Usmernenie pre prácu s klientmi s poruchami príjmu potravy



v nutričnom poradenstve

NIVAM
NÁRODNÝ INŠTITÚT VZDELÁVANIA A MLÁDEŽE

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Tento projekt bol podporený z dotácií Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu v oblasti práce s mládežou, ktoré administruje NIVAM – Národný inštitút vzdelávania a mládeže.

Autorky:
Mgr. Katarína Letková
Valentína Sedileková
Mgr. Kristýna Koudelová

Odborná revízia:
Ivana Kachútová, MSc

Jazyková korektúra:
Renáta Koutenská

Grafická úprava:
Mgr. art. Jaroslava Karnoková

Vydavateľ:
EDI Slovensko, o. z.

ISBN 978-80-973764-8-2
EAN 9788097376482

chuť žiť

Text neprešiel jazykovou korektúrou.

Obsah tohto dokumentu, audiovizuálnych pomôcok a pracovných listov podlieha právnej ochrane v zmysle zákona č. 185/2015 Z.z, autorský zákon a je duševným vlastníctvom projektu Chuť žiť, resp. organizácie EDI Slovensko, o. z. Jeho neoprávnená distribúcia, rozmnožovanie a šírenie bez písomného súhlasu autora je zakázaná. EDI Slovensko, o.z. je zároveň výlučným poskytovateľom prevenčného programu a so subjektmi, ktoré program realizujú, má uzatvorenú licenčnú zmluvu. Od poskytovania prevenčného programu inými subjektmi sa organizácia dištancuje a nezodpovedá za ich odbornosť a konanie.

Usmernenie pre prácu s klientmi s poruchami príjmu potravy



v nutričnom poradenstve

OBSAH

ÚVOD 6

Usmernenie k používaniu metodiky 6

PORUCHY PRÍJMU POTRAVY 7

Vznik ochorenia 9

Charakteristiky základných diagnóz na spektre PPP 11

Neklasifikované poruchy príjmu potravy a ochorenia s nimi súvisiace 22

Zdravý životný štýl a narušený vzťah k jedlu 27

Diagnostický crossover 29

Symptomatika PPP 30

Formy liečby PPP 33

Komorbídne ochorenia 49

Mortalita a chronicita PPP 50

NUTRIČNÉ PORADENSTVO V LIEČBE PPP 52

Požiadavky na odbornosť a predpoklady pre prácu s klientom s PPP 55

Multidisciplinárny prístup v liečbe PPP 58

Práca a hranice nutričného špecialistu v liečbe PPP 61

SPOLUPRÁCA S KLIENTOM S PPP 63

Prvotný kontakt s klientom s PPP 63

Usmernenie ku komunikácii 70

Motivácia klienta 77

Využitie motivačných rozhovorov v nutričnom poradenstve 85

Uzdravenie a fázy liečby 89

Strach a obavy pri práci s klientom s PPP 92

Limity spolupráce 96

PROCES NUTRIČNEJ STAROSTLIVOSTI PRI PPP 98

Nutričné zhodnotenie (assessment) 100

Nutričná diagnóza (stanovenie nutričného problému) 109

Nutričné intervencie 110

Nutričný monitoring a evaluácia 113

HMOTNOSŤ KLIENTOV S PPP 114

Hmotnostné extrémy 116

MOŽNOSTI POMOCI V CHUŤ ŽIŤ 120

Zdroje 123

ÚVOD

Milé kolegyne a kolegovia,

práve ste sa začítali do metodickej príručky, ktorej cieľom je na ponúknuť vám **základný vhľad do problematiky porúch príjmu potravy v nutričnom poradenstve.** Text obsahuje odborné informácie, ale aj naše poznatky z praxe. Príručka je určená odborníkom a odborníčkam, ktorí/é sa o tému zaujímajú a chcú sa o nej dozvedieť viac. Veríme, že vám poslúži ako dobrá pomôcka, na ktorú sa môžete obrátiť pri sprevádzaní klienta od prvého stretnutia až po jeho výstup zo služby.

Prajeme vám príjemné čítanie.

USMERNENIE K POUŽÍVANIU METODIKY

Sme si plne vedomé, že sa poruchy príjmu potravy týkajú ako žien, tak aj mužov, a že s touto klientelou pracujú ako odborníci, tak aj odborníčky z oblasti výživy. Pre lepšiu zrozumiteľnosť a prehľadnosť sme sa však v texte rozhodli používať **generické maskulínum.** Pri slovách ako nutričný špecialista alebo klient máme na mysli aj klientky a nutričné špecialistky.

PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

Poruchy príjmu potravy (PPP) sú závažné psychické ochorenie, ktoré vzniká v detstve a dospievaní, ale pokiaľ sa nelieči, pretrváva až do dospelosti. Patria k psychosomatickým poruchám a sú charakterizované psychogénne navodeným, maladaptívnym správaním v oblasti stravovania (Paulinyová & Matzová, 2016). Myslenie, negatívny vzťah k telu, k sebe samému, a narušený vzťah k jedlu sa pretavujú do ovplyvňovania fyzického stavu (chudnutie, priberanie). Človeka s PPP nevieme rozoznať len na základe jeho zovňajšku alebo hmotnosti; ochorenie sa týka ľudí všetkých hmotnostných kategórií. Charakteristikou porúch príjmu potravy je, že často vznikajú v utajení, ich vývoj a príznaky sú pred okolím skrývané, resp. nie je ľahké ich rozoznať. Ochorenie sa týka dievčat aj chlapcov, dospelých žien aj zrelých mužov. Nevznikajú ako pubertálny rozmar niekoho, kto volá po pozornosti ani ako potreba páčiť sa alebo snaha potrestať rodičov, ale majú hlbší neurobiologický a psychologický základ, ktorý treba skúmať individuálne. Ochorenie je považované za závažné najmä z dôvodu vysokej miery úmrtnosti (0,7 – 17,8 %), sklonu ku chronicite (30 %) a relapsom (Stárková in Jamrišková, Heretik, 2007).

Poruchy príjmu potravy považujeme za spektrum, a to z dôvodu, že pokrýva viacerých diagnóz, pre ktoré je charakteristická určitá forma manipulácie s jedlom (od hladovania až po prejedanie sa), negatívny vzťah voči samému sebe a zameranie sa na postavu a hmotnosť. Pri PPP dochádza k manipulácii s jedlom a často k umelému znižovaniu energetického príjmu, či k stratám kontroly nad stravovaním. Hmotnosť býva umelo znížená (napríklad pri mentálnej anorexii), zvýšená nad normu (napríklad pri diagnóze záchvatového prejedania sa) alebo často fluktuuje v medziach normy, prípadne mierne nad či pod (napríklad pri mentálnej bulímii). Zároveň existuje

mnoho jedincov, ktorí pociťujú zhoršenú kvalitu života v dôsledku narušeného vzťahu k jedlu (v angličtine tzv. „disordered eating"), no nespĺňajú vymedzenia pre oficiálne stanovené diagnózy.

Celosvetové štatistiky udávajú celoživotnú prevalenciu PPP na 8,4% (3,3 – 18,6%) u žien a 2,2% (0,8 – 6,5%) u mužov (Galmiche et al., 2019). Odhaduje sa, že približne 25% ľudí s mentálnou anorexiou a mentálnou bulímiou, a 36% ľudí s diagnózou záchvatového prejedania sú chlapci a muži (Hudson in Galmiche et al., 2019).

Poruchy príjmu potravy majú vysokú prevalenciu u adolescentov – viacero celosvetových štúdií udáva 6 – 8% (Galmiche et al., 2019). Tieto dáta potvrdzujú trend včasného nástupu PPP, ktorý priemerne býva medzi 12. až 25. rokom života. U 75% ľudí s mentálnou anorexiou ochorenie prepuklo do 22. roku života a u 83% ľudí s mentálnou bulímiou do 24. roku života (Volpe et al., 2016). Nástup diagnózy záchvatového prejedania je priemerne vo veku 23 rokov (Kessler in Galmiche et al., 2019).

Údaje o prevalencií jednotlivých ochorení na spektre PPP sa rôznia, jedným z dôvodov sú aj zmeny v ich klasifikácii. Odhaduje sa, že spomedzi ľudí na spektre PPP trpí inými poruchami príjmu potravy, vrátane nešpecifikovaných 38%, diagnózou záchvatového prejedania 47%, mentálnou bulímiou 12% a mentálnou anorexiou 3% (Paxton et.al., 2012). Napriek tomu, že sú PPP vnímané ako ochorenie westernizovaných krajín, majú pomerne vysokú prevalenciu aj v Ázii a v rozvojových krajinách Blízkeho východu (Galmiche et al., 2019).

Je dôležité zdôrazniť, že výskyt porúch príjmu potravy má vzrastajúcu tendenciu a ohrozené sú primárne deti a mládež. Podľa najnovšej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) (Hart et al., 2011) štúdie, ktorá každé 4 roky sleduje zdravie a so zdravím súvisiace správanie 11 – až 15-ročných školákov a školáčiek v ich sociálnom kontexte, za posledné 4 roky došlo k nárastu výskytu symptómov porúch príjmu potravy u žiakov a žiačok základných škôl, najčastejšie u 13-násť a 15-ročných dievčat. Až polovica starších dievčat trpela minimálne dvoma symptómami PPP (Gecková et al., 2023).

Napriek závažnosti ochorenia iba 25% ľudí s PPP vyhľadá a dostáva odbornú pomoc . Medzi dôvody tohto javu patrí napríklad stigma,

finančná a kapacitná nedostupnosť odbornej pomoci, nízka motivácia a popieranie ochorenia na úrovni jednotlivca, nedostatok podpory zo strany okolia, nízka informovanosť o ochorení a možnostiach pomoci, neschopnosť okolia včas vypozorovať symptómy (Ali et al., 2017).

VZNIK OCHORENIA

Poruchy príjmu potravy, ako aj veľa iných psychiatrických porúch, nemajú jednu príčinu vzniku. Užitočné je nahliadať na ich vznik s použitím tzv. bio-psycho-sociálneho modelu podľa Engela. Model vysvetľuje, ako sa biologické, psychologické a sociálne faktory spoločnými vplyvmi podieľajú na vzniku rôznych ochorení (Engel, 1977). Celkový vývin dieťaťa ovplyvňuje viacero faktorov, medzi ktoré patrí rodinné prostredie, genetické a osobnostné predispozície, sociálna interakcia, osobné skúsenosti (detstvo, puberta) či kultúrne a environmentálne vplyvy. V kontexte PPP majú tieto faktory podiel na vzniku ochorenia, hovoríme teda o multifaktoriálnom vplyve, kedy sa viaceré rizikové faktory vzájomne ovplyvňujú a podmieňujú tak vznik ochorenia u predisponovaných jedincov. Kombinácia týchto faktorov spoločne s časom a náročným obdobím, kedy dochádza k zvýšeniu stresu a úzkosti, spôsobujú prepuknutie ochorenia.

Medzi tieto rizikové faktory patrí:

- genetická predispozícia (zvýšená citlivosť voči stresu a emočným podnetom, neuroticizmus a výskyt PPP alebo iných psychických ochorení v najbližšej rodine a príbuzenstve),
- osobnostné črty (napr. úzkostlivosť, perfekcionizmus, výrazné prežívanie negatívnych emócií, nízka flexibilita, nízke sebavedomie a sebadôvera, internalizované negatívne presvedčenia o sebe, vyhýbanie sa poškodeniu, obsedantno-kompulzívne črty, neuroticizmus a pod.) (Culbert et al., 2015),

- rodinné prostredie (napr. vzťahová väzba, emočná regulácia v rodinnom prostredí, hmotnosť rodičov a ich spokojnosť s vlastným telom, stravovacie návyky v domácnosti, opakované držanie redukčných diét a manipulácie s jedlom so zámerom ovplyvniť telesnú hmotnosť a výzor v rodine, kriticizmus od rodiny a okolia),
- sociálne a environmentálne vplyvy (sociokultúrna idealizácia štíhlosti, šikana zameraná na hmotnosť a telesný vzhľad /body shaming/, rovesnícky tlak, tlak na úspech, štíhlosť, krásu alebo výkon, potvrdzovanie vlastnej hodnoty podľa reakcií okolia namiesto budovania vnútornej emočnej podpory),
- obdobie dospievania (vzťahovačnosť alebo takzvaná „ilúzia imaginárneho publika", ktoré neustále sleduje naše správanie, telesné zmeny, zmena sebaobrazu, zvýšená sebakritickosť, porovnávanie sa s inými ľuďmi a iné),
- dôležité emočné udalosti v živote (strata blízkeho, narušenie psychologického aj fyzického bezpečia, ťažko spracovateľné zmeny, narušené vzťahy, potenciálne traumatické udalosti, zneužívanie a adverzné skúsenosti, problémy so stravovaním v detstve (Culbert et al., 2015),
- kultúra (napr. rodové stereotypy, ideál krásy či ustupovanie od spoločenského aspektu jedenia, mediálne a spoločenské vyobrazenie ideálu krásy a štíhlosti, vplyv sociálnych sietí a s tým spojená objektifikácia tiel).

CHARAKTERISTIKY DIAGNÓZ NA SPEKTRE PPP

V tejto kapitole uvádzame diagnózy, ktorých názvy a symptómy odvodzujeme z diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch DSM-V (Diagnostický a štatistický manuál mentálnych porúch 5). V súčasnosti z nášho pohľadu DSM-V lepšie pomenúva, odlišuje a reflektuje symptomatiku jednotlivých ochorení na spektre PPP než momentálne v Európe využívaná MKCH-10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb a súvisiacich zdravotných problémov 10).

Rozdelenie podľa DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013):

1. Mentálna anorexia (MA)
2. Mentálna bulímia (MB)
3. Psychogénne prejedanie/diagnóza záchvatového prejedania (Binge Eating Disorder – BED)
4. Pica syndróm
5. Ruminačná porucha
6. Vyhýbavá a reštriktívna porucha príjmu potravy (ARFID)
7. Ostatné špecifikované poruchy príjmu potravy (OSFED)
8. Nešpecifikované poruchy príjmu potravy (UFED)

Mimo týchto klasifikácií sa stretávame aj s poruchami na spektre PPP, ktoré v súčasnosti nie sú samostatne klasifikované v DSM-V, ako napríklad bigorexia, diabulímia, drunkorexia, pregorexia a ortorexia.

Pokiaľ nepracujeme v zdravotníckom zariadení, kde sa vykonáva psychodiagnostika alebo kde psychiater stanovuje diagnózu, odporúčame sa v spolupráci s klientmi zameriavať na symptomatiku a jej fungovanie. Poznanie jednotlivých diagnóz a diagnostických kritérií prispieva k lepšiemu vyhodnoteniu zdravotného stavu klienta a k adresnejšiemu nastaveniu liečby.

Mentálna anorexia (MA)

V bodoch:

- reštrikcia a cielené zníženie energetického príjmu a zvýšenie energetického výdaja,
- výrazný úbytok telesnej hmotnosti v kontexte veku, pohlavia, fyzického zdravia a komplexnej zdravotnej anamnézy – je potrebné sledovať vývoj telesnej hmotnosti (nie je nevyhnutné mať BMI pod 17,5 alebo amenoreu),
- strach z priberania a tučnoty,
- narušené vnímanie svojho tela,
- pocit menejcennosti a nedostatočnosti,
- preokupácia mysle myšlienkami na jedlo, hmotnosť a výzor,
- môže byť prítomné bludé prežívanie,
- neuvedomovanie si závažnosti vlastného zdravotného stavu a rizík vyplývajúcich z nízkej hmotnosti.

Rozlišujeme 2 podtypy:

Reštriktívna MA
Reštrikcia v stravovaní, excesívne cvičenie, bez prítomnosti purgatívnych kompenzačných mechanizmov, obsedantné rysy osobnosti, rigidita, silná potreba poriadku a režimu, perfekcionizmus, sklon k moralizovaniu, vzťahy orientované na rodinu, často prítomná u mladších dievčat.

Binging-purging MA
Okrem reštriktívneho správania je prítomné vracanie alebo zneužívanie diuretík, môže dochádzať k záchvatom prejedania sa, osobnosť býva extrovertnejšia a impulzívnejšia, emočne nestabilná, s čím môže súvisieť aj bohatšia psychopatológia (poruchy nálad, sklon k závislostiam, väčší sklon k suicidálnemu správaniu).

Mentálna anorexia sa prejavuje reštrikciou energetického príjmu a výrazným znížením telesnej hmotnosti. Vo včasných štádiách ochorenia ešte **nemusí dochádzať k podváhe,** a práve preto je dôležité pozrieť sa na históriu vývoja hmotnosti. Ochorenie je charakteristické strachom z priberania a z tučnoty, ako aj snahou o zníženie a udržanie nízkej hmotnosti. A to napriek tomu, že osoba už výrazne nízku hmotnosť má. Prítomné je tiež skreslené vnímanie samého seba a teda toho, ako človek vyzerá a koľko váži.

Osoba s mentálnou anorexiou si svoju sebahodnotu zakladá na schopnosti kontrolovať svoje stravovanie a hmotnosť. Výrazný je pocit menejcennosti, nedostatočnosti až odporu k samému sebe. Pretrváva neschopnosť uvedomiť si závažnosť svojho zdravotného stavu a rizík vyplývajúcich z nízkej hmotnosti. Myslenie ľudí s mentálnou anorexiou sa často stáva čierno-bielym, a preto sú veľmi citliví na komentáre a kritiku týkajúcu sa ich vzhľadu a hmotnosti. Medzi ďalšími zmenami môžeme pozorovať aj nasledujúce **psychologické symptómy,** ktoré signalizujú zmenu v doterajšom prežívaní osoby: depresia, podráždenosť, zhoršenie koncentrácie a pozornosti, spomalenie pracovného/školského tempa, znížený záujem o prostredie a všetko, čo bezprostredne nesúvisí s jedlom, zníženie sociálnych kontaktov, nárast konfliktov s okolím.

Okrem psychologických príznakov existujú aj **telesné príznaky,** ktoré naznačujú prítomnosť tohto ochorenia. Patrí medzi ne náhla strata hmotnosti, únava, závraty, vypadávanie vlasov, lámavosť nechty, vynechanie menštruácie u dievčat po dobu viac než troch mesiacov, studené končatiny, pomalý tep, nespavosť, zimomravosť či suchá koža.

Človek s mentálnou anorexiou prejavuje rôzne **zmeny v správaní.** Patrí sem obmedzovanie sa v strave, zmenšenie porcií, vynechávanie jedál, počítanie kalórií, vyhýbanie sa stravovaniu a vymýšľanie neobvyklých výhovoriek týkajúcich sa hladu. Môže sa tiež prejavovať obsedantno-kompulzívnym správaním, akým je napríklad snaha konzumovať jedlo v presne stanovenom čase, krájanie potravín na malé kúsky a veľmi pomalé jedenie. Manipulácia s jedlom, ako je vyhadzovanie jedla alebo klamanie o jeho požití, je ďalším prejavom

ochorenia. Niektorí ľudia s mentálnou anorexiou prejavia aj nadmerné jedenie vo forme záchvatového prejedania sa, pri ktorom strácajú kontrolu nad svojím správaním a v krátkom čase zjedia veľké množstvo potravín. To je nasledované výčitkami, úzkosťou a následnou kompenzáciou zvracaním, excesívnym cvičením alebo zneužívaním laxatív. Tento jav je dôležité odlíšiť od tzv. **"fázy dojedania"**, niekedy pomenovávanej aj ako "extrémny hlad", kedy sa človeku s MA ako dôsledok dlhodobej podváhy a podvýživy výrazne zvýši apetít.

Ďalším charakteristickým správaním je **nadmerné až nutkavé cvičenie,** pričom ak nie je možné cvičiť, môže to vyvolať nadmerné obavy, strach a paniku. Osoby s mentálnou anorexiou prejavujú aj **zvýšený záujem o nákupy, varenie a recepty.** Sú tiež náchylné k nutkavému správaniu, ktoré súvisí s kontrolou tvaru postavy a tela, tzv. „body checking", ako je zovretie pása alebo zápästia, nadmerné váženie sa a sledovanie svojho vzhľadu a proporcií v zrkadle a iných odrazoch.

Závažnosť mentálnej anorexie:

Pri vyhodnocovaní závažnosti MA sa orientujeme u dospelých na základe BMI, pričom u detí a adolescentov používame zodpovedajúce percentilové grafy (hmotnostný percentil vzhľadom k veku a výške dieťaťa, percentil BMI pre daný vek a pohlavie). Závažnosť môže byť zvýšená na základe klinických príznakov a stupňa funkčného postihnutia.

Vyhodnotenie závažnosti MA u dospelých
(American Psychiatric Association, 2013):

- Mierna: BMI ≥ 17 kg/m^2
- Stredná: BMI 16 – 16.99 kg/m^2
- Vážna: BMI 15 – 15.99 kg/m^2
- Extrémna: BMI < 15 kg/m^2

Vyhodnotenie nutričného stavu u detí na základe hmotných kriviek (Krásničanová, in Matzová, 2021)

- Eutrofia: 20. – 80. percentil
- Podhmotnosť: 10. – 20. percentil
- Hypotrofia: pod 10. percentilom
- Dystrofia: pod 3. percentilom

*podľa CDC je podhmotnosť u detí definovaná ako < 5. percentil BMI pre dané pohlavie a vek (CDC, 2023)

Mentálna bulímia (MB)

V bodoch:

- prítomné sú opakované epizódy záchvatov prejedania sa – za krátky čas (do 2 hodín) je skonzumovaný veľký objem jedla, aký by väčšina ľudí za daných okolností a času nezjedla,
- záchvat je charakteristický stratou kontroly nad svojím správaním, pričom zvyčajne skončí, až keď je človek nepríjemne fyzicky plný,
- v snahe zabrániť nárastu hmotnosti sú pri ochorení typické opakované nezdravé kompenzačné vzorce správania, tieto kompenzačné mechanizmy môžu mať reštriktívny alebo purgatívny (očistný) charakter: excesívne cvičenie, hladovanie, zvracanie, zneužívanie laxatív a diuretík,
- záchvaty prejedania sa aj kompenzačné mechanizmy sa opakujú minimálne dvakrát týždenne v priebehu troch mesiacov,
- psychopatológia je charakteristická veľkým strachom z priberania a tučnoty, depresívnymi pocitmi a myšlienkami,
- jedná sa o samostatné ochorenie, nie o fázu alebo podtyp mentálnej anorexie,
- hmotnosť nie je pri diagnostike relevantným ukazovateľom.

Pri mentálnej bulímii nie sú hmotnosť a jej zmeny relevantným faktorom, keďže väčšina ľudí s týmto ochorením máva telesnú hmotnosť v zdravom rozmedzí, alebo môže často kolísať, alebo môže byť prítomná nadváha až obezita. Základným kritériom sú **opakované epizódy záchvatového prejedania sa** (binge eatingu). V snahe zabrániť nárastu hmotnosti sú opakované typické nezdravé kompenzačné vzorce správania. **Tieto kompenzačné mechanizmy** môžu mať reštriktívny (obmedzujúci) alebo purgatívny (očistný) charakter (zvracanie, zneužívanie laxatív a diuretík, excesívne cvičenie, hladovanie...). Charakteristické prejavy mentálnej bulímie tiež zahŕňajú obavy z priberania a tučnoty, pocit menejcennosti až odporu voči sebe samému, nízke sebavedomie, depresiu, úzkosť, náladovosť, čierno-biele myslenie, kolísanie hmotnosti, pocity hanby, poruchy koncentrácie a rôzne fyzické prejavy ako poškodenie pažeráka, zubnej skloviny, zvýšená kazivosť zubov, zväčšené príušné žľazy v dôsledku vracania a odreniny na rukách a hánkach (takzvané Russellove značky) v dôsledku opakovaného vyvolávania vracania.

Ľudia s mentálnou bulímiou žijú v neustálom strachu. Či už je to strach zo straty kontroly nad jedlom, strach z toho, že nebudú schopní prestať jesť, keď už raz začnú, a potom hrozba, že stúpne ich hmotnosť. Jednotlivci sa ocitajú v začarovanom kruhu, z ktorého je veľmi ťažké vymaniť sa (Krch, 2005).

Závažnosť mentálnej bulímie:

Závažnosť MB je hodnotená na základe frekvencie epizód nevhodných kompenzačných mechanizmov, pričom môže byť zvýšená na základe iných symptómov a stupňa funkčného postihnutia.

Vyhodnotenie závažnosti podľa DSM-V:

- Mierna: priemerne 1 – 3 epizódy za týždeň
- Stredná: priemerne 4 – 7 epizód za týždeň
- Vážna: priemerne 8 – 13 epizód za týždeň
- Extrémna: priemerne 14 a viac epizód za týždeň

Diagnóza záchvatového prejedania sa (Binge Eating Disorder)

Pri diagnóze záchvatového prejedania (v skratke ďalej iba BED) sú prítomné **opakované epizódy záchvatov prejedania sa, podobne ako pri MB, no na rozdiel od bulímie po epizódach záchvatového prejedania sa nedochádza ku kompenzácii** (ako je napr. excesívne cvičenie alebo vracanie). Osoby s diagnózou záchvatového prejedania sa trpia vyššou mierou komorbidity psychiatrických diagnóz, najmä depresiou, generalizovanou úzkostnou poruchou, panickými atakmi alebo inými závislosťami. Ukazuje sa, že u približne 65% pacientov so záchvatovým prejedaním sa obezita zvyšuje postupne v priebehu času (Tóthová, 2011). Nadváha a obezita je rizikovým faktorom vzniku porúch príjmu potravy, a zároveň môže byť jedným z dôsledkov vyplývajúcich z ochorenia mentálnej bulímie či diagnózy záchvatového prejedania. Ľudia s BED majú 3 až 6-krát vyššiu pravdepodobnosť, že budú obéznymi, než bežná populácia (Kessler in McCuen-Wurst et al., 2017). BED je tiež asociovaná so skorým nástupom nadváhy, pričom 30% ľudí s BED reportuje obezitu v detstve (Jakobi in McCuen-Wurst et al., 2017). Je dôležité poznamenať, že tieto premenné ľudia s BED uvádzajú okrem nadváhy a obezity aj prítomnosť negatívnych vyjadrení a komentárov zameraných na svoj vzhľad, hmotnosť a stravovanie od svojich blízkych príslušníkov, negatívny body image a obavy spojené s výzorom, ako aj časté výkyvy hmotnosti (Fairburn; Yankovski in McCuen-Wurst et al., 2017).

Epizódy prejedania sa sa zhodujú s tromi alebo viacerými z nasledujúcich charakteristík:

- jedenie prebieha v rýchlejšom tempe, než je štandardné,
- jedlo je konzumované až do bodu, kým neprídu nepríjemné pocity až nezvládnuteľnej plnosti,
- jedlo je konzumované aj napriek pocitu plnosti (alebo bez prítomného pocitu hladu),
- záchvat prebieha často osamote, predovšetkým pre pocit hanby,

- po záchvate prichádzajú pocity odporu a znechutenia zo samého seba, výčitky a depresívne prežívanie,
- záchvat spôsobuje výrazný psychický nepokoj, negatívne emócie a úzkosť,
- k týmto záchvatom dochádza minimálne raz týždenne po dobu troch mesiacov.

Pica syndróm

Pica syndróm je porucha, pri ktorej osoba dlhodobo konzumuje nejedlé veci, ako sú vlasy, omietka alebo zemina. Podľa DSM-5 charakterizovaný nasledujúcimi kritériami:

1) Pretrvávajúce jedenie nejedlých a nevýživných látok po dobu aspoň 1 mesiaca (napr. papier, mydlo, textil, vlasy, šnúry, vlna, pôda, krieda, púder, farba, guma, kovy, kamienky, uhlie alebo popol, íl, škrob alebo ľad).

2) Konzumácia nejedlých a nevýživných látok neprimeraná vývinovému štádiu jedinca. Pre diagnostiku sa odporúča minimálny vek 2 roky, keďže u malých detí je normálne, že si vkladajú do úst predmety, ktoré môžu náhodne požiť.

3) Správanie nie je súčasťou kultúrne podmienených alebo sociálnych praktík. Pri diagnostikovaní je preto potrebné zvážiť kultúrne normy, keďže v niektorých kultúrach môže mať jedenie nevýživných organických materiálov zo zeme duchovný, medicínsky alebo iný charakter a je to považované za normu.

4) Pica syndróm môže byť spojený s inými duševnými poruchami, ako sú poruchy intelektu, poruchy autistického spektra, schizofrénia a pod. Tiež sa môže vyskytnúť počas tehotenstva, keď sa objavia špecifické chute (napr. na kriedu, ľad alebo pôdu). Tieto faktory je potrebné pri správnej diagnostike vylúčiť.

Pica syndróm môže mať závažné až život ohrozujúce dôsledky, ako napr. otrava toxickými látkami, infekcia, parazitárna nákaza, gastrointestinálne problémy, dentálne prejavy a podobne (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013).

Ruminačná porucha

Ide o poruchu, ktorá je charakterizovaná mimovoľným a niekedy pôžitkárskym regurgitovaním jedla (vracaním jedla do dutiny ústnej zo žalúdka) po dobu min. 1 mesiaca. Dospelí zvyčajne regurgitované jedlo vypľujú, ale dojčatá, malé deti a dospelí s vývinovými poruchami môžu jedlo znovu požuť a prehltnúť. Ochorenie sa často vyskytuje u špecifických skupín, ako sú napr. ľudia s mentálnym znevýhodnením. Ruminačné správanie sa zvyčajne vyskytuje jednu až dve hodiny po jedle, zvyčajne niekoľkokrát do týždňa, typicky na dennej báze.

Táto porucha sa líši od iných porúch príjmu potravy, ako sú MA, MB, BED alebo ARFID, pretože je neúmyselná a nie je používaná ako prostriedok na chudnutie alebo kontrolu hmotnosti. Zároveň nevzniká v dôsledku gastrointestinálneho ochorenia.

V závažných prípadoch môže vyústiť v smrť, dehydratáciu či malnutríciu. Medzi menej závažné dôsledky patrí napr. zhoršená ústna hygiena, zápach z úst, úbytok hmotnosti či psychické ťažkosti v spojitosti so zahanbením a sociálnym vylúčením.

ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)

V slovenčine môžeme ochorenie definovať ako tzv. vyhýbajúca sa/reštriktívna PPP. Ide o poruchu, ktorá je najčastejšie zachytávaná u detí a mládeže. Strach z tučnoty, nespokojnosť so svojou hmotnosťou, tvarom postavy a negatívny sebaobraz, ktoré poznáme pri MA, tu nie sú, resp. nemusia byť prítomné. Charakteristickou črtou ochorenia je strach z určitých potravín, ktoré negatívne vplývajú na vnemy človeka a spôsobujú mu úzkosť. Osoba s ARFID má pocit, že jedlo nedokáže

prehltnúť, lebo sa ním zadusí, jej telo ho nestrávi alebo z neho ochorie alebo jej z toho bude zle. Človek trpí psychicky (úzkosť, pocity bezmocnosti, frustrácie) aj fyzicky (nedostatok živín, únava, pocity mdloby). Ľudia s ARFID však majú aj svoje „bezpečné jedlá", čo sú zvyčajne potraviny známe ako „comfort food" – ukľudňujúce potraviny (napr. cereálie, pizza, hranolky).

Kritériá pre ARFID podľa DSM-V:

1) Pretrvávajúce zlyhanie pri uspokojovaní energetických a/alebo nutričných potrieb v spojení s jednou alebo viacerými nasledujúcimi charakteristikami:

- významný úbytok hmotnosti (alebo neschopnosť dosiahnuť očakávaný prírastok hmotnosti alebo zastavenie rastu u detí),
- významný nutričný deficit,
- závislosťou na nutričných suplementoch alebo enterálnej výžive,
- problémy s psychosociálnym fungovaním (v rodine, v kruhu kamarátov, v práci, pri udalostiach spojených s jedlom).

2) Prítomnosť narušeného príjmu potravy nie je možné vysvetliť:

- nedostatkom či nedostupnosťou jedla alebo kultúrnymi praktikami (napr. pôst),
- obavami z fyzického vzhľadu, skresleným vnímaním telesnej hmotnosti alebo tvaru tela (nie je prítomná MA alebo MB),
- aktuálnym zdravotným stavom alebo iným psychiatrickým ochorením.

