

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**

Medicinos studijų programa

Psichiatrijos klinika, Klinikinės medicinos institutas

Monika Jurkūnaitė, VI kursas, 8 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikiniai ypatumai**

**Clinical Features of Complex Treatment of Anorexia Nervosa**

Darbo vadovas

Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Klinikos vadovas

Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2026

monika.jurkunaite@mf.stud.vu.lt

## TURINYS

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| SANTRAUKA.....                                                       | 3  |
| SUMMARY .....                                                        | 4  |
| 1. ĮVADAS.....                                                       | 6  |
| 2. DARBO METODIKA .....                                              | 11 |
| 3. SVARBIAUSI NERVINĖS ANOREKSIJOS KOMPLEKSINIO GYDYMO ASPEKTAI..... | 14 |
| 3.1. Baimė lytiškai bręsti ir priimti kūno pokyčius .....            | 15 |
| 3.2. Motinos ir dukros santykiai .....                               | 19 |
| 3.3. Psichiatrinis komorbidiškumas.....                              | 28 |
| 3.4. Atmaitinimo sunkumai .....                                      | 35 |
| 3.5. Perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą .....              | 42 |
| 3.6. Išėitys ir ilgalaikė stebėseną .....                            | 44 |
| 4. IŠVADOS .....                                                     | 47 |
| 5. REKOMENDACIJOS .....                                              | 49 |
| 6. LITERATŪROS SĄRAŠAS .....                                         | 50 |

## SANTRAUKA

Nervinė anoreksija išlieka didžiausią mirtingumo rodiklį turintis psichiatrinis susirgimas, todėl daug dėmesio skiriama diagnostikos ir gydymo rekomendacijų tobulinimui. Dėl ligos kompleksiskumo, reikalaujančio multidisciplininio požiūrio, būtina ieškoti struktūruotų ir įrodymais pagrįstų strategijų, kurių taikymas gerintų gydymo efektyvumą.

**Tikslas.** Išanalizuoti svarbiausius nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikinius ypatumus ir išskirti gydymui svarbias rekomendacijas.

**Uždaviniai.** Išnagrinėti mokslinę literatūrą apie nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo ypatumus. Remiantis mokslinės literatūros analize, išskirti pagrindinius nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikinius ypatumus ir juos aprašyti. Aprašyti klinikinį atvejį, analizuojant motinos-dukros santykių reikšmę ligos išsivystymui ir eigai. Apibendrinant mokslinės literatūros ir klinikinio atvejo analizę, išskirti nervinės anoreksijos gydymui svarbias rekomendacijas.

**Metodai.** Literatūros apžvalga sudaryta iš dviejų etapų. Pirminiame etape atlikta trumpa apžvalginė pagrindinių nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikinių ypatumų identifikacija. Antriniame etape pagal kiekvieno ypatumo temą pritaikius raktinių žodžių derinius, atlikta išplėstinė literatūros analizė. Publikacijų paieška vykdyta *PubMed* ir *Google Scholar* duomenų bazėse. Atrinkti pilno teksto prieigą turintys straipsniai, publikuoti 2015–2026 metais, nagrinėjantys vaikų ir paauglių nervinės anoreksijos gydymo klinikinius ypatumus (įskaitant retrospektyvinius tyrimus). Iš viso išanalizuoti 127 moksliniai straipsniai. Taip pat išnagrinėtas vienas klinikinis atvejis.

**Rezultatai.** Nervinė anoreksija yra kompleksinio gydymo reikalaujanti patologija. Ligos eigą apsunkina įvairūs aspektai, apimantys etiopatogenezę, gydymo procesą ir ilgalaikę stebėseną. Svarbiausi klinikinio gydymo ypatumai yra pacientų baimė lytiškai bręsti ir priimti kūno pokyčius, motinos ir dukros santykiai, komorbidiškumas, atmaitinimo sunkumai, ilgalaikės stebėsenos bei perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą. Šie aspektai skirtingose ligos stadijose gali sukelti reikšmingų gydymo sunkumų, todėl literatūroje siūlomos prevencijos programos, diagnostikos priemonės ir specifinės gydymo strategijos. Išanalizuotas klinikinis atvejis parodo motinos ir dukros ryšio reikšmę ligos išsivystymui ir gydymo eigai.

**Išvados.** Dėl savo kompleksiskumo, apimančio etiopatogenetinius aspektus (baimę lytiškai bręsti, motinos-dukros santykius, komorbidiškumą) ir gydymo proceso iššūkius (atmaitinimo procesą, perėjimą į suaugusiųjų psichiatriją, ilgalaikės išėitis), nervinės anoreksijos gydymas išlieka sudėtingas.

Lytinės brandos pradžia dažnai būna svarbiu rizikos veiksniu anksti bręstančioms mergaitėms, todėl prevencijai svarbus lytinis švietimas, ankstyva diagnostika ir psichoterapija. Motinos ir dukros santykiai turi įtakos tiek ligos išsivystymui, tiek gydymo efektyvumui. Komorbidiškumas apsunkina ligos diagnostiką ir gydymo procesą, nes nervinė anoreksija gali atsirasti kaip kitos ligos pasekmė arba būti jos priežastimi. Atmaitinimo procesas kelia sunkumų dėl galimų komplikacijų išsivystymo, todėl svarbu pasirinkti teisingą strategiją. Gydymo išeičių gerinimui reikalingos ilgalaikės stebėsenos strategijos, tačiau trūksta konkrečių gairių. Perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą yra rizikingas procesas – jo gerinimui siūlomas glaudesnis specialistų bendradarbiavimas ir plano su pacientu sudarymas.

**Raktažodžiai:** nervinė anoreksija, vaikai ir paaugliai, gydymo iššūkiai, kompleksiskumas.

## SUMMARY

Anorexia nervosa has the highest mortality rate among psychiatric disorders. Therefore, significant attention is directed to improving diagnostics and treatment. Due to its complexity which requires a multidisciplinary approach, evidence-based strategies are essential to enhance outcomes.

**Aim.** To analyze the most important clinical features of complex treatment of anorexia nervosa and to identify important treatment recommendations.

**Tasks.** To analyze scientific literature on the complex treatment of anorexia nervosa. To identify and describe key clinical features of the complex treatment of anorexia nervosa based on the literature analysis. To analyze a clinical case focusing on the role of the mother-daughter relationship in the development and course of anorexia nervosa. To summarize the scientific literature and the clinical case analysis and to formulate recommendations relevant to the treatment of anorexia nervosa.

**Methods.** A two-stage literature review was conducted. The first stage involved a preliminary overview to identify key clinical features of comprehensive treatment. In the second stage, an expanded literature analysis was performed using specific keywords in *PubMed* and *Google Scholar*. Full-text articles published 2015–2026, focusing on treatment characteristics of anorexia nervosa in children and adolescents (including retrospective studies) were included. In total, 127 articles were studied. Additionally, one clinical case was analyzed.

**Results.** Treatment of anorexia nervosa requires a multidisciplinary approach. Its course is influenced by multiple etiopathogenetic and treatment-related factors. Key clinical aspects include fear of pubertal development and body changes, the role of mother-daughter relationship, comorbidity, refeeding challenges, long-term follow-up and the transition to adult psychiatric care. These factors may complicate

treatment at any stage of the illness. Therefore, literature proposes preventive programs, diagnostic tools and treatment strategies. The case analysis highlights the importance of the mother-daughter relationship in the development and course of anorexia nervosa.

**Conclusions.** Due to disorder's complexity, including etiopathogenetic factors (fear of sexual maturation, mother-daughter relationship, comorbidity) and treatment related difficulties (refeeding, transition to adult psychiatry, long-term outcomes), the management remains challenging. Puberty is a critical risk factor, especially for early-maturing girls. Therefore, prevention should include sexual education, early diagnosis and psychotherapy. Mother-daughter relationship affects both the development of disorder and effectiveness of treatment. Comorbidity complicates diagnostics and management. The refeeding process has many potential complications and requires appropriate strategy. Long-term follow-up is essential, although guidelines are limited. Transition to adult care remains a vulnerable stage – structured, collaborative care planning is needed.

**Keywords:** anorexia nervosa, child and adolescent, treatment challenges, complexity.

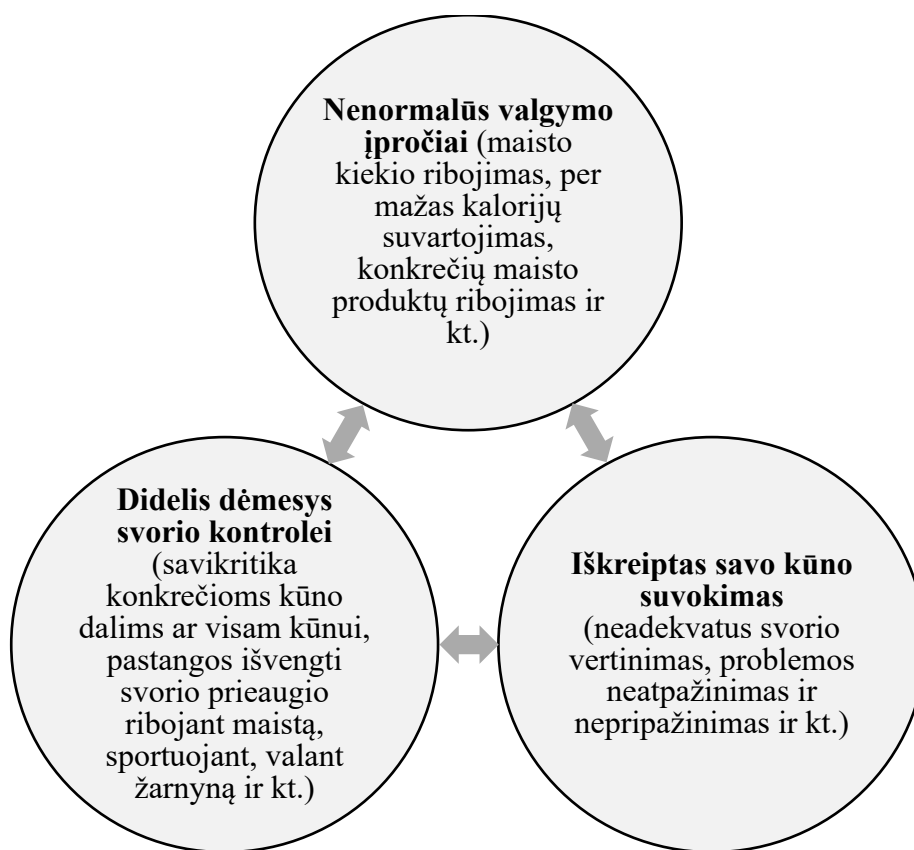
## 1. ĮVADAS

Nervinė anoreksija yra apibūdinama kaip valgymo sutrikimas, pasireiškiantis perdėta savo svorio kontrole ir pastangomis svorį palaikyti kuo žemesnį (1). Nervinė anoreksija gali išsivystyti bet kokio amžiaus žmonėms, įskaitant ir vaikus, visgi dažnai simptomų pradžia siejama su paauglystės laikotarpiu, nes iki 40% visų naujų NA atvejų yra registruojama paauglių amžiaus grupėje (2). Tyrimų duomenimis, nervinės anoreksijos simptomų pradžia dažniausiai būna esant 14–19 metų, vidutiniškai apie 15 gyvenimo metus (3,4). Nors šis sutrikimas labiau būdingas moteriškos lyties atstovėms (iki 4% visų moterų), jis gali atsirasti ir vyrams – skaičiuojama, kad iki 0,3% visų pasaulio vyrų (daugiausiai iš jų – jauni paaugliai) serga nervine anoreksija (5). Sergantieji šia liga susiduria su eile įvairių problemų – nuo nesugebėjimo atpažinti ligos priežasčių ar pačios ligos kaip problemos nepripažinimo iki bet kuriuose vidaus organuose galinčių išsivystyti komplikacijų ar sudėtingo, ilgai besitęsiančio gydymo. Nervinės anoreksijos kaip sutrikimo klinikinė išraiška ir gydymas yra daugiasluksniai, reikalaujantys ne tik klinikinių žinių, bet ir gebėjimo suprasti psichologinius procesus, jų sąsajas.

Priežastys, dėl kurių gali išsivystyti nervinė anoreksija, yra daugiaveiksnės. Mokslininkai sutaria dėl genetinio aspekto egzistavimo – atlikti tyrimai su dvyniais rodo aukštą paveldimumo rodiklį (ypač tarp monozygotinių dvynių); taip pat pastebėtas nervinei anoreksijai būdingų specifinių asmenybės bruožų paveldimumas tarp šeimos narių, pvz. perfekcionizmo, smulkmeniškumo, polinkio į nerimą (5,6). Nervinės anoreksijos atsiradimas taip pat turi reikšmingą ryšį ir su kitomis psichiatrinėmis patologijomis, pvz. autizmu, obsesiniu-kompulsiniu, nerimo ar nuotaikos sutrikimais (5,7). Įtakos kartais gali turėti ir struktūriniai ar tam tikri funkciniai smegenų pakitimai (7). Visgi, labai dažnai anksčiau minėtos priežastys turi glaudų ryšį ir yra neatsiejamos nuo įvairių socialinių ar aplinkos veiksnių, kurie sąlygoja nervinės anoreksijos vystymąsi lemiančių asmenybės ypatumų formavimąsi – nerimastingumą, perfekcionizmą, nelankstų mąstymą, sunkumus prisitaikant prie pokyčių, fragmentišką visumos suvokimą ir kt. (5) Tyrinėjant ligos etiologiją, verta skirti dėmesio *triggeriams* – veiksniams, kurie išprovokuoja simptomų pradžią (arba paūmėjimą). Vienas dažniausių *triggerių*, ypač jaunų merginų tarpe, yra grožio kulto ir tobulo kūno idealo samprata – kadangi paauglės nori atrodyti kaip merginos, kurias seka socialiniuose tinkluose (*liesos, turinčios gražią figūrą, nešiojančios mažo dydžio drabužius*), jos ima laikytis dietų ar kitaip mažinti svorį, o tai su laiku gali virsti valgymo sutrikimais (5,8). Kitas paaugliams būdingas *triggeris* yra gerų sportinių rezultatų siekimas, kai vengiama riebaus maisto, daug ir aktyviai sportuojama (*palaikoma forma*) – tai būdingiausia baletų ir plaukimo šakos atstovams (8). Nervinės anoreksijos atsiradimą gali išprovokuoti ir įvairios trauminės patirtys – stebimas ryšys tarp valgymo sutrikimų išsivystymo ir vaikystėje patirto smurto, ypač seksualinio, bet taip pat ir fizinio,

psichologinio (9). Kalbant apie provokuojančius veiksnius, svarbu paminėti ir šeimos santykių dinamiką. Tyrimai rodo, kad nenormalūs motinos valgymo įpročiai ir požiūris į kūną turi įtakos dukros santykiui su maistu ir savo svoriu (10).

Nervinė anoreksija yra valgymo sutrikimas, kuris pasireiškia nenormaliais valgymo įpročiais, baime ir dideliu dėmesiu svorio kontrolei bei iškreiptu savo kūno suvokimu (5). Šie trys ligos komponentai yra labai susiję tarpusavyje – atsiradę dėl tam tikrų individualių priežasčių, jie užveda ir palaiko ligos patogenetinį mechanizmą veikdami kartu. Pavyzdžiui, pacientė pradeda neadekvačiai negatyviai vertinti savo kūno vaizdą – laiko save *per stora* (nors vertinant objektyviai taip nėra), kritikuoja tam tikras savo kūno dalis (pilvą, šlaunis ir pan.) ar visą save suvokia kaip *per didelę*, jaučiasi nepatenkinta ir šlykštisi savo kūnu. Dėl šių priežasčių pradeda nenormaliai valgyti – stengiasi valgyti kuo mažiau (ar visai nevalgyti, praleisti dienos valgymus), maisto produktus skirsto į *blogus* ir *gerus*, skaičiuoja kalorijų kiekį maiste (per parą siekia kuo mažesnio), riboja tam tikrų *blogų* maisto produktų suvartojimą (pvz. saldaus, riebaus maisto). Kartu pradeda atsirasti ir didelis dėmesys savo svoriui – normalus ar per mažas svoris (pagal amžių ir lytį) pačios pacientės neadekvačiai vertinamas kaip per didelis, nedideli svorio priaugiai suvokiami kaip katastrofa, norima numesti vis daugiau kilogramų. Dėl svorio priaugio baimės imamas kompensacinių veiksmų, kurie gali būti pagrįsti arba savęs ribojimu, pvz. dietų laikymusi, kalorijų skaičiavimu, intensyvia fizine veikla (vadinamasis ribojantis (restrikcinis) tipas, kuris būdingas 90% pacientų, sergančių nervine anoreksija), arba šalinimu, pvz. pavalgys (nedidelį maisto kiekį ar patyrus persivalgymo epizodą) sukeliamas vėmimas arba naudojami įvairūs laisvinamieji preparatai (vadinamasis išsivalymo (arba persivalgymo ir valymosi) tipas, kuris būdingas dešimtdaliui sergančiųjų) (2,5). Visos trys minėtos ciklo dalys (žr. 1 pav.) veikdamos kartu palaiko ydingą sergančiųjų mąstyseną, kognityvinius suvokimo iškraipymus ir tampa labai svarbiomis dedamosiomis dalimis nervinės anoreksijos gydyme.



**1 paveikslas. Nervinės anoreksijos patogenezės mechanizmas**

Nervinės anoreksijos diagnostika daugiausiai remiasi Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos dešimtuoju leidimu (TLK-10) ir Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktuoju leidimu (DSM-5). Trumpesnė susisteminta abiejų dokumentų nervinės anoreksijos diagnostikos versija yra pateikta 1 lentelėje. Standartizuoti kriterijai palengvina tiek ankstyvos stadijos ligos atpažinimą, tiek padeda teisingai nustatyti jau kliniškai pasireiškusių formą.

Diagnozuojant nervinę anoreksiją atsižvelgiama ne tik į objektyvius radinius (per mažas svoris, sutrikusi lytinė branda ir kt.), bet ir į atsiradusius ydingus elgesio modelius (sveikatai žalingas santykis su maistu, tikrovės neatitinkantis kūno formų suvokimas ir kt.), kuriuos pastebėti ne visada pavyksta lengvai (11). Problema yra ta, kad savo sveikatai nepalankų elgesį pacientas gali bandyti slėpti, neigti ir įvairiais būdais stengtis iškraipyti reikalingą informaciją (dėvėti laisvesnio stiliaus drabužius, daug dėmesio skirti receptų paieškoms ir maisto gamybai, domėtis sporto būreliais), o tai gydytojui gali didinti diagnostinių klaidų tikimybę – dėl pacientų nebendradarbiavimo ir ligos simptomų slėpimo yra diagnozuojama tik maždaug pusė visų egzistuojančių nervinės anoreksijos atvejų (11,12). Dėl šios priežasties labai svarbu surinkti anamnezę ir iš artimiausių pacientui žmonių (dažniausiai tėvų ar



globėjū), kuri, tikėtina, gali būti objektyvesnė ir padės išvengti nereikalingų diferencinės diagnostikos etapų (11).

**1 lentelė. Nervinės anoreksijos diagnostikos kriterijų palyginimas (13–15)**

| TLK-10                                                                                                                                                                                                                         | DSM-5                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kūno svoris yra bent 15% mažesnis nei turėtų būti arba $KMI \leq 17,5$ (vyresniems nei 16 m.), arba per mažas svorio prieaugis prepubertatiniu laikotarpiu.                                                                    | Suvartojama mažiau energijos nei reikėtų, todėl atsiranda mažesnis kūno svoris nei turėtų būti.                                     |
| Pacientas sąmoningai mažina svorį, vengia <i>blogo</i> maisto. Yra bent vienas iš šių elgesio būdų: sukeliamas vėmimas, vartojami laisvinamieji, apetito slopintojai, diuretikai, užsiimama per daug intensyvia fizine veikla. | Yra didelė baimė priaugti svorio arba atsiranda elgesio modeliai, kuriais siekiama nepriaugti svorio (esant jau per mažam svoriui). |
| Nuolatinė baimė sustorėti, nusistatoma maža svorio riba, yra iškreiptas kūno formų suvokimas.                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |
| Moterims – amenorėja, vyrams – potencijos sumažėjimas. Kartu gali būti STH ir kortizolio padidėjimas, skydliaukės hormonų disbalansas, insulino sekrecijos sutrikimas.                                                         | Iškreiptas kūno formų suvokimas arba mažo kūno svorio kaip problemos nepripažinimas.                                                |
| Jei nervinė anoreksija prasideda prieš lytinį brendimą, tai jis gali sutrikti ar sustoti.                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |

Kalbant apie sutrikimo diagnostiką, taip pat svarbu pabrėžti ir komorbidiškumo svarbą – kadangi nervinė anoreksija neretai aptinkama kartu su kitomis psichiatrinėmis patologijomis (nuotaikos ar nerimo sutrikimais, obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu), renkant anamnezę svarbu atsižvelgti ir į tai (11).

Nervinės anoreksijos gydymas reikalauja tarpdisciplininės komandos – kuo ji daugiau patyrusi šio valgymo sutrikimo gydyme, tuo geresni gydymo rezultatai. Tiek pat kiek svarbu anksti ligą diagnozuoti, tiek svarbu ir kuo anksčiau pradėti ją gydyti – ankstyva intervencija gali padėti išvengti komplikacijų ar net stacionarinio gydymo (11,16). Literatūroje aprašoma kritinė 3 metų riba – jeigu gydymas bus pradėtas

per pirmus trejus metus nuo simptomų atsiradimo, tai ligos išeitys ir ilgalaikė prognozė bus geresnės (3). Praktikoje dažniausiai yra renkamasi tarp trijų gydymo metodų – ambulatorinio, dienos stacionarinio ir stacionarinio – kurių kiekvienas turi savo teigiamų ir neigiamų aspektų. Gydymo būdo parinkimas turi būti individualizuotas pagal objektyvius paciento fizinės būklės rodiklius (svoris, komplikacijos ir pan.), intensyvios priežiūros reikalingumą, asmeninės motyvacijos lygį, požiūrį į gydymąsi ir bendradarbiavimo efektyvumą.

Esminis nervinės anoreksijos gydymo tikslas yra pasiekti arba atstatyti normalų kūno svorį, nes tai tiek pagerins psichinę paciento sveikatą, tiek leis pasveikti tiek nuo atsiradusių antrinių somatinių patologijų (11). Pacientams, atsižvelgiant į jų somatinę būklę, išsekimo stadiją ir motyvacijos lygį, yra sudaromi individualizuoti mitybos planai. Vieningo nuosprendžio apie dienos kalorijų skaičių tarp pasaulio specialistų, yra ir šalių, kurios nustatytų rekomendacijų visai neturi (17). Kalbant apie mitybos vaidmenį nervinės anoreksijos gydyme, svarbu skirti dėmesio labai išsekusiems, dehidratavusiems, ekstremaliai badavusiems pacientams, nes neatsargus ir per greitas jų atmaitinimas gali pasireikšti viena iš gydymo komplikacijų – atmaitinimo sindromu (angl. *refeeding syndrome*), kurio simptomams atsiradus, reikia koreguoti gydymą, atidžiai sekti paciento būklę ir laboratorinius rodiklius (18,19).

Kita labai svarbi vaikų ir paauglių nervinės anoreksijos gydymo dalis – šeimos terapija. Ši psichoterapijos rūšis įtraukia tėvus į sveikimo procesą. Šeimos terapija leidžia tėvams aktyviai dalyvauti gydyme, pvz. jie gali padėti kurti geresnį santykį su maistu (pirmiausiai ligoninėje, vėliau ir namuose), motyvuoti pacientą sveikimo procese (3). Šeimos įtraukimas svarbus ir tuo, kad tarp šeimos, gydytojo ir paties paciento atsakomybė yra tarsi padalijama – tai ypač svarbu vaikams, nes dėl jauno amžiaus jie neturi pakankamai savarankiškumo ir gebėjimo priimti teisingus sprendimus apie savo sveikatą (3,5).

Nėra jokio patvirtinto medikamento, skirto būtent nervinei anoreksijai gydyti (11). Visgi, kadangi nervinė anoreksija neretai pasireiškia su kitais psichikos sutrikimais, pvz. depresija, tai pastarąją gydant antidepresantais galimas vaistų šalutinis poveikis – apetito padidėjimas – netiesiogiai gali prisidėti prie didesnio alkio jausmo ir taip duoti papildomą naudą (3).

