

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

**Bakalářská práce**

**2010**

**Kateřina Prokopová**

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

**Kateřina Prokopová**

**Mentální bulimie a možnosti její léčby se  
zaměřením na kognitivně - behaviorální terapii**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková**

**2010**

Prohlašuji, že jsem tuto práci „Mentální bulimie a možnosti její léčby se zaměřením na kognitivně – behaviorální terapii“ zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 31. 7. 2010

.....

Kateřina Prokopová

Děkuji Mgr. Miroslavě Petřekové za odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost a podporu při vedení mé bakalářské práce. Rovněž děkuji všem, kteří mi při psaní této práce jakkoli pomohli.

# Obsah

Úvod .....	6
<b>1 Poruchy příjmu potravy .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Mentální bulimie.....</b>	<b>14</b>
2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie .....	17
2.2 Příčiny vzniku mentální bulimie .....	19
2.3 Zdravotní komplikace mentální bulimie .....	24
2.4 Psychický a společenský dopad mentální bulimie.....	26
<b>3 Možnosti léčby a péče u osob s mentální bulimií .....</b>	<b>30</b>
3.1 Zdravotnická a psychologická péče.....	32
3.1.1 Farmakoterapie .....	33
3.1.2 Psychoanalytický přístup.....	35
3.1.3 Skupinová psychoterapie.....	36
3.1.4 Svěpomocné skupiny a manuály.....	39
3.2 Sociální práce u osob s mentální bulimií.....	40
3.2.1 Sociální práce.....	41
3.2.2 Sociální práce s duševně nemocnými.....	42
3.2.3 Multidisciplinární tým.....	45
3.3 Vybrané služby pro osoby s mentální bulimií v České republice.....	47
3.3.1 Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií .....	47
3.3.2 Psychiatrické a psychologické služby.....	50
<b>4 Kognitivně – behaviorální terapie.....</b>	<b>57</b>
4.1 Základní rysy kognitivně – behaviorální terapie .....	58
4.2 Struktura kognitivně – behaviorální terapie .....	60
4.3 Role sociálního pracovníka v kognitivně – behaviorální terapii .....	62
4.4 Terapeutický vztah v kognitivně – behaviorální terapii.....	63
<b>5 Kognitivně – behaviorální přístup v léčbě mentální bulimie .....</b>	<b>67</b>
5.1 První fáze léčby.....	69

5.2	Druhá fáze léčby .....	71
5.3	Třetí fáze léčby .....	73
	<b>Závěr .....</b>	<b>75</b>
	<b>Seznam bibliografie .....</b>	<b>77</b>
	<b>Seznam zkratek .....</b>	<b>82</b>
	<b>Příloha .....</b>	<b>83</b>

# Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala problematiku mentální bulimie a její léčby. Jde o poruchu příjmu potravy a využití různých forem psychoterapeutické, zdravotnické a sociální péče poskytované osobám s mentální bulimií. Tuto problematiku jsem si zvolila proto, že je to aktuální téma a léčba i péče se stále vyvíjí. Především v posledních letech, kdy dochází k rozvoji služeb pro tyto osoby, a kdy se na tuto poruchu přestává nahlížet jenom jako na psychiatrickou diagnózu. Osoby s mentální bulimií získávají možnost výběru léčby a péče. Nemusí svoji poruchu tajit ze strachu, že budou označeni za „blázny“ a umístěni do psychiatrických zařízení. Rozvíjí se ambulantní léčba, různé kluby, terapie, sociální služby a je třeba, aby se v tom i nadále pokračovalo.

Mentální bulimie je porucha, která postihuje nejenom tělo, ale i duši. Lidé jí trpí někdy i několik let, ale skrývají ji, protože se stydí za to, jak je nemoc ovládá a ničí jim život. Mentální bulimie často přechází až v chronickou formu, kdy nemocný zvrací zcela automaticky, aniž by chtěl. Mentální bulimie je závažná choroba, ale nemocní jsou oproti osobám s mentální anorexií více motivováni k léčbě a je i vyšší procento zcela vyléčených. Je třeba, aby těmto lidem byla poskytována kvalitní péče a měli možnost výběru léčby i zařízení, kde se chtějí léčit.

Je to velmi složitá porucha, která je multifaktoriálně podmíněná a je třeba k ní přistupovat komplexně. Proto se ve své práci zabývám pouze mentální bulimií. Je to rozsáhlé téma, které si zaslouží velkou pozornost. Mentální anorexii jsem se věnovala ve své absolventské práci<sup>1</sup>, kde jsem se zaměřila především na služby poskytované pro osoby trpící touto poruchou.

Cílem mé práce je zjistit možnosti léčby a péče pro osoby s mentální bulimií a zaměřit se na využití kognitivně – behaviorální terapie při léčbě této poruchy. Moje práce je určena pro studenty sociální práce a pro sociální pracovníky, kteří pracují nebo se mohou dostat do kontaktu s touto cílovou skupinou. Má jim pomoci při rozhodnutí o správném výběru léčby a péče pro osoby s mentální bulimií. A zároveň jim být oporou

---

<sup>1</sup> PROKOPOVÁ, K., *Vybrané služby a péče o jedince s mentální anorexií*. Olomouc: 2010. [Absolventská práce obhájena na CARITAS – VOŠ sociální Olomouc v červnu 2010].

při vykonávání sociální práce, která je nezbytnou součástí práce s lidmi s mentální bulimií.

Bakalářská práce je teoretická a používanou metodou je analýza textu. Při zpracování práce vycházím především z odborné literatury z oblasti psychiatrie, sociální práce, psychologie a psychoterapie. Stěžejní literaturou pro mě jsou knihy od J. Praška, F. D. Krcha a knihy zabývající se mentální bulimií od H. Papežové, P. J. Coopera a L. Halla a L. Cohna. Základním pramenem práce jsou interní a propagační materiály Občanského sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií a informace z jeho webových stránek.

Celá práce je členěna do pěti kapitol. První kapitola pojednává o jednotlivých poruchách příjmu potravy. Jejich rozdělení je dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize. Druhá kapitola podává základní informace o mentální bulimii, příčinách vzniku poruchy, zdravotních komplikacích a psychických a sociálních obtížích u osob s touto poruchou. Ve třetí kapitole se věnuji možnostem léčby a péče u osob s mentální bulimií. Pojednávám v ní o zdravotnické a psychoterapeutické péči, sociální práci u osob s mentální bulimií a o vybraných službách, které jsou pro osoby s mentální bulimií poskytovány v České republice. Čtvrtá kapitola popisuje kognitivně – behaviorální terapii a její základní rysy. Na kognitivně – behaviorální terapii při léčbě mentální bulimie se zaměřuji v páté kapitole.

V práci často užívám při označení osob s poruchami příjmu potravy pojem dívky nebo ženský rod, a to z důvodu, že poruchami příjmu potravy trpí převážně dívky a mladé ženy. V odborné literatuře, která se zabývá poruchami příjmu potravy je užíván také ženský rod a většina autorů pojednává o dívkách nebo ženách s poruchami příjmu potravy.

Ve třetí, čtvrté a páté kapitole velmi často užívám termín klient nebo klientka. Je to ve spojení s psychoterapií a sociální prací, kde se tento termín obvykle užívá.

V textu používám zkratky, PPP – poruchy příjmu potravy, MB – mentální bulimie, MA – mentální anorexie, MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace, DSH – Deliberate self harm – záměrné sebepoškozující chování a KBT – kognitivně – behaviorální terapie.



# 1 Poruchy příjmu potravy

Typickými příznaky poruch příjmu potravy (dále jen PPP) jsou strach z tloušťky, nadměrný zájem o vlastní tělo a jeho hmotnost, narušený postoj k jídlu, odmítání potravy nebo naopak přejídání se a následné zbavování se jídla (zvracení, projímadla). PPP se řadí mezi syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59), které definuje Světová zdravotnická organizace ve své Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10). PPP jsou označeny jako F50 – F50.8. V této kapitole jsou PPP řazeny tak, jak je tomu v MKN-10. O mentální bulimii podávám v této kapitole pouze základní informace, více se na typické psychické a tělesné projevy osob s MB a diagnostická kritéria nemoci zaměřuji v následující kapitole nazvané Mentální bulimie.

PPP jsou charakteristické poruchami myšlení a jednání v postoji k vlastnímu tělu, vzhledu a především k jídlu. Jde o chorobný strach z obezity a dochází k patologickému hodnocení proporcí vlastního těla, které je vnímáno jako rozměrnější a tlustší. Mezi nejrozšířenější poruchy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Jejich rysy jsou velmi podobné, především v narušeném postoji k příjmu potravy.<sup>2</sup>

Často dochází k tomu, že mentální anorexie (dále jen MA) přechází v mentální bulimii (dále jen MB) nebo jsou přítomny záchvaty přejídání. Je to uváděno ve 30 až 40 % případů MA. Lidé trpící MB mají ve své anamnéze, více než v polovině případů, určité období MA.<sup>3</sup>

PPP mohou být chronické. Chronicita nastává po 10 – 15 letech trvání nemoci. Je to dlouhodobé onemocnění, jehož léčba je zdlouhavá a ne vždy dochází k úplnému uzdravení. U 10 – 20 % nemocných přetrvávají symptomy a jejich stav se může i nadále zhoršovat. Obvykle se rozvíjí další psychické a somatické obtíže.<sup>4</sup>

Léčba PPP je složitá, protože každý nemocný má zcela jiné potřeby, které vycházejí z toho proč a jak nemoc vznikla. Mají jiné biologické, psychologické a sociální potřeby. Léčba se snaží změnit nevhodné stravovací návyky, narušené postoje nemocného k sobě samému i k jeho okolí. Důležitou složkou je také zaměření se na

---

<sup>2</sup> Srov. ZVOLSKÝ, P., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 124.

<sup>3</sup> Srov. HAINER, V., *Základy klinické obezitologie*, s. 308.

<sup>4</sup> Srov. tamtéž.

vlivy, které posilují tyto návyky nebo brání jejich změně. Při léčbě se nemocný musí umět ztotožnit s vlastním tělem, přijmout ho takové jaké je a posílit svoje sebevědomí a sebedůvěru. Motivace nemocného k léčbě a k životu samému je velmi těžkým úkolem pro tým pracovníků, který se mu snaží pomoci. Cílem léčby je zvýšit nebo udržet hmotnost nemocného, změnit jeho stravovací návyky, postoje a odvrátit akutní ohrožení života. Pokud je nemocný ve vážném stavu, je podvyživený nebo má závažné zdravotní komplikace, pak je nutná hospitalizace. Hospitalizace je třeba i v případě těžkých depresí, úzkostných stavů, sebepoškozování nebo suicidálního chování.<sup>5</sup>

### **Mentální anorexie**

Jde o úmyslné snížení váhy a hubnutí, které je udržováno nemocným. Vychází to z chorobného strachu ze ztloustnutí a vysokou mírou kritičnosti k vlastnímu tělesnému vzhledu. Přítomna je podvýživa, která má za následek změnu a poruchu metabolických a tělesných funkcí. Nejčastěji se vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen, ale také u dětí a žen až do období menopauzy, výjimečně také u chlapců a mladých mužů.<sup>6</sup>

<sup>7</sup>Počátek této nemoci je nejčastěji mezi 12 až 18 rokem, pouze zřídka se rozvíjí po 30. roku života. Trpí jí 0,5 – 1 % dospívajících a mladých žen.<sup>8</sup> Dívky trpící MA jsou obvykle hezké a chytré a ani zdánlivě nepřipomínají typické „problémové dítě“. Může to být pouze klam. Většinou pochází z dobře situovaných a úplných rodin, ale ne vždy je to podmínkou. Rodiče se více než o to, co dívky prožívají, zajímají o jejich výsledky ve škole, v zájmovém kroužku nebo jak dobře se umístily na posledních závodech v některé ze sportovních disciplín. Dívky touží být milovány nejenom když jsou poslušnou „tatínkovou holčičkou“, ale i ve chvílích, kdy je něco trápí, jsou smutné nebo rozzlobené. Učí je stanovovat si vysoké cíle a vždy být sympatickou společnicí a vynikající studentkou. Rodina dívky učí jen úspěchu a výhrám, už ne těm situacím,

---

<sup>5</sup> Srov. HAINER, V., *Základy klinické obezitologie*, s. 313.

<sup>6</sup> Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených a zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*, s. 221

<sup>7</sup> K. Prokopová – *Vybrané služby a péče o jedince s mentální anorexií*. [práce obhájena na CARITAS – VOŠ sociální Olomouc v červnu 2010], s. 16.

<sup>8</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 467.

kdy člověk prohrává a potřebuje podporu. Dívky trpící MA často podporu v rodině nemají a někdy ji beznadějně hledají.<sup>9</sup>

<sup>10</sup>Poslední studie prokazují, že MA je stále běžnější ve všech sociálních vrstvách. Sice stále platí, že dívky z vyšších společenských vrstev trpí celkově PPP více a začínají s prvními dietami v průměru o rok dříve než dívky z nižších sociálních vrstev, ale jsou prokázány i případy mezi lidmi bez domova. Vyskytuje se mezi nimi jak MA, tak MB. V tomto prostředí vznik PPP souvisí s chaotickým a neuspořádaným životem a sexuálním i fyzickým zneužíváním.<sup>11</sup>

Mezi základní příznaky tohoto onemocnění patří odmítání potravy, ztráta chuti k jídlu, narušené vnímání vlastního těla, nadměrné cvičení, tělesná aktivita, diety a kontrola kalorického přísunu, snižování tělesné hmotnosti až do naprosté vyhublosti, amenorea a mnoho dalších.<sup>12</sup> Amenorea je stav, kdy dochází k vynechávání nebo vymizení menstruačního krvácení u žen, které jsou v období pohlavní zralosti a plodnosti. Amenorea se rozděluje na primární a sekundární. Primární amenorea je stav, když se vůbec menstruační krvácení nedostaví do 18 let. Sekundární amenorea je pak vymizení menstruace u již dříve menstruuující ženy.<sup>13</sup>

<sup>14</sup>Nemocní hubnou a jakémukoliv navýšení váhy se brání. Často se snaží zabránit pouze domnělému ztloustnutí, které je spojeno s dospíváním a vývojem sekundárních pohlavních znaků – typické ukládání tuku, zaobalení boků nebo zvětšení prsou. Nemocní mají narušené vnímání vlastního těla, i přes extrémní vyhublost se vnímají jako obézní. Využívají ke snižování váhy opakované zvracení a laxativa, která podporují vyprazdňování střev, anorektika, která potlačují chuť k jídlu a diuretika, která zvyšují tvorbu a vylučování moči. V průběhu nemoci se u nich skutečně může rozvinout nechutenství (anorexie), ale většina osob s MA pociťuje hlad a právě to, že mu dokáží odolat a dokáží ho ovládnout, jim přináší uspokojení. Může docházet k záchvatům

---

<sup>9</sup> Srov. MALONEY, M., KRANZOVA, R., *O poruchách příjmu potravy*, s. 69 – 71.

<sup>10</sup> K. Prokopová – *Vybrané služby a péče o jedince s mentální anorexií*. [práce obhájena na CARITAS VOŠ sociální Olomouc v červnu 2010], s. 16.

<sup>11</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 47.

<sup>12</sup> Srov. ZVOLSKÝ, P., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 124 – 125.

<sup>13</sup> Srov. Amenorea In VOKURKA, M., HUGO J., *Praktický slovník medicíny*, s. 15.

<sup>14</sup> K. Prokopová – *Vybrané služby a péče o jedince s mentální anorexií*. [práce obhájena na CARITAS – VOŠ sociální Olomouc v červnu 2010], s. 14.

přejídání a následnému zvracení nebo vyvinutí velké fyzické zátěže. Během nemoci dochází k různým tělesným i psychickým změnám, které mohou mít vážné následky. Léčba MA je obtížná, zejména v negativním postoji nemocného k léčbě. V akutním ohrožení života nemocného je nutná hospitalizace s uměle podávanou výživou.<sup>15</sup>

Definice MA podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (dále jen DSM-IV) rozlišuje dva specifické typy anorexie. Je to nebulimický (restriktivní) typ a bulimický (purgativní) typ. Dívky a ženy, které trpí bulimickým typem MA, také zvrací a přejídají se. U těchto dívek a žen, tak může docházet k odlišnému průběhu nemoci. Nejčastěji se to projevuje emoční labilitou, výbušností, zneužíváním drog nebo alkoholu a sebevražednými pokusy. Také mají daleko větší sklony k relapsům<sup>16</sup> nemoci a je u nich nutný odlišný terapeutický přístup.<sup>17</sup>

### **Atypická mentální anorexie**

Jsou zde zařazovány atypické formy mentální anorexie. Znamená to, že některý ze základních symptomů není přítomen. Chybí například strach z obezity, amenorea nebo narušené vnímání vlastního těla. A přesto dochází k odmítání potravy a stálému úbytku váhy. Nesmí však být přítomno žádné jiné somatické onemocnění spojené s hubnutím.<sup>18</sup>

### **Mentální bulimie**

Mentální bulimie je nadměrné přejídání se, které vede k následnému zbavování se potravy pomocí zvracení nebo projímadel. Jedinci trpící MB se velmi zaobírají svým tělem, vzhledem a kontrolou váhy. Často jsou to lidé, kteří mají normální váhu nebo lehkou nadváhu. Většinou může této poruše předcházet kratší nebo dlouhé období MA

---

<sup>15</sup> Srov. Mentální anorexie In VOKURKA, M., HUGO J., *Praktický slovník medicíny*, s. 276.

<sup>16</sup> „Relaps je opětovné objevení se příznaků nemoci, která byla v klidovém období – remise.“ Relaps In VOKURKA, M., HUGO J., *Praktický slovník medicíny*, s. 382.

<sup>17</sup> Srov. HAINER, V., *Základy klinické obezitologie*, s. 306 - 307.

<sup>18</sup> Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených a zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*, s. 221.

nebo obezity. Tato porucha se nejčastěji vyskytuje u mladých a dospívajících dívek, není však výjimkou ani u dospělých žen (u mužů pouze 10 %).<sup>19</sup>

Průběh MB je většinou chronický a nemocní vyhledávají pomoc až po mnoha letech. Důvodem jsou již značné komplikace způsobené touto poruchou, například edémy rukou a nohou, edémy průšních a slinných žláz, zřetelné macerace<sup>20</sup> na hřbetech prstů, kazivost zubů, nauzea, nepravidelná nebo žádná menstruace, závratě, nevykonnost, únava, bolesti břicha, mdloby nebo poruchy elektrolytické rovnováhy.<sup>21</sup>

Mentální bulimie se stejně jako MA dělí na dva specifické typy. Na purgativní typ, kdy nemocný opakovaně zvrací, užívá projímadla nebo léky, které zvyšují tvorbu a vylučování moči a snaží se tak zabránit ztloustnutí. A na nepurgativní typ, kdy nemocný hladoví, drží různé diety nebo vyvíjí extrémní tělesnou aktivitu, ale purgativní metody využívá jen zřídka. Toto rozlišení je dle DSM-IV.<sup>22</sup>

### **Atypická mentální bulimie**

Nemůže být přesně diagnostikována MB, protože chybí některý z průvodních znaků. Například není přítomno narušené vnímání vlastního těla nebo zvýšený zájem o hmotnost. Nemusí se vyskytovat žádné výkyvy nebo snižování váhy, naopak váha může být normální nebo nadměrná.<sup>23</sup>

### **Přejídání spojené s psychologickými poruchami**

Přejídání je reakcí na stresující životní události jako jsou například úmrtí blízké osoby, úraz, nehoda, zármutek, narození dítěte nebo chirurgická operace. Následkem přejídání může být obezita, která nepatří mezi psychické poruchy a není zařazena ani mezi PPP. Může se však stát příčinou některé psychické poruchy, především v případech, kdy je pacient velmi zaměřen na svůj vzhled a nadhodnocuje rozměry

---

<sup>19</sup> Srov. SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 310.

<sup>20</sup> „Macerace je změknutí vzniklé působením tekutiny, vyluhování.“ Macerace In VOKURKA, M., HUGO J., *Praktický slovník medicíny*, s. 265.

<sup>21</sup> Srov. SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 313.

<sup>22</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 19.

<sup>23</sup> Srov. MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených a zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*, s. 222.

svého těla. To může vést k nejistotě v osobních vztazích a k následným poruchám nálady nebo úzkostným poruchám.<sup>24</sup>

### **Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami**

Opakované zvracení se může vyskytovat mimo MA a MB také u disociativních poruch<sup>25</sup>, u hypochondrické poruchy<sup>26</sup> nebo také jako reakce na těžký stres.<sup>27</sup>

### **Jiné poruchy příjmu potravy**

Jiné poruchy příjmu potravy jsou pica a psychogenní ztráta chuti k jídlu. Pica je nutkavé požívání neorganických látek, které se v běžném životě nekonzumují, jde například o hlínu, písek nebo omítku. Pica se vyskytuje pouze u dospělých, u dětí je toto chování spojeno s jejich vývojem a poznáváním světa kolem nich. Psychogenní ztráta chuti k jídlu je odmítání nebo omezení potravy bez prokázání jakékoli somatické nebo funkční příčiny.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Srov. HANUŠ, H., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 194.

<sup>25</sup> „Obvyklými tématy disociativních nebo konverzních poruch jsou částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity a bezprostředních pocitů, a ovládání tělesných pohybů. Všechny typy disociativních poruch mají tendenci opakování po několika týdnech nebo měsících, zvláště jestliže jejich výskyt byl spojen s traumatizující životní událostí.“ Disociativní poruchy In MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize*, s. 214.

<sup>26</sup> „Základním rysem je přetrvávající zabývání myšlenkami, že pacient má jednu nebo více závažných a progresivních somatických nemocí, které se projevují trvalými somatickými potížemi nebo trvalým zabýváním vlastním fyzickým vzhledem. Normální nebo běžné pocity a jevy často pacienti interpretují jako abnormální a zneklidňující.“ Hypochondrická porucha In Tamtéž, s. 217.

<sup>27</sup> Srov. HANUŠ, H., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 194.

<sup>28</sup> Srov. tamtéž.

