

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Kristýna Matějková

**Nefarmakologické přístupy v péči o pacienta s poruchou příjmu
potravy**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci

.....

Podpis

Poděkování

Poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Zdeňce Mikšové Ph.D. za vedení práce a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Nefarmakologické přístupy v ošetrovatelství

Název práce: Nefarmakologické přístupy v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Název práce v AJ: Nonpharmacological approaches in nursing care of patient with eating disorder.

Datum zadání: 2021-11-19

Datum odevzdání: 2022-04-24

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Matějková Kristýna

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Porucha příjmu potravy patří mezi častá a závažná onemocnění a vede ke zdravotním komplikacím. Téma je uchopeno z pohledu nefarmakologických přístupů proto, že v současné době existují přehledové práce zabývající se pouze obecným pojetím poruch příjmu potravy či nastíněním možností jejich nefarmakologické terapie. Přehledová bakalářská práce předkládá aktuální dohledané poznatky o možnostech nefarmakologických přístupů v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy. Z dohledaných poznatků vyplývá, že účinným přístupem v léčbě poruch příjmu potravy je kognitivně behaviorální terapie, nicméně pozitivní výsledky přinesly také studie zabývající se účinností kognitivní remediacce a tréninkem emočních dovedností, rodinnou terapií, jógou a arteterapií. Informace byly dohledány s použitím databází PubMed, EBSCO, Science Direct a Springer Link.

Abstrakt v AJ: Eating disorder is common and very serious illness that leads to serious illness that leads to serious health complications. My personal experience led me to be interested in this issue, as I personally struggled with the anorexia nervosa. The topic is captured from the point of view of nonpharmacological approaches due to the fact that there are studies and

reviews dealing mainly with the general concept of eating disorder or the possibilities of nonpharmacological approaches. This thesis presents current research findings on the possibilities of nonpharmacological treatments of eating disorders. Cognitive-behavioral therapy is an effective approach in the treatment of eating disorders, but positive studies also presented effectiveness of cognitive remediation and emotional skill training, family therapy, yoga and art therapy. The information was searched using the databases: PudMed, EBSCO, Science Direct and Springer Link.

Klíčová slova v ČJ: porucha příjmu potravy, nefarmakologické přístupy, kognitivně behaviorální terapie, kognitivní remediace a trénink emočních dovedností, rodinná terapie, jóga, arteterapie

Klíčová slova v AJ: eating disorders, nonpharmacological interventions, cognitive behavioral therapy, cognitive remediation and emotional skill training, family therapy, yoga, art therapy

Rozsah: 46 stran / 0 příloh

Obsah

Úvod	7
1 Popis rešeršní činnosti	9
2 Nefarmakologické přístupy poruch příjmu potravy	10
2.1 Explikace pojmů vztahujících se k nefarmakologickým přístupům v péči o pacienty s poruchou příjmu potravy	10
2.2 Vybrané nefarmakologické přístupy v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy ..	15
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků	32
Závěr	35
Referenční seznam.....	36
Seznam zkratk.....	46

Úvod

Porucha příjmu potravy (PPP) nese svou charakteristiku, jako záměrné omezování se v příjmu potravy, či patologické chování související s jídlem, vedoucí k narušení vstřebávání živin, čímž jsou výrazně ovlivněny fyzické a psychické funkce jedince. Za poruchy příjmu potravy jsou považovány mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní přejídání, mentální orthorexie a jiná nespecifikovaná onemocnění související s příjmem potravy (Amoretti, 2020, s. 556). Již v minulosti se vyskytovaly u známých osobností. Anorexií nebo bulimií trpěla například císařovna Sissi, Jane Fondová či princezna Diana. Za rizikové skupiny predisponující k rozvoji poruch považujeme zejména dívky, které jsou nespokojené se svou postavou, neboť nedosahují ideálu krásy (Papežová, 2016, s. 15). Jedná se o problém nacházející se ve velké míře také mezi ženami během studia na vysoké škole (Stice et al., 2013, s. 445 - 457). Porucha příjmu potravy je definována dle Diagnostického statistického manuálu duševních poruch 5. edice (DSM-5) jako život ohrožující onemocnění charakterizované chronickým zájmem o tělesnou hmotnost a tělesné proporce. U generace dospívajících a mladých žen byla celoživotní prevalence odhadována v rozmezí 0,3 % - 0,9 % s mentální anorexií, 1-2 % s mentální bulimií a až 15 % celkem u všech poruch. Ať už kvůli zdravotním komplikacím či četnosti sebevražd, úmrtnost jedinců s mentální anorexií zaujímá dvanáctkrát vyšší roční úmrtnost v porovnání s jinými příčinami úmrtí u žen ve věku 15 - 24 let. Na základě uvedených faktů studie zdůrazňují nutnost včasného zásahu, identifikace a léčby u adolescentů (Spettigue et al., 2020, s. 1 – 7). PPP jsou provázány řadou nepříznivých způsobů chování jako užívání návykových látek, přejídání nebo zvracení (Hilbert et al., 2014, s. 500 – 506). Patologie PPP postihuje jednu z osmi mladých žen. Dospívající ženy prodělají jednu z poruch během druhé dekády života, proto je zapotřebí šířit léčebné intervence za účelem indikované prevence (Stice et al., 2013, s. 457). V posledních letech došlo k významnému upevnění a rozvoji nefarmakologických přístupů, zejména psychologických intervencí u PPP (Waller, 2016, s. 1 – 4). V souvislosti s touto problematikou je možné položit si otázku: Jaké existují aktuální validní poznatky o nefarmakologických přístupech v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy?

Cílem bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o nefarmakologických přístupech v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy.

Dílčími cíli jsou:

1. Explikace pojmů vztahujících se k nefarmakologickým přístupům v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy.
2. Sumarizace aktuálních dohledaných publikovaných poznatků o kognitivně behaviorální terapii, kognitivní remediaci a tréninku kognitivních dovedností, józe, rodinné terapii a arteterapii v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy.

Vstupní literatura:

1. PAPEŽOVÁ, Hana. 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a trans diagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
2. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. 2017. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.
3. BECK, Judith S. 2018. *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-525-2.
4. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.
5. PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. 2012. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika dietologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga. ISBN 978-80-87258-9.

1 Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s použitím klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů.

Vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: poruchy příjmu potravy, nefarmakologický, terapie, ošetrovatelská péče, jóga, hudba, psychoterapie

Klíčová slova v AJ: eating disorders, nonpharmacological, therapy, nursing care, yoga, music, psychotherapy

Jazyk: český, anglický

Vyhledávací období: 2012-2022



Databáze:

PudMed, EBSCO, Science Direct, Springer Link



Nalezeno 205 článků, vyřazeno 144 článků.



Vyřazující kritéria:

Duplicitní články, články neodpovídající cílům práce.



Sumarizace využitých databází a vyhledaných dokumentů:

PudMed – 32 článků, EBSCO – 12 článků, Science Direct – 6 článků, Springer

Link – 11 článků

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 61 článků.

2 Nefarmakologické přístupy poruch příjmu potravy

V souvislosti s poruchami příjmu potravy (PPP) se nejčastěji hovoří o mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenním přejídání a orthorexii. Uvedené poruchy postihují celý organizmus sekundárními orgánovými komplikacemi (Meisnerová, 2013, s. 266). V současnosti PPP patří mezi časté a závažné problémy mladých lidí, zejména dospívajících dívek, které nejčastěji souvisejí s omezením energetického příjmu. Poruchy jsou fluktuující potíže s rozvojem změn v životním kontextu, úzkostí, impulzivitou a pocitu nekompetentnosti. Svou významnou roli k rozvoji PPP hraje věk a myšlenka pacienta, že jídlo má sociální charakter s důsledkem vyhýbání se jídlu a separace od rodiny (Krch, 2016, s. 238-239). Jedním z charakteristických rysů u PPP je porucha obrazu těla s důsledkem na kognitivní, emoční a behaviorální fungování (Savidaki et al., 2020, s. 2). Vzhledem k tomu, jaké mohou mít PPP vážné psychické, chronické a fyzické následky, je nutností vést pacienta již při první konzultaci k adekvátnímu řešení. Konzultace by měla obsahovat komplexní informace, včetně interpretace terapeutického přístupu a rizik onemocnění. K diagnostice PPP slouží kritéria ICD-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) a DSM (Diagnostický statistický manuál mentálních poruch). Základním stavebním kamenem k navrácení zdraví u PPP, bez kterého by přístup nebyl komplexní, jsou zejména psychoterapeutické intervence (Herpetz et al., 2011, s. 679-683). Jedná se o přístupy, které slouží k efektivní nápravě z PPP s použitím v dlouhodobém hledisku, neboť se zabývají psychologickými a sociálními faktory, které se podílí na vývoji poruch (Costa, Melnik, 2016, s. 236). Cíle terapie bude dosaženo, pokud pacient získá kontrolu nad jídelním chováním, dosáhne navrácení tělesné hmotnosti s ustoupením psychopatologie. Opětovné navození zdraví pacienta s PPP spočívá v multidisciplinárním, komplexním přístupu a jedná se o dlouhodobou záležitost (Krch, 2016, s. 238-239).

2.1 Explikace pojmů vztahujících se k nefarmakologickým přístupům v péči o pacienty s poruchou příjmu potravy

V souvislosti s PPP se nejčastěji hovoří o mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenním přejídání a orthorexii (Meisnerová, 2013, s. 266). K jednoznačnému vnímání PPP a nefarmakologickým přístupům jsou objasněny na základě dohledaných poznatků.

Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je onemocnění charakterizované obavami z přibývajících tělesné hmotnosti s následným odmítáním požití jídla. Jedná se o poruchu, která svým nástupem

dominuje v dospívání a má za následek nárůst úmrtnosti v oblasti psychiatrických poruch. Dle diagnostických kritérií DSM-5 je pro MA typické zkreslené vnímání svého těla, cílová nízká hmotnost a počítání celkového příjmu požitých kalorií za den. Člověk s tímto onemocněním má vymezené potraviny ke konzumaci, při čemž svůj denní příjem kompenzuje nadměrným fyzickým cvičením (Neale, Hudson, 2020, s. 1-2). Kromě snižování energetického příjmu a zvyšování energetického výdeje pacienti užívají léky (např. laxativa, diuretika), vystavují se chladu a potravu pouze žvýkají bez jejího polykání. Dle výzkumu z USA je celoživotní prevalence MA udávána v rozmezí 0,5 – 2,2 % u žen a u mužů okolo 1 % (Wohlinová, 2020, s. 136). Léčba tohoto závažného onemocnění spočívá v komplexním a multidisciplinárním přístupu zahrnující nutriční poradenství, psychoterapii, farmakoterapii a léčbu zdravotních komplikací, které během onemocnění mohou progredovat (Andrade et al., 2017, s. 518).

Mentální bulimie

V dřívějších letech byla mentální bulimie (MB) popisována jako součást chování obézních jedinců, později jako jev forem MA. Nyní zastupuje samostatnou poruchu, kdy v osobní anamnéze pacienta ji může předcházet MA. MB je charakterizována neustálým puzením ke konzumaci velkého množství jídla se související ztrátou kontroly s následným kompenzačním chováním (zvracením). Symptomatika bulimie může spočívat v pocitu smutku, depresivní náladě, úzkostných stavech, pocitech samoty a prázdnoty. Po záchvatu přejedení následují výčitky s pocity viny za neovládatelné chování a osobní zklamání (Němečková, 2011, s. 460). Diagnostický statistický manuál duševních poruch (DSM-5) uvádí, že k diagnostikování bulimie musí jedince provázet záchvat přejídání s následným kompenzačním chováním s frekvencí minimálně jedenkrát týdně po dobu tří měsíců. Téměř u všech případů MB vykazují další komorbidity jako změna nálad, úzkost, afektivní chování a zneužívání návykových látek (Hay, Claudino, 2015, s. 2). Jako východisko těchto symptomů má dle Gorell a Grange (2019, s. 537-547) prokazatelnou účinnost kognitivně-behaviorální terapie či kombinace psychoterapie s farmakoterapií. Z meta-analýzy se v jedné ze studií zabývali účinností kognitivně-behaviorální terapie a psychodynamické terapie. Výsledky ukázaly, že respondentky po 12 měsíčních terapiích již nesplňovaly diagnostická kritéria pro MB, kdy procento po absolvování KBT dosahovalo hodnoty 33,3 a po absolvování psychodynamické terapie procento dosahovalo hodnoty 30,2. Účinností KBT v porovnání s rodinnou terapií (RT) se v randomizované studii zabývali také Le Grange et al. (2015, s. 886–894). Nicméně po 18 sezení v průběhu 6 měsíců se 109 mladými ženami se za účinnější prokázala RT. Primárním výsledkem byla abstinence od záchvatovitého přejídání a zvracení, kdy míra abstinence byla

vyšší u RT (44 %) oproti KBT (25,4 %). Hail et al. (2018, s. 14) v meta-analýze studií zase uvedli, že KBT byla účinnější pro dosažení abstinence přejídání (45 %) oproti RT (25 %). Nicméně výsledky intervencí ohledně snížení frekvence zvracení se nelišily.

Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání (PP) představuje nejčastější onemocnění PPP. Jedná se o maladaptivní jídelní chování v biopsychosociálním kontextu, které nalezneme v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) pod kódem F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, při čemž jako samotná diagnóza se poprvé objevuje v appendixu DSM-4-TR. Pacient s psychogenním přejídáním prožívá pocity studu, znechucení nad sebou samým a vlastním jídelním chováním. Jídlo konzumují bez přítomnosti jiných osob a vyhýbají se společenským událostem. Současně se vyhýbají styku s rodinou, která by pacienta donutila vyhledat odborníka (Kviatkovská et al., 2016, s. 276-277). Epizodám PP předchází špatná nálada a právě přejídání může být považováno za kompenzační nástroj těchto prožitků, s čímž souvisí skutečnost, že jedinci trpící PP postrádají správné chování v regulaci emocí a mají tendenci potlačovat emoce negativní (Dingemansová et al., s. 6, 2017). Před zahájením samotné terapie PP je zapotřebí posoudit stav pacienta, k čemuž slouží metody využívané zdravotnickými pracovníky. Zlatým standardem metod je polostrukturovaný rozhovor Eating Disorder Examination (EDE) s dobou trvání 45-75 minut probíhající mezi zdravotníkem a pacientem. Avšak časově nejefektivnějším nástrojem pro posouzení pacienta s PP je strukturovaný rozhovor Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) trvající 15 minut (Da Luz et al., 2020, s. 3). Současná léčba PP spočívá v podávání psychofarmak, psychoterapii, svépomocné terapii, interpersonální terapii a vícero rodinné terapii. Formy intervencí mohou probíhat během hospitalizace či v ambulantních programech. Nicméně za nejúspěšnější formu nefarmakologického přístupu je považována psychoterapie známá jako kognitivně-behaviorální terapie, jejíž efekt spočívá v redukci počtu záchvatů přejídání. Zaměření kognitivní části terapie spočívá ve změně extrémního zaujetí tělesnými proporcemi a váhou, perfekcionismu a myšlení typu všechno-nebo-nic, zatímco behaviorální část se zaměřuje na změnu jídelního chování. Existují také publikace obsahující svépomocné návody např. Fairburnovo Overcoming binge eating. Tato možnost pomoci je pacienty využívána, vzhledem k psychopatologii onemocnění. Nicméně mezi nové léčebné modality patří také repetitivně trans-kraniální magnetická stimulace (rTMS) s principem využití elektřiny a magnetismu stimulující neurony mozkové kůry. Byla prokázána účinnost rTMS ve snížení záchvatů přejídání (Kviatkovská et al., 2016, s. 276-277). Tři nedávné systematické přehledy a meta-

analýzy studií hodnotily účinnost KBT u pacientů s PP. Systematický přehled a meta-analýza z roku 2020 hodnotily účinnost psychologických intervencí pro jednotlivce s PP, zahrnovaly celkem 116 studií, z nichž 58 studií se zabývalo účinností KBT pro lidi s PP. Zjištění výzkumů ukázalo, že KBT byla nejpoužívanější intervencí v terapii PP a byla účinná ve snížení záchvatů přejídání. V dalším systematickém přehledu a meta-analýze publikované roku 2017 byla ve 35 randomizovaných kontrolovaných studiích hodnocena účinnost KBT u jednotlivců s PP. Výsledky přehledu ukázaly, že pomocí KBT dochází ke snížení výskytu symptomů PP. Přínosy KBT jsou trvalé, neboť i při přehodnocení po ukončení terapie nedošlo k opětovnému navrácení symptomů pro PP. Třetí systematický přehled a meta-analýza publikované roku 2016 přinesly rovněž efektivní výsledky pro KBT ve snížení záchvatovitěho přejídání u lidí s PP. (Hilbert et al., 2020, s. 1353-1376, Linardon et al., 2017, s. 1080-1094, Brownley et al., 2016, s. 409-420).

Mentální orthorexie

Charakteristika mentální orthorexie (MO) existuje již od roku 1997 s definicí obsedativního zaměření na dietní stravování. Pojem orthorexie je vytvořen ze slov orthos (správný) a orexis (apetit) (Kalra et al., 2020, s. 1282). Pacienti s MO se zaměřují na potraviny z hlediska použitých zdrojů pro jejich zpracování, metodu výroby potravin v potravinářském a zemědělském průmyslu nebo zkoumají etikety jednotlivých pochutin (Dunn et al., 2016, s. 16). Důsledkem tohoto chování dochází k narušení sociálních interakcí a vztahů (Missbach et al., 2017, s. 521 – 524). Patologie MO spočívá ve snaze jíst co nejzdravějším způsobem, ale i přes veškerá striktní pravidla nedochází ke kalorickému deficitu (Dunn, et al., 2016, s. 16). Nejpoužívanějšími psychomotorickými nástroji na měření orthorexie jsou ORTHO-15 a Bratman Orthorexia Test (BOT) (Cena, et al., 2019, s. 241). Meule et al. (2020, s. 2–5) ve svém výzkumu, zabývající se otázkami výživy a duševní pohody, porovnávali spolehlivost dotazníků ORTHO-15 a BOT s dalšími nástroji pro měření orthorexie, kterými jsou EHQ (Eating Habit Questionnaire) a DOS (Duesseldorf Orthorexia Scale). BOT je 10 položkový dotazník s možnostmi odpovědí ano či ne. ORTHO-15 je 15 položkový dotazník s možnostmi odpovědí 1, 2, 3, 4 (tzn. 1 = vždy, 2 = často, 3 = někdy, 4 = nikdy). EHQ je 21 položkový dotazník hodnocený na 4 bodové škále (tzn. 1 = nepravda, 2 = vůbec ne, 3 = pravda, 4 = velmi pravdivé). DOS je 10 položkový dotazník s možnostmi odpovědí 1, 2, 3, 4 (tzn. 1 = to se mě vůbec netýká, 2 = to se mě spíše netýká, 3 = to se mě týká, 4 = to se mě rozhodně týká). Výzkumu se zúčastnilo 500 respondentů v průměrném věku 43,4 let (SD = 18,1) s průměrným indexem tělesné hmotnosti (BMI) 25,2 kg/m² (SD = 4,7). Výsledky ukázaly, že jako nejspolehlivější nástroje se prokázaly BOT, EHQ a DOS. Brytek-Matera et al. (2020, s. 1-15) ve svém přehledu uvedli,

že pro měření MO není žádný nástroj považován za zlatý standard“, ačkoli jako spolehlivé nástroje pro hodnocení symptomatologie uvedli BOT, EHQ a DOS, zatímco ORTHO-15 uvedli za nepřijatelný a nespolehlivý nástroj. Autoři se zabývali zejména dotazníkem EHQ. Průzkum byl proveden u 967 respondentů (59 % žen, 41 % mužů), v průměrném věku 23 let s průměrným indexem tělesné hmotnosti (BMI) 22,5kg/m². Autoři také uvedli, že EHQ hodnotí znalosti v oblasti zdravé výživy, problémy spojené s výživou a chování v oblasti stravování. Studie také zaznamenala, že pro lidi s MO není typické nízké BMI.

Nefarmakologické přístupy v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Nefarmakologické intervence jsou postupy, které nepoužívají farmakologické prostředky k redukování, eliminaci nebo prevenci zdravotních, psychologických a behaviorálních potíží (Fitzsimmons, 2014, s. 11). Jedná-li se o poruchy příjmu potravy, panuje neustálé dilema, co se terapie týče. Tato skutečnost je dána tím, že PPP jsou projevem psychologických i fyzických patologií s různými diagnózami a podporují odlišné způsoby léčby, kdy nejpoužívanější je psychologická a farmaceutická terapie. Ačkoli se jedná o mnohostrannou léčbu, v současnosti jsou doporučeny primárně nefarmakologické přístupy, zejména psychoterapie (Waller, 2016, s. 2).

Davis a Attia (2019, s. 3) uvedli nedávné pokroky v léčbě PPP se zaměřením na rozvoj kognitivně-behaviorální terapie zejména pro MB, PP, a také rodinnou terapii pro děti a dospívající s MA. I přesto, že terapie MB je podporována zejména farmakologickými intervencemi, kognitivně behaviorální terapie v klinické praxi dominuje. Costa a Melnik (2016, s. 236) vyzdvihují psychosociální intervence pro dlouhodobou léčbu PPP, neboť se zaměřují na psychologické a sociální faktory, které mohou zapříčinit vznik těchto poruch. Herpertz et al. (2011, s. 680) se ve své meta-analýze studií zabývají diagnostikou a léčbou PPP. V léčbě MA, MB a PP poukazují na účinnost kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie, psychodynamické terapie a rodinné terapie. Naopak farmakologické přístupy ve formě psychofarmak (neuroleptik) v léčbě MA byly prokázány jako neúčinné, pokud se nejednalo o pacienty, kteří trpěli úzkostmi. Také zjistili, že pacienti trpící psychogenním přejídáním, kteří dostávali antidepresiva společně s antikonvulzivou, měli větší tendence pro přejídání než ti, kteří dostávali pouze placebo. Také poznatky o kognitivně behaviorální terapii v kombinaci s farmakologickou léčbou dokládají neefektivní účinnost pro léčbu psychogenního přejídání. Bucharová et al., (2020, s. 1-9) popisují léčbu PPP jako široce rozsáhlé spektrum možností. Mezi terapeutickými nefarmakologickými přístupy také uvedli kognitivně behaviorální terapii, zatímco farmakologickou léčbu doporučili pouze v kombinaci s kognitivně-behaviorální terapií

a zejména ty, které snižují úzkosti a deprese. Za účinnou intervenci v léčbě PPP považují také arteterapii, jejímž využitím dochází k navrácení duševního, fyzického a emocionálního zdraví.

V současné době přichází nová úspěšná psychologická intervence pro léčbu PPP pod názvem Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (Cognitive Remediation and Emotion Skills Training - CREST). CREST navazuje na kognitivně behaviorální terapii a zachovává její strukturu (Wohlinová, Papežová, 2020, s. 136). U pacientů s poruchou příjmu potravy se často vyskytují psychiatrické poruchy s depresivními a úzkostnými stavy. Ty se snaží kompenzovat nadměrnou aerobní aktivitou, která s sebou nese riziko zhoršení zdravotního stavu. Avšak existuje řešení, jak tomuto riziku zamezit. Hall et al. (2016, s. 2) uvedli účinnou intervenci známou pod pojmem jóga, která přijme pacienta vykonávat fyzickou aktivitu s nízkou intenzitou, přičemž dochází k minimálnímu výdeji kalorií. Prostřednictvím jógy je pacient schopen naslouchat do hloubky svému tělu a mysli, díky čeho dochází k navození vnitřní pohody a posílení sebevědomí.

2.2 Vybrané nefarmakologické přístupy v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Sféra PPP patří mezi onemocnění, u kterých bude vždy potřeba se vzdělávat z oblasti etiologie, vývoje a správného způsobu léčby. K léčbě PPP jsou dostupné přístupy jak farmakologické a nefarmakologické, tak i jejich kombinace (Davis, Attia, 2019, s. 3). Terapie PPP spočívá zejména v psychologickém přístupu. Jedná se o verbální výměnu mezi pacientem a terapeutem, která často selhává, neboť pacient se nachází v jiném mentálním módu. Terapeut z počátku může být vnímán jako nepřátelská osoba, což vytváří obtížnost k navazování otevřeného vztahu a spolupráce (Papežová et al., 2018, s. 429). Pro lepší posouzení a léčbu PPP musí zdravotnický personál získat dostatečné informace o fyziologických a psychologických potřebách pacienta. Ke komplexnímu posouzení a stanovení terapie je potřebné, aby poskytovatelé zdravotnické péče měli praxi v používání screeningových nástrojů (Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS), Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q), Eating Disorder Inventory 3 (EDI-3)). Komplexní hodnocení pacienta je nezbytné pro zavedení optimální léčby (Mathis et al., s. 8 – 11, 2020). Dohledané studie obsahují aktuální poznatky efektivních nefarmakologických intervencí pro PPP zejména kognitivně behaviorální terapie, kognitivní remediace a trénink emočních dovedností, rodinná terapie, arteterapie a jóga.

A) Kognitivně behaviorální terapie v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je forma psychoterapie, kterou na počátku 60. let 20. století vyvinul Aaron Beck. Terapie je strukturovaná, na přítomnost orientovaná metoda, zaměřená na léčbu depresí, řešení aktuálních problémů a modifikací dysfunkčního chování a myšlení pacienta (Becková, 2018, s. 17-18). KBT představuje uznávanou metodu pro léčbu zejména MB a PP dle národních směrnic (např. National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017) ve Spojeném království (Agras, Bohon, 2021, s. 418). Jmenovaná psychoterapie splňuje dle zdravotnických organizací podmínky pro klasifikaci nejvhodnější intervence a prokázala největší množství empirických důkazů pro léčbu PPP. (Farell et al., 2019, s. 1125-1135). KBT reprezentuje vhodný přístup pro pacienty, kteří mají psychogenní poruchu v jídelním chování související s poruchou obrazu svého těla (Brauhardt et al., 2014, s. 577).

