

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

**PROBLEMATIKA MENTÁLNÍ BULIMIE A
MOŽNOSTI JEJÍ LÉČBY**

Vedoucí práce: Mgr. Iva Žlábková

Autor práce: Daniela Pomyjová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: třetí

2008

Prohlášení o samostatném zpracování práce

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem zpracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 17. května 2008

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivě Žlábkové za vstřícnost, ochotu, za cenné a praktické informace, připomínky a metodické vedení práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pochopení, kterou mi poskytovala po celou dobu mého kombinovaného studia.

Úvod	6
1 Poruchy příjmu potravy.....	8
1.1 Historie mentální bulimie.....	9
1.2 Definice mentální bulimie.....	10
1.3 Diagnostická kritéria mentální bulimie.....	11
1.4 Specifické typy mentální bulimie	12
2 Příčiny mentální bulimie	12
2.1 Redukční dieta.....	12
2.2 Rozdílný pohled na ženský a mužský svět.....	13
2.3 Dospívání , adolescence, ranní dospělost a poruchy příjmu potravy	14
2.4 Rodinné prostředí	14
2.5 Pohlavní zneužívání	15
2.6 Sociální a kulturní faktory.....	16
2.7 Příčiny a osobnostní faktory.....	17
3 Příznaky, průběh a důsledky mentální bulimie	17
3.1 Rozpoznání onemocnění	18
3.2 Charakteristika jedince s mentální bulimií.....	19
3.3 Důsledky mentální bulimie	20
3.3.1 Kardiovaskulární komplikace	20
3.3.2 Gastrointestinální komplikace.....	21
3.3.3 Neurologické komplikace.....	21
3.3.4 Dermatologické komplikace	22
3.3.5 Sebevražedné tendence a sebepoškozování	22
3.4 Shrnutí důsledků a komplikací.....	23
4 Léčba mentální bulimie a léčebné postupy	23
4.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace.....	24
4.2 Ambulantní lékařská péče	25
4.3 Svépomoc, řízená svépomoc	26
4.4 Farmakoterapie.....	26

4.5	Rodinná terapie	27
4.6	Kognitivně-behaviorální terapie.....	28
4.7	Interpersonální terapie.....	29
4.8	Gestaltterapie.....	30
4.9	Doplňující metody k psychoterapii	31
4.9.1	Relaxační metody	31
4.9.2	Trénink asertivity	31
4.9.3	Focusing	32
5	Léčba mentální bulimie kognitivně-behaviorálním přístupem	32
5.1	Průběh léčby.....	34
5.1.1	První fáze léčby	34
5.1.2	Druhá fáze léčby.....	37
5.1.3	Třetí fáze léčby	37
5.2	Shrnutí léčby	38
	Závěr.....	39
	Použité zdroje	41
	Seznam příloh.....	43

Úvod

Hlavním motivem, proč jsem si vybrala toto zvolené téma jako svou bakalářskou práci, je snaha pochopit tuto problematiku. Stejně tak se mě dotýkají spory dospívající populace. Podstatnou roli zde hraje i zájem a vědomí nebezpečí, které tu vzniká. Bývá přehlíženo a mnohdy i zlehčováno. Ráda bych objasnila a blíže specifikovala problémy mentální bulimie, její průběh a léčbu.

V dnešní současné době patří poruchy příjmu potravy mezi velmi časté onemocnění. Týkají se zejména dospívajících dívek a mladých žen. To působí dlouhodobé obtíže nejen samotným postiženým, ale také jejich rodinám, přátelům a blízkému okolí. Přestože, jak tomu dokládají studie, se jedná o onemocnění závažné, které může končit i úplným sebezničením organismu, setkáváme se s bagatelizováním a podceňováním. Snad toto je jedním z důvodů, že tendence je vzestupná a výskyt častější. Je to onemocnění těžko a obtížně srozumitelné, terapeutický kontakt s těmito pacientkami bývá vnímám i samotnými profesionály obtížně.

Pomocnou ruku nepodává ani mediálně programovaný „*kult štíhlosti*“. Vyumělkovaným kráskám s mírami, které rádoby zaručují štěstí a bezstarostný život, se snaží nastolit ideál, kterému je nutno se přiblížit a podobat se mu.

Ženy jsou téměř denně konfrontovány iluzí prezentovanou reklamou a módními časopisy. Představují je nerealisticky štíhlé a abnormálně vysoké modelky, jejichž fotografie jsou navíc retušovány a jinak „vylepšovány“. Cílem je předvést veřejnosti bezchybné tělo, kde jakékoliv nedostatky jsou zcela nepřípustné. Nacházíme zde objekty dokonalosti, věčného mládí, neustále se zabývající dietami, vzhledem vlastního těla, cvičením. Tím se posunujeme stále k nižší tělesné hmotnosti, menšímu objemu pasu a boků. Štíhlost se tak stává metaforou úspěšného zvládnutí vlastních přání a tužeb.

Řada modelek, které splňují představy soudobých návrhářů a vizážistů, trpí mentální bulimií a mentální anorexií. Paradoxem je, že mnohdy je tato nemoc vydávána za symbol krásy a zdraví. Společnost a média tento ideál

bohužel podporují. Ať už se jedná o knihy, dietní nápoje a programy na snížení tělesné hmotnosti, speciální potraviny. Výrobci přesvědčují veřejnost, že držet tento styl či dietu, je jednou z nejlepších věcí, kterou pro sebe můžeme udělat.

K dosažení cíle a na jeho počátku bývají vážné choroby. S jejich pomocí se bezhlavě snaží dospět ke své vidině. Zralý jedinec si jistě s těmito informacemi poradí lépe, než mladá dívka, která zjišťuje, že se modelce na titulní stránce časopisu nepodobá. Zda bude tento trend obdivu vyhublých ženských postav pokračovat a přetrvávat, zůstává jen další otevřenou otázkou.

V rozporu s tím, jak je dnešní životní styl prezentován, se stále častěji objevují články odborníků na výživu, rady psychologů a lékařů, kteří varují před nebezpečím příjmu potravy.

Proč musím neustále myslet na jídlo? Co se stane, když přestanu držet dietu? Jak by měla vypadat normální porce? Podobné otázky si dnes a denně pokládají desetitisíce mladých žen. Mnohé z nich už překročily hranici mezi dietou a poruchou příjmu potravy. Jejich život je ovládán věčným strachem z tloušťky a vše tomu podřizují, stává se pro ně prioritou a smyslem života. Mnoho jedinců s podobnými problémy si ani neuvědomují, v jakém stádiu se nacházejí a co se s nimi děje. Snaží se sehnat informace a nacházet sami sebe. Což je lepší varianta, než ignorovat a nevidět postupné sebezničení.

Hlavním cílem práce je popsat problematiku mentální bulimie a možnosti její léčby. Tato práce zahrnuje obsáhlou teoretickou část, kde jsem se snažila uvést informace čerpané z literatury a zdrojů, které se problematice mentální bulimie a poruchy příjmu potravy přímo zabývají. Zde jsou stěžejními tituly knihy od Františka Davida Krcha: „Bulimie, jak bojovat s přejídáním“ a „Poruchy příjmu potravy“. Dalším přínosem a zdrojem informací je autorka svazku: „Mentální anorexie a bulimie v dětství a dospívání“ Jany Kocourkové et al, rovněž jím je i občanské sdružení Anabell. Jejich důležitost spatřuji v pomoci pochopení daného problému. Část práce je věnována samotnému průběhu nemoci, jejím příznakům, příčinám a konečně také i důsledkům. Ke zpracování tohoto úseku mi velice pomohla i zkušenost z blízkého okolí. Podstatnou kapitolou jsou možnosti terapií a léčby, kde jsem převážně čerpala ze specializované literatury

od Stanislava Kratochvíla: „Základy psychoterapie“, Marie Vágnerové: Vývojová psychologie“. Práce je koncipována do pěti hlavních kapitol. V první se zabírám poruchou příjmu potravy, je zde popsána i stručná historie a její definice. V druhém oddílu jsou podrobněji rozvedeny příčiny mentální bulimie, které mohou směřovat k této poruše. Příznaky, průběh a důsledky mentální bulimie jsou shrnuty v kapitole pod číslem tři. Ve čtvrté části jsou charakterizovány možné léčby a postupy. Podrobněji objasňuji a popisuji průběh kognitivně-behaviorální léčby v kapitole číslo pět.

V příloze jsou uvedeny tabulky. V první tabulce č. I jsou porovnávány rozdílné faktory jak mentální bulimie, tak mentální anorexie a v druhé (tab. č. II.) najdeme typický příklad denních záznamů pacientky s mentální bulimií, který se využívá v léčbě. Nacházejí se zde i diagnostická kritéria, a to jak podle MKN-10, tak i dle DSM-IV.

