



Poruchy příjmu potravy

Mgr. Tereza Maková

5. Prosince 2023 FSS MU

Cíle přednášky



- MOJE



- VAŠE?

Obsah přednášky



PŘEHLED PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1. nozologické jednotky (X spektrum PPP), dg. kritéria
2. epidemiologie
3. etiologie, faktory a modely vzniku
4. aktuální trendy
5. stereotypy a mýty

TERAPIE

1. formy a strategie léčby v kontextu dynamiky vývoje onemocnění (multidisciplinarita, individualizace)
2. psychoterapeutické principy
3. prevence?
- (4. mini-kazuistiky)

KDYŽ SE ŘEKNE PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY

Psychiatrická definice:

„Spektrum primárně psychiatrických onemocnění charakterizovaných patologickým jídelním chováním a zdravotními následky spojenými s malnutricí.“

Psychologická perspektiva:

„Duševní onemocnění, pro která je charakteristický nelaskavý vztah k sobě, k tělu a nezpracovaná vnitřní zranění.“

„Onemocnění, která vnucují představu, že lidská hodnota je úzce svázaná s tvarem těla/číslem na váze/množstvím svalů... a schopností sebezapření.“

„Zraněná duše, která křičí tělem.“

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (PPP)

- Multifaktoriálně podmíněná onemocnění s náročnou a často mnohaletou léčbou.
- Nejvíce ze všech duševních onemocnění atakují tělesné zdraví.
- Mentální anorexie je nejsmrtelnější (ev. 2. nejsmrtelnější) duševní onemocnění.
- Multidisciplinární (mezioborový) přístup v léčbě je nevyhnutelně potřebný, a přitom špatně dostupný
- Včasný záchyt onemocnění zásadně zlepšuje prognózu. Vstup do léčby ale komplikuje ambivalence (jádrový příznak mentální anorexie), stud, odmítání odborníky.
- Eating disorder ↔ disordered eating (extrémní výživové směry, ortorexie, jídelníčky podle influencerů,..)

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

slovy diagnostických manuálů MKN-10 (+ MKN-11, DSM-V)

MKN-10

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F50.0-F50.9 Poruchy příjmu potravy

F50.0 Mentální anorexie

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.2 Mentální bulimie

F50.3 Atypická mentální bulimie

F50.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami (psychogenní přejídání)

F50.5. Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F44.-, F45.-)

F50.8 Jiné poruchy příjmu potravy (pika u dospělých, psychogenní nechutenství)

F50.9 Porucha příjmu potravy NS

F98 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

F98.2 Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku (nadměrná vybíravost, ruminace)

F98.3 Pika kojenců a dětí (pojídání nestravitelných předmětů)

MENTÁLNÍ ANOREXIE (F50.0)

- tělesná hmotnost 15 % pod předpokládanou (snížena či nikdy nedosažena), event. BMI 17,5 a méně
- úmyslné snižování hmotnosti pacientem samotným (diety, vyprovokované zvracení, excesivní cvičení, abusus léků - diuretika, anorektika, laxativa)
- specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvázce, zkreslené představy o vlastním těle („porucha tělesného schématu“), vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy
- porucha hypothalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorrhea (CAVE: překrytí hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu
- začne-li před pubertou, opozdí se či zastaví růst a vývoj sekundárních pohl. znaků (prsa, dětské genitály)

ATYPICKÁ FORMA (F50.1) - chybí jeden či více klíčových příznaků (NE u primárně somatických poruch!)

- „not sick enough“ problém (oddaluje zahájení léčby)

BIGOREXIE (F45.22) - zkreslené vnímání těla, abnormální jídelní návyky, excesivní cvičení, obsedantní myšlení na vlastní svalstvo a tělesné parametry, abusus steroidů a dalších fitness produktů. Důsledky podobné jako u MA (soc. izolace, zúžení zájmů, vztahové potíže, somatické důsledky). „Adonisův komplex“ u mužů.

MENTÁLNÍ ANOREXIE (F50.0)

- Sebehodnocení úzce svázáno s tělesnou hmotností a tvarem těla.
- Porucha vnímání těla („tělesného schématu“)
- Restriktivní x purgativní
- Egosyntonní fáze „demoverze štěstí“
- Typická je výrazná ambivalence ve vztahu k přijetí léčby a uzdravení.
- Onemocnění s nejvyšším podílem úmrtnosti, ke které dochází jak v důsledku multisystémových zdravotních symptomů, tak suicidií.
- Psychologické symptomy mohou vymizet až po delší době od normalizace tělesné hmotnosti.

