

Psychodynamická psychoterapia pacientov s poruchami príjmu potravy

Dr. med. Renate Sannwald

V tomto workshope chcem predstaviť rozličné možnosti ambulantnej psychodynamickej psychoterapie u pacientiek s poruchami príjmu potravy.

Na štruktúru zamerané intervencie na začiatku terapie

1.1. Terapia mentálnej anorexie

Pri pacientkách s anorexiou je veľmi dôležité, aby sa podaril prvý rozhov, aby sme si ich získali pre terapiu, lebo vieme, že len 60 % príde na terapiu aj na druhý raz a je ochotných ju podstúpiť .

Preto sa v prvom rozhovore zameriam na jednej strane vykresliť čo najlepší obraz o rozsahu problematiky, v ktorom explorujem stravovaciu problematiku pacientky, vážim a meriam ju a určím percentili výšky a váhy. Na druhej strane navrhujem už v prvom sedení terapeutický plán, ktorý vám chcem predstaviť.

Klinicky stanovená podváha u mladistvých je vtedy, keď percentilová váha leží pod druhým percentilom výšky. Pri dospelých je určená 20% úbytkom váhy (výška tela mínus 20%, alebo keď Body Mass Index je pod 17,5.

ICD - 10kritéria pre mentálnu anorexiu = F 50.0

Telesná váha min pod 15% normálu resp. BMI pod 17,5

Zámerne navodený úbytok váhy

Narušená telesná schéma a pocit byť tlstou

Endokrinná porucha na osi hypotalamo-hypofýzy

Pri ochorení pred pubertou narušený pubertálny vývin spolu s rastom, ktoré po remisii často je reversibilný

Na porovnanie kritériá DSM IV pre mentálnu anorexiu

- Odmietanie udržať minimum veku primeranej váhy (menej ako 85%
očakávanej váhy)

Výrazné strachy z pribratia

Porucha vnímania vlastnej postavy a váhy

- Strata menštruácie u menštruujúcich žien

Podľa jednej štúdie od Lucasa 1995 stúpol počet anorexie v rokoch 1940 až 1990 v ženskej populácii v Minnesote/Rochester z 2 pri 10.000 na 7 z 10.000 a tým sa počet strojnásobil. Jedná sa o ochorenie prvého sveta, v treťom svete alebo tam kde je vojna sa anorexia sa skoro nevyskytuje.

Podľa Caspera 1996 vznik výskytu anorexie kulminuje v 14.roku, ale choroba vzniká aj pred desiatym rokom alebo aj neskoro počas života, avšak v oveľa menšej miere ako v puberte. Prevalencia choroby sa odhaduje na 0,3 a 1 % a s prevahou u žien 1:12.

Spúšťače sú väčšinou kombinácia diéta= obmedzenia potravy a súčasne vývinom podmienený zvýšený metabolizmus

Bazálny metabolizmus dospelaj ženy 2000 – 2200 kcal/deň

Bazálny metabolizmus dospelého muža 2400 – 2600 kcal/d

Bazálny metabolizmus 14.r.dievčaťa: 2400 – 2600 kcal/d

Bazálny metabolizmus 14.r. chlapca: 2700 – 3000 kcal/d.

Tu môžeme jasne vidieť, prečo sa ochorenie najviac vyskytuje v období rastu a po adolescencii sa znižuje

Obraz choroby má typickú primárnu symptomatiku (Herpertz-Dahlmann et al. 2003):

- Zvýšený záujem o zloženie potravín a obsah kalórií
- Odmietanie alebo vyhýbanie sa hlavným jedlám
- Obmedzovanie sa len na „zdravé“ potraviny
- Častá kontrola váhy
- Nespokojnosť s vlastným výzorom a postavou
- Výrazná telesná aktivita
- Zvýšená orientácia na výkon a izolácia
- Primárna alebo sekundárna strata menštruácie

Amenorea je jasným signálom, že podváha dosiahla klinicky relevantný bod a je narušená funkcia na hypotalamo-hypofýzo-gonádovej osi

Ako teda technicky postupujem s mojou anorektickou pacientkou na prvej hodine?

1. Potom, čo pacientku odmeriam a odvážim, stanovím percentily výšky a váhy a stanovím dolnú hranicu váhy pre ambulantnú starostlivosť, v ktorej sa pacientka zaviazne, že ak ju prekročí musí vyhľadať stacionárnu starostlivosť.

