

Univerzita Karlova v Praze,
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Katholieke Universiteit Leuven,
Belgium

Disertační práce

Název:

**Systematický přehled výzkumů
ověřujících na pohyb anebo tělo zaměřenou terapii
v rámci léčby onemocnění Porucha příjmu potravy.**

Školitelé:

Doc. PhDr. Běla Hátlová PhD.

Univerzita Karlova v Praze

Prof. Michel Probst PhD.

Katholieke Universiteit Leuven

Mgr. Milena Adámková

Oblouková 8

101 00 Praha 10

V Praze dne 11.4.2010

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně za použití uvedené odborné literatury.

V této práci popsaný výzkum, byl řešen za pomoci grantu GAUK No 2361/2007.

Poděkování

Děkuji Doc.PhDr.Běle Hátlové, PhD. a Prof. Michelu Probstovi PhD. za vedení mé disertační práce, za pomoc a cenné rady, a zvláště za slova povzbuzení.

Děkuji Mgr. Paulu Ségarovi za nekončící hodiny strávené korekturami anglického překladu této práce.

Děkuji PhDr. J. Kotrlové za neúnavnou pomoc při získávání plných textů článků k této práci.

Děkuji Philippovi za trpělivost, podporu a povzbuzení zvláště při celkovém dokončování této práce.

Evidenční list

Jméno a příjmení	Číslo obč.průkazu	Datum	Podpis

Svoluji k zapůjčení mé disertační práce ke studijním účelům.

Dne 11.4.2010

Podpis:

Uživatel stvrzuje svým podpisem, že tuto disertační práci použil ke studijním účelům a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Název:

Systematický přehled výzkumů ověřujících na pohyb anebo tělo zaměřenou terapii v rámci léčby onemocnění porucha příjmu potravy.

Cíle práce:

Cílem práce je vyhledat všechny terapeutické přístupy, které pracují s technikami zaměřenými na pohyb a tělo, které byly testovány v rámci léčby Poruchy příjmu potravy a které byly anglicky publikovány do roku 2008. Dále zhodnotit popsané studie, zařadit je do struktury a extrahovat data využitelná pro praxi i další výzkum.

Metoda:

Na základě výzkumné strategie Systematického přehledu, byl v této práci vytvořen replikovatelný rámec týkající se zahrnujících a vylučujících kritérií, klíčových slov, systému databázového vyhledávání a zvolených položek tabulky k extrakci získaných dat a další struktruraci.

Výsledky:

Tento výzkum doložil, že pohyb a na tělo zaměřené techniky, jsou oblíbenými terapeutickými technikami u pacientů s poruchou příjmu potravy a že se významně podílejí na jejich uzdravení. Do výzkumu bylo celkem zařazeno 41 studií, publikovaných od roku 1970 do roku 2008, které vyhověly zahrnujícím a vylučujícím kritériím. Byla zhodnocena kvalita důkazu jako velmi dobrá u 59% zařazených studií. Byla vytvořena struktura terapeutických technik a závěry pro terapeutickou praxi a další výzkum.

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, Systematický přehled, terapie, terapeutické techniky, pohyb, tělo, cvičení

Title:

Systematic Review of Researches Testing Movement and Body Techniques in the Treatment of Eating Disorders.

Goal:

The goal of this research is to organize the knowledge of past therapeutic researches and cross-connect this knowledge gained through experiments for the benefit of daily psychotherapeutic work and future researches.

Methods:

The design of the study follows the design of Systematic Review, which carries the highest evidence in the hierarchy of scientific evidence, and which offers the strongest knowledge for practical use. In this research were included studies testing Movement and Body Techniques on samples of patients with Eating Disorders and which were published in English till the year 2008.

Results:

This research confirms that for the treatment of eating disorders, therapies using body and movement oriented techniques have been used, tested and published since 1970. By the end of the year 2008 there are 41 published researches in the English language.

The evidence-based quality of the researches in this field is very good. In 59% of the studies, the strength of the evidence reaches the third of four levels of scientific evidence.

The studies included in the review, show that the treatments under discussion have positive effects in the healing of eating disorders.

The study also shows the most used and the most tested therapies in this field.

Keywords:

Eating Disorders, therapy, body, movement, exercise, body oriented techniques, movement oriented techniques, Systematic Review

Obsah

1 Úvod	11
1.1 Souhrn	13
1.1.1 Úvod	13
1.1.2 Teoretický základ	14
1.1.3 Metody	15
1.1.4 Výsledky	16
1.1.5 Diskuse	17
1.1.6 Závěr	18
2 Teoretický základ	22
2.1 Systematický přehled	22
2.1.1 Evidence Based	22
2.1.1.1 Výzkumné strategie	23
2.1.1.2 Přehledová studie	25
2.1.1.3 Narativní přehled	26
2.1.1.4 Systematický přehled	27
2.1.1.5 Metaanalýza	27
2.1.2 Systematický přehled, bližší seznámení	29
2.1.2.1 Tvorba systematického přehledu	32
2.1.2.2 Hodnocení přehledu	35
2.2 Poruchy příjmu potravy	37
2.2.1 Mentální anorexie	38
2.2.1.1 Klinická charakteristika	39
2.2.1.2 Diagnostická kritéria	39
2.2.1.2.1 Specifické typy	41
2.2.1.2.1.1 Atypická mentální anorexie	41
2.2.1.2.1.2 Restriktivní typ	42
2.2.1.2.1.3 Typ se záchvatovitým přejídáním - pročišťováním	42
2.2.1.3 Epidemiologie	42
2.2.1.4 Etiologie	44
2.2.1.5 Průběh a prognóza nemoci	45
2.2.1.6 Léčba	46
2.2.2 Mentální Bulimie	46
2.2.2.1 Klinická charakteristika	47
2.2.2.2 Diagnostická kritéria	48
2.2.2.2.1 Specifické typy	49
2.2.2.2.1.1 Atypická mentální bulimie	49
2.2.2.2.2 Pročišťující typ	50
2.2.2.2.3 Nepročišťující typ	50
2.2.2.3 Epidemiologie	50
2.2.2.4 Etiologie	51

2.2.2.5	<i>Průběh a prognóza nemoci</i>	52
2.2.2.6	<i>Léčba</i>	53
2.2.3	<i>Ostatní poruchy příjmu potravy</i>	53
2.2.3.1	<i>Eating Disorders Not Otherwise Specified</i>	54
2.2.3.1.1	<i>Binge Eating Disorder</i>	54
2.2.3.2	<i>Přejídání spojené s psychologickými poruchami</i>	56
2.2.3.3	<i>Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami</i>	56
2.2.3.4	<i>Jiné poruchy příjmu potravy</i>	57
2.2.3.5	<i>Porucha příjmu potravy nespecifikovaná</i>	57
2.2.3.6	<i>Porucha příjmu potravy v dětském věku</i>	57
2.3	Soma, tělesné schéma	59
2.3.1	<i>Tělesná stavba</i>	62
2.3.2	<i>Sebepoškozování</i>	64
2.3.3	<i>Somatické komplikace u Poruchy příjmu potravy</i>	65
2.3.4	<i>Tělo, pohyb, psychosomatika v historii</i>	69
2.3.5	<i>Pojmosloví se somatem související</i>	73
2.3.6	<i>Tělesný obraz, sebeúcta</i>	74
2.4	Pohyb	79
2.4.1	<i>Pohyb a vývoj</i>	81
2.4.2	<i>Pohyb a zdraví</i>	83
2.4.3	<i>Motivace</i>	84
2.4.4	<i>Pohyb a emoce</i>	85
2.4.5	<i>Učení</i>	86
2.4.6	<i>Vědomý pohyb</i>	87
2.4.7	<i>Pohybová představa</i>	88
2.4.8	<i>Hybnost a její poruchy</i>	89
2.4.9	<i>Pohyb u psychiatrických pacientů</i>	91
2.4.10	<i>Pohyb u pacientů s Poruchou příjmu potravy</i>	92
2.4.11	<i>Kompulzivní cvičení</i>	93
2.4.12	<i>Fyzická aktivita, body image</i>	94
2.5	Terapie poruch příjmu potravy	97
2.5.1	<i>Strukturace</i>	98
2.5.1.1	<i>Dělení dle syndromu poruch příjmu potravy</i>	98
2.5.1.2	<i>Dělení dle povahy terapie</i>	100
2.5.1.3	<i>Dělení dle jednotlivých terapeutických škol, myšlenek</i>	101
2.5.1.4	<i>Dělení dle formy terapie</i>	101
2.5.2	<i>Formy terapie</i>	102
2.5.2.1	<i>Hospitalizace</i>	102
2.5.2.2	<i>Částečná hospitalizace</i>	103
2.5.2.3	<i>Ambulatní terapie</i>	104
2.5.2.4	<i>Konzultace, edukace</i>	104
2.5.2.5	<i>Svépomoc a nápomocné skupiny</i>	104
2.5.2.6	<i>Preventivní programy</i>	105

2.5.3	<i>Další terapie</i>	106
2.5.3.1	<i>Nutriční rehabilitace</i>	106
2.5.3.2	<i>Somatická léčba</i>	107
2.5.3.3	<i>Farmakoterapie</i>	108
2.5.4	<i>Psychoterapie dle velikosti skupiny</i>	110
2.5.4.1	<i>Individuální psychoterapie</i>	110
2.5.4.2	<i>Skupinová terapie</i>	111
2.5.4.3	<i>Rodinná terapie</i>	111
2.5.5	<i>Terapie jednotlivých terapeutických škol</i>	112
2.5.5.1	<i>Kognitivně behaviorální a behaviorální terapie</i>	112
2.5.5.2	<i>Interpersonální terapie</i>	114
2.5.5.3	<i>Psychodynamická a psychodynamická interpersonální terapie</i>	115
2.5.5.4	<i>Psychoanalytická terapie</i>	116
2.5.5.5	<i>Dialektická behaviorální terapie</i>	117
2.5.5.6	<i>Kognitivně analytická terapie</i>	117
2.5.5.7	<i>Kognitivně orientovaná teorie</i>	118
2.5.5.8	<i>Feministická terapie</i>	118
2.5.5.9	<i>Terapie zaměřené na zvýšení motivace</i>	118
2.5.5.10	<i>Další terapie</i>	119
3	Metody, Systematický přehled	121
3.1	Cíl	121
3.2	Klíčové otázky	122
3.3	Metodika práce s literaturou	124
3.3.1	<i>Kritéria pro zařazení a vyloučení</i>	124
3.3.2	<i>Průzkum literatury a proces získávání</i>	125
3.4	Syntéza literatury	131
4	Výsledky	134
4.1	Klíčové otázky	134
4.1.1	<i>Klíčová otázka č. 1: Jaké je množství publikovaných výzkumů terapeutických programů pracujících s tělem a pohybem, které byly ověřeny v léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy?</i>	134
4.1.2	<i>Klíčová otázka č. 2: Od kterého roku jsou výzkumy publikovány?</i>	137
4.1.3	<i>Klíčová otázka č. 3: Roste počet publikovaných výzkumů v této oblasti vzhledem k času?</i>	138
4.1.4	<i>Klíčová otázka č. 4: Jaká je váha důkazu studií?</i>	139
4.1.5	<i>Klíčová otázka č. 5: Které terapeutické programy a techniky jsou ve výzkumech testovány?</i>	142
4.1.6	<i>Klíčová otázka č. 6: Existují terapeutické techniky, které jsou v jednotlivých výzkumech častěji užívány?</i>	144

4.1.7	<i>Klíčová otázka č. 7: Kteří pacienti jsou zahrnováni do výzkumného vzorku?</i>	146
4.1.8	<i>Klíčová otázka č. 8: Jsou u jednotlivých syndromů onemocnění Porucha příjmu potravy testovány totožné terapeutické techniky?</i>	149
4.1.9	<i>Klíčová otázka č. 9: Existují ověřovací metody, které jsou ve výzkumech častěji užívány?</i>	150
4.2	Články užité ve výzkumu	152
4.2.1	<i>Video konfrontace</i>	152
4.2.2	<i>Techniky pracující se zrcadlem</i>	154
4.2.3	<i>Relaxační techniky</i>	158
4.2.4	<i>Chůze</i>	163
4.2.5	<i>Fyzická aktivita, cvičení</i>	166
4.2.6	<i>Expresivní terapie (dance, drama, improvisation)</i>	179
4.2.7	<i>Masáž</i>	184
4.2.8	<i>Mindfulness terapie</i>	186
4.2.9	<i>Kombinované techniky</i>	188
4.2.10	<i>Ostatní techniky</i>	192
4.3	Závěr	193
4.4	Články zahrnuté do šetření	197
5	Diskuse	200
5.1	Klíčové otázky	202
5.2	Doporučení	205
6	Celkový závěr	206
7	Literatura	207
8	Přílohy	226
8.1	Pojmy a zkratky	226

1 Úvod

Od šedesátých let minulého století přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie a mentální bulimie. Na základě informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky o situaci psychiatrické péče v české republice (ÚZIS ČR, 2007) patří poruchy příjmu potravy do skupiny onemocnění udávané jako nejčtenější z hlediska prvních ošetření. Toto onemocnění již není nemoc úzké skupiny populace, charakterizované jako dospívající dívky, z finančně velmi dobře situovaných rodin. V současné době se onemocnění Porucha příjmu potravy vyskytuje bez ohledu na finanční zabezpečení. Začátek onemocnění zahrnuje období prepubescence až k dospělosti a výskyt u mužů již také není výjimkou. Z důvodu vzrůstající incidence se onemocnění Porucha příjmu potravy stává důležitou oblastí jak pro terapii pacientů, tak pro prevenci jejího vzniku.

Onemocnění porucha příjmu potravy je mimo jiné charakterizováno narušeným vnímáním vlastního těla (Rosen, 1990). Snahou o vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo tělesností, kdy se pacient cítí nepříjemně, i když jen vidí jiná těla. Tento extrémně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu jako takovému, je spojen s určitou formou depersonalizace, kdy tělo je vnímáno jako cizí, pasivní necitlivý objekt. K těmto pocitům je přidružena ztráta důvěry ve vlastní tělo a fyzické pocity v kombinaci s negativním sebehodnocením (Probst, 1997). Pro narušený vztah osob s poruchou příjmu potravy k vlastnímu tělu, lze hypoteticky uvažovat o zlepšení jejich stavu při aplikaci terapie pracující s tělem anebo pohybem.

Pozitivní vliv pravidelných pohybových aktivit na lidský organismus je znám z řady prací (Corbin, Pangrazi, 1992, Blair, 1989, Paffenbarger, 1986), kdy je vyšší úroveň tělesné zdatnosti v důsledku pravidelně prováděných tělesných aktivit považována za významný činitel ve smyslu redukce rizikových faktorů civilizačních chorob. U osob v psychiatrické péči je tato problematika o něco složitější, přičemž alespoň mírně pozitivní efekt je patrný ze všech známých studií. V případě tvorby a aplikace terapeutických programů u osob v psychiatrické péči je navíc od normální populace nutná integrace specifík pro dané psychiatrické onemocnění. Rozvoj ve vytváření těchto programů v oblasti psychiatrické péče je znatelný v zahraničí zvláště z posledních let. Jedná se například o programy zaměřené na pacienty s poruchou příjmu potravy (Probst, 1997), pacienty s depresivním onemocněním či úzkostnou

poruchou (Knapen, 2003) a pacienty s onemocněním nepsychotického charakteru (Knapen, Van de Vliet, Van Coppenholle 2003). V české republice, má tato oblast díky práci Hátlové (Hátlová, 2003) delší historii v širším zastoupení jednotlivých diagnóz. Avšak ani v našich podmínkách zatím nelze mluvit o úplné nabídce pohybových programů z hlediska diferencovanosti jednotlivých psychických onemocnění.

Na podkladě charakteristiky onemocnění Poruchy příjmu potravy, narušeného vnímání vlastního těla, vzniklo postupem času množství terapeutických technik. Terapeutické techniky se různým způsobem zabývají prací s vlastním tělem, jeho vnímáním, pohybem nepracovní povahy a jejich efektem na psychosomatický stav pacienta. Tato oblast však dosud nebyla důsledně popsána. Před další tvorbou nových technik podpůrných terapií či terapeutických programů pro pacienty s poruchou příjmu potravy, nebo jejich ověřováním, je nutné tuto oblast pohybového působení důsledně zmapovat. Studie týkající se tohoto problému prostudovat, vyhodnotit, popsat a vyhledat souvislosti a funkční vztahy mezi jednotlivými terapeutickými technikami či programy a zhodnotit jejich porovnatelnost. Pro tvorbu takové přehledové studie se nejlépe naskýtá využití metodologického zpracování meta-analýzy, umožňující extrakci, srovnání a integraci vědeckých poznatků nejvyšší kvality. V květnu roku 2007 byly publikovány ve třech článcích výsledky sekundárního výzkumu (Berkman, et al. 2007, Bulik, et al. 2007, Shapiro, et al. 2007) zahrnující problematiku terapie poruch příjmu. Zmíněný výzkum zahrnuje pouze studie vyšší váhy důkazu a zaměřuje se na „klasické“ formy terapie. Z počtu tří studií terapeuticky pracujících s tělem a pohybem zahrnutých do výzkumu (Berkman, et al. 2007, Bulik, et al. 2007, Shapiro, et al. 2007) je patrné, že pro výzkum terapií pracujících s pohybem a tělem, je nutné zvolit jiný typ designu zahrnující i studie nízké kvality. Druhým, ze dvou jediných přehledových designů umožňujících adekvátní formu sumarizace současných znalostí, je systematický přehled (Altman et al. 1992, Lau et al. 1992), sekundární výzkum o nejvyšší váze důkazu. Systematický přehled, stejně jako metaanalýza, zajišťuje vysokou vědeckou objektivitu a informační kvalitu výstupů především explicitním schématem tvorby a replikovatelností. Na rozdíl od meta-analýzy dovoluje zařazení i studií o nižší váze důkazu a studií, které jsou přístupné pouze ve formě článků a které nepodávají dostatečně detailní informace. Zahrnuje širší vědeckou oblast, informace, které

metaanalýza opomíjí. Oba zmíněné přehledy, díky zaměření současné vědecké scény na medicínu založenou na důkazu, jsou stále častěji vytvářeny, a to především pro potřeby výzkumníků, kterým šetří čas a umožňuje jim kvalitně pracovat.

1.1 Souhrn

1.1.1 Úvod

Množství osob, u nichž je diagnostikována porucha příjmu potravy stále nerůstá (ÚZIS ČR, 2007). Toto onemocnění již není vnímáno pouze jako nemoc úzké skupiny populace, charakterizované jako dospívající dívky z finančně dobře situovaných rodin. V současné době se toto onemocnění vyskytuje bez ohledu na finanční zabezpečení, začátek zahrnuje období prepubescence až dospělosti a výskyt u mužů již také není výjimkou. Z důvodu vzrůstající incidence se toto onemocnění stává důležitou oblastí jak pro terapii pacientů, tak pro prevenci jejího vzniku.

Onemocnění porucha příjmu potravy je charakterizováno narušeným vnímáním vlastního těla (Rosen, 1990), snahou o vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo tělesností, kdy se pacient cítí nepříjemně i když jen vidí jiná těla. Tento extrémně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu jako takovému je spojen s určitou formou depersonalizace, kdy tělo je vnímáno jako cizí, pasivní necitlivý objekt. K těmto pocitům je přidružena ztráta důvěry ve vlastní tělo a fyzické pocity v kombinaci s negativním sebehodnocením (Probst, 1997). Onemocnění porucha příjmu potravy tedy zahrnuje část psychickou i somatickou, což se objevuje v diagnostických kriteriích (MKN-10, DSM IV). Z tohoto důvodu byly od počátku vedle klasických forem psychoterapie, jakými jsou nejčastěji interpersonální terapie, kognitivně-behaviorální terapie, behaviorální terapie, rodinná terapie a farmakoterapie (Fairburn, Harrison, 2003, Garner, Garfinkel, 1997, Wilson, 2004), používány také formy psychoterapie, které pracují s pohybem a tělem.

Historie terapií zaměřených na tělo, tělesné prožívání, cvičení, pohyb a s ním spojený prožitek, v léčbě psychických onemocnění je stará a trvá do současnosti. Jedná se například o taneční a pohybovou terapii (Dance Movement therapy) (Levy, 1988, Rifkin-Gainer, 1984, Krueger, Schofield, 1986), Kinesioterapii (Kinesiotherapy) (Hátlová, 2003), na tělo zaměřenou terapii (Body-oriented therapy) (Probst, 2005,

Vandereycken, et al. 1987), nebo terapii pomocí masáže (Massage therapy) (Hart et al., 2001, Field, et al. 1998). Na základě propojení psyché a soma u onemocnění Porucha příjmu potravy lze předpokládat pozitivní efekt této terapie na uzdravení pacienta. O tomto pozitivním efektu existují informace, které jsou však pouze částečné. Dosud nebyly všechny bezesbytku shromážděny, analyzovány a zpracovány. Pro zajištění kvalitní terapie pacientů a vědeckého postupu v této oblasti, je třeba vytvořit důsledný a přesný popis dosažených znalostí.

Cílem této práce je předložit úplný přehled všech terapeutických přístupů pracujících s technikami zaměřenými na pohyb a tělo, k jejichž hodnocení byl užít vzorek osob s poruchou příjmu potravy, jež byly anglicky publikovány do roku 2008. Metodologickým základem této práce je systematický přehled, strategie o nejvyšší váze důkazu.

1.1.2 Teoretický základ

Metoda Systematický přehled, která byla zvolena pro tuto práci, není metodou novou. Jelikož však není často používána, bylo nutné jí vymezit vůči ostatním výzkumným strategiím a to zvláště k Narativnímu přehledu. Byla popsána specifika tvorby a směr hodnocení systematického přehledu.

Pro přehlednost výsledků tohoto výzkumu byla nastíněna i problematika onemocnění Porucha příjmu potravy, její diagnostická kritéria etiologie a další specifika, která pro odborníky z jiných oblastí přinášejí základní orientaci.

Problematika tělesnosti zvláště ve vztahu k pohybu je ústředním tématem této práce. Dvě samostatné kapitoly sumarizují dosavadní dosažené znalosti, nové souvislosti a otázky pro další výzkum.

Pro ucelený pohled na terapeutické působení zkoumané tímto výzkumem byly shromážděny a strukturovány v současné době používané druhy terapie Poruch příjmu potravy. Členění se opírá především o situaci v české republice, zohledňuje však i léčebné přístupy v zahraničí.

1.1.3 Metody

Pro tento výzkum byla zvolena metoda systematického přehledu, jelikož se jedná o strategii o nejvyšší váze důkazu, která umožňuje vytvoření úplného přehledu dosažených vědeckých znalostí. Na rozdíl od meta-analýzy však dovoluje zařazení i studií o nižší váze důkazů a studií které jsou přístupné pouze ve formě článků, zahrnuje tedy širší vědeckou oblast, znalosti, jež meta-analýza opomíjí.

Bez kvalitního přehledu má výzkumník pouze kusé znalosti, a v předkládané vědní oblasti dosud nebyl žádný obdobný přehled vytvořen. Z toho důvodu bylo nutné vytvořit celkový, replikovatelný, rámec tvorby systematického přehledu, nejen stanovit klíčové otázky a zahrnující a vylučující kritéria.

Nejprve však byla stanovena zahrnující a vylučující kritéria, na jejichž základě byly hledány články popisující studie pracující s lidmi ve věku od deseti let, obojího pohlaví, publikované v angličtině do roku 2008 včetně. Studie musely testovat terapeutický program na populaci, u které byla toho času diagnostikována porucha příjmu potravy. Publikované články musely dostatečně detailním způsobem popisovat výzkumný vzorek, terapeutické působení, metody sběru dat a výsledky výzkumu. Po prvotním průzkumu v této oblasti používaných terapeutických metod byly vyloučeny z tohoto výzkumu studie pracující s hypnoterapií.

Byl zahájen průzkum literatury popisující na tělo a pohyb zaměřenou terapii, za účelem získání klíčových slov a termínů pro vyhledávání. Následně byly vyhledávány relevantní články. Aby nedošlo k chybě, vyhledávání probíhalo současně třemi způsoby: databázové vyhledávání článků výzkumníkem, vyhledání rešeršním centrem Národní lékařské knihovny a prohledávání výzkumníkem relevantní literatury a referenčních seznamů článků podobného zaměření, nebo článků již začleněných do výzkumu. Výzkumníkem byly prohledávány elektronické databáze PubMed a EBSCO. Kdy PubMed zajišťuje přístup do bibliografických databází MEDLINE a NLM a dalších vědeckých časopisů obsažených v PubMedCentral. EBSCO zajišťuje přístup do databází PsycINFO, PsycARTICLES, SPORTDiscus a dalších databází. Rešeršním centrem Národní lékařské knihovny byly prohledávány databáze jemu přístupné. Nejznámějšími z nich jsou: BioMed, EBSCOhost, EMBASE, Journals@Ovid, MEDVIK, ProQuest, a OVID. Rešeršní centrum Národní lékařské

knihovny nečerpalo z klíčových slov získaných v rámci výzkumu, ale využilo vlastních znalostí a zkušeností.

Každý nalezený článek byl podrobně hodnocen vzhledem k zahrnujícím a vylučujícím kritériím. Nejprve byl hodnocen název, následně abstrakt a vybrané články byly získávány a hodnoceny v plno-textové formě. Aby se předešlo dublování článků každý vyloučený, nebo do následného zpracování zařazený článek byl zařazen do příslušné databáze. Do výzkumu byly zařazeny všechny články, které vyhověly zahrnujícím a vylučujícím kritériím zvoleným pro tento výzkum.

Data z článků zařazených do nejužšího výběru byla extrahována do tabulky čítající 43 jednotek zahrnutých do 11 kategorií. Použité kategorie tabulky byly publikační údaje, základní metodologické údaje, výzkumný vzorek, výzkumné skupiny, specifikace jednotlivých výzkumných skupin, údaje vážící se k výzkumnému působení, údaje vážící se k terapeutickému působení, údaje vážící se k terapii, údaje vážící se k testování, údaje vážící se k výsledkům výzkumu a další údaje.

