

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

## Komplexný manažment porúch príjmu potravy

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0101	13. február 2020	schválené	1. apríl 2020

## Autori štandardného postupu

### Autorský kolektív:

PhDr. Ľubica Zibrínová, PhD.; doc. PhDr. Miloš Šlepecký CSc.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.; Mgr. Mária Jančiarová

### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS klinická psychológia: PaedDr. et Mgr. Erika Jurišová, PhD.; PhDr. Peter Sabol; PhDr. Antónia Kotianová, PhD.; PhDr. Robert Máthé, PhD.; PhDr. Pavla Nôtová, PhD.; PhDr. Karina Pribišová; prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.; PhDr. Iveta Šefarová, PhD.; doc. Mgr. Anton Heretik ml., PhD.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

### Recenzenti

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; PhDr. Drahomír Kollár; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; doc. MUDr. Adriána Liptáková, PhD., MPH; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Míriam Vulevová, MBA; MUDr. Andrej Zlatoš

### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Mgr. Ing. Mária Syneková; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**Podporené grantom** z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

poruchy príjmu potravy, anorexia, bulímia, liečba, diagnostika, management

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>BMI</b>	body mass index (index telesnej hmotnosti)
<b>CBT-ED</b>	individuálna, na poruchy príjmu potravy zameraná KBT (individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy)
<b>DSM-5</b>	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
<b>EBM</b>	medicína založená na dôkazoch
<b>FBT</b>	rodinná liečba mentálnej anorexie (Family-Based Treatment)
<b>FPT</b>	na poruchy príjmu potravy zameraná psychodynamická terapia (focused Focal psychodynamic therapy)
<b>FT-BN</b>	na mentálnu bulímiu zameraná rodinná terapia (bulimia-nervosa-focused family therapy).
<b>KBT</b>	kognitívno-behaviorálna terapia
<b>MANTRA</b>	liečba mentálnej anorexie podľa Maudsley nemocnice (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults)
<b>MKCH-10</b>	medzinárodná klasifikácia chorôb
<b>PPP</b>	poruchy príjmu potravy
<b>SSCM</b>	špecializovaný podporný klinický manažment (specialist supportive clinical management).
<b>SSRI</b>	selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
<b>ŠPI</b>	špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
<b>TCA</b>	tricyklické antidepresíva
<b>ÚD I</b>	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
<b>ÚD II</b>	úroveň dôkazov na základe RCT

**Mentálna anorexia** je porucha charakterizovaná zámernou stratou hmotnosti. Prítomná je podvýživa rozličného stupňa so sekundárnymi endokrinnými a metabolickými zmenami a poruchami telových funkcií. Príznaky zahŕňajú veľmi obmedzenú stravu, nadmernú fyzickú aktivitu, vyvolávanie dávenia a hnačky, používanie liekov potláčajúcich chuť do jedenia a diuretík (Zibrínová, Šlepecký, Baník; 2018)

**Mentálna bulímia** je syndróm charakterizovaný opakovanými periódami prejedania sa a intenzívnym záujmom o kontrolu telesnej hmotnosti. Opakované dávenie často zaviňuje poruchy elektrolytov a somatické komplikácie (Zibrínová, Šlepecký, Baník; 2018).

## Kompetencie

Všeobecný lekár pre deti a dorast - prevencia, prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, management liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo - prevencia, prvé posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - prevencia, psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár bez špecializácie - prevencia, psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre PPP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ), s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PPP - prevencia, diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii.

Poradenský psychológ - prvé posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s vysokoškolským vzdelaním prvého stupňa v odbore ošetrovatelstvo, pôrodná asistancia, alebo fyzioterapia, sestra s ukončeným špecializačným štúdiom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra. Podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PPP - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Liečebný pedagóg - prvé posúdenie, prevencia; liečebno-pedagogická diagnostika a terapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PPP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg - prvé posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd - prvé posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PPP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvé posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Odborníci v poradenských centrách (CPPaP, ŠPP, liečebno - výchovné sanatóriá, reedukačné centrá) - Po absolvovaní vzdelávania v príslušnom smere vykonávajú prevenciu a terapiu poruchy na základe medicíny založenej na dôkazoch.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.

Kompetencie jednotlivých odborností v celom liečebnom procese.

Odborníci v primárnom kontakte majú za úlohu zachytiť poruchu, stanoviť diagnózu a vykonať základné terapeutické intervencie, identifikovať pacientov s rizikovými faktormi a odoslať ich k ďalšej intervencii.

Odborníci z odboru psychiatria majú za úlohu diagnostikovať poruchu, liečiť poruchu a s ňou spojené komorbidné poruchy, vykonávať prevenciu.

Odborníci z odboru klinická psychológia spolupracujú pri stanovovaní diagnózy, vykonávajú psychodiagnostické vyšetrenie, psychologickú, ŠPI a psychoterapeutickú liečbu.

Odborníci v poradniach (CPPaP, ŠPP, liečebno výchovné sanatóriá, reedukačné centrá) vykonávajú prevenciu a terapiu poruchy na základe medicíny založenej na dôkazoch.

## Úvod

Tento štandardný liečebný postup sa týka adolescentov a dospelých jedincov s diagnostikovanou PPP. Poruchy príjmu potravy sú po astme a obezite tretím najčastejšie sa vyskytujúcim zdravotným problémom dospievajúcich dievčat a mladých žien (Krch, 2004) Tento ŠDTP popisuje postupy EBM tak v ambulantnej, ako aj v ústavnej starostlivosti, a kladie dôraz na prevenciu PPP. Jeho zavedením sa zvýši tak dostupnosť, ako aj kvalita liečby PPP. Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií a svetových a európskych odporúčaní. Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed) či elektronických časopisov a jednotlivých svetových štandardov, ktoré sú uvedené v časti liečba. Pri managemente pacienta sme vychádzali s odporúčaní NICE a z vlastných skúseností s PPP.

Podľa Marádovej (2007) mentálna anorexia a bulímia predstavujú vo svojich prejavoch krajné body nutričného správania sa. Na jednej strane stojí život ohrozujúce obmedzovanie príjmu potravy, a na strane druhej prejedanie sa spojené s prečisťovaním (zvracanie, prehánadlá, diuretiká) alebo hladovaním. Pre obidve poruchy je príznačné intenzívne úsilie o dosiahnutie štíhlosti, spojené so znižovaním energetického príjmu a so zvyšovaním energetického výdaja, strach z tučnoty, nadmerná pozornosť venovaná jedlu, vlastnému výzoru a hmotnosti. Pacientky sa neustále zaoberajú tým, koľko vážia, vytrvalo sa snažia schudnúť, alebo aspoň nepribrať (Krch, 2002). Zatiaľ, čo pacientom s mentálnou anorexiou sa to väčšinou darí, pacienti s mentálnou bulimiou začnú po istej dobe jesť viac, než by chceli. Krch (2008) uvádza, že hladovky, užívanie laxatív a zvracanie len zvyšujú riziko prejedania sa, a dlhodobé problémy bulimičiek zhoršujú. Približne jedna tretina mladých anorektičiek sa začne časom prejedať, a viac ako jedna polovica bulimičiek uvádza obdobie anorexie v minulosti.

## Prevencia

Podľa Fertal'ová, Hudáková a Ondriová (2005) v prípade anorexie a bulímie platí, že je jednoduchšie predchádzať rozvoju nebezpečných postojov a návykov, ako ich neskôr meniť. Nestačí iba varovať pred týmito ochoreniami, ale predovšetkým treba vystríhať pred nevhodnými stravovacími návykmi a nebezpečnými stratégiami kontroly telesnej hmotnosti, ako sú diéty, hladovky, zvracanie a iné. Medzi hlavné ciele v oblasti prevencie porúch príjmu

potravy patrí zdravé stravovanie, minimalizovanie rizík diét, eliminovanie vplyvu médií a kultúrnych stereotypov voči fyzickému vzhľadu a telesnej hmotnosti, posilnenie sociálneho statusu ženy a poznanie hraníc primeranej športovej aktivity. Novým trendom pri prevencii je ovplyvnenie nielen jedinca, ale aj rodiny a školského prostredia. Veková hranica vzniku poruchy sa posúva do obdobia včasnej puberty, a je potrebné hovoriť s rodičmi detí o prevencii v tomto kritickom období. Rodičia by mali deti poučiť o základných genetických rozdieloch v typoch ľudského tela, a upozorniť na škodlivosť predsudkov. Nemali by kritizovať hmotnosť dieťaťa, lebo to u neho znižuje sebavedomie. Je potrebné viesť s deťmi diskusiu o nebezpečenstve diét, o vhodných a nevhodných jedlách, o primeranom cvičení, a samozrejme by mali byť vzorom pre svoje deti, pokiaľ ide o správnu životosprávu. Dôležité miesto v rámci prevencie majú aj učitelia, keďže deti značnú časť dňa trávajú v škole. Mnohokrát si práve učitelia všimnú prvé varovné príznaky, ktoré upozorňujú na nebezpečenstvo vzniku porúch príjmu potravy (Fertal'ová, Hudáková a Ondriová, 2005).

Vzdelávacie programy môžu zabrániť poruchám príjmu potravy. V metaanalýze 44 kontrolovaných štúdií (n> 9 000 účastníkov) mali preventívne programy priaznivé účinky na: (Stice, Shawn 2004).

- Vedomosti o poruchách príjmu potravy
- Idealizáciu štíhlosti
- Nespokojnosť s telom
- Diétu
- Negatívnu náladu (dysforia)
- Psychopatológiu porúch príjmu potravy
- Index telesnej hmotnosti

Výsledky boli štatisticky významné; aj heterogenita v štúdiách bola štatisticky významná. Okrem toho bola účinnosť preventívnych programov vyššia pre tieto typy intervencií a účastníkov:

- Vybrané programy zamerané na vysoko rizikových účastníkov (napr. nespokojnosť s tvarom tela alebo hmotnosťou), na rozdiel od univerzálnych programov ponúkaných všetkým dostupným účastníkom.
- Interaktívne programy, ktoré zahŕňali cvičenia zamerané na rizikové faktory (napr. nespokojnosť s tvarom tela) pri nástupe psychopatológie porúch príjmu potravy, na rozdiel od didaktických (psychoedukačných) programov.
- Opakované programy, na rozdiel od jednorazových intervencií.
- Ženská populácia, nie mužská.
- Vek  $\geq 15$  rokov a nie mladší účastníci.

## **Epidemiológia**

V posledných desaťročiach výrazne stúpla incidencia aj prevalencia týchto ochorení. V 90-95% prípadov sa poruchy príjmu potravy vyskytujú u dospievajúcich dievčat a mladých žien. Vzácnnejším prípadom je, ak týmito ochoreniami trpia chlapci, mladí muži, deti pre pubertou a staršie ženy. Hudson, Hiripi, Pope a Kessler (2007) uvádzajú prevalenciu anorexie 0,9% u žien a 0,3% u mužov. Podľa Raboča a Zvolského (2001) približne 0,5-1% žien v rizikovom veku

15-30 rokov spĺňa kritériá pre mentálnu anorexiu. Rovnakú prevalenciu anorexie u mladých dievčat uvádza aj Koutek (2011). Incidencia anorexie podľa neho v posledných desaťročiach stúpila z 2 na 100 000 obyvateľov na 6-8 prípadov na 100 000 obyvateľov. V skupine mladých dievčat medzi 15. a 18. rokom dosahuje incidencia 60 na 100 000 obyvateľov. V súčasnej dobe môžeme predpokladať, že v ekonomicky rozvinutejších štátoch sveta ročne pribúda 6 až 9 prípadov mentálnej anorexie na 100 000 obyvateľov, alebo 12 až 20 nových prípadov na rovnaký počet žien. Najvyššia incidencia anorexie (30 až 80) je u dievčat medzi 15. a 19. rokom. Vidiecka a mestská populácia sú anorexiou ohrozené pravdepodobne rovnako. Mentálna bulímia sa obvykle objavuje okolo 18. roku života, avšak postihnuté osoby väčšinou vyhľadajú pomoc až od 20. roku života. Občas sa objavuje aj u 13-14 ročných dievčat, v nižšom veku len veľmi zriedka, a u mužov sa vyskytuje iba výnimočne.

