlášť pre skupinu rezistentných pacientiek (RP)

POLOŽKY EDI	Pacientky zlepšené (ZP) N = 21	Pacientky rezistentné (RP) N = 18
	Rozdiel medzi T0 a T180	Rozdiel medzi T0 a T180
	p-value	
Túžba po štihlosti	0,0006**	0,611
Interpersonálny stres	0,932	0,012**
Perfekcionizmus	0,243	0,389
Bulímia	0,018**	0,359
Strach z dospievania	0,189	0,939
Interoceptívne vnímanie	0,006**	0,330
Nespokojnosť s telom	0,0001**	0,083
Neefektivita	0,024**	0,932

p ≤ 0,05 signif.; p ≤ 0,2 klinicky významný v celkovom modeli

Profil temperamentu a charakteru pacientok (dotazník TCI/ JTCI)

Porovnanie výšky dosiahnutého skóre v osobnostnom dotazníku JTCI medzi skupinami zlepšených a rezistentných pacientok je uvedené v tab. 4. Pacientky neodpovedajúce na štandardnú terapiu v trvaní pol roka dosiahli signifikantne vyššie skóre v dimenzii vyhýbanie sa poškodeniu (HA), nízke skóre v dimenzii sebariadenie (SD) a zároveň mali tendenciu k nižšiemu skóre v dimenzii vyhľadávanie nového (NS). Rozdiel bol na hranici významnosti.

Tab. 4. Porovnanie dosiahnutého skóre dotazníka TCI/JTCI medzi skupinou zlepšených pacientok (ZP) a rezistentných pacientok (RP)

JTCI dimenzie	ZP Median Lower Q1 Upper Q3	RP Median Lower Q1 Upper Q3	p-value
Harm Avoidance	35	77	0,0078**
Novelty-Seeking	36	23	0,0582*
Reward-dependence	73	54	0,351
Persistence	91	85	0,394
Self-Directedness	70	35,5	0,0025**
Cooperativeness	74	59,5	0,137
Self-Transcendence	46	55	0,374

p ≤ 0,05 signif.; p ≤ 0,2 klinicky významný v celkovom modeli

Vzájomné korelácie demografických, antropometrických a osobnostných parametrov

Testovanie vzťahov medzi faktormi (možnými prediktormi) a efektom liečby sme vykonali bivariačnou aj multivariačnou analýzou. V bivariačnej analýze sa ukazujú natoľko zaujímavé prepojenia niektorých prediktorov s výsledkom, že sme pokračovali multivariačnou analýzou hľadaním najvhodnejších predikčných modelov, v ktorých spolupôsobenie viacerých faktorov predurčuje výsledné zaradenie do skupiny zlepšených, resp. rezistentných pacientok. Ako významné spolupôsobiace faktory sa ukázali dimenzie vyhýbanie sa poškodeniu (HA), vyhľadávanie nového (NS), sebariadenie (SD) a interoceptívne vnímanie spolu s vekom pacientky. Štatisticky významné modely prediktorov uvádzame v tab. 5.

Významnosť identifikovaných prediktorov bola potvrdená bivariačnou analýzou (výsledky neuvádzame).

Tab. 5. Štatisticky významné modely prediktorov úspechu v liečbe mentálnej anorexie

MODEL 1 p = 0,0013	MODEL 2 p = 0,0016	MODEL 3 p = 0,0023
TCI/JTCI Harm Avoidance p = 0,105 OR = 0,974	TCI/JTCI Harm Avoidance p = 0,126 OR = 0,973	TCI/JTCI Self-Directedness p = 0,202 OR = 1,023
EDI v T0 Interoceptívne vnímanie p = 0,394 OR = 0,908	TCI/JTCI Self-Directedness p = 0,568 OR = 1,011	EDI v T0 Interoceptívne vnímanie p = 0,198 OR = 0,871
Vek p = 0,0168 OR = 0,504	Vek p = 0,056 OR = 0,559	Vek p = 0,061 OR = 0,588

Vzájomné vzťahy symptómov MA (dotazník EDI) a dimenzií osobnosti (TCI/JTCI)

V skupine RP sa štatisticky významný korelačný vzťah ukázal medzi vyhýbaním sa poškodeniu (HA) a strachom z dospelosti u dotazníka EDI (r = 0,44; p = 0,06), vyhľadávaním nového (NS) a strachom z dospelosti (r = -0,46; p = 0,05) a nakoniec medzi dimenziou sebariadenie (SD) a strachom z dospelosti (r = -0,41; p = 0,09).