1 Poruchy příjmu potravy

Jídlo a potrava je pro člověka nenahraditelným základním zdrojem pro život a je jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Nedostatek živin a energie je jednou z příčin závažných poruch a oproti tomu změny v chuti a požívání potravy a s tím spojené tělesné hmotnosti mohou alarmovat rozvoj somatické a duševní poruchy. Ať už se jedná o banální nachlazení, únavu, která přejde do stádia vážného onemocnění.¹

Jídelní návyky a poruchy s příjmem potravy se stávají poslední desetiletí zájmem psychologické a psychiatrické diagnostiky a terapie. Bývají rovněž předmětem sociální analýzy, kde se snaží porozumět hodnotám k životu, vztahu ke svému tělu, což souvisí se stylem doby. Na jedné straně spektra nacházíme velké zaujetí štíhlostí, samotnými dietami, snaha o psychickou a fyzickou dokonalost a na straně druhé se objevuje patologický strach ze ztloustnutí, vidíme

¹ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 62.

zde poruchy percepce těla a v extrémním případě je toto vše spojeno s letálním koncem.²

Mentální bulimie společně s mentální anorexií patří mezi poruchy příjmu potravy. Přes zdánlivou odlišnost jsou si zmíněné poruchy velice podobné. Společným jmenovatelem zde bývá nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu tělu a vzhledu, sledování tělesné hmotnosti. Nemocní se snaží dále zhubnout nebo alespoň nepřibrat na váze. Jejich vytrvalost je spojena s pevnou vůlí.³ U obou poruch se objevuje další společná psychopatologie v podobě nízkého sebevědomí, sociálních problémů nebo somatických obtíží, která vzniká na závislosti a kontrole tělesné hmotnosti. Nemocní s poruchami příjmu potravy mají rovněž široké spektrum problémů, které jsou patrné i u jejich zdravých vrstevníků.⁴

Mezi nejvíce ohroženou část populace patří adolescentní dívky a mladé ženy, kde příznaky poruchy příjmu potravy nejčastěji nacházíme.

1.1 Historie mentální bulimie

Pokud se obrátíme do historie, tak první kořeny a zmínky najdeme například u Hippokrata. Ten rozlišoval *boulimos* jako nezdravý hlad od hladu normálního. Aristofanes, Xenofob a další antičtí autoři spojovali *boulimos* s epizodami přejídání vyvolanými neobvyklou formou hladu. Různé významy a rozdílná vyložení pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do počátku moderní doby. Dějiny přejídání jsou dozajista stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo určitě častější u privilegované elity společnosti. Výraz mentální bulimie je nový, nicméně zprávy o chorobném hladu se pod různými pojmenováními objevují již s prvními medicínskými záznamy v historii. Z pohledu moderního klinického obrazu mentální bulimie jsou zajímavé především

² Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 23.

³ Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008, s. 17.

⁴ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 28.

historické popisy přejídání ve spojení se zvracením. V medicíně je tato jídelní abnormalita známá pod termínem *kynorexia* nebo *fames canina* (psí hlad).⁵

Současná historie mentální bulimie je datovaná rokem 1979, kdy anglický psychiatr Gepar Russell reagoval na pozorování Marlene Boskind-Lodahl, publikoval článek, kde použil termínu *bulimia nervosa*. Toto pojmenování mu posloužilo k popisu příznaků třiceti pacientů, které poté doplnil detailním klinickým popisem skupiny a označil tím „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí*“ a „*vyhýbání se ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím u žen s normální tělesnou hmotností.*“⁶

1.2 Definice mentální bulimie

Tato porucha je charakterizována opakujícími se záchvaty přejídání, které doprovází přehnané kontroly tělesné hmotnosti. Vyskytuje se častěji u ženské než u mužské populace. Její nástup bývá nejčastěji v pozdní adolescenci a ranné dospělosti. Odhaduje se, že bulimie postihuje od 1 do 3 % mladé ženy. Začátek onemocnění obvykle nacházíme ve věku od 14,5 až 18 roků.⁷

Problém nastává už v momentě, kdy mnozí pacienti popírají onen strach z tloušťky a následují argumentace, že se snaží o zdravý životní styl, který mimo jiné požaduje co nejvíce pohybu a dalších sportovních aktivit.

Pro vymezení a určení diagnózy mentální bulimie je zapotřebí především tří základních znaků:

Opakující se epizody přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby. Silná a nepotlačitelná touha se přejídat.

Snaha zabránit „ztloustnutí“, opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti. To zahrnuje vyvolávané zvracení, které většinou vede

⁵ Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008, s. 27.

⁶ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 38.

⁷ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997.s. 29.

ke konzumaci stále většího množství jídla, zneužívání projímadel a léků na odvodnění, opakující se hladovky, užívání anorektik. Také obsahuje nadměrné cvičení. Když se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby. Pro diagnózu mentální bulimie není nezbytné zvracení nebo užívání projímadel.

Nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. Chorobný strach z tloušťky. To vše se projevuje na sebehodnocení nemocného, které jsou závislé na těchto hodnotách. Pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než optimální nebo zdravá váha dle lékaře.

Termín bulimie se stal běžně používaným a nahradil tak termíny jako *hyperorexie* nebo *bulimarexie*. Převzala ho i Americká psychiatrická komora, která v roce 1980 zařadila mentální bulimii do DSM-III. Oproti Russellovi však „volnější“ kritéria vedla k určitému nadhodnocení možných případů. V roce 1987 byla v rámci revize DSM-III-R zpřísněna.⁸

1.3 Diagnostická kritéria mentální bulimie

K diagnostikování mentální bulimie jsou dána dvě základní kritéria.

V prvních zde uvedených měřítkách jsou příznaky obecnější a oproti DMS-IV nejsou dány tak striktní symptomy a najdeme zde podrobněji definovány epizody záchvatovitého přejídání zkonkretizované v časovém úseku. Dalším důležitým doplňujícím bodem je, že poruchy jmenované v kritériích DMS-IV se nevyskytují jen výhradně u mentální bulimie.

Z hlediska základní diagnostiky vymezuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) syndromy mentální bulimie . Jejich přesné vymezení je popsáno a zařazeno v příloze.

⁸ Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008, s. 40.

1.4 Specifické typy mentální bulimie

Charakteristické chování a průběh nemoci pacientů se dělí na dvě skupiny. První z nich je *purgativní typ*. Zde se jedná o klienta, který pravidelně používá zvracení jako kompenzaci přejedení, také zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti. To je blízké osobám s mentální bulimií.

Představitelem druhé skupiny je *nepurgativní typ*. Zde se postižení oproti prvnímu typu naopak vyhýbají záměrnému zvracení. Používají ale přísné, velice striktní diety, které doprovázejí hladovkou často podporují účinek intenzivním fyzickým cvičením. Nenacházíme zde však pravidelné purgativní metody. Tyto typy odpovídají spíše příznakům mentální bulimie.⁹

2 Příčiny mentální bulimie

Důvodů, které vedou k propuknutí a spuštění mentální bulimie, je několik. Poruchy příjmu potravy a tedy i mentální bulimie jsou důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů. Podobně jak tomu bývá u jiných duševních poruch, tak i zde se na jejich vzniku podílí celá řada specifických faktorů.

2.1 Redukční dieta

I když existuje mnoho názorů a dohadů, stejně tak jako odborných prací o tom, co je příčinou mentální bulimie, převládá mezi odborníky zabývajícími se poruchami příjmu potravy shoda v tom, že se na jejím vzniku a celkovém rozvoji podílí řada různých faktorů. Mezi nejvíce uváděné patří ty, které jsou významné

⁹ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 32.

z hlediska diet. Diety, purgativní chování a nepřiměřená touha zhubnout, jsou často prvním důsledkem nerealistického ohodnocení a ocenění tělesného vzhledu. To vše bývá dále doprovázeno nespokojeností s vlastní postavou. Na počátku většiny případů je v naprosté většině zastoupena redukční dieta. Doporučují ji lékaři, je k zakoupení v obchodech, propagovaná v mediích. Většina studií dokazuje, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální bulimie nebo mentální anorexie přibližně na osminásobek.¹⁰

Poruchy příjmu potravy jsou považovány za nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Jednu z hlavních rolí dozajista sehrávají i známé osobnosti. Dieta byla do určité míry přepych, a tak ani není divu, že prvními oběťmi se staly dívky z vyšších sociálních vrstev. Svět se ale změnil a tělesná vyhublost se stala významnou doménou i nižších příjmových skupin.¹¹

2.2 Rozdílný pohled na ženský a mužský svět

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poruchy příjmu potravy a tím pádem i mentální bulimie je ženské pohlaví. Už zde stačí samotný fakt být ženou a pravděpodobnost je až sedmkrát větší. Oproti chlapcům, kde ideál představují svaly, dívky se v období dospívání tomuto vzdalují a tělesné proporce hrají jinou úlohu v životě ženy i muže.¹² Jsou ohroženy ženy bez rozdílu společenského postavení, rasy i věku. Po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává i do adolescence.

¹⁰ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 45.