Nors nervinės anoreksijos prognostiniai rodikliai pamažu gerėja, visgi ji išlieka didžiausią mirtingumą turintis psichiatrinis sutrikimas – mirtingumas tarp sergančiųjų yra šešis kartus didesnis nei bendroje populiacijoje (20). Maždaug penktadaliui pacientų liga pereina į lėtinę ar pasikartojančią, su daugybiniais somatinių organų pažeidimais ir kitais išliekančiais simptomais – tokie atvejai, kartu su mirtiniais, yra siejami su naujų gydymo inovacijų reikalingumu, nepakankama esamų metodų pagalba (20,21). Pilnos remisijos pasiekimas yra ilgas ir daug bendradarbiavimo reikalaujantis procesas. Visgi,

kalbant apie paauglius, jų pasveikimo rodiklis yra geresnis nei sergančių suaugusiųjų – maždaug trečdalis sergančių paauglių pasiekia pilną remisiją, kai tuo tarpu suaugusių tarpe pasveikusiųjų dalis sudaro tik iki penktadalio pacientų (20).

**Darbo tikslas:** išanalizuoti svarbiausius nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikinius ypatumus ir išskirti gydymui svarbias rekomendacijas.

**Darbo uždaviniai:**

1. Išnagrinėti mokslinę literatūrą apie nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo ypatumus.
2. Remiantis mokslinės literatūros analize, išskirti pagrindinius nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikinius ypatumus ir juos aprašyti.
3. Aprašyti klinikinį atvejį, analizuojant motinos-dukros santykių reikšmę ligos išsivystymui ir eigai.
4. Apibendrinant mokslinės literatūros ir klinikinio atvejo analizę, išskirti nervinės anoreksijos gydymui svarbias rekomendacijas.

## **2. DARBO METODIKA**

Mokslinių straipsnių paieška buvo vykdyta *PubMed* ir *Google Scholar* duomenų bazėse iki 2026 metų kovo 15 dienos. Literatūros šaltinių atrankos procesas buvo padalintas į du strateginius etapus.

### **Pirminės literatūros šaltinių paieškos ir analizės metodika**

Pirminėje literatūros atrankos ir analizės stadijoje buvo atlikta mokslinių straipsnių, kurie būtų aktualūs baigiamojo darbo temai, paieška. Šio etapo tikslas – pagrindinių nervinės anoreksijos kompleksinio gydymo klinikinių ypatumų identifikacija. Kad straipsnių paieška būtų labiau struktūruota, naudotas PICO (angl. PICO – *Patient/Problem/Population, Intervention, Comparison/Control, Outcomes* – Pacientas/Problema/Populiacija, Intervencija, Palyginimas, Pasekmė/Rezultatas) metodas. Sudarytame plane populiacija buvo vaikai ir paaugliai, intervencija – gydymas, pasekmė – sunkumai, problemos ir ypatumai. Duomenų bazėse naudoti raktažodžiai *anorexia nervosa, adolescent, child, management, treatment, difficulties, complexity, challenges, peculiarities* ir įvairūs jų deriniai. Pagal raktinius žodžius gautas 951 bibliografinis įrašas. Pritaikius publikavimo laiko, straipsnio prieinamumo ir kalbos bei tiriamųjų amžiaus kriterijus (žr. 2 lentelę), gautas 151 įrašas. Peržvelgus šių įrašų santraukas, atmesti neatitinkantys temos (žr. 2 lentelę) straipsniai. Į galutinę pirminės literatūros analizės stadiją įtraukta 15 publikacijų.

## 2 lentelė. Pirminės literatūros atrankos ir analizės stadijos įtraukimo ir atmetimo kriterijai

| Įtraukimo kriterijai                                                                                     | Atmetimo kriterijai                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Straipsnyje aprašomi nervinės anoreksijos gydymo eigoje išskylantys sunkumai ar kompleksiskumo ypatumai. | Straipsnyje nėra aprašomi nervinės anoreksijos gydymo eigoje išskylantys sunkumai ar kompleksiskumo ypatumai. |
| Straipsnyje aprašomi vaikų ar paauglių (iki 18 metų) gydymo metodų ypatumai.                             | Straipsnyje aprašomi suaugusiųjų (nuo 18 metų) gydymo metodų ypatumai.                                        |
| Prieinamas pilnas straipsnio tekstas.                                                                    | Pilnas straipsnio tekstas nėra prieinamas.                                                                    |
| Straipsnis publikuotas anglų kalba.                                                                      | Straipsnis publikuotas ne anglų kalba.                                                                        |
| Straipsnis publikuotas ne anksčiau nei 2015 m.                                                           | Straipsnis publikuotas anksčiau nei 2015 m.                                                                   |

Atlikus šių mokslinių straipsnių analizę, atrinkti 6 kliniškai labiausiai reikšmingi gydymo ypatumai:

- 1) baimė lytiškai bręsti ir priimti kūno pokyčius,
- 2) motinos ir dukros santykiai,
- 3) komorbidiškumas,
- 4) atmaitinimo sunkumai,
- 5) perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą,
- 6) išeitys ir ilgalaikė stebėseną.

Apibrėžus pagrindinius aspektus (baigiamojo darbo potemes), pirminė literatūros apžvalgos stadija buvo baigta. Pirminis literatūros analizės etapas buvo tik apžvalginis ir skirtas pagrindiniams svarbiausiems aspektams susisteminti (bet ne analizuoti), kad tolimesnės (antrinės) literatūros apžvalgos mokslinių straipsnių paieška būtų tikslesnė (pagal konkrečias potemes) ir baigiamasis darbas būtų aiškiau struktūruotas.

### Antrinės literatūros šaltinių paieškos ir analizės metodika

Antrinė literatūros analizės stadija yra pagrindinė šio baigiamojo darbo dalis (išplėstinė literatūros apžvalga). Šios stadijos straipsnių atrankos etape buvo atlikta tikslinga mokslinių straipsnių paieška pagal konkrečias anksčiau išskirtas potemes. Kiekvienai potemei literatūros paieška buvo vykdyta atskirai (t.y. iš viso 6 atskiros paieškos), pritaikius joms aktualius raktinius žodžius ir įvairius jų derinius:

1. Baimė lytiškai bręsti ir priimti kūno pokyčius: *anorexia nervosa, child, adolescent, puberty, body image, dissatisfaction.*
2. Motinos ir dukros santykiai: *anorexia nervosa, mother-daughter relationship, mother-child relationship, mother influence, maternal influence.*
3. Komorbidiskumas: *anorexia nervosa, child, adolescent, comorbidity, mental disorders.*
4. Atmaitinimo sunkumai: *anorexia nervosa, child, adolescent, refeeding, refeeding syndrome.*
5. Perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą: *anorexia nervosa child, adolescent, transitioning, transition of care, continuity of care.*
6. Išeitys ir ilgalaikė stebėseną: *anorexia nervosa, child, adolescent, follow-up, prognosis, treatment outcome, prevention.*

Straipsniai antrinei literatūros analizės stadijai atrinkti pagal įtraukimo ir atmetimo kriterijus (žr. 3 lentelę). Pirmiausiai įvesti raktažodžių deriniai, tada pritaikyti publikavimo laiko, straipsnio prieinamumo ir kalbos bei tiriamųjų amžiaus kriterijai. Peržvelgtos gautų bibliografinių įrašų santraukos, atmesti neatitinkantys konkrečios temos (potemės) straipsniai.

**3 lentelė. Antrinės literatūros atrankos ir analizės stadijos įtraukimo ir atmetimo kriterijai**

| <b>Įtraukimo kriterijai</b>                                                                                               | <b>Atmetimo kriterijai</b>                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Publikacija atitinka temą (potemę).                                                                                       | Publikacija neatitinka temos (potemės).       |
| Straipsnyje tirama vaikų ir paauglių (iki 19 metų) populiacija arba vaikystė ir paauglystė analizuojamos retrospektyviai. | Straipsnis apie suaugusiuosius (nuo 19 metų). |
| Prieinamas pilnas straipsnio tekstas.                                                                                     | Pilnas straipsnio tekstas nėra prieinamas.    |
| Straipsnis publikuotas anglų kalba.                                                                                       | Straipsnis publikuotas ne anglų kalba.        |
| Straipsnis publikuotas ne anksčiau nei 2015 m.                                                                            | Straipsnis publikuotas anksčiau nei 2015 m.   |

Perskaičius publikacijų santraukas, atmetus įtraukimo kriterijų neatitinkančius straipsnius, kiekvienos potemės analizei buvo atrinktas skirtingas skaičius straipsnių:

1. Baimė lytiškai bręsti ir priimti kūno pokyčius – iš viso 16 publikacijų, iš kurių 13 yra atrinktos pagal įtraukimo kriterijus, ir 3 papildomos publikacijos, įtrauktos į analizę papildomu rankiniu atrankos būdu, siekiant užtikrinti išsamesnę temos analizę.

2. Motinos ir dukros santykiai – iš viso 18 publikacijų, iš kurių 14 yra atrinktos pagal įtraukimo kriterijus, ir 4 papildomos publikacijos, įtrauktos į analizę papildomu rankiniu atrankos būdu, siekiant užtikrinti išsamesnę temos analizę.
3. Komorbidiskumas – iš viso 30 publikacijų, iš kurių 22 yra atrinktos pagal įtraukimo kriterijus, ir 8 papildomos publikacijos, įtrauktos į analizę papildomu rankiniu atrankos būdu, siekiant užtikrinti išsamesnę temos analizę.
4. Atmaitinimo sunkumai – iš viso 21 publikacija, iš kurių 15 yra atrinktos pagal įtraukimo kriterijus, ir 6 papildomos publikacijos, įtrauktos į analizę papildomu rankiniu atrankos būdu, siekiant užtikrinti išsamesnę temos analizę.
5. Perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą – iš viso 15 publikacijų.
6. Išeitys ir ilgalaikė stebėseną – iš viso 12 publikacijų, iš kurių 9 yra atrinktos pagal įtraukimo kriterijus, ir 3 papildomos publikacijos, įtrauktos į analizę papildomu rankiniu atrankos būdu, siekiant užtikrinti išsamesnę temos analizę.

### 3. SVARBIAUSI NERVINĖS ANOREKSIJOS KOMPLEKSINIO GYDYMO ASPEKTAI

Nors specialistai skiria daug dėmesio nervinės anoreksijos gydymo gerinimui, naujų rekomendacijų ar metodų kūrimui, ji vis dar išlieka gerų praktinių įgūdžių, patirties ir multidisciplininės komandos reikalaujantis psichiatrinis susirgimas (22). Nervinė anoreksija yra kompleksinis sutrikimas – jis susideda ir iš somatinių, ir psichologinių, ir socialinių veiksnių, kuriuos sprenddami specialistai susiduria su eile iššūkių.

Įvairi nervinės anoreksijos etiologija ir patogenezė gali turėti įtakos gydymo proceso efektyvumui. Tyrinėjant paauglių gydymo ypatumus, reikšmingi etiologiniai veiksniai yra **baimė priimti kūno pokyčius, atsirandančius dėl lytinio brendimo**, lyginimasis su kitais bendraamžiais – tai neretai duoda pradžią valgymo sutrikimui būdingų elgesio ir mąstymo modelių formavimuisi (23).

Kalbant apie svarbius paauglių nervinės anoreksijos gydymo aspektus, didelis vaidmuo čia atitenka šeimai. Visų pirma šeima gali būti sutrikimo atsiradimo priežastimi (24). Susiformavęs nesaugus prierašumo tipas, tėvų polinkis kritikuoti ir perdėtai reikšti emocijas ar net įvairūs vaikystėje patirti trauminiai įvykiai gali išprovokuoti nervinės anoreksijos atsiradimą jauname amžiuje ir turėti įtakos ligos gydymui (24–26). Daug dėmesio literatūroje skiriama **motinos-dukros ryšio** reikšmingumui – jis išskiriamas kaip svarbus rizikos faktorius (27). Nervinė anoreksija gali turėti poveikį šeimos santykių dinamikai ne tik dėl priežastinio ryšio, bet ir kaip sutrikimo pasekmė – sergantieji nervine anoreksija

atžymi prastesnę santykių kokybę su tėvais (28). Dėl tokios kompleksiškos įtakos nervinei anoreksijai, šeima yra svarbi ir gydymo procese – šeimos terapija yra viena svarbiausių ir efektyviausių paauglių gydymo proceso dalių (29,30).

Nervinė anoreksija retai diagnozuojama kaip vienas izoliuotas psichiatrinis susirgimas. Dažnai pacientų būklės būna komorbidiškos, t.y. yra ir kitų psichiatrinų patologijų, pvz. depresija, obsesinis-kompulsinis sutrikimas ir kt. (23,31). Kelių ligų simptomų persidengimas specialistams kelia daug iššūkių ir reikalauja atidesnės priežiūros. **Komorbidiškumas** apsunkina tiek diagnostiką, tiek gydymo proceso eigą (23).

Ne mažiau svarbi gydymo dalis – **atmaitinimo procesas**. Ši gydymo dalis reikalauja plataus požiūrio – reikia skirti dėmesio tiek psichologinėms problemoms (pvz. sveiko požiūrio į maistą atkūrimui), tiek atidžiai sekti somatinius kūno pokyčius ir galimas komplikacijas (32). Daug dėmesio literatūroje skiriama vienos iš komplikacijų – atmaitinimo sindromo – profilaktikai ir gydymui (33). Dėl atmaitinimo sindromo pavojingumo, atmaitinimo procesas ir strategijos pasirinkimas yra multidisciplininės komandos reikalaujanti nervinės anoreksijos gydymo dalis.

Net ir po sėkmingo gydymo, tolimosios **išeitys** gali būti įvairios – vieni pasiekia ilgalaikę remisiją, kiti patiria atkryčius. Dažnesni atkryčiai stebimi tada, kai gydymas užbaigiamas anksčiau nei numatyta (29). Kad būtų galima išvengti tokių atvejų, reikalinga aiški gydymo strategija ir bendradarbiaujančio ryšio su pacientu vystymas. Literatūros duomenimis, didžiausia ligos pasikartojimo rizika stebima per pirmuosius metus (34). Pacientų ilgalaikės stebėsenos planai ir reguliarių vizitų organizavimas leidžia laiku koreguoti gydymą ar padidina remisijos tikimybę.

Dar vienas paminėtinas aspektas yra **perėjimo procesas**. Kai nervinė anoreksija prasideda paauglystėje, pacientui, sulaukus pilnametystės, reikia pereiti iš vaikų ir paauglių psichiatro į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą. Šis perėjimo etapas yra dažnai neišvengiama ir pavojinga gydymo proceso dalis – jis siejamas su didele gydymo nutraukimo, psichologinės būklės suprastėjimo, atkryčių rizika (35). Todėl svarbu ieškoti ir laikytis strategijų, padedančių perėjimo etape išlaikyti gydymo tęstinumą ir paciento pasitikėjimą (36).

### 3.1. Baimė lytiškai bręsti ir priimti kūno pokyčius

Kadangi nervinės anoreksijos pradžia labai dažnai būna paauglystėje, tai ir veiksniai, skatinantys jos išsivystymą bei palaikantys egzistavimą, neretai yra siejami su šiuo gyvenimo etapu. Todėl brandimas, vienas iš daugiausiai tiek fizinių, tiek psichologinių pokyčių sukeliančių procesų paauglio

gyvenime, turi svarbų vaidmenį nervinės anoreksijos atsiradime (37). Mergaitėms vyksta įvairūs kūno formų, fiziologinių, taip pat mąstymo, elgsenos pokyčių, kurie gali sukelti nepasitenkinimą savo kūnu, baimę, pažeidžiamumo jausmą (37–39). Nerimo prideda ir tai, kad mergaitės pradeda bręsti skirtingu laiku, todėl tos, kurios pradeda bręsti pirmosios, gali susilaukti įvairių nemalonių komentarų apie savo išvaizdą, kol jų bendraamžės vis dar atrodo taip kaip anksčiau – tai gali sukelti daug neigiamų emocijų ir mažinti savivertę (38). Dėl tokių naujų pasikeitimų, kurių pačios paauglės sustabdyti negali, jos ima jaustis bejėgės ir bando ieškoti, kaip gali sumažinti kūno pokyčius ir įgauti kontrolės. Iš to atsirandantis nepasitenkinimas savimi, baimė priimti savo besikeičiantį kūną ir ydingi kūno suvokimo ypatumai turi įtakos nervinei anoreksijai būdingiems elgesio modeliams atsirasti.

### **Kūno pokyčiai ir noras juos kontroliuoti**

Paauglystėje kūno pokyčiai pradeda atsirasti pakankamai intensyviai, o tai dažnai turi įtakos nepasitenkinimo savo kūnu atsiradimui. Savo išvaizda labiau nepatenkintos būna moteriškos lyties atstovės, todėl mokslinėje literatūroje daugiausiai tyrinėjama brendimo įtaka būtent mergaitėms (40). Įvairiais duomenimis, nuo 24% iki 90% visų mergaičių nėra patenkintos savo kūnu ar svoriu (39,41,42).

Nepasitenkinimas išvaizda brendimo metu gali atsirasti dėl viso kūno formų pasikeitimų (mergaitėms daugėja riebalinio audinio, auga svoris), dėl konkrečių kūno vietų pokyčių (pvz. didėjančių krūtų, šlaunų, pilvo) arba atsiradusių naujų kūno ypatumų (pvz. menstruacijų, prakaitavimo ir blogo kūno kvapo, didėjančio plaukuotumo, aknės) (37,42,43). Visi šie pokyčiai paaugles gąsdina, nes jos, ilgą laiką buvusios vaikais, ima patirti eilę įvairių anatominių ir fiziologinių pokyčių, kurie veikia jų kūno vaizdo suvokimą ir savivertę:

- konkrečiose kūno vietose besikaupiantis riebalinis sluoksnis gali versti mergaitę jaustis taip, lyg ji neatitinka *tobulo kūno* idealo – tokio, kurį mato tarp šeimos narių ar savo draugių, taip pat socialinių medijų figūrų ar televizijos žvaigždžių,
- besikeičianti krūtų ir spenelių forma gali sukelti keistus jausmus, drovėjimąsi ar pasibjaurėjimą savo kūnu, nepasitenkinimą nauja išvaizda ir noru ją pakeisti, taip pat didėjančios krūtys gali sukelti visuomenės spaudimą ar net seksualinio pobūdžio įžeidžiančius ir neigiamą įtaką darančius komentarus,
- kūno plaukuotumas asocijuojasi su gėdos jausmu, papildomais rūpesčiais bandant jį paslėpti ar pašalinti,



- atsiradusios mėnesinės siejamos su daug streso, baimės ir skausmingų pojūčių, sukelia nepatogumų bandant išmokti naudotis higienos priemonėmis, verčia dvejoti, ar pavyksta išlaikyti pakankamą kūno švarą (43,44).

Atsirandantys antriniai lytiniai požymiai paauglėms sukelia daug neigiamų emocijų, nežinios ir baimės, todėl jos bando spręsti nemalonią situaciją kurdamos naujus elgesio modelius, kurie leistų joms suvaldyti savo emocijas ar net pakeisti aplinką. Neretai toks jų mąstymas veda prie strategijų, kuriomis jos tikisi įgauti daugiau kontrolės – tai ir gali būti vienas esminių brendimo, kaip priežastinio ryšio su nervinės anoreksijos atsiradimu, aspektų. Paauglės ima laikytis dietų, riboti maisto kiekį, išsiugdo nenormalius valgymo įpročius – visa tai daro su tikslu numesti svorio, *sustabdyti* brendimą ir *grįžti į vaikystę*, kai nejausdavo tiek neigiamų emocijų, nukreiptų į jų pačių kūnus (38). Tai rodo ir italų Riboli ir kt. (2022) atliktas kokybinis tyrimas, kurio metu pastebėta, kad valgymo sutrikimams būdingą elgesį (daugiausiai orientuotą į svorio kontrolę) paauglės neretai pradeda praktikuoti norėdamos paslėpti, sumažinti ar sustabdyti brendimo metu atsirandančius antrinius lytinius požymius, pvz. didėjančias krūtis ar plėtėjančius klubus (43). Tokiu būdu jos bando susigrąžinti savo tapatumą per kūną – sustabdžiusios brendimą, galės pakeisti naujas kūno formas, kurios nebeatitinka *senojo tikrojo aš* ir taip jausis valdančios situaciją (43,45).

Paminėtina ir laiko, kada prasideda brendimas, svarba. Nustatyta, kad ankstyva brendimo pradžia siejama su didesne nepasitenkinimu savo kūnu ir valgymo atsiradimų rizika (38,46,47). Daug dėmesio literatūroje skiriama amžiaus, kai prasideda pirmosios mėnesinės, ir valgymo sutrikimų atsiradimo koreliacijai tirti. Melisse ir kt. (2025) atliktame skerspjuvio tyrime, kur buvo tirtos moterys, turinčios valgymo sutrikimų, prieita išvadų, kad ankstyvas pirmųjų mėnesinių amžius (11 metų ir mažiau) yra reikšmingai susijęs su nepasitenkinimu savo kūnu ir valgymo sutrikimų simptomų atsiradimu (46). Kitas skerspjuvio tyrimas, atliktas Iron-Segev ir kt. (2025), taip pat parodė, kad paauglės mergaitės, kurioms mėnesinės prasidėjo anksčiau, dažniau bandė laikytis dietų, perdėtai rūpinosi savo svoriu, taip pat ankstyvą brendimą tyrėjai susiejo ir su dažnesnio nepasitenkinimo savo išvaizda rizika (47). Taip yra todėl, kad anksti pradėjusių bręsti mergaičių išvaizda pradeda išsiskirti nuo bendraamžių (t.y. didesnės krūtys, daugiau riebalinio audinio ant pilvo, šlaunų ir pan.) – tai paauglėms kelia nesupratimo jausmą, nemalonias emocijas ir skatina norą pasikeisti, pritapti prie dar nepradėjusių bręsti bendraamžių (46,47). Tokia perdėta išvaizdos ir svorio kontrolė gali būti rizikos veiksniu valgymo sutrikimams atsirasti, ypač tada, kai mergaitė jau pradeda bręsti fiziškai (atsiranda antriniai lytiniai požymiai), bet dar nėra tam pasiruošusi psichologiškai – *idealaus kūno* idėjos neatitikimas ją gąsdina, neramina, ji jaučiasi pažeidžiama (46). Todėl galima manyti, kad brendimas ir kūno pokyčiai gali būti rizikos veiksniu

nervinei anoreksijai atsirasti, bet daug kas priklauso nuo paauglių psichologinio brandumo, pasiruošimo ar atsparumo pokyčiams.

### **Problemos sprendimo būdai ir praktiniai patarimai**

Nustatyti baimės lytiškai bręsti aspektą galima pokalbio metu arba naudojant validuotus klausimynus. Vienas bene populiariausių klausimynų nervinei anoreksijai diagnozuoti – Valgymo sutrikimų skalė (angl. *Eating Disorder Inventory-3*, EDI-3) – yra naudojamas ir validuotas Lietuvoje (48,49). Viena iš klausimyne vertinamų skalių apima atsakymus apie subrendimo baimę (angl. *Maturity Fears*) – todėl EDI-3 yra naudingas ne tik pačios nervinės anoreksijos diagnostikai, bet ir brendimo bei kūno pokyčių baimės kaip galimo etiopatogenetinio ligos veiksnio svarbos vertinimui (49). Jeigu klausimyne stebimas polinkis į baimę lytiškai bręsti, priimti kūno pokyčius, galima šiuos klausimus aptarti kartu su pacientu ir psichologu ar psichoterapeutu išsamių pokalbių metu ir teikti kryptingą, į šią problemą orientuotą pagalbą.

Kadangi brendimas yra išskiriamas kaip vienas iš nervinės anoreksijos atsiradimo rizikos veiksnių, vadinasi, naudinga taikyti prevencines strategijas. Visų pirma reikšmingai svarbios yra edukacinės programos ir lytinis švietimas mokykloje. Riboli ir kt. (2022) tyrime mergaitės atžymėjo, kad prasidėjus brendimui, jos nebūdavo tam pasiruošusios, turėjo per mažai žinių apie galimus kūno pokyčius – mokyklose jas supažindindavo su faktais apie menstruacinį ciklą, tačiau trūko žinių apie kitus laukiančius pasikeitimus, pvz. krūtų augimą, kūno plaukuotumą (43). Vadinasi, reikalingas stipresnis lytinis švietimas mokyklose. Dabar prevencinės programos mokyklose neretai pradedamos per vėlai – mokslinėje literatūroje minima, kad nepasitenkinimas savo kūnu gali atsirasti nuo 6 metų, o paaugus pasireikšti nervine anoreksija (50). Reikėtų pradėti šviesti mergaites anksčiau, dar prieš prasidedant lytinei brandai, kad net ir pirmosios pradedančios bręsti mergaitės jau būtų supažindintos su jų laukiančiais pokyčiais, turėtų bent elementarias žinias apie kūno anatomiją ir fiziologiją. Pagirtina, kad lytinio švietimo užsiėmimuose mokyklose daug dėmesio skiriama menstruacinio ciklo ir tinkamos higienos paaiškinimui, tačiau vertėtų daugiau dėmesio skirti tokiems pokyčiams, kurie mergaitėms gali būti mažiau suprantami, pvz. paaiškinti, jog normalu, kad plėtėja klubai ar auga krūtys, nes tai yra įprasti fiziologiniai moters kūno pasikeitimai. Edukuoti paaugles pacientės šiais klausimais gali ir gydymo įstaigų darbuotojai – vaikų ligų ar šeimos gydytojas profilaktinių vizitų metu gali paaiškinti apie laukiančio brendimo eigą, suteikti informacijos pokalbio metu ar paruošti paprastus informacinius leidinius namo. Tokios švietimo ar gydymo specialistų atliekamos ankstyvos prevencinės programos ir

edukacijos gali sumažinti nepasitenkinimą savo kūnu ar svoriu, skatinti kreiptis pagalbos ir taip gerinti galimų valgymo sutrikimų simptomų atsiradimo atpažinimą (50).

