

NICE irányelvek, 2017

Evészavarok: felismerés és kezelés

Közlés: 2017.5.23.

Utolsó frissítés: 2020.12.16.

www.nice.org.uk/guidance/ng69

Fordította: ChatGPT, korrigált: Túry Ferenc

Az Ön felelőssége

Az irányelvben szereplő ajánlások a NICE nézeteit tükrözik, amelyeket a rendelkezésre álló bizonyítékok gondos mérlegelése után alakítottak ki. Amikor a szakemberek döntést hoznak, elvárható, hogy ezt az irányelvet teljes mértékben figyelembe vegyék, az egyéni szükségletek, preferenciák és értékek mellett, amelyek a pácienseikre vagy a szolgáltatásaikat igénybe vevő személyekre vonatkoznak. Az ajánlások alkalmazása nem kötelező, és az irányelv nem írja felül a felelősséget arra vonatkozóan, hogy az egyén körülményeinek megfelelő döntéseket hozzanak, konzultálva az érintettekkel és családjaikkal vagy gondviselőikkel.

A gyógyszerrel vagy az eljárás során használt orvostechikai eszközzel kapcsolatos összes problémát (kedvezőtlen eseményeket) jelenteni kell a Gyógyszer- és Egészségügyi Termékek Szabályozási Ügynökségének a Sárga Kártya Rendszeren keresztül.

A helyi megbízók és egészségügyi szolgáltatók felelősséggel tartoznak azért, hogy az irányelvet alkalmazni lehessen, amikor az egyes szakemberek és a szolgáltatásokat igénybe vevő személyek ezt kívánják. Ezt a finanszírozásra és a szolgáltatások fejlesztésére vonatkozó helyi és nemzeti prioritások összefüggésében kell megtenniük, figyelembe véve törvényi kötelezettségeiket az illegális diszkrimináció megszüntetésének szükségességére, az esélyegyenlőség előmozdítására és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére. Az irányelv semmilyen módon nem értelmezhető úgy, hogy az ellentétes lenne ezen kötelezettségek betartásával.

A megbízóknak és a szolgáltatóknak felelősséggel kell tartozniuk a környezeti fenntarthatóság előmozdításáért az egészségügyi és gondozási rendszerben, és értékelniük kell, valamint ahol csak lehet, csökkenteniük kell a NICE-ajánlások végrehajtásának környezeti hatását.

Tartalomjegyzék

Áttekintés	3
Kinek szól?	3
Ajánlások	3
1.1. Általános gondozási alapelvek	3
1.2. Azonosítás és értékelés	7
1.3. Az anorexia nervosa kezelése	8
1.4. A falászavar kezelése	15
1.5. A bulimia nervosa kezelése	22
1.6. Egyéb meghatározott táplálkozási és evészavarok (OSFED) kezelése	25
1.7. Fizikoterápia bármely evészavarnál	25
1.8. A testi és mentális egészség egyidejű betegségei	26
1.9. Fogamzás és terhesség evészavarokkal küzdő nők számára	30
1.10. A testi egészség felmérése, nyomon követése és kezelése evészavarok esetén	31
1.11. Kórházi és nappali beteggondozás	35
1.12. A Mentális Egészségügyi Törvény alkalmazása és a kötelező kezelés	38
Az irányelvben használt kifejezések	38
Kutatási ajánlások	39
1. Pszichológiai kezelések falászavar esetén	39
2. A pszichológiai kezelés időtartama és intenzitása	40
3. Az akut szomatikus kockázat előrejelzői	41
4. Evészavar kezelése társbetegséggel küzdőknél	41
5. Az anorexia nervosa sikeres kezelése utáni előnyök fenntartása	42
Kontextus	44
További információk és bizottsági részletek	45
Frissítési információk	46

Áttekintés

Ez az irányelv az evészavarokkal küzdő gyermekek, fiatalok és felnőttek felmérésére, kezelésére, nyomon követésére és kórházi ellátására terjed ki. Célja, hogy javítsa az emberek ellátását az anorexia nervosa, a falászavar és a bulimia nervosa leghatékonyabb kezeléseinek részletezésével.

2020 decemberében kiemeltük az inzulin injekció beadási helyei forgatásának fontosságát ugyanazon testtájékon belül, összhangban az MHRA gyógyszerbiztonsági frissítésével az injekció helyén kialakuló cutan amyloidosis kockázatának elkerülésére, hogy emlékeztessük a betegeket ennek elvégzésére.

Kinek szól?

- Egészségügyi szakembereknek
- Megbízóknak és szolgáltatóknak
- Más szakembereknek, akik szolgáltatásokat nyújtanak evészavarokkal küzdő embereknek (beleértve az oktatási és büntető igazságszolgáltatási területeket is).
- Evészavar gyanújával vagy diagnosztizált evészavarral küzdő embereknek és családtagjaiknak, gondozóiknak.

Ajánlások

Az embereknek joguk van részt venni a saját ellátásukkal kapcsolatos megbeszéléseken és megalapozott döntéseket hozni az ellátásukról, ahogy azt a NICE tájékoztatója is leírja a döntéshozatalról.

A NICE irányelveinek használatával történő döntéshozatal elmagyarázza, hogyan mutassuk be ajánlásaink erősségét (vagy bizonyosságát), és információkat tartalmaz a gyógyszerek felírásáról (beleértve az off-label használatot), szakmai irányelvekről, szabványokról és törvényekről (beleértve a beleegyezést és a mentális képességet), valamint a védelmet.

Ebben az irányelvben a „családtagok” közé tartoznak az evészavarral küzdő emberek testvérei, gyermekei és partnerei.

1.1. Általános gondozási alapelvek

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása

1.1.1. Legyenek tudatában annak, hogy az evészavarral küzdő emberek:

- nehéznek vagy nyomasztónak találhatják a beszélgetést az egészségügyi szakemberekkel, személyzettel és más szolgáltatásokat igénybe vevőkkel;
- kiszolgáltatottak lehetnek a megbélyegzéssel és szégyenérzettel szemben;
- olyan információkra és beavatkozásokra lehet szükségük, amelyek az életkorukhoz és fejlődési szintjükhöz igazodnak.

1.1.2. Biztosítsák, hogy minden evészavarral küzdő ember és szülei vagy gondozói egyenlő hozzáférést kapjanak a kezelésekhöz (beleértve az önbeutalást is) az evészavarok esetén, életkortól, nemtől vagy nemi identitástól (beleértve a transznemű embereket) függetlenül:

- életkor
- nem vagy nemi identitás (beleértve a transznemű embereket)
- szexuális orientáció
- társadalmi-gazdasági helyzet
- vallás, hit, kultúra, családi származás vagy etnikum
- lakóhely és lakótársak
- bármilyen fizikai vagy egyéb mentális egészségi probléma vagy fogyatékoság

1.1.3. Az evészavarral küzdő embereket (különösen gyermekeket és fiatalokat) értékelő egészségügyi szakembereknek az értékelés és a kezelés során folyamatosan figyelniük kell az erőszakoskodás, gúnyolódás, bántalmazás (érzelmi, fizikai és szexuális) és elhanyagolás jeleire. Azokra az útmutatásokra vonatkozóan, hogy mikor kell gyermekbántalmazásra gyanakodni, lásd a NICE gyermekbántalmazásról szóló irányelvét.

Kommunikáció és információ

1.1.4. Amikor egy evészavarra gyanús személyt értékel, derítse ki, hogy mit tud ő és családtagjai vagy gondozói az evészavarokról, és kezelje az esetleges tévhitet.

1.1.5. Kínáljon az evészavarral küzdő embereknek és családtagjaiknak vagy gondozóiknak oktatást és információt:

- az evészavar természetéről és kockázatairól, valamint arról, hogyan hat rájuk;
- a rendelkezésre álló kezelésekről és azok várható előnyeiről és korlátairól.

1.1.6. Amikor evészavarral küzdő emberekkel és családtagjaikkal vagy gondozóikkal kommunikál:

- legyen érzékeny, amikor a személy súlyáról és megjelenéséről beszél;
- vegye figyelembe, hogy a családtagok vagy gondozók büntudatot érezhetnek és felelősnek érezhetik magukat az evészavar miatt;
- mutasson empátiát, együttérzést és tiszteletet;

- biztosítson számukra megfelelő formátumú információt és ellenőrizze, hogy megértették-e azt.

1.1.7. Biztosítsa, hogy az evészavarral küzdő emberek és szüleik vagy gondozóik megértsék minden találkozó célját és az ellátásukkal kapcsolatos információk megosztásának okait.

Támogatás evészavarral küzdő emberek számára

1.1.8. Értékelje az otthoni, oktatási, munkahelyi és szélesebb társadalmi környezet (beleértve az internetet és a közösségi médiát) hatását minden egyes személy evészavarára. A kezelés során foglalkozzon érzelmi, oktatási, foglalkoztatási és társadalmi szükségleteikkel.

1.1.9. Ha megfelelő, ösztönözze a gyermekek és fiatalok családtagjait, gondozóit, tanárait és kortársait, hogy támogassák őket a kezelés során.

A családtagokkal és gondozókkal való együttműködés

1.1.10. Legyen tudatában annak, hogy az evészavarral küzdő személy családtagjai vagy gondozói súlyos distresszt élhetnek át. Ajánlja fel a családtagok vagy gondozók saját szükségleteinek felmérését a kezelés előrehaladtával (lásd a NICE irányelvet a felnőtt gondozók támogatásáról), beleértve:

- az evészavar rájuk és mentális egészségükre gyakorolt hatását;
- milyen támogatásra van szükségük, beleértve a gyakorlati támogatást és a sürgősségi terveket, ha az evészavarral küzdő személy magas orvosi vagy pszichiátriai kockázatnak van kitéve.

1.1.11. Ha megfelelő, nyújtson írásos információkat a családtagok vagy gondozók számára, akik nem vesznek részt az értékelési vagy kezelési találkozón az evészavarral küzdő személlyel.