## 2 Mentální bulimie

*Už od včera pláču a pláču. Mám deprese ze sebe samé. Jsem nevyzpytatelná jako bouře. Jeden den mám úsměv od ucha k uchu a jindy oči oteklé od pláče. Bolí mě, jak jsem neschopná, bez vůle a iniciativy zlepšit svůj život. Vlastně ne zlepšit. Chci žít jako ostatní. Bavít se, smát se, netrápit se ustavičně jídlem, váhou, zvracením. Ano, jsem bulimička, a tak moc už nechci být!*<sup>29</sup>

Mentální bulimie je onemocnění, které je charakteristické opakujícími se záchvaty přejídání, přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a strachem z tloušťky. Po záchvatech přejídání následují výčitky, pocity viny a deprese, které vedou nemocného k rychlému zbavování se jídla pomocí zvracení, užívání projímadel nebo zvýšenou fyzickou zátěží. Často MB předchází epizody MA. Osoby trpící MB si však na rozdíl od nemocných MA uvědomují patologii svého chování a chtějí se MB zbavit.<sup>30</sup>

Název bulimie pochází ze dvou řeckých slov. První je bous, což znamená kráva nebo vůl, a ze slova limos, které znamená hlad nebo hladomor. Již toto označení naznačuje, že MB je onemocnění, kdy lidé mají hlad, stejně jako by hladověli v období hladomoru, a přitom jedí jako kráva, aby tento velký hlad utišili. Dokážou sníst obrovské množství potravy, ale ve strachu z toho, že ztloustnou, jídlo okamžitě vyzvrací.<sup>31</sup> Pojem boulimos byl užíván již Hippokratesem. Označoval jím nezdravý hlad. I další antičtí autoři jako například Aristofanes či Xenofon používali tento pojem pro označení přejídání se v důsledku neovladatelného hladu. Novodobý termín bulimia nervosa je používán od roku 1979, kdy Gerard Russell vydal článek, ve kterém tento termín užil k popisu symptomů třiceti pacientů. Vymezil MB třemi základními kritérii – chorobný strach z tloušťky, neovladatelná chuť se přejídat a následné zvracení jako zabránění ztloustnutí. Tato kritéria převzala i Americká psychiatrická komora a rozšířila je v DSM-III-R. Původní DSM-III, který v roce 1980 označil mentální bulimii jako

---

<sup>29</sup> Jana – *Nějaké řešení být musí*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

<sup>30</sup> Srov. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., A KOL., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, s. 271.

<sup>31</sup> Srov. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, s. 83.

chorobu, byl v roce 1987 v rámci revize zpřísněn v DSM-III-R. DSM-III-R byl po dalších změnách nazván DSM-IV, který platí až dodnes.<sup>32</sup>

V uplynulých třiceti letech se začala MB objevovat daleko častěji. Je dnes jednou z nejběžnějších poruch, se kterými se můžeme setkat v ambulanci psychiatrické praxi. Prevalence tohoto onemocnění je uváděna mezi 1-3% mezi mladými ženami a dívkami. Záchvaty přejídání trpí přibližně 5-10% mladých žen. Muži trpí MB jen výjimečně. Nejčastěji se toto onemocnění začíná projevovat kolem osmnáctého roku věku, ale počátky MB můžeme nalézt i u dívek a žen mezi 10 a 30 rokem života. MB je onemocnění, které se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách a stupních vzdělání.<sup>33</sup>

Život může osobám s MB připadat jako stálý boj mezi potěšením, které mají z jídla a potřebou potlačovat chuť k jídlu. Přejídání se a následné pročišťování, se tak zdá jako vhodné řešení jejich dilematu. Mohou uspokojit svůj hlad a touhu po jídle, ale zároveň si udržují kontrolu nad svojí hmotností a chorobným strachem, který mají z tloušťky. Mnoho osob trpících MB má ve své anamnéze dlouhou bitvu s kilogramy a s udržením, pro ně přijatelné tělesné hmotnosti. Po mnoho let zkouší různé diety, užívají dietní tablety, cvičí nebo hladoví. Některé trpěly nadváhou, a tak se neustále bojí, že opět přiberou. Při přísných dietách, které se střídají s obdobími přejídání, pak často dochází k takzvanému jojo syndromu. To znamená, že kilogramy, které shodily, opět velmi rychle přiberou nazpět. Někdy i více než shodily. Většinou se to pohybuje v rozmezí dvou až šesti kilogramů.<sup>34</sup>

Bulimie nesouvisí pouze s jídlem a touhou po štíhlosti, ale i se zvládnutím stresu, emoční zátěže a krizových situací. Přejídání se a soustředění se na jídlo a problémy s ním spojené, odvádějí pozornost od jiných starostí. Při vyprazdňování se dostavuje příjemný pocit sebekontroly a bezpečí, který dává životu řád a možnost vlastního rozhodnutí jak s ním naložit. Obvykle jsou počátky MB jen nevinným pokusem jak zhubnout, později se toto chování stává únikem před problémy všedních dnů. Osoby trpící MB úzkostlivě tají jakékoliv problémy, které s jídlem mají. Snaží se vypadat přirozeně a tak, že jim jídlo nečiní žádný problém. Stydí se za to, jak moc jim nemoc zasahuje do života, a že se neumějí bránit. Porucha podryvá jejich sebeúctu a ohrožuje jejich život. Obvykle lžou, mlží a kradou. Někteří jsou tak zoufalí, že vybírají jídlo

---

<sup>32</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 18.

<sup>33</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 75 – 76.



z odpadků. Často se cítí jako rozdvojená osobnost, jedna stránka jejich osobnosti s nemocí bojuje a přeje si být zdravá. Druhá stránka nemoc miluje a nedokáže bez přejedení a úžasného pocitu, který se dostavuje po vyprázdnění, žít.<sup>35</sup>

Záchvaty přejídání se nazývají také jako záchvaty vlčího hladu. Během těchto záchvatů je nemocný schopen spořádat obrovské dávky jídla. I nadále je však přítomna touha po štíhlosti a strach z obezity a přibývajících kilogramů. Obvyklý denní režim osoby trpící MB je takový, že ráno a v poledne udržuje svou váhu a příjem jídla pod kontrolou. Odpoledne nebo večer tato kontrola selže a dochází k přejídání. Přejídání může dosáhnout několika násobku doporučeného denního příjmu potravy. Jednorázový příjem může mít energetickou hodnotu pět až deset tisíc kcal a během jednoho dne může dosáhnout až padesáti tisíc kcal. Záchvat přejídání nedokážou zastavit ani když jsou již sytí a nepocítí hlad. Buď vyvolají zvracení nebo vyčerpáním usínají. Záchvaty trvají několik minut nebo také hodin, obvykle max. 2 hodiny. Tyto záchvaty mohou být 1x až 2x do měsíce, ale také několikrát denně. Během záchvatu mohou sníst úplně cokoli, vše co mají doma v lednici nebo co právě nakoupily. Někdy to může být jídlo pro celou rodinu. Kombinace jídel jsou často dost neobvyklé, může jít o sladkosti, uzeniny, sladké nápoje, ale i polotovary.<sup>36</sup>

*Cpala jsem se už od rána v kanceláři, někdy mi bylo tak těžko, že jsem musela zvracet i v práci. Vrhala jsem se na jídlo hned, jak jsem vyšla z obchodu. Během cesty domů nebo do kanceláře jsem byla schopna sníst 20 dkg sekané, 20 dkg sýra, 2 párky, 4 koláče, 4 větrníky, 2 laskonky, 2 jogurty, 2 tatranky, sáček slaných nebo sladkých sušenek a tři rohlíky. Je skutečně pravda, že zvracení podporuje přejídání. Někdy jsem takhle strávila celou sobotu a neděli, ležela sem v posteli a jen jedla. A tloustla. Navíc jsem začala mít problémy s alkoholem.<sup>37</sup>*

---

<sup>34</sup> Srov. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, s. 90 – 91.

<sup>35</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 2 – 3.

<sup>36</sup> Srov. KOUTEK, J., *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. Trendy v medicíně*, s. 40.

<sup>37</sup> *Marta – Bulimie se přistěhovala za mnou*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

Po přejedení následují pocity viny a selhání. Aby tyto pocity potlačily, tak požitě jídlo vyzvrací.<sup>38</sup>

Zvracení je nejčastější metodou zbavování se požitého jídla. Zvracení si vyvolávají prstem, někdy využívají i různé předměty jako například lžici nebo příborový nůž. První pokusy zvracení bývají nesnadné a bolestivé. Postupně se však může zvracení stát spontánním. Dochází k němu i několikrát denně aniž by si ho nemocní sami přáli. Mezi další metody kompenzace přejídání patří diety, užívání laxativ, nadměrná zátěž a cvičení.<sup>39</sup> Na laxativech se mohou stát závislí, někdy dochází k tomu, že bez nich nedokážou normálně vyměšovat. Berou jich velké dávky, od 20 do 200 tablet denně. Využívají i diuretika a klyzma, ty sice nemají na tělesnou hmotnost žádný vliv, ale užívají je především kvůli pocitu kontroly. Někteří nemocní užívají také dietní tablety na snížení chuti k jídlu. Ani ty však nemusejí být vždy účinné.<sup>40</sup>

Mentální bulimie má poněkud příznivější prognózu než mentální anorexie, až 80% nemocných se při komplexní léčbě uzdraví. I přesto až čtvrtina uzdravených má i nadále problémy s jídlem a přetrvávají u nich abnormality ve stravovacích návycích. Léčba je náročná a dlouhodobá. Dosud neexistuje jednotný názor na efektivní způsob terapie. Jde o multifaktoriálně podmíněné onemocnění a jeho léčba by měla probíhat v celém bio-psycho-sociálně-kulturním i spirituálním kontextu. Jde o komplexní přístup se zdůrazněním kognitivně – behaviorálních přístupů.<sup>41</sup> Při léčbě MB se využívají i jiné druhy psychoterapie, avšak žádný z nich není celkově tak účinný jako kognitivně – behaviorální terapie. Po absolvování této terapie se četnost záchvatů přejídání snížila až o 90%. A až dvě třetiny osob s MB se přestanou přejídat úplně. Z farmakoterapie se nejvíce osvědčují antidepresiva.<sup>42</sup>

## 2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie

Termín mentální bulimie poprvé zazněl v článku profesora Russella v roce 1979. Od té doby bylo stanoveno několik různých kritérií, které by měly MB definovat.

---

<sup>38</sup> Srov. KOUTEK, J., Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *Trendy v medicíně*, s. 40.

<sup>39</sup> Srov. tamtéž.

<sup>40</sup> Srov. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, s. 88 – 89.

<sup>41</sup> Srov. HANUŠ, H., A KOLEKTIV, *Speciální psychiatrie*, s. 193.

<sup>42</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 66.

Klíčové termíny však nebyly dostatečně přesně nastaveny, a proto docházelo k nejasnostem, jak v diagnostice nemoci, tak také ve zmapování výskytu onemocnění. Po roce 1987 byla tato kritéria zpřísněna a termíny lépe definovány.<sup>43</sup> Existují dvě základní rozdělení diagnostických kritérií, a to podle DSM – IV Americké psychiatrické asociace a podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace. Znalostí těchto kritérií podle DSM – IV a MKN – 10 získáváme komplexní pojetí typických projevů MB. Každá klasifikace totiž vymezuje diagnostiku MB jiným způsobem a pojednává o jiných typických projevech této nemoci. K přesné diagnostice MB se využívá kritérií dle DSM – IV i MKN – 10.

Diagnostická kritéria MB dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace jsou:

Opakující se epizody záchvatovitého přejídání (binge eating), které jsou charakteristické konzumací velkého množství jídla, které by většina jiných lidí nedokázala ve stejném časovém úseku sníst. A také ztrátou kontroly nad jídlem během přejídání.

Kompenzační metody přejídání, které mají zabránit tloustnutí. Mezi ně patří zvracení, zneužívání projímadel, léků, které zvyšují tvorbu a vylučování moči, diety a hladovění nebo nadměrné cvičení.

Epizody záchvatovitého přejídání by se měly vyskytovat minimálně dvakrát týdně po dobu alespoň tří měsíců.

Sebehodnocení je příliš ovlivněno tělesnými proporcemi a váhou.

Porucha se nesmí vyskytovat pouze v průběhu mentální anorexie.<sup>44</sup>

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN – 10 Světové zdravotnické organizace (F 50.2) jsou:

Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, kdy dochází ke konzumaci obrovského množství jídla během krátkého časového úseku a tyto epizody se vyskytují nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců.

Nepřetržité zabývání se jídlem doprovázené silnou a neodolatelnou touhou po jídle, která je označována jako žádostivost.

---

<sup>43</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 75.

<sup>44</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 19.

Snaha čelit „vykrmuujícímu“ účinku jídla různými způsoby: opakované zvracení, hladovění, užívání dietních tablet na potlačení hladu a chuti, zneužívání projímadel a diuretik, diabetici mohou vynechávat léčbu inzulínem.

Vlastní pocit přílišné tloušťky spojený s velkým strachem z tloustnutí a přibírání dalších kilogramů. Většinou se snaží o snížení váhy pod přiměřenou hmotnost. Může být přítomna v anamnéze epizoda mentální anorexie nebo dlouhodobých diet a intenzivního omezování se v jídle.<sup>45</sup>

František David Krch ve své knize *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním* vymezil tři základní znaky, které jsou třeba k určení diagnózy MB. Tyto znaky vycházejí z diagnostických kritérií podle DSM – IV a MKN – 10. Jsou to:

Opakující se epizody přejídání, u kterých je důležitější subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem než zkonsumované množství. Může se totiž stát, že sní i o něco více než jsou zvyklé, ale už to pokládají za přejedení a snaží se zkonsumovaného jídla okamžitě zbavit.

Nepřiměřená a nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, která se projevuje také opakujícím se zvracením, zneužíváním projímadel a močopudných léků, dietami, hladověním a nadměrným cvičením.

Sebehodnocení závislé na tělesné hmotnosti a vzhledu. Nadměrný zájem o vlastní tělo, váhu a chorobný strach z tloušťky.<sup>46</sup>

## 2.2 Příčiny vzniku mentální bulimie

Příčiny MB jsou multifaktoriální. Je velmi těžké rozeznat původní příčinu, která onemocnění vyvolala. Většinou to nebývá pouze jedna příčina, ale jedná se o souhrn různých faktorů. V pozadí onemocnění nacházíme jak vlivy sociokulturní, rodinné, biologické, tak také individuálně psychologické. Významnou roli zde mají i vlivy společenské jako je například kult štíhlosti, ideál zdraví a krásy nebo zaměření na úspěch a výkon. Tyto hodnoty vyznává západní kulturní systém a onemocnění je zde podporováno i nadbytkem a snadnou dostupností potravy. MB je složité onemocnění, které není spojeno pouze s jídlem. Na to bychom měli pamatovat především při

---

<sup>45</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 19.

<sup>46</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 19 – 20.

zjišťování příčin onemocnění a stanovování vhodné léčby.<sup>47</sup> Ve stručnosti v následujícím textu přiblížím nejčastější příčiny vzniku MB, jsou to ženské pohlaví, současný ideál krásy, tělesná hmotnost a rodinné a genetické faktory. Avšak nikdy nelze jednoznačně říci, že právě tato příčina je ta nejčastější, a ta která MB způsobuje. Příčin je mnoho a doposud neexistuje jasná odpověď na otázku, co MB způsobuje. Mezi další příčiny vzniku MB se řadí životní krizové události, emocionální faktory, diety, menstruace a další.

### **Ženské pohlaví**

Velmi významným rizikovým faktorem pro rozvoj MB je ženské pohlaví. Už samotný fakt být ženou, zvyšuje riziko vzniku MB nejméně desetkrát. Ženské tělo hraje velmi důležitou roli ve společnosti a tělesné proporce se hodnotí jinak u žen a jinak u mužů. V životě ženy i muže má tělo jinou roli a každý mu věnuje jinou pozornost. Ženy vždy více zajímá tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla. Vzhled a krása jsou pro ženy daleko důležitějšími hodnotami než pro muže. Pokud nejsou spokojeny se svým tělem, tak chtějí zhubnout. U mužů je to naopak, ti chtějí přibrat, respektive zesílit.<sup>48</sup> K největším rozdílům ve vnímání vlastního těla, tělesným a psychickým změnám dochází v období puberty a adolescence. Rychlý tělesný růst v období puberty je spojen se zvětšováním tukových zásob a přibýváním kilogramů. Už i dvanáctileté dívky jsou úzkostně zaměřené na své tělo a cítí se být ohroženy nadváhou. V pubertě chlapci sílí a vytahují se, kdežto děvčata se spíše zakulacují. Průměrná tělesná hmotnost dívek přirozeně vzroste mezi 8. a 16. rokem z BMI 16 na 19. V tomto období také prudce klesá spokojenost dívek s vlastním tělem. Ženské pohlaví je spojeno i s požadavky na ženskou roli, které na něj kladou společnost a kultura. Tyto požadavky jsou spojeny s rizikem vzniku PPP.<sup>49</sup>

### **Současný ideál krásy**

Většina autorů spatřuje příčinu rozvoje, nejenom MB, ale celkově PPP v měnící se kultuře, která oslavuje kult štíhlosti, dokonalosti a sebekontroly. Média, televize a módní průmysl rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá. Vše co není štíhlé

---

<sup>47</sup> Srov. KOUTEK, J., Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *Trendy v medicíně*, s. 41.

<sup>48</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 38 – 39.

<sup>49</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 61 – 62.

je špatné a ošklivé. Na štíhlosti stojí fyzická přitažlivost. Sdělovací prostředky nabádají ženy k vyhublosti, která jim zaručí štěstí, krásu a osobní spokojenost. Štíhlost je vyzdvihována jako správná a zdravá. Její zdravotní výhody jsou výrazně přeháněny, kdežto škodlivým následkům diet a omezování se v jídle se věnuje jen velmi malá pozornost.<sup>50</sup>

Média jsou zahlcená na kost vyhublými modelkami, tanečnicemi, herečkami nebo zpěvačkami, které prezentují diety a omezování se v jídle jako něco zcela normálního. Dospívajícím dívkám je to předkládáno jako správný styl života. Vždyť i panenka Barbie, u dívek tak oblíbená hračka, má anorektické tělo, které kdyby bylo skutečné, tak by se daná dívka neudržela na nohou a musela by chodit po čtyřech. V reklamách na diety vystupují ženy a herečky s normální váhou nebo mírnou nadváhou, které samy žádnou dietu nepotřebují. Společnost vnímá štíhlost jako úspěšnou sebekontrolu, chválí ji, vyzdvihuje, a už ji nezajímá jak jí bylo dosaženo.<sup>51</sup>

*Moje sebedůvěra a sebevědomí jsou založeny na hlubokém přesvědčení, že musím být fyzicky atraktivní, to znamená štíhlá. Jestliže přiberu, třeba jenom půl kila, hrozí mi nebezpečí, že budu nepřitažlivá, a pak vidím budoucnost černě. Jsem z toho zoufalá, a tak se snažím jíst co možná nejméně.*<sup>52</sup>

Tlak společnosti na tělesnou štíhlost je v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností těla. Oslabuje sebedůvěru a sebevědomí mladých dívek a žen, které si kladou zcela nerealistické cíle a následují nevhodné vzory. Sociální a kulturní tlaky tak posilují jejich strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a ještě více je nabádají k tomu, aby se věnovaly tělesné hmotnosti a svým proporcím. Tyto postoje snadno vyústí v nadměrnou kontrolu hmotnosti a také v PPP. Narušené vzory chování a nevhodné jídelní návyky se tak stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 40.

<sup>51</sup> Srov. PAPEŽOVÁ, H., *BULIMIA NERVOSA*, s. 19.

<sup>52</sup> COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 33.

<sup>53</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 60.

## **Tělesná hmotnost**

Většina osob trpících MB váží o trochu více, než je průměrná přirozená váha. Necelá polovina osob s MB má před vznikem onemocnění i určitou nadváhu. Lidé s nadváhou mají větší náchylnost k nevhodným jídelním návykům a tato náchylnost může přispět i ke vzniku MB.<sup>54</sup>

Mentální bulimie je spojena se strachem z tloušťky. Tento strach je nejsilnější především v období tělesných změn jako je dospívání, kdy se tělo zakulacuje nebo v těhotenství. S rostoucí tělesnou hmotností roste i nespokojenost s vlastním tělem a se sebou samým. V té chvíli často nastupují redukční diety, hladovění nebo MB. Významnou roli při vzniku MB hraje distribuce tělesného tuku. Spokojenost s vlastním tělem klesá. Zvyšuje se riziko vzniku MB především u žen jejichž tělesný tuk se nejvíce ukládá na hýždích, stehnech a bocích. Tyto ženy přikládají „ideální“ tělesné hmotnosti a štíhlosti větší hodnotu než jiné ženy a spojují je se sebevědomím a pocitem štěstí. Při jojo syndromu dochází k rychlejšímu usazování tuku.<sup>55</sup>

## **Rodinné a genetické faktory**

Osoby trpící MB často pochází z rodin, kde nebyly dostatečně naplňovány fyzické, emoční nebo duchovní potřeby jejich členů. Komunikace mezi jednotlivými členy bývá na nízké úrovni a citové zázemí není dostačující, nikdo se nezajímá o to, co cítí ten druhý a verbální vyjádření citů v těchto rodinách nebývá zvykem. Rodiče se o děti mnohdy moc nestarají, dávají jim volnost a oceňují, že jsou brzy soběstačné a rychle dospívají.<sup>56</sup>

Pro rodiny, kde se rozvine MB u některého z členů, je charakteristický nedostatek péče a empatie. Více než 40% osob s MB pochází z rozvrácených rodin. Nedostatečná péče a láska v dětství ovlivňuje i dobu vzniku MB. U dívek, které jako děti, trpěly citovou deprivací, propukla MB daleko dříve. V těchto rodinách je rodiče nikdy nevedli ke správným jídelním návykům, nejedli společně a pravidelně, nestarali se o jejich správnou životosprávu. V okamžiku propuknutí MB a problémů s ní

---

<sup>54</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 53.

<sup>55</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 62.