¹¹ Srov. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 45.

¹² Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008, s. 52.

2.3 Dospívání , adolescence, ranní dospělost a poruchy příjmu potravy

Typickým obdobím počátku poruch příjmu potravy je období dospívání. Což je životní úsek, kde na jedné straně jsou první známky pohlavního zrání a na straně druhé dovršení plné pohlavní zralosti a dokončení tělesného růstu. Dochází zde k řadě nápadných a významných psychických změn, k novému sociálnímu zařazení jedince. To se odráží v odlišném očekávání společnosti. V této etapě si jedinec uvědomuje stále více sám sebe. Odlišuje se od okolí a snaží se prosazovat své zájmy. Je patrný zájem o svět svých vrstevníků a druhé pohlaví. Chce se líbit, chce být úspěšný.¹³

Jak již bylo zmíněno výše v kapitole 1.2 Definice mentální bulimie, tato porucha je oproti mentální anorexii častější v období pozdní adolescence až ranné dospělosti.

2.4 Rodinné prostředí

Plno zkušeností, návyků a jednání získáváme právě z rodiny. Je tudíž zákonité, že zde nacházíme další zdroje a možné příčiny, které mohou být jednou původcem mentální bulimie. Pravděpodobnost se stává větší, pokud v rodinném prostředí nacházíme a setkáváme se zde s přílišným apelem na tělesný vzhled a na výkon. Je kladen nadměru velký důraz na to, co se jí, zda je potravinu zdravá, tučná apod. Nalézáme zde i přesahující soutěživost v rodině (dvojčata, více dětí, sportovní zájmy rodičů a sourozenců). Svoji roli zde hraje i obezita a dieta, které bývají doprovázeny nevhodnými jídelními návyky rodičů a sourozenců, příliš velká, ale i malá kontrola ze strany rodičů, závažné problémy v rodině, které posilují strach.

¹³ Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000, s. 138. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, s. 112.

Vondráčková nachází v rodinách dívek s poruchou příjmu potravy podobné rysy takovýchto rodin, kde její členové jsou přehnaně ochraňující a pečující o sebe navzájem, nerespektují žádné osobní hranice. Rodiny izolované, uzavřené, kde cítí nebezpečí z vnějšího světa, jsou proti tomu semknuté. Rodiny rigidní, které se nepřizpůsobují vývojovým změnám rodiny (udržování dospělé osoby v roli dítěte). Prostředí chudé na emoce, téměř je neprojevují, to se týká zejména pocitů negativních a tím nedostatečně řeší své problémy a rodinné konflikty. Vztahy rodičů jsou méně významné partnersky a matky jsou většinou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám svého dítěte, které samy trpí poruchou příjmu potravy. Otcové jsou nevýznamní, vzdálení, ať pro svou přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost, či neschopnost navázat s dítětem pevný vztah.¹⁴

2.5 Pohlavní zneužívání

Pohlavní zneužívání se stává poslední desetiletí jedním z důležitých témat v psychiatrické literatuře. Problém je to ožehavý, těžko prokazovatelný a ve většině případů zůstává tabu i pro blízké okolí pacientky. Sexuální zneužití nacházíme stále častěji u poruch, kde se vyskytuje mentální bulimie a mentální anorexie. Tam se předpokládá kauzální souvislost se sexuální traumatizací.¹⁵

Definovat a formovat pohlavní zneužívání lze na kontaktní a nekontaktní formu. Může k němu docházet přímo, ale i bez fyzického kontaktu. Následky jsou dlouhodobé, stejně tak léčba a terapie. Záleží na individualitě jedince.

¹⁴ Srov. VODÁČKOVÁ, D. et. al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 451.

¹⁵ Srov. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 75.

2.6 Sociální a kulturní faktory

Přehnaný zájem o vlastní váhu se pomalu ale jistě stává společenskou normou. Vytvářený tlak na snížení hmotnosti je dokonce intenzivnější než omezování alkoholu či drog. Na jednu stranu se nelze čemu divit, když jsme podle některých zdrojů na druhém místě ve výskytu obezity za USA, ale jsou tím právě ovlivňováni ti nebo ty, kterých se toto tvrzení paradoxně netýká.¹⁶

Současný životní styl většiny lidí žijících v rozvinutých zemích se vyznačuje nedostatkem tělesné práce, pohybu, častými psychickými stresy. To je doplněno a podbízeno snadno dostupnými, energeticky bohatými potravinami. Krom již zmiňovaných, i toto jsou faktory ovlivňující stav jedince i celé populace.

Vlivem nadměrného příjmu energeticky bohaté stravy a nedostatečného výdeje energie pohybem roste počet lidí s nadváhou a obezitou. Ve společnosti vládne oproti tomu strach z tloušťky a ideál krásy se tak stává více nedosažitelný. Nedostatek informací o správné výživě a absence pevné vůle vede k experimentování s nesmyslnými dietami, se kterými přicházejí do kontaktu dívky ve velmi útlém věku.

Jednou z příčin je ta, že přebírají vzor od osob nejbližších, od svých matek, rodinných přátel a osob, které se do úzkého kruhu počítají. Vzhledem k rychlému životnímu stylu, rozvoji médií a počítačů i sama rodina tráví méně společného času. Rodinné konflikty a citové frustrace bývají v některých domácnostech na denním pořádku. Zde rovněž můžeme konstatovat další kořen příčiny vzniku poruch příjmu potravy.¹⁷

¹⁶ Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008. str. 42

¹⁷ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007, s. 47.

2.7 Příčiny a osobnostní faktory

Když už je plně rozvinuta mentální bulimie, nacházíme ve většině případů experimentování s redukčními dietami, což zvyšuje riziko a pravděpodobnost této diagnózy. Stejně tak i v případě, že prochází zmatkem a nejistotou v období dospívání. Mají nízké sebevědomí a špatné mínění o svém těle. K tomu je v rodině například otec alkoholik, hypochondr, matka neustále držící diety a sestra se léčí z mentální anorexie. Ale ani tyto zmíněné vlivy nemusejí stačit.

„Podle britsko-amerického týmu výzkumníků k rozvoji mentální bulimie dochází v případě, že jedinec je vystaven rizikovým faktorům pro držení diet a současně některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné i z hlediska rozvoje jiných psychiatrických poruch.“¹⁸

V případech držení diet je mnohdy poukazováno na sklon k obezitě, nevhodné stravovací návyky a rozhodně pak společenský tlak. Jako jeden z nejvíce rizikových faktorů je zmiňován vliv na negativní sebehodnocení. Důvěra v sebe samu je u pacientů nízká a sebevědomí téměř žádné. Postoj ke své osobě je viděn až nepřátelsky. Pokud naopak můžeme jmenovat ty faktory, které před vznikem mentální bulimie chrání, jsou jimi například nízké užívání alkoholu, omezené používání diet, vyrovnanou náladu, trpělivost, smysl pro humor.

3 Příznaky, průběh a důsledky mentální bulimie

Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy a mentální bulimie jsou spojeny řadou zdravotních obtíží, které představují vážné ohrožení života pacientek. Záchvatovité přejídání, opakované zvracení a užívání purgativ zvyšuje pravděpodobnost kardiovaskulárního selhání vyvolaného závažným narušením elektrolytové rovnováhy. Mezi další důsledky těchto maladaptivních projevů patří

¹⁸ Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008. str. 52.

zvýšená citlivost zubů, nevolnost, zácpa, jícnové eroze apod., které vážným způsobem a chronicky narušují kvalitu života nemocného, takže se pro některé pacienty stávají nesnesitelné.

3.1 Rozpoznání onemocnění

Jak si uvědomit a poznat, že jedinec trpí poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální bulimií? Jaké signály je třeba včas zachytit a správně je identifikovat a vyložit si je?

Na samotném začátku je potřeba konstatovat, že bývá velmi obtížné toto onemocnění vůbec rozpoznat, a to bývá i v případech partnerského vztahu, kdy se pacientkám podaří svou nemoc skrývat i dlouhá léta. Už jen z jednoho prostého důvodu. Za své postižení se jedinci stydí. Přes to všechno je ale možné vysledovat určité příznaky, které mohou být důležitým vodítkem zejména pro rodinné příslušníky, osoby nejbližšího okolí, bývají jimi zejména:

- rychlé změny tělesné (dívka nebo žena může během několika týdnů přibrat až 10 kg, které ale opět v době následující rychle zhubne);
- zkonsumování velkého množství potravin během jednoho jídla;
- pravidelně se opakující odchody na toaletu, vyhledávání ústraní po jídle (to platí i pro stravování v restauraci, společných rodinných oslavách doma apod.);
- otoky obličeje, otoky v oblasti krku;
- časté „nevysvětlitelné“ nevolnosti;
- poranění na hřbetu ruky, které je způsobené častým vyvoláváním zvracení;
- zápach z úst, zkažené zuby, problémy s pleť;
- vyhýbání se společenským akcím mimo své známé prostředí (důvodem je strach, který pramení z nemožnosti se vyzvracet);
- nemocní také často skrývají náhlé změny tělesné hmotnosti a „nafouklé břicho“ za volným oblečením;

- vyhýbání se okolnostem, kde je potřeba vysvléknutí (bazén, sauna, intimní vztah s partnerem);
- velké kolísání nálad, vztahovačnost, přecitlivělost a vidění světa černobíle, čímž je míněno vše nebo nic, to se projevuje i v příjmu potravy - buď úplné hladovění či naopak záchvat přejedení s následným zvracením jako prostředkem kontroly tělesné hmotnosti;

Mentální bulimie může trvat několik měsíců, ale i let, jedním z důvodů bývá fakt, že ji žena či dívka dokáže velmi dlouhou dobu tajit. Záleží na odolnosti organismu a zdravotní problémy způsobené bulimií se mohou u někoho projevit až po pár měsících. U některých jedinců můžeme pozorovat projevy a příznaky až po letech přejídání a zvracení.