Zdá sa, že posledných 20 rokov sa bulímia začína objavovať oveľa častejšie. Nemôžeme si tým však byť úplne istí, lebo je možné, že aj v minulosti existovali podobné prípady, no neboli rozpoznané. Je však oveľa bežnejšia v anamnéze mladších žien, čo naznačuje, že sa začala viac vyskytovať až v posledných rokoch. Mentálna bulímia je dnes jednou z najčastejších porúch, s ktorými sa stretávame v psychiatrickej ambulancii (Cooper, 2014). Približne 1-3% žien v rizikovom veku 15-30 rokov spĺňa kritériá pre mentálnu bulímiu (Raboch a Zvolský, 2001). Hudson, Hiripi, Pope a Kessler (2007) udávajú prevalenciu bulímie 1,5% u žien a 0,5% u mužov. Údaje o incidencii mentálnej bulímie sú pravdepodobne ešte viac podhodnotené, než pri mentálnej anorexii. Svedčil by o tom zistený pomerne vysoký medziročný nárast incidencie mentálnej bulímie, ktorý sa zvyšoval o 15% za rok, nápadne vyššia incidencia vo veľkých mestách, a niektoré ďalšie charakteristiky registrovaných prípadov. Skutočnosť, že 56% všetkých pacientok malo nadváhu, svedčí buď o tom, že normálne vážiace bulimičky sa menej často obracali na lekára, alebo že niektoré symptómy mentálnej bulímie praktickí lekári podceňovali. Postoj praktických lekárov k bulímii charakterizuje aj skutočnosť, že iba 57% bulimičiek odoslali ďalej do psychiatrickej starostlivosti (Krch a kol., 2005).

## **Patofyziológia**

Najznámejším modelom, ktorý sa snaží objasniť vznik porúch príjmu potravy je neurovývinový multifaktoriálny prahový model (Connan, Cambell, Kazman, 2003), ktorý zdôrazňuje spolupôsobenie vývinových faktorov mozgu, raných vzťahov (attachment alebo vzťahová väzba) a stresu ako spúšťačov ochorenia počas adolescencie. Kľúčovú úlohu tu zohráva CRH systém a 5-HT systém, ktorý reguluje chuť do jedla a odpoveď na stres. Serotonínový (alebo 5-HT) systém sa podieľa na náchylnosti k rozvoju následkov hladovania a vzniku ochorenia. Postupne klesá hladina estrogénov, zvyšuje sa hladina kortizolu, a môžu sa objaviť poruchy nálady, depresia. Uvedený model vysvetľuje etiopatogenézu anorexie ako maladaptívnu reakciu na stres v adolescencii u geneticky predisponovaných jedincov. Ku vzniku ochorenia tiež prispievajú zmeny počas puberty, keď sa u dievčat mení percento tuku v tele na 17 - 25 % telesnej hmotnosti, hladina estrogénu a aktivita nadobličiek.

### **Závažné somatické dôsledky a zdravotné komplikácie porúch príjmu potravy**

Medzi najviac rizikové somatické komplikácie dlhodobej podvýživy patria kardiologické zmeny, predovšetkým poruchy srdcového rytmu. Elektrolytová dysbalancia môže spôsobiť predĺženie QT intervalu a môže byť príčinou aj náhlejšej smrti.

Výskumné práce skúmajúce dysfunkciu autonómneho nervového systému potvrdili poruchu sympatikovej regulácie srdcového rytmu (Zipfel, Lowe, Herzog, 2003; Tonhajzerová, Javorka, 2008). Nebezpečné môžu byť aj poruchy vnútorného prostredia, ktoré sú spôsobené jednak ťažkou podvýživou, ale aj zvracaním pri mentálnej anorexii, t. j. pri jej purgatívnej forme. Vznikajú aj ako následok rýchlej realimentácie, alebo ako následok abúzu diuretík. Hypokaliémia (v klinickom obraze ako tachyarytmia, paralytický ileus, svalová slabosť, kŕče, tetanus, nefropatia), hyponatriémia (môže spôsobiť dezorientáciu a poruchu cirkulácie), pokles hladiny fosforu v krvi (vytvára riziko kardiovaskulárnej dekompenzácie a metabolickej acidózy). Závažný pokles magnézia môže spôsobiť svalové kŕče, intestinálne spazmy, hypokaliémiu a arytmii. Hypokalciémia môže spôsobovať zmeny na EKG. Medzi časté a typické zmeny patria aj zmeny funkcie endokrinných žliaz. Hladina gonádotropínov postupne klesá, čo spôsobuje zastavenie pubertálneho vývinu, pokles hladiny estrogénov, a následne amenoreu, ktorá je rizikovým faktorom osteopénie. LH a FSH sú pravidelne nízke a signifikantne stúpajú po obnovení výživy. Klesá trijódtyronín ako reakcia na pokles hmotnosti, a tým sa znižuje energetický výdaj.

Pri mentálnej bulímii straty žalúdočnej kyseliny spôsobenej zvracaním môžu viesť k metabolickej alkalóze, a zneužívanie laxatív zas k metabolickej acidóze (Zipfel, Lowe, Herzog, 2003). Medzi rovnako závažné patria aj psychické následky, a to predovšetkým poruchy nálady. Pokiaľ depresívne prežívanie nepredchádza rozvoju PPP, rozvinie sa následkom podvýživy. Vedie k izolácii pacientky od rovesníkov aj od rodiny, a prehlbuje odmietanie príjmu jedla. Tak sa pacientka ocitne v bludnom kruhu. Vzniká riziko suicidálnych myšlienok, a následne aj suicidálnych tendencií. U detí a adolescentov môže zmena kognitívneho vnímania a spracovania informácií ovplyvniť predovšetkým vzťah k sebe a kontrolu temperamentu. Môže dôjsť k zhoršenej adaptácii a k zhoršeniu schopnosti posúdiť stresové situácie, riešiť problémy, čo ovplyvňuje psychické aj fyzické dozrievanie a zvládanie interpersonálnych vzťahov. Dievčatá sú zvýšene citlivé, a zvýšená kritickosť a sebakritika môže viesť k reštrikcii jedla alebo k prejedaniu sa. Manipulácia s jedlom sa považuje za maladaptívny mechanizmus u jedincov s horšími sociálnymi vzťahmi (Žuchová, Papežová, 2010).

Medzi opísané kognitívne deficity patrí predovšetkým deficit priestorovej pamäti, znížená schopnosť tzv. set - shiftingu (paralelné riešenie viacerých úloh, prechádzanie medzi mentálnymi operáciami). Slabá je aj centrálna koherencia, ktorá sa prejavuje ako rigidita, vedie pacientky k zachovávaní maladaptívnych postojov a vzorcov správania, manifestuje sa nadmerným zameraním na detail a menšou schopnosťou integrovať informácie do kontextu, neschopnosťou vnímať celok. V klinickom obraze sa prejavuje ako skreslené vnímanie vlastného tela. Kognitívne poruchy nachádzame aj u pacientov v akútnom štádiu poruchy, ale i u pacientok v remisii, teda po dosiahnutí normálnej telesnej hmotnosti. Podváha tieto črty len zvýrazňuje (Fonville, Giampietro, Williams, Simmons, Tchanturia, 2013).

## **Klasifikácia**

Tento ŠDTP sa týka nasledovných diagnóz, ktoré treba diagnostikovať podľa platného klasifikačného systému.

**Diagnostické kritériá mentálnej anorexie (F50.0) podľa MKCH-10 sú:**

1. Telesná hmotnosť je udržiavaná najmenej 15% pod predpokladanou úrovňou, alebo index telesnej hmotnosti (BMI) je 17,5 a menej. Predpubertálni pacienti nespĺňajú počas rastu očakávaný hmotnostný prírastok.
2. Zníženie hmotnosti si spôsobuje pacient sám tým, že sa vyhýba jedlám, „po ktorých sa priberá“, a užíva jeden alebo viac z nasledujúcich prostriedkov: vyprovokované zvracanie, užívanie laxatív, anorektík, diuretík a nadmerné cvičenie.
3. Pretrváva strach z tučnoty a skreslená predstava o vlastnom tele, ako neodbytná a vtieravá obava z ďalšieho priberania, ktorá vedie k tomu, že pacient si sám stanoví nízku cieľovú hmotnosť.
4. Rozsiahla endokrinná porucha, ktorá zahŕňa hypotalamo-hypofýzo-gonádovú os, ktorá sa prejavuje u žien ako amenorea a u mužov ako strata sexuálneho záujmu a potencie.
5. Ak je začiatok ochorenia pred pubertou, sú pubertálne prejavy oneskorené, alebo dokonca zastavené. Zastavuje sa rast, dievčatám sa nevyvíjajú prsia a dochádza k primárnej amenorei, a u chlapcov zostávajú detské genitálie. Po uzdravení dochádza často k normálnemu dokončeniu puberty, ale menarché je oneskorené (Krch a kol., 2005).

#### **F50.1 Atypická mentálna anorexia - atypická anorexia nervosa**

Ide o poruchy, ktoré spĺňajú časť kritérií pre mentálnu anorexiu, ale celkový klinický obraz túto diagnózu neoprávňuje. Napr. môže chýbať jeden z kľúčových symptómov, ako je hrôza z tučnoty, či amenorea. Dochádza však k výraznému poklesu hmotnosti, a správanie je zamerané na jeho pokračovanie. Diagnóza by sa nemala použiť pri známej organickej chorobe spojenjej so stratou hmotnosti.

#### **Diagnostické kritériá mentálnej bulímie (F50.2) podľa MKCH-10 sú:**

1. Opakované epizódy prejedania sa (aspoň dvakrát týždenne počas po sebe nasledujúcich troch týždňov), pri ktorých osoba skonzumuje veľké množstvo jedla v krátkom čase.
2. Neustále zaoberanie sa jedlom, silná a neodolateľná túžba po jedle.
3. Snaha osoby potlačiť „výkrmný“ účinok jedla jedným alebo viacerými z nasledujúcich spôsobov: vyprovokované zvracanie, zneužívanie laxatív, striedavé obdobia hladovania, užívanie liekov typu anorektík alebo diuretík. Diabetickí pacienti sa môžu snažiť zámerné vynechávať liečbu inzulínom.
4. Pocit prílišnej tučnoty spojený s neodbytnou obavou z ďalšieho priberania. Často, nie je to však pravidlo, je v anamnéze epizóda anorexie alebo intenzívnejšieho obmedzovania sa v jedle (Krch a kol., 2005).

#### **F50.3 Atypická mentálna bulímia - atypická bulimia nervosa**

Ide o poruchy, ktoré spĺňajú niektoré z kritérií pre mentálnu bulímiu, ale celkový klinický obraz túto diagnózu neoprávňuje. Napr. sa pozorujú opakované periódy prejedania a nadužívania prehľadných bez výraznejších zmien hmotnosti, alebo môže chýbať typický nadmerný záujem o tvar tela a hmotnosť.

#### **F50.4 Prejedanie združené s inými psychickými poruchami**



Prejedanie zavinené zaťažujúcimi udalosťami, ako sú úmrtie blízkeho, úraz, pôrod atď.  
Psychogénne prejedanie Nezahŕňa: tučnotu (E66.-)

### **F50.5 Vracanie spojené s inými psychickými poruchami.**

Ide o opakujúce sa vracanie, ktoré sa vyskytuje pri disociatívnych poruchách (F44.-) a hypochondrických poruchách (F45.2), a ktoré nezaviniujú len choroby zatriedené mimo tejto kapitoly. Táto podkategória sa môže použiť aj ako doplnok k O21.- (nadmerné vracanie v ťarchavosti, keď emocionálne faktory prevažujú ako príčina recidivujúcej ťažoby a vracania v ťarchavosti). Psychogénne vracanie Nezahŕňa: ťažobu (nauzeu) (R11) vracanie NS (R11)

### **F50.8 Iné poruchy príjmu potravy - Pica u dospelých**

Psychogénna strata chuti do jedla Nezahŕňa: Picu u dojčiat a detí (F98.3)

### **F50.9 Nešpecifikované poruchy príjmu potravy**

#### **Klinický obraz**

*Mentálna anorexia* je porucha charakterizovaná hlavne úmyselným znižovaním telesnej hmotnosti. Osoby trpiace anorexiou neodmietajú jesť preto, že nemajú chuť, ale preto, že jesť nechcú. Ich averzia k jedlu je prejavom narušeného postoja k telesnej hmotnosti a proporciám (Krch a kol., 2005). Predstava nárastu hmotnosti osoby trpiace anorexiou desí. Častá je porucha vnímania vlastného tela, kde sa dievčatá cítia ako obézne, aj keď majú podváhu. V popredí mentálnej anorexie je úmyselne vyvolaný a udržiavaný váhový úbytok, chorobné presvedčenie o vlastnej tučnote pri objektívne dokázanej podváhe, strach z priberania a jedla, a následne sekundárne endokrinné a metabolické zmeny (Smolík, Němečková, 2002).

Proxová (2010) uvádza pri mentálnej anorexii zmeny v psychike a v správaní, a tiež somatické prejavy. Medzi zmeny v psychike zaraďuje pretrvávajúci strach z tučnoty, nespavosť, nesústredenosť, tajnostkárstvo, pocity smútku, depresie, pocity osamelosti, bezmocnosti a zúfalstva, sebapoškodzovanie a samovražedné sklony. Zmeny v správaní sa prejavujú ako úmyselné znižovanie hmotnosti, znižovanie príjmu potravy a tekutín, zvyšovanie energetického výdaja cvičením, vyprovokované zvracanie, užívanie preháňadiel, anorektík a diuretík.