V skupine ZP je miera narušenia interoceptívneho vnímania v pozitívnom korelačnom vzťahu s vyššou mierou vyhýbania sa poškodeniu (HA) (r = 0,64; p = 0,001) a v negatívnom korelačnom vzťahu s mierou sebariadenia (SD) (r = -0,62; p = 0,003).

Druhá významná korelácia v skupine zlepšených pacientok sa preukázala medzi symptómami bulímie a sociálnou senzitivitou, náklonnosťou na uznanie druhými ľuďmi, a na sociálnych väzbách prezentovanou dimenziou závislosť na odmene (RD) ($r = -0,41$; $p = 0,09$).

DISKUSIA

Deskriptívne charakteristiky / Sociodemografické a základné klinické dáta

Naším cieľom bolo nájsť spomedzi sledovaných parametrov tie, ktoré významne ovplyvňujú odpoveď na liečbu. Štatisticky významný rozdiel medzi skupinami ZP a RP bol predovšetkým vo veku. Pacientky v skupine zlepšených boli mladšie ako pacientky, ktoré po polroku liečby nevykazovali požadované podmienky pre zlepšenie stavu. Zistenia ohľadne veku výskytu poruchy sú rozporuplné. Skupina autorov (Gowers a kol.¹⁴) uvádza, že nakoľko na jednej strane začiatok v mladšom veku je spojený s krátkym trvaním ochorenia, na druhej strane viaceré výskumy naznačujú, že u podskupiny pacientok, ktoré ochoreli vo veľmi ranom veku, pred menarche (so súčasným oslabením fyzickým, sociálnym osobnostným vývojom), je efekt liečby nedostatočný. Z našich výsledkov sa dá predpokladať, že vek samostatne hrá významnú úlohu v liečbe MA. Avšak len v koincidencii s ďalšími faktormi sa skutočne preukáže, či nižší vek je faktorom priaznivým, alebo nepriaznivým v odpovedi na liečbu.

Analýza symptómových charakteristík typických pre MA (dotazník EDI)

Podľa analýzy získaného skóre v dimenziách dotazníka EDI na začiatku liečby, v jednotlivých skupinách ZP a RP na začiatku a na konci liečby (tab. 2, 3), dotazník EDI nemôžeme považovať za vhodný pre apriórne odlíšenie rezistentných pacientok. Aj keď jednotlivito žiadna otázka neumožňuje odlíšenie pred liečbou, pri selekcii prediktorov sa ako výpovedná javí dimenzia interoceptívne vnímanie. Jacobi uvádza, že poruchy interoceptívnej schopnosti, tj. vnímania vnútorných (afektívnych a viscerálnych) vzruchov, patria medzi charakteristické znaky pacientok s poruchami príjmu potravy a sú dobre podložené nespočetnými priečnymi a niekoľkými longitudinálnymi štúdiami.¹⁵ Narušenie tejto oblasti môže súvisieť s ranou skúsenosťou, ktorú mal jedinec zo strany primárnej osoby, ktorá mu sprostredkovala a učila ho správne identifikovať rôzne emócie a telesné skúsenosti.¹⁶ Preto môžeme predpokladať, že ťažkosti sú na hlbšej, bazálnej úrovni pacientky a súvisia s jej celkovou osobnostnou štruktúrou, ktorá má vplyv na celý obraz ochorenia, tj. aj na úspešnosť liečby. V dimenzii bulímie dotazníka EDI sa prejavila skutočnosť, že aj keď na začiatku sledovania u všetkých pacientok bol diagnostikovaný reštrikčný typ MA, u niektorých sa v priebehu sledovania rozvinulo aj purgatívne správanie bez známok záchvatovitého prejedania. Môžeme predpokladať, že išlo o kompenzáciu v reakcii na úpravu stravovania v liečbe. O niečo vyšší bol výskyt purgatívnych techník, ktoré vznikli

v priebehu ochorenia, v skupine nezlepšených pacientiek. Aj keď rozdiel nie je štatisticky významný, potvrdzuje publikované údaje, že závislosť na purgatívnych technikách a zvracanie zhoršuje perspektívu pacientky.¹⁷ Dotazník EDI ako celok nemá prediktívny potenciál, ale je vhodný na posúdenie aktuálne prítomnej psychopatológie.