2. Keď s pacientkou preberiem stravovacie návyky, dohodneme sa na dietnom pláne, pričom musí optimálne jesť 5-7- krát za deň. Pacientka nemusí od začiatku s normálne kaloricky stravovať, väčšinou stačí na začiatok prísun kalórii vo výške 1500/kcal/deň, ktorý sa môže postupne zvyšovať.

3. Pacientka sa musí zaviazat', že si bude písať stravovací protokol, ktorý na každej ďalšej hodine preberiem. (Mattejat 2006).

4. Dohodnem sa s pacientkou na pláne príberania: 100g-500g za týždeň by nemala prekročiť.

5. Činnosti, ktoré vyžadujú väčšiu spotrebu kalórii ako je výkonový šport a ťažká telesná práca je až do dosiahnutia spodnej hranice váhy zakázaná

Počas ďalšieho priebehu terapie pacientku vážim pravidelne v mojej praxi .

Týždenne prechádzam s ňou stravovacie protokoly a navrhujem alternatívy pre jedlo. Dôležité je, aby som nevystupovala ako kontrolujúca inštancia, ale skôr ako kouč a nie v nad ja pozícii. Zvlášť podporujem dobré dni! Cca 15 min.z každého týždňového sedenia venujem týmto bodom.

Žiadaný váhový prírastok z pohľadu medicíny (normálna váha 20%-15% ideálnej váhy) je žiaduce, aby sa dosiahol do jedného roku terapie.

inhaltlichen psychodynamischen Arbeit begonnen werden. Es ist wichtig, diesen Aspekt zu beachten, weil die katabole Stoffwechselsituation der

Keď sa dosiahne spodná hranica váhy z 15% podváhy, pri mladistvých je to tretí percentil váhy, môžeme začať pracovať s obsahmi psychodynamicky. Je dôležité zohľadniť tento aspekt, lebo katabolická funkcia látkovej výmeny pri akútnej anorexii vyvoláva euforický efekt a má dopad na pacientkinu náladu. Pacientka podlieha cerebrálnemu efektu dôsledkom anorektických psychopatologických zmien, ktoré zodpovedajú akútnemu organickému psychosyndrómu a zabraňujú, aby obsyhy psychodynamickej práce boli zapamätané a spracované. Preto musí byť pacientka na to upozornená, že jej nálada sa môže výrazne zhoršiť, keď začne jesť, nastupujúce depresívne stavy často potom vedú k prešueniu liečby (Aj tak je všetko len horšie)

Hlbinná psychoterapia musí trvať niekoľko rokov, keď choroba trvá viac ako dva roky, lebo je chronifikovaná. Ináč môžeme počítať s relapsom. Pri akútnej MA ,ktorá trvá menej než šesť mesiacov- môže sa už aj po dvoch rokoch ukončiť, ale záleží to od prípadu k prípadu. Rozhodujúca je tu osobnosť pacienta a dynamika konfliktu.

V zásade je nutné u každej pacientky stanoviť štrukturálnu úroveň (Kernberg,2000), lebo tá je dôležitá pri stanovení ďalšej terapeutickej techniky. Väčšina pacientiek s anorexiou sa nachádza v strednej štrukt.na pozadí narcistickej problematiky, ale sú aj pacientky na neurotickej úrovni a na hraničnej. Na psychotickej úrovni sú skôr vzácnosťou.

1.2. Terapia bulímie

Bulímia je formou PPP, ktorej terapia začína neskôr ako MA asi okolo 16-18 roku a niekedy vychádza z reštriktívnej poruchy príjmu potravy. Pacientky sa snažia regulovať svoju váhu pomocou vracania po návaloch žravosti. Výskyt prevažne v rozsahu 1 – 4 % a je tiež viac ženským fenoménom ako MA, (Fairburn und Beglin 1990)

- **ICD 10- Kritéria pre bulímiu F 50.2**

- Stále zaoberanie sa jedlom a ataky hladu, pri ktorom sa konzumuje veľké množstvo potravy za krátku dobu
- Pokusy ovplyvniť dôsledky priberania rôznymi spôsobmi - vracanie, zneužívanie laxatív, prísne diéty a pod.
- Chorobný strach z pribratia
- V anamnéze často anorexia

Na porovnanie ešte raz **DSM IV kritéria** pre bulímiu:

- Opakované epizódy žravosti
- Opakované neprimerané opatrenia voči priberaniu
- Častý výskyt žravosti a kompenzačných opatrení najmenej 2x do týždňa počas 3 mesiacov
- Neprimeraný vplyv váhy na sebahodnotenie
- Nevylučuje sa výskyt v rámci anorexie
-

Ako vidíme, DSMIV udáva presnejšie údaje k frekvencii návalov žravosti, čo je klinickým prínosom

Spúšťače sú väčšinou pokusy o diétu, identifikáciou sa s inými známymi osobami, ktoré už vracajú a svoju „žravosť“ zvládajú pomocou zvracania. Alternatívou môže byť zneužívanie laxatív a diuretika (väčšinou v pokročilom štádiu bulímie). Bulimia sa môže prejavovať aj pri podváhe, normálnej váhe alebo nadváhe.

Aký je postup pri ambulantnej terapii?

1. Nakoľko bulímia vo svojom priebehu má narušenú látkovú výmenu po zvracaní a prepína medzi hyper a hypoglykémiou, je dôležité stanoviť normalizáciu stravovacieho návyku: P by mala jesť 3x denne. Keď je to možné za prítomnosti niekoho druhého.

2. Predpíšem pacientke, aby si písala stravovací protokol, aby sa jej zlepšil odhad objemu jedla pri návaloch žravosti. Okrem toho si má písať denník o zvracaní a návaloch žravosti. (Mattejat 2006)

3.

Spoločne s pacientkou vypracujeme alternatívne správania pri návaloch prejedania, pomáhajúce sú telesné aktivity-jogging, bicyklovanie, stepper atd.

4. V ústavoch alebo na klinike je možné použiť techniku „horúceho kresla“: Pacientky sa po jedle držia hodinu na izbe za prítomnosti ošetrojúceho personálu. Slúži to na umožnenie potrebného času na vstrebanie potravy a tak navodiť normálny stravovací návyk bez zvracania.

Aj tu pracujem v týždňových sedeniach s pacientkou na preskúmaní jej správania a úvahe o možnej modifikácii tohto správania. Mojou snahou je dosiahnuť do roka redukciu symptómov.

Ak sa do polroka nedosiahne normalizácia stravovacieho správania, alebo ak zvracia viac ako raz za deň, mala by nastúpiť stacionárna terapia.. Aj pri chronifikovaných symptómoch, ktoré trvajú viac ako dva roky, je ťažko dosiahnuť zmenu v ambulantnom kontexte, preto je dobré začať terapiu v nemocnici. Zmena stravovacieho správania je možná len pomocou vonkajšieho zásahu v stacionárnom rámci.

Aj u pacientiek s bulímiou je dôležité stanoviť štrukt.úroveň osobnosti, lebo je potrebná pre stanovenie ďalšej terapeutickej techniky. Väčšina pacientiek s bulímiou sa nachádza na strednej štrukt.úrovni, ale vyskytuje sa aj hojný počet na úrovni bordelain. Tu sa pridružujú ďalšie symptómy, čo sťažuje terapiu a prognóza je nepriazniva.

Niktoré bulimické pacientky profitujú z SSRI medikácie ale spolu so psychoterapeutickou intervenciou. Samotná medikácia nestačí.

Ak sa dosiahne redukcia symptómov, môže začať psychodynamická práca na konflikte.

2. Psychiatrická diagnostika mladistvých a koncept terapie

V zásade je potrebné u všetkých pacientok s poruchou príjmu potravy urobiť **psychiatrickú diagnostiku**, ktorá umožní stanoviť **koncept terapie** pre každú pacientku individuálne.

Tá zahŕňa hlbinne fundovanú psychoterapiu, rodinnú intervenciu, zmenu školy a pri zvlášť narušených rodinných pomeroch aj umiestnenie pacientky do terapeutického centra.

V rozhovoroch s rodinou pacientov je potrebné zmeniť štruktúru interakcie medzi pacientkou a rodičmi, ktorá je často ladená sadomasochisticky. Tí sa dôsledkom svojej rodičovskej starostlivosti snažia rôznymi spôsobmi primäť dcéru k jedeniu. Autorka tu odporúča rodičom obstaráť potrebné potraviny, ktoré dieťa žiada, ale už nezasahovať do priebehu stravovania. Je to pacientkina úloha postarať sa o prijatie dostatočného množstva potravy.

