

Originální práce

Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexií: první zkušenosti

S. Žuchová, J. Toutonghi, H. Papežová: Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexií: první zkušenosti, Family-based cognitive remediation for anorexia nervosa patients: first experiences

svetlana.zuchova@gmail.com ; Hana.Papezova@vfn.cz

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 11, 12000 Praha 2

Abstrakt

V naší práci popisujeme první zkušenosti s novou formou intervence u pacientek s mentální anorexií. Jedná se o kognitivní nácvik, který provádí rodič s pacientkou v domácím prostředí. Vycházíme ze zkušeností s kognitivní remediací zaměřenou na kognitivní deficity této populace pacientek, tedy na sníženou schopnost set-shiftingu a slabou centrální koherenci. Zároveň využíváme zkušeností z vícerodinné terapie. Naší pilotní studie se účastnilo 8 rodin. Jednalo se o rodiče a dcery trpící mentální anorexií ve věku 15-19 let. Uvádíme první výsledky kvalitativního a kvantitativního hodnocení intervence rodiči a pacientkami a na jejich základě navrhuje možnosti modifikace.

Abstract

Based on our experience with cognitive remediation for anorexia nervosa inpatients and with multifamily therapy for eating disorders, we have developed a family-based cognitive remediation program. It targets the main cognitive deficits of these patients, mainly the weak central coherence and set shifting deficiency. Eight families participated in our pilot study, including parents and daughters with anorexia nervosa. Our aim was to assess feasibility and acceptability of the intervention. We describe the first results of quantitative and qualitative evaluation of the program, and suggest modifications for future use.

Klíčová slova:

Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, kognitivní remediace, rodinná terapie

Key words

Anorexia nervosa, eating disorders, cognitive remediation, family-based treatment

Úvod

U pacientek s mentální anorexií bylo popsáno několik neuropsychologických deficitů (Stedal et al., 2012; Gillberg et al., 2007; Duchense et al., 2004; Mathias&Kent, 1998). Patří sem deficity prostorové paměti (Stedal et al., 2012; Szmukler et al., 1992), snížená schopnost set-shiftingu (Roberts et al., 2010; Roberts et al., 2007; Steinglass, 2006; Holliday, 2005), a slabá centrální koherence (Lopez et al., 2008a; Lopez et al., 2008b; Lopez et al., 2009). Termínem set-shifting se chápe schopnost věnovat se paralelně několika úkolům a přecházet mezi několika mentálními operacemi. Deficity set-shiftingu se klinicky projevují jako rigidita a vedou u pacientek k zachování maladaptivních postojů a vzorců chování (Roberts et al., 2007). Slabá centrální koherence se manifestuje nadměrným zaměřením na detail a menší schopností integrovat informace do kontextu. Klinicky souvisí se skresleným vnímáním těla (Lopez et al., 2008a). Byly popsány i poruchy rozhodování, přičemž pacientky upřednostňují okamžitou odměnu na úkor plnění dlouhodobého cíle (Tchanturia et al., 2012; Brogan



et al., 2010; Tchanturia et al., 2007a; Cavedini et al., 2004). Tato charakteristika souvisí především s purgativním chováním. Vzhledem k souvislostem mezi neuropsychologickými abnormalitami a symptomy poruchy příjmu potravy je důležité terapeuticky s nimi pracovat. Kognitivní deficity nacházíme nejenom u pacientek v akutní fázi nemoci, ale i u pacientek v remisi, tedy po dosažení normální tělesné hmotnosti (Danner et al., 2012), jako i u zdravých příbuzných pacientek netrpících poruchou příjmu potravy (Tenconi et al., 2010). Proto se o nich uvažuje jako o endofenotypech poruch příjmu potravy (Tenconi et al., 2010; Lopez et al., 2009; Holliday et al., 2005). Podvaha při akutní nemoci tyto premorbidní kognitivní deficity zvyrazňuje.