Spúšťače vyhýbavého správania sa vo vzťahu k jedlu:

- **nezáujem:** celkový nezáujem o jedlo, neprítomnosť chuti do jedla, predčasná sýtosť,

- **senzorická senzitivita:** zvýšená senzitivita na senzorické vlastnosti jedla (jeho vôňu, chuť, štruktúru, teplotu), často je pozorovaná averzia voči mäsu, zelenine a ovociu,
- **strach:** špecifické obavy spojené s konzumáciou stravy, môže byť spojitosť s traumatizujúcim zážitkom z minulosti (dusenie, zvracanie).

Tieto 3 typy správania sa môžu a nemusia vyskytovať aj všetky naraz u jednej osoby. Prejavy ARFID sa teda medzi jedincami môžu značne líšiť, no u všetkých ľudí s touto diagnózou môžeme pozorovať vyhýbanie sa jedlu, ktoré vedie k obmedzenej pestrosti jedálnička, nedostatočnému príjmu potravy a jeho ďalším dôsledkom (Bryant-Waugh, 2019).

Ostatné špecifikované poruchy príjmu potravy (OSFED)

Táto kategória zahŕňa ochorenia, pri ktorých osoba vykazuje charakteristiky PPP, ale nespĺňa plné kritériá pre konkrétnu diagnózu PPP. Do tejto kategórie sa radí napríklad:

- **Atypická MA:** Jedinec spĺňa kritériá pre anorexiu, má významnú stratu hmotnosti, ale zostáva v hmotnostnom rozmedzí, ktoré je považované za normálne pre jeho výšku a pohlavie.
- **MB s nízkou frekvenciou a/alebo obmedzenou dĺžkou trvania:** Jedinec spĺňa kritériá pre bulímiu, ale bulimické záchvaty sa vyskytujú menej ako jedenkrát týždenne alebo po dobu kratšiu ako 3 mesiace.
- **BED s nízkou frekvenciou a/alebo obmedzenou dĺžkou trvania:** Jedinec spĺňa kritériá pre BED, záchvaty prejedania sa ale vyskytujú menej ako jedenkrát týždenne alebo po dobu kratšiu ako 3 mesiace.
- **Porucha vyvolávania zvracania:** Porucha sa vyznačuje opakovaným vyvolávaním zvracania s cieľom ovplyvnenia hmotnosti alebo postavy, a to bez záchvatov prejedania sa.

- **Syndróm nočného jedenia:** Jedinec zažíva opakujúce sa epizódy jedenia po prebudení v noci alebo po nadmernom jedení po večeri, pričom si je tohto správania vedomý a pamätá si to. Toto správanie nie je možné vysvetliť kultúrnymi zvyklosťami, sociálnymi normami alebo inou duševnou poruchou alebo zdravotným stavom.

Nešpecifické poruchy príjmu potravy (UFED)

Porucha príjmu potravy je prítomná v živote človeka, nespĺňa však kompletné diagnostické kritériá žiadnej z vyššie uvedených diagnóz. Táto skutočnosť neznižuje závažnosť ochorenia.

NEKLASIFIKOVANÉ PORUCHY PRÍJMU POTRAVY A OCHORENIA S NIMI SÚVISIACE

Telesná dysmorfia

Ide o ochorenie, ktoré sa prejavuje zaťažujúcimi myšlienkami na určitú časť alebo aspekt zovňajšku človeka, čo spôsobuje výrazne zvýšenú úzkostlivosť aj zmeny v správaní. DSM-V radí toto ochorenie do kategórie **obsedantno-kompulzívnych a príbuzných porúch,** pričom ho klasifikuje na základe nasledujúcich charakteristík:

- výrazná fixácia na jednu alebo viaceré telesné partie alebo časti fyzického vzhľadu, ktoré sa však ostatným javia ako nepatrné alebo ťažko pozorovateľné,

- výskyt opakujúceho sa, nutkavého správania súvisiaceho s prehnanou kontrolou telesných partií a fyzického vzhľadu (napr. kontrola výzoru v zrkadle alebo iných sklenených povrchoch, nadmerná starostlivosť o zovňajšok, pocity hanby za svoj výzor alebo určitú časť tela, body checking, verbalizovaná neistota ohľadom svojho výzoru cez uisťujúce sa otázky alebo negatívne komentáre) alebo mentálne úkony (napr. porovnávanie svojho vzhľadu s inými) ako reakciu na obavy o vzhľad,
- zaujatie spôsobuje klinicky významný distres alebo narušenie sociálnych väzieb alebo iných dôležitých oblastí fungovania,
- záujem o vzhľad sa nedá lepšie vysvetliť obavami z priberania, ktorého symptómy spĺňajú diagnostické kritériá pre poruchu príjmu potravy.

Drunkorexia

Ide o termín, ktorý označuje cielené kontrolovanie a obmedzovanie kalorického príjmu zo stravy, čo je plánovanou kompenzáciou excesívne užívaných alkoholických nápojov. Drunkorexia je nemedicínsky termín a nie je oficiálnou diagnózou podľa DSM-V. Ľudia s drunkorexiou majú často obavy o svoju hmotnosť a tvar tela a súčasne majú tendenciu konzumovať alkohol vo veľkých množstvách. Toto správanie môže viesť k vážnym zdravotným problémom, nutričným deficitom, poškodeniu orgánov, zvýšeniu rizika rozvoja závislosti od alkoholu a ďalším psychickým a fyzickým komplikáciám.

Drunkorexia je spravidla charakterizovaná:

- vynechávaním jedál s cieľom kompenzovať zvýšený energetický príjem spojený s konzumáciou alkoholu,
- excesívnym cvičením, ktoré kompenzuje nadmerný príjem energie z pitia alkoholu,
- konzumáciou veľkého množstva alkoholu s cieľom vyvolania nevoľnosti a vyvrátenia predtým skonzumovaného jedla (Barry & Piazza-Gardner, 2012).

Požitie alkoholických nápojov nalačno vedie k rýchlejšiemu nárastu hladiny alkoholu v krvi, čo znamená, že sa osoba opije rýchlejšie. To môže predstavovať zdravotné riziko upadnutia do bezvedomia. Alkohol je diuretikum (látka, ktorá zvyšuje tvorbu moču) a ak popri alkohole nie je prijímaný dostatok vody, dochádza k rýchlej dehydratácii. Tá následne zhoršuje aj existujúce komplikácie na spektre porúch príjmu potravy a/alebo podvýživy (Krug a kol., 2009).

Drunkorexia istým spôsobom prepája charakter látkových a nelátkových závislostí (ku ktorým PPP môžeme pripodobňovať). Obe môžu vzniknúť ako dôsledok snahy uniknúť bolesti, úzkosti, depresii alebo stresu. Obe tiež zdieľajú značné množstvo rizikových faktorov, vrátane určitých neurobiologických špecifík mozgu, rodinnej anamnézy, nízkeho sebavedomia, depresie, úzkosti a sociálnych faktorov (Mellentin a kol., 2022). Aj z tohto dôvodu môžeme sledovať pomerne vysokú komorbiditu medzi zneužívaním návykových látok a PPP.

Bigorexia

V roku 1997 bol vytvorený pojem "svalová dysmorfia", označovaný tiež ako "reverzná anorexia" alebo "bigorexia" (Olivardia, 2001). Svalová dysmorfia, bigorexia či reverzná anorexia sú synonymické pojmy pre formu dysmorfickej poruchy označujúcej prítomnosť skresleného vnímania samého seba, s dôrazom na veľkosť svalstva. Telesné dysmorfické poruchy klasifikuje DSM-V ako typy obsedantno-kompulzívnych porúch. Osoby často vykazujú množstvo opakujúcich sa správaní a sú zvyčajne fixované na ďalšie časti tela ako je koža alebo vlasy.

Ochorenie sa často týka ľudí s vyšším podielom svalovej hmoty, ktorí si však napriek svojej telesnej kompozícii pripadajú byť útli a slabí. Dochádza k pocitom hanby, prehnanému vykonávaniu fyzickej aktivity a úprave stravovacieho režimu s cieľom dosiahnuť ďalšie zvýšenie telesnej hmoty. Ľudia s týmto ochorením si pripadajú slabí, nedostatočne svalovo vyvinutí a sú ochotní pre úpravu telesného vzhľadu ohroziť svoje zdravie.

Športové aktivity, primárne so zameraním na zmenu fyzického vzhľadu, sú vykonávané nutkavo, a sprevádzané nadužívaním proteinových doplnkov a látok podporujúcich svalový rast a ovplyvňujúcich metabolizmus. Medzi hlavné riziká tejto poruchy patrí tzv. „overuse syndrom" – poškodenie pohybového aparátu dlhodobým preťažovaním. Nevyváženou stravou a nadužívaním ergogenických prostriedkov (doplnky, ktoré obsahujú vysoké množstvo bielkovín a aminokyselín) je často preťažovaný aj tráviaci systém, obličky a pečeň (Kulhánek, 2008). Podľa športového psychológa Cockerilla (Allen, 2007), pôsobiaceho na Univerzite v Birminghame,ľudia, ktorí majú zdravý vzťah k cvičeniu a životnému štýlu prirodzene zakomponujú pravidelné cvičenie a šport do svojho denného, resp. týždenného režimu, kým osoby s nutkavou potrebou hýbať sa a cvičiť prispôsobujú svoj život športovým aktivitám.

Príznaky bigorexie (svalovej dysmorfie) v bodoch:

- manipulácia so stravou (predovšetkým so zameraním na vysoký príjem bielkovín),
- nadmerné cvičenie vedúce k preťaženiu a následnému ohrozeniu zdravia (napr. poškodeniu kĺbov, svalstva...),
- zneužívanie liekov na predpis, často získaných bez lekárskeho predpisu, s cieľom znížiť telesný tuk a vybudovať svaly, ako napr. androgénne steroidy, hormóny štítnej žľazy, selektívne modulátory estrogénových receptorov, ľudský rastový hormón,
- neustále sa pozeranie na seba v zrkadle a/alebo vyhýbanie sa zrkadlám,
- nespokojnosť a neistota spojená s fyzickým vzhľadom, porovnávanie sa,
- vyhýbanie sa spoločenským aktivitám (napr. spojeným s jedením, ako sú oslavy),
- pocit hanby, úzkosť, depresia, myšlienky na samovraždu (Medicine Health, 2022).

Diabulímia

Diabulímia nie je medicínsky uznaná diagnóza, ktorá však zahŕňa patológiu spadajúcu na spektrum PPP. Pri diabulímii osoba s diabetes mellitus typu 1 úmyselne obmedzuje alebo vynecháva dávky inzulínu s cieľom chudnutia. Odhaduje sa, že sa môže týka až 20 % žien s diabetom 1. typu (Chelvanayagam & James, 2018). Tento stav môže mať vážne, až život ohrozujúce následky, ako sú vysoká hladina cukru v krvi, diabetická ketoacidóza a poškodenie orgánov.

Pregorexia

Nejde o klinický termín, no toto pomenovanie sa používa na opis tehotných osôb, ktoré zámerne znižujú príjem energie a nadmerne cvičia, aby kontrolovali prírastok hmotnosti počas tehotenstva. Ak nie je liečená, môže významne ohroziť zdravie matky aj dieťaťa (Bothwell, 2022).

Ortorexia

Ortorexia síce nespadá medzi oficiálne diagnózy v DSM-5 ani v MKCH 10, ale napriek tomu je mnohými odborníkmi považovaná za závažné ochorenie na spektre PPP. Lekár Steven Bratman, ktorý pomenoval toto ochorenie, ho definuje ako „patologickú závislosť na zdravom stravovaní“. Osoby s ortorexiou dávajú prednosť nutričným vlastnostiam jedla a jeho zdravotnej prospešnosti pred chuťou a pôžitkom z neho. Prítomné sú neustále obavy týkajúce sa potenciálneho negatívneho vplyvu jedla na zdravie, neprestajné zaoberanie sa kvalitou jedla, jeho pôvodom, výrobným spracovaním, balením a uchovávaním. Človek s ortorexiou nie je schopný spontánnosti v jedle, ale ani v trávení voľných chvíľ, keďže svoje jedlo si musí zabezpečiť podľa vopred premysleného plánu. Výber vhodných potravín a obavy z ich možných nedostatkov a škodlivosti na zdravie vedú k pocitom úzkostí.

ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL A NARUŠENÝ VZŤAH K JEDLU

Zdravý životný štýl vnímame ako vedomé rozhodnutie venovať sa zdravotnej prevencii, avšak bez perfekcionizmu, čierno-bieleho myslenia, delenia potravín a činností na „dobré“ a „zlé“ a s absolútnym prihliadnutím na seba a svoje potreby. V praxi sa však často stretávame s tým, že je náročné rozpoznať hranicu medzi zdravým životným štýlom a narušeným vzťahom k jedlu (tzv. “disordered eating”), športu aj k sebe samému.

Zdravý životný štýl by podľa nás nemal byť:

- neflexibilný, naviazaný na konkrétny plán životosprávy a stravovania bez možnosti zmien podľa aktuálnej potreby a chuti,
- prepojený s konkrétnym číslom na váhe, rámcovaný počítaním kalórií, vážením a zapisovaním si každého zjedeného jedla,
- obmedzujúci a súvisiaci výhradne s chudnutím a športovaním.

Pokiaľ životný štýl zahŕňa vyššie spomenuté body, nejde o zdravý životný štýl, ale skôr o diétu alebo narušený vzťah k jedlu či prejavy PPP. Problém tiež nastáva, ak sa zdravé stravovanie stáva cieľom a jediným naplnením našich dní.

Narušený vzťah k jedlu

Narušený vzťah k jedlu je súbor nezdravých vzorcov správania súvisiacich so stravovaním. Tieto vzorce môžu zahŕňať chronické diétovanie, hladovanie, prejedanie sa, alebo aj či výčitky po konzumácií niektorých potravín. Jedná sa o jeden z najzásadnejších rizikových faktorov pre prepuknutie porúch príjmu potravy (Loth et.al., 2014).

Pri narušenom vzťahu k jedlu je často prítomné aj vyhýbanie sa spoločenským udalostiam, pri ktorých sa konzumuje jedlo (napríklad oslava narodenín, či iné stretnutia spojené s jedením), ale aj vyhýbanie sa spoločnému jedeniu (napríklad v školskej jedálni alebo pracovnému obedu), pretože nejaké potraviny, či jedlá sú považované za „nezdravé“ alebo „nezapadajú do plánu“ alebo z rôznych dôvodov vyvolávajú strach (napríklad sú z pohľadu tohto človeka príliš kalorické, obsahujú príliš veľa cukru/tuku a iné).

Pri narušenom vzťahu k jedlu taktiež pozorujeme prepojenie jedenia a pohybu/cvičenia, najmä s cieľom spálenia kalórií, či potrestania sa za zjedené jedlo. Taktiež môže byť prítomné pravidelné excesívne cvičenie, a teda vykonávanie fyzickej aktivity napriek únave, ochoreniu či inej opodstatnenej prekážke. Prítomná je aj neschopnosť cvičenie či pohyb vynechať alebo na určitý čas obmedziť.

Ďalšie možné prejavy narušeného vzťahu k jedlu:

- Keď si myslím, že sa zdravo stravujem, mám zo seba lepší pocit a zvyšuje to moju hodnotu ako človeka.
- To, čo zjem určuje, ako sa cítim (po zjedení čokolády mám výčitky, po zjedení šalátu na obed sa „cítim fit a štíhlo“).
- Mám pocit úspechu, keď dodržím svoj vopred pripravený jedálniček a naopak, keď ho nedodržím alebo presiahnem kalorický príjem, som zo seba nešťastný/á, považujem to za svoje zlyhanie, vyčítam si to, obviňujem sa.
- Preferujem potraviny, ktoré mi nechutia, lebo sú zdravšie (pijem výhradne čistú kávu, aj keď mi nechutí, lebo káva s mliekom má kalórie navyše).
- Pijem, aby som potlačil/a hlad.
- Mám úzkosť, pokiaľ si neviem spočítať makrá/kalórie jedla alebo svoj denný energetický príjem.

- Radšej zostanem hladný/á, než by som mal/a zjesť potravinu zo zoznamu „zakázaných“ alebo jedlo, pri ktorom nemám prehľad o jeho energetickej a nutričnej hodnote.
- Odopieram si jedlo, pokiaľ si nezašportujem.
- Jedlo si buď zakazujem, alebo dovoľujem, nepovažujem ho za prirodzenú súčasť môjho života.
- Vyhýbam sa spoločenským udalostiam, aby som nebol/a konfrontovaná s jedlom a pitím.

DIAGNOSTICKÝ CROSSOVER

Diagnostický crossover (v slovenskom preklade „prechod“ alebo „kríženie“) je definovaný ako dlhodobé zmeny symptómov porúch príjmu potravy, ktoré majú za následok pohyb v rámci podtypov alebo diagnóz PPP v priebehu času (Mortimer, 2019). Vzhľadom na to, že hmotnosť a symptómy majú tendenciu pravidelne kolísať, a že diagnóza sa stanovuje na základe pozitívnych symptómov v priebehu iba troch mesiacov, u niektorých jedincov môže časom dôjsť k opakovanému diagnostickému prechodu (Milos a kol., 2005). Diagnostický crossover u PPP je pomerne častý; presun z mentálnej anorexie k mentálnej bulímii sa deje približne u 34 % ľudí, a z mentálnej bulímie k mentálnej anorexii u 14% prípadov. Najčastejší je však crossover medzi podtypmi mentálnej anorexie. Odhaduje sa, že k nemu dochádza až u 44 – 60 % prípadov (Eddy a kol., 2008).

V existujúcej literatúre nie je jasné, či je diagnostický crossover jednorazový alebo či pokračuje počas celého priebehu ochorenia. Predbežné štúdie naznačujú, že k počiatočnému prechodu medzi mentálnou anorexiou a mentálnou bulímiou dochádza najčastejšie počas prvých piatich rokov ochorenia (Tozzi a kol., 2005).

SYMPTOMATIKA PPP

PPP vo všeobecnosti môžu viesť ku komplikáciám a narušeniu viacerých orgánových systémov (kardiovaskulárny, gastrointestinálny, renálny, neurologický, endokrinný, hematologický, reprodukčný a dermatologický). Skríning, diagnostika a liečba uvedených možných komplikácií spadá do kompetencie všeobecných lekárov a ďalších odborných lekárov (predovšetkým psychiater/pedopsychiater, endokrinológ, gastroenterológ, gynekológ a ďalší). Zmeny môžeme pozorovať najmä v troch kategóriách.

Zmeny správania:

- obmedzovanie sa v strave, zmenšenie porcií, vynechávanie niektorých jedál, počítanie kalórií, vyhýbanie sa stravovaniu, neobvyklé výhovorky,
- neustále, opakované alebo cyklické diétovanie, držanie pôstov, hladovanie alebo výrazné znižovanie energetického príjmu,
- ignorovanie a potláčanie hladu napr. konzumáciou žuvačiek či nízkoenergetických potravín alebo pitím kávy,
- odmietanie a vylúčenie určitých potravinových skupín bez objektívnej príčiny (napr. dodržiavanie bezlepkovej diéty bez diagnózy celiakie alebo iného zdravotného opodstatnenia),
- zmeny v stravovacích preferenciách, odmietanie jedál, ktoré boli v minulosti obľúbené,
- vytváranie zoznamov „dobrých“ a „zlých“ potravín,
- náhly záujem o „zdravé stravovanie“,
- manipulácia s jedlom, vyhadzovanie či schovávanie jedla, výhovorky a klamstvá,
- rituály pri jedle týkajúce sa prípravy a jedenia potravín (napr. trvanie na tom, že jedlá musia byť v určitom čase, používanie iba špecifického noža/vidličky/misky/šálky), pomalé jedenie,

- nadmerné jedenie (zmiznutie veľkého množstva potravín),
- nahradzovanie jedál tekutinami,
- nadmerný alebo nedostatočný pitný režim,
- vyhýbanie sa všetkým sociálnym situáciám, ktoré prebiehajú pri jedle (na návštevách, v stravovacích zariadeniach),
- záujem o nákupy a recepty, varenie a pečenie pre iných, bez toho, aby osoba navarené jedlo ochutnala alebo zjedla,
- zvracanie alebo zneužívanie laxatív (časté "výlety" do kúpeľne počas alebo krátko po jedle),
- nadmerné až nutkavé cvičenie bez ohľadu na únavu, zranenie či chorobu, pokiaľ človek nemôže cvičiť, reaguje obavami, strachom až panikou,
- nadmerné zameranie sa na vzhľad a tvar tela, porovnávanie sa s inými, negatívny obraz o sebe,
- nutkavé správanie súvisiace s prehnanou kontrolou tela, (subjektívne vnímanej) tukovej hmoty, hmotnosti, konkrétnych telesných partií a fyzického vzhľadu (napríklad zovretie pása alebo zápästia, opakované váženie, nadmerná doba strávená pri pohľade do zrkadla), porovnávanie sa s inými ľuďmi s "ideálnou postavou"
- sociálne stiahnutie alebo izolácia od priateľov, vrátane vyhýbania sa predchádzajúcim aktivitám.

Fyzické zmeny:

- **Zmeny týkajúce sa hmotnosti a rastu:** rýchla strata, nárast alebo fluktuácia hmotnosti, podvýživa alebo obezita, spomalenie alebo zastavenie rastu u dospievajúcich.
- **Orálne a dentálne zmeny:** zranenia v ústnej dutine, poškodenie zubnej skloviny, vyššia kazivosť zubov, príznaky zvracania (opuchnuté líca/čeľusť, poškodené zuby, zapáchajúci dych).

- **Poruchy trávenia:** nafukovanie a pocity ťažoby v žalúdku, strata pocitu hladu a sýtosti, priskorý pocit nasýtenia, zápcha, reflux, hemoroidy.
- **Kardiovaskulárne problémy:** nízky krvný tlak, znížená frekvencia srdcovej činnosti, arytmie a iné srdcové problémy, slabosť a závrate, spomalenie alebo zrýchlenie srdcového tepu, návaly tepla, epizódy nadmerného potenia, poruchy termoregulácie organizmu (zvýšená citlivosť na chlad, dochádza k nedostatočnému prekrveniu končatín, telo šetrí energiou – studené ruky a chodidlá, problém zahriať sa sám), opuchy.
- **Hormonálne zmeny:** nepravidelný menštruačný cyklus, amenorea alebo oneskorená menarche, nízka hladina testosterónu, strata libida, neplodnosť, osteopénia až osteoporóza (zapríčinené neprítomnosťou menštruácie, ktorá spôsobí hormonálnu nerovnováhu – dôjde k obmedzeniu funkcie hormónov, ktoré chránia ženy v produktívnom veku pred osteoporózou) a s nimi spojená vyššia lámavosť kostí.
- **Dermatologické príznaky:** suchá a popraskaná koža, lanugo, vypadávanie vlasov, suché a lámavé vlasy a nechty, prejavy karotenodermia (žlté sfarbenie pokožky), Russelove značky (mozole na hánkach prstov vznikajúce opakovaným vyvolávaním vracania), zlé hojenie rán.
- **Zmeny týkajúce sa imunity:** znížená imunita a časté infekcie.

Psychické zmeny spojené s vnútorným prežívaním:

- nintenzívny strach z nárastu hmotnosti,
- extrémna nespokojnosť s vlastným telom,
- skreslený obraz o tele (sťažovanie sa na to, že osoba vidí tuk, keď je v norme alebo má podváhu),
- zvýšená citlivosť na komentáre alebo kritiku,
- depresia alebo úzkosť,

- náladovosť alebo podráždenosť,
- strata záujmu o potešujúce a zábavné aktivity – záujmy a koníčky nahrádza zameranie sa na jedlo,
- preokupácia myslenia myšlienkami na jedlo (zvýšený food focus),
- čierno-biele myslenie, katastrofizmus,
- pocity úzkosti a podráždenosti v čase jedla,
- nízka sebaúcta (napríklad pocit bezcennosti, pocity hanby, viny),
- oslabenie až narušenie neuropsychologických funkcií (proces učenia, pamäť, koncentrácia, pozornosť, spracovanie rôznorodých podnetov, kognitívna flexibilita, centrálna koherencia),
- nespavosť,
- sociálna izolácia, uzavretie sa do seba,
- behaviorálne prejavy nervozity (hryzenie nechtov, fajčenie),
- sebapoškodzovanie, suicidálne myšlienky, plány a pokusy.

Je dôležité si uvedomiť, že tieto príznaky môžu byť rôzne v závislosti od konkrétneho typu PPP a individuálnych charakteristík jednotlivca.

FORMY LIEČBY PPP

Liečba PPP môže mať mnoho podôb, v základoch ju môžeme rozdeliť na ambulantnú starostlivosť (tzv. outpatient care) a intenzívnu lekársku starostlivosť (tzv. inpatient care), ktorá zahŕňa hospitalizáciu alebo denný stacionár. Ambulantná liečba a hospitalizácia sú dve rôzne formy intervencie, ktoré sa môžu v rámci liečby vzájomne dopĺňať. Hospitalizácii zvyčajne predchádza a po nej aj nasleduje dlhodobá ambulantná liečba. Ani jedna alebo druhá forma nie je „dobrá“ alebo „zlá“.

Hospitalizácia je odporúčaná, ak je fyzický alebo psychický stav natoľko rizikový a závažný, že nie je možné liečbu začať alebo v nej pokračovať v domácom prostredí, a/alebo ak nie je v súčasných možnostiach a schopnostiach človeka alebo rodiny posúvať sa v liečbe v rámci ambulantnej sféry, pričom hospitalizácia by mala pre liečbu pozitívnejší efekt a mohla by proces posunúť a naštartovať. To, ktorý postup sa zvolí, závisí od klinického stavu jednotlivca. Ambulantná forma prebieha prostredníctvom ambulantných stretnutí: kontroly u psychiatra, psychoterapie u psychológia, konzultácie s nutričným špecialistom. Liečba prebieha v prostredí domova a neostáva sa na klinike alebo v nemocničnom zariadení.

Ambulantná liečba

Prínosy

- Malo by ísť o liečbu prvej voľby (v prípade, že to zdravotný stav dovoľuje).
- Ambulantná liečba umožňuje klientovi zachovať väčšiu časť jeho bežného života, vrátane práce/školy a rodinných/rovesníckych vzťahov.
- Súbežne s tým sa klient učí zvládať svoje ochorenie v každodennom živote, pričom pravidelne navštevuje rôznych odborníkov – môže to pomôcť minimalizovať riziko sociálnej izolácie a prípadné straty v oblasti vzdelania alebo kariéry – nestráca sa kontakt s rovesníkmi, kamarátmi či blízkym okolím.
- Klienti majú väčšiu kontrolu nad svojím prostredím a stravovaním, čo môže podporiť ich pocit nezávislosti a zodpovednosti za vlastný zdravotný stav.
- Rodič môže byť uzdravujúcim elementom v liečbe, môže svoje dieťa podporovať a starať sa oňho.
- Klienti majú priamy prístup k podpore od rodiny, kamarátov a komunity, čo môže byť veľmi prospešné, až kľúčové pre dlhodobú úspešnosť liečby.

- Počas liečby môže človek s PPP nahrádzať staré záujmy novými aktivitami a v procese liečby si vytvoriť také bezpečné prostredie, v ktorom bude vedieť žiť aj po uzdravení.
- Liečba je kontinuálna, štatisticky poskytuje lepšie dlhodobé uzdravenie.

(Inpatient vs. Outpatient Treatment for Adolescents with AN", 2010)

Riziká

- Pokiaľ je úzkosť u dieťaťa alebo u dospelého veľmi silná, prípadne sú faktory udržiavacie PPP výrazne prítomné a človek/rodina sa nedokáže adaptovať na liečbu doma, nemusí viesť ambulantná liečba k progresu.
- V súvislosti s bodom vyššie sa niektorí klienti môžu v ambulantnej liečbe postupne zhoršovať, a to aj napriek snahám zainteresovaných odborníkov; môže byť náročné potom zasiahnuť včas v prípade krízovej situácie.
- Pri ambulantnej liečbe môže byť ťažké monitorovať klientovu stravu a fyzický stav, dodržiavanie liečebného režimu je preto náročnejšie.
- Ambulantná liečba v prípade maloletých klientov často závisí od schopnosti celej rodiny adaptovať sa na liečebný režim a časť zodpovednosti musí proaktívne uchopiť rodič – ak je rodič benevolentný, vyčerpaný či unavený, nedochádza k progresu v liečbe.
- Liečba PPP prináša tlak na rodiča aj vo forme potreby zobrať si PN alebo OČR z práce, nakoľko dieťa s PPP v počiatočných štádiách liečby potrebuje neustály dohľad, čo môže znamenať veľkú finančnú záťaž pre danú rodinu.
- Rodina sa musí naučiť s ochorením pracovať, spočiatku môže byť prítomná výrazná tenzia v rodine.
- Priberanie ide spočiatku pomalšie než pri hospitalizácii.
- Je potrebné, aby rodina mala oporu rovnako ako aj klient – môže dochádzať napr. k zanedbávaniu súrodenca a k preťaženiu rodičov.

Hospitalizácia

Hospitalizácia sa všeobecne odporúča v nevyhnutných prípadoch, kedy je prítomná významná podvýživa alebo keď vyšetrenie fyziologických funkcií preukáže metabolický rozvrat, respektíve inak závažne narušený klinický stav. Maloletého klienta s PPP môže na hospitalizáciu alebo liečebný pobyt do stacionára odoslať detský psychiater (pedopsychiater) (Smikalova, 2022). Hospitalizácia prebieha v nemocnici, na psychiatrickej klinike. Na Slovensku máme špecializované lôžka v počte 5 kusov (informácia aktualizovaná k novembru 2023) v rámci Národného ústavu detských chorôb v bratislavskej nemocnici Kramáre. Zvyšné hospitalizácie prebiehajú na štandardných detských psychiatrických klinikách.

Dospelí klienti môžu hospitalizáciu absolvovať po odporučení psychiatra alebo na vlastnú žiadosť v Pinelovej nemocnici v Pezinku s dĺžkou starostlivosti 3 mesiace. Keďže je človek s PPP svojprávny, nie je možné ho na hospitalizáciu "donútiť" a často sa stáva, že títo klienti prepadajú systémom, na hospitalizáciu nenastúpia a nemajú možnosť/schopnosť liečiť sa ambulantne. Dospelý klient tiež môže podpísať reverz a ukončiť liečbu predčasne.

Prínosy

- Hospitalizácia umožňuje poskytnúť klientovi intenzívnu lekársku starostlivosť a odborný dohľad nad jeho stravovaním, psychickým a fyzickým stavom. To môže byť nesmierne dôležité pre klientov s veľmi vážnym stupňom PPP:
  - u dospelých klientov, ktorých aktuálna hodnota BMI je pod 13,5/14 alebo u klientov, ktorých hmotnosť dlhodobo stagnuje alebo začína rapídne klesať,
  - u detských a adolescentných klientov v prípade hodnoty hmotnosť/výška vzhľadom na vek a pohlavie podľa rastových tabuliek, ktorá je menšia než 3. percentil, v prípade tejto hodnoty nad 3. percentilom rozhoduje miera rizika refeeding syndrómu,
  - pre klientov s vysokým rizikom suicidálneho správania,

- ďalšie vážne somatické nálezy ako synkopa, svalová slabosť, hypoglykémia, metabolický rozvrat a ďalšie (Connan et al., 2000; Matzová, 2021)
- pre klientov, ktorí potrebujú vystúpiť z prostredia, v ktorom symptómy vznikli, pokiaľ v ambulantnej liečbe nedosahujú zlepšenie.

- V nemocnici je tiež možné rýchlejšie dosiahnuť fyzickú stabilizáciu a zvyšovanie hmotnosti, čo vie byť až život zachraňujúce v prípade závažného somatického stavu (extrémna podvýživa a minerálny rozvrat).
- Klient sa môže zamerať na svoju liečbu bez rušivých externých faktorov (napr. práca, starostlivosť o dieťa, náročná škola).
- V prípade špecializovaného zariadenia prebieha aj špecializovaný edukačno-liečebný program.

