

ISSN 1648-293X

BIOLOGICAL PSYCHIATRY AND PSYCHOPHARMACOLOGY

BIOLOGINĖ PSICHIATRIJA IR PSICHOFARMAKOLOGIJA

Vol. 14, No 1, 2012, May
T. 14, Nr. 1, 2012 m. gegužė



LSMU Elgesio medicinos instituto XI-oji metinė tarptautinė konferencija



Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos instituto KLINIKA

Palangoje prie Botanikos parko, netoli jūros veikia Elgesio medicinos institutas, savo sudėtyje turintis kliniką.

Čia sėkmingai pritaikomi šiuolaikiniai mokslo laimėjimai kardiovaskulinės, psichofiziologinės reabilitacijos ir profilaktikos srityse.

Streso ir širdies ligų išsivarginti žmonės klinikoje gali pasitikrinti savo sveikatą, gauti stacionarinę ir ambulatorinę reabilitacinę gydymą.

Streso ligų skyriuje veikia dienos stacionaras.

Pacientams, turintiems siuntimą reabilitacijai ar dienos stacionarui, paslaugas apmoka TLK.

Neturintiems siuntimo paros kaina:

98 Lt (nuo rugsėjo 1 d. iki gegužės 31 d.)

123 Lt (nuo birželio 1 d. iki rugpjūčio 31 d.)

Norintiems gauti papildomą informaciją, kviečiame skambinti:

Kardiovaskulinės reabilitacijos skyrius: 8 460 30027, 8 618 41860

Streso ligų skyrius: 8 460 30039

Ambulatorinės reabilitacijos skyrius: 8 460 30033

Vydūno al. 4 / J. Šliūpo 7, LT-00135 Palanga, Lietuva

El. paštas: klinika@ktl.mii.lt

www.pri.kmu.lt

* * * * *



Kviečiame į tobulinimosi kursus!

Psichikos sveikatos priežiūra bendrojoje medicinoje (30 val.)

Mokymo programa kardiologijos, traumatologijos ir onkologijos srityje dirbantiems specialistams

2012 m. Palangoje

Norinčiuosius dalyvauti šiuose kursuose arba gauti papildomą informaciją, kviečiame skambinti

tel. **8 615 67921** arba rašyti el. laiškus mstaniute@ktl.mii.lt

Kursus finansuoja Europos socialinis fondas, todėl dalyvaujantiems už kursus mokėti nereikės. Kursų dalyviai gaus specialią mokymosi medžiagą. Kursų dalyviams bus išduodami Lietuvos sveikatos mokslų universiteto kvalifikacijos kėlimo pažymėjimai.



C O N T E N T S
T U R I N Y S

EDITOR-IN-CHIEF Robertas BUNEVIČIUS, Palanga, Lithuania	VYRIAUSIASIS REDAKTORIUS Robertas BUNEVIČIUS, Palanga, Lietuva
FIELD EDITORS	SRITIES REDAKTORIAI
Clinical Psychiatry Leo SHER, New York, USA	Klinikinės psichiatrijos Leo SHER, New York, JAV
Psychopharmacology Jaanus HARRO, Tartu, Estonia	Psichofarmakologijos Jaanus HARRO, Tartu, Estija
REGIONAL EDITORS	REGIONINIAI REDAKTORIAI
For Estonia Eduard MARON, Tallinn, Estonia	Estijai Eduard MARON, Talinas, Estija
For Latvia Elmars RANCANS, Riga, Latvia	Latvijai Elmars RANCANS, Ryga, Latvija
For Lithuania Dainius PŪRAS, Vilnius, Lithuania	Lietuvai Dainius PŪRAS, Vilnius, Lietuva
For Poland Wieslaw J. CUBALA, Gdansk, Poland	Lenkijai Wieslaw J. CUBALA, Gdanskas, Lenkija
ASSISTANT EDITOR Aurelija PODLIPSKYTĖ, Palanga, Lithuania	ATSAKINGOJI REDAKTORĖ Aurelija PODLIPSKYTĖ, Palanga, Lietuva
ASSISTANT SECRETARY Solveiga BLAŽIENĖ, Kaunas, Lithuania	ATSAKINGOJI SEKRETORĖ Solveiga BLAŽIENĖ, Kaunas, Lietuva
EDITORIAL BOARD	REDAKCIJINĖ KOLEGIJA
Virginija ADOMAITIENĖ, Kaunas, Lithuania	Virginija ADOMAITIENĖ, Kaunas, Lietuva
Lembit ALLIKMETS, Tartu, Estonia	Lembit ALLIKMETS, Tartu, Estija
Julija BROŽAITIENĖ, Palanga, Lithuania	Julija BROŽAITIENĖ, Palanga, Lietuva
Gintautas DAUBARAS, Vilnius, Lithuania	Gintautas DAUBARAS, Vilnius, Lietuva
Vytenis P. DELTUVA, Kaunas, Lithuania	Vytenis P. DELTUVA, Kaunas, Lietuva
Algirdas DEMBINSKAS, Vilnius, Lithuania	Algirdas DEMBINSKAS, Vilnius, Lietuva
Antanas GOŠTAUTAS, Kaunas, Lithuania	Antanas GOŠTAUTAS, Kaunas, Lietuva
Vanda LIESIENĖ, Kaunas, Lithuania	Vanda LIESIENĖ, Kaunas, Lietuva
Alvydas NAVICKAS, Vilnius, Lithuania	Alvydas NAVICKAS, Vilnius, Lietuva
Julius NEVERAUSKAS, Kaunas, Lithuania	Julius NEVERAUSKAS, Kaunas, Lietuva
Artūras PETRONIS, Toronto, Ontario, Canada	Artūras PETRONIS, Torontas, Ontarijas, Kanada
Sigita PLIOPLYS, Chicago, Illinois, USA	Sigita PLIOPLYS, Čikaga, Ilinojus, JAV
Arthur J. PRANGE, Chapel Hill, North Carolina, USA	Arthur J. PRANGE, Čapel Hilas, Šiaurės Karolina, JAV
Daiva RASTENYTĖ, Kaunas, Lithuania	Daiva RASTENYTĖ, Kaunas, Lietuva
Palmira RUDALEVIČIENĖ, Vilnius, Lithuania	Palmira RUDALEVIČIENĖ, Vilnius, Lietuva
Robert STERN, Providence, Rhode Island, USA	Robert STERN, Providensas, Rod Ailendas, JAV
RomaŠERKŠNIENĖ, Kaunas, Lithuania	Roma ŠERKŠNIENĖ, Kaunas, Lietuva
Arimantas TAMAŠAUSKAS, Kaunas, Lithuania	Arimantas TAMAŠAUSKAS, Kaunas, Lietuva
Giedrius VARONECKAS, Palanga, Lithuania	Giedrius VARONECKAS, Palanga, Lietuva
LITHUANIAN LANGUAGE EDITOR Teresė LESKAUSKIENĖ	LIETUVIŲ KALBOS REDAKTORĖ Teresė LESKAUSKIENĖ
LAYOUT Aurelija PODLIPSKYTĖ	MAKETUOTOJA Aurelija PODLIPSKYTĖ

EDITORIAL / REDAKCIJOS SKILTIS	2
RESEARCH REPORTS	
Vesta Steiblienė, Narseta Mickuvienė, Robertas Bunevičius Effect of treatment with antipsychotics on sex hormone binding globulin concentrations in patients with acute psychosis.....	3
Rytis Leonavičius, Virginija Adomaitienė Impact of depression on multiple sclerosis patients' life activities and treatment quality	8
Giedrius Varoneckas, Audrius Alonderis, Aurelija Podlipskytė Miego kokybės sąsajos su psichoemocine būkle ir kardiologine patologija	13
ATVEJO APRAŠYMAS	
Brigita Baks, Daiva Pupšytė, Rimantė Kirsnytė Sunkūs ir ilgalaikiai valgymo sutrikimai (SEED): 18 metų sergančiojo nervine anoreksija atvejo analizė.....	17
GYDYMO REKOMENDACIJOS	
Martin AIGNER, Janet TREASURE, Walter KAYE, Siegfried KASPER ir Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos valgymo sutrikimų darbo grupė Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. <i>WFSBP</i>) valgymo sutrikimų farmakologinio gydymo rekomendacijos	22
INSTRUMENTUOTĖ	
Brigita Baks Valgymo sutrikimų aprašas – 3 (EDI-3)	57
TEZĖS	
LSMU Elgesio medicinos instituto XI-osios metinės tarptautinės konferencijos tezės	62
DISERTACIJOS	
Jūratės Pečeliūnienės daktaro disertacija Pirminės sveikatos priežiūros pacientų nuotaikos, nerimo sutrikimai ir suicidinės tendencijos“	75

Oficialus Lietuvos biologinės psichiatrijos draugijos (LBPD) leidinys
Remiamas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos instituto
LEIDĖJAS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas
Vydūno al. 4 LT-00135 Palanga. Tel. (8460) 30017, faksas (8 460) 30014
VIRŠĖLYJE – „13 ir KO“ klubo narės Živilės paveikslas

PUSLAPIS INTERNETE <http://www.pri.kmu.lt/biological-psychiatry.htm>
SPAUSDINO IĮ S. Jokužio leidykla-spaustuvė

Eating disorders: diagnosis, treatment and recovery

Greta NOORDENBOS

Leiden University, Clinical Psychology Section, Leiden, The Netherlands



Although the first characteristics of anorexia nervosa (AN) were described by Morton as early as 1694, the diagnostic criteria for eating disorders (EDs) are still subject of debate. In the earliest diagnostic criteria for AN, bulimic behaviour such as bingeing, vomiting and using laxatives was seen as a possible consequence of AN rather than a separate disorder. In 1989, however special diagnostic criteria

for bulimia nervosa (BN) were developed. In the DSM-IV-TR criteria were also introduced for binge eating disorder (BED), that is, having recurrent binges not compensated by purging behaviour and often resulting in excess weight and obesity.

Many patients with severe eating and weight problems, however, do not fulfil all criteria for AN, BN or BED and are diagnosed with Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). Most prevalent are patients with EDNOS and BED, while the prevalence of BN and AN is the lowest. In the forthcoming DSM-5 the criteria for AN, BN and BED have been changed in such a way that fewer patients are classified as EDNOS. Although the DSM criteria for EDs are mutually exclusive many EDs patients cross over from one diagnosis to another. For that reason a transdiagnostic approach of EDs has been developed.

EDs show a very skewed gender distribution: around 90% of patients are women and 10% men. Most EDs are found in young women aged 15-25 years. For men, however, the body ideal is not being slim but having strong muscles. The question is whether muscle dysmorphia can be seen as a male variant of AN.

Because EDs have severe consequences early diagnosis and effective treatment are very important. A problem, however, is that in the first stage EDs patients deny having eating problems, or feel too ashamed to seek help. Their disturbed eating behaviour is not (yet) experienced as a problem but as a solution for underlying problems such as low self esteem, negative body image and lack of emotion regulation and social coping strategies. In the first period of their ED patients are not motivated for treatment, because they are afraid of losing their control over food, gaining weight, and becoming fat. Because

of patients' and doctors' delays EDs are underrecognized and undertreated.

Sooner or later ED patients are confronted with severe physical consequences (such as emaciation, tiredness, low body temperature, amenorrhoea, abdominal pain, sore throat, osteoporosis, fertility problems), psychological consequences (such as obsessive and compulsive thoughts about food and weight, lack of concentration, negative emotions, depression, suicidal thoughts), and social consequences (such as distrust of others, isolation, and being unable to continue their education or job). Confronted with these effects they often become motivated for treatment. Motivational interviewing can be very helpful at this stage.

ED patients are often first diagnosed and treated by a GP or psychologist. Severe EDs patients are admitted to a hospital or a clinic for EDs. Most treatments start by reducing the ED symptoms, such as underweight and undernourishment in AN, binges in BN and BED, and purging behaviour in BN. Several strategies are used, such as psycho-education about food and weight and registration of food intake and emotions in a diary in order to increase patients' insight into their disturbed eating behaviour. For BN cue-exposure is used in order to prevent bingeing and purging. Although antidepressants can help to reduce binges and depression, medication is not the core treatment for EDs. Effective treatments for EDs are cognitive behavioural treatment, psychodynamic therapy, interpersonal therapy, body oriented therapy and emotion-focused treatment. For young ED patients family therapy is very important. Recently mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT), and compassion therapy have proved to be useful strategies in the treatment of EDs.

Metastudies on effect, outcome and follow-up studies show that in general 45-50% of ED patients recover, 30% improve and 20% stay chronically ill; 5% die. Because of a lack of consensus about the criteria for recovery these percentages vary greatly between different studies, which makes a comparison between outcome studies debatable. For full recovery and prevention of relapse after treatment it is important that not only the disturbed eating behaviour is normalized and the physical consequences are reduced, but also the underlying problems are tackled. Important criteria for recovery from ED are healthy eating behaviour and weight, a positive body attitude, more self-esteem, and better emotion regulation and social coping strategies.

Dr. Greta Noordenbos is senior researcher at the Department of Clinical Psychology, Leiden University, the Netherlands. She finished her Ph.D. thesis about Cultural factors in the development of ED in 1987. She did research at prevention of ED, risk factors and risk groups, chronic ED, criteria for recovery and the process of recovery. In 1994 she founded the Dutch Commission for Prevention of ED and she participates in SIG group Prevention of the of AED. She has written several books about EDs, some together with Prof. dr. W. Vandereycken from the Leuven University in Belgium. Greta Noordenbos was co-editor of the Dutch Handbook Eating Disorders and was member of the Task group of the Dutch Guidelines for ED. In 2012 a new book about Guidelines for Recovery from Eating Disorders will be published.

Address for correspondence: Dr. Greta Noordenbos, Leiden University, Clinical Psychology Section, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, The Netherlands. e-mail: Noordenbos@FSW.Leidenuniv.nl

Effect of treatment with antipsychotics on sex hormone binding globulin concentrations in patients with acute psychosis

Gydymo antipsichotikais poveikis lytinius hormonus surišančio baltymo koncentracijai sergant ūminėmis psichozėmis

Vesta STEIBLIENĖ, Narseta MICKUVIENĖ, Robertas BUNEVIČIUS

Institute of Behavioral Medicine, Lithuanian University of Health Science, Palanga, Lithuania

SUMMARY

The primary aim of this study was to investigate effect of acute psychosis treatment with antipsychotic medications on sex hormone binding globulin (SHBG) concentrations. The secondary aim of the study was to evaluate relationships between changes in SHBG concentrations and severity of psychosis, assessed by the Brief Psychiatric Rating scale (BPRS).

Methods. 81 acute psychotic patients (42 men and 39 women), consecutively admitted to the mental hospital were included to the study, if they had no history of any significant or unstable medical condition or concomitant psychiatric disorder. Blood samples were collected on two occasions (admission and discharge) for the assessment of the SHBG concentrations. Psychiatric diagnoses were made according to DSM-IV-TR diagnostic criteria, assessed by using Mini Plus 5.0.0 structured clinical interview. Severity of psychosis was assessed on two occasions by the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). All study patients during hospitalization received treatment with antipsychotics.

Results. Acute psychosis treatment with antipsychotics produced a significant decrease in SHBG concentrations in total group of patients ($F=6.18$; $p=0.015$). There were gender-related differences in the treatments effect on SHBG concentrations; the significant decrease in SHBG has been found in antipsychotic treated female patients ($F=4.4$; $p=0.039$), but not in male patients ($F=1.7$; $p=0.204$). Patients on haloperidol treatment experienced greater decrease in SHBG concentrations (in percent from baseline) than patients on atypical antipsychotics (treatment effect $F=4.9$; $p=0.030$). BPRS scores on admission and on discharge positively correlated with duration of hospitalization and negatively with SHBG concentrations in male patients.

Conclusions. The results of our study demonstrate that in patients with acute psychotic episode treatment with antipsychotics lead to endocrine abnormalities, such as decrease in SHBG concentrations. Women are more vulnerable to side effects. However, severity of psychosis negatively correlates with SHBG concentrations in men.

Key words: antipsychotics, adverse events, sex hormone binding globulin (SHBG), gender, psychosis, treatment

SANTRAUKA

Pirminis tikslas buvo ištirti ūminės psichozės gydymo antipsichotikais poveikį lytinius hormonus surišančio baltymo (LHSB) koncentracijai. Antrinis tikslas – nustatyti sąsajas tarp LHSB koncentracijos kitimo ir psichozės sunkumo, vertinto Trumpa psichiatrinio vertinimo skale (TPVS).

Metodai. Tyrime dalyvavo 81 ūminis psichozinis pacientas (42 vyrai ir 39 moterys), atsitiktine tvarka atvykęs ir hospitalizuotas į psichiatrinę ligoninę, kuriam nenustatyta reikšmingų ar nestabilių medicininių būklių ar gretutinių psichiatrinų sutrikimų. Veninis kraujas LHSB koncentracijos tyrimui paimtas du kartus (atvykimo ir išrašymo iš stacionaro dieną). Psichiatrinė diagnozė buvo nustatyta remiantis DSM-IV-TR diagnostiniais kriterijais, naudojant Mini Plus 5.0.0 struktūruotą klinikinį klausimyną. Psichozės sunkumas vertintas naudojant Trumpo psichiatrinio vertinimo skalę (TPVS) atvykimo ir išrašymo dieną. Visi tyrime dalyvavę pacientai buvo gydyti antipsichotikais.

Rezultatai. Gydant ūminę psichozę antipsichotikais reikšmingai mažėjo LHSB koncentracija bendroje pacientų grupėje ($F=6.18$; $p=0.015$). Nustatyti su lytimi susiję antipsichotikų veikimo skirtumai: reikšmingas LHSB koncentracijos sumažėjimas nustatytas moterims ($F=4.4$; $p=0.039$), bet ne vyrams ($F=1.7$; $p=0.204$). Gydant haloperidoliu LHSB koncentracija mažėjo stipriau (procentais nuo pradinės koncentracijos), nei gydant atipiniais antipsichotikais (gydymo poveikis $F=4.9$; $p=0.030$) (16 proc. (95 proc. PI = 5–26 proc.) ir –0.3 proc. (–10 proc.; 9.5 proc.) atitinkamai. TVPS rodikliai prieš gydymą ir po gydymo vyrams teigiamai koreliavo su gydymosi stacionare trukme ir neigiamai koreliavo su LHSB koncentracija.

Išvados. Tyrimo rezultatai rodo, kad ūminės psichozės gydymas antipsichotikais pacientams sukelia endokrininius pokyčius, tokius kaip LHSB koncentracijos sumažėjimas. Moterys yra jautresnės nepageidaujamiems reiškiniais. Vis dėlto, vyrams psichozės sunkumas neigiamai koreliuoja su LHSB koncentracija.

Raktažodžiai: antipsichotikų nepageidaujami reiškiniai, lytinius hormonus surišantis baltymas, lytis, psichozė, gydymas.

INTRODUCTION

Antipsychotic medications have been increasingly used for the management of patients with a variety of acute psychotic disorders and with severe behavioral disturbances. However, their efficacy was not as high as expected [1]. In

the past decade there is a growing concern among clinicians and researchers that use of antipsychotics may be related to potentially serious cardiovascular, endocrine and metabolic side effects [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

From early in its formation, the brain is a sexually

Address for correspondence: Vesta Steiblienė, Institute of Behavioral Medicine, Lithuanian University of Health Science, Vydūno str. 4, Palanga LT-00135, e-mail: vsteibliene@mail.lt

dimorphic organ; structurally and functionally [10]. Antipsychotic treatment guidelines do not differentiate between male and female patients. However, studies in humans have shown that the pharmacokinetics and the pharmacodynamics of antipsychotic drugs differ between genders [11, 12]. Adverse drug events are reported being equal for men and for women, but those reported for women are more serious [13]. There is general agreement that women are more susceptible for several side effects such as weight gain, diabetes and specific cardiovascular events, when treated with antipsychotics [14, 15, 16]. Cardiovascular death, to which men are more susceptible than women, is disproportionately high in women using antipsychotics [17, 18, 19]. Antipsychotics increase the risk for embolism and this complication appears to be more common in women [20]. The results of several clinical trials confirm that women are more susceptible for drug-induced hyperprolactinemia [21, 22, 23]. Optimal maintenance regimens for treatment with antipsychotics needs lower dose for women compared to men [24].

Sex hormone binding globulin (SHBG) is a glycoprotein synthesized in the liver. Reference range for serum concentrations of SHBG is different for men and women. SHBG binds sex hormones, regulating their free concentrations; and only free hormones are active. Changes in SHBG levels lead to alterations in estrogen and testosterone activity [25]. SHBG may exert biological functions through itself or through regulation of the levels of free sex hormones concentrations [26, 27]. Activity of sex hormones is associated with the development of cardiovascular events and its risk factors [28]. SHBG secretion is suppressed by insulin and by androgens and stimulated by growth hormone, by estrogens and by thyroid hormones [29, 30]. The measurement of the SHBG, as tissue marker of thyroid hormones activity in the liver can be a useful diagnostic tool for evaluating thyroid hormones metabolism at the tissue level [31]. In human studies, serum SHBG was found being negatively correlated with obesity [32], dyslipidemia [33], metabolic syndrome [34], insulin resistance [35], and type 2 diabetes [36]. Serum SHBG is also inversely correlated with serum C-reactive protein, a marker for inflammation [37]. There are scanty data on effects of antipsychotics medications on the levels of the SHBG.

The primary aim of this study was to investigate effect of acute psychosis treatment with antipsychotic medications on SHBG concentrations. The secondary aim of the study was to evaluate relationships between changes in SHBG concentrations and severity of psychosis, assessed by the Brief Psychiatric Rating scale.

STUDY POPULATION AND METHODS

The study was performed at the District Mental Hospital, in Žiegdžiai, Lithuania, according cooperation agreement with study contracting organization, Institute of Psychophysiology and Rehabilitation, Lithuanian University of Health Sciences. The protocol and informed consent form of the study was approved by the Regional Committee for the Biomedical Research of the Lithuanian University of Health Sciences.

All acute psychotic patients, men and women, 18-70 years old, consecutively admitted and hospitalized in the

Acute Psychosis Department of the District Mental Hospital were invited to participate in the study, if they were able to understand the purpose of and the procedures required for the study and had signed a written informed consent form.

Patients were excluded from the study if they had a history of any significant or unstable cardiovascular, respiratory, neurological, cerebrovascular, renal, hepatic, endocrine, immunological condition, history of epileptic seizures, were suicidal or agitated, had no diagnosis of psychoactive drug dependence 6 month before screening visit, had not receive treatment with any somatic medication or received long-acting antipsychotics 4 month before admission, electroconvulsive therapy (ECT) 3 month before admission and were physically healthy as judged by physical examination, medical history and results of routine blood and urine tests, not pregnant or breast feeding.

Eighty one acute psychotic patients (42 men and 39 women) were included into analysis. The mean age of the patients in total group, female group, and male group were 35 (SD = 10), 37 (SD = 10), and 34 (SD = 11) years respectively. Their blood samples were collected the next morning after hospital admission, after overnight fast for the assessment of the SHBG concentrations. The second sample was drawn after overnight fast on the day of discharge from the hospital. Venous blood was centrifuged and serum was frozen for the storage. All serum samples were analyzed for SHBG concentrations at the same time avoiding variations in inter-assay sensitivity.

Psychiatric diagnoses of study patients were made according to DSM-IV-TR diagnostic criteria (APA, 2000) [38] using three modules of the Mini Plus 5.0.0 structured clinical interview [39]: module A for major depressive episode, module D for (hypo) manic episode and module M for psychotic disorders. Diagnostic algorithms specified diagnosis of the specific psychotic disorder. Only patients who met criteria for current acute psychotic disorder on module M were included to the study.

Severity of psychosis was assessed by the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) the next morning after the admission and on the day of discharge after acute psychosis treatment. BPRS assesses 18 symptom constructs rated from 0 (symptom not present) to 6 (symptom is extremely severe). All diagnostic evaluations were made by one study psychiatrist (VS).

During admission to the mental hospital 44 patients were diagnosed having schizophrenia; 16 patients, brief psychotic disorder; 11 patients, schizoaffective disorder; 5 patients, schizophreniform disorder and 5 patients, affective psychosis.

All 81 patients during hospitalization received treatment with antipsychotics (38 patients receives haloperidol; 15 patients, risperidone; 13 patients, olanzapine; 6 patients, amisulpiride; 3 patients, ziprazidone; and 6 patients, quetiapine); 78 patients received concomitant treatment with benzodiazepines (diazepam, clonazepam, lorazepam) and 22 patients with antidepressants (amitriptyline, sertraline, paroxetine, escitalopram, venlafaxine). Mean durations of the hospitalization was 29 (SD = 10) days, range (4-55) days.

Serum SHBG concentrations were assessed by the radioimmunoassay, using commercial an IMULITE kits (Czech Republic). Sensitivity of the SHBG assay was 1.0 nmol/l for one-step protocol. The normal reference interval

for SHBG concentrations was 20-70 nmol/l for men and 30-100 nmol/l for women.

STATISTICAL ANALYSES

The major dependent variables were the SHBG concentrations and BPRS scores. Distributions of age, SHBG concentrations and BPRS scores were expressed by mean (SD). We related SHBG response to age and the duration of hospitalization using Spearman's correlation coefficient. This report focuses on the findings from the total acute psychotic patients group and from two gender subgroups.

In the study mean SHBG concentrations and mean change in SHBG concentrations from baseline were analyzed within and between groups using repeated measures analysis of variance, which included two occasions (before psychosis treatment and after psychosis treatment), antipsychotics used for treatment (haloperidol vs. atypical antipsychotics), gender, two-way interactions between occasions and treatment, occasions and gender, treatment and gender, as well as three-way interaction between occasions, treatment and gender. Within this model, pair-wise comparisons between two occasions, treatments and genders were tested by t-test. Mean change from baseline to endpoint was analyzed using analysis of variance (ANOVA). A reduction in the SHBG concentrations and BPRS scores was calculated as percent change from baseline (before treatment level – after treatment divided by before treatment level). The sample was divided into tertiles for BPRS scores (by cutoff points of 38 and 43). F-test of difference of means was presented. All models and effect were tested with a two-sided alpha level of 0.05. Data analyses were performed using SPSS statistical software (version 17.0).

RESULTS

During admission to the hospital, according to the reference range, 3 (7%) female patients had decreased SHBG concentrations and 4 (10%) female patients had elevated SHBG concentrations; also 3 (6%) male patients had decreased SHBG concentrations and 3 (6%) male patients had elevated SHBG concentrations. After acute psychosis treatment with antipsychotics 6 (14%) female patients had decreased SHBG concentrations and only 1 (3%) had elevated SHBG concentrations; 7 (13%) male patients had decreased and 2 (4%) males- increased SHBG concentrations.

A reduction in the SHBG concentrations form baseline

Table 1. SHBG concentrations in psychotic patients before and after hospital treatment

	SHBG mean (SD), nmol/l		ANCOVA
	Before treatment	After treatment	Effect of treatment ^a
All, n=81	51.0 (25.1)	45.5 (25.0)	F=6.2 p=0.015 ^b
Men, n=42	41.3 (16.7)	38.4 (18.8)	F=1.7 p=0.2
Women, n= 39	61.5 (28.5)	52.9 (28.7)	F=4.4 p=0.039

SHBG, Sex hormone binding globulin

^aadjusted for age, ^badjusted for age and gender

score after acute psychosis treatment varied from 2% to 55% in 57 percent of male patients, and from 0.5% to 90% in 66 percent of female patients. Reduction of SHBG concentrations >20% was established in 40% of female and 33% male patients. In 43% of male patients and in 34% of female patients SHBG concentrations increased after treatment.

The level of the SHBG from the total patients group and from both gender subgroups are presented in Table 1. In the entire sample, a repeated-measures analysis of variance revealed that the treatment produced a significant decrease in SHBG concentrations ($F = 6.18$ $p = 0.015$). There were no significant interactions between gender and occasions of measures. There were gender-related differences in the treatment effects on SHBG concentrations. Significantly decreased SHBG concentrations found in antipsychotic treated female patients, but not in male patients: effect of occasion ($F = 4.4$; $p = 0.039$) and ($F = 1.7$; $p = 0.204$) respectively. The proportion of the change in SHBG concentrations was similar in female patients (8.6% (95% CI = -3.8%; 21.2%)) compared to male patients 5.8% (95% CI = -3.0%; 14.6%) ($F = 0.15$ $p = 0.7$).

38 (46.9%) patients were assigned to treatment with typical antipsychotic haloperidol; other patients were treated with different atypical antipsychotics. Patients on haloperidol experienced greater SHBG decrease (in percent from baseline) than patients on atypical antipsychotics (treatment effect $F = 4.9$ $p = 0.030$) (16% (95% CI=5%; 26%) and -0.3% (-10%; 9.5%) respectively). Separately, for male and female patients, decrease in SHBG concentrations in patients on haloperidol was greater than the SHBG response seen with atypical antipsychotics, but was no longer statistically significant (male: $F = 2.8$ $p = 0.07$; female: $F = 1.6$ $p = 0.22$). Treatment with antidepressants and benzodiazepines did not affect SHBG concentrations.

As a treatment response, reduction in the total BPRS baseline score varied from 19% to 81%; in a range from 19% to 50% in 46 percent of patients, in a range from 50% to 70% in 42 percent of patients, and in a range from 70% to 81% in 12 percent of patients.

Average scores of the BPRS are shown in Table 2. BPRS scores on two occasions (on admission and on discharge) were remarkably differed in male and female patient groups in univariate analysis ($F = 698$ $p < 0.001$ and $F = 1683$ $p < 0.001$ respectively); and in multivariate analysis when age, duration of hospitalization and SHBG concentrations on admission were included as a co-variants ($F = 11.8$; $p = 0.001$ and $F = 21.1$; $p < 0.001$, respectively). BPRS scores on admission and on discharge in male patients negatively correlated with SHBG concentrations ($r = -0.34$, $p = 0.027$ and $r = -0.38$, $p = 0.011$ respectively) and positively correlated on discharge with duration of hospitalization ($r = 0.32$, $p = 0.037$).

After division the patients into tertiles according to disease severity, measured by BPRS (0-38, 39-43 and >43) one tertile of psychotic female patients (39-43) had significantly lower SHBG concentrations after treatment than other tertiles ($F = 7.9$; $p = 0.02$) (Fig. 1).

Research Reports

Table 2. Psychotic patients BPRS scores before and after treatment

	BPRS, mean (SD) (range)		Repeated ANCOVA Adjusted model
	Before treatment	After treatment	
All, N=81 ^b	38.3 (8.0) (16-53)	18.6 (6.4) (4-36)	F=18.5; p<0.001 Gender: F=5.9; p=0.017 F=11.8; p=0.001
Men, n=42	36.0 (9.0) (16-53)	17.6 (7.3) (4-36)	SHBG: F=6.1; p=0.019 Duration of hospitalization: F=5.9; p=0.020
Women, n=39	40.8 (5.9) (30-52)	19.6 (5.2) (10-31)	F=21.1; p<0.001

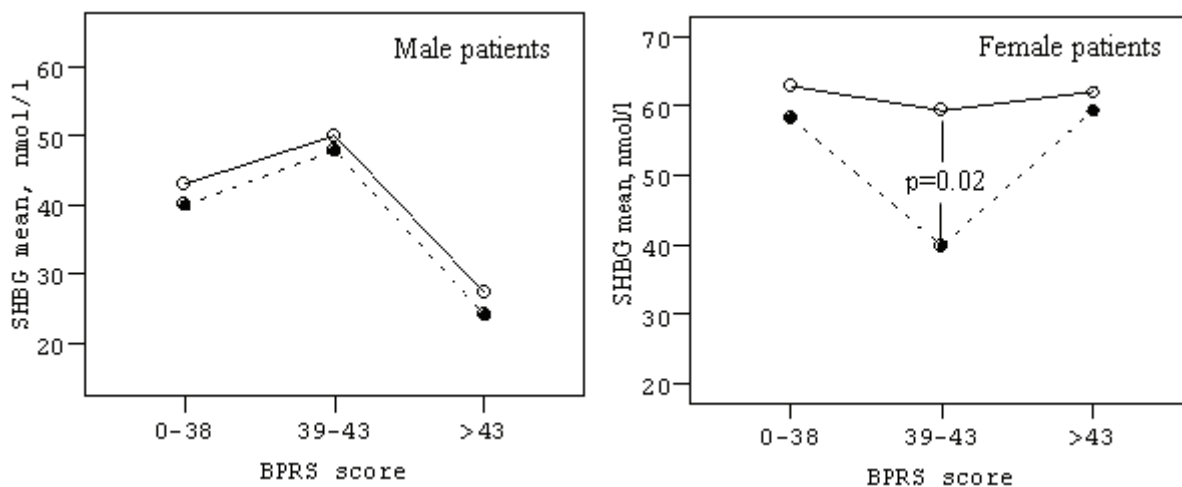


Fig. 1. SHBG concentrations divided by BPRS tertiles during admission as function of treatment in male and female patients (open circle – before treatment, closed circle –after treatment)

DISCUSSION

The main finding of this naturalistic study demonstrates that acute psychosis treatment with antipsychotics is associated with gender specific changes in SHBG concentrations. The significant decrease in SHBG concentrations was found in female patients, but not in male patients. Women with medium severity of psychosis demonstrated lowest SHBG concentrations after antipsychotic treatment. Most significant effects on decrease in SHBG concentrations were associated with haloperidol treatment. Severity of psychosis correlated negatively with SHBG concentrations in men.

There are only few studies, investigated effects of treatment with antipsychotics on SHBG concentrations. Study performed by Birkenaes et al. (2009) included data from 234 patients with diagnosis of schizophrenia and other severe psychotic disorders [40]. Patients were on stable monotherapy with antipsychotic olanzapine (n = 72) or other antipsychotic, typical or atypical (n = 80), with median 5 month duration of treatment; one fraction of patients were free from antipsychotic medication (n = 82), median duration 12 month. Groups were matched for gender and were compared for SHBG and other endocrine hormones concentrations. Study found that olanzapine-treated patients had the lowest SHBG concentrations, and in olanzapine-treated female patients thus difference was statistically significant compared to other subjects. No significant differences were found across

male treatment groups in concentrations of SHBG. Authors concluded that changes in SHBG were associated with olanzapine treatment and female subjects were particularly vulnerable.

The findings of our study show that short-term hospital treatment with antipsychotics produces results similar to Birkenaes et al. study; suppression of SHBG concentrations is strongest in female patients treated with antipsychotics. Our 13 psychotic patients, treated with olanzapine did not produced different from other antipsychotic effect on SHBG concentrations [40].

Other naturalistic, 9-month follow-up study [41] compared effect of olanzapine vs. typical antipsychotics on SHBG concentrations and other endocrine parameters and sexual function in 63 male in-patients with acute psychotic episodes of schizophrenia. SHBG concentrations were measured on discharge from the inpatient unit (baseline), and again at 3 and 9 months after discharge. Time points for follow up were chosen to assess short and long-term effects of antipsychotics on endocrine function. The results of this study are similar to our findings; after acute treatment with haloperidol SHBG concentrations were lower than after acute treatment with atypical antipsychotics.

Long term effects of antipsychotics on SHBG concentrations were assessed in a study of 67 consecutive outpatients with schizophrenia after two years treatment with

typical antipsychotic medications [42]. The results of this study indicate that long term treatment with antipsychotic medication in females is likely to increase prolactin and to be associated hypo-gonadal state. Plasma prolactin levels correlated positively with dose of antipsychotic and negatively associated with SHBG concentrations in female but not male patients. In our report we do not provide data on prolactin concentrations; however, changes in SHBG concentrations were more evident in female patients.

Our study has several limitations. We did not have placebo treated patients group for SHBG comparison. Therefore, we cannot conclude if changes in SHBG concentrations are associated with psychosis or with effects of antipsychotic drugs. In the future studies all factors, affecting SHBG

concentrations should be taken into account and the wider range of endocrine measurements should be investigated. To compare different effects of specific antipsychotics on endocrine function of psychotic patients the larger sample size is needed.

In conclusions, the results of our study support earlier findings that antipsychotics provide effective treatment for acute psychotic episode but may lead to endocrine abnormalities, such as decrease in SHBG concentrations. Women are more vulnerable to this side effect of antipsychotic treatment, especially when treated with haloperidol. The severity of psychosis negatively correlates with SHBG concentrations in men.

REFERENCES:

- Lieberman J.A., Stroup T.S. The NIMH-CATIE Schizophrenia Study: What Did We Learn? *Am J Psychiatry* 2011;168:770-775.
- Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62:22-31.
- Koller EA, Cross JT, Doraiswamy PM, Schneider BS. Risperidone-associated diabetes mellitus: a pharmacovigilance study. *Pharmacotherapy* 2003;23:735-44.
- Koller EA, Weber J, Doraiswamy PM, Schneider BS. A survey of reports of quetiapine-associated hyperglycemia and diabetes mellitus. *J Clin Psychiatry* 2004;65:857-63.
- Jin H, Meyer JM, Jeste DV. Phenomenology of and risk factors for new-onset diabetes mellitus and diabetic ketoacidosis associated with atypical antipsychotics: an analysis of 45 published cases. *Annals of Clinical Psychiatry* 2002;14:59-64.
- Meyer JM, Koro CE. The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review. *Schiz Res* 2004;70:1-17.
- Sathyaprakash R, Henry RR. Hyperglycemia with antipsychotic treatment. *Current Diabetes Reports* 2004;4:41-5.
- Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19:1-95.
- Steiblienė V, Mickuviėnė N, Bunevičius R. Acute psychosis related to insufficient of thyroid function: a case report. *Biological Psychiatry and Psychopharmacology* 2008; 10(2):27-30.
- Goldstein JM, Kennedy DN, Caviness VS Jr. Brain development, XI: sexual dimorphism (image, neuro). *Am J Psychiatry* 1999; 156:352.
- Anthony M, Berg MJ. Biologic and molecular mechanisms for sex differences in pharmacokinetics, pharmacodynamics, and pharmacogenetics, part I. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11:601-615.
- Anthony M, Berg MJ. Biologic and molecular mechanisms for sex differences in pharmacokinetics, pharmacodynamics, and pharmacogenetics, part II. *J Womens Health Gend Based Med* 2002a; 11:617-629.
- Miller MA. Gender-based differences in the toxicity of pharmaceuticals the Food and Drug Administration's perspective. *Int J Toxicol* 2001; 20:149-152.
- Covell NH, Weissman EM, Essock SM. Weight gain with clozapine compared to first generation antipsychotic medications. *Schizophr Bull* 2004;30:229-240.
- Ascher-Svanum H, Stensland M, Zhao Z, Kinon BJ. Acute weight gain, gender, and therapeutic response to antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2005;5:3.
- Strohmer B, Scherthaner C, Iglseider B, Paulweber B, Pichler M. Gender-specific effect of metabolic syndrome on rate adjusted QT interval in middle-aged participants of an atherosclerosis prevention program. *Wien Klin Wochenschr* 2007;119:544-552.
- Drici MD, Clément N. Is gender a risk factor for adverse drug reactions? The example of drug-induced long QT syndrome. *Drug Saf* 2001;24:575-585.
- Abi-Gerges N, Philp K, Pollard C, Wakefield I, Hammond TG, Valentin JP. Sex differences in ventricular repolarization: from cardiac electrophysiology to torsades de pointes. *Fundam Clin Pharmacol* 2004;18:139-151.
- Regitz-Zagrosek V, Lehmkuhl E, Weickert MO. Gender differences in the metabolic syndrome and their role for cardiovascular disease. *Clin Res Cardiol* 2006;95:136-147.
- Kamijo Y, Soma K, Nagai T, Kurihara K, Ohwada T. Acute massive pulmonary thromboembolism associated with risperidone and conventional phenothiazines. *Circ J* 2003; 67:46-48.
- Kuruville A, Peedicayil J, Srikrishna G, Kuruville K, Kanagasabapathy AS. A study of serum prolactin levels in schizophrenia: comparison of males and females. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1992; 19:603-606.
- Naidoo U, Kinon BJ, Gilmore JA, Liu H, Halbreich UM. Hyperprolactinemia in response to antipsychotic drugs: characterization across comparative clinical trials. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28(suppl 2):69-82.
- Seeman MV. Secondary effects of antipsychotics: women at greater risk than men. *Schizophr Bull* 2009 Sep;35(5):937-48.
- Seeman MV. Gender Differences in the Prescribing of Antipsychotic Drugs. *Am J Psychiatry* 2004;161:1324-1333.
- Anderson DC. Sex-hormone-binding globulin. 1974. *Clinical Endocrinology* 3: 69-96.
- Porto CS, Lazari MF, Abreu LC, Bardin CW, Gunsalus GL. Receptors for androgenbinding proteins: internalization and intracellular signalling. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1995;53:561-5.
- Hammes A, Andreassen TK, Spoelgen R, et al. Role of endocytosis in cellular uptake of sex steroids. *Cell* 2005;122:751-62.
- Sutton-Tyrrell K, Wildman RP, Matthews KA, et al. Sex-hormone-binding globulin and the free androgen index are related to cardiovascular risk factors in multiethnic premenopausal and perimenopausal women enrolled in the Study of Women Across the Nation (SWAN). *Circulation* 2005;111:1242-9.
- Pugeat M, Crave JC, Elmidani M, Nicolas MH, Garosio-Cholet M, Lejeune H, Déchaud H, Tourniaire J. Pathophysiology of sex hormone binding globulin (SHBG): relation to insulin. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1991;40(4-6):841-9.
- Kalme T, Seppälä M, Qiao Q, Koistinen R, Nissinen A, Harrela M, Loukovaara M, Leinonen P, Tuomilehto J. Sex hormone-binding globulin and insulin-like growth factor-binding protein-1 as indicators of metabolic syndrome, cardiovascular risk, and mortality in elderly men. *J Clin Endocrinol Metab* 2005 Mar;90(3):1550-6.
- Pugeat M, Nader N, Hogeveen K, Raverot G, Déchaud H, Grenot C. Sex hormone-binding globulin gene expression in the liver: drugs and the metabolic syndrome. *Mol Cell Endocrinol* 2010;316:53-59.
- Techernof A, Despres JP. Sex steroid hormones, sex hormone-binding globulin, and obesity in men and women. *Horm Metab Res* 2000;32:526-36.
- Garces C, Oya I, Lasuncion MA, et al. Sex hormone-binding globulin and lipid profile in pubertal children. *Metabolism* 2010;59:166-71.
- Brand JS, van der Tweel I, Grobbee DE, Emmelot-Vonk MH, van der Schouw YT. Testosterone, sex hormone-binding globulin and the metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Epidemiol* 2011;40:189-207.
- Onat A, Hergenc G, Karabulut A, et al. Serum sex hormone-binding globulin, a determinant of cardiometabolic disorders independent of abdominal obesity and insulin resistance in elderly men and women. *Metabolism* 2007;56:1356-62.
- Ding EL, Song Y, Manson JE, et al. Sex hormone-binding globulin and risk of type 2 diabetes in women and men. *N Engl J Med* 2009;361:1152-63.
- Liao CH, Li HY, Yu HJ, Chiang HS, Lin MS, Hua CH, Ma WY. Low serum sex hormone-binding globulin: Marker of inflammation? *Clin Chim Acta*. 2012 Apr 11;413(7-8):803-7.
- American Psychiatric Association [DSM-IV-TR], 2000 American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
- Birkenaes AB, Birkeland KI, Friis S, Opjordsmoen S, Andreassen OA. Hormonal markers of metabolic dysregulation in patients with severe mental disorders after olanzapine treatment under real-life conditions. *J Clin Psychopharmacol* 2009 Apr;29(2):109-16.
- Costa AM, de Lima MS, Faria M, Filho SR, de Oliveira IR, de Jesus Mari J. A naturalistic, 9-month follow-up, comparing olanzapine and conventional antipsychotics on sexual function and hormonal profile for males with schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2007 Mar;21(2):165-70.
- Smith S, Wheeler MJ, Murray R, O'Keane V. The effects of antipsychotic-induced hyperprolactinaemia on the hypothalamic-pituitary-gonadal axis. *J Clin Psychopharmacol* 2002 Apr;22(2):109-14.

Received 10 January 2012, accepted 23 March 2012
 Straipsnis gautas 2012 01 10, priimtas 2012 03 23

Impact of depression on multiple sclerosis patients' life activities and treatment quality

Depresijos įtaka sergančiųjų išsėtine skleroze veiklai bei gydymo kokybei

Rytis LEONAVIČIUS, Virginija ADOMAITIENĖ

Department of Psychiatry, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

SUMMARY

Introduction. Although depression is the most frequent psychiatric disorder accompanying multiple sclerosis (MS) patients, only few studies have examined the impact of depression on patients' views about their MS treatment.

Aim of the study. To identify MS patients' views on how their MS treatment could be improved, and to evaluate differences between patients with and without depression.

Materials and methods. A total of 270 adult patients with MS took part in this study. Depression was assessed according to ICD-10 criteria. The impact of MS on patients' social, work, domestic activities and family life, as well as patients' views on how their MS treatment could be made more effective, were assessed by original questionnaire.

Results. Depression was presented in 20.7% of patients, with a similar prevalence between the sexes. Patients who indicated that MS interfered with their family life were at significantly increased risk of depression ($P < 0.001$). Patients who identified the need to pay more attention to MS, and to include more medications in reimbursement lists, as factors that would improve the management of MS, were more likely to be diagnosed with depression. **Conclusions:** The negative impact of MS on family life is an important factor contributing to the risk of depression. Further studies are needed to document patients' perceptions of the disease, its management, and correlations to the risk of depression.

Key words: depression; multiple sclerosis; treatment quality .

SANTRAUKA

Įvadas. Depresija yra vienas dažniausių psichikos sutrikimų, kurie pasireiškia išsėtine skleroze (IS) sergantiems pacientams, deja, tik nedaugelis tyrimų analizuoja, kokia yra depresijos įtaka pacientams, patiems vertinantiems IS gydymą.

Tyrimo tikslas. Įvertinti pačių IS pacientų požiūrį, kaip būtų galima pagerinti IS gydymą bei įvertinti skirtumus tarp pacientų, kuriems diagnozuotas depresijos epizodas ir kuriems šis sutrikimas nedidino IS gydymo.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrime dalyvavo 270 sergančiųjų IS. Depresijos epizodo pasireiškimas buvo vertinamas remiantis TLK-10 kriterijais. Naudojant originalų klausimyną buvo vertinama IS įtaka paciento socialinei, darbinei, buitinei veiklai ir šeimyniniam gyvenimui bei kokiomis priemonėmis būtų galima pagerinti IS gydymo kokybę.

Rezultatai. Depresijos epizodas diagnozuotas 20,7 proc. tiriamųjų vienodai pasireiškė abiem lytims. Depresijos rizika buvo reikšmingai didesnė tiems pacientams, kurie nurodė, kad IS neigiamai veikia jų šeimyninį gyvenimą ($P < 0,001$). Pacientams, kurie kaip veiksnius IS gydymui pagerinti nurodė didesnio dėmesio IS poreikį bei pageidavo įtraukti daugiau vaistų į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, depresijos epizodas buvo diagnozuojamas dažniau.

Išvados. Neigiamas IS poveikis pacientų šeimyniniam gyvenimui yra reikšmingas veiksnys, galintis turėti įtakos depresijos pasireiškimui. Tačiau reikia daugiau tyrimų, norint išsamiau įvertinti paciento ligos suvokimą, jos gydymo galimybes bei sąsajas su depresijos pasireiškimo rizika.

Raktažodžiai: depresija, išsėtinė skleroze, gydymo kokybė.

INTRODUCTION

Multiple sclerosis (MS) is a neurodegenerative disorder, which most commonly develops between the ages of 20 and 40 years, and is associated with substantial disability [1, 2] and impaired quality of life [3]. The high burden of morbidity associated with MS imposes substantial demands on healthcare resources. Data from 28 European Union (EU) countries suggest that in 2005 the total costs associated with MS were €12.5 billion; direct treatment costs accounted for €6 billion, while informal care and indirect costs associated with high morbidity accounted for a further €3.2 billion each [4].

Depression is the most common psychiatric disorder associated with MS, with an annual incidence of 20–40% and a lifetime incidence of 40–60% [5, 6]. Furthermore, although life expectancy in MS patients is generally comparable with

that in individuals without MS, more than half of all deaths are related to MS complications, and 15% are due to suicide [7]. Timely diagnosis and treatment aimed at limiting disability and managing MS complications such as urinary and digestive disorders, sexual dysfunction and pneumonia are important for improving quality of life, and relieving or preventing depression, in MS patients.

The impact of MS and concomitant depression has been widely studied using clinical scales such as the Expanded Disability Status Scale (EDSS) [8], standardized quality of life instruments such as the Short-Form 36 (SF-36) questionnaire [9], and specific depression rating scales [10–13]. However, information is still lacking on how depression affects patients' own views of their illness, and the measures needed to improve the management of MS in depressed patients. Hence, this study

Address for correspondence: Rytis Leonavičius, MD, PhD. Department of Psychiatry, Medical Academy, Lithuanian Hospital of University of Health Sciences Kaunas Clinic, Eivenių str. 2, LT–50009, Kaunas, Lithuania, e-mail: rytis.leo@gmail.com

was undertaken to assess patients' views of the impact of MS on their daily lives and current needs in MS management, and the relationship between these perceptions and the presence or absence of depression.

MATERIALS AND METHODS

The study involved continuous series of 270 adult patients (age ≥ 18 years) with a confirmed diagnosis of MS, who were treated in the Department of Neurology (n=135) or the MS Centre (n=135) at Kaunas University of Medicine Hospital, Lithuania, between June 2006 and June 2009. Ethical approval for the study was obtained from the Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee, and all patients provided informed consent, which they had to confirm.