Toto je východiskem kognitivní remediaci pro poruchy příjmu potravy. Kognitivní remediaci se zaměřuje především na set-shifting a slabou centrální koherenci (Baldock&Tchanturia, 2007; Tchanturia et al., 2007b; Pretorius&Tchanturia, 2007; Tchanturia et al., 2006a). Kognitivní remediaci byla u poruch příjmu potravy původně popsána jako individuální forma terapie, která pozůstává z deseti 45-minutových sezení s terapeutem. Chápe se jako pre-psychologická intervence pro pacientky v akutní fázi nemoci. Podstatné je, že připravuje pacientky na náročnější formy psychoterapie a přispívá k navázání terapeutického vztahu (Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007b), který je klíčovým prvkem úspěšné psychoterapie (Horvath et al., 2011). První zkušenosti ukázaly, že pacientky v terapii oceňují odklon od témat souvisejících s příjmem potravy a nácvik kognitivní flexibility (Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007b). Kvantitativní hodnocení ukázalo pozitivní vliv kognitivní remediaci na neuropsychologický profil (Danner et al., 2012; Pitt et al., 2010; Tchanturia et al., 2008). U poruch příjmu potravy se jedná o poměrně novou terapeutickou metodu, která se nadále zkoumá. Je jistě důležité poznamenat, že je to metoda přídatná a nenahrazuje intervence zaměřené na úpravu jídelního chování.

Kromě kognitivní remediaci jako individuální terapie se zkouší i jiné formy, ale zkušenosti jsou zatím omezené. Pro pacientky s lehčí formou nemoci se navrhovala intervence s názvem neuropsychologický feedback (Lopez et al., 2008c), která pozůstává jen ze tří sezení a omezuje se na podání zpětné vazby o převládajícím kognitivním stylu bez nácviku změny. Individuální kognitivní remediaci se kromě hospitalizovaných dospělých pacientek zkoušela i u ambulantně léčených nemocných (Pitt et al., 2010) a adolescentů (Easter&Tchanturia, 2011; Wood et al., 2011; Cwojdzínska et al., 2009). Několik autorů popsalo skupinovou formu kognitivní remediaci (Wood et al., 2011; Cwojdzínska et al., 2009). Na našem oddělení jsme začali nabízet skupinovou kognitivní remediaci a navrhli jsme několik modifikací pro praxi.

Zároveň se za klíčovou součást terapie poruch příjmu potravy považují různé formy rodinné terapie. Původně se vycházelo z předpokladu, že nemoc je zapříčiněná některými aspekty rodinné struktury, takže jejich změna povede k redukci symptomů (Minuchin et al., 1975; Palazzoli et al., 1974). Později se přešlo k názoru, že rodinu je třeba chápat jako zdroj na cestě k uzdravě (Eisler et al., 1997). Rodinná terapie se považuje za terapii volby u adolescentů s mentální anorexií (Loeb&le Grange, 2009; Eisler, 2005; Lock&le Grange, 2001). Výsledky týkající se dospělých pacientek jsou méně jednoznačné, považuje se ale za dokázané, že rodinná terapie je v kombinaci s jinými terapeutickými přístupy důležitou součástí léčby (Loeb&le Grange, 2009; Eisler, 2005; le Grange, 2005).

Přístup, který navrhujeme, kombinuje zkušenosti s kognitivní remediací pro poruchy příjmu potravy a rodinnou terapii. V našem příspěvku popisujeme první zkušenosti s kognitivním nácvikem, který provádí rodič (eventuelně jiný rodinný příslušník) s pacientkou v domácím prostředí. Jedná se o novou, doposud nepopsanou terapeutickou intervenci pro pacientky s mentální anorexií. Cílem práce je též navrhnout modifikace intervence pro její další využití.



Intervence

Rodiny pro naši pilotní studii jsme získali z 8. a 9. běhu vícerodinné terapie organizované na našem oddělení. Celkově zatím proběhlo 9 běhů, v dubnu 2013 se začne 10 běh (Mehl et al., 2012). Této pilotní studie se účastnilo 8 rodin. Ve všech případech se jednalo o rodiče a dcery trpící mentální anorexií. Dcery byly ve věku 15-19 let, průměrné BMI bylo 17,3 kg/m².

Při úvodním setkání jsme účastníky seznámili s poznatky o specifikách kognitivního stylu u pacientek s mentální anorexií. Každá rodina potom dostala manuál pětitydenního programu kognitivní remediace. Program pozůstával ze čtyř cvičení. Cvičení jsme čerpali z manuálu kognitivní remediace pro mentální anorexiu sestaveného její autorkou (Tchanturia et al., 2006b). Zároveň jsme jednotlivá cvičení modifikovali na základě našich zkušeností s kognitivní remediací u našich hospitalizovaných pacientek. Modifikace se týkala hlavně náročnosti a atraktivnosti cvičení a popisujeme je podrobněji v diskusi.