Riziká

- Hospitalizácia môže klientov izolovať od ich bežného života, rodiny a priateľov, čo môže mať negatívny vplyv na ich duševné zdravie a možnosť využitia sociálnej podpory.
- Pobyt v nemocnici môže byť spojený so stigmatizáciou a negatívnym vnímaním klienta, čo môže mať dlhodobé dôsledky pre jeho sebavedomie a je potrebné proti tomu pôsobiť.
- Po hospitalizácii môže byť pre klienta ťažké vrátiť sa do normálneho života a pokračovať v nastavenom režime, dodržiavať zdravé stravovacie návyky, keďže nemal možnosť sa to naučiť v domácom prostredí.
- Rodina často vníma hospitalizáciu ako priestor, z ktorého sa dieťa vracia úplne uzdravené – po ukončení hospitalizácie tak môže často absentovať následná ambulantná liečba.
- Klienti s PPP bývajú hospitalizovaní spoločne bez pozitívneho vzoru uzdravenia, čo môže priniesť vzájomné podporovanie sa v ochorení namiesto v uzdravení.

- Rýchly nárast hmotnosti bez dostatočného posunu vo vnímaní seba a svojho tela môže viesť k rýchlemu úbytku po návrate domov.
- Niektorí klienti môžu mať tendenciu sa do nemocnice opakovane vracať, keďže im nemocnica poskytuje bezpečné prostredie, ktoré si doma nevytvorili.
- V prípade detských a adolescentných klientov príde k odlúčeniu od rodiny, avšak rodina je v tomto veku a pri liečbe PPP kľúčová, rodičia nie sú pri tom, ako dieťa obnoví svoje stravovanie, a nezískajú potrebné zručnosti, môžu si v sebe niesť stigmu, že to nezvládli. Po návrate do domáceho prostredia, kde porucha dlhé mesiace vznikala a udržiavala sa, potom môže dôjsť k návratu pôvodného, chorobného správania (Matzová, 2021).
- Nemocničná liečba je krátkodobá, viac zameraná na uzdravenie fyziologických faktorov (hmotnosť, stravovanie) než na myslenie, psychický stav a podstatu ochorenia v mysli – samozrejme v závislosti od pracoviska.

Medikamentózna liečba PPP

Farmakologickú liečbu má na starosti psychiater, do ktorého kompetencii spadá nastavovanie vhodných medikamentov a usmernenie liečby. Predpisujúci lekár by mal monitorovať aj možné vedľajšie účinky daných liekov a ich bezpečné užívanie, najmä ak u klienta existuje riziko zneužívania.

Farmakoterapia bez psychoterapie či nutričnej terapie by nemala byť samostatnou formou liečby PPP a nemala by sa používať ako náhrada za psychoterapiu a podpornú starostlivosť. Farmakoterapia sa preto často používa len ako súčasť komplexnej liečby v prípadoch, keď na to existujú konkrétne indikácie alebo komorbidity.

Keďže býva medikamentózna liečba podpornou formou terapie v liečbe PPP, v Chuť žiť sa s predpisovanými liekmi pravidelne stretávame, a v niektorých prípadoch ich aj proaktívne odporúčame. Je preto dôležité poznať a rozumieť účinkom liekov, ktoré sa využívajú v liečbe PPP.

Vďaka znalosti:

- môžeme tak klientom a ich rodinným príslušníkom poskytnúť relevantné odborné informácie o farmakoterapii a edukovať ich, zmierniť ich obavy spojené s užívaním liekov,
- môžeme s lekármi lepšie a adresnejšie komunikovať, zdieľať si s nimi informácie, a efektívne spolupracovať na poskytovaní komplexnej starostlivosti pre klientov,
- je žiaduce, aby sme ako odborníci na výživu rozumeli tomu, ako farmakoterapia vplýva na príjem stravy, interaguje s jednotlivými zložkami stravy a ovplyvňuje psychický stav klientov.

Čo sa týka liečby MA, podľa odporúčaní APA (American Psychiatric Association) aj NICE (National Institute for Health and Care Excellence) farmakoterapia nie je v prvých štádiách ochorenia liečbou prvej voľby. Farmakoterapia je odporúčaná pre klientov, ktorý nereagujú na počiatočnú štandardnú liečbu, ktorou je nutričná rehabilitácia a psychoterapia (resp. poradenstvo). Symptómy ako porucha vnímania telesnej schémy, poruchy myslenia týkajúce sa príjmu potravy a sebaobrazu zvyčajne na farmakoterapiu nereagujú.

Pridanie nízkej dávky niektorých antipsychotík, napríklad olanzapínu, môže pomôcť akútne chorým klientom, ktorí nepriberú na hmotnosti napriek liečbe prvej línie (nutričná rehabilitácia a psychoterapia). Farmakoterapia je tu indikovaná aj za účelom zníženia úzkostných a depresívnych symptómov. Pri zahájení farmakoterapie sa odporúča začať s minimálnou dávkou, pretože klienti s nízkou hmotnosťou majú zvýšené riziko vedľajších účinkov (Matzová, 2021).

Na riadkoch nižšie uvádzame stručné informácie o obvyklých psychofarmakách a ich použití pri liečbe PPP.

Antipsychotiká

Termín antipsychotiká vystihuje hlavný očakávaný účinok týchto psychofarmák, ktorým je priaznivé ovplyvnenie porúch integrácie

psychických funkcií a procesov v zmysle prinavrátenia realistického (teda nie psychoticky skresleného) vnímania seba a vlastného tela (antipsychotický efekt). Všeobecne prijaté a klinicky relevantné je súčasné generačné rozdelenie antipsychotík (AP). Zaraďujeme ich do dvoch hlavných skupín: AP prvej generácie (AP1G, označované aj ako klasické) a AP druhej generácie (AP2G, označované aj ako atypické). Antipsychotiká pôsobia hlavne na konkrétny neurotransmiter v mozgu: dopamín. Neurotransmitery sú chemické prenášače v nervovej sústave, ktoré hrajú úlohu pri regulácii nálady, kognície a mnohých iných funkcií, ako je správanie, spánok či pamäť.

Antipsychotiká prvej generácie sú antagonisty dopamínových receptorov, čo znamená, že ich pôsobenie je antidopamínové a ich účinnosť je najlepšia, keď blokujú asi 72 % dopamínových receptorov D2 v mozgu. Patrí sem napríklad haloperidol. Antipsychotiká druhej generácie môžeme rozdeliť na selektívne antagonisty dopamínových receptorov (skupina substituovaných benzamidov), na antagonisty serotonín/dopamínových receptorov (SDA) a multireceptorové látky (MARTA). Antipsychotiká druhej generácie pôsobia tak, že taktiež blokujú D2 dopamínové receptory, no majú tiež antagonistický účinok na serotonínový receptor (Chokhawala, Stevens, 2023).

Olanzapín (napr. Zyprexa – patrí do skupiny multireceptorových látok)

Bol preskúmaný v indikácii liečby MA viac ako akékoľvek iné antipsychotiká. Okrem olanzapínu patrí do tejto skupiny psychofarmák aj kvetiapín či risperidón (Birmingham, Treasure, 2010). Viaceré randomizované štúdie naznačujú, že olanzapín je účinný pri obnovení primeranej hmotnosti. Okrem toho je liek všeobecne dobre tolerovaný, bez nežiaducich metabolických účinkov, ktoré sú často pozorované, keď je olanzapín predpísaný na iné poruchy vo vyšších dávkach. Pomáha pri zmierňovaní úzkosti z jedla a pri práci s Hlasom PPP (viac v kapitolách nižšie) .

Aripiprazol (napr. Abilify, patrí do skupiny AP druhej generácie)

Používa sa pri liečbe MA v prípadoch, keď sú u klienta prítomné silné psychotické alebo obsedantno-kompulzívne prvky.

Z ostatných druhogeneračných antipsychotík sa používa najčastejšie risperidon, najmä pri sebapoškodzovaní (prítomné u 30-40% pacientov). V literatúre je popisovaný i priaznivý efekt haloperidolu na zlepšenie náhľadu a úpravu hmotnosti u rezistentnej MA (nereagujúcej na liečbu) (Cassano et al., 2003).

Antipsychotiká by mali byť rezervované pre liečbu prípadov s hlbokými jadrovými príznakmi PPP, ktoré nie sú ovplyvniteľné psychoterapiou ani inou medikáciou. Najčastejší strach pri užívaní antipsychotík je u klientov s PPP strach z priberania, ktorý môže byť v určitej miere opodstatnený. Olanzapín môže zvyšovať apetít a zmierňovať úzkosť pri jedení, nevedie však k dramatickému prírastku hmotnosti. Je tiež dôležité mať na pamäti, že v prípade mentálnej anorexie a u ľudí s podváhou je hmotnostný prírastok v liečbe PPP nevyhnutný.

V prípade, že dôjde k diagnostického crossoveru (teda posunu na spektre PPP) od mentálnej anorexie k bulímii, zvyčajne sa z jeho predpisovania uberá. Je dôležité poukázať aj na to, že účinky antipsychotík na poruchy myslenia a na narušený obraz vlastného tela sú však porovnateľné s účinkami placeba a obvyklej režimovej liečby bez farmakoterapie (Matzová, 2021).

Vedľajšie účinky antipsychotík

Najčastejšími vedľajšími účinkami antipsychotík (môžu sa líšiť v závislosti od jednotlivých klientov a konkrétnych liekov, nie každá osoba musí zažiť všetky príznaky a ich závažnosť môže byť rôzna) zvyknú byť:

- únava a ospalosť,
- extrapyramídové symptómy,
- nespavosť alebo problémy so spánkom,
- znížená schopnosť koncentrácie,
- hormonálne problémy a znížené libido,
- metabolické a kardiovaskulárne vedľajšie účinky (zvýšená hladina cukru v krvi, zvýšený cholesterol, zvýšený krvný tlak),
- zvýšená citlivosť kože na slnko.

Antidepresíva

Antidepresíva sú lieky, ktoré pomáhajú zmierniť príznaky depresie a úzkosti, čiže tzv. emočných dekompenzácií. Niekedy sa používajú aj na liečbu iných stavov vrátane chronickej bolesti a porúch spánku. Tento typ liečiva je potrebné užívať dlhodobo (min. od pol roka do roka), plný terapeutický účinok lieku sa často prejaví až po niekoľkých týždňoch od začiatku liečby (často štyri až osem). Klientky budú možno musieť vyskúšať pod dohľadom svojej psychiatričky niekoľko rôznych druhov antidepresív, kým nájdu tie, z ktorých budú najviac benefitovať, keďže účinok týchto liekov treba hodnotiť pre každú osobu individuálne podľa jej symptómov a reagovania na liečbu. Antidepresíva účinkujú tak, že menia hladiny a aktivitu určitých druhov neurotransmiterov, vrátane:

- serotonínu, ktorý pomáha regulovať náladu, chuť do jedla, spánok a vnímanie bolesti,
- norepinefrínu, ktorý sa podieľa na stresovej reakcii tela a hrá úlohu pri regulácii nálady a bdelosti,
- dopamínu, ktorý je spojený s motiváciou, odmenou a potešením.

Rôzne typy antidepresív ovplyvňujú chémiu mozgu rôznymi spôsobmi. Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu (SSRI) sú najčastejšie predpisovaným typom antidepresív. Účinkujú tak, že zvyšujú hladiny serotonínu v mozgu. Vo všeobecnosti majú menej vedľajších účinkov ako iné typy antidepresív. Selektívne inhibítory vychytávania serotonínu (SSRI) sa odporúčajú pri PPP s cieľom prevencie relapsov a/alebo s cieľom zlepšenia komorbídnych psychiatrických symptómov (napr. depresia, úzkosť, obsedantno-kompulzívne symptómy). Bežné SSRI zahŕňajú fluoxetín, citalopram, sertralín, paroxetín a escitalopram. SSRI vykazujú účinnosť aj v udržiavacej fáze liečby PPP, i keď rekurencia symptómov je vysoká aj u medikovaných klientov (Almássyová, 2009).

Inhibítory spätného vychytávania serotonínu a norepinefrínu (SNRI) sú podobné SSRI, no pomáhajú regulovať náladu zvýšením

hladín serotonínu aj norepinefrínu. Bežné SNRI zahŕňajú venlafaxín a duloxetín.

Ďalšia skupina, atypické antidepresíva, fungujú inak ako SSRI a SNRI. Tieto lieky môžu byť predpísané, keď iné typy liekov nefungujú alebo spôsobujú nežiaduce vedľajšie účinky. Ľudia s určitými stavmi alebo genetickými faktormi môžu lepšie reagovať na atypické antidepresíva ako na iné typy antidepresív. Niektorí ľudia ich užívajú v kombinácii s SSRI alebo SNRI (Sheffler, Patel, Abdijadid, 2023). Tieto lieky zahŕňajú:

- Bupropion, ktorý tiež lieči sezónne afektívne poruchy a môže pomôcť ľuďom prestať fajčiť,
- Mirtazapín, ktorý sa niekedy predpisuje ľuďom, ktorí majú problémy so spánkom alebo stratili chuť do jedla v dôsledku depresie,
- Trazodón, ktorý sa tiež používa na liečbu nespavosti a úzkosti (nemáva negatívny dopad na sexuálne funkcie).

Staršie antidepresíva zahŕňajú tricyklické, tetracyklické a inhibítory monoaminooxidázy (MAOI). Tieto lieky sa predpisujú menej často ako iné lieky, pretože majú tendenciu spôsobovať viac vedľajších účinkov. Niekomu však fungujú lepšie (Sheffler, Patel, Abdijadid, 2023). Tricyklické antidepresíva mali v štúdiách vplyv len na zlepšenie symptómov depresie, v praxi sa používajú málo s ohľadom na toxicitu a riziko zneužitia na suicidálny pokus. Bupropion sa tiež napriek preukázanej účinnosti nepoužíva, pre zvýšené riziko kŕčových stavov. Viaceré štúdie porovnávajúce účinnosť SSRI resp. tricyklík s psychoterapiou (KBT), poukazujú na rovnakú účinnosť psychoterapie a medikácie, prípadne o niečo lepší efekt psychoterapie ako medikácie samotnej, a to v akútnej i v pokračujúcej fáze liečby mentálnej bulímie (Walsh a kol. in Almássyová, 2009).

U mentálnej bulímie sa predpokladá priama súvislosť medzi oslabenou kontrolou impulzov a primárnou poruchou v serotonínovom systéme. Zodpovedá tomu i lepšia účinnosť antidepresív v liečbe, bez ohľadu na to, či má osoba klinické symptómy depresie alebo

nie. V kontrolovaných štúdiách zameraných na redukciu zvracania a záchvatového prejedania sa bola preukázaná účinnosť fluoxetinu (Goldstein in Almássyová, 2009), sertralinu (Milano in Almássyová, 2009) a trazodonu (Pope in Almássyová, 2009).

Fluoxetín (napr. Prozac)

Môže byť prínosom pri prevencii relapsov, a to pre jeho účinok na náladu, pri MA aj pri MB. Bol zaznamenaný jeho dobrý efekt aj na stabilizáciu hmotnosti, najmä u klientov s reštrikčným typom MA s už primeranou hmotnosťou.

Citalopram (napr. Cipralex)

Je dobre tolerovaný a jeho použitie je spojené s významným zlepšením psychiatrickej symptomatiky u jedincov s už primeranou hmotnosťou.

Sertralín (napr. Zoloft)

Použitie sertralínu je spojené s významným zlepšením depresívnych symptómov a perfekcionizmu u klientov s MA s obnovenou hmotnosťou.

Mirtazapín

Použitie mirtazapínu nemá silné klinické dôkazy z randomizovaných, placebom kontrolovaných štúdií, prípadové správy však ilustrujú jeho možný prínos u mladých dospelých s MA a komorbídnou depresiou alebo úzkosťou v spojení s olanzapínom alebo psychoterapiou. Okrem toho jeho schopnosť znížiť produkciu kortizolu môže byť potenciálnym prínosom pre ľudí s MA.

Doteraz realizované klinické skúmanie nepotvrdilo efekt antidepresív konkrétne pri obnove primeranej telesnej hmotnosti u pacientov s MA (Birmingham & Treasure, 2010). Viaceré prehľadové štúdie zistili, že ani tricyklické antidepresíva, ani SSRI neboli dostatočne účinné na príznaky MA. Vo všeobecnosti nie je dostatok dôkazov o účinnosti SSRI u pacientov s podváhou na anorektické symptómy

a prírastok hmotnosti (Matzová, 2021). V súvislosti s poruchami príjmu potravy sú preferované inhibítory spätného vychytávania serotonínu, nakoľko majú menšiu toxicitu ako napríklad tricyklické antidepresíva a inhibítory monoaminooxidázy.

Vedľajšie účinky antidepresív

Pri užívaní antidepresív sa môžu objaviť nasledujúce vedľajšie účinky (líšia sa v závislosti od konkrétneho antidepresíva a od jednotlivých klientov, nie každá osoba musí zažiť všetky príznaky a ich závažnosť môže byť rôzna):

- gastrické ťažkosti, nevoľnosť a zvracanie,
- zvýšená nervozita alebo úzkosť,
- bolesti hlavy,
- ospalosť a znížená bdelosť,
- nespavosť, nepríjemné sny alebo iné problémy so spánkom,
- sexuálne problémy,
- v počiatočnom období liečby môžu zvýšiť riziko suicidálnych myšlienok,
- zvýšená citlivosť kože na slnko,
- zmeny v krvnom tlaku a zvýšené riziko krvácania.

Anxiolytiká

Anxiolytiká (napr. Lexaurin, Xanax, Neurol) môžu byť v individuálnych prípadoch vyhodnotené ako vhodné, najmä pri výraznej úzkosti pred stravovaním, ďalej na liečbu komorbidných úzkostných porúch alebo obsedantno-kompulzívnych príznakov spojených s PPP. Vzhľadom k ich návykovému potenciálu je však tieto lieky možné používať iba so zvýšenou opatrnosťou a len prechodne a na krátku dobu.

Vplyv liekov na stav výživy

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené príklady liekov a liekových skupín, ktoré majú metabolické nežiaduce účinky, ovplyvňujú telesnú hmotnosť alebo navodzujú patologické stavy tráviaceho traktu (Máchalová et al., 2016).

Dyslipidémia	• Neselktívne β-blokátory, β-blokátory bez ISA • Thiazidové diuretiká • Sľučkové diuretiká • Steroidné hormóny (GK, pohlavné) • Retinoidy • Inhibítory HIV-proteázy • Cyklosporín A
Prediabetes, dekompenzácia diabetu, maskovanie príznakov hypoglykémie	• Neselktívne β-blokátory • Glukokortikoidy • Thiazidové diuretiká • Sľučkové diuretiká
Zvýšenie telesnej hmotnosti, prípadne zvýšenie chuti k jedlu	• Atypické antipsychotiká typu multireceptorových antagonistov, tzv. MARTA (napr. olanzapín) • Tricyklické antidepresíva • Antihistaminiká I. generácie • Steroidné hormóny (glukokortikoidy, pohlavné hormóny)
Zníženie telesnej hmotnosti, prípadne zníženie chuti k jedlu	• Inkretínové mimetiká typu analóg GLP-1 • Metformín • Psychostimulanciá • Niektoré antidepresíva (napr. bupropión)

Zápcha	• Opioidné analgetiká • Antacidá s obsahom Al3+ • Anticholinergiká • Blokátory kalciových kanálov typu verapamil (antiarytmikum, antihypertenzívum) • Blokátory kalciových kanálov typu etosuximid (antiepileptikum) • Hypolipidemické živice • Prípravky k suplementácii Fe • Diuretiká • Celkové anestetika
Hnačka	• Širokospektrálne antibiotiká a chemoterapeutiká • Vysoké dávky Mg2+ • Orlistat, akarbóza (pri nedodržaní diéty) • Niektoré cytostatiká • Kolchicín
Zvracanie	• Prvé dávky opioidných analgetík • Niektoré cytostatiká • Progestíny
Nauzea, GIT (gastrointestinálny) dyskomfort	• Môžu sa vyskytnúť takmer u všetkých liečiv s nízkou frekvenciou výskytu
Lézie GIT	• Niektoré cytostatiká • Kolchicín • Nesteroidné protizápalové látky • Dlhodobo podávané glukokortikoidy

Vplyv výživy na účinok liekov

Podobne ako lieky môžu ovplyvňovať stav výživy, tak aj zložky stavy môžu vplývať na účinok užívaných liekov. Pri poskytovaní nutričného poradenstva klientom s PPP, ktorí pravidelne užívajú psychofarmaká je dôležité mať na pamäti interakcie medzi výživou a týmito liečivami. Informácie k dôležitým známym interakciám medzi liečivami a výživou sú dohľadateľné v SPC (súhrne charkteristických vlastnostií lieku). Pre príklad uvádzame niektoré interakcie zložiek stravy a liečiv, s ktorými sa môžeme stretnú u klientov s PPP:

- **Absorpcia liečiv a obsah žalúdka:** Je dôležité overiť, kedy a ako sa má dané liečivo užívať. Potrava v žalúdku, totiž môže môže ovplyvňovať ich absorpciu. Napríklad, niektoré lieky sa pre ich maximálnu efektivitu musia užívať nalačno.

- **Interakcia medzi železom a stravou:** U klientov s anémiou (narp. pri MA), ktorí suplementujú železo je dobré myslieť na potenciálne interakcie so stravou. Zatiaľ čo polyfenoly v káve a čaji môžu znižovať absorpciu železa, vitamín C a organické kyseliny môžu zvýšiť jeho absorpciu.

- **Interakcie SSRI:** Pri užívaní SSRI, je dobré myslieť na to, že patria medzi antidepresíva, ktoré inhibujú enzýmy cytochrómu P450, a tým spomaľujú metabolizmus iných liekov metabolizovaných týmto cytochrómom (napr. warfarín, opioidy, niektoré antibiotiká ako erytromycín) a môžu tak spôsobiť ich zvýšené hladiny v tele (riziko toxicity, predávkovania). Naopak napr. grapefruitový džús môže inhibovať niektoré enzýmy P450 a zvýšiť tak hladinu SSRI.

- **MAO inhibítory a tyramín:** Pri užívaní neselektívnych inhibítorov monoamidooxidázy (MAO), medzi ktoré patria aj niektoré antidepresíva (tranylcypromin, fenelzin, moklobemid), ktoré ovplyvňujú hladiny neurotransmitérov ako sú dopamín, noradrenalín a serotonín, je dôležité obmedziť príjem potravín s vysokým obsahom tyramínu. Tyramín je biogénny amín, ktorý sa vo väčších množstvách vyskytuje napr. v banánoch, fermentovaných potravinách, syroch, káve, čokoláde či červenom víne. Pri konzumácií potravín bohatých na tyramín

v kombinácii s inhibítormi MAO môže dochádzať k synergickému účinku a zvýšeniu absorbcie tyramínu, čo môže vyvolať bolesti hlavy, palpitácie, hypertenziu či zvýšenie diurézy.

KOMORBÍDNE OCHORENIA

PPP majú pomerne vysokú mieru komorbidity pričom niektoré autorky uvádzajú (Zibrínová et al., 2020), že až 97% hospitalizovaných ľudí s PPP je prítomný výskyt niektorej ďalšej psychiatrickej poruchy. Theiner (2011) uvádza, že najčastejšie ide o poruchu nálady, najmä unipolárnu depresiu, o úzkostnú poruchu alebo zneužívanie návykových látok. Prevalencia depresie ako komorbídnej diagnózy PPP je podľa niektorých štúdií nad 63 % (Lock & Le Grange, 2015). Depresívny syndróm sa pri mentálnej bulímii javí etiologicky podobný depresívnej poruche. Pri mentálnej anorexii je však etiológia odlišná. Príznaky sú síce podobné ako pri depresívnej poruche, sklesnutá nálada, sociálna izolácia, znížená energia a ochudobnenie záujmov, avšak depresia je tu prítomná dôsledkom hladovania (Theiner, 2011). Známky depresie sú zvyčajne výraznejšie podľa Krcha a kol. (2005) pri bulímii, kde sa udáva výskyt u 20-80 % prípadov.

Iní autori uvádzajú aj časté spojenie PPP s poruchami osobnosti, posttraumatickou stresovou poruchou, závislosťou na alkohole alebo iných návykových látkach, anxióznou poruchou a obsedantno-kompulzívnou poruchou (OCD) (Raboch & Zvolský, 2001). Podľa štúdie Rastama (in Paulinyová, Matzová, 2016) až 35 % klientov s mentálnou anorexiou trpí OCD. Za spoločný rys OCD a PPP považuje Krch a kol. (2005) vnútornú neistotu a nízke sebahodnotenie, ktoré posilňuje potrebu nadmernej kontroly nielen v jedle. Jedinci sa vnímajú ako neúspešný aj v smere diétnych obmedzení a to vedie k vyhýbaniu sa jedlu a ritualizácií správania sa pri jedle. Myšlienky na jedlo sú posilňované hladovaním a ritualizované správanie má slúžiť na zníženie úzkosti a k úniku pred týmito myšlienkami. Prejedenie sa,

ktoré nasleduje po hladovaní, len posilňuje pocit bezcennosti. U ľudí s mentálnou bulímiou sa vyskytuje skôr zneužívanie a závislosti od rôznych psychoaktívnych látok. Väčšina úzkostných a depresívnych príznakov je priamo spojená s obavami o postavu a telesnú hmotnosť (Zibrínová et al., 2020).

Pri PPP sa môže vyskytovať aj ADHD, zriedka pri anorexii, častejšie pri bulímií a najčastejšie sa objavuje pri záchvatovom prejedaní sa. Prítomné je aj sebapoškodzovanie, a to až v 25-55 % prípadov. Ide o maladaptívne správanie, ktoré je využívané pri riešení negatívnych pocitov, ako je hnev, depresonalizácia a tenzia. Najčastejšie ide o rezanie, pálenie sa, (nutkavé vytrhávanie si vlasov) a škrabanie sa do krvi. Hoci je sebapoškodzovanie definované ako aktivita, ktorá vedie k poškodeniu vlastného tela bez úmyslu zomrieť, zostáva významným prediktorom suicidálneho správania sa. Vyššia prevalencia tohto správania je celkovo u psychiatrických pacientov, preto je potrebné v rámci diferenciálnej diagnostiky vylúčiť ostatné poruchy (Bednárová et al., 2010).

Diagnóza záchvatového prejedania sa (BED) je často komorbidná s obezitou a následne je preto spojená s zdravotnými rizikami, vrátane diabetes typu 2 a arteriálnej hypertenzie (McCuen-Wurst et al., 2017). Aj z toho dôvodu je pri liečbe PPP potrebný multidisciplinárny prístup, ktorý zohľadňuje komorbiditu nie len psychický ale ale aj fyzických ťažkostí a/alebo ochorení.

MORTALITA A CHRONICITA PPP

PPP majú spoločne s látkovými závislosťami najvyššiu mortalitu spomedzi psychiatrických porúch (Chesney et al., 2014). Samotná mentálna anorexia má však najvyššiu úmrtnosť (Fichter & Quadflieg, 2016). Mortalita je uvádzaná v rozmedzí 3 – 18 %, pričom najčastejšie úmrtia sú suicídiá a zdravotné komplikácie ochorenia – najčastejšie náhla kardiálna smrť pri minerálnom rozvrate, respektíve kardiomyopatii (Herzog et al., in Almássyová, 2009). Aj z toho dôvodu

je kľúčové spozorovať symptómy ochorenia včas, keďže sa za pozitívny prognostický faktor považuje kratšia doba trvania ochorenia a adekvátna, včasná intervencia.

Medzi ďalšie rizikové somatické komplikácie dlhodobej podvýživy patria kardiologické zmeny, predovšetkým poruchy srdcového rytmu. Elektrolytová dysbalancia môže spôsobiť predĺženie QT intervalu a môže byť príčinou aj náhlej smrti. Výskumné práce skúmajúce dysfunkciu autonómneho nervového systému potvrdili poruchu sympatikovej regulácie srdcového rytmu (Papežová, 2010; Tonhajzerová & Javorka, 2008). Nebezpečné môžu byť aj poruchy vnútorného prostredia, ktoré sú spôsobené jednak ťažkou podvýživou, ale aj zvracaním. Vznikajú aj ako následok rýchlej realimentácie alebo ako následok abúzu diuretík. Medzi časté a typické rizikové zmeny patria aj zmeny funkcie endokrinných žliaz. Hladina gonadotropínov postupne klesá a to spôsobuje zastavenie pubertálneho vývoja, pokles hladiny estrogénov a následne amenoreu, ktorá je rizikovým faktorom osteopénie. Klesá trijódtyronín ako reakcia na pokles hmotnosti, a tým sa znižuje energetický výdaj. Straty žalúdočnej kyseliny spôsobenej zvracaním môžu viesť k metabolickej alkalóze a zneužívanie laxatív zase k metabolickej acidóze (Zipfel et al., in Treasure et al., 2003).

Medzi rovnako závažné patria aj psychické následky, a to predovšetkým porucha nálady. Pokiaľ depresívne prežívanie nepredchádza rozvoju PPP, rozvinie sa následkom podvýživy. To vedie k izolácii jedinca od rovesníkov aj od rodiny a prehlbuje sa odmietanie príjmu jedla (reštrikcia) alebo sa posilnia iné symptómy (zvracanie, záchvatové prejedanie a iné). Tak sa jedinec ocitne v bludnom kruhu a vzniká riziko suicidálnych myšlienok a následne aj suicidálnych tendencií (Paulinyová, Matzová, 2016).

NUTRIČNÉ PORADENSTVO V LIEČBE PPP

PPP predstavujú komplexné ochorenie, ktorého liečba si vyžaduje multidisciplinárny prístup zo strany viacerých odborníkov, nakoľko ovplyvňujú nielen fyzické, ale aj psychické a sociálne aspekty zdravia človeka. Nutričné poradenstvo je nevyhnutnou súčasťou liečebného procesu pri PPP, nakoľko PPP majú výrazný dopad na celkové fungovanie organizmu jedinca a menia aj jeho stravovacie návyky a vzťah k jedlu.

Je náročné v súčasnej situácii jednotne zadefinovať, aký odborník je kompetentný pracovať s takou špecifikou klientelou, ako sú ľudia s poruchami príjmu potravy. Je to z dôvodu aktuálne platnej legislatívy na Slovensku, ktorá z nášho pohľadu dostatočne nereflektuje mieru kvalifikácie potrebnú na poskytovanie odborných služieb v oblasti výživy, ale nereflektuje ani na potreby odborníkov pracujúcich mimo zdravotníctva a na klientov, ktorí tieto služby v oblasti výživy poskytované mimo zdravotníckeho systému potrebujú čerpať.

Z legislatívneho hľadiska, Národný inštitút zdravia definuje nutričné poradenstvo ako proces, pri ktorom zdravotník so špecializovaným vzdelaním v oblasti výživy pomáha ľuďom robiť zdraviu prospešné rozhodnutia pri výbere potravín a pomáha im formovať zdravé stravovacie návyky (Reiter & Graves, 2010). S poradenstvom ohľadom výživy sa môžeme na rôznych úrovniach stretnúť u lekárov, zdravotných sestier, trénerov a výživových poradcov. Nutričné poradenstvo, konkrétne "poradenská činnosť v oblasti zdravého životného štýlu a zdravej výživy" patrí na Slovensku medzi voľné živnosti, takže ho môže poskytovať prakticky každý človek s týmto oprávnením. Náš osobný názor je, že liečebná výživa a nutričné poradenstvo

u ľudí s rôznymi ochoreniami, a teda aj poruchami príjmu potravy, má patriť do rúk nutričných terapeutov, resp. nutričných špecialistov. Na nasledujúcich riadkoch sa pokúsime popísať, s akými profesiami sa človek môže v oblasti nutričného poradenstve stretnúť a aké sú medzi nimi rozdiely.

Nutričný terapeut

Je definovaný ako nelekársky zdravotnícky pracovník, ktorý je kompetentný poskytovať komplexnú nutričnú starostlivosť, vrátane vytvárania individuálnych nutričných plánov, ktoré zohľadňujú medicínske a psychologické aspekty klienta. Môže teda pracovať so zdravými aj chorými ľuďmi, vrátane ľudí s PPP. Profesne sa uplatňuje ako v nemocničnom prostredí, tak aj mimo zdravotníckeho zariadenia.

Na Slovensku je táto profesia podmienená dosiahnutím príslušného vzdelania – vysokoškolským vzdelaním prvého stupňa v odbore fyziologická a klinická výživa alebo úplným stredným odborným vzdelaním študijnom odbore asistent výživy. Nakoľko bakalársky študijný program na Slovensku vznikol len v roku 2016, mnohí nutriční terapeuti získali vzdelanie v Českej republike na lekárskych fakultách v Prahe, Brne, Českých Budějoviciach, Ostrave, pričom v Prahe a v Brne môžu absolventi pokračovať aj v nadväzujúcom magisterskom štúdiu. V anglicky hovoriacich krajinách je ekvivalentom vzdelávania štúdium programov ako “Dietetics” alebo “Dietetics and Nutrition” a absolventi sa označujú ako “registered dietitian”.