Medzi somatické prejavy patria hnačky, znížená hydratácia, zníženie hmotnosti, spomalené vyprázdňovanie žalúdka, zápchy, zápal pankreasu, hypotenzia, bradykardia, zápal pľúc, atrofia mozgu, kŕče, zimomravosť, poruchy pamäti, svalová slabosť, suchá a praskajúca koža, stenčenie vlasov, u žien amenorea, u mužov strata libida a potencie. Štechová (2006) dodáva, že pri poruchách príjmu potravy môže telo v extrémnych prípadoch reagovať aj zvýšením rastu ochlpenia. Snaží sa tak minimalizovať straty tepla pri zlyhávajúcej termoregulácii. Centralizuje sa celý krvný obeh, čo znamená, že zásobuje v prvom rade životne dôležité orgány. Vonkajším prejavom sú chladné končatiny, ktoré majú až mramorovú farbu. Človek má v dôsledku patologického chudnutia anémiu a leukopéniu. Paradoxne môže nastať zväčšenie končatín, pretože z nedostatku bielkovín vznikajú opuchy.

*Mentálna bulímia* je porucha charakterizovaná najmä opakujúcimi sa záchvatmi prejedania sa, spojenými s prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti. Vágnerová (2008) definuje bulímiu ako

poruchu, ktorá je typická neodolateľnou túžbou po jedle, ktorá má za následok opakované záchvaty prejedania sa. Tie bývajú sprevádzané nutkavou tendenciou zbaviť sa skonsumovanej potravy násilným, nefyziologickým spôsobom, napr. vyprovokovaným zvracaním, užitím prehánadiel a inými prostriedkami. Množstvo jedla, ktoré títo pacienti dokážu zjesť počas záchvatu, je až neuveriteľne veľké. Z tohto dôvodu býva bulímia finančne náročná. Postihnutí sa dokážu už zásobiť vopred, mnohí z nich nosia jedlo so sebou, ak ich záchvat prepadne mimo domova. Marádová (2007) tvrdí, že pocit prejedania je veľmi relatívny, pretože zo záznamov pacientov je niekedy zrejmé, že zjedli iba o trochu viac ako chceli, alebo ako boli zvyknutí jesť. Subjektívny pocit straty kontroly nad jedlom sa preto stal významnejším znakom prejedania sa, ako skonsumované množstvo jedla.

Na rozdiel od anorexie sa pri bulímii nevyskytuje závažnejšia strata telesnej hmotnosti. Moore-Groarková a Thompsonová (1998) tvrdia, že pacienti s bulimiou majú zvyčajne o sedem kíl menej ako je normálna hmotnosť, preto nevyzerajú tak vychudnuto ako pacienti s anorexiou. Ich telesná hmotnosť však stále kolíše kvôli ich prejedaniu a následnému zvracaniu. Kulhánek (2014a) opisuje telesné problémy pri bulímii - opuchnutá tvár, problémy s pleťou, zvýšená kazovosť zubov, zvýšená citlivosť zubov na horúce a studené, krvácanie ďasien, podráždené a bolestivé hrdlo, zvracanie krvi, ochabnuté svaly, opuchnuté kĺby, zápaly a vredy na žalúdku, spomalené trávenie, nebezpečenstvo prasknutia žalúdka pri prejedaní, suchá koža, strata menštruácie alebo nepravidelnosť, zápcha alebo hnačky, nadúvanie, kŕče v bruchu, dehydratácia, nedostatok horčička, draslíka a sodíka, čo vedie k metabolickému rozvratu, nízky krvný tlak, spomalený tep, poruchy srdca a zlyhanie srdcovej činnosti, anémia, depresia, problémy so sústredením, úzkosť, závraty, náladovosť, nízke sebavedomie a pocity hanby a viny.

Marádová (2007) upozorňuje na závažné zdravotné následky, ktoré sú spojené so zvracaním. Veľká časť bulimičiek si musí dávivý reflex vyvolať prstami alebo rôznymi predmetmi. Časté sú bolestivé zranenia krku a pažeráka, infikovanie rany, prehĺtnutie predmetu na vyvolanie dávenia alebo prasknutie pažeráka, ktoré si vyžaduje okamžitý lekársky zákrok. Niektoré bulimičky zvracajú ak zjedia veľké množstvo jedla, iné po jedle, ktoré považujú za energeticky výdatné a nadbytočné, a iné zo zvyku. Frekvencia zvracania však vzrastá, a niekedy bulimičky zvracajú až do stavu fyzického vyčerpania.

Zvracanie je posilňované mylnou predstavou, že telo sa tak zbaví energetickej hodnoty skonsumovaného jedla. Najmä sacharidy, ktoré sa štiepia už v ústach, dokáže telo spracovať veľmi rýchlo. To vysvetľuje, prečo ženy zvracajúce po každom jedle nemusia vôbec schudnúť. Zvracanie tiež oslabuje strach z tučnoty, čo vedie k častejšiemu prejedaniu sa, teda zvracanie podporuje ďalšie prejedanie sa. Rovnako neúčinné je aj užívanie laxatív a diuretík, pretože dôjde iba k rýchlejšiemu vyprázdneniu a dočasnému zbaveniu sa tekutín. Užívanie laxatív nemá vplyv znižovanie telesnej hmotnosti, pretože spôsobuje predovšetkým vyprázdnenie hrubého čreva, ktoré nastane až po využití energie v tenkom čreve.

## **Diagnostika I Postup určenia diagnózy**

Diagnostika PPP sa opiera o:

- psychiatrické vyšetrenie – anamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH 10 a psychopatologický rozbor,

- psychodiagnostické vyšetrenie.

V klinických metódach je dôležité zhodnotenie vývinových aspektov. Je výhodou ak sú tiež k dispozícii informácie od blízkych osôb. Pri interpretácii testových metód /sebahodnotovacie škály a dotazníky/ treba byť obozretný vzhľadom na možnosť skresleného sebahodnotenia a interferenciu aktuálnej psychopatologickej symptomatológie. Optimálnou metódou pri stanovení poruchy osobnosti je štruktúrované diagnostické, interview, ktoré umožňuje odlíšiť trvalé osobnostné charakteristiky od stavových charakteristík, ktoré sú v čase viac variabilné.

Prvý pohovor-hlavné témy

- Presná povaha problému - ako ho pacientka chápe.
- Špecifická psychopatológia:
  - postoje k vlastnej postave a váhe,
  - reakcie na zmeny váhy,
  - reakcie na poznámky vo vzťahu k jej postave,
  - žiaduca váha.
- Návyky pri jedle:
  - snaha o dodržiavanie diéty,
  - epizódy prejedenia sa,
  - pocit kontroly nad jedením.
- Metódy kontroly váhy:
  - diéta,
  - úmyselné zvracanie,
  - užívanie laxatív a diuretík,
  - cvičenie.
- Všeobecná psychopatológia:
  - neurotické príznaky – depresie,
  - interpersonálne vzťahy,
  - sebaúcta, asertivita, perfekcionizmus,
  - sociálne okolnosti,
  - telesné zdravie - váha a jej vývoj v priebehu života,
  - úroveň elektrolytov.

### **Psychologické vyšetrenie:**

Ako doplnok štandardných psychodiagnostických postupov zameraných na posúdenie štruktúry osobnosti, oblasť afektivity a mentálnu úroveň odporúčame použiť Dotazník spokojnosti s vlastným telom a Rosenbergovu škálu sebahodnotenia, ktoré uvádzame v špeciálnom doplnku štandardu:

### **Diferenciálna diagnostika.**

Diferenciálna diagnostika môže byť problematická popieraním ťažkostí, odmietaním liečby a zatajovaním stravovacích návykov. Viditeľná telesná symptomatológia u anorexie, ako napríklad podváha alebo amenorea, nie je pre stanovenie diagnózy dostačujúca. Strata hmotnosti musí byť navodená alebo udržiavaná priamo pacientkou. U pacientok s podváhou a amenoreou je potrebné odlíšiť anorexiu od telesných ochorení, ako napríklad tuberkulóza,

nádory, diabetes mellitus alebo ochorenia čriev. Pri týchto sa väčšinou objavuje porucha chuti k jedlu, ktorá pacientku znepokojuje (Raboch a Zvolský, 2001).

Pri depresívnej poruche je strata chuti k jedlu spojená s ďalšou depresívnou symptomatológiou, aj keď poruchy spánku, suicidálne myšlienky a obsedantné myslenie sa môžu vyskytovať aj pri anorexii. Pacientky s anorexiou tvrdia, že pocity hladu a chute k jedlu majú dlho zachované, iba si zakazujú jesť. Znížená chuť k jedlu sa objavuje pri závažnejších formách ochorenia. Telesná hyperaktivita pri anorexii kontrastuje s podváhou a na rozdiel od depresívnej agitovanosti je ritualizovaná a plánovaná. Znížené sebahodnotenie je úzko spojené s hmotnosťou a postavou.

Pri obsedantno - kompulzívnych poruchách sa vtieravé myšlienky netýkajú jedla a kalórií. Rovnako sociálna fóbia sa diagnostikuje v prípade, ak sa strach z ľudí netýka času konzumácie jedla. Pri somatizačnej poruche nie je tak výrazná strata hmotnosti, strach z nadváhy a dlhodobá amenorea ako pri anorexii. Dymorfobická telesná porucha by mala byť diagnostikovaná, iba ak sa netýka telesných proporcií celkovo, ale iba časti tela, napríklad nosa, uší. Výrazná strata hmotnosti sa môže objaviť aj pri schizofrénii, ale tam pacienti odmietajú jedlo následkom bludu, napríklad že je jedlo otrávené, alebo následkom negativizmu, spojeného s katatóniou (Raboch a Zvolský, 2001).

Koutek (2011) medzi somatické ochorenia, ktoré treba vylúčiť pri diferenciálnej diagnostike, zaradzuje celiakiu, tuberkulózu, alergiu na potraviny, hypertyreózu, diabetes mellitus, pankreatitídu, hepatitídu, tumory a syndróm týraného dieťaťa. Z psychických ochorení sú to psychogénne zvracanie, konverzná porucha, depresia, schizofrénia, somatizačná porucha, obsedantno - kompulzívna porucha a toxikománia.

### **Komorbidity**

Poruchy príjmu potravy majú pomerne vysokú mieru komorbidity. U hospitalizovaných pacientok sa uvádza výskyt niektorej ďalšej psychiatrickej poruchy až v 97% prípadov. Najčastejšie ide o poruchu nálady, najmä unipolárnu depresiu, o úzkostnú poruchu alebo zneužívanie návykových látok (Theiner, 2011). Komorbidity porúch príjmu potravy s ďalšími psychiatrickými alebo somatickými ochoreniami vedie k horšej prognóze a k potrebe špecializovaných liečebných programov. Podľa Rabocha a Zvolského (2001) sú časté spojenia s poruchami osobnosti, posttraumatickou stresovou poruchou, závislosťou na alkohole alebo iných návykových látkach, depresiou, anxióznou poruchou a obsedantno-kompulzívnu poruchou.

Spojenie so somatickými ochoreniami, ako je napríklad diabetes mellitus, epilepsia alebo skleróza multiplex, sťažuje farmakoterapiu, psychoterapiu a celkovú spoluprácu pacienta pri liečbe. Pri závislosti na psychoaktívnych látkach sa najčastejšie stretávame s kombináciou mentálnej bulímie a zneužívania alkoholu. Alkohol, cigarety a niektoré psychoaktívne látky sú využívané ako prostriedok proti hladu a k zníženiu chuti k jedlu. Holdernessová (in Krch a kol., 2005) uvádza konzumáciu alkoholu u bulimičiek v rozmedzí od 10,7% do 88,9% prípadov a závislosť na alkohole bola uvádzaná v 2,9- 48,6%. Pri anorexii sa zneužívanie alkoholu vyskytuje menej často aj preto, lebo tieto pacientky si uvedomujú energetickú hodnotu alkoholu.

Pacienti trpiaci mentálnou bulímiou a závislosťou na psychoaktívnych látkach vykazujú spoločné rysy, ako plné zaujatie určitou substanciou a pocit straty kontroly nad ňou (Krch a kol., 2005). Kombinácia s návykovými látkami vedie pri opiátoch k zhoršenej mobilite čriev a

zápche, pri alkohole k zhoršeniu dehydratácie. Abstinénne príznaky pri nadmernou užívaní kokaínu zhoršujú prejedanie a nárast hmotnosti, ktoré vedú k úzkostným reakciám. Nadmerné užívanie laxatív môže zasa viesť k nadúvaniu a zvýšenému zaujatiu vlastným telom (Raboch a Zvolský, 2001).

Za spoločný rys obsedantnej poruchy a poruchy príjmu potravy považuje Krch a kol. (2005) vnútornú neistotu a nízke sebahodnotenie, ktoré posilňuje potrebu nadmernej kontroly nielen v jedle. Pacientky sa vidia ako neúspešné 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. Prejedanie sa, ktoré nasleduje po hladovaní, len posilní pocit bezcennosti.