MENTÁLNÍ ANOREXIE (MKN-10 X MKN-11 X DSM-V)

- **MKN-10** vyžaduje splnění VŠECH dg. kritérií
- **DSM-V** umožňuje stanovit diagnózu na základě objektivních zpráv o udržování podváhy i v případě, kdy si toho pacient není vědom nebo to popírá, tzn. fokus na pozorovatelné chování
- rozděluje restriktivní X purgativní typ
- opouští kritérium amenorrhey (nespolehlivé, navíc někdy překryté hormonální substitucí)
- nahrazuje procentuální údaje termínem „významně nízká tělesná hmotnost“ (umožňuje zohlednění kontextu věku, sexuálního vývoje, fyzického zdraví) Tzn. dg. MA je možná i nad 85% hranicí
- koncept BMI zachovává, ale váhový úbytek diferencuje: **mírný** (do 17 BMI)
středně těžký (16-16,99 BMI)
závažný (15-15,99 BMI)
extrémní (pod 15 BMI)
- **MKN-11** se přibližuje DSM-V, odlišuje MA s významně nízkou (BMI 18,5-14 / 5.-0,3. %il) X nebezpečně nízkou (BMI pod 14. / 0,3. %il) tělesnou hmotností
- přidává dg. jednotku „**MA in recovery with normal body weight**“ – užitečné, léčba PPP většinou trvá řadu let, tato dg. jednotka umožní čerpání zdravotnické péče pacientům i po dosažení optimální hmotnosti, tedy zacílit terapii tam, kam je třeba, když už konečně „není třeba mít to pouze o jídle“

MENTÁLNÍ BULIMIE (F50.2)

- neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se velkými dávkami jídla během krátké doby
- snaha následně potlačit kalorický účinek jídla jedním nebo více způsoby: vyprovokovaným zvracením, abusem laxativ, anorektik, diuretik, manipulací s inzulinoterapií, tyreoidální preparáty
- specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, hmotnostní práh nižší než premorbidní (optimální/zdravá) hmotnost
- v anamnéze často epizoda mentální anorexie či střídání restriktivních a bulimických epizod
- **Bývá obtížně rozpoznatelná**, hmotnost není diagnostickým kritériem (bývá v pásmu normální váhy až nadváhy, někdy i mírné podváhy. Ve většině případů ale bývá přítomná podvýživa, bez ohledu na hmotnost.)

ATYPICKÁ FORMA (F50.3) - chybí jeden či více klíčových příznaků

MENTÁLNÍ BULIMIE (MKN-10 X MKN-11 X DSM-V)

- **MKN-10** vyžaduje splnění VŠECH dg. kritérií
- **DSM-V** snížení frekvence přejídání a kompenzačního chování, pro udělení diagnózy stačí jedna epizoda týdně po dobu 3 měsíců. V DSM-IV vyžadováno 2 a více epizod týdně po dobu 3 měsíců (včasnější diagnostika ⇒ časnější léčba = nadějnější prognóza)
- průběh MÍRNÝ (1-3) - STŘEDNĚ TĚŽKÝ (4-7) - ZÁVAŽNÝ (8-13) - EXTRÉMNÍ (14 a více epizod/týdně)
- **MKN-11** se přibližuje DSM-V, epizoda přejezení a kompenzace orientačně 1x týdně a víc, na rozdíl od DSM-V stačí po dobu 1 měsíce
- dopad na psychosociální fungování
- patologické jídelní chování doprovází zvýšený distres

Jak anorexie napadá celé mé tělo?

ANOREXIE

Mozek a nervová soustava
potíže se soustředěním,
strach z růstu hmotnosti,
smutek, vznětlivost,
náladovost, horší se paměť,
úbytek inteligence

Vlasy
slábnou, lámou se,
padají

Srdce
nízký krevní tlak, zpomalený
tep, bušení na hrudi,
selhání srdeční činnosti

Krev
anemie (chudokrevnost),
zvýšený cholesterol, snížené
množství draslíku (vede
k srdečním poruchám)

Střeva
zácpa, nadýmání

Svaly a klouby
ochablé svaly,
oteklé klouby



Ledviny
ledvinové kameny,
selhání ledvin
(z nedostatku tekutin)

Tělesné tekutiny
nedostatek draslíku,
hořčiku a sodíku
- vede k rozvratu
metabolismu

Hormony
ztráta menstruace,
osteoporóza (řidnutí
kostí), zpomalení
i zastavení tělesného
růstu, neplodnost,
v případě otěhotnění
vysoké riziko potratu,
paporodní deprese

Kůže
suchá pleť, snadno
se tvoří modřiny,
lámavost nehtů,
ochlupení po celém
těle, pocity chladu

Infografika vznikla jako součást obrazové přílohy 6. čísla bulletinu Kolibřík.

Jak bulimie napadá celé mé tělo?

