

Usmernenie pre prácu s klientmi s poruchami príjmu potravy



v psychologickom
poradenstve

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

Autorky:

Mgr. Flóra Neradilová Beňová

Valentína Sedileková

Mgr. Kristýna Koudelová

Odborná revízia:

Dr. Magdalena Frecer

Jazyková korektúra:

Renáta Koutenská

Grafická úprava:

Mgr. art. Jaroslava Karnoková

Vydavateľ:

EDI Slovensko, o. z.

ISBN 978-80-973764-7-5

EAN 9788097376475

chuť žiť



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

Usmernenie pre prácu s klientmi s poruchami príjmu potravy



v psychologickom
poradenstve

OBSAH

ÚVOD	6
Usmernenie k používaniu metodiky	7
16 myšlienok pre prácu s PPP	7

1. PORUCHY PRÍJMU POTRAVY	16
Vznik ochorenia	18
Charakteristiky diagnóz na spektre PPP	20
Neklasifikované poruchy príjmu potravy a ochorenia s nimi súvisiace	32
Zdravý životný štýl a narušený vzťah k jedlu	37
Diagnostický crossover	39
Symptomatika PPP	40
Formy liečby PPP	42
Medikamentózna liečba PPP	48
Komorbídne ochorenia	56
Mortalita a chronicita PPP	57
Strach a obavy pri práci s PPP	59
Limity spolupráce	63

2. PRÁCA PSYCHOLOGIČKY V LIEČBE PPP	65
Multidisciplinárny prístup	65
Komunikácia	69
Riziko paralelného procesu	76
Odporúčania k psychohygiene	78

3. TÉMY V PORADENSKOM A TERAPEUTICKOM PROCESE LIEČBY PPP 81

Vytváranie terapeutickkej aliancie	82
Hlas PPP	82
Mindset PPP	87
Motivácia	89
Uzdravenie a fázy liečby	95
Strach z uzdravenia a nízka tolerancia neistoty	98
Psychoedukácia	100
Práca s emocionálnymi a kognitívnymi aspektmi PPP	102
Osobnostné rysy a predispozície	102
Kognitívne skreslenia	105
Rozvoj zručností na pochopenie a zvládanie emócií	110
Stres a úzkosť	111
Kompenzačné mechanizmy	113
Sebaobraz	116
Práca s telom	118
Práca s rodinou a sociálnou podporou klienta	119
Podpora identity klienta mimo PPP	123
Priebežné vyhodnocovanie spolupráce a liečby	125
Prevenca relapsu	125
Zhodnotenie a ukončenie spolupráce	127

MOŽNOSTI POMOCI V CHUŤ ŽIŤ 128

Zdroje	131
--------	-----

ÚVOD

Milé kolegyně a kolegovia,

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

Prajeme vám príjemné čítanie.

USMERNENIE K POUŽÍVANIU METODIKY

Sme si plne vedomé, že sa poruchy príjmu potravy týkajú ako žien, tak aj mužov, a že s touto klientelou pracujú ako psychologičky, tak aj psychológovia. Pre lepšiu zrozumiteľnosť a rodovo vyvážený jazyk sme sa však v texte rozhodli používať **generické femininum**. Pri slovách ako psychologičky alebo klientky máme na mysli aj psychológov aj klientov.

16 MYŠLIENOK PRE PRÁCU S PPP

Práca s ľuďmi s poruchami príjmu potravy je veľmi zmysluplná a obohacujúca. Predtým, než sa začítate do jednotlivých kapitol tejto príručky, spísali sme z našej praxe v Chuť žiť 16 myšlienok, ktoré vychádzajú z nášho prístupu a štýlu práce. Veríme, že pre vás budú nielen zaujímavým úvodom, ale aj podnetom na zamyslenie.

1) Odhodte predsudky

PPP sú jedným z najviac stigmatizovaných psychických ochorení. Spoločnosť sa stále necháva ovplyvniť stereotypným vnímaním PPP ako neuváženeho a rozmarného rozhodnutia mladej ženy, ktorá sa na základe povrchných hodnôt dnešnej doby chce páčiť (opačnému pohlaviu) a zaujať okolie. Mnoho ľudí verí myšlienke, že uzdravenie z PPP je vecou obyčajného rozhodnutia, prípadne vnímajú PPP ako dôkaz slabej vôle, kedy sa človek (nedajbože ešte aj obézny!) nevie zastaviť v jedle. Tieto vedomé či podvedomé naratívy nám bránia hlbšie nahliadnuť a porozumieť PPP ako komplexnému ochoreniu, pri ktorom, v konečnom dôsledku, nejde primárne o hmotnosť. Pri

práci s ľuďmi s PPP je dôležité odhodiť predsudky preč a v priebehu spolupráce reflektovať a pracovať s našimi presvedčeniami o PPP a ľuďoch, ktorí nimi trpia, aby neovplyvňovali naše správanie a celkovú spoluprácu s klientkami.

2) Symptómy sú viac ako diagnóza

Pokiaľ pracujeme ako psychologičky, ktoré nevykonávajú psychodiagnostiku v zmysle zdravotníckeho výkonu, zameranie sa na symptómy pre nás môže mať väčšiu výpovednú hodnotu než “F-ká”. Dôvodom je aj tzv. diagnostický “crossover”, teda presun klientiek medzi diagnózami na spektre PPP počas doby trvania ich ochorenia. Tento posun, ako píšeme v kapitolách nižšie, býva pomerne častý a môže meniť symptomatiku, aj keď nemení základnú podstatu ochorenia (a často ani liečby). Zameranie sa na symptomatiku viac než na diagnózu nám pomáha lepšie sledovať posun v liečbe a promptnejšie reagovať na zmeny (čo však nevyklučuje fakt, že je potrebné mať prehľad a informácie o diagnózach a diagnostických kritériách ochorení na spektre PPP).

3) Pracujte v tíme

PPP spôsobujú fyzické, psychické aj behaviorálne zmeny, ovplyvňujú sociálne zázemie aj celkovú kvalitu života človeka. Je preto nevyhnutné pracovať multidisciplinárne. Ak je to možné, odporúčame pracovať v tíme – ak nie je k dispozícii interný tím (napr. v rámci jednej organizácie), je vhodné sa skontaktovať s ďalšími odborníčkami, ktoré klientka navštevuje, a pravidelne komunikovať aspoň na minimálnej báze. Tento prístup umožňuje každej odborníčke disponovať aktuálnymi informáciami o klientkinom stravovaní, hmotnosti, psychickom stave, motivácii, a pod. Vďaka tomu sa odborný tím môže vzájomne podporovať, zjednotiť ciele v liečbe a predísť poskytovaniu protichodných informácií či odporúčení. Je tiež dôležité spomenúť, že pri liečbe PPP sú od seba rôzne formy intervencií závislé a môžu na seba nadväzovať – napríklad nemôžeme s klientkou pracovať

psychoterapeuticky, pokiaľ je vo vážnej podvýžive a podváhe; náročnejšie sa pracuje s úzkosťou pri stravovaní, kým klientka nemá nástroje ako ju zvládať a nevie, prečo je pre ňu kontrola stravovania taká dôležitá; ak sa klientka trápi s depresívnymi stavmi, nie je schopná nadhľadu a psychoterapeutickej práce bez medikácie a pod. Je preto ideálne, ak spolu odborníčky spolupracujú v prospech klientky a jej rodiny. V Chut žiť sa nám najviac osvedčuje model psychiatrička – psychologička – nutričná špecialistka – peer konzultantka – a ďalšie špecialistky podľa potreby. Každá členka tímu má zároveň jasne pomenované svoje povinnosti a kompetencie, vďaka čomu sa role vhodne dopĺňajú.

4) Rodinu vnímajte objektívne

Ako vysvetľujeme aj v tejto príručke, poruchy príjmu potravy nie sú automaticky symptómom dysfunkčnej rodiny. V správaní rodičov a v rodinách sa nachádzajú vzorce, ktoré môžu podporovať vznik alebo udržiavať ochorenie. Na deti od narodenia vplýva rodičovský prístup a vzniknutá vzťahová väzba, neskôr výchova, rodinné hodnoty, komunikácia či celkový životný štýl. Rôzne vzorce správania sa prepuknutím ochorenia môžu dokonca zvýrazniť. Je dôležité nezabúdať, že spolu s tým môže byť prítomný aj potenciál tieto vzorce meniť a z rodinného zázemia a vzťahov čerpať. Pri maloletých klientkách, ak je rodina pre dieťa bezpečná, môže byť práve jej celková adaptácia na liečebný režim kľúčová pri úspešnosti ambulantnej formy liečby. Nenechajme sa zlákať skratkami v podobe obviňovaním rodičov a “vzťahu matky a dcéry”. Budme voči rodinným príslušníkom pravdivé, edukujme ich, prehlbujme vzájomnú komunikáciu, porozumenie, posilňujme motiváciu k zmene. Hľadajme v rodinách zdroje. Vďaka zachovaniu nadhľadu dokážeme klientkám najlepšie pomôcť, či už zapojením rodiny do liečby, alebo podporovaním klientiek v osamostatnení sa a nastavovaní si zdravých hraníc.

5) Nie je PPP ako PPP

Nakoľko na spektrum PPP patrí množstvo diagnóz, liečba jednotlivých ochorení sa môže líšiť. Pre väčšinu ochorení je charakteristická určitá forma manipulácie s jedlom (od hladovania až po prejedanie sa), negatívny vzťah voči samému sebe a zameranie sa na postavu a hmotnosť. Existujú však diagnózy, pri ktorých je zmena hmotnosti dôsledkom silnej úzkosti primárne spojenej so stravovaním a s konzumáciou konkrétnych potravín (napr. z dôvodu obáv zo zadusenía sa, s konzumáciou danej štruktúry jedla), nie so strachom z priberania. Takouto diagnózou je napríklad ARFID. Napriek jej závažnosti sa v tejto metodike venujeme primárne mentálnej anorexii, mentálnej bulímii a diagnóze záchvatového prejedania (a im obdobným ochoreniam) a odporúčenia písané v tejto metodike nemusia byť plne aplikovateľné pri spolupráci s klientkou s ARFID.

6) Pochopte mindset porúch príjmu potravy

Porozumenie mindsetu PPP nám približuje svet, v ktorom ľudia s PPP žijú. Vďaka tomu sa s nimi intuitívne naučíme citlivejšie komunikovať, vidieť ich vnútornú silu aj veľký strach a zranenia, ktoré si v sebe nesú. Mindset PPP a to, ako u klientky funguje, nás usmerní pri plánovaní intervencií v poradenskom procese, pri plánovaní cieľov s klientkou, a tiež pri voľbe rôznych nástrojov a techník, ktoré máme vo svojom arzenáli (a mnohé z nich nemusia stáť na kognitívno-behaviorálnom prístupe).

7) Počúvajte klientku, vnímajte aj Hlas

Porucha príjmu potravy má tendenciu klientku pohltiť. Niekedy ju môžeme vidieť na klientkinom správaní, inokedy ju počuť v jej rozprávaní a myšlienkach. Je vhodné vnímať a s klientkou aj pomenovať a oddeliť jej zdravú a chorú (deštruktívnu časť), čo nám dáva priestor s nimi oboma pracovať. Klientky na stretnutiach s nami nikdy nie sú úplne samy; dialóg s Hlasom ochorenia, vnútorným kritikom, ich

neustále sprevádza. Sila Hlasu sa na stretnutiach okrem priamych vyjadrení môže prejavíť napríklad aj vyhýbaním, zatajovaním, klaním, hnevom či silnou úzkosťou. Je dôležité Hlas vnímať, brať na vedomie jeho prítomnosť, ale počúvajte a rozprávajte sa vždy len so zdravou časťou klientky. Tá je naším partnerom v liečbe. Je dôležité, aby sme v celom procese boli súcitní voči obojstranným časťam klientky, ale nikdy nie voči chorobe.

8) Nie je to iba o tele, ani iba o jedle, ani iba o myšli, ani iba o duši

Zložitosť porúch príjmu potravy spočíva v ich komplexnosti. Pri liečbe nestačí "len začať jesť"; obnovenie stravovacích návykov bez lepšieho porozumenia samej seba a bez práce s úzkosťou nevydrží permanentne. Nestačí len obnoviť človeku primeranú hmotnosť; napriek tomu, že dôjde k zlepšeniu fyzického aj psychického stavu, nakoľko je naďalej prítomná napr. túžba po štíhlosti a skreslený sebaobraz, je pravdepodobné, že dôjde k opätovnému poklesu na váhe. Samotná medikácia má priaznivý efekt primárne v kombinácii s ďalšími intervenciami, a psychologické poradenstvo a psychoterapia má svoje limity primárne pri osobách, ktoré majú podvýživu, podváhu, závažnú psychickú komorbiditu vyžadujúcu medikáciu (napr. ťažká depresia) a pri ktorých nedochádza k zlepšovaniu stravovacieho režimu (a pod). Tejto komplexite a vzájomnej interakcií jednotlivých premenných je potrebné pri práci s klientkami s PPP porozumieť. Iba jednostranný pohľad a formy jednoduchých riešení a intervencií môžu byť kontraproduktívne.

9) Nebuďte dokonalé

Perfektná, bezchybná odborníčka nebude uveriteľná v presvedčení, že nedokonalosť je ľudská a prirodzená. Falošné self či nedosiahnuteľný ideál, ktorý je vytváraný pri mnohých poruchách príjmu potravy, je výkonný, kontrolujúci, ideálny, stopercentný, silný, bezchybný... Kým opak v tomto čierno-bielom videní sveta a samého seba reprezentuje

predstava slabej, lenivej, hlúpej (a tučnej), a tým pádom aj zbytočnej ľudskej existencie. U ľudí s PPP bolestivo absentuje sebasúcit a teda aj akceptácia "sivosti", zložitosti a zároveň pestrosti života. Chceme vás preto podporiť k prinášaniu nedokonalosti na stretnutia s vašimi klientkami s PPP – nie, samozrejme, vo forme neprofesionality, ale v tvare obvyčajnej ľudskej a autenticity. Samy sme pre naše klientky príkladom, že byť sama sebou je nielen znesiteľné, ale aj príjemné.

10) Pozrite sa pod symptómy

Keď liečime ochorenie, zameriavame sa na symptómy. V našom odbore však pracujeme primárne s človekom, nielen s ochorením, a preto sa okrem vyliečenia symptomatiky u klientiek zameriavame aj na celkové porozumenie sebe a na dlhodobú zmenu a zlepšenie kvality života. Preto v Chuť žiť, aj keď sa špecializujeme na prácu s klientkami s PPP, to neznamená, že sa venujeme iba symptomatike a potom klientku pošleme preč. Podľa závažnosti stavu s klientkou spolupracujeme na stabilizovaní jej stavu a na zmiernení symptomatiky a následne (ak je to možné, tak aj paralelne) pracujeme na tom, čo ochoreniu predchádzalo, čo ho udržiava a čo bude po uzdravení z PPP naďalej pretrvávajúť. Ak by sme to nerobili, po odznení symptómov môžu vnútorné zranenia, náchylnosť k závislostnému správaniu, potreba kontroly či úzkosťnosť (a pod.) pretrvať a pretaviť sa do inej patológie. V našej praxi sa preto najviac osvedčuje hlbinná terapia (s využitím rôznych psychoterapeutických prístupov podľa vzdelania odborníčky) kombinovaná prvkami kognitívno-behaviorálnej terapie.

11) Definujte si, čo je liečba

Definícia toho, čo je to liečba a čo je to uzdravenie, nám dáva jasné smerovanie aj cieľ v spolupráci s klientkou s PPP. V Chuť žiť vnímame liečbu z PPP ako pre každého človeka individuálny a jedinečný proces, kedy človek obnovuje svoje psychické a fyzické zdravie a nadobúda nástroje a schopnosti ako zvládať nástrahy, ktoré ochorenie prináša. O uzdravení hovoríme, keď symptomatiku ochorenia stabilizujeme

do takej miery, aby neovplyvňovala život človeka tak, ako predtým. Klientka dokáže fungovať v bežnom živote bez toho, aby ju ochorenie nejakým výraznejším spôsobom limitovalo. Udravenie je teda komplexný stav, ktorý nie je definovaný iba obnovením hmotnosti (čo je niečo, na čo sú klientky v interakcii s odborníkmi veľmi citlivé). Zároveň je dôležité jasne pomenovať, že obnova primeranej hmotnosti človeka býva súčasťou liečebného procesu a pokiaľ spolupracujeme s klientkou s PPP, ktorá je v podváhe, je prírastok na hmotnosti aj jedným z ukazovateľov progresu v liečbe. Jasné zarámčovanie si spolupráce prostredníctvom cieľov alebo kontraktu (na určité obdobie), ktoré sa môžu, samozrejme, meniť a dopĺňať, dáva liečbe jednoznačné a bezpečné hranice. Tieto hranice nám umožňujú byť pravdivými – pokiaľ sa klientka s podvážou v liečbe mentálnej anorexie niekoľko mesiacov hmotnostne neposúva, ale na stretnutia prináša, že sa cíti lepšie, nejedná sa v skutočnosti o aktívnu liečbu a ako odborníčky sa tak nemôžeme tváriť.

12) Hospitalizácia nie je zlyhanie, ale ani trest

Ambulantná liečba aj hospitalizácia sú formy liečby, ktoré sa môžu vzájomne dopĺňať (napríklad po hospitalizácii by mala vždy nasledovať nadväzná ambulantná podpora). Pokiaľ sa klientke nedarí robiť posuny v domácom prostredí, pre jej zdravie je v danom období prospešnejšia intenzívnejšia lekárska starostlivosť, napr. formou denného stacionára alebo hospitalizácie. Klientky často vnímajú hospitalizáciu ako zlyhanie, alebo ako akýsi trest (“som slabá, nezvládla som to, musím ísť do nemocnice”). Je dobré byť už od začiatku spolupráce voči klientke úprimný a pravdivo, ale zároveň láskavo popísať súčasný stav a možnosti liečby. Edukácia klientky (a jej rodiny) o tom, ako fungujú rôzne formy pomoci (napr. stacionár) a prečo sú v ktorom stave vhodné, podporuje jej zodpovednosť za vlastné zdravie a za rozhodnutia, ktoré v liečbe robí. Dávame jej tým moc ovplyvniť, ako liečba bude vyzeráť. Je tiež dobré si pripomenúť, že odchod klientky na hospitalizáciu nie je automaticky ani naším zlyhaním, ako odborníčkou, a že klientka sa do spolupráce môže vrátiť po dosiahnutí vzájomne dohodnutých podmienok.

13) Poznajte svoje limity

Práca s PPP má svoje špecifiká, ale nie je to žiadne “zakliate ochorenie”, s ktorým môže pracovať len vybraná vzorka psychologičiek. No ako pri každej inej klientke, aj pri ľuďoch s PPP je potrebné zväžiť, či disponujeme potrebným vzdelaním, vedomosťami o vhodných odborných postupoch a či na ich realizáciu máme aj zázemie, a či sa my, ako odborníčky, cítime pri práci bezpečne. Pokiaľ človek nemá vyštudovanú vysokú školu a absolvované postgraduálne vzdelávanie a/alebo prax pre prácu s fyzickým alebo duševným zdravím človeka, presahovaním svojich kompetencií môže (nielen) ľuďom s PPP veľmi ublížiť.

14) Rešpektujte autonómiu

Podobne ako pri látkových závislostiach, aj porucha príjmu potravy môže byť v niektorých prípadoch silnejšia než človek. Podobne ako pre rodinu a blízkych, aj pre odborníčku takejto klientky je prijatie daného stavu, resp. rozhodnutia neliečiť sa alebo odísť zo spolupráce náročné. Pri dospelých klientkách je nevyhnutné rešpektovať autonómiu ich činov a rozhodnutí, a ponúknuť im možnosti a podporu, ktorú my vnímame ako liečbu a cestu k uzdraveniu. Táto ponuka stále platí, aj keď sa klientka rozhodne ísť inou cestou – je dôležité, aby mala vedomosť, že sa môže vrátiť. O to dôležitejšie je mať pri práci s ľuďmi s PPP podporu multidisciplinárneho tímu a absolvovať pravidelnú supervíziu.

15) Liečba má zmysel, nech je stav klientky akýkoľvek

Bez ohľadu na to, ako dlho ochorenie trvá a aký vážny priebeh má, liečba vedie ku skvalitneniu života. Žiadny človek s poruchou príjmu potravy nie je odsúdený na život v utrpení alebo na zlyhanie pri akejkol'vek snahe na progres. Je, samozrejme, dôležité pravdivo a úprimne reflektovať stav, v ktorom klientka príde, a tiež realisticky

popísať kroky, ktoré je nevyhnutné urobiť. No aj pokiaľ klientka nedosiahne v liečbe slobodu od Hlasu PPP alebo úplne neupustí od manipulácie s jedlom, neznamená to, že sa nemôže lepšie cítiť, stabilizovať svoj fyzický stav, viac počúvať seba a svoje potreby, byť k sebe o trochu láskavejšia, alebo neprenášať rizikové vzorce správania (súvisiace s PPP) na svoje dieťa.

16) Neustále sa vzdelávajte

V našej práci sa v Chut žiť vzdelávame a o krôčik vpred posúvame každý deň. Je veľmi pravdepodobné, že za niekoľko rokov bude táto príručka potrebovať aktualizáciu. Je naším cieľom súčasné znalosti a postupy zdokonaľovať a obohacovať. Rovnako aj poznatky, ktorými v súčasnosti o duševnom zdraví a, špecificky, o poruchách príjmu potravy, ako spoločnosť disponujeme, bude v ďalších rokoch rozširovať, hypotézy vyvracať a prinášať nové spôsoby a prístupy. Preto je naša posledná myšlienka na úvod zameraná práve na tému vzdelania. Naše vzdelávanie sa ako psychologičiek nikdy nekončí – zdieľajme si skúsenosti v rámci odbornej verejnosti, zaujímajme sa o to, aké prístupy a dobrú prax aplikujú v zahraničí, inšpirujme sa od seba navzájom, absolvujme výcviky, supervízie, a počúvajme naše klientky a peer konzultantky, ktoré nám dávajú svoju neprenositelnú skúsenosť s ochorením – ale predovšetkým jeho liečbou.

PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

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

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

mierne nad či pod (napríklad pri mentálnej bulímii). Zároveň existuje mnoho jedincov, ktorí pociťujú zhoršenú kvalitu života v dôsledku narušeného vzťahu k jedlu (v angličtine tzv. „disordered eating“), no nespĺňajú vymedzenia pre oficiálne stanovené diagnózy.

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

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

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

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

Napriek závažnosti ochorenia iba 25% ľudí s PPP vyhľadá a dostáva odbornú pomoc (Hart et.al., 2011). Medzi dôvody tohto javu patrí napríklad stigma, finančná a kapacitná nedostupnosť odbornej pomoci, nízka motivácia a popieranie ochorenia na úrovni jednotlivca, nedostatok podpory zo strany okolia, nízka informovanosť o ochorení a možnostiach pomoci, neschopnosť okolia včas vyzpozorovať symptómy (Ali et.al, 2017).

VZNIK OCHORENIA

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

Medzi tieto rizikové faktory patrí:

- genetická predispozícia (zvýšená citlivosť voči stresu a emočným podnetom, neuroticizmus a výskyt PPP alebo iných psychických ochorení v najbližšej rodine a príbuzenstve),

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

CHARAKTERISTIKY DIAGNÓZ NA SPEKTRE PPP

V tejto kapitole uvádzame diagnózy, ktorých názvy a symptómy odvodzujeme z diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). V súčasnosti z nášho pohľadu DSM-V lepšie pomenúva, odlišuje a reflektuje symptomatiku jednotlivých ochorení na spektre PPP než momentálne v Európe využívaná MKCH-10.