V úvodu manuálu jsme uvedli základní pravidla. Požadovali jsme, aby se rodič věnoval s pacientkou cvičením jednou v týdnu, přičemž jedna lekce byla plánovaná na cca 30-40 minut. Návčiku měl být v ideálním případě vyhrazen pravidelný čas a nerušené místo. Pořadí cvičení bylo v manuálu stanoveno předem. Na každý týden tedy bylo naplánováno jedno předem dané cvičení.

Popis jednotlivých cvičení

1. Pacientčíným úkolem je popsat abstraktní geometrickou figuru tak, aby ji rodič podle jejich instrukcí nakreslil. Jde o cvičení centrální koherence. Cílem je dospět k poznání, že instrukce by měla postupovat od základního tvaru figury k detailům a ne naopak.
2. Druhé cvičení je inspirováno Stroopovým testem (Stroop, 1935). Je to v seznamu slov označujících barvy napsaných kongruentní anebo inkongruentní barvou. Úkolem je střídavě číst slova bez ohledu na barvu a barvy bez ohledu na význam slova. Druhou částí úlohy je seznam písmen abecedy a instrukce číst střídavě samohlásky a souhlásky. Jedná se o nácvik set-shiftingu.
3. Úkolem je jmenovat střídavě mužská a ženská jména, ve druhé části krajiny a zvířata na jednotlivá písmena abecedy. Podobně jako u předchozího cvičení se jedná o nácvik set-shiftingu.
4. Pacientčíným úkolem je shrnout obsah fiktivního dopisu do krátké zprávy. Jde o cvičení centrální koherence.

Po každém cvičení následovalo několik otázek týkajících se využití konkrétních dovedností v každodenním životě. Toto přemostění cvičení a reality je klíčovým komponentem kognitivní remediace.

Výsledky

Na závěr „sezení“ jsme dcery i rodiče požádali o vyplnění krátkého dotazníku. Na analogových škálách hodnotili srozumitelnosti instrukce, zábavnost a užitečnost cvičení. Mírou srozumitelnosti, resp. zábavnosti a užitečnosti cvičení byla vzdálenost od levého okraje 10-centimetrové horizontální škály. Po absolvování všech cvičení a při následujícím setkání s rodinami proběhla skupinová diskuse, ve které rodiny poskytly zpětnou vazbu o intervenci. Výsledky hodnocení intervence jsou shrnuty v tabulkách 1 a 2. Tabulka 1 ukazuje průměrné hodnocení sledovaných proměnných rodiči a pacientkami. V tabulce 2 jsou shrnuty výsledky slovního hodnocení ve skupinové diskusi.



Nejlépe bylo hodnoceno cvičení 1. Ostatní cvičení nehodnotili účastníci jako zábavné a bylo pro ně těžké odhadnout účel cvičení. Rodiny vyzdvihly aspekt společně tráveného času a vzájemné komunikace, cvičení chápaly jako dobrý trénink školních dovedností (soustředění, paměť). V některých případech vedly rozhovory po cvičeních k otevření nových témat. Na druhé straně považovali dcery i rodiče cvičení za náročná a vzhledem ke snížené schopnosti soustředění u pacientek, hodnotili 30-40 minutové sezení jako příliš dlouhá.

Tabulka 1

Hodnocení jednotlivých cvičení pacientkami a rodiči na analogových škálách:

		Byla instrukce srozumitelná? (%)	Bavilo vás cvičení? (%)	Je cvičení užitečné? (%)
Cvičení 1	Dcera	99	78	78
	Rodič	90	83	70
Cvičení 2	Dcera	44	37	17
	Rodič	71	33	51
Cvičení 3	Dcera	63	61	12
	Rodič	88	63	34
Cvičení 4	Dcera	35	41	50
	Rodič	70	65	68

Tabulka 2

Souhrn slovního hodnocení intervence:

+	-
Společná aktivita, zapojili se sourozenci, soutěže	Nedostatek času na cvičení
Trénink soustředění, školních dovedností	Trvání 30-40 minut je dlouhé
Cvičení vzájemné komunikace	Cvičení příliš obtížná, dokonce i pro rodiče
Otevření nových témat	Kognitivní styl rodiče stěžuje funkci „trenéra“?