Byl vytvořen model hodnocení váhy důkazu studií popsaných v člancích dle současných znalostí (Cochrane Review Database, M.Probst, 2010, Adámková, 2010). Opírá se o čtyři stupně: 1. Klinická kontrolovaná randomizovaná studie, 2. Studie obsahující kontrolní skupinu, 3. Studie neobsahující kontrolní skupinu a 4. Kazuistiky. Dle tohoto modelu byly studie zařazené do tohoto výzkumu rozděleny a jejich výsledky hodnoceny.

Celkem bylo prvotní selekcí nalezeno téměř 2000 článků. Více jak polovina z nich byla záhy vyřazena na základě názvu či obsahu abstraktu. Téměř 400 článků bylo získáno a pročitáno v plné formě textu. 82 článků bylo podrobně analyzováno a 41 článků bylo zařazeno jako relevantní do konečného zpracování výzkumu.

1.1.3 Výsledky

Na základě dat získaných z článků zahrnutých do tohoto výzkumu bylo zodpovězeno devět klíčových otázek stanovených na počátku výzkumu. Bylo zjištěno, že do roku 2008 včetně bylo na světě anglicky publikováno celkem 41 studií testujících terapii, pracující s tělem nebo pohybem, na osobách u nichž byla toho času diagnostikována porucha příjmu potravy (Klíčová otázka č.1-KO 1). První

publikovaný článek byl v roce 1970 (KO 2). Toho roku byly publikovány celkem dva články zkoumané oblasti. Od prvního publikovaného článku do roku 2008 včetně roste množství publikovaných článků této oblasti (KO 3), kdy v období roků 2000-2008 bylo publikováno desetkrát více článků než v první dekádě (1970-1979) a téměř dvakrát více než v předcházející dekádě (1990-1999).

Váha důkazu studií publikovaných v člancích se dá hodnotit jako velmi dobrá (KO 4), ačkoli žádná ze studií nebyla hodnocena jako studie o nejvyšší váze. Studií hodnocených z hlediska váhy důkazu jako studie o středně vyšší váze bylo 59% z celkového počtu. Studií o středně nižší váze důkazu bylo 19% a studií o nízké váze důkazu 22% z celkového počtu.

Terapeutické programy obsažené v člancích zařazených do výzkumu byly analyzovány a rozděleny na základě podobnosti do deseti skupin (KO 5). Skupiny terapeutických programů a technik jsou: Video konfrontace, Techniky pracující se zrcadlem, Relaxační techniky, Chůze, Fyzická aktivita a cvičení, Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace), Masáž, Mindfulness terapie, Kombinované techniky a Ostatní techniky. V rámci šetření bylo zjištěno, že nejvíce zastoupenou oblastí terapie v zařazených člancích je Fyzická aktivita a cvičení (KO 6). Tato skupina terapií byla testována celkem 16 krát. Dalšími skupinami terapií, které byly více jak třikrát testovány, jsou Expresivní terapie, Relaxační techniky a Kombinované techniky. V rámci výzkumného vzorku, při testování terapeutického působení, byly nejčastěji zařazeny ženy (KO 7). Z pohledu jednotlivých syndromů poruchy příjmu potravy byly ve výzkumném vzorku zastoupeny všechny typy. Nejčastěji se však jednalo o osoby s mentální anorexií. Při pohledu na výzkumný vzorek jednotlivých skupin dle typu terapeutického působení, pouze jeden typ syndromu, kterým byl terapeutický efekt testován, nalezneme u Video konfrontace, Chůze, Mindfulness terapie a terapie zařazené pod název Ostatní techniky (KO 8). Na všech typech syndromu poruchy příjmu byly testovány pouze dva typy terapeutického působení, Fyzická aktivita a cvičení a Relaxační techniky.

Popsané studie pracují v rámci ověření dané terapie s různými metodami (KO 9). K ověření daného programu je nejčastěji využíváno hodnocení tělesné hmotnosti a to ve formě váhy, nebo hodnoty indexu tělesné hmotnosti (BMI), tohoto hodnocení bylo užito v 15 případech. Dalšími ověřovacími metodami, které byly užity více jak ve

třech případech byly shledány Eating Disorder Inventory (EDI), Beck Depression Inventory (BDI-II) a Eating Disorder Examination (EDE).

Vzhledem k výsledkům studií sumarizovaných dle hodnocené váhy je nutné nejprve zmínit, že žádná z popsaných studií zařazených článků nebyla hodnocena jako studie o nejvyšší váze důkazu.

Výsledky výzkumů hodnocené středně vyšší váhou důkazu popisují pozitivní výsledek terapie v oblasti jídelního chování ve snížení nebo ustoupení epizod přejídání, zvracení, lepšího rozpoznávání spouštěčů přejídání a snížení zneužívání laxativ. V oblasti těla, tělesného pocitu popisují pozitivní výsledek ve snížení obav z tloušťky, snahy o štíhlost, tělesné nespokojenosti (EDI), změně tělesné stavby, zvýšení svalové síly u AN, navýšení pozitivní týdenní pohybové aktivity, zlepšení aerobní zdatnosti, zlepšení vztahu k tělu, jeho zažívání jako štíhlejší a více aktivní, nižšímu negativnímu nutkání ke cvičení a pozitivnímu vlivu na kostní denzitu. Pozitivní výsledky v oblasti psychologických aspektů byly popsány ve smyslu snížení míry stresu, úzkosti, zlepšení kvality života, snížení emočních a negativních kognitivních reakcí a redukci emočního stresu. Pozitivní výsledky fyziologických měření popsaly navýšení tělesné hmotnosti, nebo nulový nepříznivý vliv na navyšování tělesné hmotnosti, návrat menstruace, snížení hladiny kortizolu a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu. Pozitivní výsledek byl také zaznamenán z hlediska absence relapsu a sdělení pacientů, že tento typ terapeutického působení měli raději. Při testování oproti KBT, začlenění cvičení do KBT, přineslo lepší výsledky a stejně tak i samostatné cvičení. Při porovnání rodinné terapie a BAT, která je předmětem tohoto výzkumu, nebyl nalezen žádný rozdíl.

Výsledky výzkumů hodnocené středně nižší váhou důkazu popisují pozitivní výsledek terapie v oblasti jídelního chování ve smyslu snížení epizod přejídání, vyššího pocitu vnitřní kontroly při jídle a snížení symptomů syndromu přejídání. V oblasti těla, tělesného pocitu pozitivní výsledek v lepším vnímání vlastního těla. Pozitivní výsledky v oblasti psychologických aspektů byly popsány ve smyslu snížení hodnot testu MMPI -Extraversion, Neuroticism a Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale: Self Control. Pozitivní výsledky fyziologických měření popsaly zvýšení tělesné hmotnosti, BMI, tukové tkáně a tělesného tuku a také pozitivní snížení tělesné hmotnosti, pozitivní redukce s-lipidů a systolického a diastolického tlaku.

Pozitivní výsledek terapie byl popsán také snížením problémů se spánkem a stabilitou výsledků během následného sledování.

Výsledky výzkumů hodnocené nízkou váhou důkazu popisují pozitivní výsledek terapie v oblasti jídelního chování ve smyslu snížení epizod přejídání a jedení 100% určených jídel. V oblasti těla, tělesného pocitu pozitivní výsledek v pozitivní změně kontroly tělesných rozměrů ve smyslu „normálním“ pro ženy, pozitivního vnímání sebe sama a uvolněném postoji, pohybu a dýchání. Pozitivní výsledky v oblasti psychologických aspektů byly popsány ve smyslu zlepšení nálady, zlepšení interpersonálních vztahů a tvorbě plánů budoucího života. Pozitivní výsledky fyziologických měření popsaly pozitivní navýšení tělesné hmotnosti. Pozitivní výsledek terapie byl nastíněn také absencí relapsu.

Pro snadné užití sumarizovaných výsledků výzkumníky je v rámci výsledků zařazen i stručný popis a hodnocení jednotlivých studií popsanych v článcích, se základními informacemi jakými je název článku, autor, rok vydání, vzorek populace a velikost vzorku, délka terapeutického působení, následné sledování, váha výzkumu, zaměření článku, testové metody a výsledky. Výsledky jednotlivých studií jsou také sumarizovány z hlediska typu terapeutického působení.

1.1.4 Diskuse

Je pozitivně překvapující množství nalezených publikovaných studií oboru tak problematického na získání výzkumného vzorku. Také je potěšující kvalita publikovaných studií, a vzhledem k času vzrůstající tendence publikací o vyšší váze důkazu. Pro terapeutickou praxi se však bohužel stále jedná o málo dostačující množství studií ověřujících efekt dané terapie. Například mindfulness terapie, masáž a video konfrontace byla testována pouze dvakrát. Dále je u popsanych terapií velmi diskutabilní, zda je možné o podobném pozitivním efektu uvažovat v terapeutické praxi. Problém je v reprezentativnosti výzkumného vzorku. Jednoznačně však pro léčebnou praxi mají lepší výpovědní hodnotu studie testované na pacientech totožného onemocnění než testované na normální populaci byť reprezentativním vzorku či skupině studentů.

Při tvorbě následujících výzkumů testujících účinek terapeutického působení v této oblasti je důležité se zaměřit zvláště na následující aspekty. Pro testování

terapeutického efektu by měl být užit vzorek klinické populace totožného onemocnění, pro který je určena. Volba výzkumného vzorku by měla být učiněna v závislosti na již publikované studii testující totožný typ terapie. Do výzkumného vzorku by měly být častěji zahrnováni také muži, pacienti s mentální bulimií a se syndromem přejídání. Jako ověřovací metody by měly být využívány metody užití u již publikovaných studií, což umožní lepší porovnatelnost jejich výsledků. Závěrem bych při publikaci výsledků nových výzkumů doporučila vyšší přesnost ve volbě klíčových slov a tvorbě abstraktů. Jak problematičnost při získávání relevantních článků do tohoto výzkumu dokládá, abstrakty jsou často psány ne dostatečně přesně.

Tímto výzkumem byla shrnuta znalost týkající se publikovaných studií, oblasti terapie se zaměřením na pohyb a tělo testovaných u pacientů s poruchou příjmu potravy, za celé období do roku 2008. Začleněny však byly pouze anglicky publikované články, které je možné nalézt pomocí elektronických databází. Jistě by pro tuto vědní oblast bylo přínosné doplnit tuto práci o články publikované v jiném než v anglickém jazyce a články které nelze přes elektronické databáze nalézt.

1.1.5 Závěr

Ve výzkumu článků ověřujících na pohyb nebo tělo zaměřenou terapii v rámci léčby onemocnění porucha příjmu potravy byla vytvořena replikovatelná forma přehledu dle podmínek systematického přehledu. Výsledky byly získány na základě cíle specifikovaného v pěti položkách a devíti klíčových otázek, které byly zodpovězeny (kap. 4).

Přínos tohoto výzkumu se týká vymezení a popisu systematického přehledu a jeho aplikace v problematice terapií pracujících s pohybem v rámci léčby onemocnění Porucha příjmu potravy, tedy vytvoření prvního modelu zahrnujícího veškeré dostupné informace.

Další přínos se týká přímo pohybových terapií určených pro pacienty s poruchou příjmu potravy, předložení všech anglicky publikovaných testovaných terapií, zhodnocení jejich kvality, jejich zařazení do struktury a presentace dalších důležitých informací vážících se k této problematice.

V neposlední řadě se přínos tohoto výzkumu týká další terapeutické a výzkumné práce, popisem používaných testových metod v dané oblasti a zvýrazněním prostoru nutného pro další výzkum.

Tento výzkum doložil, že pohyb a na tělo zaměřené techniky (kap. 4), jsou oblíbenou terapeutickou technikou u pacientů s poruchou příjmu potravy (kap. 4.2) a že se významně podílejí na jejich uzdravení.

2 Teoretický základ

2.1 Systematický přehled

„Současná vědecká scéna je od 2. poloviny 20. století charakteristická strmě vzrůstajícím objemem dostupných informací. Tento na první pohled kladný trend začal postupně výrazně komplikovat průběžné sledování nových vědecko-výzkumných poznatků. To přináší nutnost změny jak v práci s informacemi a pracovních postupech, tak i v celkovém uvažování“ (Adámková, 2009).

Strategie pro utřídění vědeckých poznatků je již po mnoho let známá přehledová studie. V současné době je možno vyhledat desítky či stovky různých přehledových studií o nových pohledech i na úzce specializovaná témata. Mnohé z těchto prací však nenabízejí jasné řešení daného problému a při podrobné analýze zjišťujeme, že každá z těchto prací předkládá poněkud odlišný závěr. Důvodem odlišnosti závěrů je užití narativního přehledu, který ponechává volbu zdrojů na autorovi. Součástí tohoto nejčastěji užívaného narativního přehledu nemusí být jasně popsaná strategie výběru zdrojů a je tudíž zcela ponecháno na svědomitosti a fundovanosti autora, k jakým výsledkům dojde. Součástí narativního přehledu také nemusí být označení u jednotlivých studií, z nichž jsou poznatky čerpány, o jakou váhu důkazu se jedná.

Skutečnost tlaku současně vědecké scény na vědu založenou na důkazu „Evidence based“, na užívání pouze kvalitních důkazů v rámci syntézy znalostí a dalšího vědeckého výzkumu, odsouvá narativní přehled a předpokládá užití pouze metaanalýzy či systematického přehledu.

2.1.1 Evidence Based

„Evidence based“, v českém překladu „založené na důkazu“, je pojem, který je v současné době zvláště zdůrazňován. Nejčastěji je znám ve formě „Evidence based medicín“, neboli medicíně založené na důkazu. Jedná se o problematiku s dlouholetou historií. Pro ukázkou jmenujme alespoň tři nejznámější případy. Jednou z prvních studií, která by splňovala podmínky medicíny založené na důkazu, navrhl v 17. století

Jean-Baptiste van Helmont. Jednalo se o zjištění účinnosti pouštění žilou jako léčebné metody. Navrhoval rozdělit 200 až 500 nemocných do dvou skupin a jednu léčit s pouštěním žilou a druhou bez této procedury. Tento experiment nebyl nikdy realizován (Claridge, Fabian, 2005). V 19. století se francouzský lékař Pierre Louis (1787–1872) jako první pokoušel využít numerické metody v klinické praxi. Snažil se vyvinout vědeckou metodu hodnocení výsledků léčby pomocí tabelarizace údajů o jednotlivých pacientech a jednoduché aritmetické analýzy. Jeho tehdejší snahy se setkaly se značným odporem (Swales, 1999). Dalším, tentokrát již úspěšnějším počinem, byl známý případ historie A. Cochran, který byl za druhé světové války v německém zajetí. Zde měl přiřazeno množství pacientů s břišním tyfem, záškrtem a jinými závažnými nemocemi. Ačkoli měl k dispozici pouze základní léky, zemřelo pouze malé množství jeho pacientů a navíc u nich bylo možné příčinu smrti vysvětlit válečnými poraněními. Tato zkušenost vedla Cochran k zamýšlení se nad opravdovou účinností doporučovaných léčebných postupů.

Základní definici a výklad tohoto pojmu podal v r. 1996 D. L. Sackett, který se na vypracování koncepce významně podílel. Termín však vznikl již dříve v kanadském Hamiltonu. V současné době je termín „Evidence based medicine“ pod zkratkou EBM všeobecně používán. Český ekvivalent není však ještě ustálen, nejčastěji se používá termín „medicína založená na důkazech“, „svědectvích“ či „znalostní medicína“.

Myšlenka (medicíny) založené na důkazu se opírá o jasné a uvážlivé použití moderních kvalitních důkazů, faktů v rozhodování či v orientaci u daného problému. Zdůrazňován je charakter důkazů obsažených v dané studii a podle váhy těchto důkazů je na celkovou studii nahlíženo. Na základě znalosti povahy důkazů nám již první pohled na materiál umožní rozpoznat význam výsledku a jeho porovnání s ostatními. Je však nutné brát v úvahu, že každá z metodologických strategií má své kladné i záporné stránky a pro daný specifický případ může mít svoji jedinečnou funkci (Adámková, 2009).

2.1.1.1 Výzkumné strategie

Pro hodnocení výstupů z jednotlivých výzkumných studií je třeba znát jejich váhu. Jednotlivé strategie dle váhy řadíme v sounáležitosti s Hendlem (Hendl, 2006) vzestupně takto:

- Kazuistika;
- Průřezová studie;
- Studie případů a kontrol;
- Kohortová studie;
- Klinická kontrolovaná randomizovaná studie;
- Přehledová studie.

Jedinečností kazuistiky je podrobný popis dané problematiky u jednoho případu, pacienta. Umožňuje přihlížet k individualitě člověka a zabývat se jím v jeho jedinečnosti. Kazuistiky je možné sdružit v sérii případů. Jejich vzájemné porovnání a srovnání bývá však velmi obtížné (Adámková, 2009). V oblasti psychologického výzkumu jsou však nepostradatelným zdrojem informací, zvláště pokud se jedná o práci v rámci individuální terapie či o dlouhodobou práci s malým množstvím klientů.

Průřezová studie se zabývá sběrem dat vážících se k dané problematice v jednom časovém okamžiku, kdy nezáleží, kterého okamžiku se týkají informace, důležitý je čas sběru dat. Tato data jsou nejčastěji užívána k vyjádření výskytu daného problému v aktuálním čase, k zjištění prevalence či incidence chorob.

Studie případů a kontrol je zvláště využívána pro zjištění etiologie dané problematiky. Závěry jsou převážně získávány na základě výsledků rozdílu mezi výzkumnou skupinou vykazující danou oblast studia a kontrolní skupinou, která zkoumanou problematiku nevykazuje.

Kohortová studie je strategií, kdy za kohorty jsou považovány skupiny osob lišící se v expozici určitého činitele. Skupiny jsou tedy vybírány na základě odlišnosti svých členů v určité charakteristice. Tyto skupiny jsou dlouhodobě sledovány a zjišťuje se, u kolika osob z každé skupiny se vyvine následek na danou expozici. Tato strategie je již náročnější jak z hlediska volby skupin, tak doby trvání celého výzkumu.

Klinická kontrolovaná randomizovaná studie, nazývaná též pravým experimentem, je vysoko hodnocena z hlediska validity. Zde dochází ke srovnání různých skupin, do kterých jsou účastníci přiřazováni metodami náhodného výběru, kdy tedy na základě randomizace dosáhneme podobnosti (homogenosti) porovnávaných skupin. Tyto studie jsou často využívány ve zdravotnictví, kdy je

experimentální lék či terapie srovnávána s jiným lékem nebo terapií, někdy s placebem, jindy s dříve používanou léčbou (Adámková, 2009).

Na špičce pyramidy nalezneme přehledové studie, dle současných autorů se vymezení typů přehledů mírně odlišuje. Jejich popis je proto přiblížen obsáhleji v následujících kapitolách.

2.1.1.2 Přehledová studie

Současný výzkum vyžaduje od badatelů znalost nejen aktuálních poznatků z vlastního, ale i z ostatních oborů. Je třeba ve výzkumu čím dál tím více uplatňovat systémový pohled, který ve svém důsledku nakonec povede ke znalostnímu vědeckému řízení. Orientace a utřídění navyšujícího se množství stále nových informací je pro jednotlivce velmi obtížná. Informace ve svém objemu přestávají být použitelné a je nutné v nich hledat obsaženou znalost pro další rozvoj poznání. Pomoc v této situaci přináší přehled, a to zvláště jeho forma systematického přehledu a metaanalýzy.

Přehled je souhrnem v dané době dostupných poznatků o daném problému. Poznatky jsou vyhledány, zpracovány, posouzeny a následně strukturovaně předloženy jako výstup z dané problematiky. Které práce jsou vybírány, do jaké míry má autor vliv na jejich posuzování a jak přísně jsou vyřazovány jednotlivé studie ze selekce, záleží na příslušném typu přehledu. Přehledy jsou rozlišovány celkem tři: narativní přehled neboli klasický přehled v angličtině nazývaný „Narrative Review“; systematický přehled, v anglické verzi nazván „Systematic Review“ a metaanalýza neboli „Meta-Analysis“ (Adámková, 2009). Pro seskupení těchto tří přehledů užívají čeští i zahraniční odborníci různých možností. Také se lze setkat s popisy systematického přehledu a metaanalýzy, které se prolínají. Zde jsou všechny tři přehledy zahrnuty do téže sekce s názvem Přehledová studie a pro jejich vymezení je užito co možná nejvýraznějších a od sebe oddělených hranic.

Jako zdroj vytvořených přehledových studií je nejznámější Cochranova knihovna. Tato knihovna byla zpřístupněna uživatelům v roce 1995 a dnes je v ní možné najít mnoho důležitých databází zahrnující systematické přehledy a metaanalýzy z různých vědních oblastí. Tyto dvě formy vědecké práce totiž popisují způsob extrakce a integrace vědeckých poznatků a poskytují tak čtenáři možnost

ověření kvality práce a získaných závěrů. Z nejznámějších jmenujme Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Databáze of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Cochrane controlled Trials Register (CCTR, Cochrane Databáze of Metodology Reviews (CDMR), Cochrane Metodology Register, HHealth Technology Assessment (HTA) NHS Economic Evaluation Databáze (NHS EED). Průběžná aktualizace přehledů publikovaných v Cochranově knihovně je prováděna obvykle čtvrtletně. V případě, že jsou nalezeny nové poznatky k danému tématu, je stávající metaanalýza znovu přehodnocena. Tato knihovna také umožňuje, v „Comments and Criticism Systém“, opravu případných nepřesností nebo chyb v publikovaných materiálech.

2.1.1.3 Narativní přehled

Narativní přehled dle Hendla (Hendl, 2005) sestává z výběru, z časového a tematického uspořádání informací s cílem vypracovat zprávu o výsledcích výzkumu v dané oblasti. Jeho forma může mít podobu pouhého seznamu výsledků, nebo může jít o interpretativní a reflexivní zprávu, která obsahuje komentáře a abstrakci vyššího řádu. Narativní přehledy mohou zahrnout kvalitativní i kvantitativní informace.

Klasický, neboli narativní přehled dominoval na vědecké scéně až do konce 80. let minulého století, kdy se začalo hovořit o jeho nedostacích a bylo zjištěno, že různí autoři přehledů došli k odlišným závěrům při řešení téhož problému. Ukázalo se, že rozdíly ve výsledcích vyplývaly z odborného zaměření autorů, erudice autorů, nedůsledného zahrnutí všech existujících poznatků v dané oblasti a snahy potvrdit své těžce a draze vydobyté poznatky. Výsledkem kritického pohledu v devadesátých letech minulého století byl závěr (Altman et al., 1992, Lau et al., 1992):

- klasické narativní přehledy nejsou adekvátní formy sumarizace současného stavu vědění;
- systematický přístup při zpracování biomedicínské literatury může výrazně urychlit zavedení nových klinických postupů.

Narativní přehled v současné době není doporučován ke strukturaci a vytváření vědeckých závěrů. Může však dobře posloužit k prvotnímu náhledu problematiky, či nastavení úhlu pohledu výzkumného zájmu.

Narativní přehled, neboli klasický přehledový článek není na rozdíl od ostatních dvou typů přehledů podložen protokolem a čtenáři tudíž nezbývá, než se spoléhat na autoritu pisatele.

2.1.1.4 Systematický přehled

Systematický přehled, v anglické verzi „Systematic Review“, se od prvního typu přehledu – narativního přehledu, liší existencí schématu tvorby přehledu a jeho replikovatelností. Touto čitelností tvorby celého přehledu a zařazením veškerých poznatků, bez ohledu na to, zda mají na daný problém kladný či záporný názor, se snaží o co nejvyšší vědeckou objektivitu a informační kvalitu výstupů. Davies a Crombie (Davies, Crombie, 2003) předkládají definici systematického přehledu jako souhrn všech dostupných původních studií, publikovaných i nepublikovaných, které jsou vhodné pro zodpovězení určité klinické otázky. Studie jsou do přehledu zařazeny podle předem stanovených kritérií. Tento postup se řadí do kategorie takzvaného sekundárního výzkumu a je opakovatelný.

Jednotlivá schémata systematických přehledů se od sebe vzájemně odlišují. Nejdůležitějším a neopomenutelným znakem je explicitnost, důsledný popis a dodržení kritérií pro zařazení a vyřazení jednotlivých studií z přehledu, přesný popis a analýza zařazených studií do přehledu a opakovatelnost přehledu. Právě opakovatelnost přehledu je velmi důležitá z hlediska stálého přísunu nových poznatků. Není pak nutné vytvářet přehled od počátku, pouze jsou zařazeny nové studie a přehled je aktualizován.

2.1.1.5 Metaanalýza

Metaanalýza se dá stručně charakterizovat jako nejstriktnější z přehledů, jež zahrnuje statistické zpracování primárních studií. Metaanalýza využívá nejpřísnější kritéria k zařazení jednotlivých studií pro další zpracování z hlediska čistoty metodologického zpracování. Pověštinou se zabývá pouze pravými výzkumy neboli klinickými kontrolovanými randomizovanými studii. Zajišťuje ze statistického hlediska přesný náhled na danou situaci a vyvození jasných závěrů. Jejím nedostatkem je určitá ztráta informací ze studií, které nebyly zpracovány s exaktní

přesností, avšak mohou mít k dané problematice určitou vypovídací hodnotu (Adámková, 2009).

Hendl (Hendl, 2002) uvádí ve své práci nejdůležitější přednosti, ale i nedostatky této metody. Přednostmi jsou:

- Výsledky různých studií je možné formálně porovnat a zodpovědět otázku jejich zobecnitelnosti;
- Metoda zvyšuje přesnost odhadu průměrného efektu;
- Standardizace přístupu zmenšuje riziko subjektivního pohledu nebo zkreslení;
- Velké množství dat vhodně zpřístupní a je rychleji asimilováno odbornou veřejností i zdravotnickou administrativou;
- Metoda umožňuje exploračně identifikovat neznámé moderující veličiny efektů nebo testovat o nich předem dané hypotézy;
- Meta-analýza přispívá ke zkrácení doby náběhu přijetí nové terapie;
- Metoda pomáhá odhalit slabá místa evidence a identifikovat oblasti, kde je zapotřebí provádět výzkum.