Kalbant apie specifinį gydymą, verta paminėti kognityvinės elgesio terapijos metodus. Literatūros duomenys rodo, kad kognityvinė elgesio terapija yra veiksminga gerinant paauglių mergaičių požiūrį į savo kūną, mažina nepasitenkinimą išvaizda (51,52). Kognityvinė elgesio terapija (o ypač į valgymo sutrikimus orientuotos kognityvinės elgesio terapijos rūšis) gali padėti paauglėms atpažinti iš baimės kylančias mąstymo klaidas, atsirandančias nesėkmingai bandant priimti kūno pokyčius, ir tokiu būdu išmokyti naujų elgesio modelių, kurie leistų sumažinti valgymo sutrikimams būdingų psichologinių simptomų pavojų (52).

### **3.2. Motinos ir dukros santykiai**

Pirmieji užmegzti emociniai ryšiai turi daug galios tolimesniame įvairių santykių formavime – aplinkinių žmonių emocinis prieinamumas arba, priešingai, nepasiekiamumas turi įtakos formuojantis žmogaus savivertei, požiūriui į pasaulį ar kitus žmones. Tikriausiai todėl, kad ankstyviausieji emociniai kontaktai būna svarbiausi ir reikšmingiausi, literatūroje jiems skiriama daug dėmesio. Anksčiausiai stiprios įtakos turintį ryšį dar būdami vaikai žmonės užmezga su tėvais, augant jis keičiasi – stiprėja ir būna patenkinantis poreikius arba silpnėja ir trikdo, priklausomai nuo tėvų emocinio prieinamumo, jautrumo problemoms, gebėjimo reaguoti į konfliktus ar įsiklausymo į poreikius (24).

Valgymo sutrikimų, kaip ir eilės kitų psichiatrinių patologijų, priežastys neretai taip pat slypi ankstyvoje vaikystėje. Įvairūs tyrimai rodo, kad kalbant apie šeimos dinamiką ir nervinės anoreksijos etiologiją (ar provokuojančius veiksnius *triggerius*), daugiausiai ryšio turi motinos ir dukros diada – mamos vaidmuo gali turėti stiprios įtakos dukters valgymo įpročių ar požiūrio į savo kūną formavimuisi (53–56). Nervinė anoreksija dukra gali susirgti tiek dėl motinos asmeninių bruožų ir ydingų auklėjimo modelių, tiek dėl jos pačios santykio su maistu ar požiūrio į savo kūną.

#### **Motinos asmenybiniai bruožai ir elgesio modeliai**

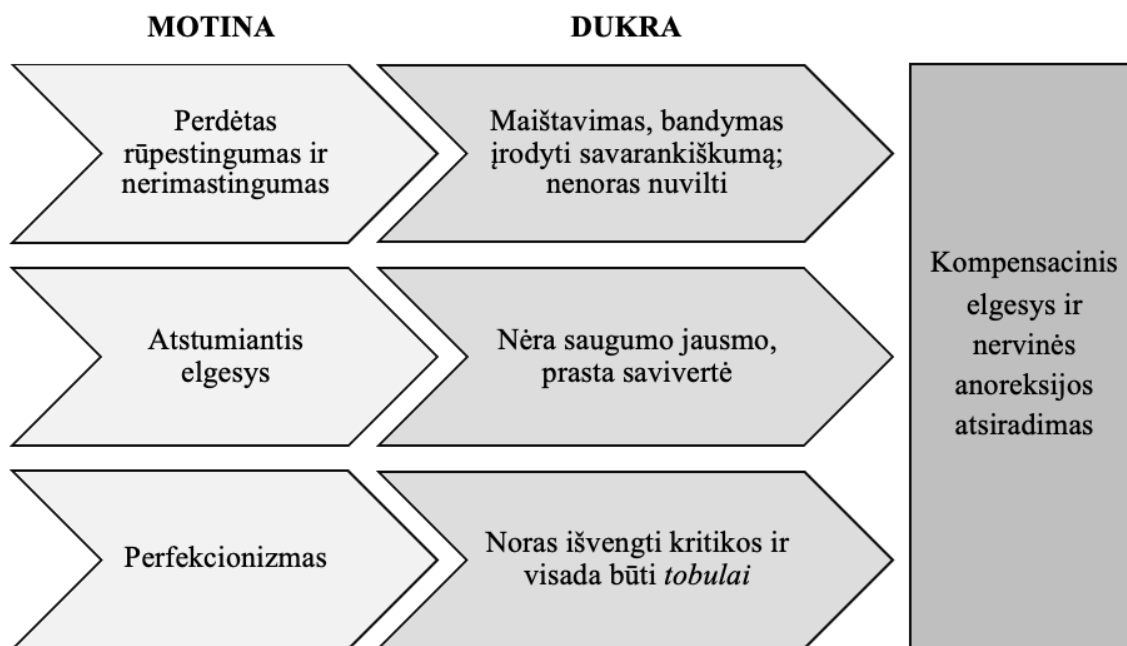
Analizuojant motinos vaidmens reikšmę nervinės anoreksijos etiologijai ar patogenezei, literatūroje nemažai dėmesio skiriama asmeninių motinos charakterio savybių svarbai (10,55).

Austrų Gruber ir kt. (2020) atliktame atvejo kontrolės tyrime prieita apibendrinimo, kad paauglės, sergančios nervine anoreksija, savo motinas dažniau apibūdindavo kaip perdėtai rūpestingas ir turinčias daugiau baimių (57). Šios išvados leidžia manyti, kad kuo labiau motinos yra globėjiškos, turinčios nepagrįstų baimių, tuo labiau jų dukros bijo būti nepriimtos ir tarsi pasirodyti *nevertingos*, nuvilti

motinas. Tokiu būdu dukros savo pačių baimės, atsirandančias dėl motinų elgesio, bando kompensuoti *gražesniu kūnu ar liesesne figūra*, taip bandydamos įrodyti, kad tokio didelio rūpestingumo joms nereikia, jos pačios geba savarankiškai pasirūpinti savimi ir atrodyti puikiai – tai gali būti savotiškos maisto formos demonstravimas. Perdėtas rūpestingumas motinos ir dukros santykiuose taip pat dukrai gali išugdyti perdėtą tikslų išsikėlimo ir jų pasiekimo sureikšminimą – toks atsiradęs elgesio modelis gali išprovokuoti ir nervinės anoreksijos atsiradimą, nes noras siekti tobulo rezultato atsispindės ir pačios dukters *tobulo kūno* suvokime bei valgymo įpročiuose (56). Tame pačiame austrų tyrime pastebėta, kad kitoms valgymo sutrikimus turinčių pacientų motinoms gali būti būdingi ir stiprūs atstūmimo signalai, nukreipti į vaikus – vadinasi, tokių pacientų motinos yra linkusios į kraštutinumus, t.y. palaiko arba perdėtai glaudžius, arba stipriai atstumiančius santykius (57). Taip pat, atstumiantis motinos elgesys gali turėti reikšmės prierašumui – kuo ji labiau kritiška ir mažiau empatiška ar pagarbi, tuo vaikas jaučiasi labiau pažeidžiamas ir taip silpnėja saugus bei gali pradėti dominuoti nesaugūs prierašumo tipai (58). Galima manyti, kad šeimose, kuriose vaikas serga nervine anoreksija, netinkamai brėžiamos saugios savarankiškumo ribos, nes arba neegzistuoja vaiko autonomija, arba tėvai nesuteikia jam jokio saugumo jausmo ar palaikymo priimant sprendimus.

Kiti tyrimai atskleidžia dar vieną nervine anoreksija sergančių pacienčių motinų savybę – polinkį į perfekcionizmą (55). Perfekcionizmas apskritai yra labai būdingas valgymo sutrikimus turintiems žmonėms – sergantieji ne tik visuomet siekia geriausio rezultato ir turi gerus veiklų organizavimo įgūdžius tiems rezultatams pasiekti, tačiau ir labai sureikšmina kraštutinumus, t.y. tiek pasiekimus, tiek klaidas (59). Šią savybę nuo pat vaikystės dukroms gali perduoti motinos, kurios nuolat liepia puikiai mokytis, siekti aukštumų, neklysti, daug kritikuoja (59–61). Toks motinos perfekcionizmas gali dukrai išprovokuoti nervinę anoreksiją dvejais būdais – arba ji girdėdama nuolatinį mamos raginimą elgtis tobulai ir neklysti šia mintimi gali pradėti vadovautis ir bandydama susikurti *tobulą* mitybą ir *tobulą* kūną, arba nuolatinė motinos kritika, nukreipta į dukrą, gali sugniuždyti besiformuojančią vaiko savivertę, o kad tai kompensuotų ir bent kažkokiu būdu galėtų pasijusti valdanti savo gyvenimą, dukra gali pradėti tai daryti imdamasi kontroliuoti savo išvaizdą maistu (60,61).

Apibendrinus literatūros duomenis galima teigti, kad specifiniai motinos asmenybės bruožai ir auklėjimas, perduodant savo elgesio modelius, gali būti svarbiais nervinės anoreksijos atsiradimo etiopatogenetiniais veiksniais (žr. 2 pav.) (55–57,59–61).



**2 paveikslas. Motinos-dukros ryšio modeliai nervinės anoreksijos etiopatogenezėje**

### **Motinos požiūris į savo kūną ir santykis su maistu**

Be motinos elgesio ir asmenybės ypatumų, svarbų vaidmenį nervinės anoreksijos etiopatogenezėje atlieka ir pačios motinos požiūris į mitybą ir savo kūną. Mokslinės publikacijos rodo, kad sergančių paauglių šeimose neretai vyrauja didelis motinos rūpinimasis savo svoriu, *puikios* išvaizdos palaikymas, sveikos mitybos taisyklės – vadinasi, toks motinos požiūris gali būti rizikos faktoriumi (10,53–56,62,63).

Motinos-dukros diada yra ypatinga tuo, kad motinos elgesio modeliai yra labai reikšmingi formuojantis dukros įpročiams. Jokia kita diada (pvz. tėvo-dukros) literatūros duomenimis neturi tokios stiprios koreliacijos tarp tarpasmeninio ryšio ir valgymo sutrikimų atsiradimo (10,56,58). Dukros yra lengvai pasiduodančios motinos įtakai, ypač paauglystėje, nes vaikystėje jautusios motinos artumą ir stiprų kontaktą, vėliau paauglystėje, kai pradeda priimti reikšmingus sprendimus už savo poelgius, pavyzdį jos ima iš žmogaus, su kuriuo ilgą laiką palaiko stabilų emocinį ryšį – tai yra savo motinos (54). Dėl šios priežasties tiek motinos elgesys, tiek jos veiksmai, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai kontroliuoja dukros elgesį, gali turėti įtakos nervinės anoreksijos atsiradimui.

Tyrimai rodo, kad motinos gali perduoti polinkį į sutrikusį valgymą dukroms iš kartos į kartą – yra tiesioginė sąsaja tarp motinos-dukros diados ir sutrikusio valgymo įpročių (64). Dukros, stebėdamos motinas, turinčias valgymo sutrikimams būdingą elgesį, gali tai internalizuoti, t.y. perimti tokius pačius elgesio modelius ir pritaikyti juos sau kaip normą (56). Pavyzdžiui, dukros, matydamos, kad motinos

skirsto maistą į *gerą* ir *blogą*, pernelyg daug dėmesio skiria maistinių etikečių analizei ir kalorijų skaičiavimui, praleidžia vakarienę ar kitą dienos valgymą, pradeda galvoti, kad būtent tai ir yra normalus teisingas elgesys (*nes juk mano mama, kuri yra mano autoritetas, taip elgiasi*) ir pradeda įsisavinti tokius įpročius. Tokia schema yra ypač pavojinga, jeigu dukros paauglės jau yra linkusios domėtis dietų kultūra ir eksperimentuoti jas išbandant – stebėdamos nenormalų motinų santykį su maistu, jos gali tai priimti kaip paskatinimą arba kaip tiesiog normalų, teisingą, visuomenėje įprastą dalyką ir tęsti dietinę mitybą toliau. Tai įrodo Mineapolyje Haynos ir kt. (2016) atliktas ilgalaikis stebėjimo tyrimas, kur buvo aiškinamasi, kokie veiksniai lemia paauglių, kurie laikosi vienokių ar kitokių dietų, perėjimą nuo dietinės mitybos iki patologinio valgymo kontroliavimo ir ribojimo – tyrimo rezultatai parodė, kad motinų, kurios pačios laikėsi dietų (taip griežtai kontroliuodamos savo svorį), vaikai reikšmingai dažniau nuo įprastų dietų pereidavo prie pavojingo maisto ribojimo, įskaitant ir nervinę anoreksiją (63).

Negana to, kad dukros gali perimti valgymo įpročius iš motinų netiesiogiai (tik stebėdamos ir priimdamos tai kaip normą visuomenėje), motinos gali daryti ir tiesioginę įtaką žodžiais, komentarais, veiksmais. Motinos, kurios yra linkusios turėti ydingus valgymo įpročius, kartu turi ir sutrikusį požiūrį į savo kūną, vadovaujasi grožio kulto idėjomis, atidžiai seka savo svorį. Dėl artimo ryšio su dukromis – kartais iš meilės, kartais iš nepasitenkinimo – nori, kad ir jos vadovautųsi tokiomis idėjomis ir būtų *tobulos*, todėl pradeda komentuoti jų išvaizdą ar svorį, o tai smukdo dukrų savivertę ir gali turėti įtakos nervinei anoreksijai būdingų elgesio ypatumų (maisto ribojimo ir iškreipto kūno suvokimo) atsiradimui (53). Tyrimai rodo, kad motinos *gražaus kūno* samprata turi įtakos dukters valgymo įpročiams – tokios motinos labiau linkusios sekti vaikų svorį ir skirti ypatingai daug dėmesio jų išvaizdai (10,53,62). Kale ir kt. (2026) atliktame tyrime, kur vienas iš tikslų buvo išsiaiškinti, kaip paauglės mergaitės nepasitenkinimą savo kūnu sieja su motinų požiūriu, dalyvės išskyrė tris pagrindines sritis, kur arba kada motinos dažniausiai komentuodavo jų išvaizdą:

- Valgant komentuodavo maisto produktų pasirinkimus, porcijų dydžius ir nepasisotinimą, ragindavo rinktis sveikus patiekalus, gerti daugiau vandens, kad reikėtų mažiau valgyti,
- Apsipirkinėjant kritikuodavo didesnius drabužių dydžius arba komentuodavo maisto produktų etikečių informaciją,
- Renginiuose lygindavo jų išvaizdą su kitų mergaičių, kritikuodavo kūno formas ir drabužius (58).

Kai vienas artimiausių žmonių kritikuoja jų išvaizdą, paauglės skaudu, jų pasitikėjimas savimi silpnėja ir jos imasi veiksmų, kuriais galėtų atrodyti *gražiau* ir patenkintų motinos norus – pradeda riboti

maisto kiekį, sekti svorį, nuolat kritikuoja savo kūną, o tai dažnai veda link nervinės anoreksijos diagnozės. Tame pačiame tyrime taip pat pastebėta, kad didelę reikšmę turi tai, kiek dažnai motina lygina dukros išvaizdą su kitų mergaičių arba kiek tikisi iš dukros, jog ji atrodys kaip socialiniuose tinkluose matomos merginos (58). Toks motinos elgesio modelis paauglei dukrai yra žalingas – bet kokie komentarai apie vaiko kūną didina jo paties susirūpinimą savo išvaizda, verčia jį vadovautis grožio kulto idealais (64). Išvaizdos kritikavimas apskritai yra pavojingas elgesio modelis, nes jis neretai yra orientuotas į kraštutinumus, pvz. valgymo sutrikimų atveju, motinos komentarai apie svorį verčia vaiką manyti, kad žmogus gali būti tik arba *storas*, arba *liesas ir gražus*, o kitų tarpinių variantų nėra (56,58,64).

### **Reikšmė gydymui ir kitos praktinės rekomendacijos**

Atsižvelgiant į literatūros apžvalgoje nustatytą motinos-dukros diados tarpusavio santykių reikšmę nervinės anoreksijos išsivystymui, galima teigti, jog šie etiopatogenetiniai mechanizmai turi reikšmės gydymo strategijos parinkimui ir efektyvumo vertinimui.

Pacientės gydymo pradžioje (arba eigoje) svarbu identifikuoti motinos elgesio, kaip etiopatogenetinio faktoriaus, buvimą. Tai galima bandyti atlikti individualaus pokalbio su paciente metu, susitinkant su motina asmeniškai ar per šeimos terapijos užsiėmimus. Kitas efektyvus būdas, galintis turėti reikšmingos įtakos diagnostikai, yra validuoti klausimynai. Klausimynų naudojimas Lietuvoje išlieka kiek apsunkintas ir ne toks populiarus, nes trūksta oficialių lietuviškų adaptacijų. Tarptautinėje klinikinėje praktikoje ir moksliniuose tyrimuose dažniausiai yra naudojami šie du klausimynai:

- *Ryšių su tėvais vertinimo klausimynas* (angl. *Parental Bonding Instrument, PBI*) yra vienas plačiausiai taikomų, kadangi jis tiria, kaip vaikas suvokia abiejų tėvų (atskirai motinos ir tėvo) elgesį per rūpinimosi juo lygį, t.y. rūpestingumą ir kontroliavimą (perdėtą rūpestingumą),
- *Santykių su tėvais bei bendraamžiais klausimynas* (angl. *Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA*) vertina prierašumo bei santykių kokybę ir yra laikomas vienu efektyviausių nustatinėjant tarpasmeninių ryšių įtaką įvairių patologijų atsiradimui (28,65–67).

Paminėtina ir tai, kad nervine anoreksija sergančių pacienčių klausimynų rezultatų patikimumas yra ribotas ir turėtų būti vertinamas atsargiai, kadangi jos gali būti linkusios idealizuoti tėvus, vengti juos kritikuoti (norėdamos išvengti konflikto) arba tiesiog nepripažinti savo ligos – dėl šių priežasčių gauti atsakymai ne visada parodo tikrąją tarpasmeninių santykių dinamiką (67).

Tyrinėjant gydymo ypatumus, yra nustatytas ryšys tarp motinos kritikos vaiko išvaizdai ir valgymo sutrikimo gydymo trukmės – kuo sergantysis gauna daugiau neigiamų komentarų iš mamos, tuo ligos gydymo trukmė yra ilgesnė (10). Vadinasi, motinos elgesio modeliai turi įtakos ne tik sutrikimo išsivystymui, bet ir gydymo efektyvumui. Tą patvirtina ir kitas Ferreira kt. (2021) sisteminėje apžvalgoje nagrinėjamas tyrimas, kuriame nustatyta, kad jeigu jaunos mergaitės (10-14 metų amžiaus), sergančios nervine anoreksija, motina yra perdėtai rūpestinga, tai hospitalizacija taip pat trunka ilgiau nei įprastai (10). Dėl motinos asmenybinių bruožų reikšmės nervinės anoreksijos patogenezėje, vienas iš labiausiai rekomenduojamų gydymo metodų yra šeimos terapija. Vaikų ir paauglių nervinės anoreksijos gydymas yra neatsiejamas nuo šeimos terapijos net ir tada, kai šeimos tarpasmeniniai santykiai nėra ligos atsiradimo priežastis (56). Kale ir kt. (2026) tyrime prieita išvadų, kad paauglės dukros ir jų motinos dažnai konfliktuoja dėl skirtingo požiūrio į kūną – todėl tyrėjai specialistams šeimos terapijos užsiėmimų metu rekomenduoja daug dėmesio skirti atviram šeimos narių bendravimui, stengtis tėvams paaiškinti, kaip jų elgesys ir charakterio bruožai daro įtaką vaiko savivertei ir į požiūriui į savo kūną (58). Galima teigti, kad jeigu viena iš priežasčių, dėl kurių dukrai išsivystė nervinė anoreksija, yra jos motinos elgesio modeliai, tai svarbu skirti daug dėmesio ne tik dukros gydymui, bet ir organizuoti terapinius užsiėmimus kartu su motina, pvz. šeimos terapijos užsiėmimų metu mokyti savikontrolės, emocijų, nukreiptų į dukrą, valdymo ar daugiau palaikančio bendravimo bei kritikos mažinimo. Kiekviena situacija yra individuali, todėl kartais, ypač sunkiais atvejais, kai motina yra labai linkusi į nepagrįstą kritiką ir perdėtą kontrolę, galima jai rekomenduoti individualius psichoterapijos užsiėmimus. Gydant valgymo sutrikimais sergančias mergaites, kurioms motinos diegia neadekvačiai perfekcionistas vertybes apie kūną, reikėtų kartu skirti ir daug dėmesio darbui su motinomis – kadangi paauglės dukros elgesio modelius neretai perima iš motinų, psichoterapijos metu vertėtų paaiškinti, kad dukros to išmoka matydamos šeimos pavyzdį (58). Motinos kartais gali pačios nesuprasti, jog jų poelgiai, įpročiai ar veiksmai, nukreipti į kūną, ir išprovokavo dukros nervinės anoreksijos atsiradimą, todėl svarbu suburti specialistų komandą, kuri padėtų tai suvokti ir keisti. Net jei nagrinėjant konkretaus atvejo ligos etiologiją, disfunkcinė motinos-dukros diada yra viena iš atsiradimo priežasčių, motinų vaidmuo nervinės anoreksijos gydyme yra labai svarbus – stengiantis pakeisti motinos požiūrį, tikėtina efektas bus stebimas ir dukros mąstysenoje. Taip yra todėl, kad motina dukrai yra vienas pagrindinių tiek elgesio, tiek išvaizdos idealų (10,53).

Vienas iš siūlymų, kaip motinos-dukros santykiai gali būti naudingi valgymo sutrikimų gydyme, yra prevencinių programų kūrimas (53). Praktikoje panašios intervencijos dar nėra plačiai naudojamos, bet vertėtų skirti joms dėmesio. Nors prevencinės programos ir gydymas nėra tas pats, visgi jie abu



remiasi panašiu klinikiniu taikymu ir gali būti vienodai svarbūs. Siūlomų prevencinių programų esmė yra tokia – nors motina gali būti tas žmogus, kuris tiesiogiai ar netiesiogiai prisideda prie neigiamo dukros požiūrio į savo kūną formavimosi, tačiau pati jų diada gali būti ir naudinga, norint formuoti teigiamus dukters elgesio modelius ir savivertės didinimą (53). Kitais žodžiais sakant, motinos-dukros santykiai gali būti ir nervinės anoreksijos rizikos, ir kartu apsauginis veiksnys. Pasiūlymo autoriai teigia, kad panašaus tipo prevencinės programos beveik visuomet apima tik motinas, be dukrų, todėl jų pasiūlymas – planuoti tokias prevencines programas, kuriose motina ir dukra dalyvautų kartu, kaip diada (53). Ypač naudinga tokiose programose būtų dalyvauti toms šeimoms, kuriose motina anamnezėje yra turėjusi nervinės anoreksijos diagnozę, kadangi tikėtina, kad augindama dukrą, motina gali sugrįžti prie ankstesnio patologinio nervinei anoreksijai būdingo požiūrio – jauna, bręstanti ir besikeičianti mergaitė nervine anoreksija sirgusiai motinai gali būti tarsi *triggeris*. Rizikos grupėse esančias motinas prevencinių programų metu siūloma mokyti palaikančio bendravimo šeimoje bei edukuoti apie komentary, nukreiptų į kūno svorį ar mitybą, reikšmę dukros ligos vystymuisi ir poveikį jos savivertei (53). Aktyvus jų abiejų dalyvavimas, kartu su specialistais profesionalais, leistų atpažinti ydingus elgesio modelius, turinčios įtakos santykių dinamikai ir požiūriui į moters kūną. Prevencinių programų metu siūloma vykdyti psichoedukacinius užsiėmimus – jų metu mokyti savirefleksijos ir adaptyvių įveikos strategijų, kurios mažintų į *tobulą* kūną nukreiptą elgesį ir stiprintų savivertę (53). Be to, didelis tokios intervencijos privalumas būtų tas, kad galimus rizikos veiksnius būtų galima atpažinti dar prieš išsivystant nervinei anoreksijai. Sukurtos prevencinės programos leistų ne tik sumažinti sutrikimo išsivystymo tikimybę, bet taip pat gerintų motinos ir dukros tarpusavio santykius, mokyty kurti palaikantį emocinį ryšį.