3. Katatýmno-imaginatívna psychoterapia pacientky s mentálnou anorexiou

Ak nastane možnosť obsahovo pracovať s mladistvými pacientkami s poruchou príjmu potravy psychodynamicky, autorka rada používa katatýmno-imaginatívnu psychoterapiu.

Pätnásťročná Jennifer (pseudonym) prišla pred pár rokmi s matkou do autorkinej ambulancie, lebo za posledných 9 mesiacov schudla skoro 7 kg. Už určitý čas sa stravovala vegetariánsky, veľa športovala a dbala o to, aby sa aspoň dve hodiny denne hýbala. Jennifer uvádzala, že má len nejaké problémy v škole, ale inak je všetko v poriadku. Pri dopytovaní však pripúšťa, že posledný týždeň užila nejaké laxatíva. Zle spáva, v noci sa budí a potom nemôže zaspáť, hodiny leží bdela v posteli a počúva hudbu. Aj menštruácia jej pred časom vynechala.

Matka udáva, že otec sa bude od nich za dva mesiace sťahovať: "Už si nerozumieme." On je pasívny, muž len do pohody. Rodičia sa poznali od svojich 15 rokov a žijú spolu 23 rokov, ale vzali sa, až keď čakali Jennifer. Jennifer je až veľmi zodpovedná a so svojou o dva roky mladšou sestrou Janou sa háda o domáce práce, za ktoré ona

preberá zodpovednosť. Matka pacientky je asistentka pri röntgenovaní, pracuje v nemocnici na plný úväzok. Otec pacientky pracuje vo východnej časti Berlína na daňovom úrade, ktorý po prevrate tam aj vybudoval. Autorka mala ten dojem, že rodičia sa skôr venovali hádkam medzi sebou ako deťom, aj o malú sestru Caru (4 ročnú) sa najviac starala Jennifer.

V prvom rozhovore sa Jennifer snaží nedržať stranu žiadnemu z rodičov. Keď ale začne hovoriť o svojej okrajovej pozícii v škole, plače: „Mám len jednu kamarátku Hanu.“ S ponukou pravidelnej terapie okamžite súhlasí. Terapia pozostávala zo 45 hodín s 12 hodinami v sprievode rodičov.

Na začiatku terapie Jennifer vážila 53 kg (P 25 – 50) pri výške 1,69 (P 75), čiže bola na **spodnej hranici váhy**. Po psychiatrickej diagnostike a primeranom vedení stravovacích návykov mohla autorka rýchlo prejsť k psychodynamickej práci.

Pri **projektívnej diagnostike** autorku oslovilo zobrazenie „zvieracej rodiny“, kde bola hneď v plnom rozsahu jasná jej tragická parentifikovaná rola: nakreslila sa ako stabilný poník, ktorému na chrbte sedí matka – žirafa. Autorka jej navrhuje pracovať s imagináciami, pričom má na mysli využiť na zdroj orientovaný a stabilizujúci potenciál metódy.

Už pri prvom **motíve Kvetiny** je zrejmé, že Jennifer sa rada zdržiava v dovolenkových oblastiach. Autorka sa jej preto spýtala, ktorá je jej najkrajšia dovolenka. Spomína si na rodinnú dovolenku na Floride pred 5 rokmi, čo autorka využila pri zadaní ďalšieho motívu.

Imaginácia k téme Florida: *Jennifer sa hneď vidí vo vodnom svete v Disneylande Orlando, kde pozoruje vystúpenie kosatky vo veľkom bazéne; v pozadí sú tribúny, palmy a pláž. Ryba predvádza svoje kúsky, vyskakuje do výšky a šplechoce plutvami. Trénerka vydáva pokyny a odmeňuje ju rybkami. Jennifer by sa chcela k nej priblížiť a dotknúť, koža je ako z gummy. Zdá sa, že rybe sa dotyk páči a pozerá sa na ňu. Kŕmiť sa ju ale bojí, lebo týmto rybám treba dať jedlo na jazyk. Jej tlama je veľká a má rad malých ostrých zúbkov. Jennifer jej hodí jednu ryбку do vody a ona ju chytí. Ryba sa v bazéne cíti trochu obmedzene. Rada by sa vrátila k svojej rodine, myslí si Jennifer, ale ona to nemôže uskutočniť. Tak si ďalej pláva v kruhu.*

Jennifer sa potom ide kúpať na pláž, v pozadí sú mrakodrapy. Aj keď je voda studená, ide si zaplávať. Na dne mora sú liany, malé raky, rybky a ona sa snaží nedotknúť dna. Potom sa osuší na piesčitom brehu medzi ostatnými turistami,

rodinkami a mládežou. Je tam sama, rodičia a Jana zostali v hoteli. Slnko ju rýchlo spáli, lebo bolo veľmi intenzívne.