Beleegyezés és titoktartás

1.1.12. Amikor evészavarral küzdő emberekkel és családtagjaikkal vagy gondozóikkal (ahol szükséges) dolgozik:

- tartson megbeszéléseket olyan helyeken, ahol a titoktartás, a magánélet és a méltóság tiszteletben tartható;
- magyarázza el a titoktartás határait (azaz, mely szakemberek és szolgáltatások férhetnek hozzá az ellátásukkal kapcsolatos információkhoz és mikor oszthatók meg ezek másokkal).

1.1.13. Amikor beleegyezést kér a 16 év alatti gyermekek vagy fiatalok értékeléséhez vagy kezeléséhez, tartsa tiszteletben a Gillick kompetenciát (lásd az Egészségügyi és Szociális Gondozási Minisztérium referencia útmutatóját), ha ők beleegyeznek és nem akarják, hogy családtagjaik vagy gondozóik bevonásra kerüljenek.

Képzés és kompetenciák

1.1.14. Az evészavarral küzdő embereket értékelő és kezelő szakembereknek kompetenseknek kell lenniük az általuk ellátott korcsoportok tekintetében.

1.1.15. Az evészavarral küzdő emberekkel dolgozó egészségügyi, szociális gondozási és oktatási szakembereknek képzettnek és jártasnak kell lenniük:

- a családtagokkal és gondozókkal való tárgyalásban és együttműködésben;
- az információmegosztás és a titoktartás kérdéseinek kezelésében;
- a védelmi intézkedésekben;
- a multidiszciplináris csapatokkal való együttműködésben.

1.1.16. A pszichológiai kezelések tartalmát, struktúráját és időtartamát a releváns, evészavarokra fókuszáló kézikönyvek alapján kell meghatározni.

1.1.17. Az evészavarok kezelését nyújtó szakembereknek:

- megfelelő klinikai szupervízióban kell részesülniük.
- használjanak standardizált eredménymutató méréseket, például az Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) alkalmazásával
- monitorozzák a kompetenciájukat (például a terápiás ülések felvételeinek, külső auditok és felülvizsgálatok segítségével)
- ellenőrizték a kezelés betartását azoknál az embereknél, akik szolgáltatásaikat igénybe veszik.

Az evészavarokkal küzdő emberek ellátásának koordinációja

1.1.18. Különös gondot kell fordítani arra, hogy az ellátások jól koordináltak legyenek, amikor:

- egy fiatal ember átmegy a gyermekszolgáltatásokról a felnőtt szolgáltatásokra (lásd a NICE irányelvét a gyermek- és felnőtt szolgáltatások közötti átmenetről);
- több szolgáltatás vesz részt (például bentlakásos és ambuláns szolgáltatások, gyermek- és családszolgáltatások, vagy amikor egy kísérőbetegséget külön szolgáltatás kezel);
- az embereknek különböző helyszíneken van szükségük ellátásra az év különböző időszakában (például egyetemi hallgatók esetén).

1.2. Azonosítás és értékelés

1.2.1. Az evészavarban szenvedő embereket a lehető leghamarabb ki kell vizsgálni és kezelni kell.

1.2.2. Korai kezelés különösen fontos azok számára, akik súlyos soványsággal rendelkeznek, vagy veszélyeztetettek, és ezeket a betegeket előnyben kell részesíteni a kezelés során.

Kezdeti értékelések az alapellátásban és a mentális egészségügyben

1.2.3. Legyen tisztában azzal, hogy az evészavarok különböző környezetben jelentkezhetnek, ideértve:

- az alapellátást és a másodlagos egészségügyi ellátást (beleértve az akut kórházakat is)
- a szociális gondozást
- az oktatást
- a munkát

1.2.4. Bár az evészavarok bármely életkorban kialakulhatnak, legnagyobb a kockázat a 13-17 év közötti fiatal férfiak és nők körében.

1.2.5. Ne használjon szűrőeszközöket (például a SCOFF kérdőívet) kizárólagos módszerként arra, hogy megállapítsa, van-e evészavar.

1.2.6. Amikor evészavar irányában végez felmérést, vagy eldönti, hogy tovább utalja-e az embereket vizsgálatra, vegye figyelembe az alábbiak közül azokat, amelyek érvényesek rájuk:

- szokatlanul alacsony vagy magas testtömegindex (BMI) vagy testtömeg az életkorukhoz képest;
- gyors testsúlycsökkenés;
- diétázás vagy szigorú étkezési gyakorlat (például diétázás soványság esetén), ami aggodalomra ad okot náluk, családtagjaiknál vagy gondozóiknál, vagy szakembereknél;
- családtagok vagy gondozók beszámolója az étkezési viselkedés változásáról;
- társas visszavonulás, különösen az étellel kapcsolatos helyzetekből;
- egyéb mentális egészségügyi problémák;
- aránytalan aggodalom a testsúlyuk vagy alakjuk miatt (például aggodalom a súlygyarapodás miatt fogamzásgátló szedésének mellékhatásaként);
- problémák krónikus betegség kezelésében, amelyek befolyásolják az étrendet, például diabétesz vagy coeliakia esetén;
- menstruációs vagy más endokrin zavarok, vagy megmagyarázhatatlan gasztrointesztinális tünetek;

- testi jelei:
 - alultápláltságnak, ideértve a rossz vérkeringést, szédülést, szapora szívverést, elájulást vagy sápadtságot;
 - kompenzáló viselkedésformák, ideértve a hashajtókkal vagy fogyasztószerrel való visszaélést, a hányást vagy a túlzott testmozgást;
- hasi fájdalom, amely hányással vagy étrendi korlátozásokkal társul, és nem teljesen magyarázható testi betegséggel;
- megmagyarázhatatlan elektrolit egyensúlyhiány vagy hipoglikémia;
- atipikus fogkárosodás (például erózió);
- részt vesznek-e olyan tevékenységekben, amelyek magas kockázatúak az evészavarok szempontjából (például profi sport, divat, tánc, vagy modellkedés).

1.2.7. Vegye figyelembe, hogy a 1.2.6.-os ajánlásokon túlmenően az evészavarral küzdő gyermekek és fiatalok gyakran mutatnak növekedési lemaradást (például alacsony testsúlyt vagy magasságot életkorukhoz képest), vagy késleltetett pubertást.

1.2.8. Ne használjon egyetlen mutatót, mint például a BMI-t vagy a betegség időtartamát, hogy eldöntse, fel kell-e ajánlania az evészavar kezelését.

1.2.9. Az alapellátásban és a másodlagos mentális egészségügyi vagy sürgősségi ellátásban dolgozó szakembereknek értékelniük kell az alábbiakat az evészavar gyanújával rendelkező embereknél:

- a testi egészségüket, ideértve az alultápláltságot, vagy a kompenzáló viselkedések (pl. hányás) testi hatásainak ellenőrzését;
- az evészavarokkal gyakran társuló mentális egészségügyi problémák jelenlétét, ideértve a depressziót, szorongást, önpusztító viselkedést és az obszesszív-kompulzív zavart;
- az alkohol- vagy kábítószer-használat lehetőségét;
- a sürgősségi ellátás szükségességét azoknál, akiknek testi egészségügyi állapota veszélyeztetett, vagy akik öngyilkossági kockázatot hordoznak.

Beutalás

1.2.10. Ha evészavart gyanítanak az elsődleges értékelés után, azonnal irányítsák át a közösségi alapú, életkorhoz illő, evészavarok kezelésére szakosodott szolgáltatáshoz további vizsgálat vagy kezelés céljából.

1.3. Az anorexia nervosa kezelése

1.3.1. Biztosítson támogatást és ellátást minden anorexia nervosával küzdő ember számára, akik kapcsolatban állnak a szakellátással, függetlenül attól, hogy részesülnek-e konkrét beavatkozásban vagy sem. A támogatásnak tartalmaznia kell:

- pszichoedukációt a rendellenességről,
- a testsúly, a mentális és testi egészség, valamint a kockázati tényezők monitorozását,
- multidiszciplinárisnak kell lennie és a szolgáltatások között összhang szükséges,
- a személy családtagjainak vagy gondozóinak bevonását (amennyiben megfelelő).

1.3.2. Az anorexia nervosa kezelése során legyen tudatában, hogy:

- a cél az emberek segítése az életkoruknak megfelelő egészséges testsúly vagy BMI elérésében, és
- a testsúlynövekedés kulcsfontosságú a szükséges pszichológiai, testi és életminőségi változások támogatásában, amelyek a javuláshoz vagy gyógyuláshoz szükségesek.

1.3.3. Az anorexia nervosával küzdő emberek mérlegeléskor fontolja meg az eredmények megosztását velük, és (ha megfelelő) családtagjaikkal vagy gondozóikkal is.

Pszichológiai kezelés felnőttkori anorexia nervosában

1.3.4. Az anorexia nervosával küzdő felnőttek esetében fontolja meg az alábbiak egyikét:

- egyéni, evészavarokra fókuszáló kognitív viselkedésterápia (CBT-ED)
- Maudsley Anorexia Nervosa Kezelés Felnőtteknek (MANTRA)
- Szakorvosi támogató klinikai kezelés (SSCM)

Magyarázza el a személynek, hogy mit tartalmaznak a kezelések, és segítsen nekik kiválasztani, melyiket részesítenék előnyben.

1.3.5. Az anorexia nervosával küzdő felnőttek számára készült egyéni CBT-ED programoknak a következőket kell tartalmazniuk:

- jellemzően legfeljebb 40 ülés 40 hét alatt, az első 2-3 hétben heti kétszeri üléssel;
- céljuk a fizikai egészséget fenyegető kockázat és az evészavar egyéb tüneteinek csökkentése;
- az egészséges táplálkozás és az egészséges testsúly elérésének ösztönzése;
- kiterjednek a táplálkozásra, a kognitív újrastrukturálásra, az érzelemszabályozásra, a szociális készségekre, a testképpel kapcsolatos aggodalmakra, az önbecsülésre és a visszaesés megelőzésére;

- személyre szabott kezelési terv készítése az evési probléma fenntartásában szerepet játszó folyamatok alapján;
- az alultápláltság és a soványság kockázatainak ismertetése;
- az énhatékonyság növelése;
- az étrend bevitelének, és a kapcsolódó gondolatoknak és érzéseknek az önmonitorozása;
- házi feladatok, hogy a személy a mindennapi életben gyakorolhassa, amit megtanult.