Pokiaľ nevykonávame psychodiagnostiku (psychologické vyšetrenie ako zdravotný výkon, ktoré je v kompetenciách klinickej psychologičky), odporúčame sa v spolupráci s klientkami zameriavať na symptomatiku a jej fungovanie. Poznanie jednotlivých diagnóz a diagnostických kritérií prispieva k lepšiemu vyhodnoteniu zdravotného stavu osoby a k adresnejšiemu nastaveniu liečby.

Mentálna anorexia (MA)

V bodoch:

- reštrikcia a cielené zníženie energetického príjmu a zvýšenie energetického výdaja,
- výrazný úbytok telesnej hmotnosti v kontexte veku, pohlavia, fyzického zdravia a komplexnej zdravotnej anamnézy – je potrebné sledovať vývoj telesnej hmotnosti (nie je nevyhnutné mať BMI pod 17,5 alebo amenoreu),
- strach z priberania a tučnoty,
- narušené vnímanie svojho tela,
- pocit menejcennosti a nedostatočnosti,
- preokupácia mysle myšlienkami na jedlo, hmotnosť a výzor,

- môže byť prítomné bludné prežívanie,
- nevedomovanie si závažnosti vlastného zdravotného stavu a rizík vyplývajúcich z nízkej hmotnosti.

Rozlišujeme 2 podtypy:

Reštriktívna MA

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

Binging-purging MA

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

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

Osoba s mentálnou anorexiou si svoju sebahodnotu zakladá na schopnosti kontrolovať svoje stravovanie a hmotnosť. Výrazný je pocit menejcennosti, nedostatočnosti až odporu k samému sebe. Pretrváva neschopnosť uvedomiť si závažnosť svojho zdravotného stavu a rizík vyplývajúcich z nízkej hmotnosti. Myslenie ľudí s mentálnou anorexiou sa často stáva čierno-bielym, a preto sú veľmi citliví na komentáre a kritiku týkajúcu sa ich vzhľadu a hmotnosti. Medzi ďalšími zmenami môžeme pozorovať aj nasledujúce **psychologické symptómy**, ktoré

signalizujú zmenu v doterajšom prežívaní osoby: depresia, podráždenosť, zhoršenie koncentrácie a pozornosti, spomalenie pracovného/školského tempa, znížený záujem o prostredie a všetko, čo bezprostredne nesúvisí s jedlom, zníženie sociálnych kontaktov, nárast konfliktov s okolím.

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

Človek s mentálnou anorexiou prejavuje rôzne **zmeny v správaní**. Patrí sem obmedzovanie sa v strave, zmenšenie porcií, vynechávanie jedál, počítanie kalórií, vyhýbanie sa stravovaniu a vymýšľanie neobvyklých výhovoriek týkajúcich sa hladu. Môže sa tiež prejavovať obsedantno-kompulzívnym správaním, akým je napríklad snaha konzumovať jedlo v presne stanovenom čase, krájanie potravín na malé kúsky a veľmi pomalé jedenie. Manipulácia s jedlom, ako je vyhadzovanie jedla alebo klamanie o jeho požití, je ďalším prejavom ochorenia. Niektorí ľudia s mentálnou anorexiou prejavia aj nadmerné jedenie vo forme záchvatového prejedania sa, pri ktorom strácajú kontrolu nad svojím správaním a v krátkom čase zjedia veľké množstvo potravín. To je nasledované výčtkami, úzkosťou a následnou kompenzáciou zvracaním, excesívnym cvičením alebo zneužívaním laxatív. Tento jav je dôležité odlíšiť od tzv. **“fázy dojedania”**, niekedy pomenovávanej aj ako “extrémny hlad”, kedy sa človeku s MA ako dôsledok dlhodobej podváhy a podvýživy výrazne zvýši apetít.

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

Závažnosť mentálnej anorexie:

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

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

- Mierna: BMI ≥ 17 kg/m²
- Stredná: BMI 16 – 16.99 kg/m²
- Vážna: BMI 15 – 15.99 kg/m²
- Extrémna: BMI < 15 kg/m²

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

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

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

Mentálna bulímia (MB)

V bodoch:

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

Pri mentálnej bulímii nie sú hmotnosť a jej zmeny relevantným faktorom, keďže väčšina ľudí s týmto ochorením máva telesnú hmotnosť v zdravom rozmedzí, alebo môže často kolísať, alebo môže byť prítomná nadváha až obezita. Základným kritériom sú **opakované epizódy záchvatového prejedania sa** (binge eatingu). V snahe zabrániť nárastu hmotnosti sú opakované typické nezdravé kompenzačné vzorce správania. **Tieto kompenzačné mechanizmy** môžu mať reštriktívny (obmedzujúci) alebo purgatívny (očistný) charakter (zvracanie, zneužívanie laxatív a diuretík, excesívne cvičenie,

hladovanie...). Charakteristické prejavy mentálnej bulímie tiež zahŕňajú obavy z príberania a tučnoty, pocit menejcennosti až odporu voči sebe samému, nízke sebavedomie, depresiu, úzkosť, náladovosť, čierno-biele myslenie, kolísanie hmotnosti, pocity hanby, poruchy koncentrácie a rôzne fyzické prejavy ako poškodenie pažeráka, zubnej skloviny, zvýšená kazivosť zubov, zväčšené príušné žľazy v dôsledku vracania a odreniny na rukách a hánkach (takzvané Russellove značky) v dôsledku opakovaného vyvolávania vracania.

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

Závažnosť mentálnej bulímie:

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

Vyhodnotenie závažnosti podľa DSM-V:

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

Diagnóza záchvatového prejedania sa (Binge Eating Disorder)

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

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

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

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

ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)

V slovenčine môžeme ochorenie definovať ako tzv. vyhýbajúca sa/reštriktívna PPP. Ide o poruchu, ktorá je najčastejšie zachytávaná u detí a mládeže. Strach z tučnosti, nespokojnosť so svojou hmotnosťou, tvarom postavy a negatívny sebaobraz, ktoré poznáme pri MA, tu nie sú, resp. nemusia byť prítomné. Charakteristickou črtou ochorenia je strach z určitých potravín, ktoré negatívne vplyvajú na vnemy človeka a spôsobujú mu úzkosť. Osoba s ARFID má pocit, že jedlo nedokáže prehltnúť, lebo sa ním zadusí, jej telo ho nestrávi alebo z neho ochorie alebo jej z toho bude zle. Človek trpí psychicky (úzkosť, pocity bezmocnosti, frustrácie) aj fyzicky (nedostatok živín, únava, pocity mdloby). Ľudia s ARFID však majú aj svoje „bezpečné jedlá“, čo sú zvyčajne potraviny známe ako „comfort food“ – ukludňujúce potraviny (napr. cereálie, pizza, hranolky).

Kritériá pre ARFID podľa DSM-V:

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

- významný úbytok hmotnosti (alebo neschopnosť dosiahnuť očakávaný prírastok hmotnosti alebo zastavenie rastu u detí),

- významný nutričný deficit,
- závislosťou na nutričných suplementoch alebo enterálnej výžive,
- problémy s psychosociálnym fungovaním (v rodine, v kruhu kamarátov, v práci, pri udalostiach spojených s jedlom).

2) Prítomnosť narušeného príjmu potravy nie je možné vysvetliť:

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

Spúšťače vyhýbavého správania sa vo vzťahu k jedlu:

- **nezáujem:** celkový nezáujem o jedlo, neprítomnosť chuti do jedla, predčasná sýtosť,
- **senzorická senzitivita:** zvýšená senzitivita na sensorické vlastnosti jedla (jeho vôňu, chuť, štruktúru, teplotu), často je pozorovaná averzia voči mäsu, zelenine a ovociu,
- **strach:** špecifické obavy spojené s konzumáciou stravy, môže byť spojenosť s traumatizujúcim zážitkom z minulosti (dusenie, zvracanie).

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

Pica syndróm

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

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

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

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

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

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

Ruminačná porucha

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

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

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

Ostatné špecifikované poruchy príjmu potravy (OSFED)

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

- **Atypická MA:** Jedinec spĺňa kritériá pre anorexiu, má významnú stratu hmotnosti, ale zostáva v hmotnostnom rozmedzí, ktoré je považované za normálne pre jeho výšku a pohlavie.
- **MB s nízkou frekvenciou a/alebo obmedzenou dĺžkou trvania:** Jedinec spĺňa kritériá pre bulímiu, ale bulimické záchvaty sa vyskytujú menej ako jedenkrát týždenne alebo po dobu kratšiu ako 3 mesiace.

- **BED s nízkou frekvenciou a/alebo obmedzenou dĺžkou trvania:** Jedinec spĺňa kritériá pre BED, záchvaty prejedania sa ale vyskytujú menej ako jedenkrát týždenne alebo po dobu kratšiu ako 3 mesiace.
- **Porucha vyvolávania zvracania:** Porucha sa vyznačuje opakovaným vyvolávaním zvracania s cieľom ovplyvnenia hmotnosti alebo postavy, a to bez záchvatov prejedania sa.
- **Syndróm nočného jedenia:** Jedinec zažíva opakujúce sa epizódy jedenia po prebudení v noci alebo po nadmernom jedení po večeri, pričom si je tohto správania vedomý a pamätá si to. Toto správanie nie je možné vysvetliť kultúrными zvyklosťami, sociálnymi normami alebo inou duševnou poruchou alebo zdravotným stavom.

Nešpecifické poruchy príjmu potravy

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

NEKLASIFIKOVANÉ PORUCHY PRÍJMU POTRAVY A OCHORENIA S NIMI SÚVISIACE

Telesná dysmorfia

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

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

Bigorexia

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

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

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

Príznaky bigorexie (svalovej dysmorfie) v bodoch:

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

Drunkorexia

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

Drunkorexia je spravidla charakterizovaná:

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

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

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

Diabulímia

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

Pregorexia

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

Ortorexia

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

ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL A NARUŠENÝ VZŤAH K JEDLU

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

Zdravý životný štýl by podľa nás nemal byť:

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

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

Narušený vzťah k jedlu

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

Pri narušenom vzťahu k jedlu je často prítomné aj vyhýbanie

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

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

Ďalšie možné prejavy narušeného vzťahu k jedlu:

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

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

DIAGNOSTICKÝ CROSSOVER

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

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

SYMPTOMATIKA PPP

Zmeny správania (vrátane stravovania)

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

Zmeny správania:

- obmedzovanie sa v strave, zmenšenie porcií, vynechávanie niektorých jedál, počítanie kalórií, vyhýbanie sa stravovaniu, neobvyklé výhovorky, popieranie hladu,
- manipulácia s jedlom, vyhadzovanie či schovávanie jedla, výhovorky a klamstvá,
- nadmerné jedenie (zmiznutie veľkého množstva potravín),
- zvracanie alebo zneužívanie laxatív (časté výlety do kúpeľne počas alebo krátko po jedle),
- nadmerné až nutkavé cvičenie, pokiaľ klient nemôže cvičiť, reaguje obavami, strachom až panikou,
- vytváranie zoznamov „dobrých“ a „zlých“ potravín,
- náhly záujem o „zdravé stravovanie“,
- vyhýbanie sa všetkým sociálnym situáciám, ktoré prebiehajú pri jedle,
- záujem o nákupy, varenie, recepty,
- rituály pri jedle, pomalé jedenie,

- nadmerné zameranie sa na vzhľad a tvar tela, porovnávanie sa s inými, negatívny obraz o sebe,
- nutkavé správanie súvisiace s prehnanou kontrolou tela, (subjektívne vnímanej) tukovej hmoty, hmotnosti, konkrétnych telesných partií a fyzického vzhľadu (napríklad zovretie pása alebo zápästia, opakované váženie, nadmerná doba strávená pri pohľade do zrkadla),
- sociálne stiahnutie alebo izolácia od priateľov, vrátane vyhýbania sa predchádzajúcim aktivitám.

Psychické zmeny spojené s vnútorným prežívaním:

- intenzívny strach z nárastu hmotnosti,
- extrémna nespokojnosť s vlastným telom,
- skreslený obraz o tele (sťažovanie sa na to, že osoba vidí tuk, keď je v norme alebo má podváhu),
- zvýšená citlivosť na komentáre alebo kritiku,
- depresia alebo úzkosť,
- náladovosť alebo podráždenosť,
- nízka sebaúcta (napríklad pocit bezcennosti, pocity hanby, viny),
- čierne-biele myslenie.

Fyzické zmeny:

- náhla alebo rýchla strata hmotnosti,
- časté zmeny hmotnosti,
- citlivosť na chlad (častý pocit zimy, dokonca aj v teplom prostredí),
- strata alebo narušenie menštruácie,

- známky častého zvracania – opuchnutá tvár/čelusť, mozole na kĺbe alebo poškodenie zubov,
- mdloby, závrat,
- neustály pocit únavy, neschopnosť vykonávať bežné činnosti,
- vypadávanie vlasov, suchá pokožka.

FORMY LIEČBY PPP

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

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

Ambulantná liečba

Prínosy

- Malo by ísť o liečbu prvej voľby (v prípade, že to zdravotný stav dovoľuje).
- Ambulantná liečba umožňuje klientke zachovať väčšiu časť jej bežného života, vrátane práce alebo školy a rodinných/ rovesníckych vzťahov.
- Súbežne s tým sa klientka učí zvládať svoje ochorenie v každodennom živote, pričom pravidelne navštevuje rôznych odborníkov – môže to pomôcť minimalizovať riziko sociálnej izolácie a prípadné straty v oblasti vzdelania alebo kariéry – nestráca sa kontakt s rovesníkmi, kamarátmi či blízkym okolím.
- Klientky majú väčšiu kontrolu nad svojím prostredím a stravovaním, čo môže podporiť ich pocit nezávislosti a zodpovednosti za vlastný zdravotný stav.
- Rodič môže byť uzdravujúcim elementom v liečbe, môže svoje dieťa podporovať a starať sa oňho.
- Klientky majú priamy prístup k podpore od rodiny, kamarátov a komunity, čo môže byť veľmi prospešné, až kľúčové pre dlhodobú úspešnosť liečby.
- Počas liečby môže človek s PPP nahrádzať staré záujmy novými aktivitami a v procese liečby si vytvoriť také bezpečné prostredie, v ktorom bude vedieť žiť aj po uzdravení.
- Liečba je kontinuálna, štatisticky poskytuje lepšie dlhodobé uzdravenie.

(Eating Disorders Review, 2010)

Riziká

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

Hospitalizácia

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

Dospelé klientky môžu hospitalizáciu absolvovať po odporučení psychiatricky alebo na vlastnú žiadosť v Pinelovej nemocnici v Pezinku s dĺžkou starostlivosti 3 mesiace. Keďže je človek s PPP svojprávnny, nie je možné ho na hospitalizáciu „donútiť“ a často sa stáva, že tieto klientky prepadajú systémom, na hospitalizáciu nenastúpia a nemajú možnosť/schopnosť liečiť sa ambulantne. Dospelá klientka tiež môže podpísať reverz a ukončiť liečbu predčasne.

Prínosy

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

- pre klientky s vysokým rizikom suicidálneho správania,
 - ďalšie vážne somatické nálezy ako synkopa, svalová slabosť, hypoglykémia, metabolický rozvrat a ďalšie (Connan, 2000; Matzová a kol., 2021),
 - pre klientky, ktoré potrebujú vystúpiť z prostredia, v ktorom symptómy vznikli, pokiaľ v ambulantnej liečbe nedosahujú zlepšenie.
- V nemocnici je tiež možné rýchlejšie dosiahnuť fyzickú stabilizáciu a zvyšovanie hmotnosti, čo vie byť až život zachraňujúce v prípade závažného somatického stavu (extrémna podvýživa a minerálny rozvrat).
 - Klientka sa môže zamerať na svoju liečbu bez rušivých externých faktorov (napr. práca, starostlivosť o dieťa, náročná škola).
 - V prípade špecializovaného zariadenia prebieha aj špecializovaný edukačno-liečebný program.

Riziká

- Hospitalizácia môže klientky izolovať od ich bežného života, rodiny a priateľov, čo môže mať negatívny vplyv na ich duševné zdravie a možnosť využitia sociálnej podpory.
- Pobyt v nemocnici môže byť spojený so stigmatizáciou a negatívnym vnímaním klientky, čo môže mať dlhodobé dôsledky pre jeho sebavedomie a je potrebné proti tomu pôsobiť.
- Po hospitalizácii môže byť pre klientku ťažké vrátiť sa do normálneho života a pokračovať v nastavenom režime, dodržiavať zdravé stravovacie návyky, keďže nemala možnosť sa to naučiť v domácom prostredí.
- Rodina často vníma hospitalizáciu ako priestor, z ktorého sa dieťa vracia úplne uzdravené – po ukončení hospitalizácie tak môže často absentovať následná ambulantná liečba.

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

MEDIKAMENTÓZNA LIEČBA PPP

Farmakologickú liečbu má na starosti psychiatrička, do ktorej kompetencií spadá nastavovanie vhodných medikamentov a usmerenie liečby. Predpisujúca lekárka by mala monitorovať aj možné vedľajšie účinky daných liekov a ich bezpečné užívanie, najmä ak u klientky existuje riziko zneužívania.

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

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

Vďaka znalosti:

- môžeme klientkam a ich rodinným príslušníkom poskytnúť relevantné odborné informácie o farmakoterapii a edukovať ich, zmierniť ich obavy spojené s užívaním liekov,
- môžeme s lekárkami lepšie a adresnejšie komunikovať, zdieľať si s nimi informácie a efektívne spolupracovať na poskytovaní komplexnej starostlivosti pre klientky,
- je žiaduce, aby sme ako odborníčky (psychologičky) rozumeli tomu, ako farmakoterapia ovplyvňuje psychický stav klientiek a ako môže interagovať s psychoterapiou (napr. nálada klientky, jej energetická úroveň a kognitívne funkcie).

- mali by sme byť schopné identifikovať možné vedľajšie účinky liekov a prípadné komplikácie a včasne na tom spolupracovať s lekárkami.

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

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

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

Antipsychotiká

Termín antipsychotiká vystihuje hlavný očakávaný účinok týchto psychofarmák, ktorým je priaznivé ovplyvnenie porúch integrácie psychických funkcií a procesov v zmysle prinávratenia realistického (teda nie psychoticky skresleného) vnímania seba a vlastného tela (antipsychotický efekt). Všeobecne prijaté a klinicky relevantné je súčasné generačné rozdelenie antipsychotík (AP). Zaradujeme ich do dvoch hlavných skupín: AP prvej generácie (AP1G, označované aj ako klasické) a AP druhej generácie (AP2G, označované aj ako atypické). Antipsychotiká pôsobia hlavne na konkrétny neurotransmitter v mozgu: dopamín. Neurotransmitery sú chemické prenášače v nervovej

sústave, ktoré hrajú úlohu pri regulácii nálady, kognície a mnohých iných funkcií, ako je správanie, spánok či pamäť.

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

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

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

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

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

Z ostatných druhogeneračných antipsychotík sa používa najčastejšie risperidón, najmä pri sebapoškodzovaní (prítomné u 30 – 40 % klientiek). V literatúre je popisovaný i priaznivý efekt haloperidolu na zlepšenie náhľadu a úpravu hmotnosti u rezistentnej (nereagujúcej na liečbu) mentálnej anorexie (Cassano a kol., 2003).

Antipsychotiká by mali byť rezervované pre liečbu prípadov s hlbokými jadrovými príznakmi PPP, ktoré nie sú ovplyvniteľné

psychoterapiou ani inou medikáciou. Najčastejší strach pri užívaní antipsychotík je u klientiek s PPP strach z priberania, ktorý môže byť v určitej miere opodstatnený. Olanzapín môže zvyšovať apetít a zmierňovať úzkosť pri jedení, nevedie však k dramatickému prírastku hmotnosti. Je tiež dôležité mať na pamäti, že v prípade mentálnej anorexie a u ľudí s podváhou je hmotnostný prírastok v liečbe PPP nevyhnutný.

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

Vedľajšie účinky antipsychotík

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

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

Antidepresíva

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

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

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

Inhibítory spätného vychytávania serotonínu a norepinefrínu (SNRI) sú podobné SSRI, no pomáhajú regulovať náladu zvýšením hladín serotonínu aj norepinefrínu. Bežné SNRI zahŕňajú venlafaxín a duloxetín.

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

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

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

U mentálnej bulímie sa predpokladá priama súvislosť medzi oslabenou kontrolou impulzov a primárnou poruchou v serotonínovom systéme. Zodpovedá tomu i lepšia účinnosť antidepresív v liečbe, bez ohľadu na to, či má osoba klinické symptómy depresie alebo nie. V kontrolovaných štúdiách zameraných na redukciu zvracania a záchvatového prejedania sa bola preukázaná účinnosť fluoxetinu (Goldstein in Almássyová, 2009), sertralínu (Milano in Almássyová, 2009) a trazodonu (Pope in Almássyová, 2009).

Fluoxetín (napr. Prozac)

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

Citalopram (napr. Cipralex)

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

Sertralín (napr. Zoloft)

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

Mirtazapín

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

Doteraz realizované klinické skúmanie nepotvrdilo efekt anti-depresív konkrétne pri obnove primeranej telesnej hmotnosti u klientiek s MA (Birmingham, Treasure, 2012). Viaceré prehľadové štúdie zistili,

že ani tricyklické antidepresíva, ani SSRI neboli dostatočne účinné na príznaky MA. Vo všeobecnosti nie je dostatok dôkazov o účinnosti SSRI u klientiek s podváhou na anorektické symptómy a prírastok hmotnosti (Matzová a kol., 2021). V súvislosti s poruchami príjmu potravy sú preferované inhibítory spätného vychytávania serotonínu, keďže majú menšiu toxicitu ako napríklad tricyklické antidepresíva a inhibítory monoaminoxidázy.

Vedľajšie účinky antidepresív

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

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

Anxiolytiká

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

KOMORBÍDNE OCHORENIA

PPP majú pomerne vysokú mieru komorbidity pričom niektoré autorky uvádzajú (Zibrínová a kol., 2020), že až u 97 % hospitalizovaných ľudí s PPP je prítomný výskyt niektorej ďalšej psychiatrickej poruchy. Theiner (2011) uvádza, že najčastejšie ide o poruchu nálady, najmä unipolárnu depresiu, o úzkostnú poruchu alebo zneužívanie návykových látok. Prevalencia depresie ako komorbídnej diagnózy PPP je podľa niektorých štúdií nad 63 % (Lock, Le Grange, 2013). Depresívny syndróm sa pri mentálnej bulímii javí etiologicky podobný depresívnej poruche. Pri mentálnej anorexii je však etiológia odlišná. Príznaky sú síce podobné ako pri depresívnej poruche, sklesnutá nálada, sociálna izolácia, znížená energia a ochudobnenie záujmov, avšak depresia je tu prítomná dôsledkom hladovania (Theiner, 2011). Znamky depresie sú zvyčajne výraznejšie podľa Krcha a kol. (2005) pri bulímii, kde sa udáva výskyt u 20-80% prípadov.