Sebe monitorování (jídelní záznamy), aktivní nácvik, konfrontace se zúzkostňujícími podněty a situacemi (metoda expozice) a domácí cvičení hrají významnou roli v terapii. Podstatou KBT u PPP jsou následující kroky: 1. vedení záznamu o jídle, myšlenkách, pocitech související se snědeným či nesnědeným jídlem, nadměrným pohybem a přejídáním; 2. pravidelné vážení; 3. změna jídelního chování; 4. kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby; 5. zavedení prevence relapsu (Papežová et al., s. 405). Farell et al. (2019, s. 1125-1135) provedli studii, jejímž cílem bylo zjistit, jaký vliv má mechanismus účinku KBT založené na expozičním principu, tzv. psychoterapeutickém postupu, při kterém pacienta terapeut vystavuje situacím a podnětům, ze kterých má obavy. Cílem expozičního jednání je zamezit konfrontaci pacienta způsobenou podnětem či situací vyvolávající úzkost související s jídlem (např. zakazování požívání vybraných potravin) či proporcemi těla. Na základě tohoto jednání dochází u pacienta ke snížení patologických symptomů pro PPP. Do studie bylo zařazeno 122 jedinců s diagnostikovanými poruchami jako mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní přejídání, omezování v jídle, úzkost a deprese. Součástí výzkumu byl dietolog, jehož snahou bylo pacienty zbavit obav z jídla. Léčebný program probíhal každý den 6,5 hod., po dobu 4 týdnů, pacienti jedli 2 jídla a 2 svačiny, obsahoval dotazník EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), který respondenti každý den vyplňovali, pomocí kterého terapeuti vyhodnotili, zda u pacientů došlo k efektivnímu výsledku po zařazení do výzkumu. Otázky dotazníku byly směřovány na strach z jídla, kontrolu tělesných proporcí, vyhýbání se tělesnému obrazu, vyhýbání se jídlu. Respondenty během léčebného programu doprovázel dietolog společně s terapeutem, kteří poskytovali psychoedukaci o strachu a vyhýbání se jídlu za účelem zmírnění patologie PPP. Výsledky ukázaly, že u účastníků došlo k významnému snížení

patologie pro PPP a dalších souvisejících proměnných jako strach, vyhýbání se jídlu a poruchy sebeobrazu. Přestože studie prokázala efektivitu intervence, měla své nedostatky, neboť se jednalo o malý vzorek zkoumaných pacientů. V případě další studie s větším počtem respondentů by mohlo být přínosem k prokázání lepší efektivity intervence. Agras a Bohon (2021, s. 417-438) zpracovali systematický přehled a meta-analýzu studií, kde popisují efektivitu KBT v porovnání s jinými terapiemi. Potvrdili, že KBT má významný efekt na snížení symptomů zejména pro mentální bulimii a psychogenní přejídání, zároveň zdůrazňují, že KBT je vhodnou intervencí pro všechny jedince s diagnostikovanou PPP. Na základě studií rodinná terapie neprokázala nižší účinnost než KBT, tedy obě intervence jsou stejně účinné ve snížení psychopatologie PPP. Studie udávají také nižší míru přejídání a zvracení po 5 měsíční léčbě KBT v porovnání s psychoanalytickou terapií, při čemž KBT byla účinnější. Výsledky studií ukazují, že KBT by měla být považována za terapeutický přístup první linie zejména pro MB, PP a ostatní formy PPP.

Nejkonzistentnějším prediktorem PPP je porucha sebeobrazu, tzn. nadměrná nespokojenost se svým tělem a obsedantní pozorování těla s negativním pojetím. Pokud se u pacienta s PPP prokazuje vyšší míra poruchy vnějšího sebepojetí, dochází tak ke zpomalení efektivity léčby. Autoři studie se rovněž zabývali účinností KBT jako intervencí při poruše sebeobrazu těla u žen s PPP. Do studie bylo zahrnuto 46 žen v průměrném věku 28 let s MA, MB a jinými PPP provedenou v soukromém zařízení Středozápadního bělošského předměstí specializovaném na léčbu PPP. Rasová rozmanitost byla tvořena z 95,7 % bělochy a zbylými procenty asijskými Američany. Většina pacientek s MA (78,3 %) byla v částečné remisi tzv. index tělesné hmotnosti (BMI) udával hodnotu vyšší než 18,5 bodů, ale pacientky neměly již amenoreu. Zatímco index tělesné hmotnosti u pěti účastnic s MA značil hodnoty nižší než 18,5 bodů (podváha). Tři z účastnic splňovaly kritéria také pro PP a 5 žen trpělo obezitou. Terapie probíhala během osmi sezení ambulantní formou po dobu jedné hodiny týdně s řešením symptomů poruchy sebe obrazu těla. Data byla sesbírána pomocí pěti dotazníků zabývajících se otázkami ohledně vztahu k tělu a jeho vzhledu, vnímání velikostí těla, obav ze vzhledu, stravovacích návyků a známek deprese. Výsledek studie naznačuje, že KBT byla jedinci dobře přijata, nicméně výsledné výpovědi pacientek ovlivnilo také to, zda terapii podstoupili již dříve či nikoli. Intervenční skupina, která již léčbu někdy absolvovala, udávala větší spokojenost se svým aktuálním tělem po absolvování intervence. To stejné platí pro výpovědi o stavu deprese a patologii PPP. Na základě analýzy spokojenosti s intervencí bylo zjištěno, že 37 účastníků uznávalo intervenci jako za užitečnou s poskytnutím informací a strategií, které napomáhají k vypořádání se s negativními pocity a pohledy na obraz svého těla. Také uváděli, že diskuse o

symptomatologii při skupinových setkáních byly velmi užitečné. Pacientky dostávaly po každém setkání domácí úkoly, nicméně nepovažovaly je za přínosné (Bhatnagar et al., 2013, s. 1-13).

Ke sběru dat z výzkumných šetření je třeba brát v potaz, zda intervence přináší potenciální přínos zejména pacientům. Hoskins et al., (2018, s. 530–537) se ve své studii zabývají zkušenostmi a názory pacientů na KBT obsahující 10 setkání. Respondentky studie byly ženy s průměrným věkem 32 let s diagnózou mentální bulimie, při čemž 17 z nich absolvovalo již dříve jinou terapii pro PPP, což jim umožnilo porovnat své zkušenosti, a 7 pro jiné psychologické problémy. Klíčové body terapie spočívaly v návratu k rozumnému způsobu stravování, behaviorální a emoční nápravě, přijatelnosti svého obrazu těla, prevenci relapsu. Informace ohledně přijatelnosti a spokojenosti s terapií byly shromážděny na základě dotazníku, jehož položky byly hodnoceny pomocí stupnice od 0 – 10, kdy výsledné hodnocení v průměru zahrnovalo číslo 9. Součástí dotazníků bylo vlastní sdělení ze stran respondentek (např. „díky terapeutce jsem se cítila dobře na každém setkání a mohla jsem otevřeně řešit své osobní problémy se stravovacími návyky“). Deset žen (59 %) diskutovalo také o charakteru terapeuta, při čemž udávaly spokojenost zejména z oblasti starostlivosti, porozumění, pozitivního přístupu a popisovaly terapeuty jako odborníky se schopnostmi řešit problémy kreativním způsobem a více než polovina respondentek (53 %) se cítily s terapeutem příjemně. Účastníci také zaznamenali, že nejsou sami na vyřešení problémů souvisejících s PPP a mohou hovořit o svých myšlenkách a emocích bez známky strachu. Nicméně šest účastníků (35 %) zmínilo přijatelnost vyššího počtu setkání. Sedm účastníků (41 %) uvedlo, že důležitou roli hraje práce mimo sezení ve vlastním zájmu a vztahu k sobě samému. Jedenáct (65 %) respondentů hovořilo o potýkání se s výzvami jako navýšení jídla. Někteří z účastněných také udávalo, že z počátku byli k intervenci skeptičtí, nicméně ve výsledku hodnotilo intervenci jako prospěšnou. Výsledné zjištění uvádí, že se jedná o přijatelnou a účinnou terapii.

Otázky, jestli používat KBT jako nefarmakologickou intervenci v léčbě PPP a jak by léčba měla vypadat, se pokusili zodpovědět také Brown a Keel (2012, s. 33–61). Provedli meta-analýzu studií, pomocí kterých shromáždili data zabývající se prospěšnými intervencemi pro léčbu MA, MB a PP. Součástí intervencí byla také KBT. Jedna studie srovnávala účinky KBT v porovnání s psychoanalytickou a rodinnou terapií v léčbě MA a zahrnovala 84 účastníků. KBT je považována za vhodnější přístup, než intervence zabývající se výživou pro nápravu stravovacích návyků a výsledků v oblasti tělesné hmotnosti a snížení rizika relapsu. Další studie zkoumala rovněž účinnost KBT v léčbě MB, která se zdála být prospěšnější než psychodynamická terapie či rodinná, zejména ve snížení frekvence zvracení. Studie také

dokládá, že KBT má větší účinnost než farmakologické přístupy např. užívání fluoxetinu dosáhlo remise u 20 % pacientů, zatímco KBT u 40 %. Respondenti se zúčastnili 16 – 20 sezení po dobu 4 – 5 měsíců. Co se PP týče, na základě studie bylo prokázáno, že KBT snižuje frekvenci záchvatů v přejídání, zvyšuje míry remise a odbourává hladovění ve srovnání s intervencí zaměřující se na diety za účelem snížení hmotnosti. Nicméně KBT se neliší v oblasti prospěšnosti od interpersonální psychoterapie, zdá se, že výsledky nesou podobnost v mírách remise. KBT přispívá ke snížení sekundárních symptomů, včetně deprese a snížení sebeúcty.

B) Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností (CREST) v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Bylo prokázáno, že jedinci s PPP mají potíže s emoční regulací, která je klíčová pro nápravu zdraví a vyléčení (Gimboini et al., 2018, s. 605). Za účelem odbourání emocionálních potíží zejména u mentální anorexie byla vytvořena nová terapeutická metoda CREST. Průběh psychiatrických onemocnění ovlivňuje kognitivní a emoční deficit, který se zejména u MA projevuje v set shifting (tzn. deficit přesouvání pozornosti), centrální koherenci, zhoršení rozhodování, vizuospeciální schopnosti a paměti. Projev emočního deficitu připadá anhedonii (tzn. neschopnosti prožívat kladné emoce) a regulaci negativních emocí (stud, hněv, pocit viny a strach) v důsledku hladovění. Proto mezi důležité terapeutické metody patří kognitivní remediace (CRT) a nácvik emočních dovedností (Wohlinová, 2020, s. 135). Princip CREST spočívá v zaměřování na sociálně-emocionální fungování pacientů a na ty, kteří nejsou schopni popsat vlastní emoce a vyjádřit své potřeby. CREST se praktikuje, buď v pěti 45 minutových skupinových, nebo 8 hodinových individuálních, sezeních (Adamson et al., 2018, s. 371). Nejenže se zaměřuje na snížení psychiatrických symptomů, ale i navyšuje úroveň fungování v osobním životě tj. vztahy, vzdělávání nebo zaměstnání s potlačením negativních pocitů (Larsson, 2020, s. 3). Z dohledaných poznatků o emočních a kognitivních deficitech Wohlinová (2020, s. 136–137) dokládá, že je potřeba jejich tréninku. U pacientů s podváhou (BMI 16 bodů) je zapotřebí procvičovat zprvu kognitivní funkce, poté emoční dovednosti. První doplňkovou metodou byla CRT, tedy cvičení zaměřené na centrální koherenci a set shifting. Při této terapii se terapeut a pacient setkávají jedenkrát týdně v celku po deseti sezeních, řeší úkoly zaměřené na kognitivní flexibilitu. Později byla tato metoda praktikována ve skupinových setkáních za účelem sdílení svých zkušeností s ostatními členy. Na původní manuál CRT se zachovanou strukturou navazuje nová psychologická intervence CREST, jejíž princip spočívá v práci s reálnou schopností pacientů přijímat, tolerovat a řídit emoce s následným vyjádřením. Také

umožňuje pochopit, co dané emoce znamenají či signalizují a napomáhá v rozvoji adaptivních a sociálních dovednostech. Manuál terapie zahrnuje 10 lekcí zabývajících se šesti tématy: 1. Myšlení o myšlení, 2. Myšlení o emocích, 3. Rozpoznávání vlastních emocí, 4. Zvládání vlastních emocí, 5. Vyjádření vlastních emocí, 6. Rozpoznání a Interpretace emocí ostatních lidí.