1.3.6. A MANTRA program az anorexia nervosával küzdő felnőttek számára a következőket kell, hogy tartalmazza:

- jellemzően 20 ülést, amely:
 - heti üléseket az első 10 hétben, majd rugalmas időbeosztást ezután;
 - legfeljebb 10 extra ülést a komplex problémákkal küzdő emberek számára;
- a kezelés alapját a MANTRA munkafüzet képezi;
- motiválja a személyt és ösztönözzé, hogy működjön együtt a szakemberrel;
- legyen rugalmas a MANTRA moduljainak átadásában és hangsúlyozásában;
- amikor a személy készen áll, térjen ki a táplálkozásra, a tünetek kezelésére és a viselkedésváltozásra;
- ösztönözzé a személyt, hogy alakítson ki egy „nem-anorexiás identitást”;
- vonja be a családtagokat vagy gondozókat, hogy segítsenek a személynek:
 - megérteni az állapotukat és az általa okozott problémákat, valamint az összefüggést a tágabb társadalmi kontextussal;
 - megváltoztatni a viselkedésüket.

1.3.7. Az SSCM program az anorexia nervosával küzdő felnőttek számára a következőket kell, hogy tartalmazza:

- jellemzően 20 vagy több heti ülést (a súlyosságtól függően);
- kulcsfontosságú problémák felmérése, azonosítása és rendszeres felülvizsgálata;
- célja a pozitív kapcsolat kialakítása a személy és a szakember között;
- célja, hogy segítse az embereket a tüneteik és a rendellenes evési viselkedésük közötti kapcsolat felismerésében;
- célja a testsúly helyreállítása;
- pszichoedukáció, valamint táplálkozási oktatás és tanácsadás biztosítása;
- a testi egészség monitorozása;
- egy testsúlytartomány célkitűzése;
- az egészséges testsúly és az egészséges táplálkozás elérésének ösztönzése;
- lehetőséget ad a személynek, hogy eldöntse, mi mást szeretne beépíteni a terápiájába.

1.3.8. Ha az egyéni CBT-ED, MANTRA vagy SSCM elfogadhatatlan, ellenjavallt, vagy hatástalan az anorexia nervosával küzdő felnőttek számára, fontolja meg:

- e három kezelés közül azt, amelyet a személy korábban még nem kapott, vagy
- evészavarokra fókuszáló pszichodinamikus terápiát (FPT).

1.3.9. Az FPT az anorexia nervosával küzdő felnőttek számára a következőket kell, hogy tartalmazza:

- jellemzően legfeljebb 40 ülést 40 hét alatt;
- betegközpontú, fókuszált hipotézist kell tartalmaznia, amely egyedi és a következőket célozza meg:
 - mit jelentenek a tünetek a személy számára;
 - hogyan befolyásolják a tünetek a személyt;
 - hogyan befolyásolják a tünetek a személy kapcsolatait másokkal és a terapeutával;
- az első fázisban a terapeuta és az anorexiás személy közötti terápiás szövetség fejlesztésére, a pro-anorexiás viselkedés és ego-szintonikus hiedelmek (a személy önképével összhangban lévő hiedelmek, értékek és érzések) kezelésére, valamint az önbecsülés építésére összpontosít;
- a második fázisban a releváns kapcsolatokra más emberekkel, és arra, hogy ezek hogyan befolyásolják az evési viselkedést;
- a záró fázisban a terápiás tapasztalat mindennapi élethelyzetekbe történő átültetésére, valamint azokra az aggodalmakra összpontosít, amelyek a személyt a kezelés befejezése után érinthetik.

Pszichológiai kezelés anorexia nervosa esetén gyermekek és fiatalok számára

1.3.10. Fontolja meg az anorexia nervosára fókuszáló családterápiát gyermekek és fiatalok számára (FT-AN), amelyet egycsaládos terápiaként vagy egycsaládos és többcsaládos terápia kombinációjaként nyújtanak. Adjon lehetőséget a gyermekeknek és fiataloknak arra, hogy néhány egycsaládos terápiás ülésen részt vehessenek:

- külön a családtagoktól vagy gondozóktól, és
- együtt a családtagokkal vagy gondozókkal.

1.3.11. Az FT-AN a következőket tartalmazza:

- általában 18-20 ülésből áll egy év alatt;
- a személy szükségleteit a kezelés megkezdése után 4 héttel, majd 3 havonta felülvizsgálják annak megállapítása érdekében, hogy milyen gyakoriak legyenek az ülések, és mennyi ideig tartson a kezelés;

- hangsúlyozza a család szerepét a személy felépülésében;
- nem hibáztatja a személyt vagy családtagjait, gondozóit;
- magában foglalja a táplálkozással és az alultápláltság hatásaival kapcsolatos pszichoedukációt;
- a kezelés korai szakaszában támogatja a szülőket vagy gondozókat, hogy központi szerepet vállaljanak a személy étkezésének irányításában, és hangsúlyozza, hogy ez egy ideiglenes szerep;
- az első fázisban cél a jó terápiás szövetség kialakítása a személlyel, szüleivel vagy gondozóival, és más családtagokkal;
- a második fázisban támogatja a személyt (szülei vagy gondozói segítségével), hogy a fejlettségi szintjének megfelelő szintű önállóságot érjen el;
- az utolsó fázisban:
 - a kezelés befejezésének terveire (beleértve a személy és családja aggodalmait) és a visszaesés megelőzésére koncentrálnak;
 - foglalkozik azzal, hogyan kaphat támogatást a személy, ha a kezelést abbahagyják.

1.3.12. Fontolja meg a családtagok támogatását, akik nem vesznek részt a családterápiában, hogy segítsen nekik megbirkózni a betegség okozta stresszel.

1.3.13. Fontolja meg, hogy az anorexiás gyermekek és fiatalok külön találkozókat kapjanak családtagjaiktól vagy gondozóiktól függetlenül.

1.3.14. Értékelje, hogy a családtagoknak vagy gondozóknak szükségük van-e támogatásra, ha az anorexiás gyermek vagy fiatal önálló terápián vesz részt.

1.3.15. Ha az FT-AN elfogadhatatlan, ellenjavallt vagy hatástalan anorexiás gyermekek vagy fiatalok számára, fontolja meg az egyéni CBT-ED-t, vagy az anorexia nervosára fókuszáló serdülőkori pszichoterápiát (AFP-AN).

1.3.16. Az anorexiás gyermekek és fiatalok számára az egyéni CBT-ED-nek a következőket kell tartalmaznia:

- általában legfeljebb 40 ülésből áll 40 hét alatt, a következőkkel:
 - heti két ülés az első 2-3 hétben;
 - 8-12 további rövid családi ülés a személlyel és szüleikkel vagy gondozóikkal (ha szükséges);
- a családi üléseken és az egyéni üléseken belül magában foglalja a táplálkozással és az alultápláltság hatásaival kapcsolatos pszichoedukációt;
- a családi üléseken:

- azonosítsa mindazt, ami a személy otthoni életében megnehezítheti a viselkedésváltozást, és találjon módot ezek kezelésére;
- beszéljék meg az étkezési terveket;
- célja a testi egészség kockázatainak és az evészavar egyéb tüneteinek csökkentése;
- ösztönözze az egészséges testsúly és az egészséges táplálkozás elérését;
- foglalkozzon a táplálkozással, a visszaesés megelőzésével, a kognitív újrastrukturálással, az érzelem szabályozásával, a szociális készségekkel, a testkép aggodalmaival és az önbecsüléssel;
- hozzon létre egy személyre szabott kezelési tervet az alapján, hogy mely folyamatok tartják fenn az evési problémát;
- vegye figyelembe a személy specifikus fejlődési szükségleteit;
- magyarázza el az alultápláltság és az alacsony testsúly kockázatait;
- növelje az önhatékonyt;
- magában foglalja az étrendi bevitel és a kapcsolódó gondolatok és érzések önellenőrzését;
- magában foglalja a házi feladatokat, hogy segítsen a személynek gyakorolni, amit a mindennapi életében tanult;
- foglalkozzon azzal, hogyan kaphat támogatást a személy, ha a kezelést abbahagyják.

1.3.17. Az AFP-AN a gyermekek és fiatalok számára a következőket tartalmazza:

- általában 32-40 egyéni ülés 12-18 hónap alatt, a következőkkel:
 - gyakoribb ülések a kezdeti időszakban, hogy segítsenek a személynek kapcsolatot építeni a terapeutával és motiválják a viselkedés megváltoztatására;
 - 8-12 további családi ülés a személlyel és szüleikkel vagy gondozóikkal (ha szükséges);
- a személy szükségleteit a kezelés megkezdése után 4 héttel, majd 3 havonta felülvizsgálják annak megállapítása érdekében, hogy milyen gyakoriak legyenek az ülések, és mennyi ideig tartson a kezelés;
- a családi üléseken és az egyéni üléseken belül magában foglalja a táplálkozással és az alultápláltság hatásaival kapcsolatos pszichoedukációt;
- a személy önképére, érzelmeire és interperszonális folyamataira összpontosít, és arra, hogyan befolyásolják ezek az evészavart;
- kialakít egy koncepciót a személy pszichológiai problémáiról és arról, hogyan használják az anorexiás viselkedést megküzdési stratégiaként;
- foglalkozik a súlygyarapodással kapcsolatos félelmekkel, és hangsúlyozza, hogy a súlygyarapodás és az egészséges táplálkozás a terápia kritikus része;

- alternatív stratégiákat talál a személy számára a stressz kezelésére;
- a kezelés későbbi szakaszaiban az identitás kérdéseit érinti és serkenti a függetlenséget;
- a kezelés végén a terápiás tapasztalatok mindennapi élethelyzetekbe való átültetésére összpontosít;
- a családi üléseken segítse a szülőket vagy gondozókat, hogy támogassák a személyt abban, hogy megváltoztassa viselkedését;
- törődjön azzal, hogyan kaphat támogatást a személy, ha a kezelést abbahagyják.