Iné autorky uvádzajú aj časté spojenie PPP s poruchami osobnosti, posttraumatickou stresovou poruchou, závislosťou od alkoholu alebo iných návykových látok, anxióznou poruchou a obsedantno-kompulzívnu poruchou (OCD) (Raboch, Zvolský, 2001). Podľa štúdie Rastama (in Paulinyová, Matzová, 2016) až 35 % klientiek s mentálnou anorexiou trpí aj OCD. Za spoločný rys OCD a PPP považuje Krch a kol. (2005) vnútornú neistotu a nízke sebahodnotenie, ktoré posilňuje potrebu nadmernej kontroly nielen v jedle. Klientky

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

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

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

MORTALITA A CHRONICITA PPP

PPP majú spoločne s látkovými závislosťami najvyššiu mortalitu spomedzi psychiatrických porúch (Chesney, Goodwin & Fazel, 2014). Samotná mentálna anorexia má však najvyššiu úmrtnosť (Fichter &

Quadflieg, 2016). Mortalita je uvádzaná v rozmedzí 3 – 18 %, pričom najčastejšie úmrtia sú suicídiá a zdravotné komplikácie ochorenia – najčastejšie náhla kardiálna smrť pri minerálnom rozvrate, respektíve kardiomyopatii (Herzog a kol., in Almássyová, 2009). Aj z toho dôvodu je kľúčové spozorovať symptómy ochorenia včas, keďže sa za pozitívny prognostický faktor považuje kratšia doba trvania ochorenia a adekvátne, včasná intervencia.

Medzi ďalšie rizikové somatické komplikácie dlhodobej podvýživy patria kardiologické zmeny, predovšetkým poruchy srdcového rytmu. Elektrolytová dysbalancia môže spôsobiť predĺženie QT intervalu a môže byť príčinou aj náhlej smrti. Výskumné práce skúmajúce dysfunkciu autonómneho nervového systému potvrdili poruchu sympatikovej regulácie srdcového rytmu (Tonhajzerová, 2008, Žuchová, Papežová, 2010). Nebezpečné môžu byť aj poruchy vnútorného prostredia, ktoré sú spôsobené jednak ťažkou podvýživou, ale aj zvracaním. Vznikajú aj ako následok rýchlej realimentácie alebo ako následok abúzu diuretík. Medzi časté a typické rizikové zmeny patria aj zmeny funkcie endokrinných žliaz. Hladina gonadotropínov postupne klesá a to spôsobuje zastavenie pubertálneho vývoja, pokles hladiny estrogénov a následne amenoreu, ktorá je rizikovým faktorom osteopénie. Klesá trijódtyronín ako reakcia na pokles hmotnosti, a tým sa znižuje energetický výdaj. Straty žalúdočnej kyseliny spôsobenej zvracaním môžu viesť k metabolickej alkalóze a zneužívanie laxatív zase k metabolickej acidóze (Zipfel a kol., 2004).

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

STRACH A OBAVY PRI PRÁCI S PPP

Odborníčky, ktoré poradensky a/alebo psychoterapeuticky pracujú s klientkami s PPP, sa môžu stretávať s rôznymi všeobecnejšími, ale aj veľmi špecifickými osobnými strachmi a obavami v priebehu svojej práce. Emocné pole ľudí s PPP je často spojené s úzkosťou, ktorá môže pôsobiť aj na odborníčky. Je dôležité, aby psychologičky včas rozpoznávali dominujúce emócie, ktoré sa odohrávajú medzi nimi a klientkami, a taktiež svoje obavy. Je dôležité neprenášať svoju úzkosť na klientky a pracovať na jej zvládaní prostredníctvom rozhovorov s kolegyňami, individuálnej a skupinovej supervízie, vlastnej psychoterapie a prostredníctvom vzdelávania. Dostatočná osobná reflexia, sebarozvoj a starostlivosť o vlastný komfort, hranice a emocionálny stav sú kľúčové pre skutočne funkčnú prácu s touto klientelou. V našej praxi ako zdroje pomoci a podpory najlepšie funguje práve tímová spolupráca, intervízne a supervízne procesy, ako aj zadaný prístup a princípy práce s klientkami s PPP.

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

- 1)** Neschopnosť pomôcť klientke: psychologička môže opakovane zažívať obavy z toho, že nie je a nebude schopná klientke poskytnúť dostatočnú pomoc; komplexita PPP a ich individuálny charakter môžu vytvárať stále nové výzvy.
- 2)** Emocionálna vyčerpanosť: práca s klientkami, ktoré majú závažný stav a veľké problémy vychádzajúce z PPP, môže byť emocionálne veľmi náročná; psychologička môže mať oprávnené obavy z toho, že sa emocionálne vyčerpá a vyhorí v dôsledku náročnosti tejto práce.
- 3)** Obavy o vlastný vzťah k jedlu a telu: niektoré psychologičky môžu mať vlastné potiaže vo vzťahu k stravovaniu alebo telu, ktoré môžu byť aktivované pri práci s touto klientelou; pri nedostatočnej osobnej reflexii to môže psychologičku následne limitovať v jej práci a môže to v nej vyvolávať rôzne intrapsychické konflikty.

4) Nároky na perfekcionizmus: ľudia s PPP môžu so svojou špecifickou psychopatológiou a symptomatológiou v psychologičke nevedome posilňovať jej vlastnú tendenciu k perfekcionizmu, k podávaniu dokonalého terapeutického výkonu; popritom sa tiež môže psychologička obávať toho, že klientka bude mať neprimerané a nerealistické nároky voči sebe alebo voči nej ako odborničke. Treba byť na to pripravená.

5) Strach zo straty klientky: osoby s PPP môžu mať veľmi komplexné terapeutické potreby, ktoré v psychologičke môžu vyvolávať obavy z toho, že nebude schopná klientke pomôcť takým spôsobom, aby zostala v terapeutickom procese a predčasne ho neukončila alebo aby dosiahla želané zmeny. Môže sa, samozrejme, stať, že klientka z terapeutického alebo poradenského procesu naozaj odíde predčasne. Je potrebné byť aj na túto možnosť vnútorne pripravená a rešpektovať rozhodnutie klientky.

6) Obavy z tém týkajúcich sa tela a vzhľadu: terapeutická práca s PPP si môže vyžadovať priamu konfrontáciu s citlivými témami týkajúcimi sa tela, vzhľadu a sebaobrazu klientky; psychologička preto môže mať obavy ohľadom toho, ako profesionálne, láskavo a zároveň autenticky pracovať s týmito témami.

V neposlednom rade je dôležité podotknúť, že PPP môžu svojou symptomatológiou, ktorá vie mať veľmi jasný fyzikálny až existenciálny rozmer (extrémna podvýživa a podváha, prejedanie sa, zvracanie atď.), v psychologičke ľahšie aktivovať pocity nemohúcnosti a obavy z prípadnej smrti klientky. Uvedený strach môže byť pre psychologičku veľmi náročným emocionálnym zážitkom, a je dôležité, aby pod jeho vplyvom odbornička vedome či nevedome nerobila kroky, ktoré klientku objektívne oberajú o zrenie jej osobnosti a individuálne a separačné procesy (v prípade neplnoletých klientiek, samozrejme, ide o komplikovanejší proces zvažovania). Terapeutický a/alebo poradenský proces by mal podľa nás u človeka podporovať jeho osobnostný vývoj, rozvíjať jeho identitu a vzťahovosť, a to všetko s plným rešpektom k jeho potrebám a aktuálnej kapacite. Na nasledujúcej

výrazne zostručnenej anonymizovanej kazuistike z našej praxe chceme poukázať na dôležitosť rešpektovania klientovho rozhodnutia, aj keď to môže znamenať, že sa u nás prestane liečiť:

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

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

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

- *budovanie pocitu bezpečného priestoru v našej organizácii,*
- *zapojenie klientkinho psychiatra do spolupráce,*
- *téma revízie psychiatrickej farmakoterapie,*
- *snaha o zmenu jedálnička a denného režimu,*
- *otváranie klientkiných obáv súvisiacich s navyšovaním stravy a nárastom hmotnosti,*
- *zo strany tímu prichádza návrh na zapojenie sestry klientky do spolupráce, ako podpornej osoby pri jedení,*

- *priebežne je adresovaný nedostatočný posun pri spoločne stanovených cieľoch,*
- *klientka opakovane odmieta náš návrh na hospitalizáciu.*

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

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

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

- *dôverujte svojim psychoterapeutickým schopnostiam; pokiaľ viete dostatočne dobre pracovať s inými témami a problémami z oblasti duševného zdravia, celoživotne sa vzdelávate a máte supervíziu (ideálne s certifikovanou psychoterapeutkou alebo klinickou psychologičkou), je vysoko pravdepodobné, že budete vedieť pracovať aj s témou PPP,*

- pripomínajte si, nadväzovaním terapeutického vzťahu nepreberáte zodpovednosť za klientkin život,
- v prípade klientiek s nízkym BMI a pri suicidálnych klientkách jednoznačne spolupracujte so psychiatričkou,
- kontraktujte si s klientkou veci/témy, ktoré vo vás vzbudzujú objektívne obavy (napr. závažné kompenzačné správanie, závažné sebapoškodzovanie, suicidálne tendencie) (Ožanová, 2023).

LIMITY SPOLUPRÁCE

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

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

Limitom v rámci ambulantnej liečby môže byť aj výrazná podváha, s ktorou klientka prichádza do spolupráce. Pri maloletých osobách, ktoré majú hmotnosť 0,4 percentil a nižšie, je odporúčaná hospitalizácia. Pri dospelých klientkách môžu byť rizikovými faktormi nízka hmotnosť (vo všeobecnosti od hodnoty 14,5 BMI a nižšie) a dlhodobý, až chronický priebeh ochorenia. Z našej skúsenosti je

vhodné ku každej klientke pristupovať individuálne a zvážiť aj faktory ako motivácia k liečbe, podpora okolia, sociálne zázemie, aktuálny psychický a fyzický stav, prítomnosť multidisciplinárneho tímu alebo iných odborníčov v liečbe (vrátane psychiatrickej starostlivosti) a pod. Po dôslednom zvážení odborníčky alebo tímu odborníkov je možné spoluprácu s podobnou klientkou definovať kontraktom s jasne stanovenými podmienkami a časovým rámcom. V prípade, že k naplneniu kontraktu nedôjde, vrátane realisticky nastaveného váhového prírastku, je vhodné odporučiť lekársku pomoc s primeranou mierou intenzity.



PRÁCA PSYCHOLOGIČKY V LIEČBE PPP

Pozícia psychologičky zohráva kľúčovú úlohu pri poskytovaní psychologického poradenstva, podpory a liečby pre jednotlivcov s PPP. Psychologička pomáha klientom zlepšovať ich psychické zdravie, prekonávať ťažkosti vyplývajúce z PPP, a pomáha im dosahovať dlhodobé pozitívne zmeny vo vzťahu k stravovaniu a k sebe samým. V spolupráci sa zameriava na prežívanie klientiek, používa pri tom diagnostické a psychoterapeutické metódy s ohľadom na svoje schopnosti a stupeň vzdelania, poskytuje klientkám aj ich rodine psychoedukáciu a odborný pohľad na PPP a ich symptómy.

Kedže všeobecným cieľom pri liečbe PPP je vytvárať sieť, resp. tím odborníkov, psychologička by mala proaktívne komunikovať s ďalšími odborníkmi, ktoré sa angažujú v liečbe klientky. Táto multidisciplinárna zefektívňuje liečbu a prináša benefit ako pre klientky, tak pre odborníky.

MULTIDISCIPLINÁRNY PRÍSTUP

Multidisciplinárny prístup v liečbe porúch príjmu potravy je široko uznávaný a považovaný za najlepšiu prax. Tento prístup zahŕňa zapojenie viacerých odborníkov vrátane psychiatricky, psychologičky, psychoterapeutky, nutričnej špecialistky, peer konzultantky, sociálnej pracovníčky príj. odborníky ďalších lekárskeho odborov (gastroenterologička, pediatrička, endokrinologička a pod.). Každá členka liečebného tímu má stanovené kompetencie a oblasti, na ktoré sa

v rámci liečby PPP zameriava, no existujú aj prekryvajúce sa oblasti v ktorých sa jednotlivé profesie v rámci liečby dopĺňajú.

a) Psychologická pomoc

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

b) Psychiatrická pomoc

Psychiatrička je vyštudovaná lekárka. V ambulantných podmienkach pri každej pacientke individuálne posúdi, aká diagnóza najlepšie vystihuje jej problém, a nastaví potrebnú liečbu. Na rozdiel od psychologičky môže psychiatrička predpísať aj lieky (medikamentóznou liečbu), pokiaľ je to pre liečebný proces potrebné. Po prvom úvodnom vyšetrení nasledujú krátke kontroly v určitých intervaloch a usmerňovanie v liečbe. Pri PPP prebieha aj pravidelná kontrola hmotnosti. Psychiatrička je zároveň odborníčka, ktorá dokáže odporučiť po zvážení aktuálneho stavu hospitalizáciu alebo pre maloleté klientky aj denný psychiatrický stacionár v NÚDCH (Národný ústav

detských chorôb), ktorý je zameraný priamo na liečbu PPP. Maloletú s PPP môže na liečebný pobyt do stacionára odoslať pedopsychiatrička po hospitalizácii alebo priamo z ambulancie po vyšetrení (Smikalova, 2022).

c) Nutričná podpora

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

d) Ďalšie podporné možnosti: peer podpora a skupiny

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

Medzi podporné formy pomoci zaraďujeme peer podporu. Peer podporu (alebo rovesnícku podporu) poskytuje peer konzultantka,

ktorá má skúsenosť s liečbou PPP a čerpaním odbornej pomoci. Peerka používa svoju skúsenosť s uzdravením k podpore ďalších osôb a posilňuje ich motiváciu k liečbe a nádej, že aj s obmedzeniami, ktoré môžu prameniť z duševného ochorenia, sa dá žiť spokojný a plnohodnotný život.

Peerka nie je odborníčka, je expertka na svoju skúsenosť. S témami, ktoré človek prináša, nepracuje v hĺbke psychoterapie ani poradenstva, ale podporne, rovesnícky a prípadne edukačne. Zdieľa svoj pohľad a skúsenosť s liečbou a uzdravením, ktorá je unikátna. Odhaľuje klientkam zo svojho života viac než psychologička. V spolupráci s klientkami poskytuje primárne podporu, posilňuje ich silné stránky, motiváciu a kompetencie. Je podporným článkom liečby, nie jednou z hlavných foriem liečby. Peerka by mala pracovať ako súčasť multidisciplinárneho tímu, resp. mať zázemie odbornej organizácie. Na vykonávanie práce peerky je tiež potrebné mať absolvované vzdelávanie, ktoré v súčasnosti nie je inštitucionalizované a býva v rukách organizácií, ktoré takúto formu pomoci poskytujú a garantujú svojie spolupracovníčky. Peer podporu je možné využiť aj v Chuť žiť, kde peerkam poskytujeme pred nástupom na pozíciu potrebné vzdelávanie.

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

KOMUNIKÁCIA

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

Pochopenie tohto mindsetu nám pomáha naučiť sa s klientkami citlivejšie komunikovať. Pre okolie môžu totiž ľudia s PPP pôsobiť ako “precitlivení”, a často nám napríklad otcovia klientiek prinášajú, že “oni už nevedia, čo môžu a nemôžu povedať”. Napriek tomu, že počas poradenského či terapeutického procesu s týmto mindsetom aktívne pracujeme, aby nad ním klientky získali nadhľad, je vhodné v rámci spolupráce s klientkami komunikovať citlivo a s rešpektom voči ich vnímaniu, a rodine poskytnúť psychoedukáciu. Pri komunikácii by sme teda mali mať napamäti, že význam určitých slov môže pre osoby s PPP znamenať niečo úplne iné ako pre odborníčky.

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

Vzhľad a hmotnosť

Pri komunikácii s klientkami s PPP sa **zdržte komentárov a hodnotenia výzoru**. Štúdie slovných asociácií ukázali, že klientky s PPP rýchlejšie reagujú na slová súvisiace s „tukom“ a sú si ich nadmerne vedomé (Ferraro a kol., 2003). Ak klientke v procese liečby odborníčka povie, že vyzerá „dobro“, chápala to tak, že priberá alebo je príliš tučná. Klientky si tiež veľmi dobre uvedomujú verbálne aj neverbálne názory na vzhľad (premeriavanie si postavy a pod.), nakoľko to samé robia.

Aj v prípade, že chceme klientku s dobrým úmyslom pochváliť, že pribrala, môže to mať práve opačný efekt. Priberanie môže byť klientkou vnímané ako zlyhanie, návrat do obdobia, kedy začala chudnúť, bola hodnotená okolím a necítila sa komfortne vo svojom tele. Slová ako „vyzeráš dobro“ alebo „konečne pôsobíš zdravo“ sú v rámci PPP mindsetu prepojené s tučnosťou. Vnímanie zdravej postavy u ľudí s PPP, primárne s mentálnou anorexiou, totiž často nezodpovedá realite. Prítomný býva tiež strach zo „straty ochorenia“. Klientky prinášajú obavu, že keď už „vyzerajú zdravo, okolie ich tak začne aj vnímať“. Ako píšeme v kapitolách nižšie, predstava liečby a uzdravenia prináša aj rôzne komplexné obavy a strachy, ktoré je dôležité v rámci spolupráce s klientkou postupne otvárať.

Nepoužívajte komentáre na výzor hodnotiacim alebo vyčítavým spôsobom. Klientky s PPP môžu mať skreslený sebaobraz, niekedy až bludné prežívanie, a zároveň majú inak zakorenenú predstavu toho, čo je zdravé alebo **konkrétne pre nich** vhodné. Predstava jedinečnosti, unikátnosti alebo toho, že čo platí vo všeobecnosti u nich konkrétne neplatí, býva pre ľudí s PPP charakteristická, a to na rôznych úrovniach (napr. „Áno, počula som o ľuďoch, ktorí sa z PPP uzdravili, ale mne sa to nikdy nepodarí.“ alebo „Áno, zrejme ľudia po navýšení stravy nepriberajú donekonečna, ale ja by som pribrala a nezastavilo by sa to.“ alebo „Svojim kamarátkam by som anorexiu nikdy nepriala, viem, ako veľmi to celé bolí a aké je to náročné. Ale ja nevnímam všetko tak čierne a navyše, ja si tú bolesť zaslúžim.“). Vieme si predstaviť, že môže byť niekedy frustrujúce, keď klientka nevníma

závažnosť svojho problému a opakovane sa vracia k pozitívam, ktoré jej ochorenie prinieslo, je však dôležité, aby sme neskĺzli k skratkám ako “Vy sa nevidíte v zrkadle?” alebo “Vyzeráte ako z koncentračného tábora.” Ak takéto slová odborníčka použije s nádejou, že klientku vystraší a prijme k získaniu nadhľadu, dosiahnutie takéhoto efektu je veľmi nepravdepodobné. Naopak, klientka môže cítiť výčitky, že nedokáže vidieť niečo, čo iní vidia a zrejme im to aj vadí alebo ubližuje, alebo sa klientkina chorá časť upne na slová deklarujúce jej chudosť, ktoré bude vnímať ako potvrdenie štíhlosti, čím sa len viac upevní význam prítomnosti ochorenia pre klientku.

V neposlednom rade by sme sa v komunikácii s klientkami s PPP mali vyhýbať akémukoľvek porovnávaniu. Porovnávanie klientov v zmysle závažnosti stavu je vo všeobecnosti nevhodné a devalvujúce. Poruchy príjmu potravy sú tiež prepojené s rôznymi mýtmi a stigmou vytvárajúcou skreslený obraz o tom, čo PPP znamenajú a ako “by ľudia s PPP mali vyzerat”. Jednou z charakteristík ľudí s PPP môže byť aj pocit menejcennosti, ktorý je v rámci vyššie spomínaného mindsetu napojený práve na štíhlosť. Klientky často trpia pocitom, že ešte nie sú “dosť dobré, dosť chudé”, čo je pri anorexii nekončiaca slučka znižujúceho sa BMI. Prítomné je porovnávanie sa s okolím a túžba po potvrdení si vlastnej štíhlosti, ktorá iluzórne potvrdzuje aj vlastnú hodnotu. Pokiaľ klientke, hoci aj s dobrým úmyslom, povieme, že “na tom ešte nie je tak zle” alebo že “sme mali aj horšie prípady”, klientka to bude vnímať ako potvrdenie svojej nedostatočnosti, čo posilní jej snahu ďalej chudnúť.

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

Ako spomíname aj v úvode tejto príručky, nie je prípustné, aby odborníčka hodnotila, či človek môže alebo nemôže mať poruchy príjmu potravy na základe výzoru. Výskumné dáta aj empirické

poznatky dokazujú, že ľudia s PPP majú rôznu telesnú hmotnosť a postihujú všetky pohlavia aj ľudí rôznych rás, národností a s rôznym socio-ekonomickým pozadím.

Postoje a predstavy o PPP

PPP patria medzi najviac stigmatizované duševné ochorenia, a to nielen na celospoločenskej úrovni, ale podľa výskumov aj medzi zdravotníckymi pracovníčkami. Spoločnosť PPP nevníma ako “skutočnú” psychickú chorobu, ale ako slabosť, márnotratosť, voľbu či osobné zlyhanie jednotlivca, ktorý by sa “mohol dať dokopy” aj sám, bez odbornej pomoci. Ľudia s PPP si tieto negatívne presvedčenia osvojujú, čo vedie k zhoršeniu celkovej kvality života, ale zároveň čelia diskriminácii, napr. vo forme hnevu, strachu, odmietania a vyhýbavého správania u svojich blízkych. Stigmatizácia a diskriminácia ľudí s PPP vedie k zníženému sebavedomiu, prehĺbeniu symptómov ochorenia, depresívnemu prežívaniu, sociálnej izolácii, strachu vyhľadať pomoc a celkovému zhoršeniu kvality života (Brelet et.al., 2021). V nedávnej štúdii 58% respondentov uviedlo, že by pravdepodobne alebo určite nechceli, aby sa niekto s PPP staral o ich dieťa alebo naň dohliadal, 42% by nechcelo, aby sa človek s PPP stal súčasťou ich rodiny, 25% by nechcelo úzko spolupracovať s človekom s PPP a 23% by sa nechcelo priateľiť s človekom s PPP. 23% súhlasilo s tým, aby boli ľudia s PPP liečení proti svojej vôli (Bryant et.al., 2023).

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

Predstavu PPP ako osobnej voľby, ako ženského povrchného rozmaru a nenásytnej túžby po kráse, ako snahu zapáčiť sa opačnému pohlaviu, aj v dnešnej dobe zdieľajú vedome či nevedome niektoré odborníčky. V štúdiu zameranej na postoje zdravotníčok vo vzťahu k deťom a adolescentom s PPP pri hospitalizácii až 68,8 % zdravotníčok uviedlo, že sa pri starostlivosti o nich cítilo frustrovaných. **Viac ako polovica mala pocit, že osoba s PPP je zodpovedná za svoje ochorenie, čo prispelo k tejto frustrácii** (Raveneau et al., 2014). Tieto presvedčenia, ktoré nemajú vedecké opodstatnenie, narušujú spoluprácu a dôveru medzi klientkou a odborníčkou. Klientky navyše často samy prichádzajú do spolupráce s výčitkami, že sú príliš slabé a neschopné “dať sa dokopy”. Tieto presvedčenia a stigmatizácia sú jedným z dôvodov, prečo klientky nevyhľadajú odbornú pomoc včasne, ale snažia sa, často aj roky, s ochorením samy bojovať. V našej praxi pri edukácii používame slová, že žiadny človek nie je zodpovedný za vznik svojho ochorenia, ale nesie zodpovednosť za svoju snahu, vôľu a motiváciu liečiť sa. Podobná formulácia pomáha klientkám spracovať výčitky a zároveň im prenecháva zodpovednosť za svoj život a zdravie.