### **Klinikinio atvejo pristatymas**

Pacientės tėvai sutiko, kad klinikinis atvejis būtų pristatytas moksliniais tikslais, siekiant pasidalinti žiniomis. Aprašant klinikinį atvejį, didžiausias dėmesys skiriamas ligos etiopatogenezei ir priežastinio gydymo ypatumams, susijusiems su motinos-dukros santykiais.

14 metų pacientė 2026 m. kovo mėnesį hospitalizuota RVPL dėl nervinės anoreksijos atkryčio su vyraujančia valgymo sutrikimo klinika – maisto ribojimu, baime priaugti svorio, mintimis apie kalorijas, taip pat pykinimu, nerimu, padidėjusiu rūgštingumu po valgio. Pacientė buvo gydyta įvairiuose psichiatrinio pobūdžio stacionaruose. Pirmą kartą hospitalizuota 2019 m. dėl nuolatinio žiaukčiojimo ir nevalgymo – pagrindinės diagnozės buvo kiti valgymo ir atsiskyrimo nerimo sutrikimas vaikystėje. Po hospitalizacijos mergaitės būklė buvo gera. Nuo 11–12 metų atsirado stiprios mintys apie nepasitenkinimą savo kūnu, pirmieji maisto ribojimai (atsisakė mėsos, miltinių ir saldžių produktų),

dažna intensyvi fizinė veikla. 2024 m. rugsėjo mėnesį hospitalizuota VUL SK VL ir gydyta dėl kitų valgymo, kitų emocijų sutrikimų vaikystėje ir išsekimo dėl prastos mitybos. Tų pačių metų spalio mėnesį vėl hospitalizuota VUL SK VL dėl kitų valgymo sutrikimų ir vidutinio sunkumo depresijos. 2025 m. rugpjūčio mėnesį hospitalizuota VUL SK VL – nustatyta nervinė anoreksija ir sunkios depresijos epizodas. Tų pačių metų lapkričio mėnesį vėl hospitalizuota VUL SK VL dėl nervinės anoreksijos. Mergaitė taip pat kelis kartus yra gulėjusi LSMU KK.

Mergaitė gyvena kartu su mama ir tėčiu, turi vyresnį brolių. Gimdymas buvo apsunkintas – gimė Cezario pjūvio operacijos metu dėl sėdmenų pirmėigos (gimimo svoris 3900 g, ūgis 52 cm). Motinos pienu maitinta iki 2 metų ir 4 mėnesių, nes sunkiai sekėsi siūlyti naują maistą, valgė vangiai, nedideliais kiekiais ir tik tai, kas patinka. Dėl išrankumo maistui blogai augdavo svoris. Ankstyvoji psichomotorinė raida savalaikė. Vaikų darželį lankė nuo 2 metų. Mokyklą pradėjo lankyti laiku (7 metų amžiaus). Nuo pirmos klasės pradėjo lankyti daug popamokinės veiklos užsiėmimų – meno mokyklą, dainavimo studiją, kanklių būrelį, jodinėjimą žirgais, piešimą. Mokslų pasiekimai visuomet būdavo aukšti (pažymių vidurkis 9–10), dabar suprastėję dėl ligos paūmėjimo.

Renkant anamnezę iš pacientės ir jos mamos, objektyviai stebimas ypatingas mamos ir dukros ryšys, o aiškinantis ligos atsiradimo priežastis, pati pacientė atžymi galimą motinos įtaką. Svarbiausi paminėtini aspektai:

- **Ryšys su mama ir kartu leidžiamas laikas.** Pacientė nuo vaikystės su mama turėjo glaudų ryšį, emociškai buvo stipriai viena prie kitos prisirišusios. Kai pacientei buvo 3 metai, reikėjo keisti darželio grupę, nes, mamos teigimu, *buvo sunku prisitaikyti dėl auklėtojos kaltės*. Mergaitę mama pervedė mokytis į darželį, kuriame pati dirba mokytoja, todėl daug laiko leido kartu. Nuo pirmos klasės pradėjo lankyti dainavimo studiją, kurioje mama irgi dirba muzikos mokytoja. Be laiko leidimo kartu popamokinėje veikloje, jos abi kartu leidžia beveik visą laisvalaikį – kartu skaito knygas, dainuoja, apsipirkinėja. Viena kitai jos yra atviros, neturi paslapčių, kalbasi įvairiomis temomis, nesigėdija ir intymių pokalbių apie romantinius santykius ar lytinį brendimą. Iki pirmos klasės pacientė miegodavo kartu su tėvais. Labai sunkiai sekėsi priprasti miegoti atskirai, verkdamo, nuolat teiraudavosi, ar nebus blogų sapnų, ar viskas bus gerai. Savaitgaliais arba kai vieno iš tėvų nebūdavo namuose, miegodavo su tėvais vienoje lovoje, o darbo dienomis savo kambarįje, tačiau sunkiai užmigdavo, prašydavo mamos laikyti ją už rankos.

- **Rūpestingumas.** Pacientė nuo vaikystės labai jautri. Matydama mamos nesėkmes darbinėje aplinkoje, jas sunkiai išgyvendavo, daug liūdėdavo kartu su mama. Taip pat, anot mamos, dukra perdėtai rūpinasi klasės draugų nesėkmėmis, į visą klasę nukreiptas mokytojų pastabas priima asmeniškai, mergaitė dėl to kankina savigrauža, nerimas. Savo mamą pati pacientė taip pat apibūdina kaip labai rūpestingą ir empatišką, pvz. išsivysčius nervinei anoreksijai, mama nuo pradžių dėjo daug pastangų, kad padėti dukrai (veždavo pas gydytojus specialistus, psichologus, į valgymo sutrikimų centrą). Tačiau vertindama savo vaikystę retrospektyviai, mergaitė išsako, kad mama kartais būdavo perdėtai rūpestinga. Nurodo, kad kartais trūko laisvės ir autonomijos, norėdavosi daugiau laiko leisti su bendraamžiais, tačiau nesiskundžia daug dėl to praradusi. Kita vertus, pacientė dėl mamos rūpestingumo sako jaučiasi anksčiau psichologiškai subrendusi ir sąlyginai savarankiška, kadangi socialinius ryšius palaiko su suaugusiais žmonėmis – mama ar šeimos draugais. Dėl to jaučiasi protinga, gebanti palaikyti prasmingus pokalbius.
- **Perfekcionizmas.** Pacientė pabrėžia mamos perfekcionizmą, norą visada pasirodyti geriausiai – tokius elgesio modelius mato ir savyje. Anksčiau mergaitė puikiai mokėsi ir lankė daug būrelių (kasdien būdavo užimta iki 19 val. vakaro), ypač daug dėmesio skiria muzikai, dainuoja keliose muzikos studijose, ir labai liūdi, jeigu kažkas pasiseka prastai, pvz. esant ligos paūmėjimui, keliais balais nukrito jos pažymių vidurkis ir ji graužia save, jog neskiria mokslams tiek daug laiko, kiek turėtų skirti. Visada nori pasirodyti geriausiai kaip gali, sako, kad viską daro dėl savęs, nes žino, jog sugeba. Nors pacientė tikina, kad kitų nuomonė apie ją jai yra nesvarbi, tačiau taip pat atžymi, kad yra labai jautri kritikai. Ypač stipriai išgyvena kritiką, gautą iš mamos – sako, kad tokie mamos žodžiai ją skaudina, pvz. į pastabas iš mamos, orientuotas į dainavimą, mergaitė reaguoja skaudžiai, nors sako ne visada tai parodanti.
- **Mamos santykis su savo kūnu ir maistu.** Mergaitė prisimena vaikystėje mačiusi perdėtą mamos susirūpinimą savo pačios svoriu ir kūno formomis, namuose ir apsipirkinėjant parduotuvėse vis girdėdavo, jog mama norinti dėvėti mažesnio dydžio drabužius. Pacientė sako, kad tuo metu mama jai atrodydavo *normali*, tačiau ji nusprendė būsianti liesesnė už mamą. Mergaitė mano, kad toks mamos požiūris į savo kūną galėjo turėti įtakos jos pačios nervinės anoreksijos išsivystymui. Nors tiesioginių komentarų, nukreiptų į savo kūną, pacientė niekada negirdėjusi, ji sako, kad tai gali būti dėl to, jog jai valgymo sutrikimas išsivystė labai anksti. Pokalbio su mama metu, mama atžymi, kad anksčiau laikydavosi dietų,

gerdavo *sveikuoliškus kokteilius*. Taip pat pacientė atžymi pastebėjusi mamos polinkį į emocinį valgymą. Pati mama pokalbio metu šią problemą taip pat nurodo ir sako, kad tai lyg kompensacinis veiksmas, nukreiptas į dukros nervinę anoreksiją – vakarais, dukrai užmigus, ji valgydavo daug maisto dėl to, kad dukra visą dieną nieko nevalgydavo.

- **Gydymo eiga ir progresas.** Dabartinės hospitalizacijos metu, mergaitė atžymi jaučianti pagerėjimą. Sako, kad jai padeda tai, jog mato sveikesnį mamos santykį su maistu. Pokalbio su mama metu, mama taip pat pamini, kad nebesusiduria su emocinio valgymo priepuoliais. Kitas svarbus teigiamas gydymo aspektas, kurį išskiria pacientė – daugiau laiko leidžia ne kartu su mama. Mergaitė išsako, kad buvimas atskirai, jai padeda labiau priimti save, savo ligą ir įsitraukti į gydymo procesą. Ji mano, kad ir mamai į naudą tai, jog leidžia daugiau laiko be jos – gali daugiau laiko skirti pagalbos sau ieškojimui. Tėvai taip pat pabrėžia matantys ryškų dukros būklės pagerėjimą šios hospitalizacijos metu.

Apibendrinant klinikinį atvejį galima teigti, kad motinos įtaka dukros nervinės anoreksijos atsiradimui šiuo atveju yra tikėtina. Reikšmės galėjo turėti artimas motinos ir dukros ryšys bei dažnas laiko leidimas kartu – tai prisidėjo prie savarankiškumo formavimosi ypatumų ir pacientės noro įgyti kontrolės. Pacientė perėmė motinos rūpestingumą ir perfekcionizmą bei elgesį, nukreiptą į tobulų rezultatų siekimą – tokios būdo savybės galėjo prisidėti prie ligos išsivystymo. Motinos požiūris ir kritika savo kūnui taip pat yra reikšmingi pacientės nervinės anoreksijos etiopatogenetiniai veiksniai. Tai, kad motina susiduria su emocinio valgymo priepuoliais rodo, kad maistas šeimoje yra vienas iš emocijų reguliavimo būdų. Šios hospitalizacijos metu stebimas pacientės būklės pagerėjimas siejamas su tuo, jog ji daugiau laiko leidžia atskirai nuo mamos – tikėtina, kad didėjantis savarankiškumas ir autonomija prisideda prie aukštesnės savivertės ir ligos simptomų mažėjimo. Reikšminga ir tai, kad pacientė mato gerėjantį motinos santykį su maistu – pasikeitęs motinos elgesys turi įtakos dukros mąstymo ir elgesio modeliams. Tai rodo, kad svarbu į gydymo procesą įtraukti ne tik patį pacientą, bet ir jo tėvus bei ypatingą dėmesį skirti tarpusavio santykių ir valgymo įpročių gerinimui.

### 3.3. Psichiatrinis komorbidiškumas

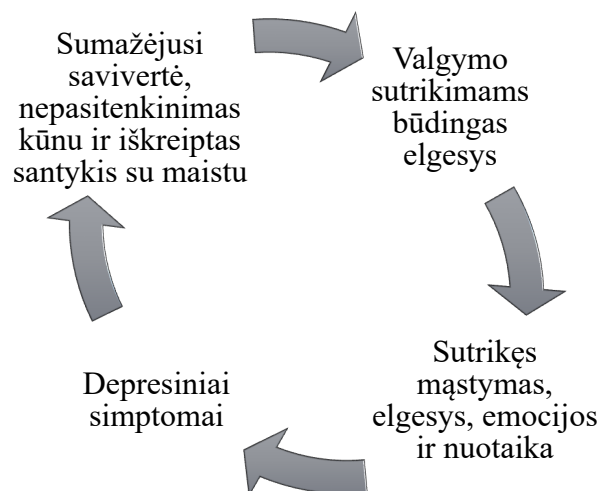
Nervinė anoreksija yra komorbidiškas sutrikimas, t.y. dažnai pasireiškia kartu su kitais psichiatriniais susirgimais (12,68). Tyrimų duomenimis, diagnozuojant nervinę anoreksiją dažniausiai kaip gretutinės patologijos gali būti įvairūs nerimo ir nuotaikos sutrikimai, obsesinis-kompulsinis sutrikimas, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, taip pat vis daugiau dėmesio skiriama autizmo spektro bei aktyvumo ir dėmesio sutrikimams (12,69). Literatūroje nurodoma, kad ryšys tarp nervinės anoreksijos ir kito psichikos sutrikimo gali būti dvejopas:

- nervinė anoreksija gali būti kitos ligos priežastimi, pvz. ilgai badaujantis ir save ribojantis pacientas po tam tikro laiko gali susirgti depresija (ir atvirkščiai),
- nervinė anoreksija gali būti kitos ligos pasekmė, pvz. pacientui, turinčiam obsesinį-kompulsinį sutrikimą ir mintis ar veiksmus, orientuotus į maisto ribojimą ar svorio kontrolę, gali išsivystyti nervinė anoreksija (ir atvirkščiai) (70,71).

Dėl tokio galimo dviejų krypčių etiopatogenetinio mechanizmo, gydant nervine anoreksija sergantį pacientą reikalingas nuoseklus ištyrimas, atidus būklės įvertinimas ir atitinkamo kompleksinio gydymo plano sudarymas.

### Nervinė anoreksija ir depresija

Depresijos ir valgymo sutrikimų derinys yra vienas dažniausių komorbidiškų psichiatrinių susirgimų atvejų – literatūros duomenimis, 23–48% paauglių, sergančių valgymo sutrikimais, kaip gretutinę patologiją turi ir depresiją (72). Manoma, kad šių dviejų komorbidiškų būklių atsiradimas toks dažnas dėl to, kad jų etiologija ir patogenezė yra labai panašūs. Sander ir kt. (2021) atliktas tyrimas patvirtina bendras sąsajas tarp atsiradimo mechanizmų, pabrėžia, kad nors konkrečius etiologinius aspektus išskirti sudėtinga, tačiau abi ligos veikia kaip bendra sistema, pvz. valgymo sutrikimų sukelti socialiniai, emocijų ar kiti sunkumai, stiprina depresinius simptomus ir atvirkščiai – depresija gali palaikyti valgymo sutrikimams būdingą elgesį, susirūpinimą kūnu, svoriu, maistu; vadinasi, užsiveda ydingas ciklas ir abi būklės tarsi skatina viena kitą (žr. 3 pav.) (73).



### 3 paveikslas. Depresijos ir valgymo sutrikimų ryšio mechanizmas

Svarbu skirti dėmesio nervinės anoreksijos ir depresijos komorbidiškumui dėl didesnės savižudybių rizikos. Nustatyta, kad pacientai, sergantys nervine anoreksija, turi 18 kartų didesnę

savižudybės riziką nei bendra populiacija (72). Depresija sergantys pacientai taip pat yra aukštos suicido rizikos grupė – todėl šių būklių komorbidiškumas bendrą savižudybės riziką tik dar labiau padidina. Nors tokios statistikos prieinamumas paauglių populiacinėje grupėje yra kiek ribotas, Patel ir kt. (2021) atlikto skerspjūvio tyrimo duomenys patvirtina valgymo sutrikimų, depresijos ir savižudybių ryšį – esant depresijai, valgymo sutrikimai (įskaitant ir nervinę anoreksiją, kuri buvo tirta ir kaip atskiras vienetas) reikšmingai didina suicidiškumo riziką (72).

Dėl panašių ligų atsiradimo mechanizmų ir ryšio tarp jų, diagnostika gali būti apsunkinta. Literatūroje rekomenduojama nesikoncentruoti į konkrečias diagnozes, bet palaikyti labiau transdiagnostinį požiūrį, t.y. vertinti panašius nervinės anoreksijos ir depresijos simptomus ir jų intensyvumą, pvz. savivertės lygį, emocijų reguliavimo ir raiškos sunkumus ir kt. (73) Įtariant padidintą savižudybės riziką, reikalingi dažnesni vizitai ir atidesnis būklės sekimas – savižala ar suicidinių minčių išsakymas gali reikalauti intensyvesnio gydymo (72).

Pagrindiniu psichoterapiniu metodu sergantiems išlieka šeimos terapija. Tyrimų duomenimis, taikant šeimos terapijos metodą ir mažėjant valgymo sutrikimo simptomams, kartu mažėja ir depresijos simptomai (74). Taip gali būti dėl to, kad neretai depresija atsiranda kaip antrinis sutrikimas dėl psichologinio ir somatinio išsekimo nervinės anoreksijos metu – taigi, atkūrus teisingus valgymo įpročius ir pagerinus savivertę bei požiūrį į savo kūną, natūraliai mažės ir depresijos simptomai. Dėl tos pačios priežasties atsargiai reikėtų vertinti ir medikamentinio gydymo skyrimą. Literatūroje yra duomenų, kad antidepressantų skyrimas depresijai gydyti neduoda reikšmingai geresnių rezultatų (74,75). Trūksta mokslinių įrodymų, patvirtinančių faktą, kad medikamentinis gydymas mažina depresijos simptomus esant nervinei anoreksijai ir daugelyje tyrimų, kur buvo vertinami depresinių simptomų pokyčiai nervinės anoreksijos gydymo metu, jie buvo vertinami kaip antriniai bei mažėdavo ir placebo grupėse (75). Todėl, psichoterapinis gydymas išlieka pirmo pasirinkimo metodu gydant komorbidišką nervinės anoreksijos ir depresijos būklę, o medikamentų skyrimas turėtų būti atsargus ir svarstytinas individualiai. Jeigu depresijos simptomai yra labai ryškūs ir užsitęsia arba šeimos terapijos metodai yra nepakankami, tada paaugliams galima rekomenduoti ir ilgalaikę kognityvinę elgesio terapiją (76).

### **Nervinė anoreksija ir obsesinis-kompulsinis sutrikimas**

Nervinei anoreksijai, bene labiausiai iš visų valgymo sutrikimų, labai būdingas komorbidiškumas su obsesiniu-kompulsiniu sutrikimu (71,77,78). Iš šių dviejų patologijų, dažniausiai pirmiau atsiranda obsesinis-kompulsinis sutrikimas – maždaug pusė pacientų, dar prieš susirgdami nervine anoreksija, turi obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui būdingus simptomus (12). Tokių pacientų obsesijos (įkyrios

mintys) dažniausiai orientuotos į valgymo įpročius, kūno išvaizdą, svorį, o kompulsijos (pasikartojantis nesuvaldomas elgesys, nukreiptas į obsesijas) apima intensyvią fizinę veiklą, laisvinamųjų vaistų vartojimą ir kitus, su išsivalymo tipu susijusius, ritualus (12,70,77). Kai kurių tyrimų duomenys rodo, kad obsesinio-kompulsinio sutrikimo simptomai yra būdingesni būtent išsivalymo tipo nervinei anoreksijai (79). Taip gali būti dėl to, kad pacientai, turintys ribojančio tipo nervinę anoreksiją, dažniau veikia dėl taisyklių (pvz. savo sukurtų ir nukreiptų į maistą) laikymosi ir perfekcionizmo, o išsivalymo tipui labiau būdingas impulsyvumas – prisivalgoma daug maisto ir tada nusprendžiama jį pašalinti – tokia elgesio schema būdinga ir obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui, kada stengiamasi obsesijų keliamą nerimą sumažinti atliekant kompulsijas.

Dažnas abiejų ligų komorbidiškumas grindžiamas tuo, kad joms abiem būdingas rigidiškas mąstymas, polinkis į pasikartojančius veiksmus (ritualus), kognityvinio lankstumo stoka, (79,80). Literatūroje išskiriama ir daugiau įvairių bendrų nervinės anoreksijos ir obsesinio-kompulsinio mechanizmų. Pavyzdžiui, išskiriama netolerancijos neapibrėžtumui savybė, kadangi abiejų sutrikimų pacientai yra linkę patirti didesnę nerimą tokiose situacijose, kurių negali kontroliuoti, todėl nuolat ieško, kaip įgyti kontrolės (80). Šis mechanizmas patvirtina teoriją, teigiančią, kad abu sutrikimai pacientui gali išsivystyti dėl tokių pačių mąstymo klaidų, o ne dėl atsitiktinumo. Kita svarbi savybė yra polinkis formuoti įpročius – kompulsiniai veiksmai ar ritualai, kurie yra būdingi tiek sergantiems nervine anoreksija (pvz. kalorijų skaičiavimas ar maisto šalinimas), tiek obsesiniu-kompulsiniu (pvz. tikrinimas, ar užrakintos durys) sutrikimu, yra nukreipti į kylančio nerimo mažinimą, tačiau ilgainiui gali tapti įpročiu, kurį žmogus pradeda atlikti tiesiog automatiškai (80). Dar vienas labai svarbus aspektas, neretai turintis reikšmės abiejų šių komorbidiškų būklių atsiradime, yra perfekcionizmas (79–81). Noras viską atlikti puikiai gali būti svarbia savybe, inicijuojančia ritualinę kompulsinę elgesį, o neadaptyvus perfekcionizmas – didinti kontrolės poreikį (81).