BULIMIE

Mozek a nervová soustava
deprese, potíže se soustředě-
ním, strach z růstu hmotnosti,
úzkostí, závratě, náladovost,
nízké sebevědomí, stud

Srdce
nízký krevní tlak, zpomalený
tep, selhání srdeční činnosti

Krev
anemie (chudokrevnost),
snížené množství draslíku
(vede k srdečním poruchám)

Střeva
zácpa, průjem,
nadýmání, křeče v břiše

Svaly a klouby
ochablé svaly,
oteklé klouby

Tělesné tekutiny
dehydratace,
nedostatek draslíku,
hořčiku a sodíku - vede
k rozvratu metabolismu



Obličej
oteklé tváře,
problémy s pleť

Ústa
zvýšená kazivost
zubů, vyšší citlivost
na studené a horké,
krvácení dásní

Hrdlo a jícen
boleslivé, dráždivé,
nebezpečí protřetí,
zvracení krve

Žaludek
záněty, vředy,
zpomalené trávení,
nebezpečí prknutí
při přejedení

Hormony
nepravidelná
menstruace
nebo její ztráta

Kůže
suchá kůže

Volně ke stažení na naserovnovaha.cz

PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ F50.4 (alias přejídání spojené s psychologickými poruchami alias binge eating disorder BED)

- nejčastější (a přitom nejpodhodnocenější) porucha příjmu potravy, pro niž jsou typické epizody záchvatovitého přejídání, které však nejsou následovány kompenzačním/purgativním chováním typickým pro mentální bulimii
- specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, hmotnostní práh nižší než premorbidní (optimální/zdravá) hmotnost
- Charakterizováno je vážnými psychologickými symptomy a sebehodnocením často založeným na tělesných tvarech a hmotnosti.
- záchvaty přejídání často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací
- Může být asociováno s nadváhou či obezitou, ale ne nutně u všech pacientů. Může mít zdravotní komplikace korelující s nadváhou či obezitou.

PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ (MKN-10 X MKN-11 X DSM-V)

- **DSM-V** kritéria analogická mentální bulimii (co do frekvence a závažnosti)
- novinka oproti DSM-IV je vymezení BED jako samostatné nozologické jednotky, v minulosti spadalo do tzv. EDNOS (Eating disorder and unspecified feeding or eating disorder)
x v MKN-10 již přítomno

„**EMOČNÍ JEZENÍ**“ - vývojová fáze BED?

- otázka míry výskytu, šíře dostupných zvládacích strategií
- eating disorder ↔ disordered eating

AKTUÁLNÍ TRENDY V DIAGNOSTICE PPP (MKN-11) - SHRNUÍ

- PPP dětského a dospělého věku stejně jako v DSM-V sdruženy do kategorie Feeding and eating disorders
- jednotky vymezeny jako Mentální anorexie (purgativní a restriktivní symptomatika)
 - Mentální bulimie
 - Psychogenní/záchvatovité přejídání
 - Pika
 - Ruminace-regurgitace
 - ARFID (Avoidant-restrictive food intake disorder) - zaobírání se hmotností či tvarem těla není primární, často úzkostná podstata
- povšechné zmírnění dg. kritérií pro možnost včasnější diagnostiky, tedy i léčby
- větší fokus na pozorovatelné chování, objektivní hodnocení vyšetřujícím klinikem
- diferenciacce dle závažnosti (míra úbytku hmotnosti, frekvence epizod apod.)
- důraz na psychosociální fungování
- koncepty **úzdavy X zotavení („recovery“)**
 - **úzdava:** posouzení více v roli experta, biomarkery, u PPP zdravá hmotnost, schopnost prevence relapsu
 - **zotavení:** důraz na psychosociální fungování, životní spokojenost, vede ke zkompetentňování člověka uvědomovat si a přebírat zodpovědnost za svůj život, více prostoru pro individualitu

„MODERNÍ“ , zatím NEOFICIÁLNÍ SUBTYPY PPP

ORTOREXIE – zdravá/čistá strava, u disponovaných jedinců se často jedná o prodromální fázi anorexie

DRUNKOREXIE – náhrada jídla alkoholem

PREGOREXIE – PPP v těhotenství

DIABULIMIE – zejména manipulace s inzulinem (snižování dávek) u diabetu 1. typu, což vede k hubnutí

TROCHA ČÍSEL (EPIDEMIOLOGIE) I.