Az anorexia nervosában szenvedő, de kezelésben nem részesülő emberek

1.3.18. Azok számára, akik anorexia nervosában szenvednek, de nem részesülnek kezelésben (például mert nem segített, vagy mert visszautasították), és akiknek nincsenek súlyos vagy összetett problémáik:

- irányítsák őket alapellátásba;
- mondják el nekik, hogy bármikor kérhetik háziorvosuktól, hogy újra beutalják őket kezelésre.

1.3.19. Azok számára, akik anorexia nervosában szenvednek, visszautasították vagy nem akarják a kezelést, és akiknek súlyos vagy összetett problémáik vannak, az evészavar-szolgáltatásoknak támogatást kell nyújtaniuk az anorexia nervosa kezelésére vonatkozó ajánlásban leírt támogatás és gondozás biztosításával.

Táplálkozási tanácsadás anorexia nervosában szenvedő emberek számára

1.3.20. Csak multidiszciplináris megközelítés részeként ajánljon táplálkozási tanácsadást.

1.3.21. Ösztönözze az anorexia nervosás embereket arra, hogy koruknak megfelelő orális multivitamin és több ásványi anyagot tartalmazó kiegészítőt szedjenek, amíg étrendjük nem tartalmaz elegendő mennyiséget az étrendi referenciaértékek eléréséhez.

1.3.22. Vonják be a családtagokat vagy gondozókat (ha szükséges) minden táplálkozási oktatásba vagy étkezési tervezésbe azoknál a gyermekeknél és fiataloknál, akik anorexia nervosában szenvednek és egyedül vesznek részt a terápiában.

1.3.23. Ajánljanak kiegészítő táplálkozási tanácsokat az anorexiás gyermekeknek és fiataloknak, valamint családjuknak vagy gondozóiknak (ha szükséges), hogy segítsenek nekik kielégíteni a növekedéshez és fejlődéshez (különösen a pubertás ideje alatt) szükséges táplálkozási igényeiket.

Gyógyszeres kezelés anorexia nervosa esetén

1.3.24. Ne ajánljanak gyógyszeres kezelést az anorexia nervosa egyedüli kezelésére.

1.4. A falászavar kezelése

Pszichológiai kezelés falászavar esetén felnőtteknél

1.4.1. Magyarazzák el a falászavarban szenvedő embereknek, hogy a pszichológiai kezelések korlátozott hatással vannak a testsúlyra, és hogy a fogyás nem önmagában a terápia célja. Hivatkozzanak a NICE iránymutatásra az elhízás azonosítására, értékelésére és kezelésére vonatkozóan, hogy iránymutatást kapjanak a fogyásról és a bariátriai műtétről.

1.4.2. Ajánljanak falászavarra fókuszáló, vezetett önsegítő programot a falászavarban szenvedő felnőtteknek.

1.4.3. A falászavarra fókuszáló, vezetett önsegítő programok felnőttek számára a következőket tartalmazzák:

- kognitív viselkedéses önsegítő anyagok használata;
- az önsegítő program betartásához való ragaszkodás;
- az önsegítő program kiegészítése rövid támogató ülésekkel (például 4-9 ülés, mindegyik 20 perces, 16 hét alatt, kezdetben heti gyakorisággal);
- kizárólag arra összpontosítanak, hogy segítsenek a személynek a program követésében.

1.4.4. Ha a vezetett önsegítés elfogadhatatlan, ellenjavallt vagy 4 hét után hatástalan, ajánljanak csoportos, evészavarra fókuszáló kognitív viselkedésterápiát (CBT-ED).

1.4.5. A csoportos CBT-ED programok a falászavarban szenvedő felnőttek számára a következőket tartalmazzák:

- általában 16 heti 90 perces csoportülés 4 hónap alatt;
- pszichoedukációra, az evési viselkedés önellenőrzésére összpontosítanak, segítenek a személynek a problémái és céljai elemzésében;
- magában foglalja a napi étkezési terv készítését és az evési kényszerek felismerését;
- tartalmazza a testi expozíciós tréninget és segít a személynek felismerni és megváltoztatni a testével kapcsolatos negatív hiedelmeket;
- segít a visszaesések elkerülésében, valamint a jelenlegi és jövőbeli kockázatok és kiváltó okok kezelésében.

1.4.6. Ha a csoportos CBT-ED nem elérhető vagy a személy visszautasítja, fontolják meg az egyéni CBT-ED-t a falászavarban szenvedő felnőttek számára.

1.4.7. A falászavarban szenvedő felnőttek számára az egyéni CBT-ED a következőket tartalmazza:

- általában 16-20 ülésből áll;
- konceptualizálja a személy pszichológiai problémáit, hogy meghatározza, hogyan járulnak hozzá az étrendi és érzelmi tényezők az evési kényszerekhez;
- a konceptualizáció alapján:
 - javasolja az embereknek, hogy étkezzenek rendszeresen és fogyasszanak uzsonnákat, hogy elkerüljék az éhségérzetet;
 - foglalkozik az evési kényszereik érzelmi kiváltó okaival, kognitív újrastrukturálással, viselkedési kísérletekkel és expozícióval;
- magában foglalja az evési kényszerek, az étrendi bevitel és a testsúly heti nyomon követését;
- megosztja a testsúlyadatot a személlyel;
- foglalkozik a testkép problémáival, ha vannak ilyenek;
- elmagyarázza a személynek, hogy bár a CBT-ED nem a fogyást célozza, az evési kényszerek megszüntetése hosszú távon ezt a hatást eredményezheti;
- tanácsolja a személynek, hogy ne próbáljon fogyni (például diétával) a kezelés során, mert ez valószínűleg kiváltja az evési kényszert.

Pszichológiai kezelés evészavar esetén gyermekeknél és fiataloknál

1.4.8. A falászavarban szenvedő gyermekek és fiatalok számára ugyanolyan kezeléseket ajánljanak, mint a felnőttek számára falászavar esetén.

Gyógyszeres kezelés evészavar esetén

1.4.9. Ne ajánljanak gyógyszeres kezelést a falászavar egyedüli kezelésére.

1.5. Bulimia nervosa kezelése

1.5.1. Magyarázza el minden bulimia nervosás személynek, hogy a pszichológiai kezelések korlátozott hatással vannak a testsúlyra.

Pszichológiai kezelés bulimia nervosa esetén felnőtteknél

1.5.2. Fontolja meg a bulimia nervosára fókuszáló vezetett önsegítő programot bulimiás felnőttek számára.

1.5.3. A bulimia nervosára fókuszáló vezetett önsegítő programok felnőttek számára a következőket tartalmazzák:

- kognitív viselkedéses önségítő anyagok használata evészavarokhoz;
- az önségítő program kiegészítése rövid támogató ülésekkel (például 4-9 ülés, mindegyik 20 perces, 16 hét alatt, kezdetben heti gyakorisággal).

1.5.4. Ha a bulimia nervosára fókuszáló vezetett önségítés elfogadhatatlan, ellenjavallt vagy 4 hét után hatástalan, fontolja meg az egyéni, evészavarra fókuszáló kognitív viselkedésterápiát (CBT-ED).

1.5.5. Az egyéni CBT-ED bulimia nervosában szenvedő felnőttek számára a következőket tartalmazza:

- általában legfeljebb 20 ülésből áll 20 hét alatt, és fontolják meg a heti két ülést az első szakaszban
- az első szakaszban összpontosítson:
 - az elköteleződésre és a tájékoztatásra;
 - rendszeres étkezési minta kialakítására, és nyújtson bátorítást, tanácsot és támogatást a folyamat során;
- ezt követően foglalkozzon az evészavar pszichopatológiájával (például az extrém diétás korlátozásokkal, a testforma és testsúly miatti aggodalmakkal, valamint az evési kényszerekkel, amelyek nehéz gondolatok és érzések hatására jelentkeznek);
- a kezelés vége felé ritkítsa az időpontokat, és összpontosítson a pozitív változások fenntartására és a visszaesés kockázatának minimalizálására;
- ha szükséges, vonjon be jelentős másokat a személyre szabott kezelés támogatására.

Pszichológiai kezelés bulimia nervosa esetén gyermekeknél és fiataloknál

1.5.6. Ajánljon bulimia nervosára fókuszáló családterápiát (FT-BN) bulimia nervosában szenvedő gyermekeknek és fiataloknak.

1.5.7. Az FT-BN bulimia nervosában szenvedő gyermekek és fiatalok számára a következőket tartalmazza:

- általában 18-20 ülésből áll 6 hónap alatt;
- jó terápiás kapcsolatot alakít ki a személlyel és családtagjaival vagy gondozóival;
- támogatja és ösztönzi a családot, hogy segítsen a személy felépülésében;
- nem hibáztatja a személyt, családtagjait vagy gondozóit;
- információt tartalmaz a következőkről:
 - a testsúly szabályozása,
 - diéta,

- az önindukált hányás, hashajtók vagy egyéb kompenzáló magatartások súlycsökkentésre gyakorolt káros hatásai;
- együttműködésen alapuló megközelítést alkalmaz a szülők és a fiatal között a rendszeres étkezési minták kialakítása és a kompenzáló magatartások minimalizálása érdekében;
- magában foglalja a rendszeres egyéni találkozókat a személlyel a kezelés során;
- tartalmazza a bulimiás viselkedések önellenőrzését és a családtagokkal vagy gondozókkal való megbeszéléseket;
- a kezelés későbbi szakaszaiban támogatja a személyt és családtagjait vagy gondozóit, hogy olyan szintű függetlenséget alakítsanak ki, amely megfelel a fejlődési szintjüknek;
- a kezelés végén a kezelés befejezésére vonatkozó tervekre összpontosít (beleértve a személy és családja aggályait), és a visszaesés megelőzésére.