Diskuse

Mentální anorexie je závažné a potenciálně smrtelné onemocnění, které postihuje především mladé ženy a často má chronický průběh. Přes množství popsaných terapeutických intervencí nepřinesly výzkumy efektivity různých forem psychoterapie jednoznačné výsledky (Agras&Robinson, 2008; Wilson et al., 2007). Zapojení rodinných příslušníků do léčby se ale považuje za klíčové. Byly popsány různé formy rodinné terapie, u kterých byla opakovaně potvrzena jejich účinnost i dobré přijetí pacientkami i příbuznými (Mehl et al., 2012; Loeb&le Grange, 2009; Eisler, 2005; le Grange et al., 2005; Lock&le Grange, 2001; Eisler et al., 1997).

Kognitivní remediaci pro mentální anorexii představuje relativně nový terapeutický přístup. Využívá poznatky z kognitivní remediaci u schizofrenie a kognitivního tréninku u obsedantně kompulzivní poruchy (Cwojdzinska et al., 2009; Tchanturia et al., 2007a). Zaměřuje se především na posílení



schopnosti set-shiftingu a centrální koherenci. V této práci navrhujeme novou terapeutickou intervenci, která kombinuje přístup rodinné terapie a kognitivní remediace.

Kognitivní remediaci jsme se rozhodli využívat z několika důvodů. V našem zařízení přibývá těžce nemocných pacientek s výraznou podváhou, často v chronickém stadiu nemoci. Na lůžkovém oddělení i v rámci denního stacionáře je terapeutický program odstupňovaný podle hmotnosti pacientek. Pacientky s těžkou malnutricí a BMI pod 16 kg/m² nemají přístup k některým formám psychoterapie. Jedním z důvodů je právě kognitivní rigidita těchto pacientek a ulpívání na maladaptivních postojích a vzorcích chování, které jim neumožňuje spolupracovat při náročnějších psychoterapiích, hlavně dynamické skupinové terapii. Jelikož tato skupina pacientek narůstá, bylo nutné přizpůsobit jí i terapeutickou nabídku. Jedním ze způsobů je právě zavedení kognitivní remediace. Tato je určená nemocným s výraznou podváhou, které zatím nejsou schopné participovat v náročnějších psychoterapiích (Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007a). Zároveň pracuje právě s kognitivními charakteristikami, které pacientkám brání spolupracovat při jiných formách terapie, ale zároveň i zařadit se zpátky do života, například do studia. Upřednostňovali jsme skupinový formát, který je sice zatím méně přepracovaný, ale nabízí několik výhod. Jednak je ekonomičtější, jednak umožňuje kromě specifického účinku kognitivní remediace využívat i všeobecné mechanismy skupinové psychoterapie.

Po dobré zkušenosti se skupinovou kognitivní remediací u hospitalizovaných pacientek a pacientek v denním stacionáři jsme se rozhodli zařadit ji i do terapeutické nabídky vícerodinné terapie, která v našem zařízení probíhá již několik let (Mehl et al., 2012). Jedná se o pilotní experiment nové, na poli poruch příjmu potravy zatím neověřené intervence, která se ale zkoušela u pacientů se schizofrenií (Breitborde et al., 2011). Pětitydenní program kognitivní remediace jsme nabídli osmi rodinám účastnícím se vícerodinné terapie. V každé rodině vypracoval rodič s dcerou jedno cvičení týdně, celkově 4 cvičení. Pacientky i rodiče hodnotili srozumitelnost instrukce a zábavnost a užitečnost cvičení. Rodiny vyzdvihly aspekt společně tráveného času a vzájemné komunikace, cvičení chápaly jako dobrý trénink školních dovedností (soustředění, paměť). V některých případech vedly rozhovory po cvičení k otevření nových témat. Na druhé straně považovali dcery i rodiče cvičení za málo zábavná a příliš dlouhá.