Depresia je pri poruchách príjmu potravy veľmi častou komorbiditou a jej výskyt je popisovaný v 60 až 95% prípadov. Depresívny syndróm sa pri mentálnej bulímii javí etiologicky podobný depresívnej poruche a podobná je tiež reakcia na liečbu antidepresívami. Pri mentálnej anorexii je však etiológia odlišná a reakcia na antidepresíva je minimálna. Príznaky sú síce podobné ako pri depresívnej poruche, sklesnutá nálada, sociálna izolácia, znížená energia a ochudobnenie záujmov, avšak depresia je tu dôsledkom hladovania (Theiner, 2011). Znamky depresie sú zvyčajne výraznejšie podľa Krcha a kol., (2005) pri bulímii, kde sa udáva výskyt u 20-80% prípadov.

Väčšina úzkostných a depresívnych príznakov je priamo spojená s obavami o postavu a telesnú hmotnosť. Pri poruchách príjmu potravy sa môže vyskytovať aj ADHD, zriedka pri anorexii, častejšie pri bulímií a najčastejšie sa objavuje pri impulzívnom prejedaní sa. Pri poruchách príjmu potravy sa objavuje aj sebapoškodzovanie a to až v 25-55% pacientov. Ide o maladaptívne správanie, ktoré je využívané pri riešení negatívnych pocitov, ako je hnev, depresionalizácia a tenzia. Najčastejšie ide o rezanie, pálenie sa, trichotilomániu 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, Yamamotová a Papežová, 2010).

## **Liečba**

Hilbert, Hoek a Schmidt (2017) urobili prehľad deviatich štandardných postupov v liečbe PPP z ôsmich krajín, ktoré boli publikované v rokoch 2009 až 2017. Pri mentálnej anorexii a mentálnej bulímii uvádzajú nasledovné údaje z jednotlivých sprievodcov na dôkazoch založenej liečby.

### **Mentálna anorexia odporúčania (guidelines)**

Všetky štandardné postupy odporúčajú začať liečbu ambulantným spôsobom. Hospitalizáciu je potrebné zvážiť u pacientov, u ktorých ambulantná liečba zlyhala, alebo u ktorých je vysoké riziko zdravotných komplikácií, napr. váha (extrémne nízke BMI), správanie (napr. významné odmietanie potravy), narušené vitálne funkcie (napr. tep pod 40 úderov z minútu), psychiatrické komorbidity (napr. suicidálne riziko), alebo faktory prostredia (napr. negatívne ovplyvňovanie rodinnou situáciou). U výrazne vychudnutých pacientov, ktorí nesúhlasia s liečbou, väčšina štandardov odporúča nútenú liečbu (Hilbert, Hoek a Schmidt, 2017).

Šesť sprievodcov odporúča, aby mentálnu anorexiu a poruchy príjmu potravy všeobecne liečili odborníci špecializovaní na tento typ porúch, alebo odborníci so značnými skúsenosťami v liečbe PPP.

Pokiaľ ide o jednotlivé liečebné postupy, väčšina štandardov obsahuje odporúčania pre nutričný manažment od umelej výživy (8 sprievodcov) ku všeobecnému nutričnému poradenstvu (6 sprievodcov). Štandardné postupy zhodne uprednostňujú perorálnu enterálnu výživu pred parenterálnou výživou, ktorá má byť len poslednou možnosťou. Všeobecné nutričné poradenstvo by malo byť podľa dvoch sprievodcov (Nemecko a Veľká Británia) časťou multidisciplinárneho terapeutického prístupu, a nemalo by sa používať samotné. Pokiaľ ide o odporúčané zvýšenie hmotnosti, jeho rozsah je u hospitalizovaných pacientov v rozmedzí 0,5-1,5 kg, a u ambulantných pacientov v rozmedzí 0.2–0.5kg (Hilbert, Hoek a Schmidt, 2017).

### **Psychologické intervencie**

Pre liečbu mentálnej anorexie väčšina postupov odporúča konkrétne psychologické intervencie, zvlášť rodinnú terapiu pre mladých pacientov, ktorá má širokú výskumnú podporu (Blessit, Voulgari, Eisler, 2015; Forsberg a Lock, 2015; Lock, 2015). Na základe literárnych údajov väčšina sprievodcov ďalej odporúča KBT liečbu (Kas, Kolko, Wilfley, 2015). Ako liečba v prvej línii sú KBT, Maudsley Anorexia Nervosa liečba pre dospelých a špecializovaný podporný klinický manažment, ktoré odporúčajú dva nedávno publikované štandardné postupy z Holandska a z Veľkej Británie, ktoré sú podložené poslednými štúdiami (Byrne a kol., 2017; Schmidt a kol., 2016). Malá zhoda panuje ohľadom postupov psychodynamickej terapie a interpersonálnej terapie ako alternatívnej liečby, a to kvôli nedostatočne preukázanej účinnosti (Carter a kol., 2011; McIntosh a kol., 2005; Zipfel et al., 2014). Naproti tomu interpersonálnu terapiu ako účinný postup odporúča Wilfley (2002). Ďalšie liečebné prístupy, ako je Dialekticko-behaviorálna terapia pre bulímiu (Bankoff, Karpel, Forbes a Pantalone, 2012), Špecializovaný podporný klinický manažment (specialist supportive clinical management) pri mentálnej anorexii (Schmidt a kol., 2015) a Transdiagnostická KBT (Fairburn a kol., 2015) sa vyznačujú strednou výskumnou podporou.

### **Tab. č. 1**

ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania	Referencie
Rodinná terapia	II	A (najvyšší stupeň)	Blessit, Voulgari, Eisler, (2015); Forsberg a Lock, (2015); Lock, (2015)
KBT pre ambulantnú liečbu	II	B	Pike a kol., (2003)
Interpersonálna terapia	II	B	Wilfley, (2002)
Špecializovaný podporný klinický manažment	II	B	Schmidt a kol., (2015)
Transdiagnostická KBT	II	B	Fairburn a kol., (2015)
Psychodynamická terapia	II	C	Carter a kol., (2011)
Iné psychoterapeutické prístupy zvyšujúce motiváciu a uvedomenie si problému	IV	D	

### Farmakoterapia

Z aspektu farmakoterapie sú odporúčania sprievodcov rôzne. Štyri štandardné postupy neudávajú konkrétne odporúčania pre nejakú formu medikácie, alebo sú proti jej samotnému a výlučnému použitiu. Štyri z deviatich sprievodcov odporúčajú opatrné použitie antipsychotík na zníženie komorbídneho obsedantného uvažovania, avšak nie je zhoda v tom, či sa majú antipsychotiká používať kvôli váhovému prírastku. Pre liečbu depresívnych symptómov tri štandardy vo všeobecnosti odporúčajú antidepresíva, a z nich SSRI a TCA. Celkove sú odporúčania pre farmakologickú liečbu pri mentálnej anorexii málo konzistentné v dôsledku nedostatočných výskumných dôkazov (McElroy a kol., 2015; Herpertz-Dahlmann, van Elburg, Castro-fornieles, Schmidt, 2015).

### Mentálna bulímia

Štandardné postupy v liečbe mentálnej bulímie odporúčajú konkrétne psychologické liečebné postupy. Na základe literárnych údajov väčšina z nich odporúča KBT ako liečbu v prvej línii (Hay, 2013; Kas, Kolko, Wilfley, 2015).


### Liečba pomocou ŠPI

Vo Veľkej Británii sprievodca NICE odporúča začať s menej intenzívnou asistovanou KBT svojpomocnou liečbou, ako časťou menej intenzívnych psychologických liečebných postupov (2. stupeň psychologickej liečby) pre jej nízke náklady (NICE, 2017; Lynch a kol., 2010). Väčšina štandardov odporúča menej intenzívnu psychologickú liečbu (2.stupeň psychologickej liečby), pričom najnovšie štandardy zdôrazňujú účinnosť sprevádzanej KBT svojpomocnej liečby (Beintner, Jacobi, Schmidt, 2014).

### Iné formy terapie

Interpersonálnu psychoterapiu väčšina štandardov odporúča ako alternatívu ku KBT, vzhľadom na jej menší krátkodobý, ale rovnaký dlhodobý efekt ako KBT (Kas, Kolko, Wilfley, 2015). Psychodynamickú terapiu odporúča len nemecký štandardný postup a štandardný postup USA, vzhľadom na jej nedostatočnú výskumnú podporu (Abbate-Daga, Marzola, Amianto, Fassino, 2016; Poulsen a kol., 2014). Polovica štandardných postupov odporúča rodinnú terapiu, hlavne u mladých pacientov, čo je podporené nedávnymi výskumnými dôkazmi (Le Grande a kol., 2015). Väčšina štandardov odporúča menej intenzívnu psychologickú liečbu (2.stupeň psychologickej liečby), pričom najnovšie štandardy zdôrazňujú účinnosť sprevádzanej KBT svojpomocnej liečby (Beintner, Jacobi, Schmidt, 2014). Prehľad Hilbert, Hoek a Schmidt (2017) uvádza, že je málo odporúčaní s nedostatočnými dôkazmi pre alternatívne spôsoby liečby (napr. kombináciu psychodynamickej a KBT liečby) a nutričného poradenstva.

Tab. č. 2

 <b>Úroveň dôkazov pre psychologickú liečbu pri mentálnej bulímii na základe literatúry</b>			
ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania	Referencie
KBT	I	A (najvyšší stupeň)	Hay, (2013), Kas, Kolko, Wilfley, (2015)
ŠPI (liečba v druhom stupni starostlivosti)	I	B	Beintner, Jacobi, Schmidt, (2014)
Rodinná terapia	II	A	Le Grande a kol., (2015)
Interpersonálna terapia	II	B	Kas, Kolko, Wilfley, (2015)
Dialekticko-behaviorálna terapia pre bulímiu	II	B	Bankoff, Karpel, Forbes & Pantalone, (2012)
Psychodynamická terapia	II	B	Abbate-Daga, Marzola, Amianto, Fassino, (2016) Poulsen a kol., (2014)
Iné psychoterapeutické prístupy zvyšujúce motiváciu a uvedomenie si problému	IV	D	

### Odporúčania Americkej psychologickej asociácie (APA)

Podľa odporúčaní Americkej psychologickej asociácie ([www.div12.org/diagnoses](http://www.div12.org/diagnoses)) je kognitívno-behaviorálna terapia pre mentálnu anorexiu, hodnotená na základe výskumných dôkazov, ako terapia so strednou výskumnou podporou pre posthospitalizačnú periódu v rámci prevencie relapsu. Podľa Pike a kol. (2003) je KBT ako posthospitalizačná intervencia pre mentálnu anorexiu určená na zabránenie relapsu po tom, čo postihnutý jedinec pribral počas nemocničnej liečby. KBT pre okamžité zvýšenie hmotnosti je určená na úpravu hmotnosti v ambulantných podmienkach. Na začiatku sa odporúčajú sedenia 2-krát do týždňa, po stabilizácii hmotnosti sú sedenia 1-krát týždenne. Liečba sa zameriava výslovne na dosiahnutie a udržanie zdravej hmotnosti, zvlášť takej (u žien), pri ktorej dochádza k menštruácii. Liečba sa zameriava na behaviorálne stratégie, vrátane vytvorenia pravidelných vzorcov jedenia a



systematické vystavovanie sa „zakázaným“ jedlám, pričom sa súčasne snaží ovplyvniť kognitívne aspekty poruchy, ako je motivácia ku zmene a narušená percepcia vlastného výzoru a hmotnosti. Tiež sa snaží o zmenu jadrových schém a spochybňuje prílišné prepojenie osobnej identity a chorobných prejavov.

Podľa Americkej psychologickkej asociácie má silnú výskumnú podporu Rodinná terapia mentálnej anorexie (Family-Based Treatment, FBT). Jej základným predpokladom je, že aktívne a štruktúrované zapojenie rodiny do liečby adolescentov s mentálnou anorexiou významne zvyšuje pravdepodobnosť pozitívnych liečebných výsledkov. Ide o ambulatnú intervenciu u jedincov trpiacich na mentálnu anorexiu v stabilnom zdravotnom stave a má 3 fázy:

1. Rodičia sa stávajú zodpovední za proces nutričnej rehabilitácie a úpravy hmotnosti pomocou terapeuta.
2. Kontrola nad jedením sa vracia adolescentovi jeho veku primeraným spôsobom.
3. Pozornosť sa venuje psychosociálnemu vývinu, ktorý sa zabrzdil počas choroby. Rodinná terapia tiež koriguje chybnú percepciu a chybné obviňovanie za pacientovu poruchu. Ani rodičia, ani adolescent nie sú za poruchu zodpovední.

Táto forma rodinnej terapie je veľmi podobná terapii, ktorá bola vytvorená pre mentálnu anorexiu v 80-tych rokoch minulého storočia v Moudsley Hospital v Londýne. Jej trvanie je približne 15-20 sedení v priebehu 6-12 mesiacov.