Po imaginácii s radosťou kreslí obrázok kosatky a rozpráva o tom, ako bola ako 11-ročná s rodičmi na Floride. Vtedy bola matka tehotná s najmladšou sestrou, a po tejto dovolenke sa medzi rodičmi hádky zhoršili. Čiže regredovala do obdobia pred konfliktom.

V ďalšom priebehu terapie sa autorka sústreďovala na jednej strane o posilnenie **jej rovesníckych vzťahov**, dôsledkom čoho sa môže stabilizovať jej emocionálna situácia, a na druhej strane pracovala na **vzťahu k rodičom**, aby mohla získať pre seba viac priestoru. Anorektické pacientky majú tendenciu sťahovať sa zo sociálnych kontaktov, čo má za následok, že proces zrenia nemôže napredovať. Veľa hodín venuje autorka Jenniferiným konfliktným vzťahom k rovesníkom a v imagináciách sa snaží s ňou pracovať na nadväzovaní vzťahov.

V **Imaginácii k téme južné Francúzsko južné Francúzko** sa Jennifer pripravovala na plánovanú letnú dovolenku so svojimi kamarátmi.

Na úpätí svahu vidí zelenú lúku s motýľmi. Je tam malé jazierko s čistou modrou vodou – vyberie sa k jeho brehu. Breh je pieskový s malými kamienkami a mušľami. Jennifer nechce ísť do vody, lebo na dne sú riasy, ale nachádza čln, do ktorého môže nastúpiť. Jazero je priehľadné a na druhom brehu je rákosie. Nechá sa chvíľu unášať a ohrievať slnkom, až kým nedostane strach z úpalu. Potom sa dostane na druhú stranu jazera. Tam je lúka posiatá divými kvetinami. Počuje už aj bzukot včiel a hluk z grilovačky. V blízkosti nachádza stanový tábor s pestrými stanmi; tie stoja v kruhu okolo ohniska, ktoré ešte slabo tlie. V stane môžu spať 3 až 4 ľudia. Pravdepodobne sú tam mladí, ktorí si vyšli na výlet. Jennifer si sadá na lavičku pri ohnisku.

Časom sa Jennifer podarilo nadviazať lepší kontakt so spolužiakmi, ale vzťah s rodičmi zostával problematický. Otec sa medzičasom odsťahoval zo spoločnej domácnosti a rodičia sa hádali o výživné a majetok. Jennifer si užívala pokoj a možnosti regredovať v imagináciách.

Jennifer sa už vedela o seba lepšie postarať a cez víkendy sa pravidelne stretáva s priateľmi. Jej váha sa priebežne normalizovala. Začala si plánovať, že v lete nastúpi na ročný zahraničný pobyt v USA.

V poslednej imaginácii na tému **tropická pláž** (Sannwald 2006) Jennifer sedela na zlatistom piesku, pred ňou modré more a za ňou palmy, možno niekde v Karibiku. V diaľke vidí motorový čln, pár opálených turistov beží po pláži, v pozadí počuje detské

hlasy. Teraz beží popri mori. Piesok je pevný, ale aj poddajný. Pred ňou kráča nejaký pár so psom miešancom, ktorý šantí vo vode. Sadne si do plážového koša s červenými poduškami, vyloží si nohy a nastaví tvár slnku. Pozoruje deti pri hraní v piesku. Keď jej začne byť teplo, ide sa k vode ochladiť, potom si nájde miestečko v tieni jednej palmy. Oprie sa o palmu, kôra je drsná a škrabe.

Medzitým sa jej rodičia pokúšajú znova medzi sebou komunikovať, zúčastnia sa tanečného kurzu a strávia spoločný víkend v Paríži. Jennifer sa však nenechá od svojich plánov odkloniť a plná očakávania odlieta v júli do Kalifornie, kde strávi celý jeden rok.