CREST je nízké intenzivním cenným zásahem pro pacienty s MA. Zaměřuje se na rigidní styly myšlení a klade důraz na rozvoj dovedností k rozpoznání, řízení a vyjadřování emocí. Autoři se ve své studii zabývají účinností CREST na pacienty s MA se současnou anhedonií a alexithymií (neschopnost popsat svůj psychický stav). Studie se zúčastnilo 37 jedinců, v průměrném věku 24 let s průměrnou dobou trvání nemoci 8 let a s průměrným BMI 15 bodů. Pacienti byli hospitalizováni v South London a Maudsley Nation Adult Eating Disorders Service s následným odesláním na lůžkové oddělení s poskytnutím individuální CREST. Terapeuti používali metody k vyjádření emocí pomocí výrazů obličeje, kognitivních úkolů, her a slov. Bylo také zapotřebí, aby si pacienti všimli, zda se jim daný den něco podařilo či líbilo, nebo zda se cítili dobře a tuto informaci sdělili ošetřující sestře. Data byla hodnocena pomocí evidované škály sociální anhedonie, která hodnotí sníženou schopnost prožívat sociální potěšení. Skládala se ze 40 položek, např. dávám přednost sledování televize před stykem s ostatními lidmi. Druhý nástroj k hodnocení byla škála k hodnocení alexithymie složená z 20 položek zahrnující hodnocení potíží s identifikací pocitů např. jsem často zmatený, jaké emoce cítím. Výsledky ukázaly, že jednotlivci po ukončení intervence v rámci CREST dokázali vyjádřit své emoce, použít slovní zásobu spojenou s emočními prožitky a být v kontaktu s lidmi. Byl tedy prokázán pokles sociální anhedonie ($p = 0,03$) a alexithymie ($p = 0,05$) a hodnoty BMI mezi začátkem (BMI = 15 bodů) a koncem terapie se zvýšily (BMI = 16,4 bodů). K potvrzení výsledků je však zapotřebí dalšího výzkumu s větším počtem respondentů (Tchanturia et al., 2015, s. 1–5). Také Giombini et al. (2018, s. 605–614) se ve své pilotní studii zabývají skupinovou CREST, zda je vhodnou intervencí pro pacienty s MA. Studie byla realizována na lůžkovém oddělení poskytující multidisciplinární péči pacientům s PPP se zaměřením na individuální terapii, rodinnou terapii a skupinovou terapii, jejíž účastníci se pohybovali ve věku 11 – 17 let v celkovém počtu 32 a s MA vyhodnocenou na základě kritérií DSM-5. Mimo jiné se u jedinců vyskytovaly jiné komorbidity jako generalizovaná úzkostná porucha, autismus, sociální úzkostná porucha a deprese. Intervenční program byl sestaven z pěti týdenních sezení s obsahem následujících témat: 1. rozpoznání pozitivních emocí, 2. povaha a funkce emocí, 3. identifikace emocí, 4. vyjádření emocí a potlačení emocí, 5. emoční potřeby. Každé sezení trvalo 1 hodinu s diskusemi a psychoedukačním vzděláváním pod vedením psychoterapeutů a

psychologů. Účastníci podstoupili skupinové terapie se zaměřením také na zvládnání úzkosti (N = 27), relaxaci (N = 31), zlepšení motivace (N = 29), prevence relapsu (N = 9), psychoedukace na potraviny (N = 11). Některým účastníkům byla předepsána také farmakoterapie jako antidepresiva (N = 4), antipsychotika (N = 3) a léky na spaní (N = 4). Pomocí měření hmotnosti při přijetí a poté jedenkrát týdně bylo zjištěno, že všichni účastníci studie přibrali na váze mezi 0,8 – 1 kg hmotnosti. Na základě výsledků je evidentní, že CREST patří mezi vhodné intervence pro léčbu MA. Na závěr intervence se účastníci během strukturovaných rozhovorů podíleli o své myšlenky a zpětnou vazbu, zda intervenci považovali za prospěšnou či naopak. Nicméně jako produktivní stránku věci zdůraznili zlepšení v identifikaci emocí, např.: myslím si, že terapie mě přiměla více přemýšlet o mém chování ve stresových situacích, naštvání nebo pocitech úzkosti“. Ze zúčastněných 18 doporučilo za vhodné používat praktiky s interaktivním zaměřením a zájmových aktivit v porovnání pouze s verbálním jednáním.

Jakožto lidské bytosti čelíme neustálému vypořádávání se s negativními emocemi v každodenním životě, které ovlivňují psychickou pohodu a kvalitu života. Není divu, že neschopnost vypořádat se s negativními emocemi souvisí s vývoji různých psychiatrických poruch, úzkostných stavů, požívání návykových látek, poruchou osobnosti a rozvoji PPP. Regulaci emocí lze definovat jako proces vyjádření a porozumění pocitům, které lidé prožívají. Potíže s regulací emocí zahrnují vyhýbání se, potlačování či posuzování emočních prožitků s následným impulzivním negativním jednáním. Ve výsledku pacienti s PPP toto chování řeší sebepoškozováním, agresivním chováním, přejídáním či užíváním návykových látek. Potíže s regulací emocí hrají zásadní roli ve vývoji a udržování patologie PPP. Autoři se v pilotní studii zaměřili na CREST, zda je prospěšnou intervencí pro nápravu regulovatelnosti emocí u pacientů s PPP. Také báдали, zda intervence ovlivnila snížení výskytu alexithymie, symptomů PPP, úzkosti a deprese. Intervence spočívala v pěti dvouhodinových skupinových sezeních týdně s 29 ženami ve věku 18 – 24 let, zabývala se psychoedukací o emocích a nácviku dovedností emoce regulovat. Zúčastněné ženy během terapie hrály životní problematické role s následnou diskuzí. Multidisciplinární tým poskytující péči se skládal z lékaře, dietetika, fyzioterapeuta, psychologa a sestry. Získána data k hodnocení intervence ze stran respondentů byla seskupena po ukončení intervence na základě škál o emocích, alexithymii, depresi, fyzického poškozování, symptomatologie PPP, úzkosti. Ze závěrů vyhodnocení lze říct, že intervence byla prospěšná. Neboť výsledky ukázaly, že pacienti na konci intervenčního šetření prohlásili zlepšení v regulovatelnosti a identifikaci emocí a snížení výskytu alexithymie a také deprese. Nicméně u žen nedošlo ke snížení obav z jídla a hmotnosti. Intervence byla hodnocena

jako užitečná, kladně hodnocena ze stran účastníků s jejich velkou spokojeností obsahu a získáním schopností v regulovatelnosti emocí (Larsson et al., 2020, s. 2–11).

U lidí s PPP nejsou identifikující pouze potíže s regulací emocí, vyjádřením či rozpoznáním emocí, ale prožívají také potíže v sociálním kontextu, tzn. sociální izolace, menší snaha hledat sociální kontakt nebo neschopnost přátelství. Dle kvalitativní studie mají dospívající pacienti trpící PPP obtíže ve svém sociálním životě a vyžadují větší podpory k navrácení v této oblasti. Proto intervence zaměřené na sociálně-emocionální fungování mohou být relevantním a užitečným prostředkem ke zlepšení výsledků terapie. Cílem studie bylo zjistit účinnost CREST na pacienty s PPP, kteří měli obtíže v sociálním fungování, sociální anhedonii a také alexithymii. Do studie byli zařazení pacienti v průměrném věku 14 let, kteří se během 210 denního pobytu na dětském lůžkovém oddělení zúčastnili individuální terapie obsahující 10 týdenních sezení trvající 45 minut a následně skupinové terapie obsahující 5 týdenních sezení s 8 - 10 pacienty. Respondenty individuální terapie bylo 12 dospívajících v průměrném věku 15,5 let s diagnostikovanou MA a průměrnou dobou trvání nemoci 6,5 let. Všichni účastníci také měli komorbidní psychiatrické poruchy, včetně úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, závažné depresivní poruchy či chronické únavy a 66,67 % (n = 8) pacientů užívalo antidepresiva, 30,33 % (n = 4) užívalo antipsychotika. Během sezení terapeut zaujímal psychoedukační, zaujatý, hravý postoj a pracoval s pacientem motivačním způsobem za účelem prozkoumání sociálně-emocionálního fungování pacienta. Terapeut se zaměřoval nejprve na kognitivní dovednosti (tzn. plnění úkolů, plnění více úlohových her, plnění vizuálních úloh) a poté na sociálně-emocionální dovednosti, kdy terapeut diskutoval s pacientem o přístupu k sociálně-emočním podnětům. Tato část rovněž zahrnovala cvičení jako třídění emočních slov na pozitivní a negativní. Cílem terapeuta nebylo hodnotit výkon pacienta, ale zkoumat jeho přístup k zadaným úkolům. Po ukončení všech sezení pacienti vyplnili dotazníky spokojenosti, kdy průměrné skóre dosahovalo hodnoty 7 (SD = 2,6). Terapie ve skupinovém formátu rozdělené do 3 skupin se zúčastnilo 27 pacientů v průměrném věku 14,97 let s průměrnou dobou trvání nemoci 5,85 let, z nichž 7 pacientů ukončilo terapii ve druhé relaci a 1 pacient ve třetí relaci. Každý z pacientů měl diagnostikovanou MA, včetně sociální úzkostné poruchy, posttraumatické stresové poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, závažné depresivní poruchy a chronické únavy. Taktéž 70,37 % (n = 19) pacientů užívalo antidepresiva a 40,74 % (n = 4) pacientů užívalo antipsychotika. Skupinová terapie byla postavena na stejném terapeutickém principu jako individuální. Protože skupinová terapie probíhala během 5 sezení, obsahovala pouze 5 témat, tzn. 1. síla pozitivních emocí, 2. povaha

a funkce emocí, 3. identifikace emocí, 4. vyjádření emocí, 5. sdělování emocí a potřeb. Kdežto individuální terapii pokrývalo 6 témat, tzn. 1. přemýšlení o přemýšlení, 2. přemýšlení o emocích, 3. rozpoznání svých emocí a zaměření na jejich pozitivitu, 4. zvládání emocí, 5. rozpoznání emocí ostatních, 6. komunikace. Po ukončení terapie pacienti rovněž vyplnili dotazník spokojenosti, kdy průměrné skóre dotazníku bylo 6 (SD = 3,2). Výstupním měřítkem této studie byl EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) nástroj pro sebehodnocení, stravovací chování a postoje. Dále byla použita TAS (Toronto Alexithymia Scale), 20 položkový dotazník pro výskyt alexithymie, ve kterém se skóre pohybuje v rozmezí 0 – 100, kdy měřítko menší nebo rovno 50 udává nepřítomnost alexithymie, větší nebo rovno 60 udává výskyt alexithymie a skóre mezi 51 a 60 udává možný výskyt alexithymie. CREST byl především užitečným nástrojem ke zvýšení sociálně-emočního fungování u jednotlivců s PPP, terapii ve skupinovém formátu opustilo 12 pacientů, neboť skupinová terapie vyvolává vyšší míru úzkosti v porovnání s individuální terapií. Výsledek TAS pro individuální terapii dle Cohenovy odchylky byl dán $d = 0,62$ a pro skupinovou terapii byl výsledek dán $d = 0,65$ (Harrison et al., 2021, s. 163–176). Výsledky studie dokládají, že se u pacientů snížil výskyt symptomů PPP a zvýšila se tělesná hmotnost (tzn. pro individuální terapii $d = 0,96$, pro skupinovou terapii $d = 0,94$).

Jóga v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Jóga je cvičební metoda s principem propojení těla a mysli. Dává schopnost vnímat tělo zevnitř prostřednictvím dechových a pohybových technik. Teprve nedávno začala být zkoumána pro své účinky na zdraví a byla začleněna do terapeutických přístupů k léčbě PPP (Pacanowski et al., 2017, s. 37). Jedná se o nauku o těle a jeho fyzickém držení, vědomí, duši a soustředěném dýchání. Má schopnost ovlivňovat náš způsob života včetně našich myšlenek, pocitů, porozumění sobě samému v hloubi duše a naší interakci s okolním světem (Piran, Sztainer, 2020, s. 330). Kořeny jógy pocházejí z indické filozofie, která ji popisuje jako sjednocení mysli, těla a ducha. Jóga je tradiční komplexní intervencí zabývající se tělem, myslí, pohybem a také správným etickým stravováním. V poslední době byly objeveny formy jógy, které se zaměřují na fyzické a mentální praktiky (Ostermann, 2019, s. 73). Uvedená cvičební metoda je v poslední době stále častěji doporučovanou intervencí pro řešení problémů k léčbě PPP a terapeutickým postupem ke zlepšení vztahu mezi tělem a myslí. Na základě poznatků je při léčbě PPP důležité, aby měl pacient povědomí o svém těle a jeho prožívání, za účelem vyrovnání se s nespokojeností sebeobrazu (Ebbesen et al., 2021, s. 166). Klein a Cottone (2013, s. 41- 49) zpracovali systematický přehled studií zabývající se účinností jógy na PPP. Ve

výzkumných šetřeních jóga probíhala jedenkrát týdně v průměru 25 - 300 minut za týden během 8 - 12 týdnů. Jako rizikový faktor pro PPP byl identifikován negativní obraz těla, který je důsledkem patologického stravování a dodržování diet. Většina respondentů nebylo spokojeno ve svém vlastním těle a se svou image, zejména u těch, kteří cvičili aerobic a zabývali se pouze vizuální stránkou v porovnání s těmi, kteří cvičili jógu dlouhodobě a soustředili se zejména na zdraví a nespokojenost se svým obrazem. Autoři potvrdili, že cvičení jógy má významný přínos pro jednotlivce s PPP a vede ke snížení nežádoucích účinků, které by pro jednotlivce mohly být rizikové. Výsledky práce ukazují efekt cvičení jógy zejména ve snížení počtu rizikových faktorů jako je nespokojenost se svým tělem, snaha o redukci hmotnosti a bulimické chování. Ebbessen et al., (2021, s. 166-169) ve své šestiměsíční randomizované kontrolované studii taktéž zkoumali efekt jógy na pacienty s PPP. Jednalo se o výzkum, jehož účastníci museli splňovat kritéria pro přijetí, tedy věk nad 18 let a hodnota BMI nesměla dosahovat pod 17,5 bodů. Respondenti cvičili 90 minut Hatha jógu dvakrát do týdne během šesti měsíců. Lekce začínaly relaxací s cílem uvědomění si vlastního těla a mysli. Poté následovala aktivní a dechová cvičení, koncentrační meditace a na závěr opět relaxace. K hodnocení symptomatologie sloužil Interview global score a 91 položkový dotazník, jejichž vyhodnocení na konci výzkumu ukázalo příznivé výsledky. Výsledky prokázaly, že jóga efektivně přispěla k pozitivnímu vnímání těla a ke snížení příznaků. Osterman et al. (2019, s. 73-80) na základě meta-analýzy dostupných studií zjistili, že zatímco podle některých studií vedlo cvičení jógy k efektivnímu zlepšení stavu pacientů a tuto intervenci doporučují, jiné výzkumy dokazují pouze minimální efekt intervence a na základě nekonzistentních výsledků nemohou určit, zda cvičení jógy je pro pacienty s PPP přínosné. Dvanáct studií zahrnovalo 495 respondentů (dospělí, děti, mladiství) s diagnostikovanou PPP včetně MA, MB, PP nebo s poruchou stravování, nespokojeností se svým obrazem či duševními poruchami. Ve třech studiích intervence jógy probíhala v rozmezí 1 – 6 týdnů, ve zbývajících mezi 1 – 2 týdenními sezeními po dobu 45 – 90 minut v rozmezí 6 – 12 týdnů. Výsledky ukázaly, že jóga může být považována za další možnost léčby v programech pro psychiatrické poruchy a zahrnují data o pozitivním efektu cvičení jógy ve srovnání s obvyklou péčí o pacienty s PPP. Ukázalo se, že praktikování jógy má pozitivní vliv na vnímání vlastního obrazu těla pacientů. Na druhou stranu odborníci vyjádřili obavy, aby pacienti s PPP nevyužívali jógu za účelem spalování kalorií. Jedinci, kteří praktikovali cvičení jógy, také uvedli vyšší míru spokojenosti se svou tělesnou hmotností. Žádná studie však neposuzovala bezpečnost intervence či možný výskyt nežádoucích účinků. Na druhou stranu v žádné ze studií nebylo doloženo zhoršení symptomů. Pacanowski et al. (2017, s. 37-51) ve své randomizované kontrolované studii účelně prozkoumávali, jaký má vliv