All patients completed a questionnaire which was developed from those used in previous studies by other authors [14, 15, 16]. This questionnaire covered patients' sociodemographic characteristics and the impact of MS on social, domestic and work activities and family life. In addition, patients were asked to indicate which of 12 proposals for the improvement of MS management they considered to be most important. These proposals were: paying more attention to MS (clinicians should devote more time to MS management); more government assistance (more funding); establishment of more specialist MS centres; more public information about MS; assistance with MS-related financial difficulties; improving the early diagnosis of MS; simplifying diagnostic and treatment algorithms; including MS medications in reimbursement lists; promotion and improvement of social, physical and psychological rehabilitation; and improved MS nursing.

Depression was diagnosed according to the 10th International Classification of Diseases (ICD-10) criteria [17].

STATISTICAL ANALYSIS

The normality of the data was assessed by means of the Komogorov-Smirnov test. For normally distributed variables, differences between patients with and without depression were analysed by Student's t-test and analysis of variance (ANOVA); Mann-Whitney U-tests and Kruskal-Wallis tests were used for non-normally distributed data. Distribution differences between depressed and non-depressed patients were analysed by χ^2 -tests, with calculation of 95% confidence intervals (CIs). Multifactor logistic regression analysis was performed to weight the impact of depression on the independent factors.

All analyses were performed using SPSS (version 13.0) for Windows (license number 9582494). P values below 0.05 were considered significant.

RESULTS

Of the 270 patients included in this study, 187 (69.3%) were female. The mean (\pm SD) age of the patients was 42.4 ± 11.5 years; women: 42.7 ± 11.8 years; $t = 0.514$, $P > 0.05$). The mean duration of MS was 6.39 ± 5.4 years. Depression was present in 56 patients (20.7%), with a similar prevalence in men and women (21.7% versus 20.3%, respectively; $\chi^2 = 0.065$, $P > 0.05$). Overall, the prevalence of mild, moderate and severe depression was 2.6%, 7.0% and 11.1%, respectively; there were no significant relationships between the severity of depression and mean age, mean age at diagnosis, or median duration of MS (Table 1-3).

Table 1. Mean age characteristics of material considering prevalence of depression

	Total n (%)	Mean age n (%)	95% CI	Females n (%)	Mean age n (%)	95% CI	Males n (%)	Mean age n (%)	95% CI	t
Total	270 (100)	42.42 (11.71)	41.02-43.82	187 (69.3)	42.66 (11.83)	40.96-44.37	83 (30.7)	41.87 (11.5)*	39.36-44.38	0.514
Depression free	214 (100)	42.8 (11.9)	41.2-44.4	149 (69.6)	42.79 (12)	40.84-44.73	65 (30.4)	42.83 (11.76)*	39.92-45.74	0.026
Total depression	56 (100)	40.96 (10.96)	38.03-43.9	38 (67.9)	42.18 (11.29)	38.48-45.89	18 (32.1)	38.39 (10.05)*	33.39-43.39	1.216
Mild depression	7 (100)	44.43 (14.55)	30.97-57.88	5 (71.4)	47.8 (15.07)	29.08-66.52	2 (28.6)	36 (12.73)*	-	0.964
Moderate depression	19 (100)	41.53 (9.84)	36.78-46.27	15 (79)	41.07 (10.97)	34.99-47.14	4 (21)	43.25 (3.78)*	37.24-49.26	0.385
Severe depression	30 (100)	39.8 (10.92)	35.72-43.88	18 (60)	41.59 (10.67)	36.25-46.86	12 (40)	37.17 (11.23)*	30.03-44.3	1.081

Table 2. Characteristics of material mean age at MS onset considering prevalence of depression

	Total n (%)	Age at MS onset n (%)	95% CI	Females n (%)	Age at MS onset n (%)	95% CI	Males n (%)	Age at MS onset n (%)	95% CI	t
Total	270 (100)	36.03 (11.15)	34.69-37.36	187 (69.3)	35.96 (11.4)	34.32-37.61	83 (30.7)	36.17 (10.62)*	33.85-38.49	0.14
Depression free	214 (100)	36.54 (11.22)	35.03-38.05	149 (69.6)	36.27 (11.64)	34.38-38.15	65 (30.4)	37.17 (10.23)*	34.63-39.7	0.539
Total depression	56 (100)	34.05 (10.75)	31.18-36.93	38 (67.9)	34.76 (10.45)	31.33-38.2	18 (32.1)	32.56 (11.51)*	26.83-38.28	0.715
Mild depression	7 (100)	37.57 (13.18)	25.39-49.76	5 (71.4)	40.6 (13.99)	23.23-57.97	2 (28.6)	30 (9.9)*	-	0.954
Moderate depression	19 (100)	33.68 (7.98)	29.84-37.53	15 (79)	32.4 (8.53)	27.68-37.12	4 (21)	38.5 (1.92)*	35.45-41.55	1.39
Severe depression	30 (100)	33.47 (11.84)	29.05-37.89	18 (60)	35.11 (10.8)	29.74-40.48	12 (40)	31 (13.34)*	22.52-39.48	0.93

*p>0.05 comparing females versus males

Research Reports

Table 3. Characteristics of material mean MS duration considering prevalence of depression

	Total n (%)	MS duration n (%)	95% CI	Females n (%)	MS duration n (%)	95% CI	Males n (%)	MS duration n (%)	95% CI	<i>t</i>
Total	270 (100)	6.39 (5.4)	5.75-7.04	187 (69.3)	6.7 (5.38)	5.92-7.48	83 (30.7)	5.7 (5.41)*	4.52-6.88	1.41
Depression free	214 (100)	6.26 (5.58)	5.51-7.01	149 (69.6)	6.52 (5.49)	5.63-7.41	65 (30.4)	5.66 (5.77)*	4.23-7.09	1.032
Total depression	56 (100)	6.91 (4.64)	5.67-8.15	38 (67.9)	7.42 (4.91)	5.81-9.03	18 (32.1)	5.83 (3.93)*	3.88-7.79	1.2
Mild depression	7 (100)	6.86 (3.76)	3.38-10.34	5 (71.4)	7.2 (4.32)	1.83-12.57	2 (28.6)	6 (2.83)*	-	0.352
Moderate depression	19 (100)	7.84 (5.04)	5.41-10.27	15 (79)	8.67 (4.9)	5.95-11.4	4 (21)	4.75 (4.86)*	2.98-12.48	1.421
Severe depression	30 (100)	6.33 (4.61)	4.61-8.06	18 (60)	6.44 (5.08)	3.92-8.97	12 (40)	6.17 (4.02)*	3.61-8.72	0.159

* $p > 0.05$ comparing females versus males

The impact of MS on daily activities in depressed and non-depressed patients is summarized in Table 4. Overall, 67.4% of patients reported that MS affected their social life, 75.6% reported that MS affected work activities, 68.1% reported effects on domestic activities and 50.7% reported effects on family life. In each case, depressed patients were significantly more likely than non-depressed patients to report impairment due to MS.

Multiple logistic regression analysis was used to identify independent factors associated with depression. This analysis showed that patients who reported a negative impact of MS on family life were significantly likely to have experienced a depressive episode than those who did not (odds ratio [OR] 7.2, 95% CI 3.36–15.4). By contrast, impairment by MS of social, domestic or work activities was not significantly associated with depression (Attachment 1).

Table 4. Proportion of patients reporting impairment by MS of social, work and domestic activities

	Overall (n=270)		Patients with depression (n=56)		Patients without depression (n=214)		χ^2	<i>P</i> *
	n	%	n	%	n	%		
Impairment of social activities	182	67.4%	47	83.9%	135	63.1%	8.778	<0.01
Impairment of work activities	204	75.6%	51	91.1%	153	71.5%	9.21	<0.01
Impairment of domestic activities	184	68.1%	49	87.5%	135	63.1%	12.19	<0.001
Impairment of family life	137	50.7%	47	83.9%	90	42.1%	31.14	<0.001

*Depressed versus non-depressed patients

Table 5. Proportion of patients with and without depression identifying specific proposals as important for improving the management of MS

	Overall (n=270)		Patients with depression (n=56)		Patients without depression (n=214)		χ^2	<i>P</i>
	n	%	n	%	n	%		
Paying more attention to MS	151	55.9%	40	71.4%	111	51.9%	6.889	<0.01
More government assistance	135	50.0%	35	62.5%	100	46.7%	4.416	<0.05
More MS specialist centres	114	42.2%	19	33.9%	95	44.4%	1.992	>0.05
More information on MS	152	56.1%	26	46.4%	126	58.9%	2.1796	>0.05
Assistance with MS-related economic difficulties	192	71.1%	42	75.0%	150	70.1%	0.520	>0.05
Better early diagnosis of MS	140	51.9%	31	55.4%	109	50.9%	0.348	>0.05
Simpler diagnostic and treatment algorithms	183	67.8%	37	66.1%	146	68.2%	0.094	>0.05
Inclusion of MS medications on reimbursement lists	128	47.4%	36	64.3%	92	43.0%	8.073	<0.01
Better social rehabilitation	112	41.5%	30	53.6%	82	38.3%	4.254	<0.05
Better physical rehabilitation	164	60.7%	39	69.6%	125	58.4%	2.348	>0.05
Better psychological rehabilitation	203	75.2%	45	80.4%	158	73.8%	1.013	>0.05
Better MS nursing	177	65.6%	40	71.4%	137	64.0%	1.079	>0.05

Attachment 1. Multiple logistic regression analysis of independent factors associated with depression

Independent factor		Exp.B	95% CI for Exp.B	
			Lower	Upper
Negative impact of MS on patients family life	Yes	7,195	3,355	15,432
	No	1,00		
Constant		0,073		

As described above, patients were presented with 12 proposals for improving the management of MS. Responses to these proposals are shown in Table 5. The interventions most commonly identified as important were improving psychological rehabilitation, which was identified by 75.2% of patients, assistance with MS-related economic problems (71.1%), simplifying MS treatment (67.8%) and improving MS nursing (65.6%). Patients with depression were significantly more likely than those without to identify paying more attention to MS, more government assistance, inclusion of MS medications in reimbursement lists, and better social rehabilitation, as important; there were no significant differences between depressed and non-depressed patients for any of the other proposals. Multiple logistic regression showed that patients with depression were more than twice as likely as non-depressed patients to identify paying more attention to MS (OR 2.1, 95% CI 1.1–4.3) and including MS medications on reimbursement lists (OR 2.1, 95% CI 1.1–3.9) as important.

DISCUSSION

This study in MS patients in Lithuania showed that approximately 21% were suffering from depression, diagnosed according to the ICD-10 criteria. This finding is comparable with those of studies in other countries, where prevalences of approximately 36–60% have been reported [18–21]. The prevalence of depression was similar in men and women; this finding is also consistent with previous reports [22, 23] although some studies have reported a higher prevalence in women [20].

In this study, MS had marked impacts on social, domestic and occupational functioning, and on family life. These findings are consistent with those of previous studies showing significant impairment of social, domestic and work activities in MS patients [24, 25, 26]. Similarly, MS significantly affects the probability of remaining in the same relationship compared with the background population. Five years after onset, the cumulative probability of remaining in the same relationship was 86% in patients vs. 89% in controls. The probabilities continued to deviate, and at 24 years, the probability was 33% in patients vs. 53% in the control persons ($p < 0.001$) [27]. The present study shows that this adverse effect of MS on quality of life may be exacerbated in patients with depression: depressed patients were significantly more likely to report that MS interfered with social, domestic and work activities and family life than non-depressed patients. Indeed, patients who indicated that MS interfered with their family life were seven times more likely to be diagnosed with depression than those who reported no such interference. Clearly, the combination of depression and the disability associated with MS itself can severely impair quality of life and normal functioning. Physicians have an

important role to play in diagnosing depression in MS patients, and encouraging the patients to talk about their feelings and seek appropriate treatment; such interventions may lead to a significant improvement in quality of life [28].

In the present study, patients were asked to identify which of 12 potential interventions they considered most important in improving the management of MS. Overall, the highest priorities were considered to be better psychological rehabilitation, assistance with MS-related economic problems, simpler MS treatment and better MS nursing. However, patients with depression were more than twice as likely as non-depressed patients to identify paying more attention to MS and including MS medications on reimbursement lists as important. Such findings might suggest a considerable level of dissatisfaction with current MS management, particularly with respect to the management of psychosocial problems associated with MS. This is supported by a study in Sweden, in which 166 MS patients were questioned about their satisfaction with their MS treatment. In general, patients were satisfied with their management, except for a lack of access to rehabilitation and psychosocial counselling services [29]. In a further study [30] patients were offered 75 proposals for improvements in MS services, in an attempt to identify the 10 most important areas for intervention. Consistent with the present study, the most important areas identified were those related to fulfilment of psychosocial needs, such as relationships with healthcare providers, family and friends. Further studies of patients' views of their disease and its management, and the impact of impaired quality of life on these perceptions, are needed in order to improve the management of MS.

In conclusion, this study has shown that depressed MS patients are significantly more likely than non-depressed patients to report that MS impairs their family life. In addition, depressed patients identified the amount of attention paid to MS, and the inclusion of more medications in reimbursement lists, as important in improving the management of MS.

Acknowledgements

This paper is a part of exhaustive investigation provided at Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences in a field of MS and affective disorders.

Declaration of interest

Authors of this scientific article declare no interest with any pharmaceutical, private or public enterprises.

REFERENCES:

1. Richards R.G., Sampson F.C., Beard S.M., Tappenden P. A review of the natural history and epidemiology of multiple sclerosis: implications for resource allocation and health economic models // *Health Technology Assessment*. - 2002, vol. 6, p. 1-73.
2. Rothwell P.M., Charlton D. High incidence and prevalence of multiple sclerosis in south east Scotland: evidence of a genetic predisposition // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. - 1998, vol. 64, p. 730-735.
3. Beiske A.G., Naess H., Aarseth J.H. et al. Health-related quality of life in secondary progressive multiple sclerosis // *Mult. Scler.* - 2007, vol. 13, p. 386-392.
4. Sobocki P., Pugliatti M., Lauer K., Kobelt G. Estimation of the cost of MS in Europe: extrapolations from a multinational cost study // *Mult. Scler.* - 2007, vol. 13, p. 1054-1064.
5. Siegert R.J., Abernethy D.A. Depression in multiple sclerosis: a review // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. - 2005, vol. 76, p. 469-475.
6. Nicholl C.R., Lincoln N.B., Francis V.M., Stephan T.F. Assessment of emotional problems in people with multiple sclerosis // *Clin. Rehab.* - 2001, vol. 15, p. 657-668.
7. Stern M. Aging with multiple sclerosis // *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* - 2005, vol. 16, p. 219-234.
8. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) // *Neurology*. - 1983, vol. 33, p. 1444-1452.
9. Simeoni M.C., Auquier P., Fernandez O. et al. Validation of the multiple sclerosis international quality of life questionnaire // *Mult. Scler.* - 2008, vol. 14, p. 219-230.
10. Moran P.J., Mohr D.C. The validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for Depression items in the assessment of depression among patients with multiple sclerosis // *J. Behav. Med.* - 2005, vol. 28(1), p. 35-41.
11. Zung W.W.K. A self-rating depression scale // *Arch. Gen. Psych.* - 1965, vol. 12, p. 63-70.
12. Friedman S., Even C., Samuelian J.C. et al. Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale // *Br. J. Psychiatry*. - 2002, vol. 181, p. 165-166.
13. Beck Depression Inventory - 2nd Edition. Available at http://www.ibogaine.desk.nl/graphics/3639b1c_23.pdf. 2008.
14. Arnett P.A., Randolph J.J. Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. - 2006, vol. 77, p. 606-610.
15. Galeazzi G.M., Ferrari S., Giaroli G. Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients: impact of disability and interferon beta therapy // *Neurol. Sci.* - 2005, vol. 26, p. 255-262.
16. McGuigan C., Hutchinson M. Unrecognised symptoms of depression in a community-based population with multiple sclerosis // *J. Neurol.* - 2006, vol. 253, p. 219-223.
17. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organisation, Geneva: 1993.
18. Lynch S.G., Kroenke D.C., Denney D.R. The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope // *Mult. Scler.* - 2001, vol. 7, p. 411-416.
19. Chwastiak L.A., Ehde D.M., Gibbons L.E. et al. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample // *Am. J. Psych.* - 2002, vol. 159, p. 1862-1968.
20. Buchanan R.J., Wang S., Tai-Seale M., Ju H. Analyses of nursing home residents with multiple sclerosis and depression using the Minimum Data Set // *Mult. Scler.* 2003, vol. 9, p. 171-188.
21. Sollom A.C., Kneebone I.I. Treatment of depression in people who have multiple sclerosis // *Mult. Scler.* - 2007, vol. 13, p. 632-635.
22. Beal C., Stuifbergen A.K., Sands D.V., Brown A. Depression in multiple sclerosis: a longitudinal analysis // *Arch. Psychiatr. Nurs.* - 2007, vol. 21, p. 181-191.
23. Pugliatti M., Sotgiu S., Rosati G. The worldwide prevalence of multiple sclerosis // *Clin. Neurol. Neurosurg.* - 2002, vol. 104, p. 182-191.
24. Putzki N., Fischer J., Gottwald K. et al. Quality of life in 1000 patients with early relapsing-remitting multiple sclerosis // *Eur. J. Neurol.* - 2009, vol. 16, p. 713-720.
25. Jongen P.J., Sindic C., Carton H. et al. Improvement of health-related quality of life in relapsing remitting multiple sclerosis patients after 2 years of treatment with intramuscular interferon-beta-1a // *J. Neurol.* - 2010, vol. 257, p. 584-589.
26. Einarsson U., Gottberg K., Fredrikson S. et al. Activities of daily living and social activities in people with multiple sclerosis in Stockholm County // *Clin. Rehabil.* - 2006, vol. 20, p. 543-551.
27. Pflieger C.C.H., Flachs E.M., Koch-Henriksen N. Social consequences of multiple sclerosis. Part 2. Divorce and separation: a historical prospective cohort study // *Mult. Scler.* - 2010, vol. 16(7), p. 878-882.
28. Minden S.L. Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment // *J. Neurovirol.* - 2000, vol. 6(2), p.160-167.
29. Gottberg K., Einarsson U., Ytterberg C. et al. Use of health care services and satisfaction with care in people with multiple sclerosis in Stockholm County: a population-based study // *Mult. Scler.* - 2008, vol. 14, p. 962-971.
30. Koopman W.J., Benbow C.L., Vandervoort M. Top 10 needs of people with multiple sclerosis and their significant others // *J. Neurosci. Nurs.* - 2006, vol. 38, p. 369-373.

*Received 18 December 2011, accepted 02 March 2012
Straipsnis gautas 2011 12 18, priimtas 2012 03 02*

Miego kokybės sąsajos su psichoemocine būkle ir kardiologine patologija

Relations between sleep quality, psychoemotional status and cardiovascular pathology

Giedrius VARONECKAS, Audrius ALONDERIS, Aurelija PODLIPSKYTĖ
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Palanga, Lietuva

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – įvertinti sergančiųjų išemine širdies liga psichoemocinių (depresijos ir nerimo) bei miego sutrikimų sąsają. Ištirta 50 asmenų, nesergančių IŠL, ir 1081 sergantysis išemine širdies liga, iš jų 49 ligoniai – I, 627 ligoniai – II, 405 ligoniai – III NYHA funkcinės klasės. Objektivi miego kokybę vertinta pagal polisomnografinius duomenis, o subjektyvi pagal Pitsburgo miego kokybės indeksą. Psichoemocinė būseną vertinta pagal Nerimo ir depresijos skalę.

Sergančiųjų IŠL, lyginant su nesergančiais IŠL, buvo trumpesnis tikrasis miego laikas, sumažėjęs miego efektyvumas, gilus lėtas miegas ir aktyvusis miegas bei ilgesnis būdravimas naktį. Miego struktūra blogėjo, kai sunkėjo širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinė būklė. Blogėjant objektyviai miego kokybei, paraleliai didėjo Pitsburgo miego kokybės indeksas. Objektivi miego kokybę blogėjo esant depresijos simptomų, o subjektyvi – esant depresijos ir nerimo simptomams.

Raktažodžiai: depresija, nerimas, miego struktūra, polisomnografija, išeminė širdies liga.

SUMMARY

The aim of the study was an evaluation of relation among psychoemotional status and sleep disturbances in ischaemic heart disease (IHD) patients. The contingent was 50 non-IHD subjects and 1081 ischaemic heart disease patient: 49 patients with I, 627 patients with II, and 405 patients with III NYHA functional class. Objective sleep quality was assessed using polysomnographic data and subjective sleep quality was assessed using Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire. Hospital Anxiety and Depression Scale was used for assessment of psychoemotional status.

IHD patients, as compared with non-IHD subjects, demonstrated significantly reduced total sleep time, sleep efficiency, slow wave sleep and REM sleep and increased wakefulness after sleep onset. Disturbed sleep structure was paralleled by worsening of functional class. Worsening of objective sleep quality paralleled an increase of Pittsburgh Sleep Quality Index. Objective sleep quality was worse in IHD patients with depression while subjective one – with both, anxiety and depression symptoms.

Key words: Depression, Anxiety, Sleep structure, Polysomnography, Coronary artery disease.

ĮVADAS

Įvairaus amžiaus žmonės neretai skundžiasi turintys psichinės sveikatos problemų, iš kurių paminėtini didelę dalį sudaro depresija ir miego sutrikimai. Šie sutrikimai veikia ne tik pačius pacientus, bet turi įtakos ir visai visuomenei [1, 2, 3]. Atlikti tyrimai rodo, kad depresija ir miego sutrikimai sukelia sunkias socialines ir ekonomines pasekmes [4, 5, 6]. Remiantis šių tyrimų duomenimis, tikėtina, kad miego sutrikimų pasireiškia ir šimtams tūkstančių Lietuvos gyventojų, tačiau dauguma iš jų apie tai nežino, todėl nesigydo.

Miegas yra procesas, kuris reikalingas atkurti organizmo funkcijų veiklą ir palaikyti dienos metu sunaudotą energiją. Pažymėtina, kad nemiga yra susijusi su įvairiomis psichinėmis, somatinėmis būklėmis, ligomis ir gyvenimo būdu [7, 8]. Nemiga dažniausiai pasireiškia sunkiu užmigimu, dažnai ir ilgais prabudimais nakties miego metu, ankstyvu prabudimu ir neišsimiegojimo jausmu rytą, bloga savijauta dieną. Poilsio nesuteikiantis miegas neigiamai veikia žmogaus aktyvumą dienos metu ir dažnai sukelia nuovargį, mieguistumą, dirglumą, dėmesio, koncentracijos, atminties

sumažėjimą, didina nedarbingų dienų ir nelaimingų atsitikimų (kartais katastrofiškų) skaičių, yra susijęs su daugeliu sveikatos problemų [4, 5, 6]. Lėtinė nemiga pasireiškianti tris arba daugiau naktų per savaitę ir ilgiau nei mėnesį. Kita vertus, yra daug psichikos, nervų ir kitų somatinių ligų, kurių simptomatika pasireiškia miegant. Taigi, jos sutrikdo miegą ir sukelia patologiją miego metu, kuri toliau veiksda pirminę priežastį, sukuria ydingą ratą. Dėl to labai prastėja tokių žmonių gyvenimo kokybė. Kyla klausimas, kokią įtaką miego kokybei ir jo struktūrai turi psichoemocinė būseną ir kokių laipsnių išeminė širdies liga (IŠL), priklausomai nuo jos sunkumo, sutrikdo miegą?

Tyrimo tikslas – įvertinti sergančiųjų išemine širdies liga psichoemocinių (depresijos ir nerimo) bei miego sutrikimų sąsają.

TIRIAMŪJŲ KONTINGENTAS

Ištirta 50 asmenų, nesergančių IŠL (kontrolinė grupė), ir 1081 sergantysis išemine širdies liga. Pagal NYHA funkcinės klasės 49 buvo – I funkcinės klasės, 627 – II funkcinės klasės ir 405 – III funkcinės klasės. Ligonų grupės pagal klinikinių IŠL

požymių pasireiškimą (krūtinės angina, miokardo infarktas, širdies nepakankamumas, NYHA funkcinė klasė) statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Sergantieji IŠL buvo suskirstyti į keturias grupes: 1 grupė – 465 sergantieji IŠL, kuriems nebuvo nerimo ir depresijos; 2 grupė – 229 sergantieji, kuriems pasireiškė nerimas; 3 grupė – 64 sergantieji, kuriems pasireiškė depresija; 4 grupė – 171 sergantis, kuriam buvo nerimo ir depresijos požymių.

TYRIMO METODAI

Objektyvi miego kokybė vertinta pagal polisomnografijos metu užregistruotą miego struktūrą, pagal standartinę A. Rechtschaffen ir A. Kales metodiką [9]. Buvo vertinamas tikrasis miego laikas ir miego efektyvumas, taip pat būdravimas nakties metu, aktyvusis miegas, 1 stadija, 2 stadija, 3 ir 4 stadijos (gilusis lėtas miegas) ir kūno judesiai. Subjektyvi miego kokybė vertinta naudojant Pitsburgo miego kokybės indekso klausimyną (PMKI) [10, 11]. Galima balų suma nuo 0 iki 21 rodo miego sutrikimų sunkumo laipsnį. Sutrikęs miegas buvo diagnozuojamas kai PMKI > 5. Nerimo ir (ar) depresijos simptomų išreikštumas (> 8 balų) buvo vertintas pagal Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) klausimyną [12, 13].

Sergančiųjų IŠL funkcinė būklė vertinta pagal stabilios krūtinės anginos (KA) funkcinės klasės, širdies nepakankamumo (ŠN) laipsnį ir Niujorko Širdies asociacijos (NYHA) funkcinės klasės, vertinančias širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinį pajėgumą.

Duomenys analizuoti naudojant statistinį programų paketą „SPSS“. Analizuoti duomenys: parametru aritmetinis vidurkis, paklaida, vidutinis kvadratinis nukrypimas (SD), dispersija. Dviejų nepriklausomų grupių parametru vidurkių skirtumų patikimumai vertinti taikytas Stjudento (t) kriterijus.

REZULTATAI

Tikrasis miego laikas sergančiųjų IŠL (318,1 min.), lyginant su nesergančiais IŠL (352,2 min.), buvo patikimai trumpesnis (1 lentelė). Patikimai ilgesnis būdravimas

naktį sergančiųjų IŠL (14,1 proc. sergančiųjų ir 9,3 proc. nesergančiųjų IŠL) nulėmė ir mažesni miego efektyvumą (85,9 proc. sergantiesiems ir 90,7 proc. nesergantiems). Miego struktūra sergančiųjų IŠL, lyginant su sveikais tiriamaisiais, buvo sutrikusi. Sergantiesiems IŠL pastebėtas patikimai ilgesnis būdravimas naktį ir 4 stadijos bei aktyviojo ir gilaus lėtojo miego laiko sutrumpėjimas (1,3 proc. sergantiesiems ir 6,1 proc. nesergantiesiems) (1 lentelė). Subjektyvi miego kokybė taip pat patikimai blogesnė sergančiųjų IŠL (PMKI 7,8 ir 5,2, atitinkamai sergančiųjų ir nesergantiesiems) (2 lentelė).

Suskirstius sergančiuosius IŠL į tris grupes pagal širdies ir kraujagyslių sistemos būklės sunkumą, pastebėta, kad esant sunkesnei būklei (didėjant NYHA funkcinėi klasei), prastėja miego kokybė. NYHA III funkcinės klasės ligoniams, lyginant su NYHA I ir II funkcinės klasės ligoniais, buvo reikšmingai sutrumpėjęs tikrasis miego laikas ir miego efektyvumas, sutrikusi miego struktūra: ilgesnis būdravimas naktį ir trumpesnė 3 ir 4 stadijos trukmė bei aktyvusis miegas (1 lentelė). PMKI taip pat blogėjo, kai blogėjo ligonių širdies ir kraujagyslių sistemos būklė (5,9, 7,2 ir 9,0, atitinkamai I, II ir III NYHA funkcinės klasės ligoniams). Taigi, tiek objektyvi, tiek subjektyvi miego kokybė priklausė nuo IŠL sunkumo laipsnio: didėjant ligonių NYHA funkcinėi klasei, blogėja miegas.

Psichoemocinės būklės įtaka miego kokybei nagrinėta suskirstius sergančiuosius IŠL į keturias grupes pagal nerimo ir depresijos požymius: 1 grupė – nebuvo nerimo ir depresijos simptomų, 2 grupė – turinti nerimo simptomų, 3 grupė – turinti depresijos simptomų, 4 grupė – turinti nerimo ir depresijos simptomų. Tikrasis miego laikas patikimai trumpesnis tik ligonių, turinčių depresijos simptomų (304,3 min.), lyginant su ligoniais, neturinčiais nerimo ir depresijos simptomų (322,3 min.) (2 lentelė). Miego efektyvumas analizuotose grupėse patikimai nesiskyrė: didesnis buvo ligonių, neturinčių nerimo ir depresijos simptomų (86,4 proc.) ir ligonių, turinčių nerimo simptomų (86,5 proc.), o mažesnis – grupėse ligonių,

1 lentelė. Sveikų tiriamųjų ir sergančiųjų išemine širdies liga (IŠL) miego struktūra ir Pitsburgo miego kokybės indeksas

	Sveiki	Sergantieji IŠL	Sergantieji IŠL		
			NYHA		
			I	II	III
TML, min.	352,2	318,1*	335,8	319,7	313,8* ^I
ME, proc.	90,7	85,9*	89,1	86,4	84,9* ^{I, II}
AM laten., min.	120,6	92,9*	101,9	89,0	97,7
B, proc.	9,3	14,1*	10,9	13,6	15,1* ^{I, II}
AM, proc.	12,9	12,2	13,3	12,9	10,9* ^{I, II}
S1, proc.	7,8	9,5	9,4	9,6	9,4
S2, proc.	50,6	53,1	52,3	52,8	53,9
S3, proc.	11,0	7,0	9,6	6,9* ^I	6,8* ^I
S4, proc.	6,1	1,3*	2,1	1,3	1,1* ^I
KJ, proc.	2,4	2,7	2,4	2,8	2,7
PMKI	5,2	7,8*	5,9*	7,2* ^I	9,0* ^{I, II}

TML – tikrasis miego laikas; ME – miego efektyvumas; AM – aktyvusis miegas; B – būdravimas naktį; S1-S4, 1–4 miego stadijos; KJ – kūno judesiai; PMKI – Pitsburgo miego kokybės indeksas.

* $p < 0,05$

2 lentelė. Miego struktūra ir Pitsburgo miego kokybės indeksas sergančiųjų išemine širdies liga (IŠL), priklausomai nuo nerimo ir depresijos

	Sergantieji IŠL				p<0,05
	Neturi nerimo ir depresijos simptomų	ir Turi nerimo ir depresijos simptomų	Turi depresijos simptomų	Turi nerimo ir depresijos simptomų	
	1	2	3	4	
TML, min.	322,5	314,6	304,3	316,5	1:3
ME, proc.	86,4	86,5	84,9	84,7	
AM latent., min.	92,9	90,2	95,0	95,3	
B, proc.	13,6	13,5	15,1	15,3	
AM, proc.	12,8	12,4	10,3	10,6	1:3, 1:4, 2:3
S1, proc.	9,3	9,6	11,2	10,1	
S2, proc.	52,9	53,0	55,3	54,2	
S3, proc.	7,3	7,4	4,5	5,9	1:3, 1:4, 2:3, 2:4
S4, proc.	1,4	1,4	0,45	1,2	1:3, 2:4
KJ, proc.	2,7	2,6	3,1	2,8	
PMKI	6,5	8,7	7,4	10,7	1:2, 1:4, 2:3, 2:4, 3:4

TML – tikrasis miego laikas; ME – miego efektyvumas; AM – aktyvusis miegas; B – būdravimas naktį; S1-S4, 1–4 miego stadijos; KJ – kūno judesiai; PMKI – Pitsburgo miego kokybės indeksas.

turinčių depresijos simptomų (84,9 proc.) ir turinčių nerimo bei depresijos simptomų (84,7 proc.). Būdravimas naktį analizuotose grupėse taip pat patikimai nesiskyrė: trumpesnis buvo ligonių, neturinčių nerimo ir depresijos simptomų (13,6 proc.) ir ligonių, turinčių nerimo simptomų (13,5 proc.), o ilgesnis – grupėse ligonių, turinčių depresijos simptomų (15,1 proc.) ir turinčių nerimo bei depresijos simptomų (15,3 proc.). Objektivi miego struktūra pagal polisomnografinius duomenis labiausiai sutrikusi grupėse ligonių, turinčių depresijos simptomų ir turinčių depresijos bei nerimo simptomų. Šiose ligonių grupėse, lyginant su grupe ligonių, neturinčių nerimo ir depresijos simptomų, yra mažiausiai aktyviojo miego (13,3 proc., 10,6 proc. ir 12,8 proc., atitinkamai grupėse ligonių, turinčių depresijos simptomų, turinčių depresijos ir nerimo simptomų, ir neturinčių nerimo ir depresijos simptomų) ir gilaus lėtojo miego (3 stadija – 4,5 proc., 5,9 proc. ir 7,3 proc., atitinkamai grupėse ligonių, turinčių depresijos simptomų, depresijos ir nerimo simptomų, ir neturinčių nerimo ir depresijos simptomų). Subjektyvus miego kokybės vertinimas (2 lentelė) parodė, kad PMKI patikimai blogesnis esant nerimui (8,7) arba depresijai (7,4), arba abiem simptomams kartu (10,7), lyginant su ligoniais, kurie šių simptomų neturi (6,5). Būtina atkreipti dėmesį į tai, kad subjektyvus miego kokybės vertinimas pagal PMKI patikimai blogesnis ligonių, turinčių nerimo simptomų (8,7), negu ligonių, turinčių depresijos simptomų (7,4).

DISKUSIJA

Geras miegas yra svarbus veiksnys geram organizmo funkcionavimui [14]. Kai miegas pablogėja, sutrinka organizmo integruota veikla, pablogėja gyvenimo kokybė. Somatinė patologija, kaip išeminė širdies liga, krūtinės angina, miokardo infarktas arba progresuojantis širdies nepakankamumas sutrikdo psichoemocinę būseną ir miegą. Nemiga pripažinta nepriklausomu išeminės širdies ligos rizikos veiksniu [1, 2, 15]. Nustatyta, kad miego sutrikimai, lydinti nuolatinio nuovargio, yra miokardo infarkto rizikos veiksnys

[2, 15]. Mūsų tyrimų duomenys taip pat rodo, kad, sergant IŠL, miego kokybė blogėja, nes trumpėja tikrasis miego laikas, mažėja miego efektyvumas, taip pat sutrinka miego struktūra: sumažėja gilaus lėtojo miego, kuris būtinas organizmo funkcijų atsigavimui naktį, ir aktyviojo miego, kuris susijęs su sapnais ir organizmo funkcijų suaktyvėjimu. Sutrikusi miego struktūra, blogas miegas, padidėjęs mieguistumas dienos metu laikytas pranašaujančiu miokardo infarktą simptomu [2, 15]. Miego sutrikimai gali būti nuolatinio streso požymis, kuris gali sukelti ir širdies veiklos autonominio reguliavimo sutrikimą, padidinti IŠL riziką. Kyla klausimas, ar yra sąsaja tarp miego sutrikimų laipsnio bei širdies ir kraujagyslių sistemos būklės sunkumo. Mūsų tyrimo duomenys rodo, kad labiausiai sutrikęs miegas III NYHA funkcinės klasės ligonių. Taigi, kuo labiau išreikšta somatinė patologija, tuo labiau sutrikęs miegas. Tai galima paaiškinti dažniau pasireiškiančiais prabudimais naktį dėl širdies veiklos sutrikimų, pvz., krūtinės anginos priepuolių, ritmo sutrikimų arba širdies nepakankamumo paūmėjimo naktį [16]. Kita vertus, psichoemocinė būklė turi didelę įtaką tiek užmigimui, tiek miegojimo procesui [7, 8]. Nerimas ir depresija dažnai būna miego sutrikimų priežastimi. Paskutiniu metu daugėja duomenų, kad depresija, kuriai būdingi ir miego sutrikimai, yra ir širdies ligų rizikos veiksnys, o veiksmingas depresijos gydymas sumažina širdies ligų riziką [1, 15].

Manoma, kad sveikų žmonių miego trukmė – ne mažiau kaip 7 val., o miego efektyvumas ne mažesnis nei 85 proc. Sveikų žmonių miego struktūra: 1 stadija – 5–10 proc., 2 stadija – 45–50 proc., 3–4 stadijos – 15–20 proc., aktyvusis miegas – 20–25 proc., būdravimas naktį – iki 5 proc., kūno judesiai – iki 2 proc. [14]. Tačiau serantiesiems IŠL, būna ir ligonių psichoemocinės būklės sutrikimas, dažniausiai pasireiškiantis nerimu ir depresija, kurie turi įtakos subjektyviam miego kokybės vertinimui. Todėl buvo nagrinėta, ar subjektyviai įvertinta miego kokybė turi sąsają su objektyviais miego parametrais.

Išanalizavus sergančiųjų IŠL miego kokybę priklausomai nuo nerimo ir depresijos, pastebėta, kad objektyvūs miego kokybės rodikliai blogėja (mažėja aktyviojo miego ir 3–4 miego stadijos), esant depresijos arba esant depresijos ir nerimo simptomų. Subjektyvios miego kokybės rodiklis (PMKI) blogėja esant nerimo ir depresijos simptomų arba esant tik nerimo simptomų. Sergantiesiems IŠL nustatytas ir stebimas ligonių psichoemocinės būklės sutrikimas, dažniausiai pasireiškiantis nerimu ir depresija, kurie galimai turi įtakos subjektyviam miego kokybės vertinimui. Nerimas ir depresija blogina miego kokybę, mažindami aktyviojo miego trukmę ir ilgindami jo pradžios laiką, tačiau labiausiai blogina subjektyvų miego kokybės suvokimą. Jeigu, esant depresijai, pastebimas objektyvios miego kokybės rodiklių blogėjimas, tai, esant nerimui, labiau blogėja subjektyvios miego kokybės suvokimas – tai patvirtina blogesnis Pitsburgo miego kokybės indeksas. Grupėse ligonių, turinčių nerimo simptomų, PMKI buvo blogiausias, ypač esant išreikštam ir nerimui, ir depresijai. Todėl galime teigti, kad miego kokybė priklauso daugiau nuo

subjektyvaus vertinimo nei nuo objektyvių miego struktūros pokyčių, ypač tais atvejais, kai išreikštas nerimas ir depresija.

IŠVADOS

Sergančiųjų IŠL sutrikusi tiek subjektyvi, tiek ir objektyvi miego kokybė, kuri blogėjo sunkėjant širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinę būklę. Labiausiai sumažėja tikrasis miego laikas bei miego efektyvumas ir sutrinka miego struktūra dėl sumažėjusio gilaus lėtojo ir aktyviojo miego bei ilgesnio būdravimo naktį.

Objektyvi miego kokybė sergančiųjų IŠL blogėja, kai pasireiškia depresija. Subjektyvi miego kokybė blogesnė esant depresijos ir nerimo simptomams.

Tyrimą dalinai finansuoja Lietuvos mokslo taryba Lėtinų neinfekcinių ligų programos Projekto "Psichoemocinių ir miego sutrikimų sąryšio su širdies ligomis bei poveikio gyvenimo kokybei tyrimai". Tyrimas buvo įgyvendintas bendradarbiaujant su LSMU Elgesio medicinos institutu.

LITERATŪRA:

1. Hoevenaer-Blom M.P., Spijkerman A.M., Kromhout D., Van den Berg J. F., Verschuren W.M. Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: the MORGEN study. // *Sleep*. – 2011, vol. 34 (11), - p. 1487-1492.
2. Laugsland L.E., Vatten L.J., Platou C., Janszky I. Insomnia and the risk of acute myocardial infarction: a population study. // *Circulation*. – 2011, vol. 124 (19), p. 2073-2081.
3. Shapiro C.M., Dement W.C. Impact and epidemiology of sleep disorders // *British Medical Journal*. – 1993, vol. 306, p. 1604-1607.
4. Sabanayagam C., Shankar A. Sleep duration and cardiovascular disease: results from the National Health Interview Survey // *Sleep* – 2010, vol. 33 (8), p. 1037-1042.
5. Chilcott L.A., Shapiro C. M. The socioeconomic impact of insomnia. An overview // *Pharmacoeconomics*. – 1996, vol. 10 (1), p. 1-14.
6. Asche C.V., Joish V.N., Camacho F., Drake C.L. The direct costs of untreated comorbid insomnia in a managed care population with major depressive disorder. // *Curr Res Med Opin*. – 2010, vol. 26(8), p. 1843-1853.
7. Shim U., Lee H., Oh J.Y., Sung Y.A. Sleep disorder and cardiovascular risk factors among patients with type 2 diabetes mellitus // *Korean J Intern Med*. – 2011, vol. 26 (3), p. 277-284.
8. Kales J.D., Kales A., Bixler E.O., et al. Biopsychobehavioral correlates of insomnia: Clinical characteristics and behavioral correlates // *Am. J. Psychiatry*. – 1984, vol. 141 (11), p. 1371-1376.
9. Rechtschaffen A., Kales A. A Manual of Standardized Terminology, Techniques, and Scoring System for Sleep Stages in Human Subjects. Washington, D. C., U. S. Government Printing Office. 1968. P. 64.
10. Buysse D.J., Reynolds III Ch.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research // *Psychiatry Research*. – 1988, vol. 28, p. 193-213.
11. Atalay H. Comorbidity of insomnia detected by the Pittsburgh sleep quality index with anxiety, depression and personality disorders. // *Isr J Psychiatry Relat Sci*. – 2011, vol. 48(1), p. 54-59.
12. Zigmond A. S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983, vol. 67, p. 361-370.
13. Bunevičius R., Žilėnienė S. MMPI ir HADS palyginimas // *Psichologija*. – 1991, N. 11, p. 95-103.
14. Kryger M.H., Roth T., Dement W. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1995.
15. Schwartz S., McDowell A., Stephen R.C., et al. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1999. - Vol. 47. - N. 4. – P. 313-333.
16. Žemaitytė D., Varoneckas G., Sokolov E. Heart rhythm during sleep in ischemic heart disease // *Psychophysiology*. – 1984. - Vol. 21. - N. 3. - P. 290-298.

*Received 15 January 2012, accepted 10 March 2012
Straipsnis gautas 2012 01 15, priimtas 2012 03 10*

Sunkūs ir ilgalaikiai valgymo sutrikimai (SEED): 18 metų sergančiojo nervine anoreksija atvejo analizė

Brigita BAKS, Daiva PUPŠYTĖ, Rimantė KIRSNYTĖ
VPSC Universitetinis valgymo sutrikimų centras, Vilnius, Lietuva

SANTRAUKA

Nervinė anoreksija – tai liga, turinti didžiausią mirtingumo rodiklį iš visų psichikos sutrikimų, sergantieji miršta nuo fizinės sveikatos sutrikimų, ir nusižudo. Sergantysis nervine anoreksija vengia bet kokio pokyčio, tai yra raidos sutrikimas, trikdantis psichofiziologinį brendimą, asmenybės raidą, emocijų plėtrą ir socialinį prisitaikymą. Ilgalaikės lėtinės nervinės anoreksijos gydymas yra paliatyvus, palaikomasis (angl. *holding*), skiriamas atsargiai, pamatuotai, pagal aptartą intensyvumą. Ypač svarbūs paciento ir gydytojo terapiniai santykiai, bendradarbiavimas ir nepertraukiamas gydymas. Šiame straipsnyje aptariamas 36 m. moters, sergančios sunkia ir ilgalaikė nervine anoreksija, atvejis.

ĮVADAS

Nervinė anoreksija – tai liga, turinti didžiausią mirtingumo rodiklį iš visų psichikos sutrikimų, sergantieji miršta nuo fizinės sveikatos sutrikimų, dalis jų nusižudo (Treasure, NICE, Valgymo sutrikimų gydymo gairių redakcija, p. 398–400; 2010). Daugelio tyrėjų pabrėžiama ankstyvosios intervencijos nauda sergant anoreksija, 90 proc. pacientų pasiekama gerų ilgalaikių rezultatų, jeigu jie pradedami gydyti per trejus metus nuo ligos pradžios palyginus su 20 proc. pacientų, kurių gydymas buvo pradėtas po trejų metų. Svarbus specialistų apmokymas kompetentingai spręsti problemas, susijusias su valgymo sutrikimais, kuo anksčiau į gydymo procesą įtraukti kitų medicinos sričių specialistus. Whitney ir kt. (p. 444–449) išsamiai išnagrinėjo sergančiųjų anoreksija tėvų pastebėjimus, kaip šeimos intervencijos dalį – tėvai pripažino anoreksiją lėtine ir neįgalumą sukeliančia liga, nuvertino ir smerkė save, manydami, kad jie prisidėjo prie savo vaiko ligos, jautėsi bejėgiai padėti vaikui sveikti. Tėvų, kurie lieka vieninteliai šalia metų metus sergančio anoreksija vaiko, apmokymas suprasti ir valdyti ligą gali sumažinti šiuos neigiamus tarpasmeninius įsitikinimus ir turėti teigiamą poveikį sergančiajam. Anoreksijos psichologinių motyvų supratimas padeda pasirinkti gydymą, ištvirti nuolatinę frustraciją, laukiamų rezultatų nebuvimą, nuolatinį mirties realumą.

Sergantysis nervine anoreksija vengia bet kokio pokyčio – tai tarsi brendimo „imobilizavimas“. Tai yra raidos sutrikimas, trikdantis psichofiziologinį brendimą, pažinimo funkcijų vystymąsi, problemų sprendimo ir conceptualų suvokimą, socialinį prisitaikymą, asmenybės ir emocijų plėtrą, įskaitant savigalbos sampratą, bei tapatybės formavimąsi (sergančiųjų nervine anoreksija komplikacijų sąrašas pateikiamas 1 lentelėje, pgl. Waller ir kt., 2007). Dėl ligos vėluoja arba regresuoja kai kurios arba visos organizmo sistemos.

Vilties teikia tai, jog, pavykus pacientą įtraukti į gydymo

procesą, įmanoma sustabdyti ligos progresavimą, be to, dauguma pasveiko per 5–6 metus. Tačiau sveikimą dažnai sunkina nervine anoreksija sergančiojo gretutinės ligos ir sutrikimai: depresija, obsesinis kompulsinis sutrikimas, socialinės fobijos požymiai, asmenybės rigidiškumas, polinkis į ritualizuotą elgesį, perfekcionizmas.

Ilgalaikės anoreksijos atveju būdingas bet kokių pokyčių vengimas, kiekvieną kartą susidūrus su kompleksine arba abstrakčia problema, dėmesys sumažinamas, supaprastinamas iki kartojamų ritualų. Apetitas, blaškančios, nerimą keliančios emocijos sureguliuojamos per pacientui subjektyviai jaučiamą saugų kartojimą, perdėtą discipliną, rigidišką elgesį. Taigi, gydymo laukiami rezultatai: normalizuojasi svoris, endokrininė sistema, raidos ir brendimo pokyčiai išjudina paciento trapią ir kartu rigidišką sistemą. Dėl to vėl griebiamasi vienintelio pseudosaugumą užtikrinančio elgesio – jokių pokyčių.

Freeman'as (2002) įvardija dažniausias kliūtis nervinės anoreksijos atveju, trukdančias pasveikti: pokyčių baimė (nesvarbu, koks sunkus bebūtų esamas „status quo“), baimė prarasti kontrolę (nepaisant to, kad sergantysis jau yra kontroliuojamas ligos), nepakankamas išitraukimas į gydymo procesą, izoliacija (anoreksijos atveju socialinis žmogaus gyvenimas dažniausiai yra ribotas) ir save žlugdantys mechanizmai. Samelson'as (2009) taip pat nurodo keletą priežasčių, trukdančių sergančiajam anoreksija pasveikti: motyvacijos trūkumas, nereali tikslai ir lūkesčiai, perfekcionizmas ir anoreksiją lydinčios būsenos, pvz., nerimas, obsesinis–kompulsinis sutrikimas ir depresija (cit. pg. Page, 2010). Tiriant sergančiuosius nervine anoreksija, dažniausiai įtraukiami tokie asmenybės bruožai, kaip rigidiškumas, labai stipri (angl. *overcontrolling*) emocijų ir elgesio kontrolė, obsesiškumas (Klump ir kt., 2000). Vienas pagrindinių nervine anoreksija sergančiųjų bruožas – perfekcionizmas, kuris dažniausiai prisideda prie rigidiško ir obsesyvaus elgesio, yra susijęs su priešinimusi gydymui bei atkryčiais (Bastiani ir kt., 1995). Pokyčių baimė, sergant anoreksija, dažniausiai yra susijusi su labai stipria baime priaugti svorio – visa tai skatina sergančiuosius palaikyti daug mažesnę nei vidutinį svorį. Kartu yra perfekcionizmas su siekiu griežtai kontroliuoti svorį ir maistą (University of Maryland Medical Center, 2011).