<sup>56</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 6.

spojených, nejsou obvykle schopni přiměřeně spolupracovat a reagovat na potřeby svého dítěte.<sup>57</sup>

V rodinách s MB se často vyskytují i negativní a rizikové faktory. Mezi tyto faktory patří především přítomnost afektivní poruchy, alkoholismus, obezita, PPP nebo nedostatečná péče v dětství spojená se spory a hádkami, zanedbáváním nebo fyzickým či sexuálním zneužíváním. Alkoholismus rodičů v souvislosti s rozvojem poruchy byl prokázán až u 24% osob s MB a deprese rodičů až u 23% osob s MB.<sup>58</sup>

*Bulimie a s ní spojené problémy, které mě dovedly až na psychiatrickou kliniku, mají pravděpodobně kořeny už v mém dětství a dospívání. Nesnažím se tím omluvit, ale spíš pochopit, proč právě já podlehla této nemoci. Byla jsem jedináček a moji rodiče byli alkoholici. (...) Na jedné straně jsem je milovala, bránila proti všem ostatním, snažila se být nejlepší a dokonalá, abych získala jejich lásku. Na druhé straně jsem je nenáviděla, styděla se za ně, trápila jsem se, protože jsem byla stále sama a také proto, že jsem je vůbec nezajímala.<sup>59</sup>*

Velmi důležité u osob s MB je naučit se dodržovat správný jídelní denní příjem. Většinou to dívky ze svých rodin neumí a jsou ovlivněny nesprávnými nebo chaotickými jídelními návyky. Velký vliv mají i členové rodiny, kteří například nedodržují správný jídelní řád, který je spojen s onemocněním diabetes mellitus, drží diety a hladovky nebo si sami prošli PPP.<sup>60</sup> Dle populační studie Krcha a Drábkové z roku 1998 realizované na více jak 1200 studentech středních škol, dívky s narušenými jídelními postoji uváděly obezitu a diety ve svých rodinách. Dietu drželo 48,5% matek, 11,5% otců a 22,8% sourozenců těchto dívek.<sup>61</sup>

Genetický podíl při vzniku MB je 35 – 83%. Genetická dispozice může spočívat i v dědění některých povahových rysů jako například úzkost, deprese, citlivost na stres a

---

<sup>57</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 67.

<sup>58</sup> Srov. tamtéž.

<sup>59</sup> PAPEŽOVÁ, H., *BULIMIA NERVOSA*, s. 21.

<sup>60</sup> Srov. tamtéž.

<sup>61</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 68.



další. Určité povahové rysy pak mohou být pro vznik onemocnění rizikové. Pokud tyto rysy má osoba ženského pohlaví, riziko se ještě zvyšuje.<sup>62</sup>

### 2.3 Zdravotní komplikace mentální bulimie

Mentální bulimie je dlouhodobá nemoc. Někdy trvá několik měsíců, jindy několik let. Nemocní dokážou svoji nemoc dlouho tajit. Stydí se za ni a nechtějí, aby se o ní někdo z jejich blízkých dozvěděl. Často nemoc prozradí až zdravotní komplikace. Záleží na odolnosti organismu, podle toho se zdravotní komplikace způsobené MB u některých projeví po několika měsících, u jiných až po mnoha letech zvracení a přejídání. Léčba MB je zdoluhavá a vyžaduje odbornou pomoc.<sup>63</sup>

Život osob s MB ohrožují opakující se záchvaty přejídání, zvracení, užívání projímadel a diuretik, diety a hladovění a také nevyvážená strava. Všechny tyto procesy tělo vyčerpávají a působí na kvalitu života nemocného. Nemocní často zdůvodňují své chování škodlivostí nezdravých jídel, přejídáním a nadváhou. Mnohem nebezpečnější jsou však zdravotní následky z nedostatečné výživy.<sup>64</sup>

Zdravotní následky opakovaného přejídání a zvracení jsou dosti dramatické. Opakované zvracení vystavuje tělo a jeho organismus velké námaze a hladovění ubírá živiny z vlastních orgánů a svalové tkáně. Až po několika dnech hladovění teprve začíná tělo zpracovávat zásoby tuku. To zatěžuje především játra, v nichž jsou uloženy zásoby glukózy, které tělo nutně potřebuje.<sup>65</sup>

Přejedení obvykle vyvolá velmi nepříjemný pocit plnosti a nadmutosti. Plnost často vede ke ztrátě dechu a dýchavičnosti. Roztažený žaludek tlačí vzhůru na bránici, a tím překáží dýchání. Přejedení může vyvolat akutní bolest v břišní krajině, výjimečně může dojít k poškození žaludeční stěny. Obvyklé jsou pocity nevolnosti, plynatost, zácpa nebo průjem.<sup>66</sup>

---

<sup>62</sup> Srov. PAPEŽOVÁ, H., *BULIMIA NERVOSA*, s. 21.

<sup>63</sup> Srov. ČERNÁ, R., *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*, s. 11.

<sup>64</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 28.

<sup>65</sup> Srov. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R., *O poruchách příjmu potravy*, s. 91.

<sup>66</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 28.

Při zvracení působí nadměrně žaludeční šťávy, které mohou v žaludku zapříčinit vznik zánětů a žaludečních vředů.<sup>67</sup> Při opakovaném zvracení po mnoho let může dojít k ochabnutí svěrače jícnu a dochází k navrácení obsahu žaludku zpět do úst. Rizikem je ruptura jícnu, která vyžaduje okamžitý lékařský zákrok.<sup>68</sup> Vyskytuje se i pankreatitida, což je zánět slinivky břišní. Je to náhlé a těžce probíhající onemocnění s velkou bolestí břicha, horečkou a zvracením.<sup>69</sup> Funkce ledvin je zpomalena, může dojít až k jejich trvalému poškození. Přítomná bývá dehydratace, která je způsobena častým zvracením.<sup>70</sup>

Projímadla a diuretika narušují vnitřní rovnováhu tělesných tekutin a solí. Projímadla způsobují vážné potíže v oblasti tlustého střeva, poškozují střevní stěnu a vstřebávání bílkovin.<sup>71</sup> Časté užívání projímadel může způsobit předráždění nervových zakončení ve střevech, potlačit jejich aktivitu a snížit stažlivost střev. V případě častého zneužívání klyzmatu dochází k úbytku ochranného sekretu střevní stěny a může to vést ke střevním infekcím. Svalové napětí tlustého střeva může vymizet a střevo pak není schopné kontrakce. Při dlouhodobém užívání laxativ se dostávají bolesti v oblasti konečníku. Hrozí vznik střevních nádorů.<sup>72</sup> Ukončení užívání laxativ může být obtížné. Tělo si vytvoří závislost a bez nich pak již nedokáže samo přirozeně vyměšovat. Pro tělo vysazení laxativ znamená šok a reakcí bývá zácpa a zadržování vody. Zadržování vody se dostavuje i po vysazení léků na odvodnění.<sup>73</sup>

Opakující se zvracení způsobuje poškození krku. Je to spojeno s procesem, kdy nemocný vyvolává zvracení pomocí různých předmětů, které krk zraní. Někdy tento proces může být náročný a bolestivý. Zranění krku často krvácí a velmi rychle se pak do rány dostává infekce. Důsledkem těchto infekcí a zranění krku, může být chraplavý hlas.<sup>74</sup> Mezi nepříjemné důsledky zvracení patří otoky slinných žláz, které způsobují kulatý a opuchlý obličej. Tento jev si osoby s MB vysvětlují jako známku váhového

---

<sup>67</sup> Srov. *Stručně o mentální bulimii*. [Propagační materiál Občanského sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexii a bulimii, Brno, (nestránkováno)].

<sup>68</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 47.

<sup>69</sup> Srov. Pankreatitida In VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, s. 320.

<sup>70</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 29.

<sup>71</sup> Srov. tamtéž, s. 30.

<sup>72</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 28.

<sup>73</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 48.

<sup>74</sup> Srov. tamtéž, s. 47.

přírůstku a mohou na něj reagovat dalším zvracením a hladověním. Otoky se vyskytují až u třetiny nemocných.<sup>75</sup> Při zvracení dochází k erozi zubní skloviny, především na vnitřní straně zubů. Poškození způsobují žaludeční šťávy, a také opakované čištění zubů. Během čištění se, kvůli přítomnosti kyselin v ústech, zuby velmi obrušují a dochází tak k jejich nezvratnému poškození.<sup>76</sup>

Přílišné užívání laxativ a diuretik může vést k velmi závažné poruše jako je narušení elektrolytové rovnováhy a k srdeční arytmii<sup>77</sup>. Nízká hladina draslíku vyvolává vážné nepravidelnosti srdečního tepu, kdy může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě. Dostavit se mohou i různé neurologické komplikace jako například křeče, závratě, ztráta vědomí nebo stavy zmatenosti.<sup>78</sup>

Mezi další nepříjemné zdravotní komplikace a projevy MB patří spavost, svalová slabost a celková únava. Dále zažloutlá, praskající pleť a řídké, lámající se vlasy. Přítomný může být i exantém nebo-li kožní vyrážka. Vyskytuje se i oslabení celkové obranyschopnosti organismu.<sup>79</sup>

U osob s MB se často projevují i další onemocnění jako je diabetes mellitus, cystická fibróza<sup>80</sup>, zánětlivá onemocnění střev, Crohnova nemoc<sup>81</sup> nebo onemocnění štítné žlázy.<sup>82</sup>

## 2.4 Psychický a společenský dopad mentální bulimie

*Dnes je mi 23 a je to šest let, co zvracím. Moje váha pořád kolísá. Mám deprese, často pláču, straním se lidí, mužům nevěřím žádné slovo, co se nějakých citů týče. Sobě*

---

<sup>75</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 29.

<sup>76</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 47.

<sup>77</sup> „Arytmie je porucha srdečního rytmu, způsobená postižením převodního systému řídicího srdeční činnosti. Jde o poruchy někdy zcela nevýznamné, jindy však život ohrožující.“ Arytmie In VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, s. 45.

<sup>78</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 94.

<sup>79</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 29.

<sup>80</sup> „Cystická fibróza je dědičné onemocnění žláz se zevní sekrecí. Porucha se projevuje zejména v plicích.“ Cystická fibróza In VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, s. 81.

<sup>81</sup> „Crohnova nemoc je zánětlivé střevní onemocnění, které postihuje různé úseky střeva, obvykle konečnou část tenkého střeva. Stěna střeva je ztlustělá a celá prostoupená zánětem. Vytvářejí se v ní vředy, píštěle, abscesy, průsvit střeva se zužuje.“ Crohnova nemoc In Tamtěž, s. 79.

*nevěřím vůbec. Jsem na sebe hrozně naštvaná. Mám problémy s pletí, s žilami, se zuby, často je mi zima a nemám žádnou energii. Špatně spím, odmítám jakoukoli zábavu a jsem protivná na lidi, které mám ráda. Odháním od sebe hlavně muže, protože si myslím, že kdyby poznali mé pravé já, tak by mě hned pustili k vodě.*<sup>83</sup>

Osobnostní rysy osob s MB jsou spojeny především s pocity nejistoty, bezmocnosti a úzkosti. Mají nízké sebehodnocení a jsou závislé na názoru jiných lidí. Chtějí dosáhnout společensky uznávaného ideálu, který pro ně znamená důležitou životní hodnotu. Typickými projevy jsou impulzivita a neschopnost sebeovládání. Obrovský důraz kladou na sebekontrolu, která na rozdíl od osob s MA je pro ně nedosažitelná. To v nich vyvolává pocity studu, viny a vzteku. Jsou zvýšeně sebekritické a často se obviňují z toho, že nedokážou ovládnout svoji touhu po jídle a následném pročišťování. Nemají dostatečně silnou vůli. Cítí se bezmocné a „zhnusené“ z vlastního jednání a života. Obvykle je opětovné selhání spojeno s depresí a úzkostí. Kvůli nemoci a své domnělé tloušťce se straní lidem a zanedbávají své dřívější zájmy i povinnosti.<sup>84</sup>

Většina osob s MB prožívá pocity izolace a nejistoty, změny nálad, smutku, plačtivosti, nenávisti sebe sama a strachu z budoucnosti. Nedokážou se vyrovnat s negativními reakcemi a nesouhlasem od okolí. Nejsou schopny říkat „ne“ a mají nízké sebevědomí. Hodnocení sebe sama je založeno na vlastní hmotnosti, vzhledu a kráse. Jsou neustále provázeny obrovským strachem z tloušťky a z toho, že se budou záchvaty přejídání opět opakovat. Jsou nadměrně vztahovačné a vzrůstá jejich zájem o vlastní osobu a problémy, nebo-li egocentrismus. Dochází ke konfliktům s okolím, příbuznými, přáteli nebo rodiči.<sup>85</sup>

Osoby s MB si často vytvářejí systém pevných přesvědčení, z nichž pak vycházejí a vyvozují další zhoubné závěry. Jde například o přesvědčení, že mít mohutné tělo je známkou selhání a nestřídmost je známkou slabosti. Tento systém různých

---

<sup>82</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 28.

<sup>83</sup> *Jana – Nějaké řešení být musí*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

<sup>84</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *O poruchách příjmu potravy. Propsy*, s. 7.

<sup>85</sup> Srov. *Stručně o mentální bulimii*. [Propagační materiál Občanského sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexii a bulimii, Brno, (nestránkováno)].

přesvědčení a hodnot je nutí zůstat v bludném kruhu, kde se stále zaobírají pouze negativními myšlenkami. Myšlení je zaměřeno pouze na jídlo a hmotnost, a kvůli tomu pak nedokážou vnímat na nic jiného.<sup>86</sup>

Běžný společenský život se většinou odehrává kolem jídla. Při setkání s přáteli se navštěvují restaurace nebo se zvou na posezení domů na oběd, večeři nebo grilování. Rodiny se scházejí při běžných i svátečních příležitostech u jídla. Všechny tyto situace jsou pro osoby s MB velmi náročné a ve většině z nich vyvolávají obavy a strach. Obvyklou reakcí je snaha se takovým situacím vyhnout. Dochází tak ke ztrátě obvyklého společenského života a může to vyústit až v sociální izolaci nemocného.<sup>87</sup>

Mentální bulimie značně narušuje i rodinný život nemocného. Partner osoby s MB je vystaven častým změnám nálad, výbuchům vzteku a zvýšené podrážděnosti. Stejným způsobem jsou ovlivněny i děti. Rodinný a společenský život je závislý na aktuálním průběhu nemoci. Společné stravování je zdrojem konfliktů, problémů a nemocným činí velké obtíže.<sup>88</sup>

Nejistota a nízké sebehodnocení značně přispívají k rozvoji deprese. Osoby s MB jsou závislé na hodnocení vlastní postavy, hmotnosti a jejich nálada se odvíjí od toho, zda se přejedly, přibraly nebo ubraly na váze. To je velmi náročné a důsledkem mohou být depresivní příznaky jako například podrážděná apatie, pocity viny nebo beznaděje. Jejich pocity jsou spojeny s tím, že nedokážou zhubnout, jak by si přály, nebo že nedokážou zcela kontrolovat příjem potravy. Nenávidí se za to, jsou si odporné a prožívají silnou frustraci. Často se vyskytují při tomto onemocnění sebevražedné pokusy.<sup>89</sup>

Nemocní se po delší době přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, které jsou spojené s jídlem a jeho příjmem. Ztrácí se regulační funkce a na pocity hladu, sytosti nebo chuti se už nelze zcela spoléhat.<sup>90</sup> Další velkou starostí osob s MB je financování jejich jídelních návyků. Opakované záchvaty přejídání jsou finančně velmi nákladné a nemocného mohou přivést do finančních problémů. Jídlo mohou brát ze

---

<sup>86</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 31.

<sup>87</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovitě přejídání*, s. 43.

<sup>88</sup> Srov. tamtéž, s. 44.

<sup>89</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 32.

<sup>90</sup> Srov. tamtéž, s. 33.

společných rodinných zásob nebo jej krást v obchodech. To vede ke konfliktům s rodinou i známými a může dojít až k trestnému stíhání.<sup>91</sup>

Sexuální projevy bývají narušené, ať se jedná o promiskuitu nebo o úplné odmítání sexuální aktivity. Vyskytuje se strach z partnerských vztahů. Přítomen je často alkoholismus, zneužívání drog, krádeže, lhaní, sebepoškozování nebo sebevražedné pokusy.<sup>92</sup>

Záměrné sebepoškozující chování (deliberate self harm, dále DSH) se vyskytuje u 64% těžkých forem PPP a u mírnějších forem v 35%. Celkově u 46% osob s PPP lze nalézt některou z forem DSH. U osob s MB, které při vyprazdňování užívaly laxativa se DSH vyskytuje v 41%. Nejčastěji jde o řezání se, pálení se a vytrhávání vlasů. Sanson a kolektiv zjišťovali ze vzorku 1211 ambulantních pacientů s MB prevelaci DSH (včetně sebevražedných pokusů) a užívání alkoholu. DSH bylo zjištěno u 23% ambulantních pacientů a u 39% hospitalizovaných pacientů. Alkohol zneužívalo 53% osob s MB.<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 44.

<sup>92</sup> Srov. SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 313.

<sup>93</sup> Srov. MALÁ, E., Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. In RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., POŘADATELÉ, *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*, s. 114.

### 3 Možnosti léčby a péče u osob s mentální bulimií

Následující kapitola je věnována možnostem léčby a péče u osob s MB. První část je zaměřena na zdravotnickou a psychoterapeutickou péči, která je nezbytnou součástí komplexní péče o osoby s MB. Uvedené formy péče jsou užívány jak při ambulantní léčbě, tak při hospitalizaci. Jsou velmi často využívanými druhy léčby pro osoby s MB. Jejich základní znalost je důležitá pro správné určení péče, a intervenci dalšího odborníka nebo služby. Druhá část kapitoly popisuje sociální práci u osob s MB. Jde o významnou součást komplexního pojetí poruchy, kdy role sociálního pracovníka může být v některých situacích nezastupitelná. Sociální práci a jejím službám je, při léčbě MB, stále věnována malá pozornost. Registrované sociální služby pro tuto cílovou skupinu jsou v České republice nedostačující. Proto poukazují na význam sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který se PPP zabývá. A na sociální práci s duševně nemocnými, kdy tato forma spolupráce je pro klienty s MB často příjemná a nejméně omezující. Třetí a poslední část kapitoly, je věnována vybraným službám pro osoby s MB. Část poukazuje na možnosti využití léčby a péče o osoby s MB v České republice a na možnost výběru služeb pro konkrétního klienta.

Zbavit se MB trvá různě dlouhou dobu, je to zcela individuální a záleží na každém jedinci. Některé osoby dokážou přestat ze dne na den, jiným to může trvat několik měsíců i let. Během té doby se snaží napravit škody a vyřešit problémy, které MB v jejich životě napáchala. Rozhodnutí vyléčit se z MB je jako otevřít Pandořinu skříňku. Uvnitř jsou ukryty problémy, kvůli kterým MB vznikla, a ty problémy, které sebou později přinesla. Všechny tyto problémy je nutné vyřešit.<sup>94</sup>

Léčba mentální bulimie bývá příznivější než léčba mentální anorexie. Spolupráce s nemocnými MB je lepší, proto že si uvědomují, že přejídání a zvracení není normální a přirozené. Proces přejídání a následného pročišťování je pro ně psychicky i fyzicky velmi náročný. Nechtějí být již tak slabí a nemoci stále podléhat. Základem pro vyléčení MB je změna narušených postojů, které mají nemocní ke svému tělu, k sobě samým a k jídlu. Nezdravých jídelních návyků se postupně zbavují díky

---

<sup>94</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 36.

úpravě jídelního režimu, kdy je doporučováno jíst pravidelně, nejméně pětkrát denně přiměřené porce, dostatečně se hýbat a učit se mít rád své tělo.<sup>95</sup>

Někteří odborníci nesouhlasí s názorem, že MB lze zcela vyléčit. Jsou přesvědčeni o tom, že MB je formou závislosti a abstinence je jedinou možností jak předejít relapsu. Domnívají se, že některé typy jídla spouštějí reakce vedoucí k přejídání. Stejně jako u alkoholismu není vyléčení možné, protože i přes vymizení bulimického chování, sklon k MB zůstává. V tomto případě bychom museli hovořit o trvalé léčbě nemoci.<sup>96</sup>

Na léčbě MB se podílí multidisciplinární tým, který se skládá z různých odborníků jako je například psychiatr, psycholog, gynekolog, stomatolog, internista, endokrinolog, nutriční specialista nebo sociální pracovník. Jde o komplexní individuální přístup, který se zaměřuje na jednotlivé potřeby nemocného a přistupuje k němu jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti. Při stanovování léčebného postupu se přihlíží k somatickému a psychickému stavu nemocného a také ke stupni jeho zralosti.<sup>97</sup>

Osoby s MB mohou být léčeny ambulantně nebo hospitalizací na psychiatrických odděleních. Hospitalizace trvá obvykle 1 – 2 měsíce. Léčba dosahuje lepších výsledků a je účinnější u nemocných, kteří jsou k léčbě motivováni. Během hospitalizace na psychiatrických odděleních se dává přednost právě jim. Systém péče během hospitalizace je založen na režimové léčbě a vychází z biopsychosociálního chápání MB. Oddělení funguje na principu terapeutické komunity.<sup>98</sup>

Většina osob s MB je léčena ambulantně. Hospitalizace bývá nutná v případě sebevražedného chování, nebo při závažných, život ohrožujících somatických komplikacích.<sup>99</sup>

---

<sup>95</sup> Srov. ČERNÁ, R., *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*, s. 11.

<sup>96</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 38.

<sup>97</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 288.

<sup>98</sup> Srov. tamtéž.

<sup>99</sup> Srov. tamtéž.



### 3.1 Zdravotnická a psychoterapeutická péče

Doposud neexistuje jednotná léčba MB, která by pomohla všem nemocným. Vždy je to individuální a záleží na každém jedinci, která z daných metod či terapií mu pomůže. Je proto důležité nevzdávat se po prvním neúspěchu, ale zkoušet hledat stále nové alternativy.