Absolventi iných vysokoškolských študijných programov zameraných na výživu

Označenie výživár špecialista, špecialista na výživu a dietetiku, nutricionista, nutričný vedec niekedy aj nutričný poradca používajú absolventi, ktorí dosiahli vysokoškolské vzdelanie v odbore Výživa ľudí alebo na zahraničných univerzitách v príbuzných výživárskych odboroch (Nutrition science, Regenerácia a výživa v športe). Nejde

síce o zdravotníkov, no absolventi disponujú rozsiahlymi vedomosťami o význame výživy pri formovaní zdravia človeka. V rámci nutričného poradenstva tak môžu sledovať a hodnotiť stav výživy človeka na základe fyziologických, genetických a metabolických funkcií, navrhovať výživové postupy výberom vhodných a nutrične hodnotných potravín.

Nutričný poradca

Vo všeobecnosti ide o osobu, ktorá poskytuje nutričné poradenstvo. Z legislatívneho hľadiska sa poradcom na výživu môže stať naozaj každý, keďže slovenský (ale aj český) živnostenský zákon neviaže živnosť nutričného poradcu na žiadne vzdelanie. Neznamená to, že nemôžeme naraziť aj na kvalitného a erudovaného nutričného poradcu s odborným vzdelaním a dlhodobou praxou, no je potrebné brať ohľad na to, že kvalita úrovne vedomostí sa môže medzi nutričnými poradcami diametrálne líšiť. Mnohí z nutričných poradcov na Slovensku svoje znalosti zväčša nezískali vysokoškolským štúdiom, ale prostredníctvom rôznych víkendových alebo niekoľkomesačných kurzov, v ktorých nie je možné pokryť komplexné 3 – až 5-ročné vzdelávanie v oblasti ľudskej fyziológie, biochémie, klinickej a liečebnej výživy, tak ako je to u nutričných terapeutov alebo iných vysokoškolských výživárskych odborov. Nutriční poradcovia sú teda kompetentní poskytovať všeobecné rady o zdravom stravovaní a životnom štýle zdravej populácie, nesmú však modulovať diéty a výživové programy v populácií s rôznymi ochoreniami, s poruchami výživy či rôznymi metabolickými poruchami, vrátane klientov s PPP. Ako nutričný poradca sa však môže označovať aj človek s vysokoškolským vzdelaním, ktorý poskytuje nutričné poradenstvo v rámci živnosti mimo zdravotníckeho zariadenia. V skratke sa dá sa povedať, že všetci nutriční terapeuti sú aj výživovými poradcami, ale nie všetci nutriční poradcovia sú nutričnými terapeutmi. V prípade, že nutričný poradca nemá vysokoškolské vzdelanie v oblasti výživy a nešpecializuje sa na PPP, je vhodné, aby odporučil svojich klientov s PPP na kvalifikovaných nutričných terapeutov, prípadne odborníkov na výživu s vysokoškolským vzdelaním špecializujúcich sa na PPP.

Kvalifikácia nutričného špecialistu v liečbe PPP – naše odporúčanie

Vychádzajúc z našich skúseností zo spolupráce s klientmi s PPP je naším odporúčaním, aby vzhľadom na komplexnosť PPP s touto symptomatikou pracovali len kvalifikovaní odborníci, ktorí dokážu zabezpečiť bezpečnú, účinnú a citlivú starostlivosť založenú na overených postupoch (evidence-based medicine). Z nášho pohľadu sa preto jedná o nutričného terapeuta, respektíve nutričného špecialistu s ukončeným vysokoškolským vzdelaním prvého, respektíve druhého stupňa v oblasti výživy a dietetiky (ideálne v odbore Nutričný terapeut), a praxou v zdravotníckom alebo nezdravotníckom zariadení, kde mohol absolvovať supervíziu a pracovať v tíme (aj skúsenejších odborníkov).

Veľkým prínosom, ktorý zvyšuje efektivitu spolupráce klienta s PPP a odborníka, je špecializácia odborníka na tému PPP, zastrešenie odbornej organizácie, spolupráca s ďalšími odborníkmi v rámci multidisciplinárneho tímu a prípadné znalosti a zručnosti z oblasti psychológie.

POŽIADAVKY NA ODBORNOSŤ A PREDPOKLADY PRE PRÁCU S KLIENTOM S PPP

V rámci tejto metodiky budeme používať termín “nutričný špecialista” ako označenie pre človeka s vysokoškolským vzdelaním v oblasti výživy, tj. nutričných terapeutov a absolventov vysokoškolského štúdia v príbuzných výživárskych odborov, ktorí sa špecializujú na PPP (v Českej republike ide o pomenovanie magisterského odboru, ktorý nadväzuje na bakalársky študijný program Nutriční terapie.)

Nutriční špecialisti poskytujúci nutričné poradenstvo osobám s PPP, nesú zodpovednosť za adekvátne a odborné vedenie poradenského procesu. Táto práca vyžaduje patričné vzdelanie v oblasti výživy, ale zároveň musí nutričný špecialista disponovať aj osobnostnými predpokladmi pre prácu s klientmi a prácu v multidisciplinárnom tíme.

Predpoklady pre prácu nutričného špecialistu:

- Má ukončený minimálne I. stupeň vysokej školy v odboroch ako nutričný terapeut, výživa ľudí alebo príbuzné odbory spojené s výživou.
- Rozumie výžive človeka z viacerých uhlov pohľadu. Má základné znalosti o anatómii, fyziológii a biochémii človeka. Vie klientom vysvetliť a edukovať ich o témach súvisiacich s metabolizmom, fyziologickým fungovaní organizmu a zmenami súvisiacimi s poruchami príjmu potravy.
- Je schopný vyhodnotiť nutričný stav a nutričné potreby klienta a zostaviť adekvátny nutričný plán, prípadne jedálniček na mieru, v závislosti od zdravotného stavu a potrieb klienta.
- Vyzná sa v liečebnej výžive. Vie adekvátne upraviť jedálniček klienta na základe jeho momentálnych nutričných potrieb, zdravotných a stravovacích obmedzení tak, aby strava spĺňala jeho energetické a nutričné nároky.
- Orientuje sa v potravinách, má znalosti o ich výrobe, mikrobiológii a technológii prípravy pokrmov. Dokáže klienta edukovať o výbere a nakupovaní potravín, správnom zaobchádzaní s potravinami a poskytnúť mu užitočné tipy a rady ohľadom pestrého a vyváženého jedálnička.
- Má dôkladne naštudovanú tému PPP. Dokáže zvoliť správny prístup k práci s klientom na základe špecifík jednotlivých diagnóz na spektre PPP.
- Má otvorený postoj k novým informáciám a vedeckým poznatkom z oblasti výživy. V prípade potreby si dokáže vyhľadať relevantné

informácie, vyhodnotiť ich a zakomponovať ich do individuálneho poradenstva pri klientovi so špecifickými nárokmi a potrebami.

- Je dôležité, aby nutričný špecialista v rámci poradenstva prejavoval empatiu a volil láskavý prístup voči klientom a ich rodinám. S klientmi by mal komunikovať profesionálne, zrozumiteľne a s úctou. Mal by sa snažiť pochopiť osobné skúsenosti klienta, jeho obavy a osobné ciele, a prispôsobiť im vedenie nutričného poradenstva.
- Je schopný spolupracovať v rámci multidisciplinárneho tímu a komunikovať s ostatnými členmi tímu, predovšetkým pokiaľ klient navštevuje viaceré typy poradenstiev zároveň. Nutričný špecialista by mal zároveň javiť záujem o progres svojho klienta a v prípade potreby využiť možnosť poradiť sa s kolegami a nadriadenými v rámci intervíznych stretnutí alebo so supervízormi na supervíznych stretnutiach.
- Vie spolupracovať s klientmi rôznych vekových kategórií. Okrem individuálnych konzultácií dokáže viesť aj konzultácie napr. s rodičom, partnerom či inou blízkou osobou klienta.
- V prípade krízových situácií dokáže zachovať pokoj a pohotovo reagovať, prípadne odkázať klienta na vhodnú formu pomoci.
- Nutričný špecialista je objektívny a nezávislí odborník, ktorý vychádza z evidence-based informácií. Nesmie uprednostňovať žiadne konkrétne diéty, produkty alebo značky, pokiaľ to nie je konkrétne odôvodnené potrebami klienta (napr. doporučenie vhodného druhu sippingu a pod.).
- Mal by vždy konať v najlepšom záujme svojich klientov a dodržiavať vysoké etické štandardy (napr. príslušný Etický kódex organizácie, v ktorej pracuje).

MULTIDISCIPLINÁRNY PRÍSTUP V LIEČBE PPP

Multidisciplinárny prístup v liečbe porúch príjmu potravy je široko uznávaný a považovaný za najlepšiu prax. Tento prístup zahŕňa zapojenie viacerých odborníkov vrátane psychiatra, psychológa, psychoterapeuta, nutričného špecialistu, peer konzultanta, sociálneho pracovníka príp. odborníkov ďalších lekárskych odborov (gastroenterológ, pediatra, endokrinológa, oftalmológ, dermatológ a pod.). Každý člen liečebného tímu má stanovené kompetencie a oblasti, na ktoré sa v rámci liečby PPP zameriava, no existujú aj prekrývajúce sa oblasti v ktorých sa jednotlivé profesie v rámci liečby prelínajú.

a) Nutričná podpora

Nutričné poradenstvo je dôležitou súčasťou komplexnej liečby PPP. Nutričný špecialista, ktorý pracuje s ľuďmi s PPP, by mal mať vyštudovanú vysokú školu v oblasti výživy a prax s danou klientelou. Absolvovaný kurz (alebo viac kurzov) v téme výživy z nášho pohľadu nepovažujeme za dostatočné vzdelanie, ktoré by človeka oprávňovalo poskytovať odborné služby v oblasti výživy a stravovania. Je tiež vhodné, aby odborník pracujúci s klientelou s PPP nebol viazaný na žiadny výživový produkt alebo značku s doplnkami výživy a rovnako ich nepredával klientom ako súčasť jedálničkov alebo balíčkov. Keďže PPP sú spojené s narušeným stravovaním (reštrikcia, kompenzácie a iné), nutričný špecialista sa zameriava na komplexnú nutričnú rehabilitáciu – od energetického príjmu, cez obnovenie telu primeranej hmotnosti, až po usmernenie a edukáciu súvisiacu s úzkosťou so stravovaním a prísnymi stravovacími pravidlami. Spolupráca s ním zahŕňa aj riešenie rôznych zdravotných komplikácií s tým spojených, ako nafukovanie, bolesti brucha, pravidelné vyprázdňovanie a pod. Nutričný špecialista tiež edukuje, pomáha rozširovať jedálniček o spektrum potravín, ktoré človek v dôsledku ochorenia obmedzil.

b) Psychologická pomoc

Psychologická podpora je dôležitou súčasťou v liečbe PPP práve preto, že vytvára bezpečné a dôverné prostredie, v ktorom sa človek učí rozpoznávať a pracovať s Hlasom choroby (ktorý je pri PPP často prítomný) a hľadá v prítomnosti odborníka spôsoby, ako zvládať úzkosť z príjmu potravy či výčitiek, ktoré potom prichádzajú. Taktiež je to odborník, ktorý spolupracuje s daným jedincom na identifikovaní maladaptívnych foriem copingových stratégií a spoločne hľadajú spôsoby, ako ich nahradiť za užitočné a bezpečné spôsoby vyrovnávania sa so záťažou či negatívnymi emóciami. Požiadavka na kvalitu psychológa v kontexte liečby PPP je najmä absolvovanie dlhodobého psychoterapeutického výcviku a praktická skúsenosť v tejto problematike. Z našej skúsenosti vyplýva, že je pre klientov dôležité spolupracovať s odborníkom, ktorý sa v problematike PPP orientuje, nakoľko im to prináša pocit porozumenia, zvyšuje bezpečie a dáva nádej k zmene. Samotná spolupráca je tiež efektívnejšia, nakoľko má odborník nástroje na prácu s danou problematikou. Kľúčová je však najmä dôvera a vzťah medzi odborníkom a klientom.

Ak klient nemá finančné prostriedky na súkromného odborníka poskytujúceho dlhodobé psychologické poradenstvo a/alebo psychoterapiu, je vhodné mu predstaviť alternatívne riešenia. Jedným z nich, v prípade maloletých klientov, môžu byť psychológovia v Centrách poradenstva a prevencie, ktorí sú hradení štátom. Druhou možnosťou pre maloletých ale aj dospelých klientov sú klinickí psychológovia, ktorí majú zmluvu so zdravotnými poisťovňami. To, či má daný odborník s poisťovňou zmluvu, si môžeme overiť na webovej stránke odborníka alebo pri jeho telefonickom/mailovom oslovení. Ďalšou z možností sú služby v Chuť žiť, napríklad program dlhodobého psychologického poradenstva, ktoré je dostupné aj v nízkonákladovom variante.

c) Psychiatrická pomoc

Psychiater je vyštudovaný lekár. V ambulantných podmienkach pri každom pacientovi individuálne posúdi, aká diagnóza najlepšie vystihuje jeho problém, a nastaví potrebnú liečbu. Na rozdiel od psychológa môže psychiater predpísať aj lieky (medikamentóznu liečbu), pokiaľ je to pre liečebný proces potrebné. Po prvom úvodnom vyšetrení nasledujú krátke kontroly v určitých intervaloch a usmerňovanie v liečbe. Pri PPP prebieha aj pravidelná kontrola hmotnosti. Psychiater je zároveň odborník, ktorý dokáže odporučiť po zvážení aktuálneho stavu hospitalizáciu alebo pre maloletých klientov aj denný psychiatrický stacionár v NÚDCH (Národný ústav detských chorôb), ktorý je zameraný priamo na liečbu PPP. Maloletú osobu s PPP môže na liečebný pobyt do stacionára odoslať pedopsychiater a po hospitalizácii alebo priamo z ambulancie po vyšetrení (Smikalova, 2022).

d) Ďalšie podporné možnosti: peer podpora a podporné skupiny

Psychologická, psychiatrická a nutričná podpora tvoria základ liečby PPP. Liečba však môže byť v určitých okamihoch náročná, a preto je vhodné zaradiť aj iné formy podpory, ktoré sú však voliteľné a závisí na jednotlivcovi, či sa pre niektoré z nich rozhodne.

Medzi podporné formy pomoci zaraďujeme peer podporu alebo rovesnícku podporu, ktorú poskytuje peer konzultant s vlastnou skúsenosťou s liečbou z PPP a čerpaním odbornej pomoci. Peer používa svoju skúsenosť s uzdravením k podpore ďalších klientov a posilňuje ich motiváciu k liečbe a nádej, že aj s obmedzeniami, ktoré môžu prameniť z duševného ochorenia, sa dá žiť spokojný a plnohodnotný život.

Peer nie je odborník, je expert na svoju skúsenosť. S témami, ktoré klient prináša, nepracuje v hĺbke psychoterapie ani poradenstva, ale podporne, rovesnícky a prípadne edukačne. Zdieľa svoj pohľad a skúsenosť s liečbou a uzdravením, ktorá je unikátna. Odhaľuje klientovi zo svojho života viac, než psychológ. V spolupráci s klientom

poskytuje primárne podporu, posilňuje silné stránky, motiváciu a kompetencie klienta. Je podporným článkom liečby, nie jednou z hlavných foriem liečby. Peer konzultant by mal pracovať ako súčasť multidisciplinárneho tímu, resp. mať zázemie odbornej organizácie. Na vykonávanie práce peera je tiež potrebné mať absolvované vzdelávanie, ktoré v súčasnosti nie je inštitucionalizované a býva v rukách organizácií, ktoré takúto formu pomoci poskytujú a garantujú svojich spolupracovníkov. Peer podporu je možné využiť aj v Chuť žiť, kde peerom poskytujeme pred nástupom na pozíciu potrebné vzdelávanie.

Ďalšou podporou možnosťou sú podporné skupiny zamerané na ľudí s PPP. Na skupinách sa v bezpečnom prostredí stretávajú ľudia, ktorých spája podobná skúsenosť, chcú sa vzájomne spoznať a podporovať. Cieľom skupiny je viesť účastníkov k porozumeniu svojho správania, k sebaobjavovaniu, podporiť vnímanie vlastnej sebahodnoty, silných stránok a schopností žiť plnohodnotný, kvalitný život v uzdravení. Prostredníctvom zdieľania je možné sa navzájom inšpirovať. Pokiaľ skupinu vedie psychoterapeut, je možné skupinu viesť a pracovať s ňou aj terapeuticky, nielen podporne. Skupiny ponúkame aj my v Chuť žiť a je možné navštevovať ich osobne v Bratislave alebo online. O všetkých službách je možné sa informovať na našej webovej stránke. Podporná ani terapeutická skupina nenahrádzajú psychiatrickú, psychoterapeutickú ani nutričnú pomoc a je len podporným doplnkom v komplexnej liečbe.

PRÁCA A HRANICE NUTRIČNÉHO ŠPECIALISTU V LIEČBE PPP

Práca nutričného špecialistu zahŕňa individuálne nutričné poradenstvo, kde nutričný špecialista poskytuje pomoc a podporu ľuďom s PPP a ich rodinám pri nastavovaní a obnovovaní normálneho stravovacieho režimu. Úlohou nutričného špecialistu je zhodnotiť

nutričný stav klienta a na základe anamnestických informácií stanoviť nutričný problém, identifkovať jedho príčinu a následne stanoviť nutričný plán a plánovať jednotlivé intervencie, ktoré majú u klienta viesť k dosiahnutiu a udržaniu zdravej telesnej hmotnosti, nastavení dostatočného, vyváženého a udržateľného stravovacieho režimu bez výčitiek a úzkosti, ktorá ľudí s PPP často sprevádza. Nutričný špecialista s klientom pracuje aj na zlepšení vzťahu k jedlu a pomáha mu rozvíjať zdravý vzťah k telu. Výsledky poradenstva pritom priebežne monitoruje a vyhodnocuje ich účinnosť, na základe čoho následne upravuje nutričný plán.

Keďže všeobecným cieľom pri liečbe PPP je vytvárať sieť, resp. tím odborníkov, nutričný špecialista proaktívne komunikuje s ďalšími odborníkmi, ktorí sa angažujú v liečbe klienta. Tiež sa prepája s rodinnými príslušníkmi a lekármi – primárne psychiatrom. Táto multidisciplinarita zefektívňuje liečbu a prináša benefit ako pre klienta, tak pre odborníkov.

Je dôležité, aby nutričný špecialista poznal svoje kompetencie a rešpektoval svoje profesné hranice, nakoľko mnohé témy sa môžu prelínať s témami v psychoterapii, napr. otázka sebaobrazu a vzťahu k svojmu telu. V prípade, že klient do poradenstva prináša psychologické témy nesúvisiace so stravovaním, je potrebné klienta nasmerovať na vhodného odborníka v rámci psychologického poradenstva a po vypočutí rozhovor presmerovať na témy nutričného poradenstva (Herrin & Larkin, 2013). Rovnako v kompetencii nutričného špecialistu nie je diagnostika PPP. Stanovenie diagnózy na spektre PPP je úlohou psychiatra.

Nutričný špecialista môže byť prvým odborníkom, ktorý rozpozná u klienta symptomatiku PPP alebo ho osoba s PPP osloví. V tomto prípade je dôležité, aby klienta nasmeroval na ďalších odborníkov a nepôsobil v procese liečby samostatne, ale v rámci multidisciplinárneho tímu (Reiter & Graves, 2010).

SPOLUPRÁCA S KLIENTOM S PPP

PRVOTNÝ KONTAKT S KLIENTOM S PPP

PPP sa môžu objaviť v rôznych prostrediach a ovplyvniť rôzne demografické skupiny. Existujú však určité populačné skupiny, u ktorých sa s PPP môžeme stretnúť s vyššou pravdepodobnosťou. Podozrenie na ochorenie môže vysloviť napríklad rodič, partner, psychológ, pedagóg v škole, športový tréner, všeobecný lekár či iný špecialista (napr. endokrinológ, gastroenterológ, gynekológ, pediater, internista). Pri práci v odvetví, kde môžeme prichádzať do styku s ľuďmi s PPP, je dôležité vedieť, ako tieto stavy rozpoznať a ako postupovať. Včasné rozpoznanie je totiž kľúčom k úspešnej liečbe.

Športovci a profesionálni športovci:

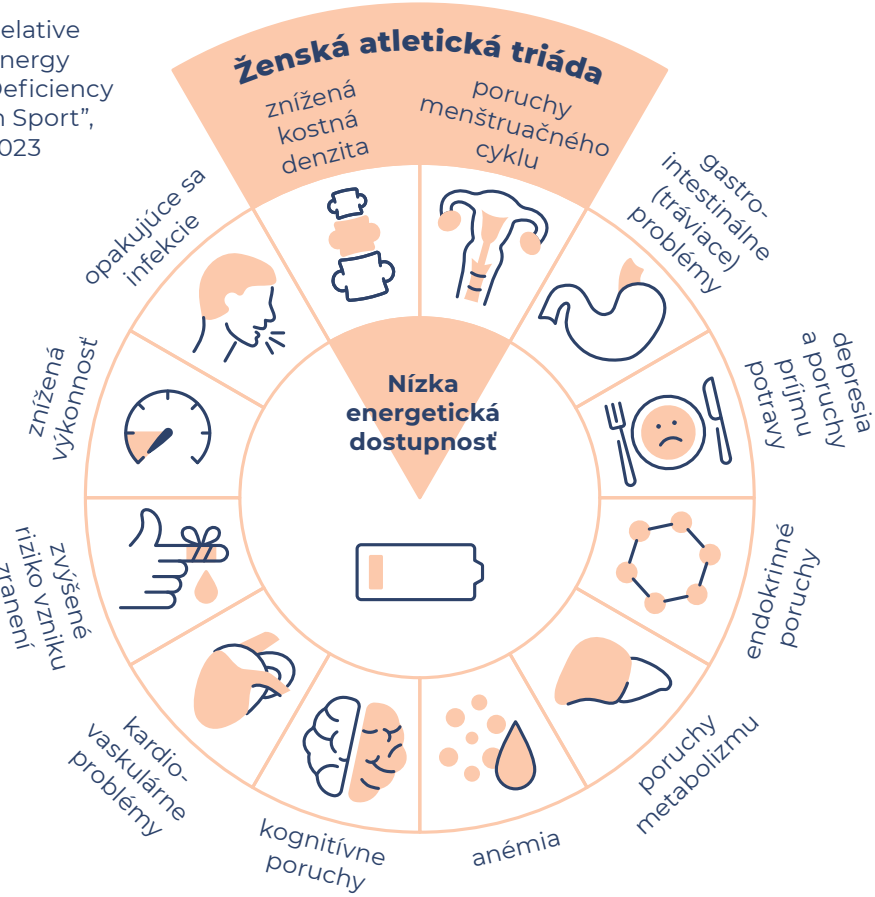
Športovci môžu byť vystavení vyššiemu riziku vzniku PPP kvôli vlastnostiam, ktoré im v športe pomáhajú dosahovať dobré výsledky, (perfekcionizmus, konkurencieschopnosť, zameranie na výkon) a dôrazu na nízku telesnú hmotnosť. Odhady prevalencie PPP u športovcov sa pohybujú od 1% až po 62% medzi športovkyňami a 0%-57% medzi športovcami. Určité stravovacie špecifiká a kontrola telesnej hmotnosti je bežnou súčasťou viacerých športových disciplín, no niektoré praktiky môžu predstavovať pre atlétov zdravotné riziko. Cieľom nutričného poradenstva u športovcov je zabezpečiť optimálny príjem potravy a tekutín (Reiter & Graves, 2010).

Za rizikové skupiny športovcov sa považujú najmä:

- **estetické športy:** ako je tanec, krasokorčuľovanie, gymnastika, potápanie, synchronizované plávanie
- **vytrvalostné športy, tzv. "lean sports"** (s tlakom na dosiahnutie a udržanie nízkej telesnej hmotnosti): atletika, cyklistika, plávanie, veslovanie, rýchlokorčuľovanie, lyžovanie
- **športy s hmotnostnými kategóriami:** zápasenie, karate, judo (Mancine et al., 2020)

Relatívna energetická nedostatočnosť v športe

"Relative Energy Deficiency in Sport", 2023



Ženská atletická triáda a RED-S

U športovkýň sa môžeme stretnúť s pojmom „ženská atletická triáda“. Prvýkrát bola popísaná v roku 1992 American College of Sports Medicine. Tento syndróm je špecifický len pre ženy a zameriava sa na prepojenie medzi:

- nízka energetická dostupnosť (nedostatočný príjem energie zo stravy, ktorý nepokrýva zvýšené energetické nároky organizmu, nedostatočný príjem stravy, reštrikcia v stravovaní, s alebo bez PPP),
- poruchami menštruačného cyklu (oligomenorrhea alebo amenorea) ,
- zníženou kostnou denzitou (osteopénia alebo osteoporóza, analogicky ako pri MA).

Tento stav vzniká, keď energetický príjem športovkyne nie je dostatočný na podporu vysokého energetického výdaja potrebného na zvládanie tréningovej záťaže a udržanie normálnej fyziologickej funkcie organizmu. Ženská atletická triáda predstavuje pre športovkyne zdravotné riziko, pričom neliečený stav môže mať dlhodobé následky na kostné zdravie (napr. vyššie riziko vzniku únavových zlomenín), reprodukčné funkcie a celkové zdravie (VanBaak & Olson, 2016).

V súčasnosti bol pôvodný koncept ženskej atletickej triády na základe nových vedeckých poznatkov prehodnotený a rozšírený na obšírnejší a komplexnejší pojem “syndrómom relatívnej energetickej nedostatočnosti v športe” (RED-S), ktorý bol prvýkrát predstavený v roku 2014 expertnou skupinou Medzinárodného olympijského výboru nasledovne: “Syndróm RED-S označuje narušenie fyziologických funkcií organizmu, ktoré je spôsobené relatívnym nedostatkom energie. Zahŕňa, okrem iného, abnormality metabolizmu, menštruačných funkcií, zdravia kostí, imunitného systému, syntézy endogénnych bielkovín či kardiovaskulárneho zdravia a jeho etiologickým faktorom je nízka energetická dostupnosť.” (Mountjoy et al., 2014). Tento syndróm sa týka ako športovkýň, tak aj športovcov a zahŕňa široké spektrum zdravotných a výkonnostných problémov spôsobených nízkou energetickou dostupnosťou (LEA), či už s úbytkom telesnej hmotnosti alebo bez neho.

Odborníci rozšírením pôvodného konceptu triády uznali, že problémy s nízkou energetickou dostupnosťou sa týkajú oboch pohlaví a majú dopad nielen na reprodukčné zdravie a kostnú hustotu, ale zahŕňajú aj ďalšie aspekty zdravia ako sú metabolické procesy, imunitná funkcia, kardiovaskulárne, reprodukčné a psychologické zdravie, gastrointestinálne problémy a má vplyv aj na zníženie výkonnosti, vytrvalosti a schopnosti regenerácie (Mountjoy et al., 2015).

Oba stavy si u športovcov vyžadujú komplexný a multidisciplinárny prístup k liečbe a prevencii, ktorý zahŕňa adekvátny príjem energie, odborné poradenstvo a monitorovanie zdravotného stavu jednotlivca. Liečba je podobná ako pri reštriktívnych poruchách príjmu potravy a je zameraná na zvýšenie energetického príjmu potravy a zníženie energetického výdaja (Lampert et al., 2020).

Tréneri môžu zohrávať kľúčovú úlohu v identifikácii PPP u športovcov. Mnohokrát trávia so zverencami veľa času, majú vybudovaný dôverný vzťah a poznajú údaje o telesnej hmotnosti, fyzickej kondícii, psychickom rozpoložení a často aj stravovacích zvyklostiach svojich športovcov.

Čo môže spraviť tréner?

1) Začať prehodnotením vlastných postojov a predsudkov voči telesnej hmotnosti, vzhľadu, telesnému obrazu a presvedčeniach ohľadom výživy. Je dôležité, aby vlastné presvedčenia, neovplyvňovali spôsob interakcie so zverencami.

2) Rozširovať svoje vedomosti, aby vedel svojim zverencom odborne, bezpečne a citlivo komunikovať tému zdravej telesnej hmotnosti a nasmerovať ich v správnych stravovacích návykoch. Ideálne je do tímu zapojiť aj kvalifikovaného nutričného poradcu.

3) Pred odporúčaním chudnutia, diskutovať o ďalších možnostiach, ktoré môžu zlepšovať športový výkon. Ak je potrebné stanoviť cieľ pre chudnutie, mal by byť stanovený pod dohľadom lekára lebo nutričného špecialistu. Chudnutie by len zriedka malo byť jediným cieľom, vždy je potrebné dať ho do kontextu. U dospievajúcich neodporúčame stanovovať hmotnostné ciele pre chudnutie.

4) Vyhnúť sa kritickým poznámkam týkajúcim sa hmotnosti alebo vzhľadu, nakoľko to môže negatívne vplývať na vzťah športovca k vlastnému telu a potenciálne zvyšovať riziko vzniku PPP.

5) Vyhnúť sa verejnému váženiu športovcov. Keď je monitorovanie hmotnosti nevyhnutné, malo by sa odohrávať v súkromí a téma hmotnosti by mala byť komunikovaná citlivo a odborne, ideálne za prítomnosti lekárskeho alebo nutričného personálu.

6) Vzdelávať sa v oblasti výživy a PPP a byť si vedomý rizikových faktorov, byť schopný zaznamenať symptómy, ktoré môžu poukazovať na problematický vzťah k jedlu alebo signalizovať PPP.

7) Vytváranie podporného a dôverného vzťahu so zverencami, ktorý umožňuje zdieľanie ťažkostí a obáv vplýva na celú osobnosť športovca, na jeho fyzickú aj psychickú pohodu. (Plateau, 2020; Edinburgh University Sports Union., n.d.)

Zmeny u športovcov, ktoré môžu súvisieť s PPP (Bonci et al., 2008):

- fyzické zmeny: vypadávanie vlasov, amenorrhea alebo poruchy menštruačného cyklu, stresové zlomeniny, spomalený rast alebo výrazný úbytok či zmeny na hmotnosti...
- zbytočné dodržiavanie striktných diét (nejde o úpravy stravovania, ktoré sú potrebné pre zabezpečenie športového výkonu či zdravia)
- vynechávanie jedál, zmenšovanie porcií, neopodsatnené vynechávanie niektorých skupín potravín, odmietanie spoločného stolovania s tímom, jedenie osamote alebo v tajnosti, prejedanie sa
- dôkazy o vracaní nesúvisiaceho s chorobou, nadmerné používanie toalety alebo "zmiznutie" na toaletu krátko po jedle
- pravidelné užívanie laxatív či diuretík bez odporúčania lekára, zneužívanie legálnych, ilegálnych a iných látok či liečivých prípravkov
- perfekcionizmus, obsesívne zameranie na dosahovanie športových výsledkov za každú cenu
- úbytok telesnej hmotnosti, vyjadrovanie strachu z nárastu hmotnosti

a fixácia na štíhlosť, porovnávanie sa so spoluhráčmi alebo inými športovcami, kritické hodnotenie vlastnej telesnej hmotnosti a postavy aj v prípade, že je športovec štíhly, odmietanie pribrať na základe odporúčaní lekára

- nezvyčajné správanie pri vážení, jeho odmietanie alebo naopak nadmerné váženie sa
- excesívne cvičenie nad rámec odporúčaní či na úkor regenerácie, školy a iných aktivít, cvičenie napriek zraneniu
- zmena v sociálnom správaní z otvoreného a pozitívneho do uzavretého, zámerné vyhýbanie sa spoločenským udalostiam (spojených predovšetkým s jedlom)
- depresia, nespavosť, neschopnosť oddychovať

V prípade, že tréner nadobudne podozrenie či obavy, že by sa športovca mohli týkať PPP, nemal by sa pokúšať diagnostikovať alebo liečiť športovca sám. Komunikovať so športovcami o podozrení na problém s PPP môže byť pre trénerov náročné, nakoľko ide o veľmi osobnú záležitosť. Pri komunikácii môže byť užitočné:

- **Konať včas:** Nečakať kým sa príznaky zhoršia, byť pripravený na možnosť, že športovec bude problém popierať a že sa problém môže časom zintenzívniť.
- **Pristupovať priamo:** Byť úprimný, môže byť užitočné vyhnúť sa použitiu termínu „porucha príjmu potravy“, ale namiesto toho sa v rozhovore zamerať skôr na príznaky, ktoré vyvolávajú obavy a majú negatívny dopad na zdravie a mentálnu pohodu športovca.
- **Postupovať dôverne:** Svoje obavy a pozorovania zdielať priamo so športovcom alebo jeho zákonným zástupcom. Rešpektovať súkromie športovca a informácie nerozširovať medzi ostatných členov tímu bez vedomia danej osoby.
- **Byť podporný:** Nasmerovať športovca na všeobecného lekára, ktorý vykoná vstupné vyšetrenie, vylúči možnú somatickú príčinu a prípadne odporučí vyhľadať psychiatra. Vhodné tiež môže byť

nasmerovať športovca na organizáciu zaoberajúcu sa PPP, napr. Chuť žiť či Anabell.