S rostoucím výskytem poruch příjmu potravy přibývá netypických pacientů, kteří nemusejí splňovat všechna diagnostická kritéria. I tyto nevyhraněné nebo atypické případy však mohou mít závažné psychické a zdravotní obtíže. V některých případech může později dojít k plnému rozvoji všech příznaků.

Léčba mentální bulimie je stejně jako u mentální anorexie dlouhodobou záležitostí a vyžaduje odbornou pomoc.¹⁹

3.2 Charakteristika jedince s mentální bulimií

Nacházíme u nich perfekcionistické rysy a bývají závislé na hodnocení druhých osob. Velice se jich dotýká veškerá kritika vznesená na jejich osobu. Mezi svou důležitou prioritu zahrnují sebeovládání a sebekontrolu. Jejich porušování ve vlastních bulimických epizodách snášejí s pokořením, doprovázeno vztekem, studem a pocitem viny.

¹⁹ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 53.

Tajné zacházení s jídlem se dostává i do rodinného dění, kde symbolika hltání a zvracení jídla, které vaří matka, nepřímo poukazuje na vážné vztahové konflikty a problémy. Dívky se mohou stát sociálně izolovanými, to souvisí s faktem, že až 85 % času, kdy bdí, jsou schopny se zaměstnat jídelními potížemi. Mohou se zde projevit i poruchy sebekontroly v jiných než stravovacích oblastech (jsou jimi například promiskuita, drogy).²⁰

3.3 Důsledky mentální bulimie

Poruchy příjmu potravy a tím pádem i mentální bulimie mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací. Pacientky s mentální bulimií mají obvykle přiměřenou tělesnou hmotnost. Jak se ale často přejídají, zvracejí a používají projímadla, dále střídají období výrazného omezení potravy, to vše má své důsledky.

3.3.1 Kardiovaskulární komplikace

Srdeční obtíže patří mezi nejobvyklejší komplikace, které se vyskytují téměř u 90 % postižených, které v souvislosti s narušením elektrolytové rovnováhy u pacientek s mentální bulimií, nejčastěji přispívají k srdečním arytmiím (poruchy srdečního rytmu) či fatálnímu zakončení poruchy. Mdloby a časté závratě bývají také doprovodným znakem u těchto potíží. Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými srdečními komplikacemi a tělesným váhovým úbytkem. Z tohoto důvodu se doporučuje pravidelná kontrola krevního tlaku EKG. Pokud možnost dovoluje ještě předtím, než-li může dojít i k trvalejšímu poškození a tím způsobených následků.²¹

²⁰ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997, s. 65.

²¹ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 94.

3.3.2 Gastrointestinální komplikace

Dobře známým příznakem pro mentální bulimii je benigní zduření parotických slinných žláz, které se objevuje u 25 až 50 % postižených. Samotné hodnocení ústních a zubních komplikací zde ukazuje jasnou souvislost mezi pravidelným zvracením a charakteristickou erozí zubní skloviny.

V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází u pacientek ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Bouerhaavův syndrom (ruptura jícnu) a perforace žaludku jsou vzácné, ale velmi závažné komplikace způsobené zvracením po konzumaci velkého množství jídla. V obou případech je třeba okamžitý chirurgický zásah.²²

Dále jsou časté komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě běžné zácpy obvykle souvisí s nadměrným užíváním projímadel, jako je bisakodyl a antrachimony (například senna), které mohou vyvolávat nevolnost, zvracení, střídání průjmu a zácpy. Rentgenové nálezy se podobají nálezům u zánětlivého tračníku a přímé vyšetření ukazuje nespecifické zánětlivé změny a melenu (krvácení do tlustého střeva), s rizikem poškození nervových plexů tlustého střeva.²³

3.3.3 Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy je způsobená opakovaným nepřírozně vynuceným zvracením, používáním v abnormální míře klystýrů, nadužíváním projímadel a vysoká frekvence diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí. Dále to jsou stavy zmatenosti, nesoustředění, kterou doprovází svalové slabosti, celkové fyzické únavy, zvýšení hlubokých šlachových reflexů

²² Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 29.

²³ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 95.

a přechodných neurologických příznaků, jenž se podobají symptomům přechodné ischemie mozku.²⁴

3.3.4 Dermatologické komplikace

Dermatologické obtíže u pacientek s poruchami příjmu potravy mohou mít řadu důvodů, včetně úmyslného zvracení. Nalezneme u nich purpuru, modřiny, mozoly na hřbetu rukou a kožní vyrážky z užívání projímadel a diuretik. Tenkou šupinatou a suchou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi čtvrtina pacientek. Purpura může být projevem aplazie kostní dřeně a trombocytopenie, může být také důsledkem zvýšeného nitrohrudního tlaku vyvolaného zvracením. Další kožní vyrážky vznikají působením léku, které pacientky užívají, aby snížily svou tělesnou hmotnost.²⁵

3.3.5 Sebevražedné tendence a sebepoškození

Porucha příjmu potravy může někdy natolik zúžit pohled na svět, že život samotný bývá pro nemocnou nezajímavý, ztrácí veškerý smysl, chuť do života je na minimální hodnotě. V takové chvíli jsou úvahy o sebevraždě velmi častým jevem.

Sebepoškození souvisí s narušením vnímání sebe sama. Pacientka si tak uvolňuje napětí, snaží se tím zbavit stresu a tlaku.²⁶ To vše nemocná pociťuje, ale neumí se jinak bránit. Jako sebepoškození můžeme jmenovat například řezání žiletkou do vlastního těla, ale i v méně nebezpečném případě nadměrné cvičení až do úplného vyčerpání.²⁷

²⁴ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 97.

²⁵ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 29.

²⁶ Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. Praha : Portál, 2002, s. 95.

²⁷ Srov. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 47.

3.4 Shrnutí důsledků a komplikací

Pokud máme zabránit zbytečným tragédiím, je třeba pečlivě dbát na prevenci zdravotních komplikací poruch příjmu potravy. Zjištěné zdravotní problémy lze využít i terapeuticky ke zvýšení motivace pacientky. Lékařské znalosti a zkušenosti jsou zvláště nezbytné při pravidelném a pečlivém hodnocení zdravotního stavu pacientek, jejich léčbu vedou terapeuti-nelékaři.

4 Léčba mentální bulimie a léčebné postupy

V posledním časovém úseku deseti let se značně rozšířila nabídka různých léčebných postupů. Největší rozmach a vývoj je patrný v psychoterapeutických přístupech, které se užívají v terapii pro léčbu mentální bulimie.

Prvním důležitým faktorem a prvním krokem je poskytnout informace. A to jak ve formě literatury (informační brožury pro rodiče), tak i podobou specifických sdělení o povaze potíží klienta. Tyto informace mnohdy pomáhají omezit pocit viny a osamocení, které často rodiče a osoby blízké cítí, když jsou konfrontovány s chováním pacienta. Jasně vysvětlení charakteru poruchy, možnost léčby a toho, co vše může následovat, když léčba nebude přijata atd., pomáhá demystikovat nemoc spolu s přístupy odborníků.

Spolupráce dívky či ženy nemocné mentální bulimií s odborníky bývá lepší než v případě mentální anorexie. Hlavní důvod je ten, že si pacientky samy uvědomují přejídání. Následné zvracení hlavně pro ně samotné představuje velkou psychickou i fyzickou zátěž. I v případě bulimie je rovněž pro dívky charakteristické, že mají velice narušený postoj ke svému tělu, stejně tak k sobě samé.²⁸ Nejenom na těchto změnách je třeba pracovat.

²⁸ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005., s. 109.