Základním cílem léčby je navození normálního stravovacího režimu a odstranění psychopatologických a somatických následků přejídání, podvýživy a zvracení. Z psychoterapeutických přístupů se pracuje především s metodami kognitivně – behaviorální terapie, kde se klade důraz na specifický a důsledný režim. Důležitou roli hrají různé relaxační a pracovní terapie a práce s motivací nemocných. Psychoterapie využívá především verbální a neverbální komunikaci, ale také další techniky jako například malbu, hudbu, práci nebo doteky.<sup>100</sup>

Při základní psychosomatické péči je nutné osoby s MB informovat o povaze nemoci a motivovat je k odborné psychoterapii. Je potřebné jim nabídnout poradenství s ohledem na správnou výživu a pravidelný jídelní režim. Pomoci jim se naučit jíst ve společnosti a ukončit období hladovění. Každá dívka by si měla vést stravovací deník, kde si zaznamenává své chování, myšlenky a pocity, které pociťuje při jídle i při zvracení. Postupně je nutné se snažit napravit následky přejídání a zvracení. Upravit nerovnováhu minerálů, zamezit užívání diuretik a vysadit projímadla. Jde o spolupráci mezi lékařem, který zajišťuje somatickou péči a snaží se odstranit zdravotní komplikace, které MB způsobila, a psychiatrem nebo psychoterapeutem, kteří se starají o psychické zdraví nemocného.<sup>101</sup>

V následujících podkapitolách se zabývám jednotlivými druhy léčby a péče o osoby s MB. Nejdříve se věnuji farmakoterapii, která je důležitou složkou léčby MB, především pokud se vyskytují depresivní a úzkostné projevy. Farmakoterapie má lepší výsledky v léčbě osob s MB než s MA. Dále se zaměřuji na psychoanalytický přístup, který se zabývá více problémy osobnosti nemocných než vlastními příznaky nemoci. Pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. V podkapitole 3.1.3 se věnuji skupinové psychoterapii, která je součástí mnoha

<sup>100</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s.288.

<sup>101</sup> Srov. TRESS, W., KRESSE, J., OTT, J., *Základní psychosomatická péče*, s. 143.

programů pro nemocné s PPP, pro jejich přátele a rodinu. V těchto skupinách se nemocní setkávají s lidmi, kteří mají stejné problémy a řeší stejnou situaci jako oni. Často konfrontace s tím, že v dané situaci nejsou sami, může být velmi užitečná a dodává jim potřebnou motivaci a podporu. Poslední typ léčby, kterým se zabývám v kapitole věnované Možnostem léčby a péče u osob s mentální bulimií jsou svépomocné skupiny a manuály. Tento typ léčby je určený pro motivované jedince a při léčbě MB se ukazuje jako účinný.

### 3.1.1 Farmakoterapie

Vývoj psychofarmakologické léčby MB byl mnohem rychlejší a úspěšnější než u MA. Pokusy v léčbě MB antidepresivy se ukázaly jako velmi pozitivní a efektivní. Proto jsou antidepresiva v posledních letech stále více využívána. Farmakoterapie společně s psychoterapií tvoří komplexní terapii. Podle studií, kombinace těchto terapeutických postupů, má nejlepší léčebné úspěchy. Jako nejefektivnější se jeví kombinace dlouhodobé systematické psychoterapie a intenzivní, relativně krátkodobé farmakoterapie.<sup>102</sup>

*Užívám Parnate (inhibitor MAO), který změnil můj život. Díky němu mám normální náladu a nemusím se přejídat. Terapie spolu s medikací je samozřejmě ideální kombinací, takže se snažím pracovat na sobě i v tomto směru. Myslím si totiž, že jedno bez druhého by asi nestačilo.<sup>103</sup>*

Farmaka jsou ordinována velké části nemocných MB během ambulantní léčby nebo hospitalizace, jen opravdu malá část je léčena zcela bez medikace. Jednotný lék na MB neexistuje, proto léky ovlivňují spíše příznaky nemoci než její podstatu.<sup>104</sup> Významným činitelem při volbě vhodné farmakoterapie je individuální rozhodnutí založené na profesionální edukaci, úrovni vědomostí, znalostí a zkušeností z odborné praxe. Vždy záleží na konkrétním případě, všechna farmakologická doporučení v případě PPP jsou pouze všeobecná a pomocná. Oprávněnou osobou pro tento způsob

<sup>102</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 154 – 158.

<sup>103</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 40.

<sup>104</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*, s. 117.

léčby MB je pouze psychiatr nebo lékař na specializovaných jednotkách pro PPP. Léky jsou vydávány na lékařský předpis a je nutné dodržovat doporučené denní dávkování.<sup>105</sup>

Při stanovování léčby farmaky je nutné respektovat přesnou diagnózu a stádium rozvoje poruchy. Jiná léčba se podává v akutním a jiná v chronickém stádiu nemoci, nebo pokud se snažíme předejít relapsu. V akutním stádiu se zaměřuje léčba na rychlé zlepšení somatických problémů nebo bazálních příznaků jako například strach z obezity nebo regulace pocitu hladu. Při dlouhodobé léčbě se zaměřuje na udržení celkového zlepšení a prevenci relapsu.<sup>106</sup>

Nejčastěji jsou využívána psychofarmaka, léky určené k nutriční podpoře jako například různé vitamíny a minerály nebo gynekologická medikace, která je podávána při amenoree<sup>107</sup> nebo nepravidelné menstruaci.<sup>108</sup>

Psychofarmaka ovlivňují psychické příznaky, z nichž nejčastější a nejdůležitější je depresivní syndrom. Proto při léčbě MB mají velký význam antidepresiva. Prokázaly pozitivní vliv na nemocné MB. Po několika týdnech léčby antidepresivy se u 50 – 60% nemocných snížil počet záchvatů přejídání. Snížilo se užívání laxativ i diuretik. Dostavila se lepší nálada nemocných a klesla míra obav z tloustnutí a jídla.<sup>109</sup>

Při léčbě MB psychofarmaky je však nutné postupovat velmi opatrně a uvědomovat si, že mohou nastat nežádoucí vedlejší účinky, které by mohly vyvolat nepříjemné komplikace. Jako například suchost sliznic, nauzeu, zvracení, průjmy, zácpu, tachykardii<sup>110</sup>, hypotenzi<sup>111</sup> nebo třes.<sup>112</sup>

---

<sup>105</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 157.

<sup>106</sup> Srov. tamtéž, s. 158.

<sup>107</sup> „Amenorea je vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti. Jako primární amenorea se označuje stav, kdy se nedostaví první menstruace do 18 let, jako sekundární amenorea vymizení krvácení u již dříve menstrující ženy.“ Amenorea In VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, s. 29.

<sup>108</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*, s. 117.

<sup>109</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*, s. 44.

<sup>110</sup> „Tachykardie je zrychlení srdeční činnosti (zvýšení frekvence srdečních stahů).“ Tachykardie In VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, s. 423.

<sup>111</sup> „Hypotenze je nízký tlak krve. (...) Výrazný pokles tlaku krve zhoršuje prokrvení řady důležitých orgánů, zejména mozku, ledvin i srdce samotného.“ Hypotenze In Tamtéž, s. 183.

<sup>112</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 157.

### 3.1.2 Psychoanalytický přístup

Psychoterapeutická péče je zaměřena na duševní zdraví jedince. Společně se zdravotnickou a sociální péčí tvoří komplexní léčbu PPP. Při léčbě MB se nejčastěji využívá psychoedukace, kognitivně – behaviorální terapie, psychoanalytických přístupů, svépomocných skupin a manuálů, skupinové psychoterapie a různých druhů relaxačních a pracovních terapií. Kognitivně – behaviorální terapie je při léčbě MB obvykle užívána a výsledky její léčby jsou velmi pozitivní. Proto se kognitivně – behaviorální terapii věnuji ve čtvrté kapitole a použití této terapie, při léčbě MB, v páté kapitole.

Psychoanalytickou psychoterapii řadíme do hnutí hlubinné psychoterapie. V současné době zahrnuje řadu přístupů, které jsou psychoanalýzou značně ovlivněny, a je tvořena širším proudem. Mezi autory patří výrazné osobnosti, které mají psychoanalytický výcvik.<sup>113</sup>

Základní rozdělení psychoanalytické terapie je krátkodobá, nebo-li fokální (zaměřená na ohnisko) a středně či dlouhodobě podpůrná terapie. Krátkodobá terapie je vhodná pro osoby se silnějším „já“ a s dobrou motivací a ochotou spolupracovat. Terapeut je aktivní a značně direktivní. Terapie probíhá individuální formou a trvá několik desítek hodin. Středně či dlouhodobá podpůrná terapie je klasickou formou psychoanalytické terapie doplněné o rozhovorovou terapii. Setkání probíhají jednou až dvakrát týdně po dobu několika měsíců až let. Terapeut je aktivní a snaží se s klientem navázat co nejvíce pozitivní vztah, a to proto, aby klient léčbu nepřerušil. Pracuje se s výkladem vzpomínek klienta a provádí se rekonstrukce určitých významných období v jeho životě a především v dětství.<sup>114</sup>

Psychoanalytické myšlení je založeno na přesvědčení, že prožívání a chování člověka závisí na nevědomých procesech mysli, které ovlivňují lidské prožívání a chování ve zdraví i v nemoci.<sup>115</sup> Oproti jiným přístupům se psychoanalýza zaměřuje na význam nevědomých obsahů a fantazií, které ovlivňují chování klienta a měly by být během terapie objasněny a pochopeny. Tento proces obsahuje hlubší vztah k vlastnímu nevědomí s opravdovou změnou, pro kterou je v terapeutické situaci podmínkou přenos a jeho analýza. Přenos je nevědomý proces, kdy klient přenáší své pocity a přání, které

---

<sup>113</sup> Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 54.

<sup>114</sup> Srov. tamtéž, s. 55.

<sup>115</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 145.

má spojené s minulostí, na terapeuta.<sup>116</sup> Přenos se rozvíjí ve vztahu klienta s terapeutem. Klient sděluje své zkušenosti a pocity, které má spojené s důležitými objekty v dětství a terapeut mu pomáhá vytvořit si vhléd, který umožňuje hlubší psychickou změnu.<sup>117</sup>

Osoby s MB jsou obtížně léčitelné. Projevy nemoci sice ničí jejich život, ale vzdát se jich pro ně znamená ještě něco horšího – ztrátu sama sebe, izolaci, osamělost a strach. U nemocných MB se projevuje zvýšená impulzivita a nedostatečně kontrolující se superego. MB je spojena s přítomností intenzivní nevědomé agrese k rodičovským postavám, především pak k matce. Matka se projevuje zejména ve způsobu zacházení s jídlem, narušeným postojem k jídlu a jeho znehodnocováním.<sup>118</sup>

Intenzivní psychoanalytická terapie je dlouhodobou léčbou, která se zaměřuje na problémy osobnosti a pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění. Příčiny hledá v nevyřešené vazbě k primárnímu objektu. Důsledkem jsou vývojové problémy v oblasti vztahů, sexuality a narcistické patologie. Problémy se začínají projevovat v adolescenci, kdy se rozvíjejí i vývojové požadavky tohoto období. Psychoanalytická psychoterapie napomáhá ve změně osobnosti, v oblasti zrání, sexuální identity a dalších funkcí, které jsou důležité pro správný osobnostní rozvoj.<sup>119</sup>

### 3.1.3 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie se nachází skoro ve všech léčebných programech pro osoby s PPP. Je nedílnou součástí psychotherapeutického programu. Má dívkám pomoci v bezpečném prostředí vyjadřovat vlastní pocity, propracovávat vztahy s okolím, pozorovat reakce druhých jak k sobě navzájem, tak k terapeutovi a objevovat nové možnosti léčby. Velmi vhodné je během terapie využití neverbálních technik, jako například arteterapie, muzikoterapie, canisterapie nebo práce s tělem.<sup>120</sup>

Hlavním prostředkem práce se skupinou je rozhovor, jenž je doplňován dramaterapií, hraním rolí, pohybovými scénkami a dalšími technikami. Počet členů skupiny by neměl přesáhnout patnáct osob. Skupiny mohou být uzavřené, kdy celý

---

<sup>116</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*, s. 105.

<sup>117</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 145.

<sup>118</sup> Srov. tamtéž, s. 147 – 148.

<sup>119</sup> Srov. tamtéž, s. 150.

<sup>120</sup> Srov. KOCOURKOVÁ, J., *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*, s. 113 – 115.

léčebný proces probíhá se stejnými členy, nebo skupiny otevřené, kdy se členové postupně obměňují, jsou průběžně přijímáni a propouštěni. Uspořádání skupiny bývá kruhové, sedí se na židlích, tak aby na sebe všichni dobře viděli. Aby se dosáhlo lepšího pohodlí a větší uvolněnosti, tak se může zvolit i sezení, popřípadě ležení, na koberci, žíněnkách nebo polštářích.<sup>121</sup>

Skupinová terapie většinou probíhá ambulantně, obvykle jednou týdně hodinu a půl až dvě hodiny. Terapie je dlouhodobá, trvá několik měsíců i roků. Při částečné nebo úplné hospitalizaci je skupinová práce intenzivnější. Setkání probíhají každý den a celá hospitalizace obvykle nepřesahuje tři měsíce.<sup>122</sup>

Dynamicky orientovaná skupinová psychoterapie je zaměřena na trvalé změny ve společenských vztazích osob s MB, na posílení jeho sebevědomí a na práci s emocemi, které mohou podněcovat recidivu PPP. Kognitivně – behaviorálně orientované skupiny jsou krátkodobější a intenzivnější. Jsou přísně strukturované a zaměřené na oslabení základních příznaků MB. Nemocný je ve skupině vystaven nejistotě světa, který není černobílý a učí ho postavit se vlastním problémům, aniž by před nimi utíkal. Zvyká si na aktivní přístup a snaží se neustupovat svému strachu. Skupiny umožňují klientům překonání depresivních, pasivních a rezignovaných vzorců myšlení a zlepšení sociálního statusu. Snaží se zmírnit jejich vztahovačnost, egocentrismus a jednostrannou orientaci na jídlo, vzhled a tělesnou hmotnost. Terapeut musí být aktivní a v některých okamžicích vystupovat direktivně.<sup>123</sup>

Při terapii se postupuje od základní problematiky PPP k širším psychickým problémům. Je dobré, když dívky samy přichází s obecnějšími tématy, ale stále musí být primárním tématem náprava jídelních zvyklostí a uzdravení se. Skupinový program dává nové možnosti a alternativy. Aktivnější členové skupiny nebo terapeut mohou přinášet možnosti, které doposud byly vnímány jako nepřijatelné a negativně laděný jedinec si je vůbec neuvědomoval. Důležité je udržovat pracovní atmosféru a vycházet z konkrétních zkušeností a událostí. Terapeut nesmí klienty nikdy negativně hodnotit a soudit. Neměl by v nich posilovat pocity viny, ale naopak se zaměřit na jejich kladné stránky, na to, co dokázali a na možnosti změny.<sup>124</sup>

---

<sup>121</sup> Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 69.

<sup>122</sup> Srov. tamtéž, s. 69 – 70.

<sup>123</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 195.

<sup>124</sup> Srov. tamtéž, s. 196 – 197.

## **Léčebné společenství**

Jde o léčebně – rehabilitační systém, který je zaměřen na člověka jako na biopsychosociální jednotku. Využívá nejenom medicínských prostředků jako například farmakoterapie nebo fyzikální terapie, ale i psychoterapie a socioterapie. Léčba probíhá ve zdravotnickém zařízení, nejčastěji na psychiatrických odděleních. Nemocní i zdravotnický personál tvoří společenství a společně vytváří léčebný a denní program pro všechny členy. Jsou stanovena přísná pravidla, která platí pro všechny, jak pro nemocné, tak i pro personál. Vždy ráno probíhá společná komunita, která trvá dvě až tři hodiny, a kde se probírají různé problémy, konflikty, plánuje se program dne a vítají se noví členové.<sup>125</sup>

Během terapie převažují skupinové aktivity, v nichž probíhá psychoterapeutická práce a nácvik správného chování a jednání. Předpokladem pro správné fungování společenství je dobrá atmosféra, která vede k upřímnosti, blízkosti, vzájemnosti a postupné změně v chování člověka k sobě i druhým. Tento způsob řízení a práce s nemocnými je pro personál velmi náročný.<sup>126</sup>

## **Intenzivní skupinová psychoterapie**

Intenzivní skupinová psychoterapie je vhodná pro efektivní léčbu MB. Obvykle jde o strukturovaný, kognitivně – behaviorální program. Skupiny jsou uzavřené a terapie je intenzivní a krátkodobá. Probíhají ambulantně a již dopředu mají stanovený přesný počet sezení. Setkávání může být doplněno o individuální terapii nebo o farmakoterapii. Základem terapie je psychoedukace a nabídka informací o MB. Využívají se záznamy jídelního chování, metody kontroly podnětů, učení se řešení problémů, asertivně nebo znalostem jak předcházet relapsu. Pozornost je věnována i rodinnému systému.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 71.

<sup>126</sup> Srov. tamtéž, s. 71 – 72.

<sup>127</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 200 – 201.

### 3.1.4 Svépomocné skupiny a manuály

Svépomocné skupiny jsou hnutí, která si vytvářejí klienti sami, bez asistence či vedení odborníků. V západních zemích je tento způsob vzájemné pomoci laiků velice rozšířen a představuje pozitivní sociální fenomén. Hnutí svépomocných skupin má stabilní organizační strukturu a rozvětvenou síť skupin. Počet činných skupin ve světě se odhaduje na stovky tisíc.<sup>128</sup>

Skupina má obvykle kolem deseti členů. Scházejí se jednou týdně, někdy jednou za čtrnáct dnů. Tvoří neformální společenství, které je otevřené pro všechny, které spojuje společné téma a podobné problémy. Účelem skupin je výměna informací, překonání osamělosti, získání nových sociálních kontaktů a možnost sdílení vlastního problému. Odborníci sice umí řešit problém „odborně-technicky“, ale ti co daný problém mají, tak nejlépe vědí co pro ně znamená a jak se s ním vyrovnávat.<sup>129</sup>

Vedení skupiny může být různé, od vyléčeného klienta, přes proškoleného laického terapeuta až po profesionálního odborníka. Pro některé klienty to může být první krok k léčbě a povzbuzením k další odborné léčbě, pro jiné doplněk jiné terapie nebo místo, kde se scházejí i po ukončení léčby.<sup>130</sup>

Kontakt na svépomocné skupiny mohou osoby s MB získat v nemocnicích, v poradenských centrech, zdravotnických zařízeních, na lékařských fakultách nebo od svých terapeutů a psychiatrů. Vhodnou svépomocnou skupinu lze vyhledat i pomocí organizací, které se zabývají PPP. V České republice je to například Anabell – Občanské sdružení pro nemocné anorexií a bulimií nebo internetový portál [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz).<sup>131</sup>

Svépomocné manuály jsou příručky, které jsou určeny k pomoci sobě samému. Nemocný pracuje se svépomocným programem individuálně, o to více je léčba náročná. Je závislý pouze sám na sobě, skupinová podpora je minimální. Léčba dle manuálů není vhodná pro izolované jedince, úzkostné a depresivní osoby, nemocné s nízkou tělesnou hmotností a s vážnými zdravotními a psychickými komplikacemi.<sup>132</sup>

---

<sup>128</sup> Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 70.

<sup>129</sup> Srov. tamtéž, s. 71.

<sup>130</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 203.

<sup>131</sup> Srov. HALL, L., COHN, L., *Rozlučte se s bulimií*, s. 224.

<sup>132</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 204 – 205.



Práce s příručkou může vést až u poloviny osob s MB k ústupu příznaků nemoci. Pro ostatní je zdrojem důležitých informací o MB a podnětem k aktivní spolupráci. Svépomocný program vychází z kognitivně – behaviorální terapie MB a zaměřuje se na konkrétní a aktuální problémy, které jsou potřeba řešit. Snaží se o nácvik nového chování, změnu jídelních návyků a postojů k vlastnímu tělu a hmotnosti. Cílem je změna jídelního režimu a vzorců chování. Většina nemocných MB dokáže za pomoci příručky překonat svoje problémy spojené s přejídáním a zvracením za tři až šest měsíců.<sup>133</sup>

Několik svépomocných manuálů již bylo vydáno knižně. Mezi nejrozšířenější patří Bulimie – Jak bojovat s přejídáním od F. D. Krcha, Bulimia Nervosa od H. Papežové, Mentální bulimie a záchvatovité přejídání od P. J. Coopera nebo Rozlučte se s bulimií od L. Hall a L. Cohn.

*Efektivitu svépomocné příručky P. Coopera „Mentální bulimie“ hodnotil autor a jeho kolegové v roce 1994. Sledovali 82 pacientů, kteří během šesti měsíců pracovali s uvedenou příručkou a účastnili se osmi instruktážních schůzek se sociálním pracovníkem, který jim poskytl pomoc a podporu v jejich snaze uplatňovat zásady manuálu. Tento „kurz“ dokončilo 66 pacientů, u nichž klesla frekvence přejídání a zvracení o 80%, ubylo depresivních nálad a zlepšila se spokojenost s tělesným vzhledem. Více než polovina z nich byla zcela bez příznaků.<sup>134</sup>*

### **3.2 Sociální práce u osob s mentální bulimií**

Léčba MB je náročná a zdlouhavá. Jde o multifaktoriálně podmíněnou chorobu, která postihuje nejenom tělo, ale i duši a sociální vztahy nemocného. Proto je nutné se zaměřit jak na zdravotnickou a psychoterapeutickou péči, tak také na sociální práci. Sociální služby pro osoby s PPP stále nejsou dostačující. Jediným registrovaným poskytovatelem sociálních služeb pro osoby s PPP v České republice je Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií. Má prozatím centra v Brně, Praze, Ostravě, Bratislavě, Plzni a nově v Mladé Boleslavi a Příbrami. Centra chtějí rozšířit i do dalších měst a zajistit tak rozsáhlou síť sociálních a

<sup>133</sup> Srov. KRCH, F., D., *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*, s. 10.

<sup>134</sup> KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 205.

zdravotnických služeb pro osoby s PPP. Osoby s MB se setkávají se sociálními pracovníky i jinde. Ať jde o různé poradny, telefonní krizové linky, krizová centra, denní stacionáře nebo při hospitalizaci na psychiatrických klinikách a odděleních.