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

Technika externalizácie

Externalizácia je technika, pri ktorej oddeľujeme ochorenie od samotnej klientky. To znamená, že človek má v živote ochorenie s názvom poruchy príjmu potravy, ale nie je touto chorobou definovaný a ani psychopatológia a symptomatika ochorenia netvorí to, kým je. V praxi je vhodné vyhýbať sa označovaniu klientky ako anorektička, bulimička a podobne. Táto technika má viacero pozitívnych dopadov

pri práci s klientkami s PPP, napríklad:

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

Komunikačné tipy

Základné komunikačné zručnosti sú kľúčovými nástrojmi v práci akejkoľvek psychologičky a s akoukoľvek klientelou – poruchy príjmu potravy nie sú výnimkou. Chceme aj vás, odborníčky čítajúce túto príručku, podporiť, aby ste sa nebáli učiť praxou. Dobrý terapeutický vzťah ustojí aj malé komunikačné zaváhania; ako píšeme v úvode príručky, nebuďte dokonalé.

Na riadkoch nižšie nájdete pár tipov, ktoré vám môžu pri komunikácii s klientkami s PPP prísť vhod:

- a)** Nekomentujte hmotnosť, ale nebojte sa reflektovať celkový stav alebo zmeny, ktoré na klientke vnímate. Osvedčuje sa zamerať sa na tvár a oči, ktoré sú, najmä pri klientkach s mentálnou anorexiou, veľmi výpovedné. Dokážete v nich vidieť “životnú iskrú”, ktorá signalizuje, že klientka nabera energiu, alebo naopak zahmlený, neprítomný výraz, keď vedie vnútorný dialóg s Hlasom. To, či sa objaví úsmev, ako aj autenticita úsmevu, môže rovnako signalizovať

pozitívny posun. Pokiaľ vidíte, že klientka vyzerá „strhane“, môžete vyjadriť: „Vnímam, že ste veľmi unavená.“ alebo „Hneď ako ste prišli, doniesli ste úplne inú energiu než minule.“ alebo „Úplne žiarite!“ alebo „Cítiť z vás život.“. Tieto vety pritom môžu nepriamo poukazovať aj na prírastok na hmotnosti (ktorý však klientke prináša aj rôzne iné benefity), ale pôsobia na klientku pozitívne a úprimne. Zároveň nimi dávame najavo, že to, čo si primárne všímame, nie je hmotnosť.

- b)** Keď vidíme, že klientka výraznejšie schudla, výskum Yorke a kol. (2021) odporúča, aby sme (okrem pomenovania daného faktu) sa zamerali namiesto vzhľadu na negatívne dopady PPP na fyzický a psychosociálny vplyv na zdravie a pohodu, napríklad: „Porucha príjmu potravy vám zabráni robiť veci, ktoré radi robíte.“
- c)** Pokiaľ čelíte s klientkou skutočnosti, že sa vám nedarí robiť posuny v rámci hmotnosti alebo v rámci zníženia frekvencie kompenzačných mechanizmov, namiesto priamych alebo konfrontačných otázok siahnite skôr po reflexii. Yorke a kol. (2021) odporúčajú otázku „Prečo sa vám nedarí prestať vracať?“ nahradiť napríklad za: „Vnímam, že je to pre vás naozaj náročné, no vidím, ako veľmi sa snažíte.“ Zamerajte sa tiež na uchopiteľné, realistické ciele, ktoré môžete hľadať a definovať si spolu s klientkou. Môžete využiť slová ako: „Vnímam, že je to náročné. Pozrieme sa spoločne na to, čo by vám mohlo pomôcť vystúpiť z tohto cyklu.“
- d)** Pokiaľ máte obavy o klientkin stav, je dôležité byť autentická a voči klientke pravdivá. Nebojte sa kongruentne vyjadriť svoje obavy, avšak neprenášajte svoju úzkosť na klientku. Vyhnite sa hodnoteniu a vyčítaniu. Scitlivovať svoj jazyk môžete aj využívaním slov a slovných spojení ako **“uzdravenie hmotnosti”** alebo **“vyživenie tela”** namiesto “priberanie”; namiesto “zdravá hmotnosť” využiť **“telu primeraná hmotnosť”**; namiesto “kalorický” využite **“nutrične hodnotný”**.

RIZIKO PARALELNÉHO PROCESU

Niektorí ľudia s poruchami príjmu potravy môžu za psychologičkou prichádzať aj s tým, že chcú špecificky pomôcť so symptomatikou PPP, ale popri tom navštevujú aj inú psychoterapiu alebo poradenstvo. Terapia PPP však zahŕňa nielen prácu so symptomatikou, ale aj témy a faktory, ktoré ochorenie spustili alebo ho udržiavajú. Vo všeobecnosti ide o prácu hlbinnú, ktorá môže ovplyvňovať terapeutickú prácu u inej odborníčky a dochádzalo by tým pádom k tzv. paralelnému terapeutickému procesu. Neodporúčame, aby mal klient rozbehnuté dva terapeutické procesy súčasne. V tomto kontexte ide o potenciálne problematický fenomén, ktorý umožňuje človeku vedome či nevedome selektovať témy, svoje prežívanie a skutočnosti zo svojho života medzi dve odborníčky, čo môže mať negatívny dopad na prítomnú symptomatiku PPP, motiváciu k liečbe a samotný liečebný proces, ale aj na osobnosť klientky. Uvádzame niekoľko dôvodov, prečo odporúčame predchádzať paralelnému procesu:

- Terapeutický vzťah by mal byť založený na dôvere a otvorenosti medzi klientkou a terapeutkou. Navštevovanie dvoch odborníčok súčasne môže negatívne vplyvať na klientkinu schopnosť autenticky, otvorene komunikovať o svojom prežívaní, naplno sa vložiť do terapeutickej práce, ako aj na jej schopnosť vkladať dôveru do spolupráce s jednou alebo druhou odborníčkou.
- Môže tiež dochádzať k tzv. štiepeniu, kedy klientka podvedome vníma jednu z odborníčok ako "dobrú", resp. "viac kompetentnú" a druhú ako "zlú", resp. "menej kompetentnú", čo môže narušiť dôveru, ale aj samotný proces terapie, pokiaľ štiepenie nebude odborníčkou identifikované.
- Narúša sa kontinuita terapeutického procesu, ktorá je sama o sebe kľúčovým faktorom úspešnosti liečby.

- Rôzne psychologičky/psychoterapeutky môžu mať odlišnú filozofiu práce s klientkou a, samozrejme, používať rôzne terapeutické prístupy a techniky, ktoré si v niektorých prípadoch môžu aj odporovať. Pre klientku môže byť náročné zosúladiť tieto prístupy, čo môže viesť k odporujúcim si odporúčaniam, prípadne k nesprávnemu využívaniu ponúkaných terapeutických nástrojov.
- Dochádza k zbytočnej duplikácii úsilia a znehodnocovaniu terapeutického procesu, keďže psychologičky môžu s klientkou pracovať na rovnakých alebo podobných témach súbežne bez toho, aby vedeli, čo robí tá druhá odborníčka.
- Zvyšuje sa pravdepodobnosť nezdravého a komplikovaného vzťahovania sa klientky ku svojim psychologičkám, rovnako ako pravdepodobnosť prekračovania hraníc.
- Paralelné terapie sú finančne a časovo náročné, pričom nevedú k zvýšeniu efektivity liečby ani terapeutickej práce klientky.

Pre upresnenie doplníme, že riziko paralelného procesu nevzniká pri multidisciplinárnom prístupe, keď sa odborníčky z rôznych profesií vzájomne dopĺňajú a majú nadviazanú spoluprácu (napr. psychiatricky + psychologička + nutričná špecialistka + peer konzultantka), ale pri paralelnom navštevovaní dvoch psychologičiek, ktoré s klientom pracujú s využitím rôznych psychoterapeutických metód a nemajú nadviazanú spoluprácu.

Existujú individuálne prípady, keď súčasná spolupráca s dvoma psychologičkami môže v dočasnej miere prinášať klientke prospech, avšak takýmto prípadom treba venovať zrelú úvahu a časové ohraničenie. Z našej praxe uvádzame niekoľko takých príkladov:

- V prípade maloletých klientiek, ktoré pravidelne navštevujú napr. školskú psychologičku alebo Centrum poradenstva a prevencie, kde sa venujú veľmi konkrétnej problematike.

- Ak je možné jasne a hlavne úzko definovať, vymedziť a držať sa zákazky u oboch odborníčov (napríklad návšteva odborníčky v prístupe TIR – Traumatic Incident Reduction).
- Ak ide o koučku, s ktorým klientka rieši striktne veci z pracovnej sféry (napr. klientka pracujúca v korporáte pravidelne absolvuje pracovný koučing súvisiaci s jej pracovnou náplňou).

ODPORÚČANIA K PSYCHOHYGIENE

Ako psychologičky často hovoria svojim klientkam, je dôležité nezabúdať na seba. Je potrebné dbať na svoje duševné zdravie, pretože len tak môžeme poskytovať klientkám kvalitnú a efektívnu pomoc a predísť vyhoreniu. Každá odborníčka má svoje spôsoby, ako realizuje psychohygienu.

Ak v tomto smere hľadáte inšpiráciu, prinášame niekoľko tipov a odporúčaní:

- 1) Supervízie a intervízie** prinášajú priestor na reflektovanie svojej práce s klientkami, získavanie nových perspektív a prípadné riešenie etických otázok.
- 2) Hranice** medzi pracovnou a osobnou sférou a udržiavanie profesionálneho odstupe od klientiek zabezpečujú dostatok času na oddych, starostlivosť pre seba a svoj osobný život.
- 3) Životný štýl** prispieva k udržiavaniu fyzického a duševného zdravia. Zahŕňa napríklad pravidelný spánok, nutričnú stravu, pohyb pre radosť či relaxáciu.

- 4) Rozvíjanie emočnej inteligencie** podporuje našu schopnosť rozpoznávať a regulovať svoje vlastné emócie. Umožní nám to lepšie zvládať napätie a emócie, ktoré sa v nás môžu objavovať pri práci s klientkami.
- 5) Sociálna podpora** je aj prácu psychologičiek veľmi dôležitá – aj keď má človek vlastnú prax, nemal by byť sám. Je prínosné udržiavať blízke vzťahy s inými psychologičkami a kolegyňami, diskutovať s nimi o svojich skúsenostiach a pocitoch. Nemajme tiež obavy požiadať kolegov o radu alebo podporu, ak sa cítime byť preťažení alebo potrebujeme pomoc.
- 6) Rozvoj profesionálnych zručností a sebarozvoj** by mal byť kontinuálnou súčasťou našej práce. Je potrebné vzdelávať sa v odbore, ktorý stále vedecky napreduje, rozvíjať svoje profesionálne zručnosti a vedomosti o ďalšie alebo nové terapeutické prístupy a techniky. Vhodné je mať aj vlastnú psychoterapiu, v rámci ktorej spoznávame sami seba.
- 7) Vyvážená pracovná záťaž** je pre každého individuálna, ale náš pracovný výkon by mal byť nastavený tak, aby sme v krátkom čase nevyhoreli.
- 8) Poznať svoje limity** je kľúčová zručnosť pre odborníčky z rôznych sfér. Mali by sme si pravdivo reflektovať svoje obmedzenia, limity, dosiahnuté zručnosti a vzdelanie, ako aj rozpoznať problematiku, ktorá prekračuje naše odborné schopnosti.

Supervízne procesy

Priemerná liečba PPP trvá 5 – 7 rokov a nie je ľahká ani pre klientky, ani pre odborníčky, ktoré ho na ceste k uzdraveniu sprevádzajú. Počas liečby môžeme u klientiek pozorovať opakované zhoršovania symptómov či ambivalenciu v tom, či sa chcú alebo nechcú vyliečiť. Meniaci sa postoj k motivácii v liečbe môže spúšťať aj u odborníčok rôzne pocity, myšlienky alebo otázky, ktoré je užitočné otvárať v bezpečnom prostredí supervízie.

Supervízia je metóda kontinuálneho rozvoja profesionálnych spôsobilostí pomáhajúcich odborníčok za pomoci kvalifikovanej supervízorky. Vytvára organizovanú príležitosť k reflexii aktuálnych pracovných tém a je jednou z najefektívnejších metód profesionálneho rastu. Supervízia je nástrojom pre optimalizovanie a verifikovanie správnosti postupov pri práci s klientkou, pomáha rozširovať alternatívne postupy a slúži rovnako ako účinná prevencia syndrómu vyhorenia. Využíva postupy, pri ktorých jednotlivci, tímy, skupiny a organizácie pracujú na riešení problémov prítomných v profesionálnych situáciách.

Supervízia nie je poradenstvo ani psychoterapia a jej cieľom je profesionálny vývoj supervidovanej osoby, ako aj blaho klientky. Je to predovšetkým vzdelávací proces zameraný na učenie supervidovanej, pričom supervízorky potrebujú mať na vykonávanie supervízie tréning (akreditované vzdelávanie) (Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov, n.d.). Supervízia by mala povzbudzovať, posilňovať, stimulovať a aj utešovať a upokojuvať supervidovaných. Jedine spokojná zamestnankyňa môže priniesť spokojnosť a nádej aj klientke. Pocit nádeje je totiž determinantom vo vzťahu odborníčka – klientka (Schavel, Tomka, 2010).

TÉMY V PORADENSKOM A TERAPEUTICKOM PROCESE LIEČBY PPP

Samotný proces psychologického poradenstva je veľmi individuálny, keďže závisí od konkrétnej klientky, jej zákazky, potrieb a tiež od psychoterapeutického výcviku danej odborníčky, jej vzdelania a nástrojov, ktoré sú jej prirodzené a ktoré využíva. Tento fakt sa zároveň nevyklučuje s tým, že si práca s osobami s poruchami príjmu potravy vyžaduje schopnosť pracovať s určitými témami a v určitom postupe, ktoré zohľadňujú psychický, fyzický stav klientky a komplexnosť ochorenia PPP, či spektra narušeného vzťahu k jedlu a narušeného sebaobrazu. V tejto kapitole sumarizujeme proces psychologického poradenstva a témy, s ktorými odborníčky v liečbe PPP pracujú. Jednotlivé fázy procesu nemusia na seba nadväzovať v tomto uvedenom poradí, v čase sa prirodzene prekrývajú a dopĺňajú, a mali by byť prispôsobené individuálnym potrebám jednotlivých klientiek. Výnimku tvoria prvotné a ukončovacie témy a postupy poradenského procesu, ktoré majú svoje prirodzené opodstatnenie.

VYTVÁRANIE TERAPEUTICKEJ ALIANCIE

Základ akéhokoľvek terapeutického procesu je vzťah. Vzťah je liečivý a posilňujúci. Pre túto fázu poradenského procesu, ktorá stojí na úplnom začiatku, je charakteristické budovanie dôvery a vzťahu medzi klientkou a psychologičkou. Terapeutický vzťah dokáže podporiť aj motiváciu v liečbe klientky, poskytnúť korektívnu skúsenosť a nasýtiť niektoré potreby klientky. Zvlášť u našej cieľovej skupiny považujeme za dôležité preskúmať a pracovať s náhľadom na ochorenie a skutočnou vnútornou motiváciou klientky k liečeniu. Podporujeme klientku v tom, aby vnímala a zažívala samu seba ako aktívnu účastníku a hýbateľku poradenského procesu a zároveň, aby porozumela role psychologičky v tomto procese. Od začiatku spolupráce je dôležité s klientkou pracovať na podpore jej aktívneho a zodpovedného postoja v procese liečenia, klásť dôraz na jej silné stránky a jej nenahraditeľný diel v terapeutickej spolupráci, pretože nikto sa za ňu nevyľieči. Úlohou psychologičky je sprevádzať, podporovať, usmerňovať, s vedomím vlastných limitov a hraníc, kompetencií seba, ale aj služby, v rámci ktorej je pomoc poskytovaná. Tému budovania terapeutického vzťahu, láskavosti a vzťahovosti ako takej vnímame pri práci s našimi klientkami ako centrálnu dôležitú a nosnú po celú dobu poradenského procesu.

HLAS PPP

PPP sa môže prejavovať ako tzv. „Hlas“ (v angličtine „Eating Disorder Voice“). Ide o vnútorného kritika, resp. hlas a myšlienky ochorenia, ktoré človek s PPP počúva, poslúcha a v priebehu liečby s ním vedie dialóg. Hlas ochorenia súvisí aj s egosyntónnym prejavom ochorenia. Ide o konštantný, veľmi kritický až toxický vnútorný dialóg, ktorý človek zažíva v dôsledku ochorenia a s ktorým sa vnútorne

stotožňuje. Vo fáze prekontemplácie (viac v kapitole Motivácia) tvorí ochorenie a človek „jedno“, dokonca môže ochorenie osobnosť človeka akoby prekryvať. Samotná klientka nerozlišuje medzi sebou a ochorením, myšlienky choroby vníma ako vlastné.

Hlas sa prejavuje myšlienkami, ktoré niečo prikazujú/zakazujú/vyčítajú, znejú hnevľivo, niekedy ako krik. Môžu urážať, vyhrážať sa, devalvovať, vytvárať katastrofické scenáre. Klientky popisujú tento kritický hlas napríklad takto:

- Si absolútne nič, úplná nula!
- Ako môžeš jesť taký humus?! Budeš škaredá, budeš úplné zlyhanie, lenivá, rozmaznaná, tučná, nechutná!
- Všetkým spôsobuješ iba problémy, bolo by lepšie, keby si vôbec neexistovala.
- Toto chceš zjesť?! Vieš, koľko to má kalórií? Keď prídeš domov, okamžite to musíš vycvičiť!
- Aj tak to nedokážeš, nezvládneš jesť viac. Nutričná špecialistka s tebou iba stratí čas a opäť všetkých sklameš.
- Bezo mňa budeš odporná, tvoje telo bude veľké, mľandravé, budeš sa cítiť hrozne.
- Všetci ti len klamú, chcú, aby si pribrala.
- Schudla si? Dobre, vidíš, že sa to dá. Ale dá sa ísť ešte nižšie. Stále to nie je také, aké by to mohlo byť.



Klientky slovám Hlasu veria, je súčasťou ich mindsetu (viac o mindsete PPP nájdete v ďalšej kapitole). Neuposlúchnutie Hlasu spôsobuje úzkosť, ruminatívne vyčítavé myšlienky a býva impulzom ku kompenzáciám. Je dôležité tento Hlas validovať a upokojiť klientku (a prípadne aj jej rodinu), že nejde o symptóm iného psychotického ochorenia, ale o normálnu súčasť psychopatológie PPP. Ukazuje sa, že silnejší Hlas sa zvykne spájať s nižším BMI, a čím je Hlas na človeka hrubší, tým je aj ochorenie závažnejšie. Hlas má silnú, negatívnu a všemocnú povahu. Práca s Hlasom pomocou vzťahových a interpersonálnych prístupov má potenciál zlepšiť klinické a liečebné výsledky u klientiek s PPP (Aya a kol., 2019).

V liečbe PPP využívame prácu s externalizáciou a externalizačný jazyk (jedná sa o proces symbolického oddelenia klientky od symptómov PPP, a teda aj od Hlasu). Umožňuje nám to podporiť náhľad klientky na ochorenie, jeho symptómy, vznik, dlhodobé fungovanie, vplyv a dopady na život. Tým, že ochorenie externalizujeme a dávame mu patričnú váhu a zmysel, stáva sa zároveň niečím oddeleným, niečím, s čím sa dá nárábať.

Externalizácia ochorenia pomáha aj pri práci s ambivalenciou, ktorá je prítomná počas celej liečby. Nie každý Hlas počuje, a preto ani táto technika nemusí vyhovovať každej klientke, avšak z našej skúsenosti ju odporúčame používať (po individuálnom zhodnotení) pri väčšine klientiek.

Pri práci s klientkami s PPP sa osvedčuje hovoriť o „zdravej časti“ a „časti seba s ochorením“. Pomenovania môžu byť podľa voľby klientky (niektoré klientky s mentálnou anorexiou ju napríklad nazývajú „Andželina“, iné „Anča“, niektoré použijú, naopak, mužský rod atď.). V časti s ochorením, resp. v deštruktívnej časti dominuje Hlas, kým v zdravej časti dominuje hlas klientky samotnej – zdravie, motivácia, ciele do života, vôľa liečiť sa.

Vzťah medzi klientkou a kritickým Hlasom sa štandardne počas liečby mení. Táto zmena môže mať rôzne fázy, napríklad:

- 1) Dôverné kamarátstvo, keď Hlas stelesňujúci ochorenie predstavuje pomocníka.
- 2) Bezmocnosť – uvedomenie si potenciálnej škodlivosti Hlasu, avšak s akceptáciou bezmocnosti a submisivity voči nemu: „Ubližuješ mi, ale potrebujem ťa a poslúchnem ťa, lebo možno vieš, čo je pre mňa dobré, a ak to tak aj nie je, nevládzem inak.“
- 3) Hnev na Hlas – súvisí so získavaním náhľadu na situáciu a uvedomením si negatívnych dopadov ochorenia a obmedzení, ktoré z neho vyplývajú.
- 4) Strach z opustenia Hlasu – snaha o vymanenie sa spod dominancie a kontroly Hlasu sa prelína so strachom zo života bez neho.
- 5) Nostalgia – náročnosť liečby a únava prináša nostalgické momenty s túžbou po návrate k sile Hlasu.
- 6) Slabnutie Hlasu – čím dlhšie komplexná liečba trvá a stav človeka sa zlepšuje po psychickej, fyzickej aj sociálnej stránke, víťazstvá nad Hlasom sú častejšie a Hlas stráca svoju silu – jeho prejavy, dopady aj „hrúbka“ sú slabšie.
- 7) Sloboda – Hlas počuť čoraz menej, až sa môže celkom vytratiť, resp. pretransformovať do role kritika, pričom klientka si začína budovať aj jeho „oponenta“, sebasúciť.

Počas všetkých fáz, resp. počas celej liečby, je prítomná ambivalencia. Pre psychologičku je dôležité Hlas vnímať, rozprávať sa o ňom s klientkou, ale nerozprávať sa s Hlasom samotným. Podpora a akceptácia deštruktívnej časti nás vždy dovedie v liečbe do pasce. Je potrebné kongruentne klientke reflektovať tieto jej časti a opakovane

sa vracat' k jej zdravému ja. V liečbe nevyjednávame s chorobou, vďaka čomu ukazujeme nielen chorobe, ale aj klientke samotnej, že Hlas má svoje hranice a nemôže manipulovať. Keďže klientku podporujeme v budovaní sebasúcitnosti, aj pre odborníčku je dôležité vnímať klientku súcitne. Súcit pociťujeme k jej zdravej aj chorej časti, nie však k chorobe.

Pracovať s Hlasom sa dá rôznorodými technikami.