Profil temperamentu a charakteru pacientok (dotazník TCI/JTCI)

Podľa našich výsledkov, osobnostný profil pacientok, ktoré po 6 mesiacoch neodpovedajú na liečbu, je, v porovnaní so skupinou zlepšených pacientok, charakteristický, z hľadiska temperamentu, ktorý je vrodenný: zvýšeným vyhýbaním sa poškodeniu (HA), čiže zvýšenou ostýchavosťou, neistotou, pasivitou, ľahkou unaviteľnosťou a inhibíciou správania a úzkosťou. Nižšie skóre pacientok vo vyhľadávaní nového (NS) znamená, že sú menej spontánne a impulzívne, rezervované, poriadkumilovné, majú tendenciu k striedmosti a rigidite. Z hľadiska charakteru, ktorý sa formuje počas vývinu dieťaťa, zisťujeme u nezlepšených pacientok významne nižšie sebariadenie (SD), čiže sa javia ako menej zodpovedné, cieľavedomé, spoľahlivé a viac bezradné.

V prehľadovej práci Fassino a kol. z roku 2004 sú formulované základné rozdiely v oblasti temperamentu a charakteru medzi pacientkami s PPP, všeobecnou populáciou a jednotlivými subtypmi PPP.¹⁸ Pacientky s reštrikčnou formou MA majú typické nižšie skóre v dimenzii vyhľadávanie nového (NS), v porovnaní s bežnou populáciou a pacientkami s bulimiou. Podľa iných autorov, nižšie skóre je len v porovnaní s bulimickými pacientkami. Preto je dimenzia NS významná pre subtypizáciu PPP.¹⁹ Vo väčšine štúdií pacientky s reštrikčnou formou MA skórujú v dimenzii vyhýbanie sa poškodeniu (HA), vyššie ako zdravé dievčatá z kontrolného súboru. Dimenzia HA je významná aj z prognostického hľadiska, vyššie skóre je typické u chronických pacientok v porovnaní s vyliečenými.²⁰ Podľa Cloningerovej teórie význam dimenzie HA sa zakladá aj na neurobiologických súvislostiach s funkciou serotonínu, ktorý sa podieľa na etiopatogenéze PPP.⁴ Profil temperamentu rezistentných pacientok v našom súbore zodpovedá profilu, ktorý je typický pre podskupinu reštrikčných MA.¹⁸ V skupine boli aj pacientky s rozvinutým purgatívnym správaním, ktoré vzniklo počas sledovania. Podľa publikovanej literatúry pacientky s purgatívnym typom MA sú charakteristické rovnako nižšou mierou vyhľadávania nového (NS) v porovnaní so zdravými jedincami a relatívne vyššou mierou vyhýbania sa poškodeniu (HA) v porovnaní s pacientkami s reštrikčným typom ochorenia. Dosahujú podobnú mieru v dimenzii zotrvačnosť (P) a skôr nižšie skóre v dimenzii závislosť na odmene (RD) ako pacientky s reštrikčnou anorexiou.¹⁸

Väčšina prác potvrdzuje nižšie skóre v dimenzii sebariadenie (SD) pacientok s MA v porovnaní so zdravými jedincami z kontrolného súboru. Nízka miera sebariadenia sa považuje aj za rizikový faktor pre zvýšenú vnímavosť voči tlaku spoločnosti na štíhlosť a spolu s vyššou mierou vyhýbania sa poškodeniu redukuje schopnosť jednotlivca vyrovnáť sa so stresom. Z prognostického hľadiska pacientky s MA po vyliečení skórujú v dimenzii sebariadenie signifikantne vyššie ako čiastočne uzdravené, alebo pacientky s chronickým priebehom.¹⁸