Katamnéza po roku ukazuje, že Jennifer vedela ten rok pre seba dobre zužitkovať. Do Berlína sa vracia sebedomá a samostatná a nadviaže milostný vzťah so spolužiakom. V domácnosti matky sa už nenechá tak zapriať, kontakt s otcom je skôr zriedkavý. Pokus rodičov o obnovenie vzťahu nemalo dlhé trvanie a otec má novú partnerku.

Jennifer dostala **priestor** na svoj smútok nad rozbitou rodinou, **čas a pokoj** na oddych, aby sa mohla sústrediť na svoje životné plány. Zameranie sa na vzťah s rovesníkmi malo narcisticky stabilizujúci efekt a vytvoril rovnováhu ku konfliktnej rodinnej situácii, v ktorej sa Jennifer cítila zodpovedná za každého člena rodiny. Na tejto báze sa podarilo pacientke znova ozdraviť. Jej impulzy po autonómii sa mohli rozvinúť, a tak sa jej podaril "veľký skok" do USA na ročný pobyt.

Tomuto zodpovedajú základné princípy psychodynamickej terapie psychosomatických ochorení (Erman 2004), kde v dvoch krokoch najprv pacientke umožníme regresiu skôr, ako sa začne psychodynamická práca s konfliktom. Autorka považuje anorexiu za somato-psychosomatickú udalosť so somatickým, ale často psychoreaktívnym spúšťačom, ktorej ambulantná psychoterapia musí byť štruktúrovaná (Rudolf, 2006), ak má byť terapia úspešná.

Literatúra

Bahrke, U. und Nohr, K. (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie. Springer Verlag Berlin Heidelberg.

- Casper, R.C. (1996):** Introduction to Special Issue. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 413 – 418.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMOS) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Hg.) (2014):** ICD 10 GM 2014: Alphabetisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Deutscher Ärzteverlag Köln.
- Ermann, M. (2004):** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Kohlhammer Stuttgart.
- Fairburn, C.G.; Beglin, S.J. (1990):** Studies of the Epidemiology of Bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 147; 401 – 408.
- Herpertz-Dahlmann, B.; Resch, F.; Schulte-Markwort, M.; Warnke, A. (2003):** Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Hopf, H.; Windaus, E. (2006):** Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Bd. V., CIP-Medien München.
- Horn, G.; Sannwald, R.; Wienand, F. (2006):** Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Reinhard Verlag München.
- Kernberg, P. et al. (2000):** Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett Cotta Stuttgart.
- Lucas, A.R.; Holub, M.I. (1995):** The Incidence of Anorexia nervosa in Adolescent Residents of Rochester, Minnesota, during a 50 Year-Period. In: Steinhausen, H.C. Ed): *Eating disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia nervosa*. De Gruyter New York, 3 – 19.
- Mattejat, F. (2006):** Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien. Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Bd. IV. Hrsg. Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz, CIP-Medien München.
- Rudolph, G. (2006):** Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Sass, H.; Wittchen, H.U.; Zaudig, M.; Houben, I. (2003):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM IV TR. Hogrefe Verlag Göttingen.
- Van Hoeken, D.; Lucas, A.R.; Hoek, H.W. (1998):** Epidemiology. In: Hoek, H.W.; Treasue, J.L.; Katzman, M.A. (Eds.): *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. John Wiley & Sons New York, 97 – 126.

Zhrnutie

Autorka ponúka praktické odporúčania pre prácu s anorektickými a bulimickými pacientkami. V prvej časti predstavuje osvedčený model psychotherapie s mladistvými, ktorý potom demonštruje na kazuistike s KIP u mladistvej pacientky s mentálnou anorexiou.

Kľúčové slová:

anorexia/bulímia – význam KIP v psychodynamickom modeli – psychoterapeutické intervencie u mladistvých.

O autorke

Dr. med. Renate Sannwald, Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin

Pediatrička, pedopsychiatrička, psychoterapeutka pre deti a mladistvých so zameraním na psychoterapeutickú medicínu a psychoanalýzu. Docentka AGKB, DGPT– cvičná terapeutka pre BIPP. Docentka, cvičná terapeutka a supervízorka pre ďalšie vzdelávanie v hlbinne orientovanej psychoterapii v detskej a adolescentnej psychiatrii, docentka, supervízorka a cvičná terapeutka KPMB, docentka a supervízorka BAP,PHB, MAPP a ZAP.