Odporúčame napríklad:

- viesť klientku k rozlišovaniu vlastného hlasu a myšlienok od posolstiev Hlasu,
- pýtať sa na to, čo Hlas hovorí, rozprávať o tom nahlas, vďaka čomu sa klientka môže na dialóg vo svojej hlave pozrieť s odstupom, s nadhľadom a bez úzkosti a výčitiek,
- zachytiť s klientkou konkrétne odkazy, ktoré Hlas vysielala a následne ich vyvracať faktami, spochybňovať ich pravdivosť, prerámcovať ich,
- hľadať s klientkou, čomu prítomnosť Hlasu slúži – aké neuspokojené potreby, aké emócie, aké emočné zranenia za sa prítomnosťou Hlasu skrývajú?
- dať Hlasu konkrétne meno,
- nakresliť si ho alebo iným spôsobom symbolicky stvárniť,
- viesť klientku k asertívnemu dialógu s Hlasom,
- skúsiť s klientkou zosmiešniť/vysmiať jeho posolstvá (ako súčasť rozhovoru, nikdy nedevalvujeme presvedčenia Hlasu ani klientky),
- viesť klientku k náhľadu na Hlas ako na násilníckeho partnera, ktorý sa snaží preberať kontrolu, chce klientku ovládať a na viacerých úrovniach jej ubližuje a nehovorí pravdu,

- cez rozhovor podporiť porozumenie, odkiaľ sa presvedčenia Hlasu nabrali, či v tých slovách klientka niekoho počuje,
- v neskorších fázach budovať sebasúcitný hlas ako protiváhu voči Hlasu a podporovať súcit aj voči Hlasu.

Vďaka poradenstvu či hlbinej psychoterapii sa dokáže klientka dívať na svoj dialóg s Hlasom s odstupom a lepšie porozumieť, ako funguje. V neskorších fázach liečby podporujeme klientku k integrácii oboch svojich častí. Klientka si tak môže uvedomiť, že ocenenie, láskavé slová, prijatie a pocit dostatočnosti, ktoré chcel počuť a dostať od choroby, čo to stále sľubovala, ale nikdy neposkytla, vlastne celý čas chcel od seba.

MINDSET PPP

Význam terapeutickéj práce so škodlivými vzorcami myslenia pri klientkách s PPP tkvie hlavne v identifikácii a adresovaní týchto vzorcov, čo je jeden z prvých krokov k dlhodobej zmene myslenia. Prácou s kognitívnymi skresleniami klientkam môžeme pomôcť lepšie pochopiť, ako ich myšlienky ovplyvňujú ich správanie a emócie, a umožní nám to ďalej pracovať na posilnení pozitívneho vnímania tela a sebahodnoty klienta. Viac o práci s kognitívnymi skresleniami píšeme v ďalších kapitolách.

Ľudia s nízkou sebahodnotou a negatívnym vnímaním vlastného tela môžu byť náchylnejší k rozvoju PPP, pretože môžu vkladáť veľmi veľký dôraz na svoju hmotnosť a vzhľad ako základný zdroj svojej hodnoty. Špecifikom PPP je, že hodnota človeka výrazne závisí od schopnosti kontrolovať svoju hmotnosť a stravovanie. Pokiaľ sa mu to darí (napr. dodržiavať pravidlá stravovania, chudnúť, udržiavať si nízku váhu, teda hladovať), má pocit kontroly, sily a dostatočnosti. Naopak, pri upustení od týchto vzorcov prichádzajú výčitky, pocit zlyhania a silná úzkosť. Porozumenie tohto nastavenia môže byť pre klientku veľkou pomôckou.

Presvedčenie, že som hodnotná, keď mám svoju hmotnosť a stravu pod kontrolou, je súčasťou tzv. **Eating Disorder Mindset** – teda **mindsetu PPP**. Je to súbor hlbokých presvedčení, na základe ktorých vnímame a interpretujeme seba, naše správanie, ciele, vzťahy a fungovanie sveta konkrétnym spôsobom. Vytvára pre myslenie človeka akýsi „filter“, ktorý každý zážitok prispôsobí nášmu mindsetu.

Napríklad mladé dievča, ktoré je v liečbe MA, od sestry počuje, že vôbec nepomáha s domácimi prácami a je lenivá. Kvôli PPP mindsetu si klientka slovo „lenivá“ prepája s obrazom tučnosti a poznámku od sestry počuje ako „si tučná“, čo v klientke vyvolá úzkosť a neschopnosť pozrieť sa na situáciu s nadhľadom. Tieto asociácie mindsetu sa vytvárajú na základe životných skúseností (detstvo, dospelosť) a sú ovplyvňované situáciami, ktoré sme zažili, názormi druhých ľudí, pozorovaním sveta okolo seba a tiež vplyvom sociokultúrneho kontextu (spoločenská idealizácia štíhlosti), médií a online sveta.

Problémom takéhoto mindsetu je, že skresľuje realitu, v ktorej človek funguje neustále, bez ohľadu na to, v akej situácii sa práve nachádza. Postoje vyplývajúce z mindsetu môžu byť napríklad (Fursland a kol., 2010):

- „Iba štíhli ľudia sú úspešní.“
- „Ľudia ma budú rešpektovať, ak budem chudá.“
- „Ľudia s nadváhou nemajú (kvalitné) vzťahy.“
- „Musím schudnúť, aby ma považovali za príťažlivú.“

Pre prácu s týmito presvedčeniami sa ako efektívne javí byť preskúmavanie, kedy vznikli, aké spomienky, pocity a skúsenosti sa k nim viažu, pozrieť sa na ne s nadhľadom a hovoriť o tom, či ich možno skutočne paušálne uplatniť na všetkých. Spoločne s klientkami môžeme logicky a realisticky spochybňovať konkrétne myšlienky a pomaly pracovať na prijatí svojich odmietaných aspektov a častí. Kľúčové je viesť klientku k preskúmavaniu vlastnej sebahodnoty (kto som, kým som, čo určuje moju hodnotu, čo ju ovplyvňuje) a k prepojeniu vlastnej hodnoty s vnútornými aspektmi psychického života, aby

dokázala opustiť vonkajšie prívlastky, ktoré v jej vnímaní dominujú (teda zameranie na vzhľad a hodnotenie druhými). Spoznávanie seba, svojej identity a vlastností, silných stránok ako aj negatívnych vlastností, v celej komplexite, podporí klientkinu akceptáciu samej seba. Ďalej môže byť užitočné s klientkou preskúmať napríklad jej predstavy o tučnote, štíhlosti a o tom, čo jej tieto prívlastky reprezentuje, alebo aj obsah, ktorý konzumuje na sociálnych sieťach, internete a všeobecne v médiách. Užitočné býva tiež aplikovať aj všetky postupy, ktoré spomíname pri práci s kognitívnymi skresleniami či emocionalitou.

MOTIVÁCIA

Rozhodnutie vyliečiť sa z poruchy príjmu potravy je často jedným z najťažších rozhodnutí, ktoré človek vo svojom živote urobí. Je to preto, že uzdravenie z tohto ochorenia si vyžaduje uskutočňovanie veľkého počtu náročných zmien. Ambivalencia je častým stavom klientiek v procese liečby. Tento stav odzrkadľujú protichodné pocity, potreby a túžby – na jednej strane sa klientka chce zotaviť, ale na druhej strane chce zostať chorá. Dôvodov je viacero, patria medzi ne napríklad:

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

Takže hoci sú chvíle, prípadne obdobia, keď si ľudia s PPP uvedomujú, že sú pripravení vystúpiť z cyklu porúch príjmu potravy a aktívne na tom pracujú, v ďalšom momente alebo období si môžu

myslieť, že by bez tohto správania nedokázali žiť. Ambivalencia môže vytvárať kolísavú úroveň záujmu o vyhľadanie liečby alebo o pokračovanie v liečbe. Pre mnohých ľudí môže byť myšlienka na vykonanie všetkých potrebných zmien v procese uzdravovania sa sklúčujúca, pričom predstava zotrvania v komfortnej zóne zdá byť jednoduchšia a bezpečnejšia, aj keď to znamená zostať chorý. Hodnota štíhlosti a toho, čo reprezentuje, býva hlavne pre klientky s mentálnou anorexiou v akútnom stave ochorenia často dôležitejšia a významnejšia, než negatívne dopady PPP na ich život.

Kolísanie medzi túžbou zmeniť sa a túžbou zachovať si svoje neusporiadané návyky môže byť mätúce pre jednotlivca aj jeho blízkych. Ambivalencia je však v súvislosti s liečbou porúch príjmu potravy nielen normálnou, ale je očakávanou súčasťou procesu. Je dôležité pre odborníčky pracujúce s PPP, aby porozumeli ambivalencii a mali v rukách nástroje, ako s ambivalenciou a odporom pracovať. Vďaka tomu je možné predísť možným negatívnym dôsledkom, ako je odmietnutie vyhľadať pomoc, ukončenie liečby alebo relaps (Central coast treatment centre, n.d.). Z našej praxe vnímame ako veľmi užitočné práve Motivačné rozhovory.

Je dôležité otvárať s klientmi tému ambivalencie a pocity, ktoré s ňou prichádzajú. Je vhodné, aby klientka vedela, že takéto prežívanie je počas liečby úplne v poriadku a že sme tu pre ňu, aby sme tieto pocity preskúmavali. V spolupráci môžeme s klientkou preskúmavať jej predstavy uzdravenia, ktoré bývajú ovplyvnené obavami, katastrofickými scenármi a strachom. Na predstavu života v uzdravení negatívne vplyva aj Hlas ochorenia (viac o Hlase píšeme v kapitolách nižšie).

Medzi niektoré objektívne benefity liečby a uzdravenia, ktoré s klientkou môžete pomenovať, patrí zlepšená nálada a menej úzkosti, lepšie vzťahy a hlbšie spojenie s priateľmi a rodinou, oslobodenie sa od nutkavého správania, ktoré človeka ťahá k tajnostkárstvu a klamstvám, spôsobuje pocity hanby a zúfalstva, schopnosti venovať sa svojmu každodennému životu bez neustáleho premýšľania nad svojím telom, jedlom, hmotnosťou, cvičením a podobne.

Je mnoho ďalších objektívnych benefitov, ktoré môžeme ako odborníčky u klientiek vnímať. Dôležité je hľadať ich dôvody spoločne, sprevádzať klientky k tomu, aby na ne samé prichádzali a slobodne ich pomenovali. Niekedy pomáha zapísať si tieto dôvody aj na papier, napríklad počas spoločnej terapeutickej práce formou štandardného Formulára rozhodovania, a neskôr sa k týmto dôvodom vrátiť, keď bude Hlas choroby silný a bude sa snažiť klientku presvedčiť o tom, že nestojí za to snažiť sa.

Model zmeny Prochaska a DiClementeho

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

- 1) Neexistuje klientka a situácia, u ktorej a v ktorej by nebolo možné využiť žiadnu terapeutickú intervenciu.
- 2) Primeraná intervencia sa odvíja od situácie klientky a posúva ju do ďalšieho štádia. Neprimeraná intervencia vychádza z prania odborníčky a môže vývoj klientky blokovať alebo zapríčiniť odchod z procesu.
- 3) Relaps sa môže dostaviť kedykoľvek a je dôležité zaistiť, aby spôsobil čo najmenej škôd (Kalina, 2015).

Prvú fázu modelu, **prekontempláciu**, by sme mohli nazvať aj fázou „nemám žiadny problém“. Je to fáza, ktorá predchádza akémukoľvek uvažovaniu o zmene. V tomto okamihu z pohľadu klientka ani neuvažuje o tom, že by niečo vo svojom živote zmenila alebo ako by to dosiahla. Začínajú sa k nej však dostávať prvé signály, že niečo

nie je v poriadku. Tie prichádzajú externe, čiže z okolia. Napríklad od priateľov alebo rodiny, ktorí si všimnú, že sa stav ich blízkej osoby zhoršil. Tým, že v tejto fáze klientka ani neuvažuje o zmene svojho správania, môže existenciu symptómov popierať. Medzi intervenčné stratégie patrí aktívne počúvanie, vyjadrenie empatie a akceptovanie odporu klientky namiesto jej odmietania. Personalizované úlohy môžu zahŕňať požiadanie klientiek, aby prehodnotili svoje správanie analýzou rizík svojho konania a určením prípadných výhod zmeny.

Druhou fázou je premýšľanie o zmene, teda **kontemplácia**. Je to fáza, v ktorej si klientka uvedomuje svoju nespokojnosť so situáciou, ale ešte len zbiera motiváciu na aktívne konanie. Je to fáza zvažovania rôznych pre a proti, zbierania síl alebo čakania na rozhodujúci impulz, ktorý klientku posmelí k činom. Zmena je náročná, a preto môže táto fáza trvať rôzne dlho. Kľúčovou formou podpory v tejto fáze je vzbudzovanie nádeje v schopnosť klientky pokračovať. Účinné intervencie v tejto fáze môžu zahŕňať otázky o presvedčení klientky, ktoré pomáhajú hlbšie pochopiť jej správanie. Nápomocné môžu byť aj otázky o možných prekážkach zmeny. Klientky môžu získať silnejší zmysel pre cieľ, ak ich požiadame, aby zvážili výhody a nevýhody súčasného správania, ako aj výhody a nevýhody zmeny (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2018).

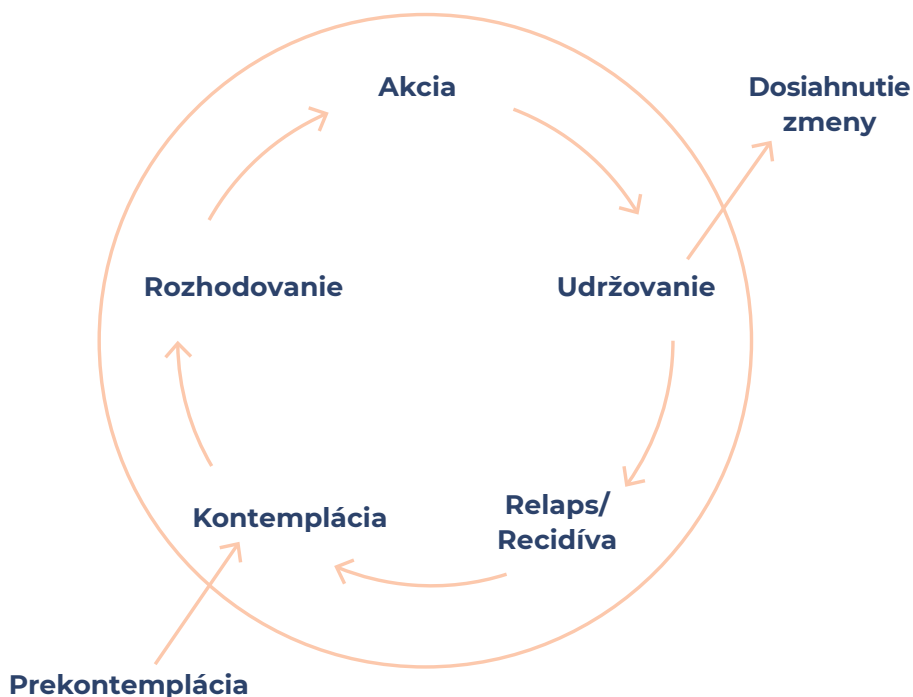
Tretia fáza je fáza **rozhodovania** alebo **prípravy**, keď sú klientky ochotné urobiť malé kroky vpred. Taktiež klientka začína skúmať možnosti a plánovať spôsoby, ako zmenu dosiahnuť. Tým, že si klientka ujasní, akú zmenu chce uskutočniť a prečo, lepšie si uvedomí svoje potreby, vďaka čomu môže lepšie mobilizovať zdroje vlastnej motivácie. Stanovenie malých, dosiahnuteľných cieľov je pre klientky v tejto fáze veľmi dôležité. Strategické úlohy môžu zahŕňať identifikáciu zdrojov, podpory a zručností, ktoré môže klientka využiť, a potom jej môžeme pomôcť vo vytvorení plánu na ich dosiahnutie. Podporujte sebestačnosť klientky a jej rozhodnutie k zmene. Klientky v tejto fáze potrebujú aj pomoc pri realistickom posúdení úrovne svojich ťažkostí. Zváženie potenciálnych problémov a nástrah môže klientom pomôcť určiť riešenia a vopred sa na ťažkosti pripraviť. Pokiaľ

v tejto fáze klientka postúpi smerom k činom, proces zmeny pokračuje. Pokiaľ nie, vracia sa späť do fázy kontemplácie. Úloha odborníčky vo chvíli, keď bolo učené rozhodnutie, nespočíva v motivovaní, ako vo vyhľadávaní konkrétneho postupu pre klientku tak, aby bol prijateľný, dostupný, správny a efektívny (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2018).

Štvrtá fáza **akcie** je momentom aktívnej realizácie zmeny. To, o čom sme doteraz s klientkami premýšľali a plánovali, teraz začínajú aktívne uskutočňovať. Túto fázu charakterizuje uspokojenie z toho, že sme sa vydali novou cestou. Keď sa klientky stávajú aktívnejšími, odborníčky preberajú menej aktívne úlohy. Intervenčné stratégie v tejto fáze zahŕňajú pravidelné prehodnocovanie motivácie, zdrojov, pokroku klientky a oceňovanie úspechu. Potom, keď klientky získajú väčšiu sebadôveru a schopnosti, poskytujú odborníci ďalšiu podporu, rady a usmernenia podľa potreby (Prochaska, Norcross, DiClemente, 2018).

Po relatívne krátkom čase prichádza prechod do kľúčovej fázy celého procesu, do fázy **udržiavania zmeny**. Počiatočné nadšenie je utlmené, ale zmena ešte nemala čas a priestor na pevné zakorenenie sa. Motivácia v tejto fáze môže klesať. Okrem kladných stránok zmeny, ktoré klientky motivovali k započatiu liečby, sa čoraz viac prejavujú náročné aspekty celého procesu. Niekedy to znamená nútiť sa dodržiavať plán, čo v niektorých okamihoch vyžaduje veľa síl a môže viesť k nárastu nepríjemných pocitov, napätia a únavy. Ak túto krízu motivácie vopred predvídame a zároveň o tom edukujeme aj klientku, zvyšujeme tým ich pripravenosť na to, že zmenu zvládnu a nové návyky si udržia dostatočne dlho na to, aby sa stali pevnou súčasťou ich životného štýlu. Motiváciu môžete u klientky podporiť napríklad aj napísaním podporného listu pre náročné chvíle, aby si mohla vtedy pripomenúť, prečo sa rozhodla proces liečby podstúpiť. Ľudia zvyčajne zostávajú v tomto štádiu až 5 rokov (Miller, Rollnick, 2004), pretože sa zvyšuje sebadôvera v udržanie ich nového životného štýlu a znižuje sa strach z relapsu. Dôležité je tiež podporovať myslenie, že prípadný relaps je len menším neúspechom, nie zničujúcim zlyhaním, a zároveň je vhodné pripomínať, že zotavovanie sa z PPP nie je lineárne.

Neoficiálnym šiestym štádiom zmeny je **recidíva**. Hoci ukončenie alebo završenie zmeny je konečným cieľom DiClementeho a Prochaskovho modelu štádií zmeny, recidívy sú v procese celoživotných zmien bežné. Klientky v tomto štádiu sa vrátili k starému správaniu a ľahko ich spoznáme podľa frustrácie, sklamaní alebo pocitu zlyhania. Intervenčné stratégie a úlohy zahŕňajú destigmatizáciu a normalizáciu pojmu relaps, pomoc klientke identifikovať príčinu a vypracovať plán, ako sa tomuto spúšťaču v budúcnosti vyhnúť. Obnovenie sebadôvery klientky si môže vyžadovať opätovné začatie procesu zmeny v skoršej fáze, ako je uvažovanie, príprava alebo konanie. Kľúčom k úspechu vo fáze relapsu je pomôcť klientkam prehodnotiť ich podporu a zručnosti a potvrdiť ich záväzok k cieľom. Príležitosť učiť sa získaná recidívou veľmi často posilňuje odhodlanie klientky a zvyšuje šance na celoživotnú zmenu (Wagener, Much, 2010).



UZDRAVENIE A FÁZY LIEČBY

V Chuť žiť veríme, že vyliečenie z PPP je možné, aj keď liečba nebude pravdepodobne jednoduchou a krátkodobou záležitosťou. Budú chvíle, keď budú klientky cítiť nádej a motiváciu, no prídu aj také, kedy im bude dochádzať trpezlivosť alebo budú mať chuť to vzdať. Costin a Grabb (2013), vyštudované odborníčky, ktoré majú s ochorením zároveň aj osobnú skúsenosť, hovoria, že mali počas liečby mnohokrát pocit, že sa im nikdy nepolepší. Niekedy sa im to zdalo príliš ťažké a niekedy nemožné, no sú jednými z dôkazov, že to možné je.

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

Uzdravenie si vyžaduje dlhý čas a veľa práce, ale môže sa s odstupom času podľa Costin a Grabb (2013) ukázať ako jeden z najväčších triumfov v živote človeka. Uzdravenie nastáva vtedy, keď klientka dokáže akceptovať svoju prirodzenú hmotnosť a tvar tela a nemá sebadeštruktívny vzťah k sebe, jedlu alebo cvičeniu. V rámci uzdravovania si prechádza klientka viacerými štádiami, o ktorých hovoria aj Costin a Grabb (2013). Poznatky o tom, ako vyzerá tento proces a čo môžete vy aj klientka očakávať, býva vhodnou súčasťou psychoedukácie (o ktorej píšeme viac v kapitolách nižšie).

Fázy zotavenia sa z poruchy príjmu potravy a myšlienky, ktoré sa u klientky v danej fáze môžu vyskytovať, sú nasledujúce:

1) Nemyslím si, že mám problém.

(napojenie na model zmeny – fáza prekontemplácie)

- „Je to moje telo, tak ma nechajte na pokoji.“
- „Sú ľudia, ktorí sú oveľa chudší/jedia menej a ich nikto nerieši.“

2) Možno mám problém, ale nie je to také zlé.

(napojenie na model zmeny – fáza kontemplácie)

- „Nemám ešte podváhu.“
- „Vraciam len raz za čas.“
- „Ešte stále počas dňa jem.“
- „Moja lekárska prehliadka nepreukázala nič zlé, takže som v poriadku.“

3) Mám problém, ale je mi to jedno.

- „Viem, že vracanie nie je pre mňa dobré a škodí mi, ale zároveň mi pomáha, takže je mi to jedno.“
- „Mohol/mohla by som sa zmeniť, keby som chcel/chcela, ale nechcem.“

4) Chcem sa zmeniť, ale neviem ako a bojím sa.

(napojenie na model zmeny – fáza rozhodovania)

- „Chcem sa stravovať normálne, ale bojím sa, že priberiem.“
- „Chcem sa prestať prejedat', ale neviem prísť na to, kde začať.“

5) Snažila som sa zmeniť, ale nedokázala som to.

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

6) Viem zmeniť nejaké svoje návyky ale nie všetky.

(napojenie na model zmeny – fáza akcie)

- „Začal/a som jesť viac, ale neviem cvičiť menej.“

7) Viem zmeniť svoje správanie, ale nie svoje myšlienky.

- „Nedokážem prestať myslieť na jedlo a neustále sa prejedat.“
- „V hlave si stále dokola počítam kalórie a stále chcem schudnúť.“

8) Správanie aj myšlienky spojené s PPP miznú, ale stále sa niekedy zjavajú.

(napojenie na model zmeny – fáza udržiavania zmeny)

- „Celý týždeň sa cítim dobre, ale v strese sa vraciam k pôvodnému správaniu.“

9) Myšlienky a správanie spojené s PPP ma už neovplyvňujú.

- „Vo svojom tele sa cítim väčšinou v poriadku a môžem jesť veci, na ktoré mám chuť bez toho, aby som cítil/a silné výčitky a/alebo úzkosť.“

10) Som uzdravený/á.