- vznik nejčastěji v dospívání, vrcholy incidence okolo 13-15 let a 17-18 let, mentální anorexie zpravidla o něco dříve než mentální bulimie, event. MA přechází v MB
- v posledních letech ale rozšiřování oběma směry (propuknutí před 10. rokem nebo po 30. roce)
- 90-95 % ženy, 5-10 % muži
- v rizikové populaci 0,8-6,3 % MA, 1,2-3,4 % MB
- atypické formy onemocnění diagnostikujeme u 7-36 % pacientů, kteří vyhledají léčbu
- největší skupina však skryta v obecné populaci (kde již začíná psychopatologie?)
- výskyt stále narůstá a rozšiřuje se mezi všechny etnické skupiny, socioekonomické úrovně
- onemocnění se závažným dopadem na psychosociální fungování i somatický stav, riziko chronifikace, **terapie plně rozvinutého onemocnění v řádu let**
- PPP v praxi vnímat spíše v rámci SPEKTRA (jednotlivé typy a subtypy se mohou střídat, vyvíjet) + nové „moderní“ subtypy (ortorexie, bigorexie, drunkorexie)
- mentální anorexie je **DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ S NEJVYŠŠÍ LETALITOU** (5-15 %, soma příčiny, TS)

TROCHA ČÍSEL (EPIDEMIOLOGIE) II.

- Metaanalýzy v zemích západního světa ukazují, že až 8 % populace (15 % žen) zažije v průběhu života epizodu PPP
- Téměř 50 % lidí s PPP si není jisto, zda si zaslouží pomoc a až 75 % pacientům se adekvátní léčby nedostává
- Celosvětově: každých 52 minut nastane úmrtí 1 člověka v souvislosti s následky PPP
- Ve sportu: až 25 % sportovců vykazuje příznaky PPP/RED-S (relative energy deficiency in sport)
- Menšina lidí s PPP (6-15 %) má klinicky diagnostikovanou podváhu (přejídání, obézní pacienti s rychlým úbytkem hmotnosti atd.)

(Zdroje: ÚZIS, ANAD.org; národní asociace pro PPP Velké Británie, Francie, USA)

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (od diagnostiky k léčbě)

ZÁSADNÍ OTÁZKY

- co je třeba pro kvalitní a včasnou diagnostiku?
- implikuje kvalitní a včasná diagnostika efektivní terapii?
- jsme v léčbě úspěšní? Můžeme být úspěšnější? Jak? (rezistence pacientů X neoptimální léčba?)

Z DEFINICE PPP

„Spektrum primárně psychiatrických onemocnění charakterizovaných patologickým jídelním chováním a zdravotními následky spojenými s malnutricí.“

→ co vše je ale třeba léčit? Jídlo... A co dál?

ETIOLOGIE (zn. multifaktoriální) I.

GENETIKA NABÍJÍ ZBRAŇ, PROSTŘEDÍ MAČKÁ SPOUŠŤ

RIZIKOVÉ FAKTORY

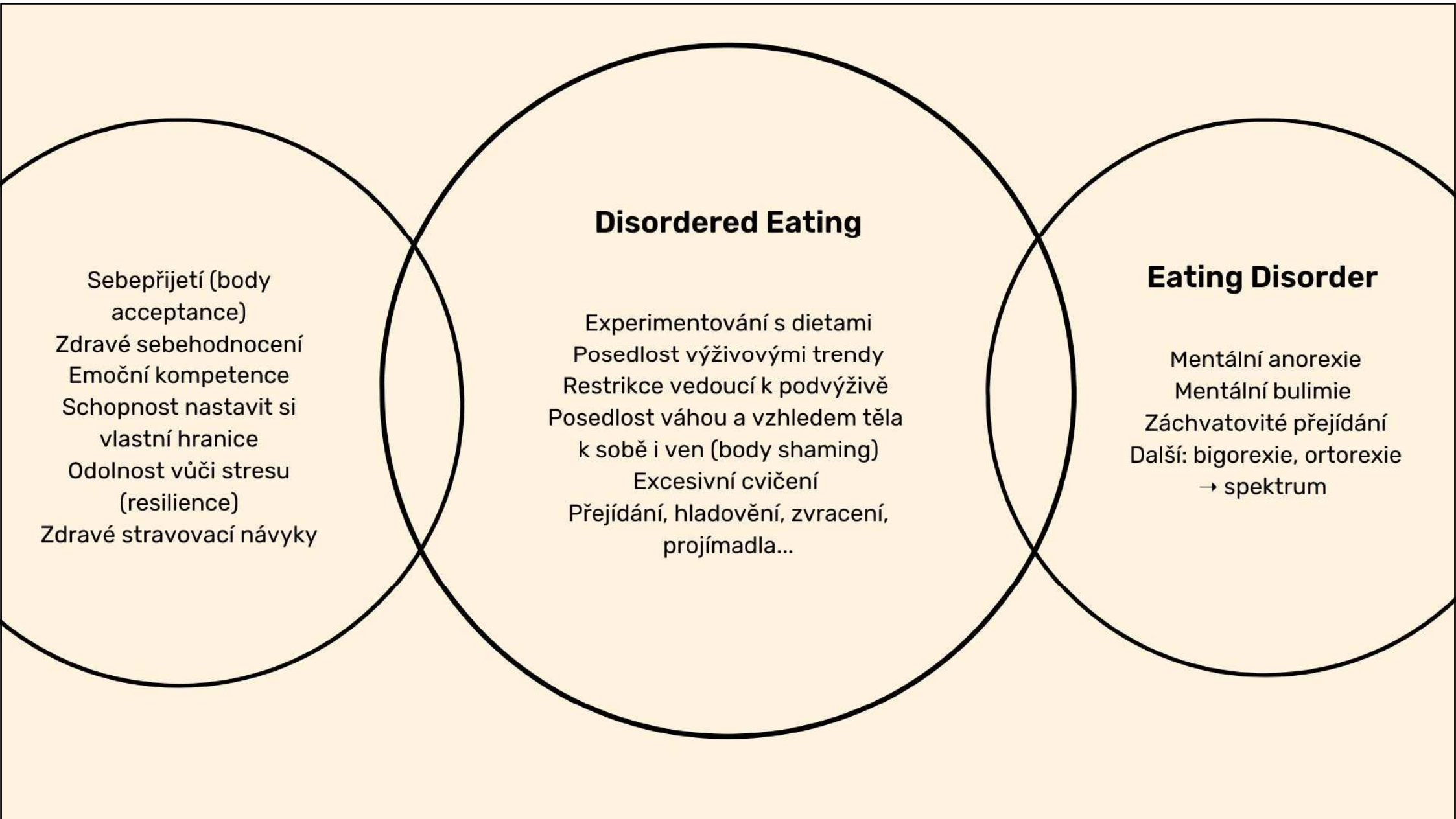
- biologické (ženské pohlaví, geneticky podmíněná vulnerabilita, narušení stresové osy)
MINNESOTSKÝ EXPERIMENT (Ansel Keys)
MIGRAČNÍ TEORIE (Shan Guisinger)
 - psychologické/Individuálně-osobnostní (nejistý attachment, raná ztráta, trauma, osobnostní specifika - cílevědomost, senzitivita)
 - demografické (pohlaví, věk,...)
 - sociálně-environmentální (rodinné a interpersonální vztahy, stravovací návyky v rodině, vliv médií a sociálních sítí, proana a promia komunit; riziková povolání a sporty
-
- **spouštěče** (triggers) – nevhodný komentář, vliv sociálních sítí, náhlá těžkost v životě,...