Svarbu terapeuto ir paciento bendradarbiavimas sunkios ir ilgalaikės anoreksijos atveju, stengiamasi išvengti panikos ir regeso, kuris sąlygoja tik badavimo suintensyvėjimą ir gydymo nutraukimą, t. y. grįžimą į liguistą būseną. Tačiau būtina atsižvelgti į tai, kiek laiko artimieji geba toleruoti su sergančiuoju ir neperkrauti neigiamomis emocijomis kantrybei išsekus. Susidomėjimą hobiu, intelektine veikla, kurioje pacientas galėtų jausti malonumą ir sugebėjimus, gali

1 lentelė. Sergančiųjų nervine anoreksija sveikatos komplikacijos (pgl. Waller ir kt., 2007)

Organizmo veiklos sutrikimai	Dažniausi simptomai
Virškinimo sistema	Sulėtėjęs skrandžio išsituštinimas, dėl to jaučiamas „pilnumas“ net ir nuo mažo maisto kiekio Vidurių užkietėjimas Išsipūtimo jausmas Pilvo skausmai
Vaisingumas	Dingusios, nereguliarios mėnesinės Sumažėjęs vaisingumas, nevaisingumas Nėštumo atveju vaisius yra didelėje rizikos grupėje, jei motina valgo nepakankamai
Kraujo tyrimų pokyčiai	Mažas gliukozės kiekis, dėl to galimi persivalgymo priepuoliai, gali būti sutrikusi dėmesio koncentracija Anemija Padidėjusi infekcijų rizika Padidėjęs cholesterolio kiekis
Tolerancija šalčiui	Sumažėjusi tolerancija šalčiui Nutirpusios, šaltos galūnės (pirštai, nosis) Plaukų augimas ant veido ir nugaros (lanugo)
Širdies ir kraujagyslių sistema	Žemas kraujo spaudimas – galvos svaigimas, alpimas Retas pulsas Nereguliarus širdies ritmas (prieširdžių virpėjimas) Patinusios pėdos ir kulkšnys (edema)
Kaulų sistema	Osteoporozė Sumažėjęs kaulų tankis ir masė – didėja osteoporozės rizika vyresniame amžiuje
Dantų pokyčiai	Dantėnų problemos: dantėnų kraujavimas, silpnumas Ilgalaikė dantų erozija Dantų netekimas
Šlapinimosi sistema	Inkstų infekcijos Sutrikusi šlapimo pūslės kontrolė
Raumenų sistema	Raumenų netekimas, nusilpimas
Emocinė būseną	Irzlumas Depresija Sunkumas susikaupti Socialinės izoliacijos jausmas Nuovargis, išsekimas Nerimas Nuolatinės mintys apie maistą
Kita	Suprastėjęs miegas

stimuluoti jo kognityvinę veiklą. Nuolatinis fizinės būklės stebėjimas ir aptarimas, priimant sprendimus kartu su pacientu, gali stabdyti būklės blogėjimą. Taip pat svorio kritimo stabilizavimas, lėtas jo atstatymas, kai sutariama valgyti įvairų maistą (dažniausiai 1200 kcal per dieną sergantieji gana gerai toleruoja). Pagerėjimo galima tikėtis tik po būklės stabilizavimo, jeigu pavyksta, kad pacientas nenutrauktų gydymo, dažniausiai nepaprastai mažais žingsneliais, užstringant kitame etape ir t. t. Sunkiai ir ilgalaikiai anoreksijai

gydyti reikia terapeuto gebėjimų ištoleruoti nuolatinę mirties grėsmę, ištvirti monotoniją, sugebėti be perdėto nerimo konfrontuoti su krizėmis.

Klinikinis atvejis

36 metų moteris B. serga sunkia ir ilgalaikė nervine anoreksija. 2011 m. ji buvo pakartotinai paguldyta į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro (VPMSC) Valgymo sutrikimų skyrių dėl nervinės anoreksijos, F50.0 ir šizotipinio sutrikimo, F.21. Klinikoje vyraujant kraštutiniam išsekimui dėl maisto ribojimo, KMI = 11,1 (ūgis – 163 cm; svoris – 29,5 kg), antrinei amenorėjai, sutrikusiai daugelio organų veiklai, psichomotoriniam sulėtėjimui, esant prastai nuotaikai, blankioms emocijoms, neigimui ir socialinei dezadaptacijai.

Trumpa gyvenimo istorija

B. yra vienintelis vaikas šeimoje, netekėjusi, vaikų neturi. Visą gyvenimą gyveno kartu su motina, šiuo metu jos kartu gyvena trijų kambarių bute. Motina 63 metų, išsilavinimas aukštasis, dirba ikimokyklinio ugdymo įstaigoje. Tėvas žuvo autoavarijoje, kai B. buvo treji metai. B. prisimena, jog tada kai jai buvo 12 metų, mama turėjo vedusį draugą, kuris ateidavo vakarais ir pasilikdavo nakvoti, o mama ją mušė, nes ji nemiega (tada gyveno 1 kambario bute). B. teigimu, motina yra rūpestinga, gera, tačiau griežtoka. Anksčiau santykius vadino įtemptais, o šiuo metu B. teigimu jos sutaria gerai.

Nėštumo laikotarpis ir gimdymas praėjo be komplikacijų. Psichomotorinė raida atitiko amžių. Nuo 10 mėnesių buvo atiduota į lopšėlį, motinos teigimu, adaptavosi gerai. Nuo ankstyvos vaikystės buvusi uždaro būdo, mėgo būti viena, nemėgo didelių susibūrimų, vakarėlių, nelankė būrelių. Labai mėgo skaityti. Motinos teigimu, jau pirmoje klasėje B. skaitė Lenino „Raštus“. Mokykloje mokslai sekėsi gerai, mokėsi vien penketais, buvo labai pareiginga. Vis dėlto buvo labai jautri, nepasitikėjo savo jėgomis. Prieš kiekvieną egzaminą labai stipriai nerimavo, sakydavo, jog nieko nemoka, nors rezultatai visuomet buvo labai geri. Labai jautriai reaguodavo į kritiką, verkdamas dėl pažymių. Motinos teigimu, B. buvusi „kitokia, keista“. Pati B. teigia, jog visada jautė motinos spaudimą mokytis, taigi, nors pati nenorėjo mokytis, bandė stoti į aukštąsias mokyklas. Tačiau, artėjant egzaminams, jautėsi labai didelę baimę ir įtampą, dėl to negalėjusi jų laikyti.

B. išsilavinimas vidurinis, toliau mokosi aukštojoje mokykloje (gydymo metu turėjo akademinės atostogas, turi 18 proc. darbingumą) ir dirba ikimokyklinio ugdymo įstaigoje. Paskutiniu metu laiką leido skaitydama, perrašinėdama tekstą iš anglų kalbos ir versdama sau naujus žodžius.

Ligos anamnezė

B. nervine anoreksija serga apie 18 metų, tačiau pati neigia ribojanti maistą dėl to, kad numestų svorio. Apskritai ji nepripažįsta turinti valgymo problemų ir mano esanti sveika. Remiantis motinos suteiktomis žiniomis, valgymo problemos prasidėjo, kai B. buvo 18 metų. Tuomet ji svėrė apie 63 kilogramus, patirdavo patyčias iš bendraklasių, vengė lankyti fizinio lavinimo pamokas. Dėl pamokų nelankymo turėjo sunkumų. Į tai reagavo itin jautriai, apie tai kalbėtis su mama bijojo, todėl mėgino žudytis (išgėrė dimedrolio, tačiau motina suteikė pirmąją pagalbą – išplovė skrandį, medicininės ir psichologinės pagalbos nesikreipė). Būdama 18 metų, ėmė

riboti maistą – atsisakė mėsos, ėmė daug sportuoti. Baigusi mokyklą, B. mėgino studijuoti universitete, tačiau sekėsi sunkiai: tapo dar uždaresnė, priešiška, jautėsi vieniša, buvo sunku bendrauti su kitais, ėmė dar labiau riboti maistą (pvz., per dieną suvalgydavo tik indelį jogurto). Vengė bendrauti, draugų beveik neturėjo, tiesiog nenorėjo „atkreipti į save dėmesio“. Dėl valgymo įpročių daug melavo, išsisukinėjo. Tuo metu svoris nukrito iki 45 kg, B. buvo gydoma psichiatrijos skyriuje, savijauta pagerėjo. Vėliau motinos iniciatyva B. buvo konsultuota profesorės iš užsienio ir gydoma „brangiais vaistais“. Kai svoris ėmė augti, B. reagavo itin jautriai, buvo labai nepatenkinta savo išvaizda, daug verkė. Prieš iki 80 kg. Vėliau svoris normalizavosi ir trejus metus svėrė apie 60 kg. Dėl pasikeitusios išvaizdos B. sulaukdavo komplimentų darbe, tačiau ji galvojusi, kad bendradarbiai tyčiojasi iš jos, todėl jautriai reagavo. Maždaug prieš 2,5 metų svoris vėl ėmė mažėti – B. ribojo maistą, tačiau kartu ėmė „valyti organizmą“, vartodama furozemidą bei bisakodilį. Ėmė kristi svoris. B. labai nusilpo, sutriko organų veikla. 2011 m. spalio mėnesio pradžioje B. jautėsi esanti stora, nustojo valgyti, gerti, vartojo vidurių laisvinamuosius vaistus, jautėsi silpna, pavargusi, negalėjo vaikščioti. Pati B. teigia, jog svoris ėmė kristi, tačiau ji valgė kaip visada, tiesiog patyrusi daug įtampos ir streso darbe. B. teigia, jog ją nuolat vargina įkyrios mintys apie svorį, apie tai, jog per daug valgo. B. teigė, jog pavalgiusi jautėsi „apsunkusi, prislopinta, negalinti produktyviai dirbti, t. y. „tobulėti“. Jos teigimu „didelės savo valios pastangomis per daugelį metų ji pasiekusi tobuliausios palaimos – jaučiasi lengva ir fiziškai, ir dvasiškai“. Motinos teigimu, tiksliai išsiaiškinti situaciją sunku, nes B. linkusi nuolat meluoti ir manipuliuoti.

Paskutiniu metu B. vis dar mokėsi, išlaikė vieną egzaminą, nedirbo, nes turėjo nedarbingumą. Vis dėlto iš namų, išskyrus mokymosi įstaigą, niekur neidavo, su niekuo beveik nebendradavo, laiką leisdavo namie – „daug tvarkėsi, valėsi namuose“. Visą laiką jautė nerimą, įtampą, apatiją, buvo sunku prisitaikyti prie aplinkos. Taip gyventi nenorėjo.

Pacientės būklė

Pacientė išsekusi, susikūpinusi, pilnai neišsitiesia. Pati neatsisėda lovoje, vaikšto tik kitų prilaikoma. B. skundėsi, jog „negali vaikščioti, trukdo kažkokia jėga“, kartais buvusi prasta nuotaika. B. nuolat galvoja apie atsvarą, ją kamuoja įkyrios mintys ir baimė sustorėti. Jai atrodo, kad ji jau pavalgiusi. Remiantis pokalbiu su B., ji yra sąmoninga, visapusiškai orientuota. Išvaizda netvarkinga, apsirengusi keletu sluoksnių drabužių, susivėlus. Psichomotoriškai sulėtinta. Gynybiška, sėdėjo susigūžusi, nuleidusi galvą žemyn tarsi ją nulaikyti būtų sunku. Veidas hipomimiškas, akių kontakto vengė, tačiau retkarčiais, prašydama dėl nuovargio nutraukti pokalbį, pasižiūrėdavo į akis. Kalbėjo nenoriai, tyliai. Į klausimus atsakinėjo keletu žodžių, adekvačiai, tačiau nuosekliai papasakoti apie ligą ir būklę nesugebėjo. Mąstymas sulėtėjęs, konkretus, fiksuotas, nuolat kartodavo, kad nori išsirašyti iš ligoninės „ir namuose viskas bus gerai“. Dėmesio koncentracija silpna. Vengė kalbėti apie savo problemą, užsisklėsdavo ir tylėdavo arba nukreipdavo kalbą, pvz., ar gali pasidaryti arbatos?. Prašydavo gausiai nemaitinti, nes patinka jaustis lengvai. Mąstymo turinio sutrikimų neišryškėjo. Ryškus kūno vaizdo sutrikimas. Nuotaika pažeminta, emocijos prislopintos.

Dėl savo būklės buvo nekritiška, sakė norinti vykti namo, nes ten būsią geriau. Gydytis motyvacijos neturi. Suicidines mintis neigė.

Pagal medicininių dokumentų išrašus nuo 1996 m. B. keletą kartų buvo gydyta psichiatrijos stacionaruose, nuo 2010 m. lankėsi pas psichiatrą savo gimtajame mieste. Gydomo įstaigose buvo įvertinta B. psichologinė būklė. 1999 m. psichologinio tyrimo išvada: asmenybė uždara, intravertiška, nekonformistiška. Stiprus nesaugumo, neadekvatumo supančioje aplinkoje jausmas, taip pat didelis noras kontroliuoti situaciją. Suvaržyta, įsitempusi, stokoja įgūdžių užmegzti neformalų, intymų kontaktą, daugiau linkusi apie tai fantazuoti, atsiriboti. Emocijų sfera – kontrolė pernelyg stipri, išraiška suvaržyta, prasiveržianti impulsyviomis reakcijomis. Stebėtas depresiškas nuotaikos fonas, bejėgiškumas, aplinkos spaudimo jausmas, nesaugumas, nepasitikėjimas savimi. 2011 m. buvo atliktas emocinės sferos ir mąstymo tyrimas. Emocinės sferos tyrimo rodmenys fiksavo nerimo lygio padidėjimą be ryškios depresinės simptomatikos. Mąstymo produktyvumas buvo sulėtėjęs, apibendrinant neišlaikomas tolygumas, tiriamoji rėmėsi atsitiktiniais arba latentiniais požymiais šalia konkrečių samprotavimų. Asociatyvinis procesas greitas. Asociacijos formalios, emociškai šaltos. Išvada: tyrimo duomenys fiksavo nerimo lygio padidėjimą, pastebėta mąstymo netolygumų, emocinis šaltumas ir formalumas, asociaciniai ryšiai „pralaisvėję“.

TYRIMAI

Somatinė būklė

Pacientė išsekusi, kachetiška, poodinis riebalinis audinys, raumenys sunykę, susikūpinusi, pilnai neišsitiesia. Pati neatsisėda lovoje, vaikšto tik prilaikoma kitų, laiptais neužlipa. Tuština ir šlapinasi nevalingai. Pėdos pamėlusios ir patinusios iki kulkšnių, ties kryžkauliu 5 litų monetos dydžio pragula surandėjusiais kraštais. Ūgis – 163 cm, svoris – 29,5 kg, KMI – 11,1. Oda sausa, pilkšva, turgoras blogas, skruostai, nugara, šlaunys, tiesiamieji paviršiai pasidengę pūkeliais (*lanugo*). Raumenys sunykę. Liežuvis padengtas baltu apnašu. Plaučiuose susilpnėjęs vezikulinis kvėpavimas, karkalų neišklausoma. Širdies veikla ritmiška, AKS – 90/60 mm Hg stulpelio, ŠSD – 80 k./min. Pilvas papūstas, neskausmingas, skafoidinis. Peristaltika vangiai. Per silpnus pilvo raumenis užčiuopiama užpakalinė pilvo siena bei išmatos dešiniajame pilvo kampe. Meninginiai simptomai neigiami. Židininės neurologinės simptomatikos nėra.

Atvykusiai į VPSC UVSC VS pacientei atliktas bendrasis kraujo tyrimas. Nustatyta didelio laipsnio anemija, leukocitopenija, trombocitopenija, granulocitozė. Užrašius EKG, rastas žemas voltažas, hipokalemijos požymių. Dėl sunkiai paimamo kraujo (pacientei visai nebėgo kraujas) kitų tyrimų atlikti nepavyko. Dėl didelio laipsnio anemijos bei išsekimo pacientė buvo perkelta į VšĮ Santariškių klinikos RITS. Ten atlikti papildomi tyrimai. Atlikus biocheminį kraujo tyrimą, rasta hipokalemija, hiponatremija, hipochloremija, hipoproteinemija, hipofosfatemija bei padidėjęs šlapalo kiekis. Skiriant kraujo komponentus, mažėjo anemijos laipsnis, didėjo eritrocitų bei hemoglobino kiekis. Elektrolitų tirpalais koreguotas kalio, natrio, chloro disbalansas. Padidėjo baltymo kiekis. Po 2–3 savaičių išryškėjo krešėjimo sistemos sutrikimai. Atlikus tyrimus, rasta, kad D-dimerai – 4160 mg/L.

Atvejo aprašymas

Padidėjo CRB – 53 mg/l, didėjo leukocitozė, atsirado uždegimo požymių. Išryškėjo pneumonija, prasidėjo viduriavimas.

Atlikti instrumentiniai tyrimai. Pilvo organų echoskopija: kepenys nepadidėjusios (135 mm), homogeniškos struktūros, audinio echogeniškumas normalus, echolaidumas normalus, kontūrai lygūs, kampai aštrūs. Tulžies pūslė normalaus dydžio, sienos nepakitusios, tulžies latakai neišsiplėtę, vartų vena nepakitusi, kraujotaka normali. Kasa normalaus dydžio – galvutė 24 mm, audinys tolygus, kontūrai lygūs, aiškūs, kasos latakas neišsiplėtęs. Inkstai normalaus dydžio, abiejuose difuziškai pakitusi parenchima – hiperechogeniškos piramidės – parenchima 20 mm, kolektorika neišsiplėtusi. Blužnis nepadidėjusi (85 mm), struktūra normali. Abdominalinė aorta neišsiplėtusi. Išvada: difuziniai inkstų pokyčiai, įtariamas nefritas.

Kojų venų dvigubas skenavimas: kairės kojos v. gastrica šakos – lėtinės trombozės požymiai. Kairėje blauzdoje giliųjų venų poūmės trombozės požymiai, dešinėje – limfostazės požymiai. Dinamikoje – pakitimai išliko tie patys. Kompiuterinė angiografija: Kraujagyslinės patologijos požymių nerasta, gausus pleuritas, gausus ascitas, papūstos plonžarnės kilpos. Krūtinės ląstos rentgenograma: plaučių priešakinėse zonose neryškių ribų infiltracija, žymesnė kairėje. Šaknys intensyvios, bet neišsiplėtusios. Kairysis sinusas ir diafragma blogai diferencijuojasi. Širdis nepadidėjusi. Aorta nepraplėsta. Tarpuplautis be pokyčių.

Išvada: abipusė centrinė pneumonija. Dinamikoje pneumonijos požymiai nyko, tačiau išryškėjo plaučių edema. Rasta stazinių pokyčių, nedidelis skysčio kiekis kairės pleuros ertmėje. Vėliau atsirado dešiniojo plaučio apatinės skilties atelektazė bei išliko skystis pleuros ertmėje. Taip pat pastebėta oro plonųjų žarnų kilpose, horizontalūs skysčių–oro paviršiai – visa tai rodė žarnų nepraeinamumą.

Stabilizavus pacientės būklę, tolesniam gydymui buvo gražinta į VPSC UVSC VS, kur buvo pakartoti tyrimai. Dinamikoje išryškėjo blogėjanti pacientės būklė. Mažėjantis eritrocitų, hemoglobino, trombocitų kiekis (BKT bei elektrolitų tyrimų rodmenys gydymo metu pateikiami 2, 3, 4 lentelėje). Didėjo kreatinino, CRB kiekis. Atlikus krešėjimo sistemą vertinančius tyrimus, rastas prailgėjęs DATL iki 300 sek., D-dimerai – 819 mg/l. Įvertinus visus tyrimus, galima daryti prielaidą, kad pacientei, dar gydomai Hepatologijos ir gastroenterologijos skyriuje, jau buvo prasidėjęs DIK sindromas. Kraujo rodikliai normalizavosi tik skyrus simptominių gydymą.

GYDYMAS

Pacientei buvo sulašintos šešios dozės eritrocitų masės, skirtos kristaloidų infuzijos, elektrolitų korekcija, skirta B vitaminų (B1, B6, vit. C), diuretikų, antibiotikų (tiamino 250 mg į veną (7 d.), metronidazolium 250 mg 1 × 3/d. (8 d.), unasyn 1,5 g × 3/d. (4 d.), cefotaxinum 1,0 g × 2/d į veną (13 d.),

2 lentelė. Bendrojo kraujo tyrimo rodmenų (leuk, NEU, LYM, MON, EOS, BAS, Eritr, Hgb) pokyčiai gydymo metu 2011 m. spalio 25 d.–gruodžio 9 d.

Tyrimas atliktas	Leuk	NEU	LYM	MON	EOS	BAS	Eritr	Hgb
Spalio 25 d.	3,75	3,11	0,42	0,23	0	0	2,832	42,2
Lapkričio 17 d.	18,39	17,25	0,17	0,83	0,01	0,01	3,46	71
Gruodžio 1 d.	22,7	21,82	0,43	0,35	0	0,09	4,232	106,8
Gruodžio 3 d.	18,26	17,07	0,52	0,61	0,06	0	3,996	103,5
Gruodžio 7 d.	12,86	12,08	0,33	0,42	0,01	0,02	3,79	91
Gruodžio 9 d.	10,2			0,8			4,05	100

* Pastaba: matavimo vienetai: leuk – $\times 10^9/l$; NEU – $\times 10^9/l$; LYM – $\times 10^9/l$; MON – $\times 10^9/l$; EOS – $\times 10^9/l$; BAS – $\times 10^9/l$; eritr – $\times 10^{12}/l$; hgb – g/l.

3 lentelė. Bendrojo kraujo tyrimo rodmenų (HCT, MCV, MCH, MCHC, Trom) pokyčiai gydymo metu 2011 m. spalio 25 d.–gruodžio 9 d.

Tyrimas atliktas	HCT	MCV	MCH	MCHC	Trom
Spalio 25 d.	0,155	54,53	15,89	273	205,5
Lapkričio 17 d.	0,239	69,1	20,5	297	459
Gruodžio 1 d.	0,333	78,64	25,24	320,9	1190
Gruodžio 3 d.	0,317	79,22	25,9	326,9	826,4
Gruodžio 7 d.	0,294	77,6	24	310	646
Gruodžio 9 d.	0,315	77,8	24,7	317	513

*Pastaba: matavimo vienetai: HCT – l/l; MCV – fl; MCH – pg; MCHC – g/l; trom – $\times 10^9/l$.

4 lentelė. Elektrolitų pokyčiai gydymo metu 2011 m. spalio 25 d.–gruodžio 7 d.

Tyrimas atliktas	K	Na	Cl	Šlapalas	Kreatininas
Spalio 25 d.	2,1	142	106	9,2	80
Gruodžio 1 d.	5,1	130	100	7,8	55
Gruodžio 3 d.	4,7	126	100	8,2	59
Gruodžio 7 d.	4,56	131,7		8,2	65,2

*Pastaba: matavimo vienetai: K – mmol/l; Na – mmol/l; Cl – mmol/l; šlapalas – mmol/l; kreatininas – mkmol/l.

vancomycini 250 mg × 4 (9 d.), sol. Gentamycini 160 mg × 1 į veną (6 d.) nystatinum 500 000 × 4 (5 d.), antikoagulantai (fragmin 2500 × 1/d. į poodį); pangrol 20 000 × 3/d., nolpaza 20 mg × 1/d. Skirta Olanzapinas 5 mg/d. Pacientė buvo maitinama per nazogastrinį zondą „Nutrison standart“ 30–40 ml/val. greičiu.

2012 m. gruodžio 12 d. dėl išliekančios sunkios pacientės būklės ir reikalingos nuolatinės stebėsenos perkelta į somatinę ligoninę.

APTARIMAS IR IŠVADOS

Mokslinėje literatūroje pateikti keli atvejai, kai sergantiesiems nervine anoreksija dėl kraštutinės kacheksijos pasireiškė diseminuotos intravazalinės koaguliacijos sindromas (DIK). Apie abu atvejus paskelbė japonų mokslininkai: tai 15 metų berniukas, kuris buvo hospitalizuotas dėl masyvios ekchimozės ir dauginių įvairių organų pažeidimų; 36 metų ilgalaikė anoreksija serganti moteris, kuriai DIK sindromas pasireiškė trečiąją hospitalizacijos savaitę. Abiem atvejais buvo skiriama antikoagulantų, proteazės inhibitorių, antitrombino, perpilta trombocitų masės, o dėl atsiradusios infekcijos skirta antibakterinių preparatų, imunoglobulino. Buvo taikoma bakterinė translokacija probiotikais ir prebiotikais (sinbiotinis gydymas) kaip sepsio prevencija. Buvo svarbu pamažu normalizuoti svorį maitinant per nazogastrinį zondą.

Ypač svarbu įvertinti koagulopatiją kaip galimą ilgalaikės sunkios anoreksijos komplikaciją. Nervinės anoreksijos eiga lėtinė ir ilgalaikė, taigi, nuolat stebint fizinę būklę, galima sumažinti komorbidiškumą ir mirtingumą.

2008 m. Arkell ir Robinson paskelbė duomenis kokybės studijos, kurioje buvo tiriamos biopsichosocialinės pasekmės ilgalaikės ir sunkios anoreksijos. Vertintas neįgalumo laipsnis ir gyvenimo kokybė 11 pacientų, dešimtmetį sergančių

nervine anoreksija. Gyvenimo kokybė prilyginta sunkia ir vidutine depresija sergančiųjų. Gyvenimo įgūdžiai prilyginti vidutine schizofrenija sergančiųjų bendruomenei. Nepaisant aukštais balais įvertintų bendravimo įgūdžių ir atsakomybės, dalyviai buvo panašiai sutrikę kaip sergantieji schizofrenija turint omenyje pasirūpinimą savimi ir socialinius kontaktus. Kokybiniai duomenys rodo vidinį, asmeninį ir tarpasmeninį vengimą, sąlygojantį savęs nepriežiūrą ir socialinę atskirtį nepaisant socialinių įgūdžių.

Taigi, mūsų pristatytas atvejis rodo, kad gyvenimo kokybė ir įgūdžiai nukenčia taip pat kaip sergančiųjų sunkiomis ir ilgalaikėmis psichikos ligomis.

Terapeuto ir paciento bendradarbiavimas sunkios ir ilgalaikės anoreksijos atveju iš esmės remiasi visiškai skirtinga paradigma – terapeutas neturėtų tikėtis didelių pokyčių, prieš kiekvieną naują intervenciją būtina ilgalaikė konsultacija ir aptarimas, pabrėžiant supratimą, kad anoreksija – tiek subjektyviai sauganti pacientą, tiek ir invalidizuojanti, bet labai mažais žingsneliais gydymo tikslą galima pasiekti. Socialinių kontaktų formavimas padeda pacientams juos išlaikyti, sumažina izoliaciją ir tolesnį invalidizavimą. Nuolatinis fizinės būklės stebėjimas ir aptarimas, kartu su pacientu priimančias sprendimus, gali stabdyti būklės blogėjimą. Taip pat svarbus svorio kritimo stabilizavimas, jo lėtas normalizavimas, siekiant išvengti „atmaitinimo“ sindromo (angl. *refeeding*). Būklės gerėjimo galima pradėti tikėtis, jeigu pavyksta nenutraukti gydymo, išlaikyti terapinį santykį.

Apibendrinus galima teigti, kad ilgalaikių lėtinių nervinės anoreksijos atvejų gydymas yra paliatyvus, palaikomasis (angl. *holding*), su atsargiu, pamatuotu, aptartu intensyvumu. Ypač svarbu, kad pacientas nenutrauktų gydymo. Tada galima pastebėti somatines komplikacijas ir laiku jas gydyti.

LITERATŪRA:

1. Waller G., Cordery G., Corstorphine E., Hinrichsen H., Lawson R., Mountford V., Russell K. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: a Comprehensive Treatment Guide // 2007, Cambridge University Press.
2. C.M.Grilo J.E.Mitchell. The treatment of eating disorders: clinical handbook // 2010, Guilford press
3. D.Nicholls, L.Hudson, F.Mahomed. Managing anorexia nervosa, Arch Dis Child // 2011, 96: 977-982
4. NICE protocols
5. Klump K., Bullik C.M., Pollice C., Halmi K.A., Fichter M.M., Berrettini W.H., Devlin B., Strober M., Kaplan A., Woodside D.B., Treasure J., Shabbout M., Lilenfeld L.R.R., Plotnicov K.H., Kaye W.H. (2000). Temperament and Character in Woman with Anorexia Nervosa // Journal of Nervous and Mental Disease, vol.188, no 9.
6. University of Maryland Medical Center (2011). Anorexia Nervosa. Prieiga per internetą: <http://www.umm.edu/altmed/articles/anorexia-nervosa-000012.htm>
7. Bastiani A.M., Rao R., Weltzin T., Kaye W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa // International Journal of Eating disorders, vol.17, Issue 2.
8. Page K. (2010). What makes Anorexia Recovery Difficult? // Eating Disorders.
9. Katamura K., Ishimoto F., Yamasaki M., Yoshimura M., Kisa T. (1992). Disseminated Intravascular Coagulation syndrome in anorexia nervosa//Pediatrics International, Vol 34, Issue 4:469-472.
10. Haruta I., Asakawa A., Ogiso K., Amitani H., Amitani M., Tsai M., Hamada S., Inui A. (2011). A case of anorexia nervosa with disseminated intravascular coagulation syndrome// Int J Eat Disord.
11. Danner U.N., Sanders N., Smeets P.A.M., Van Meer F., Adan R.A.H., Hoek H.W., Van Elburg A.A. (2012) Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women//Int J Eat Disord.
12. Strober M., Freeman R., Morrell W. (1997) The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study// Int J Eat Disord 22(4):339-60.
13. Arkell J., Robinson P. (2008) A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa)// Int J Eat Disord 41(7):650-6.

Received 3 February 2012, accepted 2 April 2012
Straipsnis gautas 2012 02 03, priimtas 2012 04 02

Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. *WFSBP*) valgymo sutrikimų farmakologinio gydymo rekomendacijos

Spausdinama WFSBP, Taylor & Francis, Lietuvos biologinės psichiatrijos draugijos leidimu
Versta iš *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2011, 12(5-6), p. 400–443.

Martin AIGNER¹, Janet TREASURE², Walter KAYE³, Siegfried KASPER¹ ir ir Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. *WFSBP*) valgymo sutrikimų darbo grupė*

¹Vienos medicinos universiteto Psichiatrijos ir psichoterapijos fakultetas (MUW), Viena, Austrija,

²Londono Kings koledžo Psichiatrijos institutas, Jungtinė Karalystė,

³Kalifornijos universiteto Psichiatrijos fakultetas, San Diegas (UCSD), San Diegas, JAV

SANTRAUKA

Tikslai. Valgymo sutrikimų gydymas – tai sudėtingas procesas, grindžiamas ne vien psichotropinių vaistų vartojimu. Į gydymą turėtų įeiti ir mitybos konsultacijos, psichoterapija ir medicininių komplikacijų (atsiradus jų) gydymas. Šioje apžvalgoje pateikiamos valgymo sutrikimų (nervinės anoreksijos (AN), nervinės bulimijos (BN), persivalgymo sutrikimo (BED)) farmakologinio gydymo rekomendacijos, pagrįstos turima literatūra. Metodai. Valgymo sutrikimų farmakologinio gydymo gairės pagrįstos nuo 1977 m. iki 2010 m. paskelbtais tyrimais. Literatūros paieškoje vartoti raktiniai žodžiai: nervinė anoreksija, nervinė bulimija, valgymo sutrikimas ir persivalgymo sutrikimas. Išnagrinėti daug valgymo sutrikimų gydymo junginių (AN: atidepresantai (TCA, SSRI), antipsichotikai, antihistaminikai, prokinetikai, cinkas, litis, naltreksonas, žmogaus augimo hormonas, kanapės, klonidinas ir zondinis maitinimas; BN: atidepresantai (TCA, SSRI, RIMA, NRI, kiti AD), antiepileptikai, odansetronas, d-fenfluraminas, litis, naltreksonas, metilfenidatas ir šviesos terapija; BED: atidepresantai (TCA, SSRI, SNRI, NRI), antiepileptikai, baklofenas, orlistatas, d-fenfluraminas, naltreksonas).

Rezultatai. Rasta 20 AN atsitiktinių imčių, kontroliuojamųjų tyrimų (RCT). Yra B lygio įrodymų, kur skirta cinko gydyti AN. Publikuota B lygio įrodymų skiriant olanzapiną svoriui didinti. Yra C lygio įrodymų dėl kitų atipinių antipsichotikų vartojimo. Rasti 36 BN RCT. Yra A lygio įrodymų, skiriant triciklinius atidepresantus, kai rizikos ir naudos santykis nuosaikus. Publikuota A lygio įrodymų skiriant fluoksetiną, kai rizikos ir naudos santykis nuosaikus. Galima pateikti 2 lygio rekomendaciją dėl topiramato vartojimo. Rasti 26 BED RCT. Yra A lygio įrodymų ir įvairių lygių rekomendacijos dėl SSRI sertralino ir antiepileptiko topiramato vartojimo.

Išvados. Reikia papildomų tyrimų valgymo sutrikimų gydymui tobulinti. Ypač reikalingos tolesnės farmakologinio gydymo strategijos nervinei anoreksijai gydyti.

Raktažodžiai: valgymo sutrikimai, medikamentinis gydymas, gairės, nervinė anoreksija, persivalgymo sutrikimas, nervinė bulimija, farmakoterapija, atidepresantai, antipsichotikai, antiepileptikai, antihistaminikai, maitinimas per vamzdelį, šviesos terapija.

SANTRUMPOS

aAN – atipinė nervinė anoreksija; AN – nervinė anoreksija; AN-BP – nervinė anoreksija, „šalinantis“ potipis; AN-R – nervinė anoreksija, „ribojantis“ potipis; BDI – Beko depresijos skalė; BED – persivalgymo sutrikimas; BES – persivalgymo skalė; BITE – Bulimijos tyrimo testas; KMI – kūno masės indeksas; BN – nervinė bulimija; BN-NP – nervinė bulimija, „ne-šalinantis“ tipas (BN-NP); BN-P – nervinė bulimija, „šalinantis“ tipas; BSQ – Kūno formos klausimynas; CBT – kognityvinė elgesio terapija; CYP – cyproheptadinas; ED – valgymo sutrikimas; EDI – Valgymo sutrikimų klausimynas; GAAQ – Goldbergo anoreksiškos nuostatos klausimynas; GABA – gama-amino sviesto rūgštis; GAF – Bendras funkcionavimo įvertinimas; HAMA – Hamiltono nerimo skalė; HAMD – Hamiltono depresijos skalė; HSCL-90 – Hopkinso simptomų spektras-90; IPT – tarpasmeninė psichoterapija; PGI – bendras paciento išpūdis; PRS – Psichiatrinio vertinimo skalė; RIMA – grįžtami monoamino oksidazės A inhibitoriai; RCT – atsitiktinių imčių kontroliuojamasis tyrimas; SIAB – Struktūrizuotas anoreksijos ir bulimijos interviu; SNRI – serotonino ir noradrenalino reabsorbcijos inhibitorius; SSRI – selektyvus serotonino reabsorbcijos inhibitorius; TCA – tricikliniai atidepresantai; TFEQ – trijų veiksmų mitybos klausimynas; THC – tetrahidrokanabinolis; WHOQoL-BREF – PSO gyvenimo kokybės trumpasis klausimynas; WFSBP – Pasaulinė biologinės psichiatrijos asociacijų federacija; Y-BOCS-BE – Y-BOCS-persivalgymas; ZSRDS – Zungo depresijos įsivertinimo skalė.

Adresas susirašinėti: Martin Aigner, Vienos medicinos universiteto Psichiatrijos ir psichoterapijos fakultetas, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Vienna, Tel.: + 43-1-40400-3511, Faksas: + 43-1-40400-3715, El. p.: martin.aigner@meduniwien.ac.at

*Walter Kaye, JAV (Pagrindinis pirmininkas); Janet Treasure, JK (Pirmininkė); Siegfried Kasper, Austrija (Pirmininkas); Martin Aigner, Austrija (Sekretorė); Ursula Bailer, Austrija; Francesca Brambilla, Italija; Cynthia Bulik, JAV; Taki Athanasios Cordas, Brazilija; Roland Dardennes, Prancūzija; Martina De Zwaan, Vokietija; Fernando Fernandez-Aranda, Ispanija; Serguei Fetissov, Prancūzija; Manfred Fichter, Vokietija; Katherine Halmi, JAV; Hans Hoek, Nyderlandai; Andreas Karwautz, Austrija; Nobuo Kiriike, Japonija; Andrea Lopez-Mato, Argentina; Joao Eduardo Mendonca Vilela, Brazilija; James Mitchell, JAV; Palmiero Monteleone, Italija; Hana Papezova, Čekija; Maria Rastam, Švedija; Zoltan Rihmer, Vengrija; Howard Steiger, Kanada; Daniel Stein, Izraelis; Tudor Udristoiu, Rumunija; Cezary Zechowski, Lenkija.

ĮŽANGA

Valgymo sutrikimų gydymas – tai sudėtingas procesas, grindžiamas ne vien psichotropinių vaistų vartojimu. Į gydymą turėtų įeiti ir mitybos konsultacijos, psichoterapija ir somatinių komplikacijų (jų atsiradus) gydymas. Šiose gairėse pateikiamos trijų pagrindinių valgymo sutrikimų (ED): nervinės anoreksijos (AN), nervinės bulimijos (BN) ir persivalgyimo sutrikimo (BED) farmakologinio gydymo rekomendacijos. Dauguma tirtų vaistų nepatvirtinta skirti valgymo sutrikimams gydyti, tad šiuo metu jų daugiausia skiriama nepatvirtintoms indikacijoms. Mūsų visuomenėje paplitęs elgesys, kuriam būdingi valgymo sutrikimai. Tačiau griežtas diagnostikos kriterijų taikymo valgymo sutrikimams sąlygoja mažą paplitimą, kliniškai sunkių atvejų, susijusių su fizine ir psichosocialine negalia.

Valgymo sutrikimai ypač dažni jauno amžiaus moterims. Valgymo sutrikimai pavojingi sveikatai, nes jie susiję su papildomomis gretutinėmis psichiatrinėmis, somatinėmis ligomis ir funkcijų sutrikimais. Dėl somatinių būklių ir psichopatologijos derinio šie sutrikimai yra kiek pamiršti tarsi „našlaičiai“. Todėl Pasaulinė biologinės psichiatrijos draugijų federacija (WFSBP) šias gaires parengė siekdama tobulinti valgymo sutrikimų gydymą.

WFSBP gairių tikslas ir tikslinė grupė

Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (WFSBP) Valgymo sutrikimų farmakologinio gydymo gairių tikslas – paskelbti Valgymo sutrikimų (AN, BN, BED) gydymo gaires *The World Journal of Biological Psychiatry* („Pasaulio biologinės psichiatrijos žurnale“). Gydymo gairės turėtų būti taikomos visame pasaulyje. Į šią apžvalgą neįeina su valgymo sutrikimais susijusių somatinių būklių, pvz., osteoporozė, nevaisingumas ir kt. gydymas.

Literatūros tyrimo ir duomenų paieškos metodai

Terminų: nervinė anoreksija, nervinė bulimija, persivalgyimo sutrikimas, valgymo sutrikimas, antidepresantai, antipsichotikai, antiepileptikai, šviesos terapija, maitinimas per vamzdelį, litis, cinkas, atsitiktinių imčių kontroliuojamasis tyrimas paieška „Medline“ duomenų bazėje atlikta iki 2011 m. Be to, paieška atlikta ir kitose gairėse ir sisteminėse apžvalgose. Į šias gaires nusprendėme įtraukti nedidelės imties nekokybiškus tyrimus, siekiant parodyti visą valgymo sutrikimų farmakoterapijos sritį. Įtraukėme ir papildomas fizioterapijos procedūras, pvz., šviesos terapija ir maitinimas per nazogastrinį zondą. Siekdami sisteminti gaires, taikėme PRISMA 2009 m. klausimyną.

Įrodymais pagrįstas rekomendacijų klasifikavimas

Vadovaujantis WFSBP įrodymais pagrįstos medicinos principais, taikomos penkios įrodymų kategorijos ir pateikiami penki rekomendacijų lygiai (Bandelow ir kt., 2008; I lentelė). Be veiksmingumo įrodymų svarbu atsižvelgti į toleravimą su tam tikrais rizikos ir naudos santykio įrodymais. Taip pat reikėtų atsižvelgti į ekonomiškumą.

Kitos įrodymais pagrįstos valgymo sutrikimų gairės

NICE gairėse (2004) farmakoterapija įvardijama ne kaip pirmasis pasirinkimas valgymo sutrikimams gydyti. Ji minima kaip papildoma prie psichoterapijos priemonė fizinėms ir gretutinėms psichologinėms problemoms gydyti. NICE gairėse (2004), gydant AN vaistais, jie minimi kaip nepateisinę vilčių

dėl poveikio pagrindiniams sutrikimo simptomams, skatinant svorio priaugimą arba mažinti su tuo susijusius nuotaikos sutrikimus. NICE gairėse (2004), gydant BN ir BED, nustatyta, kad yra tam tikrų įrodymų, jog antidepresantai, ypač selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI), turi įtakos persivalgymui stabdyti. Be to, šioje indikacijoje paminėti ir opioidų antagonistai.

Australijos ir Naujosios Zelandijos AN gairėse (RANZCP, 2004), gydant AN, rekomenduojama daugiaplanė metodika (įtraukiant šeimos terapiją, kognityvinę elgesio terapiją, dietologo konsultacijas). Padaryta išvada, kad farmakoterapija ir antidepresantai gali būti veiksmingi sergantiems AN ir gretutinėmis ligomis, kad olanzapinas gali būti veiksmingas hiperaktyvumui švelninti. Claudino ir kt. (2006) pateikė išvadą, kad Cochrane tyrimo apžvalgoje jie nerado pakankamai įrodymų, kad galėtų rekomenduoti antidepresantus AN gydyti.

Bacaltchuk ir Hay (2003) Cochrane tyrimo apžvalgoje priėjo išvados, kad, lyginant su placebo, antidepresantų monoterapija yra veiksminga gydant nervinę bulimiją; kad, gydant antidepresantais, padidėjo bendrasis remisijos procentas, bet išaugo tyrimą nutraukusiųjų skaičius lyginant su KET (CBT). Šie tyrimai nenustatė skirtumo tarp antidepresantų klasių veiksmingumo ir toleravimo.

Stefano ir kt. (2008) atliko metaanalizę ir nustatė, kad persivalgyimo remisijos procentas buvo didesnis tarp antidepresantų, o ne placebo vartojusių pacientų. Dauguma tyrimų buvo trumpalaikiai (vidutinė trukmė – 8 savaitės), o vienintelio 16 savaičių tyrimo metu nenustatyta, kad antidepresantai veiksmingesni už placebo. Mokslininkai priėjo išvados, kad turimų duomenų nepakanka rekomenduoti antidepresantų monoterapiją, kaip pirmojo pasirinkimo vaistą BED gydyti.

Medikamentinio gydymo prireikė tik nedidelei daliai pacientų, visą gyvenimą patiriančių valgymo sutrikimus (Prete ir kt., 2009).

Valgymo sutrikimų gydymo indikacijos ir tikslai

Nervinė anoreksija. Pagrindiniai AN gydymo tikslai: svorio normalizavimas, svorio sumažėjimo po intensyvios priežiūros prevencija, valgymo elgesio keitimas ir susijusios psichopatologijos (pvz., per didelio susirūpinimo kūno vaizdu) mažinimas, depresijos, OCD ir susijusių medicininių būklių (pvz., lytinių liaukų veiklos sutrikimu, nevaisingumo, osteoporozės) gydymas.

Nervinė bulimija. Pagrindinis BN gydymo tikslas – nuolatinio persivalgyimo elgesio sustabdymas, kompensuojamojo elgesio (pavyzdžiui, vėmimo, netinkamo vidurių laisvinamųjų vaistų ir diuretikų vartojimo) sustabdymas, susijusios psichopatologijos mažinimas bei susijusių somatinių būklių gydymas.

Persivalgyimo sutrikimas. Pagrindinis BED gydymo tikslas – persivalgyimo elgesio sustabdymas, susijusios psichopatologijos mažinimas bei svorio normalizavimas.

Somatiniai ir biologiniai valgymo sutrikimų aspektai.

Remiantis tyrimų išvadomis, etiologiškai svarbiais siūlyta laikyti didelę genetinių veiksnių įtaką valgymo sutrikimų vystymuisi ir neurotransmiterius, tokius kaip serotoninas ir dopaminas (Kaye, 2008). AN yra susijusi su antrinėmis komplikacijomis, kurių randasi dėl netinkamos mitybos

Gydymo rekomendacijos

1 lentelė. Įrodymų kategorijos (Bandelow ir kt., 2008)

Įrodymų kategorija	Apibūdinimas
↑↑ A	<p>Patikimi kontroliuojamųjų tyrimų įrodymai Du arba daugiau atsitiktinių imčių kontroliuojamųjų tyrimų (RCT), nustačiusių pranašumą lyginant su placebo (arba psichoterapinių tyrimų atveju pranašumas lyginamas su „psichologiniu placebo“) ir vienas arba daugiau teigiamų RCT, rodančių pranašumą arba lygiavertį veiksmingumą lyginant su lyginamuoju gydymu trijų grupių placebo kontroliuojamojo tyrimo metu arba patikrinto tyrimo, kurio tikslas – įrodyti, kad tiriamas vaistas nenusileidžia lyginamajai medžiagai, metu (jei yra toks standartas)</p>
↑ B	<p>Riboti teigiami kontroliuojamųjų tyrimų įrodymai Pagrįsti: 1 arba daugiau RCT, įrodančių pranašumą lyginant su placebo (arba psichoterapinių tyrimų atveju pranašumą lyginant su „psichologiniu placebo“) arba atsitiktinių imčių kontroliuojamu tyrimu su standartiniu placebo nekontroliuojamu gydymu, kai imties dydis pakankamas nenusileidimo lyginamajai medžiagai (neinferoriniam) tyrimui atlikti ir nėra neigiamų tyrimų</p>
(↑) C C1	<p>Teigiami nekontroliuojamųjų tyrimų įrodymai arba atvejų analizės/ekspertų nuomonės Nekontroliuojamieji tyrimai Pagrįsti: 1 arba daugiau teigiamų natūralistinių atvirųjų tyrimų arba atvejų analizės (mažiausiai su penkiais galimais vertinti pacientais) arba palyginimu su referentiniu vaistu, kai imties dydis nepakankamas pranašumo (neinferoriniam) tyrimui, ir nėra neigiamų kontroliuojamųjų tyrimų</p>
C2	<p>Atvejų ataskaitos Pagrįstos: 1 ar daugiau teigiamomis atvejų ataskaitomis ir nėra neigiamų kontroliuojamųjų tyrimų</p>
C3	Remiantis srities ekspertų nuomone, klinikinė patirtimi ir laboratorinių tyrimų rodmenimis
↔ D	<p>Nenuoseklūs rezultatai Teigiamus RCT nusveria apytiksliai toks pat neigiamų tyrimų skaičius</p>
↓ E	<p>Neigiami įrodymai Dauguma RCT tyrimų rodo, kad pranašumo nėra lyginant su placebo (arba psichoterapinių tyrimų atveju, nėra pranašumo lyginant su „psichologiniu placebo“) arba lyginamojo gydymo pranašumu</p>
? F	<p>Trūksta įrodymų Trūksta tyrimų, įrodančių veiksmingumą arba neveiksmingumą</p>

1.1 lentelė. Rekomendacijos lygis (Bandelow ir kt., 2008)

Rekomendacijos lygis	Pagrįstas
1	A kategorijos įrodymais bei geru rizikos ir naudos santykiu
2	A kategorijos įrodymais bei nuosaikiu rizikos ir naudos santykiu
3	B kategorijos įrodymai
4	C kategorijos įrodymai
5	D kategorijos įrodymai

ir (arba) komplikacijomis, kurių randasi dėl vėmimo ar netinkamo vidurius laisvinamųjų vaistų vartojimo.

BN taip pat yra susijusi su antrinėmis komplikacijomis, kurių randasi dėl vėmimo, netinkamo vidurių laisvinamųjų vaistų vartojimo. 1 tipo cukrinis diabetas yra susijęs su didesniu nervinės bulimijos paplitimu tarp moterų (Mannucci ir kt., 2005).

BED ir padidėjęs KMI yra susijęs su antrinėmis komplikacijomis, kurių randasi esant antsvoriui.

Valgymo sutrikimų klasifikacija

Yra dvi plačiai vartojamos valgymo sutrikimų sąvokos: nervinė anoreksija ir nervinė bulimija, kurios įtrauktos į Tarptautinę ligų klasifikaciją (ICD-10) bei Diagnostikos ir statistikos vadovą (DSM-IV). Trečiasis valgymo sutrikimas – persivalgymo sutrikimas yra pateikiamas skyriuje „valgymo sutrikimai neklasifikuojami kitaip“ arba „Atipiniai valgymo

sutrikimai“. Diagnostiniai kriterijai pateikiami 3 lentelėje.

Gretutinės persivalgyimo sutrikimų ligos

Pastebėta, kad žmonės, turintys valgyimo sutrikimų, turi labai įvairių gretutinių psichiatrinė ligų. Paplitusi sunki gretutinė visą gyvenimą išliekanti depresija, priklausomybė nuo alkoholio ir daug nerimo sutrikimų (Sullivan ir kt., 1998). Fletcher ir kt. (2008) nustatė plačiai paplitusį jautrumą ir depresiją, Berkman ir kt. (2007), kad AN sergantieji labiau linkę į depresiją, Aspergerio sindromą ir autizmo spektro sutrikimus ir kenčia nuo nerimo sutrikimų, įskaitant obsesinius-kompulsinius sutrikimus.

Afektiniai ir nerimo sutrikimai. Daugeliui sergančiųjų AN diagnozuotos kitos gretutinės psichiatrinės būklės, ypač afektiniai ir nerimo sutrikimai (Halmi ir kt., 1991).

BED yra santykinai dažni kiti gretutiniai psichiatriniai sutrikimai. Nutukę BED turintys pacientai turi I ašies psichiatrinė sutrikimų, daugiausia depresinių (Fontenelle ir kt., 2003). Visaapimantis BED reikšmingai susijęs su bipoliniu sutrikimu, didžiosios depresijos sutrikimu, nervine bulimija, bet ne su nervine anoreksija. (Javaras ir kt., 2008).

Obsesiniai-kompulsiniai sutrikimai, impulsų kontrolės sutrikimai. Jordan ir kt. (2008) nustatė didesnę obsesinių-kompulsinių sutrikimų paplitimą tarp AN pacientų ir didesnę B grupės asmenybės sutrikimų paplitimą AN-persivalgyimo-„šalinančio“ potipio (AN-BP) ir BN pacientų imtyje ir didesnę C grupės paplitimą visose imtyse. BED labai susijęs su kūno dismorfiniu sutrikimu ir kleptomanija (Javaras ir kt., 2008).