Základem pro zbavení se nezdravých jídelních návyků je úprava jídelního režimu tak, aby tělo nebylo nuceno se přejídat. Nemocné je tedy doporučeno jíst alespoň 5x denně přiměřené porce, dostatečně se hýbat a učit se mít ráda své tělo. Průvodcem v léčbě může být psycholog, psychoterapeut či psychiatr, případně poradce na výživu. Velmi dobře mohou posloužit modelové jídelníčky, kterých se následně léčba drží. Ty bývají součástí svépomocných manuálů a příruček pro poruchy příjmu potravy. V těchto bodech vládne téměř absolutní shoda autorů jednotlivých publikací. I názory na samotnou léčbu a její průběh jsou v názorovém souladu. Osobně se přikláním k svépomocné terapii, doplněnou kognitivně-behaviorální léčbou. Hlavním důvodem je jak propracovanost, tak i přístup individuální. Je dokázána i relativně velká úspěšnost vyléčení a umožněno další začlenění a fungování jedince ve společnosti. Klient si uvědomí, že si pomohl sám, jaké prostředky může využít v krizových stavech, kam se případně obrátit.

Pro snížení depresivity a úzkosti je v některých případech doporučována farmakoterapie, která by měla být ale v každém případě doplněna psychoterapií. Samotné léky mentální bulimii nevyлéčí.

4.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci nemocných je často potřeba jejich lékařské stabilizace. Závazek aktivní spolupráce pacienta je však nezbytný v případě, že hospitalizace je zamýšlena jako důležitý krok v procesu uzdravení.

Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se i na psychické problémy, které s mentální bulimií souvisejí. Získat pacientku k aktivní spolupráci vyžaduje velké úsilí i ve všech fázích léčebného procesu.

Při rozhodování o potřebě hospitalizace existuje několik obecných vodítek:

- nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušování trvalého úbytku hmotnosti u vybraných a vyhublých pacientů,

- přerušení záchvatu přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případě, kdy jsou spojena s vážnými somatickými komplikacemi nebo představují vážné zdravotní ohrožení,
- zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží,
- léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

O hospitalizaci lze ale uvažovat i v případě, že pacient nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu. Rozhodnutí hospitalizovat klienta pouze za účelem zdravotní stabilizace a předání do další ambulantní péče vyžaduje pečlivé zhodnocení předchozí terapie. Je také vhodná krátkodobá hospitalizace s cílem zdravotní stabilizace, která zahrnuje psychologické poradenství a na kterou pak naváže ambulantní péče.

Pro většinu nemocných je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy zahrnují terapii, aniž by se pacient musel vzdát psychoterapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici.

Hospitalizace není nutná v případě, že není akutně ohrožen život, nemocná pacientka si je vědoma svých problémů a ví, že je nutné se léčit.²⁹

4.2 Ambulantní lékařská péče

Existují i některé případy, kdy chroničtí nebo nepoddajní pacienti prošli během dlouhé doby různými formami léčby a dospěli do situace, že už odmítají podstoupit další léčbu. Většinou souhlasí s názorem, ve kterém má další psychoterapie velmi malou naději na úspěch. V tomto případě můžeme uvažovat o „lékařské péči“, jejíž cíl je velmi odlišný od psychoterapie. Zde se nezaměřuje na překonávání poruchy, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Je prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními

²⁹ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 97.

konzultacemi a lékařským dohledem. Pokud je tato péče poskytována ve skupině, pacientky mohou mít další zisk z podpory, kterou získají právě zde.³⁰

4.3 Svěpomoc, řízená svěpomoc

Na druhé straně jsou zde takoví pacienti, u kterých jsou relativně mírné příznaky a může zde dojít ke značnému zlepšení nebo úplnému uzdravení. A to na základě svěpomoci nebo edukativní (osvětové) intervence. Nejedná se o profesionální pomoc, lidé se stejnými problémy či potřebami si při skupinovém setkání navzájem poskytují podporu, motivují se k dalším krokům v léčbě. Mohou spolu sdílet společná témata, vyměňovat zkušenosti. Svěpomocné manuály ukazují ověřené způsoby ve vedení jídelníčku, cvičení na posílení sebevědomí, mohou být průvodcem v léčbě bez odborné pomoci. Dobrým pomocníkem jsou knižní tituly od Františka Davida Krcha. Další profesionální možností v České republice je občanské sdružení Anabell. To se zabývá sociálním poradenstvím pro nemocné anorexií a bulimií. Vydávají taktéž svěpomocné manuály, odborný časopis v měsíčních periodách, pořádají vzdělávací kursy a nelze jim upřít snahu o spolupráci s rodinou a zlepšit tak informovanost veřejnosti o tomto problému.

Léčba zaměřená na osvětu má zvláštní vliv na chování některých pacientů, celkové výsledky léčby však nejsou tak přesvědčivé jako u intenzivnější kognitivně-behaviorální terapie.

4.4 Farmakoterapie

Medikamentózní terapie je důležitou součástí léčby mentální bulimie a mentální anorexie. Velké části pacientů je ordinováno během ambulantní nebo lůžkové léčby některé z farmak. Pouze menší část je léčena zcela bez medikace.

³⁰ Srov. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 59.

Musíme ale zdůraznit, že kauzální lék na léčbu mentální bulimie neexistuje. Stávající možnosti medikace jsou pouze symptomatické, ovlivňují a zmírňují tedy jen příznak, neléčí podstatu nemoci.³¹

Psychotropní medikace má u mentální bulimie omezenou úlohu, ale pravděpodobně ne jako hlavní a první druh léčby. V současnost se prokazuje, že je prospěšné používat farmakoterapii jako příhodný komplement k některému typu psychoterapie s prokázanou efektivitou. Při složitém rozhodování o účinnosti různých typů léčby mentální bulimie by depresiva měla být brána jako vhodný doplněk nebo možná alternativa pro pacientky, u kterých není účinná psychosociální terapie, a pro pacientky, u nichž afektivní symptomy zjevně brání pokroku v jiných formách léčby.³²

4.5 Rodinná terapie

Rodinná terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a u některých klientů žijících se svojí rodinou. V případech, kde jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientek.³³

Rodinná terapie je oblastí, metodou nebo koncepcí psychoterapie, která se zabývá rodinnými problémy a snaží se pomoci je překonat a dosáhnout harmonického neporuchového fungování celé rodiny, pracuje v terapeutických sezeních s celou rodinou, přistupuje ke každému pacientovi tak, že na něj pohlíží jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním rodiny.

V různých pojetích rodinné terapie se mnohdy zdůrazňuje jen jeden z aspektů a ostatní se považují za nepodstatné. Sami vidíme v rodinné terapii

³¹ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 117.

³² Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 121.

³³ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Portál, 2007., s. 65.

především orientaci terapeutické práce na rodinné problémy týkající se rodičů a dětí.³⁴

Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že mentální bulimie a tudíž poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. K doporučení rodinné terapie u mladých pacientek existují praktické i teoretické důvody. Pokud se týká praktických argumentů, můžeme jmenovat to, že pacientka je v blízkosti domova, který sdílí se svými rodiči nebo opatrovníky. Rodiče mají výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Bez ohledu na teoretickou orientaci léčby potřebují členové rodiny pomoc při zacházení s mladým pacientem. Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu a poslouží také jako cenný doplněk individuální terapie v případě práce s traumatem (pohlavní zneužití v rámci rodiny).³⁵

4.6 Kognitivně-behaviorální terapie

Podstatnou součástí jakéhokoliv programu je *kognitivně-behaviorální vyšetření* (assessment) – přesná diagnostika současných způsobů myšlení a chování. Ta zahrnuje jak přesnou charakteristiku současné poruchy, tak i faktorů, které projevům symptomu či problému bezprostředně předcházejí a které po něm následují.³⁶

Kognitivně-behaviorální terapie je poměrně mladý směr, jehož obrysy se začaly vytvářet v sedmdesátých letech. V tomto typu léčby terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů pomáhá pacientovi hodnotit a měnit jak zkreslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. Léčba má poskytnout příležitost pro nové učení. Důležitou součástí je systematické řešení problému. Léčebné postupy se pacientovi otevřeně a jasně

³⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 253.

³⁵ Srov. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, s. 95.

³⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 72.

vysvětlují. Mezi terapeutem a pacientem se vytváří vztah vzájemné spolupráce. Terapie je časově omezena a směřuje k dosažení předem stanovených a konkrétních cílů.³⁷

Kognitivně-behaviorální terapie se stala běžně uznávanou léčebnou metodou pro mentální bulimii a vytváří také mnoho teoretických základů pro značnou část léčby mentální anorexie. Kognitivně-behaviorální terapie bývá doporučována pacientkám, pro které není vzhledem k jejich věku vhodná terapie rodinná a které mají středně těžké až vážné příznaky.

Pokud se příznaky postupně zlepšují, doporučuje se ambulantní terapie. Pokud se stav pacienta zhorší, je nutné uvažovat o hospitalizaci. Jestliže je však léčba dlouhodobě neúčinná, doporučuje se ambulantní lékařská péče ve skupině. Terapeutický neúspěch má často podobu zdánlivého náhledu pacienta na problém, který se ale nikdy nepodaří převést do změny chování a ústupu příznaků.