ETIOLOGIE (zn. multifaktoriální) II.

GENETIKA NABÍJÍ ZBRAŇ, PROSTŘEDÍ MAČKÁ SPOUŠŤ

MODEL VZNIKU

- traumatický
- separační (rodinná problematika)
- kognitivní deficit jako forma úniku
- závislostní
- deprivace



Sebepřijetí (body acceptance)

Zdravé sebehodnocení

Emoční kompetence

Schopnost nastavit si vlastní hranice

Odolnost vůči stresu (resilience)

Zdravé stravovací návyky

Disordered Eating

Experimentování s dietami

Posedlost výživovými trendy

Restrikce vedoucí k podvýživě

Posedlost váhou a vzhledem těla k sobě i ven (body shaming)

Excesivní cvičení

Přejídání, hladovění, zvracení, projímadla...

Eating Disorder

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Záchvatovité přejídání

Další: bigorexie, ortorexie

→ spektrum

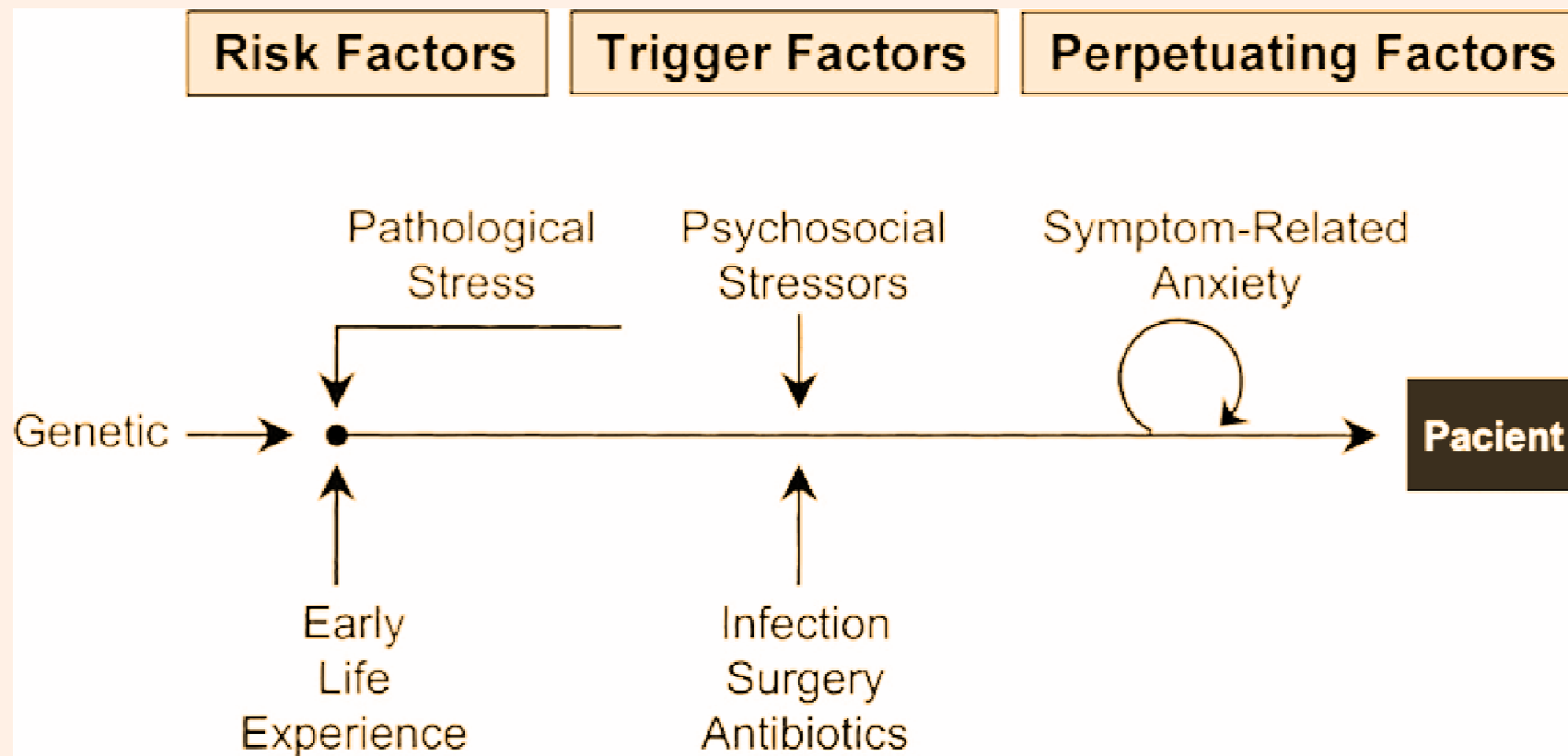
PSYCHOSOMATICKÉ PRINCIPY

KTERÁ ONEMOCNĚNÍ JSOU PSYCHOSOMATICKÁ?

- **ŠIROCE:** VŠECHNA onemocnění jsou v jistém smyslu psychosomatická (bio-psycho-socio-spirituální roviny) a všechny intervence jsou psychosomatické (př. proces léčení chřipky u matky samoživitelky malého dítěte bude probíhat odlišně od člověka, který stoná v klidu bez dalších povinností)
- **NA PŮL CESTY:** některá onemocnění vyžadují **práci s psychosomatickými principy** více než jiná
→ **př. PPP**
- **V NEJUŽŠÍM** slova smyslu se jedná o KONKRÉTNÍ onemocnění, pro která platí, že:
→ pro stanovení diagnózy je nutná interakce faktorů fyziologických a psychosociálních, porucha se projevuje především v oblasti tělesných funkcí nebo struktur (př. žaludeční vřed, dráždivý tračník, ulcerózní kolitida, astma bronchiale, ekzémy apod)

PSYCHOSOMATICKÉ PRINCIPY

predispozice – spouštěč – udržování