Psichozė. Psichoziniai simptomai apibūdinti ir kaip dalis AN, BN gretutinių ligų simptomai (Hudson ir kt., 1984).

Medžiagų vartojimo sutrikimai. Gadalla ir Piran (2007), atlikę meta analizę (įskaitant ir 1985–2006 m. literatūrą), nustatė, kad tarp visų ED turinčių pacientų, išskyrus sergančius AN pacientus, kartu labai paplitę nuo nedidelio iki vidutinio poveikio (angl. *effect size*) alkoholio vartojimo sutrikimai. Poveikis (angl. *effect size*) bet kokio valgyimo sutrikimui buvo 0,38, AN – 0,09, BN – 0,46, o BED – 0,39. Sisteminės piktnaudžiavimo medžiagomis apžvalgos metu nustatytas didesnis jo paplitimas, ypač tarp persivalgyimo sutrikimų turinčių asmenų. BED yra stipriai susijęs su piktnaudžiavimo medžiagomis sutrikimais (Javaras ir kt., 2008).

Skausmas. 36 proc. ED turinčių pacientų teigia, kad kenčia skausmą – nuo nestipraus iki stipraus. Esant ED, depresija ir skausmas būna glaudžiai susiję (Coughlin ir kt., 2008). BED yra labai susijęs su dirgliosios žarnos sindromu ir fibromialgija (Javaras ir kt., 2008).

2 lentelė. Valgyimo sutrikimų paplitimas

Valgyimo sutrikimas	Paplitimas
Nervinė anoreksija	Bendras AN paplitimas: tarp moterų 0,9–1,20 proc., tarp vyrų 0,29–0,3 proc. (Bulik ir kt., 2006; Makino ir kt., 2004) AN paplitimas 0,48 proc. (virš 18 metų) (Preti ir kt., 2009)
Nervinė bulimija	Nervinės bulimijos paplitimas: DSM-IV nervinė bulimija – 2,3 proc., sergamumas nervine bulimija – 300 atvejų 100 000 per metus (Keski-Rahkonen ir kt., 2008) BN paplitimas – 0,51 proc. (virš 18 metų) (Preti ir kt., 2009)
Persivalgyimo sutrikimas	Persivalgyimo sutrikimo paplitimas DSM-IV – 3,5 proc. tarp moterų ir 2,0 proc. tarp vyrų (Hudson ir kt., 2007) BED paplitimas – 1,12 proc. (virš 18 metų) (Preti ir kt., 2009)

VALGYMO SUTRIKIMŲ MEDIKAMENTINIS GYDYMAS

Dėl daugelio psichiatrinė sutrikimų, kurie labai paplitę kaip gretutinės valgyimo sutrikimų ligos ir jų galimo poveikio valgymo elgsenai, gydant valgyimo sutrikimus, iširta daug psichofarmakologinių medžiagų, įskaitant antidepresantus, antipsichotikus, antikonvulsantus, antihistamininius preparatus ir kt.

Antidepresantai

Manoma, kad daugiausia jie veikia serotonerginę (SSRI) ir (arba) noradrenerginę (SNRI) sistemą. Pasak Kaye (2008), kuris peržiūrėjo AN ir BN neurobiologiją, įmanoma, kad pagrindinė serotonino funkcija turi įtakos apetitui, nuotaikai ir impulsų kontrolės išreguliavimui. Sergant AN ir BN, sutrikdoma serotonino ir kitų monoaminų funkcija, ir šis sutrikimas išlieka netgi žmogui pasveikus.

Antipsichoziniai vaistai

Manoma, kad antipsichotikai daugiausia veikia dopaminerginę sistemą, papildomai – serotonerginę sistemą. Pakitusi dryžuotojo kūno (*striatum*) dopamino funkcija gali turėti įtakos AN simptomams (Kaye, 2008). Valgymo priklausomybės elgseną gali lemti ir kortiko-mezolimbinė dopamino sistema.

Antikonvulsiniai vaistai

Antikonvulsantų neurostabilizuojamasis poveikis gali būti naudingas valgyimo sutrikimams gydyti. Pavyzdžiui, vaistas nuo epilepsijos topiramatas turi daug poveikio vietų (pavyzdžiui, veikia natrio, kalcio ir kalio kanalus, gama-amino sviesto rūgštį ir gliutamato receptorius bei anglies anhidrazės slopinimą) (McElroy ir kt., 2007a).

Antihistamininiai vaistai

Histaminas yra apetitą ir energijos apykaitą reguliuojamasis neurotransmiteris. Neuroninis histaminas slopina maisto suvartojimą per histamino-1 receptorius paraventriculiniame branduolyje ir ventromedialiniame hipotalamuse (Gotoh ir kt., 2007).

Kiti junginiai ir poveikio vietos

Konturek ir kt. (2005) peržiūrėjo neurohumoralinę maisto vartojimo kontrolę. Jie apibūdino dvi maisto vartojimo reguliavimo sistemas – trumpalaikę reguliavimo sistemą (pvz., CCK, grelinas, ...) kiekvieno valgyimo metu ir ilgalaikę sistemą (pvz., leptiną, insuliną, ...), reguliuojančią energijos kaupimą riebalų pavidalu. Nucleus tractus solitarius smegenų kamieno yra vartai, per kuriuos nerviniai signalai iš virškinamojo

Nervinė anoreksija

Nervinės anoreksijos diagnostikos kriterijai (AN) (DSM-IV: 307.1) (APA 1994)

- A. Atsisakymas palaikyti normalų arba didesnę nei minimalus normalus kūno svorį pagal amžių ir ūgį (pvz., svorio praradimas ir palaikymas mažesnio nei 85 proc. normalaus; svorio nepriaugimas brendimo laikotarpiu ir mažesnis nei 85 proc. tikėtino normalaus svorio).
- B. Stipri baimė priaugti svorio arba sustorėti, netgi tais atvejais, kai nepakankamas svoris.
- C. Iškreiptas savo kūno svorio arba vaizdo suvokimas, savivertė priklauso nuo kūno svorio ir vaizdo, arba problemos neigimas esant mažam svoriui.
- D. Moterims po menarchės amenoreėja, pvz., nebuvimas mažiausiai tris iš eilės mėnesinių ciklus (moterims nustatoma amenoreėja, jeigu mėnesinių ciklas sukliamas tik hormonais, pvz., vartojant estrogenus).

Tipai:

Nervinė anoreksija-ribojančio tipo (AN-R): nervinės anoreksijos epizodo metu žmogus nėra reguliariai išitraukęs į persivalgymus arba šalinamąjį elgesį (pvz., paties sukeltas vėmimas arba piktnaudžiavimas liuosuojamaisiais, diuretikais arba enemas vimdančiais).

Nervinė anoreksija-persivalgančio/šalinančio tipo (AN-BP): nervinės anoreksijos epizodo metu žmogus nuolat persivalgo arba šalina (pvz., sukelia vėmimą arba piktnaudžiauja liuosuojamaisiais, diuretikais arba emetikais).

TLK-10 Nervinės anoreksijos diagnostikos kriterijai (AN) (TLK-10: F50.0) (PSO 1991)

- A. Kūno svoris išlieka bent 15 proc. mažesnis (prarastas arba niekada nepasiektas) nei turėtų būti atsižvelgiant į amžių ir ūgį.
- B. Pacientas samoningai mažina svorį, vengdamas „storinančio“ maisto.
- C. Save suvokia kaip per storus, kai baimė sustorėti (*intrusive dread*) nuolat išlieka kaip įkyri pervertinimo idėja, todėl sau nusistato žemą kūno svorio slenkstį.
- D. Bendras endokrininis sutrikimas apima pagumburio-hipofizės-gonadine ašį, pasireiškdamas moterims amenoreėja, vyrams – seksualinio potraukio ir potencijos sumažėjimu (išimtis – vaginalinis kraujavimas anoreksija sergančioms moterims, vartojančioms pakaitinę hormonų terapiją, kai hormonai vartojami daugiausia kontracepcijai).
- E. Sutrikimas neatitinka nervinės bulimijos kriterijų A ir B.

TLK-10 Atipinė nervinė anoreksija (aAN) (TLK-10: F50.1) (PSO 1991)

Ši kategorija taikoma aprašant tokias būkles, tarp kurių simptomų nėra vieno arba kelių esminių nervinės anoreksijos simptomų, pavyzdžiui, amenorejos arba baimės sustorėti, gali nebūti žymaus svorio kritimo arba svorį mažinančio elgesio. Šios diagnozės nereikėtų rašyti, jei svorio kritimas salygotas kitos somatinės ligos.

Nervinė bulimija

Nervinės bulimijos diagnostikos kriterijai (BN) (DSM-IV 307.51) (PSO 1994)

- A. Pakartotiniai persivalgymo priepuoliai. Persivalgymo priepuolis laikomas, kai:
 - 1) per trumpą laiką suvalgomas didelis maisto kiekis, pvz., per 2 val. maisto kiekis didesnis nei dauguma žmonių suvalgytų panašiomis aplinkybėmis;
 - 2) kontrolės praradimo jausmas persivalgymo epizodo metu (pvz., jausmas, kad negali nustoti valges arba kontroliuoti ką ir kiek valgai).
- B. Besikartojantis, neadekvatus kompensuojamasis elgesys išvengti „storinančio“ maisto efekto sukeliant vėmimą; piktnaudžiavimas liuosuojamaisiais, diuretikais, emetikais ar kitais vaistais; badavimas; perdėtas sportavimas.
- C. Tiek persivalgymas, tiek po to kompensuojamasis elgesys pasireiškia vidutiniškai du kartus per savaitę, 3 mėn.
- D. Savivertė pernelyg priklauso nuo kūnoformos ir svorio.
- E. Sutrikimas nepasireiškia išskirtinai AN epizodo metu.

Specifiniai tipai:

Nervinė bulimija-šalinančio tipo (BN-P): nervinės bulimijos epizodo metu pacientas reguliariai sukelia vėmimą, piktnaudžiauja liuosuojamaisiais, diuretikais, enema.

Nervinė bulimija-nešalinančio tipo (BN-NP): nervinės bulimijos epizodo metu pacientas naudoja kitus kompensuojamojo elgesio būdus, pvz., badavimas arba perdėtas sportavimas, bet nėra pastoviai išitraukęs į vėmimą, liuosuojamųjų, diuretikų arba enemas vartojimą.

TLK-10 Nervinės bulimijos diagnostikos kriterijai (BN) (TLK-10: F50.2) (PSO 1991)

- A. Pasikartojantys persivalgymo dideliais maisto kiekiais per santykinai trumpą laiką epizodai (mažiausiai du kartus per savaitę, 3 mėn.).
- B. Nuolatinis susirūpinimas valgymu, nenugalimas potraukis kompulsyviai valgyti (*craving*).
- C. Pacientas nuolat stengiasi atsikratyti „storinančio“ maisto efekto vienu iš sekančių būdų:
 - a) susukelia vėmimą;
 - b) susukelia viduriavimą;
 - c) badauja, riboja maisto kiekį;
 - d) vartoja apetitą slopinamuosius vaistus, skydliaukės preparatus, diuretikus; kai bulimija pasireiškia cukriniu diabetu sergantiems pacientams, jie gali nesilaikyti gydymo režimo insulinu.
- D. Pacientai liguistai bijo nutukti, save vertina kaip per storus.

3 lentelės tęsinys

Persivalgyimo sutrikimas

DSM IV persivalgyimo sutrikimo diagnostikos kriterijai (DSM-IV: 307.50) (APA 1994)

- A. Besikartojantys persivalgyimų epizodai, kuriems būtini šie kriterijai:
- a) valgymas per *trumpą* laikotarpį (pvz., per 2 val.), didelio maisto kiekio, kurio dauguma žmonių panašiomis aplinkybėmis per panašų laikotarpį nesuvalgytų;
 - b) valgyimo kontrolės praradimas persivalgyimo epizodo metu (pvz., jausmas, kad negali nustoti valgyti, nekontroliuoja, ką ir kiek suvalgo).
- B. Persivalgyimo epizodai susiję su trimis (arba daugiau) iš šių kriterijų:
- a) žmogus valgo daug greičiau nei įprasta;
 - b) valgo tol, kol pradeda jausti pilnumą, diskomfortą;
 - c) suvalgo didelį maisto kiekį neįdėjiant alkio;
 - d) valgo vienas, nes gėda dėl didelio maisto kiekio;
 - e) pasišlykštėjimas savimi, depresiškas, kaltės jausmas dėl persivalgyimo.
- C. Persivalgyimo epizodo metu lydi didelė įtampa, distresas.
- D. Būna mažiausiai du persivalgyimai per savaitę, 6 mėn.
- E. Persivalgyimo epizodų metu nebūdingas kompensuojamasis elgesys.
- F. Nebūna kartu su kompensuojamuoju elgesiu (viduriavimas, vėmimas, badavimas, perdėtas sportavimas, ir kt.) ir nervinės anoreksijos arba bulimijos metu.

trakto per klajoklį nervą (*nervus vagus*) patenka į hipotalamo mitybos centrus. Migdolinis kūnas, area postrema, cortex prefrontalis, nucleus arcuatus, nucleus paraventricularis, taip pat susiję su valgyimo elgsena. Neurohumoraliniai veiksniai slopina (grelinas, oreksinas-A, oreksinas-B) arba skatina (cholecistokininas, leptinas, PYY, OXM, citokinai) sotumą (Konturek ir kt., 2005). Endokanabinoidinė sistema gali turėti įtakos valgyimo elgsenai skirtingais lygmenimis – per centrinę ir periferinę nervų sistemą (Maccarrone ir kt., 2010). Prokinetinės medžiagos, greitinančios viršnamojo trakto peristaltiką, taip pat gali turėti įtakos valgyimo elgsenai (Stacher ir kt., 1987).

NERVINĖ ANOREKSIJA (AN)

Nervinės anoreksijos diagnozė

AN apibrėžiama kaip atsisakymas palaikyti mažiausią normalų kūno svorį. Yra du AN potipiai: persivalgyimo-„šalinimo“ potipis (AN-BP) ir „ribojantis“ potipis (AN-R). AN yra retas sutrikimas, tačiau mirtinumą nuo jo yra didžiausias iš visų psichiatrinių sutrikimų. Diagnostiniai kriterijai pateikiami 3 lentelėje.

Nervinės anoreksijos epidemiologija

JAV Nacionalinio gretutinių ligų tyrimo metu (angl. National Comorbidity Survey (USA)) nustatyta, kad nervinės anoreksijos viso gyvenimo paplitimas tarp moterų yra 0,9 proc., tarp vyrų – 0,3 proc. (Hudson ir kt., 2007). Valgyimo sutrikimų epidemiologiją šešiose Europos šalyse: (ESEMED-WMH projektą) pristatė Preti ir kt. (2009): numatomas nervinės anoreksijos viso gyvenimo paplitimas buvo 0,48 proc. Kai kurios gyventojų grupės, pavyzdžiui, profesionalūs mados modeliai, turi didelę valgyimo sutrikimų riziką (Preti ir kt., 2008). Paplitimas ne Vakarų šalyse (0,002–0,9 proc.) yra mažesnis nei Vakarų šalyse (0,1–5,7 proc. tarp tiriamų moterų), kaip teigia Makino ir kt. (2004). Trūksta aukštos kokybės paplitimo tarp ne Vakarų šalių gyventojų tyrimų, todėl patikimų duomenų nėra.

Nervinės anoreksijos eiga

Signorini ir kt. (2007) duomenimis, AN mirtinumą yra 9,7 proc., o tai atitinka kitų analogiškų apžvalgos tyrimų

duomenis. Signorini ir kt. aštuonerių metų tęstinio tyrimo metu nustatė, kad mirtinumą buvo 2,72 proc. (1,82 proc. – po koregavimo įskaitant nesujusius mirties atvejus) ir patvirtino, kad mirtinumą yra neįtikėtina didelis atsižvelgiant į AN demografines charakteristikas, t. y. Jauno amžiaus moteris „suvakarėjusiose“ visuomenėse. Ypač didelis savižudybių skaičius. Rezultatų apžvalgoje (Bulik ir kt., 2006) iš ligoninių išrašomų pacientų AN diagnozė susijusi su didesniu mirtinumu (OR, 2.18; 95% CI, 1.33-3.58).

Gydymas antidepresantais

AN gydymo antidepresantais pagrindimas: 1) nervinės anoreksijos patofiziologijos hipotetinė serotonerginės ir noradrenerginės sistemos disfunkcija; 2) nervinė anoreksija, gretutinės ligos ir psichopatologijos persidengimas su nerimo sutrikimais, obsesiniais-kompulsiniais sutrikimais ir depresija.

Triciklikai. Lacey ir Crisp (1980) atliko dvigubai aklą kontroliuojamąjį 16 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems klomipramino, kurio vartojimas susijęs su padidėjusiu alkio, apetitu ir energija, bet sumažėjusiu svorio prieaugiu.

Biederman ir kt. (1985) atliko penkių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 25 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą skirdami jiems amitriptilino. Reikšmingų svorio prieaugio skirtumų nenustatyta.

Halmi ir kt. (1986) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 72 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami amitriptilino (didžiausia dozė – 160 mg), ciproheptadino (didžiausia dozė – 32 mg). Reikšmingas svorio prieaugio skirtumas nustatytas tik skiriant ciproheptadiną: nesergančiųjų bulimija grupėje nustatytas padidėjęs svorio prieaugis, sergančiųjų bulimija grupėje – mažesnis gydymo veiksmingumas. Depresinė simptomatika (HAMD, BDI). Abu gydymo variantai vienodai veiksmingi gydant depresiją.

Crisp ir kt. (1987) atliko atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 16 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, taikant jiems griežtą svorio normalizavimo programą ir papildomai skiriant 50 mg klomipramino. Reikšmingo svorio prieaugio skirtumo tarp placebo ir farmakologinį gydymą

gavusių pacientų grupių nenustatyta.

Kol kas patikimų įrodymų, kad amitriptiliną ir klomipraminą tikslinga skirti sergantiesiems nervine anoreksija nėra.

Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI). Atvirų tyrimų duomenys dėl galimo SSRI poveikio gydant psichopatologiją, susijusią su nervine anoreksija, nėra nuoseklūs (Brambilla ir kt., 1995a,b; Gwirtsman ir kt., 1990; Fassino ir kt., 2002; Holtkamp ir kt., 2005).

Citalopramas. Atviro atsitiktinių imčių Fassino ir kt. (2002) tyrimo metu buvo lyginami 26 sergančiųjų nervinės anoreksijos „ribojančių“ potipiu ir gydomi citalopramu, su kontroline grupe, kuriems medikamentų neskirta (laukimo sąrašo) (n = 26). KMI skirtumų tarp grupių nenustatyta, bet intervencijos grupėje pastebėtas sergančiųjų depresija, obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu pagerėjimas, impulsyvumas ir pyktis sumažėjo.

Fluoksetinas. Gwirtsman ir kt. (1990) atliko atvirą šešių sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems fluoksetiną. Depresijos simptomų susilpnėjimas buvo susijęs su svorio priaugiu.

Septynių savaičių placebo kontroliuojamojo dvigubai aklo (Attia ir kt., 1998) tyrimo, atlikto su 31 sergančiaja nervine anoreksija, metu nepastebėta reikšmingų klinikinių rezultatų skirtumų. Autoriai padarė išvadą, kad fluoksetinas nėra labai naudingas AN gydyti.

Kaye ir kt. (2001) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 35 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems fluoksetiną. Praėjus vieneriems metams, trys placebo grupės pacientai iš 19 ir 10 fluoksetino grupės pacientų iš 16 vartojo vaistus. Tik tie pacientai, kurie toliau vartojo fluoksetiną, mažiau atkrisdavo ir reikšmingai priaugo svorio, jų būklė pagerėjo.

Dvigubai aklo placebo kontroliuojamojo tyrimo (Walsh ir kt., 2006a) metu nepastebėta jokios fluoksetino naudos gydant sergančiuosius nervine anoreksija. Šiame tyrime dalyvavo 93 sergantieji AN jau dalyvavę svorio normalizavimo programoje ligoninėje arba dienos stacionare, jų mažiausias KMI buvo 19 kg/m². 49 pacientams skirta fluoksetino, iš jų 21 iki jo pabaigos. Vidutinė fluoksetino dienos dozė buvo 63,5 mg. Visiems pacientams skirta struktūrinė psichoterapija atkryčio prevencijai, o Kaye ir kt. (2001) tyrimo metu tokio standartizuoto psichosocialinio gydymo neskirta.

Sertralinas. Atviro kontroliuojamojo 14 savaičių 22 sergančiųjų anoreksija (AN-R potipio) tyrimo metu nustatytas reikšmingas sertralino poveikis mažinant depresijos simptomus, bet ne normalizuojant svorį (Santonastaso ir kt., 2001).

Kiti antidepressantai

Mirtazapinas. Safer ir kt. (2010) informavo, kad suaugusįjį, ilgą laiką sergantį nervine anoreksija (AN), veiksmingai gydė mirtazapinu. 9 mėn. tęstinio tyrimo metu jis nustatė, kad pacientas išlaikė priaugtą svorį, pagerėjo jo nuotaika. Mirtazapinas gali būti veiksmingas gydant vyresnius pacientus ilgai sergančius AN ir gretutine depresija. Patikimų įrodymų skirti SSRI (citalopramą, fluoksetiną, sertralina) sergantiesiems nervine anoreksija nėra.

Gydymas antipsichotikais

Tipiniai antipsichotikai

Haloperidolis. Cassano ir kt. (2003) pristatė atvirą tyrimą, kuriame 6 mėn. haloperidolis ambulatoriškai buvo skiriamas 13 sergančiųjų atsparia nervine anoreksija (ribojančio potipio) gydyti. Tyrėjų teigimu, haloperidolį galima skirti sergantiesiems AN-R.

Sulpiridas. Vandereycken (1984) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį kryžminį 18 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdamas joms sulpiridą (300–400 mg). Nei elgsenos ir psichopatologijos vertinimai, nei priaugtas svoris nepasiekė statistiškai reikšmingos ribos.

Pimozidas. Vandereycken ir Pierloot (1982) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį kryžminį 18 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems pimozidą (4 arba 6 mg) derinant su elgesio terapija. Pastebėtas pimozido poveikis skatinti svorio priaugį.

Trūksta įrodymų skirti antipsichotikų (haloperidolio, sulpirido, pimozido) visiems sergantiesiems nervine anoreksija.

Atipiniai antipsichotikai

Olanzapinas. Atlikti keli atviri arba retrospektyvūs tyrimai, kurių metu buvo skiriama olanzapino (Jensen ir Mejlhede, 2000; La Via ir kt., 2000; Powers ir kt., 2002; Leggero ir kt., 2010; Malina ir kt., 2003; Boachie ir kt., 2003; Barbarich ir kt., 2004), kai nervine anoreksija sergantieji priaugo svorio ir pagerėjo jų psichopatologinė būklė.

Mondraty ir kt. (2005) atsitiktinių imčių kontroliuojamojo tyrimo metu lygino olanzapiną (5–15 mg) ir chlorpromaziną (25–100 mg). Jie nustatė, kad sumažėjo olanzapiną vartojančių pacientų, sergančiųjų nervine anoreksija, emocinė įtampa, bet abiejų tiriamųjų grupių KMI kito vienodai.

Brambilla ir kt. (2007) atliko 3 mėn. dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 30 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems olanzapiną (1 mėn. – 2,5 mg olanzapino, 2 mėn. – 5 mg olanzapino). Nepastebėta reikšmingų svorio priaugio skirtumų tarp olanzapiną ir placebo vartojusių pacientų, bet nustatyta reikšmingų KMI pokyčių ir kai kurių psichopatologinių parametrų skirtumų (AN-BP) pacientų pogrupyje.

Dvigubai aklo placebo kontroliuojamojo tyrimo metu Bissada ir kt. (2008) atsitiktinių imčių metodu ištyrė 34 sergančiuosius nervine anoreksija: vienai grupei skyrė olanzapiną (tyrime iki galo dalyvavusių pacientų (n = 14) vidutinė dozė: 6,61 mg/dienai) 10 savaičių, kontrolinei grupei skyrė placebo. Be to, viso tyrimo metu abi grupės dalyvavo dienos stacionaro programoje. Olanzapino grupės pacientai priaugo reikšmingai daugiau svorio už kontrolinės grupės tiriamuosius, greičiau pasiekė tikslinį KMI, jiems sumažėjo obsesinių (bet ne kompulsinių) simptomų, matuojamų pagal Y-BOCS.

Spettigue ir kt. (2008) atliko nervine anoreksija sergančiųjų paauglių, skirdami jiems olanzapiną, tyrimą. Tyrimo rezultatai kol kas neskelbiami. Norris ir kt. (2010) informavo, kad tik 7 iš 92 nervine anoreksija sergančiųjų pacientų buvo galima įtraukti į tyrimą.

Olanzapinas, atrodo, yra perspektyvus vaistas nervinei anoreksijai gydyti, bent kai kurių pogrupių pacientams (pvz., AN-BP).

4 lentelė. Medikamentinio nervinės anoreksijos gydymo tyrimai

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai
Antidepresantai												
Tricikliai												
Lacy ir Crisp	1980	16	3	Klomipraminas	1		2	4	4	1	Svoris	Nėra
Biederman ir kt.	1985	25		Amitriptilinas	1	1	1	1	1	5 sav.	Svoris, psichiatriniai simp.	Nėra
Halmi ir kt.	1986	72		Amitriptilinas (max 160 mg) + cyproheptadine (max 32 mg)	1	0	?	1	1	4 sav.	Svoris	Nėra, cyprohep. Efektyvesnis nebulimijos (ribojanti) subgrupėje, blogesni rez. bulimijos grupėje
Crisp ir kt.	1987	16	3	Klomipraminas	1	1	1	1	1		Depresijos simp. (HAMD, BDI)	Taip
SSRI												
Holtkamp ir kt.	2005	32		SSRI	1	0	0	0	0	6 mėn. tęstinis	Svoris	Nėra
Citalopram												
Fassino ir kt. (tik AN-R)	2002	52	13	Citalopramas	1	0	1	0	0	3 mėn.	EDI-2 STAI BDI SCL-90 Svoris	Subskalėse yra Nėra Yra Subskalėse yra Nėra skirtumo su kontroline grupe
Fluoxetine												
Gwirtsman ir kt.	1990	6		Fluoksetinas	1	0	0	0	0		Svoris Depresijos simp.	Yra Yra
Attia ir kt.	1998	31	2	Fluoxetine 60mg	1	1	1	1	1	7sav.	Svoris CGI Kūno vaizdo klausimynas EAT SCL-90	Nėra Nėra Nėra Nėra Nėra

tęsimys

Autoris	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai
Kaye ir kt.	2001	35	22	Fluoxetine	1	1	1	1	1	12 mėn.	Svoris Y-BOCS HDRS Užbaigę tyr.	Nėra Yra Tendencija Yra
Walsh ir kt.	2006	93	53	Fluoxetine	1	1	1	1	1	12 mėn.	Laikas iki atkryčio Užbaigę tyr. po metų	Nėra Nėra
Sertraline					1	1	0	0	0			
Santonastaso ir kt. (tik AN-R)	2001	22			1	1	0	0	0	14 sav.	KMI Depresijos simpt.	Nėra Yra
Kiti antidepresantai Mirtazapinas					1							
Safer ir kt.	2010			Mirtazapine	1	0	0	0	0	9 mėn.	Svorio prieaugis	Yra
Neuroleptikai					22	1	3	3	3			
Tipiniai neuroleptikai												
Haloperidolis					1	0	0	0	0			
Cassano ir kt. (tik gydymui atsparūs AN-R)	2003	13		Haloperidolis	1	0	0	0	0	6 mėn.	EDI EAT CGI KMI	Yra Yra Yra Yra
Sulpiride					1	1	1	1	1			
Vandereycken	1984	18		Sulpiride 13 pac. 300 mg, 5 pac. 400 mg	1	1	1	1	1		EAT	Nėra
Pimozide					1	1	1	1	1		BAT ABSIO Svoris	Nėra Nėra Nėra
Vandereycken ir Pierloot	1982	18	2	Pimozide	1	1	1	1	1		Svoris	Nėra, bet yra tendencija svorio prieaugio
Atipiniai neuroleptikai					19							
Olanzapinas					12							
Hansen	1999	1		Olanzapine	1	0	0	0	0	7 mėn.	Svoris	Yra

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaisiai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai
Quetiapine												
Powers ir kt.	2007	19		Quetiapine(150–300 mg/d.)	1	0	0	0	0	10 sav.	Svoris	Nedidelis (0,73 kg) (statistiškai nereikšminga)
Mehler Wex ir kt. Court ir kt.	2008 2010	3 33		200–500 mg/d. 100–400 mg/d.	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0	10 sav. 12 sav. ir po 12 mėn. pratęsta	Svoris Svoris ir kūno vaizdas	Svorio prieaugis, atsižvelgiant į pacientų bendradarbiavimą Tiek psichologinis, tiek fizinis pagerėjimas
Amisulpiride												
Ruggiero ir kt.	2001	35		Amisulpiride/ clomipramine/fluoxetine	1	0	1	0	0	3 mėn.	Svoris	Yra (pradinis palyginti po) Nėra (tarp grupių)
Aripirazole Trunko ir kt.	2010	5		Aripirazole	1	0	0	0	0	>4 mėn.	Svoris ir psichopatologija	Pagerėjo
Antihistaminikai Cyproheptadine												
Goldberg ir kt.	1979	81	?	Cyproheptadine	1	1	1	1	1	?	Svorio prieaugis	Nėra, posthoc: sunkesnis pogrupis Sureagavo
Periactine Silbert	1971			Periactine	1	0	0	0	0			
Prokinetikai Cisapridas												
Stacher ir kt.	1987	12		Cisapride 8 mg i/v	1	2	1	2	2			Yra
Stacher ir kt.	1993	12		Cisapride 30 mg	1	1	?	1	1	Greitas poveikis 12 sav.	Skrandžio turinio pasišal.	Yra Nėra
Szmukler ir kt.	1995	29		Cisapride 30 mg	1	1	1	1	1	8 sav.	Svorio prieaugis Skrandžio turinio pasišal. Skr. turinio pasišal. Svorio prieaugis	Yra Nėra Nėra Nėra
Metoclopramide Moldofsky ir kt. Saleh ir Lebowohl McCallum ir kt.	1977 1979 1985	1 1 1			3	0	0	0	0			

Risperidonas. Kai kurių atvejų metu (Fishman ir kt., 1996; Newman-Toker, 2000) teigiama, kad risperidonas gali būti veiksmingas nervinei anoreksijai gydyti. Norint įvertinti risperidono veiksmingumą, reikia daugiau klinikinių atsitiktinių imčių tyrimų.

Kvetiapinas. Bosanac ir kt. (2007) atliko atvirą 8 sergančiųjų sunkia nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems kvetiapiną. Jų tyrimo duomenimis, vaistas veiksmingas nervine anoreksija sergantiems priaugant svorio ir gerinant jų psichopatologinę būklę. Powers ir kt. (2007) tyrė 19 ambulatoriškai gydomų anoreksija sergančių pacientų ir pastebėjo, kad kvetiapienas turėjo įtakos svorio priaugimui.

Court ir kt. (2010) atliko atvirą 12-kos savaitių atsitiktinių imčių kontroliuojamąjį 33 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems mažą dozę kvetiapino (100–400 mg/dienai) ir lygino su įprastiniu gydymu. Gydymo maža doze kvetiapino rezultatas – psichologinis ir fizinis pagerėjimas su minimaliu šalutiniu poveikiu.

Amisulpiridas. Ruggiero ir kt. (2001) atliko aklą atsitiktinių imčių tyrimą, kurio metu lygino tris vaistus nervinei anoreksijai gydyti: amisulpiridą (n = 12), klomipraminą (n = 13) ir fluoksetiną (n = 10). Po 3 mėn. tyrėjai nustatė, kad skiriant amisulpiridą ir fluoksetiną, reikšmingai padidėjo vidutinis svoris. Tačiau nepavyko nustatyti kūno svorio skirtumų tarp grupių.

Aripiprazolis. Trunke ir kt. (2010) pateikė penkių sergančiųjų AN, gydytų aripiprazoliu, skiriamu ilgiau nei 4 mėn. laikotarpiu, rezultatus.

Gydymas antihistaminikais

Ciproheptadiną (CYP) tyrė Goldberg ir kt. (1979) atsitiktinių imčių placebo (PLB) kontroliuojamojo tyrimo metu. Tyrime buvo keturios grupės, tiriamųjų imtis – 81 pacientė (CYP, PLB, CYP + BT, PLB +BT). Tačiau kliniškai reikšmingo poveikio svoriui priaugti, skyrus CYP 12–32 mg, nepastebėta. Post hoc analizės metu pastebėta, kad svorio priaugo tik sunkesne nervine anoreksija sergančių pacientėlių pogrupis (pacientės, patyrusios gimdymo traumas, taip pat tokios, kurios numetė svorio 41–52 proc. žemiau normos ir kurių ankstesnis ambulatorinis gydymas buvo neveiksmingas).

Halmi ir kt. (1986) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 72 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami amitriptiliną (didžiausia dozė – 160 mg), ciproheptadiną (didžiausia dozė – 32 mg). Reikšmingas svorio priaugio skirtumas nustatytas tik skiriant ciproheptadiną: nesergančių bulimija grupėje – padidėjęs svorio priaugis, sergančiųjų bulimija grupėje – mažesnis gydymo veiksmingumas. Abu gydymo variantai veiksmingi depresijai (HAMD, BDI) gydyti. Antihistaminikai kartu su H1 blokuojančiais antipsichotikais gali sukelti mieguistumą, metabolinį sindromą ir QT intervalo pailgėjimą (Kuchar ir kt., 2002; Sharif ir kt., 2003; Bartra ir kt., 2006).

Gydymas prokinetinėmis medžiagomis

Cisapridas. Stacher ir kt. (1987) informavo apie 12 pirmine sergančiųjų nervine anoreksija greitesnį skrandžio išsituštinimą skiriant jiems intraveninio cisaprido. Stacher ir kt. (1993) dvigubai aklo placebo kontroliuojamojo 12-kos sergančiųjų nervine anoreksija tyrimo metu vėl nustatė greitesnį, bet su svorio priaugiu nesusijusį skrandžio išsituštinimą. Szmukler ir kt. (1995) taip pat nenustatė nei

svorio priaugio, nei skrandžio išsituštinimo skirtumo tarp cisapridą vartojusių grupės ir placebo grupės.

Kol kas patikimų įrodymų skirti cisapridą nervinei anoreksijai gydyti nėra. Cisapridas kartu su tricikliniais antidepresantais arba tipiniais arba atipiniais antipsichotikais sukelia didelę QT intervalo pailgėjimo riziką (Glassman ir kt., 2001; Vieweg ir kt., 2004).

Metoklopramidas. Metoklopramidas pasižymi staigiu poveikiu skrandžio išsituštinimui (Saleh ir Lebowohl, 1979; McCallum ir kt., 1985; Stacher ir kt., 1993). Prokinetinės medžiagos gali skatinti skrandžio išsituštinimą, bet nėra aiškaus šio poveikio ir svorio priaugio ryšio gydant nervinę anoreksiją.

Gydymas kitais farmakologiniais junginiais

Cinkas. Dvigubai aklo atsitiktinių imčių kontroliuojamojo tyrimo, kurį atliko Katz ir kt. (1987), nustatyta, jog suaugusiesiems, sergantiems nervine anoreksija, gali kilti cinko stygiaus rizika ir jie gali tinkamai sureaguoti į cinko papildų vartojimą (50 mg cinko elemento/dienai). Safai-Kutti (1990) pristatė atvirą tyrimą, kurio metu cinkas turėjo teigiamą poveikį svorio priaugimui gydant 20 moterų, sergančių nervine anoreksija, kurių amžius – nuo 14 iki 26 metų. Tyrėjai atliko atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 35 pacientėlių, sergančių nervine anoreksija, tyrimą, skirdami joms 100 mg cinko gliukonato. KMI priaugis/dienai buvo $0,079 \pm 0,07$ farmakologinį preparatą vartojusiųjų grupėje ir $0,039 \pm 0,06$ (p = 0,03) placebo grupėje.

Birmingham ir kt. (1994) atliko atsitiktinių imčių, dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 35 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami joms 100 mg cinko gliukonato. KMI priaugis cinką vartojusiųjų grupėje (n = 16) buvo dukart didesnis už placebo grupės (n = 19) KMI priaugį ir skirtumas statistiškai reikšmingas.

Birmingham ir Gritzner (2006) priėjo išvados, kad visiems AN sergantiems pacientams kasdien turi būti skiriama cinko papildas po 14 mg per dieną, 2 mėn. Jie kelia hipotezę, kad mažas cinko vartojimas turi neigiamą poveikį įvairių smegenų dalių neurotransmiteriams, įskaitant GABA (gama-amino sviesto rūgštį) ir migdolinį kūną, kurie, esant AN, pakitę. Remiantis neurobiologiniais aspektais, cinko stygiaus skatinama nervinė anoreksija, atrodo, sukelia padidėjusį neuropeptido Y kiekį, kurį, kaip nustatyta, reikšmingai stimuliuoja maisto vartojimas. Šią paradoksalią reikšmę galima paaiškinti galimu atsparumu neuropeptidui Y, kuris išsivysto, kai stinga cinko (Shay ir Mangian, 2000).

Litis. Gross ir kt. (1981) atliko placebo kontroliuojamąjį 16 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems ličio. 3 ir 4 savaitę nustatyta reikšmingų svorio priaugio skirtumų (skirtumas – 3,9 kg), bet tyrėjai vertina savo rezultatus kaip pirminius dėl mažos imties ir trumpos tyrimo trukmės. Kai kuriose HSCL-90, GAAQ ir PRS skalių dalyse taip pat nustatyta reikšmingų skirtumų.

Naltreksonas. Marrazzi ir kt. (1995) autopraklausomybės modeliu teigia, kad ir nervinė anoreksija, ir nervinė bulimija yra opioidų medijuojamos priklausomybės. Tyrėjai gydė 19 sergančiųjų nervine bulimija arba nervine anoreksija dvigubai aklo placebo kontroliuojamo kryžminio tyrimo metu, skirdami 100 mg naltreksono du kartus per dieną; kiekvieno laikotarpio trukmė – šešios savaitės, tarp gydymo laikotarpių nebuvo

„išsivalymo“. Persivalgyimo ir šalinančios elgsenos sumažėjo abiejose – AN ir BN grupėse. Tačiau šeštąją savaitę kai kuriems AN sergantiesiems svoris nesinormalizavo.

Augimo hormonas. Hill ir kt. (2000) atliko keturių savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 15 sergančiųjų nervine anoreksija tyrimą, skirdami jiems rekombinantinį žmogaus augimo hormoną (rhGH). Svorio prieaugio skirtumai tarp vartojančiųjų placebo ir medikamentus gavusių grupių skyrėsi skaičiais, bet nebuvo statistškai reikšmingi (dienos svorio prieaugis: farmakologinį gydymą gavusių pacientų grupėje: $0,235 \pm 0,077$ kg/d., o placebo grupėje – $0,166 \pm 0,127$ kg/d; $p = 0,221$). Be to, antrojo 12-kos savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamojo 21 sergančiosios nervine anoreksija gydymo skiriant joms rekombinantinį žmogaus augimo hormoną (rhGH) tyrimo metu, nenustatyta reikšmingo rhGH gydytų pacienčių svorio sumažėjimo atsvertimo ($n = 10$), lyginant su kontrolinės grupės tiriamosiomis ($n = 11$). Tačiau tarp grupių nustatytas rhGH medikamentiniam gydymui palankūs bendros kūno riebalų masės, kūno riebalų ir liesųjų raumenų masės procento pokyčių skirtumas. Kitas diskutuotinas hormonas yra oksitocinas.

Delta-9-tetrahidrokanabinolis. Gross ir kt. (1983) atliko keturių savaičių dvigubai aklą kryžminį tyrimą, skirdami delta-9-tetrahidrokanabinolio (delta-9-THC) (7,5–30 mg) ir lygindami su diazepamu (3–15 mg). Trims pacientėms atsirado sunkių disforinių reakcijų, vartojant 9-tetrahidrokanabinolį. Tyrėjai daro išvadą, kad delta-9-THC trumpalaikis vartojimas, gydant pirminę nervinę anoreksiją, neveiksmingas ir susijęs su psichiatriniais sutrikimais. Delta-9-THC vartojančiųjų grupėje svorio prieaugis nesiskyrė nuo vartojusiųjų diazepamą grupės. Tačiau šio tyrimo metu skirta dozė galėjo būti per didelė ir dėl šios priežasties slopinti apetitą (Berry ir Mechoulam, 2002).

D-cikloserinas. Steinglass ir kt. (2007) atliko tyrimą, skirdami D-cikloserino gerinti kalorijų sunaudojimui „ekspozicijos terapijos“ metodu. Tačiau lyginamojoje grupėje kalorijų sunaudojimas žymiai nepadidėjo.

Maitinimas per nazogastrinį zondą

Rigaud ir kt. (2007) atliko atsitiktinių imčių tyrimą, kurio tikslas – įvertinti maitinimo per zondą režimo veiksmingumą gydant nervinę anoreksiją. Per zondą maitinamųjų grupėje svorio prieaugis buvo 39 proc. didesnis nei kontrolinės grupės. Per zondą maitintoms pacientėms, išrašius iš ligoninės, ilgiau nebuvo atkryčio. Tyrėjai daro išvadą, kad maitinimas per zondą yra naudingas nusilpusių nervine anoreksija sergančiųjų svorio prieaugiui normalizuoti.

Farmakoterapijos ir psichoterapijos derinimas

Kol kas patikimų įrodymų, rekomenduojančių, gydant sergančiuosius AN psichoterapija, papildomai jiems skirti farmakoterapinį gydymą. Gretutinėmis ligomis (pvz., depresija, įkyrios mintys, neįveikiamas potraukis, nerimas) sergantiems pacientams gali būti tikslinga psichoterapiją papildyti farmakoterapija.

Nervinės anoreksijos gairių aptarimas

Atlikti keturi atsitiktinių imčių, kontroliuojamieji tyrimai (RCT) su 32 pacientais, skiriant jiems klomipraminą, ir 97 pacientais, skiriant jiems amitriptiliną, – teigiamo poveikio svoriui, lyginant su placebo grupe, nenustatyta. Tyrimo, kurį atliko Halmi ir kt. (1986), skirdami vaistų, nustatytas teigiamas

poveikis depresijos simptomams lyginant su placebo grupe (E kategorijos lygio įrodymai).

Atliktas vienas RCT, pacientams skiriant citalopramą, bet jis nebuvo veiksmingesnis svorio prieaugiui lyginant su placebo. Vėlgi, pagerėjo depresijos simptomatika. Taip pat atlikti trys RCT, pacientams skiriant fluoksetiną, bet jis nebuvo veiksmingesnis svorio prieaugiui lyginant su placebo. Tyrimo metu, kurį atliko Walsh ir kt. (2006a), nenustatyta poveikio AN atkryčiui po svorio normalizavimo programos su psichoterapine atkryčio prevencija. Obsesinė-kompulsinė simptomatika sumažėjo Kaye ir kt. (2001) tyrimo metu (E kategorijos lygio įrodymai).

Gydymas antidepresantais, atrodo, nėra veiksmingas sergančiųjų anoreksija svoriui didinti, bet gali pagerinti depresinę ir obsesinę-kompulsinę simptomatiką. Taigi, antidepresantus galima skirti gydant AN su depresine simptomatika arba gretutiniu obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu, bet ne visais atvejais.

Atliktas vienas RCT, kurio metu tiriamiesiems skirta sulpirido, vienas RCT, kurio metu pacientams skirta pimozido, nenustatyta reikšmingo poveikio svorio prieaugiui lyginant su placebo grupe (E kategorijos lygio įrodymai). Atliktas vienas RCT, kurio metu pacientams skirta olanzapino, nustatytas veiksmingumas EDI-2/anorex skalės dalyje, vienas RCT, kurio metu nustatytas veiksmingumas didinant sergančiųjų nervine anoreksija persivalgyimo-šalinančio potipio pacientų KMI palyginus su placebo grupe. Vienas RCT, kurio metu pacientams skirta olanzapino, nustatytas teigiamas olanzapino poveikis didinant AN sergančiųjų svorio prieaugį ir trumpinant svorio normalizavimosi laiką. Šiuo metu vykdomas dar vienas RCT, pacientams skiriama olanzapino (B kategorijos įrodymai). Iki šiol medikamentų poveikis pagrįstas tik atvejų tyrimais ir retrospektyviaisiais tyrimais skiriant risperidoną, kvetiapiną ir amisulpiridą, tačiau vis dar trūksta RCT įrodymų (C1–C2 kategorijos įrodymai).

Ciproheptadinas buvo nežymiai veiksmingesnis už placebo svorio prieaugiui post-hoc analizės metu. Antihistaminikai gali turėti poveikį svorio prieaugiui, bet vis dar trūksta patikimų RCT įrodymų (F kategorijos lygio įrodymai).

Apie cisaparido poveikį skrandžio išsituštinimui duomenys yra priešaringi. Vieno tyrimo metu nenustatytas didesnis veiksmingumas už placebo, tačiau kito tyrimo metu nustatytas skirtumas skrandžio išsituštinimui. Abiejų tyrimų metu nenustatyta poveikio svorio prieaugiui (E kategorijos lygio įrodymai).

Yra du RCT, kurių metu pacientams skirta cinko, ir nustatytas jo poveikis svorio prieaugiui, depresijai ir nerimui lyginant su placebo (B kategorijos lygio įrodymai). Vieno RCT metu nenustatyta ličio veiksmingumo lyginant su placebo. Vieno RCT metu nustatytas ličio poveikis persivalgymui arba šalinančiam potipiui lyginant su placebo. Vieno RCT metu nenustatyta žmogaus augimo hormono veiksmingumo lyginant su placebo.

Vieno RCT metu nenustatyta THC veiksmingumo lyginant su placebo. Vieno RCT metu nustatytas veiksmingumas svorio prieaugiui ir atkryčiui.

Kol kas nėra nervinės anoreksijos psichofarmakologinio gydymo A lygio įrodymų (I lent.), tačiau yra B lygio įrodymų dėl cinko papildų skyrimo nervinei anoreksijai gydyti bei C lygio įrodymų dėl išsekusių sergančiųjų nervine anoreksija

maitinimo per nazogastrinį zondą.

Yra patikimų įrodymų, kad prokinetikai spartina nervine anoreksija sergančiųjų skrandžio išsituštinimą, bet jų neskiriama visais atvejais AN gydyti. Nėra įrodymų, kad antidepresantus galima skirti visais atvejais nervinei anoreksijai gydyti, bet, atsižvelgiant į nervinės anoreksijos gretutines ligas ir kai kuriuos valgymo sutrikimų psichopatologijos aspektus, skirti antidepresantus nervinei anoreksijai gydyti gali būti tikslinga.

NERVINĖ BULIMIJA (BN)

Nervinės bulimijos diagnozė

BN apibrėžiama pasikartojančiais persivalgymo epizodais, po kurių pasireiškia netinkamas kompensojamasis elgesys, pavyzdžiui, vėmimo susikėlimas, vidurius laisvinamųjų vaistų, diuretikų arba kitų vaistų vartojimas, badavimas arba perdėtas sportavimas (DSM-IV). Diagnostikos kriterijai pateikiami 3 lentelėje.

Nervinės bulimijos epidemiologija

JAV Nacionalinio gretutinių ligų tyrimo (National Comorbidity Survey (USA)) metu nustatyta, kad viso gyvenimo DSM-IV nervinės bulimijos paplitimas tarp moterų yra 1,5 proc., tarp vyrų – 0,5 proc. (Hudson ir kt., 2007). Makino ir kt. (2004) duomenimis, paplitimas ne vakarietiškoje šalyse (0,46–3,2 proc. tarp moterų) yra mažesnis už paplitimą Vakaruose (0–2,1 proc. tarp vyrų, 0,3–7,3 proc. tarp moterų). Tačiau šiuos rezultatus reikėtų vertinti atsargiai (taip pat žr. AN epidemiologiją). Valgymo sutrikimų epidemiologija šešiose Europos šalyse: ESEMeD-WMH projekto rezultatus pristatė Preti ir kt. (2009) apskaičiuotas nervinės bulimijos paplitimas – 0,51 proc.

Nervinės bulimijos eiga

Įvertintasis DSM-IV nervinės bulimijos paplitimas yra 2,3 proc. (tarp moterų – 76 proc. „šalinančio“ potipio ir 24 proc. „nešalinančio“ potipio) (Hudson, Preti 2009). Sergamumas nervine bulimija yra 300/100 000 žmogaus metų. Baigtis: penkerių metų klinikinio pasveikimo rodiklis – 55 proc. (Keski-Rahkonen ir kt., 2008).

Gydymas antidepresantais

BN gydymas antidepresantais pagrįstas nustatyta serotoninerginės ir noradrenerginės sistemų disfunkcija ir gretutinių ligų bei psichopatologijos sutapimo su nerimo sutrikimais, obsesinio-kompulsinio sindromo sutrikimais ir depresija.

Tricikliai antidepresantai. Pope ir kt. (1983) atliko placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą tyrimą, 22 sergantiesiems nervine bulimija skirdami imipraminą. Imipraminas buvo susijęs su reikšmingu persivalgymo ir kitų matuojamų valgymo elgsenos rodiklių sumažėjimu.

Mitchell ir Groat (1984) atliko placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą tyrimą, skirdami amitriptiliną, 32 ambulatoriškai gydomoms tiramosioms buvo skirta minimali elgsenos terapijos programa. Abiejose grupėse pastebėtas akivaizdus valgymo elgsenos pagerėjimas. Nenustatyta reikšmingo svorio priaugio arba padidėjusio potraukio angliavandeniams skirtumo tarp placebo ir amitriptilino grupių.