4.7 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie věnuje pozornost především současným interpersonálním vztahům jako zdroji potíží (i projevům potíží) pacienta. Vede klienta k objevení a pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy a pak k poznání, jak se na jeho problémových, konfliktních, frustrujících či traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí svými vlastními postoji a reakcemi, svým způsobem prožívání a chování.³⁸

Interpersonální psychoterapie směřuje k pochopení neuvědomovaných souvislostí. K dosažení pacientova nadhledu používá terapeut interpretací. Tato terapie vede pacienta ke korigování nesprávných postojů, očekávání a reakcí, a to nejen na úrovni rozumové (kognitivní), ale i na úrovni emoční.

Téměř deset let převládal názor, že účinnost kognitivně-behaviorální terapie u poruch příjmu potravy je spojena s kognitivními a behaviorálními

³⁷ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005., s. 119.

³⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 202

metodami zaměřenými na oslabení nadměrného zájmu o tělesnou hmotnost a postavu. A to v důsledku toho i na omezení redukčních diet a jiných způsobů nadměrné kontroly tělesné hmotnosti. V poslední době však řada studií, která užívala interpersonální psychoterapii přizpůsobenou léčbě mentální bulimie, podnítila další prověření těchto mechanismů působících při léčbě záchvatovitého přejídání. Důvodem byla skutečnost, že interpersonální terapie se na problémy s jídlem přímo nezaměřuje.

Kognitivně-behaviorální terapie je však stále doporučována jako první léčba, protože bylo potvrzeno, že má rychlejší účinky na ústup příznaků mentální bulimie. O přechodu k interpersonální terapii by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií, které nereagovaly dobře na počáteční průběh kognitivně-behaviorální terapie a u kterých převládaly interpersonální konflikty. Interpersonální terapie by se měla zařazovat také do dlouhodobější psychoterapie pacientů s mentální anorexií a s přetrvávajícími příznaky.³⁹

4.8 Gestaltterapie

V gestaltterapii je pacient veden k intenzivnějšímu prožívání toho, co se v něm děje „tady a teď“. Tím mluví jen za některou část své osobnosti, jinou ale potlačuje. Terapeut ho nutí, aby potlačovanou část sebe sama dostal do kontaktu s tou složkou osobnosti, kterou nabídl jako první. Cílem terapie je, aby klient prožil vnitřní konflikty a převzal komplexní odpovědnost za vše, co se v něm děje. I za své chování. Tento druh terapie probíhá zpravidla ve skupině.⁴⁰

³⁹ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 128.

⁴⁰ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 82.

4.9 Doplnující metody k psychoterapii

Stejně tak, jak je každý člověk jiný, tak i pacienti jsou individuální. Proto každému z nich může pomoci jiný druh terapie. V průběhu psychoterapie lze užívat společně s terapeutem i další metody, které mohou pomoci v procesu uzdravování. Ať už se jedná o jakoukoliv metodu, vždy by měla vládnout důvěra a pacient by se měl cítit bezpečně, je potřeba znát limity a pravidla těchto metod.

Níže uvedené metody mohou klientkám pomoci s přijetím těla a sebe sama jako jedinečné individuality, s posílením sebevědomí, s problémy v komunikaci, naučí se lépe pracovat se stresem a zátěží. Naznačují další cesty směrem k uzdravení. Žádná z těchto metod ale neslibuje zázraky a nefunguje dlouhodobě, pokud není podpořena systematickou psychoterapií.

4.9.1 Relaxační metody

Jmenovat zde můžeme autogenní trénink, progresivní relaxaci, reflexně-imaginativní metody, jógu a další. Jsou to metody sloužící k uvolnění, zklidnění, uvědomění si těla a jeho lepšího prožívání. Relaxace a imaginace může být řízená terapeutem, případně si klient osvojí techniky a může relaxovat samostatně. Pro každého může být vhodný jiný typ relaxace, podstatné je, aby se pacient cítil bezpečně a nepřestupoval vlastní hranice.⁴¹

4.9.2 Trénink asertivity

Asertivita představuje terapeutickou techniku či sadu technik, jejíž podstatou je věcný a neústupný komunikační styl, ale také tzv. podpůrný vztah k partnerovi v komunikaci a vědomé vyhýbání se komunikačním překážkám.

⁴¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 60.

Asertivní trénink je v zásadě určen pro dvě velké skupiny lidí. Pro plaché, neprůbojně jedince, kteří se snadno cítí zahanbeni neúspěchem a svůj názor neprosadí kvůli strachu, který prožívají. Dále jsou to ti, kteří naopak velmi podrážděně reagují na jakoukoliv kritiku a mají tendence vše oplácet. Během tohoto procesu si klient uvědomuje sám sebe, své pocity a cíle, své potřeby.⁴²

4.9.3 Focusing

Je to technika spočívající v rozpoznání a změně osobních problémů zakotvených v lidském těle. Přes tělo a prožitky se může člověk dostat k subjektivním významům jeho jen z části uvědomovaného duševního života. Terapeut je při tom po celou dobu pouze zprostředkovatelem techniky. Tato technika umožňuje uvědomění „co se právě teď se mnou děje, jak si stojím nyní ke vztahu k lidem, co tato situace udělá s mým tělem“. Užití focusingu může pomoci otevřít další cesty k řešení problémů a napomoci otevření další terapeutické práce.⁴³

5 Léčba mentální bulimie kognitivně-behaviorálním přístupem

Kognitivně-behaviorální terapie byla první léčbou, která se u mentální bulimie ukázala jako nadějná. Vedoucí postavení si udržuje dodnes. Vychází z kognitivního pojetí mentální bulimie, která předpokládá, že tím, co tuto poruchu udržuje, je charakteristické extrémní zaujetí vlastní postavou a tělesnou hmotností. Proto je v této práci věnováno více prostoru popsání tomuto stanovisku

⁴² Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000, s. 204.

⁴³ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 188.

léčby. Přiklání se k ní odborná veřejnost řešící tento problém. I mé osobě je tento postup adekvátní, efektivní a v praxi použitelný.

Pacientky trpící mentální bulimií považují štíhlost a úbytek hmotnosti za ideál, o který neustále usilují. Ze strachu z tloušťky se snaží usilovně zabránit jakémukoliv přírůstku hmotnosti a zhubnout. Jádrem jejich psychopatologie je sklon posuzovat vlastní hodnotu výlučně na základě vlastního vzhledu a tělesné hmotnosti.

Dodržování různých dietních omezení je sekundárním důsledkem těchto postojů. Stejně tak jako neustále se vracející myšlenky na jídlo, jedení, tělesný vzhled a hmotnost. Totéž platí pro úmyslné zvracení, nadměrné cvičení a zneužívání projímadel. Pacientky s mentální bulimií se snaží natolik omezit příjem potravy, že jsou vystaveny stálému fyziologickému tlaku, aby se najedly. Právě způsob jejich jídelního režimu a hlad způsobují, že jsou náchylné k záchvatům přejídání. Místo aby dodržovaly určité obecné zásady jídla a jídelního režimu, stanovují si velké množství konkrétních dietních pravidel.⁴⁴

Intenzitu a nepřizpůsobivost dietních pravidel, které vidíme u mentální bulimie, lze pochopit jako důsledek společného vlivu dvou dalších obecných kognitivních rysů typických pro tyto pacientky. Tím je perfekcionismus a černobílé myšlení. Ve spojení s perfekcionismem pak černobílé vidění vysvětluje způsob, jakým pacientky reagují na porušení těchto pravidel.

Další bludný kruh je tvořen záchvatovým přejídáním a kompenzačním „pročišťováním“, to znamená zvracením a užíváním projímadel. Pacientky se mylně domnívají, že za pomoci těchto forem chování účinně odstraní následky přejídání, v okamžiku, kdy je začnou používat, zmizí jedna z bariér, které jim doposud bránily v přejídání. V případě úmyslného zvracení je tento proces dále usměrňován tím, že se snaží zvracet, když je žaludek plný a cítí nevolnost z přesytení. Jakmile tento bludný kruh vznikne, neschopnost kontrolovat zvracení se stává dalším zdrojem sebeobviňování.

⁴⁴ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 65.