PSYCHOSOMATICKÉ PRINCIPY - triáda

- **EMOČNÍ KOMPETENCE**

- nedostatky v orientaci ve vlastních emočních stavech vedou k nedostatkům v uspokojování vlastních potřeb; těžká porucha orientace v emocích = alexithymie

ROZPOZNÁNÍ EMOCE (co cítím)

PŘÍŘAZENÍ EMOCE (z čeho to je, odkud to přišlo)

REGULACE EMOCE (k čemu mě to vede, co to po mě chce)

- míra **STRESU** a in/suficience zvládacích strategií pro stresovou zátěž

- predisponující → precipitující → udržující **FAKTORY**
(sekundární zisky, absence dovedností, kvůli které to jedinec nemůže/neumí dělat jinak)

LÉČBA

- AMBULANTNÍ: MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE + KOMUNIKACE
 - psychoterapie (INDIVIDUÁLNÍ, skupinová, rodinná, vícerodinná, motivační rozhovory)
 - psychiatrie (psychofarmakologická léčba komorbidit - nejčastěji depresivní a úzkostné prožívání, OCD symptomatika, medikace nejčastěji antidepresiva, event. atypická antipsychotika)
 - praktický lékař nebo internista
 - nutriční terapeut
- STACIONÁŘ
- HOSPITALIZACE
 - dobrovolná X nedobrovolná
 - realimentační vs. psychoterapeutická
 - interní oddělení → psychiatrie
 - návaznost na AMBULANTNÍ LÉČBU nutná
- CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ (v ČR zatím nedostupné)
- SVÉPOMOCNÉ SKUPINY, PEER PODPORA

Léčba PPP v ideálním světě

- dostatek času pro pacienta, ale i pro jeho blízké (potřeba opakované edukace, podpory)
- týmová spolupráce mezioborového rázu
- respekt a zájem o individualitu člověka, šití terapeutického přístupu na míru

ZPĚT K DEFINICI PPP

“Spektrum primárně psychiatrických onemocnění charakterizovaných patologickým jídelním chováním a zdravotními následky spojenými s malnutricí.”