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

Pre mnohých ľudí znamená uzdravenie ukončenie myšlienok, pocitov a správania súvisiacich s poruchou príjmu potravy a zlepšenie fyzickej a psychickej pohody. To môže znamenať napríklad opätovné zapojenie sa do spoločenských aktivít, koníčkov a každodenného života. Neexistuje žiadny pevne stanovený čas na uzdravenie sa a je bežné, že sa tento proces niekedy spomalí alebo zastaví, alebo že klientka zažije výpadky alebo recidívy v správaní a/alebo myšlienkach súvisiacich s poruchou príjmu potravy. Uzdravovanie sa je zriedka lineárny proces. Neúspechy môžu klientke a jej ošetrojúcemu tímu

umožniť identifikovať nové oblasti a zručnosti, na ktorých je potrebné pracovať. Nápomocné môže byť vnímanie uzdravenia ako procesu a nie ako konečného cieľa. Zameranie sa na uzdravenie ako na konečný bod môže totiž spôsobiť, že sa bude zdať neustále „mimo dosahu“ a môžu sa tým premeškať príležitosti na uznanie a oslavu doterajšieho pokroku (Wetzler a kol., 2020).

STRACH Z UZDRAVENIA A NÍZKA TOLERANCIA NEISTOTY

Strach z uzdravenia, známy aj ako „recovery avoidance“, je psychologický jav, ktorý sa môže vyskytovať u mnohých klientiek s PPP. Tento strach spočíva v tom, že ľudia s PPP môžu mať zložité pocity a obavy týkajúce sa procesu uzdravenia a návratu k vyváženému a zdravému stravovaniu a vzťahu k jedlu.

Zmena a strach z nej môžu byť pre klientku skutočne strašidelné. Ľudia majú prirodzenú tendenciu sa radšej držať známeho a môžu mať dojem, že ich PPP je oproti neistote prameniacej zo zmeny menším zlom alebo aspoň známym zlom (Fursland a kol., 2010).

Strach z uzdravenia môže byť silný a brániť jednotlivcom v hľadaní potrebnej pomoci a v liečbe. Je dôležité, aby sme tomuto strachu rozumeli a pomáhali klientkam postupne a citlivo zvládnuť aj takéto prekážky na ceste k uzdraveniu. V tomto nám môže byť nápomocný koncept postupného uzdravenia, pri ktorom sa klientky pomaly a bezpečne približujú k stravovaniu pred ochorením a postupne zisťujú, že strachy, ktoré ich brzdili, môžu byť postupom času prekonané.

Strach z uzdravenia môže súvisieť s mindsetom PPP, keďže sa predstava zdravého tela spája s tučnotou a tučnota s pocitmi osamelosti, výsmechu, bolesti, neúspechu, sebanenávisti, pohrdania a podobne. Je preto vhodné predstavu klientky o uzdravení otvárať

počas liečby a meniť zaužívané vzorce správania a katastrofické scenáre prameniace z mindsetu. Predstava straty ochorenia sa tiež môže napájať na spektrum ďalších tém, ktoré je vhodné otvoriť v rámci terapie, ako je napr. strach z dospievania, obava s prevzatia zodpovednosti, strach z neistoty, pocity bezmocnosti (“Ak sa vzdám maladaptívnych mechanizmov, ako zvládnem úzkosť?”).

Pokiaľ ochorenie dlho pretrváva, je vhodné myslieť na to, že pre človeka môže byť náročné predstaviť si život bez neho. Strach z uzdravenia môže byť natoľko silný, že limituje progres v liečbe.

Dôvody sú napríklad nasledovné:

- ľudia s PPP majú strach z nárastu telesnej hmotnosti, uvedený strach ovplyvňuje ich schopnosť pravidelne jesť, čo následne zvyšuje pravdepodobnosť reštrikcií v stravovaní, kompenzácií a záchvatového prejedania sa (Fursland a kol., 2010),
- klientky majú strach zo straty kontroly nad stravovaním a vlastným telom,
- PPP a ich symptomatika niekedy slúžia na zvládanie emócií, úzkosti a stresu a klientka (ešte) nemusí mať vytvorené iné, adaptívnejšie spôsoby zvládania,
- hrozba straty identity a sebahodnoty, klientka sa (ešte) nevie definovať iným spôsobom, PPP vníma ako jej súčasť,
- klientka ešte nemá dostatočnú sociálnu podporu ani vlastné vnútorné zdroje (kontakt so svojou zdravou časťou), aby prekonala strach z uzdravenia

V týchto prípadoch môže byť vhodné v terapeutickom procese adresovať nasledujúce oblasti:

- riešenie problémov s príjmom potravy sa musí stať prioritou v živote klientky, klientka môže mať prirodzene obavy pozastaviť alebo obmedziť svoje ďalšie aktivity v živote a venovať sa predovšetkým svojmu uzdraveniu,

- súčasťou a podmienkou zmeny je, aby si klientka naplno uvedomila závažnosť svojho problému a čelila mu,
- extrémne sebakritická klientka si ľahko nájde dôvody k obviňovaniu sa za to, že sa jej v liečbe nedarí lepšie, a v reakcii na to môže často vzdať všetko svoje doterajšie úsilie, preto je vhodné klientke ukazovať a oceňovať všetky jeho zmeny, ktoré dosiahla, a zisky z nich, nech sú akokoľvek malé,
- prehodnocovať klientkinu motiváciu k liečbe vďaka podrobnej analýze domnelých ziskov a strát zo zmeny, a pozitívnych a negatívnych dôsledkov súčasného stavu (Fursland a kol., 2010).

Nízka tolerancia neistoty je jeden z úzkostných prejavov ľudí s PPP. Je vhodné o tom počas poradenstva edukovať a podporovať klientkine zdroje a schopnosti a poukazovať na situácie, ktoré už dokázala prekonať aj bez PPP (napr. klientka sa vykričí do vankúša po hádke s partnerom namiesto záchvatu prejedania). Klientka by mala byť smerovaná k tomu, aby si počas liečby vytvorila nástroje, vďaka ktorým už PPP nebude potrebovať. Pozitívnym dopadom liečby tak môže byť, že sa naučí viac si dôverovať a spoliehať sa na svoje schopnosti.

PSYCHOEDUKÁCIA

Edukácia o ochorení, jeho vzniku, fungovaní, priebehu a dopadoch by sa mala týkať ako klientiek, tak aj rodičov a rodinných príslušníkov, ktorí často ochoreniu nerozumejú a sú vystrašení. Ochorenie prehľbuje a zvýrazňuje rizikové vzorce, s ktorými vie „zdravá rodina“ prirodzene pracovať, a preto je dôležité zapájať do liečby aj rodinných príslušníkov, pokiaľ je to čo i len trochu možné. Vďaka edukácii dotyční získavajú informácie, o ktoré sa môžu oprieť počas celého procesu liečby. Tie môžu ponúkať základnú navigáciu, ktorá pomáha sa orientovať v tom, čo sa práve deje a cítiť sa v tom pochopeným.

Edukácia prebieha ako súčasť poradenského procesu, vo všeobecnosti (mimo konkrétnych prístupov) nemá špecifické poradie.

Edukujeme napríklad v týchto oblastiach:

- vznik ochorenia a popis rôznych vhodných bio-psycho-sociálnych teoretických modelov, ktoré sa snažia objasniť vznik PPP (napr. Neurodevelopmental model of anorexia nervosa – Connan F.; Transdiagnostic model of FBT),
- priebeh jednotlivých PPP a ich charakteristické znaky,
- primerane veku priblížiť psychologické, emocionálne a sociálne rizikové faktory, ktoré môžu mať vplyv na vznik a/alebo udržiavanie týchto porúch,
- priblížiť proces liečby ako dlhodobý a individuálny proces, pomenovať nevyhnutné súčasti liečby, ktoré vedú k uzdraveniu (napr. navýšenie hmotnosti, pravidelnosť stravovania a dostatočný príjem a pod.) a zrealizovať očakávania či priblížiť život v uzdravení,
- opísať mindset PPP, Hlas PPP a úzkosť, ktorú klientka prežíva,
- princíp fungovania a efektu medikácie, ich možné pozitívne a negatívne dopady,
- priblížiť priebeh lekárskej starostlivosti (ambulantná liečba u psychiatra, hospitalizácia...) a pomenovať riziká a prínosy podpornej liečby, ktorú poskytujeme.

PRÁCA S EMOCIONÁLNYMI A KOGNITÍVNÝMI ASPEKTMI PPP

Porucha príjmu potravy komplexne ovplyvňuje život človeka – postihuje jeho kognitívne funkcie, vnímanie, emocionálny život, biologické fungovanie organizmu, no ovplyvňuje tiež vzťahy a sociálne zázemie jedinca. V liečbe PPP je dôležité adresovať všetky tieto roviny a klientku edukovať, podporovať ju v získaní nadhľadu nad svojím správaním a prežívaním, prehĺbiť jej porozumenie prečo ochorenie vzniklo a prečo sa udržiava, a rovnako ju podporiť v konaní nevyhnutných zmien. Vďaka edukácii a terapeutickému vzťahu zmocňujeme klientku a posilňujeme jej zdroje a schopnosti v úspešnej liečbe.

OSOBNOSTNÉ RYSY A PREDISPOZÍCIE

Nie je jednoznačne dané, ktoré konkrétne osobnostné rysy by mohli predisponovať človeka k PPP, ale existuje niekoľko charakteristík, ktoré môžu byť spojené s vyšším rizikom ich vzniku. Tieto charakteristiky neznameniajú automaticky vznik poruchy PPP, ale môžu zvyšovať náchylnosť človeka k nim, a následne aj k udržiavaniu ochorenia alebo k jeho opätovnému spusteniu.

Sú to napríklad:

- perfekcionizmus a tendencia k nemu,
- úzkostlivosť a depresívne ladenie,
- neflexibilita/rigidita,

- potreba kontroly a poriadku (tzv. obsedantné a kompulzívne tendencie),
- zameranie na výkon,
- nadmerná tendencia k pochybnostiam a opatrnosti, impulzivita.

Preskúvanie osobnostných rysov a predispozícií spolu s klientkami môžu viesť k získaniu náhľadu na ochorenie, k dôležitým emočne korektívnym momentom v liečbe, ako sú externalizácia ochorenia a znižovanie pocitov viny za ochorenie či k porozumeniu svojich potrieb a svojmu správaniu.

Je tiež pravdepodobné, že osobnostné rysy budú u klientky pretrvávať aj po tom, čo už symptomatika ochorenia nebude prítomná. Porozumenie tomu, aká som, môže klientku podporiť v akceptácii samej seba, a vytvorí sa tiež priestor na vypracovanie takého plánu prevencie relapsu, ktorý klientke poskytne individualizované nástroje na riešenie budúcich stresov a ťažkostí bez návratu k PPP. Osobnostné rysy a odporúčané intervencie sa môžu pri jednotlivých diagnózach mierne líšiť.

Mentálna anorexia

Ukazuje sa, že osoby s MA vykazujú vysokú úroveň osobnostnej črty tzv. vyhýbanie sa poškodeniu (z angl. harm avoidance), ktoré sa vyznačuje obavami, pesimistickým zmýšľaním, pochybnosťami a hanblivosťou, a vykazujú nízku mieru črty tzv. hľadania nových zážitkov (z angl. novelty seeking) (Fassino a kol., 2002). Užitočnými terapeutickými postupmi sa preto ukazuje byť vedenie týchto klientiek k osvojeniu pozitívneho vnímania a akceptácie samého seba a praktizovaniu takých zvládacích schopností, ktoré im pomôžu vyrovnať sa s obavami a pesimistickým myslením zdravým spôsobom.

U ľudí s MA sa ďalej zistilo, že majú zníženú úroveň črty sebariadenia (z angl. self-directedness), čo je schopnosť regulovať a prispôbovať svoje správanie aktuálnym okolnostiam alebo zvolenému cieľu (adaptované z Center for Discovery, 2021). V rámci

terapeutického procesu sa preto ukazuje byť užitočné posilňovať spomínaný rys osobnosti tým, že klientky vedieme k preskúmvaniu svojich problémov a ich základných príčin a vedieme ich k vytváraniu proaktívneho plánu na ich riešenie.

Ďalej sa výskumne ukazuje, že osoby s MA majú nižšiu úroveň rysu impulzivity (Bulik a kol., 1995). V terapeutickom procese preto môžeme posilňovať mieru impulzivity a spontaneity u klientky a, naopak, postupne meniť prísne pravidlá, režim a kontrolu. Vďaka tomu sa klientky naučia spoliehať sa na svoje schopnosti, akceptovať skutočnosť, že nemajú kontrolu nad všetkým, a môžu sa naučiť už viac nedodržiavať prísne pravidlá alebo očakávania, ktoré im vlastne neslúžia (Fassino a kol., 2002).

Mentálna bulímia

Ľudia s MB vykazujú podobne ako pri MA vysokú úroveň osobnostnej črty vyhýbania sa poškodenia, ale na rozdiel od nich vykazujú vysokú úroveň hľadania nových zážitkov (Fassino a kol., 2002). Ide o osobnostnú črtu, ktorá sa vyznačuje impulzívnym rozhodovaním, slabou mierou trpezlivosti, extravagantným prístupom k odmeňovaniu sa, vyhýbaním sa frustrácii a potrebou vyhľadávať novú a napínavú stimuláciu. Klientky s MB môžu v rámci terapeutického procesu čerpať z učenia sa sebaovládaniu. Ďalej pre nich môže byť nápomocné nájsť si také aktivity a záujmy, ktoré im prinášajú pocity odmeny a uspokojenia, ale pritom sú zdravé a nie škodlivé alebo extrémne (napr. dobrodružné športové aktivity, vystupovanie pred publikom, skupinové kvízy).

Diagnóza záchvatového prejedania sa

Pri osobách so záchvatovým prejedaním sa výskumne nepodarilo identifikovať jednoznačne definované osobnostné črty ako pri diagnózach MA a MB. Vyšlo však najavo, že títo ľudia vykazujú oproti bežnej populácii vyššiu mieru črty vyhýbania sa bolesti a hľadania nových zážitkov a zároveň vykazujú nižšiu mieru črty sebariadenia

(Grucza a kol., 2007). Ako prospešné sa preto ukazuje viesť tieto klientky k tzv. intuitívnemu jedeniu a k osvojeniu si pozitívnych zvládacích mechanizmov (napr. písanie si denníka, umelecká činnosť, športová aktivita alebo starostlivosť o seba).

KOGNITÍVNE SKRESLENIA

Pre klientky s PPP sú charakteristické vzorce myslenia, ktoré majú tendenciu byť negativistické, rigidné, perfekcionistické a na detail zamerané. Spúšťajú sa automaticky a môžu zohrávať dôležitú úlohu pri vzniku a udržiavaní PPP, keďže ovplyvňujú klientkine konanie, postoje, presvedčenia aj emočné prežívanie. Ich pretrvávajúce má súvis s manipuláciou s jedlom pri PPP, čo znamená, že v procese liečby môžu strácať na sile. Ich identifikácia a adresovanie spolu s klientkou je dôležitým bodom na ceste k uzdraveniu. Pri práci s kognitívnymi skresleniami odporúčame zameriavať sa viac na to, ako klientka premýšľa, než na to, čo konkrétne si myslí.

Kognitívne skreslenia bývajú vychýlené do negatívnej strany. Sú automatické, neprichádzajú ako výsledok logickej úvahy, súvisia s emóciami, ktoré klientka prežíva. Sú subjektívnou interpretáciou, nie faktom (o čom je vhodné klientku edukovať). Kognitívnych skreslení poznáme mnoho, pri ľuďoch s poruchami príjmu potravy sa najčastejšie vyskytujú nasledovné:

- **Čierno-biele myslenie:** Osoba vníma udalosti, svet aj samu seba čierno-bielo, často sa pohybuje medzi extrémami: ľudia sú buď chudí, alebo tuční, ja som dobrý alebo zlý človek, získam všetko alebo nič... Napríklad: „Už som si tú čokoládu dala, celý deň/režim zdravého stravovania som pokazila, už to aj tak dneska nemá zmysel, môžem sa prejesť...“ Toto myslenie môžeme veľmi často pozorovať u ľudí s bulimickou symptomatikou alebo u ľudí s históriou diét.

- **Generalizácia:** Presvedčenie, že jedna negatívna situácia vedie k predpokladu, že to rovnako zle dopadne zakaždým v budúcnosti. Myšlienky sa zvyčajne začínajú slovami „vždy sa mi...“ alebo „mne sa nikdy...“ Pri ľuďoch s PPP môžeme generalizáciu pozorovať napríklad pri práci s redukciou záchvatov prejedania sa, keď majú klienti tendenciu vyhýbať sa spúšťačom (napr. konkrétnym jedlám): „Vždy keď si dám keksík, sa určite záchvatovo prejem.“
- **Mentálny filter:** Ide o druh tunelového vnímania so zameraním na jeden aspekt situácie, pričom ignorujeme zvyšné faktory, napr.: „Pribrala som 2 kg, všetci si myslia, že som tučná a škaredá.“ Daná osoba pritom ignoruje skutočnosť, že dostala od viacerých kamarátov komplimenty za to, ako vyzerá.
- **Prehliadanie:** Pozitívne situácie sú ignorované, úspechy sú prisudzované náhode. „Zavolať mi určite len preto, lebo bol osamelý.“
- **Unáhlené závery:** Predpokladáme to najhoršie, aj keď na to zatiaľ nie je žiadny dôvod. Očakávame zlyhanie už pred tým, než by sme niečo skúsili. Myslíme si, že vieme čítať myšlienky druhých a vieme, ako sa nakoniec zachovajú. „Nehovoril so mnou, lebo videl, aká som tučná,“ alebo „Ak navýšim svoj kalorický príjem, budem priberať donekonečna.“
- **Katastrofické scenáre:** Osoba nafúkne určité veci/situácie do neprimeraných rozmerov a vníma ich ako hroznú, aj keď to neodzrkadľuje realitu: „Ak nezostanem štíhla, nikto ma nebude považovať za príťažlivú, všetci moji priatelia ma odmietnu a ja budem navždy v depresii,“ alebo „Urobila som chybu, som strašná – už sa tam nikdy nemôžem vrátiť,“ alebo „Nikdy sa nevylicím z bulímie, lebo dnes ráno som sa prejedla.“
- **Emočné odôvodňovanie:** Deje sa vtedy, keď sa začneme hodnotiť na základe toho, ako sa cítíme. Považujeme emócie za

fakty – myslenie typu: som nervózna, určite mi niečo hrozí. Napr.: „Cítim sa tučná = som tučná,“ alebo „Cítim sa nechutná, určite som pribrala.“

- **Mala by som/musím:** Ľudia s PPP si na seba vyvíjajú často nadmerný tlak, majú nerealistické očakávania voči sebe. Myslenie typu VŽDY (by som mala byť pokojná) a NIKDY (by som sa nemala nahnevať.) Napr.: „Mala by som byť lepšia dcéra,“ alebo „Nemala by som jesť žiadne sacharidy!“
- **Nálepkovanie:** Na základe jednej situácie sa nejako nazveme, onálepkujeme sa. Ľudia s PPP sa radi označujú hanlivými názvami. Napr.: „Som neschopná a hlúpa, lebo som dostala 3 z písomky.“
- **Personalizácia:** Neúspech prepisujeme sebe, viníme sa z toho bez ohľadu na kontext. Napr.: „Moji rodičia sa hádajú, lebo som hrozná dcéra.“
- **Zväčšovanie a minimalizácia:** Osoba zväčšuje pozitívne vlastnosti iných ľudí a minimalizuje tie vlastné, napr.: „Povedala, že som pekný, ale to sa nepočíta, keďže je milá ku každému.“ (Fursland a kol., 2010).

S kognitívnymi skresleniami sa dá pracovať s využitím viacerých techník. Napríklad:

- **zvedomovanie,**

- 1.** Vyvolávajúca situácia

(Môže to byť nejaká reálna situácia, prípadne spomienka, myšlienka) „*váha dnes ráno ukázala, že som pribrala 500g.*“

- 2.** Presvedčenia, myšlienky

(Čo som si pri tom myslela? Čo mi napadlo? Ak mi napadlo viacero vecí, podčiarknite myšlienku, ktorá je najťažšia pre nás,

ohodnotme, ako veľmi veríme tejto myšlienke: 0-100)
„Ak by som včera nezjedla tie chipsy, nestalo by sa to.“
„Som tlsté prasa.“
„Dnes môžem zjesť maximálne 1000kcal!“
Zajtra budem vážiť určite viac!

3. Dôsledky

(Opíšte, ako sa cítite, znova podčiarknite najsilnejší pocit a ohodnotte intenzitu pocitu: 0-100, opíšte, čo ste potom robili.)
„Som vystresovaná.“
„Som znechutená zo seba.“
„Cítim sa úzkostne.“ „Srdce mi bije silno.“
„Smutná.“
„Od rána som ďalej nič nejedla.“

4. Automatické negatívne myšlienky

Spoznávate nejaké typy myšlienkových skreslení? (Mentálny filter, katastrofizovanie, čierno-biele myslenie, prehnaná generalizácia, emočné zdôvodňovanie, označkovanie, atď.)
Unáhlené závery
Označkovanie
Musím/hesmiem

- **spochybňovanie:** (pýtanie sa otázok ako napr. aký mám dôkaz, že moja myšlienka je pravdivá? Aké iné alternatívne vysvetlenie by som na to mohla mať? Čo by si o tom myslel môj blízky človek? Aký dôkaz mám pre to, že by táto myšlienka mohla byť skreslená? Neexistujú nejaké ďalšie skutočnosti, ktoré prehliadam? Aký efekt má myslieť takto? Pomáha mi to alebo mi to skôr škodí? Akú chybu myslenia teraz robím? Čo môžem urobiť, aby sa to zmenilo?
- **preformátovanie:** pracovať na preformátovaní týchto vzorcov na základe pozitívnejších a realistickejších perspektív,

- **rozširovanie perspektívy:** poukazovať na široké pole možností, ktoré sa rozprestiera medzi krajnými pólmi (napr. medzi chudý-tučný, hladovanie-prejedanie sa),
- **podporovať realistický pohľad:** odhaľovať nerealistické ciele v stravovacích aj výkonových návykoch (Ožanová, 2023),
- **rozlišovanie:** viesť klientku k rozlišovaniu medzi emóciami a myšlienkami a zároveň poukazovať na ich prepojenosť,
- **zapísovanie:** učiť klientku viesť si Denník myšlienok s cieľom spochybňovať tie automatické vzorce myslenia, ktoré udržujú klientkino nadhodnocovanie stravovania, hmotnosti a tvaru postavy, s cieľom identifikovať tie vzorce myslenia, ktoré mu priamo spúšťajú záchvatové prejedanie sa alebo kompenzačné mechanizmy (Fursland a kol., 2010),
- **flexibilita:** podporovať schopnosť tvoriť kompromisy,
- **bezpodmienečné prijatie:** prijímať klientky aj s prániami, ktoré si ani ony samy ešte nedovoľujú uvedomovať,
- **figurovať ako vzor:** psychologička sama za seba môže byť pre klientku vzorom nedokonalosti a priemernosti (ľudský prístup).