Bendri abiejų ligų atsiradimo mechanizmai ir savybės, kurios palaiko ydingus elgesio ir mąstymo modelius, gali padėti geriau parinkti diagnostikos strategiją ir gydymo taktiką. Komorbidiško paciento, esant valgymo ir asmenybės sutrikimams, diagnostikos procesas yra apsunkintas dėl psichologinių problemų kompleksiskumo ir dvejopo abiejų patologijų ryšio – valgymo sutrikimas gali tapti streso įveikos strategija asmenybės sutrikimo simptomams mažinti arba asmenybės sutrikimas gali būti valgymo sutrikimo atsiradimo priežastimi (70). Nervinės anoreksijos ir obsesinio-kompulsinio sutrikimo diagnostika gali būti sudėtinga, nes net ir esant panašioms abiejų ligų atsiradimo mechanizmams ir simptomams, gali būti komplikauta nustatyti, ar klinikinis vaizdas susideda iš dviejų atskirų patologijų, ar pacientas turi tik vieną diagnozę su kitos ligos požymiais, pvz. obsesiniai-kompulsiniai simptomai gali būti tiesiog pačios nervinės anoreksijos dalimi, bet ne atskira obsesinio-kompulsinio sutrikimo diagnozė

(79). Konkrečių rekomendacijų, padedančių diferencijuoti šias dvi diagnozes, trūksta. Visgi, vienas iš būdų, kuris galėtų būti naudingas tuo atveju, kai tikėtina, kad pacientas turi vieną ligą su kitai patologijai būdinga simptomų išraiška, o ne abi diagnozes, yra egosintonijos ir egodistonijos vertinimas (79). Pacientai, turintys obsesinį-kompulsinį sutrikimą yra labiau linkę į egodistoniškumą, t.y. jų veiksmams neatitinka jų tikrojo požiūrio į situaciją, yra trikdančios, atliekami iš baimės (79,82). Tuo tarpu nervine anoreksija sergančių pacientų poelgiai dažniau yra egosintoniški – atitinkantys vertybes, naudingi, atliekami laisva valia, nes sutampa su išsikeltais tikslais (79,83). Jeigu matomas ryškus egosintonijos arba egodistonijos dominavimas, tada gydymo strategiją galima nukreipti į konkrečią patologiją. Tačiau komorbidinių būklių, ypač nervinės anoreksijos ir obsesinio-kompulsinio sutrikimo, problema dažnai yra ta, kad abi patologijos yra glaudžiai persipynusios ir ligas palaikantys mechanizmai yra susiję. Dėl šios priežasties, gydymas turėtų būti kompleksinis ir orientuotas į bendrus mechanizmus; deja, jis vis dar išlieka apsunkintas. Taip gali būti todėl, kad abi ligos išsivysto dėl panašių mechanizmų – bendrai kylančios mąstymo klaidos ir elgesio mechanizmai gali lemti stiprų, sunkiai gydymui pasiduodantį simptomų pasireiškimą. Daugiausiai dėmesio tyrinėjant efektyvius gydymo metodus yra skiriama šeimos terapijai ir kognityvinei elgesio terapijai (70,79,84,85). Tyrimų duomenimis, jos abi yra labiau veiksmingos tuo atveju, kai pacientas serga išsivalymo tipo nervine anoreksija – stebimas geresnis atsakas į gydymą, ryškesni elgesio modelių, susijusių su valgymo įpročiais ir obsesijomis bei kompulsijomis, pokyčiai (79). Paminėtina tai, kad gydymui atsparesni yra tie atvejai, kur stebimas mažesnis valgymo sutrikimo ir didesnis obsesinio-kompulsinio sutrikimo komponentas, taip pat gydymas mažiau efektyvus tada, kai obsesinė-kompulsinė simptomatika yra orientuota ne tik į valgymą, bet ir į kitus ritualus (83,88). Steinhoff ir kt. (2025) teigimu, gydant šias dvi komorbidines būkles, dažniausiai pagerinami tik su valgymo sutrikimu susiję simptomai, o obsesinio-kompulsinio sutrikimo simptomai reikšmingai negerėja ir gydymas būna nepakankamas (84). Vadinasi, yra reikalinga ieškoti naujų papildomų intervencijų ir efektyvių gydymo strategijų, kurios būtų labiau orientuotos į obsesinį-kompulsinį simptomatikos elementą, ir kompleksiskai derinti jas su įprastomis nervinei anoreksijai gydyti skirtomis priemonėmis. Tie patys tyrėjai analizavo poveikio ir atsako prevencijos terapijos (auksinis standartas obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui gydyti) pritaikomumą tokių komorbidinių pacientų gydyme – jos efektyvumas yra pakankamai geras, nes orientuotas į panašias, su maistu kylančias baimes ir apima tiek nervinės anoreksijos, tiek obsesinio-kompulsinio sutrikimo mechanizmus (84). Šis kombinuotas metodas yra perspektyvus, ateityje gali palengvinti komorbidinių pacientų gydymą, bet vis dar reikalauja išsamesnių tyrimų ir tikslesnių gairių, nurodančių, kaip poveikio ir atsako prevencijos terapijos metodus pritaikyti specifiniams ritualams, susijusiems su valgymo įpročiais (80).



## Nervinė anoreksija ir autizmo spektro sutrikimas

Pastaraisiais metais daug dėmesio skiriama nervinės anoreksijos ir autizmo spektro sutrikimo komorbidiškumui dėl tokios būklės dažnumo, simptomų persidengimo (86). Tyrimų duomenimis, net iki pusės pacientų, sergančių nervine anoreksija, gali turėti autizmo spektro sutrikimui būdingų savybių, pvz. apsunkintas socialinis bendravimas ar kitos neurokognityvinės funkcijos, o autizmo spektro sutrikimo diagnozę turi maždaug 23% sergančiųjų nervine anoreksija (86–88). Be to, svarbu paminėti, kad šių būklių komorbidiškumas yra dažnesnis moterims (89).

Manoma, kad dažną šių būklių komorbidiškumą lemia panašūs elgesio modeliai, tačiau ne visada yra aiški ligų kilmė. Maisto ribojimas ir ilgalaikis badavimas sukelia ne tik somatinius, bet ir psichologinius (neurologinius) pokyčius, kurie gali būti autizmui būdingų bruožų pasireiškimo priežastimi – sergantysis nervine anoreksija gali turėti emocijų atpažinimo problemų ar sunkumų bendraujant su aplinkiniais (90). Toks autizmo savybių išryškėjimas gali būti traktuojamas kaip nervinės anoreksijos pasekmė ir tai ypač gali išryškėti tuo atveju, jeigu pacientas turi nediagnozuotą aukšto funkcionavimo autizmą (Aspergerio sindromą) – badavimo sukelti pokyčiai smegenyse gali pabloginti socialinius paciento įgūdžius, suintensyvinti polinkį į specifinius įpročius ir kitas autizmo spektrui būdingas savybes (86,90). Paminėtina ir tai, kad toks atsiradimo mechanizmas labiau būdingas moterims, kadangi jų bendravimo sunkumai mažiau pastebimi, jos geriau prisitaiko prie socialinių normų, bet išsivysčius nervinei anoreksijai, autistiškas savybes maskuoti pasidaro sudėtingiau ir išryškėja abiejų komorbidiškų būklių simptomai (88,89,91). Gali būti ir atvirkščias atsiradimo modelis, kada dėl autizmo pacientas gali turėti polinkį į specifinius valgymo įpročius – literatūros duomenimis nuo 46 iki 89% turinčiųjų autizmo spektro sutrikimą, turi ir valgymo elgesio sunkumų, ypač išrankumą maistui (92). Tokiu būdu autistiškos savybės gali prisidėti prie nervinės anoreksijos išsivystymo – nuo lengvesnių atvejų, kai atsisakoma tam tikrų maisto produktų, iki sudėtingesnių, kai nustojama valgyti. Esant įvairiems mąstymo ir elgesio sunkumams, gali atsirasti iškreiptas požiūris į savo kūną ir svorį – tokiu būdu užsiveda nervinės anoreksijos palaikymo mechanizmas ir liga ima progresuoti.

Autizmo spektro ir nervinės anoreksijos, kaip komorbidiškų būklių, diagnostika yra apsunkinta. Dėl anksčiau aptartų dvejopų atsiradimo mechanizmų, kartais gali būti sunku nustatyti, kuri būklė atsirado anksčiau – ar autizmo simptomai yra tikrieji (jau buvę prieš nervinę anoreksiją), ar jie išryškėjo dėl badavimo (88). Diagnostikos procese gali būti naudingi klausimynai, pvz.:

- *Diagnosticinis autizmo vertinimas* (angl. *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition, ADOS-2*) – auksinis standartas autizmo diagnostikoje, galintis padėti įvertinti

socialinius ir elgesio ypatumus, esant sutrikimo įtarimui, ir gali būti naudojamas nuo 12 mėn. amžiaus,

- *Autizmo spektro koeficientas* (angl. *Autism-spectrum quotient, AQ*) padeda vertinti polinkį į autizmo spektrui būdingus bruožus (bet diagnostikai nenaudojamas),
- *Autizmo bruožų maskavimo klausimynas* (angl. *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire, CAT-Q*) gali padėti nustatyti užmaskuotą, nediagnozuotą autizmą iki nervinės anoreksijos atsiradimo ir gali būti ypač naudingas moterims, sergančioms nervine anoreksija (93).

Visgi, klausimynų atsakymus vertinti reikėtų atsargiai, nes dėl minėto dvejopo abiejų komorbidinių sutrikimų išsivystymo mechanizmo ir simptomų persidengimo, rezultatai gali būti klaidingai teigiami. Paminėtina ir tai, kad pasveikus nuo nervinės anoreksijos, kai kurie simptomai, kurie ligos eigoje galėjo atrodyti kaip autizmo spektro bruožai (pvz. apsunkinta emocijų raiška ir suvokimas), gali išnykti ir tai patvirtintų faktą, kad buvo klaidingai įtartas autizmo spektro sutrikimas (88).

Literatūros duomenimis, pacientų, sergančių nervine anoreksija bei turinčių autizmo spektro bruožų, gydymas gali būti apsunkintas – būklė dažnai būna sudėtingesnė, labiau komplikauta, gydymo išeitys prastesnės (90). Tokie pacientai dažniau hospitalizuojami, reikalingas specifinis medikamentinis gydymas (85,86,89). Leppanen ir kt. (2022) atlikto tyrimo, kurio tikslas buvo įvertinti autizmo spektro bruožų reikšmę nervinės anoreksijos gydyme, rezultatai parodė, kad aukštesnis autistinių simptomų lygis siejamas su reikšmingai prastesniais psichologinio gydymo rezultatais tiek po 6 mėnesių, tiek po 2 metų – išlieka aukštesni valgymo sutrikimo psichologiniai simptomai, taip pat nerimo, depresijos, obsesinio-kompulsinio elementų rezultatai, tačiau įtakos svoriui (KMI) nenustatyta (94). Tai leidžia manyti, kad autistiniai bruožai gali būti laikomi prognostiniu veiksniu – jų egzistavimas gali turėti neigiamos įtakos psichologinių aspektų gydymui tiek trumpalaikėje, tiek ilgalaikėje perspektyvoje. Vadinasi, reikalingos tokios gydymo strategijos, kurios būtų labiau orientuotos ne tik į kūno svorio atkūrimą, bet į psichologinį nervinės anoreksijos aspektą. Įvairūs tyrimai rodo, kad autistiškiems ar autizmui būdingas savybes turintiems pacientams, sergantiems valgymo sutrikimais, naudingesnė yra individuali psichoterapija – grupinės psichoterapijos užsiėmimai jiems yra mažiau efektyvūs (94). Labiausiai rekomenduojama taikyti:

- kognityvinę elgesio terapiją, kurią modifikavus ir orientavus į kūno ir svorio kontrolę bei valgymo įpročius, galima pritaikyti mokantis atpažinti ir keisti elgesio modelius,
- kognityvinę remediacijos terapiją, kuri ugdo kognityvinį lankstumą ir padeda geriau prisitaikyti kasdieniniame gyvenime,

- kognityvinę remediacijos terapiją su emocinių įgūdžių ugdymu – tokia terapijos rūšis yra orientuota į socialinių ir emocinių sunkumų sprendimą,
- šeimos terapiją, tačiau ją rekomenduojama pritaikyti turintiems autizmo spektro sutrikimų (90,94,95).

Kadangi paauglių nervinės anoreksijos gydyme didelę reikšmę ir teigiamą įtaką turi šeimos terapijos metodų taikymas, bandoma išsiaiškinti, kaip adaptuoti intervencines programas paaugliams, turintiems autizmo spektrui būdingų savybių. Tą patvirtina Bentz ir kt. (2022) aprašyta restrikciniu valgymo sutrikimu sergančių pacientų atvejų serija – jie nustatė, kad šeimos terapija yra labai efektyvi, tačiau reikalinga ieškoti efektyvių adaptacijų autistiškiems pacientams, padedančių šį metodą pritaikyti tokių komorbidiškų būklių gydymui (96). Siūloma atsižvelgti į autistiškų pacientų elgesio ir mąstymo modelius – terapiniuose užsiėmimuose rekomenduojama sukurti struktūruotą rutiną ir išlaikyti pastovumą, organizuoti juos kiek nuspėjamus, atsižvelgti į sensorinį jautrumą, taip pat apie komorbidiškumą edukuoti artimuosius (90). Visgi, konkrečių rekomendacijų trūksta, todėl nervinės anoreksijos ir autizmo spektro sutrikimo gydymas išlieka komplikuotas ir reikalaujantis individualizuoto požiūrio.

### 3.4. Atmaitinimo sunkumai

Atmaitinimas (angl. *refeeding*) – viena svarbiausių, bet kartu ir sudėtingiausių nervinės anoreksijos gydymo dalių. Pagrindinis atmaitinimo tikslas susideda iš dviejų komponentų – siekiama saugiai atstatyti normalų svorį ir užtikrinti, kad organizmas gautų subalansuotą gyvybinių funkcijų veiklai reikalingų maistinių medžiagų kiekį (97–99).

Svorio atstatymas reikalauja ne tik nuoseklios medicininės priežiūros dėl galimų įvairių somatinių kūno organų komplikacijų atsiradimo ar atmaitinimo sindromo (angl. *refeeding syndrome*) rizikos, bet ir psichologinio palaikymo, kadangi šiame etape dažnai susiduriama su įvairiais elgesio sunkumais (97). Pradedant atmaitinimą, psichologinis komponentas taip pat yra labai svarbus dėl savo sudėtingumo – pacientai dažnai susiduria su baime priaugti svorio, kaltės jausmu ir savigrauža dėl valgymo, gydymo pradžioje atsisako valgyti ar slepia maistą, nebendradarbiauja (98,100). Todėl gydant nervinę anoreksiją, ypač vaikus ir paauglius, reikalingas multidisciplininės komandos bendradarbiavimas – tiek parenkant tinkamiausią mitybos planą, siekiant išvengti komplikacijų arba jas koreguoti, tiek gydant pačią nervinę anoreksiją kaip psichikos sutrikimą (97–99).

## Atmaitinimo sindromas

Atmaitinimo sindromas yra tokia ūmi kompleksinė būklė, kuriai būdingi įvairūs metaboliniai ir hormoniniai disbalansai, dažniausiai hipofosfatemija, hipokalemija, hipomagnezemia, hiponatremija, gliukozės apykaitos sutrikimai, skysčių susilaikymas organizme, vitaminų trūkumas ir kitos organizmo reakcijos (žr. 4 lentelę) (99,101–103). Atmaitinimo sindromo sąvoka įvairiuose šaltiniuose struktūruojama skirtingai, tačiau svarbu pabrėžti šio sindromo sistemiškumą ir tai galima padaryti apibūdinant jį šiais trimis kriterijais:

- 1) ryškus elektrolitų disbalansas (žemi serumo elektrolitų lygiai),
- 2) stebimos periferinės edemos arba yra kiti skysčių susilaikymo požymiai,
- 3) sutrinka organų funkcija, pvz. atsiranda kvėpavimo ar širdies nepakankamumas, plaučių edema (103).

### 4 lentelė. Atmaitinimo sindromui būdingi metaboliniai ir hormoniniai pokyčiai (99,101–103)

|                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elektrolitų disbalansas – hipofosfatemija, hipokalemija, hipomagnezemia, hiponatremija                                        |
| Gliukozės apykaitos sutrikimai (hiperglikemija, hipoglikemija)                                                                |
| Skysčių susilaikymas organizme                                                                                                |
| Vitaminų trūkumas – B grupės, dažniausiai vitamino B1 (tiamino)                                                               |
| Kiti: kepenų fermentų padidėjimas, sutrikusi kraujodara (pvz. hemolizinė anemija, leukocitų skaičiaus ar funkcijos pakitimai) |

Atmaitinimo sindromas gali atsirasti gydant nervinę anoreksiją (ypač ribojančio tipo) sergančius pacientus, kai po ilgo laiko badavimo išsekę pacientai pradeda valgyti ir maisto gauna per daug arba per greitai yra didinamos jo porcijos (102). Organizmo būklė ir elektrolitų kiekis bei jų persiskirstymas lemia sindromo sunkumą, kuris kliniškai gali pasireikšti širdies aritmijomis ar nepakankamumu, žemu kraujo spaudimu, edemomis, traukuliais, sumišimu, delyru ar kitais neurologiniais simptomais, raumenų silpnumu, kvėpavimo nepakankamumu, hemolizine anemija ir kitais kraujo ląstelių struktūros ar funkcijos pakitimais, kai kuriais atvejais net koma ar mirtimi (101,102,104–106). Toks galimas įvairių organų pažeidimas rodo, kad atmaitinimo sindromo patogenezėje dalyvauja visos organizmo ląstelės ir pats sindromas yra sisteminė būklė.

Atmaitinimo sindromo patogenetiniai mechanizmai paaiškina būklės sistemiškumą ir yra siejami su gliukozės metabolizmu, elektrolitų ir tiamino apykaita:

- 1) ilgą laiką badaujantis pacientas negauna gliukozės, todėl organizme sumažėja insulino, padaugėja gliukagono, o kaip energijos šaltiniai naudojamos aminorūgštys ir trigliceridai – organizmas yra katabolinėje būsenoje, vyksta glikogenolizės, lipolizės, gliukoneogenezės procesai,
- 2) katabolinėje būsenoje organizmas stengiasi adaptuotis ir kaip pagrindinį energijos šaltinį naudoja ketonus ir laisvąsias riebalų rūgštis, kurių gamybai iš pradinių substratų yra reikalingi dideli kiekiai įvairių jonų – dėl to atsiranda elektrolitų disbalansas,
- 3) po ilgalaikio badavimo, pradėjus atmaitinimą (anabolinė būsena) ir organizmui gavus sąlyginai didelį kiekį maisto (kalorijų), dėl angliavandenių staiga padidėja insulino sekrecija, o dėl to visi elektrolitai ir gliukozė ima judėti į ląsteles – atsiranda staigus elektrolitų persiskirstymas ir disbalansas (trūkumas kraujyje) ir dėl to sutrinka įvairių organų funkcijos (102,107).

Hipofosfatemija yra viena svarbiausių ir pagrindinių atmaitinimo sindromo atsiradimo mechanizmo dalių (99,106–108). Fosforas svarbus tuo, kad dalyvauja pagrindinių energijos molekulių sintezėje (t.y. įeina ATP ir ADP sudėty) ir taip reguliuoja daugybę procesų ląsteliniame lygmenyje – atsiradus jo trūkumui, silpnėja miocitai (todėl dėl nusilpusių miokardo ir diafragmos bei kitų raumenų gali atsirasti širdies ir kvėpavimo nepakankamumai), sutrinka kraujodara ir kraujo ląstelių funkcija, vystosi neurologinės patologijos (102,109). Atmaitinimo metu hipofosfatemija yra vienas jautriausių ir ankstyviausių galimo atmaitinimo sindromo požymių, todėl fosforo koncentracijos kraujyje matavimas lieka pagrindiniu sindromo laboratoriniu žymeniu (99,102,110). Viename didelės apimties kohortiniame tyrime buvo nustatyta, kad pradėjus atmaitinimą, hipofosfatemija pasireiškia maždaug trečdaliui visų pacientų (102).

Norint išvengti atmaitinimo sindromo reikėtų pradėti nuo didžiausią riziką jam išsivystyti turinčių hospitalizuojamų pacientų identifikacijos, tačiau, deja, skirtingose šalyse skiriasi tiek hospitalizacijos kriterijai, tiek skirstymas į rizikos grupes. Didžiausia atmaitinimo sindromo rizika, anot literatūros šaltinių, yra pacientams, kurie:

- yra itin mažo svorio (pvz. per 3 mėnesius netekę daugiau nei 15% kūno svorio),
- turi didelį mitybos nepakankamumą, hospitalizuojami labai išsekę, stipriai dehidratavę, su ryškiu elektrolitų disbalansu,
- mažiausiai 48 valandas (dažniausiai 3–10 dienų ir daugiau) prieš hospitalizaciją beveik nevalgę arba visiškai badavo,

- piktnaudžiavo alkoholiu ar vaistais, įskaitant diuretikus (18,102,104,108,111).

Atmaitinimo sindromas gali pasireikšti nepriklausomai nuo mitybos būdo (per burną, parenteriškai ar enteriškai) (98,102). Nors pirmenybė teikiama įprastam maitinimuisi per burną, tačiau hospitalizacijos metu, esant dideliame išsekimo laipsniui ar nebendradarbiavimui, rekomenduojama mityba per nazogastrinį zondą (iki kol bus įmanoma pradėti maitinimąsi per burną) (18,98). Svarbu paminėti, kad mityba per nazogastrinį zondą yra saugi ir nepadidina hipofosfatemijos ar atmaitinimo sindromo rizikos (112,113). Taigi, gydant išsekusią pacientę, kuri nėra motyvuota gydytis ir atsisako valgyti, nazogastrinis zondas gali būti efektyvus būdas pradėti atmaitinimą – nors jo taikymas yra psichologiškai nemalonus, tyrimų duomenys rodo, kad toks maitinimas yra saugus ir nesusijęs su didesniu komplikacijų dažniu.

### **Atmaitinimo sindromo profilaktika ir rekomendacijos**

Atmaitinimo sindromo profilaktika prasideda nuo teisingo pacientų rizikos įvertinimo. Jeigu pacientas hospitalizacijai atvyksta su itin mažu svoriu, ilga badavimo trukme, pavojingu elektrolitų trūkumu, jis priskiriamas didesnės rizikos grupei ir jam turėtų būti sudarytas tinkamas gydymo ir mitybos planas bei skirtas atidesnis stebėjimas (18,102,104,108,111). Įvairūs tyrimai rodo, kad didžiausia rizika atmaitinimo sindromui išsivystyti stebima per pirmas 72 valandas nuo atmaitinimo pradžios (102,106,109). Dėl šios priežasties svarbu suprasti, iš ko susideda atmaitinimo sindromo profilaktika, ir jos klinikinį taikymą.

Pradėjus atmaitinimą reikia atidžiai sekti kūno skysčių pusiausvyrą, nes išsiskyręs insulinas skatina skysčių ir natrio susilaikymą organizme (102). Dėl to atmaitinimo metu gali būti stebimos periferinės edemos (vienas dažniausių skysčių susilaikymo požymių), rečiau plaučių edema, širdies nepakankamumas, kiti kraujotakos ar kvėpavimo sutrikimai (102,111,114). Taigi, norint išvengti skysčių perkrovos, rekomenduojama atsargiai skirti skysčius ir jų infuzijas, ypač gydymo pradžioje, bei atidžiai stebėti pacientus dėl galimo komplikacijų atsiradimo (daugiausiai edemų).

Kadangi hipofosfatemija yra vienas patikimiausių žymenų, leidžiančių numatyti galimą atmaitinimo sindromo atsiradimą, tai pradėjus atmaitinimą rekomenduojama fosfatų koncentraciją kraujyje matuoti antrąją ir penktąją gydymo dienomis, o vėliau kas 7 dienas – taip yra todėl, kad 2–3 gydymo dieną stebimas didžiausias fosfatų koncentracijos sumažėjimo šuolis, o 5 dieną dažniausiai fiksuojama žemiausia fosfatų koncentracijos vertė (18,102). Normali fosforo koncentracija kraujyje vyresniems nei 1 metų pacientams yra 0,87–1,52 mmol/l, ir vertės, mažesnės už apatinę normos ribą yra laikomos hipofosfatemija, o kai fosfatų koncentracija nukrinta iki kritinės ribos, t.y. 0,4 mmol/l ir žemiau, tai rodo didelę atmaitinimo sindromo riziką (18,103,105). Visgi, bendro sutarimo, kaip dažnai ir kaip

ilgai matuoti serumo elektrolitus trūksta, pvz. kiti tyrėjai rekomenduoja fosfatų koncentraciją kraujyje pirmąsias 5–7 gydymo dienas matuoti kiekvieną dieną arba kas 1–2 paras visą pirmąją savaitę (102,105). Taip pat rekomenduojama sekti kalio, magnio, kalcio jonų koncentraciją kraujyje, kadangi dėl insulino šuolio ir visų elektrolitų persiskirstymo į ląsteles sumažėja ne tik fosfatų, bet ir kitų elektrolitų koncentracijos (98,102). Kitų elektrolitų rodiklių sekimo schemas yra panašios kaip ir fosfatų – rekomenduojama matuoti koncentraciją serume kas 1–2 paras pirmas septynias dienas (102,104,105). Jei elektrolitų disbalansas labai ryškus, pacientas yra labai išsekęs, su dideliu mitybos nepakankamumu ir yra numanoma didelė atmaininimo sindromo atsiradimo rizika, tada rekomenduojama elektrolitus sekti du kartus per parą (104). Elektrolitų sumažėjimas gali sukelti įvairias somatines komplikacijas – širdies, kvėpavimo, kraujodaros (97,102). Reguliari elektrolitų stebėseną ir disbalanso prevencija bei korekcija gali padėti išvengti atmaininimo sindromo atsiradimo. Todėl rekomenduojama prieš pradedant atmaininimą įvertinti elektrolitų koncentracijas ir, jei reikia, t.y. yra per maža koncentracija, koreguoti elektrolitų disbalansą (kartu pradedant ir atmaininimą) tokiomis paros dozėmis: 2–4 mmol/kg kalio, 0,3–0,6 mmol/kg fosforo, 0,2 mmol/kg kalcio ir 0,2 mmol/kg magnio intraveniškai arba 0,4 mmol/kg per burną (102).