Pokiaľ športovec odmieta vyhľadať odbornú pomoc a jeho stav sa zhoršuje, bude potrebné vylúčiť ho z účasti na tréningoch a súťažiach. Rozhodnutie o vyhľadaní odbornej pomoci však musí učiniť sám (Plateau, 2020; Edinburgh University Sports Union., n.d.).

Deti, dospievajúci a mladí dospelí:

Veková skupina medzi pubertou a ranou dospelosťou je obzvlášť náchylná k rozvoju PPP. Podľa najnovších údajov zo štúdie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ktorá sa každé štyri roky zameriava na monitorovanie zdravia a s tým spojeného správania u detí vo veku 11 až 15 rokov, sa v posledných štyroch rokoch zaznamenal nárast výskytu symptómov porúch príjmu potravy medzi školákmi a školáčkami, predovšetkým medzi 13-ročnými a 15-ročnými dievčatami. Až polovica starších dievčat trpela minimálne dvoma symptómami PPP (Madarasová Gecková, 2023). Zameranie na štíhlosť a diétovanie sa stáva čoraz bežnejším aj u mladších detí. Nie je neobvyklé, že s mentálnou anorexiou sa môžeme stretnúť už vo veku 7 alebo 8 rokov (Nicholls et al., 2011).

V období dospievania čelia mladí ľudia významným fyzickým a psychologickým zmenám. Začínajú sa viac zaoberať svojim vzhľadom a tým, ako ich vníma okolie. Zároveň sú vystavení idealizácii štíhlosti v celospoločenskom kontexte, čo zahŕňa nielen médiá, sociálne siete, aj aj rovesnícky tlak či interpersonálne kontakty s blízkym okolím (škola, kolektív, rodina...). Tento tlak môže viesť k nespokojnosti s vlastným telom a pokusom o výrazné zmeny v stravovaní a cvičení. Z výskumov vyplýva, že 30 – 70 % adolescentov držalo redukčnú diétu za účelom chudnutia (Neumark-Sztainer et al., 2011). Obdobie dospievania tiež býva obdobím veľkých životných zmien napr. prechod na strednú alebo vysokú školu. Tieto zmeny môžu prinášať stres a úzkosť, ktoré môžu figurovať ako jeden zo spúšťačov PPP. Osobou prvého záchytu sa v tomto prípade môžu stať rodičia, pedagógovia či školskí psychológovia.

USMERNENIE KU KOMUNIKÁCII

Ľudia s poruchami príjmu potravy si od detstva budujú svet, kde štíhlosť reprezentuje hodnoty bezpečia, lásky, prijatia, úspechu. Vytvára to akýsi súbor presvedčení, ktoré môžeme pomenovať ako "mindset porúch príjmu potravy". Vznikol na základe skúseností, sociálnych interakcií a názorov blízkeho okolia, ktoré boli osvojené a opakovane potvrdzované.

Pochopenie tohto mindsetu nám pomáha naučiť sa s klientmi citlivejšie komunikovať. Pri komunikácii by sme teda mali mať na pamäti, že význam určitých slov môže pre osoby s PPP znamenať niečo úplne iné ako pre odborníka. Rozvíjanie spoločného jazyka je nevyhnutné pre nastolenie dôverného vzťahu medzi klientom a odborníkom.

Výskum (Gulliksen a kol., 2015), ktorý sa venoval pohľadu klientov na prvý kontakt s odbornou pomocou poukázal na to, že rozumieť špecifikám PPP pri práci s touto klientelou býva pre úspešné začatie (a aj pokračovanie) spolupráce častokrát kľúčové. Pre klientov s PPP, ktorí boli predmetom výskumu, bolo dôležité, keď odborník pri prvých kontaktoch preukázal nielen efektívne profesionálne komunikačné zručnosti, ale aj odborné vedomosti o poruchách príjmu potravy. Ak nemal vedomosť o PPP a ich špecifikách, klienti vnímali stretnutie negatívne a takýto postoj neskôr ovplyvňoval ich dôveru v odborníka aj v celkovú spoluprácu.

Vzhľad a hmotnosť

Pri komunikácii s klientmi s PPP sa **zdržte komentárov a hodnotenia výzoru.** Štúdie slovných asociácií ukázali, že osoby s PPP rýchlejšie reagujú na slová súvisiace s „tukom" a sú si ich nadmerne vedomé (Ferraro et al., 2003). Ak klientovi v procese liečby odborník povedal, že vyzerá „dobre", chápal to tak, že priberá alebo je príliš tučný. Klienti si tiež veľmi dobre uvedomujú verbálne aj neverbálne názory na vzhľad (premeriavanie si postavy a pod.), nakoľko to sami robia.

Aj v prípade, že chceme klienta s dobrým úmyslom pochváliť, že pribral, môže to mať práve opačný efekt. Priberanie môže byť klientom vnímané ako zlyhanie, návrat do obdobia, kedy začal chudnúť, bol hodnotený okolím a necítil sa komfortne vo svojom tele. Slová ako "vyzeráš dobre" alebo "konečne pôsobíš zdravo" sú v rámci PPP mindsetu prepojené s tučnotou. Vnímanie zdravej postavy u ľudí s PPP, primárne s mentálnou anorexiou, totiž často nezodpovedá realite. Prítomný býva tiež strach zo "straty ochorenia". Klienti prinášajú obavu, že keď už "vyzerajú zdravo, okolie ich tak začne aj vnímať".

Nepoužívajte komentáre na výzor hodnotiacim alebo vyčítavým spôsobom. Klienti s PPP môžu mať skreslený sebaobraz, niekedy až bludné prežívanie, a zároveň majú inak zakorenenú predstavu toho, čo je zdravé alebo **konkrétne pre nich** vhodné. Predstava jedinečnosti, unikátnosti alebo toho, že čo platí vo všeobecnosti u nich konkrétne neplatí, býva pre ľudí s PPP charakteristická, a to na rôznych úrovniach (napr. *"Áno, počul som o ľuďoch, ktorí sa z PPP uzdravili, ale mne sa to nikdy nepodarí."* alebo *"Áno, zrejme ľudia po navýšení stravy nepriberajú donekonečna, ale ja by som priberal a nezastavilo by sa to."* alebo *"Svojim kamarátom by som anorexiu nikdy neprial, viem, ako veľmi to celé bolí a aké je to náročné. Ale ja nevnímam všetko tak čierne a navyše, ja si tú bolesť zaslúžim.*"). Vieme si predstaviť, že môže byť niekedy frustrujúce, keď klient nevníma závažnosť svojho problému a opakovane sa vracia k pozitívam, ktoré mu ochorenie prinieslo, je však dôležité, aby sme neskĺzli k skratkám ako *"Vy sa nevidíte v zrkadle?"* alebo *"Vyzeráte ako s koncentračného tábora."* Ak takéto slová odborník použije s nádejou, že klienta vystraší a prijmä k získaniu nadhľadu, dosiahnutie takéhoto efektu je veľmi nepravdepodobné. Naopak, klient môže cítiť výčitky, že nedokáže vidieť niečo, čo iní vidia a zrejme im to aj vadí alebo ubližuje, alebo sa klientova chorá časť upne na slová deklarujúce jeho chudosť, ktoré bude vnímať ako potvrdenie štíhlosti, čím sa len viac upevní význam prítomnosti ochorenia pre klienta.

V neposlednom rade by sme sa v komunikácii s klientmi s PPP mali vyhýbať akémukoľvek porovnávaniu. Porovnávanie klientov v zmysle závažnosti stavu je vo všeobecnosti nevhodné a devalvujúce.

Poruchy príjmu potravy sú tiež prepojené s rôznymi mýtmi a stigmou vytvárajúcou skreslený obraz o tom, čo PPP znamenajú a ako "by ľudia s PPP mali vyzerať". Jednou z charakteristík ľudí s PPP môže byť aj pocit menejcennosti, ktorý je v rámci vyššie spomínaného mindsetu napojený práve na štíhlosť. Klienti často trpia pocitom, že ešte nie sú "dosť dobrí, dosť chudí", čo je pri anorexii nekončiaca slučka znižujúceho sa BMI. Prítomné je porovnávanie sa s okolím a túžba po potvrdení si vlastnej štíhlosti, ktorá iluzórne potvrdzuje aj vlastnú hodnotu. Pokiaľ klientovi, hoci aj s dobrým úmyslom, povieme, že "na tom ešte nie je tak zle" alebo že "sme mali aj horšie prípady", klient to bude vnímať ako potvrdenie svojej nedostatočnosti, čo posilní jeho snahu ďalej chudnúť.

Pri komunikácii je dôležité komunikovať témy výzoru a hmotnosti v neutrálnej rovine (lebo je prirodzené, že tie témy prichádzať v komunikácii s klientmi môžu) a zachovávať si aj neutrálny výraz v rámci mimiky či inej expresie. Slovám ako "chudý" či "tučný" tak dávame čisto neutrálny, opisný charakter a dokážeme s klientmi s nadhľadom otvárať témy citového zafarbenia a konotácie, ktorú pri týchto slovách vnímajú.

Ako spomíname aj v úvode tejto príručky, nie je prípustné, aby odborníčka hodnotila, či človek môže alebo nemôže mať poruchy príjmu potravy na základe výzoru. Výskumné dáta aj empirické poznatky dokazujú, že ľudia s PPP majú rôznu telesnú hmotnosť a postihujú všetky pohlavia aj ľudí rôznych rás, národností a s rôznym socio-ekonomickým pozadím.

Postoje a predstavy o PPP

PPP patria medzi najviac stigmatizované duševné ochorenia, a to nielen na celospoločenskej úrovni, ale podľa výskumov aj medzi zdravotníckymi pracovníkmi. Spoločnosť PPP nevníma ako "skutočnú" psychickú chorobu, ale ako slabosť, márnotratnosť, voľbu či osobné zlyhanie jednotlivca, ktorý by sa "mohol dať dokopy" aj sám, bez odbornej pomoci. Ľudia s PPP si tieto negatívne presvedčenia osvojujú, čo vedie k zhoršeniu celkovej kvality života, ale zároveň čelia

diskriminácii, napr. vo forme hnevu, strachu, odmietania a vyhýbavého správania u svojich blízkych. Stigmatizácia a diskriminácia ľudí s PPP vedie k zníženému sebavedomiu, prehĺbeniu symptómov ochorenia, depresívnemu prežívaniu, sociálnej izolácii, strachu vyhľadať pomoc a celkovému zhoršeniu kvality života (Brelet et al., 2021). V nedávnej štúdii 58% respondentov uviedlo, že by pravdepodobne alebo určite nechceli, aby sa niekto s PPP staral o ich dieťa alebo naň dohliadal, 42% by nechcelo, aby sa človek s PPP stal súčasťou ich rodiny, 25% by nechcelo úzko spolupracovať s človekom s PPP a 23% by sa nechcelo priateliť s človekom s PPP. 23% súhlasilo s tým, aby boli ľudia s PPP liečení proti svojej vôli (Bryant et al., 2023).

V porovnaní s inými psychiatrickými diagnózami, ľudia s PPP čelia nižšej miere diskriminácie než ľudia so schizofréniou alebo látkovými závislosťami, no samotné ochorenie je vysoko stigmatizované. 77% ľudí s PPP zažilo neférové jednanie v osobnom aj pracovnom živote, vrátane prístupu lekárov a zdravotníkov, ktorí boli nepríjemní, neslušní, odsudzujúci alebo predpísali lieky bez dostatočného vysvetlenia, informovania a ochoty diskutovať alternatívy. Z toho dôvodu sa 42% ľudí s PPP snažilo vyhnúť vyhľadaniu odbornej pomoci a 78% utajovalo svoje ťažkosti (Brelet et.al., 2021).

Predstavu PPP ako osobnej voľby, ako ženského povrchného rozmaru a nenásytnej túžby po kráse, ako snahu zapáčiť sa opačnému pohlaviu, aj v dnešnej dobe zdieľajú vedome či nevedome niektorí odborníci. V štúdii zameranej na postoje zdravotníkov vo vzťahu k deťom a adolescentom s PPP pri hospitalizácii až 68,8 % zdravotníkov uviedlo, že sa pri starostlivosti o nich cítilo frustrovaných. **Viac ako polovica mala pocit, že osoba s PPP je zodpovedná za svoje ochorenie, čo prispelo k tejto frustrácii** (Raveneau et al., 2014). Tieto presvedčenia, ktoré nemajú vedecké opodstatnenie, narušujú spoluprácu a dôveru medzi klientom a odborníkom. Klienti navyše často sami prichádzajú do spolupráce s výčitkami, že sú príliš slabí a neschopní "dať sa dokopy". Tieto presvedčenia a stigmatizácia sú jedným z dôvodov, prečo klienti nevyhľadajú odbornú pomoc včasne, ale snažia sa, často aj roky, s ochorením sami bojovať. V našej praxi pri edukácii používame slová, že žiadny človek nie je zodpovedný za

vznik svojho ochorenia, ale nesie zodpovednosť za svoju snahu, vôľu a motiváciu liečiť sa. Podobná formulácia pomáha klientom spracovať výčitky a zároveň im prenecháva zodpovednosť za svoj život a zdravie.

Ak ako odborník u seba vnímate frustráciu ohľadom akéhokoľvek aspektu práce s klientmi s PPP, odporúčame vám priniesť túto tému do supervízie alebo intervízie, nakoľko dôvera v klienta je dôležitým faktorom, ktorý sa odráža aj v spôsobe našej komunikácie s ním a môže zásadným spôsobom ovplyvňovať napredovanie v liečbe.

Externalizácia ochorenia

Externalizácia je technika, pri ktorej oddeľujeme ochorenie od samotného klienta. To znamená, že človek má v živote ochorenie s názvom poruchy príjmu potravy, ale nie je touto chorobou definovaný a ani psychopatológia a symptomatika ochorenia netvorí to, kým je. V praxi je vhodné vyhýbať sa označovaniu klienta ako anorektika, bulimika a podobne. Táto technika má viacero pozitívnych dopadov pri práci s klientmi s PPP, napríklad:

- klient dokáže získať lepší náhľad nad svojím správaním a prežívaním spojeným s ochorením,
- predchádza sa, resp. otvára sa priestor na prácu s témou identifikácie sa s ochorením (“anorexia tvorí moje ja, ja som anorektik”),
- posilňuje sa nádej k uzdraveniu a predstavy života bez symptomatiky PPP a bez ochorenia,
- cez poznávanie Hlasu PPP a mindsetu ochorenia dokáže klient začať oddeľovať svoje zdravé a deštruktívne self
- a pod.

Komunikačné tipy

Základné komunikačné zručnosti sú kľúčovým nástrojom v nutričnom poradenstve. Na riadkoch nižšie prinášame užitočné tipy z nedávneho výskumu (Yorke et al., 2021), ktorý načrtol možnosti ako preformulovať dobre mienené vyhlásenia pri komunikácii s klientmi s PPP:

- Keď vyslovíme vetu: *„Vyzeráte naozaj chudo, určite ste veľmi schudli.“* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *“Moja porucha príjmu potravy funguje, chudnem. Som na seba taký hrdý”*. Vyhnite sa preto zameraniu na vzhľad a namiesto toho pripomeňte, ako môže mať PPP negatívny fyzický a psychosociálny vplyv na zdravie a pohodu klientov. Yorke a kol. (2021) odporúčajú nahradiť pôvodnú vetu napríklad za: *“Porucha príjmu potravy Vám zabráni robiť veci, ktoré radi robíte.”*

- Keď vyslovíme vetu: *“Prečo sa proste nenajete?”* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *“Prečo ma nepočúva... vôbec ma nechápe.”* PPP je komplexné závažné ochorenie, a liečba vyžaduje svoj čas. Tlačiť na klienta a pýtať sa ho takého otázky môže narušiť bezpečné prostredie, v ktorom sa stretávate, a môže u neho vzbudiť pocit, že ho nechápeme. Yorke a kol. (2021) odporúčajú nahradiť pôvodnú vetu napríklad za: *“Vnímam, že je to pre Vás naozaj náročné no vidím, ako veľmi sa snažíte”*.

- Keď vyslovíme vetu: *“Prečo neprestaneš vracať?”* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *“Hanbím sa, že nedokážem zastaviť tento cyklus”*. Tieto komentáre si môžu klienti často interpretovať ako obviňujúce a útočné. Presmerujte preto otázky tak, aby boli viac podporné a zamerané na realistické ciele. Yorke a kol. (2021) odporúčajú nahradiť pôvodnú vetu napríklad za: *“Je to pre Vás asi veľmi náročné. Pozrieme sa spoločne na to, ako by sme Vám mohli pomôcť vystúpiť z tohto cyklu?”*.

- Keď vyslovíme vetu: *“Vyzeráte nezdravo”* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *“Moje obmedzenie sa/kompenzácie zafungovali!“*. Je síce vhodné klásť otázky o zdravotnom stave osoby, ktorá sa zúčastňuje

na spoločnom stretnutí, no nie je vhodné vyslovovať domnienky o tom, ako vyzerá alebo ako sa cíti. Yorke a kol. (2021) odporúčajú nahradiť pôvodnú vetu napríklad za: *„Zdá sa, že v porovnaní s minulým týždňom nemáte toľko energie. Čo si myslíte, že sa deje?“*.

- Keď vyslovíme vetu: *“Nevyzeráte, že máte podváhu. Nie som si istý či vôbec máte PPP”* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *“Som príliš tučný. Ani nie som dostatočne chorý a nezaslúžim si/nepotrebujem pomoc.”* Osoba s poruchou príjmu potravy môže mať všetky tvary a veľkosti (primeraná hmotnosť, nadváha, podváha), a môže stále bojovať s myšlienkami týkajúcimi sa ochorenia, aj keď sa jeho hmotnosť obnoví. Vyhnite sa preto diskusii o fyzickom vzhľade. Presmerujte rozhovor na skúsenosti klienta a jeho pocity. Ponúknite svoju podporu.

- Keď vyslovíme vetu: *“Vaše stravovacie návyky sú znepokojujúce.”* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *“Moja porucha príjmu potravy je teraz viditeľná, takže niečo musím robiť správne.”*. Klientom s PPP nepomáha takýto druh komunikácie k tomu, aby prestali so správaním, ktoré sa k PPP viaže. Najlepšie je zamerať sa na celkové obavy o klientov, napríklad môžete povedať: *“Mám o Vás strach.”* V rámci stravovania môžete scitlivovať svoj jazyk môžete aj využívaním slov a slovných spojení ako *“obnovenie/uzdravenie hmotnosti”* alebo *“vyživenie tela”* namiesto *“priberanie”*; namiesto *“zdravá hmotnosť”* využiť *“telu primeraná hmotnosť”*; namiesto *“kalorický”* využite *“nutrične hodnotný”*.

- Keď vyslovíme vetu: *“Vyzeráte, že už nemáte PPP.”* tak klient môže vo svojej mysli počuť: *„Hoci si želám, aby táto porucha príjmu potravy úplne zmizla, istá časť môjho ja sa jej chce držať.“*. Zotavenie sa z PPP môže byť dlhý proces a klienti môžu byť voči tomuto procesu ambivalentní. Buďte preto trpezliví a nerobte si domnienky. Pýtajte sa podporné, otvorené a na klienta zamerané otázky, napríklad: *“Ako môžeme spoločne podporiť Vaše zotavovanie sa?”*.

MOTIVÁCIA KLIENTA

Rozhodnutie vyliečiť sa z poruchy príjmu potravy je často jedným z najťažších rozhodnutí, ktoré človek vo svojom živote urobí. Je to preto, že zotavenie sa z tohto ochorenia si vyžaduje uskutočňovanie mnohých zmien, z ktorých mnohé môžu byť náročné. Ambivalencia je častým pocitom klientov v procese liečby. Tento pocit odzrkadľujú protichodné pocity – na jednej strane sa chcú zotaviť, ale na druhej strane chcú zostať chorí. Dôvodov je viacero, patria medzi ne napríklad:

- Klienti si cez mechanizmy ochorenia vytvorili stratégiu, ktorú používajú na zvládanie ťaživých emócií alebo situácií.
- Ochorenie, rituály a opakované vzorce správania prinášajú pocity kontroly, ktorá napĺňa potrebu bezpečia a istoty.
- Schopnosť kontrolovať svoju hmotnosť a výzor býva u ľudí s PPP prepojená s vnímaním vlastnej sebahodnoty.
- Klient má nízku dôveru v svoje schopnosti, že sa dokáže z ochorenia uzdraviť a zároveň, že by dokázal žiť bez ochorenia.

Takže hoci sú chvíle, prípadne obdobia, keď si ľudia s PPP uvedomujú, že sú pripravení vystúpiť z cyklu porúch príjmu potravy a aktívne na tom pracujú, v ďalšom momente alebo období si môžu myslieť, že by bez tohto správania nedokázali žiť. Ambivalencia môže vytvárať kolísavú úroveň záujmu o vyhľadanie liečby alebo o pokračovanie v liečbe. Pre mnohých ľudí môže byť myšlienka na vykonanie všetkých potrebných zmien v procese uzdravovania sa skľučujúca, pričom predstava zotrvania v komfortnej zóne zdá byť jednoduchšia a bezpečnejšia, aj keď to znamená zostať chorý. Hodnota štíhlosti a toho, čo reprezentuje, býva hlavne pre klientov s mentálnou anorexiou v akútnom stave ochorenia často dôležitejšia a významnejšia, než negatívne dopady PPP na ich život.

Kolísanie medzi túžbou zmeniť sa a túžbou zachovať si svoje neusporiadané návyky môže byť mätúce pre jednotlivca aj jeho blízkych. Ambivalencia je však v súvislosti s liečbou porúch príjmu

potravy nielen normálnou, ale je očakávanou súčasťou procesu. Je dôležité pre odborníkov pracujúcich s PPP, aby porozumeli ambivalencii a mali v rukách nástroje, ako s ambivalenciu a odporom pracovať. Vďaka tomu je možné predísť možným negatívnym dôsledkom, ako je odmietnutie vyhľadať pomoc, ukončenie liečby alebo relaps (Ambivalence in Eating Disorder Recovery, 2022). Z našej praxe vnímame ako veľmi užitočné práve Motivačné rozhovory.

Je dôležité otvárať s klientmi tému ambivalencie a pocity, ktoré s ňou prichádzajú. Je vhodné aby klient vedel, že takéto prežívanie je počas liečby úplne v poriadku, a že sme tu pre neho, aby sme tieto pocity preskúmavali. V procese skúmania môžeme klienta smerovať napríklad k tomu, čo sa nachádza na druhej strane zotavenia. Hlas ochorenia môže byť totiž veľmi silný a zatieniť benefity, ktoré zo zotavenia sa vyplývajú. Medzi niektoré objektívne benefity liečby a udravenia, ktoré s klientom môžete pomenovať, patrí zlepšená nálada a menej úzkosti, lepšie vzťahy a hlbšie spojenie s priateľmi a rodinou, oslobodenie sa od nutkavého správania, ktoré človeka ťahá k tajnostkárstvu a klamstvám, spôsobuje pocity hanby a zúfalstva, schopnosti venovať sa svojmu každodennému životu bez neustáleho premýšľania nad svojím telom, jedlom, hmotnosťou, cvičením, zlepšenie kvality vlasov a nechtov, sloboda a flexibilita v stravovaní, zlepšenie spánku, zníženie únavy, pravidelný menštruačný cyklus, zvýšenie sústredenosti, zlepšenie termoregulácie a častokrát aj trávenia.

Je mnoho iných objektívnych benefitov, ktoré môžeme ako odborníci u klientov vnímať. Dôležité je hľadať ich dôvody spoločne, sprevádzať klienta k tomu, aby na ne sám prichádzal a slobodne ich pomenoval. Niekedy pomáha si tieto dôvody aj zapísať na papier, napríklad na spoločnom stretnutí, a neskôr sa k týmto dôvodom vrátiť, keď bude Hlas choroby silný a bude sa snažiť klienta presvedčiť o tom, že nestojí za to sa snažiť.

Model zmeny Prochasku a DiClementeho

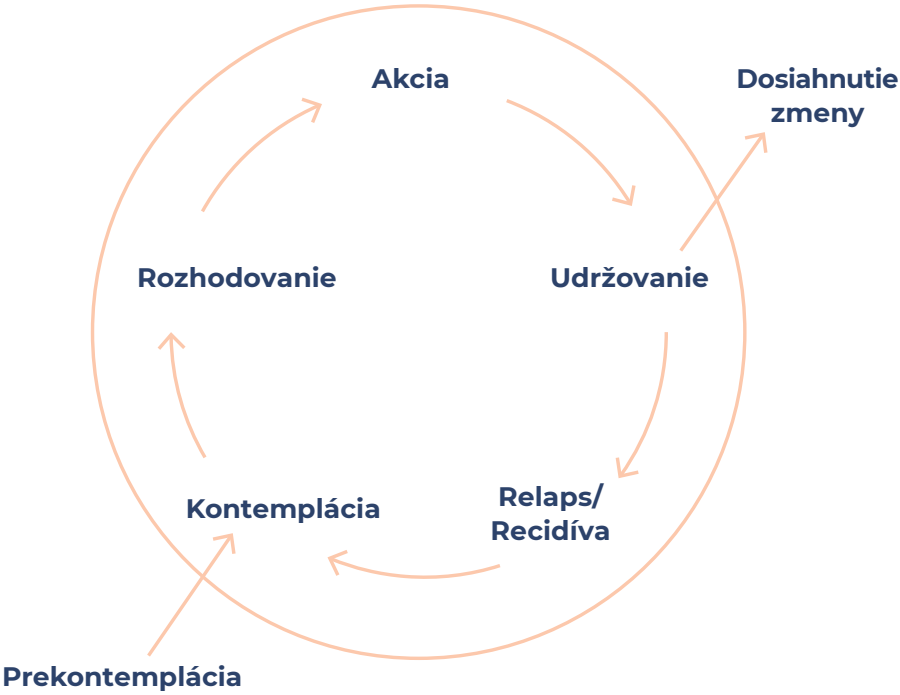
Pri motivácií je z našej skúsenosti užitočné zohľadniť aj teóriu Modelu zmeny, ktorá nás dokáže usmerniť, aké intervencie je vhodné použiť. Procesom zmeny sa zaoberal aj Prochaska a DiClemente, ktorí vytvorili tzv. model kruhu zmeny tiež známy ako transteoretický model zmeny (Prochaska & Diclemente, 1986). Cyklický model na rozdiel od lineárnych modelov odráža realitu procesu zmeny. To umožňuje oveľa optimistickejší prístup k zmene správania. Nezriedka človek počas procesu prejde všetkými štádiami opakovane, než dosiahne stabilitu. Základné poučenie z tejto schémy môžeme vyjadriť takto:

- Neexistuje klient a situácia, u ktorého a v ktorej by nebolo možné využiť žiadnu intervenciu.
- Primeraná intervencia sa odvíja zo situácie klienta a posúva ho do ďalšieho štádia. Neprimeraná intervencia vychádza z priania odborníka a môže vývoj klienta blokovať alebo zapríčiniť odchod z procesu.
- Relaps sa môže dostaviť kedykoľvek a je dôležité zaistiť, aby spôsobil čo najmenej škôd (Kalina, 2015).

Procesy zmeny

V kontexte transteoretického modelu môžeme procesy zmeny chápať ako katalyzátory, ktoré uľahčujú posun od úvodnej fáze uvažovania o zmene až po jej skutočné uskutočnenie a udržanie. Aby sme optimálne využívali procesy zmeny, je nevyhnutné porozumieť fázam zmeny, ktorými ľudia prechádzajú, pretože v rôznych momentoch sa využívajú rôzne procesy zmeny (Prochaska et al., 2001).

Rozlišujeme dva druhy procesov: zážitkové a behaviorálne. Zážitkové procesy sú dôležité v počiatočných fázach zmeny, kde sa zameriavajú na vnútorné motivácie, ako sú presvedčenia, emócie a osobné skúsenosti. Behaviorálne procesy hrajú kľúčovú rolu v neskorších fázach, keď už jednotlivec začína aktívne meniť svoje správanie a hľadá spôsoby, ako tieto nové vzorce správania udržať a posilniť (Greene et al., 1999).



Zážitkové procesy

A) **Zvyšovanie vedomia** – zvyšovanie informovanosti o probléme a jeho dôsledkoch (napr. premýšľanie o prínosoch liečby, čítanie o úspešných príbehoch ľudí, ktorí sa uzdravili)

B) **Katarzia/dramatická úľava** – silné emocionálne uvoľnenie, vedúce k prehodoteniu postojov k problému a získaniu nových perspektív (napr. informácie o zdravotných rizikách v súvislosti s PPP, úmrtie blízkej osoby s PPP)

C) **Sebaprehodnotenie** – uvažovanie o hodnotách, ktoré chce jedinec aktualizovať, a ktoré chce opustiť (napr. prehodotenie života s chorobou a bez nej)

D) **Prehodnotenie okolia** – uvedomenie si, ako zmena ovplyvní okolie (napr. možnosť stravovať sa v reštaurácii s rodinou či cestovať)

E) **Sociálne oslobodenie** – poznanie a využitie spoločenskej podpory pre zmenu (napr. zabezpečenie pravidelného stravovania zo strany rodiča, vytvorenie miesta a času na konzumáciu desiaty v škole)

Behaviorálne procesy

F) **Pomáhajúci vzťah** – vytváranie a udržiavanie podporných vzťahov (napr. v rodine, škole, u odborníkov)

G) **Manipulácia s dôsledkami** – použitie odmien a trestov na posilnenie pozitívneho správania (napr. návrat k športu po dodržaní hmotnostného prírastku)

H) **Sebaoslobodenie** – presvedčenie o schopnosti zmeniť svoj život (napr. rozhodnutie aktívne sa liečiť, oznámenie tohto kroku blízkym)

I) **Protipodmieňovanie** – nahradenie nezdravých návykov zdravými (napr. výmena nízkotučných potravín za plnotučné, vykonanie inej aktivity pri nutkaní sa prejesť)

J) **Ovládanie podnetov** – odstránenie alebo kontrola podnetov vedúcich k nežiaducemu správaniu (napr. vyhýbanie sa excesívnemu váženiu alebo zapisovaniu do kalorických tabuliek)

Na nasledujúcich riadkoch si popíšeme jednotlivé štádiá zmeny a intervencie, ktoré môžeme použiť u klienta v danom štádiu, aby sme u neho podporili posun do ďalšieho štádia.

1) Prekontemplácia

Prvú fázu modelu, prekontempláciu, by sme mohli nazvať aj fázou „nemám žiadny problém". Je to fáza, ktorá predchádza akémukoľvek uvažovaniu o zmene. V tomto okamihu klient ani neuvažuje o tom, že by sme niečo vo svojom živote zmenil alebo ako by to dosiahol. Začínajú sa k nemu však dostávať prvé signály, že niečo nie je v poriadku. Tie však prichádzajú externe, čiže z okolia. Napríklad od

priateľov alebo rodiny, ktorí si všimnú, že sa stav ich blízkeho zhoršil. Tým, že klienti v tejto fáze ani neuvažujú o zmene svojho správania, môžu existenciu symptómov popierať. Medzi intervenčné stratégie patrí aktívne počúvanie, vyjadrenie empatie a akceptovanie odporu klienta namiesto jeho odmietania. Pre posun do ďalšej fáze môžeme využiť proces zvyšovania povedomia (edukácia, pozorovanie, konfrontácia, čítanie o PPP), katarzia (napr. prinášanie emocionálneho zážitku cez príbehy ľudí s PPP). V rámci úloh môžeme klientov požiadať, aby prehodnotili svoje stravovacie návyky alebo nevhodné kompenzačné správanie analýzou rizík svojho konania a určením prípadných výhod zmeny pre seba alebo okolie.