→ co vše je ale třeba léčit?

→ proces realimentace musí doprovázet a po něm nadále přetrvávat psychoterapie, event. též nutriční terapie

PSYCHOTERAPIE

- **stran typu/formy**: INDIVIDUÁLNÍ / RODINNÁ / (skupinová, vícerodinná)
- **stran přístupu**
 - neexistuje jednoznačně preferovaná psychoterapeutická škola, klíčové je navázání důvěryplného terapeutického vztahu a upřímný zájem o člověka
 - v akutních fázích je užitečná opora o NEUROVĚDNÍ principy (pro porozumění a rozrušení patologických vzorců v chování), dále práce s ambivalencí (např. MOTIVAČNÍ ROZHOVORY, EXTERNALIZAČNÍ TECHNIKY)
 - postupně se otevírá více prostoru pro individualizovanější přístup a „šití terapie na míru“ danému člověku, jeho potřebám a životnímu příběhu
 - užitečné bývá zaměření na rozvoj SEBECITU & MENTALIZACE, na práci se SEBEPOJETÍM, posílení EMOČNÍCH KOMPETENCÍ (s principy DBT zejména u emoční nestability, impulzivity) a SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ, postupný FOKUS NA TĚLO (uvědomění tělesného prožívání, embodiment, expresivní přístupy)
- **stran časování** - různé názory a postoje (dle BMI? dle typu diagnózy? dle věku?)
 - Moje zkušenost - u dětí rodinná terapie (+ edukace), individuální psychoterapie dle zralosti a potřeb dítěte
 - u dospívajících individuální + rodinná psychoterapie (při zájmu a spolupráci rodičů)
 - u dospělých individuální psychoterapie (+ rodinná terapie dle potřeby)
 - psychoterapie má smysl vždy (i při nízkém BMI), pokud nemocný o kontakt alespoň trochu stojí; v akutních fázích jde zejména o podporu ve zvládnání náročného období (psychicky i tělesně náročný proces realimentace), budování důvěry, otevírání prostoru pro sdílení

PSYCHOTERAPIE U PPP - specifika

- nízká hmotnost a restriktce bývají u mentální anorexie zpočátku tzv. EGOSYNTONNÍ (přesto lze hledat, kde se dá s pacientem setkat), postupně více AMBIVALENCE (chci i nechci, mohu i nemohu, zdravá X nemocná část člověka)
- pro závažnější formy mentální anorexie je typická ANOZOGNOZIE (neuvědomování si závažnosti vlastní nemoci), souvisí s malnutricí mozku a egosyntonností nemoci. Upraví se společně s vyživením mozku a zvyšováním důvěry v léčebný proces. I anozognostický člověk si zaslouží psychoterapii.
- co zvyšuje naději na úspěch? – kvalitní terapeutická aliance, vřelost a trpělivost, mezioborový tým (moci být spíš za psychoterapeuta než za kontrolora), externalizace nemoci (rodina včetně nemocného jako jeden tým proti nemoci), supervize/intervize
- Role psychologa na somatickém vs. psychiatrickém oddělení při práci s lidmi s PPP
 - interna, pediatrie – somatické stabilizační pobyty, jeden z cílů = zažít „dobrou zkušenost z psychologem“
 - psychiatrické odd. – krátkodobá práce, optimální cíl = podpora v náročném procesu realimentace, psychoedukace, podpora přijetí závazku k uzdravení, navázání pacienta na konkrétní ambulantní péči, nepropouštět z nemocnice „do prázdna“

O MOTIVACI obecně

O MOTIVACI lze uvažovat jako o situační proměnné (závislé na aktuálním fyzickém i psychickém stavu pacienta) i jako o charakteristice pro daného jedince typické a dlouhodobé

- zčásti lze zmapovat při formování terapeutické dohody
- podpora motivace jako zakázka
 - lékaře?
 - fyzioterapeuta či jiného odborníka?
 - rodinných příslušníků?
 - pacienta?
- A co to v kterém případě (a pro koho) znamená? A KDY MŮŽE POMOCI PSYCHOLOG?
- **O ČEM JE DOBRÉ PŘEMÝŠLET**
 - „promlouvání do duše“ X snaha o porozumění, podporu (terapeutická dohoda jako vztažný bod)
 - kdo je můj pacient? Jakou míru „motivace“ od něj mohu očekávat?
 - kdo je za co zodpovědný? (zodpovědnost za proces X za výsledek)
 - jak zvládat frustraci, když „by přece stačilo, kdyby jenom trochu chtěl“?