Svarbų vaidmenį profilaktikoje atlieka tiaminas (vitaminas B1). Išsekę pacientai gali turėti įvairių vitaminų trūkumą, įskaitant ir tiamino, kurio sumažėjusios atsargos ar trūkumas gali lemti atmaininimo sindromo atsiradimą (102,104,106). Taip yra todėl, kad tiaminas yra būtina angliavandenių metabolizmo dalis (102). Pradėjus maitinti išsekusį ar ilgą laiką badavusį pacientą, jis staiga gauna sąlyginai didelį kiekį angliavandenių – vadinasi, organizmui reikia ir daug tiamino, kad tuos angliavandenius galėtų suskaidyti. Esant nekoreguotam tiamino trūkumui atmaininimo metu, gali atsirasti neurologinės komplikacijos (Wernicke encefalopatija ir Korsakovo sindromas), kurios pasireiškia sąmonės pakitimais ir sumišimu, regos problemomis, ūmia periferine neuropatija ar širdies sutrikimais (102). Dėl šios priežasties rekomenduojama profilaktiškai skirti tiamino prieš atmaininimą ir pirmosiomis jo dienomis (98,102). Rekomenduojama skirti 100 mg/d tiamino dar prieš pradedant atmaininimą, toliau skirti 100–300 mg/d tiamino nuo 5 iki 10 (vaikams) ar 14 (vyresniems) dienų kartu su atmaininimu, priklausomai nuo paciento būklės ir laboratorinių rodiklių (102,104,107,115).

Mitybos planas ir jo strategijos parinkimas yra viena rizikingiausių atmaininimo proceso dalių. Hospitalizuojant nervine anoreksija sergančius pacientus, ilgą laiką buvo vadovautasi tik standartine konservatyvia strategija, kuri užsienio mokslinėje literatūroje angliškai vadinama *start low and go slow* – jos esmė yra pradėti nuo mažos kalorijų normos ir ją pamažu palaipsniui didinti, pvz. viena dažniausių strategijų, naudojamų JAV, pirmąją dieną rekomenduoja skirti 1200 kcal ir kas antrą parą ar kas savaitę

kalorijų normą didinti pridedant papildomas 200 kalorijų (100,103,105,110). Įvairių šalių rekomendacijos yra nevienodos ir pradinė (pirminė) paros kalorijų norma yra skirtinga, pvz.:

- Jungtinėje Karalystėje pacientams, kurie yra atmaitinimo sindromo rizikos grupėje, rekomenduojama pradėti nuo 10 kcal/kg/d, o esant sunkiems atvejams, kai KMI < 14 kg/m<sup>2</sup>, paros normą sumažinti iki 5 kcal/kg/d,
- Europoje rekomenduojama pradėti nuo 500–600 kcal/d (5–10 kcal/kg/d),
- Jungtinėse Amerikos Valstijose rekomenduojama pradėti nuo 30–40 kcal/kg/d (iš viso 1000–1600 per parą),
- Australijoje rekomenduojama pradinė paros kalorijų norma yra 1435 kcal (104,114).

Pagal Lietuvoje galiojančias *Vaikų ir paauglių valgymo sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmo rekomendacijas*, mitybos planą rekomenduojama derinti pagal pacientės svorį ir fizinę būklę, paskutinius valgymo įpročius – jei ji labai išsekusi, rekomenduojama skirti nuo 10 kcal/kg/d, o lengvesniais atvejais vidutiniškai 20–45 kcal/kg/d ir palaipsniui didinti (18). Tokios tradicinės mažo kaloringumo dietos orientuotos į tai, kad organizmas gautų mažiau angliavandenių, būtų mažesnis insulino šuolis, staigiai neužsivestų patogenetinis atmaitinimo sindromo mechanizmas ir sumažėtų jo rizika (110). Nors tokio tipo dietos vertinamos dėl to, jog yra saugesnės, turi mažesnę komplikacijų riziką, visgi naujausi tyrimai abejoja jų efektyvumu ir naudingumu. Literatūros duomenimis, mažo kaloringumo dietos siejamos su nepakankama mityba (angl. *underfeeding syndrome*) – svoris auga per lėtai ir per mažai (o pirmomis savaitėmis gali net kristi), užsitęsia hospitalizacijos trukmė, kartais dėl per daug atsargaus maitinimo gali nepavykti stabilizuoti paciento būklės ir jį gali ištikti mirtis (100,106,110). Dėl šių priežasčių vis daugiau dėmesio skiriama didesnio kaloringumo atmaitinimo strategijoms. Didesnio kaloringumo dietos nuo mažesnio skiriasi tuo, kad jų pradinė (pirminė) paros kalorijų norma yra didesnė (vidutiniškai 1400–2000 kcal), ir paros norma yra didinama greičiau, t.y. jei reikia, po 200 kcal per dieną iki paros normos (100,104,110). Atliekama daug tyrimų, kuriais siekiama patikrinti, ar didesnio kaloringumo dieta yra tiek pat saugi ir labiau efektyvi nei mažo kaloringumo. Duomenys rodo, kad paaugliams su nedideliu arba vidutinio laipsnio mitybos nepakankamumu galima taikyti gydymo schemą, kurioje pradinė paros kalorijų norma yra didesnė nei 1400 kcal ir kasdien pridedama po 200 kcal (104). Dalenbrook ir kt. (2022) tyrimo rezultatai parodė, kad didelio kaloringumo dietą galima taikyti ir sunkų mitybos nepakankamumą turintiems nervine anoreksija sergantiems paaugliams – pacientams paskyrus pradinę 2000 kcal dienos normą svoris priaugo greičiau (0,5–1 kg priaugis per savaitę), o net ir gydant sunkios būklės pacientus (KMI < 15 kg/m<sup>2</sup>), kliniškai atmaitinimo sindromo atvejų nestebėta (116). Mosuka ir kt. (2023) sisteminė literatūros apžvalga taip pat patvirtina šią idėją – tyrėjai nustatė,



kad didelio kaloringumo dietos taikymas (su atidžia elektrolitų ir kitų gyvybinių funkcijų rodiklių priežiūra) vaikams ir paaugliams, sergantiems nervine anoreksija, yra saugus ir efektyvus, o hipofosfatemijos laipsnis ir atmaitinimo sindromo atsiradimas neturi ryšio su per parą gaunamu kalorijų kiekiu, jį labiau lemia mitybos nepakankamumo laipsnis prieš hospitalizaciją (110). Dar vienas aukšto kaloringumo dietos privalumas yra tas, kad sutrumpėja hospitalizacijos laikas (taip prisidedama prie didesnio pacientų pasitenkinimo gydymo procesu) ir sumažėja gydymo kaštai (110,115). Visgi, šis metodas turi ir trūkumų, kuriuos ypač pabrėžia patys pacientai – didelio kaloringumo dietos sergantiesiems kelia daugiau diskomforto tiek kalbant apie emocinį nerimą dėl didelių porcijų ir baimę dėl augančio svorio, tiek apie virškinamojo trakto sutrikimus (97,116). Nors abi gydymo strategijos turi savo privalumų ir trūkumų (žr. 5 lentelę), visgi naujausi moksliniai straipsniai daug dėmesio skiria aukšto kaloringumo dietų tyrinėjimui, jų saugumo ir efektyvumo palyginimui (100,104–111,114–116). Mažo kaloringumo dieta išlieka tradicine, atsargia, saugia ir daugiau ištirta, bet vadovaujantis naujausiais duomenimis, praktikoje reiktų skirti daugiau dėmesio aukšto kaloringumo dietai – ji, anot tyrimų, yra pakankamai saugi, leidžia greičiau atkurti svorį, tik reikalauja atidesnio pacientų stebėjimo. Įvairių šalių tyrimų duomenys rodo aukšto kaloringumo dietos veiksmingumą, vertina ją kaip perspektyvią alternatyvą ir pamažu įtraukia į klinikines rekomendacijas.

**5 lentelė. Mažo ir didelio kaloringumo atmaitinimo strategijų palyginimas (100,104–111,114–116)**

|                                                               | <b>Mažo kaloringumo dieta</b>                                                                                                | <b>Didelio kaloringumo dieta</b>                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pradinė (pirminė) kalorijų norma</b>                       | 500–1200 kcal                                                                                                                | 1400–2000 kcal                                                                                                                             |
| <b>Svorio augimo greitis</b>                                  | Lėtesnis                                                                                                                     | Greitesnis                                                                                                                                 |
| <b>Atmaitinimo sindromo rizika</b>                            | Nedidelė                                                                                                                     | Atidžiai sekant rodiklius, nedidelė                                                                                                        |
| <b>Metaboliniai pokyčiai ir organizmo rodiklių stebėjimas</b> | Insulino šuolis (perėjimas į anabolinę būseną) mažiau pavojingas, tačiau reikia sekti organizmo gyvybinių funkcijų rodiklius | Reikia atidesnės ir dažnesnės organizmo gyvybinių funkcijų rodiklių kontrolės dėl staigesnio insulino šuolio (perėjimo į anabolinę būseną) |
| <b>Hospitalizacijos trukmė</b>                                | Ilgesnė                                                                                                                      | Trumpesnė                                                                                                                                  |

|                                          |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Psichologinis poveikis pacientams</b> | Mažesnės porcijos ir lėtesnis svorio priaugis sukelia mažiau streso, leidžia saugiau adaptuotis prie gydymosi proceso, tačiau išsekina ilgesnė hospitalizacija | Gali gąsdinti greitesnis svorio priaugis ir didesnės porcijos, tačiau prie maisto kiekio pripranta, o stabilizavus fizinę būklę, gerėja ir emocinė savijauta |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3.5. Perėjimas į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą

Kadangi nervinė anoreksija dažnai prasideda paauglystėje ir įvairiais duomenimis gali trukti nuo dvejų iki dešimt metų, paciento gydymas ir kontrolė gali tęstis ilgą laiką (12,117). Daug iššūkių gydytojams kelia tai, kad beveik pusės visų valgymo sutrikimų pradžia įvyksta dar prieš sukankant pilnametystei – didelė tikimybė, kad ilgai sveikstančiam pacientui reikės pereiti iš vaikų ir paauglių psichiatro į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą. Būtent šis perėjimo etapas ir kelia daugiausiai grėsmių, nes jauno amžiaus pacientui yra būtina sukurti emociškai saugų, individualius poreikius tenkinantį pasikeitimo procesą. (4,118,119) Mokslinėje literatūroje galima rasti nemažai apžvalgų ir rekomendacijų apie sėkmingesnio ir saugesnio perėjimo proceso kūrimą, tačiau tokios informacijos taikymas klinikinėje praktikoje vis dar išlieka ribotas ir apsunkintas.

#### Perėjimo proceso esmė ir sudėtingumas

Perėjimo procesas paprastai turėtų įvykti sulaukus pilnametystės, tačiau skirtingose šalyse gali įvykti keliais metais anksčiau ar būti šiek tiek pavėlintas. Šis etapas turi būti gerai suplanuotas, nes yra labai rizikingas, gali turėti daug neigiamų padarinių iki tol pasiektiems gydymo rezultatams (120,121). Tai gali atsitikti tiek dėl asmeninių vaikams ir paaugliams būdingų savybių (pvz. ambivalentiškumo, baimės pokyčiams, savo problemų neigimo ar perdėto noro būti savarankiškiems) ir kitokios smegenų bei nervų sistemos veiklos, tiek dėl sveikatos apsaugos sistemos trūkumų, tokių kaip vaikų ir suaugusiųjų specialistų nebendradarbiavimas, laiko detalesniam perdavimo procesui stoka ar ilgametės medicininės dokumentacijos įrašų administravimo našta (118,120,122).

Pastaraisiais metais yra atliekama nemažai studijų, kurių tikslas yra išsiaiškinti, kaip perėjimo procesą padaryti efektyvesnį (123). Sklandus perėjimas gydant psichikos sveikatos ligas yra sudėtingesnis nei gydant somatines, nes vaikai ir paaugliai ir taip yra lengviau emociškai pažeidžiama ir jautresnė pacientų grupė. Nėgana to, tyrimai rodo, kad jauniems žmonėms sunkiai sekasi adaptuotis suaugusiųjų gydymo procese – juos gali gąsdinti didesnis autonomijos ir staigaus savarankiškumo

atsiradimas priimant svarbius sprendimus apie savo sveikatą, simptomų nepastovumas gali neatitikti griežtesnių ligos kriterijų, nauji gydymo metodai gali kelti nepasitikėjimą ir baimę (122).

Ne visiems vaikams ir paaugliams, kuriems reikia tolimesnės pagalbos, sėkmingai pavyksta rasti tinkamą suaugusiųjų specialistą. Be to, kai kurie net ir radę, kur gydymą tęsti toliau, mano, kad jis nebūna pakankamai individualizuotas, pacientai jaučia negaunantys reikalingos pagalbos, sveikatos problemos nebūna išsprendžiamos dėl sąlyginai per jauno jų amžiaus (124).

### **Esminiai priežiūros skirtumai ir iššūkiai**

Vaikų ir paauglių psichiatrijos specialistų gydymo metodai skiriasi nuo suaugusiųjų, ypač kalbant apie nervinės anoreksijos gydymą. Labai didelis vaidmuo vaikų ir paauglių gydyme atitenka šeimos terapijai ir jos tarpusavio santykių tobulinimui, tėvų įtraukimui į pagalbos vaikui procesą, kai tuo tarpu gydant suaugusiuosius, daugiau koncentruojamasi tik į patį pacientą, jo atsakomybę, paties įgalinimą pokyčiui (120). Pokytis, kai nuo atidžios šeimos priežiūros ir pagalbos kuriant sveiką santykį su maistu staiga, be jokio pasiruošimo pereinama prie atsakomybės už savo būklę, gali išgąsdinti jauną pacientą ir trukdyti sėkmingam tęstiniam gydymo procesui (121,125).

Paminėtinas ir kitas svarbus skirtumas – paciento autonomijos įgalinimas. Gydant suaugusiuosius, dėmesys daugiausiai skiriamas paties paciento savarankiškumui, gebėjimui suprasti savo problemas ir geranoriškai priimti siūlomą gydymą (126). Tuo tarpu vaikų ir paauglių psichiatrijoje remiamasi bendradarbiavimo principu – gydytojas kaip specialistas tampa tarsi vedliu ir jo tikslas yra įtraukti pacientą į gydymo procesą, sudominti jį, motyvuoti, leisti rinktis. Taip jaunas pacientas turi mažiau atsakomybės už savo gydymą, nes dar stokoja brandos autonomijai, tačiau gali dirbti su gydytoju komandiškai, mokytis ir taip augant priimti daugiau savarankiškų sprendimų (120,126).

### **Praktinės rekomendacijos perėjimo procesui**

Atsižvelgiant į pagrindinius pereinamojo laikotarpio iššūkius, klinikinėje praktikoje rekomenduojama taikyti struktūruotus ir nuosekliai suplanuotus perėjimo metodus. Labai svarbu laiku paaiškinti, kad bus organizuojamas perėjimo procesas. Apie tai reikia pradėti kalbėti anksti (kai kurie šaltiniai rekomenduoja prieš šešias savaites), numatyti perėjimo laiką, parengti aiškų planą (127). Pasiruošimo procese turi dalyvauti visos trys šalys (pacientas, vaikų ir paauglių psichiatras, suaugusiųjų psichiatras), kadangi jauni pacientai nurodo, jog perėjus į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą jaučiasi nesuprasti, neišgirsti, nevertinami – trišalis susitikimas leistų aptarti gydymo tikslus, išsirinkti jau anksčiau laiko patikrintus metodus jiems pasiekti (127). Abiem gydytojams specialistams bei jų

komandoms rekomenduojama palaikyti ar pradėti su pacientu kurti tokį ryšį, kuris būtų kuo saugesnis. Jei įmanoma, pacientui perėjimo etape būtų naudinga kurį laiką bendrauti su abiem specialistais ir palaipsniui pereiti prie pilnos suaugusiųjų psichiatro priežiūros (118,120,127).

Svarbu nepamiršti ir specialistų bendradarbiavimo. Nervine anoreksija sergantys jauni pacientai dažnai būna dirglios nuotaikos, vengiantys naujų socialinių ryšių, uždaro būdo, todėl svarbu, kad vaikų ir paauglių psichiatras perduotų kuo daugiau detalios informacijos apie pacientą suaugusiųjų psichiatrai. Gydytojai specialistai turėtų susitikti dviese be paciento, aptarti tiek ligos eigą ir gydymo procesą, tiek asmenybinius paciento bruožus, taip pat perduoti visą svarbią medicininę dokumentaciją. Toks pokalbis gali palengvinti procesą pacientui – jam nereikės iš naujo pasakoti savo ligos ir gyvenimo ypatumų naujam specialistui (118,120). Gilsbach ir kt. (2024) kokybiniame tyrime paaugliai išsakė nerimaujantys, kad perėjus į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą jiems reikės iš naujo papasakoti visą savo ligos istoriją naujam nepažįstamam žmogui (127). Todėl būtų naudinga, jei suaugusiųjų gydytojas psichiatras jau būtų susipažinęs su naujo paciento ligos eigos ar asmenybiniais ypatumais.

Į perėjimo procesą galima daugiau įtraukti ir tėvus. Kadangi vaikų ir paauglių gydyme dažnai taikoma šeimos terapija, rekomenduojama jos staiga nenutraukti (127,128). Greitas šeimos terapijos nutraukimas paaugliams gali sukelti apleistumo jausmą ar baimę būti paliktiems vieniems. Tėvų dalyvavimas perėjimo procese gali sukurti emociškai saugesnę aplinką, todėl suaugusiųjų psichiatrams siūloma organizuoti bendrus vizitus su pacientu ir jo tėvais, individualizuoti gydymo planą pagal šeimos poreikius (120,127,128).

Reikėtų suprasti, kad valgymo sutrikimą turintis pacientas ir taip yra emociškai sudėtingoje būsenoje. Norvegų Lockertsen ir kt. (2021) kokybinio tyrimo duomenimis, tik 1 iš 7 perėjimo procese dalyvaujančių pacientų, sergančių nervine anoreksija, jaučiasi tam pasiruošęs (129). Gydytojas specialistas turi supratingai vertinti paciento būklę perėjimo procese, padėti spręsti kylančius sunkumus ir nespauti paciento (126). Lėtas ir palaipsnis paciento autonomijos įgalinimas, laikantis konkrečių kartu nustatytų tikslų ir planų, gali padėti išvengti atkryčių ir išlaikyti gerą nervinės anoreksijos gydymo tęstinumą.

### **3.6. Išeitis ir ilgalaikė stebėsena**

Nervinės anoreksijos išeičių duomenys moksliniuose tyrimuose labai svyruojantys, ilgalaikio stebėjimo rezultatai skiriasi tarp įvairių gydymo įstaigų, tyrėjų ir tyrimo laiko. Vokietijoje Quadflieg ir kt. (2024) atlikto ilgalaikio stebėjimo tyrimo, kur buvo analizuojamos paauglių, sergančių nervine anoreksija, tolimosios išeitys, rezultatai parodė, jog visišką remisiją po aštuonerių metų pasiekė 32,5%

pacienčių (130). Kitame ilgalaikio stebėjimo tyrime, atliktame švedų Lange ir kt. (2019), nustatyta, kad kiek daugiau nei pusė vaikų ir paauglių, sirgusių nervine anoreksija, po beveik 16 metų nebesirgo jokia psichiatrine liga, įskaitant ir nervinę anoreksiją (131). Atsižvelgiant į duomenų įvairumą, literatūroje dažniausiai teigiama, jog vidutiniškai maždaug trečdalis paauglių išliks ilgalaikėje remisijoje (20).

Medicinoje ieškoma būdų, kaip pagerinti ilgalaikį gydymą ir išeičių rezultatus. Vienas svarbiausių aspektų – gero terapinio ryšio palaikymas ir bendradarbiavimas tarp specialisto ir paciento (132,133). Pagal Amianto ir kt. (2023) atliktus ilgalaikio stebėjimo tyrimo rezultatus galima daryti prielaidą, kad jeigu nuo pat gydymo pradžios tarp gydytojo ir paciento sukuriamas stiprus pasitikėjimu grįstas santykis, pasiekiamas ne tik greitesnis būklės pagerėjimas, bet manoma, kad tai gali būti reikšminga ir užtikrinant ilgalaikį gydymo efektyvumą (133). Terapinis ryšys nervinės anoreksijos gydyme yra labai svarbus tuo, kad gali padėti sukurti saugią aplinką – valgymo sutrikimų gydyme elgesio ir mąstymo modelių pokyčiai dažnai yra sudėtingi, reikalaujantys daug emocinio darbo ir pastangų, todėl gydytojo vaidmuo yra reikšmingas užtikrinant paciento įsitraukimą ir ilgalaikę motyvaciją. Palaikantis ryšys padeda išvengti ir vienos dažniausių ilgalaikio gydymo nesėkmės priežasčių – gydymo nutraukimo. Tyrimai patvirtina valgymo sutrikimų gydymo nutraukimo dažnumą – maždaug trečdalis pacientų gydymą nutraukia anksčiau nei reikėtų, o tai siejama su prastesniais rezultatais, blogesne ilgalaikė prognoze (134). Tyrimai rodo, kad būtent sergančių paauglių grupėse gero ryšio su gydytoju palaikymas padeda pacientams išsilaikyti gydymo procese iki pabaigos ir mažina gydymo nutraukimo tikimybę (135). Besigydantys jauni pacientai ieško saugumo, ir, tikėtina, kad mato gydytoją specialistą kaip svarbų autoritetą, todėl pasitikėjimu grįstas ryšys ir motyvuojantis pavyzdys gali užtikrinti gydymo strategijos laikymąsi. Kitas svarbus ilgalaikio gydymo aspektas – ilgalaikės gydymo strategijos sudarymas ir jos laikymasis. Atkūrus sveikus valgymo įpročius ir požiūrį į savo kūną, pacientams vis tiek rekomenduojama sudaryti tolimesnius gydymo planus. Literatūroje siūloma toliau tęsti šeimos terapiją – jeigu ji buvo efektyvi kontroliuojant simptomus aktyvioje ligos stadijoje, tikėtina, kad padės išlaikyti remisiją ir ilgalaikėje perspektyvoje (136). Kai kurių tyrimų duomenimis šeimos terapijos efektyvumas laikui bėgant gali mažėti, todėl gali būti reikalingi papildomi (ar nauji) psichoterapiniai metodai, pvz. kognityvinė ar dialektinė elgesio terapijos (137). Galima nukreipti kognityvinės elgesio terapijos metodų modelius taip, kad šie būtų orientuoti į ilgalaikio efekto išlaikymą. Grave ir kt. (2025) savo tyrime teigia, kad į valgymo sutrikimą orientuota kognityvinė elgesio terapija naudinga tuo, kad ilgalaikėje perspektyvoje padės pacientui savarankiškiau spręsti sunkumus ir taip efektas bus labiau ilgalaikis. Todėl ilgalaikės psichoterapijos modelį vertėtų rinktis atsižvelgiant į paciento amžių – vaikams ir jauniems paaugliams iš pradžių galima siūlyti šeimos terapiją, nes jie dar ne tokie savarankiški, labiau priklausomi nuo tėvų ir

kontrolė jiems gali būti naudinga, o vyresniems paaugliams, artėjantiems link pilnametystės, galima pradėti taikyti kognityvinę elgesio terapiją – ji suteiks daugiau autonomijos, motyvuos aktyviau įsitraukti mokantis priimti sprendimus už savo elgesį.

Apsunkinta išlieka ne tik psichologinės, bet ir somatinės būklės stebėseną – tiek dėl esamų, tiek dėl tolimųjų komplikacijų. Sisteminga somatinės būklės priežiūra kelia iššūkių, nes pacientai gali išlikti nepakankamai kritiškai savo būklei ir slėpti su nervine anoreksija susijusius simptomus, vengti pasakoti apie sveikatos pablogėjimus, naujai atsiradusius organizmo funkcijų sutrikimus (138). Nors konkrečių gairių, kur būtų rekomenduojami laiko intervalai, nurodantys kas kiek laiko reikia organizuoti tolimesnius stebėjimo vizitus, nėra, tačiau bendras sutarimas, jog tokie vizitai būtini, egzistuoja (138,139). Vaikų ir paauglių nervinės anoreksijos gydymas yra ypatingas tuo, kad jauni žmonės turi skirtingą fizinę ir psichologinę brandos laipsnį – vadinasi, kiekvienas atvejis yra individualus, todėl sukurti konkrečias ir visiems bendrai tinkančias ilgalaikio stebėjimo rekomendacijas yra sudėtinga. Visgi, yra sėkmingų mokslinių tyrimų, kurių rekomendacijas ir išvadas galima pritaikyti praktikoje. Pavyzdžiui, vienas tokių yra Olandijoje Berends ir kt. (2016) atliktas kohortinis tyrimas, kur tyrėjai priėjo išvadą, jog nuo nervinės anoreksijos gydymo pabaigos paauglius reikėtų sekti ir stebėti mažiausiai 18 mėnesių, o vizitų dažnis individualiai priklauso nuo pacientų būklės – stabilūs galima stebėti kas 4–6 mėnesius, o mažiau stabilūs, t.y. su stebimu didesniu atkryčio pavojumi, kas du (139). Kiti tyrimai siūlo atsižvelgti į konkretaus paciento būklę – jei yra didelė atkryčio rizika ar komorbidiskumas su kitomis psichiatrinėmis ligomis, tai vizitus galima organizuoti kas savaitę ar net kasdien, o jei pacientas stabilus, tai užtenka kasmėnesinio stebėjimo (132). Literatūroje rekomenduojama stebėjimo vizitų metu vertinti:

- paciento svorį ir KMI – svarbus rodiklis būklės sekimui,
- nervinės anoreksijos ar kitų valgymo sutrikimų simptomų atsiradimą – ar nėra atsiradusio maisto ribojimo, perdėto susirūpinimo išvaizda ir pan.,
- bendrą psichologinę būklę – ar nėra kitų psichiatrinių būklių savivertės sumažėjimo (132,139).