### 3.2.1 Sociální práce

*Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.<sup>135</sup>*

Sociální práce se zaměřuje na podporu sociálního fungování klienta v situacích, kde je toto fungování ohroženo. Vnímá osobnost jako celek, který je ovlivňován prostředím. Důraz klade na rodinu jako na činitele, který utváří a ovlivňuje chování a prožívání jedince. Zabývá se lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí. Těmito vztahy se zabývají i další profese a obory, jako je psychologie, psychoterapie, speciální pedagogika nebo psychiatrie.<sup>136</sup>

Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, skupinám i komunitám. Sociální služby pomáhají klientům vyrovnat se s problémy, které již nelze změnit, odstranit nebo zmírnit problémy, které ještě lze řešit a zlepšovat sociální poměry. Sociální práce je charakteristická jedinečností, kterou uplatňuje ve specifickém přístupu ke každému klientovi a komplexností, kterou využívá při řešení sociální situace z hlediska ekonomického, zdravotního, sociologického, psychologického, právního a pedagogického.<sup>137</sup>

Systém sociálních služeb zahrnuje různorodé služby zaměřené na jednotlivé cílové skupiny. Existují však skupiny klientů, které nejsou do systému služeb ještě zcela zahrnuty. Proto by služby měly být vzájemně více propojeny a měly by odpovídat jak potřebám klientů, tak společnosti. V současnosti dochází v sociálních službách ke spolupráci různých resortů, a to práce a sociálních věcí, zdravotnictví a školství. Stejně

---

<sup>135</sup> NAVRÁTIL, P., Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., A KOLEKTIV, *Základy sociální práce*, s. 184.

<sup>136</sup> Srov. NAVRÁTIL, P., *Úvod do teorií sociální práce*, s. 11 – 14.

<sup>137</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., A KOLEKTIV, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 9.

tak se prolíná i státní a nestátní sektor. Cílem sociální práce je vytvořit systém služeb, který bude působit ve všech sférách pomoci i prevence.<sup>138</sup>

Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi, jeho rodině, zázemí, realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky a vědět, jak správně s klientem práci ukončit. Aby toho dosáhl, tak musí být empatický, musí umět vést rozhovor a navazovat první kontakt, aktivně naslouchat, umět pozorovat, vnímat verbální i neverbální projev klienta. Musí umět rozpoznat, kdy vyžaduje stav klienta intervenci odborníka a má znalosti o službách v místní komunitě, které by pro daného jedince byly vhodné či potřebné. Dokáže dobře komunikovat s kolegy, jinými odborníky a institucemi. Je seznámen s etickým kodexem sociálních pracovníků, dodržuje ho a dbá na ochranu dat a informací o svých klientech. Orientuje se v legislativě, sociální politice a sociálním zabezpečení.<sup>139</sup>

*Funkcí sociálního pracovníka je pomáhat lidem, kteří se pokoušejí řešit a zvládnout problémy ve fungování, v interakcích s jejich sociálním prostředím. Prostřednictvím své pomoci se sociální pracovník snaží zlepšit způsob, kterým lidé sociálně fungují, nebo vztahy mezi lidmi a jejich sociálním prostředím.<sup>140</sup>*

### **3.2.2 Sociální práce s duševně nemocnými**

Duševní onemocnění je porucha, která postihuje především citovou složku, prožívání a chování. Většina duševních onemocnění se dá úspěšně léčit. Na jejich vznik mají vliv dědičné faktory, biologické faktory, náročné životní situace, nepříznivé rodinné prostředí, nemoc, atd. PPP se mezi duševní poruchy řadí. Dle MKN – 10 jsou klasifikovány jako Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59). Proto je možné, se při sociální práci s osobami s MB, držet základních bodů, které vycházejí z práce s duševně nemocnými.

<sup>138</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., A KOLEKTIV, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 39.

<sup>139</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., *Sociální práce s duševně nemocnými*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 137.

<sup>140</sup> NAVRÁTIL, P., *Současné pojetí a dilemata disciplíny*. In MATOUŠEK, O., A KOLEKTIV, *Základy sociální práce*, s. 185.

Předpokladem pro sociální práci s duševně nemocnými klienty je nejenom znalost jejich diagnózy a symptomatiky, ale také znalost průběhu a dynamiky onemocnění, standardů zdravotní a sociální péče a terapeutické léčby. Většina klientů potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc jako jsou informace o onemocnění, o sociálním zabezpečení, v oblasti občanského, pracovního nebo rodinného práva a specifickou intervenci jako například poradenství nebo rodinnou psychoterapii. Komplexnost služeb, které klienti potřebují vyžaduje, aby tyto služby poskytovali profesionální a zdatní jedinci ve spolupráci s dalšími organizacemi a odborníky.<sup>141</sup>

Pracovník musí být vybaven základními informacemi, které může klientovi nebo jeho rodině poskytnout. Obvykle jde o doporučení ambulantních psychoterapeutických služeb nebo kontaktního centra. Pro klienta je rozhodnutí, že navštíví některé z těchto zařízení, obtížné a je zdrojem strachu a obav. Proto je na sociálním pracovníkovi, aby klienta podpořil, dodal mu naději a odvalu, popřípadě ho doprovodil nebo mu doprovod zajistil. Pro klienta to může být velmi uklidňující, osvobozující a zdrojem motivace k léčbě.<sup>142</sup>

Sociální pracovník se může při práci s duševně nemocnými specializovat v několika oblastech. Může to být například psychiatrická rehabilitace, sociální rehabilitace nebo psychoedukace. Velmi rozšířené je případové vedení nebo – li case management. Sociální pracovníci mohou působit i v psychoterapii – rodinná terapie, individuální nebo skupinová psychoterapie. Mohou se věnovat i nácviku sociálních dovedností nebo tréninkům, které jsou postavené na principech kognitivně – behaviorální terapie. Pro provádění psychoterapie je nutné absolvovat výcvik a stanovené zkoušky.<sup>143</sup>

Při výkonu sociální práce v psychiatrických zařízeních pracuje sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Jeho práce je nezastupitelná, a v některých

---

<sup>141</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 133 – 136.

<sup>142</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., A KOLEKTIV, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 46.

<sup>143</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 138.

chvích je pro život duševně nemocného i primární.<sup>144</sup> Má za úkol podporovat zdravé sociální návyky, obnovovat sociální dovednosti a zlepšovat vztahy klienta s jeho rodinou a okolím. Poskytuje sociální poradenství, napomáhá resocializaci klienta a zajišťuje mu kontakt s dalšími odborníky a institucemi. Při přijetí klienta do zařízení, provádí sociální pracovník anamnestické šetření, kde zjišťuje základní údaje o klientovi, o jeho zaměstnání, bytových podmínkách, rodině a jeho požadavcích a o očekávání, které má od léčby. Společně vytvoří plán další spolupráce. Poté mu pomáhá při adaptaci na prostředí zařízení a s integrací do komunity dalších klientů. Všechny činnosti sociální pracovník vykonává po dohodě s klientem. Do řešení situace se snaží aktivně zapojit samotného nemocného.<sup>145</sup>

Sociální pracovník připravuje klienta při odchodu ze zařízení k návratu do jeho přirozeného prostředí. Pokud je nutná další návazná léčba a péče, pomáhá mu zajistit vhodnou formu této péče. Může to být ambulantní léčba, specializovaná doléčovací centra, denní stacionáře nebo domácí péče.<sup>146</sup> Po ukončení léčby a překlenutí všech dosavadních problémů by měl klientovi nabídnout možnost využití služeb i do budoucna. Zprostředkovat mu dávky sociálního zabezpečení, pokud na ně má nárok a popřípadě sestavit krizový plán, což je plán postupu pro případ zhoršení obtíží nebo krize.<sup>147</sup>

Osoby s MB se se sociálními pracovníky setkávají i mimo hospitalizaci v různých zařízeních, kde vyhledávají pomoc. Jsou to například:

### **Krizová centra**

Jsou to zařízení prvního kontaktu, která jsou volně přístupná, bez objednacích termínů. Jsou určena pro osoby, které se ocitly v tíživé životní situaci a nevědí samy jak ji řešit. Součástí center bývá pobytová část, která je určena ke krátkodobému pobytu,

---

<sup>144</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 133.

<sup>145</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 150 – 152.

<sup>146</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., A KOLEKTIV, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 46 – 47.

<sup>147</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 137.

krizová telefonní linka a část, která je určena k osobním konzultacím s lidmi, kteří docházejí ambulantně. Pracují v nich psychiatři, psychologové, zdravotní sestry a sociální pracovníci.<sup>148</sup>

### **Telefonická krizová pomoc**

Je určena pro osoby nacházející se v náročných životních situacích, které ohrožují jejich duševní i tělesné zdraví. V České republice jsou provozovány telefonické linky pomoci a důvěry. Existují i specializované linky, které se zaměřují na určitou problematiku. Jsou to například lesbické a gay linky, linky pomoci AIDS nebo linka PPP, kterou zřizuje Občanské sdružení Anabell. Telefonickou pomoc zřizují státní organizace i neziskový sektor. Jejich provoz zajišťují profesionální pracovníci, lékaři, psychologové nebo sociální pracovníci.<sup>149</sup>

### **Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy**

Vytváří komplexy sociálních služeb, které poskytují klientům odborné sociální služby a pomoc při řešení problémů, které jsou spojeny se vztahy. Může jít o osamělost, vztahy dospívajících, poruchy příjmu potravy nebo domácí násilí. Služby zajišťují psychologové, sociální pracovníci a pedagogičtí pracovníci.<sup>150</sup>

## **3.2.3 Multidisciplinární tým**

MB je komplikované onemocnění, které vyžaduje komplexní přístup a zastoupení několika odborníků, kteří dohromady tvoří multidisciplinární tým. Nemocný se s tímto týmem setkává jak ambulantně, tak při hospitalizaci.

Týmová práce je základem péče o osoby s MB. Jde o spolupráci různých odborníků a koordinaci postupu. Každý z pracovníků přináší do týmu vlastní specifické dovednosti a možnosti spojení s dalšími odborníky nebo organizacemi. V České republice se nejvíce rozvíjí týmová práce na úrovni jednotlivých zařízení a organizací.

---

<sup>148</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 44.

<sup>149</sup> Srov. tamtéž, s. 45.

<sup>150</sup> Srov. tamtéž, s. 51.

Členy týmu jsou obvykle sociální pracovníci, psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, zdravotní a psychiatrické sestry, dobrovolníci a popřípadě další odborníci.<sup>151</sup>

Sociální pracovník přináší do týmu svoje zkušenosti s prací s lidskými vztahy, životními podmínkami klientů a jejich rozmanitými problémy. Pracuje s klientem, jeho rodinou a okolím. Zjišťuje využitelné zdroje v komunitě a vytváří vhodné sociální podmínky pro návrat klienta do jeho přirozeného prostředí.<sup>152</sup> Při své práci se musí řídit určitými zásadami chování, které jsou určené nejenom pro něj, ale pro celý tým odborníků. Ke klientovi je důležitý klidný a otevřený přístup. Dostatek informací umožňuje budování důvěry a dobrého vztahu mezi pracovníky a klientem. Klient nesmí být považován za pasivní objekt a k řešení svých problémů musí přistupovat aktivně. Ke každému klientovi, bez ohledu na jejich chování, musí pracovníci dodržovat společenská pravidla. Pravidla léčebného režimu je nutné nastavit hned na počátku léčby. Klient je musí dodržovat a dbát na řád organizace. Léčbu klienta ovlivňují i týmové vztahy mezi jednotlivými pracovníky, proto je důležité být kolegiální ke všem členům týmu a nevytvářet atmosféru nedůvěry a lži.<sup>153</sup>

V denním stacionáři pro PPP, který byl v Praze založen v roce 2002, je patrná nutnost komplexního přístupu k léčbě. Pracovní tým se schází na pravidelných týdenních poradách a reflektují dosavadní vývoj léčby jednotlivých klientů. Reflektují situaci v komunitě, osobní vztahy klientů, jejich rodinnou situaci a všechny další problémy, se kterými se klienti potýkají. Stanovují optimální léčebný postup a léčebné cíle pro nejbližší období. Tým je sestaven z lékaře oddělení, ošetřujícího psychiatra, psychologa, sociální pracovníce, rehabilitačního pracovníka a sestry, která je specializovaná v oblasti jídelního režimu.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> Srov. PROBSTOVÁ, V., Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 143.

<sup>152</sup> Srov. tamtéž.

<sup>153</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 87.

<sup>154</sup> Srov. PELKOVÁ, L., Témata psychologické intervence v léčbě poruch příjmu potravy. In RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., POŘADATELÉ, *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*, s. 166.

### **3.3 Vybrané služby pro osoby s mentální bulimií v České republice<sup>155</sup>**

V kapitole se věnuji poskytovaným službám pro osoby s MB, ale i MA. Odborná pracoviště jsou většinou zaměřena na služby pro osoby s PPP. Odlišný přístup je pak následně ve využití terapie. Nejdříve se zaměřuji na Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií. Sdružení věnuje velkou pozornost proto, že je stále jedinou neziskovou organizací poskytující sociální služby pro nemocné s PPP v České republice. Dále se věnuji psychiatrické a psychoterapeutické péči, která má nezastupitelnou pozici při poskytování služeb a léčbě PPP. Existují různá zařízení a organizace poskytující tuto péči a je důležité o nich mít základní přehled. Jako doplňkové služby jsou významné nutriční, dietologické, sociální nebo psychologické poradny. Poradny nemusí být přímo zaměřeny na PPP, ale jejich služby a poradenství mohou pozitivně přispět k průběhu léčby PPP. Je to například Poradna Dixi v Jihlavě, Poradna pro děti a mládež ve Žďáře nad Sázavou, Dietologické centrum v Praze a při Nemocnici Milosrdných bratří v Brně, Poradna podpory zdraví při Zdravotním ústavu v Brně nebo Ambulance pro zdravou výživu při Masarykově onkologickém ústavu LF MU v Brně. Bližší informace lze nalézt na webové adrese [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz). nebo [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).

#### **3.3.1 Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií**

*Občanské sdružení s názvem Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií je dobrovolným, nezávislým zájmovým sdružením, sdružující občany v České republice, kteří uplatňují své zkušenosti při šíření informací o poruchách příjmu potravy a podporují rozvoj osvěty této problematiky ve všech směrech.*<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Tato kapitola je pozměněnou verzí mé AP: K. Prokopová – *Vybrané služby a péče o jedince s mentální anorexií*. [práce obhájena na CARITAS – VOŠ sociální Olomouc v červnu 2010], s. 47 – 60.

<sup>156</sup> Občanské sdružení Anabell, *Stanovy Občanského sdružení Anabell*, s. 1.



Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002. Svoji činnost provozuje v Kontaktních centrech v Brně, kde je sídlo organizace, Praze, Ostravě a Plzni. Má i Kontaktní centrum na Slovensku a to Kontaktní centrum Anabell Bratislava. Cílovou skupinou osob jsou osoby s PPP. Průměrný věk klientů, kteří navštěvují Občanské sdružení Anabell je 23 let.<sup>157</sup> Nově jsou otevřena dislokovaná pracoviště v Příbrami a Mladé Boleslavi. Jsou určena pro jedince s PPP od 15let, kteří se zdržují na území Středočeského kraje. Pořádají víkendový socio-terapeutický program "Najdi cíl svého života" a provozují Poradny pro osoby s poruchou příjmu potravy.<sup>158</sup>

Anabell poskytuje služby a pomoc osobám s PPP, pomáhá řešit jejich problémy a snaží se o změnu jejich nevhodných stravovacích návyků. Poskytuje registrované sociální, zdravotnické a ostatní fakultativní služby, které jsou zaměřeny na cílovou skupinu. PPP se věnuje v širokém rozpětí primární a sekundární prevence a poté také následné péče.<sup>159</sup>

V Občanském sdružení Anabell jsou zaměstnány převážně ženy. Pouze v Kontaktním centru Anabell Praha je jeden muž – psychoterapeut. Rada sdružení má tři členy a předsedkyní je ředitelka Občanského sdružení Anabell PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková. V Anabell Brno se klienti mohou setkat s osmi zaměstnanci, v Praze s pěti zaměstnanci, se stejným počtem zaměstnanců se setkají i klienti v Ostravě, v Plzni je to pouze jedna pracovnice a v Bratislavě dvě pracovnice.<sup>160</sup>

Do dlouhodobých strategických plánů sdružení zahrnuje budování sítě Kontaktních center Anabell ve všech krajských městech po celé České republice a také vybudování pobytového sociálně – zdravotnického zařízení pro osoby s PPP. Zařízení

---

<sup>157</sup> Srov. *Základní informace o Občanském sdružení Anabell sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií*. [Propagační materiál Občanského sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno, (nestránkováno)].

<sup>158</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Anabell Mladá Boleslav – dislokované pracoviště*, [online]. Datum poslední aktualizace nevedeno. [cit. 2010-07-16]. Dostupné na [www: <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-mlada-boleslav>](http://www.anabell.cz/index.php/anabell-mlada-boleslav).

<sup>159</sup> Srov. *Základní informace o Občanském sdružení Anabell sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií*. [Propagační materiál Občanského sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno, (nestránkováno)].

<sup>160</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Lidé v Občanském sdružení Anabell*, [online]. Datum poslední aktualizace nevedeno. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na [www: <http://anabell.cz/index.php/lide-v-os-anabell>](http://anabell.cz/index.php/lide-v-os-anabell).

by mělo poskytovat zdravotnické a sociální služby, podporu a pomoc rodině a přátelům nemocného nebo různé rehabilitační, relaxační a regenerační aktivity.

Financování sdružení je z různých zdrojů, například z Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu České republiky, Jihomoravského kraje, Hlavního města Prahy, Statutárního města Brna, z vlastní ekonomické činnosti sdružení, členských příspěvků nebo veřejných sbírek. Členství v Občanském sdružení Anabell je individuální. Členem může být každý občan České republiky, a to i právnická osoba, která se chce podílet na materiální nebo jiné podpoře sdružení Anabell.<sup>161</sup>

### **Občanské sdružení Anabell Brno**

Kontaktní centrum Anabell Brno poskytuje služby v Klientském centru, Psychoterapeutickém centru a Edičním a edukačním centru, to je jeho hlavní činnost. Svoji vedlejší ekonomickou činnost provozuje v Centru pro zdraví a prevenci nemoci. V klientském centru jsou poskytovány služby jako Sociální poradenství, Poradna Anabell, Internetové poradenství, Linka Anabell, kurz „Můj život bez anorexie, bez bulimie“ a projekt Motivace – Terapie – Uplatnění. V Psychoterapeutickém centru je realizována Psychoterapeutická ambulance a Nutriční poradna. Ediční a edukační centrum vydává Zpravodaj Anabell, spravuje webové stránky Anabell, provozuje Schránky důvěry, realizuje přednášky a semináře a nyní také projekt PPP (Podpora Profesionální prevence). Centrum pro zdraví a prevence nemoci spravuje Knihovnu a Prodejnu knih a realizuje lektorskou činnost a poradenskou činnost od terapeutů celostní medicíny.<sup>162</sup> Anabell Brno poskytuje mnoho služeb, které jsou různorodé a nabízejí širokou škálu možností terapie pro osoby s PPP. Informace o těchto službách je možno nalézt na [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).

### **Občanské sdružení Anabell Praha**

Kontaktní centrum Anabell Praha nabízí své služby osobám s PPP od 12ti let, jejich rodině, přátelům a odborné i laické veřejnosti. Nabízí pomoc a podporu při řešení problémů spojených s PPP a snaží se nalézt společně s klienty cestu k životu bez PPP. Anabell Praha poskytuje individuální i skupinovou terapii, informace o PPP, správné

---

<sup>161</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Stanovy Občanského sdružení Anabell*, s. 2 – 3.

<sup>162</sup> Srov. *Kontaktní centrum Anabell Brno*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

a vyvážené stravě nebo přehled kontaktů dostupných služeb a odborné péče. Mezi služby Anabell Praha patří Informační centrum, Poradna pro osoby s PPP, Nutriční poradna, Knihovna, Arteterapeutická skupina, Dramaterapeutická skupina, Programy primární prevence, Svěpomocná podpůrná skupina pro osoby s PPP a Svěpomocná podpůrná skupina pro blízké osob s poruchou příjmu potravy.<sup>163</sup> Opět jsou všechny informace o službách, které poskytuje Anabell Praha dostupné na internetu na adrese [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).

### **Občanské sdružení Anabell Ostrava**

Kontaktní centrum Anabell v Ostravě je otevřeno od 1. 1. 2008. Ještě dříve, v září roku 2004, v Ostravě vznikly Svěpomocné podpůrné skupiny. Anabell Ostrava poskytuje služby jako Informační centrum, Poradna, Nutriční poradna, Přednášková činnost nebo Svěpomocné podpůrné skupiny. Realizuje i Projekt V. I. P. (vzdělávání – výcvik, inovace – informace, profesionální podpora pedagogům) e-learning. Je to projekt, který je zaměřen na pedagogy a metodiky prevence, ale tentokrát v Moravskoslezském kraji.<sup>164</sup>

### **3.3.2 Psychiatrické a psychoterapeutické služby**

V České republice je péče o duševní zdraví poskytována v různých formách. Psychiatrická zařízení jsou zřizována samostatně nebo jako součást zdravotnického zařízení. Mohou být také kombinace s nemocničními, intermediárními a ambulantními zařízeními. Záleží na možnostech, podmínkách a potřebách daného místa. Cílem je vytvořit síť služeb po celé České republice, aby v každém regionu byla potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. Propojením těchto služeb se vytváří funkční celek, který pokrývá nároky na péči

---

<sup>163</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Kontaktní centrum Anabell Praha*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit.2010-03-30]. Dostupné na [www: <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha>](http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha).