1.5.8. Fontolja meg azon családtagok támogatását is, akik nem vesznek részt a családterápiában, hogy segítséget kapjanak a betegség okozta distresszel való megbirkózásban.

1.5.9. Ha az FT-BN elfogadhatatlan, ellenjavallt vagy hatástalan, fontolja meg az egyéni, evészavarra fókuszáló kognitív viselkedésterápiát (CBT-ED) bulimia nervosában szenvedő gyermekek és fiatalok számára.

1.5.10. Az egyéni CBT-ED bulimia nervosában szenvedő gyermekek és fiatalok számára a következőket tartalmazza:

- általában 18 ülésből áll 6 hónap alatt, a kezelés kezdetén gyakoribb ülésekkel;
- legfeljebb 4 további ülés a szülőkkel vagy gondozókkal;
- kezdetben összpontosítson arra, hogy milyen szerepet játszik a bulimia nervosa a személy életében, és a motiváció felépítésére a változás érdekében;
- nyújtson pszichoedukációt az evészavarokról és arról, hogy mi tartja fenn a tüneteket, miközben ösztönzi a személyt, hogy fokozatosan alakítson ki rendszeres étkezési szokásokat;
- dolgozzon ki esetkonceptualizációt a személlyel;
- tanítsa meg a személyt, hogyan figyelje meg a gondolatait, érzéseit és viselkedését;
- tűzzön ki célokat, és ösztönözze a személyt, hogy foglalkozzon a problémás gondolatokkal, hiedelmekkel és a problémamegoldó viselkedésekkel;
- alkalmazzon visszaesés-megelőzési stratégiákat, hogy felkészítse a személyt a potenciális jövőbeli visszaesésekre és enyhítse azokat;
- a szülőkkel és gondozókkal folytatott üléseken nyújtson tájékoztatást az evészavarokról, azonosítson családi tényezőket, amelyek megakadályozzák a személy viselkedésének megváltoztatását, és beszélje meg, hogyan támogathatja a család a személy felépülését.

Gyógyszeres kezelés bulimia nervosa esetén

1.5.11. Ne ajánljanak gyógyszeres kezelést a bulimia nervosa egyedüli kezelésére.

1.6. Egyéb specifikált táplálási és evészavarok (OSFED) kezelése

1.6.1. OSFED esetén fontolja meg azokat a kezeléseket, amelyek a legközelebb állnak ahhoz az evészavarhoz, amelyet a személynél diagnosztizáltak.

1.7. Fizikoterápia bármilyen evészavar esetén

1.7.1. Ne ajánljanak fizikoterápiát (például transzkranialis mágneses stimulációt, akupunktúrát, súlytréninget, jógát vagy melegítő terápiát) az evészavarok kezelésének részeként.

1.8. Testi és mentális egészségügyi társbetegségek

1.8.1. Az evészavar szakértőinek és más egészségügyi csoportoknak együtt kell működniük a testi vagy mentális egészségügyi társbetegségek hatékony kezelése érdekében az evészavarral rendelkező személyek esetében.

1.8.2. Az együttműködés során a csoportoknak olyan kimeneti mérőszámokat kell használniuk, amelyek mind az evészavarra, mind a testi és mentális egészségügyi társbetegségekre vonatkoznak, hogy nyomon követhessék a kezelések hatékonyságát mindkét állapot esetében, és az esetleges kölcsönhatásokat.

Diabetes

1.8.3. Az evészavarral és diabétesszel rendelkező személyek esetén az evészavar- és diabetescsoportoknak:

- együtt kell működniük annak érdekében, hogy megmagyarázzák a testi egészség ellenőrzésének fontosságát a személy számára;
- meg kell egyezniük abban, hogy ki a felelős a testi egészség monitorozásáért;
- együtt kell dolgozniuk a mentális és testi egészségügyi társbetegségek kezelésében;
- alacsony küszöbértéket kell alkalmazniuk a vércukor és a vérketonok monitorozásában;
- kimeneti méréseket kell használniuk a kezelések hatékonyságának nyomon követésére és az esetleges kölcsönhatások figyelemmel kísérésére.

1.8.4. Az evészavarok kezelése diabétesszel rendelkező személyeknél:

- magyarázza el a személynek (és szükség esetén a diabetescsoportjának), hogy a kezelés során lehet, hogy szorosabban kell figyelniük a vércukor- és vérketonszintet;
- fontolja meg a családtagok és (ha kell) gondozók bevonását a kezelésbe, hogy segítsenek a vércukorszint szabályozásában.

1.8.5. Foglalkozzon az inzulinnal való visszaéléssel bármely pszichológiai kezelés részeként, evészavaros diabétesszel rendelkező személyek esetén.

1.8.6. Az inzulint helytelenül használó, evészavarral rendelkező személyeknek a következő kezelési tervet ajánlja:

- a szénhidrátok fokozatos növelése az étrendjükben (ha orvosi szempontból biztonságos), hogy az inzulin alacsonyabb adagban kezdhető legyen;
- az inzulinadagok fokozatos növelése, hogy elkerüljék a vércukorszint gyors csökkenését, ami növelheti a retinopátia és neuropátia kockázatát;
- az egyéni szükségleteiknek megfelelően módosított teljes glikémiás terhelés és szénhidrát eloszlás a gyors súlygyarapodás megelőzésére;
- pszichoedukáció a diabetes gyógyszereinek helytelen használatából adódó problémákról;
- diabeteses edukáció, ha a személy ismereteiben hiányosságok vannak.

1.8.7. Gyanított hipoglikémia esetén tesztelje a vércukrot:

- minden felügyelt étkezés és köztes étkezés (pl. tízórai) előtt;
- hipoglikémia kezelési algoritmus használata közben;
- korrekciós adagok után.

1.8.8. Gyanított hiperglikémia vagy hipoglikémia esetén, illetve normális vércukorszinttel rendelkező, inzulint helytelenül használó személyeknél az egészségügyi szakembereknek tesztelniük kell a vérketonokat:

- hipoglikémia kezelési algoritmus használata közben;
- korrekciós adagok után.

1.8.9. Bulimia nervosában és diabétesszel rendelkező személyek esetén fontolja meg a következők monitorozását:

- glükóz toxicitás;
- inzulinrezisztencia;
- ketoacidózis;
- ödéma.

1.8.10. Ha a diabetes kontrollja kihívást jelent:

- ne próbálja meg gyorsan kezelni a hiperglikémiát (például megnövelt inzulinadagokkal), mivel ez növeli a retinopátia és neuropátia kockázatát;

- rendszeresen ellenőrizze a vér káliumszintjét;
- ne állítsa le teljesen az inzulint, mivel ez magas kockázatot jelent a diabeteses ketoacidózisra.

1.8.11. További útmutatásért lásd a NICE irányelveket 1-es típusú és 2-es típusú diabetes gyermekeknél és fiataloknál, 1-es típusú diabetes felnőtteknél és 2-es típusú diabetes felnőtteknél:

- folyadékpótlás diabeteses ketoacidózisban szenvedő gyermekeknél és fiataloknál
- inzulin terápia, inzulinadagolás (beleértve az injekciós helyek forgatását ugyanazon a testtájékon) és inzulinadag módosítás [2017, módosítva 2020].

Mentális egészségi problémák társbetegségei

1.8.12. Amikor eldönti, hogy az evészavart és a társbetegséggel járó mentális egészségi állapotot (párhuzamosan, ugyanazon kezelési terv részeként, vagy egymás után) milyen sorrendben kezelje, vegye figyelembe a következőket:

- az evészavar és a társbetegségek súlyosságát és összetettségét,
- a személy működési szintjét.

Gyógyszerkockázat kezelése

1.8.14. Amikor gyógyszert ír fel evészavarral és társbetegségekkel rendelkező személyek számára, vegye figyelembe, hogy a malnutríció és a kompenzáló viselkedések milyen hatással lehetnek a gyógyszerek hatékonyságára és a mellékhatások kockázatára.

1.8.15. Amikor gyógyszert ír fel evészavarral és társbetegséggel rendelkező személyek számára, értékelje, hogy az evészavar hogyan befolyásolja a gyógyszeresedés betartását (például olyan gyógyszereknél, amelyek hatással lehetnek a testtömegre).

1.8.16. Amikor gyógyszert ír fel evészavarral rendelkező személyek számára, vegye figyelembe a gyógyszerek kockázatait, amelyek a már meglévő orvosi komplikációk miatt veszélyeztethetik a testi egészséget.

1.8.17. Ajánljon elektrokardiogram (EKG) monitorozást azoknak az evészavarral rendelkező személyeknek, akik olyan gyógyszert szednek, amely veszélyeztetheti a szív működését (beleértve azokat a gyógyszereket, amelyek elektrolit egyensúlyzavart, 40/perc alatti bradikardiát, hipokalémiát vagy meghosszabbított QT-intervallumot okozhatnak).

Szerek vagy gyógyszerek helytelen használata

1.8.18. Azok számára, akik evészavarral és szerek, valamint vény nélküli vagy vényköteles gyógyszerek helytelen használatával küzdenek, biztosítson kezelést az evészavarra vonatkozóan, hacsak a szerhasználat nem akadályozza ezt a kezelést.

1.8.19. Ha a szerhasználat vagy a gyógyszerek helytelen használata akadályozza a kezelést, fontolja meg a multidiszciplináris megközelítést a szerhasználat kezelésével foglalkozó szolgáltatásokkal.