Huges ir kt. (1986) pristatė placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą tyrimą, kurio metu 29 sergantiesiems nervine bulimija skyrė desipraminą. Pastebėtas teigiamas poveikis

bendrai klinikinei būklei, savaitiniam persivalgymo dažniui, bulimijos simptomų skalei ir depresijos simptomatikai (ZSRDS).

Agras ir kt. (1987) pristatė placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą tyrimą, 16 savaičių gydymo metu 22 pacientams buvo skiriama imipramino. Su imipraminu susijęs reikšmingas persivalgymo elgsenos sumažėjimas 6 ir 16 savaitę bei depresijos simptomatikos sumažėjimas šeštąją savaitę.

Barlow ir kt. (1988) atliko placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą kryžminį tyrimą, 47 sergantiesiems nervine bulimija normalaus svorio pacientams skyrė desipramino 150 mg/dienai. 23 pacientai tyrimo nebaigė. Desipraminas buvo reikšmingai veiksmingesnis mažinant savaitinio vėmimo ir savaitinio persivalgymo dažnį. Nenustatyta reikšmingo poveikio pagal EDI ir SCL-90.

Mitchell ir kt. (1990) atliko 12-kos savaičių lyginamąjį imipramino ir grupinės psichoterapijos tyrimą gydant nervinę bulimiją, buvo sudarytos 4 grupės (PLB, imipramino, grupinės terapijos +PLB, grupinės terapijos +imipramino). Lyginant su placebo, imipraminas reikšmingai nepagerino valgymo elgsenos, bet sumažino depresijos ir nerimo simptomus.

Alger ir kt. (1991) atliko aštuonių savaičių placebo kontroliuojamąjį tyrimą, buvo sudarytos trys grupės: naltreksono 100–150 mg/dienai, imipramino iki 150 mg, placebo. Gdomi pacientai: 41 nutukęs persivalgantis ir 28 pacientai normalaus svorio, sergantys bulimija. Reikšmingai sumažėjo naltreksoną vartojusiųjų tik nutukusiųjų ir vartojusių imipraminą pacientų persivalgimų trukmė. Tačiau dėl didelio placebo poveikio nepavyko reikšmingai sumažinti persivalgymo dažnio.

Walsh ir kt. (1991) atliko aštuonių savaičių placebo kontroliuojamąjį tyrimą, tiriamiesiems skirdami desipraminą. Po aštuonių savaičių desipramino poveikis persivalgymo dažniui buvo geresnis už placebo. Tačiau, ilgą laiką vartojant desipraminą, atsiranda apribojimų.

Agras ir kt. (1992) atliko kontroliuojamąjį tyrimą su penkiomis grupėmis pacientų, vartojusių: desipraminą, kompleksinį gydymą ir kognityvinę elgesio terapiją. 16-ąją savaitę CBT ir kompleksinį gydymą gavusioms grupėms sekėsi geriau palyginus su medikamentinio gydymo grupe. Taigi, tyrėjai daro išvadą, kad, remiantis tyrimo duomenimis, gydant nervinę bulimiją palankiau derinti medikamentinį ir CBT gydymą.

Leitenberg ir kt. (1994), gydymai nervinę bulimiją, lygino vien CBT, vien desipraminą ir kognityvinio elgesio terapiją, derinamą su desipraminu. Tyrimas nutrauktas po to, kai liko septyni tiriamieji nepakankamo teigiamo atsako vien desipraminą vartojusiųjų grupėje, lyginant su dviem kitomis grupėmis, ir dėl didelio pacientų pasitraukimo iš tyrimo dėl medikamento netoleravimo. Vien desipraminą vartojusiųjų grupėje reikšmingai pagerėjo depresijos simptomatika.

Walsh ir kt. (2006b) išanalizavo du tyrimus, kurių metu buvo skirtas desipraminas. Per pirmąsias dvi gydymo savaites buvo patikimai nustatyta, kuriems pacientams desipraminas buvo neveiksmingas.

SSRI

Citalopramas. Sundblud ir kt. (2005) atliko keturių grupių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį, bandomąjį tyrimą, tiriamiesiems skirdami: flutamido (androgeno antagonistą), citalopramą, citalopramą+flutamidą ir placebo. Vartojantiems flutamidą reikšmingai sumažėjo

5 lentelė. Nervinės bulimijos farmakologinio gydymo studijos

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutrukę tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai
Antidepresantai												
Tricikliai												
Pope ir kt.	1983	22		Imipramine	11	4	11	9	9		Persivalgymų dažnis Valgymo elgesys	Taip Taip
Mitchell ir Groat	1984	32		Amitriptyline 150 mg/d.	1	1	1	1	1		Persivalgymai	Ne
Hughes ir kt.	1986	29	7	Desipramine	1	0	1	1	1		Persivalgymų dažnis per savaitę Bendroji klinikinė būklė Bulimijos simptomų skalė ZSRDS	Taip Taip Taip Taip
Agras ir kt.	1987	22	2	Imipramine	1	0	1	1	1	16 sav.	Simažėjęs šalinimas (vėmimas, laksantų vart.) Depresija	Taip Taip (6 sav.)
Barlow ir kt.	1988	47	23	Desipramine 150 mg/d.	1	0	1	1	1	6sav	EDI SCL-90 POMS	Ne Ne Taip (Nuovargio skalė)
Blouin ir kt.	1988	22		Desipramine ir fenfluramine	1	0	1	1	1	15 sav.	Persivalgymų dažnis per savaitę Vėmimų dažnis per savaitę	Taip Taip Taip
Mitchell ir kt.	1990	171	16	Imipramine	1	1	1	1	1	12 sav.	Nuotaikos Bulimijos simptomų aprašas	Taip Taip Taip
Alger ir kt.	1991	69	14	Imipramine, naltrexone	1	0	1	1	1	8 sav.	Persivalgymo epizodų skaičius Vėmimų epizodų skaičius HAMD HAMA	Taip, bet ne su grupės terapija Taip, bet ne su grupės terapija Taip Taip
Walsh ir kt.	1991	80		Desipramine	1	0	1	1	1	8 sav.	Persivalgymų trukmė	Taip, imipraminas tik tarp nutukusių persivalgytojų
Agras ir kt.	1992	71		Desipramin ir kognityvinė elgesio terapija	1	1	1	1	1	32 sav.	Persivalgymų dažnis Persivalgymų dažnis	Ne
Leitenberg ir kt.	1994	21	6	Desipramine	1	1	1	0	0	20 sav.	Persivalgymo dažnis Šalinimo dažnis EAT BSI	Taip(vaisto ir KET derinys) Taip (vaisto ir KET derinys) Ne Ne

tęsinys

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Tęjami rezultatai
SSRI												
Citalopram					2	0	2	1	1		BSQ IDD Savivertė	Ne Taip Ne
Sundblad ir kt.	2005	46		Citalopram, flutamide	1	0	1	1	1	12 sav.	Persivalgymai Pačiu pacientų simpt. intensyvumo įvert.	Ne Taip
Leombruni ir kt.	2006	37	9	Citalopram vs. fluoxetine	1	0	1	0	0	12 sav.	EDI-2 BSQ BES BDI Asmenybė (temperamento ir charakterio aprašas)	Vienodas Vienodas Vienodas Vienodas Vienodas
Fluoxetine												
Fichter ir kt.	1991	40		Fluoxetine 60 mg	10	6	7	5	6	5 sav.	SCL-90-R HAMD EDI CGI	Ne Ne Ne Ne
Goldstein ir kt.	1995	398	163	Fluoxetine 60 mg	1	0	1	1	1	16 sav.	Vėmimai Persivalgymų epizodai EDI CGI PGI	Taip Taip
Fluoxetino nervinės bulimijos bendradarbiavimo studijų grupė	1992			Fluoxetine	1				1	8 sav.		
Mitchell ir kt.	2001	91		Fluoxetine 60 mg ir savipagalba	1	1	1	1	1	16 sav.	Persivalgymų epizodai Vėmimai	Taip Taip
Jacobi ir kt	2002	53	18	Fluoxetine ir kognityvinė elgesio terapija	1	1	1	0	0	4 mėn.	Kompleksinis gydymas	Ne

Kotler ir kt.	2003	10	Fluoxetine 60 mg	1	1	0	0	0	0	8 sav.	Persivalgymų vidurkis per savaitę Vėmimų vidurkis per savaitę	Taip Taip
Goldbloom ir kt.	1997	76	Fluoxetine	1	1	1	0	0	0	16 sav.	Persivalgymai Vėmimo epizodai EDE BDI	Taip Taip Ne Ne
Goldstein ir kt.	1999	383+390	Fluoxetine max 60 mg/d.	1	0?	0?	0?	0?	0?	8–16 sav.	Depresiška vs nedepresiška	Abi
Walsh ir kt.	2000	22 (gydymui atsparūs)	Fluoxetine 60 mg/d.	1	1?	1	1	1	1	8 sav.	Persivalgymų dažnis Šalinančio elgesio dažnis	Taip Taip
Romano ir kt.	2002	232–150	Fluoxetine 60 mg/d.	1	0	1	1	1	1?	8+52 sav.	Ilgesnis laikotarpis iki atkryčio Vėmimo dažnis Persivalgymų dažnis	Taip Taip Taip
Fluoxetine				4	3	4	3	4	4			
Brambilla ir kt.	1995	15	Kompleksinė EKT, psichofarmakologinė (5 amineptine, 10 fluvoxamine) ir mitybos terapija	1	1	1	0	1	1	4 mėn.	KMI EDI BITE HAMD HAMA	Nėra skirtumo Ne Taip Ne Ne
Fichter ir kt.	1996	72	Fluvoxamine	1	1	1	1	1	1	15 sav.	EDI-bulimija Potraukis persivalgyti praėjusią savaitę SIAB bendras balas	Taip Taip Taip
Schmidt ir kt.	2004	267	Fluvoxamine ir graduota psichoterapija	1	1	1	1	1	1	1 metai	BSI Persivalgymų skaičius per paskutinę savaitę	Ne Ne
Milano ir kt.	2005	12	Fluvoxamine 200 mg/d.	1	0	1	1	1	1	12 sav.	Persivalgymo krizė Šalinimas	Taip Taip
Sertraline				1	0	1	1	0	0			
Milano ir kt.	2004	20	Sertraline 100 mg/d.	1	0	1	1	1	1	12 sav.	Persivalgymo krizė Šalinimas	Taip Taip
RIMA				1	0	1	1	1	1			
Moclobemide				1	0	1	1	1	1			
Carruba ir kt.	2001	78	Moclobemide	1	0	1	1	1	1	6 sav.	Kassavattiniai persivalgymo epizodai BITE, Edi, TFQE	Ne Ne, pagerėjo keletas valgyimo įpročių ir elgesio rodiklių

tęsimys

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutrukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Tiegiami rezultatai
Phenelzine		3	0	3	3	3	3	3				
Walsh ir kt.	1984	25	5	Phenelzine	1	0	1	1	1	10 sav.	Persivalgymų skaičius per savaitę EAT	Taip Taip
Walsh ir kt.	1988	62	12	Phenelzine	1	0	1	1	1	10 sav.	Persivalgymų skaičius per savaitę SCL-90 (subskalės) EAT HAMD BDI	Tik tendencija Taip Taip Taip Taip
Rothschild	1994	24	10	Phenelzine/imipramine	1	0	1	1	1	6 sav.	SCL-90- ³³ ,persivalgymai ⁴⁴ HAMD	Taip Taip
Isocarboxazid		1	0	1	1	1	1	1				
Kennedy ir kt.	1988	18	7	Isocarboxazid	1	0	1	1	1	13 sav.	Persivalgymai Vėmimai EAT-26 HAMD HAMA	Taip Taip Taip Taip Taip
Brofaromine		1	0	1	1	1	1	1				
Kennedy ir kt.	1993	36		Brofaromine	1	0	1	1	1	8 sav.	Svoris	Ne Taip
NRI		2	0	0	0	0	0	0	0			
El-Giamal ir kt.	2000	7	3	Reboxetine 8 mg/d.	1	0	0	0	0	12 sav.	Persivalgymų dažnis Vėmimų dažnis	Taip Taip
Fassino	2004	28		Reboxetine 4 mg/d.	1	0	0	0	0	3 mėn.	GAF HAMD BSQ EDI-2	Taip Taip Taip Taip Keletų balų
Kiti antidepresantai		1	0	0	0	0	0	0	0			
Duloxetine		1	0	Duloxetine	1	0	0	0	0	16 sav.	Sėkmingas gydymas	

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaisiai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai
Kitos farmakologinės medžiagos												
D-fenfluramine												
Faly ir kt.	1993	43		D-fenfluramine 45 mg/d. (5-HT agonistas)	1	1	1	1	1	8 sav.	Veiksmingesnis nei psichoterapija	Ne
Ondansetron												
Faris ir kt.	2000	26	1	Ondansetron	1	0	1	1	1	2+4 sav.	Persivalgymų/vėmimų dažnis Laikas, sugaištas buliminiam elgesiui Valgymo epizodų skaičius be vėmimų	Taip Taip Taip
Litis												
Hsu ir kt.	1991	91	23	Ličio karbonatas	1	1	1	1	1	8 sav.	Bulimijos epizodai	Ne
Naltrexone												
Jonas ir Gold	1986	10		Naltrexone 300mg/d.	1	0	0	0	0	6 sav.	Bulimijos simptomai	Taip
Jonas ir Gold	1988	16		Naltrexone	1	0	0	0	0	6 sav.	Persivalgymų /šalinimo dažnis	Taip (bet tik su didelėmis dozėmis, 200-300 mg/d.)
Mitchell ir kt.	1989	19	3	Naltrexone	1	0	0	1	1	6 sav.	Persivalgymai/vėmimas	Ne
Huseman ir kt.	1990	10		Naltrexone	1	0	1	1	1	10 sav.	Persivalgymų dažnis	Ne
Alger ir kt.	1991	28		Imipramine vs naltrexone	1	0	1	1	1	8 sav.	Persivalgymų trukmė	Taip
Methylphenidate												
Sokol ir kt.	1999	2		Methylphenidate	1	0	0	0	0	4 d.+10 mėn.	Persivalgymai ir šalinimas	Taip
Baclofen												
Broft ir kt.	2007	7	7 (4BED; 1 3BN)	Baclofen	1	0	0	0	0	10 sav.	Persivalgymų dažnis	Taip
Šviesos terapija												
Lam ir kt.	1994	17		Šviesos terapija	2	0	1	2	2	2 sav. BL 30 min/d., 2 sav. DRL 30 min./d.	Nuotaikos vertinimai Valgymo rezultatų vertinimas	Taip Taip
Braun ir kt.	1999	34		Šviesos terapija	1	1	1	1	1	8 sav.	Vidutinis persivalgymų dažnis	Taip

persivalgymas, bet ne vien citalopramą vartojusiųjų grupėje. Lyginant su placebo, simptomų intensyvumo bendrieji įverčiai reikšmingai sumažėjo visose vaistus vartojusiųjų grupėse.

Leombruni ir kt. (2006) atliko viengubai aklą atsitiktinių imčių kontroliuojamąjį tyrimą, 37 sergantiesiems nervine bulimija skirdami citalopramą ir lyginę jo poveikį su fluoksetinu. Nenustatyta reikšmingų skirtumų vartojant šiuos vaistus.

Fluoksetinas. Fichter ir kt. (1991) atliko placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą tyrimą, 40 sergančiųjų nervine bulimija (jiems skirtas intensyvios psichoterapijos kursas), skiriant 60 mg fluoksetino. Reikšmingo skirtumo tarp placebo ir fluoksetiną vartojusiųjų grupių nenustatyta. Autorių teigimu, tokie rezultatai galimi dėl „lubų efekto“.

Goldstein ir kt. (1995) pateikė duomenis, atlikę daugiacentrį (15 ambulatorijų) dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 398 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, skirdami jiems fluoksetiną. Lyginant su placebo vartojusiųjų grupe, vartojusiems fluoksetiną tiriamiesiems reikšmingai sumažėjo vėmimas ir persivalgymas.

Goldbloom ir kt. (1997) lygino tris grupes: fluoksetiną, individualią kognityvinę elgesio terapiją ir trečiąją tyrimo grupę – abiejų vaistų derinį, 16 savaičių gydant 76 sergančiąsias nervine bulimija. Pagal konkrečius parametrus kompleksinis gydymas buvo sėkmingesnis už vien farmakoterapinį, nėra patikimų įrodymų, kad kompleksinis gydymas (psichoterapija+fluoksetinas) buvo sėkmingesnis už vien psichoterapiją.

Goldstein ir kt. (1999) atliko stratifikuotą dviejų atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamųjų tyrimų analizę (sergančiųjų depresija grupę lygino su grupe, nesergančių depresija). Autoriai nustatė, kad 60 mg fluoksetino veiksmingai gydė nervinę bulimiją (sumažino persivalgymo ir vėmimo epizodus) nepriklausomai nuo to, ar sirgo tiriamieji depresija, ar ne.

Walsh ir kt. (2000) atliko placebo kontroliuojamąjį 22 sergančiųjų psichoterapijai atsparia (CBT arba IPT) nervine bulimija, tyrimą. Autoriai nustatė, kad sumažėjo fluoksetiną vartojusiųjų grupės persivalgymas ir priėjo išvados, kad fluoksetinas gali būti tikslinga intervencija sergantiesiems nervine bulimija, kuriems psichoterapija buvo neveiksminga.

Mitchell ir kt. (2001) atliko keturių grupių atsitiktinių imčių, 16 savaičių placebo kontroliuojamąjį tyrimą (vien PLB, vien fluoksetino, PLB ir savipagalbos vadovo, fluoksetino ir savipagalbos vadovo) 91 sergančiajai nervine bulimija. Fluoksetino poveikis buvo geresnis už placebo. Nenustatyta reikšmingų abstinencijos skaičiaus skirtumų aktyviai gydytose grupėse (16 proc. – fluoksetinas; 24 proc. – vadovas+PLB, 26 proc. – vadovas+fluoksetinas).

Jacobi ir kt. (2002) atliko trijų grupių tyrimą, skirdami tiriamiesiems CBT, fluoksetiną ir CBT ir fluoksetino derinį. Remiantis tyrimo duomenimis, gydymas vaistų deriniu nebuvo veiksmingesnis už gydymą vien CBT.

Romano ir kt. (2002) atliko 52 savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį tyrimą visiems tiriamiesiems skirdami vien placebo (single blind run in phase) (8 savaites) (n = 232). Reagavusieji į gydymą buvo ištirti dvigubai aklų tyrimo etapu (n = 150). Atkryčio laikas reikšmingai prailgėjo, o fluoksetino vartojusiems sumažėjo vėmimas ir persivalgymas lyginant su placebo vartojusiųjų grupe. Tyrėjai priėjo išvados, kad pacientų, kurie iškart reaguoja į gydymą, tęstinis gydymas fluoksetinu pagerino būklę ir sumažino atkryčio tikimybę.

Kotler ir kt. (2003) informavo, kad jų atviro tyrimo metu, kai aštuonias savaites pacientai vartojo 60 mg fluoksetino; fluoksetiną gerai toleravo paaugliai, sergantys nervine bulimija, ir šis gydymas gali būti veiksmingas šios populiacijos grupės gydymo variantas.

Fluvoksaminas. Brambilla ir kt. (1995c) atliko tyrimą, tiriamiesiems skirdami kombinuotą kognityvinę elgesio, psichofarmakologinį (5 amineptino, 10 fluvoksamino) ir mitybos terapiją nervinei bulimijai gydyti. Po keturių gydymo mėnesių ir BITE abiejose grupėse vienodai reikšmingai sumažėjo ligos sunkumas. Bendrieji EDI rodikliai ir nerimas sumažėjo, bet nereikšmingai. KMI išliko stabilus. Gydymo fluvoksaminu arba amineptinu metu šalutinio poveikio nepastebėta.

Fichter ir kt. (1996) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 72 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą. 15 savaičių pacientai vartojo fluvoksaminą arba placebo (2–3 savaičių titravimo ligininėje etapas, 12 savaičių ambulatorinis atkryčio profilaktikos etapas). Fluvoksaminas turėjo reikšmingą poveikį, mažindamas bulimiško elgesio atkrytį.

Schmidt ir kt. (2004) atliko vienerių metų atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 267 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, kuriame buvo trys tiriamos grupės: 8 savaičių trumpalaikis gydymas fluvoksaminu, po jo – 44 savaičių placebo vartojimas, kita grupė vartojo fluvoksaminą 52 savaites ir kontrolinė placebo grupė. Nei ilgalaikis, nei trumpalaikis gydymas fluvoksaminu neturėjo jokio papildomo poveikio pakopinės psichoterapijos metodu.

Milano ir kt. (2005) atliko 12 savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 12 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, joms skirdami 200 mg/dienai fluvoksamino. Lyginant su placebo vartojusiųjų grupe, fluvoksaminą vartojusiųjų grupės pacientėms reikšmingai sumažėjo persivalgymo krizės. Dėl šalutinio poveikio gydymas nenutrauktas.

Sertralinas. Milano ir kt. (2004) atliko 12 savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 20 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, joms skirdami 100 mg/dienai sertralino. Lyginant su PLB vartojusiųjų grupe, sertralina vartojusiosioms grupės pacientėms reikšmingai sumažėjo persivalgymo krizės.

RIMA

Moklobemidas. Carruba ir kt. (2001) atliko šešių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį tyrimą, kurio metu tyrė 600 mg moklobemido per dieną veiksmingumą ir toleravimą. Tyrimo iki galo dalyvavo 52 iš tyrimo dalyvaujančių 78/77 normalaus svorio pacienčių, sergančių nervine bulimija. Reikšmingo skirtumo dėl nuostatos į valgyimą ir elgesio (BITE, EDI, TFEQ) tarp placebo ir moklobemidą vartojusiųjų grupių nenustatyta.

Fenelzinas. Walsh ir kt. (1984) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 25 normalaus svorio sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, skirdami joms fenelzino. Fenelzinas buvo susijęs su reikšmingu persivalgymo epizodų ir EAT rodiklio sumažėjimu. Problemų sukėlė šalutinis vaistų poveikis. Tyrėjai padarė išvadą, kad fenelzinu galima gydyti normalaus svorio sergančiąsias nervine bulimija, galinčias laikytis dietos be tiramino. Penkios pacientės tyrimo nebaigė.

Walsh ir kt. (1988) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 62 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą,

skirdami joms fenelzino. Fenelzinas veiksmingiau už placebo sumažino SCL-90 (skalės dalis), EAT, HAMD, BDI rodiklius. Pastebėta savaitinių persivalgymo retėjimo tendencija. Tačiau problemų sukėlė šalutinis vaistų poveikis. 12 pacienčių tyrimo nebaigė.

Rothschild ir kt. (1994) dvigubai aklo placebo kontroliuojamo tyrimo metu lygino fenelziną ir imipraminą. Ji į tyrimą įtraukė 24 pacientes, dalyvavusias ankstesniame atipinės depresijos su papildoma nervine bulimija tyrime. Pagal HAMD ir SCL-90-persivalgymo rodiklius fenelziną vartojusių grupė reikšmingai skyrėsi nuo placebo ir imipraminą vartojusių grupių.

Izokarboksazidas. Kennedy ir kt. (1988) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį kryžminį tyrimą, skirdami izokarboksazido 18 sergančiųjų nervine bulimija. Reikšmingai sumažėjo jų persivalgymo dažnis ir vėmimas.

Brofarominas. Kennedy ir kt. (1993) atliko apie 8 savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 36 pacienčių tyrimą, skirdami joms brofaromino. Brofarominas nebuvo veiksmingesnis už placebo.

NRI

Reboksetinas. Fassino ir kt. (2004) atliko atvirą 28 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, tirdami 3 mėn. po 4 mg/dienai skiriamo reboksetino gydomąjį poveikį. BSQ rodiklis, HAMD ir GAF, taip pat kai kurių EDI-2 dalių rodikliai reikšmingai sumažėjo. El-Giamal ir kt. (2000) pateikė patikimų įrodymų, kad, gydant reboksetinu (8 mg), septynioms sergančiosioms nervine bulimija sumažėjo persivalgymo ir vėmimo epizodų dažnis.

Kiti antidepressantai

Duloksetinas. Hazen ir Fava (2006) informavo apie sėkmingą nervinės bulimijos gydymo duloksetinu atvejį, kai pacientui konstatuota persivalgymo ir išsivalymo elgesio remisija.

Bupropionas. Home ir kt. (1988) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 81 sergančiojo nervine bulimija tyrimą, skirdami jiems bupropioną. Vaistas reikšmingai sumažino persivalgymo ir išsivalymo elgesį. Tačiau gydymo bupropionu metu keturis pacientus išstiko toniniai–kloniniai traukuliai (didieji priepuoliai – „grand mal“ tipo), todėl šiuo požiūriu daugelyje šalių bupropionas nerekomenduojamas.

Trazodonas. Pope ir kt. (1989) informavo apie dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 46 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, skirdami joms trazodoną. Trazodonas buvo reikšmingai veiksmingesnis už placebo mažinant pacientų persivalgymą ir vėmimą. Trazodonas sukėlė mažai šalutinių poveikių.

Mianserinas. Sabine ir kt. (1983) informavo apie aštuonių savaičių atsitiktinių imčių dvigubai aklą, placebo kontroliuojamąjį 50 pacienčių tyrimą, skirdami joms mianseriną. Vaistą vartojusių grupės persivalgymo, nerimo ir depresijos rodikliai nepagerėjo.

Gydymas antikonvulsantais

Karbamazepinas. Kaplan ir kt. (1983) atliko dvigubai aklą kryžminį šešių sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, skirdami jiems karbamazepino. „Įspūdingai“ pagerėjo vienam pacientui, sergančiam gretutiniu dvipoliu sutrikimu, kitų penkių pacientų būklei vaistas buvo neveiksmingas.

Okскарbamazepinas. Cordas ir kt. (2006) informavo apie dvi moteris, sergančias buliminiu elgesiu ir kitomis gretutinėmis psichiatrinėmis ligomis ir savęs žalojimu. Po gydymo jos nustojo save žaloti, bet vėmimas išliko.

Topiramatas. Hoopes ir kt. (2003) atliko 10 savaičių atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 69 sergančiųjų tyrimą, skirdami jiems topiramatą. Reikšmingai sumažėjo persivalgymo epizodų ir išsivalymo simptomai. Hedges ir kt. (2003) išanalizavo tą pačią imtį ir informavo apie reikšmingą kitų elgesio ir psichopatologinių parametru sumažėjimą.

Nickel ir kt. (2005) informavo apie 10 savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 60 sergančiųjų BN tyrimą, kuriems buvo skirta topiramato (n = 30) arba placebo (n = 30). Reikšmingai sumažėjo persivalgymas ir išsivalymo dažnis, pagerėjo svoris ir sveikata, taigi pagerėjo gyvenimo kokybė. Kai kuriais atvejais buvo pranešimų apie slopinamąjį poveikį, galvos svaigimą, skausmą ir parestziją, bet nebuvo nei psichotinių simptomų, nei sunkesnio šalutinio poveikio.

Gydymas kitais farmakologiniais junginiais

D-fenfluraminas. Fahy ir kt. (1993) atliko aštuonių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 43 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, skirdami jiems d-fenfluraminą. Tyrimo metu nenustatyta didesnio poveikio nei taikant vien trumpą psichoterapijos kursą.

Odansetronas. Faris ir kt. (2000) atliko atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 26 sergančiųjų tyrimą, kuriems skirtas odansetronas – 5-HT₃ antagonistas. Gydymo etapu pacientams keturias savaites skirta po 4 mg per dieną odansetrono. Lyginant su placebo, gydymas odansetronu susijęs su reikšmingai didesniu persivalgymo ir vėmimo dažnio sumažėjimu. Nustatytas ir reikšmingai didesnis odansetroną vartojusių pacientų grupės valgymo elgesio normalizavimasis (bulimiško elgesio laikas, valgymo epizodų, po kurių pacientai nevėmė („normalaus valgymo“), skaičius. Prieš skiriant šį vaistą reikėtų įvertinti galimą rimtą šalutinį poveikį.

Litis. Hsu ir kt. (1991) atliko atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 91 sergančiosios nervine bulimija tyrimą, kurioms skirtas litis. Lyginant su placebo, po aštuonių savaičių nenustatyta reikšmingo bulimijos epizodų sumažėjimo skirtumo.

Naltreksonas. Jonas ir Gold (1986) atliko atvirą 10 antidepressantams atsparia nervine bulimija sergančiųjų tyrimą, skirdami jiems 300 mg naltreksono. 7 iš 10 pacientų bulimijos simptomai sumažėjo 75 proc. Tyrėjai padarė išvadą, kad naltreksonas gali būti veiksmingas atspariai nervinei bulimijai gydyti. Antro tyrimo metu Jonas ir Gold (1988) lygino standartinių naltreksono dozių (50–100 mg/dieną) ir didelių dozių (200–300 mg/dieną) veiksmingumą, vaistą skirdami 16 sergančiųjų bulimija, nustatė, kad veiksmingam farmakologiniam gydymui rekomenduotinas tik gydymas didelėmis dozėmis.

Marrazzi ir kt. (1995) teigia, kad ir nervinė anoreksija, ir nervinė bulimija yra opioidų medijuojamos priklausomybės. Tyrėjai gydė 19 sergančiųjų nervine bulimija arba nervine anoreksija ir dvigubai aklo placebo kontroliuojamo kryžminio tyrimo metu skyrė 100 mg naltreksono du kartus per dieną; kiekvieno laikotarpio trukmė – šešios savaitės, tarp gydymo laikotarpių nebuvo „išsivalymo“. Persivalgymo ir „šalinimo“

elgsenos sumažėjo abiejose – AN ir BN, grupėse. Sergančiųjų BN svoris buvo beveik normalus.

Metilfenidatas. Sokol ir kt. (1999) informavo apie du atsparios nervine bulimija sergančiųjų, turinčių ir B klasterio asmenybės sutrikimą, gydymo atvejus. Po keturių dienų gydymo metilfenidatu, skiriant iki 20 mg/dienai, abu pacientai mažiau persivalgydavo ir išsivalydavo. Šis poveikis truko ir vėlesnio tyrimo metu ir po 10 arba 12 mėn. Tyrėjai padarė išvadą, kad tikslingi metilfenidato tyrimai, bet, atsižvelgiant į galimą riziką, gydymas metilfenidatu kol kas nerekomenduojamas.

Aripiprazolas. Trunko ir kt. (2010) informavo apie trijų sergančiųjų BN gydymą aripiprazolu, skirdami jį ilgiau nei 4 mėn. Rezultatai buvo teikiantys vilčių.

Šviesos terapija

Lam ir kt. (1994) atliko kontroliuojamąjį kryžminį 17 sergančiųjų nervine bulimija tyrimą, joms skirdami šviesos terapiją ryškia balta šviesa (BWL) (10 000 liuksų po 30 min./dienai) lyginant su šviesos terapija prislopinta raudona šviesa (DRL) (500 liuksų po 30 min./dienai). Tyrėjai padarė išvadą, kad šviesos terapija ryškia balta šviesa yra efektyvus trumpalaikis nuotaikos ir valgyimo sutrikimų, susijusių su nervine bulimija, gydymas. Šviesos terapijos veiksmingumas didesnis tam tikru metų sezonu.

Braun ir kt. (1999) atliko aštuonių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį tyrimą. Tyrimo tikslas – nustatyti gydymo ryškia balta šviesa žiemą poveikį nervine bulimija sergančiųjų (n = 34) persivalgyimo epizodų ir išsivalymo dažniui bei depresijos simptomams. Lyginant su placebo grupe, tiriamosioms, kurioms skirtas gydymas ryškia balta šviesa vidutinis persivalgyimo dažnis reikšmingai sumažėjo iki gydymo pabaigos.

Farmakoterapijos ir psichoterapijos derinimas

Skiriant triciklius antidepresantus, 36 proc. RCT protokoluose nurodyta psichoterapija. Nėra patikimų gydymo tricikliais antidepresantais ir psichoterapija pranašumo įrodymų (D kategorijos įrodymai). Atrodo, kad, taikant kompleksinį gydymą, nenustatyta fluoksetino papildomo poveikio, lyginant su psichoterapija. Tiriamųjų grupei, kuriai skirtas psichoterapinis ir farmakologinis gydymas, ir farmakologinį gydymą gavusiai grupei pasireiškė „lubų“ poveikis, taigi, joms nenustatyta aiškaus papildomo farmakologinio gydymo poveikio, netgi skiriant d-fenfluraminą ir litį.

Nervinės bulimijos gairių aptarimas

Atlikti keturi imipramino veiksmingumo, mažinant bulimišką elgesį, RCT (A kategorijos įrodymai, 2 lygio rekomendacija). Atliktas vienas amitriptilino RCT, kurio metu nenustatyta akivaizdaus vaisto veiksmingumo lyginant su placebo, reikšmingas poveikis, lyginant su placebo, nustatytas tik sergančiųjų depresija pogrupyje (D kategorijos įrodymai). Atlikta šeši desipramino veiksmingumo, mažinant bulimišką elgesį, RCT (A kategorijos įrodymai, 2 lygio rekomendacija).

Neįrodyta aiškaus citalopramo veiksmingumo, lyginant su placebo, gydant sergančiuosius nervine bulimija (E kategorijos įrodymai).

Atlikti septyni fluoksetino RCT, šešių iš jų nustatytas didesnis fluoksetino veiksmingumas bulimiškam elgesiui lyginant su placebo (A kategorijos įrodymai, 1 lygio

rekomendacija). Atlikti trys fluvoksamino RCT, dviejų iš jų nustatytas didesnis fluvoksamino veiksmingumas bulimiškam elgesiui lyginant su placebo (B kategorijos įrodymai, 2 lygio rekomendacija). Atliktas vienas sertralino RCT, kurio metu nustatytas didesnis veiksmingumas bulimiškam elgesiui lyginant su placebo (B kategorijos įrodymai). Norėdami pasiekti antibuliminį poveikį sergantiesiems BN, SSRI reikia kasdien vartoti didesnėmis nei atidepresinio poveikio dozėmis.

RIMA. Atliktas vienas RCT, kurio metu nenustatytas moklobemido veiksmingumas gydant sergančiuosius nervine bulimija (E kategorijos įrodymai). Atlikti trys RCT, kurių metu nustatytas fenelzino veiksmingumas gydant bulimišką elgesį lyginant su placebo. Negebėjimas laikytis dietos be tirozino, vartojant fenelziną, siejamas su sunkiu šalutiniu poveikiu, todėl vaisto negalima rekomenduoti, netgi esant įrodymų, kad jis mažina bulimišką elgesį (A kategorijos įrodymai, rekomendacijų nėra).

Vieno RCT metu nustatytas izokarboksazido veiksmingumas lyginant su placebo (B kategorijos įrodymai). Tačiau nenustatyta brofaromino poveikio BN, nors jis susijęs su svorio mažinimu.

Atliktas tik atviras reboksetino tyrimas, kurio metu nustatyta, kad reboksetinas veiksmingas nervinei bulimijai gydyti, bet nerasta RCT (C1 kategorijos įrodymai).

Tas pats pasakytina apie duloksetiną. Lyginant su placebo, vieno RCT metu nustatytas bupropiono ir trazodono veiksmingumas mažinant su nervine bulimija susijusią psichopatologiją ir elgesį.

Vieno RCT metu nenustatyta mianserino veiksmingumo gydant nervinę bulimiją.

Nenustatyta karbamazepino ir okskarbamazepino veiksmingumo gydant nervinę bulimiją.

Dviejų RCT metu nustatytas topiramato veiksmingumas mažinant su nervine bulimija susijusią psichopatologiją ir elgesį. Yra A lygio įrodymų dėl topiramato poveikio gydant BN, rizikos ir naudos santykis nuosaikus.

Nenustatyta didesnio d-fenfluramino veiksmingumo lyginant su trumpa psichoterapija.

Nenustatyta ličio veiksmingumo gydant BN.

Lyginant su placebo, vieno RCT metu nustatytas odansetrono veiksmingumas mažinant su nervine bulimija susijusį elgesį. Yra B lygio įrodymų, bet skirti šį vaistą reikėtų atsargiai dėl galimo sunkaus šalutinio poveikio.

Naltreksono tyrimų, gydant BN rezultatai nenuoseklūs (D kategorijos lygio įrodymai). Su metilfenidatu ir baklofenu RCT neatlikti. Atlikti du šviesos terapijos, mažinant su BN susijusią psichopatologiją, RCT (A kategorijos lygio įrodymai).

Prieinama farmakologinio BN gydymo literatūra grindžiama santykinai trumpo trukmės tyrimais (dauguma tyrimų truko mažiau nei 6 mėn.), taigi, nepakanka informacijos apie šio gydymo būdų ilgalaikį veiksmingumą.

PERSIVALGYMO SUTRIKIMAS (BED)

Persivalgyimo sutrikimo diagnozė

Persivalgyimo sutrikimas (BED) klasifikuojamas kaip kitaip nenurodyti valgyimo sutrikimai (EDNOS) ir apibūdinamas persivalgyimo epizodais be kompensuojamojo elgsio. Dažnai persivalgyimo sutrikimas susijęs su dideliu nutukimu (kūno masės indeksas ≥ 40) (Hudson ir kt., 2007). Diagnostikos kriterijai pateikiami 3 lentelėje.

Persivalgymo sutrikimo epidemiologija

JAV Nacionaliniame gretutinių ligų tyrime (National Comorbidity Survey (USA)) nustatyta, kad viso gyvenimo persivalgymo sutrikimo paplitimas tarp moterų yra 3,5 proc., tarp vyrų – 2,0 proc. (Hudson ir kt., 2007). Europoje įvertintasis viso gyvenimo persivalgymo sutrikimo paplitimas yra 1,12 proc., diagnozes pilnai neatitinkantis persivalgymo sutrikimo paplitimas – 0,72 proc., ir bet koks persivalgymo sutrikimas yra 2,15 proc.

Persivalgymo sutrikimo eiga

BED dažnai susijęs su bipoliniu sutrikimu, didžiąja depresija, BN, dauguma nerimo sutrikimų, kūno dismorfiniu sutrikimu, kleptomanija, dirgliosios žarnos sindromu ir fibromialgija (Javaras ir kt., 2008). Tačiau Berkman ir kt. (2009) literatūrą apie BED baigtis įvertino kaip silpną ir šioje srityje tikslingi papildomi tyrimai.

Gydymas antidepressantais

BED gydymas antidepressantais grindžiamas serotoninerginės ir noradrenerginės sistemų disfunkcijos įrodymais ir gretutinės ligos bei psichopatologijos sutapimas su nerimo sutrikimais ir depresija.

Triciklikai. McCann ir Agras (1990) atliko 12 savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 23 sergančiųjų bulimija tyrimą, skirdami joms desipramino (150 mg/dieną). Desipraminą vartojusiųjų savaitinis persivalgymo dienų skaičius sumažėjo 63 proc., o placebo grupės – padidėjo 16 proc. Tyrejai daro išvadą, kad desipraminas gali būti veiksmingas gydant nešalinančia bulimija sergančius pacientus.

Alger ir kt. (1991) atliko aštuonių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį tyrimą, 88 nutukusiems ir turintiems persivalgymo sutrikimų tirtiesiems ir 60 normalaus svorio, sergantiems BN skirdami naltreksono (100–150 mg/dienai) ir imipramino (150 mg/dienai). Naltreksonas buvo susijęs su reikšmingu sergančiųjų bulimija persivalgymo trukmės sumažėjimu, o imipraminas – su nutukusių persivalgymo sutrikimų turinčių tiriamųjų persivalgymo trukmės sumažėjimu. Tyrejai daro išvadą, kad naltreksonas ir imipraminas gali būti veiksmingi persivalgymui gydyti.

Agras ir kt. (1994) atliko 108 tiriamųjų, turinčių antsvorio ir persivalgymo sutrikimą, tyrimą, taikydami svorio mažinimo terapiją, CBT ir desipraminą. Papildomas desipraminas arba CBT kartu su svorio metimo terapija nežymiai sumažino persivalgymo dažnį.

Laerderach-Hofmann ir kt. (1999) atliko aštuonių atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį tyrimą, skirdami tiriamiesiems imipramino, po kurio atliko tęstinį atvirą 6 mėn. tyrimo etapą.

Autoriai nustatė, kad reikšmingai sumažėjo imipraminą vartojusiųjų persivalgymo dažnis ir svoris.

Tęstinio etapo metu toliau krito tik imipraminą vartojusiųjų svoris.

SSRI

Citalopramas/Escitalopramas. McElroy ir kt. (2003) atliko šešių savaičių placebo kontroliuojamąjį 38 sergančiųjų persivalgymo sutrikimu ambulatorinių pacientų tyrimą, skirdami jiems citalopramą. Jų persivalgymo dažnis, svoris ir ligos sunkumas reikšmingai sumažėjo.

Guerdjikova ir kt. (2008) atliko 12 savaičių placebo kontroliuojamąjį 44 sergančiųjų persivalgymo sutrikimu tyrimą, skirdami jiems escitalopramo. Reikšmingai sumažėjo escitalopramą vartojusiųjų KMI ir ligos sunkumas.

Fluvoksaminas. De Zwaan ir kt. (1992) atliko placebo kontroliuojamąjį 22 sergančiųjų persivalgymo sutrikimu tyrimą keturių grupių, kurioms skirta: fluvoksaminas +G-CBT, CBT + PLB, dieta+PLB, dieta+fluoksetinas. Fluoksetiną vartojusiųjų svorio kritimo nenustatyta.

Hudson ir kt. (1998) atliko devynių savaičių atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 85 sergančiųjų persivalgymo sutrikimu tyrimą. Fluvoksaminas sumažino persivalgymo dažnį.

Ricca ir kt. (2001) atliko 24 savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 108 sergančiųjų persivalgymo sutrikimu tyrimą. Jiems buvo skiriama vien fluoksetino arba vien fluvoksamino, arba šie vaistai buvo derinami su CBT. Papildomo fluoksetino poveikio nenustatyta. CBT +fluvoksaminą vartojusiųjų grupėje pastebėta, kad labiau sumažėjo bendrasis EDE rodiklis. Farmakologiniai junginiai neturėjo papildomo poveikio KMI.

Pearlstein ir kt. (2003) atliko 12 savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 20 sergančiųjų persivalgymo sutrikimu tyrimą (5 pacientai tyrimo nebaigė). Fluvoksaminas nebuvo susijęs su mažesniu persivalgymo dažniu.

Fluoksetinas. Marcus ir kt. (1990) atliko dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 22 sergančiųjų BED tyrimą. 52 savaičių gydymo laikotarpiu fluoksetinas ir elgesio pokyčiai buvo susiję su svorio mažėjimu. Vaisto įtakos su valgymo sutrikimu (EDI) susijusiai psichopatologijai nenustatyta. Ricca ir kt. (2001) informavo apie vienerių metų tęstinį placebo kontroliuojamąjį tyrimą skiriant tiriamiesiems fluoksetino, fluvoksamino ir individuali CBT. Gydant BED, CBT buvo veiksmingesnė už fluoksetiną ir fluvoksaminą. CBT papildymas fluoksetinu, tačiau didesnio poveikio nenustatyta.

Arnold ir kt. (2002) atliko šešių savaičių placebo kontroliuojamąjį 60 pacientų tyrimą. Fluoksetinas sumažino persivalgymo dažnį, svorį ir KMI, CGI, HAMD tendencijos nustatyta.

Devlin ir kt. (2005) atliko 20 savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 116 pacientų tyrimą. Lyginant su placebo, fluoksetinas ir kognityvinio elgesio terapija nesumažino persivalgymo dažnio, svorio ir su valgymu susijusios psichopatologijos bei depresijos simptomų.

Devlin ir kt. (2007) informavo apie tęstinį dvigubai aklą dvejų metų trukmės 116 pacientų tyrimą. Pacientams skirta fluoksetino ir kognityvinė elgesio terapija. Dvejų metų tęstinio tyrimo metu nustatytas su fluoksetinu nesusijęs persivalgymo dažnio, svorio ir su valgymu susijusios psichopatologijos mažėjimas. Tačiau nustatytas su fluoksetinu susijęs depresijos simptomų sumažėjimas.

Sertralinas. McElroy ir kt. (2000) atliko šešių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 34 pacientų tyrimą (8 pacientai tyrimo nebaigė), skirdami jiems sertralino ir pasiekė reikšmingo persivalgymo dažnio, CGI ir KMI sumažėjimo.

O'Reardon ir kt. (2006) atliko aštuonių savaičių atsitiktinių imčių kontroliuojamąjį 34 sergančiųjų naktinio valgymo sindromu tyrimą. Sertralinas susijęs su CGI ir naktinio valgymo simptomų pagerėjimu.