Trys išvardinti aspektai turėtų būti atidžiai ir nuosekliai vertinami kiekvieno vizito metu – atsiradę nuokrypiai, pasikeitęs elgesys ar prastėjanti psichologinė būklė gali būti pirmaisiais atkryčio simptomais. Lietuvoje po pasveikimo rekomenduojama pacientus dėl atkryčio ar galimo naujo valgymo sutrikimo stebėti vienerius metus, priežiūrą vykdo vaikų ir paauglių psichiatras su ar be šeimos ar vaikų ligų gydytojo pagalba (18).

#### 4. IŠVADOS

1. Dėl savo kompleksiskumo, apimančio svarbius etiopatogenetinius aspektus (baimę lytiškai bręsti, motinos-dukros santykius, komorbidiškumą) ir daugiausiai iššūkių keliančius gydymo ypatumus (atmaitinimo procesą, perėjimą į suaugusiųjų psichiatriją, ilgalaikes išeitis), nervinės anoreksijos gydymas išlieka sudėtingas.
2. Lytinio brendimo pradžia — svarbus ir rizikingas laikotarpis nervinei anoreksijai išsivystyti. Brendimo metu atsirandantys kūno pokyčiai kelia baimės jausmą, todėl paauglės bando įgauti kontrolės koreguodamos savo mitybos įpročius. Didžiausioje rizikos grupėje yra mergaitės, pradedančios bręsti anksti. Baimės lytiškai bręsti kaip priežasties nustatymui siūloma naudoti klausimynus. Ankstyva prevencija (lytinis švietimas) gali padėti išvengti valgymo sutrikimo išsivystymą, o gydymui tokiu atveju efektyviausia yra kognityvinė elgesio terapija.
3. Motinos ir dukros santykiai svarbūs tiek nervinės anoreksijos išsivystymo, tiek gydymo procesuose. Specifiniai motinos asmenybiniai bruožai (perdėtas rūpestingumas, kontroliavimas, polinkis į nepagrįstas baimes, perfekcionizmas) gali būti svarbiais dukros ligos etiopatogenetiniais veiksniais. Motinos santykis su savo kūnu ir maistu gali turėti įtakos dukros įpročių formavimuisi. Motinos elgesio, kaip nervinę anoreksiją provokuojančio veiksnio, identifikavimas gali būti apsunkintas. Gydant dukros nervinę anoreksiją, rekomenduoja skirti papildomo dėmesio ir motinos elgesio modelių korekcijai. Siūlomas prevencinių programų modelis, orientuotas į tas motinos-dukros diadas, kuriose motina turi valgymo sutrikimams būdingų simptomų. Galimą motinos ir dukros santykių įtaką nervinės anoreksijos atsiradimui rodo ir išanalizuotas klinikinis atvejis — dažnas laiko leidimas kartu, motinos rūpestingumas ir perfekcionizmas bei sutrikęs požiūris į savo pačios kūną ir mitybą galėjo prisidėti prie dukros ligos išsivystymo. Klinikinis atvejis patvirtina tai, kad gydant pacientus svarbu skirti dėmesio šeimos tarpusavio santykių ir valgymo įpročių gerinimui.
4. Nervinė anoreksija yra komorbidiška patologija — ji gali būti tiek kito psichiatrinio sutrikimo atsiradimo priežastis, tiek pasekmė. Dažnai nervinei anoreksijai būdingas komorbidiškumas su depresija, obsesiniu-kompulsiniu ar autizmo spektro sutrikimais. Komorbidiškų būklių diagnostika dėl dviejų krypčių išsivystymo mechanizmo yra apsunkinta ir reikalaujanti atidumo. Jei kita psichiatrinė liga atsiranda kaip nervinės anoreksijos pasekmė, neretai išgydžius valgymo sutrikimą, sumažėja arba išnyksta ir kitos ligos simptomai.
5. Atmaitinimo procesas yra sudėtinga nervinės anoreksijos gydymo dalis dėl galimų komplikacijų išsivystymo. Viena tokių — atmaitinimo sindromas, kurio patogenetinis mechanizmas, rizikos

veiksniai ir profilaktika yra atidumo reikalaujantys ypatumai. Ilgą laiką atmaitinimui naudota saugi mažo kaloringumo dieta, tačiau naujausi literatūros duomenys dėl didesnio efektyvumo ir mažesnės hospitalizacijos trukmės teigiamai vertina veiksmingą alternatyvą — didelio kaloringumo dietą.

6. Perėjimo procesas iš vaikų ir paauglių psichiatro į suaugusiųjų psichiatro priežiūrą yra sudėtingas ir rizikingas procesas tiek dėl jauniems žmonėms būdingų asmeninių būdo savybių, tiek dėl sveikatos apsaugos sistemos trūkumų. Pagrindiniai skirtumai tarp vaikų ir paauglių bei suaugusiųjų nervinės anoreksijos psichiatrinio gydymo yra šeimos terapija ir paciento savarankiškumas. Perėjimo proceso metu rekomenduojama daugiau dėmesio skirti konkrečiam perėjimo plano kūrimui, gydytojų specialistų bendradarbiavimui, tėvų įtraukimui į procesą ir proceso individualizavimui pagal paciento galimybes ir poreikius.
7. Nervinės anoreksijos gydymo išeitys yra įvairios, todėl jų pagerinimui reikalingos efektyvios ilgalaikės stebėsenos strategijos. Konkrečių pacientų sekimo gairių nėra, procesas turi būti individualizuotas, tačiau visais atvejais stebėjimo vizitų metu turėtų būti vertinama tiek psichologinė, tiek fizinė pacientų būklė.



## 5. REKOMENDACIJOS

1. Nervinės anoreksijos gydymas turėtų būti kompleksinis ir individualizuotas, atsižvelgiant į paciento amžių, santykius šeimoje, komorbidiškumą, savarankiškumą ir emocinę brandą. Efektyviam gydymui reikalingas multidisciplininės specialistų komandos, paciento ir jo šeimos bendradarbiavimas.
2. Mokyklose ir gydymo įstaigose rekomenduojama daugiau dėmesio skirti lytinio švietimo programų vykdymui, siekiant pagerinti brendimo metu atsirandančių kūno pokyčių priėmimą. Tokios ankstyvos prevencinės programos ypač naudingos anksti pradedančioms bręsti mergaitėms.
3. Gydant pacientus, sergančius nervine anoreksija, tikslinga vertinti šeimos santykių dinamiką. Vertėtų atkreipti dėmesį į motinos ir dukros tarpusavio santykius, nes motinos elgesio modeliai gali turėti įtakos dukros valgymo įpročiams ir požiūriui į kūną. Tokiais atvejais rekomenduojama suteikti individualią psichoterapinę pagalbą motinai. Siūloma vykdyti prevencines programas, orientuotas į rizikos grupėse esančias motinas ir dukras, ir jų metu organizuoti psichoedukacinius užsiėmimus, mokyti įveikos strategijų, gerinančių požiūrį į kūną ir mitybą.
4. Sergančiuosius nervine anoreksija rekomenduojama stebėti dėl kitų psichikos sveikatos sutrikimų. Vertinant būklę ir skiriant gydymą vertėtų atsižvelgti į galimą dviejų krypčių etiopatogenetinį mechanizmą, kadangi nervinė anoreksija gali būti tiek kito sutrikimo priežastimi, tiek pasekme. Nervinės anoreksijos gydymo eigoje tikslinga pakartotinai vertinti komorbidiškų būklių simptomus, nes efektyvus valgymo sutrikimo gydymas gali turėti įtakos ir jų simptomų mažėjimui.
5. Atmaitinimo proceso metu rekomenduojama pacientus atidžiai stebėti dėl galimo atmaitinimo sindromo atsiradimo. Siūloma svarstyti didesnio kaloringumo dietos strategiją dėl trumpesnės hospitalizacijos ir greitesnio svorio priaugio.
6. Siekiant pagerinti perėjimo iš vaikų ir paauglių į suaugusiųjų psichiatrijos priežiūrą procesą, siūloma sudaryti perėjimo planus, individualizuotus pagal paciento būklę ir pasiruošimą. Tikslinga užtikrinti abiejų psichiatrų bendradarbiavimą ir informacijos naujam gydytojui perdavimą. Perėjimo pradžioje siūloma organizuoti trišalius susitikimus, kuriuose dalyvautų pacientas ir abu specialistai, į procesą įtraukti tėvus bei palaipsniui didinti paciento savarankiškumą ir autonomiją.
7. Ilgalaikiam stebėjimui rekomenduojama taikyti individualizuotas priežiūros strategijas. Kadangi sergantieji nervine anoreksija yra linkę slėpti simptomus, tai tikslinga atidžiai stebėti ir sistemingai vertinti tiek fizinius, tiek psichologinius būklės pokyčius. Dėl stebėjimo vizitų dažnio rekomenduojama spręsti individualiai, atsižvelgiant į paciento būklės stabilumą, atkryčio riziką, komorbidiškumą.

## 6. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. ICD-10 Version:2019 [Internet]. [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F50.0>
2. Herpertz-Dahlmann B. Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2021 Apr;13(4):1265. doi:10.3390/nu13041265
3. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med*. 2020 Jun 2;81(6):1–8. doi:10.12968/hmed.2020.0099
4. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281–95. doi:10.1038/s41380-021-01161-7 PubMed PMID: 34079068; PubMed Central PMCID: PMC8960395.
5. Hay P, Morris J. Eating disorders. In: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2016. Available from: [https://www.iacapap.org/\\_Resources/Persistent/fda98d90155b657715bf54494bfe3cbecc4f1354/H.1.-Eating-disorders-update-2016.pdf](https://www.iacapap.org/_Resources/Persistent/fda98d90155b657715bf54494bfe3cbecc4f1354/H.1.-Eating-disorders-update-2016.pdf)
6. Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, Hübel C, Coleman JR, Gaspar HA, et al. Genome-wide Association Study Identifies Eight Risk Loci and Implicates Metabo-Psychiatric Origins for Anorexia Nervosa. *Nat Genet*. 2019 Aug;51(8):1207–14. doi:10.1038/s41588-019-0439-2 PubMed PMID: 31308545; PubMed Central PMCID: PMC6779477.
7. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2015 Dec 1;2(12):1099–111. doi:10.1016/S2215-0366(15)00356-9
8. Chen A, Couturier J. Triggers for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: A Retrospective Chart Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Nov;28(3):134–40. PubMed PMID: 31798651; PubMed Central PMCID: PMC6863573.
9. Convertino AD, Morland LA, Blashill AJ. Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *Int J Eat Disord*. 2022 Aug;55(8):1079–89. doi:10.1002/eat.23757 PubMed PMID: 35719053; PubMed Central PMCID: PMC9545485.
10. Ferreira IMS, Souza APL de, Azevedo LDS, Leonidas C, Santos MAD, Pessa RP. The Influence of Mothers on the Development of Their Daughter's Eating Disorders: An Integrative Review. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2021;48:168–77. doi:https://doi.org/10.15761/0101-608300000000300
11. Hebebrand J, Gradl-Dietsch G, Peters T, Correll CU, Haas V. The Diagnosis and Treatment of Anorexia Nervosa in Childhood and Adolescence. *Dtsch Arztebl Int*. 2024 Mar;121(5):164–74. doi:10.3238/arztebl.m2023.0248 PubMed PMID: 38170843; PubMed Central PMCID: PMC11539892.
12. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017 Apr 30;51(2):205–18. doi:10.12740/PP/64580

13. Administration SA and MHS. DSM-5 Child Mental Disorder Classification. In: DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet] [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/>
14. Dembinskas A, Germanavičius A, editors. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 1997.
15. Pasaulio sveikatos organizacija. TLK-10-AM sisteminis ligų sąrašas [Internet]. Valstybinė ligonių kasa; 2015. Available from: <https://ebook.vlk.lt/e.vadovas/>
16. Stonawski V, Stehbach C, Bauer M, Wangler S, Moll GH, Horndasch S, et al. Early intervention for adolescents with anorexia nervosa: Pilot evaluation of an outpatient group therapy prior to inpatient treatment. *Eur Eat Disord Rev.* 2025 Jan;33(1):95–105. doi:10.1002/erv.3128 PubMed PMID: 39136167; PubMed Central PMCID: PMC11617808.
17. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry.* 2017 Nov;30(6):423–37. doi:10.1097/YCO.0000000000000360 PubMed PMID: 28777107; PubMed Central PMCID: PMC5690314.
18. Leskauskas D, Baltrėnė J, Klimavičius D, Vėlavičienė D. Vaikų ir paauglių valgymo sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas [Internet]. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos; Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; Vilniaus universitetas; Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija; 2022. Available from: <https://www.kaunoklinikos.lt/media/2..1.1%20rodiklis.%20Vaiku%20ir%20paaugliu%20valgymo%20sutrikim%C5%B3%20prevencijos.pdf>
19. Malczyk Ż, Oświećimska J. Gastrointestinal complications and refeeding guidelines in patients with anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.* 2017 Apr 30;51(2):219–29. doi:10.12740/PP/65274
20. Murray SB, Loeb KL, Le Grange D. Treatment outcome reporting in anorexia nervosa: time for a paradigm shift? *J Eat Disord.* 2018 May 7;6(1):10. doi:10.1186/s40337-018-0195-1
21. Stocker A, Rosenthal L, Mesquida L, Raynaud JP, Revet A. Adult and child and adolescent psychiatrists' experiences of transition in anorexia nervosa: a qualitative study. *J Eat Disord.* 2022 Jul 4;10(1):92. doi:10.1186/s40337-022-00610-0 PubMed PMID: 35788243; PubMed Central PMCID: PMC9252565.
22. Robertson A, Thornton C. Challenging rigidity in Anorexia (treatment, training and supervision): questioning manual adherence in the face of complexity. *J Eat Disord.* 2021 Aug 21;9(1):104. doi:10.1186/s40337-021-00460-2
23. Horovitz O. Advancements in the Diagnosis and Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents: Challenges, Progress, and Future Directions. *Nutrients.* 2025 May 21;17(10). doi:10.3390/nu17101744
24. Criscuolo M, Marchetto C, Buzzonetti A, Castiglioni MC, Cereser L, Salvo P, et al. Parental Emotional Availability and Family Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa Subtypes. *Int J*

- Environ Res Public Health. 2022 Dec 21;20(1):68. doi:10.3390/ijerph20010068 PubMed PMID: 36612388; PubMed Central PMCID: PMC9819780.
25. Barone E, Carfagno M, Marafioti N, Bello R, Arsenio E, Marone L, et al. Impact of emotional abuse on eating disorder psychopathology: A multiple mediation analysis. *Compr Psychiatry*. 2024 Oct 1;134:152515. doi:10.1016/j.comppsy.2024.152515
  26. Sak LV, Khaustova OO, Avramenko OM, Papathanasiou IV. DEVELOPMENT OF ANOREXIA NERVOSA IN A FEMALE ADOLESCENT IN A DYSFUNCTIONAL FAMILY ENVIRONMENT WITH IMPAIRED ATTACHMENT AND EMOTIONAL REGULATION: A CASE REPORT. *Wiad Lek*. 2022 Aug;75(8):1932–7. doi:10.36740/WLek202208120
  27. Parental Influence on Adolescent Eating Disorders and Mental Health - European Society of Medicine [Internet]. 2025 Oct 5 [cited 2026 Mar 23]. Available from: <https://esmed.org/parental-influence-on-adolescent-eating-disorders-and-mental-health/>
  28. Lukas L, Buhl C, Schulte-Körne G, Sfärlea A. Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2022 Sep 29;10(1):143. doi:10.1186/s40337-022-00661-3 PubMed PMID: 36175986; PubMed Central PMCID: PMC9520900.
  29. Simic M, Stewart CS, Konstantellou A, Hodsoll J, Eisler I, Baudinet J. From efficacy to effectiveness: child and adolescent eating disorder treatments in the real world (part 1)—treatment course and outcomes. *J Eat Disord*. 2022 Feb 21;10:27. doi:10.1186/s40337-022-00553-6 PubMed PMID: 35189967; PubMed Central PMCID: PMC8862310.
  30. García-Anaya M, Caballero-Romo A, González-Macías L. Parent-Focused Psychotherapy for the Preventive Management of Chronicity in Anorexia Nervosa: A Case Series. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 3;19(15):9522. doi:10.3390/ijerph19159522 PubMed PMID: 35954879; PubMed Central PMCID: PMC9368715.
  31. Lock J, Via MCL. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 May 1;54(5):412–25. doi:10.1016/j.jaac.2015.01.018 PubMed PMID: 25901778.
  32. Skibicka JN, Rosińska K, Janicka EJ, Rosiński M, Niedźwiedzka M. Faces of Anorexia in Adolescents: Diagnosis, Risk, and Support. *Qual Sport*. 2025 Jan 13;37:57217–57217. doi:10.12775/QS.2025.37.57217
  33. Brennan C, Felemban L, McAdams E, Walsh K, Baudinet J. An Exploration of Clinical Characteristics and Treatment Outcomes Associated with Dietetic Intervention in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2024 Nov 28;16(23). doi:10.3390/nu16234117
  34. Wallin U, Holmer R. Long-Term Outcome of Adolescent Anorexia Nervosa: Family Treatment Apartments Compared With Child Psychiatric Inpatient Treatment. *Front Psychiatry*. 2021 May 17;12. doi:10.3389/fpsy.2021.640622
  35. Rezakhany C, Lambert M, Blanchet C. “This is my place of reference”: transition from adolescent to adult care in a qualitative study of patients with anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2025 Oct

- 16;13(1):226. doi:10.1186/s40337-025-01397-6 PubMed PMID: 41102830; PubMed Central PMCID: PMC12532857.
36. Bryde A, Volden SBS, Schousboe A, Waage D, Hussain AA, Bentz M, et al. Mind the Gap: Parental Perspectives on Mental Health Service Transitions for Young Adults with Anorexia Nervosa [Internet]. Research Square; 2025 [cited 2026 Mar 23]. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-7326724/v1> doi:10.21203/rs.3.rs-7326724/v1
  37. Jean Forney K, Keel PK, O'Connor S, Sisk C, Burt SA, Klump KL. Interaction of hormonal and social environments in understanding body image concerns in adolescent girls. *J Psychiatr Res.* 2019 Feb;109:178–84. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.12.008 PubMed PMID: 30553150; PubMed Central PMCID: PMC6317862.
  38. Moore SR, McKone KMP, Mendle J. Recollections of puberty and disordered eating in young women. *J Adolesc.* 2016 Dec 1;53:180–8. doi:10.1016/j.adolescence.2016.10.011
  39. Achermann M, Günther J, Goth K, Schmeck K, Munsch S, Wöckel L. Body-Related Attitudes, Personality, and Identity in Female Adolescents with Anorexia Nervosa or Other Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 4;19(7):4316. doi:10.3390/ijerph19074316 PubMed PMID: 35409997; PubMed Central PMCID: PMC8998874.
  40. Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Jan 12;21(1):1. doi:10.1007/s11920-019-0988-1 PubMed PMID: 30637488; PubMed Central PMCID: PMC6559358.
  41. Stonawski V, Sasse L, Derks L, Moll GH, Kratz O, Legenbauer T, et al. Transdiagnostic body dissatisfaction: comparing adolescents with anorexia nervosa and depression during body exposure. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2025 Jul 14;19:76. doi:10.1186/s13034-025-00939-9 PubMed PMID: 40660352; PubMed Central PMCID: PMC12257810.
  42. Toselli S, Grigoletto A, Zaccagni L, Rinaldo N, Badicu G, Grosz WR, et al. Body image perception and body composition in early adolescents: a longitudinal study of an Italian cohort. *BMC Public Health.* 2021 Jul 12;21(1):1381. doi:10.1186/s12889-021-11458-5
  43. Riboli G, Borlimi R, Caselli G. A qualitative approach – delineates changes on pubertal body image after menarche. *Int J Adolesc Youth.* 2022 Dec 31;27(1):111–24. doi:10.1080/02673843.2022.2032219
  44. Blackburn MR, Hogg RC. #ForYou? the impact of pro-ana TikTok content on body image dissatisfaction and internalisation of societal beauty standards. *PLOS ONE.* 2024 Aug 7;19(8):e0307597. doi:10.1371/journal.pone.0307597 PubMed PMID: 39110711; PubMed Central PMCID: PMC11305550.
  45. Matt Lacoste S. Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment approach. *Aggress Violent Behav.* 2017 Sep 1;36:76–80. doi:10.1016/j.avb.2017.07.006
  46. Melisse B, Trujillo-ChiVacuan E, Le Grange D. Early menarche and body dissatisfaction in individuals with eating disorders: A modest but significant association. *Eat Behav.* 2025 Aug 1;58:102021. doi:10.1016/j.eatbeh.2025.102021

47. Iron-Segev S, Namimi-Halevi C, Dor C, Dichtiar R, Stark AH, Keinan-Boker L, et al. Early menarche is associated with disordered eating—results from a National Youth Survey. *Pediatr Res*. 2025 Sep;98(3):909–17. doi:10.1038/s41390-025-03852-1
48. Lizana-Calderón P, Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Alvarado JM, Compte EJ. Psychometric Properties of the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) in Chilean Youth. *Front Psychol*. 2022 Mar 1;13. doi:10.3389/fpsyg.2022.806563
49. Baks B. Valgymo sutrikimų aprašas – 3 (EDI-3) [Internet]. Vilnius, Lietuva: VPSC Universitetinis valgymo sutrikimų centras; 2014. Available from: <https://biological-psychiatry.eu/wp-content/uploads/2014/06/Brigita-BAKS.pdf>
50. Koreshe E, Paxton S, Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Le A, Maloney D, et al. Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord*. 2023 Mar 10;11(1):38. doi:10.1186/s40337-023-00758-3
51. Zamiri-Miandoab N, Hassanzadeh R, Kamalifard M, Mirghafourvand M. The effect of cognitive behavior therapy on body image and self-esteem in female adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Int J Adolesc Med Health*. 2021 Dec 1;33(6):323–32. doi:10.1515/ijamh-2021-0029
52. Bijsterbosch JM, Sternheim LC, Boelen PA, Danner UN, van Eikenhorst CH, Dijkerman HC, et al. Distorted body representation in adolescent girls with anorexia nervosa. *Acta Psychol (Amst)*. 2025 Apr 1;254:104830. doi:10.1016/j.actpsy.2025.104830
53. Spivak-Lavi Z, Latzer Y, Katz R. The role of mothers' involvement in their daughters' self-esteem and dieting behaviors. *Health Care Women Int*. 2024 May 3;45(5):512–36. doi:10.1080/07399332.2023.2183205 PubMed PMID: 36947584.
54. Biolcati R, Mancini G, Villano P. 'And yet I'm an adult now'. The influence of parental criticism on women's body satisfaction/dissatisfaction during emerging adulthood. *Int J Adolesc Youth*. 2020 Dec 31;25(1):599–608. doi:10.1080/02673843.2019.1699433
55. Vázquez-Velázquez V, Kaufer-Horwitz M, Méndez JP, García-García E, Reidl-Martínez LM. Eating behavior and psychological profile: associations between daughters with distinct eating disorders and their mothers. *BMC Womens Health*. 2017 Sep 6;17(1):74. doi:10.1186/s12905-017-0430-y
56. Talmon A, Tsur N. Intergenerational transmission of childhood maltreatment and eating disorder behaviors: Shedding light on the mother-daughter dyad and grandmother-mother-daughter triad. *Child Youth Serv Rev*. 2021 Oct 1;129:106209. doi:10.1016/j.childyouth.2021.106209
57. Gruber M, König D, Holzhäuser J, Castillo DM, Blüml V, Jahn R, et al. Parental feeding practices and the relationship with parents in female adolescents and young adults with eating disorders: A case control study. *PLoS ONE*. 2020 Nov 19;15(11):e0242518. doi:10.1371/journal.pone.0242518 PubMed PMID: 33212471; PubMed Central PMCID: PMC7676917.
58. Kale M, Çavuşoğlu O, Duran EG, Çakmak S. Body image conversations between adolescent girls and their mothers: Exploring the tensions of body dissatisfaction. *Curr Psychol*. 2026 Jan 29;45(4):401. doi:10.1007/s12144-025-08979-2