2) Kontemplácia

Druhou fázou je premýšľanie o zmene, teda kontemplácia. Je to fáza, v ktorej si klient uvedomuje svoju nespokojnosť so situáciou, ale ešte len zbiera motiváciu na aktívne konanie. Je to fáza zvažovania rôznych pre a proti, zbierania síl alebo čakania na rozhodujúci impulz, ktorý klienta posmelí k činom. Zmena je náročná, a preto môže táto fáza trvať rôzne dlho. Kľúčovou formou podpory v tejto fáze je vzbudzovanie nádeje v schopnosť klienta pokračovať. Z hľadiska procesov sú najúčinnejšie intervencie na zvyšovanie povedomia, prehodotenie okolia a sebaprehodnotenie. Účinné intervencie v tejto fáze môžu zahŕňať otázky o presvedčení klienta ktoré pomáhajú hlbšie pochopiť jeho správanie. Nápomocné môžu byť aj otázky o možných prekážkach zmeny. Klienti môžu získať silnejší zmysel pre cieľ, ak ich požiadame, aby zvážili výhody a nevýhody súčasného správania, ako aj výhody a nevýhody zmeny pre seba aj svoje okolie (Prochaska et al., 2018).

3) Rozhodovanie/príprava

Tretia fáza je fáza rozhodovania alebo prípravy, keď sú klienti ochotní urobiť malé kroky vpred. Taktiež klient začína skúmať možnosti a plánovať spôsoby, ako zmenu dosiahnuť (k zmene obvykle dochádza v priebehu 1 mesiaca). Tým, že si klient ujasní, akú zmenu chce uskutočniť a prečo, lepšie si uvedomí svoje potreby, vďaka čomu môže lepšie mobilizovať zdroje vlastnej motivácie. Stanovenie malých,

dosiahnuteľných cieľov a vytvorenie plánu je pre klientov v tejto fáze veľmi dôležité. V tejto fáze je možné použiť procesy protipodmieňovania, ovládania podnetov, manipulácie s následkami a sebaoslobodenia. Strategické úlohy môžu zahŕňať identifikáciu zdrojov, podpory a zručností, ktoré môže klient využiť, a potom mu môžeme pomôcť vo vytvorení plánu na ich dosiahnutie. V tomto štádiu podporujeme sebestačnosť klienta a jeho odhodlanie k zmene. Klienti v tejto fáze potrebujú aj pomoc pri realistickom posúdení úrovne svojich ťažkostí. Zváženie potenciálnych problémov a nástrah môže klientom pomôcť určiť riešenia a vopred sa na ťažkosti pripraviť. Pokiaľ v tejto fáze klient postúpi smerom k činom, proces zmeny pokračuje. Pokiaľ nie, vracia sa späť do fázy kontemplácie. Úloha odborníka vo chvíli, kedy bolo učinené rozhodnutie, nespočíva natoľko v motivovaní, ako vo vyhľadávaní konkrétneho postupu pre klienta tak, aby bol prijateľný, dostupný, správny a efektívny (Prochaska et al., 2018).

4) Akcia

Štvrtá fáza akcie je momentom aktívnej realizácie zmeny. To, o čom sme doteraz s klientmi premýšľali a plánovali, teraz začínajú aktívne uskutočňovať. Túto fázu charakterizuje uspokojenie z toho, že sme sa vydali novou cestou. Keď sa klienti stávajú aktívnejšími, odborníci preberajú menej aktívne úlohy. Kľúčovými procesmi tejto fázy sú protipodmieňovanie, ovládanie podnetov a manipulácia s následkami, ktoré pomáhajú prerušiť zabehnuté spôsoby správania a osvojiť si vhodnejšie spôsoby.

Intervenčné stratégie v tejto fáze zahŕňajú pravidelné prehodnocovanie motivácie, zdrojov, pokroku klienta a oceňovanie úspechu. Potom, keď klienti získajú väčšiu sebadôveru a schopnosti, poskytujú odborníci ďalšiu podporu, rady a usmernenia podľa potreby (Prochaska et al., 2018).

5) Udržovanie

Po relatívne krátkom čase prichádza prechod do kľúčovej fázy celého procesu, do fázy udržiavania zmeny. Počiatočné nadšenie je utlmené, ale zmena ešte nemala čas a priestor na pevné

zakorenenie sa. Motivácia v tejto fáze môže klesať. Okrem kladných stránok zmeny, ktoré klienta motivovali k započatiu liečby, sa čoraz viac prejavujú náročné aspekty celého procesu. Niekedy to znamená nútiť sa dodržiavať plán, čo v niektorých okamihoch vyžaduje veľa síl a môže viesť k nárastu nepríjemných pocitov, napätia a únavy. Ak túto krízu motivácie vopred predvídame a zároveň o tom edukujeme aj klienta, zvyšujeme tým ich pripravenosť na to, že zmenu zvládnu, a nové návyky si udržia dostatočne dlho na to, aby sa stali pevnou súčasťou ich životného štýlu. Motiváciu môžete u klienta podporiť napríklad aj napísaním podporného listu pre náročné chvíle, aby si mohol vtedy pripomenúť, prečo sa rozhodol proces liečby podstúpiť. Ľudia zvyčajne zostávajú v tomto štádiu až 5 rokov (Miller & Rollnick, 2004), pretože sa zvyšuje sebadôvera v udržanie ich nového životného štýlu a znižuje sa strach z relapsu. Zrejme najdôležitejší je pocit, že sa človek stáva tým, kým chce byť. Pokračovanie v protipodmieňovaní, manipulácii s dôsledkami a ovládaní podnetov je v tejto fáze najúčinnejšie. Intervencie v tomto štádiu môžu zahŕňať pomoc klientom/klientkam uvedomiť si, ako nadmerná sebadôvera niekedy vedie k relapsu. Dôležité je tiež podporovať myslenie, že prípadný relaps je len menším neúspechom, nie zničujúcim zlyhaním, a zároveň je vhodné pripomínať, že zotavovanie sa z PPP nie je lineárne. Klient môže v procese vybočiť, no vždy sa môže vrátiť na správnu cestu a nemusí začínať od začiatku.

Neoficiálnym šiestym štádiom zmeny je recidíva. Hoci ukončenie alebo zavŕšenie zmeny je konečným cieľom DiClementeho a Prochaskovho modelu štádií zmeny, recidívy sú v procese celoživotných zmien bežné. Klienti v tomto štádiu sa vrátili k starému správaniu a ľahko ich spoznáme podľa frustrácie, sklamania alebo pocitu zlyhania. Intervenčné stratégie a úlohy zahŕňajú destigmatizáciu a normalizáciu pojmu relaps, pomoc klientovi identifikovať príčinu a vypracovať plán, ako sa tomuto spúšťaču v budúcnosti vyhnúť. Obnovenie sebadôvery klienta si môže vyžadovať opätovné začatie procesu zmeny v skoršej fáze, ako je uvažovanie, príprava alebo konanie. Kľúčom k úspechu vo fáze relapsu je pomôcť klientom prehodnotiť ich podporu a zručnosti

a potvrdiť ich záväzok k cieľom. Príležitosť učiť sa získaná recidívou veľmi často posilňuje odhodlanie klienta a zvyšuje šance na celoživotnú zmenu (Wagener & Much, 2010).

VYUŽITIE MOTIVAČNÝCH ROZHOVOROV V NUTRIČNOM PORADENSTVE

Motivačné rozhovory (MR) predstavujú terapeutický a komunikačný prístup zameraný na podporu a posilnenie motivácie k zmene prostredníctvom skúmania a prekonávania ambivalencie klienta. Tento prístup zdôrazňuje partnerstvo medzi terapeutom a klientom, s cieľom nájsť a posilniť vlastnú motiváciu klienta pre pozitívnu zmenu. V systematickom prehľade o využití motivačných rozhovorov pri liečbe porúch príjmu potravy boli zaznamenané sľubné výsledky, najmä vo zvyšovaní ochoty a motivácie ľudí k zmene (Macdonald et al., 2012).

Táto metóda má klinický overenú účinnosť a využíva sa v zdravotníctve, školstve, sociálnej práci, ale aj pri odvykaní od fajčenia, zmene životosprávy a práci s ľuďmi s poruchami príjmu potravy. Výcvik v motivačných rozhovoroch je teda dostupný pre širokú škálu odborníkov (zdravotníkov, poradcov, terapeutov, sociálnych pracovníkov, pedagógov...).

Tento prístup je založený nasledovných princípoch (Miller et al., 2003):

Vyjadrenie empatie

Empatia je základným kameňom MR. Terapeut sa snaží pochopiť klientove pocity a názory bez posudzovania, kritizovania alebo obviňovania. Tento postoj môžeme pomenovať ako “prijatie”. Dôležité je však odlíšiť prijatie a pochopenie od súhlasu. Klientovu nerozhodnosť robiť zmeny nevnímame ako patologickú, ale sme si vedomí toho,

že ambivalencia je normálnu súčasť procesu. Dôležitou zručnosťou je schopnosť reflexného počúvania.

Príklad: Nutričný špecialista pracuje s klientkou trpiacou mentálnou anorexiou. Špecialista aktívne počúva a snaží sa chápať klientkin strach z priberania, bez toho, aby ju posudzoval. Hoci špecialista nesúhlasí s jej extrémne nízkou hmotnosťou, snaží sa prejaviť pochopenie pre jej obavy a poskytuje podporu bez kritiky jej súčasného stavu.

Rozvíjanie rozporov

Cieľom je identifikovať a rozvíjať rozpory medzi súčasným správaním klienta a jeho osobnými cieľmi alebo hodnotami. Proces je efektívny, keď klient sám pochopí cenu, ktorú platí za súčasný spôsob života.

Príklad: Klientka si dôkladne kontroluje príjem kalórií a je fixovaná na nutričné hodnoty potravín. Nutričný specialista si všimne jej túžbu po menej obmedzujúcom živote, ako napríklad ísť na večeru s priateľmi. Poukazuje na rozpor medzi jej túžbou a reštriktívnym správaním, a povzbudzuje ju zamyslieť sa nad zmenami, ktoré by jej mohli priniesť viac slobody a spokojnosti.

Vyhýbanie sa argumentácii

Terapeut sa vyhýba priamym konfliktom a hádkam, ktoré sú kontraproduktívne z hľadiska procesu zmeny. Obrana zo strany klienta je signálom, že je potrebné zmeniť prístup.

Príklad: Klientka s mentálnou anorexiou nechce zvyšovať množstvo energie v jedálničku. Odmieta návrhy na zmeny v jedálničku. Nutričný špecialista sa vyhýba konfrontácii a namiesto toho sa sústredí na pochopenie klientkiných obáv a dôvodov odporu. Nenásilne navádza klientku k premýšľaniu o dlhodobých následkoch jej stravovania a otvára diskusiu o možných zmenách, ktoré by pozitívne ovplyvnili jej zdravie a pohodu. Spoločne sa zamýšľajú nad zmenami, ktoré by bola ochotná urobiť. Nutričný špecialista kladie otázky, ktoré podporujú klientku v samostatnom premýšľaní, napríklad: „Ako by sa mohol zmeniť Váš deň, keby Vám jedálniček poskytoval viac energie?“

Práca s odporom

MR rozpoznáva odpor ako signál, že terapeutický postup nie je správny, resp. že s klientom nemajú spoločnú agendu a klient sa bráni. Cieľom je s odporom pracovať a hľadať spoločnú reč. Klientovi predkladáme nové informácie a možnosti a je už na ňom, čo si vyberie.

Príklad: Klientka vyjadruje negatívne pocity voči zaradeniu pečiva do jedálnička. Nutričný špecialista môže tento odpor využiť ako príležitosť na diskusiu o alternatívnych pristupoch. Napríklad: „Vidím, že Vám nevyhovuje mať v jedálničku biely rožok. Možno by sme mohli skúsiť celozrnný alebo grahamový".

Podpora vlastných schopností klienta

Dôvera a nádej sú dôležitými faktormi zmeny. MR podporujú klienta vo viere v jeho schopnosť zmeniť sa a prijať osobnú zodpovednosť za túto zmenu.

Príklad: Nutričný špecialista môže posilňovať klientovu sebadôveru a schopnosť dosiahnuť zmenu, pripomínaním jeho minulých úspechov a malých krokov, ktoré urobil smerom k lepšiemu zdraviu. Nutričný špecialista napr. povedať: „Od začiatku ste spravili veľké pokroky, podarilo sa Vám zaradiť raňajky aj snacky a dbáte na pravidelné stravovanie. Verím, že do jedálnička zvládnete zaradiť aj druhú večeru."

4 základné komunikačné zručnosti MR (OARS), ktoré môžeme využiť v nutričnom poradenstve :

Otvorené otázky (Open questions)

Tieto otázky sú formulované tak, aby podporovali rozšírené, reflexívne odpovede namiesto jednoduchého „áno" alebo „nie". Tým klientovi dostáva väčší priestor v rozhovore a predchádza sa situácii, kedy klient pasívne odpovedá na otázky.

Príklad:

- "Rada by som porozumela tomu, ako situáciu vnímate Vy. S čím sem prichádzate?"
- "V akých situáciách u Vás prichádza nutkanie na prejedenie?"

- “Čo by ste museli urobiť preto, aby ste sa stravovali pravidelnejšie?”

Afirmatívny výrok (Affirmation):

Ide o pozitívne potvrdzujúce vyhlásenia alebo ocenenia, ktoré odrážajú uznania za úsilie, silné stránky, úspechy alebo pokrok klienta. Tieto vyjadrenia podporujú sebaúctu a motiváciu klienta.

Príklad:

- „Vidím, že sa Vám darí ku každej večeri pridávať nejaký druh zeleniny. To je významný krok k vyváženejšiemu stravovaniu.“
- “Oceňujem, že aj napriek strachu zo zaznamenávania stravy, ste sa rozhodli prísť na stretnutie. Muselo byť pre Vás náročné, spraviť tento krok.”

Reflexívne počúvanie/Reflexie (Reflective listening)

Táto technika zahŕňa aktívne a empatické počúvanie s cieľom porozumieť tomu, čo klient hovorí a cíti. Reflexívne počúvanie zahŕňa odrazenie myšlienok a pocitov späť klientovi, čím mu pomáhame lepšie pochopiť svoje vlastné postoje a motivácie.

Príklad:

- Klient hovorí: „Mám problém stravovať sa pravidelne. Často sa mi stáva, že vynechávam jedlá, potom som príliš hladný a večer vyjem celú chladničku.“ Nutričný špecialista odpovedá: „Zdá sa, že Vám robí problém udržať si pravidelný stravovací režim a večer ste potom veľmi hladný. Ako by sme mohli pracovať na vytvorení pravidelnejšieho stravovacieho režimu?

Sumarizácia (Summarising):

Sumarizácia je proces zhrnutia toho, čo klient povedal, aby sa uistil, že terapeut správne porozumel a aby sa zdôraznili kľúčové body diskusie.

Príklad:

- „Takže, ak tomu správne rozumiem, máte obavy zo zaradenie tukov do jedálnička a súčasne by ste chceli zvýšiť príjem bielkovín. Naším hlavným cieľom je nájsť rovnováhu

v stravovaní, ktoré podporí Vaše zdravie a zároveň Vám prinesie potešenie z jedla. Zachytil som to správne?“

Transteoretický model a motivačné rozhovory sú dobrou pomôckou pre nutričných špecialistov na posúdenie pripravenosti k zmene a na zvýšenie motivácie klientov. Pri používaní týchto prístupov je však potrebné byť opatrný predovšetkým u klientov v hlbokej podvýžive, nakoľko v týchto stavoch chýba vhľad do ich ochorenia a motivácia kvôli vplyvu hladovania na kognitívne schopnosti (Waterhous & Jacob, 2014).

UZDRAVENIE A FÁZY LIEČBY

V Chuť žiť veríme, že vyliečenie z PPP je možné, aj keď liečba nebude pravdepodobne jednoduchou a krátkodobou záležitosťou. Budú chvíle, keď budú klienti cítiť nádej a motiváciu, no budú aj také, keď im bude dochádzať trpezlivosť alebo budú mať chuť to vzdať. Costin a Grabb, ktoré sa z ochorenia uzdravili a napísali o tom publikáciu, hovoria, že mali počas liečby mnohokrát pocit, že sa im nikdy nepolepší (Costin & Grabb, 2013). Niekedy sa im to zdalo príliš ťažké a niekedy nemožné, no sú jednými z dôkazov, že to možné je.

Aj naše peer konzultantky v Chuť žiť potvrdzujú, že slobodu, ktorá prichádza s uzdravením, je skutočne možné dosiahnuť. Uzdravenie opisujú ako plnohodnotný spôsob žitia, kedy nie sú obmedzované ochorením a jeho symptomatikou a majú nástroje a vnútorné zdroje, ktorými dokážu bez vynaloženia výraznej námahy pracovať s prípadnými myšlienkami zameranými na jedlo či postavu. Hlas vnútorného kritika sa zjavuje len občasne alebo vôbec. Ich pohľad na seba, svoje telo a sebahodnotu sa liečbou zmenil.

Uzdravenie si vyžaduje dlhý čas a veľa práce, ale môže sa s odstupom času podľa Costin a Grabb (2013) ukázať ako jeden z najväčších triumfov v živote človeka. Uzdravenie nastáva vtedy,

keď klient dokáže akceptovať svoju prirodzenú hmotnosť a tvar tela a nemá sebadeštruktívny vzťah k sebe, jedlu alebo cvičeniu. V rámci uzdravovania si klient prechádza viacerými štádiami, o ktorých hovoria aj Costin a Grabb (2013). Vedieť, ako vyzerá tento proces, a čo môže odborník a klient očakávať, môže byť veľmi užitočné. Fázy zotavenia sa z poruchy príjmu potravy a myšlienky, ktoré sa u klienta v danej fáze môžu vyskytovať, sú nasledujúce:

1. **Nemyslím si, že mám problém.**
   (napojdenie na model zmeny – fáza prekontemplácie)
   - "Je to moje telo, tak ma nechajte na pokoji."
   - "Sú ľudia, ktorí sú oveľa chudší/jedia menej a ich nikto nerieši. "

2. **Možno mám problém, ale nie je to také zlé.**
   (napojdenie na model zmeny – fáza kontemplácie)
   - "Nemám ešte podváhu"
   - "Vraciam len raz za čas."
   - "Ešte stále počas dňa jem."
   - "Moja lekárska prehliadka nepreukázala nič zlé, takže som v poriadku."

3. **Mám problém, ale je mi to jedno.**
   - "Viem, že vracanie nie je pre mňa dobré a škodí mi, ale zároveň mi pomáha, takže je mi to jedno."
   - "Mohol by som sa zmeniť, keby som chcel, ale nechcem."

4. **Chcem sa zmeniť, ale neviem ako a bojím sa.**
   (napojdenie na model zmeny – fáza rozhodovania)
   - "Chcem sa stravovať normálne, ale bojím sa, že priberiem."
   - "Chcem sa prestať prejedať, ale neviem prísť na to, kde začať."

5. **Snažil som sa zmeniť, ale nedokázal som to.**
   - "Povedal som si, že nebudem (akákoľvek kompenzácia, napríklad reštrikcia, vracanie, užívanie laxatív a iné), ale zistil som, že to robím znova."
   - "Nemám pocit, že by som sa niekedy mohol zmeniť a naozaj uzdraviť, tak prečo sa stále o to pokúšať?"

6. Viem zmeniť nejaké svoje návyky ale nie všetky.
(napojdenie na model zmeny – fáza akcie)
- "Začal som jesť viac, ale neviem cvičiť menej."

7. Viem zmeniť svoje správanie, ale nie svoje myšlienky.
- "Nedokážem prestať myslieť na jedlo a neustále sa prejedať."
- "V hlave si stále dokola počítam kalórie a stále chcem schudnúť."

8. Správanie aj myšlienky spojené s PPP miznú, ale stále sa niekedy zjavia.
(napojdenie na model zmeny – fáza udržiavania zmeny)
- "Celý týždeň sa cítim dobre, ale v strese sa vraciam k pôvodnému správaniu."

9. Myšlienky a správanie spojené s PPP ma už neovplyvňujú.
- "Vo svojom tele sa cítim väčšinou v poriadku a môžem jesť veci, na ktoré mám chuť bez toho, aby som cítil silné výčitky a/alebo úzkosť."

10. Som uzdravený.
- "Už dlhší čas nemám myšlienky, pocity ani správanie súvisiace s mojou poruchou príjmu potravy."
- "Akceptujem prirodzenú hmotnosť svojho tela."
- "Na PPP nahliadam s odstupom."

Pre mnohých ľudí znamená uzdravenie ukončenie myšlienok, pocitov a správania súvisiacich s poruchou príjmu potravy a zlepšenie fyzickej a psychickej pohody. To môže znamenať zapojenie sa alebo opätovné zapojenie sa do spoločenských aktivít, koníčkov a každodenného života. Neexistuje žiadny pevne stanovený čas na uzdravenie sa a je bežné, že sa tento proces niekedy spomalí alebo zastaví, alebo že klient zažije výpadky alebo recidívy v správaní a/alebo myšlienkach súvisiacich s poruchou príjmu potravy. Uzdravovanie sa je zriedka lineárny proces. Neúspechy môžu klientovi a jeho ošetrujúcemu tímu umožniť identifikovať nové oblasti a zručnosti, na ktorých je potrebné pracovať. Nápomocné môže byť vnímanie uzdravenia ako procesu, a nie ako konečného cieľa. Zameranie sa na uzdravenie ako

na konečný bod môže totiž spôsobiť, že sa bude zdať neustále „mimo dosahu“ a môžu sa tým premeškať príležitosti na uznanie a oslavu doterajšieho pokroku (Wetzler et al., 2020).

STRACH A OBAVY PRI PRÁCI S KLIENTOM S PPP

Odborníci, ktorí pracujú s klientmi s PPP, sa môžu stretávať s rôznymi všeobecnejšími, ale aj veľmi špecifickými osobnými strachmi a obavami v priebehu svojej práce. Emočné pole ľudí s PPP je často spojené s úzkosťou, ktorá môže pôsobiť aj na odborníkov. Je dôležité odborníci, aby včas rozpoznávali tieto svoje obavy a pracovali na ich zvládaní prostredníctvom rozhovorov s kolegami, individuálnej a skupinovej supervízie, vlastnej psychoterapie a prostredníctvom vzdelávania. Dostatočná osobná reflexia, sebarozvoj a starostlivosť o vlastný komfort, hranice a emocionálny stav sú kľúčové pre skutočne funkčnú prácu s touto klientelou. V našej praxi ako zdroje pomoci a podpory najlepšie funguje práve tímová spolupráca, intervízne a supervízne procesy, ako aj zadefinovaný prístup a princípy práce s klientom s PPP.

Medzi najčastejšie obavy z práce s klientom s PPP patrí napríklad:

- **Neschopnosť pomôcť klientovi:** nutričný špecialista môže opakovane zažívať obavy z toho, že nie je a nebude schopný klientovi poskytnúť dostatočnú pomoc; komplexita PPP a ich individuálny charakter môžu vytvárať stále nové výzvy.
- **Emocionálna vyčerpanosť:** práca s klientmi, ktorí majú závažný stav a veľké problémy vychádzajúce z PPP, môže byť emocionálne veľmi náročná; odborník môže mať oprávnené obavy z toho, že sa emocionálne vyčerpá a vyhorí v dôsledku náročnosti tejto práce.

- **Obavy o vlastný vzťah k jedlu a telu:** niektorí odborníci môžu mať vlastné ťažkosti vo vzťahu k stravovaniu alebo telu, ktoré môžu byť aktivované pri práci s touto klientelou; pri nedostatočnej osobnej reflexii to môže odborníka limitovať v jeho práci, a môže to v ňom vyvolávať rôzne intrapsychické konflikty.
- **Nároky na perfekcionizmus:** klienti s PPP môžu so svojou špecifickou psychopatológiou a symptomatológiou v nutričnom špecialistovi nevedome posilňovať jeho vlastnú tendenciu k perfekcionizmu, k podávaniu dokonalého výkonu; popritom sa tiež môže nutričný špecialista obávať toho, že klient bude mať neprimerané a nerealistické nároky voči sebe alebo voči nemu ako odborníkovi. Treba byť na to pripravený.
- **Strach zo straty klienta:** osoby s PPP môžu mať veľmi komplexné terapeutické potreby, ktoré v nutričnom špecialistovi môžu vyvolávať obavy z toho, že nebude schopný klientovi pomôcť takým spôsobom, aby zostal v poradenskom procese a predčasne ho neukončil alebo aby dosiahol želané zmeny. Môže sa, samozrejme, stať, že klient z poradenského procesu naozaj odíde predčasne. Je potrebné byť aj na túto možnosť vnútorne pripravený a rešpektovať rozhodnutie klienta.
- **Obavy z tém týkajúcich sa tela a vzhľadu:** terapeutická práca s PPP si môže vyžadovať priamu konfrontáciu s citlivými témami týkajúcimi sa tela, vzhľadu a sebaobrazu klienta; nutričný špecialista preto môže mať obavy ohľadom toho, ako profesionálne, láskavo a zároveň autenticky pracovať s týmito témami.

V neposlednom rade je dôležité podotknúť, že PPP môžu svojou symptomatológiou, ktorá vie mať veľmi jasný fyzikálny až existenciálny rozmer (extrémna podvýživa a podváha, prejedanie sa, zvracanie atď.), v nutričnom špecialistovi ľahšie aktivovať pocity nemohúcnosti a obavy z prípadnej smrti klienta. Terapeutický a/alebo poradenský proces by mal podľa nás u človeka podporovať jeho osobnostný vývoj, rozvíjať jeho identitu a vzťahovosť, a to všetko s plným rešpektom

k jeho potrebám a aktuálnej kapacite. Na nasledujúcej výrazne zostručnenej anonymizovanej kazuistike z našej praxe chceme poukázať na dôležitosť rešpektovania klientovho rozhodnutia, aj keď to môže znamenať, že sa u nás prestane liečiť:

Dospelá klientka s diagnózou MA s výrazne nízkou hmotnosťou (BMI pod 14) prichádza na vlastnú žiadosť. Nastupuje do multidisciplinárneho programu, kde začne spolupracovať so psychologičkou, nutričnou špecialistkou a peer konzultantkou. Zakázku si stanovuje nasledovne:

- *chce pracovať na svojej úzkosti,*
- *chce byť opäť motivovanejšia k liečbe,*
- *chce zlepšiť vzťah s matkou,*
- *chce byť sebaistejšia,*
- *chce vrátiť radosť a pôžitok do jedenia (teraz je, lebo musí),*
- *chcela by si o pol roka vedieť naložiť jedlo a vedieť, že tá porcia je v poriadku,*
- *z dlhodobého hľadiska sa chce vedieť intuitívne stravovať.*

Počas 5 mesiacov spolupráce sa v multidisciplinárnom tíme s klientkou postupne pracuje na týchto témach:

- *budovanie pocitu bezpečného priestoru v našej organizácii,*
- *zapojenie klientkinho psychiatra do spolupráce,*
- *téma revízie psychiatrickej farmakoterapie,*
- *snaha o zmenu jedálnička a denného režimu,*
- *otváranie klientkiných obáv súvisiacich s navyšovaním stravy a nárastom hmotnosti,*
- *zo strany tímu prichádza návrh na zapojenie sestry klientky do spolupráce, ako podpornej osoby pri jedení,*
- *priebežne je adresovaný nedostatočný posun pri spoločne stanovených cieľoch,*
- *klientka opakovane odmieta náš návrh na hospitalizáciu.*

Multidisciplinárny tím sa s klientkou dohodne na predčasnom ukončení spolupráce po 5 mesiacoch z dôvodu nedostatočného prírastku na hmotnosti a s tým súvisiacim rizikovým zdravotným stavom, ako aj z dôvodu odmietnutia vykonania navrhnutých krokov smerom k hospitalizácii a k presunu do intenzívnej lekárskej starostlivosť zo strany klientky. Klientke boli vysvetlené limity našej služby, ako aj ambulantnej formy liečby, spolu s odôvodnením nášho doporučenia na intenzívnu lekársku starostlivosť. Bola tiež upozornená a edukovaná o svojom závažnom zdravotnom stave súvisiacim s veľmi nízkym BMI a problémom s nárastom hmotnosti. Klientka odišla z programu s tým, že chce zostať v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti.“

Pri spolupráci s danou klientkou pre nás bolo dôležité jasne pomenovať, čo je liečba a čo je, naopak, zotrvávanie v ochorení. Nastavením týchto bezpečných hraníc sme dokázali voči sebe aj voči klientke zostať pravdivé, komunikovať limity spolupráce a odporučiť to, čo sme považovali v kontexte jej zdravotného stavu, ochrany jej života a v závislosti od jej momentálnej situácie za prospešné.

Napriek tomu, že spolupráca s takýmito typmi klientov je náročná, domnievame sa, že mnohí odborníci môžu symptómy PPP vnímať ako príliš mocné a tejto klientele sa preto prirodzene vyhýbajú. Radi by sme poukázali na niekoľko možností sebapodpory pre prácu s touto klientelou:

- dôverujte svojim schopnostiam; pokiaľ ste absolvovali príslušné vzdelanie, dostatočne dobre pracuje s inými témami z oblasti výživy, celoživotne sa vzdelávate a máte supervíziu, je vysoko pravdepodobné, že budete vedieť pracovať aj s témou PPP,
- pripomínajte si, že tým, že klientovi poskytujete nutričné poradenstvo, tak nepreberáte zodpovednosť za jeho život,
- v prípade klientov s veľmi nízkym BMI a suicidálnych klientov jednoznačne spolupracujte s psychiatrom a psychológom,
- kontraktujte si s klientom veci/témy, ktoré vo vás vzbudzujú veľké obavy (napr. miera hmotnostného prírastku, pravidelné návštevy u psychiatra, vyhľadanie psychológa).

LIMITY SPOLUPRÁCE

Pri nadväzovaní spolupráce s klientmi s poruchami príjmu potravy je potrebné vyhodnotiť, nakoľko je ich stav vhodný do ambulantnej liečby a kedy už narážame na limity tejto formy pomoci alebo našich kompetencií. Pokiaľ nie je vhodná ambulantná liečba, je potrebné odporučiť intenzívnu lekársku starostlivosť, či už vo forme denného stacionára alebo hospitalizácie. Lekárska starostlivosť by mala byť doporučená v prípadoch, že osoba s PPP (bez ohľadu na to, či je alebo nie je plnoletá):

- 5 dní za sebou nekonzumovala žiadne jedlo;
- jednoznačne prejavuje suicidálne tendencie;
- je (z rôznych príčin) v akútnom ohrození života;
- vykazuje ťažký stupeň depresie.

Limitom v rámci ambulantnej liečby môže byť aj výrazná podváha, s ktorou klient prichádza do spolupráce. Pri maloletých osobách, ktoré majú hmotnosť 0,4 percentil a nižšie, je odporúčaná hospitalizácia. Pri dospelých klientoch môžu byť rizikovými faktormi nízka hmotnosť (vo všeobecnosti od hodnoty 14,5 BMI a nižšie) a dlhodobý, až chronický priebeh ochorenia. Z našej skúsenosti je vhodné ku každému klientovi pristupovať individuálne a zvážiť aj faktory ako motivácia k liečbe, podpora okolia, sociálne zázemie, aktuálny psychický a fyzický stav, prítomnosť multidisciplinárneho tímu alebo iných odborníkov v liečbe (vrátane psychiatrickej starostlivosti) a pod. Po dôslednom zvážení odborníka alebo tímu odborníkov je možné spoluprácu s podobnou klientkou definovať kontraktom s jasne stanovenými podmienkami a časovým rámcom. Napr. v prípade vážnej podváhy je vhodné spoluprácu ohraničiť prírastkom na hmotnosti (Waterhous & Jacob, 2014). V prípade, že k naplneniu kontraktu nedôjde, vrátane realisticky nastaveného váhového prírastku, je vhodné odporučiť lekársku pomoc s primeranou mierou intenzity.