ROZVOJ ZRUČNOSTÍ NA POCHOPENIE A ZVLÁDANIE EMÓCIÍ

U klientiek s PPP býva neistota v oblasti emocionality jedným zo základných problémov. Emócie vnímajú neisto, môžu ich mať zadelené ako „správne“ a „nesprávne“, preto niektoré pokrýva hanba a bývajú potláčané, chýbajú im často nástroje, ako im porozumieť, ako im čeliť a ako s nimi pracovať. Klientky s PPP zvyknú byť do väčšej či menšej miery desenzitizované a majú potiaže sa spoľahnúť na svoje vlastné emócie a pociťovanie, ako na formu navigácie, čo sa týka sociálnych interakcií a napĺňania svojich skutočných potrieb. Aby sme rozvíjali ich zručnosti na prácu s emóciami, môžeme využiť napríklad nasledovné postupy:

- učíme klientku rozpoznávať a regulovať svoje emócie tak, aby sa postupne minimalizovala jej potreba uchýliť sa k nepriaznivým stravovacím/kompenzačným vzorcom,
- klientky učíme rozpoznávať emócie nielen u seba, ale aj u druhých,
- kontejnujeme klientkine emócie, upokojujeme ju a podporujeme seba prijatie,
- ukazujeme a zdôrazňujeme rozdiel medzi emóciami a myšlienkami,
- v prípade klientiek, ktoré majú ťažkosti s pomenovaním emócií, dávame na výber zo základných emócií, a tiež im ideme príkladom, keď vnášame do terapeutického procesu vlastné prežívanie alebo to, ako by sme sa cítili na ich mieste ,
- využívame cvičenia s vyjadrovaním rôznych emócií (napr. hnevu, strachu),
- rešpektujeme a validujeme ich emócie, čo ďalej podporuje ich zážitok prijatia z našej strany.

STRES A ÚZKOSŤ

Ľudia s PPP majú výrazne zvýšené riziko vzniku úzkostných porúch, ako sú napríklad generalizovaná úzkostná porucha, fóbie, sociálna fóbia, OCD a posttraumatická stresová porucha (Pallister & Waller; Reyes-Rodriguez et al. in DeBoer & Smits, 2013). Približne 65 % ľudí s PPP spĺňa kritéria pre minimálne jednu úzkostnú poruchu, ktorá má tendenciu pretrvávať aj po vyliečení symptomatiky PPP (Adam began et al., 2012; Godart et al., 2003; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004; Klump et al., 2004; Swinbourne et al., 2012; Swinbourne & Touyz, 2007 in DeBoer & Smits, 2013). Úzkosť môžeme považovať za predispozičný faktor vzniku PPP, a PPP zase za komplexnú manifestáciu prítomnej úzkostnej vulnerability (DeBoer & Smits, 2013). Spolu s porozumením súvislosti medzi PPP a úzkosťou je nevyhnutné, aby sa úzkosť liečila zároveň s liečbou poruchy stravovania.

Spolu so senzitivitou voči úzkosti by v rámci intervencie mal byť adresovaný perfekcionizmus, strach z negatívneho hodnotenia a sebahodnota založená na kontrole vzhľadu a stravovania. Niektoré formy úzkostí môžu byť obzvlášť významné práve pri ženách s PPP, ktoré majú vyššie BMI (Sander, Moessner & Bauer, 2021). Čím závažnejšia je symptomatika PPP, tým výraznejšie sa u jednotlivcov prejavuje dysfunkcia emočnej regulácie, nízka sebadôvera, vysoký level perfekcionizmu. Tieto tri premenné môžeme zároveň považovať za faktory súvisiace so vznikom aj udržiavaním PPP (Sander, Moessner & Bauer, 2021).

Úzkosť úzko súvisí aj s kompenzáciami prítomnými v PPP. Manipulácia s jedlom a jeho zbavovanie sa slúžia ako krátkodobé, efektívne a maladaptívne spôsoby vyrovnávania sa s úzkosťou, výčítkami, pocitmi viny. Pre ľudí s PPP môže byť problém zvládať (intenzívne) emócie, ako sú napr. sklamanie, smútok, bolesť, strach, vina či hnev. Prežívanie týchto pocitov môže byť pre nich natoľko nepríjemné, že sa im snažia rôznymi **krátkodobými stratégiami vyhnúť** alebo sa ich zbaviť. Takýmito krátkodobými stratégiami môžu byť napr. binge eating, hladovanie, vracanie, excesívne cvičenie, zneužívanie diuretík,

pitie alkoholu, užívanie návykových látok, sebapoškodzovanie. Úľava, ktorá prichádza, je krátkodobá. Pre človeka s PPP sa však stáva esenciálnym nástrojom, ktorý si nechce nechať vziať.

Rozvoj zručností na pochopenie a zvládanie stresu a úzkosti má u ľudí s PPP napríklad aj tieto významy:

- môže klientkám pomôcť nájsť zdravšie spôsoby zvládania,
- môže pomôcť s identifikáciou stresových spúšťačov a minimalizovať faktory vyvolávajúce nezdravé správanie,
- pomáha klientkám zlepšiť ich psychickú pohodu a celkovú kvalitu života,
- podporuje predchádzanie relapsu tým, že sa klientka učí reagovať na stres a úzkosť zdravšie,
- je dôležité, aby klientky mali nástroje na zvládanie stresu a úzkosti aj po ukončení aktívnej liečby.

O týchto skutočnostiach je vhodné klientky edukovať. Ľudia s PPP často nevidia inú alternatívu zvládania úzkosti, stresu a záťaže, než s využitím PPP. V liečbe ich môžeme s klientkami hľadať a tiež ich podporovať v skúšaní týchto nových spôsobov.

Príklady spôsobov na zvládanie úzkosti

Existuje veľa všeobecných prístupov a techník na zvládanie stresu a úzkosti. Pri našej klientele odporúčame uvedené príklady:

- dýchacie cvičenia,
- ukotvovacie cvičenia, stabilizačné techniky,
- Progresívna svalová relaxácia a Autogénny tréning,
- rôzne techniky vychádzajúce z kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT),

- techniky mindfulness, riadená meditácia a relaxačné cvičenia,
- učiť klientku rozoznávať situácie alebo emócie, ktoré môžu viesť k prejedaniu sa alebo reštrikcii príjmu potravy, a hľadať s ňou spôsoby, ako sa týmto spúšťačom vyhnúť alebo ich lepšie zvládať,
- viesť klientky k tomu, aby si samy stanovovali a púšťali sa do rôznych výziev na prekonávanie svojich strachov (napr. strach z výšok, potápanie, zverejniť neupravenú selfie),
- podpora klientky pri hľadaní zmyslu a cieľov v živote.

KOMPENZAČNÉ MECHANIZMY

Kompenzačné mechanizmy zahŕňajú rôzne spôsoby, ktorými klientky s PPP kompenzujú svoj kalorický príjem (prejedanie sa, vyvolanie vracania, nadmerné cvičenie, reštrikcia v stravovaní, a iné), aby kontrolovali svoju váhu alebo zmierňovali pocity viny spojené so stravovaním. Pravidelným opakovaním tohto správania sa udržiava a upevňuje samotná PPP. Úzko súvisia so sebahodnotou a PPP mind-setom. Je potrebné pracovať nielen na odstránení kompenzačného vzorca (čo je, samozrejme, súčasťou procesu), ale aj na porozumení dôvodu, pre ktorý daný vzorec vznikol. V prípade, že u klientky pretrváva PPP mindset, strach z tučnosti a príberania, nezvládanie emocionálnej záťaže, perfekcionizmus, strach z negatívneho hodnotenia iných atď., môže sa stať, že sa kompenzačný vzorec iba zamení za iný a zmena tak nebude trvalá ani udržateľná. Vždy to treba oslovovať a prehodnocovať spolu s klientkou.

Pri práci so symptomatickou a maladaptívnymi zvládacími mechanizmami môže byť efektívne:

- identifikovať s klientkou konkrétne spôsoby, ktorými kompenzuje a kedy kompenzuje,

- viesť klientku k pochopeniu motivácie, prečo používa tie ktoré kompenzačné mechanizmy (napr. kvôli obavám o svoju hmotnosť, kvôli obrazu tela, sebahodnote alebo emocionálnej nepohode, úzkosti),
- vysvetliť, ako schematicky PPP funguje a akú rolu zohrávajú kompenzačné vzorce správania v udržiavaní ochorenia,
- edukovať o negatívnych dopadoch hladovania, vracania, binge eatingu, zneužívania laxatív/diuretík, sebapoškodzovania a podobne,
- poukázať na to, ako sa v čase mení intenzita úzkosti/impulzu a ako s nimi možno pracovať,
- aj s pomocou rôznych techník KBT hľadať a vytvárať zdravšie alternatívy k jeho kompenzačným mechanizmom, aktívne pracovať s odložením nutkania ku kompenzácii,
- pomáhať klientke rozpoznať a zmeniť negatívne myšlienky a presvedčenia, ktoré ho vedú ku kompenzáciám,
- pomáhať klientke pri vytváraní podporného rodinného a sociálneho prostredia,
- podporovať klientkinu schopnosť emocionálnej regulácie, napr. aj s pomocou mindfulness postupov (klientku učíme sústredene pozorovať, identifikovať a opisovať vlastné emócie, myšlienky a správanie nehodnotiacim a neodsudzujúcim spôsobom).

Ďalej uvádzame konkrétny príklad terapeutickej práce so schopnosťou emocionálnej regulácie a zvládaním vlastných nálad. Klientka v rámci nej spolu so psychologičkou veľmi podrobne písomne rozpracúva a venuje sa svojej konkrétnej aktuálnej alebo nedávnej emocionálnej reakcii (Fursland a kol., 2010):

- 1) Udalosť, ktorá vyvolala emóciu/e: *„Otec sa kvôli práci nemôže zúčastniť mojej stužkovej.“*
- 2) Interpretácie danej situácie (presvedčenia, predpoklady, myšlienky, očakávania): *„Príala by som si, aby otec odišiel skôr z práce, aby tam bol so mnou. Takmer nikdy sa nezúčastnil významných udalostí v mojom živote. Jeho práca je preňho pravdepodobne dôležitejšia ako ja.“*
- 3) Pocity/vnemy v tele: *„Cítim sa sklamaná a smutná. V hrdle mám hrču a oči sa mi plnia slzami.“*
- 4) Prejavy reči tela (mimika, držanie tela, gestá): *„Neusmievam sa, mám zvesené ramená, chce sa mi plakať.“*
- 5) Čo klientka povedala alebo urobila: *„Nerozprávam veľa, hovorím len to, čo musím, nechcem sa rozprávať.“*
- 6) Čo mala klientka chuť urobiť, čo chcela povedať: *„Najradšej by som otcovi vykričala, že mu na mne nezáleží a že sa kvôli nemu cítim mizerne, ako nula.“*
- 7) Následný účinok emócie/íi na klientkino fungovanie, stav mysle, správanie, myšlienky, telo: *„Cítim sa podráždene, pripomínajú sa mi situácie, keď tu pre mňa otec nebol. Vnímam, že odopretie si jedla by ma dokázalo upokojiť a dalo by mi pocit, že som silná a že mám svoje emócie a život pod kontrolou.“*
- 8) Funkcia emócie/íi: *„Potrebujem komunikovať smerom von, aby ma otec/niekto ďalší upokojil, a potrebujem počuť uistenie, že otcovi na mne záleží a že ma má rád.“*

SEBAOBRAZ

Pre klientky s PPP zvykne byť charakteristické, že:

- ich subjektívne vnímanie vlastného tela je často silno skreslené,
- majú kolísavý pocit sebahodnoty/sebalásky/sebaúcty – ľudia s PPP sú veľmi závislí od vonkajších faktorov, preto majú silnú potrebu uznania a obdivu zvonku,
- majú časté pocity viny a nadmernej/toxickej hanby,
- majú špecifický vzťah k telu, ktorý charakterizuje skôr odmietanie a „neobývanie“ vlastného tela,
- majú silného vnútorného kritika, ktorý sa často ozýva v snahe predísť kritike prichádzajúcej zvonku.

V poradenskom procese môžeme uvedené charakteristiky adresovať nasledovne:

- poskytovať klientke prijímajúci a rešpektujúci vzťah,
- pracovať na budovaní sebavedomia klientky nezávisle od fyzického vzhľadu (zo zameraním na vnútorné hodnoty – viac v kapitole Podpora identity klientky mimo PPP),
- podporovať vnímanie vlastného tela a jeho signálov (pohyby, dych, atď.), aby sa v ňom klientka cítila viac „doma“,
- cvičenia so samotným telom, kde telo alebo jeho časti prehovorí, pohyb, dotýkanie sa samého seba/hladenie sa,
- podporovať klientku v hľadaní nových ženských/mužských vzorov, koho si naozaj váži, čo si na ňom váži a prečo (čím sa ukazuje aj to, čo je pre klientku v živote skutočne dôležité),
- identifikovať svoju kritickú a podpornú časť a dostať ich navzájom do kontaktu (ďalej napr. dialóg medzi chorou a zdravou časťou),
- ponúkať rôzne imaginácie na tému tela, bezpečia, vlastnej podpornej časti, atď.

Prínosné môže byť klientke predstaviť koncept nazývaný Body neutrality (neutrálny postoj k telu). Ide v ňom o to, aby sme preniesli svoju pozornosť z toho, ako naše telá vyzerajú, na to, čo nám umožňujú robiť a zažívať. Vo svete, ktorý často kladie dôraz na nereálny ideál krásy, nás neutrálny postoj k svojmu telu povzbudzuje oceniť naše telá pre ich funkčnosť a rozmanitú škálu zážitkov, ktoré nám umožňujú. Namiesto toho, aby sme všetku svoju pozornosť venovali tomu, ako naše telá vyzerajú, nás koncept neutrálneho postoja k telu vedie k uvedomeniu si, že naše telá sú neuveriteľné nástroje, ktoré nám umožňujú myslieť, cítiť, pohybovať sa a komunikovať so svetom okolo nás. Uznáva, že naše telá nie sú definované žiadnou konkrétnou vlastnosťou, myšlienkou alebo emóciou. Prijatím neutrálneho postoja k telu si môžeme vytvoriť zdravší a vyváženejší pohľad na seba a svoje telo. Neutrálny postoj k telu neznamená, že sa nám naše telo musí vždy páčiť. Znamená to, že aj napriek občasným negatívnym myšlienkam dokážeme presunúť naše zameranie od kritiky alebo porovnávania nášho fyzického vzhľadu k pestovaniu vďačnosti a uznania za veci, ktoré nám naše telá umožňujú. Ide o uznanie rozmanitosti ľudských skúseností a pochopenie toho, že naša hodnota nie je určená výlučne naším vzhľadom.

Podporovať klientky je vhodné nielen v akceptácii svojho tela, ale aj seba samého ako bytosti, v akceptácii toho, „kto skutočne som a čo v skutočnosti chcem“. Čierno-biele myslenie a vnímanie sa u ľudí s PPP často týka aj toho, aké majú vlastnosti a ako sa správajú. Môžu mať pocit, že sú „zlí, nedostatoční...“ a podobne, čo môže súvisieť so zážitkami emocionálneho zranenia a/alebo opustenia z detstva a dospievania (v týchto zážitkoch zvykne byť základ narušenia zdravého pocitu sebahodnoty a sebalásky). V rámci hlbinej terapie odporúčame viesť klientky k spoznávaniu samých seba, svojich vlastností a osobnosti v celej svojej šírke. Tieto aspekty terapie je vhodné robiť s klientkami, ktoré majú už dostatočné fyzické a kognitívne schopnosti (nie je to teda možné pri značnej podváhe a podvýžive).

PRÁCA S TELOM

V liečbe porúch príjmu potravy je potrebné podporovať spájanie klientky so svojím telom. To sa dá robiť napr. cez rôzne ukotvovacie a stabilizačné techniky. Pre ľudí s PPP je typické, že im kontakt s vlastným telom vyvoláva úzkosť, telo býva vnímané negatívne a klientky sa snažia od neho odpojiť.

Odpojenie od vlastného tela môže viesť k desenzitizácii. Je to strata vedomého kontaktu s tým, čo sa vo vlastnom tele deje zvonka (teda ako telo reaguje na impulzy z vonkajšieho sveta) aj zvnútra (ako vnímame vnútorné fyziologické pochody v tele). Počas spolupráce je možné s klientmi terapeuticky pracovať na tom, aby kontakt so svojím telom postupne obnovovali.

Aby bol tento proces možný, klientky sa potrebujú v spolupráci cítiť bezpečne a mať dôveru voči odborníčke. Pri terapeutickej práci s telom ide v skutočnosti o viac než len telesnú schránku. Telo a kontakt s ním nás drží v realite. Keď nemáme radi svoje telo, nemáme radi realitu. Klientky s PPP pri odmietaní vlastného tela odmietajú aj realitu, ktorú žijú, a hlboké problémy spojené s prežívaním (často ťaživých) emócií. Terapeutické podporovanie kontaktu so svojím telom môže posilniť postupný návrat k jeho akceptácii, a v neposlednom rade podporiť klientky v spracovaní životných okolností, ktoré to vyžadujú.

PRÁCA S RODINOU A SOCIÁLNOU PODPOROU KLIENTA

Pri maloletých klientkách sa snažíme zahrnúť ich rodičov do všetkých fáz poradenského procesu, od začiatku až do konca. Podporujeme ich a snažíme sa ich viesť k spoluúčasti v liečbe ich dieťaťa. Rodičia často prichádzajú s pocitmi bezmocnosti, nepochopenia (prečo sa dieťa správa tak alebo onak, čo sa vlastne deje, čo majú robiť) a s výčitkami (čo sme spravili zle). V rámci psychoedukácie rodičov by malo zaznieť vysvetlenie rizikových faktorov, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť objavenia sa ochorenia a jeho pretrvávania. Súčasťou toho je aj jasné pomenovanie faktu, že rodičia nie sú “jediní vinníci”, že ochorenie je multifaktoriálne a že, naopak, môžu byť v liečbe veľkým zdrojom a ich dieťa ich potrebuje. Zároveň je dôležité byť voči rodičom pravdivo reflektovať rizikové alebo škodlivé vzorce, ktoré počas vzájomnej spolupráce vnímame, a podporovať ich k uvedomovaniu a následnej zmene daného správania.

Rodičia tiež prichádzajú s predstavou, že po pár mesiacoch, keď dieťa začne jesť, sa situácia automaticky zlepší. Odporúčame preto rodičom už na začiatku spolupráce komunikovať, že liečba PPP je dlhodobý proces a počas nej budú vidieť zmeny, ale aj rôzne pošmyknutia a “kroky späť”. Z našej skúsenosti býva prospešné, keď je na stretnutí prítomná aj peer konzultantka a môže psychoedukáciu obohatiť aj o svoju skúsenosť. Pri spolupráci s rodinami je vhodné posúdiť, či rodičia klientky sami nepotrebujú podporu alebo individuálnu psychoterapiu, a v prípade potreby ich k pomoci nasmerovať.

Pri zapájaní rodiny do spolupráce je dôležité mať na pamäti, že pod vplyvom ochorenia rodina začína strácať schopnosť flexibilne reagovať na ochorenie – aj preto je potrebná odborná pomoc. Ako najefektívnejšia forma liečby u adolescentiek s anorexiou sa ukazuje byť na rodinu zameraná terapia, tzv. Family Based Therapy/Family Focused Therapy alebo v skratke le Maudsley model.

The development of family therapy for anorexia nervosa

Psychosomatic family model

(individual vulnerability interacts with specific dysfunctional family transactions leading to ED)



Illness family model

(the family accommodates to an enduring, life-threatening illness)

ED an expression of interpersonal conflict

ED an illness of unknown but not family aetiology

ED an illness with underlying neurobiological vulnerability

Minuchin et al 1975; 1978; Rosman et al 1975

Dare 1983; Dare et al 1990; 1994; Eisler, 1993; 1995

Dare & Eisler 1995; 1997 Lock et al 2001

Eisler 2005; Eisler, Lock, Le Grange 2010

Eisler, Simic et al 2016; Simic & Eisler 2018 Eisler, Wallis, Dodge 2015

1975

1985

1995

2005

2015

Therapy aims to:

Modify dysfunctional aspects of the family system e.g.

Increase distance between parents & child

Block the role of ED as a mediator of family conflict

Therapy aims to:

Mobilize the parents as a resource to help overcome the child's illness

Uniting the parents to oppose the illness

Block role of ED as mediator of relationships

Therapy aims to:

Support parental sense of efficacy and caring

To develop a shared narrative of parental care needed to overcome ED

Help the family to reconnect with their family life-cycle tasks separate from ED

Eisler I, Wallis A and Dodge E (2015) What's New is Old and What's Old is New. The origins and evolution of family therapy for eating disorders. In Loeb K, Le Grange D, and Lock J (Eds). Family Therapy for Adolescent Eating and Weight Disorders. New York: Guilford Press.

Základnou myšlienkou prístupu je, že **liečba prebieha s rodinou a nejde o liečbu rodiny**. Odborníčky sa snažia porozumieť rodine v súvislosti s potenciálne život ohrozujúcou PPP. Ochorenie tu nie je výrazom rodinnej dysfunkcie a rodina nie je vnímaná ako jediná alebo hlavná príčina choroby. Toto presvedčenie však nezanedbáva a neprehliada rizikové a škodlivé vzorce správania z čias pred prepuknutím ochorenia, ktoré sa v rodine vplyvom choroby amplifikujú a zafixujú, a oslovuje tiež nové vzorce, ktoré sa objavia ako reakcia na ochorenie (Paulinyová a kol., 2022). Ochorenie sa stane hlavným organizujúcim princípom, a to tak, že:

- rodina sa spolu s klientkou stane v negatívnom slova zmysle nadmerne zameranou na stravovanie a hmotnosť, čo postupne definuje aj vzťahy medzi jej členmi,
- rodina stratí svoju schopnosť byť flexibilná a riskovať, nedokáže tolerovať neistotu,
- zníži sa počet a repertoár typov vzájomných interakcií a odpovedí v rodine,
- do popredia sa dostávajú pocity bezmocnosti a zúfalstva, strata kompetencií a rezignácia, tým, že pokusy rodičov udržať/obnoviť stravovanie dieťaťa zlyhávajú,
- v rodine sa akoby zastaví čas, odkladajú sa rozhodnutia, narušia sa rodinné rituály a identita rodiny (Paulinyová a kol., 2022).

Ďalším dôležitým prvkom tohto prístupu je dôraz na nutnosť flexibility. Aby sa rodina vedela adaptovať na zmeny vyplývajúce z prirodzeného životného cyklu rodiny a jej jednotlivých členov – v tomto prípade rastúce deti a ich potreba stále väčšej autonómie – pričom neprestávala zabezpečovať predvídateľnosť a stabilitu. Pokiaľ si zainteresované odborníčky všimnú, že sú v danej rodine vzťahy charakterizované kritikou a hostilitou, tak sa od začiatku sústreďujú na ošetrovanie týchto vzťahov. V takýchto rodinách je totiž vyššia pravdepodobnosť, že dieťa bude vnímať rodiča a jeho podporu v stravovaní ako intruzívnu a kontrolujúcu, čo zase spätne zvýši potrebu dieťaťa

mať viac kontroly nad pocitmi hladu a nad jedlom.

Ďalšími kľúčovými bodmi v tejto forme liečby sú vnímanie rodiny ako zdroja, ktorý môže pomôcť dieťaťu zotaviť sa, a snímanie pocitov viny z rodiny aj z klienta samotného. Deje sa tak s pomocou psychoedukácie o účinkoch hladovania a o úlohe osobnostnej predispozície (nízka tolerancia neistoty, závislosť na odmene, kognitívna inflexibilita/rigidita) na rozvoj MA a komorbidít, a s pomocou externalizácie symptómu PPP. V rámci liečebného procesu odborníčky tiež pomáhajú rodine vytvárať taký naratív okolo PPP, ktorý má zmysel a je pre nich podporujúci. Snažia sa pochopiť špecifické presvedčenia, ktoré vznikli v rodine okolo PPP, keďže niektoré presvedčenia sa môžu stať súčasťou problému a posilňovať ochorenie (Paulinyová a kol., 2022).