Na základe predložených štúdií preto navrhujeme nasledovné terapeutické postupy, ktoré sa pridriavajú prevažne KBT (NICE 2017).

### **Všeobecné princípy liečby porúch príjmu potravy**

Ľudia trpiaci poruchami príjmu potravy majú problémy otvorene prebrať s odborníkmi na duševné zdravie ich ťažkosti.

Sú citliví na stigmatizáciu a hanbia sa.

Potrebujú informácie zodpovedajúce ich veku a stupňu vývinu.

### **Liečba mentálnej anorexie**

V liečbe je potrebné brať do úvahy, že porucha je ego - syntónna - pacient/ka nemá pocit, že potrebuje pomoc, a v úvode liečby je potrebné sa zamerať sa na zmenu stravovacích návykov.

Liečebná starostlivosť a podpora má začať:

- Psychoedukáciou týkajúcou sa ochorenia.
- Monitorovaním hmotnosti, psychického a zdravotného stavu.
- Starostlivosť má byť multidisciplinárna a koordinovaná.
- Majú byť do nej zapojení rodičia alebo opatrovníci postihnutého.

Pri liečbe mentálnej anorexie je treba dávať dôraz na:

- Pomoc postihnutému, aby dosiahol zdravú hmotnosť alebo primeraný BMI, ktoré zodpovedajú jeho veku.
- Zvýšenie hmotnosti je základným predpokladom pre dosiahnutie psychologických, telesných zmien a zlepšenie kvality života, ktoré sú potrebné pre zlepšenie zdravotného stavu a uzdravenie.

U dospelých osôb s mentálnou anorexiou sa odporúča zväžiť:

- Individuálnu, na poruchy príjmu potravy zameranú KBT (individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy, CBT-ED).
- Liečba mentálnej anorexie podľa Maudsley nemocnice (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults, MANTRA).
- Špecializovaný podporný klinický manažment (specialist supportive clinical management, SSCM).

### **Individuálna, na mentálnu anorexiu zameraná KBT (CBT-ED)**

Obvykle trvá viac ako 40 sedení, viac ako 40 týždňov. V prvých 2-3 týždňoch sa vyžaduje sedenie 2- krát do týždňa.

Cieľom terapie je:

- znížiť riziko poškodenia telesného zdravia a ovplyvniť iné symptómy PPP,
- vytvoriť zdravé stravovacie návyky a dosiahnuť zdraviu zodpovedajúcu telesnú hmotnosť,
- prebrať problémy s výživou, urobiť kognitívnu reštruktúraciu, reguláciu nálady, sociálne spôsobilosti, obavy z telesného výzoru, sebavedomie a prevenciu relapsu,
- vytvoriť osobný liečebný plán týkajúci sa procesov, ktoré udržujú problémy s príjmom potravy,
- vysvetliť riziko malnutricie a nízkej hmotnosti,
- zvýšiť sebaúčinnosť,
- robiť si vlastné záznamy príjmu potravy a s ním spojené myšlienky a emócie,
- robiť domáce úlohy s tým účelom, aby si osoba cvičila v dennom živote to, čo sa naučila.

### **MANTRA pre dospelých trpiacich mentálnou anorexiou**

Terapia typicky spočíva v 20 sedeniach. Prvých 10 týždňov každý týždeň, potom sa sedenia pružne prispôbujú stavu. Ďalších 10 sedení sa odporúča u ľudí s komplexnými problémami. Základom liečby je MANTRA pracovný zošit, ktorý má motivovať pacientov a povzbudzovať ich k práci s odborníkom.

Terapeut je flexibilný v tom, ako s MANTRA modulmi pracuje a čo sa zdôrazňuje.

Ak je pacient pripravený, prebrať s terapeutom výživu, zvládanie symptómov a zmenu správania.

Zámerom je snaha u postihnutej osoby vytvoriť „neanorektickú identitu“.

Je potrebné zapojiť členov rodiny alebo opatrovníkov, aby pomohli postihnutej osobe porozumieť tomu, čo sa s ňou deje, a aké problémy to spôsobuje v širšom sociálnom kontexte.

Cieľom je dosiahnuť zmenu správania.

### **Špecializovaný podporný klinický manažment (SSCM) pre dospelých s mentálnou anorexiou**

Postup obvykle obsahuje 20 alebo viac týždenných sedení (v závislosti od závažnosti stavu):

- spočíva v posúdení, určení hlavných problémov a v ich pravidelnom prehľade,
- je zameraný na vytvorenie pozitívneho vzťahu medzi postihnutou osobou a terapeutom,
- jeho cieľom je pomôcť postihnutej osobe rozpoznať vzťah medzi jej symptómami a abnormálnym správaním týkajúcim sa jedla,
- zameriava sa na zvýšenie hmotnosti,
- poskytuje psychoedukáciu a edukáciu o výžive a poradenstvo,

- obsahuje monitorovanie telesného zdravotného stavu,
- určuje cieľové rozpätie hmotnosti,
- nabáda k dosiahnutiu zdravej telesnej hmotnosti a zdravého spôsobu jedenia,
- necháva na rozhodnutí postihnutého, kto ďalší má byť súčasťou terapie.

V prípade, že u dospelých s mentálnou anorexiou sú individuálna, na poruchy príjmu potravy zameraná KBT (CBT-ED), MANTRA, alebo Špecializovaný podporný klinický manažment (SSCM) neakceptovateľné, kontraindikované, alebo neefektívne, je potrebné zvážiť použitie niektorý z tých typov liečby, ktorým dosiaľ osoba liečená nebola, a to napr. na poruchy príjmu potravy zameranú psychodynamickú terapiu, eating-disorder-focused focal psychodynamic therapy (FPT).

**Na poruchy príjmu potravy zameraná psychodynamická terapia** (eating-disorder-focused focal psychodynamic therapy - FPT).

FPT pre dospelých s mentálnou anorexiou.

Obvykle trvá viac ako 40 sedení viac ako 40 týždňov.

Vytvára na pacienta zamerané fokálne hypotézy, ktoré sa konkrétne týkajú toho,

- čo symptómy pre osobu znamenajú,
- ako symptómy osobu ovplyvňujú,
- ako symptómy ovplyvňujú vzťah osoby s druhými ľuďmi a s terapeutom.

V prvej fáze je fokus na vytvorenie terapeutického vzťahu medzi terapeutom a osobou trpiacou mentálnou anorexiou, zaoberanie sa pro-anorektickým správaním a egosyntónnymi predpokladmi (názory, hodnoty a emócie konzistentné s zmyslom seba u osoby - sense of self - a vytváranie sebavedomia).

V druhej fáze je fokus na relevantné vzťahy s inými ľuďmi a na to, ako tieto vzťahy ovplyvňujú správanie spojené s jedlom.

V poslednej fáze je fokus na prenos terapeutickej skúsenosti do každodenného života a venovanie sa obavám, ktoré má osoba potom, ako dôjde k ukončeniu liečby.

### **Psychologická liečba mentálnej anorexie u detí a dospievajúcich**

U detí a dospievajúcich sa odporúča použiť na mentálnu anorexiu zameranú rodinnú terapiu pre deti a adolescentov (anorexia-nervosa-focused family therapy for children and young people - (FT-AN), buď ako „single - family“ terapiu alebo ako kombináciu „single - and multi - family“ terapie. V rámci terapie je potrebné umožniť deťom a adolescentom aby mali možnosť stretnúť sa:

- oddelene od členov rodiny a opatrovníkov,
- spolu s členmi rodiny a opatrovníkmi.

FT-AN pre deti a adolescentov s mentálnou anorexiou by mala:

- obvykle obsahovať 18-20 sedení viac ako rok,
- urobiť prehľad potrieb osoby po 4 týždňoch, a potom každé tri mesiace, aby sa stanovili pravidelné sedenia a dĺžka liečby,
- zdôrazniť úlohu rodiny v uzdravovaní postihnutej osoby,
- neobviňovať osobu a členov rodiny alebo opatrovníkov,
- včleniť do terapie psychoedukáciu o výžive a efekte malnutrície,

- na začiatku liečby podporovať rodičov, alebo opatrovníkov, aby osobe pomáhali najmä usmerňovať jej príjem potravy, a zároveň zdôrazňovali, že ide o dočasné riešenie.

V prvej fáze liečby je cieľom vytvoriť dobrú terapeutickú alianciu s postihnutou osobou, jej rodičmi, alebo s opatrovníkmi a ostatnými členmi rodiny.

Druhá fáza terapie sa zameriava na podporu postihnutej osoby (s pomocou jej rodičov alebo opatrovníkov) tak, aby mala takú úroveň nezávislosti, ktorá zodpovedá jej vývinu.

V záverečnej fáze:

- terapeut preberá plány osoby po tom, čo sa terapia ukončí (vrátane akýchkoľvek obáv, ktoré postihnutá osoba a jej rodina má), a zameriava sa na prevenciu relapsu,
- preberá možnosti podpory po ukončení liečby.

Odporúčame deťom a adolescentom s mentálnou anorexiou sedenia navyše bez ostatných členov rodiny alebo opatrovníkov.

Terapeut má tiež zvážiť, či členovia rodiny alebo opatrovníci (ak je to vhodné) potrebujú podporu v prípade, že dieťa alebo adolescent s mentálnou anorexiou má terapeutické sedenia bez nich.

Ak deti a adolescenti s mentálnou anorexiou FT-AN terapiu neprijímajú, je kontraindikovaná, alebo je neefektívna, je potrebné zvážiť liečbu prostredníctvom individuálnej na poruchy príjmu potravy zameranej KBT (CBT-ED), alebo na adolescenta zameranú psychoterapiu pre mentálnu anorexiu (adolescent - focused psychotherapy for anorexia nervosa (AFP-AN)).

### **Individuálna KBT (CBT-ED) pre deti a adolescentov s mentálnou anorexiou**

Obvykle trvá viac ako 40 sedení, v priebehu viac ako 40 týždňov. V prvých 2-3 týždňoch sa vyžaduje sedenie 2- krát do týždňa.

Cieľom tejto terapie je:

- zníženie rizika poškodenia telesného zdravia a ovplyvniť iné symptómy PPP,
- vytvoriť zdravé stravovacie návyky a dosiahnuť zdraviu zodpovedajúcu telesnú hmotnosť,
- prebrať problémy s výživou, urobiť kognitívnu reštruktúraciu, reguláciu nálady, sociálne spôsobilosti, obavy z telesného výzoru, sebavedomie a prevenciu relapsu,
- vytvoriť osobný liečebný plán týkajúci sa procesov, ktoré udržiavajú problémy s príjmom potravy,
- brať do úvahy špecifické vývinové potreby jedinca,
- vysvetliť riziko malnutrie a nízkej hmotnosti,
- zvýšiť sebaúčinnosť,
- robiť si vlastné záznamy príjmu potravy a s tým spojené myšlienky a emócie,
- robiť domáce úlohy s tým účelom, aby si osoba cvičila v dennom živote to, čo sa naučila,
- poukázať na možnosť podpory potom, ako dôjde k ukončeniu liečby.

**Na deti a adolescentov zameraná psychoterapia pre mentálnu anorexiu** (adolescent - focused psychotherapy for anorexia nervosa (AFP-AN)):

Typicky trvá 32-40 individuálnych sedení v priebehu 12 až 18 mesiacov:

- na začiatku s pravidelnejšími sedeniami, aby si postihnutá osoba vytvorila s terapeutom vzťah a bola motivovaná na zmenu svojho správania,

- 8-12 dodatočných rodinných sedení s osobou a jej rodičmi alebo opatrovníkmi:
  - s prehľadom potrieb osoby 4 týždne po začatí liečby, a potom každé 3 mesiace, aby došlo k dohode o počte potrebných pravidelných sedení, a o trvaní liečby,
  - so psychoedukáciou o výžive a o efekte malnutricie v rodinných a individuálnych sedeniach,
  - so zameraním sa na sebaobraz osoby, jej emócie a interpersonálne procesy, a ako tieto faktory súvisia s poruchou príjmu potravy.

Vytvára formuláciu psychologických problémov osoby a to, ako používa anorektické správanie ako stratégiu zvládania.

Zaoberá sa strachom zo zvýšenia hmotnosti a zdôrazňuje, že zvýšenie hmotnosti a zdravý spôsob jedenia je rozhodujúcou časťou terapie.

Hľadá alternatívne stratégie na zvládanie stresu.

V neskoršom štádiu liečby preberá problémy identity a buduje nezávislosť.

Na konci liečby sa zameriava na prenos naučeného správania do každodenného života.

V rodinných sedeniach pomáha rodičom alebo opatrovníkom, aby podporovali postihnutú osobu v zmene svojho správania.

Po ukončení liečby odporúča následnú pomoc.