Kontraktovanie

Kontrakt je písomné zarámcovanie spolupráce. Stanovuje jasné pravidlá a bezpečné hranice, na základe ktorých možno objektívne vyhodnotiť, či je služba pre klienta prínosná a prospešná, prípadne či je spolupráca nastavená správne. Pri kontraktovaní klientov s PPP je nevyhnutné nastaviť podmienky spolupráce realisticky – to sa týka posunov v danom časovom rozmedzí (napr. mesiac, 6 týždňov a pod.).

Pokiaľ klient nedodrží kontrakt, je dôležité dodržať jeho obsah a rozviazať s klientom spoluprácu. Aj po rozviazaní kontraktu je možné klientovi poskytnúť podporu – jasne ohraničenú so zadefinovaným cieľom. Napr. poskytnúť nutričnú konzultáciu alebo 4 náväzné stretnutia so psychologičkou, ktoré majú klienta podporiť v krokoch vedúcich na hospitalizáciu alebo podporiť v kontaktovaní sociálnej služby a pod.



PROCES NUTRIČNEJ STAROSTLIVOSTI PRI PPP

Na nasledujúcich riadkoch ponúkame jeden z možných rámcov postupu nutričného poradenstva s klientmi s PPP. Jednotlivé fázy procesu nemusia vždy presne na seba nadväzovať v uvedenom poradí. V čase sa prirodzene prekrývajú a dopĺňajú, a mali by byť prispôsobené individuálnym potrebám jednotlivých klientov. Výnimku samozrejme tvoria prvotné a ukončovacie postupy, ktoré majú svoje prirodzené opodstatnenie.

Pri vedení nutričného poradenstva v rámci tejto metodiky sa inšpirujeme modelom procesu nutričnej starostlivosti vyvinutého americkou asociáciou The Academy of Nutrition and Dietetics (predtým American Dietetic Association – ADA) z roku 2003. Tento proces je organizovaný sled činností, ktoré v sebe zahŕňajú nutričné zhodnotenie, stanovenie nutričnej diagnózy, plánovanie a implementáciu nutričných intervencií, a nakoniec monitoring a evaluáciu výsledkov. Ide o cyklický dej, ktorý sa neustále opakuje a je dynamický, tj. reaguje na zmeny, ktoré vznikajú počas jeho realizácie (Swan et al., 2017).

Individualizácia nutričného poradenstva pomocou procesu nutričnej starostlivosti



Proces nutričnej starostlivosti (Holdoway et al., 2022)

Štruktúra nutričného poradenstva

Bez ohľadu na to, v akej fáze liečby sa klient nachádza, nutričné poradenstvo by malo pozostávať z kontaktu pred začiatkom spolupráce, kedy máme možnosť od klienta zozbierať užitočné informácie napr. prostredníctvom zaslania anamnestického dotazníka a dohodnúť si termín návštevy. Následne sa pristúpi k úvodnému stretnutiu, ktoré slúži predovšetkým na zoznámenie, doplnenie anamnestických údajov, nastavenie cieľov a podmienok spolupráce. Spolupráca pokračuje pravidelnými stretnutiami, resp. konzultáciami,, na ktorých nutričný špecialista s klientom pracujú na vzájomne dohodnutých cieľoch a spoločnej zakázke. Koniec spolupráce rámcuje záverečné stretnutie, ktoré proces poradenstva uzavrie. Naším odporúčaním je, aby každá konzultácia zahŕňala:

- úvodnú časť, ktorá pozostáva z privítania klienta a zistenia dôvodu návštevy;
- jadra, v rámci ktorého sa posúdi problém, klient dostane priestor na vyjadrenie svojich ťažkostí, popis stavu a potrieb, a nutričný špecialista tieto témy adresuje, poskytuje usmernenia, rady, odporúčania...;
- záveru, kde by malo prebehnúť zhrnutie sedenia, cieľov a úloh a plánovanie ďalšej návštevy (Herrin & Larkin, 2013)

NUTRIČNÉ ZHODNOTENIE (ASSESSMENT)

Nutričné zhodnotenie má za cieľ získať, overiť a správne interpretovať informácie o klientovi a rozpoznať problémy súvisiace s výživou, identifikovať ich príčinu a zhodnotiť ich závažnosť. Tento krok pomáha odpovedať na otázky ako „Kto je môj klient?“ a „Existuje u neho nejaký nutričný problém?“. Nutričné zhodnotenie môže byť

vykonané v rôznych fázach spolupráce – ako vstupné, priebežné alebo záverečné. Pri jeho realizácii môžeme môžeme využívať napríklad nasledovné metódy:

- anamnestický dotazník
- anamnestický rozhovor s klientom
- pozorovanie (pokožka, vlasy, nechty, habitus)
- antropometrické vyšetrenia (napr. váženie pacienta)
- informácie z poskytnutej zdravotnej a inej dokumentácie (predovšetkým od psychiatra)
- 24-hodinový recall, záznam stravy, dotazník FFQ

Pre úsporu času odporúčame klientovi zaslať vstupný anamnestický dotazník ešte pred prvým stretnutím. Klient v ňom klient vyplní všetky dôležité údaje, ktoré nám pomôžu pochopiť jeho stravovacie návyky, zdravotný stav a osobné ciele. Skvalitní sa naša príprava na konzultáciu. Dotazník by mal by zahŕňať:

- osobné údaje (meno, vek, kontakt)
- dôvod návštevy a očakávanie od spolupráce
- osobná anamnéza (minulé a súčasné ochorenia, operácie)
- rodinná anamnéza (vážne ochorenia v rodine, história PPP v rodine)
- sociálna anamnéza (práca, bývanie, vzťahy)
- farmakologická anamnéza (lieky, doplnky stravy aj vitamíny a minerálne látky)
- abúzus (alkohol, fajčenie)
- antropometrické údaje (výška, hmotnosť, vývoj telesnej hmotnosti a výkyvy)
- výsledky laboratórnych vyšetrení
- nutričná anamnéza (stravovacie zvyklosti, pitný režim,

potravinové alergie a intolerancie, vynechávané potraviny, skúsenosť s držaním diét v minulosti, špecifické nároky na zloženie stravy, zmeny v stravovaní)

- skúsenosti s nutričným poradenstvom, znalosti o výžive
- problémy súvisiace s výživou (tráviace problémy, apetít)
- fyzická aktivita (typ a trvanie, intenzita, frekvencia)
- spánok
- menštruácia
- informácie o priebehu PPP (nástup ochorenia, liečba v minulosti a teraz)
- správanie viazané na PPP (purgatívne a reštriktívne správanie, binge eating)
- informácie o liečbe (návštevy psychológa, psychiatra a iných odborníkov, zapojenie rodiny)

Oblasti nutričného zhodnotenia pri PPP

(Lampert et al., 2020)

Posúdenie fyzického stavu	• základné životné funkcie, teplota (puls, krvný tlak, dýchanie) • klinické vyšetrenie zamerané na výživu (stav nechtov, vlasov, prítomnosť kachexie) • antropometrické údaje (história vývoja telesnej hmotnosti, vývoj rastu a genetické predispozície pre rast)

Sociálne a behaviorálne faktory prostredia	• potravinová bezpečnosť (možnosti skladovania potravín a prípravy pokrmov, znalosti o bezpečnom zaobchádzaní s potravinami) • schopnosť nakúpiť si potraviny • schopnosť pripraviť si jedlo • domáce prostredie • vplyv PPP na nákup, prípravu a sociálny aspekt stravovania
Zhodnotenie miery fyzickej aktivity	• história pohybovej aktivity • súčasná úroveň pohybovej aktivity • rola cvičenia/pohybu v rámci PPP
Zhodnotenie nutričného príjmu	• aktuálny energetický a nutričný príjem • manipulácia s jedlom, rituály spojené s jedením, nezvyčajné kombinácie jedál • stanovenie nutričných potrieb a porovnanie so súčasným príjmom
Hodnotenie postojov súvisiacich s jedlom	• postoj a vzťah s jedlom • stravovacie pravidlá • výživové presvedčenia (mýty a trendy vo výžive, extrémna interpretácia výživových odporúčaní) • postoje, vzorce a presvedčenia ohľadom jedla a výživy z rodiny
Užívanie liekov a nutričných suplementov	• lieky, lieky bez predpisu (laxatíva, diuretiká) • vitamíny, minerálne látky a iné doplnky stravy (aj bylinné prípravky a čaje) • sipping, enterálna výživa, tekuté náhrady jedla

Metódy hodnotenia výživy

Informácie o aktuálnom energetickom príjme získavame od klienta pomocou priamych metód hodnotenia výživy. V nutričnom poradenstve sa najčastejšie využíva 24-hodinový recall alebo záznam stravy (typicky za 3-5 dní). V nasledujúcej tabuľke zhrnieme výhody a nevýhody oboch metód.

24-hodinový recall

Výhody	Nevýhody
Môže prebehnúť priamo na sedení, bez nutnosti predošlej prípravy zo strany klienta	Závisí od úprimnosti, pamäte a kognitívnych schopností klienta (nevhodný pre malé deti a seniorov)
Minimálny vplyv na stravovacie zvyklosti	Vysoké nároky na nutričného špecialistu - je nutné zistiť druh, špecifiká a množstvo skonzumovaných potravín za deň
Nutričný špecialista má možnosť dopýtať sa na podrobnosti	Neodzrkadluje dlhodobé stravovacie návyky

Záznam stravy (s pomocou váženia/odhadom množstva)

Výhody	**Nevýhody**
Minimalizácia chýb spôsobeným zabúdaním	Vyššia záťaž pre klienta
Vyššia presnosť	Pre klientov s PPP môže byť zaznamenávanie nepríjemné
Prehľadnosť, možnosť prepojenia s ďalšími faktormi (emócie, prostredie, čas konzumácie...)	Nie vždy je možné od klienta požadovať, aby potraviny vážil, vždy je potrebné situáciu individuálne vyhodnotiť, prípadne zvoliť odhad pomocou rôznych pomôcok a predmetov (PL, dlaň, päsť...), najmä u maloletých odporúčame, aby túto úlohu prebral rodič
	Chyby súvisiace s odhadom veľkosti porcií
	Riziko zmeny stravovacích návykov, nadhodnotenie alebo podhodnotenie energetického príjmu

Získané údaje o nutričnom príjme prepočítame pomocou nutričného softvéru a informácie interpretujeme na základe porovnania s nutričnými štandardmi (napr. odporúčanými výživovými dávkami), všeobecnými nutričnými doporučeniami (napr. od WHO, EFSA) či odporúčaniami založenými na skupinách potravín (FBDG – Food-based

dietary guidelines). Súčasťou zhodnotenia by malo byť aj stanovenie nutričných potrieb a odporúčaní (potreba energie, živín, mikro a makronutrientov, odporúčania na základe telesnej hmotnosti...).

Refeeding syndrom

Predovšetkým u klientov v podvýžive je nevyhnutné vyhodnotiť riziko refeeding syndrómu, aby mohla nutričná rehabilitácia prebehnúť bezpečne.

Refeeding syndróm je súbor metabolických porúch, ktoré sa môžu objaviť pri obnovení príjmu potravy (predovšetkým väčšieho množstva glukózy) u osôb po dlhšom období hladovania alebo veľmi nízkeho príjmu živín, alebo u ľudí s vážnou podvýživou. Pri refeeding syndrome dochádza k rýchlemu vyčerpaniu minerálnych látok (fosforu, draslíka, horčíka) kvôli zvýšenej sekrécii inzulínu v dôsledku obnovenia energetického príjmu. Inzulín vyvoláva pohyb glukózy, tekutín a elektrolytov do buniek a následne dochádza k zvýšeniu syntézy bielkovín, tukov a glykogénu, čím sa znižuje dostupnosť minerálnych látok v krvi (predovšetkým fosforu). Refeeding syndróm teda vzniká v dôsledku anabolizmu, ktorý u podvyživených jedincov nastupuje typicky v prvých 3-4 dňoch od začiatku obnovenia výživy (refeedingu), pričom riziko jeho vzniku je najvyššie v prvom týždni obnovenia príjmu (Lampert et al., 2020). Prejavuje sa príznakmi ako hnačka, celková slabosť, opuchy nôh v dôsledku zadržiavania tekutín (rýchly nárast hmotnosti), dýchavičnosť, zmätenosť, môžu sa vyskytnúť aj záchvaty, srdcové zlyhanie a náhla smrť.

Vyhodnotenie rizika refeeding syndrómu (Tomíška, 2018):

- žiadny alebo veľmi nízky energetický príjem za posledných 5-10 dní (predovšetkým pri zvracaní či hnačkách)
- ľudia s veľmi nízkou telesnou hmotnosťou (obzvlášť u tých, ktorých hmotnosť je < 70-80% optimálnej telesnej hmotnosti, predovšetkým BMI < 16 kg/m2
- rýchly úbytok hmotnosti > 10-15 % za 3-6 mesiacov

- abnormálne hodnoty elektrolytov (P, K, Mg) pred začiatkom nutričnej realimentácie
- dlhodobá parenterálna výživa (bez prítomnosti glukózy)
- predchádzajúca anamnéza refeeding syndrómu
- nízky počet bielych krviniek
- vek nad 70 rokov, aktívne onkologické ochorenie, podávanie inzulínu, liečba diuretikami alebo antacidami, konzumácia alkoholu
- Súčasná prítomnosť prvého kritéria a niektorého z ďalších uvedených bodov predstavuje riziko vzniku refeeding syndrómu po obnovení výživy.

Vyhodnocovanie rizika refeeding syndrómu u detí (Matzová, 2021):

	Vysoké riziko (vyžadujú sa 2 kritéria)	**Stredné riziko**	**Nízke riziko**
Hmotnosť/výška (vzhľadom na vek a pohlavie)	< 0,4 percentil	0,4-3 percentil	> 3-10 percentil
Strata hmotnosti	1 kg / týždeň počas 4 týždnov		
Obdobie nejedenia	> 5 dní alebo < 1000 kCal/d	3-5 dní alebo 1000-1500 kCal/d	< 3 dni
Plazmatický fosfát	< 0,8 mmol/L		
Počet bielych krviniek	< 3,8 10^9/L		

Prevencia vzniku refeeding syndrómu pri vysokom riziku

Pri vyhodnotení rizika refeeding syndrómu je potrebné zabezpečiť, aby bol klient pod dohľadom lekára, ktorý dokáže monitorovať jeho zdravotný stav a vyhodnotiť potrebu hospitalizácie. Prevencia refeeding syndrómu zahŕňa monitorovanie hladín elektrolytov a ich dopĺňanie, suplementáciu tiamínu a hypokalorickú výživu.

Väčšina autorov odporúča pri riziku vzniku refeeding syndrómu začať s pomalým navyšovaním energetického príjmu rýchlosťou 10 kcal/kg/deň v priebehu prvých 2 dní (600-800 kcal/deň) so zastúpením sacharidov do 40 % z celkového množstva energie. Je vhodné uprednostniť zdroje komplexných sacharidov pre jednoduchými. Následne sa odporúča zvyšovať príjem o cca 200 kcal po každých 3 dňoch.

Pred začiatkom nutričnej rehabilitácie je u osôb s vysokým rizikom refeeding syndrómu potrebné skontrolovať hladiny elektrolytov. Nutné je monitorovanie hladiny fosforu, draslíka a horčíka, acidobázickej rovnováhy a hladiny laktátu každých 2\d-\d8 hodín v priebehu prvých \d-\d týždňov od začiatku nutričnej realimentácie a odporúča sa kontrola glykémie aspoň 2-krát denne. Pri hypofosfatémii (P<0,9 mmol/) upravujeme jeho hladiny intravenóznou alebo perorálnou suplementáciou (30-50 mmol P/deň do úpravy). V prípade potreby suplementujeme aj draslík a horčík. U osôb s vysokým rizikom refeeding syndrómu sa odporúča pred realimentáciou podať 200 mg tiamínu per os a po dobu 7-10 dní podávať 3-6 tablieb B-komplexu forte (Lampert et al., 2020; Tomíška, 2018).

Pokiaľ u klienta vyhodnotíme riziko vzniku refeeding syndrómu, jednoznačne odporúčame, aby bol klient v priebehu spolupráce a predovšetkým na začiatku nutričnej realimentácie pod dohľadom lekára.

NUTRIČNÁ DIAGNÓZA

(stanovenie nutričného problému)

Nutričná diagnóza má za cieľ jasne, stručne a jednoznačne popísať nutričný problém, ktorý je možné vyriešiť alebo zlepšiť. V Chuť žiť v praxi nevyužívame striktnú terminológiu nutričnej diagnostiky na základe tzv. PES tvrdení (problém-etiológia-symptómy) využívaných v procese nutričnej starostlivosti, teda stanovenie konkrétnej nutričnej diagnózy, ktorá sa používa predovšetkým v zahraničí.

Na základe analýzy anamnestických údajov a údajov o energetickom a nutričnom príjme, stanovujeme nutričný problém. Užitočné môže byť, keď pri jeho určovaní popíšeme relevantnú príčinu, na ktorú neskôr zameriame nutričné intervencie, a zaznamenáme aj popis prejavov, na ktoré neskôr zameriame monitoring a evaluáciu.

Príklad

Problém	+ spôsobený	**Príčina**	+ ako vyplýva	**Symptómy**
Nedostatočný energetický príjem		Narušenými stravovacími vzorcami súvisiacimi s mentálnou anorexiou		Z hodnoty BMI 16,5 kg/m2 a odhadovaného energetického príjmu na úrovni cca 50 % z celkovej energetickej potreby

Nutričné problémy môžu vznikať v 3 kategóriách

- príjem (nízky/vysoký príjem energie alebo určitých živín...)
- klinická oblasť (problémy s trávením, abnormálne laboratórne výsledky, podvýživa, obezita...)
- environmentálno-behaviorálna oblasť (nedostatok znalostí, škodlivé postoje, nadmerné cvičenie, obmedzená dostupnosť potravín...)

Na základe nutričného zhodnotenia a stanovenia nutričného problému volíme jednotlivé nutričné intervencie. Vždy je však potrebné rešpektovať vyššie popísané limity spolupráce v ambulantnom prostredí a pokiaľ zistíme, že momentálny zdravotný, nutričný a psychický stav klienta túto formu spolupráce neumožňuje, komunikujeme to klientovi a odporúčime mu intenzívnejšiu liečbu v záujme zachovania zdravia a života klienta.

NUTRIČNÉ INTERVENCIE

Nutričné intervencie majú za ciel vyriešiť alebo zlepšiť identifikovaný nutričný problém. Zahŕňajú v sebe stanovenie konkrétnych cieľov, plánovanie intervencií a ich následnú realizáciu v procese nutričnej starostlivosti.

Základným cieľom nutričného poradenstva pri PPP je prinavrátenie optimálneho zdravia – normalizovanie správania ohľadom stravovania a cvičenia, obnovenie fyzického a psychického zdravia, a u detí a dospievajúcich návrat k normálnemu fyziologickému vývoju. Prvým krokom v liečbe PPP by na základe vedeckého konsenzu mala byť rýchla intervencia zameraná na stabilizáciu zdravotného stavu a nutričná rehabilitácia spojená so skorým obnovením telesnej hmotnosti. Rovnako dôležitým aspektom okrem úpravy hmotnosti je aj normalizácia postojov a stravovacích vzorcov súvisiacich s PPP,

čo ale môže trvať niekoľko rokov (Waterhous & Jacob, 2014). V tomto procese je preto nepostrádateľná psychologická podpora klienta.

Napriek tomu, že v nutričnom poradenstve existujú univerzálne princípy pri poruchách príjmu potravy sa konkrétne postupy odvíjajú od jednotlivých diagnóz, resp. symptomatiky. U klientov s pridruženými výživovými komorbiditami (ako zvýšené hladiny cholesterolu, glukózy, krvného tlaku...), pri ktorých sa uplatňujú štandardné dietologické postupy, sa odporúča prvotne zamerať na zlepšenie správania súvisiaceho s PPP (Lampert et al., 2020).

Stanovenie cieľov

Pri stanovení cieľov v nutričnom poradenstve by sme mali myslieť, na to, aby ciele boli SMART:

- **Špecifické** (Specific): Cieľ by mal byť jasne a konkrétne definovaný.
  - napr. Miesto všeobecného cieľa "pridajte do jedálnička viac zeleniny" sa s klientom dohodneme na tom, že ku každému hlavnému jedlu pridá porciu zeleniny.

- **Merateľné** (Measurable): Cieľ by mal byť merateľný, čo znamená, že by malo byť možné ho monitorovať a kvantitatívne alebo kvalitatívne hodnotiť. Merateľnosť nám umožňuje sledovať pokrok a určiť, či bol cieľ dosiahnutý.
  - napr. Stanovíme cieľ zvýšiť príjem bielkovín na 60 gramov denne, čo môžeme dosiahnuť, tým, že klient do každého hlavného jedla pridá zdroj bielkovín (napr. 200 gramov gréckeho jogurtu na raňajky, 100 gramov kuracieho mäsa k obedu a 2 vajcia k večeri). Príjem bielkovín môžeme overiť podľa záznamu stravy, ktorý si klient bude viesť.

- **Dosiahnuteľné** (Achievable): Ciele by mali byť pre klienta realistické a dosiahnuteľné. Vždy je potrebné brať do úvahy kapacity, možnosti a individuálne potreby daného klienta. Pokiaľ by bol cieľ pre klienta príliš vzdialený, môže prísť sklamanie a jeho motivácia robiť zmeny môže klesnúť.

- napr. U klientky s mentálnou anorexiou v domácej liečbe stanovíme hmotnostný prírastok na 2-4 kg a nebudeme trvať na vyššom prírastku 4-6 kg za za mesiac, čo by bol prírastok dosiahnuteľný pri hospitalitácii.

- **Relevantné** (Relevant): Cieľ by mal byť dôležitý pre samotného klienta.
  - napr. U klienta, ktorý chce zlepšiť sociálne aspekty stravovania a stravovať sa slobodnejšie, stanovíme cieľ s ohľadom na jeho motiváciu – "Zájsť tento týždeň na večeru do reštaurácie s kamarátom".

- **Časovo ohraničené** (Time-bound): Je dôležité stanoviť konkrétny časový rámc pre dosiahnutie cieľov, aby bolo možné vyhodnotiť efektivitu a prínos spolupráce.
  - napr. V kontrakte s klientkou s BMI pod 14 stanovýme minimálny hmotnostný prírastok za mesiac na 2 kg, pokiaľ klientka za tento čas nebude schopná podmienku splniť, v záujme zachovania jej zdravia jej odporúčime hospitalizáciu.

Nutričné intervencie sú zamerané na:

- Výpočet energetickej a nutričnej potreby a priebežné monitorovanie príjmu energie a jednotlivých živín s cieľom dosiahnutia pravidelného očakávaného hmotnostného prírastku (u klientov s obezitou úbytku).

- Zabezpečenie pravidelného a dostatočného stravovania, čo zahŕňa navyšovanie množsta a rozmanitosti konzumovaných potravín, obnovenie vnímania pocitov hladu a sýtosti, a odporúčania týkajúce sa užívania doplnkov výživy a nutričných suplementov.

- Poskytovanie podpory pri zvládaní emocionálnych, psychologických a sociálnych aspektov súvisiacich s jedlom a stravovacími návykmi a správaním (s ohľadom na kompetencie nutričného špecialistu).

- Edukácia a poskytovanie individualizovaných rád ohľadom výživy a liečby PPP, pričom sa kladie dôraz na to, aby klient porozumel svojím nutričným potrebám a bol schopný realizovať vlastné rozhodnutia ohľadom výberu stravy. Nutričný špecialista môže

ohľadom vhodného stravovacieho režimu a PPP usmerniť a edukovať aj najbližšie okolie klienta.

- Tvorbu štruktúrovaného nutričného plánu prispôsoboného individuálnym potrebám klienta. U klientov je potrebné zvážiť riziká a prínosy jedálničkov, a to najmä (ale nielen) s podrobnými informáciami o ich energetickej a nutričnej hodnote a množstvách jednotlivých potravín, nakoľko pre mnohých klientov môžu byť tieto informácie kontraproduktívne a viesť k prehĺbeniu obsesívnych myšlienok ohľadom stravovania a zhoršeniu symptomatiky (Waterhous & Jacob, 2014). Na druhej strane sú užitočné pre rodičov alebo blízke osoby, ktoré preberajú zodpovednosť za stravovanie v domácej liečbe. Vhodnejšou variantou pre klienta môžu byť jedálničky vyjadrené kvalitatívnou formou.
- Prepojenie a spoluprácu s inými členmi tímu, zapojenie rodiny či blízkeho okolia klienta a zabezpečenie naväzujúcej starostlivosti (Herrin & Larkin, 2013)

NUTRIČNÝ MONITORING A EVALUÁCIA

Nutričný monitoring a evaluácia má za cieľ určiť mieru pokroku a zistiť či sa naplnili ciele a dostavili očakávané výsledky spolupráce. Evaluáciu spolupráce odporúčame vykonávať priebežne, ideálne každých 4 až 6 týždňov (frekvencia sa odvíja od stavu klienta), aby sme mohli vyhodnotiť pozitívne zmeny, stagnáciu či prípradné zhoršenia a prispôsobiť tomu nutričný plán. Výsledkom môže byť dosiahnutie cieľa, čiastočné dosiahnutie cieľa, nedosiahnutie cieľa alebo vznik nového nutričného problému.

HMOTNOSŤ KLIENTOV S PPP

Hmotnosť je kľúčovým faktorom pri hodnotení a liečbe porúch príjmu potravy. Upozorňujeme, že hmotnosť nie je jediným klinickým ukazovateľom alebo jedinou charakteristikou PPP, nakoľko jedinci s nižšou, normálnou či vyššou telesnou hmotnosťou môžu mať PPP, byť v stave podvýživy alebo vykazovať charakteristické správanie spojené s PPP (Lampert et al., 2020).

Na telesnú hmotnosť jednotlivca vplývajú rôzne faktory, ktoré sú ovplyvniteľné (pohyb a výživa) a faktory, ktoré sú neovplyvniteľné, respektíve dedičné. Hovoríme vtedy o genetike, a často aj o naučenom životnom štýle, ktorý vychádza z rodiny a podmieňuje náš vzťah k jedlu a životospráve.

Genetické predispozície predurčujú aj biologicky primeranú hmotnosť, teda hmotnosť, ktorá je pre nás ľahko udržateľná bez nutnosti diétovania alebo nasledovania nevhodných vzorcov správania v cvičení alebo stravovaní, odzrkadľuje predchorobnú hmotnosť, normálnu fyzickú a psychologickú funkciu, normálny rast u detí, genetickú predispozíciu, etnicitu, pohlavie a rodinnú históriu (Herrin & Larkin, 2013). Znakom získania biologicky primeranej hmotnosti je normálne fungovanie tela, čiže okrem iného aj normálna hormonálna funkcia, reprodukčná funkcia ako aj laboratórne výsledky rozboru krvi.

Biologicky primeraná hmotnosť je pre každého človeka odlišná, ale zvyčajne sa nachádza v rozmedzí normálnej hmotnosti podľa BMI. BMI (Body Mass Index) alebo index telesnej hmotnosti, patrí medzi najviac používané metódy klasifikácie telesnej hmotnosti. Bol vytvorený ako štatistický nástroj na kategorizovanie hmotnosti v rámci populácie. Počíta sa ako hmotnosť v kilogramoch delená druhou mocninou výšky v metroch. U detí a dospievajúcich sa zohľadňuje okrem výšky a hmotnosti aj vek, pričom sa BMI vyhodnocuje podľa percentilových grafov.

Pri práci s klientmi s PPP je dôležité rozlišovať medzi biologicky primeranou hmotnosťou a hmotnosťou určenou na základe BMI (index telesnej hmotnosti). BMI je užitočným štatistickým nástrojom pre kategorizáciu hmotnosti v populácii, ale nemalo by sa naň spoliehať ako na jediný ukazovateľ zdravia alebo vhodnej hmotnosti pre jednotlivca (Nuttall, 2015). Navyše kategórie BMI podceňujú zdravotné rizika spojené s hmotnosťou kvalifikovanou ako podváha a preceňujú zdravotné riziká spojené s hmotnosťou klasifikovanou ako nadváha (Flegal et al., 2013, 2018). V kontexte porúch príjmu potravy môže byť biologicky primeraná hmotnosť mierne nižšia alebo vyššia ako rozsah normálneho BMI, a vždy je dôležité zohľadniť individuálne faktory ako genetickú predispozíciu, fyzické a psychické zdravie.

Pri stanovovaní cieľov týkajúcich sa hmotnosti je kľúčové zamerať sa na celkové zdravie a pohodu klienta, a nielen na číslo na váhe. Hmotnosť by mala byť stabilná v rozmedzí, ktoré umožňuje prijatie dostatočného množstva potravy a živín, zabezpečujúc fyzickú aj emocionálnu spokojnosť. U detí je pri obnovovaní telesnej hmotnosti zvyčajne najvhodnejším cieľom návrat k predchorobnej rastovej krivke dieťaťa (Lampert et al., 2020).

Váženie

Monitorovanie telesnej hmotnosti (a výšky u maloletých) je kľúčové pre sledovanie rastu, monitorovanie zadržiavania tekutín, vyhodnocovania rizika refeeding syndrómu a posúdenie dostatočného energetického príjmu. Je tiež nevyhnutné pre zhodnotenie zdravotného stavu a pokrokov v liečbe, ktorej cieľom je obnovenie telesnej hmotnosti (napr. pri mentálnej anorexii).

Pokiaľ je vzhľadom na zdravotný stav klienta nevyhnutné pravidelné váženie, je potrebné dohodnúť sa na jeho jasných pravidlách, spôsobe a frekvenci. Pri vážení je možné zvoliť 2 odlišné prístupy:

- **„frontwards“ váženie,** kedy môžu klienti vidieť svoju hmotnosť, je štandardným postupom v rodinnej terapii (FBT) a kognitívno-behaviorálnej terapii (CBT) a umožňuje terapeutické diskusie o hmotnosti,

- **“slepé váženie“,** kdy klient stojí chrbtom k ciferníku na váhe, aby nevidel zobrazené číslo vďaka čomu je váženie viac neutrálne a pozornosť sa odkláňa od zamerania sa na číslo, pričom o hmotnosti sa diskutuje v neskorších fázach liečby.

V procese nutričného poradenstva je potrebné zvážiť klady a zápory oboch prístupov a zvoliť prístup vhodný pre daného klienta.

K samotnému váženiu je potrebné pristupovať citlivo. Pri vážení by mal byť prítomný nutričný špecialista alebo pri maloletých klientoch pri vážení doma rodič, ktorý je inštruovaný ako postupovať. Malo by prebiehať v rovnaký čas počas dňa (ideálne ráno na lačno) v spodnom prádle, pričom je potrebné brať na vedomie správanie, ktorým sa klient môže snažiť umelo zvyšovať svoju hmotnosť (vrstvenie oblečenia, skrývanie ťažkých predmetov v oblečení, pitie veľkého množstva vody pred vážením...). Pri hodnotení hmotnosti je potrebné zohľadniť faktory, ktoré môžu u ľudí spôsobovať fluktuáciu telesnej hmotnosti na dennej báze o cca 3 kg, ako plný močový mechúr a črevo, čas dňa a menštruácia (Lampert et al., 2020). U detí odporúčame okrem hmotnosti sledovať aj výšku, a to každé 3 mesiace. Pri vážení klienta je dôležité zdržať sa komentárov a zachovávať si neutrálny výraz, nakoľko nami prežívané emócie nemusí klient vnímať rovnako.

HMOTNOSTNÉ EXTRÉMY

Hmotnosť sa v priebehu života človeka vplyvom rôznych udalostí mení. Mierne zmeny hmotnosti mimo zdravého rozmedzia BMI nemusia pre nás nutne predstavovať zdravotné riziko, no ide o signál, že sa v našom živote niečo deje a v prípade zanedbania to môže mať dopad na naše zdravie. Zatiaľ čo mierna podhmotnosť alebo nadváha nemusia mať závažný dopad na zdravotný stav, závažná podhmotnosť, podvýživa a obezita majú na zdravie zásadný vplyv. Tieto stavy, sú často prepojené s narušeným vzťahom k jedlu a poruchami príjmu potravy (PPP) a predstavujú rastúci problém.