intervence v podobě jógy na pacienty s negativními pocity na jídlo a symptomy PPP v porovnání s běžnou terapií. Účastníci studie cvičili jednu hodinu každý den pod vedením certifikovaných učitelů po dobu pěti dnů. Lekce zahrnovala jógové pozice a relaxaci s meditací. Data výzkumu byla shromažďována 8 měsíců z šestnácti lůžkových zařízení pro léčbu PPP. Při přijetí pracovníci zařízení shromáždili informace (datum přijetí, pohlaví, výška, hmotnost, diagnóza) pomocí dotazníků EAQ (Emotional Avoidance Questionnaire) a EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire). Dotazníky respondenti vyplňovali vždy před a po jídle. Výsledky ukázaly, že klienti s PPP vykazovali menší negativní pocity před jídlem při praktikování hodiny jógy ve srovnání s běžnou péčí.

C) Rodinná terapie v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Rodinná terapie (RT) je indikována zejména u adolescentů a dětí s PPP, vykazuje úspěšnost v léčbě pacientů trpících PPP. Léčit na základě uvědomění si vlivu rodiny poprvé popsali Gull v roce 1874 (Papežová et al., 2018, s. 414). RT, tedy přístup založený na rodině, je zlatým standardem pro léčbu mladých jedinců s MA, nicméně důkazy naznačují účinnost RT také pro mladistvé s MB. Cíle RT směřují k nápravě, optimalizaci rodinné struktury a dynamiky. RT probíhá ambulantně, po dobu 6 – 18 měsíců v rozložení do 3 fází: 1. fáze orientovaná na symptomy; 2. fáze orientovaná na vztahy; 3. fáze orientovaná na budoucnost a nové perspektivy (Spettigue et al., 2020, s. 2- 3). Terapie má určitá omezení a je zapotřebí počítat s alternativami. Jestliže rodiče dítěte RT nepřijímají jako účinnou terapii, či se terapie nemohou zúčastnit, tak na základě prohlášení národní instituce (NICE) se doporučuje jako alternativa KBT (Dalleho et al., 2019, s. 1). Terapeutický program umožňuje rodinám hovořit o svých problémech v rodině a podílet se na vývoji léčby PPP. Nabízí rodinám a pacientům vyjít ze sociální izolace. Vytváří prostředí solidarity, naděje a otevřené pomoci. Pomáhá rodinám vytvářet nové perspektivy, odvrátit jejich pozornost od PPP, obnovit zdravé a pozitivně fungující interakční zázemí (Eisler et al., 2016, s. 3). RT je přínosnou intervencí spojenou s dosažením normativních hodnot BMI a stravovacích návyků. Důležitý aspekt spočívá v kontrolovaném přístupu ze stran rodičů v domácím prostředí (Brown, Keel, 2012, s. 48). RT zahrnuje maximálně 20 sezení o délce 50 – 60 minut (Dalleho et al., 2019, s. 2). Spettigue et al., (2020, s. 1–7) provedli v Kanadě výzkum pro doložení poznatků upravené rodinné intervence pro mládež s PPP, která byla realizována během pěti sezení s názvem „DREAMS“. Terapie byla vyvinuta za účelem řešení problémů s výživou, symptomů PPP, nálady, úzkosti, spánku, školních problémů, vztahů s vrstevníky a rodinou. Mezi klíčové faktory sezení „DREAMS“ patřily: chvála ze strany rodičů, kontrola rodičů nad jídelním chováním dítěte

(např. natáčení videa, že dítě jedlo, když rodič není doma). Během pěti rodinných sezení v období od ledna do prosince se jí zúčastnilo 7 pacientů s diagnostikovanou PPP mírné závažnosti, z nichž pouze jeden byl muž. Věk pacientů se pohyboval v rozmezí od 13 do 18 let. Všichni účastníci měli mentální bulimii společně s depresivní náladou, sebezpoškozováním a sebevražednými myšlenkami. Pět jedinců vyjádřilo motivaci k uzdravení. Cíl výzkumu spočíval v prokázání zlepšení nálady a spánku, snížení úzkosti, zmírnění symptomů PPP, přírůstek hmotnosti u pacientů a docílit lepšího porozumění ze stran rodičů pro podporu uzdravení jejich dítěte. Čtyři rodiče prohlásili, že nevědí, jak svému dítěti pomoci. Šest pacientů terapii dokončilo, nicméně jedna pacientka nedokončila páté sezení, neboť rodiče prohlásili, že závěrečné sezení už nepotřebují. Výsledek výzkumu doložil, že všichni pacienti po ukončení intervence prokázali významné zlepšení PPP, při čemž 4 pacienti dosáhli úplné remise z PPP. Jedna pacientka dosáhla 98 % ze své cílové hmotnosti, šest pacientů popsalo zlepšení nálady, u dvou došlo k remisi deprese a tři pacienti ukončili terapii bez známek úzkosti. Hughesová et al. (2020, s. 1–10) provedli studii, jejímž cílem bylo zjistit, jaké zkušenosti s RT udávají rodiče a adolescenti v léčbě PPP. Studie proběhla v multidisciplinárním specializovaném programu pro PPP v Austrálii. Do programu byl zapojen pediatr, psychiatr, terapeut, dietolog, sociální pracovník a psycholog. Studie se zúčastnili mladiství a jejich rodiče, celkem 120 rodin. Průměrný věk mladistvých byl 18 let, z toho 85 žen s diagnózou mentální anorexie či restriktivní PPP. Na počátku rodiče s terapeutem konzultovali život dítěte od dětství včetně vývoje, rodinných vztahů a prvotních příznaků PPP. V průběhu programu dospívající společně s rodiči vyplňovali dotazníky s otázkami spokojenosti či nespokojenosti a doporučeními pro budoucí terapeutická sezení. Intervenční přístup nabízel rodičům hovořit o svých obavách o dítě, úzkostech svých i dítěte, dostávali informace zaměřené na PPP včetně restrikce zahrnující vedení dítěte ke správnému stravování, zamezení zvracení či nadměrnému cvičení k navrácení tělesné hmotnosti a po ukončení terapie uvedli záznam do dotazníku ohledně porozumění. Výsledky ukázaly, že rodiče obdrželi dostatek informací např. o: „jak podpořit své dítě, aby nadměrně necvičilo“ (n = 92), „jak podpořit své dítě ke konzumaci jídla“ (n = 106), „jak podpořit své dítě, aby nezvracelo“ (n = 65) a další. Také děti dostaly možnost podělit se s terapeutem o své pocity a problémy. Bylo zapotřebí zmínit také rizika PPP, a sice negativní ovlivnění duševního, fyzického a hormonálního zdraví. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že téměř všichni rodiče za přínosné považovali hovořit s řadou odborníků a získat tak škálu informací o PPP. Polovina dospívajících vyjádřila pozitivní hodnocení v souvislosti s hovořením o svých problémech a chválila si přístupy odborníků v nápravě jejich zdraví. Díky programu děti dosáhli normativní tělesné hmotnosti (82 %), vyrovnaného duševního zdraví (50

%) a celkového fyzického zotavení (56 %). Důležitým aspektem bylo, že rodiče během programu neměli pocit obvinění ze strany zdravotnického týmu. Toto je rovněž cíl RT, zmírnit pocity viny rodičů v důsledku nemoci svého dítěte. Eisler et al. (2016, s. 1–14) ve své randomizované kontrolované studii porovnali RT s více rodinnými programy, které patří mezi nové přístupy v péči o pacienty s mentální anorexií. Studie byla provedena ve Velké Británii, jejíž zúčastnění museli splňovat kritéria dle Diagnostického statistického manuálu duševních poruch 5. edice (DSM-5) pro mentální anorexií nebo PPP: věk 13 – 20 let, pacienti s výsledným mediánem Body Mass Index (BMI) nižším než 85 % nebo ztráta hmotnosti o 15 % tělesné hmotnosti za poslední tři měsíce. Do výzkumu nemohli vstoupit ti, kteří byli již v péči, měli poruchu učení, trpěli psychózou, byli závislí na alkoholu nebo jejich zdravotní stav mohl ovlivnit tělesnou váhu (např. cukrovka). Více rodinná terapie sdílí koncepční principy RT, ale poskytuje intenzivnější přístup léčby a umožňuje rodinám sdílet mezi sebou zkušenosti a vzájemnou podporu po dobu 18 měsíců. Studie zahrnovala 167 dospívajících (82 pro RT a 85 pro více rodinnou terapii) v průměrném věku 16 let (90 % ženy) se 7 měsíční dobou trvání nemoci a diagnózou MA. Po 12 měsících byla výsledná data hodnocena pomocí standardizované Morgen-Russell stupnice (Morgen-Russell Outcome Assessment Schedule), která ukázala rovnocenné výsledky ve snížení psychopatologie PPP a depresi u obou intervencí. Primárním výsledkem dle Morgen-Rusellovy stupnice byla proměnná kontrastující dobrý, střední nebo špatný výsledek. Za dobrý výsledek byli považováni pacienti s hmotností nad 85 % mediánu BMI, bez absence menstruace a bez bulimických příznaků. Stejný medián jako pacienti s dobrým výsledkem, ale s absencí menstruace a bez bulimických příznaků splňují pacienti s klasifikací středně dobrého výsledku. Pacienti s mediánem nižším než 85 %, bez menstruace, s bulimickými příznaky jedenkrát a více jsou klasifikováni jako špatný výsledek. Nicméně po 18 měsících došlo k významnému rozdílu v nárůstu hodnot BMI ve prospěch vícerodinné terapie. Důsledek přibírání na váze vedl k tomu, že u mladých žen došlo k navrácení menstruačního cyklu, z toho 51 % v programu RT a 56 % vícerodinné terapie. V současné době RT nabízí slibné výsledky, nicméně studie potvrzuje lepší účinnost vícerodinné terapie v porovnání s RT.

D) Arteterapie v péči o pacienta s poruchou příjmu potravy

Arteterapie (AT) je terapeutický postup využívající umělecký a psychoterapeutický projev jako prostředek poznání a ovlivnění lidské psychiky. Pojem umění je definován jako spojení mezi autorem a jeho dílem, způsob komunikace a estetická forma vyjadřování pocitů. Jeho počátky sahají do čtyřicátých let minulého století. Psychoterapie je pojata jako

interpersonální proces určený k poznávání, vnímání pocitů, postojů a chování, které se jeví jako problematické u daného jedince. Umění i psychoterapie využívají kreativitu a v obou případech hraje hlavní roli vyjádření emocí. Pojem AT poprvé vytvořil roku 1938 Eduard VII. jako součást léčby proti tuberkulóze. Na základě arteterapie byli vyzváni zejména vojáci vyjádřit své problémy a úzkosti způsobené během války (Gonzalez, Novoa, 2020, s. 56–57). Americká asociace arteterapie charakterizuje arteterapii jako přístup, který využívá umění ke zlepšení duševního, fyzického a emociálního zdraví (Bucharová, 2020, s. 9). Jádrem metody je budování osobnosti klienta a zahrnuje psychodynamické, humanistické a psychosociální přístupy (Holmqvist, Lundqvist, 2014, s. 47). Přístup je důležitý pro pacienty s PPP, kteří se distancovali od svých vlastních emocí. Vytváří prostor pro spojení s vnitřními vjemy, které jedinci vyjadřují prostřednictvím uměleckého díla pomocí experimentace s různými nástroji, barvami, tvary a materiály (např. hlína). Jedinec postupně ovládá svou posedlost nad vlastním tělem, používá např. hedvábný papír, jehož jednotlivé vrstvy vyjadřují vrstvu kůže chránící vyhublé tělo. Tímto způsobem se dostává do kontaktu se svou smyslností, toleruje přírůstek hmotnosti a přijímá vlastní tělo. Pomocí umění pacienti zviditelňují své myšlenky, pocity a vnitřní svět do spontánních obrazů (Minde, Vigdal, et al., 2014, s. 2066–2067). V současnosti existuje velké spektrum terapeutických postupů, nejdůležitější však je přístup terapeuta k pacientovi a jejich vzájemný terapeutický vztah. AT je považována za cennou intervenci pro pacienty s PPP, je postavena na základě multidisciplinárního týmu skládající se z umělce, psychoterapeuta, pedagoga, sociálního a zdravotnického pracovníka. Každý jednotlivec podstupuje AT s cílem obnovy zdraví. AT je také definována jako „kreativní využití uměleckých směrů“ se zaměřením na hudbu, hru a tanec, a jako neverbální, kreativní, expresivní a zážitková metoda. Umožňuje pacientům pracovat s částmi těla pomocí různých metod a technik jako přehrávání hudby, malování, pohyb a divadelní vystupování. Dává možnost vyjadřovat vnitřní emoce do reálného převedení. Zapojením alternativních prostředků pro vyjádření emocí budují lepší porozumění se sebou samým (Bucharová, 2020, s. 1–5). Tato metoda slouží k osobnímu rozvoji, sebeuvědomění a jako doplňkový prostředek pro léčbu duševních poruch. AT má významnou účinnost v léčbě PPP, neboť výsledkem terapie je projev osvobození, vyjádření sebeúcty a kladného vnímání svého těla (Gonzalez, Novoa, 2020, s. 56–57).