Növekedés és fejlődés

1.8.20. Kérjen szakértői gyermekgyógyászati vagy endokrinológiai tanácsot, ha késlekedő testi fejlődést, vagy elmaradt növekedést tapasztal gyermekeknél és fiataloknál evészavar esetén.

Fogantatás és várandósság evészavarral küzdő nőknél

1.9.1. Adjon tanácsot és nyújtson oktatást azoknak a nőknek, akik evészavarral küzdenek és várandósak szeretnének lenni, hogy növekedjen a fogantatás valószínűsége és csökkenjen a vetélés kockázata. Ez magában foglalhatja az alábbiak fontosságáról szóló információkat:

- a mentális egészség és jólét fenntartása;
- megfelelő tápanyagbevitel és egészséges testtömeg biztosítása;
- olyan viselkedések leállítása, mint a falás, hányás, hashajtók használata és túlzott testmozgás.

1.9.2. Jelöljön ki egy szakembert (például háziorvost vagy szülésznőt) a várandósság alatt és a szülés utáni időszakban az evészavarral küzdő várandós nők monitorozására és támogatására, az alábbiak miatt:

- az esetleges aggályok a súlygyarapodással kapcsolatban;
- a lehetséges egészségügyi kockázatok az anyára és a gyermekekre nézve;
- a perinatális időszakban jelentkező mentális egészségügyi problémák magas kockázata.

1.9.3. Terhes nőknek vagy a perinatális időszakban lévő nőknek, akik evészavarral küzdenek:

- kínáljon kezelést az evészavarra, a NICE irányelvek anorexia nervosa, falásroham zavar, bulimia nervosa és egyéb meghatározott táplálkozási és evészavarok kezelésére vonatkozó szakaszai szerint;
- biztosítson monitorozást és oktatást a NICE irányelvek antenatális és posztnatális mentális egészségügyi szakaszában ajánlottak szerint.

1.9.4. Várandós nőknek szóló egészséges táplálkozással és a babájuk etetésével kapcsolatos tanácsadásról a NICE anyai és gyermek táplálkozásra vonatkozó irányelveiben talál útmutatást.

1.9.5. Fontolja meg a terhesség alatt aktuálisan meglévő vagy remisszióban lévő anorexia nervosában szenvedő nők számára az intenzívebb prenatális ellátást, biztosítva a megfelelő prenatális táplálkozást és a magzati fejlődést.

1.10. Testi egészségügyi értékelés és monitorozás minden evészavar esetén

1.10.1. Értékelje a folyadék- és elektrolit-egyensúlyt azoknál, akik evészavarral küzdenek, és akikről feltételezhető, hogy kompenzáló viselkedéseket folytatnak, például hányást, hashajtók vagy vízajtók szedését, vagy vízterhelést.

1.10.2. Értékelje, szükséges-e EKG monitorozás azoknál, akik evészavarral küzdenek, az alábbi kockázati tényezők alapján:

- gyors súlycsökkenés;
- túlzott testmozgás;
- súlyos purgáló viselkedések, például hashajtók, vízajtók használata, vagy hányás;
- bradikardia;
- hipotenzió;
- túlzott koffeinbevitel (beleértve az energitalokat);
- felírt vagy nem felírt gyógyszerek;
- izomgyengeség;
- elektrolit-egyensúlyhiány;
- korábbi rendellenes szívritmus.

Kezelés minden evészavar esetén

1.10.3. Biztosítson akut orvosi ellátást (beleértve a sürgősségi felvételt) azoknak, akik evészavarral küzdenek, és akik súlyos elektrolit-egyensúlyhiányban, súlyos alultápláltságban, súlyos kiszáradásban szenvednek, vagy kezdeti szervelégtelenség jeleit mutatják.

1.10.4. Olyan személyek számára, akik evészavarral küzdenek és az elektrolit-egyensúly helyreállításához kiegészítőkre van szükségük, ajánlja az orális adagolást, kivéve, ha a személynek problémái vannak a gastrointestinalis felszívódással, vagy az elektrolit-zavar súlyos.

1.10.5. Azoknál, akik evészavarral küzdenek és folytatódó, magyarázat nélküli elektrolit-egyensúlyhiányban szenvednek, értékelje, hogy az állapotot esetleg egy másik betegség okozza-e.

1.10.6. Bátorítsa az evészavarral küzdőket, akik hányást tapasztalnak, hogy:

- rendszeresen vegyenek részt fogorvosi és orvosi ellenőrzéseken;
- kerüljék a fogmosást közvetlenül hányás után;
- öblítsenek szájüregi öblítővel hányás után;
- kerüljék a magas savtartalmú ételeket és italokat.

1.10.7. Adjon tanácsot azoknak az evészavarral küzdőknek, akik hashajtókat vagy vízajtókat használnak,

- hogy a hashajtók és vízajtók nem csökkentik a kalóriefelszívódást, ezért nem segítenek a fogyásban;
- fokozatosan csökkentsék és hagyják abba a hashajtók vagy vízajtók használatát.

1.10.8. Tanácsolja azoknak, akik evészavarral küzdenek és túlzottan edzenek, hogy hagyják abba az edzést.

1.10.9. További útmutatásért a túlsúly és elhízás azonosításáról, értékeléséről és kezeléséről tekintse meg a NICE iránymutatást az elhízásról.

A testi egészség értékelése és monitorozása anorexia nervosa esetén

1.10.10. A házi orvosoknak évente legalább egyszer felülvizsgálatot kell ajánlaniuk azoknak az anorexiában szenvedő személyeknek, akik nem kapnak folyamatos kezelést az evészavarukra.

A felülvizsgálatnak a következőket kell tartalmaznia:

- testsúly vagy BMI (kor szerint kiigazítva, ha szükséges);
- vérnyomás;
- releváns vérvizsgálatok;
- napi funkcionálással kapcsolatos problémák;
- kockázatértékelés (mind a testi, mind a mentális egészségi állapotra vonatkozóan);
- EKG a hányásos viselkedésben szenvedő és/vagy jelentős testsúlyváltozáson átesett személyek számára;
- a kezelési lehetőségek megvitatása.

1.10.11. Monitorozza a növekedést és fejlődést azoknál a gyermekeknél és fiataloknál, akik anorexiában szenvednek és nem fejeződött be a pubertás (például nem érték el a menarchét vagy a végső testmagasságot).

A csontok alacsony ásványianyag-sűrűsége anorexiában szenvedő személyeknél

1.10.12. A csont ásványianyag-sűrűségi eredményeket olyan szakembernek kell értelmeznie, aki rendelkezik a szükséges tudással és kompetenciával.

1.10.13. Mielőtt eldöntené, hogy mérje-e a csontsűrűséget, beszélje meg a személlyel és családtagjaival vagy gondozóival, hogy ez miért lehet hasznos.

1.10.14. Magyarázza el az anorexiában szenvedő személyeknek, hogy az alacsony csont ásványianyag-sűrűség megelőzésének és kezelésének fő módja a koruknak megfelelő egészséges testsúly vagy BMI elérése és fenntartása.

1.10.15. Fontolja meg a csont ásványianyag-sűrűségi vizsgálatot:

- 1 év súlyhiány után gyermekek és fiatalok esetében, vagy korábban, ha csontfájdalom vagy ismétlődő törések jelentkeznek;
- 2 év súlyhiány után felnőttek esetében, vagy korábban, ha csontfájdalom vagy ismétlődő törések jelentkeznek.

1.10.16. Használjon olyan csontsűrűségi mérőeszközöket, amelyek korrigálnak a csont méretére vonatkozóan (például a csont ásványi anyag látszólagos sűrűségére [BMAD]) a növekedésükben elmaradó gyermekek és fiatalok esetében.

1.10.17. Fontolja meg a csont ásványianyag-sűrűségi vizsgálatok megismétlését azoknál, akik tartós testsúlyhiányban szenvednek, különösen hormonkezelés használata vagy annak eldöntése előtt.

1.10.18. Ne ismétlje meg a csont ásványianyag-sűrűségi vizsgálatokat anorexiában szenvedő személyeknél évente gyakrabban, kivéve, ha csontfájdalom vagy ismétlődő törések lépnek fel.

1.10.19. Ne ajánlja rutinszerűen az orális vagy transzdermális ösztrogén terápiát a csont alacsony ásványianyag-sűrűségének a kezelésére gyermekeknél vagy fiataloknál anorexia nervosa esetén.

1.10.20. Kérjen speciális gyermekgyógyászati vagy endokrinológiai tanácsot bármilyen hormonkezelés megkezdése előtt a csont alacsony ásványianyag-sűrűségének a kezelésére. Koordinálja a kezelést az evészavarokkal foglalkozó csoporttal.

1.10.21. Fontolja meg a transzdermális 17- β -ösztadiol (ciklusos progeszteronnal) alkalmazását anorexiás fiatal (13-17 éves) nők esetében hosszú távú alacsony testsúly és alacsony csont ásványianyag-sűrűség mellett, ha csontérettségük meghaladja a 15 évet.

1.10.22. Fontolja meg a fokozatos fiziológiai ösztrogén adagok alkalmazását fiatal (13-17 éves) anorexiás nők esetében késlekedő pubertás, hosszú távú alacsony testsúly és alacsony csont ásványianyag-sűrűség mellett, ha csontérettségük 15 év alatt van.

1.10.23. Fontolja meg a biszfoszfonátok alkalmazását olyan anorexiás nőknél (18 év felett), akik hosszú távon alacsony testsúllyal és alacsony csont ásványianyag-sűrűséggel élnek. Beszélje meg a kezelést a nővel a kezelés előnyeiről és kockázatairól (beleértve a teratogén hatások kockázatát) a kezelés megkezdése előtt.

1.10.24. Tanácsolja az anorexiás, csonttrikulásban vagy ahhoz kapcsolódó csontbetegségekben szenvedő személyeknek, hogy kerüljenek minden nagyobb mértékű fizikai tevékenységet és olyan aktivitásokat, amelyek jelentősen növelhetik a bukás vagy törés kockázatát.