Klientky s PPP zvyknú mať problémy vo vzťahoch, túžia po vzťahoch, zároveň sa im však intenzívne bránia (dôsledok zážitkov emocionálnej opustenosti a/alebo narušenia vzťahovej väzby). Z našej skúsenosti býva pre klientky prospešné podporovať zdieľanie ich autentických pocitov a skutočných potrieb, viesť ich k asertívnej komunikácii a ochrane vlastných hraníc.

U dospelých klientiek práca s rodinnými príslušníkmi nie je vždy možná. Pokiaľ k nej dochádza, kľúčová je edukácia o PPP a snaha získať rodinných príslušníkov pre spoluprácu v prospech klientky s PPP.

Dôležitá je tiež podpora klientiek vo vytváraní sociálneho zázemia aj mimo základnej rodiny, aby tak získavali kontakt s inými vzorcami správania a mali viac dostupných zdrojov a podpory vo svojom okolí. Posilňovanie sociálneho zázemia vo forme nadväzovania kamarátskych, kolegiálnych či partnerských vzťahov je dôležitá pre dlhodobú udržateľnosť uzdravenia, pričom sa zmierňujú pocity osamelosti spôsobené ochorením. Silnejšia sociálna sieť klientky vrátane zdravých, bezpečných a stabilných vzťahov je tiež jedným z ukazovateľov posunu v liečbe.

V rámci individuálnej terapie či poradenstva sa témy rodičov, rodinného zázemia, hodnôt v rodine, vplyvu výchovy, ale aj vývinových tráum, emocionálneho zanedbávania, nenaplnenia potrieb či adverzných skúseností v detstve pravidelne otvárajú, primárne u dospelých klientiek. Je to dôležitá fáza procesu, ktorá klientkám

dokáže poskytnúť korektívnu skúsenosť a rôzne formy porozumenia. Zároveň je dôležité klientky podporovať v zodpovednosti za svoj život, slobodu v rozhodovaniach o ďalších krokoch a v tom, kam ich život bude ďalej smerovať.

PODPORA IDENTITY MIMO PPP

Človek je omnoho viac než jeho choroba. Čím dominantnejšie postavenie choroba má, tým menej času a záujmu klientka venuje zvyšným častiam svojho života. Našťastie to funguje aj opačne. Liečbou sa klientka prirodzene z izolácie dostáva do spoločnosti a rozširuje hranice svojho života z okliešteného nastavenia choroby. Môžeme pozorovať, ako klientka prináša témy seba, vzťahov, práce, požiadaviek od blízkeho okolia, školy, zážitky z detstva, rodinu a pod. Je vhodné klientku v rozširovaní svojich záujmov a života mimo choroby podporovať, sprevádzať ho v rozvíjaní svojej identity mimo PPP. Klientky preto vedíme k budovaniu identity, ktorá je založená na ich individualizovaných osobných schopnostiach, záujmoch a hodnotách. Môžeme tak robiť napríklad nasledovne:

- s pomocou rôznych arteterapeutických a iných techník,
- rozhovorom o rôznych záujmových činnostiach a podporou motivácie klientky pokračovať vo svojich koníčkoch, alebo v hľadaní nových,
- podporou rodinných a rovesníckych vzťahov (aby si klientka obnovovala alebo tvorila novú sieť kamarátov),
- podporou vzťahu s domácim alebo iným zvieratom,
- podporou klientky v účasti na skupinových či komunitných aktivitách a pod.

V rámci nášho pozorovania v práci s ľuďmi s PPP vnímame zaujímavý fenomén identifikácie sa s ochorením. Deje sa tak výrazne častejšie pri ľuďoch s mentálnou anorexiou než s inými ochoreniami na spektre PPP. Vysvetľujeme si to napríklad tým, ako je anorexia vnímaná jednotlivcom, ale aj spoločnosťou. U ľudí s mentálnou anorexiou dochádza k dôkladnejšej desenzitizácii človeka než napríklad pri mentálnej bulímii. Mieru sebatrýznenia, aká je prítomná v MA, je človek schopný dosiahnuť len pokiaľ sa necíti, pričom takéto fungovanie sám adoruje a identifikuje sa s ním. Mentálna anorexia ako ochorenie môže reprezentovať súhrn vlastností, ktoré sú v spoločnosti cenené: výkon, výsledky, sebazaprenie, silná vôľa, kontrola, šťihlosť. Tieto vlastnosti sú súčasťou fungovania ochorenia, v ktorom je cieľom nedosiahnuteľný výsledok podmienený odriekaním, sebatrestaním a vysokým výkonom za hranicou možností, avšak v určitej fáze prináša aj podporu okolia (napr. chválenie za to, že niekto schudol). Ľudia majú v ochorení pocit, že stále nie sú „dost“ (dost chudí, múdri, šikovní, silní...), a práve vyššie menované vlastnosti sú niečo, čo si na sebe cenia. Anorexia môže tiež naplňovať túžbu po výnimočnosti u niektorých jednotlivcov, čo spôsobuje, že ak zistia, že niekto v ich okolí má tiež anorexiu, majú pocit ohrozenia (nedostatočnosti, menejcennosti, zatienenia). Vytvára sa tak akési „falošné self“, výkonné, kontrolujúce, ideálne, ktorého zmena či strata môže byť v predstave až devastačná, keďže opak reprezentuje slabá, lenivá a zbytočná ľudská existencia (môže sa objavovať suicidálne pozadie). Aktivuje sa tu čierno-biele vnímanie. Naopak, pri mentálnej bulímii či diagnóze záchvatového prejedania sa je možné tento jav pozorovať menej, keďže záchvatové jedenie a prejedanie sa ako také, priberanie či kolísanie na hmotnosti sa spája s pocitmi hanby, straty kontroly, zlyhania, slabosti a pod.

Naša skúsenosť hovorí, že u klientiek s PPP motivovaných k liečbe býva dobrým nástrojom podpory aj skupinová terapia. Je to aj z dôvodu, že kým jednotlivci si spočiatku môžu pripadať byť voči PPP bezmocní, práve vzájomné zdieľanie skúseností, vzťahy a podpora v rámci skupiny zvyšujú pravdepodobnosť získania náhľadu nad ochorením u jednotlivca.

PRIEBEŽNÉ VYHODNOCOVANIE SPOLUPRÁCE A LIEČBY

Priebežné vyhodnocovanie spolupráce zaisťuje, že to, čo nazývame liečba, je skutočne liečebným procesom. Zvyšuje sa tak účinnosť terapeutického či poradenského procesu a umožňuje to klientkam sledovať svoj pokrok na ceste k uzdraveniu. Ďalšími dôležitými dôvodmi priebežného vyhodnocovania sú:

- včasná identifikácia možných problémov alebo prekážok v liečebnom procese (napr. ak klientka znovu začne manipulovať s jedlom),
- vyhodnocovanie dopadu liečby pomáha psychologičke prispôbiť liečebný proces na základe konkrétnych potrieb klientky, keďže neexistujú dvaja rovnakí ľudia s PPP, a tým pádom nemôžu existovať ani dva identické terapeutické procesy,
- viditeľný pokrok a úspechy môžu klientku motivovať na pokračovanie v liečbe,
- PPP majú tendenciu k relapsom, a preto je dôležité priebežne monitorovať klientku, aby sa predišlo návratu k nezdravým stravovacím vzorcom a kompenzačným mechanizmom,
- posilňovanie vzájomného vzťahu a dôvery medzi klientkou a odborníčkou, keďže klientka vidí, že psychologička je aktívna a angažovaná, čo sa týka jej procesu liečby.

PREVENCIA RELAPSU

Pri PPP hrozí relaps až v 50% prípadov (Matzová a kol., 2021). Psychologické poradenstvo ako také môže mať rozhodujúcu úlohu v prevencii relapsu. V doliečovacej fáze je intervencia zameraná na

budovanie zdrojov seba podpory a zvyšovanie reziliencie klientky, ako aj na budovanie schopností aktívne si budovať podporu vo svojom sociálnom okolí a prostredí. Menej častou, ale možnou formou podpory popri systematickej liečbe, sú svojpomocné platformy alebo peer podpora. Ide o rôzne formy vzájomnej, laickej pomoci ľudí s PPP alebo so skúsenosťou s nimi, založenou na vzájomnej podpore a zdieľaní skúseností (Matzová a kol., 2021).

Pri definovaní relapsu môžeme použiť tri termíny, ktoré sa využívajú napríklad v kontexte liečby látkových závislostí (vid'. DiClemente & Crisafulli, 2016). Nakoľko sa nám tieto termíny zdajú byť príznačné aj pre liečbu PPP, dovoľujeme si uviesť ich nami adaptovanú definíciu:

- **Laps** – krátka epizóda, keď použijeme chorobné vzorce správania. Dôležité je poučiť sa z danej situácie, resp. reflektovať, čo mohlo laps spustiť, a zamerať sa na svoje zvládacie mechanizmy.
- **Relaps** – dlhšia epizóda, prejavujú sa symptómy PPP, je problém dostať sa späť do správnych kolají. Zvyčajne sa vyskytne pri náročnom životnom období, pri zmenách a náraste úzkosti. Je dobré zapojiť externú podporu, od rodiny, psychológa, nutričného špecialistu až po psychiatra. Niekedy stačí konzultácia, inokedy dlhodobejšia podpora, kým sa znovu stabilizujeme.
- **Kolaps** – vzniká zvyčajne zo silného a vážneho relapsu, ktorý sa nepodarilo zastabilizovať. Niekedy je potrebné znovuoobnovenie aktívnej liečby, prípadne hospitalizácia.

Užitočné je vytvoriť si s klientkou plán prevencie relapsu, ktorý zaznamenáva nástroje a spôsoby zvládania záťažových situácií v spojitosti s ochorením, čo sa klientka naučila, a tiež rizikové situácie, kedy je zvýšené riziko lapsu. Je tiež dobré edukovať klientku o tom, že po ukončení spolupráce môžu lapsy, relapsy aj kolapsy prísť, a že nejde o zlyhanie. Práve plánovanie krokov v prípade takýchto situácií môže byť veľkým prínosom, ako pri „pošmyknutí“ predísť relapsu. Medzi ďalšie dôležité body práce pri prevencii relapsu môžu byť:

- porozumenie stresovým situáciám a identifikácia možných budúcich stresorov a rizikových situácií,

- vytváranie stratégií na prevenciu návratu ku rizikovým vzorcom správania a kompenzačným mechanizmom,
- podpora klientky pri udržiavaní dosiahnutých zmien a zdravých vzorcov správania.

ZHODNOTENIE A UKONČENIE SPOLUPRÁCE

Ukončenie spolupráce uzatvára celok a dáva priestor posunúť sa ďalej. Pre túto fázu je charakteristické vyhodnocovanie dosiahnutých pokrokov klienta a vyhodnocovanie napĺňania terapeutických cieľov/zakázok. Uvádzame niekoľko doporučených postupov pre záverečnú fázu poradenstva:

- môže byť užitočné si s klientkou vypracovať plán na udržanie dosiahnutých pozitívnych zmien,
- klientku by sme mali podporovať v jej nasledujúcom samostatnom raste a rozvoji aj po ukončení terapeutického/poradenského procesu,
- psychologička sa môže s klientkou dohodnúť na prípadnom dlhodobom sledovaní, a to vo forme kontrolných/podporných stretnutí s väčším časovým odstupom (napr. 2-3 mesiace), s tým, že v prípade ťažkostí sa môže klientka hlásiť aj skôr,
- klientky by mali vedieť, kde hľadať podporu a ďalšiu pomoc po skončení spolupráce (napr. skupinová terapia, podporné skupiny, atď.),
- samotné ukončovanie poradenstva by malo byť za ideálnych podmienok dobre načasované, vopred premyslené a odkomunikované, tak aby mala klienta dostatok času na zvládnutie tejto zmeny.

Záverečný rozhovor medzi psychologičkou a klientkou je možné uchopiť ako príležitosť na uznanie všetkej námahy, ktorú klientka (aj psychologička) do procesu vložili.

MOŽNOSTI POMOCI V CHUŤ ŽIŤ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ZDROJE

Allen, A. (2008). Exercise Addiction in Men: When exercise becomes too much. Dostupné na: <http://men.webmd.com/guide/exerciseaddiction?page=3>

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

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

Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov Supervízia | ASSP. (n.d.). Cit 02. december 2023, z <https://assp.sk/supervizia/>

Bednárová, B., Yamamotová, A., Papežová, H., (2010). Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. Dostupné na http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_3_173_178.pdf

Birmingham, C. L., & Treasure, J. (2010). *Medical management of eating disorders* (2nd ed). Cambridge University Press.

Bothwell, S. (2022, July 1). What is pregorexia?. *Eating Disorder Hope*. <https://www.eatingdisorderhope.com/information/pregorexia>

Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P.-M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward people with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A scoping review. *Nutrients*, 13(8), 2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834>

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

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

Personality traits of those who overcome eating disorders. Center For Discovery. (2021, September 30). <https://centerfordiscovery.com/blog/personality-traits-overcome-eating-disorders/>

Central Coast Treatment Center (n.d.). Ambivalence in eating disorder recovery: Overcoming the challenges of change. (2022, október 17). Dostupné na: <https://www.centralcoasttreatmentcenter.com/blog-1/ambivalence-in-eating-disorder-recovery>

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

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

Connan, F., Lightman, S., & Treasure, J. (2000). Biochemical and endocrine complications. *European Eating Disorders Review*, 8(2), 144–157. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0968\(200003\)8:2<144::aid-erv340>3.0.co;2-b](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0968(200003)8:2<144::aid-erv340>3.0.co;2-b)

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(11), 1141–1164

DeBoer, L. B., & Smits, J. A. (2013). Anxiety and disordered eating. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 887–889. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9565-9>

DiClemente, C. C., & Crisafulli, M. A. (2016). Alcohol relapse and change needs a broader view than counting drinks. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(2), 266–269. <https://doi.org/10.1111/acer.13288>

Eating Disorders Review. (2017, January 30). Inpatient vs. outpatient treatment for adolescents with an. <https://eatingdisordersreview.com/inpatient-vs-outpatient-treatment-for-adolescents-with-an/>

Eddy, K.T., D.J. Dorer, D.L. Franko, K. Tahlilani, H. Thompson-Brenner, and D.B. Herzog. 2008. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *The American Journal of Psychiatry* 165(2): 245–250.

Engel, G.L. (1977) "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science* 196(4286): 129–136.

Engel, G.L. (1978) "The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals", *Annals of the New York Academy of Sciences* 310:169–187.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>

Ferraro, F. R., Andres, M., Stromberg, L., & Kristjanson, J. (2003). Processing fat-related information in individuals at risk for developing an eating disorder. *The Journal of Psychology*, 137(5), 467–475. <https://doi.org/10.1080/00223980309600628>

Fichter, M.M., Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. 49(4):391–401.

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

Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The process of help-seeking in anorexia nervosa: Patients' perspective of first contact with health services. *Eating Disorders*, 23(3), 206–222. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>

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

Chesney, E., Goodwin, G.M., & Fazel, S., (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review *World Psychiatry*. 13(2), 153-60.

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

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie (Vydání 1.)*. Grada Publishing.

Krch, F.D. *Poruchy příjmu potravy: 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

Krug I, Pinheiro AP, Bulik C, a kol. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatr Clin Neuroscience*

Kulhánek, J.: Ortorexie, bigorexie, drunkorexie, Newsletter ČAPZ, 2008, 8: s.8-9.

Lock J, Le Grange D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa, A family based Approach*. The Guilford Press

Loth, K.A., Maclehose. R., Bucchianeri, M., Crow, S., Neumark-Sztainer, D. (2014). Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 55(5):705–712.

Madarasová Gecková, A., Husárová, A., Bakalár, P., Baška, T., Boberová, Z., Bosáková, L., Dankulinová, Z., Dobiášová, E., Dubayová, T., Grendová, K., Husárová, D., Janíčková, M., Kačmariková, M., Kolarčík, P., Kopčáková, J., Kostíčová, M., Machajová, M., Ochaba, R., Rafajdus, M., ... Stašek, A. (2023). Sociálne Determinanty Zdravia Školákov HBSC – Slovensko – 2021/2022. <https://doi.org/10.33542/sdz-0214-5>

Matzová, Z., Paulinyová, M., Hapčová, M., Palenčárová, Z., Tichá, L., Kachútová, I., Trebatická, J., Kerstenová, S., Šoltýsová, M. (2021). Štandardné diagnostické a terapeutické postupy pre pedopsychiatrickú a psychologickú starostlivosť o deti a adolescentov s mentálnou anorexiou.

McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2017). Disordered eating and obesity: Associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 96–105. <https://doi.org/10.1111/nyas.13467>

MedicineHealth.(2022). What are the causes of bigorexia? Symptoms, risk factors, treatment. Dostupné na: https://www.emedicinehealth.com/what_are_the_causes_of_bigorexia/article_em.htm

Mellentín, A. I., Mejdal, A., Guala, M. M., Støving, R. K., Eriksen, L. S., Stenager, E., & Skøt, L. (2022). The impact of alcohol and other substance use disorders on mortality in patients with eating disorders: A nationwide register-based retrospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 179(1), 46–57. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21030274>

Miller, W. R., Rollnick, S., & National Drug and Alcohol Research Centre (Austrálie). (2003). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování* (1. vyd. v českém jazyce.). Sdružení SCAN.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 299–308. <https://doi.org/10.1891/jcop.18.4.299.64003>

Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: A narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0058-y>

Mortimer, R. (2019). Pride before a fall: Shame, diagnostic crossover, and eating disorders. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16(3), 365–374. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09923-3>

Olivardia, R. (2001). Mirror, Mirror on the Wall, Who's the Largest of Them All? The Features and Phenomenology of Muscle Dysmorphia. Dostupné sa: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=102&sid=7753f9>

Ožanová, K. (2023). Psychoterapeutický pohled na PPP.

Paulinyová, M., Matzová, Z. (2016). Poruchy příjmu potravy, úskalia diagnostiky a liečby. *Pediatrica pre prax*, 17(5): 188–191. <https://www.solen.sk/storage/file/article/87d9876bd5368592091b3f9f2a2bd851.pdf>

Paulinyová, M., Tomášek, I., Belešová, P. (2022). *Family Focus Therapy – Maudsley Approach*, London.

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

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

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2018). *Změna k lepšímu: Šestistupňový program pro překonání zlovyků* (O. Fafejta, Prel.; Vydání první.). Portál.

Raboch, J., Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha. Galén.

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

Saulsman, L., Nathan, P., Lim, L., Correia, H., Anderson, R., & Campbell, B. (2015). *What? Me Worry!?! Mastering Your Worries*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.

Sander, J., Moessner, M., & Bauer, S. (2021). Depression, anxiety and eating disorder-related impairment: Moderators in female adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2779. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>

Schavel, M., Tomka, M. (2010). *Základy supervízie a supervízia v praktickej výučbe v sociálnej práci*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

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

Smikalova. (2022). V NÚDCH otvorili Psychiatrický stacionár pre deti so zameraním na liečbu porúch príjmu potravy. Dostupné na: <https://nudch.eu/v-nudch-otvorili-psychiatricky-stacionar-pre-deti-so-zameranim-na-liecbu-poruch-prijmu-potravy>

Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>

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>.

Tonhajzerová I, Javorka K. Zmeny autonómneho nervového systému pri poruchách príjmu potravy – mentálna anorexia. *Česká-slov Pediat.* 2008;63(5):266–271.

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

Tóthová, A. (2011). Porucha záchvatového prejedania sa: Hľadanie vhodnej liečby. Dostupné na: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/02-2011/psy2-2011-cla10.pdf>

Tozzi F a kol. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15800146/>

Treasure, JL, Schmidt, U., Furth. E.(2003). *Handbook of Eating Disorder*. 2nd ed. John Wiley Sons Lid.

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

Wagener, A. M., & Much, K. (2010). Eating disorders as coping mechanisms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(3), 203–212. <https://doi.org/10.1080/87568225.2010.486291>

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

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

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

Zipfel S, Lowe B, Herzog W. Medical complication. In: Treasure JL, Schmidt U, Furth E. *Handbook of Eating Disorder*. 2nd ed. John Wiley Sons Lid., 2003:169–186.

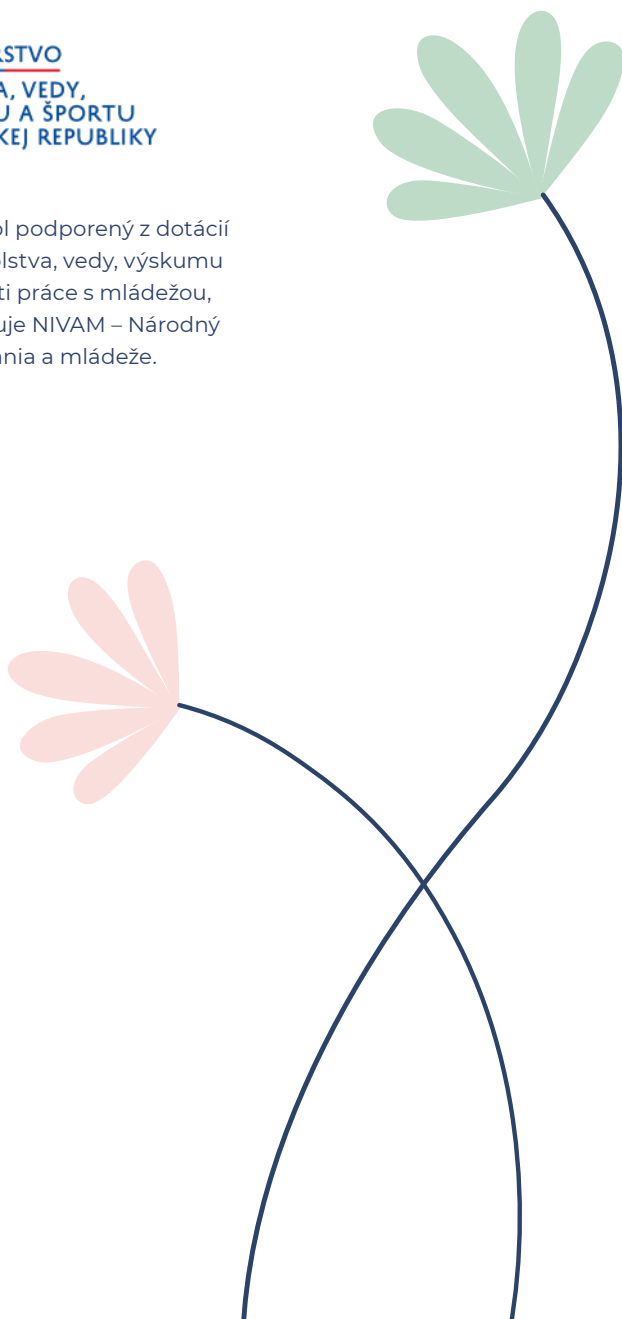
Žuchová S, Papežová H. Kognitívne funkcie u poruch príjmu potravy. In: Papežová H. *Spektrum poruch príjmu potravy*. Interdisciplinárny prístup. Praha, Czech republic: Grada Publishing, a. s., 2010:89–106.



NÁRODNÝ INŠTITÚT VZDELÁVANIA A MLÁDEŽE



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



chut žit