Mezi typy AT patří muzikoterapie, tanečně pohybová terapie a dramaterapie. **Muzikoterapie**, tedy využití hudby, u pacientů s PPP je používána jako přínosný prostředek léčby. Použití hudby ve zdravotnictví může mít mnoho podob. Pacienti hudbu zprostředkovávají různými způsoby, ať sledováním hudebních videí či pouhým posloucháním. Efektivní intervence může být potencionálním rozptýlením, čímž dochází k odvedení

pozornosti pacienta od znepokojivých myšlenek pomocí příjemné hudby (Priya et al., 2020, s. 2). Americká asociace pro muzikoterapii popisuje muzikoterapii jako na důkazech založené využití hudby zprostředkované hudebním odborníkem nebo terapeutem, které pomáhá dosáhnout osobního cíle hudební intervence skrz terapeutický vztah (Bucharová et al., 2020, s. 8). Hudba je používána jako strategie k zvládnutí onemocnění, přispívá ke zlepšení kvality života, mezilidských vztahů a zvládnutí duševních onemocnění. Nabízí možnost motivace k zotavení a rozptýlení od negativních pocitů. Studie zkoumala úroveň úzkosti u pacientů s MA před a po použití muzikoterapie. Studie byla realizována v psychiatrickém lůžkovém zařízení, zaměřená na pacienty s MA. Jednalo se o 17 mladých žen a jednoho muže ve věku mezi 20 a 58 lety, kteří muzikoterapeutickou intervencí podstupovali dvakrát týdně po dobu 173 sezení. Cílem studie bylo zjistit, zda účast na muzikoterapii snižuje úzkost po požití jídla. Kvalitativní data byla shromážděna pomocí nástroje, stupnice subjektivních příznaků úzkosti, kdy účastníci zaznamenávali intenzitu úzkosti na stupnici od 0 (bez úzkosti) do 100 (vysoká úzkost) před a po intervenci. Vždy po obědě se konala dvouhodinová muzikoterapie s akreditovaným terapeutem hudby se zpěvem, poslechem hudby, povídáním si o hudbě a psaní písní. Cíl skupinového sezení spočíval ve společné spolupráci, rozptýlení od manipulativních emocí, vzájemnému naslouchání a komunikaci mezi účastníky o pocitech. Na konci intervenčního programu účastníci hlásili snížení úzkosti zejména po absolvování sezení a na základě zkušeností pacientů došlo prostřednictvím muzikoterapie k posílení a obnově sebevědomí. Výsledky studie také uvádějí, že skupinová muzikoterapie je účinnější intervencí pro snížení úzkostí související s jídlem než standardní terapie. Účast na muzikoterapii zapříčinila tzv. „kognitivní divergenci“. Tzn.: tělo dostalo čas na trávení jídla, zatímco mysl se věnovala jiným aktivitám (Bibb et al., 2015, s. 1-6). Otázky, jestli používat hudbu jako nefarmakologickou intervenci v léčbě MA se pokusili zodpovědět také Priya et al. (2021, s. 1-7) provedli studii s celkem 41 účastníky a pomocí dotazníků zkoumali u jedinců s diagnostikovanou mentální anorexií, zda poslech hudby v nich vyvolává pozitivní emoce. Dotazník sestával z 50 položek zaměřených na informace o pacientovi, MA, úzkostné chování ve spojitosti s jídlem a také, jaký vztah mají k hudbě a zda mají zkušenosti s muzikoterapií. Účastníky byli lidé v průměrném věku 33 let, svou interakci s hudbou popsali jako pozitivní prostředek k vypořádání se s negativními emocemi a myšlenkami spojené s PPP. Jeden účastník uvedl, že hudbu poslouchá rád, neboť dokáže zaměstnat svou mysl a nepřemýšlí negativně. Více než polovina pacientů uvedla, že hudbu využívají k vyrovnání se s náročnými pocity a úzkostmi. Také uvedli, že mají zájem podstoupit muzikoterapii, neboť se při poslechu hudby cítí šťastní, dokáží se odtrhnout od negativních myšlenek s efektivností na kvalitu jejich života.

Tanečně pohybová terapie je definována jako psychoterapeutická intervence s užitím pohybu a tance, která podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince. Jako léčebná intervence je praktikována prostřednictvím sezení individuálních či skupinových ve zdravotnických zařízeních za přítomnosti terapeuta. Úkol terapeuta spočívá v nasměrování pacienta k prožívání svých pocitů a jejich vyjádření prostřednictvím tance. Vztah mezi terapeutem a klientem u psychicky nemocných pacientů se vytváří pohybem (Bucharová et al., 2020, s. 9). U pacientů s PPP je běžná verbální komunikace málo efektivní, zatímco neverbální komunikace představuje klíč k jejich prožitkům. Principem je reakce terapeuta pohybem na spontánní pohyby pacienta. Tím se pacient dostává do izolace, do které jej přivedla samotná nemoc. Pomocí izolace si pacient uvědomí svého těla, lepšímu vnímání a emoční reakci. Tímto způsobem mohou překonat emoční blokády ve svém těle (Savidaki et al., 2020, s. 3). Tanečně pohybová terapie slouží k nápravě zejména duševního zdraví a je praktikována po celém světě, zejména ve Velké Británii, USA a Německu. Svě významné zastoupení má v léčbě PPP, neboť napomáhá pacientovi k integraci mezi tělem a myslí, zlepšit náladu, ovlivňuje a harmonizuje tělo (Bucharová et al., 2020, s. 9). Savidaki et al. (2020, s. 1–18) zpracovali pilotní studii hodnotící účinky taneční pohybové terapie jako intervence, která řeší problémy pacientů s MA, mezi které patří soustředění se na svůj vzhled, tělesnou hmotnost, jídlo a ignorace prožívání svých emocí s dopadem na rozvoj úzkosti. Nicméně terapeutický přístup v podobě tanečně pohybové terapie se zaměřuje na sebevyjádření, soustředění se, emoční stabilitu. Účastnicemi studie bylo 14 mladých žen ve věkovém rozmezí 14 – 32 let s BMI 14 bodů, které navštěvovaly kliniku se specializací na léčbu PPP ve Španělsku. Do studie byly zařazeny ženy, jejichž diagnóza byla stanovena dle Diagnostického statistického manuálu duševních poruch 5. edice (DSM-5), nicméně nesměly trpět poruchou osobnosti, užívat léky ovlivňující psychický a fyzický stav. Stanovený terapeutický týdenní rozvrh po dobu 14 týdnů zahrnoval 3 skupinová sezení, 6 psychoedukačních sezení a jedno individuální sezení pro každou ženu zvlášť. Jednotlivá sezení trvala 90 minut. Během prvních 4 setkání terapeut kladl důraz na vytvoření bezpečné atmosféry s navozením důvěry, která hraje jednu z klíčových rolí v terapeutickém procesu a propojení účastníků s vlastním já. Využití pohybu a tance následovalo během pátého a desátého setkání ve dvojicích. Cílem této fáze bylo podpořit uvědomění sebe sama s integrací těla a sdílením prožitků mezi účastníky. Poslední dvě setkání spočívala v přípravě pacientů na ukončení intervence se zaměřením na vlastní já a způsob, kterým mají podpořit svou vnitřní reorganizaci. Na počátku jednotlivých terapeutických setkání respondentky dostaly možnost popsat svůj aktuální emoční stav, poté terapeut používal techniky se zaměřením na tělo a mysl s cílem odpoutání od stresujících myšlenek. Následovala tanečně pohybová terapie. Účastnice

dostaly také deníky k sebereflexi, popsání svých emocí, nálad, interakce těla a pohybu, interpersonálních aspektů, přání a prožitků na konci každého setkání, aby lépe porozuměly terapeutickému procesu. Na konci intervence byla provedena analýza dat seskupena z těchto deníků. Během terapie používaly předměty jako gumičky, různé formy látek, míčky, balónky, stuhy, šátky současně s přehráváním hudby. Použití předmětu vedlo k hravé interakci mezi členy a zvýšilo tak hladiny serotoninu a dopaminu se snížením výskytu úzkostných stavů. Na základě analýzy dat výsledné parametry ukázaly pozitivní dopad na hodnocení vzhledu, spokojenosti s tělem a snížení psychických potíží ze stran respondentek. V celkovém hodnocení jednotlivkyně uvedly pozitivní dopad intervence na identifikaci jejich pocitů, propojení s vnitřním já a být přítomnými v daném okamžiku. Také uvedly pozitivní vliv na náladu, cítili se veselí, motivovaní, méně úzkostliví a nahněvaní. Současně ocenily empatické interakce mezi členy skupiny navzájem a terapeutem. Intervenční techniky přiměly účastnice zamyslet se také nad svými vztahy v osobním životě.

Dramaterapie je praxe definována Britskou asociací dramaturgů jako tzv. „forma psychologického poradenství“ zahrnující jednání na základě myšlenek a hraní rolí za účelem porozumění sebe sama nebo dosažení psychologického uzdravení. Dramaterapie využívá metafory, stylizaci a kreativitu, zaměřuje se na rozvoj dovedností orientovat se a reagovat v různých sociálních situacích. Lidé hrají roli v jakémkoli kontextu a jsou schopni distancovat sebe v hlubším já od nepříjemných pocitů či situací. Dramaterapie v léčbě PPP zahrnuje úroveň psychodramatu zejména při skupinových relacích. Psychodrama je metoda, kdy jedinci hrají scény a role ze svých životů, snů a fantazií k vyjádření pocitů a emocí, tedy zaměřena na problémy z reálného života klienta (Bucharová et al., 2020, s. 10). Prosen (2016, s. 131-141) se ve své studii zabýval přístupem psychodramatu a jeho účinkem na pacienty s PPP a možností pracovat na osobních problémech, které mohly přispět k poruše. Jednalo se o skupinu respondentů ve Fakultní nemocnici v Lublani, jejíž členové v minulosti absolvovali např. arteterapii, psychodynamickou terapii, výuku dietetiky a rodinnou terapii. Intervence probíhala jednou týdně a trvala hodinu, kdy vedoucími byli dva terapeuti. Účastníci obvykle začínali hraním egocentrických rolí, poté přecházeli do role protagonisty, tedy osoby, se kterou mají v životě nepokoje, v jehož zastoupení byl vždy jeden z respondentů. Během jednoho terapeutického sezení se zaměřili na určitý problém. Na konci každého sezení byla shromážděna data z jednotlivých jednání s respondenty, zabývající se vztahy rodiny a emocemi. Ne každý z jedinců chtěl být v roli protagonisty, proto pro zjištění bylo potřeba uskutečnění dalších rozhovorů. Hlavními zkoumanými tématy v psychodramatech byly vztahy v rodině (56,4 %) a také proces léčby. Mezi další často řešená témata v rámci sezení patřila:

vztah mezi dcerou (pacient) a otcem, také emoce související s hněvem, strachem, úzkostí, samotou a závistí. Zejména hněv byl spojen se vztahem buďto s otcem, násilníkem či vnitřním já. V projevování svých emocí zaujímalo svou roli také jídlo, neboť přispívalo k ovlivnění emocí. Prostřednictvím hraní rolí respondenti dostali možnost k zjištění vzájemného působení. Během psychodramatických setkání se objevily různé faktory, které mohly přispět k PPP – např. rodinné faktory, traumatické zážitky či nejistota. Psychodrama slouží k zobrazení osobních problémů respondentů, které nesou své zastoupení ve vzniku PPP. Výsledky ukazují, že se jedná o přístup, který usnadňuje rozpoznat emocionální, kognitivní a behaviorální úroveň chování a jedná se o cennou psychoterapeutickou metodu v léčbě PPP. Guimaraes a Nery (2021, s. 36–45) zpracovali případovou studii využívající psychodrama jako intervenci a strategii s cílem porozumět dospívajícímu dítěti s mentální bulimií a jeho afektivní logikou chování. Studii absolvovali na klinice v Brazílii, které se zúčastnila patnácti letá dívka. Intervence zahrnovala 43 sezení trvající 45 minut, mezi nimiž bylo uspořádáno také setkání s rodiči za účelem zlepšit jejich podpůrnou stránku k jejich dceři. Během sezení používali psychodramatické metody zahrnující hraní her a scén v roli protagonisty zážitkových či problémových situací a nacházením kreativity. Dívka vyjádřila smutek, frustraci, hněv či nespokojenost a odmítnutí či posměch ze strany rodinných příslušníků. Pacientka si během sezení vytvořila pouto s terapeutem, díky kterému dokázala otevřeně mluvit o svých úzkostech a problémech souvisejících s nemocí. Důvěra mezi pacientem a terapeutem je v terapii klíčovým faktorem k získání potřebných poznatků. Na základě sezení a rozhovorů mezi terapeutem a klientkou lze zmínit, že pacientka přijala své tělo takové, jaké je a dospěla k nápravě tělesného obrazu. Ze strany pacientky existují vyřčená slova jako např.: „Miluji své tělo. Uvědomila jsem si, že ztloustnutím nebo zhubnutím se nezmění to, kým jsem a jsem taková, jakou sebe sama přijmu.“ Prostřednictvím terapeutického přístupu se pacientka odpoutala od dysfunkčního chování, dospěla k vnitřní očistě pro situace jejího vnitřního zraněného dítěte. Autoři doporučili psychodrama jako komplex podpory pro mladistvé v řešení rodinných a společenských problémů.