### **Hospitalizácia**

Papežová (1999) odporúča hospitalizáciu u suicidálnych pacientok, pri súčasnom abúze alkoholu a drog, pri život ohrozujúcich somatických komplikáciách a u pacientok, u ktorých je režim stravovania úplne mimo kontroly a nezlepšuje sa počas adekvátnej ambulantnej liečby. Nutričná rehabilitácia je nutná u všetkých vážne podvyživených pacientok. Bezprostredným cieľom je realimentácia, vytvorenie normálneho režimu stravovania (6x denne) a odstránenie somatických i psychologických následkov malnutricie. Stanovíme cieľovú „zdravú“ váhu. Ideálny nárast hmotnosti je 1,0-1,5 kg u hospitalizovaných a 0,5 kg u ambulantných pacientov za týždeň (Papežová 1999, Practice Guideline 2000). Tieto údaje sú základnou súčasťou terapeuticko-terapeutického zmluvy, ktorú uzatvára terapeut s pacientkou. Spolu vypracúvajú systém odmiernosti za dosiahnutú váhu, ktorá bude súčasťou záznamu zvýšenia hmotnosti ako súčasť systému behaviorálnej modifikácie na posilnenie žiaduceho nutričného správania.

### **Diétne poradenstvo pri mentálnej anorexii**

Diétne poradenstvo má byť poskytované len ako časť multidisciplinárneho prístupu.

### **Medikácia pri mentálnej anorexii**

NICE (2017) neodporúča pri mentálnej anorexii medikáciu ako samostatnú liečbu.

### **Liečba mentálnej bulímie**

#### **Psychologická liečba dospelých s mentálnou bulímiou**

Pri liečbe dospelých osôb trpiacich mentálnou bulímiou je potrebné zvážiť sprevádzanú svojpomoc v podobe ŠPI v podobe menej intenzívnych psychologických postupov (2. stupeň terapie).

Sprevádzané svojpomocné programy pre dospelých s mentálnou bulímiou by mali:

- používať kognitívne behaviorálne svojpomocné materiály pre poruchy príjmu potravy,
- ako dodatok k svojpomocnému programu sa odporúčajú krátke podporné sedenia (napr. 4 až 9 sedení trvajúcich 20 minút viac ako 16 týždňov, spočiatku 1-krát za týždeň).

Ak sprevádzané svojpomocné programy zamerané na mentálnu bulímiu po 4 týždňoch liečby neboli akceptované, kontraindikované, alebo sa ukázali ako neefektívne, je potrebné zvážiť liečbu pomocou individuálnej na poruchy príjmu potravy zameranej kognitívne behaviorálnej terapie (CBT-ED).

**Individuálna CBT-ED u dospelých s mentálnou bulímiou** sa vyznačuje týmito črtami:

Obvykle spočíva vo viac ako 20 sedení, viac ako 20 týždňov, na začiatku liečby sedenia 2-krát týždenne.

V prvej fáze sa terapeut zameriava na:

- zapojenie do terapie a edukáciu,
- vytvorenie vzorca pravidelného jedenia, povzbudzuje, radí a podporuje pacienta, ktorý to robí.

Liečba pokračuje preberaním psychopatológie týkajúcej sa porúch príjmu potravy (napr. extrémne diétne obmedzenia, starosti týkajúce sa telesného vzhľadu, tendencií k prejedaniu sa a preberaním dysfunkčných myšlienok a emócií).

Ku koncu liečby terapeut predlžuje sedenia a zameriava sa na pozitívne zmeny a minimalizáciu rizika relapsu.

V prípade potreby terapeut zapája do liečby pre pacienta významných ľudí.

### **Psychologická liečba u detí a adolescentov**

Deti a adolescentov trpiacich na mentálnu bulímiu je potrebné liečiť na **mentálnu bulímiu zameranou rodinnou terapiou** (bulimia-nervosa-focused family therapy (FT-BN)).

FT-BN pre deti a adolescentov by mala:

- obvykle trvať 18-20 sedení, viac ako 6 mesiacov,
- v terapii je potrebné vytvoriť dobrý terapeutický vzťah s osobou a jej rodinnými príslušníkmi a opatrovateľmi,
- podporovať a povzbudzovať rodinu, aby pomohla postihnutej osobe sa uzdraviť,
- neobviňovať osobu a členov rodiny alebo opatrovníkov,
- obsahovať informácie o:
  - regulácii telesnej hmotnosti,
  - diétach,
  - negatívnom účinku pokusov kontrolovať hmotnosť pomocou navodzovaného zvracania, laxatív alebo podobného správania.

Terapia sa zakladá na spolupracujúcom prístupe medzi rodičmi a dieťaťom, aby sa vytvorili pravidelné vzorce jedenia a minimalizovalo sa kompenzačné správanie.

Počas liečby je potrebné pravidelne sa stretávať s postihnutou osobou osamote.

V liečbe má byť zahrnuté sledovanie bulimického správania samotným pacientom a pohovory s rodičmi alebo opatrovníkmi.

V ďalšej fáze terapie je potrebné podporovať postihnutú osobu (pomocou jej rodičov, alebo opatrovníkov), aby si vytvorila takú úroveň nezávislosti, ktorá zodpovedá jej vývinu.

V konečnej fáze liečby terapeut preberá to, čo osoba plánuje robiť po ukončení terapie (vrátane akýchkoľvek obáv, ktoré postihnutá osoba a jej rodina má), a zamerať sa na prevenciu relapsu.

Ak postihnutí liečbu FT-BN odmietnu, je kontraindikovaná, alebo nebola efektívna, je potrebné zvážiť pre deti a adolescentov s mentálnou bulímiou individuálnu na poruchy potravy zameranú kognitívno-behaviorálnu terapiu (CBT-ED).

**Individuálna KBT-ED u detí a adolescentov s mentálnou bulímiou** sa vyznačuje tým že:

- obvykle trvá 18 sedení, viac ako 6 mesiacov s častejšími sedeniami na začiatku liečby,
- obsahuje dodatočné sedenia s rodičmi alebo opatrovníkmi,
- na začiatku sa terapia zameriava na to, akú úlohu hrá mentálna bulímia v živote postihnutého, a na vytváranie motivácie ku zmene,
- edukuje o poruchách príjmu potravy a o tom, ako sa symptómy udržiavajú, vedie postihnutú osobu k tomu, aby si postupne vytvárala zdravé stravovacie návyky,
- spolu s postihnutou osobou vytvára konceptualizáciu problému,
- učí postihnutú osobu, aby sledovala svoje myšlienky, emócie a správanie,
- určuje ciele terapie a vedie postihnutú osobu, aby menila svoje problematické myšlienky, domnienky a správanie pomocou riešenia problémov,
- vytvára stratégie prevencie relapsu tak, aby pripravila postihnutú osobu na zvládnutie budúcich návratov choroby,
- v sedeniach s rodičmi a opatrovníkmi poskytuje edukáciu o poruchách príjmu potravy, identifikuje rodinné faktory, ktoré bránia osobe zmeniť jej správanie a preberá s rodinou, ako podporovať uzdravovanie postihnutej osoby.

### **Medikácia pri mentálnej bulímii**

Mentálnu bulímiu nie je vhodné ani efektívne liečiť len medikamentózne. (NICE, 2017).

### **Program liečby mentálnej bulímie**

Program vychádza z EBM a je našou modifikáciou KBT prístupu. Používa nasledujúce postupy:

#### **V prvej fáze liečby - edukácii o chorobe terapeut preberá:**

- **Témy týkajúce sa telesnej hmotnosti a jej regulácie.**

Úlohou terapeuta je vysvetliť % normálnej hmotnosti vzhľadom na vek a výšku, určiť váhové rozmedzie  $\pm 3$  kg, pričom hodnota nemá byť pod 85% štandardnej hmotnosti.

- **Telesné následky záchvatov prejedania sa, úmyselného zvracania a užívania preháňadiel.**

Cieľom je poukázať na narušenie elektrolytovej rovnováhy, zväčšenie slinných žliaz, narušenie povrchu zubov, nepravidelnosť menštruačného cyklu.

- **Relatívnu neúčinnosť zvracania a užívania preháňadiel.**

Terapeut edukuje, že záchvaty prejedania sa obvykle vedú ku konzumácii veľkého množstva energie, avšak ani úmyselné zvracanie neodstráni všetko, čo pacientka zjedla. Preháňadlá majú na zmenu váhy len krátkodobý vplyv, a vedú ku zmene rovnováhy telesných tekutín.

- **Škodlivý vplyv obmedzovania príjmu potravy.**

Terapeut poukazuje na tri typy obmedzovania: 1. odmietanie jedla počas určitej doby, 2. odmietanie určitých druhov jedla, 3. obmedzovanie celkového množstva jedla.

Upozorňuje pacientku, že diétne pravidlá nie je možné, hlavne v záťažových situáciách, dodržať. Ich porušenie nie je dôsledkom „slabej vôle“, ale dôsledkom stanovenia si chybných pravidiel. Dôsledkom je potom rezignácia na diéty a následné prejedanie sa. Potešenie zo zakázaného jedla môže byť tiež spôsob, ako sa postihnutá osoba odpútava od aktuálnych

problémov. Terapeut upozorňuje, že obmedzovanie sa v potrave má za následok prejedanie sa.

## **Druhá fáza liečby**

### **Sebasledovanie**

Na zaznamenávanie problematickeho správania je možné použiť každodenný sledovací formulár so stĺpcami, kde je uvedený čas jedenia, záznam všetkého jedla a pitia v rámci dňa, miesto jedenia. Je potrebné nejako označiť prejedanie sa, robiť záznam zvracania alebo užitia preháňadiel, zapisovať si denný záznam myšlienok a pocitov, ktoré ovplyvňujú jedenie. Postihnutá osoba si po každom vážení potrebuje zaznamenávať svoju hmotnosť.

### **Pokyny týkajúce sa jedenia, zvracania a užívania preháňadiel**

Terapeut odporúča pacientovi vytvoriť si predpis pravidelného režimu stravovania. Odporúčajú sa 3-4 plánované jedlá denne, s prestávkou medzi jednotlivými jedlami 3-4 hodiny. Pacientka musí presne vedieť, kedy bude znova jesť. Medzi plánovanými jedlami je zakázané jesť. Výhodou tohto postupu je, že predchádza obdobiam obmedzovania a prejedania sa v stravovaní.

### **Kontrola podnetov**

V rámci kontroly nežiaducich podnetov sa odporúča pri jedle nezaoberať sa žiadnymi inými činnosťami. Jesť je nutné len v miestnosti na to určenej. Počas jedenia je potrebné obmedziť prístup k ďalšiemu jedlu. Používa sa nácvik ponechávania jedla na tanieri a vyhadzovania jedla. Obmedzuje sa vystavenie „nebezpečným jedlám“ a plánovanie nákupov a nakupovanie podľa pripraveného zoznamu.

### **Alternatívne správanie**

Pomáha pacientke odolať túžbe sa prejesť. Spočíva vo vytvorení zoznamu príjemných aktivít. V čase pocitu túžby najesť sa terapeut odporúča pacientke, aby začala s niektorou aktivitou. Obnova záujmov a koníčkov potom vedie k zvýšeniu sebavedomia.

### **Pokyny týkajúce sa zvracania, užívania preháňadiel a pohovor s príbuznými**

Obsahuje vysvetlenie, že ak sa pacientka prestane prejedať, prestane aj zvracanie. Preháňadlá nie sú účinné, ale škodlivé, odporúča sa ukončiť ich užívanie, alebo postupne znižovať dávky. Pohovor s príbuznými je zameraný na vysvetlenie problému a získanie ich podpory pre postihnutú osobu. Princípy liečby im má vysvetliť samotná pacientka.

#### **1. Odstránenie obmedzovania sa v jedle**

Obmedzovanie sa v jedle podporuje záchvaty prejedania. Terapeut potrebuje zistiť, ktorým typom jedla sa pacientka vyhýba. Pacientka vytvorí zoznam jedál, ktorým sa vyhýba, a zoradí ich do poradia podľa toho, ako veľmi sa im vyhýba, do 4 skupín so vzrastajúcou obtiažnosťou. Jeho úlohou je každý týždeň zaradiť jedno jedlo do plánovaného stravovania, pričom začína skupinou, ktorá je najmenej obtiažna. V prípade malého množstva zjedených potravín sa množstvo postupne navyšuje. Denný príjem má dosahovať hodnotu cca 1500 kalórií. V prípade problematických pacientiek terapeut zaradí expozíciu stravovania priamo na terapeutickom stretnutí, najčastejšie hneď na začiatku sedenia. Umožňuje to možnosť analýzy myšlienok a pocitov. Obvykle je potrebné previesť viacero takýchto sedení.

#### **2. Kognitívna rekonštrukcia**

Cieľom kognitívnej rekonštrukcie je to, aby sa pacienti naučili spochybňovať svoje problematické myšlienky. Postupuje sa podľa zásad kognitívnej rekonštrukcie z KBT. Je tiež



možné identifikovať a korigovať typické kognitívne omyly. Ďalším krokom v terapii je korekcia maladaptívnych predpokladov a jadrových schém.