1.10.25. Csontritkulás kockázatértékelésére vonatkozó útmutatásért lásd a NICE iránymutatását a patológiás törések kockázatának értékeléséről csonttrikulás esetén.

1.11. Kórházi és nappali kezelés

1.11.1. Kórházi vagy nappali betegellátásra kell felvenni azokat az evészavarban szenvedő személyeket, akik testi egészsége súlyosan veszélyeztetett, orvosi stabilizációra és táplálásra van szükségük, ha ezt nem lehet járóbeteg-ellátás keretében megvalósítani.

1.11.2. Ne használjon abszolút testsúly- vagy BMI küszöbértéket annak eldöntésére, hogy fel kell-e venni az evészavarban szenvedő személyeket nappali betegellátásra vagy kórházi kezelésre.

1.11.3. Annak eldöntésekor, hogy nappali betegellátás vagy kórházi kezelés a legmegfelelőbb, vegye figyelembe a következőket:

- A személy BMI-jét vagy testsúlyát, és hogy ezeket biztonságosan kezelni lehet-e nappali betegellátás keretében, vagy hogy a testsúlycsökkenés üteme (például heti több mint 1 kg) azt jelzi-e, hogy kórházi kezelésre van szükség.
- Arra vonatkozóan, hogy szükséges-e kórházi ellátás az orvosi kockázatot jelző paraméterek (például vérvizsgálatok, testi tünetek és az EKG, például bradikardia 40 ütés/perc alatt vagy meghosszabbított QT-intervallum) aktív monitorozásához, ha az értékek vagy a változás gyors üteme aggodalomra ad okot, vagy a riasztási tartományba esnek, lásd a Royal College of Psychiatrists MARSIPAN iránymutatásának 1. részét, vagy a junior MARSIPAN 1. és 2. irányelvét.
- A személy aktuális testi egészségi állapotát és annak jelentős romlását.
- Azt, hogy a gyermekek és fiatalok szülei vagy gondozói támogatni tudják-e őket, és meg tudják-e védeni őket a nappali betegellátás során előforduló jelentős ártalmaktól.

1.11.4. Az evészavarban szenvedő személy kórházi ellátásának szükségességét egy integrált kezelési program részeként áttekintve:

- Ne használja a kórházi ellátást kizárólag az evészavar pszichológiai kezelésére.
- Ne bocsássa el a személyeket kizárólag azért, mert elérték az egészséges testsúlyt.

1.11.5. Akut mentális egészségi kockázattal (például jelentős öngyilkossági kockázattal) rendelkező evészavaros személyek esetén fontolja meg a pszichiátriai krízisellátást vagy pszichiátriai kórházi kezelést.

1.11.6. Az evészavarban szenvedő gyermekeket, fiatalokat és felnőtteket, akik nappali betegellátásra vagy kórházi kezelésre kerülnek, életkoruknak megfelelő létesítményekben kell ellátni (például gyermekosztályokon vagy serdülő mentális egészségügyi szolgáltatásokban). Ezeknek közel kell lenniük az otthonukhoz, és képesnek kell lenniük arra, hogy megfelelő oktatási tevékenységet biztosítsanak hosszabb kórházi tartózkodás alatt.

1.11.7. Amikor egy személy kórházi ellátásra kerül az orvosi stabilizáció érdekében, a speciális evészavar vagy kapcsolati pszichiátriai szolgáltatásoknak:

- Kapcsolatban kell maradniuk a kórházi csoporttal, hogy tanácsot adjanak a kezelés és a gondozás során mind a kórházi tartózkodás alatt, mind az elbocsátás tervezésekor.
- Be kell vonniuk a személy családtagjait vagy gondozóit.
- Fontolják meg az evészavarra vonatkozó pszichológiai kezelések megkezdését vagy folytatását.

1.11.8. A kórházi vagy nappali betegellátó szolgáltatásoknak együtt kell működniük más csoportokkal (beleértve a közösségi csoportot) és a személy családtagjaival vagy gondozóival (amennyiben szükséges), hogy segítsenek a kezelésben és az átmenetben.

Újratáplálás

1.11.9. Gondoskodjon róla, hogy a nappali betegellátásban, kórházi ellátásban vagy akut szolgáltatásokban dolgozó, evészavaros személyeket kezelő személyzet képzett legyen az újratáplálási szindróma tüneteinek felismerésében és kezelésében.

1.11.10. Használjon szabványos működési eljárást az újratáplálás során, amely hangsúlyozza az alultápláltság és az újratáplálási szindróma elkerülésének szükségességét. Hivatkozzon a meglévő nemzeti irányelvekre, például a Royal College of Psychiatrists MARSIPAN forrásaira és a junior MARSIPAN jelentésre.

Gondozási terv és a kórházi kezelésből való elbocsátás

1.11.11. Dolgozzon ki egy gondozási tervet minden, evészavarban szenvedő személy számára, aki kórházi kezelésre kerül. A gondozási tervnek a következőket kell tartalmaznia:

- A felvételre vonatkozó egyértelmű célokat és kimeneteleket.
- A tervet a személlyel, családtagjaival vagy gondozóival (ha szükséges) és a közösségi evészavar-szolgáltatással együtt kell kidolgozni.

- Kijelöli, hogyan történik az elbocsátás, hogyan történik a visszatérés a közösségi ellátásba, és hogy ennek az ellátásnak milyen formában kell történnie.

1.11.12. Függetlenül attól, hogy a személy orvosi szempontból stabil-e vagy sem, a felvétel után egy hónapon belül vizsgálja felül velük, szüleikkel vagy gondozóikkal (ha szükséges) és a beutaló csoporttal, hogy folytatni kell-e a kórházi ellátást vagy lépjenek vissza egy kevésbé intenzív környezetbe.

1.11.13. A felülvizsgálat részeként:

- Értékelje, hogy elegendő előrelépés történt-e a felvételkor megállapított célok elérésében.
- Egyeztessen egy ütemtervet a további felülvizsgálatokra, amelyeknek legalább havonta egyszer meg kell történniük.
- Vegye figyelembe a kockázatot, hogy az evészavarban szenvedő személyek hosszú kórházi tartózkodás során hospitalizálódhatnak, és hogy a tünetek változatlansága jelezheti, hogy a kórházi kezelés káros lehet.
- Fontolja meg egy független másodlagos vélemény kérését, ha az egészségügyi szakemberek eltérő nézeteket képviselnek a további kórházi kezelés hasznosságáról.

1.12. A Mentális Egészségügyi Törvény és a kötelező kezelés alkalmazása

1.12.1. Ha egy személy testi egészsége súlyosan veszélyeztetett az evészavara miatt, nem ad beleegyezést a kezeléshez, és csak kórházi környezetben kezelhető biztonságosan, kövesse a kötelező kezelés jogi kereteit a Mentális Egészségügyi Törvény 1983 szerint.

1.12.2. Ha egy gyermeknek vagy fiatal felnőttnek nincsenek meg a képességei, a testi egészsége súlyosan veszélyeztetett és nem ad beleegyezést a kezeléshez, kérje szüleit vagy gondozóit, hogy adjanak beleegyezést helyette, és ha szükséges, alkalmazzon megfelelő jogi keretet a kötelező kezeléshez (például a Mentális Egészségügyi Törvény 1983/2007 vagy a Gyermek Törvénye 1989).

1.12.3. A személyek beleegyezése nélküli táplálás csak olyan multidiszciplináris csapatok által végezhető, akik kompetensek ezen eljárások végrehajtásában.

Az irányelvben használt kifejezések

Gyermekek

0-12 évesek.

Fiatalok

13-17 évesek.

Felnőttek

18 évesek és idősebbek.

Ajánlások kutatásokhoz

Az irányelv bizottsága az alábbi kutatási ajánlásokat tette. A bizottság teljes kutatási ajánlásainak részletezése megtalálható a teljes irányelvben.

1. Pszichológiai kezelések a falási zavar esetén

- Hasonlítsa össze az egyéni evészavarokra fókuszáló kognitív viselkedésterápiát (CBT-ED) a vezetett önsegítő kezeléssel és a csoportos CBT-ED-vel falási zavarral küzdő felnőttek esetében.
- Hasonlítsa össze az egyéni, evészavarokra fókuszáló CBT-ED-t a vezetett önsegítő kezeléssel és a csoportos CBT-ED-vel falási zavarral küzdő gyermekek és fiatalok esetében.

Miért fontos ez?

Kevés bizonyíték áll rendelkezésre a falási zavarral küzdő emberek pszichológiai kezeléseivel kapcsolatban. A közzétett tanulmányok nem mindig mutattak be remissziós eredményeket vagy megfelelő definíciókat a remisszióra. Bár van némi bizonyíték a vezetett önsegítő kezelésre és az egyéni CBT-ED-re, csak egy tanulmány érhető el az egyéni CBT-ED-re vonatkozóan, és nem áll rendelkezésre remissziós adat. Az is kérdéses, hogy az egyéni CBT-ED hatékonyabb-e a vezetett önsegítő kezelésnél vagy a csoportos CBT-ED-nél (különösen azok számára, akik nem találták hatékonyak ezeket a kezeléseket).

Nincs bizonyíték a gyermekek kezelésével kapcsolatban, és nagyon kevés információ áll rendelkezésre a fiatalok esetében. Egy tanulmány áll rendelkezésre az egyéni CBT-ED-re vonatkozóan fiatalok körében, de csak 26 résztvevő adatai szerepelnek a remisszió tekintetében. Randomizált kontrollált vizsgálatok szükségesek az egyéni CBT-ED, a vezetett önsegítő kezelés és a csoportos CBT-ED klinikai és költséghatékonyságának összehasonlítására felnőtteknél, valamint a családterápiák és különböző önsegítő módszerek (például internetes önsegítő vagy vezetett önsegítő módszerek) hatékonyságának összehasonlítására gyermekek és fiatalok esetében. Az elsődleges kimeneti mérőszámok között szerepelhetnek:

- falás,
- kompenzáló viselkedések.