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Na základě dohledaných studií lze uvést, že užití nefarmakologických přístupů v léčbě poruch příjmu potravy je žádoucí a autoři se shodují v použití těchto metod u jednotlivců s poruchou příjmu potravy. Panuje shoda v účinnosti a efektivitě KBT zejména v léčbě MB, PP, ale i jiných forem PPP, z pohledu několika autorů a studií (Agras, Bohon 2021, Farrell et al. 2019, Bhatnagar et al. 2013, Hoskins et al. 2018, Brown, Keel 2012). Jedná se o uznávanou

metodu v léčbě PPP zejména ve snížení patologických symptomů. Ve výsledcích vykazuje výbornou účinnost v emoční nápravě a přijatelnosti svého těla z pohledu pacienta. (Farell et al. 2019, Bhatnagar et al. 2013, Hoskins et al. 2018). Rovněž vykazuje lepší účinnost než interpersonální terapie, nicméně zaujímá stejnou pozici v účinnosti jako RT za účelem snížení vyskytující se psychopatologie (Agras, Bohon 2021, Brown, Keel 2012).

Také CREST, jakožto nová metoda, u pacientů s PPP vykazuje svou účinnost a podílí se na odbourání emočního deficitu a jiných kognitivních poruch souvisejících s onemocněním. (Tchanturia et al. 2015, Wohlinová 2020, Giombini et al. 2018, Larsson et al. 2020). Autoři ve svých závěrech studií uvedli, že se jedná o účinnou intervenci zejména v poklesu anhedonie a alexithymie a zvýšení BMI (Tchanturia et al. 2015, Giombini et al. 2018, Larsson et al. 2020).

Teprve nedávno byla do terapie PPP začleněna také jóga (Pacanowski et al 2017, Ostermann 2019, Klein a Cotton 2013). Jmenovaná intervence má přimět pacienta, aby akceptoval své tělo s určitou spokojeností, čehož dle závěrů studií lze pomocí jógy dosáhnout. Nicméně velkou roli hraje to, jak sám pacient nakládá s tím, co mu tělo a mysl, emoce, dávají na vědomí. (Klein a Cotton 2013, Ebbessen et al. 2021). Některými studii jóga není doporučována jako účinná intervence z důvodu nekonzistentních výsledků (Ostermann, 2019). Ačkoli jóga vykazuje lepší účinnost, než obvyklá standardní péče PPP (Pacanowski et al. 2017).

Také efekt rodinné terapie je srovnatelný s účinkem KBT (Dalleho et al., 2019). Rodinná terapie směřuje k vyvrácení patologie PPP zejména u dětí a současně přispívá k nápravě rodinné struktury. (Spetique et al. 2020, Eisler et al. 2016, Brown a Keel 2012). Rodinám také umožňuje hovořit o svých trápeních. (Eisler et al., 2016, s. 3).

Další možností nefarmakologických přístupů v léčbě PPP je arteterapie fungující na principu psychotherapeutické metody, do které patří muzikoterapie, tanečně pohybová terapie a dramaterapie (Holmqvist a Lindquist 2014, Gonzalez a Novva 2020). Pomocí hudby se pacient dokáže odtrhnout od negativních myšlenek a dochází tak ke zlepšení kvality jeho života. Výsledky studií dokládají účinnost muzikoterapie zejména pro pacienty s MA a snížení výskytu úzkosti v souvislosti s konzumací jídla (Bibb et al. 2015, Priga et al. 2021). Díky tanečně pohybové terapii, která probíhá individuálně či skupinově a je vhodná pro jedince s mentální anorexií, je možné dovést úspěšného závěru v léčbě PPP (Savidaki et al. 2020, Bucharová et al. 2020). Posledním přístupem spadající pod arteterapii zaujímá dramaterapie, jejíž princip spočívá v jednání pomocí hraní životních rolí za účelem porozumění sebe sama, anebo dosažení psychologického uzdravení. Díky psychodramatu se jedinci učí vypořádat s problémy, které se vyskytují v jejich životě a v rozvoji PPP (Bucharová et al. 2020, Prosen 2016, Guimaraes a Nery 2021). Výsledky studií doporučují jmenovanou intervenci jako vhodný nefarmakologický

přístup pro mladistvé s rodinnými a společenskými problémy (Guimaraes a Nery 2021, Prosen 2016, Bucharová 2020).

Nalezené studie byly provedeny v různých zeměpisných oblastech, nicméně pouhých šest bylo realizováno v České republice. Pouze tři studie se zabývaly konkrétními terapiemi. První česká studie se zabývala účinností intervence CREST u pacientů s mentální anorexií, druhá studie se zabývala účinností KBT u pacientů s psychogenním přejídáním a třetí studie se zabývala účinností arteterapie v obecném pojetí poruch příjmu potravy. Navrhují tedy, četnější provedení studií v oblasti nefarmakologických přístupů pro léčbu konkrétních poruch příjmu potravy v ošetrovatelství České republiky. Taktéž nebyly nalezeny studie zabývající se nefarmakologickými přístupy v terapii mentální orthorexie. Dohledané studie na téma mentální orthorexie řeší otázku týkající se hlavně patologie či měřících nástrojů zmíněného onemocnění. V kapitole vybraných nefarmakologických přístupů se studie nejčastěji zabývají účinností terapií u pacientů s mentální anorexií. Konkrétně u intervence CREST nebyly dohledány studie zabývající se jiným onemocněním než mentální anorexií.

Závěr

Porucha příjmu potravy je závažné onemocnění, které se vyskytuje nejčastěji u mladistvých dívek. Zahrnuje jak mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání, tak i orthorexii. V léčbě jsou doporučovány nefarmakologické postupy především pro jejich účinnost a navrácení zdraví bez vedlejších účinků. Na základě dohledaných poznatků se jako nejslibnější z nich jeví KBT dle uvedené zdravotnické organizace National Institution for Health and Care Excellence splňuje podmínky pro klasifikaci jako nejvhodnější intervence pro PPP a zanechala největší množství empirických důkazů. Také intervence CREST, rodinná terapie, jóga a arteterapie se ukázaly být cennými nástroji ke zlepšení patologického chování u pacientů s PPP, i když je jejich efektivita nižší, než je tomu u KBT. CREST klade důraz na vyjádření, rozpoznání emocí a zaměřuje se na rigidní styly myšlení. Jedná se o intervenci vhodnou zejména pro pacienty s MA. Díky józe pacienti dokáží propojit tělo, mysl a duši. Pravidelné cvičení snižuje hladinu stresu a vede k jasnějšímu myšlení. Arteterapie slouží k navrácení duševního a tělesného jádra s využitím různých nástrojů, k vyjádření emocí a pocitů pomocí barev, tvarů, materiálů v podobě hlíny, či metod spojených s hudbou, hrou, tancem a pohybem. Pomocí hudby se pacient dokáže odtrhnout od negativních myšlenek. Pomocí tanečně pohybové terapie se terapeut snaží nasměrovat pacienta k vyjádření svých pocitů tancem a pohybem a povzbudit jej k uvědomění si svého těla za účelem navrácení zdraví. Nicméně všechny uvedené intervence jsou vhodnými nástroji, jež mohou sestry používat k ovlivnění symptomů onemocnění v péči o pacienta s PPP. V České republice se jedná o sestry s rozšířenými kompetencemi v psychiatrii.

Prezentované poznatky mohou sloužit především pro pacienty s PPP. Dohledaná data zůžítokují sestry pečující o pacienty v zařízeních psychiatrie, dětské kliniky, edukační sestry či sestry v ambulantních zařízeních. Informace se dají využít jako studijní materiál pro studenty, rovněž mohou sloužit jako podklad pro článek do odborného časopisu, popř. do populárně naučných časopisů ke zvýšení informovanosti široké veřejnosti o možnostech nefarmakologické léčby PPP.

Referenční seznam

ADAMSON, James, Jenni LEPPANEN, Marianna MURIN, et al. 2018. Effectiveness of emotional skills training for patients with anorexia nervosa with autistic symptoms in group and individual format. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*. **26**(4):367-375. DOI: 10.1002/erv.2594. ISSN 1099-0968. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2594>

AGRAS, Stewart W, Cara BOHON. 2021. Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. **17**:417-438. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-110907>. ISSN 1548-5951. Dostupné také z: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-081219-110907>

AMORETTI, Cristina M, 2021. Do Feeding and Disorders Fit the General Definition of Mental Disorder? *Topoi*. **40**:555-564. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11245-020-09712-3>. ISSN 1572-8749. Dostupné také z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11245-020-09712-3#article-info>

ANDRADE, Rodrigo, Manuel GONCALVES-PINHO, Antonio ROMA-TORRES, et al. 2017. Treatment of Anorexia Nervosa: The Importance of Disease Progression in the Prognosis. *Acta Médica Portuguesa*, **30**(7-8):517-523. DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.8963>. ISSN 1646-0758. Dostupné také z: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/8963>

BECK, Judith S. *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-525-2.

BHATNAGAR, Kelly A. C., Lucene WISNIEWSKI, Mindy SOLOMON, et al. 2012. Effectiveness and Feasibility of a Cognitive-Behavioral Group Intervention for Body Image Disturbance in Women with Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. **69**(1):1-13. DOI: 10.1002/jclp.21909. ISSN 1097-4679. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21909>

BIBB, Jennifer, David CASTLE, Richard NEWTON. 2015. The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. **3**(50): 1-6. DOI: 10.1186/s40337-015-0088-5. ISSN 2050-2974. Dostupné také z: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-015-0088-5>

BRAUDHART, Anne, Martina de ZWAAN, Anja HILBERT. 2014. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*. **47**(6):565-584. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22287>. ISSN 1098-108X. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22287>

BROWN, Tiffany A., Pamela K. KEEL. 2102. Current and Emerging Directions in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of Substance Abuse*. **6**:33-61. DOI: [10.4137/SART.S7864](https://doi.org/10.4137/SART.S7864). ISSN 1547-0164. Dostupné také z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4137/SART.S7864>

BROWNLEY, Kimberly A., Nancy D. BERKMAN, Christine M. PEAT, et al. 2016. Binge-Eating Disorder in Adults: A systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. **165**:409-420. DOI: [10.7326/M15-2455](https://doi.org/10.7326/M15-2455). ISSN 1539-3704. Dostupné také z: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-2455>

BRYTEK-MATERA, Anna, Natalija PLASONJA, Greg DÉCAMPS. 2020. Assessing Orthorexia Nervosa: Validation of the Polish Version of the Eating Habits Questionnaire in a General Population Sample. *Nutriets*. **12**(2): 1-15. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12123820>. ISSN 2071-6643. Dostupné také z: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/12/3820#cite>

BUCHAROVÁ, M., A. MALÁ, J. KANTOR, et al. 2020. Arts Therapies Interventions and Their Outcomes in the Treatment of Eating Disorders: Scoping Review Protocol. *Behavioral Sciences*. **10**(12):188. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs10120188>. ISSN 1099-1743. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-328X/10/12/188#cite>

CENA, Hellas, Friederike BARTHELIS, Massimo CUZZOLARO, et al. 2019. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders*. **24**(2):209-246. DOI: [10.1007/s40519-018-0606-y](https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y). ISSN 1590-1262. Dostupné také z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-018-0606-y>

COSTA, Marcelle Barrueco, Tamara, MELNIK. 2016. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. **14**(2):235-277. DOI: [10.1590/S1679-45082016RW3120](https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120). ISSN 2317-6385. Dostupné

také z: <https://www.scielo.br/j/eins/a/Hx4jmtXtnBDfKgWgvcr5Wkn/?lang=en>

DA LUZ, Felipe, Phillipa HAY, Lucene WISNIEWSKI, et al., 2020. The treatment of binge eating disorder with cognitive behavior therapy and other therapies: An overview and clinical considerations. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. **22**(5): 1-12. DOI: 10.1111/obr.13180. ISSN 1467-789X. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33350574/>

DAVIES, Hana, John FOX, Ulrike NAUMANN, Janet TREASURE, Ulrik SCHMIDT, et al. 2012. Cognitive remediation and emotion skills training for anorexia nervosa: an observational study using neuropsychological outcomes. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*. **20**(3):211-7. DOI: 10.1002/erv.2170. ISSN 1099-0968. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2170>

DAVIS, Le, Evelyn ATTIA. Recent advances in therapies for eating disorders. *F1000Research*, 2019, **8**:1693. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.19847.1>. ISSN 2046-1402. Dostupné také z: <https://f1000research.com/articles/8-1693/v1>

DINGEMANS, Alexandra, Ursula DANNER, Melissa PARKS. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017. **9**(11):1274. DOI: 10.3390/nu9111274. Dostupné také z: <https://www.mdpi.com/2072-6643/9/11/1274>

DUNN, Thomas M, Steven BRATMAN. 2016. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behavior*. **21**:11-7. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006. ISSN 1471-0153. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015315300362?via%3Dihub>

