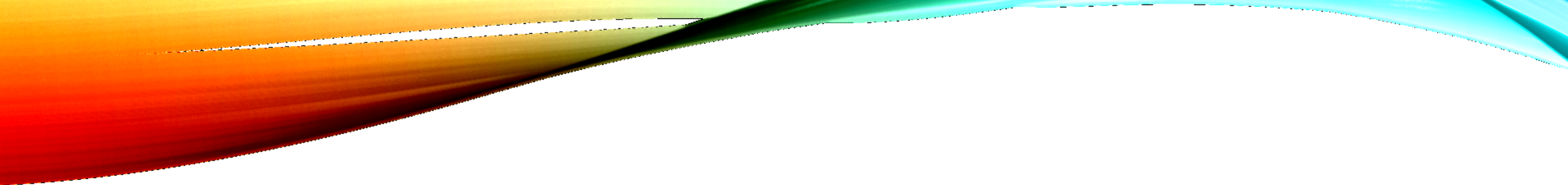




KOGNITIVNI FUNKCE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

- 
- jsou charakterizovány jako kontinuum patologického, biopsychosociálně podmíněného potravinového chování s nejtěžšími nosologickými jednotkami – anorexia nervosa, bulimia nervosa

HLAVNÍ DŮMĚNÍ MERENTČTKI

- neexistuje kompletní výčet NPS poškození u AN, přesto jisté výsledky máme (Chattingius, 1999; Katzmann, 2001; Uher, 2002; Kaye, 2000)
- nové výzkumy založeny na porovnávání AN s vysokým skórem „harm avoidance“ (vyhýbání se poškození), zhoršenou flexibilitou myšlení, rigiditou jídelního chování a vysokým perfekcionismem (Bulik, 2003)
- NPS studie ukázaly tendence k poruše flexibility v řešení kognitivních úkolů a neschopnost změny předchozího vzorce myšlení (jsou chápány jako (ne)schopnost přejít z jednoho úkolu na druhý)



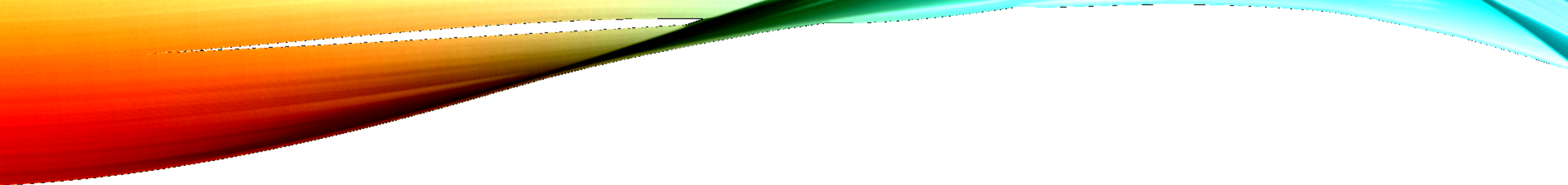
– SET-SHIFTING

- narušení percepční a kognitivní flexibility u akutní AN , i po nárůstu hmotnosti (Tchanturia, 2002) i u zdravých dvojčat – dívek s AN, což poukazuje na genetický podklad tohoto kognitivního rysu (Holliday, 2004)



A HLADINY ESTROGENŮ

- ztráta menstruace se snižující se hladinou estrogenů je jedním ze základních diagnostických kritérií
- v literatuře věnována pozornost souvislostem mezi změnami hladin estrogenů a KF u Alzheimerovy nemoci (Monk, 2000), u AN takové studie chybí !!!
- v jiných stavech spojených s nedostatkem estrogenů (po ovariectomii, při Turnerově syndromu, po fyziologické menopauze) bylo popsáno jemné, ale specifické kognitivní poškození v korelaci s hladinami hormonů (Hampson, 2000)
- při substituci estrogenů bylo poškození reverzibilní

- 
- v několika studiích poškození vizuálních a taktilních prostorových procesů, stejně jako pozornosti
 - pacientky s AN mají porušenou zvláště schopnost pro prostorové úkoly, ve kterých mají reprodukovat složitou figuru, doplnit chybějící části obrázku a analyzovat prostorové uspořádání
 - poruchy pozornosti se většinou s nárůstem váhy upraví; narušená vizuální a taktilní prostorová orientace může přetrvávat i po uzdravení
 - u AN více poškozena pravá hemisféra – větší poškození nonverbálních a numerických procesů ve srovnání s relativně zachovalými verbálními funkcemi a často výbornými studijními výsledky založenými na verbálních projevech

VLASTNÍHO TĚLA A DISOCIACE

- porucha vnímání vlastního těla – zákl. charakteristika u AN
- souvisí s poruchou interocepce – nezbytná k rozpoznávání a identifikaci vlastních emocí i emocí druhých
- alexithymie – považována za deficit v kognitivním zpracování emocí
- u PPP se hledají mechanismy, zahrnující kognitivní faktory, které se na změně vnímání vlastního těla mohou podílet
- jedním z mechanismů – **disociace** – vede k nedostatečné integraci komplexních vjemů tělesného schématu a k jejich nedostatečnému či chybnému zpracování