6 lentelė. Persivalgymo sutrikimų medikamentinio gydymo studijos

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Tęsimys
Teigiami rezultatai/ veiksmingesni už placebo												
Antidepresantai												
Tricikliai												
McCann ir Agram	1990	23		Desipramine	4	2	4	3	3	1	Persivalgymų dažnis	Taip
Alger ir kt.	1991	41	8	Imipramine(naltrexone)	1	0	1	1	1	12 sav.	Persivalgymų dažnis tarp nutukusių	Taip
Agram ir kt.	1994	108	24	Desipramine ir EKT papildomai prie svorio mažinimo terapijos	1	1	1	0	0	8 sav. 9 mėn.	Persivalgytojų Persivalgymų dažnumas	Nėra papildomo poveikio prie EKT
Laenderach-Hofmann ir kt.	1999	31	2	Imipramine ir konsultacija dėl dietos	1	1	1	1	1	8 sav.	Persivalgymų dažnis Svorio kritimas	Taip Taip
SSRI												
Citalopram/Escitalopram												
McElroy ir kt.	2003	38	7	Citalopram	2	0	2	2	2	6 sav.	Persivalgymų dažnumas Svoris/KMI Ligos sunkumas	Taip Taip Taip
Guerdjikova ir kt.	2008	44		Escitalopram 26,5 mg/d			1	1	1	12 sav.	KMI Bendras ligos sunkumas Obsesiniai-kompulsiniai simptomai persivalgymo sutrikimų simptomai (BED)	Taip Taip Ne
Fluvoxamine												
De Zwaan ir kt.	1992	22	0	Fluvoxamine+G-EKT, EKT+PLB, dietos kontrolė+PLB, dietos kontrolė+fluoxetine	4	2	3	4	2		Svorio kritimas	Ne
Hudson ir kt.	1998	85	18	Fluvoxamine	1	0	1	1	1	9 sav.	Persivalgymų dažnis CGI BMI HAMD	Taip Taip Taip Ne
Ricca ir kt.	2001	108	12	Fluvoxamine, fluoxetine+KET	1	1	1	1	1	24 sav.	KMI EDE	Ne Ne
Pearlstein ir kt.	2003	20	2	Fluvoxamine	1	0	1	1	1	12 sav.	Persivalgymo dažnis ED BDI	Ne Ne Ne

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai/ Pranašumas placeboi
					5	4	3	3	3			
Fluoxetine												
Marcus ir kt.	1990	45 (22 su BED)	1	Fluoxetine+elgesio modifikacija	1	1	1	1	1	52 sav.	Svoris	Taip
Ricca ir kt.	2001	108	12	Fluoxetine ir fluvoxamine su indiv. EKT	1	1	0	0	0	24 sav. 1 metus	KMI EDE	Ne Ne
Arnold ir kt.	2002	60	24	Fluoxetine	1	0	1	1	1	6 sav.	Persivalgymų dažnumas Svoris/KMI CGI HAMD	Taip Taip Taip Tendencija
Devlin ir kt.	2005	116		Fluoxetine ir KET	1	1	1	1	1	20 sav.	Persivalgymų dažnis Svoris	Ne Ne
Devlin ir kt.	2007	116		Fluoxetine ir KET	1	1	0	0	0		Su valgymu susijusi psichopatologija Depresijos simptomai Persivalgymų dažnis Svoris	Ne Ne Ne Ne
Sertraline					3	0	1	2	2			
McElroy ir kt.	2000	34	8	Sertraline	1	0	0	1	1	6 sav.	Persivalgymų dažnis CGI KMI	Taip Taip Taip
O'Reardon ir kt.	2006	34 (naktinio valgymo sindromas)	2	Sertraline	1	0	1	1	1	8 sav.	CGI Naktinio valgymo sindromas	Taip Taip
Leombruni ir kt.	2006	32	8	Sertraline	1	0	0	0	0	24 sav.	KMI EDI-2 BES BDI	Taip Subskaitės Taip Taip

SNRI												
Atomoxetine												
McElroy ir kt.	2007	40	4	Atomoxetine 40-120 mg/d.	1	0	1	1	1	1	Persivalgymų epizodų dažnis Persivalgymo dienų skaičius, Svoris, KMI ir balai CGI-ligos sunkumo skaleje, Yale-Brown obsesijų kompulsijų skalė modifikuota persivalgymų obsesijų subskalė, ir Trijų faktorių valgyimo klausimyno alkio subskalė	Taip Taip Taip Taip Taip Taip
Venlafaxine												
Venlafaxine												
Malhort ir kt.	2002	35	0	Venlafaxine	1	0	0	0	0	0	Savaitės persivalgymų dažnis Persivalgymų sunkumas Svoris/BMI	Taip Taip Taip
Sibutramine												
Sibutramine												
Appolinario ir kt.	2003	60	12	Sibutramine	1	0	1	1	1	1	Persivalgymų dažnis Svorio kritimas BES BDI	Taip Taip Taip Taip
Bauer ir kt.	2006	73 (29 su BED, kiti subklinikiniai)	20	Sibutramine	1	1	1	1	1	1	Svorio kritimas Persivalgymai	Taip Ne
Milano ir kt.	2005	20		Sibutramine	1	0	1	1	1	0	Persivalgymų dažnis BES Svorio kritimas	Taip Taip
Wilfley ir kt.	2008	304	115	Sibutramine	1	0	1	1	1	1	Persivalgymų dažnis per savaitę Svorio kritimas Mažesnis dažnis persivalgymo dienų skaičius; Sumažėjęs kūno masės indeksas; Bendrosios būklės pagerėjimas; Atsako lygis, įskaitant procentą laisvų nuo persivalgymo dienų (sibutramino grupė – 58,7 proc., placebo grupė – 42,8 proc.) Sumažėjusi valgyimo patologija (kognityvinis ribotumas, disinhibicija, alkis)	Taip Taip Taip Taip Taip Taip
NRI												
Silveria ir kt.												
2005	9	4	Reboxetine	0	0	0	0	0	0	0	Svoris/KMI BES CGI WHOQoL-BREF	Taip Taip Taip Taip

tęsimys

Autorius	Metai	Pacientų skaičius	Nutraukė tyrimą	Vaistai	Studijų skaičius	Psichoterapija	Randomizuoti	Placebokontroliuojamieji	Dvigubai aklas	Gydymo trukmė	Parametrai	Teigiami rezultatai/ Pranašumas placeboi
Prieštraukuliniai												
Topiramate					7	1	3	3	3			
Appolinario ir kt.	2002	8	2	Topiramate	1	0	0	0	0	16 sav.	Persivalgymų epizodai per savaitę BES BDI Svoris	Taip Taip Taip Taip
McElroy ir kt.	2003	61	9	Topiramate	1	0	1	1	1	14 sav.	Persivalgymų dažnis Svoris/KMI CGI Y-BOCS-BE	Taip Taip Taip Taip
De Bernardi ir kt.	2005	1	0	Topiramate	1	0	0	0	0	28 sav.	Svoris/KMI BED-simptomai	Taip Taip
McElroy ir kt.	2004	43	21	Topiramate	1	0	1	1	1	42 sav.	Persivalgymų dažnis Svorio kritimas	Taip Taip
Guerdjikova ir kt.	2005	3	0	Topiramate po bariatrinės operacijos	1					10 mėn.	Persivalgymų simptomai Svorio kritimas	Taip Taip
Claudino ir kt.	2007	73	17	Topiramate +EKT	1	1	1	1	1	21 sav.	Svorio pokyčiai ir antriniai matuoti pokyčiai Persivalgymų dažnis Persivalgymų remisija Persivalgymų skalės (BES) balai Becko depresijos inventoriaus (BDI) balai	Taip Ne Taip Ne Ne
McElroy ir kt.	2007	394	118	Topiramate	1	0	1	1	1	16 sav.	Persivalgymų dienos/ sav. Persivalgymų epizodai/ sav. Svoris/KMI	Taip Taip Taip
Zonisamide												
McElroy ir kt.	2004	15	7	Zonisamide	1	0	0	0	0	12 sav.	Persivalgymų dažnis Svoris/KMI CGI Y-BOCS-BE TFEQ	Taip Taip Taip Taip Taip

McElroy ir kt.	2006	60	12	Zonisamide	1	0	1	1	1	1	16 sav.	Persivalgymo eizodų dažnumas(P=0,021) Kūno svoris(P<0,001), KMI (P=0,001) Klinikinio bendrojo išpūdžio-sunkumo (CGI-S) skalės balai (P<0,001), Yale-Brown obsesijų kompulsijų skalė modifikuota persivalgymams (P<0,001) Trijų faktorių valgyimo klausimyno disinhibicijos skalė (P<0,001)	Taip Taip Taip Taip Taip	
Ricca ir kt.	2009	28		Zonisamide	1	1	0	0	0	0		Mažesnis persivalgymų dažnis	Taip	
Kitos framakologinės medžiagos														
Baclofen					1	0	0	0	0	0				
Broff ir kt.	2007	7 (4BED; 3BN)		Baclofen	1	0	0	0	0	0	10 sav.	Persivalgymų dažnis	Taip	
Orlistat					8	2	5	4	3					
Norgren ir kt.	2003	11		Orlistat	1	0	0	0	0	0	12 sav.	Sumažėjęs riebalų suvartojimas, skatinamas svorio kritimas	Taip (paaugliai)	
Chanoine ir kt.	2005	539		Orlistat	1	0	1	1	1	1	54 sav.	Svorio kritimas	Taip (paaugliai)	
McDuffie ir kt.	2002	20		Orlistat	1	1	0	0	0	0	3 mėn.	Svorio kritimas	Taip (paaugliai)	
McDuffie ir kt.	2004	20		Orlistat	1	1	0	0	0	0	6 mėn.	Svorio kritimas	Taip (paaugliai)	
Golay ir kt.	2005	89	18	Orlistat	1	0	1	1	1	1	24 sav.	Svorio kritimas EDL-2	Taip Taip	
Grilo ir kt.	2005	50	11	Orlistat ir KET savipagalbos	1	1	1	1	1	1	12 sav.	5 proc. svorio kritimas Persivalgymų remisija	Taip Taip	
Grilo ir Masheb	2007	50	11	Orlistat ir KET savipagalbos	1	1	1	1	1	1	12 sav.	Greitas atsakas yra labiau susijęs su persivalgymų remisija ir 5 proc. svorio kritimu	Taip	
Yancy ir kt.	2010	146	24	Orlistat ir riebalų ribojimas	1	0	1	0	0	0	48	Svorio kritimas vs mažai karbohidratų, ketogeninė dieta	Panašiai	
d-fenfluramine					1	0	1	1	1	1				
Stunkard ir kt.	1996	28	1	d-fenfluramine	1	0	1	1	1	1	8 sav.	Persivalgymai per savaitę	Taip	
Naltrexone					2	0	1	1	1	1				
Alger ir kt.	1991	41		Imipramine (naltrexone)	1	1	1	1	1	1	8 sav.	Nutukusių persivalgytojų persivalgymų trukmė	Ne	
Marrazzi ir kt.	1995				1									

Leombruni ir kt. (2006) informavo apie atvirą laukimo sąrašu kontroliuojamąjį tyrimą 24 savaitių gydymo laikotarpiu 32 pacientams skyrė sertralina. Sumažėjo KMI, EDI-2 dalių rodikliai, BES ir BDI.

SNRI

Atomoksetinas. McElroy ir kt. (2007b) atliko 10 savaitių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą viencentrį 40 pacientų tyrimą. Gydymas 40–120 mg/dienai atomoksetinu buvo susijęs su sumažėjusiu persivalgymo epizodų dažniu. Keturi pacientai tyrimo nebaigė (1 skirta placebo, trims – atomoksetino). Atomoksetino nutraukimo priežastis – pasunkėję depresijos simptomai, vidurių užkietėjimas ir nervingumas.

Venlafaksinas. Malhort ir kt. (2002) informavo apie gydymą 35 pacientų, 120 dienų gydytų venlafaksinu. Sumažėjo savaitinis persivalgymo dažnis. Tyrėjai informuoja, kad venlafaksinas buvo gerai toleruojamas. Dažniausiai šalutiniai reiškiniai buvo burnos džiūvimas, lytinė disfunkcija, nemiga ir šleikštulys. Visi pacientai baigė gydymą.

Sibutraminas. Appolinario ir kt. (2003) atliko 12 savaitių atsitiktinių imčių dvigubai aklą, placebo kontroliuojamąjį 60 pacientų tyrimą. Sibutraminas buvo susijęs su persivalgymo dažnio, svorio, BES ir KMI sumažėjimu. Šio vaisto šalutiniai poveikiai: burnos džiūvimas ($p = 0,01$) ir vidurių užkietėjimas ($p < 0,001$). Iš farmakologinį gydymą gavusios grupės iškrita septyni pacientai, iš PLB grupės – penki. Šio vaisto šalutiniai poveikiai: burnos džiūvimas ($p < 0,01$), galvos skausmas ($p < 0,01$) ir vidurių užkietėjimas ($p < 0,001$). Reikėtų stebėti kraujo spaudimą.

Bauer ir kt. (2006) atliko 16 savaitių atsitiktinių imčių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį 29 BED turinčių pacientų ir 44 nutukusių BED neturinčių pacientų tyrimą. Sibutraminas ir CBT svorio mažinimo terapija buvo susijusi su svorio mažėjimu, bet ne su persivalgymo sumažėjimu. 20 sibutramino ir BED grupės pacientų iškrita. Sibutramino vartojimas nesukėlė sunkesnių šalutinių poveikių.

Milano ir kt. (2005) atliko 12 savaitių placebo kontroliuojamąjį 20 pacientų tyrimą. Sibutraminas buvo susijęs su persivalgymo dažnio, svorio, BES rodiklio sumažėjimu. Sibutramino vartojimas nesukėlė sunkesnių šalutinių poveikių. Pacientai, kurie patyrė šalutinius poveikius, informavo apie: 40 proc. burnos džiūvimą, vidurių užkietėjimą – 20 proc., tachikardiją – 10 proc., nemigą, cefalgiją arba šleikštulį.

Wilfley ir kt. (2008) atliko 24 savaitių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą 304 pacientų tyrimą. Sibutraminas buvo susijęs su savaitinio persivalgymo, svorio, persivalgymo dienų dažnio, KMI mažėjimu, bendros būklės pagerėjimu, atsako lygiu, įskaitant susilaikymo nuo persivalgymo dydį (sibutramino grupėje – 58,7 proc., placebo grupėje – 42,8 proc.); ir valgymo patologijos sumažėjimu (kognityvinis susilaikymas, išsilaisvinimas (disinhibition) ir alkis).

Iškrito 115 pacientų, 32,9 proc. – iš sibutramino vartojusiųjų grupės, iš PLB grupės – 42,8 proc. 10 pacientų iškrita dėl sibutramino nepageidaujamo poveikio. Lyginant su placebo, gydymas sibutraminu buvo susijęs su reikšmingai didesniu galvos skausmų, burnos džiūvimu, vidurių užkietėjimo, nemigos ir galvos svaigimo dažniu.

NRI. Silveria ir kt. (2005) informavo apie devynis

pacientus (4 iškrita) 12 savaitių gydytus reboksetinu. Skiriant noradrenerginį antidepresantą, reikšmingai pakito jų svoris/KMI, BES, CGI ir WHOQoL-BREF. Sunkesnių nepageidaujamų reakcijų nepastebėta.

Gydymas antikonvulsantais

Topiramatas. Appolinario ir kt. (2002a) informavo apie aštuonis pacientus (2 iškritę), 16 savaitių gydytus topiramatu, kurių savaitiniai persivalgymo epizodai reikšmingai sumažėjo. Dažniausias šalutinis vaisto poveikis: parestezija, nuovargis ir mieguistumas. De Bernardi ir kt. (2005) informavo apie 28 savaites gydytą topiramatu pacientą, kurio svoris ir KMI reikšmingai sumažėjo. Guerdjikova ir kt. (2005) informavo apie 10 mėn. topiramatu gydytus tris pacientus po bariatrinės chirurgijos. Sumažėjo persivalgymo (BES) ir depresijos (BDI) simptomai. Topiramatai pacientai toleravo gerai. Šalutinis poveikis: nedidelis nuovargis (skiriant 25 mg), nemiga, parestezija (skiriant 50 mg), kognityvinė disfunkcija (skiriant atitinkamai 150 arba 625 mg), ir vakarinis nerimas (skiriant 200 mg).

McElroy ir kt. (2003) atliko 14 savaitių, atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį 61 sergančiojo BED tyrimą. Topiramatas sumažino persivalgymo dažnį, svorį ir KMI, CGI ir Y-BOCS-BE. Devyni pacientai iš tyrimo iškrita, iš jų 6 dėl topiramato šalutinių poveikių. Dažniausias šalutinis poveikis – parestezija ir galvos skausmai. McElroy ir kt. (2003c) pranešė apie 42 savaitių tęstinį tyrimą 43 BED sergančių pacientų, anksčiau iki galo dalyvavusių dvigubai aklame placebo kontroliuojamajame tyrimo etape, iš jo iškrita dėl protokolo nesilaikymo ($n = 17$) ir šalutinių vaisto poveikių ($n = 14$). Dažniausios komplikacijos: parestezija, burnos džiūvimas, galvos skausmai, skonio pokyčiai ir kognityvinės problemos. Pacientai, kurie tyrimo nebaigė dėl šalutinių vaisto poveikių, nevartojo didesnių topiramato dozių nei pacientai, kurie tyrimo nebaigė dėl kitų priežasčių. Nepaisant to, rekomenduojama palaipsniui didinti topiramato dozes siekiant išvengti šalutinių poveikių.

Claudino ir kt. (2007) atliko atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą 73 sergančiųjų BED tyrimą. Topiramatas +CBT buvo susijęs su svorio pokyčiais. Sumažėjo ir antriniai matuojami rezultatai (Beck depresijos klausimyno (BDI) rodikliai), prailgėjo persivalgymo remisija, bet nesumažėjo persivalgymo dažnis. Iš tyrimo iškrita 17 pacientų. Vienas topiramata vartojusių pacientas iškrita dėl šalutinių vaisto poveikių. Su topiramatu susijusi parestezija, skonio pakitimas ir nemiga.

McElroy ir kt. (2007a) atliko 16 savaitių placebo kontroliuojamąjį 195 vartojusiųjų topiramata ir 199 vartojusiųjų placebo tyrimą. Sumažėjo savaitinių persivalgymo dienų, savaitinių persivalgymo epizodų, svorio ir KMI. Tyrimą nutraukė 30 proc. pacientų. 16 proc. vartojusiųjų topiramata pacientų iškrita dėl šalutinių vaistų poveikių. Dažniausias šalutinis poveikis: parestezija, viršutinių kvėpavimo takų infekcija, mieguistumas ir pykinimas.

Zonisamidas. McElroy ir kt. (2004d) informavo apie 15 pacientų (7 iškritę), 12 savaitių gydytų zonisamidu, atvirą tyrimą. Sumažėjo persivalgymo dažnis, svoris ir KMI, CGI, Y-BOCS-BE ir TFEQ. Septyni pacientai anksčiau laiko nutraukė zonisamido vartojimą. Keturi iš jų – dėl šalutinių vaisto poveikių. Dažniausi šalutiniai poveikiai: skonio

pokyčiai, nuovargis, burnos džiūvimas ir kognityvinis pablogėjimas. Vienam pacientui išsivystė inkstų akmenligė. McElroy ir kt. (2006) atliko 16 savaičių atsitiktinių imčių placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą 60 pacientų tyrimą, skirdami jiems zonisamidą. Reikšmingai sumažėjo persivalgymo epizodų dažnis ($p < 0,021$), kūno svoris ($p < 0,001$), KMI ($p < 0,001$) ir CGI ($p < 0,001$), Y-BOCS-BE ($p < 0,001$) bei TFEQ ($p < 0,001$) rodikliai. 12 pacientų iškrito dėl šalutinių vaisto poveikių. Pranešta, kad zonisamido vartojimas pacientams nutrauktas dėl netyčinių susižalojimų skilus/lūžus kaulams, psichologinių ir kognityvinių skundų.

Ricca ir kt. (2009) informavo, kad individualios kognityvinės elgesio terapijos papildymas zonisamidu gali pagerinti pacientų, turinčių persivalgymo sutrikimą, gydymą, mažindamas kūno svorį ir persivalgymo epizodų skaičių. Šie rezultatai išliko po gydymo praėjus vieneriems metams.

Gydymas kitais farmakologiniais junginiais

Baklofenas. Broft ir kt. (2007) informavo apie septynis pacientus (4 BED; 3 BN), 10 savaičių gydytus baklofenu. Sumažėjo persivalgymo dažnis. Baklofeną pacientai toleravo gerai. Dažniausiai informuota apie slopinimą. Vienas pacientas tyrimo nebaigė, kitas 10 savaitę nutraukė vaisto vartojimą, taigi nebuvo įskaitytas kaip tyrimo nebaigęs pacientas.

Orlistatas. Golay ir kt. (2005) atliko 24 savaičių atsitiktinių imčių dvigubai aklą 89 pacientų tyrimą. Orlistatas buvo susijęs su svorio ir EDI-2 rodiklių sumažėjimu. 18 pacientų tyrimo nebaigė, 4 – dėl vaisto šalutinių poveikių (visi iš PLB grupės).

Grilo ir kt. (2005a) atliko 12 savaičių 50 pacientų tyrimą, skirdami jiems orlistatą ir CBT savipagalbą. Orlistatas buvo susijęs su svorio sumažėjimu ir persivalgymo remisija. Grilo ir Masheb (2007) informavo apie 50 pacientų, gydytų orlistatu ir CBT savipagalba. Greitai užfiksuotas teigiamas poveikis: nustatyta persivalgymo remisija, 5 proc. pacientų krito svoris. Orlistatas buvo gerai toleruojamas, 11 pacientų tyrimo nebaigė. Tik du pacientai patyrė šalutinį vaistų poveikį ir dėl to tyrimo nebaigė.

Yancy ir kt. (2010) atsitiktinių imčių tyrimo metu lygino gydymą orlistatu ir mažai riebalų turinčia dieta su gydymu mažai angliavandenių turinčia ketogenine dieta. Svorio sumažėjimo rodikliai buvo panašiai teigiami.

Trijų atvirų tyrimų (Norgren ir kt., 2003 McDuffie ir kt., 2002, 2004) ir 1 RCT (Chanoine ir kt., 2005) duomenimis, orlistatas yra veiksmingas gydant su BED susijusį vaikų antsvorį. Vieno RCT (Maahs ir kt., 2006) rezultatai buvo neigiami.

d-Fenfluraminas

d-Fenfluraminas. Stunkard ir kt. (1996) atliko aštuonių savaičių placebo kontroliuojamąjį dvigubai aklą 28 pacientų tyrimą. D-fenfluramino vartojimas buvo susijęs su savaitinių persivalgymų sumažėjimu. D-fenfluraminą vartojusiųjų grupėje užfiksuota daugiau galvos skausmų (25 proc. lyginant su 8 proc.) ir diarėjos (17 proc. lyginant su 8 proc.). Vieną pacientą išbėrė, išbėrimas prasidėjo po dviejų dienų nuo gydymo pradžios, po 3 mėn. išbėrimo nebuvo.

Naltreksonas. Alger ir kt. (1991) atliko aštuonių savaičių dvigubai aklą placebo kontroliuojamąjį tyrimą 88 nutukusių persivalgymo sutrikimą turinčių pacientų ir 60 normalaus svorio tiriamųjų, sergančių BN, skirdami jiems naltreksoną (100–150 mg/dieną) ir imipraminą (150 mg/dieną). Naltreksonas

buvo susijęs su reikšmingai sumažėjusiu sergančių bulimija persivalgymo dažniu ir svoriu, o imipraminas – su nutukusių persivalgymo sutrikimą turinčių pacientų sumažėjusiu persivalgymo dažniu. Tyrėjai daro išvadą, kad naltreksonas ir imipraminas gali būti veiksmingi persivalgymui gydyti.

Farmakoterapijos ir psichoterapijos derinimas

Daugelyje tyrimų psichoterapija buvo skirta kaip įprastas foninis gydymas. 50 proc. RCT (2 iš 4) su TCA buvo derinami su psichoterapija. Vienas RCT nenustatė pranašumo lyginant su CBT.

Ir fluoksetinas nebuvo pranašesnis už psichoterapiją. Arnold ir kt. (2002) fluoksetino tyrimo metu be psichoterapijos nustatytas pranašumas lyginant su placebo. Sertralinas buvo tiriamas be psichoterapijos, tyrimo metu nustatytas pranašumas lyginant su placebo. Tas pats pasakytina apie atomoksetiną. Bauer ir kt. (2006) sibutramino tyrimo su psichoterapija metu vaisto poveikis nustatytas tik svoriui mažinti. Kitų sibutramino RCT be psichoterapijos metu nustatytas sibutramino pranašumas lyginant su placebo. Panašus ir topiramato poveikis: (Claudino ir kt., 2007) topiramato tyrimo su psichoterapija metu nustatytas teigiamas poveikis svoriui mažinti. Dviejų RCT metu orlistatas buvo derinamas su psichoterapija.

Persivalgymo sutrikimo gydymo gairių aptarimas

Atlikti trys RCT (2 – skiriant imipraminą, 1 – desipraminą), kurių metu nustatytas didesnis už placebo persivalgymo dažnio sumažėjimas gydant BED. Pateikiama A kategorijos lygio įrodymų dėl imipramino poveikio su nuosaikiu rizikos ir naudos santykiu (2 lygio rekomendacija).

Citalopramas, escitalopramas. Atlikti du RCT, kurių metu nustatytas didesnis už placebo veiksmingumas gydant BED (A kategorijos įrodymai, 1 lygio rekomendacija).

Atlikti trys tyrimai, kurių metu nenustatytas teigiamas fluvoksamino poveikis gydant BED, ir vienas tyrimas, kurio metu nustatyti teigiami fluvoksamino rezultatai gydant BED (D kategorijos lygio įrodymai).

Fluoksetino veiksmingumo, gydant BED, duomenys prieštaringi. Dviejų tyrimų metu nustatytas svorio mažėjimas, dviejų tyrimų metu – ne. Dviejų tyrimų metu nustatytas depresijos simptomų sumažėjimas, dviejų tyrimų metu nenustatytas reikšmingas depresijos simptomų sumažėjimas (D kategorijos lygio įrodymai).

Dviem RCT galima buvo įrodyti sertralino veiksmingumą, lyginant su placebo, gydant sergančiųjų BED psichopatologiją ir su BED susijusį elgesį (A kategorijos įrodymai, 1 lygio rekomendacija).

Yra vienas RCT, kurio metu nustatytas atomoksetino veiksmingumas gydant BED (B kategorijos lygio įrodymai).

Aprašytas vienas gydymo venlafaksinu atvejis, teigiama, kad jis gali būti veiksmingas gydant BED (C kategorijos lygio įrodymai).

Atlikti keturi RCT, kurių metu nustatytas didesnis už placebo sibutramino veiksmingumas gydant BED (A kategorijos įrodymai, bet trūksta rizikos ir naudos santykio įrodymo).

Atliktas vienas atviras tyrimas ir teigiama, kad reboksetinas gali būti veiksmingesnis už placebo gydant BED (C kategorijos lygio įrodymai).

Atlikti trys RCT ir teigiama, kad topiramatas yra veiksmingesnis už placebo gydant BED (A kategorijos

įrodymai, rizikos ir naudos santykis nuosaikus, 2 lygio rekomendacija).

Atliktas vienas zonisamido RCT, kurio metu nustatytas jo veiksmingumas, lyginant su placebo, psichopatologijai, svoriui, BED elgesiui mažinti (B kategorijos lygio įrodymai).

Atliktas vienas atviras tyrimas ir teigiama, kad baklofenas gali būti veiksmingas mažinant persivalgymo dažnį (C kategorijos lygio įrodymai).

Didesnis už placebo orlistato veiksmingumas mažinant BED turinčių pacientų svorį patvirtintas trimis RCT (A kategorijos įrodymai, rizikos ir naudos santykis nuosaikus).

Vieno RCT metu nustatytas d-fenfluramino veiksmingumas, lyginant su placebo, mažinant sergančiųjų BED savaitinius persivalgymus (B kategorijos lygio įrodymai).

Atliktas vienas RCT, kurio metu nustatytas naltreksono veiksmingumas, lyginant su placebo, mažinant sergančiųjų BED persivalgymo trukmę (B kategorijos lygio įrodymai).

Prieinama farmakologinio BED gydymo literatūra grindžiama santykinai trumpos trukmės tyrimais (daugumos tyrimų trukmė mažiau 6 mėn.), taigi, nepakanka informacijos apie šio gydymo būdų ilgalaikį veiksmingumą.

PADĖKA

Dėkojame Berenike Oppermann ir Markus Dold už jų redakcinę pagalbą.

INTERESŲ DEKLARACIJA

Martin Aigner keliones finansavo: CSC, Eli Lilly, Pfizer, pranešėjo honorarus finansavo: CSC, Eli Lilly, Pfizer.

Janet Treasure parašė valgymo sutrikimų savarankiško gydymosi vadovus ir neturi deklaruotinių interesų.

Walter Kaye gavo AstraZeneca paramą subsidijomis.

Siegfried Kasper gavo Bristol Myers-Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Lundbeck, Organon, Sepracor ir Servier paramą subsidijomis/tyrimų paramą, jis dirbo AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen, Lundbeck, Merck Sharp and Dome (MSD), Novartis, Organon, Pfizer, Schwabe, Sepracor, Servier konsultantu arba Patariamųjų tarybų nariu; dirbo Angelini, Astra-Zeneca, Bristol Myers-Squibb, Eli Lilly, Janssen, Lundbeck, Pfizer, Pierre Fabre, Schwabe, Sepracor, Servier pranešėjų biurų nariu

Vertė gyd. Brigita Baks

LITERATŪRA

1. Agras WS, Dorian B, Kirkley BG, Arnov B, Bachman J. Imipramine in the Treatment of Bulimia: A Double-blind Controlled Study. *Int J Eat Dis* 1987;6:29–38.
2. Agras WS, Rossiter EM, Arnov B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD, et al. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry* 1992;149:82–87.
3. Agras WS, Rossiter EM, Arnov B, Telch CF, Raeburn SD, Bruce B, et al. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1994;55:179–183.
4. Alger SA, Schwalberg MD, Bigaouette JM, Michalek AV, Howard LJ. Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behavior in normoweight bulimic and obese, binge-eating subjects. *Am J Clin Nutr* 1991;53:865–871.
5. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
6. Appolinario JC, Fontenelle FL, Papelbaum M, Bueno JR, Coutinho W. Topiramate use in obese Patients with Binge Eating Disorder: An Open Study. *Can J Psychiatry* 2002;47:271–273.
7. Appolinario JC, Bacaltchuk J, Sichieri R, Claudino AM, Godoy-Matos A, Morgan C, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1109–1116.
8. Appolinario JC, Godoy-Matos A, Fontenelle LF, Carraro L, Cabral M, Vieira A, et al. An open-label trial of sibutramine in obese patients with binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:28–30.
9. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, Welge JA, Bennett AJ, Keck PE. A placebo-controlled, randomized trial of fl uoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1028–1033.
10. Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 1998;155:548–551.
11. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*(4):CD003391; 2003.
12. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision. *World J Biol Psychiatry* 2008;9:248–312.
13. Barbarich NC, McConaha CW, Gaskill J, La Via M, Frank GK, Achenbach S. An open trial of olanzapine in Anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1480–1482.
14. Barlow J, Blouin J, Blouin A, Perez E. Treatment of bulimia with desipramine: a double-blind crossover study. *Can J Psychiatry* 1988;33:129–133.
15. Bartra J, Valero AL, del Cavillo A, Devila I, Auregui I, Monitoro J, et al. Interactions of the H1 Antihistamines. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2006;16(1):29–36.
16. Bauer C, Fischer A, Keller U. Effect of sibutramine and of cognitive-behavioural weight loss therapy in obesity and subclinical binge eating disorder. *Diabetes Obes Metab* 2006;8:289–295.
17. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007;40:293–309.
18. Berry EM, Mechoulam R. Tetrahydrocannabinol and endocannabinoids in feeding and appetite. *Pharmacology & Therapeutics* 2002;95:185–190.
19. Biederman J, Herzog DB, Rivinus TM, Harper GP, Ferber RA, Rosenbaum JF, et al. Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1985;5:10–16.
20. Birmingham CL, Goldner EM, Bakan R. Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994;15:251–255.
21. Birmingham CL, Gritzner S. How does zinc supplementation benefit anorexia nervosa? *Eat Weight Disord* 2006;11:109–111.
22. Bissada H, Tascas GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2008;165:1281–1288.
23. Boachie A, Goldfield GS, Spettigue W. Olanzapine use as an adjunctive treatment for hospitalized children with anorexia nervosa: case reports. *Int J Eat Disord* 2003;33:98–103.
24. Bosanac P, Kurlender S, Norman T, Hallam K, Wesnes K, Manktelow T, et al. An open-label study of quetiapine in anorexia nervosa. *Hum Psychopharmacol* 2007;22:223–230.
25. Brambilla F, Draisci A, Peirone A, Brunetta M. Combined cognitive-behavioral, psychopharmacological and nutritional therapy in eating disorders. 1. Anorexia nervosa-restricted type. *Neuropsychobiology* 1995;32:59–63.
26. Brambilla F, Draisci A, Peirone A, Brunetta M. Combined cognitive-behavioral, psychopharmacological and nutritional therapy in eating disorders. 2. Anorexia nervosa-binge-eating/purging type. *Neuropsychobiology* 1995;32:64–67.
27. Brambilla F, Draisci A, Peirone A, Brunetta M. Combined cognitive-behavioral, psychopharmacological and nutritional therapy in bulimia nervosa. *Neuropsychobiology* 1995;32:68–71.
28. Brambilla F, Garcia CS, Fassino S, Daga GA, Favaro A, Santonastaso P. Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. *Int Clin Psychopharmacol* 2007;22:197–204.
29. Braun DL, Sunday SR, Fornari VM, Halmi KA. Bright light therapy decreases winter binge frequency in women with bulimia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Compr Psychiatry* 1999;40:442–448.
30. Broft AI, Spanos A, Corwin RL, Mayer L, Steinglass J, Devlin MJ, et al. Baclofen for Binge Eating: an open-label trial. *Int J Eat Disord* 2007;40:687–691.
31. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:305–312.
32. Claudino AM, Hay P, Lima MS, Bacaltchuk J, Schmidt U, Treasure J. Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25(1):CD004365.
33. Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordas TA, Duchesne M, Sichieri R, et al. Double blind, randomized, placebo controlled trial plus cognitive behaviour therapy in binge eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1324–1332.
34. Carruba MO, Cuzzolaro M, Riva L, Bosello O, Liberti S, Castra R, et al. Efficacy and tolerability of moclobemide in bulimia nervosa: a placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharm* 2001;16:27–32.
35. Casper RC, Schlemmer RF Jr, Javaid JI. A placebo-controlled crossover study of oral clonidine in acute anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 1987;20:249–260.
36. Cassano GB, Miniati M, Pini S, Rotondo A, Banti S, Borri Ch, et al. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for Anorexia nervosa: a preliminary report. *Int J Eat Disord* 2003;33:172–177.
37. Chanoine JP, Hampf S, Jensen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;15:293:2873–2883.
38. Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordás TA, Duchesne M, Sichieri R, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1324–1332.
39. Cordás TA, Tavares H, Calderoni DM, Stump GV, Ribeiro RB. Oxcarbazepine for self-mutilating bulimic patients. *Int J Neuropsychopharm* 2006;9:789–771.
40. Court A, Mulder C, Kerr M, Yuen HP, Boasman M, Goldstone S, et al. Investigating the effectiveness, safety and tolerability of quetiapine in the treatment of anorexia nervosa in young people: a pilot study. *J Psychiatr Res* 2010;44:1027–34.
41. Crisp AH, Lacey JH, Crutchfield M. Clomipramine and “Drive” in people with anorexia nervosa: An in-patient study. *Br J Psychiatry* 1987;150:355–358.
42. Coughlin JW, Edwards R, Buenaver L, Redgrave G, Guarda AS, Haythornthwaite J. Pain, catastrophizing, and depressive symptomatology in eating disorders. *Clin J Pain* 2008;24:406–414.
43. De Bernardi C, Ferrarsi S, D’Innella P, Do F, Torre E. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2005;29:339–341.
44. De Zwaan M, Nutzinger DO, Schoenbeck G. Binge eating in overweight women. *Compr Psychiatry* 1992;33:256–261.
45. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S, et al. Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine as Adjuncts to Group Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder. *Obes Res* 2005;13:1077–1088.

46. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Liu L, Walsh BT. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. *Obesity* 2007;15:1702–1709.
47. El-Giamal N, de Zwaan M, Bailer U, Lennkh C, Schüssler P, Strnad A, et al. Reboxetine in the treatment of bulimia nervosa: a report of seven cases. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15:351–256.
48. Fahy TA, Eisler I, Russel GFM. A placebo-controlled trial of d-Fenfluramine in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1993;162:597–603.
49. Fassino S, Leombruni P, Daga G, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, et al. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12:453–459.
50. Faris PL, Kim SW, Meller WH, Goodale RL, Oakman SA, Hofbauer RD, et al. Effect of decreasing afferent vagal activity with ondansetron on symptoms of bulimia nervosa: a randomized, double-blind trial. *Lancet* 2000;355:792–797.
51. Fassino S, Leombruni P, Daga G, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, et al. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12:453–459.
52. Fazeli PK, Lawson EA, Prabhakaran R, Miller KK, Donoho DA, Clemmons DR, et al. Effects of Recombinant Human Growth Hormone in Anorexia Nervosa: A Randomized, Placebo-Controlled Study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4889–97.
53. Fichter MM, Leibl K, Rief W, Brunner E, Schmidt-Auberger S, Engel RR. Fluoxetine versus placebo: a double blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry* 1991;24:1–7.
54. Fichter MM, Krüger R, Rief W, Holland R, Döhne J. Fluoxetine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:9–18.
55. Fisman S, Steele M, Short J, Byrne T, Lavallee C. Case study: anorexia nervosa and autistic disorder in an adolescent girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:937–940.
56. Fletcher BC, Kupshik GA, Uprichard S, Shah S, Nash AS. Eating disorders and concurrent psychopathology: a reconceptualisation of clinical need through Rasch analysis. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:191–198.
57. Fontenelle LF, Vitor Mendlowicz M, de Menezes GB, Papelbaum M, Freitas SR, Godoy-Matos A, et al. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge eating disorder. *Psychiatry Res* 2003;119:189–194.
58. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Womens Ment Health* 2007;10:133–140.
59. Glassman AH, Bigger JT. Antipsychotic drugs: prolonged QT-interval, torsade de pointes and sudden death. *Am J Psychiatry* 2001;158:1774–1782.
60. Golay A, Laurent-Jaccard A, Habicht F, Gachoud JP, Chablotz M, Kammer A, et al. Effect of Orlistat in Obese Patients with Binge Eating Disorder. *Obes Res* 2005;13:1701–1708.
61. Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R, Clewes J, Heinmaa M, Rockert W, et al. A randomised controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa: short-term outcome. *Behav Res Ther* 1997;35:803–811.
62. Goldberg SC, Halmi KA, Eckert ED, Casper RC, Davis JM. Cyproheptadine in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1979;134:67–70.
63. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, Potvin JH, Rampey AH. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine bulimia nervosa research group. *Br J Psychiatry* 1995;166:660–666.
64. Goldstein DJ, Wilson MG, Ascroft RC, Al-Banna M. Effectiveness of Fluoxetine Therapy in Bulimia Nervosa Regardless of Comorbid Depression. *Int J Eat Disord* 1999;25:19–27.
65. Gotoh K, Fukagawa K, Fukagawa T, Noguchi H, Kakuma T, Sakata T, et al. Hypothalamic neuronal histamine mediates the thyrotropin-releasing hormone-induced suppression of food intake. *J Neurochem* 2007;103:1102–1110.
66. Grilo CM, Masheb RM, Salant SL. Cognitive Behavioral Therapy Guided Self-Help and Orlistat for the Treatment of Binge Eating Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Biol Psychiatry* 2005;57:1193–1201.
67. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine for the Treatment of Binge Eating Disorder: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Comparison. *Biol Psychiatry* 2005;57:301–309.
68. Grilo CM, Masheb RM. Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: Findings from a controlled trial of orlistat with guided selfhelp cognitive behavioral therapy. *Behav Res Ther* 2007;45:2537–2750.
69. Gross H, Ebert MH, Faden VB, Goldberg SC, Kaye WH, Caine ED, et al. A double-blind trial of delta 9-tetrahydrocannabinol in primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 1983;3:165–171.
70. Gross HA, Ebert MH, Faden VB, Goldberg SC, Nee LE, Kaye WH. A double-blind controlled trial of lithium carbonate primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 1981;1:376–381.
71. Guerdjikova AI, Kotwal R, McElroy SL. Response of recurrent binge eating and weight gain to topiramate in patients with binge eating disorder after bariatric surgery. *Obes Surg* 2005;15:273–277.
72. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Welge JA, Nelson E, Lake K, et al. High-dose escitalopram in the treatment of binge-eating disorder with obesity: a placebo-controlled monotherapy trial. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:1–11.
73. Gwirtsman HE, Guze BH, Yager J, Gainsley B. Fluoxetine treatment of Anorexia Nervosa: an open clinical trial. *J Clin Psychiatry* 1990;51:378–382.
74. Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, Cohen J. Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:177–181.
75. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:712–718.
76. Hazen E, Fava M. Successful treatment with duloxetine in a case of treatment refractory bulimia nervosa: a case report. *J Psychopharm* 2005;20:723–724.
77. Hedges DW, Reimherr FW, Hoopes SP, Rosenthal NR, Kamin M, Karim R, et al. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebocontrolled trial, part 2: improvement in psychiatric measures. *J Clin Psychiatry* 2003;64(12):1449–1454.
78. Hill K, Bucuvalas J, McClain C, Kryscio R, Martini RT, Alfaro MP, et al. Pilot study of growth hormone administration during the refeeding of malnourished anorexia nervosa patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000;10:3–8.
79. Holtkamp K, Konrad K, Kaiser N, Ploenes Y, Heussen N, Grzella I, et al. A retrospective study of SSRI treatment in adolescent anorexia nervosa: insufficient evidence for efficacy. *J Psychiatr Res* 2005;39:303–310.
80. Hoopes SP, Reimherr FW, Hedges DW, Rosenthal NR, Kamin M, Karim R, et al. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1335–1341.
81. Horne RL, Ferguson JM, Pope HG, Hudson JI, Lineberry CG, Ascher J, et al. Treatment of Bulimia with bupropion: A Multicenter Controlled Trial. *J Clin Psychiatry* 1988;49:262–266.
82. Hsu LKG, Clement L, Santhouse R, Ju ES. Treatment of bulimia nervosa with lithium carbonate. A controlled study. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:351–355.
83. Hudson J, Pope H, Jonas J. Psychosis in Anorexia Nervosa und Bulimia. *Br J Psychiatry* 1984;145:420–423.
84. Hudson JI, McElroy SL, Raymond NC, Crow S, Keck PE Jr, Carter WP, et al. Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: a multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Psychiatry* 1998;155:1756–1762.
85. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348–358.
86. Hughes PL, Wells LA, Cunningham CJ, Ilstrup DM. Treatin bulimia with desipramine. A double-blind, placebocontrolled study. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:182–186.
87. Huseman CA, Pearson PH, Leuschen MP, Madison J. Bulimia as a form of self-addiction treatment with Naltrexone hydrochloride (Trexan) a pilot study. *Clinical Trials Journal* 1990;27:77–83.
88. Jacobi C, Dahme B, Dittmann R. Cognitive-behavioural, fluoxetine and combined treatment for bulimia nervosa: short- and long-term results. *Eur Eat Disord* 2002;10:179–198.
89. Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nilni YI, Laird NM, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *J Clin Psychiatry* 2008;69:266–273.
90. Jensen VS, Mejlhede A. Anorexiannervosa: treatment with olanzapine. *Br J Psych* 2000;177:187.
91. Jonas JM, Gold MS. Treatment of antidepressant-resistant bulimia with naltrexone. *Int J Psychiatry in Medicine* 1986;16:306–309.
92. Jonas JM, Gold MS. The use of opiate antagonists in treating bulimia: a study of low-dose versus high-dose naltrexone. *Psychiatry Res* 1988;24:195–199.
93. Jordan J, Joyce PR, Carter FA, Horn J, McIntosh VV, Luty SE, et al. Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *Int J Psychiatry* 2008;41:47–56.
94. Kaplan AS, Garfinkel PE, Darby PL, Garner DM. Cabamazepine in the treatment of bulimia. *Am J Psychiatry* 1983;140:1225–1226.
95. Katz RL, Keen CL, Litt IF, Hurley LS, Kellams-Harrison KM, Glader LJ. Zinc deficiency in anorexia nervosa. *J Adolesc Health Care* 1987;8:400–406.
96. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior* 2008;94:121–135.
97. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001;49:644–652.
98. Kennedy SH, Piran N, Warsh JJ, Prendergast P, Mainprize E, Whynt C, et al. A trial of isacarbaxazid in the treatment of bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 1988;8:391–396.
99. Kennedy SH, Goldbloom DS, Ralevski E, Davis C, D'Souza JD, Lofchy J. Is there a role for selective monoamine oxidase inhibitor therapy in bulimia nervosa? A placebocontrolled trial of brofaromine. *J Clin Psychopharmacol* 1993;13:415–422.
100. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2008;38:1–9.
101. Klump KL, Gobrogge KL. A Review and Primer of Molecular Genetic Studies of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;37:43–54.
102. Kotler LA, Devlin MJ, Davies M, Walsh BT. An open trial with fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. *J Child and Adolescent Psychopharmacology* 2003;13:329–335.
103. Konturek PC, Konturek JW, Czenikiewicz-Guzik M, Brzozowski T, Sito E, Konturek SJ. Neuro-hormonal control of food intake: basic mechanisms and clinical implications. *J Physiol Pharmacol* 2005;56(6):5–25.
104. Kuchar DL, Walker BD, Thorburn CW. Ventricular tachycardia following ingestion of a commonly-used antihistamine. *MJA* 2002;176:429–430.
105. La Via MC, Gray N, Kaye WH. Case reports of Olanzapine treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;27:363–366.
106. Lacey JH, Crisp AH. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgrad Med J* 1980;56(1):79–85.
107. Laederach-Hofmann K, Graf C, Horber F, Lippuner K, Lederer S, Michel R, et al. Imipramine and diet counseling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: a randomized, placebo-controlled double-blind study. *Int J Eat Disord* 1999;26:231–244.
108. Lam RW, Goldner EM, Solyom L, Remick RA. A controlled study of light therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994;151:744–750.
109. Leitenberg H, Rosen JC, Wolf J, Vara LS, Detzer MJ, Srebenik D. Comparison of cognitive-behaviour therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1994;32:37–45.
110. Leggero C, Masi G, Brunori E, Calderoni S, Carissimo R, Maestro S, et al. Low-dose olanzapine monotherapy in girls with anorexia nervosa, restricting subtype: focus on hyperactivity. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20:127–133.
111. Leombruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abbate-Daga G, Fassino S. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: a single-blind randomized controlled trial. *Adv Ther* 2006;23:481–494.
112. Leombruni P, Gastaldi F, Lavagnino L, Fassino S. Oxcarbazepine for the treatment of binge eating disorder: a case series. *Adv Ther* 2008;25:718–724.
113. Maahs D, de Serna DG, Kolotkin RL, Ralston S, Sandate J, Qualls C, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of orlistat for weight loss in adolescents. *Endocr Pract* 2006;12:18–28.
114. Maccarrone M, Gasperi V, Catani MV, Diep TA, Dainese E, Hansen HS, et al. The endocannabinoid system and its relevance for nutrition. *Ann Rev Nutr* 2010;30:423–440.
115. Malina A, Gaskill J, McConaha C, Frank GK, LaVia M, Scholar L, et al. Olanzapine Treatment of Anorexia Nervosa: A Retrospective Study. *Int Inc J Eat Disord* 2003;33:234–237.
116. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med* 2004;6:49.
117. Mannucci E, Rotella F, Ricca V, Moretti S, Placidi GF, Rotella CM. Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *J Endocrinol Invest* 2005;28:417–419.
118. Malhotra S, King KH, Welge JA, Brusman-Lovins L, McElroy SL. Venlafaxine treatment of binge-eating disorder associated with obesity: a series of 35 patients. *J Clin Psychiatry* 2002;63:802–806.
119. Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, McDermott M, Gooding W. A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behavior modification in the treatment of obese binge-eaters and non-binge-eaters. *Am J Psychiatry* 1990;147:876–881.
120. Marraziti MA, Bacon JP, Kinzie J, Luby ED. Naltrexone use in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10:163–172.
121. McCallum RW, Grill BB, Lange R, Planky M, Glass EE, Greenfield DG. Definition of a gastric emptying abnormality in patients with anorexia nervosa. *Dig Dis Sci* 1985;30:713–722.
122. McCann UD, Agras WS. Successful treatment on nonpurging bulimia nervosa with desipramine: a double-blind, placebocontrolled study. *Am J Psychiatry* 1990;147:1509–1513.
123. McDuffie JR, Calis KA, Uwaifo GI, Sebring NG, Fallon EM, Hubbard VS, et al. Three-month tolerability of orlistat in adolescents with obesity-related comorbid conditions. *Obes Res*

- 2002;10:642–50.
124. McDuffie JR, Calis KA, Uwaifo GI, Sebring NG, Fallon EM, Frazer TE, et al. Efficacy of orlistat as an adjunct to behavioral treatment in overweight African American and Caucasian adolescents with obesity-related co-morbid conditions. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2004;17:307–319.
 125. McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, Lake KA, Soutullo CA, Keck PE, Hudson JI. Placebo-Controlled Trial of Sertraline in the Treatment of Binge Eating Disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:1004–1006.
 126. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA, Rosenthal NR, Karim MR, Kamin M, et al. Topiramate in the Treatment of Binge Eating Disorder Associated With Obesity: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2003;160:255–261.
 127. McElroy SL, Shapira NA, Arnold LM, Keck PE, Rosenthal NR, Wu SC, et al. Topiramate in the long-term treatment of binge-eating disorder associated with obesity. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1463–1469.
 128. McElroy SL, Kotwal R, Hudson JI, Nelson EB, Keck PE. Zonisamide in the treatment of binge-eating disorder: an open-label, prospective trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65:50–66.
 129. McElroy SL, Kotwal R, Guerdjikova AI, Welge JA, Nelson EB, Lake KA, et al. Zonisamide in the treatment of binge eating disorder with obesity: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1897–1906.
 130. McElroy SL, Hudson JI, Capece JA, Beyers K, Fisher AC, Rosenthal NR. Topiramate for the treatment of Binge eating disorder associated with obesity: a placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2007;61:1039–1048.
 131. McElroy SL, Guerdjikova A, Kotwal R, Welge JA, Nelson EB, Lake KA, et al. Atomoxetine in the treatment of binge-eating disorder: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;68:390–398.
 132. Mehler-Wex C, Romanos M, Kirchheiner J, Schulze UM. Atypical antipsychotics in severe anorexia nervosa in children and adolescents-review and case reports. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16(2):100–108.
 133. Milano W, Petrella C, Casella A, Capasso A, Carrino S, Milano L. Use of sibutramine, an inhibitor of the reuptake of serotonin and noradrenaline, in the treatment of binge eating disorder: a placebo-controlled study. *Adv Ther* 2005;22:25–31.
 134. Milano W, Petrella C, Sabatino C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with sertraline: a randomized controlled trial. *Adv Ther* 2004;21:232–237.
 135. Milano W, Siano C, Putrella C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with fluvoxamine: a randomized controlled trial. *Adv Ther* 2005;22:278–283.
 136. Mitchell JE, Groat R. A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptyline in bulimia. *J Clin Psychopharmacol* 1984;4:186–193.
 137. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:149–157.
 138. Mitchell JE, Fletcher L, Hanson K, Mussell MP, Seim H, Al-Banna M, et al. The relative efficacy of fluoxetine and manual-based self-help therapy in the treatment of outpatients with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2001;21:293–304.
 139. Mondraty N, Birmingham CL, Touyz S, Sundakov V, Chapman L, Beumont P. Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australas Psychiatry* 2005;13:72–75.
 140. Newman-Toker J. Risperidone in anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:941–942.
 141. NICE Guidelines. Eating Disorders. Core interventions in treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG9/Guidance/pdf/English; 2004>.
 142. Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, Pedrosa Gil F, Mitterlehner FO, Kaplan P, et al. Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord* 2005;38:295–300.
 143. Norgren S, Danielsson P, Jurold R, Löfborn M, Marcus C. Orlistat treatment in obese prepubertal children: a pilot study. *Acta Paediatr* 2003;92:666–670.
 144. Norris ML, Spettigue W, Buchholz A, Henderson KA, Obeid N. Factors influencing research drug trials in adolescents with anorexia nervosa. *Eat Disord* 2010;18(3):210–217.
 145. O'Reardon JP, Allison KC, Martino NS, Lundgren JD, HEO M, Stunkard J. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Sertraline in the Treatment of Night Eating Syndrome. *Am J Psychiatry* 2006;163:893–898.
 146. Pearlstein T, Spurell E, Hohlstein LA, Gurney V, Read J, Fuchs C, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge eating disorder: a high placebo response. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:147–151.
 147. Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry* 1983;140:554–558.
 148. Pope HG Jr, Keck PE Jr, McElroy SL, Hudson JI. A placebo-controlled study of trazodone in bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9:254–259.
 149. Powers PS, Santana CA, Bannon YS. Olanzapine in the treatment of Anorexia Nervosa: an open label trial. *Int J Eat Disord* 2002;32:146–154.
 150. Powers PS, Bannon Y, Eubanks R, McCormick R. Quetiapine in Anorexia Nervosa Patients: An Open Label Outpatient Pilot Study. *Int J Eat Disord* 2007;40:21–26.
 151. Preti A, Usai A, Miotto P, Petretto DR, Masala C. Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Res* 2008;159(1-2):86–94.
 152. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, ESEMeD-WMH Investigators, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009;43(14):1125–1132.
 153. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Moretti S, Di Bernardo M, Bertelli M, et al. Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: A one-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2001;70:298–306.
 154. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Rotella CM, Faravelli C. Zonisamide Combined with Cognitive Behavioral Therapy in Binge Eating Disorder: A One-year Follow-up Study. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009;6:23–28.
 155. Rigaud D, Brondel L, Poupard AT, Talonneau I, Brun JM. A randomized trial on the efficacy of a 2-month tube feeding regimen in anorexia nervosa: A 1-year follow-up study. *Clin Nutr* 2007;26:421–429.
 156. Romano SJ, Halimi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 2002;159:96–102.
 157. Rothschild R, Quitkin HM, Quitkin FM, Steward JW, Ocepek-Welikson K, McGrath PJ, et al. Tricamo E. A double-blind placebo-controlled comparison of phenelzine and imipramine in the treatment of bulimia in atypical depressives. *International J Eat Dis* 1994;15:1–9.
 158. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:659–670.
 159. Ruggiero GM, Laini V, Mauri MC, Ferrari VM, Clemente A, Lugo F, et al. A single blind comparison of amisulpride, fluoxetine and clomipramine in the treatment of restricting anorectics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:1049–1059.
 160. Russell DM, Freedman ML, Feiglin DH, Jeejeebhoy KN, Swinson RP, Garfinkel PE. Delayed gastric emptying and improvement with domperidone in a patient with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1983;140:1235–1236.
 161. Sabine EJ, Yonace A, Farrington AJ, Barratt KH, Waking A. Bulimia nervosa: a placebo controlled double-blind therapeutic trial of mianserin. *Br J Clin Pharmacol* 1983;15:195–202.
 162. Safai-Kutti S. Oral zinc supplementation in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1990;361:14–17.
 163. Safer DL, Darcy AM, Lock J. Use of mirtazapine in an adult with refractory anorexia nervosa and comorbid depression: A case report. *Int J Eat Disord* 2011;44:178–181.
 164. Santonastaso P, Friederici S, Favaro A. Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: an open controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001;11:143–150.
 165. Saleh JW, Lebowitz P. Gastric emptying studies in patients with anorexia nervosa: the effects of metoclopramide. *Gastroenterology* 1979;76:1233.
 166. Schmidt U, Cooper P, Essers H, Freeman Ch, Holland RL, Palmer R, et al. Fluvoxamine and graded psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study of short-term and long-term pharmacotherapy combined with a stepped care approach to psychotherapy. *J Clinical Psychopharmacol* 2004;24:549–552.
 167. Sharif ZA. Pharmacokinetics, metabolism and drug-drug interactions of atypical antipsychotics in special populations. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5(15):22–25.
 168. Shay NF, Mangian HF. Neurobiology of zinc-influenced eating behavior. *J Nutr* 2000;130:1493–1499.
 169. Signorini A, De Filippo E, Panico S, De Caprio C, Pisanisi F, Contaldo F. Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *Eur J Clin Nutr* 2007;61:119–122.
 170. Silbert MV. The weight gain effect of periactin in anorexic patients. *SAfr Med J* 1971;45:374–377.
 171. Silveira RO, Zanatto V, Appolinário JC, Kapczinski F. An open trial of reboxetine in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2005;10:e93–96.
 172. Sokol MS, Gray NS, Goldstein A, Kaye WH. Methylphenidate treatment for bulimia nervosa associated with a cluster B personality disorder. *Int J Eat Disord* 1999;25:233–237.
 173. Spettigue W, Buchholz A, Henderson K, Feder S, Moher D, Kourad K, et al. Evaluation of the effi cacy and safety of olanzapine as an adjunctive treatment for anorexia nervosa in adolescent females: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *BMC Pediatrics* 2008;8:4.
 174. Stacher G, Bergmann H, Wiesnagrotzki S, Kiss A, Schneider C, Mittelbach G, et al. Intravenous cisapride accelerates delayed gastric emptying and increases antral contraction amplitude in patients with primary anorexia nervosa. *Gastroenterology* 1987;92:1000–1006.
 175. Stacher G, Abtatz-Wenzel TA, Wiesnagrotzki S, Bergmann H, Schneider C, Gaupmann G. Gastric emptying, body weight and symptoms in primary anorexia nervosa. Long-term effects of cisapride. *Br J Psychiatry* 1993;162:398–402.
 176. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Appolinário JC. Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: systematic review and meta-analysis. *Eat Behav* 2008;9:129–136.
 177. Steinglass J, Sysko R, Schebendach J, Broft A, Strober M, Walsh BT. The application of exposure therapy and D-cycloserine to the treatment of anorexia nervosa: a preliminary trial. *J Psychiatr Pract*. 2007;13:238–245.
 178. Stunkard A, Berkowitz R, Tanrikut C, Reiss E, Young L. D-fenfluramine treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:1455–1459.
 179. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1998;155(7):939–946.
 180. Sunblad Ch, Landen M, Eriksson T, Bergman L, Eriksson E. Effects of the androgen inhibitor flutamide and the serotonin inhibitor citalopram in bulimia nervosa: a placebo controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacology* 2005;25:85–88.
 181. Szmukler GI, Young GP, Miller G, Lichtenstein M, Binns DS. A controlled trial of cisapride in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1995;17:347–357.
 182. Trunko ME, Schwartz TA, Duvvuri V, Kaye WH. Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: Case reports. *Int J Eat Disord* 2011;44(3):269–275.
 183. Vandereycken W. Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled study with sulpiride. *Br J Psychiatry* 1984;144:288–292.
 184. Vandereycken W, Pierloot R. Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled cross-over study. *Acta Psychiatr Scand* 1982;66:445–450.
 185. Vieweg WVR, Wood MA. Tricyclic antidepressants, QT interval prolongation and torsade de pointes. *Psychosomatics* 2004;45(5):371–377.
 186. Walsh BT, Stewart JW, Roose SP, Gladis M, Glassman AH. Treatment of bulimia with phenelzine. A double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:1105–1109.
 187. Walsh BT, Gladis M, Roose SP, Stewart JW, Stetner F, Glassman AH. Phenelzine vs placebo in 50 patients with bulimia. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:471–475.
 188. Walsh BT, Hadigan CM, Devlin MJ, Gladis M, Roose SP. Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:1206–1212.
 189. Walsh BT, Agras WS, Devlin MJ, Fairburn CG, Wilson GT, Kahn C, et al. Fluoxetine for Bulimia Nervosa Following Poor Response to Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2000;157:1332–1334.
 190. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2605–2612.
 191. Walsh BT, Sysko R, Parides MK. Early response to desipramine among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:72–75.
 192. WHO. World Health Organisation. Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organisation, Geneva; 1991.
 193. Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, Mitchell JE, Berkowitz RI, Blakesley V, et al. Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiatry* 2008;165:51–58.
 194. Yancy WS Jr, Westman EC, McDuffie JR, Grambow SC, Jeffreys AS, Bolton J, et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet vs orlistat plus a low-fat diet for weight loss. *Arch Intern Med* 2010;170:136–45.