Problémy metaanalýzy Hendl (Hendl, 2002) uvádí následující:

- Odborné, časové a finanční nároky: V příspěvku (Eysenck, 1978) byla uvedena regresní rovnice pro odhad časových nároků na zpracování v závislosti na počtu objevených citací primárních studií. Má tvar $T = 721 + 0,243x - 0,0000123x^2$, kde T je potřebný čas v človeko-hodinách a x počet citací před aplikováním vylučujících kritérií. Medián zkoumaných nároků u 37 prací měl hodnotu 1139 hodin, přičemž nejvíce času připadá na návrh, hledání a přípravu datové matice pro zpracování. V týmu musí být statistik, klinický odborník a knihovník, případně databázový odborník;
- Procedura se aplikuje jako slepý algoritmus: V některých případech provedené kódování nemusí být provedeno citlivě vzhledem k důležitým faktorům a komplexním aspektům dané studie. Je jasné, že určité problémy potřebují více kvalitativní přístupy;
- Agregování značně rozdílných studií: Tento problém se někdy nazývá „míchání jablek s hruškami“. Ovšem i „míchaný kompot“ může být dobrý. Požaduje se třeba, aby studie pokryly kontinuum lékařské zkušenosti, přičemž se

zachycuje pomocí meta-analýzy jeho průměrná hodnota a variabilita. Je jasné, že agregování studií s rozdílnou kvalitou může zpochybnit celkový průměr, jak se například ukazuje u meta-analýzy efektivity homeopatických přípravků. Uplatnění dalších statistických prostředků, například meta-regresní analýzy, však dovoluje vyjasnit citlivost vzhledem k tomuto a dalším faktorům. To se týká i agregování studií experimentálních a observačních. Slavin navrhuje pro řešení tohoto problému metodu nejlepší evidence (Allen, Olkin, 1999);

- Publikační zkreslení („Publication bias“): Vzniká z potlačení možnosti publikovat určité studie, většinou ty, které neprokazují efektivitu (nejsou statisticky signifikantní). Ty se pak nedostanou do vyhodnocení. Paradoxně tento případ například u studie o homeopatických přípravcích lze vyloučit. Většinou však je nutné brát ho v potaz a existují postupy, jak míru publikačního zkreslení posoudit (Sutton et al., 2000).

Není pochyby o tom, že meta-analýza představuje jednu z nejdůležitějších inovací výzkumné metodologie moderní medicíny (Hendl, 2002). V psychologickém či psychoterapeutickém výzkumu je její užití však velmi omezeno. Pouze výjimečně splňuje výzkumná strategie výzkumu v této oblasti požadavky klinické kontrolované randomizované studie. Vyplývá to z prostředí psychoterapeutické praxe, kdy jen obtížně lze získat potřebné množství klientů s danou charakteristikou do jednotlivých skupin. Užití placebo či jiné terapie je také mnohdy diskutabilní a nepopíratelná je i role terapeuta, která může být zásadní, ač opomenutou, proměnnou. Z těchto a dalších důvodů je ve výzkumné oblasti psychoterapie mnohdy vhodnější užití systematického přehledu namísto krkolomné snahy o užití metaanalýzy tam kde je neadekvátní. Jak píše Hendl (Hendl, 2002) unikneme tak riziku nařčení Eysenkem z mega-praštnosti (Feinstein, 1995).

2.1.2 Systematický přehled, bližší seznámení

Systematický přehled neboli „Systematic Review“ je jednou ze stále častěji užívaných strategií. Záměrem je vnést do hodnocení výsledků výzkumů stejnou úroveň přesnosti, takovou, která měla být prvotně užita při získávání daného výsledku (Davies, Crombie, 2003), což umožňuje následné porovnání výsledků jednotlivých studií a vytváření dílčích i celkových závěrů.

Systematický přehled důsledně vyhledává, hodnotí a syntetizuje veškerou dostupnou literaturu vztahující se k danému tématu. K tomu užívá jasně daného vědeckého návrhu, který musí být součástí daného přehledu. Volba návrhu či formy jednotlivé práce je velmi závislá na povaze celé vědní oblasti, na oblasti vědeckého zájmu a jednotlivých studií. Umožňuje efektivně integrovat validní informace a poskytuje základ pro kvalitní a správná rozhodnutí (Adámková, 2009).

Jako základní vlastnosti systematického přehledu Higgins (Higgins, Green, 2006) zmiňuje systematičnost, explicitnost a schopnost reprodukce ve smyslu znovuvytvoření. Jeho systematičnost je dána detailním a systematickým prozkoumáním dostupné literatury a explicitnost je dána zahrnutím a popisem veškerých údajů vztahujícím se k daným materiálům a metodám. Možnost reprodukce ve smyslu znovuvytvoření je zabezpečena pečlivým popisem návrhu, který je součástí daného systematického přehledu a který umožňuje jeho opětovné využití v téže oblasti. Možnost reprodukce je velmi důležitá pro aktualizaci přehledu. Na základě tohoto kritéria není třeba přehled vytvářet vždy od začátku, pouze jsou doplněny informace nové. Snižuje se tak časová náročnost tvorby přehledu, která je jednou z hlavních příčin, proč jsou kvalitní přehledové studie typu systematického přehledu spoře vytvářeny.

Specifické charakteristiky systematického přehledu shrnuje Hendl (Hendl, 2005) v následujících bodech:

- Vychází z explicitního protokolu, který zohledňuje specificky zaměřené výzkumné otázky;
- Je explicitní v popisu procesu vyhledávání uvažovaných studií;
- Je explicitní při vymezení zpracovaných studií;
- Obsahuje kritéria relevance a kvality zpracovaných studií;
- Používá explicitní metody pro integraci poznatků studií.

Jak již bylo řečeno, mnohé systematické přehledy se od sebe více či méně odlišují v návaznosti na sledovanou výzkumnou otázku. Mají však svá specifika, která je spojují a odlišují od jiných strategií. Davies a Crombie (Davies, Crombie, 2003) shrnují systematické přehledy v následujících bodech:

- Systematické přehledy jsou moderními přehledy, jsou vhodným způsobem sumarizace výzkumných důkazů;

- Systematické přehledy se snaží zavést stejnou úroveň přesnosti pro důkazy výzkumů tak, jak měla být užita při získávání daného výzkumného důkazu;
- Vysoká kvalita systematických přehledů spočívá v jejich důrazu na nalézání veškerých relevantních studií publikovaných či nepublikovaných, hodnocení každé studie, syntetizaci závěrů z jednotlivých studií nezaujatým způsobem a jejich prezentaci do vyváženého a objektivního přehledu výsledků s patřičným zvážením veškerých možných vad v oblasti důkazů;
- Množství přehledů o vysoké kvalitě je možné získat v časopisech či elektronických zdrojích náležejících například Cochrane Library;
- Ne všechny publikované systematické přehledy byly vytvořeny pečlivě, z toho důvodu mohou být výsledky takovýchto přehledů zavádějící.

Z popsaných charakteristik systematických přehledů je možné vyvodit dvě nejzákladnější kritéria kvalitního přehledu, která se dají charakterizovat takto:

- Důsledná a explicitní tvorba přehledu tvůrcem či tvůrčí skupinou;
- Kontrolovatelnost, opakovatelnost, možnost doplnění či aktualizace systematického přehledu čtenářem.

Lze učinit závěr, že nejproblematictější a časově nejnáročnější je tvorba v pořadí prvního systematického přehledu dané vědní problematiky. Na těchto přehledech se zpravidla podílí skupina odborníků. Následující systematické přehledy, které jsou v podstatě aktualizací či doplněním prvního, stavějí na již popsaném a užitém návrhu. Odborníci na základě nových znalostí a také zkušeností získaných tvorbou prvního přehledu, mají možnost vytvořit aktualizovanou, nebo rozšířenou práci za zlomek času, který byl nutný k tvorbě prvního. U systematického přehledu je tedy důležité jeho kvalitní vytvoření a následně distribuce v odborné veřejnosti, aby byl ušetřen čas předních odborníků pro další výzkum.

2.1.2.1 Tvorba systematického přehledu

Systematický přehled je stále vyhledávanější v oblastech, kde existuje určité množství primárních materiálů s často rozdílnými či nejednoznačnými výsledky či vysoké množství primárních dokumentů, které je obtížné současně postihnout. Pro následné využití výsledků přehledu je třeba vědět, který z typu přehledu byl užit. Pro možnost odlišení narativního a systematického přehledu je nutné znát celkovou

strukturu a základní prvky jejich tvorby. Metodika systematických přehledů je velmi náročná, a proto je nejlépe si nejdříve nastínit její základní fáze. Davies a Crombie (Davies, Crombie, 2003) uvádějí tři vzájemně na sebe navazující fáze:

- Plánování – jedná se o identifikaci zkoumané oblasti a nalezení jednotlivých požadavků pro tvorbu přehledu. Stanovení formy dokumentace výstupů.
- Vlastní průběh – jedná se o nalézání, selekci, hodnocení, extrahování a syntézu primárních dokumentů.
- Prezentace výsledků – jedná se o sepsání a další prezentaci výsledků získaných na základě systematického přehledu.

Tyto tři fáze jsou zde odlišeny pro větší přehlednost. Při tvorbě přehledu se však vzájemně částečně prolínají nebo se k již proběhlé fázi navracíme a na základě nově získaných zjištění postupujeme do fáze následující.

Popis schématu tvorby systematického přehledu se dá přiblížit v následujících bodech (obrázek č. 1):

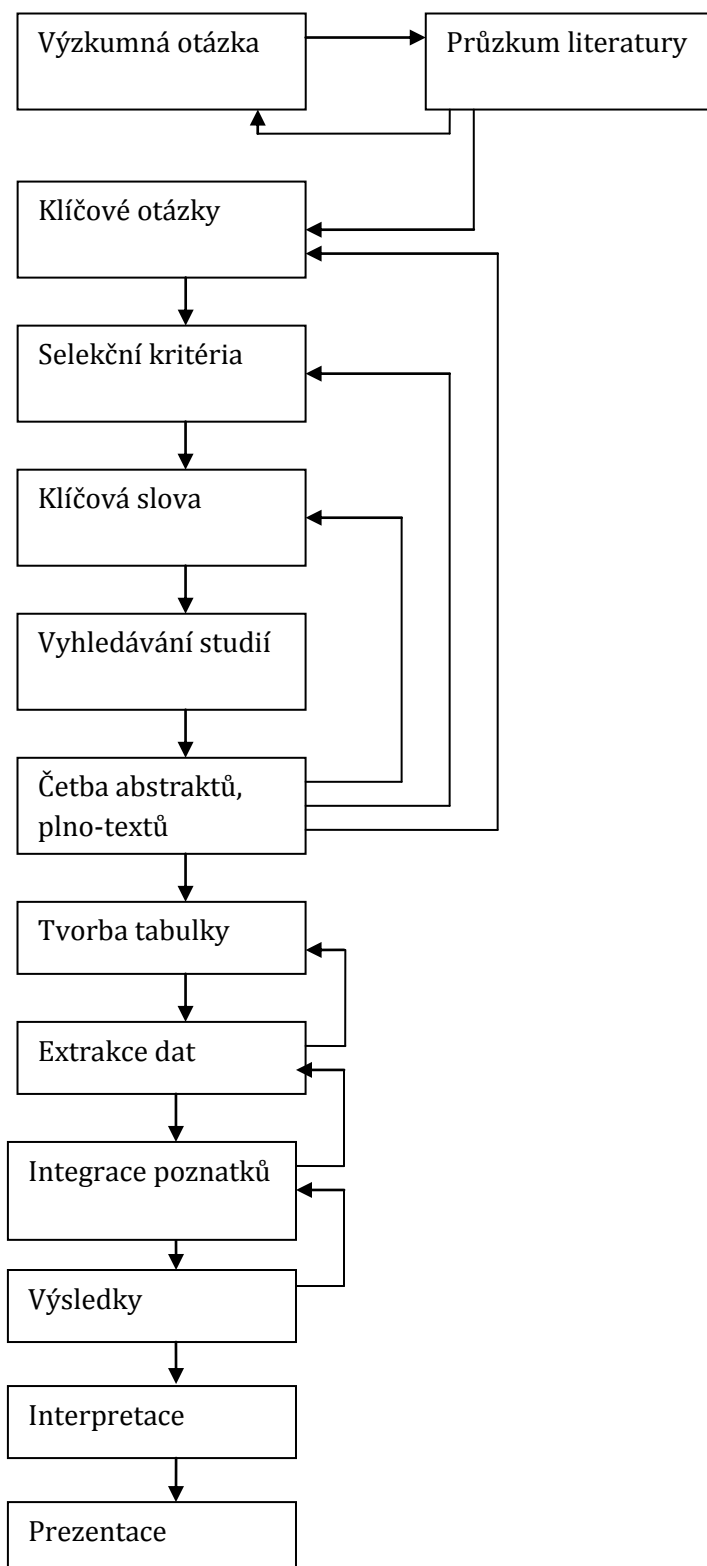
1. Definice výzkumné otázky;
2. Základní průzkum literatury se zaměřením na výzkumné studie;
3. Případná redefinice výzkumné otázky;
4. Stanovení klíčových otázek;
5. Stanovení selekčních kritérií pro zařazení a vyřazení primárních studií;
6. Stanovení klíčových slov pro vyhledávání relevantních studií;
7. Vyhledávání studií dle selekčních kritérií;
8. Pročítání abstraktů, případně plno-textové formy článků;
9. Možný návrat a korekce bodu 4, jeho korekce a postup k bodům následujícím;
10. Možný návrat k bodu 5, jeho korekce a postup k bodům následujícím;
11. Možný návrat k bodu 6, jeho korekce a postup k bodům následujícím;
12. Tvorba matice, volba dat pro kódování;
13. Analýza a extrakce dat relevantních studií do matice;
14. Možný návrat k bodu 12, jeho korekce a postup k bodům následujícím;
15. Integrace poznatků studií a tvorba výstupů z matice;
16. Možný návrat k bodu 13 či 12, jeho korekce a postup k bodům následujícím;

17. Získávání a výsledků;
18. Možný návrat k bodu 15, jeho korekce a postup k bodům následujícím;
19. Interpretace výsledků;
20. Prezentace výsledků výzkumu.

V praxi je však situace ještě o něco složitější a méně přehledná, jelikož získávání daného plno-textu může trvat i několik týdnů. Není možné na danou dobu práci přerušit, počkat až budou doručeny požadované plno-texty, pak je zpracovat a na základě nových poznatků pokračovat. Prodloužil by se tak čas tvorby systematického přehledu několikanásobně. Při celkové práci je nutné počítat s těmito časovými prodlevami a vše zorganizovat tak, aby nebyly „hluchým“ časem. Proto je nutné jednotlivé postupné kroky tvorby přehledu mezi sebou prolínat, případně práci na jednom přerušit, pracovat na druhém a pak se k původnímu vrátit. Vše tak klade vysoké nároky na celkovou organizaci, systematizaci a přesnou evidenci již proběhlé práce, aby tvůrce vždy věděl, ve kterém okamžiku zpracování každého z kroků se nachází.

Při celém procesu tvorby nesmí být opomenuta komunikace mezi odborníky ve skupině a neustálá konfrontace a korekce dílčích výsledků s dalšími odborníky, konfrontace a korekce dílčích výsledků s informacemi obsaženými v systematických přehledech téže, nebo blízce související vědní oblasti, a odborné literatury.

Obrázek č.1 Tvorba přehledu



2.1.2.2 Hodnocení přehledu

Stěžejním bodem systematického přehledu, jako každé vědecké práce, je jeho hodnocení. To je prováděno tvůrcem, či tvůrčí skupinou, neustále a několikrát během tvorby systematického přehledu a také recenzentem a čtenářem.

Nejvíce informací o tom, jak hodnotit přehled, se váže k metaanalýze. Existuje množství názorů na hodnocení tohoto typu přehledu. Zaměřují se jednak na hodnocení celkového schématu, tak na to jak byly hodnoceny primární studie zařazené do metaanalýzy. Naopak hodnocení přehledu typu systematického přehledu, tedy Systematic Review, je velmi zřídka definováno. Tento rozdíl vychází ze samotné odlišnosti těchto dvou přehledů, kdy metaanalýza je typem velmi striktním racujícím s tvrdými metodami, z čehož vychází jasná odvoditelnost a aplikovatelnost kritérií pro určení její kvality. Systematický přehled však často pracuje s materiálem obtížně uchopitelným a tudíž převážně s měkkými metodami. Toto způsobuje problematičnost jasné definice jeho hodnocení. Trochim a Donnelly však zdůrazňují význam smíšené výzkumné metody, mezi níž patří systematický přehled, nalézající její význam ve slučujícím přístupu, majícím mnohdy cíl v integraci výsledků napříč metodami uvnitř každé studie (Trochim; Donnelly 2007).

Jako vodítko pro orientaci, zda systematický přehled byl pečlivě zpracován, vytvořili Davies a Crombie (Davies, Crombie, 2003) schéma otázek. Sami označují předestřené body pouze za vodítka k zamyšlení nad danou prací, nikoli jako striktní podmínky pro dělení systematického přehledu na kvalitně a nekvalitně zpracovaný. Jedná se o následující otázky (Davies, Crombie, 2003):

- Je název dobře definován ve smyslu intervence, která je zkoumána? Jak byla terapie aplikována? Jak byli zařazováni pacienti do terapie? Byly výstupy zhodnoceny?
- Bylo vyhledávání primárních dat důkladné? Byla popsána strategie vyhledávání primárních dat? Bylo užito manuálního i elektronického vyhledávání? Byl aplikován také na jiných než anglických zdrojích? Byla zahrnuta i „šedá literatura“, různé časopisy, konferenční materiály, záznamy z konferencí, nepublikované zprávy? Jaké závěry byly koncipovány jako možný výsledek šumu?

- Byla kritéria pro zařazení studií jasně popsána a nestranně aplikována?
- Byla kvalita studií hodnocena slepým nebo nezávislým přehledem?
- Byly chybějící informace získávány z originálních výzkumů?
- Vykazují zahrnuté studie podobný efekt? Pokud ne, byla heterogenita efektu zkoumána, hodnocena nebo diskutována?
- Byly celkové výsledky hodnoceny z hlediska jejich robustnosti ve smyslu selektivního zahrnutí či vyčlenění duplicitních studií a možnosti publikace šumu?
- Byla hodnocena role náhody? Byla nulová zjištění interpretována opatrně?
- Jsou doporučení založena na kvalitě prezentovaných důkazů? Na základě entusiasmů může jít přehled občas mimo důkaz ve vykreslování závěrů a tvorbě jejich doporučení.

Aby však přehled mohl být hodnocen, je nutná jeho publikace v ucelené formě, nebo alespoň ve formě obsahující popis strategie. Z hlediska prostoru v tištěných časopisech je to poměrně obtížné. Přehledy jsou často publikovány po částech, na pokračování, jako v případě prací Bergmana (Bergman et al., 2007), Shapiro (Shapiro et al., 2007), Bulik (Bulik et al., 2007). Velkou výhodou v této situaci mají elektronické časopisy, zvláště ty, které jsou pouze v elektronické formě, a tudíž je neomezuje limitovaný prostor.

V rámci hodnocení systematického přehledu je také ve hře jeho aktuálnost, je tedy nutné zmínit otázku, jak často je třeba aktualizovat systematické přehledy, kdy považovat systematický přehled za zastaralý. Jistě lze mluvit o určité míře individuálnosti vzhledem k danému oboru a dané problematice. Pro osobu, která má zájem na aktuálnosti informací, by doba, kdy projde nové informace v databázích, neměla překročit půl roku. Tvorba přehledu je však náročná, a právě proto je otázka aktualizace systematického přehledu ponechána na individuálních potřebách a možnostech odborníků. Kvalitně provedený systematický přehled je i ve fázi zastarání důležitým odrazovým můstkem, jak z hlediska popsané metodologie, tak i zpracovaných informací a vytvořených závěrů, pro práce další a novější (Adámková, 2009).

2.2 Poruchy příjmu potravy

Záměrem této kapitoly není podat vyčerpávající informace týkající se diagnostických kritérií, etiologie, epidemiologie a léčby onemocnění Porucha příjmu potravy. Tato kapitola má sloužit pouze jak doplňující část, předkládající nutné informace k praktické části této práce. Zvláště ke kritériím pro vyhledávání výzkumů a k nalezeným výzkumům samotným.

Jelikož jednotlivé výzkumy, zařazené do této práce, pracují jak s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN – 10) tak s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM – IV) Americké psychiatrické asociace, jsou v této kapitole zmíněny oba manuály.

Důraz této kapitoly je kladen především na dva důležité a jasně vyhraněné syndromy onemocnění Porucha příjmu potravy, kterými jsou Mentální anorexie a Mentální bulimie.

Třídění poruch příjmu potravy není založeno na etiologii, nýbrž na pozorovatelných projevech, symptomech. Důvod lze nalézt jak v behaviorálně zaměřené psychologii působící svým vlivem především z Ameriky, tak ne dosud jednoznačně popsané a stále rozporuplné etologii tohoto onemocnění.

Pro onemocnění oblasti poruch příjmu potravy jsou charakteristické poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a ke vzhledu vlastního těla, porucha tělesného schématu, hyperaktivita a strach ze ztráty sebekontroly. Jedním ze symptomů mentální anorexie je paradoxní, neustálá neposednost a nutkání k pohybu, na jehož základě pacienti ztrácejí pocit relaxace a schopnost uvolnit se. Strach ze ztráty sebekontroly je v pozadí potřeby absolutně ovládat své tělo a jeho vnitřní i vnější prostředí na fyzické úrovni (tělesná hmotnost, příjem potravy, pocit hladu, nebo únavy), ale také na psychologické úrovni (perfekcionismus a asketismus). Strach se ztráty sebekontroly se transformuje do strachu ze ztloustnutí. Touha pacientek s anorexií udržet vše ve svém životě (zejména fyzické fungování) pod kontrolou, ukazuje na jejich paralyzující pocity bezmoci (Krch, 1999).

Jednotlivým prvkem poruch příjmu potravy jsou příznaky, jimiž jsou tyto nejčastěji charakterizovány. Jsou to: strach z tloušťky (či jen z mírného zvýšení tělesné hmotnosti); odmítání přiměřené tělesné hmotnosti a proporcí ženského těla; nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a hmotnosti (ostrá kritika se týká

především oblasti břicha, hýždí a stehen); nepřiměřená závislost sebevědomí těchto dívek a žen na tělesné hmotnosti a vzhledu; používání nevhodných a ze zdravotního hlediska rizikových metod, které mají zabránit zvýšení tělesné hmotnosti či způsobit její snížení. Jedná se o přísné omezování jídla až držení hladovek, vyprovokované zvracení, intenzivní fyzické cvičení anebo zneužívání projímadel a různých látek snižujících chuť k jídlu, odvodňujících organismus atd.

U diagnostiky poruch příjmu potravy je také diskutována otázka přejídání a obezity. Obezita jako taková mezi duševní poruchy nepatří, ač nadměrný příjem potravy k ní vést může. Opakované zvracení je zjišťováno např. u disociačních poruch nebo jako reakce na výraznou stresovou událost (psychogenní zvracení) (Hátlová, 2003).

Poruchy příjmu potravy, patří mezi onemocnění se stále se zvyšujícím výskytem v populaci. Dnes statistiky uvádějí přibližně 5 %. Tento údaj je však považován pouze za špičku ledovce. Většina odborníků se oprávněně domnívá, že procento výskytu v současné populaci je mnohem vyšší. Přičemž poruchou příjmu potravy nejvíce trpí dospívající osoby ženského pohlaví. Toto onemocnění je spojeno s vysokým procentem nemocnosti a mortality (Sullivan, 1995, Birmingham et al., 2004). Finanční a sociální dopad tohoto potenciálně smrtelného onemocnění, produktivita a kvalita života zůstává stále dosud blíže nepopsána (Bergman et al., 2006).

2.2.1 Mentální anorexie, F50.0

Mentální anorexie patří společně s mentální bulimií k nejčastějšímu onemocnění v rámci poruch příjmu potravy. Její kořeny sahají hluboko do historie (Silverman, 1997).

Důvodem eminentního zájmu o toto onemocnění v současné době je vysoká prevalence a vysokým procentem zastoupená chronická forma, která často končí předčasnou smrtí vyčerpáním organismu nebo suicidiem.

Díky značné variabilitě tohoto onemocnění se diagnostická kritéria mnohdy odlišují (MKN -10 versus DSM IV) a stále vyvíjejí. Následující text sleduje diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize (MKN -10) s přihlédnutím ke specifikům ostatních diagnostik.

2.2.1.1 Klinická charakteristika

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize (MKN -10) je mentální anorexie poruchou charakterizovanou úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji jsou postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakož i děti před pubertou a starší ženy. Mentální anorexie tvoří nezávislý syndrom v tomto smyslu:

(a) klinické rysy syndromu se snadno poznají, takže diagnóza je spolehlivá s vysokou shodou mezi kliniky,

(b) katamnestické studie ukázaly, že značný počet pacientů, kteří se neuzdravili, stále vykazuje hlavní charakteristiky mentální anorexie v chronické formě.

Základní příčiny mentální anorexie nejsou zcela dosud jasné, je však uvažováno, že k vyvolání přispívá vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů, jakož i méně specifické psychologické mechanismy a zranitelná osobnost. Nemoc je provázena podvýživou různé tíže s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchou tělesných funkcí. Zůstává určitá pochybnost, zda charakteristickou endokrinní poruchu lze úplně přičíst podvýživě a přímému vlivu různých forem chování, které ji vyvolalo (např. omezený výběr jídel, nadměrné cvičení a změny ve skladbě těla, vyprovokované zvracení a používání laxativ s následnou poruchou elektrolytové rovnováhy), nebo jsou-li ve hře také jiné faktory.

2.2.1.2 Diagnostická kritéria

Kritéria MKN 10 i DSM IV jsou v diagnostice mentální anorexie téměř totožné. Základními kritérii je nízká tělesná hmotnost, specifická psychopatologie jako je například strach z tloušťky a porucha vnímání vlastního těla a manehorea.