Z kognitivního pojetí mentální bulimie vyplývají důležité závěry pro léčbu. Hlavním důsledkem je to, že pokud má dojít k trvalé změně, léčba se nesmí vést pouze k normalizaci jídelních návyků a hmotnosti, ale musí se zaměřit také na postoje vůči vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti, protože právě tam pramení narušení příjmu potravy. Toto pojetí také ukazuje, že během léčby je třeba u pacientky napravit její negativní sebepojetí. U většiny pacientek postačí, když dokážou znovu získat kontrolu nad jídlem. Neplatí to však u těch, jejichž sebehodnocení je negativní a je dlouhodobou charakteristikou jejich osobnosti.⁴⁵

5.1 Průběh léčby

Kognitivně-behaviorální léčba mentální bulimie se provádí ambulantně a obvykle zahrnuje kolem 20 sezení v průběhu 20 týdnů. Každé sezení trvá přibližně 50 minut. Teprve nedávno začala být léčebná sezení doplňována i využíváním kognitivně-behaviorálních svépomocných manuálů. Tyto texty jsou napsány tak, aby přístupnou formou zprostředkovaly informace o současném chápání mentální bulimie a s ní spojených problémů. Obsahují konkrétní rady, jak je překonat. Původně byly vytvořeny jako doplněk ke kognitivně-behaviorální terapii vedené terapeutem, avšak stále více pacientek má zájem využívat je samostatně, čistě jako svépomoc, nebo jen s velmi omezenou podporou terapeuta (řízenou svépomoc).⁴⁶

5.1.1 První fáze léčby

V první fázi léčby se zaměřujeme na dva základní cíle. Prvním je vysvětlit pacientce význam a smysl léčby a současně i teorii, ze které vychází, druhým je nahradit záchvatovité přejídání pravidelným jídelním režimem.

⁴⁵ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 128.

⁴⁶ Srov. KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008, s. 92.

V původní formě léčby se sezení s klientkou této fáze konala dvakrát týdně. Další zkušenosti však ukázaly, že takto frekventovaná setkání jsou nezbytná pouze u pacientek, jejich jídelní návyky jsou velice vážně narušeny. Konkrétně se jedná o takové pacientky, které se záchvatovitě přejídají několikrát denně.

Vysvětlení je primárním pojmem, kterým se léčba zahajuje. Tomuto tématu se věnuje první sezení. Terapeut musí především zdůraznit, že pacientčiny problémy s jedením nespočívají pouze v tom, že se opakovaně a nekontrolovaně přejídá. Je třeba, aby si nemocné uvědomily, že pokud se mají uzdravit, musí dosáhnout změn i v jiných oblastech svého života. Zpočátku se tedy soustředí na současné stížnosti pacientky týkající se záchvatů přejídání, ale později se důraz převede na odstraňování dietních omezení a na postoje spojené s vlastní tělesnou hmotností a vzhledem. Jako doplněk může doporučit terapeut pacientce, aby si přečetla odpovídající část ze svépomocných knih.

Sebepozorování je další navazující etapou terapie. V pokračování a průběhu prvního sezení je nutné pacientku vyzvat k tomu, aby začala sledovat svůj způsob stravování a vedla si jídelní záznamy. Je věcí nezbytnou vysvětlit důvody, proč jsou požadované kroky nevyhnutelné. Toto vše velice pomůže při zkoumání jejích jídelních návyků a okolností, za kterých se objevují problémy s přijímáním potravy. Dalším neméně důležitým aspektem je, že pacientce poslouží jako vodítko mezi jednotlivými sezeními, aby sledovala své chování, myšlenky a pocity spojené s jídlem. Aby se nad nimi zamyslela a v případě, že je to vhodné, je změnila.

Je příhodné usnadnit pacientce sebesledování tím, že dostane podrobné instrukce, čeho se má týkat. Velmi pomůže příklad vyplněného záznamového archu (je uveden v příloze pod tabulkou číslo II.). To je důležité pro další

následující sezení, která se zahajují analýzou záznamových archů, ty byly vyplněné za období od posledního setkání.⁴⁷

Poučení následuje po ukončení terapeutické fázi sebehodnocení, která je již výše zmíněna. Důležitou součástí léčby je poučení pacientek o jejich přiměřené hmotnosti a správném jídelním režimu. O těchto zmíněných tématech mají často mylné představy, které dále posilují mentální bulimii. Většina z nich, která vyvolávají zvracení, je přesvědčena, že tento způsob odstranění potravy z těla je účinný.⁴⁸

Rady týkající se jídla, zvracení a zneužívání projímadel poskytují postiženým pomoc a návod zvládnout krizovou situaci. Dodržování těchto rad je důležitým předpokladem pro získání ztracené sebekontroly, jsou podstatné pro celou léčbu i po jejím ukončení.

Pravidlo pravidelného jídelního režimu. Jíst pětkrát denně s časovým odstupem maximálně tří hodin. Nesmí zvracet a uchylovat se k jiným kompenzačním technikám.

Využití alternativních forem chování, které nahradí nebo oddálí záchvat přejídání. Pacientka si zde sama určí činnost, která jí ochrání před záchvatovitým přejídáním.

Rady týkající se zvracení. To ve velké většině zmizí, jakmile se pacientka přestane přejídat. Ty, které mají nutkání zvracet, se vedou na dvě hodiny k jiné, náhradní činnosti.

Rady týkající se zneužívání projímadel a diuretik. V této fázi je vysvětleno klientkám, že tyto zvolené metody jsou zcela neúčinné k poměru tělesné hmotnosti.⁴⁹

⁴⁷ Srov. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, s. 102.

⁴⁸ Srov. KRCH, D. F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998, s. 76.

⁴⁹ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 132.

5.1.2 Druhá fáze léčby

Trvá obvykle osm týdnů, během nichž se sezení koná jednou do týdne. Stále se klade důraz na pravidelný jídelní režim a na využití alternativního chování k zabránění zvracení. V této etapě se zaměřuje na formy dietního omezení a na postoje k vlastní osobě a postavě, která bývá pro pacientky nerozlučně spjata s tělesnou váhou.

Nejdůležitějším cílem je zmírnit silnou tendenci dodržovat různá dietní opatření a omezení. Většina patientek má velké obavy z rostoucí tělesné hmotnosti, k čemuž dochází velice zřídka. Klientky se postupně učí jíst v různých prostředích, čímž je myšlena restaurace, podniková jídelna, rodinná návštěva. Nakonec by měly jíst co nejrozmanitější stravu.

Změna postoje vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti patří k velice důležitému posunu v léčbě. Mnohé pacientky mají tendence skrývat své tělo za volnými a neforemnými šaty, převlékají se vždy v soukromí. V rámci terapie jsou vedeny k tomu, že začnou navštěvovat bazén, společenské aktivity, jsou inspirovány jinými ženami, aby si uvědomily lepší představu o svém těle a vzhledu.⁵⁰

5.1.3 Třetí fáze léčby

Ta se skládá ze tří sezení s frekvencí jednou za dva týdny. V této etapě jsou ženy připravovány na udržení léčebných postupů i po ukončení terapie, mnohé se právě tohoto okamžiku obávají. Je důležité zajistit, aby klientky v sobě našly reálné očekávání od budoucnosti. Paradoxně obvyklým problémem je, že podstatná část věří, že už nikdy nepodlehnu nutkání se přejíst. Pak se každý nezdár považuje za úplné selhání a ne za pouhý poklesek, proto je velmi důležité o tomto pacientky informovat, že s neúspěchem je třeba počítat. Často se

⁵⁰ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s. 143.

připomíná, co se během léčby ženy a dívky naučily a jak mají zvládnout problémy spojené s jídlem.⁵¹

5.2 Shrnutí léčby

Po ukončení léčby je důležité zajistit , aby jedinci měli realistická očekávání týkající se blízké budoucnosti. Častým problémem je , že mnoho pacientů věří, tomu, že už nikdy nepodlehnu nutkání se přejít. Tento předpoklad pramenící ze strany klientů zvyšuje pravděpodobnost rizika relapsu, protože svůj nezdar pak považují za selhání. A ne za prohřešek. Proto je důležité informovat o možných nástrahách a neúspěších. Je třeba připomenout , co se pacienti během léčby naučili, jak mají zvládnout problémy, naučit se používat systematicky to, co bylo vyjasňováno během léčby.

⁵¹ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Portál, 2007., s. 78

Závěr

Pochopit a uvědomit si vážnost problematiky mentální bulimie bude pro mnohé obyvatele složitým procesem. Je třeba si připustit, že poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších onemocnění mladých dívek a žen a mají vzestupnou tendenci. Pro svůj průběh bývají důsledky stále větší hrozbou a stávají se více nebezpečnější. Mnoho z nás ani nevidí alarmující znamení, neumíme je rozpoznat v pravý čas a nabízená pomoc by přitom byla efektivnější na samém počátku. I zde se potvrzuje to, že prevence je lepší než léčba.

Cílem této práce bylo zmapovat danou problematiku. Nastínit informace a zpochybnit názor těch, kteří nevidí hrozbu v již několikrát jmenované poruše mentální bulimie. Pokusila jsem se díky odborné literatuře a autorům, kteří se konkrétně poruchami příjmu potravy zabývají, definovat mentální bulimii, porovnat diagnostická kritéria. V další části jsem se s pomocí použitých zdrojů snažila o nalezení příčin, které vedou k mentální bulimii. Zde musím konstatovat, že ve většině případů se zmiňovaní autoři nalézali v názorové shodě.