V našich výsledkoch (tab. 5) sa preukázala prepojenosť jednotlivých faktorov, temperamentových, osobnostných ako aj antropometrických. Pre lepšie pochopenie vzájomných súvislostí a dynamiky faktorov, ktoré vplyvajú na liečbu, sme zostavili predikčné modely. Z našich výsledkov vyplýva, že ak hľadáme prediktívne ukazovatele, nestačí výskyt niektorého zo skúmaných faktorov, ale treba brať do úvahy koincidienciu viacerých. Získame tak celkový profil, ktorý umožní lepšie porozumieť osobnostnej štruktúre, od ktorej sa môže odvíjať priebeh ochorenia. Výsledky bivariačnej aj multivariačnej analýzy potvrdili výsledky porovnania získaného skóre v JTCI/TCI v skupinách. Vytvorené predikčné modely, v ktorých spolupôsobenie viacerých faktorov predurčuje výsledné zaradenie do skupiny zlepšených/rezistentných pacientok (tab. 5), nám hovoria: Model 1 – čím vyššia je miera inhibície správania a úzkosti (HA) spolu so zvýšenou mierou narušeného interoceptívneho vnímania pacientky a čím vyšší je jej vek, tým pravdepodobnejšie bude nedostatočná odpoveď na liečbu. Model 2 – čím vyššia miera inhibície správania a úzkosť (HA), čím nižšia zodpovednosť a cieľavedomosť (SD), a čím vyšší vek, tým vyššia bude pravdepodobnosť zaradenia medzi pacientky neodpovedajúce na liečbu. Model 3 – čím nižšia zodpovednosť cieľavedomosť (SD), spolu s vyššou mierou narušenia interoceptívneho vnímania, a čím vyšší vek, tým je viac pravdepodobné, že sa jedná o rizikóvu pacientku ohľadne odpovede na liečbu.

Vzájomné korelácie klinických a osobnostných parametrov

Najvýznamnejšie korelačné vzťahy medzi osobnostnými črtami a symptomatikou PPP preukázali, že pokiaľ dimenzia vyháňanie sa poškodeniu (HA) je skôr podporujúcim faktorom strachu z dospelosti, dimenzia vyhľadávanie nového (NS) strach z dospelosti limituje. Nízka cieľavedomosť a nižšia miera vlastnej zodpovednosti priamo reflektuje strach z dospelosti, čiže obava z preberania kompetencií vo vlastnom živote. Strach z dospelosti priamo súvisí s tými temperamentovými dimenziami, v ktorých sa skupiny zlepšených a rezistentných pacientok najviac odlišujú a ktoré sú z hľadiska prognózy významné (HA, NS, SD). Z vývinového pohľadu, pacientky v tomto veku prechádzajú nevyhnutným procesom separácie od svojej rodiny, na emočnej, sociálnej ako aj na fyzickej úrovni. Vzorce strachu z dospelosti a osamostatňovania sú popísané ako typické pre pacientky s PPP.²¹ Z uvedeného vyplývajú implikácie týkajúce sa terapie.

V skupine ZP sa ukázalo, že nízka miera narušenia interoceptívneho vnímania súvisí s nižšou mierou úzkosti a inhibície správania (HA) a zrelším charakterom (SD). Môžeme konštatovať, že schopnosť pacientok byť v kontakte s vlastným telom a schopnosť rozlíšiť svoje telesné potreby priamo súvisí s nižšou mierou úzkosti a vyššou mierou zodpovednosti a cieľavedomosti (dimenzie HA, SD sa z hľadiska odpovede na liečbu ukázali ako rizikové). Narušený kontakt s vlastným telom môže súvisieť s ranými skúsenosťami s primárnou osobou, ktoré mali vplyv na celkový vývin osobnosti dieťaťa. Ďalší dôležitý fakt, ktorý sa vyskytuje u pacientok s PPP a môže mať výrazný vplyv na interoceptívne vnímanie, je sexuálne zneužívanie,

alebo týranie v anamnéze pacientky. Rezistencia na liečbu môže byť priamy dôsledok nespracovanej traumy.²²

Ďalej korelačný vzťah medzi symptómami bulimie a závislosťou na odmene (RD) môže vyjadrovať protektívny charakter sociálnej senzitivity a sociálnych väzieb pred rozvojom purgatívneho, resp. bulimického správania. Preto má význam, v psychoterapii, podporovať prekonanie sociálnej nezávislosti izolácie a budovanie kvalitných emočných a sociálnych väzieb.