Závěr

Z této pilotní studie kognitivní remediace v rodině vyplývá několik závěrů:

1. Bez přítomnosti terapeuta je pro pacienty i příbuzné těžké pojmenovat specifický cíl cvičení. Účastníci vnímají spíše nespécifické faktory intervence. Je potřeba dále pracovat s náročností cvičení a dále je modifikovat tak, aby byla pro pacientky zajímavější.
2. V našem vzorku se jednalo o skupinu pacientek, kterých stav dovoľoval ambulantní formu léčby. Nejedná se tedy o cílovou skupinu kognitivní remediace, která je intervencí pro nemocné s těžkou podváhou. Proto je potřeba cvičení dále uzpůsobit pro tuto skupinu pacientek.
3. Kognitivní styl charakteristický pro pacientky s mentální anorexií byl popsán i u jejich zdravých příbuzných, kteří poruchou příjmu potravy netrpí. To může ztěžovat příbuznému (v našem případě rodiči) funkci „trenéra“.

Na základě těchto poznatků navrhujeme pro další praxi několik modifikací intervence:

1. Rozšířit úvodní edukaci o kognitivních stylech dané skupiny pacientek a poskytnout více prostoru přemostění kognitivních stylů s každodenním životem. Rodiče i pacientky by tak získali jasnější představu o specifických cílech nácviku. Navrhujeme též zařadit do programu



vícerodinné terapie modelová cvičení pod vedením terapeuta. Rodiče by tak měli příležitost zažít kognitivní remediaci s terapeutem a pracovat na formulacích k jednotlivým úlohám.

2. Dále pracovat s náročností cvičení. U hospitalizovaných pacientek jsme ze začátku používali cvičení z původního manuálu (Tchanturia et al., 2006b), tato cvičení ale naše pacientky hodnotily jako příliš jednoduchá. Proto jsme je modifikovali tak, abychom zvýšili jejich náročnost (např. záměna původní jednoduché abstraktní figury z manuálu za figuru složitější). Jelikož u vícerodinné terapie se jedná o pacientky léčené ambulantně (a tedy s méně závažnou symptomatikou), zařadili jsme do manuálu kognitivního nácviku už tato náročnější cvičení. Ze zpětné vazby účastníků ale vyplývá, že cvičení jsou, naopak, příliš komplikovaná. Řešením by bylo zařadit do manuálu úlohy různé náročnosti, resp. úlohy odstupňovat od jednodušších po složitější.
3. Za největší výzvu považujeme zvýšit atraktivitu a „zábavnost“ cvičení pro pacientky. Je možnost zlepšit grafickou úpravu materiálů. Rovněž možno změnit způsob administrace, konkrétně vyzkoušet remediaci formou specifického počítačového programu. Toto řešení je ale technicky náročné a aktuálně v podmínkách našeho pracoviště nerealizovatelné. V rámci naší práce se budeme snažit více podpořit přemostění úloh s každodenností pacientek, tedy přiblížit cvičení běžným situacím. (U hospitalizovaných pacientek jsme, například, u cvičení prostorové představivosti využívali skutečné mapy měst místo schematických nákresů v původním manuálu.) Uvažujeme o vytvoření příběhů k jednotlivým úlohám.

Hlavním omezením naší práce je zatím malý počet zúčastněných rodin. Též jsme zatím nehodnotili specifický efekt intervence na kognitivní charakteristiky pacientek. V pilotní fáze bylo našim cílem ověřit akceptaci intervence a pojmenovat aspekty, které vyžadují další úpravu. V dalším kroku se zaměříme na specifický vliv kognitivní remediaci na kognitivní fungování pacientek.

Použitá literatura

1. Agras WS, Robinson AH. Forty years of progress in the treatment of eating disorders. *Nord J Psychiatry* 2008; 62 Suppl 47: 19-24.
2. Baldock E, Tchanturia K. Translating laboratory research into practice: foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Therapy* 2007; 4(3): 285-292.
3. Breitborde NJ, Moreno FA, Max-Dixon N, et al. Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011; 11(9).
4. Brogan A, Hevey D, Pignatti R. Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). *J Int Neuropsychol Soc* 2010; 16(4): 711-5.
5. Cavedini P, Bassi T, Ubbiali A, et al. Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 2004; 127(3): 259-66.
6. Cwojdziańska A, Markowska-Regulska K, Rybalowski, F. [Cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa - case report]. *Psychiatr Pol* 2009; 43(1): 115-24. Polish.
7. Danner UN, Sanders N, Smeets PA, et al.: Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. *Int J Eat Disord* 2012; 45(5): 685-94.
8. Duchesne M, Mattos P, Fontenelle LF, et al. Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of literature. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(2): 107-17.
9. Easter A, Tchanturia K. Therapists' experiences of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: implications for working with adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; 16(2): 233-46.
10. Eisler I, Dare C, Russell GF, et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(11): 1025-30.
11. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Ther* 2005; 27:104-131.