### **3. Korekcia skresleného vnímania vlastného tela**

Terapeut upozorní pacientku, aby si uvedomila zmenu percepcie svojho vlastného tela ako súčasť poruchy. V prípade, keď sa začne vnímať ako tučná, tak by mala získať hodnotenie niekoho blízkeho, komu dôveruje. Pri pohádaní vlastným telom terapeut používa expozíciu a odstraňuje vyháňavé správanie. Úlohou pacientky je pozerat' sa do zrkadla, ísť napr. na kúpalisko, do sauny.

### **4. Nácvik riešenia problémov**

Cieľom je pomôcť pacientom zvládať problémové situácie inak, nie prejedaním sa. Terapeut vychádza zo záznamových listov. Postup riešenia problému je podobný ako v KBT terapii.

### **Tretia fáza liečby - prevencia relapsu**

Terapeut vedie pacientku k tomu, aby si do budúcnosti vytvorila reálne očakávania týkajúce sa hmotnosti. Pripravuje tiež pacientku na možnosť zlyhania a vypracúva s pacientkou plán pre prípad, ak by sa problémy s jedením znovu vrátili. Znovu pripomína riziká obmedzovania sa v jedle.

Poruchy stravovania: Prehľad prevencie a liečby (Yagel 2019).

Medzi konkrétne poruchy stravovania patrí anorexia nervosa, bulímia nervosa a prejedanie sa v krátkom čase (binge eating).

U pacientov s poruchami príjmu potravy by sa mali sledovať zdravotné komplikácie.

Vzdelávacie programy môžu pravdepodobne zabrániť poruchám príjmu potravy, najmä interaktívnym, viackanálovým zásahom zameraným na vysokorizikové ženy vo veku 15 a viac rokov.

Interdisciplinárny tím, ktorý pozostáva z klinického psychológa v oblasti duševného zdravia, dietológa a všeobecného lekára, sa o pacientov s poruchami príjmu potravy postará najlepšie.

Stabilizácia a zotavenie sa z porúch príjmu potravy si môže vyžadovať hospitalizáciu na psychiatrickom, somatickom alebo kombinovanom oddelení.

U pacientov s poruchami príjmu potravy, ktorí sú zo somatického hľadiska stabilnými, sa zvyčajne zaradzujú na psychiatrickú hospitalizáciu, stacionárnu starostlivosť (denný program) a ambulantnú starostlivosť.

Liečba mentálnej anorexie vo všeobecnosti zahŕňa výživovú rehabilitáciu a psychoterapiu. Výživová rehabilitácia u pacientov s anorexiou nervosa zahŕňa predpisovanie a kontrolu nad jedlom a obmedzovanie nadmerného jedenia a preháňania; hospitalizácia môže byť potrebná u pacientov rezistentných na liečbu. Príliš rýchly alebo agresívny príjem potravy môže viesť k potencionálne fatálnemu syndrómu prejedania sa. Psychoterapia mentálnej anorexie zahŕňajú rodinnú terapiu, kognitívno - behaviorálnu terapiu, špecializovanú podpornú klinickú liečbu a motivačný rozhovor. Okrem toho môžu mať úžitok z rodinnej terapie aj dospievajúci pacienti. Prídavná farmakoterapia je indikovaná pre akútne chorých pacientov, ktorí nepriberajú na váhe napriek počiatočnej liečbe výživovou rehabilitáciou a psychoterapiou.

Štandardná liečba mentálnej bulímie zahŕňa nutričnú rehabilitáciu, psychoterapiu a farmakoterapiu. Kognitívno - behaviorálna terapia je liečbou prvej voľby.

Liečba prejedania sa v krátkom čase (binge eating) zvyčajne zahŕňa psychoterapiu; rozumnou alternatívou je však farmakoterapia. U pacientov s nadváhou alebo obezitou s prejedaním sa v krátkom čase môže byť prospešná behaviorálna terapia zameraná na zníženie váhy.

## **Prognóza**

### **Priebeh ochorenia**

Poruchy príjmu potravy predstavujú závažné ochorenie, kde pri mentálnej anorexii sa udáva úmrtnosť v rozmedzí 2-8%, a pri mentálnej bulímii od 0 do 2% (Marádová, 2007). Všeobecne platí, že čím skôr sa s liečbou začne, tým je väčšia nádej na uzdravenie. Udáva sa, že úplné vyliečenie, vrátane úpravy stravovacích návykov, menštruačného cyklu, postavy a hmotnosti, môžeme očakávať u 50-70% komplexne liečených pacientov. 5% pacientov zomiera na dôsledky ťažkej podvýživy, a ostatní pacienti trpia poruchami v intímnej a citovej sfére, poruchami osobnosti a pod. U neskôr liečených pacientov je nádej na úplné vyliečenie nízka. Problémom je aj to, že rodičia si odmietajú pripustiť, že ich dieťa trpí poruchou príjmu potravy, a prichádzajú tak až v pokročilom štádiu ochorenia (Ludvíkovská, 2013). Toms a kol. (1972) porovnávali vyliečenie v závislosti od pohlavia. Podľa nich majú muži horšiu prognózu na vyliečenie ako ženy. Raboch a Zvolský (2001) spájajú horšiu prognózu s nižšou minimálnou hmotnosťou, zvracaním, neúspešnosťou predchádzajúcej liečby, s horšou kvalitou života a premorbídne porušenými rodinnými vzťahmi.

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

PPP, zvlášť mentálna anorexia, môžu byť u časti pacientov rezistentné na psychologickú a farmakologickú liečbu, môžu mať chronický priebeh a skončiť smrťou. Takéto ťažké formy porúch príjmu potravy môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť v komorbidite s inými psychickými poruchami.

### **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Podľa Kocourkovej (2004) prvý kontakt s pacientkami trpiacimi poruchami príjmu potravy začína u všeobecného lekára alebo pediatra. Je preto potrebné, aby aj pediatri boli dobre informovaní o týchto poruchách, lebo postihnuté osoby liečbu, hlavne na začiatku, odmietajú, popierajú a nepodávajú pravdivé výpovede o vlastnom správaní týkajúcom sa poruchy. Ak je edukácia o poruche a poskytnutie informácií o primeranom príjme potravy neúčinné, je potrebné postihnutú osobu odoslať na posúdenie a liečbu k špecialistovi (psychiater, klinický psychológ), pretože ide o o psychickú poruchu. Ambulantná liečba je možná v prípade dobrej spolupráce rodiny, pri ľahších formách porúch a pri dobrej spolupráci pacienta. Keď však ambulantná liečba nie je účinná, je potrebná hospitalizácia v špecializovanom zariadení, ktoré poskytuje EBM liečbu. Dôvodom je výrazný pokles telesnej hmotnosti spojený s podvýživou, depresia, nebezpečenstvo samovraždného správania a patologické rodinné interakcie týkajúce sa jedla a chudnutia (Kocourková, 2004). Podľa Ludvíkovskej (2013) trvá hospitalizácia priemerne dva až tri mesiace, pacientky zostávajú pod pravidelnou kontrolou, často sa však hospitalizácia musí zopakovať. Dôležitou súčasťou liečby je obnovenie výživy, ktorá je podmienkou ďalšieho uplatnenia psychoterapeutických prístupov (Kocourková, 2004). Nutričná terapia spočíva v zavedení správneho stravovacieho režimu, pokiaľ ide o formu aj obsahu. Priebežné nutričné sledovanie, vrátane kontroly hmotnosti a sledovania BMI, je súčasťou liečby v nemocnici a aj dlhodobej starostlivosti v ambulancii (Zámečníková a Hrdlička, 2003). Thompson-Brenner a kol. (2018) udávajú, že chýbajú dostatočné údaje týkajúce sa empiricky podporovaných terapií pre hospitalizovaných pacientov s poruchami

prijmu potravy, a odporúča transdiagnostický prístup. Dlhodobá liečba v psychiatrickej ambulancii alebo na pracovisku klinickej psychológie je nutná kvôli prevencii relapsu ochorenia.

Za zabezpečenie starostlivosti je zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR. Za odborné vedenie sú zodpovedné odborné spoločnosti. Za vzdelávanie jednotlivé pregraduálne a postgraduálne inštitúcie.

### **Ďalšie odporúčania**

PPP sú psychické poruchy a ich ťažšie formy majú liečiť psychiatri alebo klinickí psychológovia. Odporúčame zrušiť výmenné lístky u klinického psychológa, aby sa zvýšila dostupnosť zdravotníckej starostlivosti pre PPP a urýchlila sa včasná liečba, ktorá môže zabrániť vzniku chronického ochorenia.

Je potrebné zaviesť do praxe ŠPI čo je menej intenzívna psychologická liečba (liečba v 2.stupni starostlivosti) a vypracovať a poskytovať vzdelávanie v tejto liečbe.

### **Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán**

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou v psychiatrických ambulanciách a na pracoviskách klinickej psychológie v liečbe pacientov s PPP. Je potrebné umožniť poradenským psychológom prístup ku vzdelávaniu v ŠPI a v získavaní certifikátu v psychoterapii v EBM postupoch.

Pri liečbe PPP sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke [www.udzs-sk.sk](http://www.udzs-sk.sk)). Bližšie je treba pacientovi s PPP a jeho rodine vysvetliť podstatu poruchy, jej zdravotné dôsledky a mortalitu. Informovanie pri hospitalizácii rieši štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup z odboru psychiatria.

Liečebný postup má brať do úvahy potreby a preferencie človeka trpiaceho na PPP a jeho rodiny. Pri informovanom súhlase je potrebné ho oboznámiť s možnosťami spôsobov liečby založenej na dôkazoch a ich výhodách a nevýhodách, aby si mohol informovane vybrať. Ak toho nie je schopný, alebo mu v tom bráni jeho vek, treba informovať ľudí, ktorí sú za neho zodpovední.

Pre úspech liečby je rozhodujúca dobrá komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom. Preto je potrebné poskytovanie informácií a liečebných postupov prispôbiť potrebám pacienta, voliť vhodnú formu a poskytovať informácie tak, aby im rozumeli aj ľudia s poruchami učenia, s telesným alebo zmyslovým postihnutím, alebo s nedostatočnou znalosťou úradného jazyka.

Odborníci na duševné zdravie by mali informovať postihnutých a ich rodiny o možnostiach svojpomocnej liečby, svojpomocných skupín a keď je to vhodné, podporovať účasť v nich.

### **Špeciálny doplnok štandardu**

#### *DOTAZNÍK SPOKOJNOSTI S VLASTNÝM TELOM :*

Dotazník spokojnosti s vlastným telom bol vytvorený pomocou Stunkardovej Techniky siluet doplnenej o otázky týkajúce sa jednotlivých častí tela. Dotazník sme skonštruovali na základe

nášho zámeru zistiť nielen celkovú spokojnosť so svojim telom, ale i podrobnejšie analyzovať vnímanie a hodnotenie jednotlivých častí.

Celkove sa dotazník skladá z dvoch častí:

1. Technika siluet vytvorená v Stunkardom a kolektívom roku 1983 je jednou z najpoužívanejších kvantitatívnych metód merania stupňa a orientácie nespokojnosti s telom. Škála pozostáva z deviatich ženských postáv zoradených od najštíhlejšej po najsilnejšiu a označených číslicami 1-9. Respondentky mali na základe 8 otázok číselne vyjadriť svoje vnímanie vlastného tela a ich pocity z neho. Všetky otázky nám pomáhajú zisťovať, ako si daná osoba myslí, že vyzerá, ako sa cíti najčastejšie vo svojom tele, ako vyzeralo jej telo predtým, ako by nechcela vyzerat', a naopak ako by vyzerat' chcela, ale i to, ako si myslí, že ju vníma okolie. Diskrepancia medzi prvou a štvrtou položkou tvorí hodnotu premennej spokojnosť s vlastným telom.

Dotazník nie je štandardizovaný, tým pádom nie je k nemu vytvorená metodika a vyhodnocovanie. Z toho dôvodu sme si test upravili pre naše potreby. Dotazník sme doplnili o otázku, aby vyznačili alebo napísali, ktorú časť tela na seba nenávidia a radi by ju zmenili. Zámerne sme použili emocionálne silne nabitú slovo („nenávidíte“), aby sme zistili ich postoj a prípadné reakcie.

2. Druhá časť dotazníku sa týka poslednej desiatej otázky a zameriava sa na zistenie spokojnosti resp. nespokojnosti s jednotlivými časťami tela a celkovým vzhľadom. Na šesťbodovej škále (1 - úplne nespokojná; 2 - viac než dosť nespokojná; 3 - čiastočne nespokojná; 4 - čiastočne spokojná; 5 - z väčšej časti spokojná; 6 - úplne spokojná) bola hodnotená spokojnosť so vzhľadom tváre, vlasov, očí, úst, nosa, pier, prs, ramien a paží, rúk, brucha, bokov, stehien, lýtok, ale i spokojnosť s pevnosťou svalov, množstvo telesného tuku a celkovým vzhľadom.