Pro definitivní diagnózu mentální anorexie, jak uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), musí být přítomny všechny následující poruchy:

- „Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností a to ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo. Případně Queteletův index

hmoty těla je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.

- Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, po kterých předpokládá, že se tloustne a užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přítomna je specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvávají strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
- Je diagnostikována rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonádovou osu, u ženy se projevuje jako amenorea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je vaginální krvácení u anorektických žen, které jsou na náhradní hormonální terapii, obvykle ve formě antikoncepční pilulky. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se tedy růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorei, u hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.“ (MKN-10)

K onemocnění mentální anorexie mohou být přidruženy depresivní a obsedantní symptomy, jakož i rysy poruchy osobnosti. Od zmíněného onemocnění je třeba odlišit somatické příčiny ztráty váhy u mladých pacientů, jež může být způsobeno chronickou vyčerpávací nemocí, mozkovým nádorem či střevní poruchou, jako jsou Crohnova nemoc nebo Malabsorpční syndrom. V rámci Mentální anorexie není zahrnuto onemocnění Ztráty chuti k jídlu a Psychogenní ztráty chuti k jídlu.

Diagnostická kritéria mentální anorexie tentokrát vedené pod číslem 307.10, které uvádí DSM IV (APA, 1994) jsou následující:

- „Odmítání udržovat tělesnou hmotnost na hodnotě a nebo nad hodnotou odpovídající normální tělesné hmotnosti pro daný věk a tělesnou výšku (např. snížení tělesné hmotnosti vedoucí k tělesné hmotnosti nižší než 85 %

předpokládané tělesné hmotnosti, nebo nenavyšování tělesné hmotnosti při růstu o předpokládané hodnoty příslušné danému věku, které vedou ke hodnotám nižším než 85 % odpovídající tělesné hmotnosti.)

- Intenzivní strach z navýšení tělesné hmotnosti či obezity i při současné tělesné podváze.
- Porucha vnímání vlastního těla ve smyslu váhy či tvaru, nepatřičný vliv tělesné hmotnosti či tvaru těla na sebehodnocení, nebo popírání závažnosti současné nízké tělesné hmotnosti.
- U žen po počátku menarché, amenorea, tj. nepřítomnost nejméně tří po sobě jdoucích cyklů. Za amenoreu je považován i stav, kdy se u ženy cyklus objeví na základě užívání hormonů, například estrogenů. „(DSM IV)

2.2.1.2.1 Specifické typy

V rámci diagnostiky poruch příjmu potravy jsou také rozlišovány některé specifické typy blízké mentální anorexii. Jelikož tato práce pracuje se všemi anglicky psanými články, uvádím zde jak specifické typy uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí, MKN – 10, tak i v Diagnostickém manuálu, DSM IV.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) rozlišuje jeden specifický typ, kterým je Atypická mentální anorexie, Diagnostický manuál DSM IV (APA, 1994) uvádí dva specifické typy, kterými jsou restriktivní typ a typ se záchvatovitým přejídáním/zvracením.

2.2.1.2.1.1 Atypická mentální anorexie, F50.1

Onemocněním odlišeným od mentální anorexie je atypická mentální anorexie. Tohoto označení se užívá, dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), v případě, že u pacienta chybí jeden nebo více klíčových rysů mentální anorexie, jako jsou amenorea nebo signifikantní úbytek váhy, ale kteří jinak vykazují téměř typický klinický obraz. Nebo pacienti, kteří mají všechny klíčové příznaky, ale pouze v mírném stupni. Neměl by však být užíván pro poruchy příjmu jídla, které se podobají mentální anorexii, ale které jsou způsobeny známou somatickou chorobou.

2.2.1.2.1.2 Restriktivní typ (Restricting Type)

Restriktivní typ je specifický tím, že během aktivního anorektického onemocnění, nemá daná osoba pravidelné epizody přejídání či pročišťování, jako je vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, atd.

2.2.1.2.1.3 Typ se záchvatovitým přejídáním /pročišťováním (Binge-Eating/Purging Type)

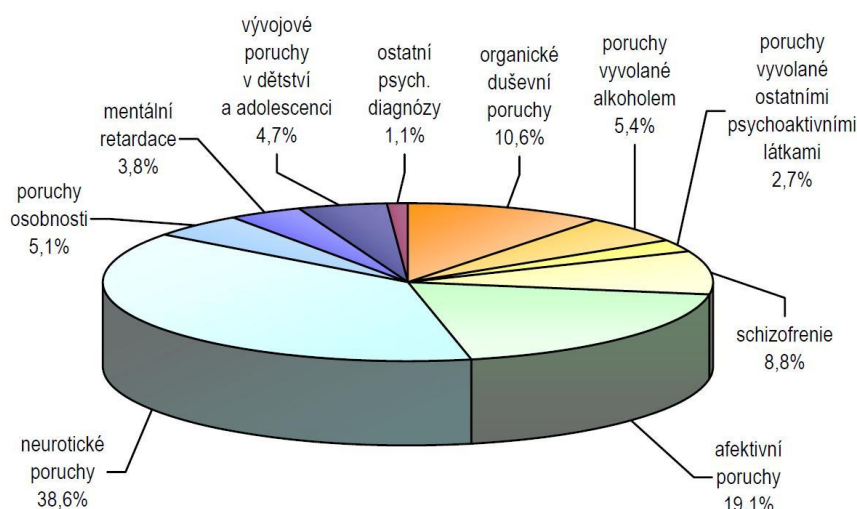
Rozdílnost typu se záchvatovitým přejídáním /pročišťováním je v tom, že během aktivního anorektického onemocnění daná osoba pravidelné epizody přejídání či pročišťování, jako je vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik atd.

2.2.1.3 Epidemiologie

Od šedesátých let přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie. Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky o situaci psychiatrické péče v České Republice v roce 2008 (ÚZIS ČR, 2009), patří poruchy příjmu potravy do skupiny onemocnění udávané jako nejčtenější z hlediska prvních vyšetření (neurotické poruchy - 181 242 prvních ošetření) (Graf č. 1).

Zveřejněné informace udávají nejvyšší podíl prvních ošetření u neurotických poruch (38,6 %). Do této skupiny neurotických poruch patří mimo poruch příjmu potravy také např. fobie, reakce na těžký stres, poruchy spánku a sexuální disfunkce. Tyto nejčtenější duševní poruchy z hlediska počtu prvních ošetření, dosahovaly také nejvyšší míry prevalence (173,8 ošetření na 10 tisíc obyvatel) a incidence (44,3 % z celkového počtu nově zjištěných onemocnění).

Graf č. 1: Stuktura počtu prvních ošetření v ambulantních psychiatrických zařízeních v roce 2008 - skupiny psychiatrických diagnóz (ÚZIS ČR, 2009).



Na základě těchto zjištění však nelze tvrdit, že se jedná o onemocnění nejrozšířenější a nejčastější. Spíše se jedná o choroby nejzávažnější, které vyžadují dlouhodobou léčbu a pravidelné návštěvy lékaře.

V západní Evropě a Spojených státech je průměrná prevalence mentální anorexie u mladých žen 0,3 % (Hoek, van Hoeken, 2003). Prevalence subklinických příznaků mentální anorexie, které jsou definovány tak, že pacient postrádá jedno diagnostické kritérium (poruchu), je vyšší, nachází se v rozmezí od 0,37 % - 1,3 % (McKnight, 2003, Wittchen et al., 1998).

Přihlédneme-li k genderovým rozdílům v prevalenci onemocnění mentální anorexie, je známé její vyšší procento u žen. Avšak ani u mužů výskyt tohoto onemocnění není výjimkou. Poprvé byla mentální anorexie u muže popsána už v r. 1694 Mortonem (Hsu, 1990), její prevalence v obecné populaci je stále předmětem dohadů. Fichtera a Daser (Fichter, Daser, 1987) deklarují, že muži představují asi 7,5 %. Nejčastěji je však v současné době užíván poměr 9:1, ženy versus muži.

Nejčastější první výskyt mentální anorexie je epidemiologickými studiemi udáván mezi 15 a 19 rokem (Lucas et al., 1991).

Různí se údaje o vývoji výskytu tohoto onemocnění. Některé studie udávají, že výskyt se neustále zvyšuje (Eagles et al., 1995, Jones et al., 1980, Lucas et al., 1988, Møller-Madsen et al., 1992, Szmukler, 1985, Willi et al., 1983, Milos et al., 2004), jiné prezentují stabilní hodnoty (Hall et al., 1991, Hoek et al., 1995, Joergensen, 1992, Nielsen, 1990, Willi et al., 1990). Tyto rozdílné výsledky mohou být důsledkem nerozpoznání onemocnění mentální anorexie mající za následek nepřřazení správné diagnózy. Krch (Krch, 2005) odhaduje, že se jedná o přibližně 45 % osob trpících mentální anorexií.

2.2.1.4 Etiologie

O možné etiologii mentální anorexie bylo vysloveno mnoho hypotéz. Každá hypotéza nebo etiologický výkladový model má ale svá omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruchy. Běžnými rizikovými faktory jsou rasa či etnická skupina, gastrointestinální či jídelní problémy v dětství, výrazný typ a obava o zvýšenou hmotnost, negativní sebehodnocení, sexuální zneužití atd. (Jacobi et al., 2004).

Prvotní studie byly zaměřeny zvláště na kulturní podmíněnost mentální anorexie.

Následovaly biologické a genetické výzkumy, které posunuly pozornost etiologie do oblasti rodiny (Lilenfeld et al., 1998) a genetických faktorů (Wade et al., 2000, Klump et al., 2001, Kortegeard et al., 2001). Na základě studií molekulární genetiky byla identifikována oblast lidského genomu, který by mohl způsobovat svým umístěním náchylnost k mentální anorexii (Grice et al., 2002) a tak být rizikovým faktorem mentální anorexie (Bergen et al., 2003). Předmětem výzkumu se také stal serotonin a dopamin a jejich funkce v neurotransmitterovém systému (Barbarich et al., 2003).

Kontrolované studie na širším vzorku pacientů však zatím nepotvrdily obecnou platnost žádného z jednoduchých etiologických modelů. V mnoha případech šlo o koincidenci poruchy a určitého jevu příznačného pro danou populační skupinu (fyzické zranění, strach z dospívání, problémy v rodině apod.) nebo nebylo možné rozlišit, zda jde o příčinu nebo důsledek (Krch, 2005). Diferencovanost problému poruch příjmu potravy a dynamika jejich vývoje ostatně vylučují jednoduchou odpověď na tak složitou otázku.

Nejčastěji diskutované rizikové faktory u mentální anorexie lze rozdělit do tří skupin na Biologické rizikové faktory; sociální, kulturní a rodinné faktory; psychologické faktory.

Z oblasti biologických faktorů uvažujeme především o těchto:

- Ženské pohlaví - Jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů je ženské pohlaví. Tento faktor je však vnímán zvláště ve smyslu postavení ženy ve společnosti a nikoli primárně míněno biologické pohlaví;
- Distribuce tělesného tuku - Dalším faktorem je distribuce tělesného tuku, přičemž vyšší riziko je uvažováno u žen s tělesným tukem uloženým nejvíce na bocích a hýždích;
- Poruchy nálady - Genetické studie v rodinách pacientů poukazují na vztah mezi poruchami příjmu potravy a poruchami nálady.

V oblasti sociálních, kulturních a rodinných faktorů je uvažováno o rodinných vztazích. Kdy u pacientů jsou často zmiňovány napjaté rodinné vztahy, dále hyperprotektivní a dominantní matka a pasivní, emočně vzdálený otec. Jak u mentální anorexie tak mentální bulimie je často zmiňován tlak na udržení štíhlosti. Tento sociální tlak je považován za vázaný na sociokulturní prostředí Evropy a Ameriky. Jeho výrazné sílení se dá detekovat od poloviny 20. století.

Ze široké škály psychologických faktorů lze zmínit zvýšenou vnitřní nejistotu, extrémní perfekcionismus a zaměření na výkon. Osobnost pacienta lze často diagnostikovat jako zvýšeně neurotickou, introvertní a úzkostnou.

2.2.1.5 Průběh a prognóza nemoci

Pro onemocnění mentální anorexie je charakteristická vysoká variabilita v nástupu, průběhu i prognóze onemocnění. Při užití nejhrubšího orientačního dělení lze mluvit o 1) onemocnění o jediné epizodě s úplnou remisí, 2) onemocnění dlouhodobém s chronickým průběhem, 3) o onemocnění s několika epizodami opakujícími se mnoho let.

Ve výsledcích terapie se autoři rozcházejí, lze však shrnout, že přibližně pětina pacientů se úplně uzdraví a u 10-30 % dochází k průběžnému zhoršení. Vzhledem k ostatním psychickým chorobám je však zde mortalita na velmi vysokém až 10 %.

Často i po normalizaci hmotnosti pacienta a obnově menstruace přetrvávají abnormální stravovací návyky, těžké zdravotní a psychické důsledky. Mohou přetrvávat rysy spojené s poruchou příjmu potravy zahrnující depresi, úzkost, sociální otažitost, zvýšenou plachost, únavu a další kombinované zdravotní komplikace (Halmi et al., 1991, Kaplan, 1993, Katzman, 2005, Sharp, Freeman, 1993). Častý je také problém v oblasti reprodukce. Přetrvávající problém v sociální oblasti je především vzhledem k požadavkům zdravého průběhu vývojového období adolescence (Bulik, 2002). U některých pacientů s mentální anorexií se následně vyvine mentální bulimie.

2.2.1.6 Léčba

Problematika terapie mentální anorexie bude blíže rozebrána v samostatné kapitole. Pro náhled lze však zmínit základní rozdělení na péči ambulantní a hospitalizaci.

Pacienti s mentální anorexií jsou nejčastěji nejprve hospitalizováni v lékařském zařízení za účelem realimentace. Následně dle možností a zaměření zařízení a také dle požadavků klienta, či jeho zákonného zástupce, přecházejí do psychiatrického zařízení v rámci hospitalizace nebo ambulantní péče. Psychoterapie probíhá ve formě individuální, skupinové, rodinné terapie. Jedná se o skupinovou edukci, intenzivní skupinovou terapii, jídelní skupiny, svépomocné skupiny, skupiny pro rodinné příslušníky a přátele a pohybovou terapii.

V oblasti farmakoterapie mentální anorexie odborníci zůstávají velmi zdrženliví a jednotlivé studie vážící se k této problematice mají spíše povahu kasuistických sdělení (Zámečnicková, Hrdlička, 2003).

2.2.2 Mentální Bulimie, F 50.2

Mentální bulimie je spolu s Mentální anorexií jedním ze dvou nejvýraznějších syndromů patřící pod pojem Poruchy příjmu potravy. Její historický základ je podobný jako mentální anorexie. Stejně jako odmítání jídla bylo i přejídání a zvracení u nekončících hostin praktikováno privilegovanou elitou společnosti. Soutěže

v množství snědených knedlíků či pití piva nebyly v historii výjimkou a přetrvaly až do dnešní doby.

Následující podkapitoly mají za účel předat stručný vhled do problematiky tohoto onemocnění, které v dnešní společnosti stále nabývá na síle.

2.2.2.1 Klinická charakteristika

„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil „tloušťku vyvolávající“ účinky požití potravy.“, jak uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize (MKN -10). Záchvaty přejídání kdy je konzumováno velké množství jídla jsou spojené s výrazným pocitem ztráty kontroly. V rámci kompenzačního chování se vyskytuje vyvolané zvracení, zneužívání diuretik, laxativ a podobných prostředků, půst a nadměrný pohyb.

Tento syndrom je stejnou psychopatologií příbuzný mentální anorexii. Rozdíl lze nalézt v době nástupu onemocnění, kdy je předpokládán jeho posun o několik let později. Problém je však v určitém přecházení mentální anorexie do mentální bulimie a naopak. Může se stát, že anorektická pacientka vykazuje známky zlepšení, jako je zvýšení tělesné hmotnosti, nástup menstruace, atd. zůstávají však špatné stravovací návyky a následně se ustálí zhoubný vzorec přejídání se zvracením. Opakující se zvracení je zvláště nebezpečné pro možnost vzniku poruchy elektrolytů v těle a další somatické komplikace jakými je tetanie, epileptické záchvaty, srdeční arytmie, svalová slabost, případně i další úbytek váhy.

Výskyt dle pohlaví je podobný jako u mentální anorexie (MKN -10). U mužů se ve vyšší míře vyskytuje zneužívání pohybu (Anderson et al., 2003, Lewinsohn et al., 2002). Specifické rysy pro mentální bulimii zahrnují zvýšený zájem o neobvyklé, vyšší impulsivitu, nižší míru sebekontroly, nižší kolegiální (Fassino et al., 2004) a často promiskuitu. Přibližně 80 % pacientů má v anamnéze diagnózu jiné psychické poruchy (Fichter, Quadflieg, 1997).

2.2.2.2 Diagnostická kritéria

Diagnostika mentální bulimie v kritériích MKN 10 a DSM IV se mírně odlišuje. DSM IV na rozdíl od MKN 10 uvádí přesnou minimální frekvenci záchvatovitého přejídání, naopak nedává důraz na nestálost v zabývání se jídlem. Základem obou jsou záchvaty přejídání, kompenzační mechanismy a strach z tloušťky či problematika sebehodnocení.

Aby bylo možné stanovit definitivní diagnózu mentální bulimie, dle Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize (MKN -10), je zapotřebí, aby byly přítomny všechny následující poruchy:

- „Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika, tyreoidní preparáty nebo diuretika. Když se bulimie vyskytne u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému zanedbání inzulínové léčby.
- Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá.“ (MKN -10)

Diagnostická kritéria mentální bulimie (307.51), které uvádí DSM IV (APA, 1994) jsou následující:

1. „Rekurentní epizody přejídání. Epizody mají obě z následujících charakteristik:
 - a) Požívání jídla, odděleně například v dvouhodinových intervalech, množství jídla, které je mnohem vyšší, než je obvyklé v podobném časovém úseku a za podobných okolností.
 - b) Pocit nedostatečné kontroly nad stravováním v průběhu epizody (například pocit, že dotyčná osoba nemůže přestat jíst nebo kontrolovat, co či kolik toho snědla).
2. Opakované nevhodné kompenzační chování zabraňující nárůstu hmotnosti, jakým je například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik,

klystýru nebo jiných léků; hladovění nebo zneužívání nadměrného cvičení.

3. Záchvatovité přejídání a kompenzační chování se budou vyskytovat průměrně minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců.
4. Sebehodnocení je nepřiměřeně výrazně ovlivněno tělesným tvarem a váhou.
5. Porucha se nevyskytuje pouze během epizod mentální anorexie.“ (DSM IV)

Jak již bylo zmíněno, často, ale ne vždy, se mentální bulimie vyvine z mentální anorexie. Také v rámci onemocnění mentální bulimie se často vyskytují epizody anorektické, které mohou být plně vyjádřeny a mít podobu mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy případně přechodnou fází amenorei. Interval mezi jednotlivými epizodami se dle MKN 10 pohybuje od několika měsíců do několika let.

Je však nutné pamatovat, že ne každé zvracení je mentální bulimií, proto je nutné vyloučit poruchy horního gastrointestinálního traktu, závislost na alkoholu, obecnější poruchy osobnosti, a depresivní poruchy, což může být problematické na základě častého prožívání depresí pacienty s bulimií.

2.2.2.2.1 Specifické typy

I v oblasti poruch příjmu potravy jsou rozlišovány některé specifické typy, vážící se k mentální bulimii. Uvádím zde tři specifické typy popsané v nejčastěji užívaných diagnostických manuálech MKN 10 a DSM IV.

Mezinárodní klasifikaci nemocí, MKN – 10, uvádí jeden typ a sice Atypickou mentální bulimii. Diagnostický manuál, DSM IV, rozlišuje dva typy, pročišťující a nepročišťující typ.

2.2.2.2.1.1 Atypická mentální bulimie, F50.3

Termín atypická mentální bulimie se užívá v diagnostice, dle MKN 10, pokud u pacienta chybí jeden nebo více klíčových rysů, jak jsou uvedeny u mentální bulimie (F50.2), ale u nichž se jinak projevuje téměř typický klinický obraz.

Většinou se jedná o pacienty s normální nebo zvýšenou hmotností, kteří mají typická období přejídání následovaná zvracením či zneužívání projímadel. Méně časté jsou v tomto případě také depresivní příznaky.

2.2.2.2.2 Pročišťující typ (Purging type)

Pročišťující typ zmiňuje Diagnostický manuál DSM IV (APA, 1994). Jedná se o onemocnění, kdy v průběhu bulimické epizody pacient užívá pročišťující prostředky, jakými jsou zvracení, užívání diuretik, laxativ a jiných prostředků.

2.2.2.2.3 Nepročišťující typ (Nonpurging type)

Nepročišťující typ zmiňuje Diagnostický manuál DSM IV (APA, 1994). Zahrnuje chování pacienta, kdy v rámci probíhající bulimické epizody dotyčná osoba užívá nevhodné kompenzační chování jakým je hladovění, nadměrné cvičení, ale současně nevyužívá pravidelně vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik a dalších prostředků.

2.2.2.3 Epidemiologie

Onemocnění mentální bulimie má podobně jako mentální anorexie dlouholetou historii a od poloviny minulého století výrazně narůstá jeho výskyt. Percentuální výskyt se mírně odlišuje vzhledem k jednotlivým autorům. Všichni se však shodují na tom, že je evidován pouze zlomek osob, které se potýkají s tímto problémem. Na rozdíl od mentální anorexie, kdy je velmi často indikována realimentace, která přivede nemocného do lékařského zařízení u mentální bulimie toto specifikum neexistuje. K mentální bulimii se také pojí mnohé závažné zdravotní problémy, tyto však mohou být léčeny lékařem samostatně bez diagnózy mentální bulimie.

Pro orientaci v České republice poukazují na kapitolu epidemiologie mentální anorexie, kde je přiblížena zpráva Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky o situaci psychiatrické péče v České republice v roce 2008 (ÚZIS ČR, 2009) (Graf č.1).

Se zaměřením pouze na mentální bulimii Krch (Krch, 2005) uvádí současný předpoklad prevalence v rozmezí 1- 4 % žen. U subklinických či hraničních případů odhaduje výskyt 5 -10 %. Prevalence mentální bulimie u mužů se v průměru u různých studií pohybuje mezi 0,1 a 0,4 % sledovaného vzorku mužů.

Data vypovídající o stavu tohoto onemocnění na území, které lze charakterizovat jako západní Evropa, a ve Spojených státech amerických mluví o jednoprocenním výskytu u žen a 0,1 % výskytu u mužů (Hoek, van Hoeken, 2003). Vyšší prevalence je připisována subklinickým a hraničním případům, kdy se jedná o hodnoty 1,5 – 5,4 %.

2.2.2.4 Etiologie

Stejně jako mentální anorexie i u mentální bulimie lze rizikové faktory rozlišit do tří skupin na biologické rizikové faktory; sociální a kulturní faktory; a psychologické faktory.

Historicky ve vztahu s mentální bulimií byly především zdůrazňovány sociokulturní faktory. Vysoké množství studií lze však nalézt v oblasti biologických rizikových faktorů. Uvažuje se například o zvýšené hladině endorfinů či epiparoxyzmy v oblasti hypothalamu a vlivu poruch serotoninu (Steiner et al., 2003, Frank et al., 2004). Výrazné rodinné zatížení je popsáno v kolektivní práci Lilenfelda (Lilenfeld at al., 1998). Na základě studií dvojčat byla zkoumána genetická podmíněnost tohoto onemocnění a hodnoty se pohybují v rozmezí 54 – 83 % (Wade et al., 1999). Na základě analýzy vazby byla identifikována oblast na chromozomu 10p, která by mohla mít vliv na vznik onemocnění (Bulik et al., 2007). Žádný z těchto faktorů nebyl však dosud jednoznačně potvrzen.

V oblasti sociálních a kulturních faktorů mentální bulimie je především zmiňován tlak na udržení štíhlosti.

Mezi psychologické faktory patří především nezdrženlivost, psychoastenie, hysteroidní struktura osobnosti. Pacienti s mentální bulimií jsou více extrovertovaní a impulsivní než pacienti s mentální anorexií. U mužů se vyskytuje vyšší zastoupení depresivních příznaků a chudší sexuální život než u žen s mentální bulimií. Je často

zmiňována problematika stresu a jeho zvládnání, problematický vztah k sobě samému, výrazný odpor či stud vzhledem k sobě.

2.2.2.5 Průběh a prognóza nemoci

Mentální bulimie je často vnímána jako onemocnění s opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 1999). Záchvat přejídání může trvat několik hodin, ale i několik dní. Některé osoby jí svá oblíbená jídla, jiné jí taková jídla, kterým se normálně vyhýbají. Většinou jde ale o jídla sladká, vysoce kalorická, tučná.

Mentální bulimie má mnoho společných znaků s mentální anorexií. U pacientek zdánlivě vyléčených z mentální anorexie často propuká mentální bulimie. Zvláště ve skupinové terapii je výrazné častá žárlivost pacientek s bulimií na „v hubnutí úspěšné“ pacientky s anorexií. Rozdíl mezi pacientkami těchto dvou onemocnění je často viditelný na první pohled, kdy pacientky s mentální bulimií mívají normální hmotnost či jsou spíše mírně plnoštíhlé až obézní.

Ač se u mentální bulimie nevyskytují smrtelná zdravotní rizika jako u mentální anorexie, pacienti často vykazují symptomy vyčerpání, letargie, otoky a gastrointestinální problémy. V případě pravidelného častého zvracení se u pacientů vyskytují poruchy elektrolytové rovnováhy, metabolické alkalózy, eroze skloviny, zvětšení příušní slinné žlázy a jizvy a mozoly na těle (Mitchell et al., 1991).

V případě častého zneužívání laxativ pacienti často trpí edémy, nízkou hladinou vody v těle s následnou dehydratací, poruchou elektrolytové rovnováhy, metabolickou acidózou a potenciální možnou trvalou ztrátou zdravé funkce střev (Mitchell et al., 1991).