EISLER, Ivan, Mima SIMIC, Eia ASEN, et al. 2016. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. **16**(1):422. DOI: 10.1186/s12888-016-1129-6. ISSN 1471-244X. Dostupné také z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1129-6>

FARRELL, Nicholas R, Leight C BROSOFF, Irina A. VANZHULA, et al. 2019. Exploring Mechanisms of Action in Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders:

The Role of Eating-Related Fears and Body-Related Safety Behaviors. *Behavior Therapy*. **50**(6):1125-1135. DOI: 10.1016/j.beth.2019.01.008. ISSN 1878-1888. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789419300115?via%3Dihub>

FITZSIMMONS, Suzanne, Beth BARBA, Maria STUMP, Alice BONNER. 2014. Nonpharmacological interventions in long-term care: feasibility and recent trends. *J Gerontol Nurs*. **40**(5):10-4. DOI: 10.3928/00989134-20140324-04. ISSN 0098-9134. Dostupné také z: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00989134-20140324-04>

GIOMBINI, Lucia, Sophie NESBITT, Jenni LEPPANEN, et al. 2019. Emotions in play: young people's and clinicians' experience of 'Thinking about Emotions' group. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. **24**:605-614. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00646-3>. ISSN 1590-1262. Dostupné také z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40519-019-00646-3>

GONZÁLEZ, Alejandro Barbosa, Sofia Alexandra Garzón NOVOA. 2020. Bibliographic review in Spanish on art therapy as a psychotherapeutic tool. *Informes Psicológicos*. **20**(2):55-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a4>. ISSN 2422-3271. Dostupné také z: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/192>

GORRELL, Sasha, Daniel Le GRANGE. 2019. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. **28**(4):537-547. DOI: 10.1016/j.chc.2019.05.002. ISSN 1558-0490. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499319300549?via%3Dihub>

GRAVE, Riccardo Dalle, Sarah ECKHARDT, Simona CALUGI, et al. 2019. A Conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. **7**(42):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>. ISSN 2050-2974. Dostupné také z: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-019-0275-x>

GUIMARAES, Juliana Soares, Maria da Penha NERY. 2021. Psychodrama, bulimia nervosa in adolescence and affectivity. *Brazilian Journal of Psychodrama*. **29**(1):36-46. DOI: <http://doi.org/10.15329/2318-0498.00441>. ISSN 2318-0498. Dostupné také z:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932021000100005&lng=pt&nrm=iso

HALL, Allison, Nana A. OFEI-TENKORANG, Jason T. MACHAN, et al. 2016. Use of yoga in outpatient eating disorder treatment: a pilot study. *Journal of Eating Disorders*. **38**(4):1-8. DOI: 10.1186/s40337-016-0130-2. ISSN 1098-108X. Dostupné také z: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-016-0130-2>

HARRISON, Amy, Pamela STAVRI, Kate TCHANTURIA. 2021. Individual and group for format adjuncttherapy on social emotional skills for adolscent inpatients with severe and complex eating disorders (CREST – A). *Neuropsychiatrie*. **35**:163–176. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00375-5>. ISSN: 2194-1327. Dostupné také z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-020-00375-5>

HAY, Phillipa, Angélica M CLAUDINO. 2015. Bulimia nervosa: online interventions. *BMJ clinical evidence*. ISSN 1752-8526. Dostupné také z: <https://europepmc.org/article/MED/25735611>

HERPETZ, S, HAGENAH U, VOCKS S, et al. 2011. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Arzteblatt international*. **108**(40):678-85. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678. ISSN 1866-0452. Dostupné také z: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/107997>

HILBERT, Anja, Kathleen M PIKE, Andrea B GOLDSCHMIDT, et al. 2014. Risk factors across the eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*. **220**(1-2):500-506. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.054. ISSN 1872-7123. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114004740?via%3Dihub>

HILBERT, Anja, David PETROFF, Stephan HERPETZ, et al. 2020. Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*. **53**(9):1353-1376 DOI: 10.1002/eat.23297. ISSN 1098-108X. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32583527/>

HOLMQIST, Gärd, Cristina Lundqvist PERSSON. 2012. Is there evidence for the use of art therapy in treatment of psychosomatic disorders, eating disorders and crisis? A comparative study of two different systems for evaluation. *Scandinavian Journal of Psychology*. **53**(1):47-53. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2011.00923.x. ISSN 1467-9450. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9450.2011.00923.x>

HOSKINS, Jessica, Lauren BLOOD, Holly R. STOKES, et al. 2019. Patient's experiences of brief cognitive behavioral therapy of eating disorders: A qualitative investigation. *International Journal of Eating Disorders*. **52**(5):530-537. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.23039>. ISSN 1098-108X. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23039>

HUGHES, Elizabeth K., Suzannah POKER, Amy BORTZ, et al. Adolescent and Parent Experience of Care at a Family-Based Treatment Service for Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*. **11**:310. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00310. ISSN 1664-0640. Dostupné také z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00310/full>

KALRA, Sanjay, Nitin KAPOOR, Jubbin JACOB. 2020. Orthorexia nervosa. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. **70**(7):1282-1284. ISSN 0030-9982. Dostupné také z: https://jpma.org.pk/article-details/10043?article_id=10043

KARLSEN, Kari Ebbesen, Karianne VRABEL, Solfrid BRATLAND-SANDA, et al. 2021. Effect of Yoga in the Treatment Eating Disorders: A Single-blinded Randomized Controlled Trial with 6-Months Follow-up. *International Journal of Yoga*. **11**(2):166-169. DOI: 10.4103/ijoy.IJOY_3_17. ISSN 2231-2714. Dostupné také z: <https://www.ijoy.org.in/article.asp?issn=0973-6131;year=2018;volume=11;issue=2;spage=166;epage=169;aulast=Karlsen>

KLEIN, Jessalyn, Catherine COOK-COTTONE. 2013. The Effects of Yoga on Eating Disorder Symptoms and Correlates: A Review. *International Journal of Yoga Therapy*. **23**(2):41-50. DOI: <https://doi.org/10.17761/ijyt.23.2.2718421234k31854>. ISSN 1531-2054. Dostupné také z: <https://meridian.allenpress.com/ijyt/article-abstract/23/2/41/137865/The-Effects-of-Yoga-on-Eating-Disorder-Symptoms?redirectedFrom=fulltext>

KRCH, František. 2016. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*. **17**(4):238 – 239. DOI: 10.36290/ped.2016.054. ISSN 1803–5264. Dostupné také z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201604-0009_Poruchy_prijmu_potravy.php

KVIATKOVSKÁ, Katarína, Jakub ALBRECHT, Hana PAPEŽOVÁ. 2016. Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská psychiatrie*, **112**(6): 275-279. ISSN 1212-038. Dostupné také z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1120>

LARSSON, Kristina Holmqvist, Anna LOWÉN, Linda HELLERSTEDT, et al. 2020. Emotion regulation group skills training: a pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *Journal of Eating Disorders*. **8**(12):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00289-1>. ISSN 1098-108X. Dostupné také z: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-020-00289-1>

LE GRANGE, Daniel, James LOCK, W Stewart AGRAS, et al. 2015. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. **54**(11):886 – 894. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.08.008. ISSN 1527-5418. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26506579/>

LINARDON, Jake, Tracey D WADE, Xochitl de la Piedad GARCIA, et al. 2017. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and metaanalysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. **85**(11):1080-1094. DOI: 10.1037/ccp0000245. ISSN 1939-2117. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083223/>

MATHIS, Karen Jennings, Christine Brigitte COSTA, Pamela E. XANDRE. Treating Individuals With Eating Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. **58**(3):7-13. DOI: 10.3928/02793695-20200217-02. ISSN 1938-2413. Dostupné také z: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20200217-02>

MEISNEROVÁ, Eva. 2013. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi*, **15**(8-9):266-268. ISSN 1803-5256. Dostupné také z: https://www.solen.cz/artkey/int-201308-0008_Poruchy_prijmu_potravy_z_pohledu_internisty.php

MEULE, Adrian, Christina HOLZAPFEL, Beate BRANDL, et al. 2020. Measuring orthorexia nervosa: A comparison of four self-report questionnaires. *Appetite*. **146**:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104512>. ISSN 0195-6663. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666319311456?via%3Dihub>

MINDE, Ase, Oda VIGDAL, Tori Flaatten HALVORSEN. 2014. Art psychotherapy an eating disorders. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*. **134**(21):2066-2067. DOI: 10.4045/tidsskr.14.1272. ISSN 0807-7096. Dostupné také z: <https://tidsskriftet.no/2014/11/medisin-og-kunst/kunstpsykoterapi-og-spiseforstyrrelser>

MISSBACH, Benjamin, Thomas M. DUNN, Jürgen S. KÖNIG. 2017. We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on “Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman’s Test and Associated Tendencies”. *Appetite*, **108**:52-524. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.010>. ISSN 0195-6663. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019566631630277X?via%3Dihub>

NEALE, Josephine, Lee D HUDSON. 2020. Anorexia nervosa in adolescent. *British Journal of Hospital Medicine*. **81**(6):1–8. DOI: <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>. ISSN 1759-7390. Dostupné také z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/hmed.2020.0099>

NĚMEČKOVÁ, Pavla. 2011. Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi*. **8**(11):459–462. DOI: . ISSN 1803-5310. Dostupné také z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201111-0004_Poruchy_prijmu_potravy.php

OSTERMANN, Thomas, Hannah VOGEL, Katja Boehm, et al. 2019. Effects of yoga on eating disorders – A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. **46**:73-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.07.021>. ISSN 1873-6963. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229919301840?via%3Dihub>

PACANOWSKI, Carly R, Lisa DIERS, Ross D CROSBY, et al. 2017. Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial. *Eating disorders*. **25**(1):37-51. DOI: 10.1080/10640266.2016.1237810. ISSN 1532-530X. Dostupné také z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2016.1237810?journalCode=uedi20>

PAPEŽOVÁ, Hana. 2017. Prevence poruch příjmu potravy. *Časopis lékařů českých*. **156**(2):68–73. ISSN 1805-4420. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-2/prevence-poruch-prijmu-potravy-60883>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

PIRAN, Niva, Dianne NEUMARK-SZTAINER. Yoga and the experience of embodiment: a discussion of possible links. *Eating Disorders*. 2020. **28**(4):330-348. DOI: 10.1080/10640266.2019.1701350. ISSN 1532-530X. Dostupné také z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2019.1701350?journalCode=uedi20>

PRIYA, Aishwarya Krishna, Briana APPLEWHITE, Katie AU, et al. 2021. Attitude Surrounding Music of Patients With Anorexia Nervosa: A Survey-Based Mixed-Methods Analysis. *Frontiers in Psychiatry*. **12**:826. DOI: 10.3389/fpsy.2021.639202. ISSN 1664-0640. Dostupné také z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.639202/full>

PROSEN, Simona. 2016. Psychodrama in the group of patients diagnosed with eating disorders. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*. **15**(1):131–141. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11620-015-0305-x>. ISSN 1862-2526. Dostupné také z: https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.springer-doi-10_1007-S11620-015-0305-X

SPETTIQUE, Wendy, Zizo ALDAQQAQ, Leanna ISSERLIN, et al. 2020. A Brief Modified Family-Based Treatment Intervention for Youth With Mild Eating Disorders: A Case Series. *Frontiers in Psychiatry*. **11**:105. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00105>. ISSN 1664-0640. Dostupné také z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00105/full>

STICE, E, MARTI, CN, 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. DOI: 10.1037/a0030679. ISSN 1939-1846. Dostupné také z: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0030679>

WALLER, Glenn. Recent advances in psychological therapies for eating disorders. *F1000 Research*, 2016. **19**;5:702. DOI: 10.12688/f1000research.7618.1. ISSN 2046-1402. Dostupné také z: <https://f1000research.com/articles/5-702/v1>

WESTMORELAND, Patricia, Mori J. KRANTZ, Philip S. MEHLER. 2016. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*. **129**(1):30-37. DOI:10.1016/j.amjmed.2015.06.031. ISSN 1555-7162 . Dostupné také z: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(15\)00582-3/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(15)00582-3/fulltext)

WOHLINOVÁ, Kristýna, Hana PAPEŽOVÁ. 2020. Nové možnosti zavedení metody kognitivní remediací a tréninku emočních dovedností (CREST) do rodin pacientů s mentální anorexií. *Česká a slovenská psychiatrie*. **116**(3):135–138. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1332>

Seznam zkratek

AT	Arteterapie
BMI	Body Mass Index
BOT	Bratman Orthorexia Test (dotazník k diagnostice orthorexie)
CREST	Kognitivní remediace a trénink emočních dovedností
CRT	Kognitivní remediace
DOS	Duesseldorf Orthorexia Scale (dotazník k diagnostice orthorexie)
DSM-4	Diagnostický statistický manuál (vydán 1994)
DSM-5	Diagnostický statistický manuál (vydán 2013)
EAT	Eating Disorder Attitudes Test
EAQ	Emotional Avoidance Questionnaire
EDDS	Eating Disorder Diagnostic Scale
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire (dotazník k hodnocení PPP)
EDI-3	Eating Disorder Inventory
EHQ	Eating Habbit Questionnaire
KBT	Kognitivní behaviorální terapie
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MO	Mentální orthorexie
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ORTO-15	Bratmanův rozšířený dotazník (dotazník k diagnostice orthorexie)
PP	Psychogenní přejídání
PPP	Porucha příjmu potravy
RT	Rodinná terapie
rTMS	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace
TAS	Toronto Alexithymia Scale