ZÁVER

Z nášho výskumu vyplýva, že pacientky, ktoré po 6 mesiacoch sledovania nedostatočne odpovedali na štandardnú liečbu, sú charakteristické z hľadiska temperamentu zvýšenou ostýchavosťou, neistotou, pasivitou, zvýšenou unaviteľnosťou a v dôsledku inhibíciou správania a úzkosťou (vyššie HA), sú menej spontánne, impulzívne, viac rezervované a poriadkumilovné, majú tendenciu k striedmosti a rigidite (nižšie NS). Z hľadiska charakteru pacientky môžeme charakterizovať ako menej zodpovedné, cieľavedomé, menej spoľahlivé a viac bezradné (nižšie SD).

Pacientky rezistentné na liečbu sú charakteristické vyššou mierou narušenia interoceptívneho vnímania, tj. schopnosti vnímať vlastné telesné aj emočné potreby. Významným spolupôsobiacim faktorom je aj vek. Pri hľadani prediktívnych ukazovateľov nestačí výskyt niektorého zo skúmaných faktorov, ale treba brať do úvahy koincidienciu viacerých. Zároveň ich výskyt môže byť variabilný, čo prináša rôzne modely poruchy a tým pádom sa aj mení prediktívna významnosť jednotlivých faktorov.

Výsledok analýzy vzájomných vzťahov medzi psychopatológiou PPP a osobnostnými rysmi pacientok preukázal, že strach z dospelosti priamo súvisí s tými temperamentovými dimenziami, v ktorých sa skupiny zlepšených a rezistentných pacientiek najviac odlišujú a ktoré sú z hľadiska prognózy významné (HA, NS, SD).

Limity výskumu: K jednoznačným záverom ohľadne prognostických faktorov u mentálnej anorexie by bolo potrebné do výskumu zaradiť väčší počet probandov. Predpokladáme, že má zmysel pokračovať a ďalej zbierať dáta, aby sme mohli vytvoriť spoľahlivý model, v ktorom sú zahrnuté skutočne len tie prediktory, ktoré spolu nezávisle predpovedajú výsledok terapie.

Z nášho výskumu vyplývajú odporúčania pre diagnostický aj terapeutický proces:

Diagnostické a terapeutické odporúčania

Vzhľadom na fakt, že nízky vek pacientky je spojený s kratším priebehom a dobrou odpoveďou na liečbu, je vhodné, aby pacientkam s podozrením, resp. už stanovenou diagnózou mentálnej anorexie bola čo najskôr poskytnutá špecializovaná psychiatrická a psychologická starostlivosť.

V rámci diagnostiky je vhodná podrobná psychodiagnostika, vyšetrenie osobnosti ako aj podrobné vyšetrenie stravovacích postojov k presnejšiemu určeniu klinickej symptomatiky PPP.

Identifikovať rizikóvu pacientku (vyššie HA, nízke NS, nízke SD) a v liečbe sa vo zvýšenej miere zamerať na prekonanie

strachu a úzkosti (HA-serotonin), pomocou farmakoterapie a prostredníctvom psychoterapie podporovať samostatné a zrelé rozhodovanie pacientky (SD), podporovať hľadanie vhodných cieľov ako aj vytrvalosť pri ich dosahovaní.

U pacientok s vyššou mierou narušenia interoceptívneho vnímania využiť prístupy zamerané na prácu s telom, orientovať sa na vnímanie vlastného tela, rozlišovanie jeho

potrieb, viesť pacientku k pochopeniu a vyjadrovaniu svojich emócií.

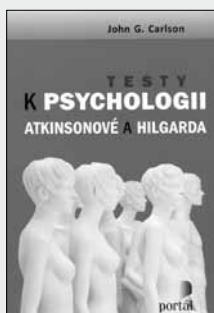
V rámci terapeutického prístupu podporovať nadväzovanie sociálnych väzieb a podporovať sociálne správanie pacientky. Prostredníctvom individuálnej, skupinovej ako aj rodinnej psychoterapie pomáhať pacientke prekonávať izoláciu a osamelosť.