<sup>164</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Kontaktní centrum Ostrava*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na [www: <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-ostrava>](http://www.anabell.cz/index.php/anabell-ostrava).

o duševní zdraví. Jde o poskytování kvalitní péče v oblasti psychiatrické, psychologické, ošetrovatelské a sociální.<sup>165</sup>

Ať jsou služby a péče o nemocného poskytovány v nemocničním nebo ambulantním zařízení, vždy velmi závisí na vztahu terapeuta a nemocného. Je to důležitý aspekt pro celý průběh léčby. Základní podmínkou je navázání pozitivního a spolehlivého terapeutického vztahu, který je nazýván vztahem pracovním. Terapeut musí klienta seznámit s veškerými pravidly jejich setkávání a spolupráce. Jako například s délkou setkání, nutností dochvilnosti, s délkou a namáhavostí léčby nebo popřípadě i s peněžní odměnou, pokud jde o přímo hrazené služby. Samozřejmostí je upozornění na to, že se pracuje s jeho osobními údaji, které jsou chráněny podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a že má ohlašovací povinnost. Dále je třeba klienta informovat o způsobu léčby, jejím cíli a o důležitosti aktivní spolupráce mezi jím a terapeutem. Důvěryplný vztah mezi klientem a terapeutem je výchozím bodem pro úspěšnou léčbu.<sup>166</sup>

### **Ambulantní služby a péče**

Psychiatrická ambulantní péče tvoří základ psychiatrické péče. Zaměřuje se na prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci a resocializaci osob s duševními poruchami. Existuje celá řada ambulantních psychiatrických zařízení s různým zaměřením a specializací. Například to může být ambulance pro prevenci a léčbu závislostí, pro děti a dospívající, ambulance sexuologie nebo pro PPP. V ambulancích pracují psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, sexuologové a zdravotní nebo nutriční sestry. Pokud není ambulantní léčba dostačující, tak je klientovi doporučena hospitalizace. V České republice je největší nabídka těchto služeb ve velkých městech.<sup>167</sup>

### **Přehled vybraných ambulantních služeb v České republice**

Mezi ambulantní služby pro osoby s PPP v České republice patří Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, které se nachází v Liberci – Františkově.

---

<sup>165</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 38.

<sup>166</sup> Srov. PONĚŠICKÝ, J., *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, s. 177.

<sup>167</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 38 - 39.

Je nejstarším zařízením svého druhu a využívá různé psychoterapeutické přístupy, alternativní medicínu, rehabilitaci a homeopatii. Další ambulantní zařízení je Psychologické poradenství a psychodiagnostika v Brně, kde se zaměřují na poradenství v krizových situacích, na práci se strachem a úzkostnými stavy, trémou, fobiemi a obtížemi souvisejícími s tělem. Pořádají víkendové programy a skupiny pro ženy. V Brně je i Arteterapeutická skupina pro poruchy příjmu potravy, která se snaží nemocným pomoci lépe se zorientovat ve vlastním prožívání a podporují je, aby se rozhodli podstoupit léčbu. Pracují s nejrůznějšími výtvarnými technikami i materiálem a relaxačními technikami.<sup>168</sup>

V Praze je ambulantních zařízení pro PPP nejvíce. Jsou to Terapeutické skupiny PPP, které se konají každý týden ve středu a vedou ji dva terapeuti. Skupina má maximálně 10 členů a je určena pro osoby s PPP, které jsou motivovány k léčbě, a které chtějí dlouhodobě a systematicky pracovat na zlepšení svého stavu. Dále je to Psychosomatická klinika, s. r. o., která je zaměřena na více typů poruch a onemocnění, ale zabývá se i PPP. Nabízí psychiatrické vyšetření, psychologickou diagnostiku, konzultace a poradenství, psychoterapii, krizovou intervenci a nácvik relaxačních technik. Mezi další ambulantní služby v Praze patří Středisko psychosociálních ambulantních služeb, Centrum pro léčbu obezity a zdravý životní styl a Metabolická poradna FN Motol.<sup>169</sup> Mezi tyto služby patří i soukromé ambulance psychiatrů a psychologů. I ony poskytují ambulantní služby a pomoc osobám s PPP. O všech těchto službách a dalších ambulantních službách pro osoby s PPP, které jsou poskytovány po České republice lze nalézt informace na [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz), [www.pppinfo.cz](http://www.pppinfo.cz) nebo přímo na webových stránkách jednotlivých organizací a služeb.

### **Denní stacionáře**

Denní stacionáře nejsou typickou ambulantní službou, avšak nejsou ani hospitalizací. Klienti do stacionářů dochází dobrovolně a odpoledne nebo večer se

---

<sup>168</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Poradny, lékaři, kliniky - klasické metody*, [online]. Datum poslední aktualizace nevedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na [www: <http://anabell.cz/index.php/poradny-lekari-kliniky/klasicke-metody-lecby>](http://www.anabell.cz/index.php/poradny-lekari-kliniky/klasicke-metody-lecby).

<sup>169</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Kde v Praze a blízkém okolí hledat pomoc?*, [online]. Datum poslední aktualizace nevedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na [www: <http://anabell.cz/index.php/anabell-praha/kontakty-na-odbornou-pomoc>](http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha/kontakty-na-odbornou-pomoc).

navrací do svých domovů, do svého přirozeného prostředí. Cílem stacionářů je zabránit nebo alespoň zkrátit hospitalizaci v nemocničních a psychiatrických zařízeních. Poskytují léčebnou a rehabilitační péči a celodenní programy, které jsou zaměřeny na praktické dovednosti a sociální vztahy klientů. Nabízí sociální i právní pomoc. Snaží se o aktivní zapojení klientů do běžného života a denních aktivit. Má klientům usnadnit přechod a zařazení z dlouhodobé hospitalizace do běžného života. Denní stacionáře jsou zřizovány samostatně, nebo jako součást zdravotnických a psychiatrických zařízení, mohou být kombinovány se zařízením krizové intervence.<sup>170</sup>

Denní stacionář pro PPP je v České republice pouze jeden a nachází se v Praze při Psychiatrické klinice 1. LF UK Ke Karlovu. Zde je i Jednotka specializované péče pro PPP a také Ambulantní péče pro PPP. Ve stacionáři působí multidisciplinární tým odborníků, psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci a režimové sestry. Využívané přístupy jsou individuální a skupinová terapie, arteterapie, relaxační skupiny, kognitivně – behaviorální terapie a rodinná terapie.<sup>171</sup> Klienti do stacionáře dochází každý pracovní den. Po skončení programu se vrací opět domů. Stacionář je otevřen pět dní v týdnu od 8,00 do 16,30h. Maximální počet klientů je dvanáct. Při přijetí je s klientem uzavřena písemná smlouva, tzv. terapeutický kontrakt, který se týká terapeutického a jídelního režimu a dodržování pravidel stacionáře. Délka pobytu je maximálně tři měsíce. Klient přispívá částkou 50 Kč za den. Každou druhou středu v měsíci je pořádán Klub pro nemocné poruchami příjmu potravy a každou třetí středu v měsíci PhDr. F. D. Krch vede skupiny Informace o stravovacím režimu a Klub pro rodiče, partnery a přátele nemocných.<sup>172</sup>

### **Hospitalizace, lůžkové služby a péče**

Péče poskytovaná při hospitalizaci na psychiatrických zařízeních se dělí na akutní lůžkovou péči a následnou lůžkovou péči. Akutní péče může být poskytovaná na odděleních nemocnic, klinik nebo léčeben. Je určena pro klienty, kteří náhle onemocněli

---

<sup>170</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 45.

<sup>171</sup> Srov. PELKOVÁ, L., Případ úspěšné léčby mentální anorexie na Denním stacionáři. *Česko - slovenská Psychiatrie*, s. 27.

<sup>172</sup> Srov. Občanské sdružení Anabell, *Kde v Praze a blízkém okolí hledat pomoc?*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit.2010-04-02]. Dostupné na [www: <http://anabell.cz/index.php/anabell-praha/kontakty-na-odbornou-pomoc>](http://anabell.cz/index.php/anabell-praha/kontakty-na-odbornou-pomoc).

nebo jejichž stav se značně zhoršil při chronickém onemocnění. Péče má posoudit stav klienta a navrhnout plán léčby. Má chránit klienta před sebepoškozováním nebo před poškozením věcí a osob v jeho okolí. Následná lůžková péče je určena klientům, kteří jsou ve stabilizovaném stavu, a u kterých již pominulo ohrožení a nemusejí být nadále v akutní péči. Cílem je nastolit úplné fyzické a duševní zdraví nebo u chronicky a dlouhodobě nemocných zmírnit příznaky a následky onemocnění. Akutní i následnou péči poskytuje klientovi terapeutický a ošetrovatelský tým, tím je mu zajištěna komplexní péče.<sup>173</sup>

V České republice se psychiatrická zařízení, kde je využívána lůžková péče, rozděluje na tři základní druhy:

Psychiatrická oddělení, která jsou obvykle součástí nemocnic, ale mohou existovat i samostatně. Jsou zřizována pro oblast s minimálně 100 000 obyvateli a většinou pro více okresů. Oddělení provádějí diagnostiku, terapii a rehabilitaci duševních poruch. Musí mít zajištěnou lékařskou službu od jiných oddělení a laboratorní a další pomocná vyšetření. Na psychiatrických odděleních pracují psychiatři, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a ostatní zdravotnický personál.

Psychiatrické kliniky, které jsou přidruženy k fakultním nemocnicím jako například klinika ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Tyto kliniky poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči a zdravotnické služby. Mají zajištěné lékařské služby od jiných oddělení v nemocnici a umožňují výuku studentům vysokých škol. Jsou spojené s lékařskými fakultami a zabývají se výzkumnou činností.

Psychiatrické léčebny přijímají nemocné k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci, zejména ze svého stanoveného spádového území. Poskytují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osobám s duševními poruchami všech věkových skupin. Psychiatrické léčebny jsou většinou všeobecně zaměřené, ale mohou se specializovat na duševní poruchy u dětí a dospívajících a na osoby se závislostí na návykových látkách. Léčebny můžeme nalézt například v Bohnicích, Dobřanech, Kroměříži, Havlíčkově Brodě nebo Bílé vodě.<sup>174</sup>

---

<sup>173</sup> Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 72.

<sup>174</sup> Srov. tamtéž, s. 41 – 43.

## Přehled specializovaných jednotek péče pro PPP

Osoby s PPP přijme každé z výše zmíněných psychiatrických zařízení. PPP jsou duševní onemocnění a psychiatrická zařízení léčí všechna duševní onemocnění. Zařízení lze najít v mnoha českých městech, u velkých nemocnic skoro vždy. Specializovaných jednotek péče, které jsou zaměřeny pouze na PPP je v České republice velmi málo. Jsou to Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno – Bohunice, Psychiatrická klinika 1. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole Praha – Dětská psychiatrická klinika.

Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Brno – Bohunice se těmto poruchám věnuje na několika úrovních - oddělení 24 poskytuje specializovaný psychotherapeutický program při hospitalizaci. Oddělení má 22 lůžek a je propojeno s Krizovým centrem. Děti a adolescenti jsou hospitalizováni na pedopsychiatrickém oddělení 21. Má 18 lůžek a je určeno pro děti od 3 do 15 let. Ve výjimečných případech i pro adolescenty od 15 do 18 let. Klinika nabízí možnost ambulantní péče ve specializované ambulanci. O pacienty v metabolickém rozvratu či s výraznou podvýživou pečuje Jednotka intenzivní psychiatrické péče s možností dalšího ambulantního vedení ve specializované poradně.<sup>175</sup>

Psychiatrická klinika 1. LF UK založila Jednotku specializované péče pro PPP v roce 1983. Její program je založen na bio - psycho - sociálním chápání onemocnění a léčba vychází z komplexního přístupu k jedinci. Klade důraz na režimová opatření a psychotherapii, v závažných případech používá farmakoterapii. Při léčbě využívá skupinové aktivity pacientů a oddělení funguje na principu terapeutické komunity. Při přijetí na oddělení musí být s pacientem uzavřen terapeutický kontrakt o dodržování jídelního režimu, pravidel oddělení a o cílové tělesné hmotnosti. Pobyt na oddělení je většinou 6 až 8 týdnů. Klinika zřizuje i Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy.<sup>176</sup>

---

<sup>175</sup> Srov. Psychiatrická klinika FNB a LF MU, *Oddělení*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na [www: <http://www.pk-brno.cz/index.php?pg=zdravotnicka-pece--oddeleni>](http://www.pk-brno.cz/index.php?pg=zdravotnicka-pece--oddeleni).

<sup>176</sup> Srov. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, *Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na [www: <http://www.vfn.cz/article.asp?nDepartmentID=680&nArticleID=7198&nLanguageID=1>](http://www.vfn.cz/article.asp?nDepartmentID=680&nArticleID=7198&nLanguageID=1).



Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol je jediným samostatným klinickým pracovištěm v oboru dětské psychiatrie v České republice. Je určena pro děti a adolescenty do 18 let. Děti do 6 let jsou přijímány v doprovodu jednoho z rodičů. Klinika je významná především svými úspěchy v diagnostice a léčbě dětského autismu a PPP. Přijímá do léčebného procesu pacienty z celé republiky. Je zaměřena na komplexní pedopsychiatrickou péči v celém bio – psycho – sociálním spektru.<sup>177</sup> Na oddělení probíhá režimová terapie, která má přesně daná pravidla. Pacient musí dodržovat jídelní a stravovací návyky, spánkový režim, psychoterapeutické aktivity a pohybový režim. Pacienti jsou pravidelně váženi a kontroluje se jejich manipulace s jídlem. Jídlo je podáváno šestkrát denně a je stanovený časový limit pro jeho konzumaci. Ideální váhový přírůstek je 0,5 – 1 kg za týden. Důležitá je motivace ke spolupráci a psychoedukace o zásadách zdravé výživy. Součástí léčby je i rodinná a skupinová terapie. Lékařský a ošetrovatelský tým se zaměřuje na kladné stránky pacientova života, a na vše co se mu podařilo a daří. Snaží se společně s pacientem najít nový smysl jeho života.<sup>178</sup>

---

<sup>177</sup> Srov. Fakultní nemocnice Motol, *Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol*, [online]. Datum poslední aktualizace neuváděno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na [www: <http://www.fnmotol.cz/detska-psychiatricka-klinika-uk-2-lf>](http://www.fnmotol.cz/detska-psychiatricka-klinika-uk-2-lf).

<sup>178</sup> Srov. MAĐÁROVÁ, L., Ošetrovatelská péče o pacienty s poruchou příjmu potravy – mentální anorexie. *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků*, s. 113 – 114.

## 4 Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální přístup je pokládán za velmi účinný při léčbě PPP. Především pak při léčbě MB. Je založen na rozpoznání problému, jeho popsání a změně chování. Cílem léčby MB je pomoci nemocným získat zpět kontrolu nad jídlem a zmírnit jejich přehnanou starost o vlastní postavu a váhu.<sup>179</sup> V této kapitole vymezují kognitivně – behaviorální terapii a její základních rysy. Využitím terapie při léčbě MB se zabývám v páté kapitole, která je nazvaná Kognitivně – behaviorální přístup v léčbě mentální bulimie.

Kognitivně – behaviorální terapie (dále jen KBT) vznikla na počátku 80. let 20. století jako kombinace dvou původně samostatných psychoterapeutických směrů, terapie behaviorální a terapie kognitivní.

Behaviorální terapie je starší z obou směrů a vznikla v 50. letech 20. století ve Velké Británii a v USA. Výraz „behavior“ znamená jednání, chování nebo konání. Terapeuti se zaměřovali na sledování a analýzu zjevného chování jedince v určitých náročných situacích a snažili se zjistit, které okolní vlivy toto chování ovlivňují. Terapie, pomocí systematické manipulace, měla za úkol rozvíjet žádoucí chování a potlačovat chování nežádoucí, a pomocí nácviku rozvíjet nové způsoby chování, které by jedinci pomohly v řešení a lepším zvládnutí jeho problémů. Terapie vychází z poznatků teorie učení, kterou vytvořili I. P. Pavlov, Watson, Hull a další. Při léčbě různých psychických poruch byla účinnost behaviorální terapie prokázána řadou výzkumných studií a byla považována za účinnější než starší psychodynamické formy psychoterapie.<sup>180</sup>

Druhá z terapií, kognitivní terapie, vznikla v 60. a 70. letech v USA a jejími zakladateli jsou A. T. Beck a A. Ellis. Latinský výraz „cogito“ znamená myslet a výraz „cognitio“ pak sloužící poznání nebo poznávací. Pod pojmem „kognitivní“ jsou chápány procesy přijímání, zpracovávání, hodnocení a ukládání informací z vnějšího i vnitřního prostředí. Většina informací je zpracovávána na nevědomé úrovni, a proto jsou rozlišovány kognitivní procesy vědomé a nevědomé. Terapie se snaží analyzovat a měnit myšlení jedince tak, aby si uvědomil své iracionální a dysfunkční postoje, názory a způsoby myšlení a snažil se je nahradit funkčním a racionálním myšlením. Největší

<sup>179</sup> Srov. PAPEŽOVÁ, H., *BULIMIA NERVOSA*, s. 50.

<sup>180</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 13.

uplatnění měla kognitivní terapie u léčby depresí, ale i u dalších emočních poruch jako například u poruch osobnosti, úzkostných stavů nebo chronické schizofrenie.<sup>181</sup>

Od svého vzniku se KBT vyvinula v respektovaný psychoterapeutický směr s nejširším uplatněním v léčbě mnoha psychických poruch. Vychází z teorie, že příčinou psychických obtíží jsou narušené způsoby chování a myšlení, které jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory. Terapie se snaží tyto narušené způsoby chování a myšlení odnaučit, přeučit nebo naučit zcela novým a vhodnějším způsobům, jak dané problémy a situace řešit. KBT se využívá u léčby depresí, úzkostných poruch, somatoformních poruch, poruch spánku, poruch příjmu potravy, obsedantně kompulzivní poruchy, sexuálních dysfunkcí, posttraumatické stresové poruchy, poruch osobností, psychotických poruch nebo organických postižení mozku. Terapeutický postup je v úzkém vztahu se základním výzkumem v oblasti psychologie, biologie a lékařství. KBT může probíhat jako individuální, skupinová, rodinná nebo párová terapie.<sup>182</sup>

Jde o manipulativní a v různé míře direktivní přístup, ovšem veškeré kroky mohou být uskutečněny až na základě klientova souhlasu, musí být o celém procesu a terapii informován a mít přehled o průběhu a cílech psychologického působení. Důraz je kladen na aktivní zapojení se klienta při terapii, jeho sebeřízení a sebekontrolu. Aktivní spolupráce a plnění úkolů je základem dobrého terapeutického vztahu.<sup>183</sup>

## 4.1 Základní rysy kognitivně – behaviorální terapie

KBT se snaží přizpůsobit terapii individuálním potřebám konkrétního klienta a je ve své praxi velmi flexibilní. Je zaměřená na analýzu a modifikaci myšlení a jednání klienta. Jejími hlavními rysy jsou:

---

<sup>181</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 14.

<sup>182</sup> Srov. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, J., *Integrace v psychoterapii z pohledu kognitivně – behaviorální terapie*. In RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., POŘADATELÉ, *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*, s. 190 – 191.

<sup>183</sup> Srov. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, s. 50.

Krátkodobost a časová omezenost. Obvykle trvá od jednoho do dvaceti sezení v délce 60 až 90 minut, které jsou jednou až dvakrát týdně. Jen výjimečně přesahuje více než třicet sezení.

Strukturovanost, aktivita a direktivnost. Každé sezení má jasnou strukturu a již předem dohodnutý program. Terapeut je aktivní, zaujímá roli experta, klade klientovi otázky a diskutuje s ním o jeho názorech.

Otevřená aktivní spolupráce. Je základem vztahu mezi terapeutem a klientem. Terapeut klienta informuje o všech skutečnostech terapie, vysvětluje mu jednotlivé kroky a metody terapie a nesnaží se s klientem manipulovat. Je empatický, otevřený a ve svých vyjádřeních jednoznačný. Od klienta očekává aktivní přístup, plnění úkolů a pravdivé a otevřené informace.<sup>184</sup>

Vychází z teorie učení. Použití terapeutického postupu je vždy podloženo teoreticky a vychází z podrobné analýzy konkrétních problémů a potřeb klienta. Základem kognitivně – behaviorálních metod jsou poznatky teorie učení a kognitivní psychologie.

Zaměřuje se na přítomnost. KBT provádí analýzu současných faktorů, které problémové chování klienta spouštějí a udržují. Protože právě ovlivnění současných vnějších i vnitřních vlivů je nezbytné pro odstranění či zmírnění klientových problémů. Důvodem proč se KBT orientuje na přítomnost je i to, že tyto faktory jsou dostupné pozorování a jsou spolehlivěji ověřitelné.

Zaměřuje se na konkrétní, jasně definované problémy. Terapeut nezačíná s terapeutickou intervencí do té doby, než ve spolupráci s klientem stanoví konkrétní a ohraničené problémy, které je potřeba vyřešit. Problém je nutné popsat v pojmech pozorovatelného chování, nikoli jen metaforicky nebo pomocí diagnózy.

Stanovuje si konkrétní, funkční cíle. Stanovovat si jasné cíle je stejně nutné jako definovat konkrétní problémy. Je třeba, aby cíle byly využitelné a klient je mohl používat v každodenním životě. Dosažením jednotlivých cílů, dostává terapie jasnou a přehlednou strukturu. Formulace cíle je vždy výsledkem dohody mezi terapeutem a klientem.<sup>185</sup>

---

<sup>184</sup> Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeuty*, s. 33.

<sup>185</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 31 – 33.

Zaměřuje se na pozorovatelné a vědomé. Vychází z ověřitelných a objektivizovatelných faktů. Tedy faktů, na nichž se shodne více nezávislých pozorovatelů.

Je vědecká. Sbírá konkrétní fakta, vytváří hypotézy a během terapie tyto hypotézy empiricky ověřuje. I myšlenky klienta jsou chápány jako hypotézy, jejichž platnost je třeba ověřit v praxi.