Nejinak tomu bylo i v popsání příznaků mentální bulimie, samotného průběhu a v neposlední řadě v přiblížení důsledků. Ty se nenacházejí jen na fyzické schránce člověka, ale způsobují „ranění duševní“, které nelze v žádném případě ignorovat. Komplikace nalezené v této diagnóze jsou odstrašující. Otázkou zůstává, do jaké míry bude okolí a s ním i nejbližší lidé schopni tuto nemoc odhalit a umět pomoci.

V další části je teoreticky popsáno, jaké jsou možné alternativy, terapeutické postupy a možnosti spojené s léčbou. Konkrétně je zde uvedena a charakterizována léčba kognitivně-behaviorálním přístupem. Nechybí zde popsání etap průběhů terapie. Ta má největší frekvenci a úspěšnost v používané léčbě mentální bulimie.

Na jedné straně se sice zvyšuje četnost postižení mentální bulimií, ale musíme konstatovat, že roste i celková informovanost společnosti. Odstraňují se přežitky, silně zakořeněné a mylné informace. Což výhledově je krokem vpřed.

A právě ona již zmiňovaná prevence a poskytování informací je jednou možnou obranou proti poruchám příjmu potravy a mentální bulimii samotné.

Cíl práce byl naplněn již samotným popsáním poruchy, rozvedením možných příčin, stanovením příznaků, průběhu a zmapování důsledků. Možnost léčby mentální bulimie a konkrétní postup byl zde rovněž uveden.

Práce mi přinesla mimo jiných zajímavých informací, také plno poznatků, odkryla nevědomost o poruchách příjmu potravy, jak široké spektrum důsledků a problémů zahrnuje a jak nebezpečné a přehlížené mohou být. Doufám, že přispěla k pochopení této složité problematiky i k její zlepšení a zkvalitnění léčby.

Použité zdroje

- 1) ČÁP, J. MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-463-X.
- 2) HIRSE, M. *Vím, jak chutná vzduch*. Praha: Fragment, 2005. ISBN – 80-253-0148-6.
- 3) HORNBACHER, M. *Na dně*. Ostrava: Domino, 1998. ISBN 80-86128-25-3.
- 4) KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-0.
- 5) KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- 6) KRCH, D. F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. ISBN 80-85872-86-2.
- 7) KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: GRADA PUBLISHING, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- 8) KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: GRADA PUBLISHING, 2008. ISBN 978-80247-2130-9.
- 9) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-195-X.
- 10) MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-86-991-09-2.
- 11) MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie. I*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- 12) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3., doplněné vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367- 267-6.
- 13) VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 1593-850-158.

- 14) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- 15) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN80-7178-802-3.
- 16) VYBÍRAL, Z. *Psychologie mezilidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.
- 17) ČERNÁ, R. O poruchách příjmu otravy pro otce a partnery . Praha: O. s. Anabell – Sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008.
- 18) Zpravodaj Anabell, číslo 6, květen 2006. vydává občanské sdružení Anabell Brno.
- 19) <http://www.idealni.cz>
- 20) <http://www.anabell.cz>
- 21) <http://www.anamneza.cz>

Seznam příloh

- 1) Srovnání anorexie a bulimie
- 2) Typický příklad jídelních záznamů pacientky
- 3) Diagnostická kritéria

Příloha I.: Srovnání anorexie a bulimie

Srovnání anorexie a bulimie		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60-100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30 %
Navozené zvracení	15-30 %	75-90 %
Sebekontrola	vystupňovaná	oslabená
Jídelní chování	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	spíše rychlejší tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
Počátek obtíží	13.-20. rok, výjimečně později	14.-30. rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných ženy : muži	10-15:1	20:01
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15-30)	0,5-0,8 %	2,5-6 %
Deprese	10-60 %	20-90 %
Užívání alkoholu	výjimečně	často
Významné zlepšení	20-75 %	60-85 %
Náhled chorobnosti	minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha se zbavit přejídání, někdy snaha zhubnout

Tab. č. 1 - Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie⁵²

⁵² KRCH, D. F. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada publishing, 2008.

Příloha II.: Typický příklad jídelních záznamů pacientky

Den: pátek

Datum: 9. dubna

Čas	Co jsem snědla a vypila	Místo	+	Z/P	Okolnosti a poznámky
8:15	(zvážíla jsem se)				Nemohu napsat, kolik vážím, je to strašné.
9:50	sklenice vody	v kuchyni			Měla jsem po včerejší noci velkou žízeň.
10:20	light cola	o pauze v práci			Jsem odhodlaná dnes se nepřejíst!
11:50	10-20 křehkých chlebů	oběd v práci	+	Z	Začala jsem jíst jeden kousek, ale než jsem si uvědomila, co dělám, ztratila jsem veškerou kontrolu a snědla celý balíček
12:15	sklenice vody				
19:10	zbytek jablečného koláče	doma v kuchyni	+		Začala jsem jíst, jakmile jsem přišla domů, ani jsem si nesundala kabát. Okamžitě jsem se přestala kontrolovat.
	2 litry zmrzliny		+		
	5 krajíců chleba se sádlem a cibulí		+		
	sklenice light coly				
	6 koláčů		+	Z	
	1 vánočka		+		
	balíček sušenek		+		
	litr mléka		+	Z	
20:00	dvě sklenice vody			P	Cítím se velice osaměle.
21:30	sklenice vody				Šla jsem brzo spát. Nesnáším se.
Poznámka:					
* V případě, kdy má pacientka pocit, že snědla něco navíc; Z - navozené zvracení; P- projímadlo					

Tab. č. 2 - Typický příklad jídelních záznamů pacientky s mentální bulimií⁵³

⁵³ KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005.

Příloha III.

Diagnostická kritéria podle MKN-10

- A. Opakované epizody přejídání, a to nejméně dvakrát týdně po dobu trvající tři měsíce, při kterých je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání jídlem a neodolatelná touha po jídle, mnohdy až žádostivost.
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů:
- vyprovokované zvracení
 - zneužívání projímadel
 - střídavá období hladovění
 - užívání léků typu anorektik
 - užívání tyreoidálních preparátů nebo diuretik
 - diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodvratnou obavou a strachem z tloustnutí. Jedinec má snahu o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost. Často, ale ne vždy, je v anamnéze epizoda mentální anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.⁵⁴

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
- konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku, jako příklad se zde uvádějí dvě hodiny, než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době;

⁵⁴ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Portál, 2007., s. 69.

- pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody. Například je zde zastoupen pocit, že pacient nemůže přestat nebo není schopen se rozhodnout o tom, co a v jakém množství jídlo zkonsumuje;
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, které má za cíl zabránit zvýšení hmotnosti. Například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky a nadměrné cvičení.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání za týden po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně u epizod mentální anorexie⁵⁵

⁵⁵ Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada publishing, 2005, s.45.

Abstrakt

POMYJOVÁ, D. *Zmapování problematiky mentální bulimie* České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce I. Žlábková.

Klíčová slova: mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, léčba, terapie, úmyslné zvracení, zneužívání laxativ, příznaky, průběh, následky, hubnutí, hladovka, tělesná hmotnost, hospitalizace, komplikace.

Práce se zabývá problémem mentální bulimie a jejím zmapováním. Je zpracována v teoretické rovině. Jsou tu popsány definice nemoci, její možné příčiny. Charakterizuje doprovodné příznaky, objasňuje průběh a potencionální důsledky mentální bulimie. Dále se zaobírá možnými komplikacemi, nabízí eventuální léčbu, popisuje terapie a práci s postiženými.

Podrobněji je rozpracována léčba kognitivně-behaviorálním způsobem, která patří mezi nejefektivnější, nejvíce propracovaná a používaná pro poruchy příjmu potravy, konkrétně je zde uvedena aplikace pro mentální bulimii. Je tu poskytována kvalitní a profesionální pomoc. Samozřejmě záleží na každé osobě a jejím přístupu k této metodě, snaze se navrátit do běžného života a zajistit sociální fungování jedince.

Abstract

Pomyjová, D. : Mental bulimia survey. Ceske Budejovice, 2008. Bachelor work. The University of South Bohemia in Ceske Budejovice. The Faculty of Theology. Department of Education. Supervisor of the Bachelor work : I. Zlabkova.

Key words: mental bulimia, food intake failure, treatment, therapy, inducing vomiting, overtaking of laxatives, symptoms, development, after-effects, metatrophia, hunger-strike, hospitalization, complication

The work deals with the problem of mental bulimia and its description. It is worked out in a theoretical way. There are disease definitions and its possible causes. It characterizes concomitant symptoms, it explains the development and potential effects of mental bulimia. Furthermore it focuses on might-be complications and it suggests potential treatment. It also describes therapies and work with affected ones.

The work describes in detail the treatment which uses cognitive behavioural therapy (CBT). CBT belongs among the most effective therapies and it is a highly developed method. It is a therapy used with food intake failures, specifically with mental bulimia in this work. The treatment is also about a high quality and professional help. The result depends on three crucial facts – patient's attitude to CBT, effort to return to the reality of daily life and ensuring of individual social functioning.