59. Koch SV, Larsen JT, Plessen KJ, Thornton LM, Bulik CM, Petersen LV. Associations between parental socioeconomic-, family-, and sibling status and risk of eating disorders in offspring in a Danish national female cohort. *Int J Eat Disord*. 2022 Aug;55(8):1130–42. doi:10.1002/eat.23771 PubMed PMID: 35809040; PubMed Central PMCID: PMC9546370.
60. Kfoury M, Nouredine A, Malaeb D, Schuch FB, El Khatib S, Dabbous M, et al. Relationship between parental perfectionism and child's disordered eating: mediating role of parental distress and validation of the arabic version of the eating disorders examination questionnaire-short-parent version (EDE-QS-P). *BMC Psychiatry*. 2025 Feb 14;25(1):127. doi:10.1186/s12888-025-06589-7
61. Świerczyńska J. Coexistence of the features of perfectionism and anorexia readiness in school youth. *Psychiatr Pol*. 2020 Apr 30;54(2):239–52. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/109070
62. Del Casale A, Adriani B, Modesti MN, Virzi S, Parmigiani G, Vento AE, et al. Anorexia nervosa and familial risk factors: a systematic review of the literature. *Curr Psychol*. 2023 Oct 1;42(29):25476–84. doi:10.1007/s12144-022-03563-4
63. Haynos AF, Watts AW, Loth KA, Pearson CM, Neumark-Stzainer D. Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating during Adolescence. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2016 Oct;59(4):391–6. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.011 PubMed PMID: 27161416; PubMed Central PMCID: PMC5035549.
64. Arroyo A, Segrin C, Andersen KK. Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters. *Body Image*. 2017 Mar 1;20:107–15. doi:10.1016/j.bodyim.2017.01.001
65. Mannarini S, Kleinbub JR. Parental-Bonding and Alexithymia in Adolescents with Anorexia Nervosa, Their Parents, and Siblings. *Behav Sci*. 2022 Apr 24;12(5). doi:10.3390/bs12050123
66. Parker G, Tupling H, Brown LB. A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol*. 1979;52(1):1–10. doi:10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
67. Balottin L, Mannarini S, Rossi M, Rossi G, Balottin U. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Feb 1;13:319–27. doi:10.2147/NDT.S128418 PubMed PMID: 28203082; PubMed Central PMCID: PMC5295792.
68. Puckett L, Grayeb D, Khatri V, Cass K, Mehler P. A Comprehensive Review of Complications and New Findings Associated with Anorexia Nervosa. *J Clin Med*. 2021 Jun 9;10(12). doi:10.3390/jcm10122555
69. Pruccoli J, Guardi G, La Tempa A, Valeriani B, Chiavarino F, Parmeggiani A. Food and Development: Children and Adolescents with Neurodevelopmental and Comorbid Eating Disorders—A Case Series. *Behav Sci*. 2023 Jun 13;13(6):499. doi:10.3390/bs13060499 PubMed PMID: 37366751; PubMed Central PMCID: PMC10295379.
70. Morris J, Anderson S. An update on eating disorders. *BJPsych Adv*. 2021 Jan;27(1):9–19. doi:10.1192/bja.2020.24

71. Zhu LY, Larsen JT, Nissen JB, Crowley JJ, Mattheisen M, Bulik CM, et al. Predictors of Anorexia Nervosa and Obsessive-Compulsive Disorder Comorbidity and Order of Diagnosis in a Danish National Cohort. *Int J Eat Disord*. 2025 Sep;58(9):1817–29. doi:10.1002/eat.24486 PubMed PMID: 40525476; PubMed Central PMCID: PMC12423569.
72. Patel RS, Machado T, Tankersley WE. Eating Disorders and Suicidal Behaviors in Adolescents with Major Depression: Insights from the US Hospitals. *Behav Sci*. 2021 May 19;11(5):78. doi:10.3390/bs11050078 PubMed PMID: 34069446; PubMed Central PMCID: PMC8159103.
73. Sander J, Moessner M, Bauer S. Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 9;18(5):2779. doi:10.3390/ijerph18052779 PubMed PMID: 33803367; PubMed Central PMCID: PMC7967486.
74. Trainor C, Gorrell S, Hughes EK, Sawyer SM, Burton C, Grange DL. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: What happens to rates of comorbid diagnoses? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2020 May;28(3):351–7. doi:10.1002/erv.2725 PubMed PMID: 31995262; PubMed Central PMCID: PMC7192783.
75. Besjes MJ, Mares SHW, van Elburg AA, Spijker J. The Efficacy of Pharmacological Treatment of Depression in Anorexia Nervosa and Underweight Patients: A Systematic Review. *Eur Eat Disord Rev*. 2026 Jan;34(1):55–70. doi:10.1002/erv.70008 PubMed PMID: 40643320; PubMed Central PMCID: PMC12694688.
76. Wilson D, Krishnamorthy G, Mendes RA, Withington T, Dalton M, Loxton NJ. A Comparison of Psychiatric Comorbid Symptomology Between Adolescents With Restrictive/Avoidant Food Intake Disorder, Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2026 Jan;34(1):113–24. doi:10.1002/erv.70014 PubMed PMID: 40682796; PubMed Central PMCID: PMC12694686.
77. Levinson CA, Brosof LC, Shankar Ram S, Pruitt A, Russell S, Lenze EJ. Obsessions are Strongly Related to Eating Disorder Symptoms in Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa. *Eat Behav*. 2019 Aug;34:101298. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.05.001 PubMed PMID: 31176948; PubMed Central PMCID: PMC6708491.
78. Martinussen M, Friborg O, Schmierer P, Kaiser S, Øvergård KT, Neunhoeffter AL, et al. The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2017 Jun;22(2):201–9. doi:10.1007/s40519-016-0345-x
79. Di Luzio M, Bellantoni D, Bellantoni AL, Villani V, Di Vincenzo C, Zanna V, et al. Similarities and differences between eating disorders and obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2024 Jun 4;15:1407872. doi:10.3389/fpsy.2024.1407872 PubMed PMID: 38895032; PubMed Central PMCID: PMC11183500.
80. Levinson CA, Kapadia A, Sandoval-Araujo LE, Vanzhula IA, Machry K. Movement Toward Dimensional Symptom Models of Comorbid Obsessive–Compulsive Disorder and Eating Disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2025 May 7;21(Volume 21, 2025):407–38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-081423-020831



81. Williams BM, Levinson CA. Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms. *Eur Eat Disord Rev.* 2021;29(1):101–11. doi:10.1002/erv.2807
82. Audet JS, Aardema F, Moulding R. Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 2016 Apr 1;9:96–106. doi:10.1016/j.jocrd.2016.04.003
83. Gregertsen EC, Mandy W, Serpell L. The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Front Psychol.* 2017 Dec 22;8. doi:10.3389/fpsyg.2017.02273
84. Steinhoff MF, Massmann M, Gilbert K. Treatment effectiveness for comorbid anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2025 Sep;29(3):97–109. doi:10.1080/13651501.2025.2537660 PubMed PMID: 40720930; PubMed Central PMCID: PMC12400871.
85. Meule A, Voderholzer U. Changes in obsessive–compulsive symptoms during inpatient treatment of anorexia nervosa. *J Eat Disord.* 2022 Jul 18;10:106. doi:10.1186/s40337-022-00629-3 PubMed PMID: 35851073; PubMed Central PMCID: PMC9295505.
86. Inoue T, Otani R, Iguchi T, Ishii R, Uchida S, Okada A, et al. Prevalence of autism spectrum disorder and autistic traits in children with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. *Biopsychosoc Med.* 2021 May 17;15(1):9. doi:10.1186/s13030-021-00212-3 PubMed PMID: 34001197; PubMed Central PMCID: PMC8130445.
87. Plemeniti Tololeski B, Suhodolčan Grabner A, Kumperscak HG. Adolescents With Autism Spectrum Disorder and Anorexia Nervosa Comorbidity: Common Features and Treatment Possibilities With Cognitive Remediation Therapy and Oxytocin. *Front Psychiatry.* 2021 Aug 3;12:686030. doi:10.3389/fpsyg.2021.686030 PubMed PMID: 34413796; PubMed Central PMCID: PMC8369034.
88. Westwood H, Mandy W, Simic M, Tchanturia K. Assessing ASD in Adolescent Females with Anorexia Nervosa using Clinical and Developmental Measures: a Preliminary Investigation. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46(1):183–92. doi:10.1007/s10802-017-0301-x PubMed PMID: 28417276; PubMed Central PMCID: PMC5770498.
89. Kerr-Gaffney J, Hayward H, Jones EJH, Halls D, Murphy D, Tchanturia K. Autism symptoms in anorexia nervosa: a comparative study with females with autism spectrum disorder. *Mol Autism.* 2021 Jun 30;12:47. doi:10.1186/s13229-021-00455-5 PubMed PMID: 34193255; PubMed Central PMCID: PMC8247081.
90. Coret A, Agostino H. Anorexia nervosa with comorbid autism spectrum disorder: Optimizing care for youth, caregivers, and health care providers. *Paediatr Child Health.* 2024 Oct 11;29(6):374–7. doi:10.1093/pch/pxae022 PubMed PMID: 39539782; PubMed Central PMCID: PMC11557131.
91. KALAYCI BM, NALBANT K, AKDEMİR D. Autistic Traits and Social Responsiveness: The Relationship Between Autistic Traits and Comorbid Psychiatric Symptoms in Adolescents with Anorexia Nervosa. *Arch Neuropsychiatry.* 2021 Nov 15;58(4):283–8. doi:10.29399/npa.27175 PubMed PMID: 34924788; PubMed Central PMCID: PMC8665292.

92. Pruccoli J, Solari A, Terenzi L, Malaspina E, Angotti M, Pignataro V, et al. Autism spectrum disorder and anorexia nervosa: an Italian prospective study. *Ital J Pediatr*. 2021 Mar 9;47:59. doi:10.1186/s13052-021-01006-7 PubMed PMID: 33750445; PubMed Central PMCID: PMC7945370.
93. Califano M, Pruccoli J, Martucci M, Visconti C, Barasciutti E, Sogos C, et al. Autism Spectrum Disorder Traits Predict Interoceptive Deficits and Eating Disorder Symptomatology in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa-A Cross-Sectional Analysis: Italian Preliminary Data. *Pediatr Rep*. 2024 Dec 5;16(4):1077–88. doi:10.3390/pediatric16040092 PubMed PMID: 39728733; PubMed Central PMCID: PMC11676964.
94. Leppanen J, Sedgewick F, Halls D, Tchanturia K. Autism and anorexia nervosa: Longitudinal prediction of eating disorder outcomes. *Front Psychiatry*. 2022 Sep 21;13:985867. doi:10.3389/fpsyt.2022.985867 PubMed PMID: 36213911; PubMed Central PMCID: PMC9533087.
95. Saure E, Ålgars M, Laasonen M, Raevuori A. Cognitive Behavioral and Cognitive Remediation Strategies for Managing Co-Occurring Anorexia Nervosa and Elevated Autism Spectrum Traits. *Psychol Res Behav Manag*. 2022 Apr 20;15:1005–16. doi:10.2147/PRBM.S246056 PubMed PMID: 35480715; PubMed Central PMCID: PMC9035441.
96. Bentz M, Pedersen SH, Moslet U. Case series of family-based treatment for restrictive-type eating disorders and comorbid autism: What can we learn? A brief report. *Eur Eat Disord Rev*. 2022 Sep;30(5):641–7. doi:10.1002/erv.2938 PubMed PMID: 35808867; PubMed Central PMCID: PMC9545333.
97. Jowik K, Tyszkiewicz-Nwafor M, Słopeń A. Anorexia Nervosa—What Has Changed in the State of Knowledge about Nutritional Rehabilitation for Patients over the Past 10 Years? A Review of Literature. *Nutrients*. 2021 Oct 27;13(11):3819. doi:10.3390/nu13113819 PubMed PMID: 34836075; PubMed Central PMCID: PMC8619053.
98. Teo DESY, Teong VWL, Ramachandran R, Lim SL, Lin CX. Characteristics and outcome of patients with anorexia nervosa on medical nutritional therapy: an institutional study with review of literature. *Singapore Med J*. 2023 Nov 29;65(10):564–70. doi:10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-062 PubMed PMID: 39379033; PubMed Central PMCID: PMC11575724.
99. Chang YC, Thew M, Hettich K, Nugent M, Simpson P, Jay MS. Adolescent Inpatients With Eating Disorders: Comparison Between Acute and Chronic Malnutrition States on a Refeeding Protocol. *Glob Pediatr Health*. 2019 Apr 8;6:2333794X19839780. doi:10.1177/2333794X19839780 PubMed PMID: 31008152; PubMed Central PMCID: PMC6457078.
100. Accurso EC, Cheng J, Machen VI, Buckelew S, Kreiter A, Adams S, et al. Hospital-Based Higher Calorie Refeeding and Mealtime Distress in Adolescents and Young Adults with Anorexia Nervosa or Atypical Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 2023 Jun;56(6):1219–27. doi:10.1002/eat.23931 PubMed PMID: 36919264; PubMed Central PMCID: PMC10247438.
101. Smith K, Lesser J, Brandenburg B, Lesser A, Cici J, Juenneman R, et al. Outcomes of an inpatient refeeding protocol in youth with Anorexia Nervosa and atypical Anorexia Nervosa at Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. *J Eat Disord*. 2016 Dec 19;4:35. doi:10.1186/s40337-016-0124-0 PubMed PMID: 28018595; PubMed Central PMCID: PMC5165845.

102. Skowrońska A, Sójta K, Strzelecki D. Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.* 2019 Oct 30;53(5):1113–23. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/90275
103. Staab R, Campagna J, Ma J, Sengar A. Rapid refeeding in anorexia nervosa: A dialectic balance. *Int J Eat Disord.* 2022 May;55(5):653–63. doi:10.1002/eat.23698 PubMed PMID: 35332954; PubMed Central PMCID: PMC9315141.
104. Roman C, Aglave R, Farine S, Joris C, Lefebvre L, Vermeulen F. High-calorie refeeding in adolescents with anorexia nervosa: a narrative review. *Acta Gastro Enterol Belg.* 2024 Jun;87(2):287–93. doi:10.51821/87.2.12851
105. Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, et al. A systematic review of approaches to refeeding hospitalized patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2016 Mar;49(3):293–310. doi:10.1002/eat.22482 PubMed PMID: 26661289; PubMed Central PMCID: PMC6193754.
106. Refeeding Hypophosphatemia in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa. *J Adolesc Health.* 2022 Oct;71(4):517–20. doi:10.1016/j.jadohealth.2022.06.025
107. Abbas F, Vacheron C, Duclos A, Touzet S, Restier L, Duclaux-Loras R, et al. Prevention of refeeding syndrome: Evaluation of an enteral refeeding protocol for severely undernourished children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025 Apr;80(4):695–704. doi:10.1002/jpn3.12466 PubMed PMID: 39871710; PubMed Central PMCID: PMC11959107.
108. Kells M, Gregas M, Wolfe BE, Garber AK, Kelly-Weeder S. Factors associated with refeeding hypophosphatemia in adolescents and young adults hospitalized with anorexia nervosa. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr.* 2022 Apr;37(2):470–8. doi:10.1002/ncp.10772 PubMed PMID: 34494697; PubMed Central PMCID: PMC8962676.
109. Maginot TR, Kumar MM, Shiels J, Kaye W, Rhee KE. Outcomes of an inpatient refeeding protocol in youth with anorexia nervosa: Rady Children’s Hospital San Diego/University of California, San Diego. *J Eat Disord.* 2017 Jan 3;5:1. doi:10.1186/s40337-016-0132-0 PubMed PMID: 28053702; PubMed Central PMCID: PMC5209953.
110. Mosuka EM, Murugan A, Thakral A, Ngomo MC, Budhiraja S, St. Victor R. Clinical Outcomes of Refeeding Syndrome: A Systematic Review of High vs. Low-Calorie Diets for the Treatment of Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Children and Adolescents. *Cureus.* 15(5):e39313. doi:10.7759/cureus.39313 PubMed PMID: 37351245; PubMed Central PMCID: PMC10281854.
111. Preiser JC, van Zanten AR, Berger MM, Biolo G, Casaer MP, Doig GS, et al. Metabolic and nutritional support of critically ill patients: consensus and controversies. *Crit Care.* 2015;19(1):35. doi:10.1186/s13054-015-0737-8 PubMed PMID: 25886997; PubMed Central PMCID: PMC4310041.
112. Bendall C, Taylor NF. The effect of oral refeeding compared with nasogastric refeeding on the quality of care for patients hospitalised with an eating disorder: A systematic review. *Nutr Diet.* 2023 Feb;80(1):44–54. doi:10.1111/1747-0080.12770 PubMed PMID: 36254572; PubMed Central PMCID: PMC10092690.

113. Martini M, Longo P, Di Benedetto C, Delsedime N, Panero M, Abbate-Daga G, et al. Nasogastric Tube Feeding in Anorexia Nervosa: A Propensity Score-Matched Analysis on Clinical Efficacy and Treatment Satisfaction. *Nutrients*. 2024 May 29;16(11):1664. doi:10.3390/nu16111664 PubMed PMID: 38892597; PubMed Central PMCID: PMC11174568.
114. Parker E, Flood V, Halaki M, Wearne C, Anderson G, Gomes L, et al. Study protocol for a randomised controlled trial investigating two different refeeding formulations to improve safety and efficacy of hospital management of adolescent and young adults admitted with anorexia nervosa. *BMJ Open*. 2020 Oct 7;10(10):e038242. doi:10.1136/bmjopen-2020-038242 PubMed PMID: 33033021; PubMed Central PMCID: PMC7542921.
115. Koerner T, Haas V, Heese J, Karacic M, Ngo E, Correll CU, et al. Outcomes of an Accelerated Inpatient Refeeding Protocol in 103 Extremely Underweight Adults with Anorexia Nervosa at a Specialized Clinic in Prien, Germany. *J Clin Med*. 2020 May 19;9(5):1535. doi:10.3390/jcm9051535 PubMed PMID: 32438760; PubMed Central PMCID: PMC7291118.
116. Dalenbrook S, Naab S, Garber AK, Correll CU, Voderholzer U, Haas V. Outcomes of a Standardized, High-Caloric, Inpatient Re-Alimentation Treatment Protocol in 120 Severely Malnourished Adolescents with Anorexia Nervosa. *J Clin Med*. 2022 May 5;11(9):2585. doi:10.3390/jcm11092585 PubMed PMID: 35566710.
117. Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, et al. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry*. 2016 Apr 1;3(4):313–5. doi:10.1016/S2215-0366(16)00081-X
118. Ragnhildstveit A, Tuteja N, Seli P, Smart L, Uzun N, Bass LC, et al. Transitions from child and adolescent to adult mental health services for eating disorders: an in-depth systematic review and development of a transition framework. *J Eat Disord*. 2024 Mar 7;12(1):36. doi:10.1186/s40337-024-00984-3 PubMed PMID: 38454528; PubMed Central PMCID: PMC10921655.
119. Scanferla E, Seryer S, Pachoud B, Gorwood P. Transition from an adolescent to an adult eating disorder treatment centre: A qualitative investigation of the experience of inpatients with anorexia nervosa and their carers using interpretative phenomenological analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2025;33(6):1162–74. doi:10.1002/erv.3030
120. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A. Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry*. 2017 Nov 28;17(1):380. doi:10.1186/s12888-017-1538-1
121. Hendrickx G, De Roeck V, Maras A, Dieleman G, Gerritsen S, Purper-Ouakil D, et al. Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bull*. 44(4):163–8. doi:10.1192/bjb.2019.85 PubMed PMID: 31931898; PubMed Central PMCID: PMC8058856.
122. Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry*. 2015 Oct;14(3):358–61. doi:10.1002/wps.20266
123. Potterton R, Richards K, Allen K, Schmidt U. Eating Disorders During Emerging Adulthood: A Systematic Scoping Review. *Front Psychol*. 2020 Jan 31;10. doi:10.3389/fpsyg.2019.03062

124. Embrett MG, Randall GE, Longo CJ, Nguyen T, Mulvale G. Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2016 Mar;43(2):259–69. doi:10.1007/s10488-015-0638-9
125. Winston AP, Paul M, Juanola-Borrat Y. The Same but Different? Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents and Adults. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(2):89–93. doi:10.1002/erv.1137
126. Lockertsen V, Nilsen L, Holm LAW, Rø Ø, Burger LM, Røssberg JI. Mental health professionals' experiences transitioning patients with anorexia nervosa from child/adolescent to adult mental health services: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2020 Dec;20(1):891. doi:10.1186/s12913-020-05740-2
127. Gilsbach S, Borzikowsy C, Herpertz-Dahlmann B. Lost in between—the transition process from a child and adolescent eating disorder service to adult mental health services in the German health care system. *Eur Eat Disord Rev.* 2024;32(3):547–56. doi:10.1002/erv.3070
128. Lockertsen V, Holm LAW, Nilsen L, Rø Ø, Burger LM, Røssberg JI. The transition process between child and adolescent mental services and adult mental health services for patients with anorexia nervosa: a qualitative study of the parents' experiences. *J Eat Disord.* 2021 Apr 13;9(1):45. doi:10.1186/s40337-021-00404-w PubMed PMID: 33849646; PubMed Central PMCID: PMC8045171.
129. Lockertsen V, Nilsen L, Holm LAW, Rø Ø, Burger LM, Røssberg JI. Experiences of patients with anorexia nervosa during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *J Eat Disord.* 2020;8:37. doi:10.1186/s40337-020-00313-4 PubMed PMID: 32793350; PubMed Central PMCID: PMC7418380.
130. Quadflieg N, Naab S, Fichter M, Voderholzer U. Long-Term Outcome and Mortality in Adolescent Girls 8 Years After Treatment for Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord.* 2024 Dec;57(12):2497–503. doi:10.1002/eat.24299 PubMed PMID: 39333037; PubMed Central PMCID: PMC11629067.
131. Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, Wijk E, Wallin U. Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: Psychiatric and occupational outcome in 56 patients. *Int J Eat Disord.* 2019 Apr;52(4):435–8. doi:10.1002/eat.23038 PubMed PMID: 30741442; PubMed Central PMCID: PMC6593655.
132. Özbaran NB, Erbasan Zİ, Yılandıoğlu HY, Çek D, Taş BY, Tokmak SH, et al. A follow-up and treatment model for pediatric eating disorders: examination of the clinical variables of a child and adolescent psychiatry eating disorder outpatient clinic. *Front Psychiatry.* 2023 Sep 28;14:1218604. doi:10.3389/fpsy.2023.1218604 PubMed PMID: 37840792; PubMed Central PMCID: PMC10569417.
133. Amianto F, Arletti L, Vesco S, Davico C, Vitiello B. Therapeutic outcome and long-term naturalistic follow-up of female adolescent outpatients with AN: clinical, personality and psychopathology evolution, process indicators and outcome predictors. *BMC Psychiatry.* 2023 May 25;23:366. doi:10.1186/s12888-023-04855-0 PubMed PMID: 37231436; PubMed Central PMCID: PMC10210459.

134. Roux H, Ali A, Lambert S, Radon L, Huas C, Curt F, et al. Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 2016 Sep 30;16(1):339. doi:10.1186/s12888-016-1010-7
135. Werz J, Voderholzer U, Tuschen-Caffier B. Alliance matters: but how much? A systematic review on therapeutic alliance and outcome in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2022 May 1;27(4):1279–95. doi:10.1007/s40519-021-01281-7
136. Springall G, Caughey M, Zannino D, Cheung M, Burton C, Kyprianou K, et al. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A long-term psychological follow-up. *J Paediatr Child Health*. 2022;58(9):1642–7. doi:10.1111/jpc.16070
137. Hambleton A, Grange DL, Touyz S, Maguire S. Advancements in Family-Based Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: A Review of Access Barriers and Telehealth Solutions. *Nutrients*. 2025 Jun 28;17(13). doi:10.3390/nu17132160
138. Lesinskiene S, Barkus A, Ranceva N, Dembinskas A. A meta-analysis of heart rate and QT interval alteration in anorexia nervosa. *World J Biol Psychiatry*. 2008 Jan 1;9(2):86–91. doi:10.1080/15622970701230963
139. Berends T, van Meijel B, Nugteren W, Deen M, Danner UN, Hoek HW, et al. Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. *BMC Psychiatry*. 2016 Sep 8;16(1):316. doi:10.1186/s12888-016-1019-y PubMed PMID: 27608679; PubMed Central PMCID: PMC5017136.