Valgymo sutrikimų aprašas – 3 (EDI-3)

Brigita BAKS

VPSC Universitetinis valgymo sutrikimų centras, Vilnius, Lietuva

EDI-3 yra plačiai naudojamo EDI-2 klausimyno, matuojančio psichologinių asmens savybių ryši su valgymo sutrikimais, patobulinta versija. Remiantis EDI-3 rezultatais, galima pakankamai objektyviai nustatyti arba įtarti valgymo sutrikimą. Šis savistabos klausimynas gali būti naudingas norint įvertinti psichopatologijos sritis, atrinkti pacientų grupes arba įvertinti gydymo rezultatus.

Klausimyną sudaro 91 teiginys. Teiginiai suskirstyti į 12 pirminių skalių (pastarieji į dvi sritis), iš kurių susideda šešios pagrindinės dalys:

Pirmoji. Valgymo sutrikimų rizikos sritis susideda iš trijų pirminių skalių:

- Lieknumo siekimo (angl. *Drive For Thinness*, DT);
- Bulimijos (angl. *Bulimia*, B);
- Nepasitenkinimo savo kūnu (angl. *Body Dissatisfaction*, BD).

Antroji Psichologinė sritis apima:

- Žemos savivertės (angl. *Low Self-Esteem*, LSE,);
- Asmeninio susvetimėjimo (angl. *Personal Alienation*, PI);
- Tarpasmeninio nesaugumo (angl. *Interpersonal Insecurity*, II);
- Tarpasmeninio susvetimėjimo (angl. *Interpersonal Alienation*, IA);
- Introcepcijos trūkumų (angl. *Interoceptive Deficits*, ID);
- Emocinio nestabilumo/išsiderinimo (angl. *Emotional Dysregulation*, ED);
- Perfekcionizmo (angl. *Perfectionism*, P);
- Asketiškumo (angl. *Asceticism*, A);
- Subrendimo baimės (angl. *Maturity Fears*, MF) skales.

Šeši pagrindiniai klausimyno kompleksai:

- Valgymo sutrikimo rizikos kompleksas (angl. *Eating Disorder Risk Composite*, EDRC)
- Neefektyvumo kompleksas (angl. *Ineffectiveness Composite*, IC)
- Tarpasmeninių problemų kompleksas (angl. *Interpersonal Problems Composite*, IPC)
- Afektyviųjų problemų kompleksas (angl. *Affective Problems Composite*, APC)
- Perdėtos kontrolės kompleksas (angl. *Overcontrol Composite*, OC)
- Bendrojo psichologinio neprisitaikymo kompleksas (angl. *General Psychological Maladjustment Composite*, GPMC).

[EDI-3 taip pat įtrauktas Simptomų sąrašas (angl. *Symptom Checklist*, EDI-3 SC), pagal kurį galima nustatyti simptomų (pvz., persivalgymo, dirbtinai sukkelto vėmimo, intensyvaus sportavimo, laisvinamųjų vaistų, dietinių vaistų arba diuretikų vartojimo) dažnį. Ši informacija naudinga tikrinant tiriamojo diagnostikos kriterijus.

EDI-3 klausimyne taip pat yra Nukreipimo forma (angl. *Referral Form* EDI-3 RF) – sutrumpinta EDI-3 versija, kurią galima taikyti neklinikinėje aplinkoje, norint atpažinti asmenis, priklausančius valgymo sutrikimų rizikos grupei ir siūsti juos konsultuoti specialistui.

Tikrinant EDI-3 klausimyno tinkamumą, buvo tiriamos nemažos suaugusiųjų ir paauglių, turinčių valgymo sutrikimų, grupės JAV, Australijoje, Kanadoje, Italijoje, Olandijoje, Švedijoje. Buvo renkami sergančiųjų nervine anoreksija duomenys (ribojančio ir šalinančio tipo), nervine bulimija arba neapibrėžtu valgymo sutrikimu (gydomų ambulatoriškai bei gydomų stacionare).

Valgymo sutrikimų rizikos konstrukto patikimumas – 0,90–0,97. Trijų valgymo sutrikimų rizikos skalių (DT, B, BD) patikimumo reikšmės – svyruoja nuo 0,80 iki 0,90. Psichologinio konstrukto patikimumas aukštas – Bendrojo psichologinio neprisitaikymo – apie 0,93–0,97. Visų kitų sudedamųjų dalių patikimumas – apie 0,80–0,90, išskyrus OC skalę. Vidutinės Psichologinių skalių patikimumo reikšmės JAV suaugusiųjų klinikinių atvejų – 0,84, JAV paauglių klinikinių atvejų – 0,85 ir suaugusiųjų klinikinių atvejų tarptautiniu mastu – 0,74.

Klausimyno patikimumas pakartotinių tyrimų (angl. *test-retest*) atžvilgiu yra puikus: Valgymo sutrikimų rizikos konstrukto – 0,98, o Bendrojo psichologinio neprisitaikymo konstrukto – 0,97. Vidutiniai pakartotinių tyrimų koeficientai Valgymo sutrikimų rizikos ir Psichologinėms skalėms – 0,95 ir 0,93, atitinkamai.

Valgymo sutrikimų rizikos srityje su atitinkamomis ankstesnio klausimyno versijos (EDI-2) skalėmis labiausiai koreliuoja DT (0,96) ir BD skalės (0,97). Pastarųjų skalių tarpusavio koreliacijos koeficientai taip pat yra aukščiausi tiek suaugusiųjų, tiek JAV paauglių klinikinių tyrimų atvejų.

VALGYMO SUTRIKIMŲ APRAŠAS –3 SIMPTOMŲ SĄRAŠAS (EDI-3 SC)

Irašykite savo vardą, datą, savo amžių, lytį, vedybinį statusą ir užsiėmimą. Atsakykite į klausimus šioje knygelėje kiek įmanoma tiksliau.

Vardas _____ Data ____/____/____

*Amžius ____ Lytis _____ Vedybinis statusas _____ Užsiėmimas _____

A. DIETŲ LAIKYMASIS

* Ar kada nors esate riboję maisto suvartojimą dėl susirūpinimo savo kūno apimtimis ar svoriu? ____ taip ____ ne
Kokio amžiaus buvote, kai *patį pirmą kartą* pradėjote rimtai riboti suvalgomą maistą dėl susirūpinimo savo kūno apimtimis ar svoriu? ____ m.

B. SPORTAS

Per *pastaruosius 3 mėn.* kiek vidutiniškai dažnai sportavote (įskaitant ėjimą pasivaikščioti, važinėjimą dviračiu, kt.)? Jei sportuojate dažniau nei vieną kartą per dieną, prašome suskaičiuoti *kiek kartų iš viso* jūs sportuojate per tipišką savaitę. ____ kartų per savaitę

Kiek vidutiniškai ilgai sportuojate kiekvieną kartą? ____ minučių

* kiek procentų jūsų sportavimo tikslo yra svorio kontrolė?

____ 0 proc. ____ mažiau nei 25 proc. ____ 25–50 proc. ____ daugiau nei 75 proc. ____ 100 proc.

C. GAUSAUS PERSIVALGYMO PRIEPUOLIAI

Atsakydami į toliau pateikiamus klausimus, prisiminkite, kad **gausaus persivalgymo epizodas** – tai suvalgymas tokio maisto kiekio, kurį kiti jūsų amžiaus ir lyties asmenys vertina kaip *neįprastai didelį*. Tai *neapima* tokių atvejų, kai galbūt suvalgėte normalų maisto kiekį, kurio mieliau būtumėte atsiskiusi.

* Ar kada nors esate patyrę valgymo epizodą, kai suvalgėte maisto kiekį, kurį kiti įvertintų kaip *neįprastai didelį*? ____ taip ____ ne
Jei ne, prašome pereiti prie dalies D.

Kiek metų jums buvo, kai *pirmą kartą* gausiai persivalgėte? ____ metų

Kiek jums buvo metų, kai gausūs persivalgymai tapo *reguliarūs*? ____ metų

Per *pastaruosius 3 mėnesius*, kaip dažnai tipišškai persivalgydavote?

____ pastaruosius 3 mėnesius nepersivalgydavau

____ Kas mėnesį Paprastai persivalgau ____ kartų per mėnesį

____ Kas savaitę Paprastai persivalgau ____ kartų per savaitę

____ Kasdien Paprastai persivalgau ____ kartų per dieną

* *Sunkiausiai* jums laikotarpiu, kiek vidutiniškai kartų per savaitę gausiai persivalgydavote? ____ persivalgymų per savaitę

Prieš kiek laiko tai buvo? Prieš ____ mėn. ____ šiuo metu yra blogiausias laikotarpis

Jei nepatyrėte gausaus persivalgymo priepuolių pastaruosius 3 mėn., pereikite prie dalies D.

* Ar jaučiatės praradusi kontrolę, kai persivalgote?

____ niekada ____ retai ____ kartais ____ dažnai ____ dažniausiai ____ visada

Ar jaučiate, kad galite sustoti, kai priepuolis prasidėjęs?

____ niekada ____ retai ____ kartais ____ dažnai ____ dažniausiai ____ visada

Ar jaučiatės galinti išvengti persivalgymo priepuolio iki jam prasidedant?

____ niekada ____ retai ____ kartais ____ dažnai ____ dažniausiai ____ visada

Ar jaučiatės galinti kontroliuoti savo potraukį valgyti didelius kiekius maisto?

____ niekada ____ retai ____ kartais ____ dažnai ____ dažniausiai ____ visada

Ar persivalgymo priepuoliai kelia jums stresą?

____ niekada ____ retai ____ kartais ____ dažnai ____ dažniausiai ____ visada

Ar persivalgymas teikia jums malonumo?

____ niekada ____ retai ____ kartais ____ dažnai ____ dažniausiai ____ visada

D. MAISTO ŠALINIMAS

Ar kada nors bandėte vėmti po valgio siekdami atsikratyti suvalgyto maisto? ____ taip ____ ne

Jei nebandėte, pereikite prie dalies E.

Kiek metų jums buvo, kai pirmą kartą sukėlėte sau vėmimą? ____ metų

Per *pastaruosius 3 mėnesius*, kaip dažnai tipišškai sukeldavote vėmimą?

____ pastaruosius 3 mėnesius nevėmiau

____ Kas mėnesį Paprastai vėmiu ____ kartų per mėnesį

____ Kas savaitę Paprastai vėmiu ____ kartų per savaitę

____ Kasdien Paprastai vėmiu ____ kartų per dieną

* *Sunkiausiai* jums laikotarpiu, kiek vidutiniškai kartų per savaitę vėmėte? ____ vėmimų per savaitę

Prieš kiek laiko tai buvo? Prieš ____ mėn.

E. LIUSUOJANTYS VAISTAI

* Ar *kada nors* vartojote liuosuojančius vaistus siekdami kontroliuoti svorį arba „atsikratyti maisto“? ____ taip ____ ne

Jei nevartojote, pereikite prie dalies F.

Kiek metų jums buvo, kai *pirmą kartą* gėrėte liuosuojančius vaistus siekdami kontroliuoti svorį? ____ metų

Kiek metų jums buvo, kai pradėjote vartoti liuosuojančius vaistus svorio kontrolės tikslais *reguliarai*? ____ metų

Per *pastaruosius 3 mėnesius*, kaip dažnai vartojote liuosuojančius vaistus kontroliuoti svorį?

____ pastaruosius 3 mėnesius nevartojau liuosuojančiųjų vaistų

____ Kas mėnesį Paprastai vartuju liuosuojančius vaistus ____ kartų per mėnesį

____ Kas savaitę Paprastai vartuju liuosuojančius vaistus ____ kartų per savaitę

____ Kasdien Paprastai vartuju liuosuojančius vaistus ____ kartų per dieną

Kokį kiekį liuosuojančių vaistų dažniausiai suvartojate kiekvienu kartu? ____ laisvinamųjų

Kokios rūšies liuosuojančius vaistus vartojate? _____

* *Sunkiausiai* jums laikotarpiu, kokį kiekį vidutiniškai liuosuojančių vaistų suvartojate per savaitę? ____ liuosuojančių per savaitę

Prieš kiek laiko tai buvo? prieš ____ mėn.

F. MAISTO PAPILDAI LIEKNĖJIMUI IR SVORĮ KONTROLIUOJANTYS MEDIKAMENTAI

* Ar *kada nors* vartojote maisto papildus lieknėjimui ar svorį kontroliuojančius medikamentus? ____ taip ____ ne

Jei nevartojote, pereikite prie dalies G.

* Per *pastaruosius 3 mėnesius*, kaip dažnai vartodavote maisto papildus lieknėjimui ar svorį kontroliuojančius medikamentus?

____ pastaruosius 3 mėnesius nevartojau maisto papildų lieknėjimui ar svorį kontroliuojančių medikamentų

____ Kas mėnesį Paprastai vartuju maisto papildų lieknėjimui ar svorį kontroliuojančių medikamentų ____ kartų per mėnesį

____ Kas savaitę Paprastai vartuju maisto papildų lieknėjimui ar svorį kontroliuojančių medikamentų ____ kartų per savaitę

____ Kasdien Paprastai vartuju maisto papildų lieknėjimui ar svorį kontroliuojančių medikamentų ____ kartų per dieną

* *Sunkiausiai* jums laikotarpiu, kokį kiekį vidutiniškai maisto papildų lieknėjimui ar svorį kontroliuojančių medikamentų per savaitę išgerdavote?

____ maisto papildų lieknėjimui ar svorį kontroliuojančių medikamentų per savaitę

Prieš kiek laiko tai buvo? Prieš ____ mėn.

G. ŠLAPIMĄ VARANTYS MEDIKAMENTAI

* Ar *kada nors* vartojote šlapimą varančių medikamentų svorio kontroliavimui? ____ taip ____ ne

Jei nevartojote, pereikite prie dalies H.

* Per *pastaruosius 3 mėnesius*, kaip dažnai paprastai vartodavote šlapimą varančius medikamentus?

____ pastaruosius 3 mėnesius nevartojau šlapimą varančių medikamentų

____ Kas mėnesį Paprastai vartuju šlapimą varančių medikamentų ____ kartų per mėnesį

____ Kas savaitę Paprastai vartuju šlapimą varančių medikamentų ____ kartų per savaitę

____ Kasdien Paprastai vartuju šlapimą varančių medikamentų ____ kartų per dieną

* *Sunkiausiai* jums laikotarpiu, kokį kiekį vidutiniškai šlapimą varančių medikamentų per savaitę išgerdavote? ____ šlapimą varančių

medikamentų per savaitę

Prieš kiek laiko tai buvo? Prieš ____ mėn.

H. MĖNESINIŲ ISTORIJA (tik moterims)

* Ar jums jau buvo pirmosios mėnesinės? ____ taip ____ ne

Jei nebuvo, pereikite prie dalies I

Kiek metų jums buvo, kai prasidėjo mėnesinės? ____ metų.

* Ar šiuo laikotarpiu turite mėnesines? (*pažymėkite vieną*)

____ Taip, reguliariai kiekvieną mėnesį

____ Taip, tačiau kartais jų nebūna

____ Taip, bet nelabai dažnai (pvz., kartą per 6 mėn.)

____ Ne, neturėjau mėnesinių bent jau 6 mėn.

____ Ne, aš esu po menopauzės, po gimdos pašalinimo arba laukiuosi.

* Kiek laiko praėjo nuo paskutinio ciklo? ____ mėnesių

* Ar yra buvęs laikotarpis, kai neturėjote mėnesinių 3 mėnesius arba daugiau (išskyrus nėštumą)? ____ taip ____ ne

Jei taip, kiek jums buvo metų, kai *pirmą kartą* nebuvo mėnesinių 3 arba daugiau mėnesių? ____ metų

Kiek mėnesių buvo dingusios mėnesinės? ____ mėnesių

Kiek jūs svėrėte, kai dingo mėnesinės? ____ kg

Ar šiuo metu geriate kontraceptines piliules? ____ taip ____ ne

Jei taip, kiek jums buvo metų, kai pirmą kartą pradėjote vartoti kontraceptines piliules? ____ metų

I. ŠIUO METU VARTOJAMI MEDIKAMENTAI

Ar šiuo metu vartojate kokius nors gydytojo paskirtus medikamentus? ____ taip ____ ne

Jei taip, prašome nurodyti, kokius medikamentus vartojate.

VALGYMO SUTRIKIMŲ APRAŠAS – 3 (EDI -3)

Įrašykite savo vardą, datą, amžių, lytį, šeimyninę padėtį ir profesiją. Atsakykite į klausimus esančius žemiau. Vėliau atsiverskite bukletą ir atidžiai laikykitės nurodymų.

Vardas _____ Data _____ / _____ / _____

Amžius _____ Lytis _____ Šeimyninė padėtis _____ Profesija _____

- A. Daugiausiai svėrėte (nesant neštumui): _____ kg
Prieš kiek laiko Jūs pirmą kartą tiek svėrėte? Prieš _____ mėn.
Kiek laiko tiek svėrėte? _____ mėn.
- B. Mažiausiai svėrėte būdama/-as suaugusi/-ęs (ar paauglystėje, jei dar nėra 18 metų): _____ kg
Prieš kiek laiko Jūs pirmą kartą tiek svėrėte? Prieš _____ mėn.
Kiek laiko tiek svėrėte? _____ mėn.
- C. Kiek svėrėte ilgiausiai: _____ kg
Kokio amžiaus būdama/-as pirmą kartą tiek svėrėte? _____ metų.
- D. Jeigu Jūsų svoris labai keitėsi metams bėgant, ar yra toks, kuris atsistatydavo nesilaikant dietų? _____ Taip _____ Ne
Jeigu taip, koks tai svoris? _____ kg
Kokio buvote amžiaus, kai pirmą kartą tiek svėrėte? _____ metų
- E. Kiek daugiausia svorio esate praradusi/-ęs? _____ kg
Ar sąmoningai siekėte numesti tiek svorio? _____ Taip _____ Ne
Kiek svorio Jūs praradote? _____ kg
Kokio amžiaus tiek svėrėte? _____ metų
- F. Koks, manote, būtų Jūsų svoris, jeigu nesistengtumėte sąmoningai kontroliuoti savo svorį? _____ kg
- G. Kiek norėtumėte sverti? _____ kg
- H. Kokiame amžiuje prasidėjo sunkumai (kokie jie bebūtų): _____ m
- I. Tėvo profesija: _____
- J. Motinos profesija: _____

Atsakymų lape apveskite atsakymus į klausimus, pateiktus žemiau. Klausama apie Jūsų požiūrį, jausmus ir elgesį. Kai kurie klausimai susiję su maistu ar valgymu; kitur klausama apie jausmus, susijusius su Jumis pačia.

Nuspręskite, ar teiginys Jums tinkantis **VISADA (V)**, **LABAI DAŽNAI (LD)**, **DAŽNAI (D)**, **KARTAIS (K)**, **RETAI (R)** ar **NIEKADA (N)**. Apibraukite raidę, kuri atitinka Jūsų atsakymą. Pavyzdžiui, jeigu pasirenkate atsakymą **DAŽNAI**, Atsakymų lape apibraukite raidę **“D”**.

Atsakykite į *visus* klausimus, įsitikinkite, kad apibraukėte Jums tinkantį atsakymą. **NETRINKITE!** Jeigu norite pakeisti atsakymą užbraukite netinkantį atsakymą **”X”**, o tada apibraukite tinkantį.

	V	LD	D	K	R	N
1. Nesijaudindama valgau saldumynus ir angliavandenius						
2. Manau, kad mano pilvas yra per didelis						
3. Norėčiau grįžti į vaikystės saugumą						
4. Valgau, kai esu nusiminusi						
5. Prisikėmšu, persivalgau						
6. Norėčiau būti jaunesne						
7. Galvoju apie galimybę laikytis dietos						
8. Aš išsigąstu, kai mano jausmai yra per stiprūs						
9. Manau, kad mano šlaunys yra per stambios						
10. Jaučiuosi neefektyvi asmenybė						
11. Kai persivalgau, jaučiuosi labai kalta						
12. Manau, kad mano pilvas yra normalaus dydžio						
13. Mano šeimoje tik išskirtinis veiklos atlikimas vertinamas kaip pakankamai geras						
14. Laimingiausias gyvenimo laikas būna, kai esi vaikas						
15. Atvirai kalbu apie savo jausmus						
16. Aš labai bijau priaugti svorio						
17. Pasitikiu kitais						
18. Jaučiuosi vieniša pasaulyje						
19. Esu patenkinta savo figūra						
20. Paprastai jaučiuosi galinti kontroliuoti savo gyvenimo įvykius						
21. Sunkiai atskiriu, kokias emocijas jaučiu						
22. Man verčiau būti suaugusiuoju nei vaiku						
23. Lengvai bendrauju su kitais						
24. Norėčiau būti kuo nors kitu						
25. Aš pernelyg sureikšminu svorio svarbą						

	V	LD	D	K	R	N
26. Aiškiai atpažįstu, kokias emocijas jaučiu						
27. Jaučiuosi nevisavertė						
28. Man yra buvę persivalgymo priepuolių, kuomet jaučiau, jog nebėgaliu sustoti						
29. Kai buvau vaikas, labai stengdavausi nenuvilti savo tėvų ir mokytojų						
30. Turiu artimų santykių.						
31. Man patinka mano sėdmenų forma						
32. Esu apimta troškimo būti lieknesne						
33. Nesuprantu, kas su manimi darosi						
34. Man sunku išreikšti savo emocijas kitiems						
35. Reikalavimai suaugusiajam yra per dideli						
36. Nekenčiu būti ne pačia geriausia						
37. Jaučiuosi užtikrinta savimi						
38. Galvoju apie persivalgymo priepuolius						
39. Jaučiuosi laiminga, kad nebesu vaikas						
40. Būna, kad nesuprantu, alkana aš, ar ne						
41. Esu blogos nuomonės apie save						
42. Jaučiu, kad galiu atitikti sau išsikeltus reikalavimus						
43. Mano tėvai tikisi iš manęs tobulumo						
44. Nerimauju, kad mano jausmai taps nekontroliuojami						
45. Manau, mano klubai yra per stambūs						
46. Saikingai valgau, kai būnu su kitais, bet prisikemšu likusi viena						
47. Jaučiuosi išsipūtusi, kaip pavalgau normalaus maisto						
48. Manau, žmonės yra laimingiausi, kai jie būna vaikai						
49. Kai priaugu 0,5 kg, nerimauju, kad mano svoris augt ir toliau						
50. Jaučiuosi vertinga asmenybė						
51. Kai esu nusiminusi, nežinau, ar aš liūdnu, išsigandusi, ar pikta						
52. Jaučiu, kad turiu padaryti dalykus tobulai arba nedaryti jų iš viso						
53. Kad atsikratyčiau svorio, galvoju bandyti išsivemti						
54. Privalau laikyti žmones tam tikru atstumu nuo savęs (jaučiuosi nepatogiai, jei kas bando prieiti per arti)						
55. Manau, kad mano šlaunys yra normalaus dydžio						
56. Jaučiuosi tuščia viduje (emociškai)						
57. Galiu kalbėti apie asmenines mintis ar jausmus						
58. Geriausi gyvenimo metai prasideda, kai tampa suaugusiuoju						
59. Manau, mano sėdmenys yra per stambūs						
60. Jaučiu jausmų, kurių negaliu atpažinti						
61. Valgau ar geriu pasislėpusi						
62. Manau, kad mano klubai yra normalaus dydžio						
63. Turiu ypač aukštų siekių						
64. Kai esu prislėgta, nerimauju, jog pradėsiu valgyti						
65. Žmonės, kurie man labai patinka, galiausiai nuvilia mane						
66. Gedinuosi savo žmogiškojo silpnumo						
67. Kiti žmonės pasakytų, jog esu emociškai nestabili						
68. Norėčiau visiškai kontroliuoti savo kūno potraukius						
69. Būdama žmonių grupėje, daugeliu atvejų jaučiuosi atsipalaidavusi						
70. Būna, kad pasakau kažką impulsyviai ir dėl to vėliau gailiuosi						
71. Nebežinau, kaip patirti malonumą						
72. Turiu būti atsargi dėl savo potraukio vartoti narkotikus						
73. Esu draugiška su daugeliu žmonių						
74. Santykiuose jaučiuosi tarsi spąstuose (nėra pasitenkinimo, tačiau nėra ar nepavyksta rasti būdo, kaip tą santykį gerinti ar jį nutraukti)						
75. Savęs atsižadėjimas verčia mane jaustis dvasiškai stipresne						
76. Žmonės supranta mano problemas						
77. Negaliu išmesti iš galvos keistų minčių						
78. Valgymas malonumui – tai moralinio silpnumo ženklas						
79. Esu linkusi į pykčio ar įmiršio protrūkius						
80. Jaučiu, kad žmonės vertina mane tiek, kiek nusipelniau						
81. Turiu būti atsargi dėl savo polinkio piktnaudžiauti alkoholiu						
82. Manau, kad atsipalaidavimas yra paprasčiausias laiko gaišinimas						
83. Kiti pasakytų, kad aš greitai suirztu						
84. Visur jaučiuosi pralaiminti						
85. Jaučiu ryškius nuotaikos svyravimus						
86. Droviuosi savo kūno potraukių						
87. Verčiau leidžiu laiką viena nei su kitais						
88. Kentėjimas daro tave geresniu žmogumi						
89. Žinau, kad žmonės myli mane						
90. Jaučiu, kad iškaudinsiu arba save, arba kitus						
91. Jaučiuosi tikrai žinanti, kas esu						

LITERATŪRA

1. D.M.Garner. Eating Disorder Inventory – 3 (EDI-3) professional manual. Psychological Assessment Resources, 2004.

Greivso ligos nesėkmingo medikamentinio gydymo prognozės žymenys

Dalia DAUKŠIENĖ¹, Albertas DAUKŠA², Narseta MICKUVIENĖ³

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto MA Endokrinologijos institutas, Kaunas

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto MA Virškinimo sistemos tyrimų institutas, Kaunas,

³Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: narseta@ktl.mii.lt

Greivso liga – TAI autoimuninė skydliaukės liga, sąlygota antikūnų prieš tireotropinio hormono receptorius poveikio. Ji sudaro 50–80 proc. visų hipertiroidizmo priežasčių. Šia liga serga apie 0,5 proc. populiacijos. Greivso liga moterys serga 5–10 kartų dažniau nei vyrai. Dažniausiai serga 40–60 metų žmonės, nors liga gali pasireikšti bet kuriuo gyvenimo laikotarpiu. Skydliaukės abliacija radiojodu, operacija, medikamentinis gydymas antitireoidiniais preparatais – tai pagrindiniai Greivso ligos gydymo metodai. Nėra vieningos nuomonės, kuris šių metodų yra pirmojo pasirinkimo gydymo būdas, nes nė vienas iš jų atskirai neužtikrina stabilios eutireozės. Nors tireostatikai gana efektyviai kontroliuoja hipertireozę, tačiau ilgalaikę ligos remisiją, nutraukus gydymą, pasiekia tik trečdalis pacientų. Prognozių žymenų identifikavimas svarbus atrenkant didelės rizikos ligonius radikaliai gydyti.

Tyrimo tikslas. Nustatyti lyties, amžiaus, skydliaukės dydžio bei ultragarsinių skydliaukės parametrų, medikamentinio gydymo trukmės prognozinę reikšmę Greivso ligos nesėkmingam medikamentiniam gydymui.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atlikta retrospektyvioji 120 suaugusių pacientų, kuriems buvo naujai diagnozuota Greivso liga, medicininių dokumentų analizė. Pagal ligos baigtį pacientai suskirstyti į keturias grupes: 1 grupė – po medikamentinio gydymo pasiekta ilgalaikė (≥ 12 mėn.) ligos remisija, ligos atkryčių neužfiksuota; 2 grupė – po medikamentinio gydymo pasiekta ilgalaikė (≥ 12 mėn.) remisija, tačiau užfiksuotas mažiausiai vienas ligos atkrytis nutraukus gydymą; 3 grupė – dėl besikartojančių ligos atkryčių gydyti radikaliai; 4 grupė – gydyti radikaliai, nenutraukus nuoseklaus gydymo medikamentais, nes nepavyko pasiekti eutireozės. 1 ir 2 grupės kartu sudarė „remisijos“ grupę, 3 ir 4 grupės – „nesėkmingo gydymo“ grupę.

Rezultatai. Lyginant tiriamųjų grupes gydymo pradžioje, jos nesiskyrė pagal lytį, amžių ir FT4 koncentracijos kraujyje vidurkius. Moterys ir vyrai vienodai dažnai patyrė gydymo nesėkmę – 63,4 ir 63,0 proc., atitinkamai. Vienodai dažnai gydymo nesėkmę patyrė ir jaunesni nei 40 metų ir 40 metų bei vyresni pacientai. Didelė (III laipsnio) struma keturis kartus dažniau nustatyta nesėkmingo gydymo grupėje palyginti su remisijos grupe – 27,6 ir 6,8 proc., šansų santykis (ŠS) = 5,2 [95 proc. PI 1,5–18,7], $p=0,006$. Vertinant skirtingų gydymo būdų (vien tireostatiku arba tireostatiku kartu su levotiroksinu) įtaką ligos baigčiai, reikšmingo skirtumo nenustatyta ($p=0,97$). Nei pradinio medikamentinio gydymo trukmė, nei bendra gydymo trukmė sujungtose grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Vertinant echogeniškumą ir jo pokyčius po gydymo, nustatyta, kad hipoechogeniškas skydliaukės audinys po gydymo ($\text{ŠS}=4,4$ [95 proc. PI 1,9–10,1]) ir stabiliai visą gydymo laiką išlikęs hipoechogeniškas skydliaukės audinys ($\text{ŠS}=5,4$ [95 proc. PI 2,4–12,2]) reikšmingai susiję su dažnesne gydymo nesėkme.

Išvados. Didelė (III laipsnio) struma, žemas skydliaukės audinio echogeniškumas po medikamentinio gydymo – tai požymiai, turintys prognozinę konservatyvaus nesėkmingo gydymo reikšmę.

Literatūra:

Lietuvos endokrinologija. 2011, t. 19, Nr. 4. ISSN 1392–7213 p. 69–74.

Sergančiųjų išemine širdies liga nuovargio ir širdies ritmo variabilumo sąsajos

Julija BROŽAITIENĖ, Elena BOVINA, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: jbro@ktl.mii.lt

Tikslas. Išnagrinėti sergančiųjų IŠL nuovargio ir širdies ritmo variabilumo sąsajas.

Kontingentas ir tyrimo metodai. Išnagrinėti 1184 sergančiųjų IŠL, sutikusių dalyvauti tyrime, gydytų antrajame reabilitacijos etape, duomenys. Amžiaus vidurkis – 58,7±9,7 metų. Fizinis pajėgumas grupėje – 70,8±29,3 W. Vertinant bendrąjį nuovargį ir nuovargio subskales, nustatyti šie įverčių vidurkiai, procentais: bendras nuovargis – 49,2±25,3, fizinis nuovargis – 53,8±26,4, protinis nuovargis – 38,5±26,0, sumažėjęs aktyvumas – 54,9±24,2, sumažėjusi motyvacija – 40,6±21,3. Depresija nustatyta 209 (17,7 proc.), nerimas – 454 (38,3 proc.) ligoniams. Vertinti sinusinio širdies ritmo (ŠR) variabilumo (ŠRV) rodikliai: bendrasis ŠR variabilumas (σ_{RR}), širdies ritmo spektro komponentės: labai lėtų dažnių (LLDK, nuo 0,003 iki 0,04 Hz), lėtų dažnių (LDK, nuo 0,04 iki 0,15 Hz) ir aukštų dažnių (ADK, nuo 0,15 iki 0,4 Hz), absoliučiomis reikšmėmis (σ_{LLDK} ms, σ_{LDK} ms, σ_{ADK} ms), bei santykis $\sigma_{LDK}/\sigma_{ADK}$, rodantis simpatinės, parasimpatinės reguliacijos disbalansą.

Rezultatai. Nagrinėjant subjektyviai juntamo nuovargio ir jo subskalių (kaip priklausomų kintamųjų) sąsają su ŠR variabilumo rodikliais, taikyta daugiamačių tiesinė regresinė analizė. Į modelius įtrauktos reikšmingos nepriklausomos determinantės, nustatytos vienmatės regresinės analizės metu. ŠR variabilumo rodikliai dėl jiems būdingo didelio tarpusavio ryšio į modelius buvo įtraukiami po vieną paeiliui (enter metodas): ŠR dažnis, ŠR variabilumas ir ŠR spektro labai lėtų, lėtų ir aukštų dažnių komponentės. Daugiamačių linijinės regresijos analizė, sukontroliavus pagal lytį, amžių, širdies nepakankamumą, nerimą, depresiją, fizinį pajėgumą, cukrinį diabetą ir beta blokatorių vartojimą parodė, jog tarp ŠR dažnio ramybės ir bendrojo nuovargio yra sąsaja ($\beta=-0,10$, $p=0,000$) kaip ir kitų klinikinių rodiklių, kaip depresijos ($\beta=0,30$, $p=0,001$), nerimo ($\beta=0,24$, $p=0,000$), fizinio pajėgumo ($\beta=-0,15$, $p=0,000$) ir širdies nepakankamumo ($\beta=-0,08$, $p=0,003$). Modelio determinacijos koeficientas $R^2=0,32$. Taikant kitus modelius, nustatyta subjektyviai juntamo nuovargio sąsaja su širdies ritmo variabilumu ($b=-0,07$, $p=0,008$) ($R^2=0,31$), ŠR spektro aukštų dažnių ($\beta=-0,09$, $p=0,001$) ($R^2=0,32$) ir lėtų dažnių ($\beta=-0,06$, $p=0,013$) ($R^2=0,31$) komponentėmis. Tyrimo duomenys rodo, kad ŠR variabilumo rodikliai – dažnesnis pradinis ŠR dažnis, mažesnis ŠR variabilumas, mažesnis ŠR aukštų ir lėtų dažnių komponentių indėlis širdies ritmo spektre turi sąsajas su didesniu nuovargiu (lentelė).

Lentelė. Daugiamačių regresijos metu reikšmingi ŠRV rodikliai ir veiksniai, kurie turi įtakos sergančiųjų išemine širdies liga nuovargiui, $\beta(p)$

	$R^2(F)$	RR	σ_{RR}	σ_{LDK}	σ_{ADK}	Amžius	Lytis	ŠN stadija	HADS nerimas	HADS depresija	Fizinis pajėgumas
Bendras nuovargis	,32(78,7)***	-,10***	x	x	x	-	-	-,08**	,24***	,30***	-,15***
	,31(76,7)***	x	-,07**	x	x	-	-	-,09**	,24***	,30***	-,16***
	,31(76,5)***	x	x	-,07*	x	-	-	-,09**	,24***	,30***	-,16***
	,32(77,8)***	x	x	x	-,09**	-	-	-,09**	,24***	,30***	-,16***
Fizinis nuovargis	,22(48,4)***	-,06*	x	x	x	-	-	-,15***	,26***	,26***	-,19***
	,22(47,6)***	x	-	x	x	-	-	-,15***	,26***	,26***	-,20***
	,22(47,6)***	x	x	-	x	-	-	-,15***	,26***	,26***	-,20***
	,22(47,9)***	x	x	x	-	-	-	-,15***	,26***	,26***	-,20***
Sumažintas aktyvumas	,18(36,2)***	-	x	x	x	-	-,07*	-	,09*	,29***	-,19***
	,18(36,0)***	x	-	x	x	-	-,07*	-	,08*	,29***	-,19***
	,18(35,8)***	x	x	-	x	-	-,07*	-	,08*	,29***	-,19***
	,18(36,8)***	x	x	x	-,07*	-	-,06*	-	,09*	,29***	-,19***

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$; paryškinti požymiai, kai $\beta>0,2$

Taip pat nustatyta sąsaja tarp širdies ritmo dažnio ramybės ($\beta=0,06$, $p=0,030$) ir fizinio nuovargio dedamosios ($R^2=0,22$), tarp mažesnės širdies ritmo spektro aukštų dažnių komponentės ($\beta=-0,07$, $p=0,010$) ir sumažėjusio fizinio aktyvumo ($R^2=0,18$) skalės, kartu su depresija ($\beta=0,29$, $p=0,000$), fiziniu pajėgumu ($\beta=0,19$, $p=0,000$), nerimu ($\beta=0,09$, $p=0,013$), beta blokatorių vartojimu ($\beta=0,05$, $p=0,050$) bei lytimi ($\beta=0,06$, $p=0,032$).

Išvada. Nustatyta sergančiųjų IŠL subjektyviai jaučiamo nuovargio sąveika su dažnesniu ŠR dažniu ramybės, sumažėjusiu ŠR variabilumu ir mažesnėmis ŠR spektro aukštų ir lėtų dažnių komponentių vertėmis.

Diagnostinis savęs vertinimo skalių tikslumas nustatant depresiją sergantiesiems išemine širdies liga

Adomas BUNEVIČIUS, Margarita STANIŪTĖ, Julija BROŽAITIENĖ, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga, LT-00135, el. p.: a.bunevicius@yahoo.com

Tyrimo tikslas. Įvertinti Nerimo ir depresijos skalės (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) ir Beko depresijos inventoriaus-II (Beck Depression Inventory-II (BDI-II)) vidinį nuoseklumą ir psichometrinės savybės, nustatant didžiosios depresijos epizodus (DDE) sergantiesiems išemine širdies liga (IŠL) reabilitacijos metu.

Metodai. Ištirti 522 sergantieji IŠL (72 proc. vyrų; amžiaus vidurkis – 58±9 metų) reabilitacijos metu dvi savaitės po ūminio kardialinio įvykio. Tiriamieji užpildė HADS Depresijos subskalę (HADS-D), HADS nerimo subskalę (HADS-A) ir BDI-II. Auksiniu standartu buvo priimtas Tarptautinio minineuropsichiatriinio interviu (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) vertinimas, nustatant dabartinį DDE pagal DSM-IV-TR kriterijus.

Rezultatai. Dabartinis DDE buvo nustatytas 56 (11 proc.) pacientams. HADS-D, HADS-A, HADS-bendro ir BDI-II skalių vidinis nuoseklumas buvo aukštas. Plotas po ROC kreive buvo aukštesnis BDI-II palyginus su HADS. Optimali ribinė vertinimo reikšmė, diagnozuojant DDE, buvo ≥5 HADS-D, ≥8 HADS-A ir ≥14 HADS-bendro ir BDI-II. Optimali BDI-II ribinės vertinimo reikšmės psichometrinės savybės truputį geresnės lyginant su HADS. Tačiau teigiamos prognozuojančios vertės buvo žemos tiek HADS, tiek BDI-II.

Išvados. HADS ir BDI-II skalių vidinis nuoseklumas, vertinant sergančiuosius IŠL reabilitacijos metu, yra aukštas. Diagnozuojant DDE, optimali ribinė vertinimo reikšmė BDI-II yra truputį geresnė nei HADS. BDI-II ir HADS teigiamos prognozuojančios vertės buvo mažos ir rodo, kad didžioji dalis pacientų, turinčių teigiamus atrankos kriterijus, neatitiko DDE kriterijų.

Literatūra:

Bunevicius A., Staniute M., Brozaitiene J., Bunevicius R. Diagnostic accuracy of self-rating scales for screening of depression in coronary artery disease patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2012. (priduota spaudai)

Ar depresijos klausimyne su nuovargiu susiję klausimai turi įtakos sąsajai su depresija ir nuovargiu sergantiesiems išemine širdies liga

Adomas BUNEVIČIUS, Julija BROŽAITIENĖ, Albinas STANKUS, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga, LT-00135, el. p.: a.bunevicius@yahoo.com

Depresiją vertinantys instrumentai kartu apima klausimus, susijusius su nuovargiu, kuris, kaip simptomas, labai dažnai pasireiškia sergantiesiems išemine širdies liga (IŠL).

Tyrimo tikslas. Ištirti, ar specifiniai su nuovargiu susiję klausimai Depresijos klausimyne turi įtakos sąsajai su nuovargiu ir depresija sergantiesiems IŠL.

Tyrimo metodai. Ištirta 1470 ligonių, dalyvavusių reabilitacijos programoje ir sutikusių dalyvauti tyrime. Jiems tirtas subjektyvus nuovargis, naudojant daugiadimensinį nuovargio inventorių (MFI-20); depresijos simptomai tirti naudojant ligoninės Nerimo ir depresijos skalę (HADS) ir Becko depresijos klausimyną (BDI).

Rezultatai. Nustatytos vidutinio stiprumo koreliacijos tarp nuovargio MFI-20 verčių ir depresiškumo HAD skalės verčių, tarp klausimyno MFI-20 ir BDI-II klausimyno verčių. Stipresnė koreliacija nustatyta IŠL sergantiesiems, kuriems širdies nepakankamumo požymiai mažiau išreikšti palyginus su tiriamaisiais, kuriems ŠN požymiai labiau išreikšti. Pašalinimas klausimų, susijusių su nuovargiu iš HADS-D ir BDI-II klausimynų, tarpusavio sąsają pakeitė nereikšmingai.

Išvada. Specifiniai su nuovargiu susiję klausimai Depresijos klausimyne įtakos sąsajai su depresija ir nuovargiu sergantiesiems išemine širdies liga neturi. Tiriant depresiškumo simptomus sergantiesiems išemine širdies liga, su nuovargiu susijusių klausimų iš HADS-D ir BDI-II klausimynų šalinti netikslinga.

Literatūra:

Bunevicius A., Brozaitienė J., Stankus A., Bunevicius R. Specific fatigue-related items in self-rating depression scales do not bias an association between depression and fatigue in patients with coronary artery disease. *General hospital psychiatry*. New York : Elsevier. ISSN 0163-8343 2011; 33(5): 527-529. IF: 2.777.

Sergančiųjų išemine širdies liga, dalyvaujančių kardiologinės reabilitacijos programoje, nuovargio, psichoemocinės būklės ir fizinio pajėgumo sąveika

Adomas BUNEVIČIUS, Albinas STANKUS, Julija BROŽAITIENĖ, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: rob@ktl.mii.lt

Nuovargis yra vienas dažniausių sergančiųjų IŠL skundų, todėl svarbu nagrinėti, kiek nuovargis yra susijęs su ligonių emocine būkle, ir ar tam turi reikšmės jų fizinis pajėgumas.

Tyrimo tikslas. Ištirti sergančiųjų IŠL subjektyviai jaučiamo nuovargio, psichoemocinės būklės ir fizinio pajėgumo sąveiką, jiems dalyvaujant kardiologinėje reabilitacijos programoje.

Kontingentas ir tyrimo metodai. Skerspjūvio tyrime tiriamųjų grupę sudarė ligoniai, kuriems diagnozuota IŠL ir kurie antrąją savaitę po patirto ūminio miokardo infarkto arba nestabilios krūtinės anginos atvyko į kardiologinės reabilitacijos skyrių. 1470 ligonių sutiko dalyvauti tyrime. Per tris dienas visiems tiriamiesiems buvo atlikti šie tyrimai: surinkti sociodemografiniai, klinikiniai duomenys, įvertinta funkcinė būklė pagal NŠA funkcines klases, krūtinės anginos klasę ir subjektyvius nuovargis, naudojant daugiadimensinį nuovargio inventorių (MFI-20); naudojant ligoninės Nerimo ir depresijos skalę (HADS), įvertinti depresijos ir nerimo simptomai. Kitą dieną, taikant simptomų ribojamą dozuoto fizinio krūvio veloergometru mėginį, įvertintas aerobinis fizinis pajėgumas (vatai). Ligonų amžiaus vidurkis buvo 57 metai; 64 proc. buvo vyrų; miokardo infarktą buvo patyrę 56 proc., krūtinės angina – 44 proc. ligonių; pirmoji NŠA funkcinė klasė nustatyta 10 proc., antroji – 74 proc., trečioji – 16 proc. ligonių. Pirmoji krūtinės anginos klasė nustatyta 18 proc. ligonių, antroji – 44 proc., trečioji – 5 proc. Cukrinio diabeto anamnezė nustatyta 9 proc. ligonių, 66 proc. ligonių buvo gydyti beta blokatoriais, 24 proc. ligonių nustatyta ryškūs depresijos simptomai (>8), 42 proc. ligonių – ryškūs nerimo simptomai (> 8). Nuovargis balais įvertintas taip: bendras nuovargis – 13±8, fizinis nuovargis – 13±8, protinis nuovargis – 11±8, sumažėjęs aktyvumas – 13±8, sumažėjusi motyvacija – 11±7 balai. Fizinis pajėgumas buvo 71±31 W.