12. Gillberg IC, Råstam M, Wentz E, et al. Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 2007; 29(2): 170-8.
13. Holliday J, Tchanturia K, Landau S, et al. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 2005; 162(12): 2269-75.
14. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, et al. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)* 2011; 48(1): 9-16.
15. Le Grange D, Binford R, Loeb KL. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(1): 41-46.
16. Loeb KL, le Grange D. Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions. *Int J Child Adolesc Health* 2009; 2(2): 243-254.
17. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, et al. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008a; 41(2): 143-52.
18. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, et al. Central Coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med* 2008b; 38(10): 1393-404.
19. Lopez C, Roberts EM, Tchanturia, et al. Using Neuropsychological Feedback Therapeutically in Treatment for Anorexia Nervosa: Two Illustrative Case Reports. *Eur Eat Disord Rev* 2008c; 16(6): 411-20.
20. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, et al. Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol* 2009; 31(1): 117-25.
21. Lock J, le Grange D. Can Family-Based Treatment of Anorexia Nervosa Be Manualized? *J Psychother Pract Res* 2001; 10(4): 253-261.
22. Mathias JL, Kent PS. Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restrictions in patients with anorexia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol* 1998; 20(4): 548-64.
23. Mehl A, Tomanova J, Kubena AA, et al. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *J Fam Ther* 2012; 2.
24. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1031-1038.
25. Palazzoli S, Boscolo M, Cecchin L, et al. The treatment of children through the brief therapy of their parents. *Family Process* 1974; 13(4): 429-442.
26. Pitt S, Lewis R, Morgan S, et al. Cognitive remediation therapy in an outpatient setting: A case series. *Eat Weight Disord* 2010; 15(4): 281-6.
27. Pretorius N, Tchanturia K. Anorexia nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy. *Therapy* 2007; 4(4): 423-431.
28. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, et al. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med* 2007; 37(8): 1075-84.
29. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 2010; 44(14): 964-70.
30. Stedal K, Frampton I, Landrø, NI, et al. An Examination of the Ravello Profile - A Neuropsychological Test Battery for Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20(3): 175-8.
31. Steinglass JE, Walsh BT, Stern Y. Set shifting deficits in anorexia nervosa. *J Int Neuropsychol Soc* 2006; 12(3): 431-5.
32. Stroop JR: Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935; 18(6): 643-662.
33. Szmukler GI, Andrewes D, Kingston K, et al. Neuropsychological impairment in anorexia nervosa before and after refeeding. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992; 14(2): 347-52.
34. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. Can cognitive exercise help treat anorexia nervosa? *Eat Weight Disord* 2006a; 11(4): 112-6.
35. Tchanturia K, Davies H, Schmidt U, et al. Cognitive Remediation Flexibility Modul for Anorexia Nervosa. Unpublished manual, Institute of Psychiatry, King's College London, 2006b, pp. 100.
36. Tchanturia K, Liao PC, Uher R, et al. An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *J Int Neuropsychol Soc* 2007a; 13(4): 635-41.



37. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Ann Gen Psychiatry* 2007b; 5: 6:14.
38. Tchanturia K, Davies H, Lopez C, et al. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series, *Psychol Med* 2008; 38(9): 1371-3.
39. Tchanturia K, Liao PC, Forcano L, et al. Poor Decision Making in Male Patients with Anorexia Nervosa, *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20(2): 169-73.
40. Tenconi E, Santonastaso P, Degortes D, et al.: Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes. *World J Biol Psychiatry* 2010; 11(6): 813-23.
41. Wilson GT, Grillo CM, Vitousek KM. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol* 2007; 62(3): 199-216.
42. Whitney J, Easter A, Tchanturia K. Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disord* 2008; 41(6): 542-50.
43. Wood L, Al-Khairulla H, Lask B. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa, *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; 16(2): 225-31.

Doručeno redakční radě 5.1.2013

Přijato po recenzi 25.2.2013