Cílem je soběstačnost klienta. Během terapie klient získává určité dovednosti a zvyšuje se hodnocení jeho vlastní zdatnosti. Po úspěšné terapii již klient terapeuta nepotřebuje.<sup>186</sup>

## 4.2 Struktura kognitivně – behaviorální terapie

KBT je terapie s jasnou a přehlednou strukturou. Během terapie se postupuje po jednotlivých krocích a k dalšímu je možné přistoupit až po splnění kroku předchozího. Nemocný se učí svému problému porozumět a řešit jej systematicky. Musí plnit stanovené cíle a spolupracovat s terapeutem. Postupným úspěšným řešením menších kroků, získává klient větší motivaci k léčbě a zvyšuje si sebevědomí. Terapeut mu poskytuje zpětnou vazbu, aby věděl nakolik se již splnění cílů přiblížil a jakého pokroku během terapie dosáhl.<sup>187</sup>

Proces KBT má šest základních kroků. Patří mezi ně předběžné nebo – li orientační vyšetření, podrobné kognitivně – behaviorální vyšetření, analýza a formulace problémů, stanovení cílů terapie, vytvoření terapeutického plánu a ukončení terapie.<sup>188</sup>

Předběžné vyšetření je často prvním kontaktem mezi terapeutem a klientem. Trvá obvykle 60 – 90 minut a jde o rozhovor, který je zaměřený na získání základních informací o klientovi a jeho problémech. Stanovuje se základní diagnóza. Terapeut se musí na základě zjištěných informací rozhodnout, zda je terapie pro klienta vhodná. Sdělí mu informace o terapii a průběhu celé léčby. Klient popisuje své problémy a pocity, myšlenky a tělesné projevy, které se s problémy pojí. Sděluje závažnost problému, jeho počátek a délku trvání. Terapeut se zaměřuje především na čtyři

---

<sup>186</sup> Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeuty*, s. 34.

<sup>187</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 54.

<sup>188</sup> Srov. tamtéž.

kategorie, které jsou pro KBT zásadní. Jsou to myšlení, chování, emotivita a tělesné reakce. S klientem vytvoří seznam problémů, které je nutné řešit. Shrnuje co bylo v rozhovoru řečeno, a ptá se klienta na souhlas, aby se ujistil, že dobře rozumí tomu, co se mu snaží klient sdělit. Společně stanoví cíle, které se vážou k jednotlivým problémům. Cíle se mohou v průběhu terapie měnit, doplňovat nebo zcela nově definovat. Již při prvním sezení se stanoví domácí úkol, který má být jednoduchý a pro klienta zvládnutelný. Na konci se domluví na dalším termínu setkání.<sup>189</sup>

Podrobné vyšetření probíhá formou rozhovoru. Ten je potřeba doplnit dalšími informacemi, které klient získá pomocí sebesledování a sebespozorování v různých dotaznících a na hodnotících škálách. Terapeut získává další informace od blízkých klienta nebo pomocí pozorování klienta v reálných situacích či při hraní rolí. Při podrobném vyšetření se používá i sledování fyziologických funkcí při zátěžových situacích.<sup>190</sup>

Na základě zjištěných informací během vyšetření se provádí behaviorální, kognitivní a funkční analýza klientových problémů. Problémy jsou definovány v měřitelných pojmech a definice by měla být co nejkratší a srozumitelná. Má obsahovat to, jak se problém promítá do klientova života, co problém udržuje, jak vznikl a jak se vyvinul.<sup>191</sup>

Cíle by měly být definovány také jednoduše a musí odpovídat stanoveným problémům. Každý problém musí mít určen konkrétní cíl. Cíle se stanovují na základě domluvy mezi klientem a terapeutem, a pro klienta musí být realistické, dosažitelné a žádoucí. Cíle je dobré sepsat a jejich plnění vždy reflektovat.<sup>192</sup>

Terapeutický plán se vytváří na základě zjištěných problémů a stanovených cílů. Při plánování terapie je nutné se zaměřit pouze na jeden, maximálně na dva cíle současně a klienta vést k jejich postupnému řešení. Klient se na daný problém více soustředí a snižuje se tak riziko neúspěchu. Terapeut zpočátku klientovi pomáhá a při řešení určitých problémů mu radí, ale postupně přenechává veškerou odpovědnost na

---

<sup>189</sup> Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeutu*, s. 50 - 55.

<sup>190</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 62.

<sup>191</sup> Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeutu*, s. 69.

<sup>192</sup> Srov. tamtéž.

něm. Klient se stává soběstačným a terapeutický plán více ovlivňuje vlastním rozhodnutím a plněním jednotlivých cílů.<sup>193</sup>

Ve chvíli, kdy klient úspěšně zvládl všechny zjištěné problémy a dosáhl všech stanovených cílů, je možné terapii ukončit. O ukončení terapie musí být klient informován předem, aby se na tento fakt stihl připravit. Při ukončení terapeut může nabídnout klientovi možnost další spolupráce a ujistit ho, že i po ukončení je možné se znovu setkat v případě jakýchkoliv problémů.<sup>194</sup>

### **4.3 Role sociálního pracovníka v kognitivně – behaviorální terapii**

Role sociálního pracovníka se v průběhu vývoje terapie výrazně měnila. Na počátku bylo úlohou sociálního pracovníka kontrolovat intervenční proces, od plánování až po volbu vhodné metody a tempa. V 90. letech se jeho úloha změnila a dala mu za úkol umožnit klientovi získat žádoucí zkušenosti a vytvořit vhodné prostředí pro nácvik potřebných dovedností. Existuje šest pravidel, která publikovali Kanfer a Scheffl v roce 1988, a která vystihují úkoly a způsob pohledu sociálního pracovníka KBT.<sup>195</sup> Jde o:

Orientaci na chování, kde sociální pracovník definuje důsledky problémů, jejich vedlejší účinky a osobní rysy. KBT se zaměřuje na klientovo chování, prožívání a myšlení.

Orientaci na řešení, protože je důležité se zaměřit na řešení daného problému, znát současný stav, cíle a způsob jejich dosažení.

Pozitivní orientaci, která je zaměřena na podporu klienta v pozitivním myšlení a jeho silných stránkách. Sociální pracovník oceňuje klienta za každý i drobný úspěch a za řádné plnění úkolů a podmínek.

Krok za krokem, což znamená, že větší a významné změny se dá dosáhnout pouze drobnými kroky, které klient postupně realizuje. Postupným dosahováním menších cílů se zvyšuje motivace klienta a jeho sebedůvěra.

---

<sup>193</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 81.

<sup>194</sup> Srov. tamtéž, s. 82 – 83.

<sup>195</sup> Srov. NAVRÁTIL, P., *Teorie a metody sociální práce*, s. 103.

Flexibilita, což je schopnost tvořivě přizpůsobovat obvyklé postupy sociálního pracovníka potřebám klienta. Sociální pracovník musí být empatický a vcítit se do situace klienta, jedině tak zjistí, co je pro něj nejlepší a jaké další metody práce zvolit.

Orientace na budoucnost, vždy se musí sociální pracovník zaměřovat na budoucnost, plnění dalších cílů, vyřešení klientových problémů a jeho následný život.<sup>196</sup>

Sociální pracovník by měl být empatický, důvěryhodný, nezávislý, klienta podporovat, vyjadřovat vřelost, pozitivní emoční zaujetí a měl by být schopný kongruence. Má být aktivní, povzbuzující a posilovat racionální spolupráci. Při KBT je kladen důraz i na sociální učení nápodobou. Toho si musí být sociální pracovník vědom a být pro klienta vzorem. Vzorem v tom, jak druhého člověka respektovat, důvěřovat mu, být čestným, pravdivým, přemýšlivým a přirozeným.<sup>197</sup>

Nejdůležitějším úkolem sociálního pracovníka je podpora klientovy motivace pokračovat v procesu změny, a aby vytrval ve svém úsilí. KBT je plánovaný proces a velká pozornost se věnuje její přípravě. Proto výbornou předlohou intervenčního procesu pro sociální pracovníky je dvanáct kroků tohoto procesu, které sestavila Gambrillová v roce 1971.<sup>198</sup> Viz. Příloha.

#### **4.4 Terapeutický vztah v kognitivně – behaviorální terapii**

O KBT je obecně známo, že na rozdíl od psychoanalytických a dynamických směrů dříve nepřikládala terapeutickému vztahu dostatečný význam. Bylo to zapříčiněno prací některých behaviorálních terapeutů, kteří se zaměřili spíše na vytvoření účinných metod, o nichž se domnívali, že působí, jsou – li správně aplikovány. V současnosti je však důležitost terapeutického vztahu v KBT plně prokázána. Terapeuti považují vzájemný vztah mezi klientem a terapeutem za nezbytný, ne však k úspěšné terapii za zcela postačující.<sup>199</sup>

---

<sup>196</sup> Srov. NAVRÁTIL, P., *Teorie a metody sociální práce*, s. 103 – 105.

<sup>197</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 148 – 150.

<sup>198</sup> Srov. NAVRÁTIL, P., *Teorie a metody sociální práce*, s. 105.

<sup>199</sup> Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeutu*, s. 168.



Při vytváření terapeutického postupu se využívá tzv. fázový model, což je procesní model, který vytváří most mezi sociálním vlivem a strukturováním terapeutického vztahu a procesu. To je typické pro KBT. Jde o proces, který má sedm fází.<sup>200</sup>

*První fáze je definování role a vývoj terapeutické aliance, druhá fáze je vytváření ochoty (vůle) ke změně, třetí fáze je behaviorální, kognitivní a funkční analýza. Ve čtvrté fázi jde o léčebný program, pátá fáze je vedení léčby, šestá je monitorování a hodnotící proces a poslední fáze je generalizace pokroku v léčbě a vztahové odpoutání.*<sup>201</sup>

Terapeut vystupuje v roli experta, který klientovi nabízí pomoc, ale zároveň vyžaduje aktivní spolupráci. Role terapeuta KBT je nejbližší roli učitele. Klient není označován za nemocného, ale za osobu s problémem. Terapeut jej učí metodám a postupům, jak tento problém zvládat. Vytváří atmosféru, kterou se stává terapie pro klienta atraktivní. Koncentruje své sociální dovednosti a využívá je strategicky ve prospěch vzájemného vztahu klient – terapeut.<sup>202</sup> Poskytuje klientovi informace o mechanismech vzniku a udržování jeho potíží. Učí ho postupům, pomocí nichž dokáže své potíže a problémy lépe zvládat a řešit. Terapie musí probíhat v atmosféře otevřenosti, kdy terapeut klientovi sděluje svá pozorování, domněnky a předpoklady. Klient pak na základě konkrétních úkolů ověřuje jejich platnost. Cílem KBT je to, aby klient svým problémům nejenom porozuměl, ale aby je byl schopen zvládat a řešit i bez pomoci terapeuta.<sup>203</sup>

Terapeutický vztah v KBT je často charakterizován pojmem „empirická spolupráce“. Znamená to, že klient ve spolupráci s terapeutem shromažďuje potřebné informace a fakta o klientově problému, vytvářejí hypotézy o vlivech, které problém udržují a pomocí praktických pokusů se snaží zjistit, jakým způsobem lze problém

---

<sup>200</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 146.

<sup>201</sup> Tamtéž.

<sup>202</sup> Srov. tamtéž, s. 147 – 148.

<sup>203</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 268 – 269.

úspěšně zvládnout. Během terapie dostává klient domácí úkoly. Ty musí plnit a prověřuje si tak dovednosti, které se během sezení naučil. Plnění úkolů kontroluje terapeut a snahu klienta podporuje pomocí pochval a ocenění. Pokud klient určitý domácí úkol nesplní, terapeut ho za to nekritizuje a neobviňuje. Zaměří se na hledání příčin tohoto selhání tak, aby příště klient úkol zvládl.<sup>204</sup>

Terapeut by měl být aktivní, a ve svém chování a vyjádřeních jasný a jednoznačný. Je vzorem optimismu, a zastává přesvědčení, že problémy jsou řešitelné, a při vzájemné spolupráci jsou schopni toto řešení najít. Klienta učí racionálně uvažovat, analyzovat dostupné informace a zkoumat platnost automatických negativních myšlenek, které klient má.<sup>205</sup>

Pro posílení spolupráce, terapeut poskytuje klientovi instrukce, doplňkovou četbu a podává mu informace o průběhu terapie krok za krokem. Aktivní spolupráci může zpočátku komplikovat nedostatek klientovi energie, motivace a potíže s koncentrací. Proto musí terapeut přizpůsobit léčebný plán klientovým možnostem a postupně ho vede k větší aktivitě a plnění stanovených úkolů.<sup>206</sup>

Celá KBT směřuje k samostatnosti klienta, který sám problematiku studuje, plní domácí úkoly, procvičuje naučené dovednosti a vytváří vlastní hypotézy o problému a možnostech jeho řešení. Hned od počátku by měl být informován o tom, že KBT je z velké části svépomocný přístup. Proto velmi záleží na jeho vlastním přístupu, motivaci, aktivitě a rozhodnutí změnit své potíže a problémy. Terapeut je mu při jeho rozhodnutích a postupech, rádcem a podporou. Pomáhá mu vyhledávat vlastní přístupy v léčbě a poskytuje mu zpětnou vazbu. Aktivní a otevřená spolupráce mezi nimi je základem terapeutického vztahu.<sup>207</sup>

Terapeut nikdy nepodporuje vznik klientova iracionálního přenosového vztahu. Nesmí hrát v životě klienta roli náhradních rodičů, nebo partnera a nezabývá se analýzou vlastního terapeutického vztahu. Musí být schopen uznat, že se mýlil, a nikdy

---

<sup>204</sup> Srov. PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M., *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeuty*, s. 168.

<sup>205</sup> Srov. tamtéž, s. 168 – 169.

<sup>206</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 148.

<sup>207</sup> Srov. tamtéž, s. 149 – 150.

si nesmí hrát na neomylného. Je schopen přijímat klientovu kritiku a reagovat na ni otevřeným zkoumáním jejích příčin.<sup>208</sup>

Charakteristickým rysem KBT je podrobné vedení záznamů o každém kroku terapie. Společným dílem terapeuta a klienta jsou písemné záznamy zahrnující obsah vyšetření, výsledky použitých testů, dotazníků a škál, záznamy ze sezení a hodnocení jednotlivých domácích úkolů. Každý krok v terapii je výsledkem dohody mezi nimi. Terapeut musí každý krok klientovi zdůvodnit, jaký smysl mají jednotlivé postupy a úkoly, a klient s nimi musí souhlasit.<sup>209</sup>

---

<sup>208</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 269.

<sup>209</sup> Srov. tamtéž, s. 55 – 56.

## 5 Kognitivně – behaviorální přístup v léčbě mentální bulimie

Kognitivně – behaviorální terapie je první volbou při léčbě mentální bulimie. KBT mentální bulimie vychází z kognitivně – behaviorálního modelu této poruchy. K tomu, aby došlo k trvalé změně, nestačí, aby se léčba zaměřila pouze na změnu jídelních návyků a váhy, ale musí změnit postoje nemocného k vlastnímu tělu, vzhledu a hmotnosti, protože právě odsud vychází narušený vztah k příjmu potravy. Během terapie je nutné dosáhnout změny negativního sebepojetí nemocného, především v situacích, kdy jde o dlouhodobý osobnostní rys.<sup>210</sup>

Využití KBT při léčbě MB má podle studií velmi dobré výsledky. Až u 90% osob se snížila četnost záchvatů přejídání, vyvolávaného zvracení a užívání laxativ. Dostavuje se výrazné zlepšení nálady a klesá snaha držet dietu. Snižuje se zaujetí vlastním tělem, hmotností a vzhledem.<sup>211</sup>

Několik studií, které srovnávaly efektivitu KBT a farmakoterapie, došly ke zjištění, že KBT, zejména v dlouhodobější perspektivě, je účinnější než pouhá medikace, a že kombinace KBT s antidepresivy je úspěšnější než samotná KBT. Zlepšení MB pomocí KBT je dlouhodobě udržitelné. Při léčbě pouze medikací dochází často k přerušování léčby nebo později k relapsům. Proto je skoro vždy využívána KBT společně s farmakoterapií.<sup>212</sup>

Existuje pět základních bodů, na které se KBT zaměřuje při léčbě MB. Jde o vedení záznamů při jídle, záchvatech přejídání, zvracení a o pocitech a myšlenkách, které toto chování doprovázejí. Druhým bodem je pravidelné vážení. Za třetí jde o změnu schématu jídelního chování, což znamená odstranění redukčních diet, rozšíření jídelníčku a normalizaci jídelních návyků a postojů. Čtvrtý bod je kognitivní restrukturalizace<sup>213</sup> s cílem identifikovat a změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi

<sup>210</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 224 – 225.

<sup>211</sup> Srov. COOPER, P., J., *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatové přejídání*, s. 66.

<sup>212</sup> Srov. PROCHASKA, J., O., NORCROSS, J., C., *Psychoterapeutické systémy*, s. 248.

<sup>213</sup> „Restrukturalizace je změna, přizpůsobení, zlepšení struktury, organizace, systémů nebo poměrů,“ Restrukturalizace In KOLEKTIV AUTORŮ A KONZULTANTŮ ENCYKLOPEDIKÉHO DOMU, *Slovník cizích slov*, s. 292.

skryté základní předpoklady, které pomáhají udržovat PPP. Pátý bod je zavedení prevence relapsu.<sup>214</sup>

Terapie probíhá nejčastěji ambulantně a má kolem 15 - 20 sezení. Sezení trvá 45 – 60 minut. Frekvence sezení je jednou týdně, ve druhé polovině terapie může být interval prodloužen na čtrnáct dnů. Terapeut musí být aktivní a v některých situacích až direktivní. Současně musí být otevřený, kooperativní a vstřícný. Klienta motivuje a vede k aktivní spolupráci a řešení problémů. Nemůže se spoléhat na podvědomou motivaci osob s MB, ale musí vycházet z vědomé zkušenosti.<sup>215</sup> Kromě setkávání s terapeutem, může nemocný pracovat i se svépomocnými manuály. Jsou v nich základní informace o onemocnění, problémech, které se s onemocněním pojí a o možnostech léčby. Obsahují konkrétní rady, jak nemoc překonat, a vycházejí z kognitivně – behaviorálních principů. Mohou být používány buď samostatně nebo s omezenou podporou terapeuta, což je řízená svépomoc.<sup>216</sup> Manuály jsou sestaveny z jednotlivých kroků, které si nemocný postupně osvojuje. Na konci každého kroku je opakování toho, co se povedlo a zdařilo. Po zvládnutí jednoho kroku lze vykročit k dalšímu. Jde o určitou formu pomocníka, který nemocného provádí na cestě k uzdravení. Existují různé druhy manuálů, nejenom ty, které jsou zaměřeny na PPP, ale i na nácvik asertivity, boje proti stresu nebo na pomoc při léčbě deprese.<sup>217</sup>

Cílem léčby MB pomocí KBT je změna jídelních návyků a překonání nevhodných nebo nadměrných způsobů kontroly tělesné hmotnosti. Edukace o vhodné stravě a tělesné hmotnosti je součástí stanovení si přiměřených cílů. Terapeut je povinen tato témata s klientkou projít a vysvětlit jí důsledky, které z toho pro ni vyplívají. Spíše než o bulimii a anorexií je vhodné mluvit o přejídání, zvracení, nedostatečném energetickém příjmu nebo vyhublosti. Je důležité používat srozumitelnou terminologii, která poukazuje na konkrétní situace. Měl by jí doporučit i nutriční poradenství, které jí může pomoci lépe se zorientovat ve správných jídelních postojích a v přiměřeném příjmu potravy.<sup>218</sup>

---

<sup>214</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 128.

<sup>215</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 811.

<sup>216</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 135.

<sup>217</sup> Srov. PAPEŽOVÁ, H., *BULIMIA NERVOSA*, s. 50.

<sup>218</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 813 - 816.

V průběhu terapie je důležité vést klientku k aktivnímu vytváření bezpečných podmínek pomocí nácviku přípravy jídla, stolování, vyhazování zbytků nebo nákupu potravin. Společně s terapeutem hledají alternativy, ke kterým se mohou uchýlit, když se chtějí přejít. Jde o získání nových zájmů a činností, které odvedou pozornost od neovladatelné chuti, kterou klientky pociťují. Významnou součástí léčby je i zavedení jídelního plánu, který má být konkrétní a strukturovaný, aby klientku přiměl k dodržování jídelních předsevzetí. Ale zároveň flexibilní, aby jeho neplánované nedodržení nebylo záminkou k vynechání jídla nebo k přejedení. Spolu s terapeutem se snaží odhalit spouštěcí mechanismy přejídání, a to jak vnější, tak vnitřní faktory. Identifikace těchto faktorů není příliš složitá, ale jejich odstranění je již obtížnější. Někdy je nelze odstranit a je nutné naučit klientku s nimi žít.<sup>219</sup>

Při terapii se nesmí zapomínat ani na zájmy a zájmové aktivity nemocného. Některé aktivity pomáhají vylepšit představu o vlastním těle a vzhledu nemocného, a mohou léčbě velmi napomoci. Terapeut má klientku podporovat v tom, aby se nebála setkání s ostatními a přestala skrývat svoje tělo. A to jak změnou oblečení, tak návštěvou koupaliště nebo posilovny.<sup>220</sup>

Kognitivně – behaviorální terapie se soustředí nejenom na změnu jídelního chování, ale především na změnu myšlení a postojů nemocného. Terapie se rozděluje do tří fází a každá z fází je zaměřena na jiné cíle, které vedou k postupnému uzdravení a normalizaci příjmu potravy.

## 5.1 První fáze léčby

První fáze léčby se zaměřuje na dva základní cíle. Jde o vysvětlení a přesný popis terapie a smysl léčby, a o stanovení pravidelného jídelního režimu. Na prvním sezení musí terapeut klientce vysvětlit kognitivní pojetí udržování MB. Poukazuje na negativní důsledky onemocnění a na bludný kruh, který se stále opakuje, ale že nyní se budou společně snažit o změnu. Důležité je zdůraznění faktu, že nejde jen o změnu jídelního chování, a že veškeré problémy nejsou spojeny pouze s přejídáním. Je třeba, aby si uvědomily, že musí dosáhnout změn i v jiných oblastech svého života. Terapeut

---

<sup>219</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 817 - 818.