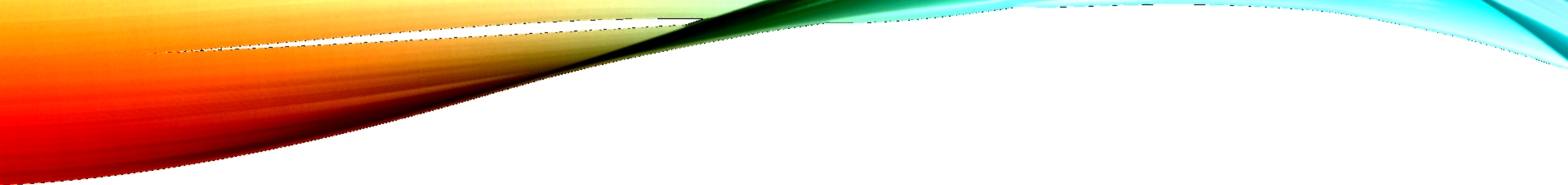
A PERCEPCE BOLESTI

- nález porušeného vnímání bolesti u AN
- mechanismus zvýšeného prahu vnímání bolesti není znám
- vnímání bolesti je asociováno s hladinami estrogenů během menstruačního cyklu u zdravých žen a s mírou experimentálního stresu
- u PPP může změna vnímání bolesti odrážet nejen nižší hladiny hormonů, ale i specifické kognitivní rysy, které vedou k celkově porušenému vnímání vnitřních pocitů a tělesného schématu

- 1973 Hill

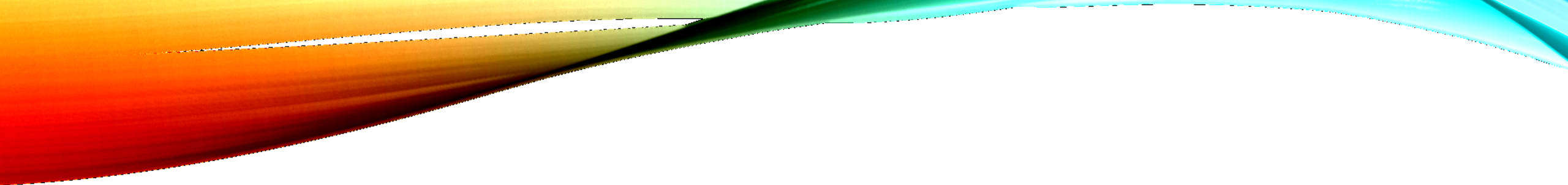
vnitřních pocitů (porucha interoceptivního čítí), tělesného schématu (body perception, body image), a pocitu vlastní neefektivnosti – součást škály **EDI (Eating Disorder Inventory)** – pro detekci specifické patologie u PPP

- 8 dílčích subškál
 - nutkání být štíhlý
 - bulimie
 - tělesná nespokojenost
 - neefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti)
 - perfekcionismus
 - interpersonální nedůvěra (pocit odcizení a nechuť vytvářet blízké vztahy, oslabení pozitivních emocí vůči ostatním)
 - narušené interoceptivní čítí (snížená schopnost se orientovat ve vlastních pocitech a emocích, včetně viscerálních pocitů hladu a chuti)
 - strach před dospělostí (odráží touhu se vrátit do bezpečí dětství a strach z požadavků dospělosti)

- 
- nová verze **EDI2** (Garner, 1991) – doplnil další škály
 - asketismus (snahu o sebedisciplínu a nadměrnou kontrolu zejména tělesných potřeb)
 - impulzivní regulace (tendence k impulzivitě, závislostem, sebedestruktivnímu a hostilnímu chování)
 - sociální nejistota (nejisté, napjaté a neuspokojující) sociální vztahy
(Krch, 2005)

- vztah k vlastnímu tělu a somatoformní disociace – **BAT (Body Attitude Test); SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire)**
- **EDE (Eating Disorder Examination)** – strukturované interview, „zlatý standard“ pro diagnózu a posouzení závažnosti PPP
- **EDE – Q** – dotazníková verze interview
- **NPS testy**
 - verbální úkoly: Bezprostřední a oddálená výbavnost, test slovní plynulosti
 - nonverbální úkoly – mental rotation task, Rey-Osterriethova komplexní figura – výbavnost
 - aritmetické schopnosti – number sequence test

- kognitivní změny se odrážejí v psychosociálních následcích onemocnění a podílejí se pravděpodobně na vzniku PPP – kognitivní dysfunkce předchází onemocnění – i malé kognitivní dysfunkce ovlivňují množství osobnostních a psychosociálních charakteristik – týkají se vztahu k sobě, snahy o kontrolu temperamentových rysů
- psychosociální adaptace v adolescenci může být zhoršena v důsledku KD
- po léčbě – nárůstu hmotnosti a redukci zvracení a přejídání – zlepšení KF (Lauer, 2002)
- poškození vizuálně prostorové orientace, nonverbální poškození a snížená percepční flexibilita přetrvávají i po uzdravě
- pomocí NPS testů nelze průběh PPP predikovat

- 
- výsledky nekorelují s mírou podváhy, frekvencí zvracení a přejídání, se skórem EDI, ani se strukturálními a funkčními změnami
 - poruchy koncentrace, pozornosti a PM mohou být důsledkem hladovění a malnutrice, zatímco jiné – flexibilita rozhodování, exekutivní fce – mohou představovat predisponující rys (trait marker)
 - zvýšená hladina kortizolu v akutní fázi AN – poruchy vigility a pozornosti
 - snížení hladin hormonů – vliv na KF
 - problémy v psychosociálním rozvoji mohou být rizikem, při kterém KD zvyšuje nebezpečí vzniku PPP