Rezultatai. Vienmatė regresinė analizė parodė teigiamą stiprų ryšį tarp visų nuovargio subskalių verčių ir nerimo bei depresijos simptomų išreikštumo, taip pat tarp fizinio pajėgumo ir NŠA funkcinių klasių. Taikant žingsninę daugiamatę regresinę analizę, nustatyta, kad depresijos simptomai buvo svarbiausiu veiksniumi, turinčiu įtakos visoms nuovargio subskalėms ir kartu su kitais reikšmingais kintamaisiais nuovargio pasireiškimą sąlygojo nuo 17 iki 29 proc. Tačiau patikimo ryšio tarp nerimo, depresijos ir objektyviai įvertinto fizinio pajėgumo nenustatyta. Priešingai, nustatyta silpnas ryšys tarp subjektyviai jaučiamo nuovargio ir objektyviai nustatyto fizinio pajėgumo. Kartu nustatytas patikimai stiprus ryšys tarp NŠA FK ir fizinio pajėgumo (lentelė).

Lentelė. Daugiamatės regresinės analizės reikšmingi veiksniai, turintys įtakos sergančiųjų išemine širdies liga nuovargiui, $\beta(p)$

	R ² (F/p)	Lytis	Amžius	Išsilavinimas	NYHA klasė	Krūtinės anginos klasė	Diagnozė	Intervencija	β -blokatoriai	HADS depresija	HADS nerimas	Fizinis pajėgumas
Bendras nuovargis	,285 (53/,000)	-	-	-	-	-	,055 (,020)	-	-	,295 (,000)	,245 (,000)	-,093 (,001)
Fizinis nuovargis	,170 (30/,000)	-	-	-	-	-	,057 (,024)	-	-	,240 (,000)	,135 (,000)	-,146 (,000)
Protinis nuovargis	,276 (79/,000)	-	-	,083 (,000)	-	-	-	-	-	,294 (,000)	,262 (,000)	-
Sumažintas aktyvumas	,207 (49/,000)	-	-	,099 (,000)	-	-	-	-	,081 (,001)	,339 (,000)	,061 (,044)	-,139 (,000)
Sumažinta motyvacija	,203 (59/,000)	-	,093 (,000)	,067 (,006)	-	-	-	-	-	,319 (,000)	,102 (,000)	-,084 (,003)
Fizinis pajėgumas	,364 (75/,000)	-,265 (,000)	-,120 (,000)	-,096 (,000)	-,376 (,000)	-,088 (,000)	-	-,138 (,000)	-	-	-	x

Paryškinti požymiai, kai $\beta > 0,2$

Išvada. Sergančiųjų IŠL subjektyviai jaučiamam nuovargiui stipriausią įtaką daro nerimas ir depresija. Fizinio pajėgumo ir NŠA funkcinių klasių sąveika stipri, tačiau nepriklauso nuo nerimo bei depresijos simptomų pasireiškimo.

Literatūra:

Bunevicius A., Stankus A., Brozaitiene J., Girdler S.S., Bunevicius R. Relationship of fatigue and physical capacity with emotional and physical state in patients with coronary artery disease admitted for rehabilitation program // Am Heart J. – 2011, No. 162, p. 310–316. IF:5,052.

Sergančiųjų išemine širdies liga gyvenimo kokybės, skydliaukės hormonų ir kortizolio sąsajos

**Robertas BUNEVIČIUS, Margarita STANIŪTĖ, Viltė GINTAUSKIENĖ, Justė BUNEVIČIŪTĖ,
Charles B. NEMEROFF, Julija BROŽAITIENĖ**

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: mstaniute@ktl.mii.lt*

Skydliaukės hormonų ir kortizolio metabolizmas yra susijęs su sergančiųjų išemine širdies liga (IŠL) sergamumu ir ligos baigtimis.

Tyrimo tikslas. Įvertinti sergančiųjų IŠL endokrininės funkcijos sąsajas su gyvenimo kokybe, susijusia su sveikata .

Metodai. Ištirti 122 sergantieji IŠL (93 vyrai ir 29 moterys; amžiaus vidurkis – 56 metai) reabilitacijos metu. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė vertinta naudojant SF-36 klausimyną (36-item Short Form Medical Outcome Questionnaire); kraujo serumuose nustatytos laisvojo trijodtironino (T3), laisvojo tiroksino (T4), skydliaukę stimuliuojamo hormono, rytinio kortizolio, popietinio kortizolio koncentracijos ir kortizolio koncentracijos pokytis; surinkti demografiniai duomenys, įvertintos klinikinės IŠL charakteristikos (NYHA funkcinės klasės), kūno masės indeksas, nerimo ir depresijos simptomai (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Rezultatai. Daugiamatė linijinės regresijos analizė, sukontroliavus pagal amžių, lytį, kūno masės indeksą, NYHA funkcinės klases, nerimo ir depresijos simptomus, parodė, kad didesnės laisvojo T3 koncentracijos buvo susijusios su mažesniu veiklos ribojimu dėl emocinių problemų ($\beta=0,358$, $p<0,001$) ir su geresne emocine būkle ($\beta=0,169$, $p=0,039$). Didesnės laisvojo T4 koncentracijos buvo susijusios su geresniu fiziniu aktyvumu ($\beta=0,233$, $p=0,014$), su geresniu socialiniu funkcionavimu ($\beta=0,214$, $p=0,021$), su didesniu energingumu, gyvybingumu ($\beta=0,187$, $p=0,031$) ir mažesniu skausmo pojūčiu ($\beta=0,264$, $p=0,009$). Didesnės rytinio kortizolio koncentracijos ir didesnis kortizolio sekrecijos pokytis buvo susijęs su didesniu skausmo pojūčiu ($\beta=-0,226$, $p=0,027$; $\beta=-0,226$, $p=0,022$, atitinkamai).

Išvados. Sumažėjusi skydliaukės hormonų sekrecija yra susijusi su blogesne fizine ir psichine sveikata, susijusia su gyvenimo kokybe, o padidėjusi kortizolio sekrecija su didesniu skausmo pojūčiu sergantiesiems išemine širdies liga.

Parengta spaudai.

Bunevicius R., Staniute M., Gintauskiene V., Buneviciute J., Nemeroff Ch. B., Brozaitiene J. Endocrine associations with health-related quality of life in coronary artery disease patients. *Psychoneuroendocrinology* 2012.

Sergančiųjų išemine širdies liga ir esančių kardiologinės reabilitacijos programoje kognityvinių funkcijų, depresijos, situacinio nerimo ir D tipo asmenybės sąsaja

Julius BURKAUSKAS, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: julius.burkauskas@hotmail.com

Įvadas. Sergant išemine širdies liga (IŠL), neretai pablogėja kognityvinės funkcijos. Tyrimais patvirtinta, kad tokius sergančiųjų IŠL rodiklius, kaip gyvenimo kokybę [1, 2], nuovargį [3] ypač veikia depresija, situacinis nerimas, D tipo asmenybė, demografiniai ir kardiologiniai veiksniai. Moksliniai tyrimai pateikia mažiau duomenų apie šių veiksmų sąsają su sergančiųjų IŠL kognityvinėmis funkcijomis.

Tikslas. Įvertinti sergančiųjų IŠL kognityvinių funkcijų, depresijos, situacinio nerimo ir D tipo asmenybės charakteristikų sąsajas kardiologinės reabilitacijos programos metu.

Metodai. Tyrime dalyvavo 568 pacientai, sergantys IŠL (406 vyrai (71 proc.)), amžiaus vidurkis – 59 metai). Kognityvinės funkcijos buvo matuojamos naudojant Taškų jungimo testą (angl. *Trail Making Test*), Skaičių simbolių testą (angl. *Digit Symbol Test*) ir Skaičių pakartojimo testą (angl. *Digit Span Test*) iš Wechsler'io suaugusiųjų inteligencijos skalės (angl. Wechsler Adult Intelligence Scale) ir atliekant protinės būklės MINI tyrimą (angl. *Mini Mental State Examination* (MMSE)).

Pacientai užpildė ir Situacinio nerimo (STAI-S), Depresijos simptomų (BDI-II) ir D tipo asmenybės (DS-14) klausimynus. Į tyrimą taip pat įtraukti pacientų demografiniai (lytis, amžius, išsilavinimas) ir kardiologiniai klinikiniai (funkcinės būklės vertinimas pagal NYHA funkcinę klasę ir širdies ritmo variabilumas (ŠRV;σRR) duomenys. Ryšiai tarp kognityvinių funkcijų ir psichologinių, demografinių, kardiologinių klinikinių rodiklių nustatyti buvo naudojamas vienmatės linijinės regresijos modelis. Į daugiamačių regresijos modelių įtraukti visi vienmačiame modelyje statistiškai reikšmingi kintamieji.

Rezultatai. Vienmatės analizės duomenimis, nustatytos visų psichologinių, demografinių ir klinikinių kintamųjų sąsajos su kognityvinėmis funkcijomis. Atlikus daugiamačių regresijos analizę (enter metodu), nustatyta reikšminga sąsaja tarp MMSE ($R^2=,121$) ir amžiaus ($\beta =-,163$), išsilavinimo ($\beta=,246$), DS-14 ($\beta=-,138$). Taip pat nustatyta reikšminga sąsaja tarp atgal teisingai pakartotų skaičių eilučių kiekio ($R^2=,157$) ir lyties ($\beta=,119$), amžiaus ($\beta=-,208$), išsilavinimo ($\beta=,293$), STAI-S ($\beta=-,115$), ŠRV ($\beta=,086$). Teisingai užpildytų ženklų skaičius per 90 sek. ($R^2=,316$) išliko susijęs su lytimi ($\beta=,165$), amžiumi ($\beta=-,414$), išsilavinimu ($\beta=,316$), BDI-II ($\beta=-,115$). Laikas, per kurį pacientai užpildo tris skaičių simbolių eilutes ($R^2=,337$), taip pat išliko susijęs su lytimi ($\beta=-,148$), amžiumi ($\beta=-,367$), išsilavinimu ($\beta=-,349$), BDI-II ($\beta=,136$). Nustatyta reikšminga sąsaja tarp taškų jungimo A užduoties ($R^2=,276$) ir amžiaus ($\beta=,401$), išsilavinimo ($\beta=-0,233$), STAI-S ($\beta=,122$). Nenustatyta jokių statistiškai reikšmingų sąsajų tarp kognityvinių funkcijų ir NYHA funkcinės klasės.

Išvados. Pacientų, sergančių IŠL ir esančių kardiologinės reabilitacijos programoje, kognityvines funkcijas labiausiai veikia demografiniai ir psichologiniai, bet ne kardiologiniai klinikiniai veiksniai. Depresijos simptomų pradžia, vyresnis amžius ir mažesnis išsilavinimas blogina psichomotorinį ir suvokimo greitį, užduočių atlikimo laiką. Situacinis nerimas neigiamai veikia suvokimo greitį ir protinį lankstumą. D tipo asmenybė neigiamai veikia bendrąsias kognityvines funkcijas.

Literatūra:

1. Staniute, M.J., Brozaitiene, J., Bunevicius, R., 2011 Effects of Social Support and Stressful Life Events on Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients. [Epub ahead of print].
2. Pederson, S.S., Denollet, J. 2003 Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 10(4), 241-248.
3. Bunevicius, A., Stankus, A., Brozaitiene, J., Girdler, S.S., Bunevicius, R., 2012 Relationship of fatigue and exercise capacity with emotional and physical state in patients with coronary artery disease admitted for rehabilitation program. *American Heart Journal* 162(2), 310-316.

Klaipėdos gyventojų mirtingumo nuo galvos smegenų insulto pokyčiai 1994–2008 m.

Henrikas KAZLAUSKAS^{1,2}, Nijolė RAŠKAUSKIENĖ¹, Rima RADŽIUVIENĖ¹, Vinsas JANUŠONIS²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga, LT-00135,
el. p.: h.kazlauskas@takas.lt

² Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėda

Pastaraisiais metais skelbiami duomenys apie visų amžiaus grupių vyrų, ir moterų mirtingumo nuo insulto mažėjimo sulėtėjimą. Vakarų Europos šalyse mirtingumas nuo išeminės širdies ligos, insulto ir visų širdies kraujagyslių ligų mažėjo beveik tiesiškai 1970–2000 m. Pabaltijo šalyse užfiksuotas mirtingumo padidėjimo pikas 1994 m., po kurio prasidėjo spartus mirtingumo mažėjimas. Mūsų turimi duomenys ir buvo pradėti rinkti 1994 m. pagal Insulto kontrolės ir valdymo programos vykdymą Klaipėdos mieste.

Tyrimo tikslas. Nustatyti Klaipėdos gyventojų mirtingumo nuo galvos smegenų insulto pokyčius per laikotarpį nuo 1994 iki 2008 m.

Tyrimo metodai. Tiriamųjų kontingentas – visi abiejų lyčių 35–79 metų Klaipėdos gyventojai, Klaipėdos miesto civilinės metrikacijos biuro duomenimis, mirusieji nuo galvos smegenų insulto 1994–2008 m. (9-osios ir 10-osios peržiūros Tarptautinės ligų klasifikacijos kodai atitinkamai – 430–436 ir I60–I64). Vyrų ir moterų mirtingumo nuo galvos smegenų insulto rodikliai 100 000 gyventojų per metus standartizuoti pagal amžių, standartu naudojant Segi pasaulio populiaciją. Standartizuoto mirtingumo pokyčių kryptims analizuoti naudotas logaritminės tiesinės regresijos modelis.

Rezultatai. Analizuojamuoju laikotarpiu (1994–2008) 35–79 metų vyrų mirtingumas nuo galvos smegenų insulto mažėjo vidutiniškai 4,6 proc. per metus ($R^2=23$ proc., $p=0,041$); moterų – 6,5 proc. per metus ($R^2=52$ proc., $p=0,002$). Tiesinis metinis mirtingumo procentinis pokytis buvo tikrinamas vizualiai ir apskaičiuojant skirtingų modelių R^2 . Prieita išvados, kad mirtingumo mažėjimas sulėtėjo ir po 2002 m. užfiksuotas padidėjimas, todėl laikotarpis buvo padalytas ir metinis pokyčio procentas apskaičiuotas dviem laikotarpiais. Modeliuojant mirtingumo duomenis, išskirti du laikotarpiai: 1994–2002 ir 2003–2008 m. 1994–2002 m. laikotarpiu nustatytas tiesinis statistiškai reikšmingas abiejų lyčių ir visose amžiaus grupėse ($R^2=0,6–08$) mirtingumo mažėjimas.

Per 1994–2002 m. laikotarpį vyrų ir moterų mirtingumas nuo galvos smegenų insulto mažėjo tolygiai: 35–64 metų – atitinkamai – 20,4 proc. per metus, $p=0,002$ ir 14,7 proc. per metus, $p=0,006$; 65–79 metų – atitinkamai – 13,8 proc. per metus, $p=0,005$ ir 12 proc. per metus, $p=0,019$.

Per 2003–2008 m. laikotarpį mirtingumas nuo galvos smegenų insulto didėjo tarp vidutinio amžiaus (35–64 metų) vyrų – 16,3 proc. per metus ($p=0,019$), tačiau tarp to paties amžiaus moterų ir tarp pagyvenusio amžiaus (65–79 metų) abiejų lyčių žmonių mirtingumas iš esmės nekito.

Išvados. Tiek vyrų, tiek moterų mirtingumo nuo galvos smegenų insulto rodikliai analizuojamu laikotarpiu reikšmingai sumažėjo, tačiau mirtingumas mažėjo netolygiai – nuo 2002 m. užfiksuotas mažėjimo sulėtėjimas. Laikotarpiu nuo 2003 iki 2008 m. vidutinio amžiaus vyrų grupėje nustatytas statistiškai reikšmingas mirtingumo nuo galvos smegenų insulto padidėjimas, o to paties amžiaus moterų ir pagyvenusio amžiaus (65–79 metų) abiejų lyčių asmenų mirtingumas nepakito.

Literatūra:

Kazlauskas H, Raškauskienė N, Radžiuvienė R, Janušonis V. Stroke mortality trends in the population of Klaipėda from 1994 to 2008. *Medicina* (Kaunas) 2011; 47(9): 512-519. IF: 0,506.

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės informatyvių žymenų paieška patyrusių miokardo infarktą širdies nepakankamumo baigtims prognozuoti

Margarita STANIŪTĖ, Julija BROŽAITIENĖ, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: mstaniute@ktl.mii.lt

Išeminė širdies liga (IŠL), taip pat persirgtas miokardo infarktas (MI) yra dažniausia lėtinio širdies nepakankamumo (LŠN) priežastis. Nepaisant medicinos pasiekimų, gydymo optimizavimo, mirties rizika ligoniams, sergantiems širdies nepakankamumu, viršija 50 proc. kasmet, todėl šių ligonių prognozė išlieka pagrindine problema. Širdies nepakankamumas daugiausia yra susijęs su kairiojo skilvelio sistolinės disfunkcijos požymiais, tačiau dažnai (jei ne visuomet), kartu pasireiškia ir diastolinės funkcijos sutrikimas. Tokių ligonių gyvenimo kokybės vertinimas yra labai svarbi problema ir ji siejama su sergančiųjų LŠN prognoze.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti sergančiųjų išemine širdies liga informatyvius žymenis, susijusius su gyvenimo kokybe širdies nepakankamumo baigtims prognozuoti.

Tiriamųjų kontingentas. Tiriamųjų kontingentą sudarė sergantieji išemine širdies liga, kuriems yra ir širdies nepakankamumas. Įtraukimo į tyrimą kriterijai: išstūmimo frakcija ≤ 45 proc. arba E/A santykis < 1 (sistolinis arba diastolinis širdies nepakankamumas). Pacientų gyvenimo kokybė bei hospitalizacijų skaičius buvo vertinami kas pusę metų dvejų metų laikotarpiu. Reabilitacijos pradiniam etape ištirti 407 tiriamieji: po 0,5 metų – 257, po 1 metų – 274, po 1,5 metų – 287 ir po 2 metų – 217. Reabilitacijos pradžioje NYHA I funkcinė klasė – 24 pacientai (5,9 proc.), II funkcinė klasė – 287 pacientai (70,9 proc.), III funkcinė klasė – 94 pacientai (23,2 proc.). Tiriamųjų amžiaus vidurkis – $59,0 \pm 8$ metai, 69,9 proc. vyrų ($n=283$).

Metodai. Tyrimo metu įvertintos NYHA funkcinės klasės, kūno masės indeksas (KMI), fizinio krūvio dydis, išstūmimo frakcija, hemoglobino kiekis, gretutinės ligos (arterinė hipertenzija, cukrinis diabetas), medikamentinis gydymas (β blokatoriai, AKF inhibitoriai, diuretikai). Nerimas ir depresija vertinti naudojant Nerimo ir depresijos skalę (Hospital Anxiety and Depression Scale). Sergančiųjų širdies nepakankamumu gyvenimo kokybė (GK), susijusi su sveikata, buvo vertinta naudojant Minesotos klausimyną (Minnesota Living With Heart failure). Kuo aukštesnis įverčio balas, tuo blogesnė gyvenimo kokybė. Socioemocinei paramai įvertinti buvo naudojama Daugiadimensinė gaunamos socialinės paramos skalė, didžiausias įvertis reiškia didžiausią suvokiamą socialinę paramą. Streso sukeliama ligų rizikai vertinti buvo naudojama Gyvenimo įvykių streso skalė.

Statistinė analizė. Buvo analizuojamas parametų aritmetinis vidurkis, dviejų nepriklausomų grupių parametų vidurkių skirtumų patikimumai vertinti taikant Stjudento (t) kriterijų. Klasifikacinių (nominalinių) dydžių tarpusavio priklausomybei nustatyti apskaičiuotas Pirsono suderinamumo koeficientas. Sąsajoms tarp gyvenimo kokybės ir įvairių veiksnių vertinimui buvo naudota daugiamatė linijinė regresinė analizė. Į daugiamatės linijinės regresijos modelį įtraukta: lytis, KMI, NYHA, fizinio krūvio dydis, hemoglobino kiekis kraujyje, nerimo ir depresijos simptomai, socialinė parama, stresiniai gyvenimo įvykiai.

Rezultatai. Išanalizavus gyvenimo kokybės sąsajas su demografiniais rodikliais, nenustatyta reikšmingų sąsajų su amžiumi; moterys gyvenimo kokybę vertina reikšmingai blogiau. Esant didesniam KMI, blogiau vertinama gyvenimo kokybė. Reikšmingų sąsajų nenustatyta tarp gyvenimo kokybės ir kairiojo skilvelio išstūmimo frakcijos, esant didesnei NYHA funkcinėi klasei, blogiau vertinama gyvenimo kokybė. Esant didesniam fizinio krūvio dydžiui, didesniam hemoglobino kiekiui, gyvenimo kokybė vertinama geriau. Labiau išreikšti nerimo bei depresijos simptomai blogina gyvenimo kokybę. Įtraukus aukščiau nagrinėtus rodiklius į daugiamatės linijinės regresijos modelį, reikšmingos sąsajos išlieka tarp gyvenimo kokybės ir lyties (t. y. moterys blogiau vertina GK), fizinio krūvio dydžio (didesnis fizinio krūvio dydis – geresnė GK), KMI (didesnis KMI – blogesnė GK), nerimo ir depresijos simptomų (labiau išreikšti simptomai – blogesnė GK) bei stresinių įvykių (daugiau įvykių – blogesnė GK). Analizuojant hospitalizacijų atvejų dažnio ir gyvenimo kokybės sąsajas, nustatytas teigiamas ryšys tarp gyvenimo kokybės įverčio ir hospitalizacijų atvejų skaičiaus ($r=0,28$, $p<0,001$).

Išvados. Sergančiųjų IŠL ir širdies nepakankamumu blogesnė gyvenimo kokybė susijusi su moteriškąja lytimi, didesniu kūno masės indeksu, mažesniu fiziniu pajėgumu, labiau išreikštais nerimo ir depresijos simptomais bei patirtais stresiniais gyvenimo įvykiais. Sergančiųjų IŠL ir širdies nepakankamumu ilgalaikė gyvenimo kokybės stebėsena ypač svarbi, nes siejama su sergančiųjų IŠL prognoze: blogesnė gyvenimo kokybė – didesnis hospitalizacijos atvejų skaičius.

Socialinės paramos ir stresinių gyvenimo įvykių įtaka sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei

Margarita STANIŪTĖ, Julija BROŽAITIENĖ, Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Elgesio medicinos institutas, Vydūno al.4, Palanga,
LT-00135, el. p.: mstaniute@ktl.mii.lt

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra kompleksškai veikiama individo fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšio su aplinka. Tyrimo tikslas – įvertinti socialinės paramos ir stresinių gyvenimo įvykių įtaką sergančiųjų išemine širdies liga (IŠL) gyvenimo kokybei, susijusiai su sveikata.

Metodai. Ištirta 560 sergančiųjų IŠL (400 (71 proc.) vyrų ir 160 (29 proc.) moterų, amžiaus vidurkis – 57 metai), atvykusių reabilitacijos. Klinikinė būklė buvo vertinta pagal krūtinės anginos ir NYHA funkcinės klases. Pacientai užpildė tris klausimynus: Stresinių gyvenimo įvykių (angl. *Social Readjustment Rating Scale*), Daugiadimensinės suvokiamos socialinės paramos (angl. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*) ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės – SF-36 (angl. *36-item Short Form Medical Outcome Questionnaire*).

Rezultatai. Daugiamatė regresinė analizė parodė, jog vyrų grupėje fizinės su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritys susijusios su klinikinėmis IŠL charakteristikomis, tokiomis kaip, NYHA ir krūtinės anginos funkcinės klasės; o psichologinės su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritys susijusios su socialinėmis charakteristikomis, tokiomis kaip, stresiniai gyvenimo įvykiai ir socialinė parama. Vyrų grupėje fizinio aktyvumo sritys buvo reikšmingai susijusi su NYHA funkcinė klase ($\beta=-0,278$, $p<0,001$) ir stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,101$, $p=0,036$); veiklos ribojimas dėl fizinių problemų – su amžiumi ($\beta=-0,135$, $p=0,007$); socialinis funkcionavimas – su NYHA funkcinė klase ($\beta=-0,128$, $p=0,009$), stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,163$, $p<0,001$) ir suvokiama socialine parama ($\beta=0,110$, $p=0,026$); emocinė būklė – su stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,181$, $p<0,001$) ir suvokiama socialine parama ($\beta=0,146$, $p=0,003$); energingumas, gyvybingumas – su krūtinės anginos funkcinė klase ($\beta=-0,104$, $p=0,034$), stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,136$, $p=0,006$) ir suvokiama socialine parama ($\beta=0,142$, $p=0,004$); skausmo sritys – su NYHA funkcinė klase ($\beta=-0,137$, $p=0,006$); bendros sveikatos vertinimas – su krūtinės anginos funkcinė klase ($\beta=-0,181$, $p<0,001$) ir suvokiama socialine parama ($\beta=0,139$, $p=0,005$).

Moterų grupėje tiek fizinės, tiek psichologinės su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sritys buvo susijusios tik su socialinėmis charakteristikomis, ypač su socialine parama. Moterų grupėje fizinis aktyvumas buvo susijęs su suvokiama socialine parama ($\beta=0,241$, $p=0,002$), emocinė būklė – su stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,277$, $p<0,001$) ir suvokiama socialine parama ($\beta=0,264$, $p<0,001$), energingumas, gyvybingumas – su stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,239$, $p=0,002$) ir suvokiama socialine parama ($\beta=0,279$, $p<0,001$), skausmo sritys – su stresiniais gyvenimo įvykiais ($\beta=-0,188$, $p=0,018$); bendras sveikatos vertinimas – su suvokiama socialine parama ($\beta=0,360$, $p<0,001$).

Išvados. Suvokiamos socialinės paramos stoka ir daug patirtų stresinių gyvenimo įvykių blogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, ypač sergančių IŠL moterų. Planuojant kardiologinės reabilitacijos programas, ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas tiems pacientams, kurie patiria daug stresinių gyvenimo įvykių ir kurie stokoja socialinės paramos. Šie pacientai turėtų būti skatinami aktyviai dalyvauti streso valdymo ir socialinės paramos programose.

Literatūra:

Staniute M., Brozaitiene J., Bunevicius R. Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients. *J. Cardiovasc Nurs.* 2011 Nov 2 [Epub ahead of print]. IF: 1,444.

Which criteria for recovery from eating disorder patients are relevant according to patients and therapists?

Greta NOORDENBOS

Psychological Institute, Leiden University, The Netherlands, e-mail: Noordenbos@FSW.Leidenuniv.nl

Because there is no consensus on what constitutes recovery from an eating disorder it is unclear what percentage of patients actually recover. Outcome studies not only use different criteria for recovery, but also quite different instruments, rendering their results incomparable. Without consensus on criteria for recovery, it is not clear which goals of treatment are important to realize full recovery.

Aim of study. To investigate first which criteria for recovery are important according to recovered eating disorder patients and therapists and second whether patients and therapists differ in the criteria they evaluate as important.

Methods. A group of 41 recovered eating disorder patients and 57 therapist filled out a questionnaire with a list of 52 possible criteria for recovery and were asked which criteria were important for recovery.

Results. Patients and therapists not only evaluated criteria about the reduction of eating disorders symptoms as important for full recovery, but also the improvement of body image, self esteem, emotion regulation and social coping strategies. Only slight differences were found between the opinions of former patients and therapists.

Conclusion. More consensus about criteria for recovery of eating disorders is possible. For full recovery it is important that the treatment reduces the eating disorder symptoms but also improves the body image, self evaluation, emotion regulation and social coping strategies of eating disorder patients.

References:

1. Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for Recovery from Eating Disorders according to Patients and Therapists. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 14, 41-54.
2. Noordenbos, G. (2010). When have Eating Disordered patients recovered and what do the DSM-IV criteria tell about recovery? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 19, 234-245.
3. Noordenbos, G. (2011). Which criteria for recovery are relevant according to eating disorder patients and therapists? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 19, 441-451.

Risk factors of depressive symptoms in Primary Care hypertension patients

Victor J.M. POP

Tilburg University, The Netherlands, e-mail: v.j.m.pop@tilburguniversity.edu

Background. It is well known that depression increases the risk of cardiovascular diseases. However, little is known about risk factors of depression in “a-symptomatic” HT patients in Primary Care, especially with regard to the use of beta-blockers.

Setting. Observational study of 300 HT patients without symptoms who are followed in Primary Care as part of a Cardiovascular Risk Management Program (CVRM).

Method. All patients between 60–80 years of age following a CVRM program within Primary Care of 4 GP offices were invited to participate into a screening program for heart failure (HF). During an intake interview of 60 minutes, the patients completed a set of questionnaires including the PHQ-9 to assess depressive symptoms. Also, a brief psychiatric history was taken off; the possible occurrence of HF related symptoms, the use of HT medication, daily activities and quality of life. Moreover, the blood pressure was assessed twice, BMI, pulse rate and waist circumference. Also, a blood sample was taken off to assess HF related parameters (including BNP), and an ECG and heart-echo was taken off. All assessments were performed at the GP office.

Results. Of the 400 eligible patients, 304 consented to participate (75%), 173 women and 131 men. The mean period of years of HT was 13 years in both sexes. Men had significantly higher systolic and diastolic mean blood pressure compared to women (154, SD: 19.7 and 149, SD: 19.3, $t=2.3$, $p=0.02$ and 83 SD: 9.7 versus 79, SD: 10.3, $t=3.5$, $p=0.001$) while women had significantly higher PHQ-9 scores (M-W-U test, $p<0.001$). According to a cut-off >6 on the PHQ-9, there were 19 women depressed (11%) compared to 2 men (1.5%, $\chi^2:10.3$, $df=1$, $p=0.001$). 78 (25.6%) Patients used a beta-blocker, 63 a lipofyle and 15 a hydrofyle. Patients with a lipofyle beta-blocker had significantly higher PHQ-9 scores compared to those who did not use any beta-blocker (M-W-U, $p<0.001$) while patients using hydrofyle beta-blockers had similar scores compared to patients without a beta-blocker. In a multiple logistic regression model – PHQ-9 score >6 as dependent variable – the use of a lipofyle betablocker was significantly associated with depression (O.R.: 3.4, 95% CI: 1.4–10.1) as well as female sex (O.R.: 5.0, 95% CI: 1.12–18.4), a previous history of depression (O.R.: 5.6, 95% CI: 1.8–15.7) and daily activities in hours (O.R.: 0.61, 95% CI: 0.43–0.94) after correction for education, age, alcohol intake, smoking, years of HT, a history of stroke/TIA, MI, Diabetes.

Conclusion. The use of lipofyle beta-blockers in a Primary Care HT population showed to be an important independent risk factor of depression. GP's should be aware of this in the light that the primary choice of treatment of hypertension is no longer a beta-blocker.

The Effects of Stress on Perceptual-Motor Performance: driving experience

R. ŠIUGŽDAITĖ¹, A. SAUDARGIENĖ², A.S. VIOLA³, A. JUŠKIENĖ², A. GRECCUCCI⁴

¹*Department of Medicine, Surgery and Dental Sciences, University of Milan, Milan, Italy,*

²*Department of Informatics, Vytautas Magnus University, Kaunas, Lithuania,*

³*Department of Psychology, University of Pavia, Pavia, Italy,*

⁴*Department of Cognitive Science and Education, University of Trento, Rovereto, Italy*

Abstract. The aim is to investigate the effect of stress on motor performance in driving situations. The research literature concerning the effects of stress on perceptual-motor performance consistently shows that these conditions tend to degrade performance. However, compared with higher-order cognitive processes, perceptual-motor skills tend to be less sensitive to various stress effects (Staal 2004).

We designed the experiment based on Stimulus-Response paradigm (Brass et al 2001a) in a way that stressful and non-stressful images prime a simple motor task. The experiment contains two conditions: compatible and incompatible movement that could represent different types of potential reactions on the road: accelerating or breaking.

Repeated measures ANOVA was conducted to test a compatibility and stress effect on reaction time (RT). As a result RTs show a strong compatibility effect ($p < 0.01$) and significant interaction between compatibility and stress ($p < 0.05$). Incompatible situations increase RT and stressful images tend to increase RT. However, stressful images decreased RT in compatible situations and increased RT in incompatible situations. We also observed significant interaction between compatibility and gender ($p < 0.05$). Females responded faster than males in compatible situations and men were faster in incompatible situations. Age effect was also significant ($p < 0.001$). Younger subjects (16-24 years) show significantly lower reaction times than adults (25-55 years old). Although driving experience had a significant main effect ($p < 0.001$), meaning that subjects with short driving experience reacted faster. No other significant interactions between age and stress or driving experience and stress were found.

In addition we performed emotional state self-evaluation test (POMS) and we found significant negative correlations between Vigour and RTs in the whole group as well as in the groups separated by gender independently from the task. We explain it as more active people are more reactive also on the road. Men also showed significantly negative correlation between RT and Depression in all 4 conditions, demonstrating that even if feeling depressed men were responding faster independently from testing conditions.

Key-words: stress, driving, response readiness

1. Brass M, Bekkering H, Prinz W (2001) Movement observation affects movement execution in a simple response task. *Acta Psychol (Amst)* 106:3–22.
2. Staal M A (2004) Stress, Cognition, and Human Performance: A Literature Review and Conceptual Framework, NASA Technical Memorandum 2004-212824.

ECNP (European College of Neuropsychopharmacology – Europos neuropsichofarmakologijos kolegija) ambasados atidarymas Palangoje



ECNP – Europos Neuropsichofarmakologijos kolegija (www.ecnp.eu) įkurta 1987 m. Ją įkūrė neuropsichofarmakologijos srityje dirbantys Europos mokslininkai ir klinicistai. Šiuo metu ECNP vadovauja Joseph Zohar, Izraelis. Institucijos būstinė įsikūrusi Utrechte, Olandijoje.

ECNP yra viena iš pažangiausių Europoje tarpdisciplininių platformų, skirtų mokslinių pasiekimų neuropsichofarmakologijos srityje plėtotei, mokslinės informacijos tarp šalių pasikeitimui ir platinimui, jaunų mokslininkų veiklos skatinimui.

ECNP – Europos Neuropsichofarmakologijos kolegijos misija – užtikrinti pažangius smegenų funkcijos ir žmogaus elgesio tyrimus, kurie pagerins pacientų gydymą ir sustiprins visuomenės sveikatą.

ECNP tikslai:

- Remti pažangius mokslinius tyrimus, susijusius su neuropsichofarmakologija, taip pat skatinti dalijimąsi idėjomis, atradimais ir sėkminga patirtimi.
- Skatinti Europos šalių mokslinę veiklą ir koordinuoti jos bendrų standartų kūrimą.
- Skatinti šios srities jaunus mokslininkus palaikant jų tolesnę profesinę karjerą.
- Teikti visuomenei rekomendacijas ir informaciją, susijusią su smegenų ir galvos smegenų sutrikimų gydymu.
- Skatinti dialogą tarp valstybinių institucijų, tarptautinių agentūrų ir pramonės.

Norėdama pasiekti savo tikslų, ECNP organizuoja įvairias veiklas, programas ir renginius visoje Europoje. Tai apima:

Susitikimus:

- Metinį ECNP kongresą, kuriame dalyvauja 7–8 tūkstančiai žmonių, skirtą pristatyti neuropsichofarmakologijos tyrimų rezultatams ir praturtinti bendradarbiavimą.
- 25-tasis ECNP Kongresas. Viena, 2012
- Kūrybinės dirbtuvės („Workshops“ Nica, Prancūzija) būsimiems doktorantams ir rezidentams, skatinančios jaunų mokslininkų bendradarbiavimą.
- Mokyklos jauniems mokslininkams, į kurias jie gali pretenduoti, nepraėjus penkeriems metams po kvalifikacijos įgijimo.
 - [ECNP mokykla „Vaikų ir paauglių neuropsichofarmakologija“ Venecija, Italija](#)
 - [ECNP mokykla „Neuropsichofarmakologija“ Oksfordas, Didžioji Britanija](#)
- Seminarai, skirti interaktyviam ateities mokslo lyderių neuropsichofarmakologijos srityje mokymui.
- Tikslinės ekspertų grupės, skirtos išsamioms diskusijoms tarp vyresniųjų mokslininkų.
- Konsultaciniai susitikimai, skirti mokslininkų, Europos šalių valdžios atstovų ir farmacijos kompanijų bendradarbiavimui.
- Visuomenės švietimui skirti tinklai „DepNet“ ir „DementiaNet“.

Leidiniai:

- ECNP žurnalas „European Neuropsychopharmacology“ (citavimo indeksas 3,68).
- Du kartus per metus leidžiamas informacinis biuletenis „ECNP Matters“.
- Mėnesio naujienos elektroniniu formatu.
- Mėnesio kalba.

Apdovanojimai ir paskatinimai

- Neuropsichofarmakologijos apdovanojimas.
- Gyvenimo pasiekimų apdovanojimas.
- Žiniasklaidos apdovanojimas.
- Stipendija.
- Stendinių pranešimų apdovanojimas kelione.
- Nemokami arba sumažinti kongreso registracijos mokesčiai jaunesiems mokslininkams.

Jau dabar galima tapti ECNP nariu pateikus institucijai užpildytą prašymo formą. Narystė yra atvira visiems Europos mokslininkams, aktyviai besidomintiems neuropsichofarmakologija ir su ja susijusiomis sritimis. Narystės paraišką patvirtina ECNP Komitetas, atsižvelgdamas į šiuos reikalavimus:

- Gyvenamąją vietą:
 - Pareiškėjas turi gyventi Europoje.
- Mokslinę patirtį:
 - Paprastosios narystės forma – pareiškėjas turi užsiimti moksline veikla.
 - Asocijuota narystė – pareiškėjas turi aktyviai dalyvauti ir domėtis neuropsichofarmakologija.

Kandidatūros svarstymas trunka nuo 3 iki 4 savaičių.

Narystės ECNP privalumai:

- Nuolaidos registracijos mokesčiams į ECNP kongresą.
- Nemokama žurnalo „European Neuropsychopharmacology“ prenumerata.
- Nemokamas ECNP informacinis biuletėnis.
- Informacinių tinklų palaikymas:
 - Prieiga prie valstybių narių informacinių katalogų ir galimybė palaikyti ryšius su ECNP nariais visoje Europoje.
 - Greitai bus sukurtas informacinis forumas, skirtas interaktyviems ryšiams ir bendradarbiavimui.
- Karjeros galimybės:
 - Prieiga prie ECNP narių siūlomų darbo vietų.
 - Teisė dalyvauti ECNP organizuojamuose renginiuose, ypač renginiuose, skirtuose jauniems mokslininkams.
- Privilegijos:
 - Gauti ypatingas teises ECNP narių priėmimo ir ECNP organizuojamus pusryčius kongreso metu.
 - Naudotis ECNP kongreso narių poilsio kambariu.
- Balsas:
 - Teisė balsuoti ECNP Generalinėje Asamblėjoje.
 - Galimybė dirbti ECNP komandoje ir formuoti ECNP veiklą.

Siekdamas palaikyti tiesioginį dialogą su kitomis mokslo įstaigomis ir netiesioginį dialogą su Europos Sąjungos Komisija, Europos Parlamentu ir Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), taip pat kitomis sprendimus priimančiomis institucijomis, ECNP yra „European Brain Council (EBC)“, „Federation of European Neurosciences (FENS)“ ir „International Union of Basic and Clinical Pharmacology (IUPHAR)“ narys.

Šiais metais ECNP parodė naują iniciatyvą – apjungti toliau esančias pietines Vakarų ir Rytų Europos šalis, tarp jų ir Baltijos, kurių daugelyje stokojama mokslo plėtotos infrastruktūros, sudėtinga mokslinės informacijos sklaida. Todėl buvo nuspręsta kiekvienai Europos šaliai paskirti ECNP Ambasadorių. Ambasadoriumi skiriamas asmuo, turintis mokslinių pasiekimų neuropsichofarmakologijos srityje, kuris padėtų koordinuoti seminarus ir minisimpoziumus, skirti jaunu mokslininkus į ECNP Mokyklas ir ECNP kūrybines dirbtuves ir veiktų kaip atstovas savo šalyje bei palaikytų kontaktą su ECNP. Kiekvienas ambasadoriausias tarnauja dvejus metus.

2012 m. vasario 12 d. Sofijoje, Bulgarijoje, vykusiame pasitarime ECNP Ambasadoriumi Lietuvai buvo paskirtas habil. dr. Robertas Bunevičius, esantis ECNP mokslo programų komiteto narys, žurnalo „Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija“ vyriausiasis redaktorius, paskelbęs daug publikacijų tarptautiniuose žurnaluose neuropsichofarmakologijos klausimais. Jam su bendraautorais, kaip laimėtojams, 1995 ir 2011m. suteikti ECNP apdovanojimai už mokslinius darbus.

Nuo 2014 m. Baltijos šalyse planuojami organizuoti neuropsichofarmakologijos seminarai jauniems gydytojams ir mokslininkams. Šie seminarai pakaitomis kas dvejus metus vyks Palangoje, Rygoje ir Tartu.

2012 m. m. balandžio 27 d. LSMU Psichofiziologijos ir reabilitacijos instituto XI tarptautinės konferencijos metu vyks ECNP – Europos Neuropsichofarmakologijos kolegijos ambasados atidarymas Palangoje ir seminaras, skirtas jauniems gydytojams ir mokslininkams. Kviečiame jaunuosius gydytojus ir mokslininkus (iki 35 metų ir (arba) ketveri metai po daktaro disertacijos apsigynimo) dalyvauti konferencijoje Palangoje, kurioje bus galima artimai pabendrauti su Ambasadoriumi Lietuvai, daugiau sužinoti apie ECNP struktūrą, naujas galimybes keliauti į mokslines konferencijas (viena iš jų Palangos–Rygos–Tartu konferencija), būti išrinktam vykti į ECNP seminarus, mokyklas ir kitus renginius. Informacijos apsikeitimui nurodomas ECNP Ambasadoriausias Lietuvai el. paštas: ltecnp@gmail.com.

Laukiame atvykstant į Tarptautinę konferenciją Palangoje. Išsamią informaciją apie konferencijos programą galima rasti instituto tinklapyje: www.pri.kmu.lt

Informaciją parengė klinikinis psichologas Julius Barkauskas
LSMU Elgesio medicinos institutas

Jūratės Pečeliūnienės daktaro disertacija „Pirminės sveikatos priežiūros pacientų nuotaikos, nerimo sutrikimai ir suicidinės tendencijos“



Jūratė Pečeliūnienė 2000 m. baigė Kauno Medicinos Universitetą ir įgijo medicinos gydytojo specialybę. 2004 m. baigusi šeimos medicinos gydytojo rezidentūrą Kauno Medicinos Universitete, įgijo šeimos medicinos gydytojo kvalifikaciją. J. Pečeliūnienė mokslinį darbą pradėta dar rezidentūros laikotarpiu tęsė 2006 m. įstojusi į doktorantūros studijas. Mokslinio darbo rezultatai sėkmingai buvo pristatyti ne tik Lietuvoje bet ir tarptautiniuose kongresuose JAV, Prancūzijoje, Graikijoje, Čekijoje, Ispanijoje. Daktaro disertacija buvo sėkmingai apginta 2011 metų rugpjūčio 26 dieną Lietuvos sveikatos mokslų universitete, Medicinos akademijos Psichofiziologijos ir reabilitacijos institute.

ĮVADAS

Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) pacientų nuotaikos, nerimo sutrikimai ir suicidiniai ketinimai yra plačiai paplitę, prastai atpažįstami bei netinkamai gydomi. Išsamių duomenų apie šių ligų paplitimą, nustatytą standartiniais metodais šeimos gydytojo darbe, nėra. Didžioji dauguma ligonių (iki 90 proc.), sergančių depresija, nerimo sutrikimais ar bet kuria kita psichikos liga pagalbos pirmiausia kreipiasi į savo šeimos gydytoją. Tyrimai parodė, kad 50 proc. pacientų, turinčių suicidinių minčių, aplanko savo šeimos gydytoją paskutinio mėnesio laikotarpiu. Psichinių ligų komorbidiskumas yra taisyklė, o ne išimtis. Nustatyta, kad psichikos ligos ne tik dažnai lydi viena kitą, bet taip pat dažnai sutinkamos, esant tam tikroms somatinėms patologijoms ir/ar būklėms bei apsunkina paciento ne tik psichinę, bet ir terapinę būklę, gydymą bei neigiamai įtakoja prognozę, tačiau duomenų apie šių ligų sąsajas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje yra mažai. Nežiūrint esamų įvairių psichikos būklės tyrimų metodų praktikoje, ne visi iš jų gali būti tinkamai taikomi šeimos gydytojo darbe, naudojami skryningo tikslu, todėl tinkamo instrumento nustatymas yra labai aktualus šeimos gydytojo darbe. Psichinių ir fizinių ligų nustatymas ir jų kaip lydinčių ligų įvertinimas, išlieka ne tik tyrimų prioritete sritimi, bet ir praktine prioritete sritimi, bei, žinant šeimos gydytojo reikšmę psichikos ligų atpažinimo, diagnozavimo ir gydymo plotmėje, yra ypatingai reikšmingas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

TIRIAMOJO DARBO TIKSLAS

Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros pacientų psichikos ligų paplitimą, šių ligų atpažinimą ir gydymą, bei nustatyti psichikos ligų ryšį su suicidiniais ketinimais, kardiovaskuline rizika bei skydliaukės imunogenišku.

DARBO UŽDAVINIAI

1. Įvertinti HAD skalės (angl. Hospital Anxiety and Depression Scale) tinkamumą naudoti pirminės sveikatos priežiūros pacientų nerimo ir depresijos sutrikimų skryningui;
2. Įvertinti kaip šeimos gydytojai atpažįsta bei gydo nuotaikos ir nerimo sutrikimus, bei suicidines tendencijas;
3. Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros pacientų suicidines tendencijas lemiančius veiksnius;

4. Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros pacientų psichikos sutrikimų tarpusavio sąsajas ir psichikos sutrikimų, bei somatinių būklių sąsajas;

5. Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros pacientų skydliaukės imunogenišku sąsajas su psichikos sutrikimų simptomais ir su kardiovaskuliniais rizikos veiksniais.

IŠVADOS

1. HAD skalė yra tinkamas ir jautrus skryningo instrumentas pirminės sveikatos priežiūros pacientų psichikos būklei iširti. Kritinis depresijos skryningo balas (≥ 6) turėtų būti žemesnis nei siūloma originalioje versijoje (≥ 8).

2. Pirminės sveikatos priežiūros pacientų depresija, nerimo sutrikimai, o taip pat suicidinės tendencijos ir patologinis alkoholio vartojimas yra paplitę sutrikimai, tačiau šeimos gydytojų yra nustatomi retai.

3. Suicidinės tendencijos yra susijusios su vyriška lytimi, esamu didžiosios depresijos epizodu ir generalizuoto nerimo sutrikimu, esamu psichiatrinu gydymu bei esamu 2 tipo diabetu; esamų didžiosios depresijos epizodo ir generalizuoto nerimo sutrikimo buvimas kartu kaip gretutinių patologijų, o taip pat nerimo simptomų sunkumas, didina pirminės sveikatos priežiūros pacientų suicidines tendencijas.

4. Antro tipo diabetas pirminės sveikatos priežiūros vyrų imtyje ir kardiovaskulinės ligos pirminės sveikatos priežiūros moterų imtyje yra susiję su esamu generalizuoto nerimo sutrikimu. Pirminės sveikatos priežiūros pacientų nerimo ir depresijos simptomų sunkumas, bet ne psichiatrinų sutrikimų buvimas yra susijęs su aukštesniu sistoliniu arteriniu kraujo spaudimu. Sunkūs depresijos simptomai yra susiję su padidėjusiu pirminės sveikatos priežiūros pacientų kūno masės indeksu.

5. Skydliaukės imunogenišku pokyčiai, įvertinti ultragarsiniu skydliaukės tyrimu, yra susiję su pirminės sveikatos priežiūros moteriškos lyties pacienčių patiriamu sunkesniu nerimu, tačiau šis dėsnīgumas nenustatytas pirminės sveikatos priežiūros vyriškos lyties pacientų imtyje. Skydliaukės imunogenišku susijęs ir su aukštesniu arteriniu kraujo spaudimu, ir didesniu kūno masės indeksu tiek pirminės sveikatos priežiūros vyrų, tiek moterų imtyse.

PASAULINĖS BIOLOGINĖS PSICHIATRIJOS DRAUGIJŲ FEDERACIJOS (WFSBP) KONGRESAI:



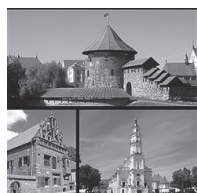
2013 m. birželio 23–27 d. XI-asis Pasaulinis biologinės psichiatrijos kongresas – Kiotas, Japonija

2015 m. – XII-asis Pasaulinis biologinės psichiatrijos kongresas – Atėnai, Graikija

2017 m. – XIII-asis Pasaulinis biologinės psichiatrijos kongresas – Kopenhaga, Danija

TARPTAUTINĖS NEUROPSICHIATRIJOS ASOCIACIJOS (INA) KONGRESAI:

2013 m. rugsėjo mėn. IX-asis Tarptautinis neuropsichiatrijos kongresas – Čikaga, JAV



2015 m. rugsėjo mėn. X-asis Tarptautinis neuropsichiatrijos kongresas – Kaunas, Lietuva

EUROPOS NEUROPSICHOFARMAKOLOGIJOS KOLEGIJOS (ECNP) KONGRESAI:

2012 m. spalio 13–17 d. 25-asis ECNP kongresas – Viena, Austrija



2013 m. spalio 5–9 d. 26-asis ECNP kongresas – Barselona, Ispanija