<sup>220</sup> Srov. tamtéž, s. 820.

může doporučit i doplňkovou četbu ve formě svépomocných kognitivně – behaviorálních manuálů.<sup>221</sup>

Terapeut vyzve klientku, aby si začala sama sledovat svůj způsob jedení a vedla si jídelní záznamy. Je třeba jí vysvětlit smysl těchto záznamů. Záznamy klientce pomohou v době mezi sezeními určovat chování, pocity a myšlenky spojené s jídlem a dávají jí možnost zamyslet se nad nimi a popřípadě je změnit. Záznamy pomáhají i při zkoumání klientčinych jídelních návyků a okolností, při kterých se objevují její problémy. Terapeut klientce vysvětlí jak správně tyto záznamy vést a podá jí podrobné informace, čeho se má sebesledování týkat. Každé další sezení začíná analýzou nových klientčinych záznamů. Terapeut nesmí zapomenout na poučení klientky o přiměřené hmotnosti a správném jídelním režimu. Musí vyvrátit různá mylná přesvědčení, jenž posilují PPP. Je dobré se zaměřit především na tyto témata – tělesná váha a její regulace, důsledky diet, zdravotní komplikace MB a neúčinnost zvracení a projímadel jako prostředků ke snížení váhy.<sup>222</sup>

V první fázi je nezbytně nutné poskytnout klientce písemně rady týkající se jídla, zvracení, zneužívání projímadel a diuretik. V případě dodržování těchto rad, je možné získat opět kontrolu nad jídlem. Klientka se s nimi postupně seznamuje a začíná se jimi řídit. První pravidlo je spojeno s pravidelným jídelním režimem. Terapeut vyžaduje, aby klientka jedla pouze tři větší jídla denně a dvě nebo tři menší přesnídávky. Po jídle nesmí dojít k žádné z kompenzačních metod. Jídlo musí být konzumováno maximálně jednou za tři hodiny. V žádném případě nesmí klientka jídlo záměrně vynechávat, jídlo má přednost před každou činností. Denní program se přizpůsobuje jídelnímu režimu.<sup>223</sup>

Druhá rada zahrnuje využití alternativních forem chování k oddálení nebo nahrazení záchvatu přejídání. Klientka si ve spolupráci s terapeutem určí několik náhradních činností, které jí pomůžou dodržovat pravidelný jídelní režim a budou ji chránit před přejedením. Náhradní činnosti jsou nezbytné, protože jsou nemocnému oporou ve chvílích, kdy má nutkání se přejíst.<sup>224</sup>

---

<sup>221</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 135 - 136.

<sup>222</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 225 – 227.

<sup>223</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 138.

<sup>224</sup> Srov. tamtéž, s. 139.

Třetí pravidlo se týká zvracení. Není nutné se jím dlouhodobě zabývat. Zvracení vymizí ve chvíli, kdy se klientka přestane přejídat. Nemá poté již důvod dále zvracet. U osob, které mají silné nutkání zvracet, se opět vyhledávají náhradní činnosti. Ty mají sloužit k odvedení pozornosti do chvíle, kdy toto nutkání pomine.<sup>225</sup>

Čtvrtá rada je spojena se zneužíváním projímadel a diuretik. Hned na počátku spolupráce musí terapeut vysvětlit, že užívání těchto léků nemá žádný účinek na hubnutí, protože nikdy neodstraní z těla všechny kalorie. Cukry se začínají štěpit již v ústech a jsou zpracovávány poměrně rychle. Projímadla vyprazdňují především tlusté střevo, ale energie z potravy byla využita již v tenkém střevě. Proto je klientka vyzvána, aby je přestala užívat a všechny zásoby vyhodila. Většina klientek to zvládne sama bez další pomoci. Pro ty, které se touto radou nedokáží řídit, je třeba vytvořit pevné schéma snižování dávek léků. Po úplném vysazení léků může dojít ke zvýšení hmotnosti, což je spojeno se zadržováním tekutin v těle. Tento stav trvá obvykle jeden až dva týdny a je třeba na něj klientky upozornit.<sup>226</sup>

## 5.2 Druhá fáze léčby

Druhá fáze obvykle trvá osm týdnů. Sezení se koná každý týden a klade se při nich důraz na pravidelný jídelní režim. Terapie se zaměřuje na různé formy dietních omezení, na postoje vůči vlastní postavě a hmotnosti a také na obecnější poruchy kognitivních procesů.<sup>227</sup>

Hlavním cílem druhé fáze léčby MB je zmírnit nebo zcela odstranit různá dietní omezení. Většina dívek má strach, že když přestanou držet diety, tak se jejich hmotnost zvýší. To obvykle nebývá pravda, protože většina příjmu energie je ze záchvatů přejídání. Při odstranění dietních omezení a pravidelného jídelního režimu se snižují tendence k přejídání. Klientka musí označit i „zakázané“ potraviny, jimž se doposud vyhýbala a během terapie je musí postupně zařazovat do svého jídelníčku. Zařazování musí být postupné a mělo by probíhat tak dlouho, až všechna tato jídla dokáže sníst bez pocitu úzkosti. Z jídelních záznamů je zřejmé kolik toho klientka sní a jaká jídla si vybírá. Terapeut ji musí vést k tomu, aby množství jídla obsahovalo alespoň 1500 kcal a

---

<sup>225</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 139.

<sup>226</sup> Srov. tamtéž.

<sup>227</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 228.



nejlépe 1800 kcal denně. Je vhodné, aby klientka jedla potraviny bez ohledu na jejich energetickou hodnotu a začala zkoušet jíst v různých situacích, jako například v restauracích, bufetech nebo při různých oslavách.<sup>228</sup>

Dalším bodem druhé fáze je tzv. „kognitivní restrukturalizace“, která je zaměřena na postoj klientky k vlastní postavě a tělesné hmotnosti. Učí klientku rozpoznávat problematické myšlenky, které vedou k problematickému chování. Myšlenky vycházejí z určitých postojů a předsudků. Obvyklý předpoklad je, že všechny klientčiny problémy se vyřeší v okamžik, kdy zhubne na určitou hmotnost, nebo že štíhlí lidé jsou šťastní, spokojení a úspěšní, kdežto lidé s nadváhou jsou nešťastní a neúspěšní. Takovéto názory jsou hluboce zakořeněny v klientčině přesvědčení a mají pro ni velmi osobní význam.<sup>229</sup>

Při kognitivní restrukturalizaci si musí klientka problematickou myšlenku uvědomit a prozkoumat ji za pomoci čtyř základních kroků. Prvním krokem je myšlenku zapsat. Musí to být přesně ta myšlenka, která klientce proběhla hlavou v danou situaci nebo v reakci na nějakou otázku. Druhým krokem je probrat argumenty, které myšlenku podporují. Musí to být reálné podklady a vysvětlení myšlenky a faktorů, které ji podporují, nesmí být pouze jednostranné. Třetí krok má za úkol zjistit a probrat argumenty a důkazy, které danou myšlenku zpochybňují. Je nutné zjistit co zkoumaná myšlenka pro klientku znamená. Naučit ji rozlišovat mezi pojmy „cítit se tlustá“ a „být tlustá“. Každá negativní myšlenka, která je zaměřená proti klientce, ji uráží, ohrožuje a snižuje její sebevědomí. Je třeba naučit klientku tyto myšlenky zkoumat a zamýšlet se nad nimi i v případě jiných osob. Například v případě, že by někdo z jejich blízkých jen trochu přibral, považoval by se za „tlustého“? Klientka sama musí určit jestli neuplatňuje jiná, přísnější měřítko na sebe než na druhé. A také musí umět rozeznávat subjektivní dojmy od objektivní reality. Ve čtvrtém kroku by klientka měla dospět k rozumnému závěru, na jehož základě může řídit svoje jednání. Rozumný závěr si napíše a připomene pokaždé, když ji napadne problematická myšlenka. Pokud celému systému kognitivní restrukturalizace klientka porozumí, dostane za domácí úkol si jej procvičovat a všechny problematické myšlenky takto zkoumat. Při sezení je pak společně s terapeutem probírají.<sup>230</sup>

---

<sup>228</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 228.

<sup>229</sup> Srov. KRCH, F., D., A KOLEKTIV, *Poruchy příjmu potravy*, s. 140 – 142.

<sup>230</sup> Srov. tamtéž, s. 141.

Terapie je doplňována behaviorálními metodami, především pak metodou odstupňované expozice. Je významná zejména pro dívky s výrazným odporem ke svému tělu, které například odmítají nosit přiléhavé šaty, vždy se převlékají v soukromí nebo se straní situacím, kde by musely ukazovat svoji postavu. Terapeut jim pomáhá tento odpor překonat a postupně vyhledávat situace, kde se mohou více odhalit. Například při návštěvě bazénu nebo aerobiku. S tím souvisí i požadavek terapeuta, aby si více všímaly i jiných žen, a získávaly tak lepší představu o přiměřenosti vlastního vzhledu.<sup>231</sup>

### 5.3 Třetí fáze léčby

Třetí a závěrečná fáze má obvykle kolem třech sezení a konají se jednou za čtrnáct dnů. Při těchto sezeních se zaměřují na udržení dosaženého pokroku i po ukončení terapie. Je nutné, aby klientky měly ohledně budoucnosti reálná očekávání a i nadále pokračovaly v pravidelném jídelním režimu.<sup>232</sup>

*Součástí prevence relapsu je rekapitulace dosavadního vývoje, vyzdvižení pozitivních momentů a přeformulování problému. Nejistota z dalšího vývoje je přirozená, ale nemocný už ví jak problém identifikovat a zvládnout. V případě problému je vhodné se na nějakou dobu vrátit k záznamům a souhrnu vhodných strategií, které pomáhají zvládnout nutkání přejít se, zvracet nebo nejíst. S každou pacientkou probereme její slabá místa a jak identifikovat nebezpečný vývoj, který se někdy může jevit jako odůvodněný (...). Jsou to situace spojené s nadměrnou zátěží, emočními a rodinnými problémy, s prací nebo změnou prostředí.*<sup>233</sup>

S klientkou je vhodné probrat i další nebezpečné situace, jenž mohou nastat v budoucnosti, a které doprovází změna jídelních návyků nebo tělesné hmotnosti. Mezi tyto situace patří zejména diety ze zdravotních důvodů, těhotenství nebo změna životních podmínek jako je odjezd do zahraničí, nástup do zaměstnání nebo pobyt mimo

---

<sup>231</sup> Srov. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*, s. 228.

<sup>232</sup> Srov. tamtéž, s. 230.

<sup>233</sup> PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 821.

domov. Před ukončením terapie si zvyká klientka jíst sama bez jídelních záznamů. K nim se však může v případě jakéhokoliv problému kdykoli vrátit. Jako podpora do budoucnosti jí může sloužit i svépomocný manuál.<sup>234</sup>

---

<sup>234</sup> Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV, *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*, s. 821.

## Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na mentální bulimii, možnosti její léčby a na kognitivně – behaviorální terapii, která je při léčbě mentální bulimie velmi účinná. KBT je při léčbě MB obvykle první volbou. Nezaměřuje se pouze na změnu a úpravu jídelních návyků, ale na celkovou změnu postoje nemocného k vlastnímu tělu a hmotnosti.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit možnosti léčby a péče pro osoby s mentální bulimií a zaměřit se na využití kognitivně – behaviorální terapie při léčbě této poruchy. Domnívám se, že jsem tento cíl naplnila.

První kapitola se zabývala všeobecně poruchami příjmu potravy. Popsala jsem v ní jednotlivé poruchy příjmu potravy, jejich projevy a základní symptomy. Ve druhé kapitole jsem se zaměřila na mentální bulimii, přesná diagnostická kritéria, příčiny vzniku, zdravotní komplikace MB a psychické a sociální obtíže osob s MB. Tématem třetí kapitoly byly možnosti léčby a péče u osob s MB. Zařadila jsem do ní zdravotnickou, psychoterapeutickou a sociální péči. A také vybrané služby pro osoby s MB, které jsem rozdělila na Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, které je jedinou registrovanou sociální službou pro osoby s PPP v České republice, a na psychiatrické a psychoterapeutické služby. Ve čtvrté kapitole jsem popsala kognitivně – behaviorální terapii, její základní rysy, strukturu terapie, terapeutický vztah v KBT a uplatnění sociálního pracovníka v tomto přístupu. Pátá kapitola se věnovala kognitivně – behaviorálnímu procesu terapie s osobami s MB. Kapitulu jsem rozdělila do tří fází léčby MB pomocí KBT.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila o nastínění problematiky mentální bulimie, která je jedním z nejčastějších onemocnění mladých dívek a žen. Pomocí analýzy odborných textů jsem zjišťovala možnosti léčby a péče pro osoby s MB, které se využívají nejčastěji a jsou nejúčinnější. Stejně jako u MA platí, že určitá metoda nepomůže všem nemocným stejně. Může to být zapříčiněno různými faktory, jako je délka trvání poruchy, fyzický stav, komorbidní poruchy nebo vlastní sebepojetí nemocného. Avšak existují určité druhy léčby a péče, které zabírají na vysoká procenta nemocných. Jednoznačně nejúčinnější se jeví KBT (v kombinaci s antidepresivy se její účinnost ještě zvyšuje). Její techniky odhalují problematické myšlenky a postoje nemocných a snaží se je společně s ním nahradit rozumnými závěry. Je založena na

malých krocích, jejichž úspěšné zdolání, dodává nemocnému sebevědomí a posunují ho stále dopředu. Při práci s osobami s MB mohou KBT využívat nejenom terapeuti a psychiatři, ale i sociální pracovníci. Základní techniky KBT jsou využitelné v každém pomáhajícím vztahu.

# Seznam bibliografie

## Literatura

- COOPER, P., J. *MENTÁLNÍ BULIMIE a záchvatovité přejídání*. Přel. Jana Krchová. 1. vyd. Olomouc: VOTOBIA, 1995. Přel. z: *Bulimia Nervosa and Binge – Eating: A Guide to Recovery*, London: Robinson Publishing, 1995. ISBN 80-85885-97-2.
- ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 2. vyd. Praha: O. s. Anabell – sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, 2008. ISBN neuvedeno.
- HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0233-9.
- HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Přel. Jakub Zeman. 1. vyd. Brno: ERA, 2003. Přel. z: *Bulimia: A Guide to Recovery*, Carlsbad: Gürze Books, 1999. ISBN 80-86517-60-8.
- HANUŠ, H. A KOLEKTIV. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-873-5.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178.472-9.
- KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.
- KOLEKTIV AUTORŮ A KONZULTANTŮ ENCYKLOPEDICKÉHO DOMU. *Slovník cizích slov*. 2. vyd. Praha: Baronet, 2005. ISBN 80-7214-797-8.
- KOUTEK, J. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *Trendy v medicíně*. Praha: TRITON, 2001. Roč. 3, č. 1, s. 39 – 42. ISSN 1212-9046.
- KRCH, F., D. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, F., D., A KOLEKTIV. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- MAĐÁROVÁ, L'. Ošetrovatelská péče o pacienty s poruchou příjmu potravy – mentální anorexie. *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků*. 2008, s. 112 – 116.

- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., A KOLEKTIV. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÁ, E. Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. In RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., POŘADATELÉ. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 112 – 115 s. ISBN 80-7262-420-2.
- MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1997. Přel. z: Straight Talk About Eating Disorders, New York: Facts On File, 1991. ISBN 80-7106-248-0.
- MARKOVÁ E., VENGLÁŘOVÁ M., BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Bomton agency s. r. o., 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
- MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně – behaviorální terapie – Úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: TRITON, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
- NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In MATOUŠEK, O., A KOLEKTIV. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 183 – 192. ISBN 80-7178-473-7.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NAVRÁTIL, P. *Úvod do teorií sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN neuvedeno.
- PAPEŽOVÁ, H. *BULIMIA NERVOSA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
- PELKOVÁ, L. Příklad úspěšné léčby mentální anorexie na Denním stacionáři. *Česko - slovenská Psychiatrie*. Praha: ČLS JEP, 2005. Roč. 101, č. S1, s. 27 - 29. ISSN 1212-0383.
- PELKOVÁ, L. Témata psychologické intervence v léčbě poruch příjmu potravy. In RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., POŘADATELÉ. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 166 – 169 s. ISBN 80-7262-420-2.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-7254-459-4.

- PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., A KOLEKTIV. *Kognitivně – behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, J. Integrace v psychoterapii z pohledu kognitivně – behaviorální terapie. In RABOCH, J., ZRZAVECKÁ, I., DOUBEK, P., POŘADATELÉ. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 190 – 192 s. ISBN 80-7262-420-2.
- PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně – behaviorální terapie depresivních poruch – Manuál pro terapeuty*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1995. ISBN 80-85121-98-0.
- PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 133 – 161 s. ISBN 80-7367-002-X.
- PROCHASKA, J., O., NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy*. Přel. Jiří Štěpo. 4. vyd. Praha: Grada, 1999. Přel. z: *Systems of Psychotherapy A Transtheoretical Analysis*, USA, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- PROKOPOVÁ, K. *Vybrané služby a péče o jedince s mentální anorexií*. Olomouc: 2010. [Absolventská práce obhájena na CARITAS – VOŠ sociální Olomouc v červnu 2010].
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 1996. ISBN 80-85800-33-0.
- TRESS, W., KRESSE, J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Přel. Lubor Špís. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. Přel. z: *Psychosomatische Grundversorgung*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 2004. ISBN 978-80-7367-309-3.
- VÁGNEROVÁ, M. O poruchách příjmu potravy. *Propsy*. Praha: Portál, 1998. Roč. 4, č. 5, s. 6 – 7. ISSN 1211-5886.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 2000. ISBN 80-85912-38-4.



VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.

ZVOLSKÝ, P. A KOLEKTIV. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-203-6.

## **Prameny**

Fakultní nemocnice Motol, *Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol*, [online].

Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na www: <<http://www.fnmotol.cz/detska-psychiatricka-klinika-uk-2-lf>>.

*Jana – Nějaké řešení být musí*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

*Kontaktní centrum Anabell Brno*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

*Marta – Bulimie se přistěhovala za mnou*. [Interní materiál Kontaktního centra Anabell Brno, Brno, (nestránkováno)].

Občanské sdružení Anabell, *Stanovy Občanského sdružení Anabell*, Brno: 2006, 8 s.

Občanské sdružení Anabell, *Lidé v Občanském sdružení Anabell*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na www: <<http://anabell.cz/index.php/lide-v-os-anabell>>.

Občanské sdružení Anabell, *Kontaktní centrum Anabell Praha*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na www: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha>>.

Občanské sdružení Anabell, *Kontaktní centrum Ostrava*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-03-30]. Dostupné na www: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-ostrava>>.

Občanské sdružení Anabell, *Poradny, lékaři, kliniky - klasické metody*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na www: <<http://anabell.cz/index.php/poradny-lekari-kliniky/klasicke-metody-lecby>>.

Občanské sdružení Anabell, *Kde v Praze a blízkém okolí hledat pomoc?*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na www: <<http://anabell.cz/index.php/anabell-praha/kontakty-na-odbornou-pomoc>>.

Psychiatrická klinika FNB a LF MU, *Oddělení*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na www: <<http://www.pk-brno.cz/index.php?pg=zdravotnicka-pece--oddeleni>>.

*Stručně o mentální bulimii*. [Propagační materiál, Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno, (nestránkováno)].

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, *Psychiatrická klinika VFN a I. LF UK*, [online]. Datum poslední aktualizace neuvedeno. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na www: <<http://www.vfn.cz/article.asp?nDepartmentID=680&nArticleID=7198&nLanguageID=1>>.

*Základní informace o Občanském sdružení Anabell sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií*. [Propagační materiál, Občanské sdružení Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Brno, (nestránkováno)].

## Seznam zkratk

PPP	poruchy příjmu potravy
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace
DSH	Deliberate self harm – záměrné sebepoškozující chování
KBT	kognitivně – behaviorální terapie

## Příloha

Tabulka: 12 kroků intervenčního procesu

<i><b>Krok</b></i>	<i><b>Cíl</b></i>	<i><b>Odůvodnění</b></i>	<i><b>Prostředky</b></i>
<i><b>1. Mapování problémové oblasti</b></i>	Získání představy o celém spektru problémů	Pomůže vytvořit profil problémové oblasti	Shromáždění kompletního popisu aktuálních problémů
<i><b>2. Volba problému a kontrakt</b></i>	Dosažení shody mezi klientem a sociálním pracovníkem, který problém (nebo jeho část) bude předmětem společného úsilí o změnu	Podporuje klientovu ochotu ke spolupráci a zapojení	Povídání nad seznamem problémů, vyjednávání výběru
<i><b>3. Souhlas se spoluprací</b></i>	Získat klientův souhlas ke spolupráci	Podporuje klientovu ochotu ke spolupráci	Vysvětlení, čtení dohody a žádost o souhlas
<i><b>4. Specifikace cílového chování</b></i>	Specifikace detailů o vybraném problému	Demonstruje, co udržuje a posiluje problém	Povídání o příkladech problémového chování, žádoucích alternativách a příklady
<i><b>5. Základní charakteristika cílového chování</b></i>	Získání informací o frekvenci a trvání problému	Poskytne konkrétní východisko pro posouzení změny	Tvorba grafů, náčrtů, schémat, první úsudek
<i><b>6. Identifikace problému, kontrola okolností</b></i>	Získání informací o okolnostech, které souvisí s výskytem problému	Ukazuje význam určitých stimulů dotýkajících se problému	Tvorba schémat, grafů, které zachycují události před, v průběhu a po výskytu problému
<i><b>7. Vyhodnocení zdrojů v klientově okolí</b></i>	Identifikace možných zdrojů v klientově okolí	Pomáhá zaangažovat pomoc z okolí, bez níž by bylo dosažení změny obtížné	Rozhovor s klientem, s jeho blízkými
<i><b>8. Specifikace behaviorálních cílů</b></i>	Specifikace behaviorálních cílů v plánu změn	Pomáhá vyjasnit závěrečnou představu o žádoucí změně chování	Rozhovor s klientem
<i><b>9. Formulace plánu změn</b></i>	Výběr vhodné techniky	Umožňuje výběr nejefektivnější cesty k dosažení žádoucí změny	Rozbor získaných informací v dosavadních krocích, ověření intervenčních možností
<i><b>10. Realizace</b></i>	Změna chování	Koncentrace úsilí na vlastní změnu	Uskutečňování specifických intervenčních technik
<i><b>11. Sledování výsledků</b></i>	Získání informací o efektivnosti intervence	Poskytuje zpětnou vazbu	Sběr a vyhodnocení dat
<i><b>12. Zachování dosažené změny</b></i>	Dosažení stability	Pomáhá zabránit recidivám	Spolupráce s lidmi z blízkého klientova okolí

Upraveno dle Gambrillové a kol. (1971)

(NAVRÁTIL, P., *Teorie a metody sociální práce*, s. 104.)