Prognóza onemocnění mentální bulimie je dobrá u 27 % pacientek (Papežová et al., 2006), kdy se jedná o absenci všech diagnostických kritérií. U 40 % pacientů přetrvávají některé symptomy a 33 % má dle Papežové (Papežová et al., 2006) diagnózu nepříznivou. Další studie zachycují výrazné zlepšení ve 25 – 30 % případů ve smyslu redukce epizod přejídání, zvracení a zneužívání laxativ (Drewnowski et al., 1989, Yager et al., 1987). Na základě šetření 110 pacientů po dobu osm týdnů po terapii bylo zjištěno úplné zlepšení u 73 % (Herzog et al., 1999). Hodnoty

relapsujících pacientů se, na základě šesti měsíčních až šestiletých šetření pohybují v rozmezí 20 - 85 % (Keel, Mitchell, 1997, Willer et al., 2005).

Problémem však zůstává, že ještě dlouhou dobu po eliminaci přejídání, zvracení, zneužívání laxativ atd. přetrvávají zdravotní potíže. A mohou přetrvávat celý život.

2.2.2.6 Léčba

Podrobný popis specifik terapie mentální bulimie lze nalézt v následující příslušné kapitole. Zde bude podán pouze její stručný přehled.

Terapie mentální bulimie je možné rozdělit na psychosociální léčbu, farmakoterapii a jejich kombinaci. V rámci psychosociální terapie lze vymezit individuální a skupinovou terapii, rodinnou a manželskou terapii, svépomocné skupiny a svépomocné přístupy. V oblasti psychoterapie zaujímají místo terapie pohybové či na tělo zaměřené.

Pacienti s mentální bulimií jsou méně často, než pacienti s mentální anorexií, hospitalizováni a častěji využívají ambulantní péče, ať v podobě denních stacionářů či návštěv jednotlivých terapeutických sezení.

Důležitým bodem terapeutického působení je dostat pod kontrolu epizody přejídání a zvracení. K tomuto účelu jsou často považovány za nejúčelnější hojně využívané jídelní deníky.

Historie užívání farmakoterapie u mentální bulimie je mnohem výraznější. Proto i vývoj příslušných léčiv byl rychlejší a úspěšnější (Krch, 2005) nejspíš i z toho důvodu je v současné době je tento typ terapie úspěšnější než v případě mentální anorexie. Byl učiněn pokus o stanovení nejefektivnějších a nejbezpečnějších léčebných postupů, farmakologické algoritmy, která slouží jako pomocná vodítka při volbě farmakoterapie (Krch, 2005).

2.2.3 Ostatní poruchy příjmu potravy

Diagnostické manuály MKN 10 a DSM IV se celkem shodují v pojmu i vymezení mentální anorexie a mentální bulimie. V pojmenování syndromů, které nespádají ani

pod jeden ze zmíněných pojmů a přesto přísluší do skupiny poruch příjmu potravy, se odlišují.

DSM IV popisuje poměrně široký syndrom „Eating Disorders Not Otherwise Specified (Binge Eating Disorder)“, charakterizovaný impulzivními záchvaty přejídání, pro nějž je užíván český ekvivalent Záchvatovité přejídání. MKN 10 užívá také názvu „Porucha příjmu jídla nespécifikovaná“, v rámci této diagnostické skupiny, s DSM IV se však v diagnostice nepřekrývá. MKN 10 pojmenovává ještě další tři syndromy a to Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami a Jiné poruchy příjmu jídla.

2.2.3.1 Eating Disorders Not Otherwise Specified

„Eating Disorders Not Otherwise Specified“ (EDNOS) je diagnostickou kategorií zahrnující jednotlivce s poruchou příjmu potravy, které nelze zařadit ani pod mentální anorexii ani bulimii. Jedná se například o jedince s veškerými rysy mentální anorexie, u které však stále probíhá menarche, či se nachází v normální váhové kategorii. V případě podobnosti s mentální bulimií, vykazuje jedinec veškeré rysy mimo frekvence přejídání a zvracení či minimální tříměsíční délky trvání epizody. Do této kategorie může být zařazen, dle DSM IV, také jedinec, který vykazuje kompenzační chování po snědení malého množství potravy či jídlo pouze přežvykuje a následně vyplivuje. Nejznámějším syndromem této kategorie je syndrom záchvatovitého přejídání „Binge Eating Disorder s kódem 307.50.

2.2.3.1.1 Binge Eating Disorder, 307.50

Syndrom záchvatovitého přejídání byl poprvé rozpoznán u jedinců s obezitou Stunkardem v roce 1959 (Stunkard, 1959). Další vývoj tohoto syndromu byl pomalý a rozporuplný. V současné době je v diagnostickém manuálu DSM IV zahrnut. Je však nutné jeho další zpřesnění.

Diagnostická kritéria podle záchvatovitého přejídání dle DSM IV jsou následující:

1. „Opakující se epizody přejídání. Epizoda záchvatovitého přejídání je charakterizována oběma následujícími kritérii;

- a) Požívání jídla odděleně například v dvouhodinových intervalech, jedení množství jídla, které je mnohem vyšší, než je obvyklé v podobném časovém úseku a za podobných okolností;
 - b) Pocit nedostatečné kontroly nebo ztráty kontroly nad stravováním v průběhu epizody (například pocit, že dotyčná osoba nemůže přestat jíst nebo kontrolovat, co či kolik toho snědla);
2. Epizody záchvatovitého přejídání jsou spojeny jedním nebo i více z následujících rysů:
- a) Požívání jídla probíhá mnohem rychleji, než je obvyklé;
 - b) Požívání jídla probíhá až do pocitu nepříjemné plnosti;
 - c) Požívání velkého množství jídla v případě, kdy se jedinec necítí hladový;
 - d) Jedení jídla společně s jinou osobou, jelikož pokud jí dotyčný nemocný sám, je překvapen množstvím snědeného jídla;
 - e) Pocit znechucení sebou samým, deprese, pocit výrazné viny po přejídání;
3. V době záchvatovitého přejídání přítomnost úzkosti;
4. Záchvatovité přejídání se vyskytuje ve frekvenci minimálně dvakrát týdně po dobu šesti měsíců. Metoda výpočtu frekvence se v případě záchvatovitého přejídání liší od metody pro mentální bulimii;
5. Záchvatovité přejídání není spojováno s pravidelným užíváním kompenzačního chování, jakým je pročišťování, hladovění, zneužívání nadměrného cvičení atd., a není přítomno pouze v případě mentální anorexie nebo mentální bulimie. „ (DSM IV)

Jedinci se záchvatovitým přejídáním mají pravidelné epizody přejídání. Záchvatovité přejídání je totožně charakterizováno jako u mentální bulimie, jedná se o jedení extrémně velkého množství jídla a pocit ztráty kontroly. Četnost jednotlivých epizod přejedení je také totožná jako u mentální bulimie. Rozdíl je v tom, že jedinci se syndromem záchvatovitého přejídání nevyužívají pravidelně kompenzačního chování.

2.2.3.2 Přejídání spojené s psychologickými poruchami, F50.4

Pod tuto diagnostickou kategorii patří přejídání, které vedlo k obezitě jako reakci na stresující událost. Stresující událostí může být například ztráta blízké osoby, nehoda, chirurgická operace. Emočně stresující události mohou vyvolat „reaktivní obezitu“, zvláště u pacientů se sklonem k přibývání na váze, avšak obezita jako příčina psychické poruchy nepatří do této diagnostické kategorie.

Problematika obezity a její příslušnosti či nepříslušnosti k poruchám příjmu potravy je velmi diskutována. A to zvláště z důvodu rysů jako jsou přehnané subjektivní hodnocení tělesných rozměrů, zvýšená citlivost na svůj zjev a nedůvěra v osobních vztazích, které mohou být obezitou způsobeny. V současné době je obezita, jako příčina psychické poruchy, v rámci diagnostiky MKN 10 zachycena v kategoriích Jiné poruchy nálady, Smíšená úzkostně depresivní porucha, Neurotická porucha nespécifikovaná. Obezita, jako nežádoucí účinek dlouhodobé léčby neuroleptiky, antidepressivy nebo jinými léky, je diagnostikována v rámci pojmu Obezita navozená léky (E66.1). Obezita může motivovat k dietě, která může vést k afektivním symptomům (úzkost, neklid, slabost a dráždivost) nebo méně často k závažným depresivním syndromům („Deprese z diety“). V tomto případě může být dieta označena v rámci poruch příjmu potravy Jiné poruchy příjmu jídla a obezita označena samostatně (E66).

Do této diagnostické kategorie MKN 10 zahrnuje psychogenní přejídání.

2.2.3.3 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, F50.5

„Nehledě na vyprovokované zvracení u mentální bulimie může nastat opakované zvracení u dissociativních poruch, u hypochondrické poruchy, kde zvracení může být jedním z několika tělesných symptomů, a v těhotenství, kdy emoční faktory mohou přispět k opakované nauze a zvracení.“ (MKN-10).

Tato diagnostická kategorie zahrnuje psychogenní hypertenzi těhotných a psychogenní zvracení.

2.2.3.4 Jiné poruchy příjmu potravy, F50.8

Do této diagnostické kategorie je zahrnuta psychogenní ztráta chuti k jídlu a pika neorganického původu u dospělých.

Pika je charakterizována požíváním nestravitelných látek, či látek, které nejsou v daném stavu k jídlu určeny. Z nestravitelných látek se může jednat například o hlínu, barviva, různé odpadky, výkaly, písek, vlasy, papír, textil. Z látek, které mohou být považovány za potraviny, ale nejsou určeny k jídlu v daném stavu, se může například jednat o syrové brambory, mouku, syrovou rýži, kostky ledu atd.

2.2.3.5 Porucha příjmu potravy nespecifikovaná, F50.9

Posledním diagnostickou kategorií, popsanou v MKN – 10 v rámci Poruch příjmu jídla, je Porucha příjmu jídla nespecifikovaná. Je důležité nenechat se zmást názvem podobným „Eating Disorders Not Otherwise Specified“, která je uvedena v DSM IV a jejíž diagnostická kritéria se značně odlišují (viz kap. 4.1.).

2.2.3.6 Porucha příjmu potravy v dětském věku

Ač se tato práce nezabývá terapií poruch příjmu potravy v dětském věku, je důležité alespoň stručně zmínit diagnostické kategorie týkající se této oblasti. Poruchy příjmu jídla v dětském věku je vždy třeba odlišit od obvyklého, pro dané vývojové období běžného chování, jakým je například krátkodobá vybíravost v jídlu či na první pohled vypadající nedostatečný či nadměrný příjem jídla, nebo preference osoby, kterou je dítě krmeno atd.

V rámci MKN 10 je rozlišena Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku (F98.2) a Pika kojenců a dětí (F98.3) v rámci Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (F98) .

Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku (F98.2) zahrnuje odmítání jídla a mimořádnou vybíravost při přiměřeném podávání jídla osobami rozumně pečujícími o dítě, kdy není přítomno žádné organické onemocnění. Může či nemusí být přítomna rumínace.

Pika kojenců a dětí (F98.3) má stejné rysy jako pika v dospělosti. Může se vyskytnout jako součást širší psychiatrické poruchy jako je autismus, nebo může být izolovaným psychopatologickým chováním. Často se objevuje u dětí s mentální retardací.

Krejčířová (Říčan et al., 2006) se také zmiňuje o nechutenství u dětí jako o častém problému dětí předškolního a mladšího školního věku. U malé části dětí se jedná o symptom emoční či behaviorální poruchy a to nejčastěji v případě deprese či úzkostné poruchy. Porucha jídla může mít komunikační význam, může se jednat o problém interakční, anebo o intergenerační přenos. Při změně postojů rodičů nebo při změně prostředí se problémy s jídlem u většiny dětí rychle, ale zdaleka ne vždy trvale, upraví.

V posledních letech se anorexie a bulimie začíná objevovat u chlapců mladšího školního věku. Původ je nalézán v návaznosti na pozitivní propagaci zdravého životního stylu, zahrnující normální tělesnou hmotnost. Vzniká tak důvod šikany chlapců s nadváhou jejich štíhlejšími spolužáky, který vyústí v anorexii či bulimii šikanovaného chlapce.

2.3 Soma, tělesné schéma

Tělo a porušené vnímání vlastního těla je obecně považováno za centrální element onemocnění Porucha příjmu potravy. Také je zahrnut v rámci diagnostických kritérii. Co je a kde je umístěn základní problém, však není zcela jasné. M. Probst naznačuje svázanost těla a psychiky vyjádřením, že problém u pacientů s poruchou příjmu potravy není mezi boky, tedy břicho, ale mezi ušima. O této svázanosti působení tělem na ducha, somatizace vlastního Já, a duchem na tělo, mentální trénink, mluví také Hošek (Hošek, 1993) ve smyslu možného pozitivního psychoregulačního účinku.

Popisujeme-li tělo na pozadí plochy, dostáváme tělo ve smyslu Soma, somatotypu, tvaru, formy. Popisujeme-li tělo na pozadí časové posloupnosti, postupnosti (sukcesivity), dostaneme tělo ve smyslu Sarx, tělo vyplněné jednotlivými orgány s jejich funkcemi, které se realizují v čase. Toto tělo patří lékařům a vědcům. Soma i Sarx jsou těla předmětná, jedno se ukazuje na pozadí prostorové plochy, druhé na pozadí proudu časové následnosti (Hogenová, 2009).

Od dob Poseidónových máme ještě jedno tělo – Pexis (Kratochvíl, 1991), je to tělo pomocí kterého tělesníme, žijeme. Toto tělo není dáno představou, jde o tělo nepředmětné! Jde o tělo nezprostředkované představou, jež existuje jen tělesněním. A to nás zajímá především! Pexis není jen látkové tělo, patří k němu i duše a to způsobem podstatným. Pexis je totiž tělo jednoduché, nikoli dvojité, nikoli cartesianské. Toto tělo pociťujeme jako pramen, zdroj, (Urquel), ohnisko životnění vzmachu (impetus), jako prostou jednoduchost. (Hogenová, 2009).

Rodíme se s tělem, ale nerodíme se se smyslem pro sebe (self). Smysl sebe (self), ohraničenosti a nezávislosti na neživých předmětech a ostatních lidech je založen na naší zkušenosti tělesnění (Dillon, 1978). Na našem pobývání v tomto světě, na našem růstu a vývoji. Naše tělo nám podává základní informace o nás. Je prvním signálem o stavu našeho vnitřního Já. Koncepce těla hraje významnou roli ve vývoji reality. Nejprve vnímáme napětí „něco uvnitř“. Následně s uvědomováním existence objektu se tenze snižuje, „něco je venku“. Na základě současné existence vnější, taktilní, a vnitřní sensorické informace se tělo odděluje od zbytku světa a umožňuje tak rozlišení sebe (self) a zbytku (non-self). Celkový součet mentální reprezentace těla a jeho

orgánů je nazýván tělesný obraz (body-image), představuje ideu „Já“ a má základní význam pro další tvorbu ega. Označíme-li barevně na povrchu motorické části mozkové kůry buňky, které aktivují svaly jeden měsíc starého dítěte, objeví se obrazec, odpovídající dětské postavě. Tento obrazec není v souladu s anatomí dětského těla, zachycuje pouze ty oblasti těla, které se podílejí na jakékoliv vědomé činnosti. Zobrazení úst a rtů zaberou největší část této zbarvené plochy. Svaly, které vzpřimují tělo a působí proti zemské přitažlivosti, dosud nepodléhají vůli. Také svaly rukou jsou pouze tu a tam ovlivňovány vůlí dítěte. Vzniklý funkční obraz se skládá z pěti tenkých čar. Čtyři z nich znázorňují končetiny a pátá, která je spojuje, zobrazuje trup dítěte. Největší část obrazu tvoří barevná plocha zobrazující rty a ústa (Feldenkrais, 1996).

K takzvanému psychologickému narození dochází oddělením, procesem individualizace, ke kterému dochází především prostřednictvím tělesných zkušeností (body experience). Proces separace se vztahuje k vývoji dítěte od symbiotického splynutí s matkou. Separace vychází z přijetí dítětem jeho vlastních individuálních charakteristik. Dva zásadní aspekty mající zásadní vliv na proces individuace, jsou dotyk, který je zprostředkován přes kůži, a pohyb (Cooper et al., 2009).

U dítěte, které se již naučilo chodit a psát, by funkční obraz motorické části mozkové kůry vypadal jinak než u novorozence. I zde by zabírala velkou část plochy oblast úst a rtů, jež je aktivována řečí a náleží k ní i jazyk, jehož aktivace se řečí velice zvětšila. Další velká barevná skvrna by se objevila v oblasti, která aktivuje palce. Palec se podílejí téměř na všech pohybech ruky, jmenovitě na psaní. Aktivační oblast palců by byla větší než u ostatních prstů. U praváků by byla největší oblast připadající pravému palci (Feldenkrais, 1996). S předškolním věkem je vývojově spojen také egocentrismus, potvrzení vlastní významnosti, a vytváření sebepojetí a sebehodnocení a tedy i tělesného schématu. V tomto období má tělesné schéma převážně vizuální charakter, jsou preferovány znaky důležité subjektivně na základě potvrzení zprostředkované důležitou osobou. Je třeba si přiznat, že nejsme nic hotového, jsme to, co tradice okolního světa v nás otevírá a toto otevírání patří bytostně k vnímání (Merleau-Ponty, 1966).

S vývojem lidského jedince a prohlubováním individuace se mění i obraz motorické části mozkové kůry. Kdybychom po několik let sledovali uvedený obraz u

většího počtu lidí, zjistili bychom, že se u každého jednotlivce mění zcela specifickým způsobem. U toho, kdo neumí psát, jsou barevné skvrny, zobrazující oblasti palců, malé. Kdo hraje na nějaký hudební nástroj, má v mozkové kůře větší barevná políčka v oblasti inervující prsty. Kdo se zabývá zpěvem nebo mluví cizími jazyky, má zvětšenou oblast, která inervuje ústa, jazyk a svaly podílející se na dýchání (Feldenkrais, 1996). Hogenová (Hogenová, 2009) však říká, že tělo nekončí Somatem, jak si myslí lékaři, tělo tělesní otevíráním z vnějšku. Jsou to stromy, lidé, zvířata, nebe kolem nás a nad námi, co nás otevírá a zakládá naše vnímání. Umwelt, pokračuje dál Hogenová (Hogenová, 2009), patří k tělu ve smyslu Pexis. K Soma a Sarx nepatří Umwelt, to jsou předměty a jsou dány představami, Pexis je jiné tělo, je nepředmětné a nepředstavové. Pexis je dáno stejně jako je dána voda rybě. O vodě ví ryba jen tehdy, je-li na suchu, jinak si vody ani nevšimne, není otevřena pro toto vnímání, a stejné je to s námi. Syntéza času a prostoru je tvořena v tělesném schématu vždy nově, můžeme říci, vždy se znovu originálně rodí. Proto pohybová zkušenost našeho těla není žádným poznáním, ale naopak poznání umožňuje, protože nám otvírá přístup ke světu a předmětům.

Schopnost vnímat své tělo v prostoru je dalším důležitým stupněm ve vývoji jedince. Vnímání jako neustálé slyšení zvuků, pociťování dotyků, je plné vůní, je plné reflexí plovoucího charakteru, toto vše je vnímáno jako jediná jednoduchost (Hogenová, 2009). Zařazení těla do časoprostorového kontextu tělesného schématu je důležité pro volní pohyb. Nutnost tohoto časoprostorového zakotvení je znatelná u motorických poruch centrálního původu, kde je nedostatečná. U dětí s centrálním postižením nejde jen o vycvičování svalů. K tomu, aby postižené dítě mohlo dosáhnout potřebné motorické funkce – úchop, lokomoci apod., musí mít schopnost vnímat prostor. Vychází se z toho, že dotykové vjemy spolu s vjemy ze svalů jsou branou informací, kterými si vytváříme prostorovou představu o svém těle (IUPS, 2001).

Vnímání se týká způsobu, jakým si vytváříme náš svět z nekonečné řady dostupných podmětů. Význam informace vizuální a zvukové je zřejmý. Avšak vliv proprioceptivních a kinestetických smyslů na vnímání není v současné teorii vnímání dostatečně zdůrazňován. Základní význam kinestezie v percepci byl popsán na základě teorií strukturalismu – Titchner (Cooper et al., 2009).

Položíme-li se na záda a snažíme-li se systematicky uvědomovat si své tělo a naslouchat mu, tj. obracet svou pozornost ke všem jeho částem, pak zjistíme, že některá místa si uvědomujeme snadněji, zatímco jiná jako by zůstávala mimo dosah naší pozornosti (Feldenkrais, 1996). Samozřejmě, že pocity jednotlivých lidí se od sebe navzájem liší, neboli závisí na obrazu Já, který si vytvořili. Nejlépe si uvědomujeme ty části těla, které v každodenním životě nejvíce užíváme (Feldenkrais, 1996). Je známo, že základním pojmem vnímání je počitek. Počitek je punktuální náraz, ale také způsob, jakým nás tento náraz afikuje. Vidím, či slyším předmět jedině, když se mi vyrýsuje na pozadí. Máme zde dvě pozadí, či horizonty. Jeden je vnitřní - tělesné schéma, druhý je vnější - pozadí toho, co je vnímáno. Obě pozadí jsou nesmírně důležitá. Kdyby jich nebylo, nevnímáme a neporozumíme (Hogenová, 2009).

Pope (1978) prokázal, že posturální změny mají vliv na individuální výpovědi o vnímání vnějšího i vnitřního prostředí. Jinými slovy zaměření pozornosti je ovlivněno postojem těla. U psychicky postižených osob je psychopatologie pozorovatelná v jejich představě o vlastním těle související s používáním pohybu v rozsahu částí, nebo celku těla a využíváním prostoru. (Hátlová, 2003).

Tělesné schéma je tedy pozadím, z něhož se nám ukazuje přítomnost, ale ta se dá prožívat jen a jen v pohybové figuře, která je nesena a realizována naším tělem, které je současně prolno duševními obsahy. Tělesné schéma umožňuje propojení motoriky a myšlení v současnosti, nikoli v sukcesivitě (Hogenová, 2009).

2.3.1 Tělesná stavba

Rozdíly tělesné stavby a jejich možný vztah s psychickou stránkou nastínil již Kretschmer (1888 - 1964), poukázal na rozdíly ve stavbě těla, které jsou typické pro různá psychická onemocnění. Na základě antropometrických vyšetření rozlišil tři typy tělesné stavby: pyknickou, leptosomní, atletickou. Sheldon a další následovníci ověřovali pravděpodobnost vztahu mezi tělesnou konstitucí a psychickým onemocněním. Vyšetřili více než 8 000 psychicky nemocných. Nejvýrazněji se projevil vztah mezi maniodepresivitou a pyknickou konstitucí (64,6 %), schizofrenií a leptosomní tělesnou konstitucí (50 %).

Důležitost tělesného vzhledu a tělesné přitažlivosti je pro člověka charakteristická. V každém fylogenetickém období či sociokulturním prostředí však měla a má jiný význam, je jiným znakem. Jedná se o význam sexuální přitažlivosti, schopnosti plodit a dovést do dospělosti potomstvo, sociální postavení, charakterové vlastnosti atd. Tělesný vzhled má významný vliv pro jeho přijetí ostatními lidmi, danou sociální skupinou. Je ukazatelem, který je podstatný při prvním kontaktu druhými lidmi. Fialová (Fialová, 2001) píše, že evoluční teorie potvrzují, že vývoj tvaru těla v ontogenezi jedince je především závislý na požadavcích, které jsou v určitá období na tělo kladeny. A proto je vzhled těla pro určitá životní období charakteristický. Ke změnám dochází vlivem vnějších tlaků. Změny takto vyvolané jsou odchylkou od normy a nejsou pro harmonický vývoj jedince pozitivní.

Existují rozdíly v hodnocení své postavy ženami a muži. U žen, které jsou kritičtější, jsou významnou proměnou hormonální změny ve vztahu k ontogenetickému vývoji i cyklickým měsíčním změnám hormonální hladiny. Představa ideální postavy, prezentovaná v médiích v posledních třech desetiletích, postupně zeštíhlela (Wiseman et al., 1992), zatímco ženy ztloustly. Není překvapující, že si ženy více uvědomují svoji obezitu než muži a tudíž drží více diety, ač jejich diety zřídka fungují delší dobu (Brownell, 1982). Omezující jídelní praktiky mají právě na svědomí poruchy příjmu potravy tedy mentální anorexii a bulimii (Polivy, Herman, 1985, Striegel-Moore et al., 1986), které se stávají stále běžnějšími mezi ženami než mezi muži. Rodin (Rodin et al., 1985) dokazuje, že tyto poruchy příjmu potravy jsou spojeny s ženskou „přirozenou“ starostí o vlastní hmotnost. Do jaké míry je starost přizpůsobit se ideálu závislá na věku či postavení ženy, zkoumala studie z Jižní Austrálie (Stevens, Tiggemann, 1998). Byla zjištěna relativní stabilita faktoru nespokojenosti s vlastním tělem v celém vzorku žen, nezávisle na materiálním zabezpečení, stupni vzdělání anebo pracovním zařazení. Avšak ideál postavy mladších žen byl výrazně odlišný od udávaného reálného stavu na rozdíl od hodnocení atraktivity postavy u starších žen. Důvodem mohlo být, že hodnocení ideální postavy starších žen poukazuje na to, že již není jejich hlavním cílem být atraktivní pro muže, což však nekoresponduje s nerozdílnými hodnotami mezi výsledky vdaných a svobodných žen. Dalším možným vysvětlením je přizpůsobení se starších žen fyzickému ideálu o větší hmotnosti, jako důsledek rezignace nad nedosažením jejich dřívějšího, mladšího, ideálu, tedy přijetí pro sebe reálného ideálu.

Mimoto mají větší množství zkušeností (Fallon, Rozin, 1985, Rozin, Fallon, 1988, Huon et al., 1990 a Cohn, Adler, 1992) na základě nichž zjistily, že muži dávají spíše přednost ženské postavě, která je mnohdy rozměrnější než ženská představa atraktivní či ideální postavy. Ač hodnocení atraktivní postavy u starších žen bývá stále ovlivněno kulturní normou, hodnocení jejich ideální postavy je determinováno jejich zjištěním, že muži každého věku mají svůj, mnohdy velmi rozdílný, vkus.