Motivační rozhovory



(Miller & Rollnick,
u nás výcvik
PhDr. Jana
Soukupa)

STRATEGIE PODPORUJÍCÍ MOTIVACI KE ZMĚNĚ

- partnerství a spolupráce + zhodnocení fáze změny (prekontemplace, kontemplace, plán, akce, udržení)
 - prohlubování uvědomění nevýhod současného stavu a výhod změny („řeči změny“), rozvíjení ambivalence a rozporů, otevřené otázky
 - posilování důvěry pacienta v jeho kompetence
 - vyjadřování empatie, vyhýbání se napravovacímu reflexu
-
- ❑ **reflex napravovací** („Měl/a bys....“ „Když nebudeš“) vede k reflexu **obhajovacímu** („Když já bych rád/a, ale..“ „Jenže..“)
 - ❑ Řeč **změny** X řeč **statu quo**

EMOCE

- Opouštět nemoc pro nemocného znamená ztrácet kontrolu nad vlastním životem (reálně ztrácí iluzi kontroly nad vlastním životem skrze jídlo), objevuje se mnoho nejistot, často mnoho úzkosti, pro které zcela chybí zvládací strategie
- Co bylo v prožívání při PPP utlumeno se v procesu uzdravování ožíví (emoční nestabilita, propady nálad, trauma,...), i proto je uzdravování v prvních fázích extrémně náročné; u „dosud hodných dětí“ se objeví „zlobení“, které vítáme jako posun v léčbě, je ale potřeba podporovat a edukovat rodiče).
- Pro emoce lidem s PPP často zcela chybí slovník, cítit emoce pro ně znamená být mimo komfortní zónu. Je třeba trpělivost, pozvolná práce se objevováním emočního světa.

Healing
requires
feeling.



@dranitajohnston



AND I SAID TO MY BODY. SOFTLY.
'I WANT TO BE YOUR FRIEND.'
IT TOOK A LONG BREATH. AND REPLIED,
'I HAVE BEEN WAITING MY WHOLE
LIFE FOR THIS.'

-NAYYIRAH WAHEED



Sometimes,
when I am raging against
my body,
I hear it quietly but firmly
call out:
"Same team.
Same. Team.
Same.
Team."

-Dr. Maria Paredes
@with_this_body

Three Birds
Counseling & Clinical Supervision

HEALTHYPLACE.COM

VZTAH S TĚLEM

- dlouhá pozvolná cesta
- techniky zaměřené na tělo
- mindfulness & body neutrality

Mohu přijmout, že se mi na mně něco nelíbí?


Mohu přijmout, že to nyní nemohu zcela přijmout?

Nemusím se milovat, abych se k sobě mohl/a chovat s respektem.)


- pozornost na ostatní složky osobnosti, jiné aspekty života (včetně spirituality, smyslu života)

PRE-RELAPSE SIGNS


Red Light Signs

- 
- Deciding to use behaviors "just once"
 - Telling myself I don't need a meal plan
 - Lying about eating/using behaviors
 - Isolating myself + avoiding social situations
 - Only eating safe foods
 - Frequently bingeing/purging
 - Cheating on my meal plan

Yellow Light Signs

- 
- Increased anxiety around food
 - Obsessive thoughts about food/weight
 - Urges to diet and lose weight
 - Weighing myself frequently
 - Checking nutrition info online
 - Measuring + weighing food

Green Light Signs

- 
- Following my meal plan
 - Not being afraid of unknown calories or thinking any foods are "bad"
 - Developing other interests and spending less time + energy on my ED.
 - Being willing to surrender control over food and my entire life to GOD!

K zamyšlení:

remise
x
úzdava
x
zotavení

co to je?
existuje to?
jak se to pozná?
a kdo to stanoví?

PPP můžeme chápat i jako formu v něčem užitečného kreativního přizpůsobení – pomohla vnést pocit kontroly do tehdy chaotického či úzkostného prožívání, zafungovala při pocitu ohrožení. I proto je tak těžké ji opustit.



Film Autoportrét

<https://www.youtube.com/watch?v=EBCHRlop-hg>

Recovery from disordered eating begins with the understanding that the disordered eating behavior served you when the goal was survival.

DR. ANITA JOHNSTON
elighttothemooncafe



Dotazy?
Diskuze...
Děkuji!

tere.makova@gmail.com

www.3pe.online

[IG @3pe.online](#)

3pe