LITERATÚRA

- Martásková D, Papežová H. Genetické aspekty poruch príjmu potravy. In: Spektrum poruch príjmu potravy. Praha: Grada Publishing; 2010: 57–58.
- Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insight into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience* 2009; 10 (8): 573–584.
- Uhlíková P. Poruchy príjmu potravy u detí a dospievajúcich. In: Spektrum poruch príjmu potravy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing; 2010: 57–58.
- Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorder. In Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000 (1–2): 1287–1292.
- Hrubý R, Nosálová G, Hrubá S. Dimenzie osobnosti a antidepresívna liečba. Necpaly: VEEM; 2010: 96.
- Hrubý R. Základy teórie osobnosti podľa C. R. Cloningera. *Psychiatria* 2007; 14 (2–3): 114–120.
- Paclt I, Florian J a kol. Psychofarmakoterapie detského a dorostového veku. Praha: Grada Publishing; 1998: 336–340.
- Preiss M, Klose J, Španiel F. Temperament a charakter podle C. R. Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie* 2000; (4): 251–254.
- Preiss M, Kucharová J, Novák T, Stepánková H. The temperament and character inventory-revised (TCI-R): a psychometric characteristics of the Czech version. *Psychiatr Danub* 2007; 19 (1–2): 27–34.
- Hrubý R, Nosálová G, Ondrejka I, Preiss M. Personality changes during antidepressant treatment. *Psychiatr Danub* 2009; 21 (1) 25–32.
- Paulinyová M, Halama P. Hradečná. Teória osobnosti podľa C. R. Cloningera a jej využitie v klinickej praxi. Alkohol a drogové závislosti 2009; (3): 7.
- Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of Anorexia nervosa, the Morgan-Russel Outcome Assessment Schedule. *In Br J Psychiatry* 1988; (152): 367–371.
- Lesný P, Krásničanová H. Kompendium pediatrické auxologie, v.1.0. CD nosič. Web based software for growth diagnostics. *Journal Technology and Health Care, MedNet* 2005; 13 (5).
- Gowers S, Crisp AH, Joughin N, Bhat A. Premenarcheal anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1991; 32 (3): 401–569.
- Jacobi C, Paul T, Thiel A. Poruchy príjmu potravy. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 33.
- Krueger D. Body Self in Psychological Self Development. In: Integration of Body Self and Psychological Self: Creating a New Story in Psychoanalysis and Psychotherapy. New York: Brunner/Routledge; 2002: 3–28.
- Steinhausen HC. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284–1293.
- Fassino S et al. Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *In Eat Weight Disord* 2004; 9 (2): 81–90.
- Fassino S a kol. Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: predictors of outcome, *In Eur Psychiatry* 2001; 16 (8): 466–473.
- Bulik CM. Twin studies of eating disorders; a review. *In J Eat Disord* 2000; 27 (1): 1–20.
- Chvála V, Trapková L. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál; 2004: 227.
- Pavlová B. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. *In Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing; 2010: 42.

John G. Carlson

TESTY K PSYCHOLOGII ATKINSONOVÉ A HILGARDA



Cvičebnice je vynikajúci pomôckou k zvládnutí značného množství dat ve velké přehledové publikaci Psychologie, která je pokládána za jednu za základních učebnic tohoto oboru (česky R. L. Atkinson a kol.: Psychologie, Portál 2003). Kapitoly cvičebnice odpovídají členění kapitol v Psychologii a obsahují testy, které ověřují znalost témat příslušné kapitoly i jejich pochopení v kontextu dalších poznatků. Každá kapitola obsahuje následující části zaměřené na strukturování a testování poznatků: Cíle učení;

Významné osobnosti; Pojmy a podrobnosti; Koncepcie a teorie; a na závěr dva Vzorové testy, z nichž první může sloužit k ověření celkových znalostí po předchozím studiu kapitoly v Psychologii a druhý k celkovému ověření znalostí poté, co student po prvním zkušební testu opětne prostudoval některé části učebnice. Cvičebnici doplňuje klíč.

Kniha je určena především pro ty, kdo studují či vyučují psychologii a příbuzné obory nebo se připravují na přijímací zkoušky.

545 Kč, Portál, 2011, 1. vydání, 310 s., černobíle, 205 x 297 mm, brožované