Legalább egy év követés szükséges. Kvalitatív adatokat is gyűjthetünk a szolgáltatást igénybe vevő személy és (ha szükséges) családtagjai vagy gondozói tapasztalatairól a kezeléssel

kapcsolatban. Mélni kell azokat a közvetítı és moderáló tényezıket is, amelyek hatással vannak a kezelés hatékonyságára, hogy a kezelés akadályait kezelni lehessen és a pozitív tényezık elısegíthetık legyenek.

2. A pszichológiai kezelés idıtartama és intenzitása

Milyen hatékonyak a csökkentett idıtartamú és intenzitású pszichológiai kezelések az evészavarok kezelésében a standard kezelésekkal összehasonlítva?

Miért fontos ez?

A jelenleg ajánlott pszichológiai kezelések magas (általában 20-40) ülésszámot tartalmaznak, hosszú idı alatt. A sok ülés látogatása jelentıs elkötelezettséget jelent az evészavarral küzdı személy számára, és nagy költséget jelent a szolgáltatóknak. Lehetséges, hogy a remissziót kevesebb ülés vagy rövidebb idı alatt is el lehet érni.

Randomizált kontrollált vizsgálatokat kell végezni a jelen útmutatóban ajánlott pszichológiai kezelésekkal, hogy összehasonlítsák, vajon a csökkentett ülésszám vagy a kevésbé intenzív program olyan hatékony-e, mint az ajánlott ülésszám. Az elsődleges kimeneti mérıszámok között szerepelhetnek:

- remisszió,
- falás.

3. Az akut szomatikus kockázat elırejelzıi

Melyek a legjobb klinikai és biokémiai markerek az akut fizikai kockázat elırejelzésére evészavarral küzdı embereknél?

Miért fontos ez?

Az olyan orvosi állapotok, mint a bradikardia (lassú szívverés), hipotenzió (alacsony vérnyomás) és hipotermia (alacsony testhımérséklet) gyakori az evészavartól szenvedı testsúlyhiányos embereknél. A súlyhiányos állapotból eredı orvosi instabilitás kulcsfontosságú markerei, mint a pulzus, vérnyomás és a súlyhiány mértéke, gyakran használatosak kockázati indikátorként az evészavarral küzdı személyeknél. Számos nemzetközileg használt kockázatbecslés ezen markereken alapul, és fontos szerepet játszik az evészavarral küzdı emberekkel való döntéshozatalban (különösen, amikor el kell dönteni, hogy fel kell-e venni őket, kötelezı kezelést kell-e alkalmazni, és hogyan kell biztosítani a táplálkozást). Az akut kockázat orvosi markereit a jelen útmutató is használja.

Fontos mivoltuk ellenére szinte az összes hagyományos kockázati keretrendszer konszenzusra épül, kevés validációval. Emellett hiányos az információ az evészavarokkal kapcsolatos

halálozással leginkább összefüggő fizikai tényezőkről. A validált eszközök (például Acute Physiology and Chronic Health Evaluation [APACHE] pontszámok) központi szerepet játszanak más orvosi ellátási területeken a kockázat előrejelzésében, és nagyon hasznos lenne egy ilyen eszköz az evészavarok esetében is. Ezért szükséges a különböző klinikai és biokémiai markerek validálása egyenként és összességükben is a testi károsodások (beleértve a halált) előrejelzésére.

4. Evészavar kezelése komorbid állapotokkal rendelkező embereknél

Milyen hatással vannak a komorbid állapotok a kezelés kimeneteleire evészavar esetén, és milyen megközelítések hatékonyak ezen komorbiditások kezelésében?

Miért fontos ez?

Az evészavarban szenvedő emberek gyakran rendelkeznek testi (például cukorbetegség) vagy mentális egészségi komorbid állapotokkal (például szerhasználat, önsértés vagy kényszerbetegség). Ugyanakkor kevés bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy mely kezelések működnek a legjobban azoknál, akik evészavarral és komorbid állapottal küzdenek. Lehet, hogy egy módosított evészavar-terápia, amely mindkét állapotot kezeli, segít elkerülni a különböző típusú terápiák szükségességét (akár párhuzamosan, akár egymást követően). Másrészt a komorbid állapot olyan súlyos lehet, hogy először azt kell kezelni, mielőtt az evészavart kezeljük, vagy az evészavarra vonatkozó kezelés önmagában is segíthet a komorbid állapot kezelésében.

Ez összetett kérdés, amely valószínűleg a komorbid állapot és az evészavar súlyosságától függ. A rendelkezésre álló bizonyítékok korlátozottak, és randomizált kontrollált vizsgálatokra van szükség. Például egy vizsgálat randomizálhatja az evészavarban szenvedőket és azonos komorbid állapottal (például 1-es típusú cukorbetegséggel) rendelkezőket egy módosított evészavar-terápiába vagy egy nem módosított evészavar-terápiába. A primer kimeneti mérőszámok a következők lehetnek:

- remisszió,
- falásrohamok,
- kompenzáló viselkedések,
- testsúly vagy BMI (anorexia nervosa esetén),
- kritikus kimeneti eredmények, amelyek a specifikus komorbid állapothoz kapcsolódnak.

Legalább egyéves követés szükséges. A kezelés hatékonyságát befolyásoló közvetítő és moderáló tényezőket is mérni kell, hogy a kezelés akadályait kezelni lehessen, és a pozitív tényezőket elő lehessen segíteni.

5. Az anorexia nervosa sikeres kezelése utáni előnyök fenntartása

Mely tényezők (beleértve a komorbiditásokat, személyes, szociális és demográfiai tényezőket, kezeléstípusokat és a későbbi relapszust megelőző beavatkozásokat) kapcsolódnak az anorexia nervosa sikeres kezelése utáni tartós előnyhöz?

Miért fontos ez?

Az anorexia nervosa kezelésére számos különböző módszer áll rendelkezésre. Ezek azonban gyakran nem hatékonyak, és még ha sikeresek is, a relapszus kockázata magas. Nincs egyértelmű bizonyíték arra, hogy mely tényezők csökkenthetik a relapszus kockázatát sikeres kezelés után, vagy hogy az emberek milyen előnyöket kapnak a további kezeléstől a relapszus megelőzése érdekében. Emellett kevés bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy milyen hatékony relapszusmegelőzési stratégiák léteznek a remisszióban lévő emberek számára.

Számos vizsgálat szükséges annak azonosítására, hogy mely tényezők járulnak hozzá a kezelés tartós eredményességéhez, és olyan beavatkozások tesztelésére, amelyek kifejezetten a relapszus megelőzésére irányulnak a remisszióban lévő embereknél. A primer kimeneti mérőszámok a következők lehetnek:

- relapszusig eltelt idő,
- testsúly vagy BMI.

Kontextus

Az evészavarokat azok a negatív hiedelmek és viselkedések jellemzik, amelyeket a személyek magukról, étkezési szokásaikról, testalkatukról és testsúlyukról alakítanak ki. Ezek az evészavarok korlátozott étkezést, falási rohamokat és kompenzáló viselkedéseket (például hányást és túlzott testmozgást) eredményezhetnek. E hiedelmek és viselkedések érzelmi és testi következményei fenntartják a zavarokat, és magas halálozási arányt eredményeznek, amelyet alultápláltság, öngyilkosság és testi zavarok (például elektrolit-egyensúly zavarok) okoznak. Ez leggyakrabban anorexia nervosa esetén fordul elő. Ezen kívül más testi szövődmények (például osteoporosis) és pszichiátriai komorbiditások (például szorongásos zavarok) is befolyásolják az evészavarral küzdő személyek jóllétét és felépülését, valamint növelik a kezelés költségeit.

A BEAT evészavarokkal foglalkozó jótékonyági szervezet 2012-2013-as brit kórházi felvételek adatai alapján végzett becslése szerint az Egyesült Királyságban több mint 725 000 evészavarral küzdő személy élt, akiknek körülbelül 90%-a nő volt. Azonban a legfrissebb közösségi alapú epidemiológiai kutatások azt jelzik, hogy az evészavarral küzdő személyek akár 25%-a is férfi lehet. Az evészavarok leggyakrabban serdülőkorban kezdődnek, de gyermekkorban vagy felnőttkorban is megjelenhetnek. Az evészavarral küzdő személyek körülbelül 15%-a anorexia nervosában szenved, ami fiatalabbaknál gyakoribb. Az evészavarral küzdő személyek többsége megfelel a bulimia nervosa, falási zavar vagy más specifikus táplálkozási és evési zavar (OSFED) diagnosztikai kritériumainak. Minden egyes zavar kapcsolódik a rossz életminőséghez, társadalmi izolációhoz, és jelentős hatást gyakorol a családtagokra és a gondozókra. Az evészavarok hosszú távú állapotok, ha nem kezelik őket.

Ez az irányelv az evészavarok azonosítására, értékelésére, diagnosztizálására, kezelésére és menedzselésére vonatkozik minden korosztály számára. Nem foglalkozik az elkerülő/restriktív táplálékfelvételi zavarral (ARFID), a picával, a ruminációs zavarral, vagy az elhízással olyan személyek esetében, akik nem szenvednek evészavarban. Az irányelv ajánlásokat tartalmaz az ellátási folyamat különböző szakaszaira az evészavarok azonosításától a betegbiztonság biztosításán át az evészavarral küzdő személyek és családtagjaik támogatásáig, valamint a bizonyítékokon alapuló ellátás biztosításáig. Figyelembe véve a magas szintű testi szövődményeket és a pszichológiai komorbiditásokat, az ajánlások mind a szomatikus ellátásra, mind a pszichológiai beavatkozásokra vonatkoznak. Az irányelv alkalmazandó minden ellátási helyszínen és olyan helyszíneken, ahol evészavarokkal találkozhatnak.