Tabulka č. 1: Standardní index BMI pro ženy, převzato z práce Jacalyna (Jacalyn et al., 2001).

věk	BMI	Klasifikace
5-7	14-21	akceptovatelné
12-13	15-23	akceptovatelné
14-17	17-24	akceptovatelné
>18	<20	podváha
	20-25	akceptovatelné
	25-30	zvýšená hmotnost
	>30	nadváha, obezita

2.3.2 Sebepoškozování

Sebepoškozování je jevem hojně se vyskytujícím zvláště u pacientů s mentální anorexií.

Sebepoškozování je definováno jako chování, které zahrnuje úmyslné poškozování vlastního těla, bez záměru zemřít, jako výsledek dotyčného chování. (Simeon, Hollander, 2001). Některé sebepoškozující chování může být přímé, například řezání kůže a kousání nehtů, jiné může být nepřímé jako alkoholismus, kouření silných cigaret (Favazza, 1996).

Sebepoškozující chování má specifický vztah s onemocněním Porucha příjmu potravy. U mentální bulimie se impulzivní i kompulzivní sebepoškozující chování v porovnání k normální populaci vyskytuje mnohem častěji. U mentální anorexie frekvence sebepoškozujícího chování je u klinické populace a normální populace více méně podobná. Studie Fairburna (Fairburn et al., 1996) nezjistila rozdíl v množství sebepoškozování u pacientů s mentální bulimií v klinické péči a v komunitní péči. Sebepoškozující chování, které se nejčastěji vyskytuje u poruch příjmu potravy, je

řezání kůže, sebezraňování sebeotloukáním, štípání do kůže, okusování nehtů, trhání vlasů a suicidální tendence (Favaro et al., 2004).

2.3.3 Somatické komplikace u Poruchy příjmu potravy

Vzhledem k tomu, že pacienti s poruchami příjmu potravy, zvláště s mentální anorexií, mají tendenci popírat vlastní onemocnění a z toho vyplývající fyzická poškození, akutní somatické komplikace jsou často důvodem, že poprvé podstoupí léčbu. I přesto, že diagnóza může být zřejmá, doporučuje se při diagnostice pacienta přesný záznam jeho fyzického stavu. Podobné posouzení fyzického stavu pacienta a historie snižování nebo výkyvů hmotnosti je důležitá pro diferenciální diagnostiku poruch příjmu potravy a somatických onemocnění jako je například nádor, tuberkulóza, diabetes melitus, zánět cév atd. Jelikož se onemocnění Porucha příjmu potravy stále v nejvyšší míře vyskytuje u mladých dívek, pacientky vyššího věku a nebo muži mohou být snadno chybně diagnostikováni. Zvláště u mužů Porucha příjmu potravy nemusí být rozpoznatelná, dokud se neprojeví somatické změny. Podrobné zdravotní vyšetření přináší i důležité informace týkající se změny nutričního stavu pacienta a také všech existujících komplikací vycházejících z epizod přejídání a zvracení. Tyto informace mohou výrazně pomoci při volbě formy a typu terapie. (Papežová et al., 2006)

Somatické komplikace u poruch příjmu potravy jsou velmi závažné a podepisují se i na zvýšené mortalitě pacientek. Například u pacientek s mentální anorexií je to srdeční zástava. S výrazným váhovým úbytkem či výraznými výkyvy váhy je spojeno mnoho rizik, za základní vyšetření somatického stavu považuje Papežová (Papežová et al., 2006) tato: kompletní krevní obraz, biochemické vyšetření (ionty, urea, kreatin), thyreoidální funkce, vyšetření moči. U výrazné malnutrice a závažných forem doporučuje Papežová (Papežová et al., 2006) dále: biochemické vyšetření (P, Ca, Mg, CB, cholesterol), jaterní testy, EKG, případně speciální vyšetření na osteopenii a osteoporózu, densitometrii, hladinu estradiolu, testosteronu. I v průběhu terapie je však stále nutné sledovat fyzický stav pacienta. Dále je třeba v pravidelných intervalech sledovat váhu pacienta, jeho krevní tlak, příjem a výdej tekutin, monitorovat otoky, moč, stav minerálů a elektrolytů v těle.

Zipfel (Zipfel et al., 2005) připomíná, že u pacientů s poruchou příjmu potravy brát v úvahu tyto zdravotní komplikace a jejich terapii:

- těžké biochemické poruchy - ty by měly být vždy konzultovány s lékařem;
- ústní realimentace je považována za vhodnější než intravenózní, rychlejší realimentace;
- kardiovaskulární vyšetření a EKG by mělo být provedeno u všech pacientů s mentální anorexií. U pacientů s mentální bulimií by měly být sledovány elektrolytové abnormality;
- u pacientů s mentální anorexií, kteří užívají léky na prodloužení intervalu mezi systolou a diastolou, je vhodné tyto léky, pokud je to možné, snížit či vysadit;
- u pacientů s chronickým průběhem nemoci, je vysoké riziko osteoporózy;
- v současné době je považována za nejvhodnější terapii osteoporózy realimentace na úroveň normální tělesné hmotnosti a přirozené obnovení menstruačního cyklu;
- strukturální změny v mozku u pacientů s mentální anorexií mohou mít charakter vratných i nevratných změn;
- nejčastější hematologické abnormality u pacientů s mentální anorexií jsou leukopenie a sideropenická anémie;
- pacienti s poruchou příjmu potravy s komorbiditou jako je například diabetes melitus, mají vyšší riziko zdravotních komplikací, a proto je nutné, aby byl jejich stav konzultován s lékařem nebo specialistou;
- obézní pacienti s poruchou příjmu potravy jsou vystaveni řadě zdravotních komplikací, proto je nutné při jejich terapii pracovat v interdisciplinárním týmu.

Pokud nahlédneme zdravotní komplikace odděleně, lze je rozdělit do několika skupin. První skupina zdravotních komplikací pacientů s poruchou příjmu potravy by se dala specifikovat jako oblast v přímém vztahu s výrazným **váhovým úbytkem** nebo častými výraznými výkyvy tělesné hmotnosti. Tyto skutečnosti se projevují zácpou, citlivostí na chlad, zvýšenou únavností, oslabením krevního oběhu a osteoporózou. Riziková může být také rychlá realimentace, o které je pojednáno v kapitole terapie. Nejrizikovějším důsledkem snahy o snížení tělesné hmotnosti při užívání laxativ, diuretik a zvracení je riziko srdeční arytmie. Další z nebezpečných ač

často užívaných způsobů snížení tělesné hmotnosti je svévolná manipulace s inzulinem. Pro děti je riziko snížení tělesné hmotnosti spatřováno především v důsledcích dehydratace, zastavení růstu (a to i například u chlapců při snaze nepřirozeného navýšení svalové hmoty), zastavení puberty a zastavení rozvoje kostí.

Druhou rizikovou oblastí jsou **kardiovaskulární komplikace**. Ty vznikají na základě narušení elektrolytové rovnováhy či chronického snížení tekutin. Narušení elektrolytové rovnováhy je důsledkem zneužívání diuretik, laxativ anebo zvracení. Nejzávažnějším důsledkem narušení elektrolytové rovnováhy je riziko náhlého úmrtí vyvolaného srdečními arytmiemi. Dále byly u poruch příjmu potravy diagnostikovány poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory; sinusová bradykardie, a další změny na elektrokardiogramu (EKG). Na základě chronického snížení tekutin dochází k hypotenzi, jejímž důsledkem mohou být závratě i náhlá ztráta vědomí.

Následující výraznou skupinou jsou **renální komplikace**. Ty vznikají na základě poruchy elektrolytové rovnováhy, rychlé realimentace, dehydratace a předávkování či nadužívání projímadel a diuretik. Na základě rychlé realimentace, ale také zvracení či vyčerpání tělesných zásob, dochází k hypofosfatemii. Projevem jsou generalizované křeče. Dehydratace způsobuje snížení množství vylučování urei a v kombinaci s projímadly či diuretiky může být příčinou močových kamenů. Předávkování projímadly, které je časté u mentální bulimie, způsobuje v nejmírnější formě otoky. Životu nebezpečný však může být důsledek ve formě hypovolemického šoku, ledvinového infarktu či kardiovaskulárního selhání. Také chronické renální selhání může být způsobeno chronickým nadužíváním diuretik a projímadel.

Gastrointestinální komplikace jsou zvláště časté u pacientů s mentální bulimií. Dochází u nich k benignímu zduření parotických slinných žláz i erozi zubní skloviny, zuboviny. Na základě častého zvracení a zvýšeného množství žaludečních šťáv může docházet k zánětům jícnu, jícnovým erozím a vředům. Zvláště problematika mentální bulimie je spojena se záchvaty přejídání, kdy dochází ke konzumaci velkého množství jídla. Konzumace velkého množství jídla v krátkém časovém okamžiku může vzácně způsobit i perforaci žaludku. Dalšími gastrointestinálními komplikacemi spojenými s poruchou příjmu potravy je zhoršená motilita tenkého střeva a komplikace v oblasti tlustého střeva jako jsou zácpy a

průjmy. Z dalších komplikací v této oblasti lze jmenovat, snížení hladiny sérových bílkovin, zvýšení hladiny lipidů a hypoglykémii.

Ve spojení s rizikem pohybu a sportu u onemocnění porucha příjmu potravy jsou nejčastěji zmiňovány **kosterní komplikace**, tedy osteoporóza. Jedná se o riziko patologických zlomenin či stresových zlomenin. Při podávání estrogenů nebyl však dosud jednoznačně potvrzen jejich vliv na snížení úbytku kostní tkáně. Pozitivní vliv byl prokázán u přiměřeného cvičení majícího ochranný vliv na kostní denzitu. Na základě přiměřeného cvičení dochází ke snížení metabolického obratu kostní tkáně a zvyšuje se tvorba kostí, což má pozitivní vliv na zdraví pacienta. Kosterní komplikace zvláště vystupují do popředí v dětském věku, kdy dochází ke zpomalení vyhrávání kostí a k zastavení růstu.

Endokrinní komplikace se obvykle viditelně projevují ztrátou či nenastoupením menstruace, tedy amenoreou. Dochází k ní zpravidla při snížení optimální tělesné hmotnosti o 15%. U poruch příjmu potravy je detekován hypogonadismus s nízkými bazálními hladinami LH (luteinizační hormon) a FSH (folikuly stimulující hormon), nízká hladina estrogenů, infertilita, nízká hladina testosteronu u mužů, zvýšená hladina kortizolu v plazmě, nižší hladina tyroxinu a volného trijodthyroninu. Nebyl dosud jednoznačně potvrzen pozitivní efekt podávání hormonů, avšak při obnovení obvyklé tělesné hmotnosti bylo zjištěno, že dochází k samovolné obnově menstruačního cyklu a i ostatní hormonální hladiny se samovolně navrací k obvyklým hodnotám.

Do oblasti **hematologických komplikací** patří změny krevního obrazu a kostní dřeně, jakými jsou například normochromní normocytární anémie, snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie a trombocytopenie.

Neurologické komplikace jsou především následkem zneužívání laxativ, diuretik a zvracení, v jejichž důsledku dochází k poruše elektrolytové rovnováhy, která má za následek generalizované tonicko-klonické křeče, akutní zmatenost, bolesti hlavy, dvojité vidění, tetanii, svalovou slabost, poruchy hybnosti, hluboké šlachové reflexy, přechodné neurologické příznaky podobné ischemii mozku, abnormální záznam EEG či ztrátu vědomí při absenci ortostatické hypotenze.

Metabolické komplikace se řadí ke komplikacím, které přetrvávají velmi dlouho. Jedná se o snížení regulace tělesné hmotnosti, ke kterému dochází následkem

narušení hypofýzy. Narušený metabolismus glukózy vykazuje hodnoty svědčící pro diabetes, proto s ním může být zaměněn. Narušený metabolismus kalcia má za následek zvýšený výdej moči, snížení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce. Zpomalení bazálního metabolismu má efekt na zvýšení hladiny cholesterolu v krvi. Do oblasti metabolických komplikací jsou přiřazovány také poruchy spánku, kterými většina pacientů trpí.

Dermatologické komplikace jsou na první pohled rozpoznatelné a výrazně se odlišují od touhy po dokonalé kráse vyskytující se u Poruchy příjmu potravy. Pacienti se vyznačují tenkou, šupinatou a suchou kůží, často pokrytou lanugem, jemným ochlupením. Vyskytují se kožní vyrážky, způsobené nadužíváním projímadel a diuretik, hyperkeratonemie, purpura a vypadávání vlasů.

Na závěr by bylo možné shrnout hlavní somatická rizika onemocnění poruch příjmu potravy do čtyř oblastí:

1. Vliv podvýživy na kardiovaskulární a renální systém mající za následek ventrikulární arytmií, srdeční selhání a náhlou smrt;
2. Rychlý úbytek kostní hmoty;
3. Narušení elektrolytové rovnováhy, zvláště její důsledek ve formě kardiovaskulárního selhání;
4. Snížení kvality života v důsledku zvýšené citlivosti zubů, nevolnosti, časté zácpy a jícnových erozí.

2.3.4 Tělo, pohyb, psychosomatika v historii

Tělesná struktura a její vztah k osobnosti je již dlouho objektem výzkumu (Brähler, 1988). Problém působení lidské psychiky na tělo, jeho orgány a jeho funkce dal mimo jiné i vznik psychosomatické medicíny, zabývající se vlivem stresu vyvolaných emocí na tělesné zdraví. Jedna z teorie psychosomatických vztahů, kortikoviscerální teorie, vychází z faktu, že vše, co se děje v tělních útrebách, má svou neurofyzilogickou reprezentaci v mozkové kůře a tzv. vyšší nervová činnost funkčně souvisí s neurovegetativními procesy, a tak i s ději v tělesných orgánech a jejich tkáních. Úzká souvislost emocí a neurovegetativních procesů je dokladem toho, že určité negativní emoce (zejména strach a smutek) mohou prostřednictvím těchto procesů způsobovat patologické změny v orgánech a tkáních těla. (Nakonečný, 1998)

Historický vývoj stěžejních výzkumů a náhledů týkající se těla zpracovala dosud nejpodrobněji Hátlová (Hátlová, 2002, Hátlová et al., 2003). Ve stručnosti je zde její přehled, mírně doplněný, předestřen:

Descartes (1596 –1650) oddělil tělo a duši. Psychické procesy byly vnímány jako projevy CNS, psychika jako jedna z funkcí tělesnosti.

Wiliam James (1890) rozlišil ve svých „Principles of Psychology“ (Harter, 1996), dva základní aspekty „I self“ jako subjekt, který vykazuje vědomí jedinečnosti osobních zkušeností vedoucí k odlišení jedince od ostatních. „Me-self“ je souhrnem všeho, co člověk považuje za sebe. „Me-self“ má rovnocenné části – konstituenty: materiální, sociální a duchovní. Vnímání vlastního těla zařadil James do materiálního self, které je základnou hierarchické struktury.

S. Freud (1905) a jeho teorie konverze, tedy přeměny psychického konfliktu v tělesný symptom, která se projevuje u hysterií (konverzní hysterie) např. hysterickou obrnou.

Schilder (Schilder, 1950) mluví o rozvíjení vnitřního konceptu těla. Prostřednictvím pocíťování vnímáme části svého těla, možnosti pohybu v prostoru a čase. Tělo je vnímáno jako funkční celek. Při pohybu přijímá jedinec kinestetické, rytmické a sociální podněty a reaguje na ně. Pohyb a emoce jsou vzájemně neoddelitelné. Změna v sebepochopení a v sebepojetí může nastat pouze tehdy, když s biologickou a emocionální stránkou pracujeme současně.

Piaget (Piaget, 1952) prezentuje názor, že pohybové vzorce, většinou založené na časných raných preverbálních zkušenostech, jsou nástrojem k vyrovnávání se s životními změnami. Pokud změním pohyb těla, můžeme očekávat odpovídající změnu v psychice. Za cestu k sobě samému pokládá Piaget pochopení vlastního „Já“ jeho integrovanosti, hranic a vymezení vůči prostředí.

Gendlin je přesvědčen, že změnu v chování těla lze podpořit nově naučeným pohybem. Pohybová forma však sama o sobě nestačí, je nutné ji spojit s prožitkovou rovinou. Změna musí proběhnout na pocitové úrovni. (Gendlin, 1962) K zachycení prožívaného významu slouží „tělesně zakotvené prožívání“. Kotvení je proces, který vztahuje něco neznámého a rušivého do našeho systému kategorií. Znamená klasifikaci a pojmenování určité skutečnosti, která se tak pro nás stane méně

ohrožující a dokážeme s ní lépe manipulovat. Tělesně zakotvené prožívání znamená pouhé spočívání mysli v tělesně ukotveném pocitu, který je nositelem prožívaného významu (Moscovici, 1984).

Ponti (1968) považuje tělesné schéma za nejhlubší zaměřenost, intenci, která je základem veškerého tělesného pohybu ve spolubytí, koexistenci, jedince se světem. Vnímání a pohyb tvoří celek.

Sandle (1975) se domnívá, že preverbální pocitová a symbolická podstata pohybu umožňuje jedinci identifikovat, prozkoumat a vyjádřit své pocity. Spontaneita pohybu dává prostor pro svobodné vyjádření. Dosažení fyzické a psychické integrace umožní jedinci vnímat okolí včetně meziosobních vztahů.

Feldenkrais (Feldenkrais, 1978) vychází ve svých závěrech z přesvědčení, že člověk jedná v souladu s obrazem, který si o sobě vytvořil. Obraz „Já“ se neustále vyvíjí v souvislosti s jednáním a zároveň je nutné se přizpůsobovat tomuto měnícímu se obrazu. Nepřizpůsobení se, znamená nepružnost a schematičnost v jednání. Má-li člověk změnit své chování, musí změnit svůj obraz o sobě. Změna dynamiky jednání je totožná se změnou našeho „Já“. Přináší s sebou pohybové změny a aktivuje všechny části těla. Metodou korekce „Já“ je zkvalitňován pohyb.

Moscovici (Moscovici, 1984) je přesvědčen, že k zachycení prožívaného významu slouží „tělesně zakotvené prožívání“. Kotvení je proces, který vtahuje něco neznámého a rušivého do našeho systému kategorií. Znamená klasifikaci a pojmenování určité skutečnosti, která se tak pro nás stane méně ohrožující a dokážeme s ní lépe manipulovat. Tělesně zakotvené prožívání znamená pouhé spočívání mysli v tělesně ukotveném pocitu, který je nositelem prožívaného významu.

Burns (1985) poukazuje na to, že percepční schopnosti i interakce, potřebné k vytvoření obrazu o sobě, jsou přítomny v rudimentární podobě od narození. K sebeuvědomování a obrazu o sobě dochází postupně. Jako první vzniká na podkladě vlastních zkušeností spojených s pohybem ve věku 18 – 30 měsíců obraz vlastního těla. Ten je prvním stupněm při vytváření vědomí vlastní identity. Rozvíjí se dále v sociálních kontaktech, zejména při projevování oceňování a úcty vůči dítěti ze strany blízkých osob, zejména rodičů.

Fox a Corbin (Fox, Corbin, 1989) nacházejí nejužší vztah v rámci tělesného sebezpojetí mezi celkovou sebeúctou a vnímaným vzhledem. Změna sebeúcty dle jejich názoru však není automatická, nastává u některých lidí a u některých pohybových programů.

Steiner (Steiner, 1993) upozorňuje na celistvost vnímání a prožívání dítěte v předškolním věku. Dítě v tomto věku prožívá veškeré vjemy nediferencovaně, s odezvou v celém těle. Dítě reflektuje to, co vnímá celkově, každé podráždění se obráží v reakci celého těla, prožitek situace proniká do základů bytí a má vliv na veškeré prožívání v pozdějším věku.

Hájek (Hájek, 2002) rozvíjí Gendlinovu koncepci. Za předmět zkoumání zvolil procesy mysli a těla. Duševní jevy (myšlenky, představy) jsou specifické tím, že v sobě nesou na sobě nezávislé významy. Domnívá se, že prožívání, které odpovídá svým významem tělesným pocitům, je podmínkou pro porozumění smyslu konkrétních životních situací. Účelem je popsat jednotlivé procesy na úrovni těla a mysli a poukázat na souvislosti těchto jevů se změnou osobnosti.

Hátlová (Hátlová, 2003b) předpokládá, že změny navozené vědomým pohybem mají bezprostřední vliv na psychické funkce. Pohybový systém funguje jako celek. Vliv CNS, stejně jako vliv psychiky na motoriku, je zásadní. Pohyb je závislý stejně na vnitřních a vnějších senzoryckých podnětech. Jednou ze základních myšlenek je, že pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody. Kdy motivace je proces, který pohybové chování vyvolává a směřuje ho k určitému cíli, určuje intenzitu pohybové činnosti a její charakter. Chceme-li pozměnit charakteristické pohybové chování, je nutno vytvořit nové programy pro pohybové chování, uložit je do paměti učení a přiřadit jim vysoký stupeň priority. K pohybové fixaci učení je zapotřebí spolupráce oblastí kortikálních, racionálních a oblastí kortikosubkortikálních, emocionálních i oblasti limbického systému. Aktivně prováděné změny v pohybu těla mohou vyvolat odpovídající změny v psychice. Na základě změny prožívání jsou vyvíjeny nové způsoby jednání. Poznání o vlastním prožívání dává možnost cílevědomému jednání, k aktivnímu vytváření vlastního světa.

Vašina (Vašina, 1999) je tvůrcem psychoterapie pracující s tělem, sanoterapie. V popředí zájmu sanoterapie je vztah člověka k sobě, vztah mysli a těla. Tělo považuje sanoterapie za prostředek, který umožňuje propracovat vztah, je vždy přítomno,

zakotveno v realitě světa. Na rozdíl od myšlenky, která sama o sobě toto zakotvení nemá, je nezávislá na času a prostoru. Právě zakotvenost mysli v těle dává člověku možnost k pochopení smysluplnosti světa a smyslu vlastní existence v něm. To, co vnímáme a prožíváme jako vlastní identitu, je výsledek vzájemně reagujících relativně stabilních emocionálních a kognitivních substruktur dynamického systému osobnosti.

2.3.5 Pojmosloví se somatem související

V oblasti lékařství a psychoterapie jsou četné subjektivní aspekty lidské bytosti zkoumány prostřednictvím těla. Dle náhledu jednotlivého autora a jeho teoretické základny byly vytvořeny pojmy, které se mnohdy částečně či zcela prolínají. Jsou to obraz těla (body image), tělesné schéma (body schema), tělesné self (body self), tělesný self-obraz (body self-image), koncepce těla (body concept), tělové ego (body ego), tělesné vnímání (body perception), poloha(y) těla (body position), tělesné příznaky (bodily symptoms), tělové stesky (body complaints), tělová zkušenost (body experience), tělesné poruchy (body disorders), obraz těla (body picture) a tělesná koordinace (body co-ordination) (Brähler, 1988). Dalšími užívanými termíny jsou tělesná vnímavost (body percept), hodnocení vlastního těla (body-esteem), fyzické self (physical self), které se blíží k emočnímu self a je částí total self a klíčem k pochopení celého self, tělesné sebepojetí (self-concept).

Ve vztahu s komunikativním aspektem těla je zmiňován tělesný kontakt (body contact), tělesný postoj (body posture), tělesný tvar (body shape), tělová exprese (body expression), řeč těla (body language), tělové zaměření (body orientations) (Brähler, 1988).

Nejčastěji jsou užívány dva pojmy tělesné sebepojetí a body image. V problematice poruch příjmu potravy jasně dominuje pojem body image, o kterém bude více pojednáno v následující kapitole.

Tělesné sebepojetí je součástí struktury celkového sebepojetí (self concept), je strukturou vědomé sebereflexe s obsahem dosaženého poznání uloženým v paměti. Pro tělesné sebepojetí v rámci vnímání self se významněji představují teorie Jamese a Foxe. James, představitel funkcionalismu, rozlišil dva základní aspekty „I self“ a „Me-self“. A Fox společně s Corbim se zabývali strukturou tělesného pojetí a jejich

výzkumy jsou ze sportovní oblasti. Nacházejí nejužší vztah v rámci tělesného sebepojetí mezi celkovou sebeúctou a vnímaným vzhledem. (Hátlová, et al., 2003).

Definice tělesného obrazu (body image) je spojována s mentální reprezentací představy vlastního těla, jeho velikosti, vnějšího vzhledu a to jak jeho částí tak i ve smyslu celku.

Je ještě nutné zmínit definici tělesného schématu a to z důvodu, že je mnohdy pod vlivem behavioristických přístupů vnímáno rovnítko mezi pojmem tělesné schéma a tělesný obraz. Pojmem tělesné schéma je definován jako prožitek tělesného Já (Hátlová, et al., 2003).

2.3.6 Tělesný obraz, sebeúcta, „Body Image, Self-seteem“

Tělesný obraz, v angličtině označovaný jako „Body Image“, definuje Schilder (Schilder, 1953) jako obraz vlastního těla, který vytváříme v naší mysli. Bruchová (Bruch, 1973) definuje body image jako plastický koncept, který je vytvářen na základě veškerých senzorických a psychických zkušeností a je neustále integrován do centrálního nervového systému. Základem je koncept gešaltu, který spatřuje život a osobu jako celek. Fialová (Fialová, 2006) chápe tělesné pojetí (body image) jako vytváření vlastního obrazu o svém těle a postoje k němu. Zahrnuje v sobě postoje okolí i vlastní uvědomění si těla a jeho hodnocení. Toto tělesné sebepojetí je součástí celkového sebepojetí. Každý člověk má o sobě řadu představ – o svých vlastnostech, schopnostech, chování apod., ke kterým zaujímá určitá hodnotící stanoviska, podle kterých následně jedná. Tělesné sebepojetí, pokračuje dále Fialová (Fialová, 2006), má souvislost s prožíváním těla, které je subjektivní, těžko změřitelné. Tělo hraje v rámci celkového sebepojetí velmi důležitou roli. Především představy o výšce, hmotnosti, stavbě těla, obličeji, vlasech, očích, hlasu a jejich oceňování mají význam pro přijímání či odmítání vlastního těla, ztotožnění se s ním, či odcizení se tělu. Tyto představy jsou ovlivňovány ideálem krásy, který je uznáván v dané společnosti v daném čase.