Stigmatizácia telesnej hmotnosti

Stigmatizácia telesnej hmotnosti, tiež známa ako sizeizmus alebo fat fóbia, je sociálny fenomén, ktorý spočíva v negatívnych predsudkoch, stereotypoch a diskriminácii voči ľuďom na základe ich telesnej hmotnosti, veľkosti alebo tvaru tela (Lampert et al., 2020). Môže sa prejavovať rôznymi spôsobmi, od otvorených urážok a zneužívania, až po jemnejšie formy, ako sú negatívne postojové vzorce, spájanie vyššej hmotnosti s osobnostnými charakteristikami a zaujatosť v zdravotnej starostlivosti, médiách a bežných sociálnych interakciách . Môže mať vážne dôsledky na psychické a fyzické zdravie človeka.

Vnútorná stigmatizácia hmotnosti nastáva, keď jednotlivec internalizuje tieto negatívne názory a stereotypy a aplikuje ich na seba, čo môže viesť k vlastnému negatívnemu vnímaniu svojej hmotnosti a tela. (Wagner et al., 2020). Stigmatizácia telesnej hmotnosti má vážne negatívne dopady na život, zdravie a priebeh liečby u ľudí s vyššou hmotnosťou. Môže priamo viesť k zvýšeniu rizika rozvoja porúch príjmu potravy, nižšej sebaúcte, sociálnemu vylúčeniu a zhoršeniu kvality života (Ralph et al., 2022).

Stigmatizácia hmotnosti je častým fenoménom aj v zdravotníctve. Zdravotnícki pracovníci, ovplyvnení spoločenskými predsudkami, často prehliadajú alebo nesprávne hodnotia symptómy PPP u pacientov s vyššou hmotnosťou. Tento jav nielenže zhoršuje zdravotné výsledky, ale aj znižuje u stigmatizovaných jedincov ochotu vyhľadať odbornú pomoc. Poruchy príjmu potravy medzi ľuďmi s vyššou hmotnosťou sú rovnako vážne a život ohrozujúce ako medzi ľuďmi s nižšou hmotnosťou. V rámci liečby je užitočné vyhnúť sa stigmatizujúcim termínom a pri témach týkajúcich sa hmotnosti používať neutrálny jazyk, čo môže zlepšiť komunikáciu medzi pacientom a odborníkom, predísť negatívnemu dopadu na psychické zdravie pacienta a zlepšiť klinické výsledky liečby (Lampert et al., 2020; Ralph et al., 2022).

Obezita a PPP

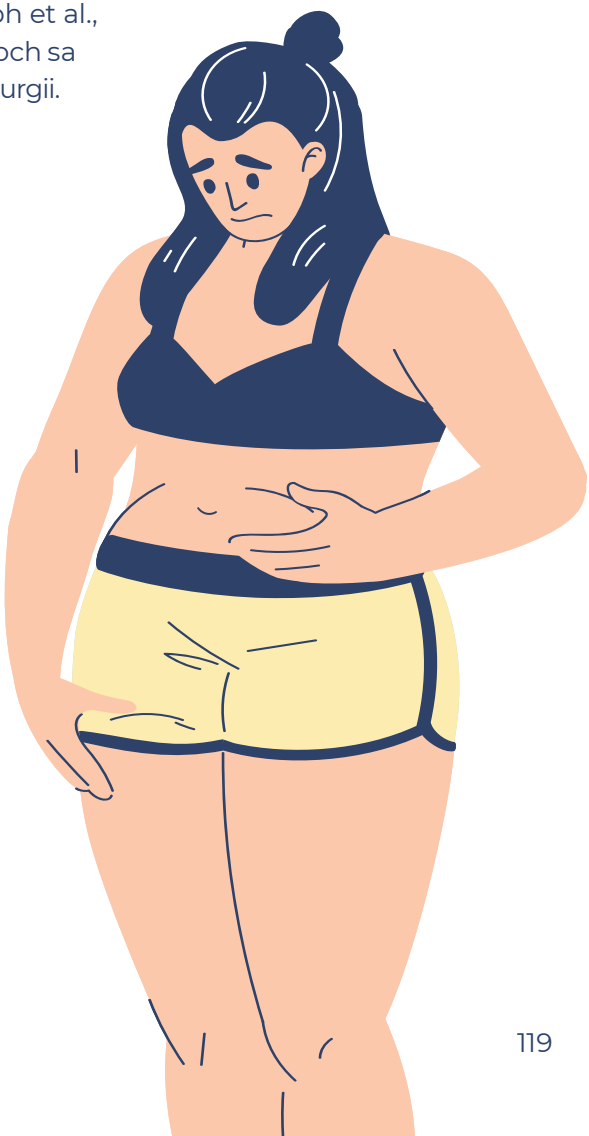
Obezita je definovaná ako abnormálne alebo nadmerné nahromadenie telesného tuku, s dopadom na celkové zdravie. Svetová zdravotnícka organizácia na základe BMI definuje nadváhu ako BMI nad 25 a BMI nad 30 ako obezitu (WHO, 2021). Podľa World Obesity Atlas 2023 sa odhaduje, že do roku 2035 môže byť nadváhou a obezitou postihnutých viac ako 4 miliardy ľudí, čo predstavuje nárast z 38% svetovej populácie v roku 2020 na viac ako 50% (World Obesity Federation, 2023).

Abnormálne nahromadenie telesného tuku pri obezite predstavuje celkové narušenie fungovania tela a jeho procesov a výrazné ohrozenie zdravia. Obezita je rizikovým faktorom rozvoja mnohých ochorení ako sú kardiovaskulárne ochorenia, diabetes 2. typu, hypertenzia, zvýšené riziko vzniku niektorých onkologických ochorení a ochorenia pohybového aparátu. Za primárnu príčinu obezity sa považuje dlhodobá nerovnováha medzi príjmom a výdajom energie, ktorá je najčastejšie spôsobená zvýšeným príjmom vysokoenergeticky denzných jedál a/alebo nedostatočnou pohybovou aktivitou a sedavým spôsobom života.

Štúdie ukazujú, že existuje významná súvislosť medzi obezitou a vyšším rizikom vývoja porúch príjmu potravy, najmä medzi adolescentmi. V štúdii AVENA a AFINOS sa zistilo, že adolescenti s nadváhou alebo obezitou majú vyššie riziko vzniku PPP v porovnaní s ich rovesníkmi s normálnou hmotnosťou (Veses et al., 2014). Obézni ľudia sú často v spoločnosti stigmatizovaní a uchyľujú sa k rôznym diétam, aby schudli a boli v spoločnosti prijatí. Zistilo sa, že obezita a PPP majú spoločné rizikové faktory medzi ktoré patrí diétovanie, nespokojnosť s vlastným telom a šikanovanie súvisiace s hmotnosťou (Haines & Neumark-Sztainer, 2006).

U ľudí s PPP s pridruženou obezitou sa vo väčšine prípadov neodporúča zamerať sa ihneď na samotný proces chudnutia, nakoľko agresívne stratégie chudnutia môžu mať za následok zhoršenie symptómov porúch príjmu potravy (Berg et al., 2023). Ako najvhodnejší sa javí integrovaný prístup, ktorý sa zameriava na symptomatiku

PPP, psychologické aspekty, správanie súvisiace s jedlom a postupné zavádzanie fyzickej aktivity v kontexte celkového zdravia a pohody, namiesto zamerania sa len na redukciu telesnej hmotnosti (Sánchez-Carracedo et al., 2012). Psychologické poradenstvo, resp. psychoterapia by mala byť prístupom prvej voľby pri BED a MB. Odporúčané sú ako hlbinné smery, tak aj kognitívno-behaviorálna terapia, interpersonálna terapia či dialektická behaviorálna terapia. Farmakoterapia môže figurovať ako doprovodná forma liečby u ľudí s PPP a obezitou, no nie je odporúčaná ako liečba prvej línie (Ralph et al., 2022). V závažných prípadoch sa pristupuje k bariatrickej chirurgii.



MOŽNOSTI POMOCI V CHUŤ ŽIŤ

Chuť žiť ponúka ľuďom s PPP viacero služieb. Prvou z nich, na ktorú sa môžu obrátiť bezplatne a anonymne, je **telefonická linka a mailová poradňa.** Telefonická linka Chuť žiť **0800 221 080 a poradna@chutzit.sk** sú bezplatné anonymné služby pre ľudí, ktorí sa trápia s poruchami príjmu potravy, sebaprijatím, jedlom či bodyshamingom, ako aj pre ich blízkych. Klienti nám môžu zavolať v akútnych stavoch (pri úzkostiach a výčitkách...), ale aj vtedy, keď sa potrebujú poradiť alebo je pre nich telefonát na linku prvým krokom k liečbe. Môže sa na nás obrátiť ktokoľvek, kto by sa chcel ohľadom tejto témy poradiť, či už rodič, blízka osoba, učiteľ, školský psychológ... Radi podáme pomocnú ruku komukoľvek, kto potrebuje pomôcť s témou porúch príjmu potravy.

Ďalšou službou je **psychologické poradenstvo,** ktoré je jedným z pilierov komplexnej liečby porúch príjmu potravy. V poradenstve sa špecializujeme na psychologickú podporu deťom od 12 rokov, dospelým ľuďom a rodinám s poruchami príjmu potravy alebo ľuďom s narušeným vzťahom k jedlu či k telu (napr. opakované držanie diét alebo manipulácia so stravou, reštriktívne, obmedzujúce stravovanie, výčitky po jedle, body dysmorfia, negatívny sebaobraz a pod.).

Súčasťou komplexnej liečby je aj **nutričné poradenstvo.** Náš nutričný program je špecializovaný na dlhodobú a intenzívnu pomoc v oblasti výživy ľuďom s poruchami príjmu potravy alebo ľuďom s narušeným (nezdravým) vzťahom k jedlu (napr. manipulácia s jedlom, reštriktívne, obmedzujúce stravovanie, výčitky po jedle a pod.). Nutričný program je určený pre deti od 12 rokov a pre dospelých ľudí, ktorí majú poruchy príjmu potravy alebo nezdravý (narušený) vzťah

k jedlu. Pracujeme so všetkými diagnózami na spektre PPP, vrátane anorexie, bulímie, záchvatového prejedania sa, nešpecifických PPP, inak špecifikovaných PPP alebo ortorexie. Pracujeme taktiež s ľuďmi s „disordered eating", teda narušeným vzťahom k jedlu (emočným jedením, chronickým diétovaním...).

Formou podpory v liečbe je aj **peer podpora,** ktorú u nás klienti nájdu. Peer podporu (alebo rovesnícku podporu) poskytuje peer konzultant – človek, ktorý má skúsenosť s liečbou z porúch príjmu potravy a čerpaním odbornej pomoci. Peer používa svoju skúsenosť s uzdravením k podpore ďalších klientov a posilňuje ich motiváciu k liečbe a nádej, že aj s obmedzeniami, ktoré môžu prameniť z duševného ochorenia, sa dá žiť spokojný a plnohodnotný život. Organizačná stránka stretnutí je podobná ako pri psychologických sedeniach.

Všetky tri vyššie spomínané služby sú u nás prepojené v **multidisciplinárnom programe,** kde s klientmi a ich rodinami pracujeme podľa vyššie spomenutého multidisciplinárneho prístupu.

Okrem dlhodobej formy vyššie spomínaných služieb poskytujeme aj možnosť konzultácií. Konzultácie sú krátkodobá poradenská služba zameraná na témy porúch príjmu potravy, narušený vzťah k jedlu či negatívny sebaobraz. Konzultácie poskytujú odborníci s rôznym vzdelaním – psychológovia, nutriční špecialisti aj peer konzultanti. Klienti si tak môžu na základne jednorázových stretnutí službu vyskúšať a následne sa môžu rozhodnúť pokračovať v dlhodobej spolupráci alebo im zorientovanie sa s téme PPP a prístupu k pomoci pomôže nájsť iných odborníkov vo svojom okolí.

V rámci podpory je možnosť navštevovať aj **podporné skupiny,** ktoré máme k dispozícii v dvoch podobách: online a osobne. V liečbe porúch príjmu potravy nemusia byť klienti sami. Na pravidelnej báze sa môžu stretnúť s ďalšími ľuďmi, ktorí si prechádzajú podobnou skúsenosťou. Naše **„stacionáre"** (teda online podporné skupiny) majú dve formy: pre ľudí s poruchami príjmu potravy a pre rodičov detí s poruchami príjmu potravy. Skupiny fungujú paralelne (oddelene). Každú skupinu vedie facilitátor (psychológ, psychiater alebo peer konzultant). Cieľom skupín je zdieľať svoje úspechy aj zlyhania a spolu s ostatnými účastníkmi sa vzájomne podporovať

na ceste k uzdraveniu. Osobne organizované podporné skupiny sú uzavreté skupiny, kde sa v bezpečnom prostredí pravidelne stretávajú ľudia, ktorých spája podobná skúsenosť, chcú sa vzájomne spoznať a podporovať. Skúsenosť sa týka problémov na spektre porúch príjmu potravy (PPP) – od anorexie a bulímie cez diagnózu záchvatového prejedania sa až po narušený vzťah k jedlu. Organizujeme skupiny pre ľudí s PPP aj pre rodičov, ktoré prebiehajú v našom centre v Bratislave. Cieľom skupiny je viesť účastníkov k porozumeniu svojho správania a k sebaobjavovaniu a podporiť vnímanie vlastnej sebahodnoty, silných stránok a schopností žiť plnohodnotný a kvalitný život v uzdravení. Obe formy podporných skupín však nenahrádzajú psychiatrickú, psychoterapeutickú ani nutričnú pomoc, sú podporným doplnkom v komplexnej liečbe.

Pre dospelých klientov máme k dispozícii aj **teraputické skupiny.** Terapeutická skupina je uzavretá skupina ľudí s poruchami príjmu potravy, ktorá sa stretáva v pravidelnej frekvencii pod vedením skúsenej terapeutky. Skupina funguje v Bratislave, v priestoroch centra Chuť žiť. Skupiny sú určené pre ľudí nad 18 rokov s ťažkosťami na spektre PPP (od anorexie a bulímie cez diagnózu záchvatového prejedania sa až po narušený vzťah k jedlu), ktorí sa snažia uzdraviť a sú motivovaní pre zmenu. Priebeh skupiny je štruktúrovaný a okrem vzájomného zdieľania a podpory dynamiky vzťahov v skupine zažijú účastníci aj terapeutické vedenie a rôzne cvičenia. Cieľom skupiny je viesť účastníkov k porozumeniu svojho správania, k sebaobjavovaniu, podporiť vnímanie vlastnej sebahodnoty, silných stránok a schopností žiť plnohodnotný, kvalitný život v uzdravení.

V rámci edukácie majú klienti k dispozícii **liečebno-vzdelávací program** pre ľudí s poruchami príjmu potravy, ktorý je kombináciou edukatívnych workshopov a podporných skupín. Jeho cieľom je zvýšiť u klientov porozumenie ich ochoreniu a odovzdať im základné zručnosti a techniky, ktoré môžu využiť počas ambulantnej liečby a v domácom liečebnom režime.

Naše programy každoročne rozvíjame, profesionalizujeme a aktualizujeme. V prípade otázok nás neváhajte kontaktovať na **kontakt@chutzit.sk** a navštívte našu stránku **www.chutzit.sk.**

ZDROJE

Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. The International Journal of Eating Disorders, 50(1), 9–21. https://doi.org/10.1002/eat.22598

Allen, A. (2007). Exercise Addiction in Men. WebMD. https://www.webmd.com/men/features/exercise-addiction

Almássyová, G. (2009). Poruchy príjmu potravy: Etiopatogenéza a princípy liečby. Zuzana Číčelová s podporou spol. Lundbeck (Bratislava). https://www.psychiatry.sk/cms/File/kapitoly-modernej -psychiatrie/almassyova-2010.pdf

Ambivalence in Eating Disorder Recovery: Overcoming the Challenges of Change. (2022, október 17). Central Coast Treatment Center. https://www.centralcoasttreatmentcenter.com/blog-1/ambivalence-in-eating-disorder-recovery

American Psychiatric Association (Ed.). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). American Psychiatric Association.

Barry, A. E., & Piazza-Gardner, A. K. (2012). Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. Journal of American College Health, 60(3), 236–243. https://doi.org/10.1080/07448481.2011.587487

Bednárová, B., Ymamotová, A., & Papežová, H. (2010). Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. Česká a slovenská psychiatrie, 173–178.

Berg, K. H., Natvik, E., & Eik-Nes, T. T. (2023). Patient experiences of a 10-weeks weight-neutral treatment program for clinical binge eating disorder in a higher weight population. Journal of Eating Disorders, 11(1), 228. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00955-0

Birmingham, C. L., & Treasure, J. (2010). Medical Management of Eating Disorders. Cambridge University Press.

Bonci, C. M., Bonci, L. J., Granger, L. R., Johnson, C. L., Malina, R. M., Milne, L. W., Ryan, R. R., & Vanderbunt, E. M. (2008). National Athletic Trainers' Association Position Statement: Preventing, Detecting, and Managing Disordered Eating in Athletes. Journal of Athletic Training, 43(1), 80–108. https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.1.80

Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P.-M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. Nutrients, 13(8), 2834. https://doi.org/10.3390/nu13082834

Bryant, E., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Public perceptions of people with eating disorders: Commentary on results from the 2022 Australian national survey of mental health-related stigma and discrimination. Journal of Eating Disorders, 11(1), 62. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00786-z

Bryant-Waugh, R. (2019). ARFID Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: A Guide for Parents and Carers. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429023354

Cassano, G. B., Miniati, M., Pini, S., Rotondo, A., Banti, S., Borri, C., Camilleri, V., & Mauri, M. (2003). Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: A preliminary report. The International Journal of Eating Disorders, 33(2), 172–177. https://doi.org/10.1002/eat.10130

CDC. (2023, marec 21). BMI for Children and Teens. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/obesity/basics/childhood-defining.html

Connan, F., Lightman, S., & Treasure, J. (2000). Biochemical and endocrine complications. European Eating Disorders Review, 8(2), 144–157. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200003)8:2<144::AID-ERV340>3.0.CO;2-B

Costin, C., & Grabb, G. S. (2013). 8 keys to recovery from an eating disorder: Effective strategies from therapeutic practice and personal experience. W.W. Norton & Company.

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 56(11), 1141–1164. https://doi.org/10.1111/jcpp.12441

Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. American Journal of Psychiatry, 165(2), 245–250. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951

Edinburgh University Sports Union. (n.d.). Eating disorders in sport. https://www.eusu.ed.ac.uk/. https://www.eusu.ed.ac.uk/pageassets/cva/coaches_corner/coaches/UKSPORT-Eating-Disorders-In-Sport.pdf

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Ferraro, F. R., Andres, M., Stromberg, L., & Kristjanson, J. (2003). Processing Fat-Related Information in Individuals at Risk for Developing an Eating Disorder. The Journal of Psychology, 137(5), 467–475. https://doi.org/10.1080/00223980309600628

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders—Results of a large prospective clinical longitudinal study. The International Journal of Eating Disorders, 49(4), 391–401. https://doi.org/10.1002/eat.22501

Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2018). Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity: An Evaluation of Potential Bias. Vital & Health Statistics. Series 3, Analytical and Epidemiological Studies, 42, 1–21.

Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. JAMA, 309(1), 71–82. https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition, 109(5), 1402–1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342

Gecková, A. M., Husárová, A., Bakalár, P., Baška, T., Boberová, Z., Bosáková, L., Dankulincová, Z., Dobiášová, E., Dubayová, T., Grendová, K., Husárová, D., Janíčková, M., Kačmariková, M., Kolarčik, P., Kopčáková, J., Kostičová, M., Machajová, M., Ochaba, R., Rafajdus, M., … Stašek, A. (2023). Sociálne determinanty zdravia školákov HBSC - Slovensko—2021/2022. Vydavateľstvo ŠafárikPress, Pavol Jozef Šafárik University in Košice. https://doi.org/10.33542/SDZ-0214-5

Greene, G. W., Rossi, S. R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1999). Dietary Applications of the Stages of Change Model. Journal of the American Dietetic Association, 99(6), 673–678. https://doi.org/10.1016/S0002-8223(99)00164-9

Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. Health Education Research, 21(6), 770–782. https://doi.org/10.1093/her/cyl094

Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. Clinical Psychology Review, 31(5), 727–735. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004

Herrin, M., & Larkin, M. (2013). Nutrition counseling in the treatment of eating disorders (2. ed). Routledge.

Holdoway, A., Page, F., Bauer, J., Dervan, N., & Maier, A. B. (2022). Individualised Nutritional Care for Disease-Related Malnutrition: Improving Outcomes by Focusing on What Matters to Patients. Nutrients, 14(17), Article 17. https://doi.org/10.3390/nu14173534

Chelvanayagam, S., & James, J. (2018). What is diabulimia and what are the implications for practice? British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 27(17), 980–986. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.17.980

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 13(2), 153–160. https://doi.org/10.1002/wps.20128

Chokhawala, K., & Stevens, L. (2023). Antipsychotic Medications. V StatPearls. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519503/

Inpatient vs. Outpatient Treatment for Adolescents with AN. (2010, júl 1). Eating Disorders Review. https://eatingdisordersreview.com/inpatient-vs-outpatient-treatment-for-adolescents-with-an/

Jamrišková, V., Heretik, A.,jr. (2007). Poruchy príjmu potravy na stredných školách. http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/3/ Jamriskova.pdf

Kalina, K. (2015). Klinická adiktologie. Grada.

Krch, F. D. (2005). Poruchy přijmu potravy: 2. Aktualizované a doplněné vydání. Grada Publishing a.s.

Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Masuet, C., Agüera, Z., & Fernández-Aranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63(1), 82–87. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01908.x

Kulhánek, J. (2008). Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. Newsletter ČAPZ, 8, 8–9.

Lampert, J. G., Waterhous, T. S., Graves, L. L., Cassidy, J., & Herrin, M. (2020). Guidebook for nutrition treatment of eating disorders. Academy for Eating Disorders Nutrition Working Group. https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/Publications_Slider/FINAL_AED_Purple_Nutrition_Book.pdf

Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach (2., ed.paperback ed). Guilford.

Loth, K. A., MacLehose, R., Bucchianeri, M., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 55(5), 705–712. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.04.016

Macdonald, P., Hibbs, R., Corfield, F., & Treasure, J. (2012). The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. Psychiatry Research, 200(1), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.013

Máchalová, A., Babinská, Z., Juřica, J., Přibyl Dovrtělová, G., Kostková, H., Landa, L., Kubátová, J., Nosková, K., Štark, T., Tabi, K., Pistovčáková, J., & Zendulka, O. (2016). Farmakologie pro studenty bakalářských oborů na LF MU. https://www.muni.cz/vyzkum/publikace/1388631

Mancine, R. P., Gusfa, D. W., Moshrefi, A., & Kennedy, S. F. (2020). Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type – a systematic review. Journal of Eating Disorders, 8(1), 47. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00323-2

Matzová, Z. (2021). Štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre pedopsychiatrickú a psychologickú starostlivosť o deti a adolescentov s mentálnou anorexiou. file:///C:/Users/katar/Downloads/15_1-SDTP-pre-pedopsychiatricku-a-PS_o-deti-a-adolescentov-s-mentalnou-anorexiou%20(3).pdf

McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: Associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. Annals of the New York Academy of Sciences, 1411(1), 96–105. https://doi.org/10.1111/nyas.13467

MedicineHealth. (2022). What Are the Causes of Bigorexia? Symptoms, Risk Factors, Treatment. eMedicineHealth. https://www.emedicinehealth.com/what_are_the_causes_of_bigorexia/article_em.htm

Mellentin, A. I., Mejldal, A., Guala, M. M., Støving, R. K., Eriksen, L. S., Stenager, E., & Skøt, L. (2022). The Impact of Alcohol and Other Substance Use Disorders on Mortality in Patients With Eating Disorders: A Nationwide Register-Based Retrospective Cohort Study. American Journal of Psychiatry, 179(1), 46–57. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21030274

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. Journal of Cognitive Psychotherapy, 18(4), 299–308. https://doi.org/10.1891/jcop.18.4.299.64003

Miller, W. R., Rollnick, S., & Winnette, P. (2003). Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Sdružení SCAN. https://is.muni.cz/publication/650776/cs/Motivacni-rozhovory-priprava-lidi-ke-zmene-zavisleho-chovani/R-Miller-Rollnick-Winnette

Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 187, 573–578. https://doi.org/10.1192/bjp.187.6.573

Mortimer, R. (2019). Pride Before a Fall: Shame, Diagnostic Crossover, and Eating Disorders. Journal of Bioethical Inquiry, 16(3), 365–374. https://doi.org/10.1007/s11673-019-09923-3

Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J., Burke, L., Carter, S., Constantini, N., Lebrun, C., Meyer, N., Sherman, R., Steffen, K., Budgett, R., & Ljungqvist, A. (2014). The IOC consensus statement: Beyond the Female Athlete Triad--Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). British Journal of Sports Medicine, 48(7), 491–497. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093502

Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J., Burke, L., Carter, S., Constantini, N., Lebrun, C., Meyer, N., Sherman, R., Steffen, K., Budgett, R., & Ljungqvist, A. (2015). Authors' 2015 additions to the IOC consensus statement: Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). British Journal of Sports Medicine, 49(7), 417–420. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094371

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. Journal of the American Dietetic Association, 111(7), 1004–1011. https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012

Nicholls, D. E., Lynn, R., & Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 198(4), 295–301. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356

Nuttall, F. Q. (2015). Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. Nutrition Today, 50(3), 117–128. https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092

Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. Harvard Review of Psychiatry, 9(5), 254–259. https://doi.org/10.1080/10673220127900

Papežová, H. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy. Grada Publishing a.s.

Paulinyová, M., & Matzová, Z. (2016). Poruchy príjmu potravy, úskalia diagnostiky a liečby. Pediatria pre prax, 17(5), 188–191.

Paxton S.J., Hay, P., Touyz, S.W., Forbes, D.M., Sloane Girolsi, F., Doherty, A., Cook, L., & Morgan, C. (2012). Paying the price: The Economic and Social Impact of Eating Disorders in Australia, Sydney: Butterfly Foundation.

Plateau, C. (2020). Eating disorders and disordered eating in sport. Loughborough; National Centre for Sport and Exercise Medicine East Midlands. https://ncsem-em.hosting.lboro.ac.uk/wp-content/uploads/2020/11/disordered-eating-in-sport.pdf

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. V W. R. Miller & N. Heather (Ed.), Treating Addictive Behaviors: Processes of Change (s. 3–27). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2018). Změna k lepšímu: Šestistupňový program pro překonání zlozvyků. Portál.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (2001). Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi (Nachdr.). Grada Publ.

Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). Psychiatrie. Galén.

Ralph, A. F., Brennan, L., Byrne, S., Caldwell, B., Farmer, J., Hart, L. M., Heruc, G. A., Maguire, S., Piya, M. K., Quin, J., Trobe, S. K., Wallis, A., Williams-Tchen, A. J., & Hay, P. (2022). Management of eating disorders for people with higher weight: Clinical practice guideline. Journal of Eating Disorders, 10(1), 121. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00622-w

Raveneau, G., Feinstein, R., Rosen, L. M., & Fisher, M. (2014). Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26(1), 131–136. https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0015

Reiter, C. S., & Graves, L. (2010). Nutrition Therapy for Eating Disorders. Nutrition in Clinical Practice, 25(2), 122–136. https://doi.org/10.1177/0884533610361606

Relative energy deficiency in sport. (2023). V Wikipedia. https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Relative_energy_deficiency_in_sport&oldid=1189305057

Sánchez-Carracedo, D., Neumark-Sztainer, D., & López-Guimerà, G. (2012). Integrated prevention of obesity and eating disorders: Barriers, developments and opportunities. Public Health Nutrition, 15(12), 2295–2309. https://doi.org/10.1017/S1368980012000705

Sheffler, Z. M., Patel, P., & Abdijadid, S. (2023). Antidepressants. V StatPearls. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538182/

Smikalova. (2022, október 4). V NÚDCH otvorili Psychiatrický stacionár pre deti so zameraním na liečbu porúch príjmu potravy. Národný ústav detských chorôb. https://nudch.eu/v-nudch-otvorili-psychiatricky-stacionar-pre-deti-so-zameranim-na-liecbu-poruch-prijmu-potravy

Swan, W. I., Vivanti, A., Hakel-Smith, N. A., Hotson, B., Orrevall, Y., Trostler, N., Howarter, K. B., & Papoutsakis, C. (2017). Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 117(12), 2003–2014. https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.07.015

The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2003). Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders (USA). https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/food-thought-substance-abuse-and-eating-disorders

Theiner, Mud. P. (2011). Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi, 12(3), 105–107.

Tomíška, M. (2018). Výživa onkologických pacientů. Mladá fronta; Medvik. https://www.medvik.cz/link/MED00197434

Tonhajzerová, I., & Javorka, K. (2008). Zmeny autonómneho nervového systému pri poruchách príjmu potravy – mentálna anorexia. Československá pediatrie, 63(5), 266–271.

Tóthová, A. (2011). Porucha záchvatového prejedania sa: Hľadanie vhodnej liečby. Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 2, 50–51.

Tóthová, L., Žiaková, T. (2019). Novodobé formy porúch príjmu potravy u adolescentov v kontexte preventívnej sociálnej práce. Dostupné na: https://unibook.upjs.sk/img/cms/2019/FF/socialne -rizika-spolocnosti-21-st-web.pdf#page=119

Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Lilenfeld, L. R., Berrettini, W. H., Bulik, C. M., & Kaye, W. H. (2005). Symptom Fluctuation in Eating Disorders: Correlates of Diagnostic Crossover. American Journal of Psychiatry, 162(4), 732–740. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.732

Treasure, J., Schmidt, U., & Furth, E. van. (2003). Handbook of Eating Disorders. John Wiley & Sons.

UK sport. (n.d.). Eating disorders in sport: A guideline framework for practitioners working with high performance athletes. https://www.eusu.ed.ac.uk/pageassets/cva/coaches_corner/coaches/UKSPORT-Eating-Disorders-In-Sport.pdf

VanBaak, K., & Olson, D. (2016). The Female Athlete Triad. Current Sports Medicine Reports, 15(1), 7. https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000222

Veses, A. M., Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Vicente-Rodriguez, G., Castillo, R., Ortega, F. B., González-Gross, M., Calle, M. E., Veiga, O. L., Marcos, A., AVENA, & AFINOS Study Groups. (2014). Physical fitness, overweight and the risk of eating disorders in adolescents. The AVENA and AFINOS studies. Pediatric Obesity, 9(1), 1–9. https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00138.x

Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U., & Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset? Psychiatry Research, 238, 225–227. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048

Wagener, A. M., & Much, K. (2010). Eating Disorders as Coping Mechanisms. Journal of College Student Psychotherapy, 24(3), 203–212. https://doi.org/10.1080/87568225.2010.486291

Wagner, A. F., Butt, M., & Rigby, A. (2020). Internalized weight bias in patients presenting for bariatric surgery. Eating Behaviors, 39, 101429. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101429

Waterhous, T., & Jacob, M. A. (2014). Practice Paper of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. The American Dietetic Association. https://www.willamet-tenutritionsource.com/img/nutrition_intervention.pdf

Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swarbrick, M., Magill, E., van Furth, E. F., & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. International Journal of Eating Disorders, 53(8), 1188–1203. https://doi.org/10.1002/eat.23260

WHO. (2021). Obesity and overweight. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

World Obesity Federation. (2023). World Obesity Atlas 2023. https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19

Yorke, E. (Lisette), Evans-Atkinson, T., & Katzman, D. K. (2021). Shared language and communicating with adolescents and young adults with eating disorders. Paediatrics & Child Health, 26(1), 8–11. https://doi.org/10.1093/pch/pxaa047

Zibrínová, Ľ., Šlepecký, M., Jandová, K., & Jančiarová, M. (2020). Komplexný manažment porúch príjmu potravy. https://www.mzsr.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-6-2020/101_KP_Komplexny_manazment_poruch_prijmu_potravy.pdf

Žuchová S, Papežová H. Kognitívne funkcie u poruch příjmu potravy. In: Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup. Praha, Czeh republic: Grada Publishing, a. s., 2010:89–106.

NIVAM

NÁRODNÝ INŠTITÚT VZDELÁVANIA A MLÁDEŽE

MINISTERSTVO
ŠKOLSTVA, VEDY,
VÝSKUMU A ŠPORTU
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Tento projekt bol podporený z dotácií Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu v oblasti práce s mládežou, ktoré administruje NIVAM – Národný inštitút vzdelávania a mládeže.

chuť żiť