Nižšie hodnoty indikovali vyššiu mieru nespokojnosti so vzhľadom jednotlivých telesných partií a celkového dojmu z tela ako celku. Celkový vzhľad pre nás predstavuje schopnosť vnímať svoje telo ako celok nezávisle na posudzovaní jeho jednotlivých častí. To znamená, že napriek tomu, že bude respondentka nespokojná so svojim bruchom, stehnami a zadnou partiou, jej celkový dojem z vlastného tela bude pozitívny, pretože bude spokojná napríklad so svojou tvárou, so svojimi vlasmi a nedostatky jednotlivých partií bude vnímať ako svoju súčasť, ktorá však nebude mať negatívny vplyv na jej celkový dojem z celého tela ako takého.

### *ROSENBERGOVA ŠKÁLA SEBAHODNOTENIA (RSES)*

Morris Rosenberg (1965) definoval sebaúctu ako pocit jedinca, že je dostatočne dobrý. Jej podstatným znakom je jej globalita, na základe čoho ju Rosenberg považuje za jednodimenzionálny konštrukt, vyjadrujúci generalizovanú a relatívne stálu percepciu hodnoty vlastného Ja (podľa Mruk, 2006).

Rosenbergova škála sebahodnotenia je subjektívna desaťpoložková škála merajúca globálny vzťah k sebe samému. Škála obsahuje desať položiek, z toho päť pozitívne formulovaných (položky 2, 6, 7, 9 a 10) a päť negatívne formulovaných (1, 3, 4, 5 a 8). Pozitívne a negatívne formulované položky tvoria bipolárny faktor, kde pozitívne formulované položky majú kladný náboj, a naopak, negatívne formulované položky majú záporný náboj (Blatný, Osecká, 1994). Respondentky vyjadrovali mieru súhlasu s jednotlivými tvrdeniami na štvorbodovej škále Likertovho typu. Položky nadobúdali hodnoty od 1 do 4 (1 - úplne nesúhlasím, 2 - nesúhlasím,

3 - súhlasím, 4 - úplne súhlasím). K analýze bolo použité súčtové skóre, pričom škála mohla nadobúdať pri desiatich položkách hodnoty od 10 do 40 bodov. Teoretické priemerné skóre je teda 25. Vyššie celkové skóre znamená vyššiu globálnu sebaúctu.

Rosenbergova škála sebahodnotenia (Rosenberg Self-esteem Scale) podľa Blatný, Osecká, 1994) patrí vo všeobecnosti medzi najrozšírenejšie metódy s pomerne dobrou reliabilitou, ktoré sa používajú pre kvantitatívne zhodnotenie miery vlastnej sebaúcty. Pôvodne bola vyvinutá pre adolescentov, ale uplatňuje sa aj u iných vzoriek populácie. Doposiaľ nie je k dispozícii česká či slovenská štandardizácia testu.

## Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - 2 roky, následné každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

## Literatúra

1. ABBATE- DAGA, G. – MARZOLA. E. - AMIANTO. F. - FASSINO. S. A. 2017. Comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eat Weight Disord* 2016; 21:553–580.
2. BEDNÁROVÁ, B. - YAMAMOTOVÁ. A. - PAPEŽOVÁ. H. 2010. Sebeпоškozování u poruch příjmu potravy. Vyhľadané dňa 22. 1. 2015, dostupné na [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2010\\_3\\_173\\_178.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_3_173_178.pdf)
3. BEINTNER, I. – JACOBI. C. – SCHMIDT. U. H. 2014. Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder – a systematic review and metaregression analysis. *Clin Psychol Rev* 2014; 34:158–176.
4. BLATNÝ, M. – OSECKÁ. L. 1994. Rosenberg's Self-Esteem Scale: Structure of general self-regard. *Československá psychologie*, 38, 6, 481-488.
5. BLESSITT, E. – VOULGARI. S. – EISLER. I. 2015. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28:455–460.
6. BYRNE, S. - WADE. T. – HAY. P. - et al. 2017. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med* 2017. 1–11. A current multicenter randomized-controlled trial on the efficacy of three psychological treatments for adults with anorexia nervosa.
7. CARTER, F. A. – JORDAN. J. – MCINTOSH. V.V. - et al. 2011. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011; 44:647–654.
8. CONNAN, F. - CAMBELL I. C. - KAZMAN M. 2003. A neurodevelopmental model of anorexia nervosa. In *Physiol Behav*. 2003;79(1):13–24
9. COOPER, P. J. 2014. Mentální bulimie a záchvatovité prejídaní. Jak se uzdravit. Olomouc: Votobia.
10. CRISP, A. – TOMS. D. 1972. Primary Anorexia Nervosa or Weight Phobia in the Male: Report on 13 Cases. Vyhľadané dňa 24.1. 2015, dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1787291/pdf/brmedj02188-0026.pdf>.

11. ČEŠKOVÁ, E. - A PALČÍKOVÁ. I. 2007. Farmakoterapie mentální anorexie. Vyhřadané dňa 14. 1. 2015, dostupné na [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_6\\_280\\_284.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_6_280_284.pdf).
12. Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline Published: 23 May 2017
13. FERTALOVÁ, T. - HUDÁKOVÁ, A. - ONDRIOVÁ, I. 2005. Prevencia porúch príjmu potravy. Vyhřadané dňa 19. 1. 2015, dostupné na <http://www.unipo.sk/public/media/10304/Fertalova,%20Hudakova,%20Ondriova-prevencia%20poruch%20potravy.pdf>.
14. FONVILLE, L. – GIAMPIETRO, V. – WILIAMS. S.C.R. – SIMMONS. A. – TCHANTURIA. K. 2013. Alterations in brain structure in adults with anorexia nervosa and the impact of illness duration. *Psychological Medicine* 2013;27:1–11.
15. FORSBERG, S. – LOCK. J. 2015. Family-based treatment of child and adolescent eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24:617–629.
16. HAY P, A. 2013. Systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disord* 2013; 46:462–469.
17. HILBERT, A. – HOEK. H. W. - SCHMIDT. R. 2017. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison, *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Nov;30(6):423-437. doi: 10.1097/YCO.0000000000000360
18. HERPERTZ-DAHLMANN, B. - VAN ELBURG, A. - CASTRO-FORNIELES, J. - SCHMIDT. U. 2015. ESCAP expert paper: new developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:1153–1167.
19. HUDSON, J., - HIRIPI. E. - POPE. H. - A KESSLER. R. 2007. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Vyhřadané dňa 17. 1. 2015, dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/#R41>.
20. KOCOURKOVÁ, J. et al.1997. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha. Galén.
21. KASS, A. E. - KOLKO R. P. – WILFLEY. D.E. 2013. Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26:549–555.
22. KOUTEK, J. 2011. Poruchy příjmu potravy. Vyhřadané dňa 21. 1. 2015, dostupné na <http://www.pulib.sk:2059/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3d956f08-e803-4d8e-a628-966b10a225c2%40sessionmgr4003&hid=4201>.
23. KRCH, F. D. 2002. Mentální anorexie. Praha: Portál.
24. KRCH, F. D. 2008. Jak bojovat s přejídáním. 3.doplňené a přepracované vydanie.
25. KRCH, F.D. 2005. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Grada Publishing.
26. KULHÁNEK, J. 2014. Tělesné potíže při mentální anorexii. Vyhřadané dňa 24.1. 2015, dostupné na <http://www.idealni.cz/nasledky-mentalni-anorexie-a-bulimie/>.
27. LE GRANGE, D. – LOCK. J. – AGRAS. W. S, - et al. 2015. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54:886–894.
28. LOCK J. 2015. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44:707–721.

29. LYNCH F. L. 2010. Striegel-Moore RH, Dickerson JF, et al. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78:322–333.
30. LUDVÍKOVSKÁ, K. 2013. Mentální anorexie. Vyhledané dňa 14.1. 2015, dostupné na <http://www.babyonline.cz/nemoci-deti/mentalni-anorexie>.
31. MARÁDOVÁ, E. 2007. Poruchy příjmu potravy. Vyhledané dňa 16. 1. 2015, dostupné na <http://www.viod.cz/editor/assets/download/potrava.pdf>.
32. MCELROY, S. L. – GUERDJIKOVA, A.I. – MORI, N. – KECK. P.E. JR. 2015. Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17:35.
33. MCINTOSH, V.V. – JORDAN. J. – CARTER. F.A. et al. 2005. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162:741–747.
34. MOORE - GROARKOVÁ, G. - THOMPSONOVÁ, S. 1998. *Keď sa jedlo stane vaším nepriateľom*. Bratislava: Slovenský spisovateľ.
35. MRUK, CH. J. 2006. *Self-Esteem Research, Theory, and Practise: Toward a Positive Psychology of Self-Esteem*. 3rd.edition. New York: Springer Publishing
36. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Developing NICE guidelines: the manual*. 2014; Available at: [nice.org.uk/process/pmg20](http://nice.org.uk/process/pmg20).
37. NĚMEČKOVÁ, P. 2007. Poruchy příjmu potravy. Vyhledané dňa 15. 1. 2015, dostupné na <http://www.solen.sk/pdf/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>.
38. NĚMEČKOVÁ, P. 2002. Poruchy příjmu potravy. Vyhledané dňa 20.1.2015, dostupné na <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/08.pdf>.
39. NICE. 2017. *Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (Clinical Guideline 9)*. London: National Institute for Clinical Excellence.
40. PAPEŽOVÁ, H. 2001. Nové terapeutické prístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. Vyhledané dňa 19. 1. 2015, dostupné na <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>.
41. PAPEŽOVÁ, H. - A HANUSOVÁ. J. 2012. *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*. Vyhledané dňa 25.1. 2015, dostupné na <https://www.proyouth.eu/csfiles/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf>.
42. PIKE, K.M. - WALSH, B.T. – VITOUSEK. K. – WILSON. G.T. - AND BAUER. J. 2003. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049.
43. POULSEN, S. – LUNN. S. – DANIEL. S. I. - et al. 2014. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2014; 171:109–116.
44. PROXOVÁ, M. 2010. Mentální anorexie- příznaky, projevy, symptomy. Vyhledané dňa 14.1. 2015, dostupné na <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/mentalni-anorexie-priznaky-projevy-symptomy>.
45. RABOCH, J. - A ZVOLSKÝ. P. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén.
46. SCHMIDT, U. – RYAN. E. G. – BARTHOLDY, S. - et al. 2016. Two-year follow-up of the MOSAIC trial: a multicenter randomized controlled trial comparing two



psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016; 49:793–800. [PubMed]Two-year follow-up data on a multicenter randomized-controlled trial of two psychological treatments for adults with anorexia nervosa.

47. STICE, E. – SHAW. H. 1996. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2004; 130:206.Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf.
48. ŠTĚPÁNKOVÁ, T. – PAPEŽOVÁ. H. – UHLÍKOVÁ. P. - A PTÁČEK. R. 2013. Vyhľadané dňa 18. 1. 2015, dostupné na [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2013\\_3\\_128\\_135.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2013_3_128_135.pdf).
49. THEINER, P. 2011. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. Vyhľadané dňa 16. 1. 2015, dostupné na <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>.
50. TONHAJZEROVÁ, I. – JAVORKA. K. 2008. Zmeny autonómneho nervového systému pri poruchách príjmu potravy – mentálna anorexia. *Česká-slov Pediat*. 2008;63(5):266–271.
51. UHER, R. – PAPEŽOVÁ, H. 2010. Mozkové faktory u poruch příjmu potravy. In: Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup. Praha, Czech republic: Grada Publishing, 2010: 62.
52. VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
53. YAGEL, J. 2019. Eating disorders: Overview of prevention and treatment, [https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment?search=anorexia%20nervosa%20treatment&source=search\\_result&selected\\_title=1~129&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment?search=anorexia%20nervosa%20treatment&source=search_result&selected_title=1~129&usage_type=default&display_rank=1)
54. ZÁMEČNÍKOVÁ, R. - HRDLÍČKA, M. 2003. Farmakoterapie u mentální anorexie. Vyhľadané dňa 27. 1. 2015, dostupné na <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/06.pdf>.
55. ZIBRÍNOVÁ, Ľ. – ŠLEPECKÝ. M. - BANÍK. G. 2018. Poruchy příjmu potravy: kontex stresu a traumy. Inštitút psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove. Grafotlač Prešov s. 99, ISBN 978-80-8165-327-8
56. ZIPFEL, S. – LOWE. B. – HERZOG. W. 2003. Medical complication. In: Treasure JL, Schmidt U, Furth E. Handbook of Eating Disorder. 2nd ed. John Wiley Sons Lid., 2003:169–186.
57. ZIPFEL, S. – WILD. B. – GROß. G. - et al. 2014. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383:127–137.
58. ŽUCHOVÁ, S. – PAPEŽOVÁ. H. 2010. Kognitívne funkcie u poruch příjmu potravy. In: Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup. Praha, Czech republic: Grada Publishing, a. s., 2010:89–106.

**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy*



*d'alšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

## **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. apríla 2020.

**Peter Pellegrini**  
**poverený vedením**  
**ministerstva**