Jestliže člověk přestane vnímat své vlastní tělo, jak uvádí Fialová (Fialová, 2006), když nenávidí své rozměry a svou hmotnost, má potom problémy uvěřit tomu, že jiní lidé ho akceptovat mohou. Není si jistý svým místem ve společnosti, tím, jak ho ostatní přijímají, přestává si věřit a může to vést až k izolaci od okolí. Nejčastější

psychická onemocnění u žen vznikají na základě identifikace s ženskou rolí. Společnost očekává od ženy plnění určitých rolí (mateřských, mileneckých, manželských apod.), ale i určité chování (péči o rodinu, manžela, domácnost atd.) i starost o pěkný vzhled (štíhlé tělo, upravené vlasy atd.). Některé společenské požadavky ženy vlastně poškozují, nutí je být krásné a štíhlé, nenabízí jim dostatek příležitostí), ženy mají vyšší nezaměstnanost, dvojí zatížení (zaměstnání a domácnost). Mnohé ženské role si protirečí, a přesto očekáváme, že žena bude současně atraktivní a svůdná, ale i věrná, především manželka a matka, ale také „kouzelnice“ v milostném vztahu i v zaměstnání, žensky bezbranná a současně zdatná a výkonná.

Tělové schéma se vytváří dlouho. Důležitým mezníkem je doba dospívání, kdy se tělo zjevně mění a nabývá formy, která má trvalejší charakter. Charakter změny postavy, k níž v souvislosti s dospíváním dochází, i postoj k vlastnímu zevnějšku, se u obou pohlaví liší. U chlapců je důležitější růst postavy a rozvoj svalstva. Celý život si muži velmi často při udávání své výšky 2-3 cm přidávají. U dospívajících dívek se postava mění výrazněji než u chlapců. Výraznější změny jsou zvláště v oblasti hrudníku a boků, zvyšuje se množství podkožního tuku. U dívek se zvláště projevuje daný sociokulturní stereotyp zdůrazňující význam ženské krásy té dané skupiny či oblasti. Paradoxní je, že zatímco průměrné dívky jsou čím dál větší a víc váží, ideál krásy je čím dál štíhlejší. Přitom v adolescenci se mění ženská postava spíše opačným směrem, než je vzhledem k mediálně prezentovanému ideálu subjektivně žádoucí.

Ideál krásy, doplněný ideálním oblečením specifickým pro dané období a danou sociokulturní oblast, se v průběhu času mění. S ranými kulturami Mezopotánie je spojeno splývavé oblečení, ukrývající tělesné proporce, s důležitými doplňky jako úpravou vlasů a líčením. V Egyptě 1400 př. n. l. byl kladen důraz především na čistotu. Ve středověku bylo oblečení jasně určeno společenským statutem a čas velkých hostin byl střídán obdobím církví podmíněného půstu. Obezita již zde byla považována za znak nemoci či u duchovních počestnosti. V 17. století byli obézní lidé uznáváni až jako bohatí, kteří si mohli dovolit dostatek jídla. Na přelomu 19. a 20. století se začala vymezovat ideální váha, podle níž byly uzavírány pojistky. A to s ohledem na informace, že lidé s nadváhou umírají dříve. Na počátku dvacátého století si zkracují ženy pod vlivem módy své vlasy do stříhů podobných chlapcům a

snaží se docílit mužské postavy tím, že si stahují prsa a nosí rovné šaty, které skrývají pas. V padesátých letech se ale opět do módy vrací plné ženské tvary zvláště v oblasti prsou a boků. V šedesátých letech se objevuje Twiggy, žena spojená s kultem štíhlosti a až smrtelné vyzáblosti. (Filalová, 2006)

V základu ideálu krásy, kterému se ženy i muži v daném období a místě snaží přiblížit, je možné, že spočívá tendence k uniformitě, konformitě, kdy je žádoucí to, co se nejvíce přibližuje ideálu. Konformita je ochuzením, ale i odstraňuje pochybnosti, úzkost, strach z odmítnutí, z vyřazení z dané společnosti. Kdo se přibližuje nastolenému ideálu, je přijímán a chráněn, i když do jisté míry ztrácí vlastní jedinečnost. Sociálně potvrzená tělesná atraktivita ovlivňuje sebehodnocení dívek a tím i jejich sebedůvěru.

Stice (Stice, 1999) uvažuje, že vnímaný tlak společnosti na štíhlost může mít vliv na dietní omezení a přejídání. Rizikovým faktorem poruch příjmu potravy je internalizovaný štíhlý ideál krásy. Jinými slovy, do té míry, do jaké osoba věří kulturně determinovaným standardům štíhlosti, mají tyto vliv na negativní body image, dietní omezení a negativní afektivitu. Nespokojenost s tělem byla pozorována v mnoha studiích zabývajících poruchami příjmu potravy, a je uvažováno, že leží v samém základu onemocnění porucha příjmu potravy (Griffiths et al., 1999, Markus et al., 1987, Spitzer et al., 1993, Stice, 1999, Wilson et al., 1993). Ve studii Benninghova (Benninghoven et al., 2007) byla zkoumána body image pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií ve srovnání s body image žen bez poruchy příjmu potravy a porovnáno s mužským ideálem ženské atraktivity. Na základě počítačového programu bylo zjištěno body image u MA a MB a kontrolních žen a mužů. Nadhodnocování tělesných rozměrů bylo nejvýraznější u skupin pacientů s MA a MB. Rozdíl mezi vlastním ideálem byl nejvýraznější u MB. Odhad společenského ideálu ženské krásy všech tří ženských skupin se neodlišoval od hodnocení nejatraktivnějšího těla u mužské skupiny. Shoda ideálu ženské atraktivity u pacientek, žen a mužů a popsaných rozdílů mezi pacienty a ženskou kontrolní skupinou podpořilo teorii, že porucha tělesného obrazu je problémem zpracování sebe-vztažných informací týkajících se vlastního těla, spíše než problémem zpracování tělesného obrazu ve vztahu k informacím o sobě.

Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické naušeným postojem k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování. Například základním příznakem mentální bulimie je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání. Ovládnání hladu je jedním z prostředků sebepotvrzení. Askeze může sloužit jako zdroj sebeúcty – člověk dává najevo, že není otrokem pouhého pudu a jeho vůle je silnější než nějaké tělesné potřeby. Jedinci trpící poruchou příjmu potravy bývají nadměrně soustředění na jídlo, rádi vaří, sbírají recepty apod., jejich projevy lze označit až jako obsedantně-kompulzivní. Většinou nejde o změnu chuti k jídlu, ale o poruchu vztahu k jídlu a z toho vyplývajících chování, které má charakter nutkavého rituálu (přesné odměřování potravin, počítání kalorií, hromadění a skrývání jídla atd.). Tito lidé bývají rovněž nápadně soustředění na své tělo, k němuž mají často ambivalentní, ne-li přímo negativní vztah. Typická je jejich tendence nadhodnocovat proporce svého těla, respektive přeceňovat objem některých jeho částí. Často jde o komplexnější poruchu sebezpojetí (Zvolský, 1996, Williamson et al., 1996).

Garfinkel (Garfinkel et al., 1978) popisuje signifikantní rozdíl u nadhodnocování tělesných rozměrů u pacientů s mentální anorexií v porovnání s kontrolní skupinou bez poruchy příjmu potravy. Garfinkel (Garfinkel et al., 1978) zjistil, že nadhodnocování tělesných rozměrů při pohledu do zrcadla má souvislost s rozvojem poruchy způsobující averzi k sladké chuti, která se vyskytuje u pacientů s mentální anorexií. Klinická pozorování zaměřená na pozorování body image u mentální anorexie, lze rozdělit do dvou oblastí. První hodnotí velikost jednotlivých částí těla jako je obličej, hrudník, boky a druhé jsou zaměřené na hodnocení velikosti těla v jeho celku, tyto často užívají pro hodnocení deformovaného obrazu těla daného subjektu. Cash a Deagle na základě metaanalýzy zjistili, že větší klinický efekt vykazují techniky hodnotící tělo v jeho celku (Garner, 2004).

Vnímání vlastního těla je narušené, anorektické dívky trpí bez ohledu na svou vyhublost pocitem, že jsou tlusté, zejména v oblasti typických ženských znaků, břicha, hýždě, stehen. A protože postava člověka, respektive její hmotnost, souvisí s výživou, mohou se mnohé subjektivní problémy projevit změnou vztahu k jídlu, případně až poruchou příjmu potravy. Často dochází i k poruše hodnocení množství snědeného

jídla, které bývá rovněž nadhodnocováno. Pro mentální bulimii je typický chorobný strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla spojené s nadhodnocováním jeho hmotnosti či proporcí, případně přeceňováním jeho významu pro získání žádoucí sociální pozice. Žádoucím cílem nemusí být v tomto případě extrémní hubenost, když zpravidla bývá za ideální považována hmotnost, která je nižší, než by bylo žádoucí. Vztah k vlastnímu tělu se obvykle změní natolik, že není posuzováno jako součást vlastní osobnosti, ale jako cizí objekt, který je na obtíž. Nemocným chybí náhled na situaci, mají tendenci své problémy popírat. Vzhledem k tomu nejsou ani motivováni k léčbě. Subjektivní zkreslení vyplývá z celkového vztahu k sobě samému, ze sebepojetí. Tělo se může změnit, ale pokud se nezmění postoj člověka, nemá tato změna větší význam.

V blízkém vztahu s body image, tedy tělesným obrazem, je také sebeúcta v anglické terminologii self-esteem. Sebeúcta je de Zwannem (de Zwann et al., 1994) definována jako individuální sebehodnocení, které vyjadřuje postoj k potvrzení nebo zamítnutí a je indikátorem rozsahu, ve kterém jednotlivec věří sám sobě, že je schopný, významný, úspěšný a hodnotný. Osoby s vysokou sebeúctou jsou obecně šťastnější, více sebejisté, úspěšnější při řešení každodenních požadavků (de Zwann et al., 1994). Anorektické dívky mívají bez ohledu na své úspěchy celkově nižší sebevědomí, bývají nejisté a často sebekritické. Mají sklon k defenzivním, únikovým obranám, problémům se snaží předem vyhnout. Nedostatek pocitu jistoty se projevuje zvýšenou potřebou sebekontroly a sebeovládání. Mívají tendenci k sebeomezování, někdy až k autoagresi, mají větší sklon reagovat na pocity viny. Na základě výzkumů bylo zjištěno, že osoby trpící poruchou záchvatovitého přejídání mají v porovnání s osobami bez poruchy příjmu potravy nižší sebeúctu (de Zwann et al., 1994). Dle názoru Jarry a Kosserta (Jarry, Kossert, 2007) mají štíhlé mediální obrazy vliv, zvláště na ženy, které mají nízkou sebeúctu. Tyto ideály štíhlé postavy se mohou stát alternativním zdrojem vlastní hodnoty a tedy i jejich globální sebeúcty.

2.4 Pohyb

Pohyb je to, co definuje životnost organismu, člověka od stahů srdečního svalu až po pohyb svalových skupin. Vývojové změny pohybu člověka lze sledovat jak z pohledu fylogenetického, tak ontogenetického. Je to aktivní proces vycházející z bytosti samé, říká Hátlová (Hátlová, 2003b), pohybový záměr vychází z potřeb živého organismu a slouží k udržení jeho integrity v okolním prostředí. Pohyb je nejdůležitějším projevem individua, a proto je mu potřeba věnovat zvýšenou pozornost. Véle (Véle, 1997) ve stejném duchu píše, že pohyb živé bytosti je základním projevem jejího života. Z pohybu živého organismu, řízeného teleologicky vnitřními procesy, lze usuzovat i na průběh těch procesů, kterými je pohybový záměr vytvářen a který nelze analyzovat čistě mechanicky (Véle, 1997).

Pohybový systém funguje jako celek. Vliv CNS, stejně jako vliv psychiky na motoriku je zásadní. Pohyb je závislý na senzoričských podnětech. CNS řídí pohyb na podkladě zpracování aferentní signalizace jak z vnějšího, tak z vnitřního prostředí (Pribram, 1971). Tělo je tak hlavním prostředkem sebevnímání, sebezpočtení a interakce s okolím. Prostřednictvím pohybu těla je umožněno vnímání změn. Pohyb živé bytosti je základním projevem jejího života. Je to aktivní proces vycházející z ní samé. Motorika se promítá do schopnosti vnímat, hodnotit a užívat prostorové vztahy. (Hátlová, 2003b) Tělesná cvičení zesilují vnímání sebe sama skrze vlastní tělo. Navozují situace k vyjadřování svých pocitů a k prožívání prostřednictvím svého těla. Učí zůstat v kontaktu se svým tělem při řešení myšlenkových operací. Pocit a prožitek - vnímání informací prostřednictvím svého těla, se tak stává reálným objektem, jehož prostřednictvím může člověk svou činnost konfrontovat. Tělesný prožitek umožňuje pochopit nejen sebe sama, ale i smysl vlastní existence. Dává prostor pro vytvoření „Já“ a hranic „Já“. Na základě změny prožívání jsou vyvíjeny nové způsoby jednání. Poznání o vlastním prožívání dává možnost cílevědomému jednání, k aktivnímu vytváření vlastního světa (Hátlová, 2003). Působení cvičení na zvyšování sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, povědomí o síle sebekázně (disciplíny), pocitů zdraví, povědomí o zlepšeném celkovém fyzickém vzhledu, pocitu zvýšené energie apod. dokládá na základě své studie i Sonstroem (Sonstroem, 2003).

Vyzdvihuje také pravidelnost, jako nezanedbatelnou součást pohybové aktivity jako prevence.

Pohybové chování má pro jedince nejen význam motorický ale i sdělovací. Pohyb je komunikačním prostředkem, kterým sdělujeme informace. Hodnocení výrazu pohybu dává nahlédnout do psychiky individua, ale zároveň poskytuje informace o jeho aktuálním psychosomatickém prožívání (Hátlová, et al., 2009b).

Z fyziologického hlediska lze rozlišit pět různých druhů cvičení: izometrické cvičení; izotonické cvičení; izokinetické cvičení; anaerobické cvičení; aerobické cvičení.

- **Izometrické cvičení** je charakterizováno tlakem proti pevné překážce (například dlaněmi do stěny). Je dobrým cvikem pro získání svalové síly. Neovlivňuje však pohyblivost.
- **Izotonické cvičení** vyžaduje stahování svalů, avšak zároveň počítá s pohyblivostí kloubů (zdvihání činek - práce vzpěračů). Je oblíbeným tělesným cvičením lidí, kterým jde o zlepšení celkového tělesného vzhledu.
- **Izokinetické cvičení** počítá jak s cvičením síly, tak i s pohyby kloubů, avšak přidává další možnost regulace odporu (k jehož překonání je třeba svalového výkonu).
- **Anaerobické cvičení** vyžaduje krátkodobý výbuch svalové energie (vzpírání, atletika - krátké tratě). Spotřeba kyslíku je v relativně normálních mezích.
- **Aerobické cvičení** je druh cvičení, při němž se vyžaduje výrazně zvýšená spotřeba kyslíku, a to nejen chvilkově, ale v průběhu relativně delší doby (běhy na dlouhé tratě, plavání, výstupy v horách, běh na lyžích, jogging apod.). Aerobické cvičení je charakterizováno výrazně zvýšenou činností srdce, která se projevuje např. zvýšením srdečního tepu po dobu minimálně deseti a optimálně 20 - 30 minut. Jindy se stanoví požadavek na zvýšení srdeční frekvence minimálně o 60 % a maximálně o 85 % apod.

Pro hodnocení pohybu lze využít aspektů, odlišných hledisek, které zmiňuje Hátlová (Slepička et al., 2006).

Hledisko fyzikální:

Pohyb se hodnotí podle fyzikálních zákonů mechaniky na živém objektu.

Proto se mechanika musela doplnit o biologická specifika a vznikla

biomechanika. Fyzikální hledisko pohybu živého organismu lze chápat jako strukturální bázi hlediska funkčního.

Hledisko funkční:

Pohyb je hodnocen podle průběhu pohybové funkce, kterou řídí nervová soustava. Při pohybu jde především o přenos a zpracování informací pro účely programového řízení pohybové soustavy.

Hledisko účelové:

Teleologické: tvůrčí činnost, práce, umění, sport,... Jako lidé uvažujeme teleologicky (teleios - cílevědomý), to je o cíli a účelu pohybu, protože řízeným pohybem můžeme změnit zevní prostředí v náš prospěch. Teleologické hodnocení pohybu se zabývá spíše hodnocením výsledku pohybového záměru, nežli pohybem samým.

Výrazové: komunikační, psychologické, sociální. Výrazové hodnocení pohybu má význam pro komunikaci se zevním prostředím. Signálový charakter pohybu nese informace i o procesech probíhajících uvnitř systému.

Hledisko klinické:

Hodnotí poruchy pohybových funkcí vzniklých:

- porušením struktury;
- bez prokazatelného somatického poškození.

2.4.1 Pohyb a vývoj

Narodili jsme se s tělem, ale nenarodili jsme se s vnímáním sebe. Vnímání sebe, být odlišným a mít existenční nezávislost na neživých předmětech a ostatních lidech, je v základu naší zkušenosti, tělesnosti (Dillon, 1978). Tuto nezávislost nám umožňuje pohyb, jehož vývoj je propojen a rozvíjí se v oboustranné závislosti na ontogenetickém vývoji člověka. Je znám vliv pohybu na intelektový rozvoj v raném dětství, rozvoj dovedností a utváření osobnosti v dospívání. Pohyb tvoří jádro vývoje člověka a má významný vliv na vývoj řeči, sociálního chování a kognitivních dovedností.

U dítěte je, jak uvádí Hátlová (Hátlová, 2003b), původní svět zcela soustředěn na vlastní tělo a činnost. Pohyb se do rozvoje intelektových schopností, které stojí v základu osobnosti člověka, promítá nejvýrazněji v raném věku. Zvláště zřetelné je to v období, které předchází vzniku řeči, kdy si dítě, kojeneček, ještě neosvojilo symbolickou funkci. Chybí mu tedy myšlení a citový život vázaný na představy. Toto vývojové období je nazýváno obdobím senzomotorickým. Během prvních 18 měsíců, v „senzomotorickém“ období, je vývoj duševního života velmi rychlý a důležitý. Na této úrovni si dítě vypracovává soubor poznávacích podstruktur, které se stanou východiskem pozdějších vjemových a intelektuálních konstrukcí. Současně si na podobných principech vypracovává elementární citové reakce, které se budou významně podílet na jeho budoucím citovém životě. Podle Hátlové (Hátlová, 2003b), vede motorická deprivace v dětství k vadnému pohybovému projevu v dospělosti.

Nejdůležitější z počátečních interakcí je interakce mezi matkou a dítětem. K této interakci dochází při styku, vzájemném kontaktu s kůží. V děloze je dítě fyzicky symbiotické s matkou. Po narození je dítě drženo, krmeno, čištěno, chráněno a živeno v úzkém kontaktu s matčinou kůží. Velké množství emocí a komunikace je vyjádřeno hmatovým kontaktem mezi matkou a dítětem (Montagu, 1986). Komunikace dítěte v prvních měsících a letech, probíhá převážně prostřednictvím dotyku. Kůže je zprostředkovatelem komunikace. Povaha a kvalita tohoto fyzického kontaktu je rozhodující pro vývoj dítěte (Montagu, 1986). Kůže, pleť je základem pro vymezení toho, co je Self a co není Self. Prostřednictvím dotykové komunikace (např. prostřednictvím tělesné péče), matka může zprostředkovat láskyplné přijetí, péči a pocit bezpečí, nebo může zprostředkovat opak. Pro dokreslení situace Harlow (Harlow, Zimmerman, 1958) prokázali, že primáti mají potřebu taktálních podnětů, která může být silnější než potřeba jídla. Důležitost raných neverbálních zkušeností dokladuje již Piaget (Piaget, 1952). Na nich jsou založeny pohybové vzorce a jsou nástrojem k vyrovnávání se s životními změnami.

Také obraz Já se neustále vyvíjí v souvislosti s naším jednáním. Od prvních okamžiků emoční kvalita taktilní zkušenosti dítěte ovlivňuje vývoj jeho identity, začleňujíc všechny významné etapy vývoje hranice mezi Já (Self) a světem. Tento vývoj hranic poskytuje psychologický základ pro vědomí sebe (Self). Je nutné přizpůsobovat se tomuto měnícímu se obrazu. Nepřizpůsobení se, znamená

nepružnost a schematičnost v jednání. Má-li člověk změnit své chování, musí změnit svůj obraz o sobě. Změna dynamiky jednání je totožná se změnou našeho „Já“. Přináší sebou pohybové změny a aktivuje všechny části těla (Hátlová, 2003b), Aktivní pohybová činnost rozvíjí osobnost člověka, jeho sebevnímání a sebehodnocení. (Hátlová, Adámková, 2010) K pohybové fixaci je zapotřebí interference dvou energií. Jeden druh energie je tvořen smyslovou projekcí do mozkového kortexu, druhý druh vzniká aktivací struktur limbického systému. Aktivace pocitového mozku je pro vznik paměťového engramu nutná (Pribram, 1971). Pokud tedy změníme pohyb těla, můžeme očekávat odpovídající změnu v psychice. Základem cesty k sobě je pochopení vlastního »já«, jeho integrovanosti, hranic a vymezení vůči prostředí. (Hátlová, Adámková, 2010)

Úzká souvislost zrání nervové soustavy a rozvojem pohybu se také projevuje v psychických odchylkách v dětském věku a jejich negativním odrazem ve vývoji pohybu, který bez nápravy přetrvává až do dospělosti (Hátlová, 2003b, Véle, 1997). Vztah mezi tělem a psychikou není poznatkem novým, v současné době je možná nejvíce zmiňován v souvislosti se sedavým zaměstnáním, cestováním, domácími a volnočasovými aktivitami. Mnoho psychologických problémů vyplývá ze sedavého způsobu chování a má vliv na úzkost, depresi, psychický stav, sebeúctu, kognitivní funkce a může způsobit i rozvoj fyzických nemocí (Faulkner, Taylor, 2007).

2.4.2 Pohyb a zdraví

Upevňování zdraví je z pohledu psychomotoriky možné posílením salutorů, prostředků a forem chování, které celkově zvyšují odolnost. Dalším nástrojem je učení správnému pohybovému chování jako možné změny ve vnímání a oceňování (Hátlová, Adámková, 2010). Prostřednictvím motoriky je možné dosáhnout i uvolnění psychiky na základě toho, že pohybová aktivita ovlivňuje zpětně i psychické procesy (Véle, 1997). Pohybová aktivita může působit na snížení reaktivity vůči psychickému stresu, a to prostřednictvím vazby mezi fyzickou aktivitou a rychlostí snižování fyziologické odpovědi (vlivem adaptace). Jde především o snížení reaktivity srdeční frekvence, či snížení odpovědi katecholaminů během působení stresové zátěže a v zotavovací fázi (Šolcová, 1994b). Důležitá je funkce pohybové aktivity při odklonu od stresujících myšlenek. Podle Šolcové (Šolcová, 1994a) se tak děje spíše

prostřednictvím kognitivních procesů a s nimi souvisejících emocí než přímými fyziologickými účinky.

V. Hošek dělí účinky pohybu na psychoregulační a antistresové. Za významný následek stresu považuje anxiozitu. K jejímu ovlivnění pohybovou aktivitou dochází odvedením zaměřenosti myšlení na podráždění a změnou hodnocení jeho symptomů, které vzbuzují úzkost (Hátlová, Adámková, 2010). Změny navozené vědomým pohybem mají bezprostřední vliv na psychické funkce. Vnímání těla a jeho potřeb napomáhá strukturální proměně mysli a stavu vědomí. Chceme-li pozměnit charakteristické pohybové chování, je nutno vytvořit nové programy pro pohybové chování, uložit je do paměti učení a přiřadit jim vysoký stupeň priority. Přiřazení priority vyžaduje vědomou a dlouhodobou aktivaci. Jedinec musí pracovat z vlastního přesvědčení, pedagog, terapeut, nebo lékař mu mohou radit, ale práci na sobě musí provést každý sám (Véle, 1997).

U cvičení z hlediska zdravého pohybu je velmi důležitá jeho pravidelnost, pravidelné cvičení posiluje kromě tělesných funkcí i funkce emocionální. Funguje jako mentální odbočka, jako prostor pro uvolnění emocí nebo tenzí. Má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na sebeprožívání, psychickou pohodu, ovlivňuje příznivě zejména úzkost, depresi, tenzi, percepci stresu (Šolcová, 1994b).

2.4.3 Motivace

Motivace je proces, který pohybové chování vyvolává a směřuje ho k určitému cíli, určuje intenzitu pohybové činnosti a její charakter. Motivací aktivujeme „emoční mozek“, jehož činnost je (Pribram, 1971) potřebná k vytváření paměťových engramů. Pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody, které lokalizujeme v oblasti pocitového mozku (emoční mozek), anatomicky do limbického systému. Pozitivní emoční zážitky z učení pohybových programů jsou nutné zejména v dětství. (Hátlová, et al., 2009a) Podle Pribrama (Pribram, 1991) je tento systém současně i zdrojem aktivity potřebné k vytváření paměťových stop pro zapamatování pohybových podprogramů i celých programů. Limbický systém je pokládán i za nejstarší motorický systém (Véle, 1997).

2.4.4 Pohyb a emoce

Živé organismy se vyznačují vlastní pohybovou aktivitou. U zvířat a u člověka má pohyb emoční doprovod, složku prožívání, která je daná vztahem mezi objektem a subjektem. Lidský pohyb se nedá redukovat pouze na pohyb těla, patří sem i myšlení, cítění, vůle. Chápeme-li pohyb jako „patočkovský“ fenomén, je pohyb totožný s celým životem člověka (Hogenová, 1998). Pozorování pohybu a jeho výrazové a emocionální kvalitě byly věnovány rozsáhlé výzkumy, které potvrdily domněnku, že jednatel je charakterizován pozorovatelným vztahem mezi prožívanou emocí a prováděním pohybu. (Hátlová, 2001). Připravit se na pozitivní prožívání prostřednictvím svého těla je reálné. Všeobecně známou cestou je pohybová průprava. Je důležité zvolit takovou, která odpovídá našim somatickým možnostem a současně uspokojuje naše vnitřní potřeby a zájmy (Hátlová, 2009b). Pohybové chování samo vede rovněž k tvorbě určitých látek, které mají vliv na prožitky a pocity individua. Často se stává, že mírná pohybová aktivita vede k úlevě bolestivých příznaků, které jsou patrné v klidovém období. Vznik těchto stavů je možno přičíst jednak zlepšenému prokrvení, jednak sekreci endorfinů (Véle, 1997).

Boyd (Boyd et al., 2007) se domnívala, že osoby s poruchou příjmu potravy mají jiný emoční vztah a fyzický přístup ke cvičení na základě něhož lze predikovat vznik poruchy příjmu potravy. Zjistili, že nejlepšími prediktory vzniku poruchy příjmu potravy z hlediska cvičení není velikost či délka zatížení ale emoční přístup ke cvičení. Nejvíce skórující odpovědi ve výzkumu byly: otrávenost, pokud je cvičení přerušeno; pocit ostatních, že cvičím mnoho; špatný pocit, pokud nemohu odcvičit dané množství; pocit, že mám nebo jsem měla cvičit. Naopak nejméně skórovaly odpovědi: cvičení je důležité pro stav nálady a cvičení je důležité pro snížení hmotnosti.

Jak již bylo zmíněno, poznávací aktivity jsou provázeny prožíváním na emoční úrovni. Pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody, které lokalizujeme do oblasti „pocitového mozku“ (emoční mozek), anatomicky do limbického systému. Poznávací a citový aspekt jsou neodlučitelné, vzájemně se doplňují a nelze převádět jeden na druhý, jde o různé kvality psychických dějů. Citový a poznávací život se vyvíjí souběžně a ve vzájemné interakci. Rozdíly v citovém prožívání žen a mužů lze tak nalézat i v odděleném citovém světě chlapců a dívek, ve kterém se pohybují a vyvíjejí. (Hátlová, 2009b)

2.4.5 Učení

Pohyb je nejdůležitějším projevem života, projevem individua vůči okolí, ale je i nositelem informace o procesech ve vnitřním prostředí, nejen o stavu vnitřních orgánů, ale především o stavu mysli. Analýzou pohybového projevu člověka je možno předpokládat úroveň aktuálního tělesného i duševního stavu. Pohyb je řízen z CNS, a proto pohybová aktivita přímo souvisí s činností CNS a tudíž i s intelektem a psychikou, jako nejvyšší úrovní řídicího procesu (Véle, 1997).

Existuje určitý vztah mezi rozvojem intelektu a rozvojem jemné motoriky, jelikož CNS řídí pohyb na podkladě zpracování aferentní signalizace jak z vnějšího, tak i z vnitřního prostředí, je pohyb závislý velmi silně na senzoryckých podnětech (Véle, 1997). Funkční magnetická rezonance dokazuje, že při motorickém učení se projevuje plasticita motorické kůry (Koukolík, 2003). Vztah somatosenzorycké a primární motorické kůry dokazuje dále Koukolík (Koukolík, 2003) na funkční magnetické rezonanci, kde rozšíření reprezentace odpovídá používaným svalovým skupinám v primární motorické kůře v opačné hemisféře. Motorická „dráha“ je tedy stejně jako dráha somatosenzorycká z valné části „zkřížená“. Ke křížovým pohybům patří jakékoli pohyby, které současně používají opačnou paži a nohu (lezení, chůze). Křížové pohyby dle Hátlové (Hátlová, 2009b) používá tělo ke stimulaci a vyrovnávání aktivit na obou stranách mozku. Souběžné pohyby opačnými končetinami napomáhají vyrovnávat a integrovat neurologické vzorce mezi levou a pravou částí těla.

Při učení novým pohybovým sekvencím se zvýší činnost prefrontální a premotorické kůry na zevní ploše hemisféry, v Brodmanově oblasti 6 a 8. Brodmanova oblast 6 (na vnitřní ploše hemisféry), doplňková motorická kůra, se více aktivuje při výkonu sekvencí již naučených. Temenní kůra se aktivuje jak při naučených, tak při nových sekvencích. Ale při nových sekvencích se aktivuje podstatně více než při naučených. Stejně tak i mozeček aktivují více nové než naučené sekvence. O stejnou míru aktivace u naučených i nových pohybových sekvencí se jedná v případě plutamen, tj. zevní část bazálních ganglií. (Koukolík, 2003). Motorické učení má dle Koukolíka (Koukolík, 2003) několik fází:

- rychlá fáze – odpovídá zlepšení výkonu již v průběhu tréninku neboli učení;
- pomalá fáze – projevuje se postupným zlepšováním výkonu v průběhu dlouhodobého tréninku.

Pieters (Pieters et al., 2006) zkoumal psychomotorickou výkonnost u pacientek s mentální anorexií na základě kopírování obrázku. Jednalo se o testování plánování pohybů. U pacientek s mentální anorexií bylo zjištěno menší snížení reakčního času, než u kontrolní skupiny.

2.4.6 Vědomý pohyb

Otázkou je, co se děje, když se rozhodneme k jednoduchému pohybu. Po příkazu k pohybu vzniká nejprve aktivita v subkortikálních oblastech, formatio reticularis, kam se soustřeďují všechny aferentní signály a v limbickém systému, pocitovém mozku. Limbický systém považuje spíše za systém motivující, iniciující pohyb, než za systém řídící. Poté se objeví signál v bazálních gangliích a později přejde do asociačních kortikálních oblastí. Nakonec se aktivuje motorická kortikální oblast, humunculus. Následně se aktivita přenáší z kortikální oblasti Betzových buněk k míšním motoneuronům a odtud ke svalům. Tento postup však vyžaduje předchozí nastavení adekvátní úrovně metabolických pochodů k zajištění dodávky energie nutné pro pohyb (Koukolík, 2003).

Pohybové chování v sobě zahrnuje informace o příčinách chování. Stereotypní opakované pohybové chování se odráží i v konfiguraci jednotlivých segmentů pohybové soustavy. Na základě výzkumu, kdy bylo použito pozitronové emisní tomografie v kombinaci se snímáním elektrické aktivity příslušných oblastí mozkové kůry, bylo zjištěno, že se při natažení ukazováčku na základě volního rozhodnutí a při stejné akci na základě pravidelného signálu aktivuje doplňková motorická oblast, Brodmanova oblast 6 na vnitřní straně hemisféry, rozdíl je však v případě nepředpokládanosti podnětu. V porovnání se stavem klidu aktivovaly pohyby na základě nepředpověděného podnětu somatosenzorickou a motorickou kůru, zadní část doplňkové motorické oblasti a plutamen opačné hemisféry mozku. Pohyby na základě vlastního volního rozhodnutí nadto aktivovaly přední část motorické doplňkové oblasti, programování pohybů, přilehlé části kůry gyrus cinguli, orientovaná pozornost a oboustranně zevní horní prefrontální kůru, rozhodování. Pohyby z vlastní vůle znamenaly vyšší stupeň aktivace uvedených oblastí a zadní části doplňkové motorické oblasti. Aktivita přední části doplňkové motorické oblasti se podílí na přípravě pohybu, zatímco zadní část této korové oblasti je motorická

výkonnostní oblast. Zevní horní prefrontální kůra se aktivuje pouze při tom druhu motorické akce z vlastní vůle, v jejím průběhu jsou nutná rozhodnutí o správném časovém průběhu (Koukolík, 2003).

Laban pojímal pohyb celostně (holisticky), jako proces – části těla, projev, prostor a vztahy spojené dohromady ještě netvoří celek. Celek totiž přesahuje pouhou kombinaci částí. Pohyb tvoří pouze část chování, avšak když ho pozorujeme, popisujeme nebo definujeme, můžeme si být vědomi určité variace, kterou lze očekávat v chování. Reintegračnímu procesu lze pomoci i bez slovního hodnocení klientem nebo terapeutem, a to postupnými nebo náhlými změnami v pohybu. K pohybu se však nesmí přistupovat normativně, nebo systémem „doplňování mezer“. Tento přístup lze najít v mechanickém učení nebo předepsaných tanečních cvičeních, která jsou odtržena od organismu jako celku. To jsou pak „podmíněné“ reakce, a nejedná se o spontánní ani autentický pohyb ve víceúrovňovém procesu (Payne, 1999). Celostnost pohybu dokladuje i Koukolík (Koukolík, 2003), kdy říká, že podmíněné reflexy se nevytvářejí v samotném kortexu, ale vznikají ve spolupráci kortexu se subkortikálními strukturami. Vznikají ve spolupráci s limbickým systémem, který současně zajišťuje tvorbu nutných paměťových engramů, stop, pro zapamatování těchto naučených reflexů. Podle Pavlova učení měl kortex rozhodující úlohu na úrovni řídicích procesů, veškerá pohybová aktivita se redukovala na řetěz naučených podmíněných reflexů. Vyšetření pozitronovou emisní tomografií dokladuje, že se při vybavování motorických informací z vědomé paměti zvyšuje činnost zadní část zevní temenní kůry a vnitřní temenní kůry, jakož i premotorické kůry oboustranně, dále přední část doplňkové motorické kůry a talamu na straně levé, jakož i zevní horní prefrontální kůry na straně pravé (Koukolík, 2003).

2.4.7 Pohybová představa

Motorické představy, jak píše Koukolík (Koukolík, 2003), jsou velmi podobné, co se týče funkcí mozku, zrakovým představám. Motorické představy aktivují podobné korové oblasti mozku, které jsou aktivovány při zpracování zrakových informací přicházejících ze zevního prostředí. Zrakové představy aktivují i motorické představy a to jak korové oblasti, tak sestupující motorické dráhy, které se aktivují při skutečném motorickém výkonu. Pozitronová emisní tomografie dokazuje, že se při

motorických představách aktivuje rozsáhlý systém. Jedná se o zevní horní prefrontální kůru, premotorickou kůru, kůra před doplňkovou motorickou oblastí i dolní temenní kůra, a to na straně opačné, než je pohybová představa. V průběhu úloh, které vyžadují jak pohybovou představivost, tak skutečný výkon pohybu se nejvíce aktivuje na straně opačné vůči pohybu motorická a přední temenní kůra, na straně stejné talamus a mozeček, současně se tlumí činnost dolní čelní kůry. Z toho plyne, že se na vizuomotorických představách podílejí čelní a temenní korové oblasti, dolní čelní kůra výkon pohybu tlumí a primární motorická kůra je jeho vlastním vykonavatelem (Koukolík, 2003).

Pokus se zdravými lidmi dokázal, že maximální rychlost motorického výkonu v představě odpovídá maximální rychlosti stejného motorického výkonu ve skutečnosti. V průběhu tohoto pokusu se lidé nejprve dotýkali špičkou palce ukazováčku a poté dalších prstů stejné ruky s rychlostí, kterou udával metronom. Počáteční rychlost byla čtyřicet dotyků za minutu, poté se rychlost zvyšovala až do chvíle, kdy lidé sdělili, že už nestihnou žádný pohyb udělat. V průběhu druhé úlohy opakovali střídavou polohu ruky, nebo pohyb, jímž na něco ukazovali. Zjistilo se, že rychlost reálného výkonu pohybu odpovídá i rychlosti, se kterou si lidé výkon tohoto pohybu představují. Totéž platí pro alternující pohyby rukou nebo pro ukazování. Doba, kterou lidé potřebují k přesnému ukázání na nějaký předmět, je tím delší, čím je předmět menší, což opět platí jak pro reálný pohyb, tak pro jeho představu. Pacienti s poškozením temenní kůry tento hybný výkon dokáží, mají však porušenou jeho představu v čase (Koukolík, 2003).

2.4.8 Hybnost a její poruchy

Funkční systém kontrolující hybnost je tvořen oblastmi mozkové kůry, bazálními ganglii, oblastmi talamu a mozkového kmene, mozečkem a oblastmi páteřní míchy. Představy o funkční architektuře systému hybnost, které začaly vznikat před více než sto lety, byly od základu změněny soudobým funkčními zobrazovacími metodami (Koukolík, 2003). Zjednodušeně lze říci, pokračuje Koukolík (Koukolík, 2003), že systém kontrolující hybnost začíná v nervových buňkách premotorické kůry, Brodmanova oblast 6 a 8 na zevní ploše čelních laloků a doplňkové motorické kůry, Brodmanova oblast 6 na vnitřní ploše hemisféry. Slovo *začíná* má zde však

pouze orientační význam, jelikož systém má mnoho úrovní odboček a připojení či pozitivních i negativních zpětných vazeb.

Jednotlivé části systému lze velmi zjednodušeně rozdělit a popsat jejich funkci takto (Koukolík, 2003):

- premotorické oblasti a primární motorické korové oblasti čelních laloků zajišťují ve spolupráci s prefrontální kůrou plánování a provedení pohybů;
- bazální ganglia společně s neurony černé substance zajišťují plasticitu pohybů. Podílí se na funkčních, poznávacích, řídicích, ale i na emotivitě;
- mozeček zajišťuje jejich přesné zacílení a rytmicitu pohybů. Pro mozeček platí stejný dodatek jako pro bazální ganglia.

Poškození každé z těchto oblastí, nebo jejich vzájemných spojení, se projeví více nebo méně charakteristickou poruchou hybnosti (Koukolík, 2003, Hátlová, 2003).

Některé charakteristické poruchy hybnosti Koukolík (Koukolík, 2003) charakterizuje takto:

- poškození hlavního svazu motorických vláken, směřujícího do páteřní míchy, se projeví ochabnutím opačné poloviny těla. Na opačné polovině těla díky faktu, že se většina nervových vláken v dolní části prodloužené míchy kříží;
- poškození bazálních ganglií a černé substance se může projevit buď nápadnou ztuhlostí a třesem, jaký se pozoruje například v průběhu Parkinsonovy nemoci, nebo naopak rozvolněním pohybů, hadovitými nekontrolovatelnými pohyby, s nimiž se neurologové setkávají při Huntingově nemoci a u dětí s některými formami mozkové obrny;
- motorické důsledky akutního poškození mozečku je možné na ulici jednoduše rozpoznat u opilých lidí. Projevují se vrávoráním, neschopností zacílit pohyb a setřenou řečí.

Řešení prostorové problematiky pohybu je situací komplexní a složitou. U jednoduché úlohy, sledování pohyblivého cíle ukazováčkem aktivuje se v porovnání s pouhým zrakovým sledováním síť tvořená na opačné straně primární motorickou kůrou, doplňkovou motorickou kůrou, horní temenní kůrou a kůrou vnitřních částí temenních laloků, kromě toho se podílejí stejnostranné přední části mozečku. Zvýšení složitosti úkolu v čase výrazně zvyšuje činnost doplňkové motorické oblasti. Jakmile se zvýší prostorová složitost úlohy, roste činnost horní temenní kůry oboustranně.

Doplňková pohybová oblast řeší pořadí pohybů, temenní kůry řeší integraci prostorových vlastností pohybu. Pokud je ještě úloha rozšířena o zapamatování polohy a následné lokalizace s vyloučením zraku, zvýší se tím činnost ještě rozsáhlejší mozkové motorické mapy. Složitější situace nastává při účasti sluchových i zrakových podnětů, jelikož časování hybné akce na základě zrakových podnětů uvádí do činnosti jiné části motorické mapy mozku než časování na základě sluchových podnětů. (Koukolík, 2003).

2.4.9 Pohyb u psychiatrických pacientů

Fyzická kondice a fyzická aktivita psychicky nemocných pacientů je obvykle ve srovnání s neklinickou populací výrazně horší. Je to způsobeno v první řadě jak dlouhodobým pobytem v klinických zařízeních, kde není důraz na pravidelnou fyzickou aktivitu, tak i postranními účinky farmak. Špatná fyzická kondice psychicky nemocných souvisí s patologií onemocnění. Předpokládá se, že zvýšená nebo snížená dráždivost u těchto nemocných často vyvolává obavy z další námahy, a proto se jí vyhýbají. Podle některých výzkumů (Hátlová, 2003, Hátlová, Adámková, 2010,) má špatná fyzická kondice i jiné příčiny. U psychicky nemocných byly již v dětském věku pozorovány zhoršené motorické a manipulační schopnosti, což společně s nižšími komunikačními schopnostmi nevytváří dobré předpoklady pro uplatnění se v dětském kolektivu. Je známo, že pohybové dovednosti hrají v postavení dítěte ve skupině dětí velkou roli. Děti, které se dostávají na okraj komunikačních vazeb skupiny, se stávají samotářskými, a je tedy pravděpodobné, že u některých jedinců nedochází k úplnému rozvoji sociálních dovedností a vytvoření sociální identity (Langmeier et al., 1998).

Jednotlivá psychická onemocnění mají obraz na posturálním systému i jemné motorice (Vašina, 2002). Například při depresi je držení ochablé s tendencí do flexe (Véle, 1995). Tyto a další posturální změny mají efekt na další somatické komplikace a bolesti. Při terapeutickém využití pohybu tak mimo efektu pohybu na psychiku, který byl popsán výše, lze zmínit pozitivní efekt na zlepšení hybnosti a celkového tělesného komfortu tělového prožívání mající přímý vliv na kvalitu života. Dále pohybová sportovní aktivita, která je spojena s příjemnými prožitky se dá použít i v terapii jak somaticky tak i duševně nemocných, ke zlepšení jejich aktuálního

psychosomatického stavu, rozvoji dovedností a znalostí zejména z vnímání svých potřeb, k rozvoji seberealizace, socializace a neverbální komunikace (Hátlová, 2002).

2.4.10 Pohyb u pacientů s Poruchou příjmu potravy

Pohyb a poruchy příjmu potravy jsou již velmi dlouho předmětem výzkumu. Byly a stále jsou vytvářeny mnohé teorie, které jsou postupně vyvraceny či přetvářeny. Nelze tedy stále v současné době jednoznačně říci, zda má pohyb u poruch příjmu potravy pozitivní či negativní efekt. Celá problematika je mnohem složitější. Některé studie hodnotí, že pacienti s poruchou příjmu potravy cvičí více než normální populace (Davis et al., 1994). Zde výjimku tvoří pacienti se syndromem záchvatovitého přejídání. Ve své studii Hrabosky (Hrabosky et al., 2007) zkoumal stupeň fyzické aktivity u obézních osob se syndromem záchvatovitého přejídání, a vztah mezi stupněm fyzické aktivity a BMI a zjistil signifikantní korelaci fyzické aktivity s BMI u žen.

Mnoho názorů se váže k myšlence, zda má cvičení vliv na vznik poruchy příjmu potravy (Patton, 1999). Obecně ke vzniku poruch příjmu potravy a vlivu pohybu se váže mnoho teorií. U mnohých byla snaha o jejich potvrzení vyšší u některých nižší. Jejich výsledek však stále zůstává diskutabilní. Například u teorie pracující s informací, že každý pacient s poruchou příjmu potravy byl někým kritizován ve vztahu k jeho postavě a to například trenérem či učitelem tělocviku. Problém však je, že málo kdo, když zapátráme ve své historii, nenalezneme chvíli, kdy nám někdo řekl: „Kolem tebe nelze projít.“, či „Ta tvá kamarádka je krásně hubená.“, a přesto zmíněnou poruchou netrpíme. V této souvislosti se často mluví o vysoké prevalenci tanečnicků a atletů pro poruchu příjmu potravy (Sundgot-Borgen et al., 2003). Zvláště u žen aktivně sportujících je vysoké riziko vzniku poruchy příjmu potravy na základě komentářů trenérů, či snahy o posílení sebevědomí (Otis et al., 1997). U sportovců může však hrát roli výrazné zaměření na výkon a současná eliminace varovných signálů vlastního těla. Tak je možné, že symptomy poruch příjmu potravy bývají atletkami a tanečnicemi ignorovány, snižování hmotnosti je vnímáno jako pozitivní a nemoc bývá zaznamenána, až když se rozvine v plné šíři.

Z teorií vážících se k biologickým faktorům lze uvést Teorii kontroly pohybu a chuti. Základní strategií je být aktivní a zbavit se lenosti. Aktivita, která je vysoko hodnocená, dává pocit rychlého strávení času. Dle prací Eplinga a Pierce (Epling, Pierce, 1988) je právě cvičení efektivním způsobem kontroly chuti k jídlu u lidí i ostatních savců. Možná jeden z důvodů, proč osoby s poruchou příjmu potravy a osoby závislé na běhu cvičí je, že fyzická námaha jim dává pocit jídla (Yates, 1991).

Dalším názorem je, že osoby s poruchou příjmu potravy cvičí z důvodu snížení hmotnosti (APA, 1994). Bylo však zjištěno, že motivace ke cvičení jako snížení tělesné hmotnosti, se u osob s poruchou příjmu potravy vyskytuje až na posledních místech na rozdíl od zdravých osob. Negativní emoční prožívání spojené se cvičením, ve kterém se osoby s poruchou příjmu potravy odlišují od normální populace, také dokladuje studie Thome (Thome, Espelage, 2004), která testovala pohyb jako strategii zvládnání stresu u osob vykazujících charakteristiky onemocnění poruchy příjmu potravy. Bohužel testování proběhlo na neklinické populaci - studentech. Zjistili, že u osob výše skórující v testu (EAT-26) bylo cvičení spojeno s negativní afektivitou, vyšším stupněm depresivity a úzkosti, na rozdíl od osob skórující v testu níže.

Efekt výrazného snižování tělesného tuku na základě cvičení u poruch příjmu potravy vyvrací studie Hechler (Hechler et al., 2008), která zkoumala rozdíl tělesného složení u pacientek s mentální anorexií u různého stupně fyzického zatížení, kdy kontrolní skupina i skupina pacientek s mentální anorexií se nelišila ohledně fyzického zatížení. Zjistila, že u pacientek s mentální anorexií cvičících se středně vysokou, vysokou nebo velmi vysokou intenzitou zatížení, je oproti kontrolní skupině velmi nízké BMI, avšak hodnoty tělesného tuku byly naopak nesignifikantně nižší u kontrolní skupiny.

2.4.11 Kompulzivní cvičení

Zvyšující se množství tělesné aktivity je považováno za jednu z charakteristik pacientů s mentální anorexií (Casper, 1998, Hebebrand et al., 2003, Holtkamp et al., 2004). Studie popisující nadužívání cvičení popisují odhadovanou prevalenci 33 - 100 % (Hebebrand et al., 2003). Mimo zneužívání cvičení je často u nemocných s mentální anorexií pozorováno časté ošívání, poposedávání a jiný motorický neklid (Beumont et

al., 1994, Casper, 1998, Hebebrand et al., 2003). Od počátku výzkumů vážících se k mentální anorexii, existují práce zabývající se právě pohybem a jeho zneužíváním. Nadměrná fyzická aktivita je často prezentována jako druh poruchy, objevuje se v mnoha formách od plánovaného nadužívání sportovních aktivit, přes izotonické kontrakce a postoj vyžadující více úsilí, ošívání se a neúčelný motorický neklid. Pacienti často vysvětlují vlastní hyperaktivitu jako vědomou snahu o spalování kalorií. Často hyperaktivitu předchází dodržování diety, a vypadá, že je jedním z prvních ukazatelů poruchy a jako poslední ukazatel ustupuje (Davis et al., 1997). Velmi dobrý souhrn dosavadních výzkumů zneužívání fyzické aktivity u pacientů s mentální anorexií vytvořila (Hechler et al., 2008).

V anglické literatuře jsou zmiňovány tři pojmy: závazné cvičení, nadměrné cvičení a kompulzivní cvičení. Pojem závazné cvičení, byl definován jako kontinuální účastnění se fyzické aktivity bez ohledu na bolest, jako typ aktivity obsesivního charakteru, ke které se váží i další psychopatologie (Polivy, 1994). Nadměrné cvičení odkazuje na nezdravé chování přijaté velkou skupinou pacientů s poruchou příjmu potravy (Shroff et al., 2006). Kompulzivní dimenze cvičení je charakterizována jako udržování rigidního cvičebního programu, nadřazování cvičení nad další aktivity, dodržování detailního popisu, pocit distresu, když není možné povést danou cvičební jednotku (Shroff et al., 2006, Adkins, Keel, 2005).

V rámci léčby mentální anorexie přináší nadměrné cvičení i motorický neklid negativní efekt na základě pomalejšího, či zastavení navyšování tělesné hmotnosti, které je klíčové v léčbě této poruchy.

2.4.12 Fyzická aktivita, body image

Feldenkries v knize „Bewusstheit durch Bewegung,“ vychází z přesvědčení, že člověk jedná v souladu s obrazem, který si o sobě vytvořil. Obraz „Já“ se skládá ze čtyř složek: pohyb, smyslové vnímání, cit (emoce), myšlení (Hátlová, et al., 2009b). Vztahy mezi pohybem a tělem byly známy v samých počátcích kultur. Tělo je hlavním prostředkem sebevnímání, sebepochopení a interakce s okolím. Prostřednictvím pohybu těla je umožněno vnímání změn. Pohyb je nositelem informace nejen o stavu těla ale i o stavu mysli. Motorika se promítá do schopnosti vnímat, hodnotit a užívat prostorové vztahy. Narušení kvality vztahů mezi vnitřním a vnějším prostředím se

promítá do chybného časoprostorového rozvrhu a prostorové harmonie (vyváženost, proporcionalita, frekvence a dynamika změn) a následně do chybné komunikace (Hátlová, 2002). Porozumění svému tělu je důležité především v období dospívání a u jedinců nervově labilních (Hátlová, et al., 2009b).

Sebepojetí a hranice mezi Já a světem se ustálí, když se dítě začne vzdalovat psychicky i fyzicky od matky. Proces separace-individuace je částečně zprostředkován pohybem a souvisí s kinestetickými a propioceptivními podněty (Stark, 1982). Význam propiocepce je tedy zdůrazňován v procesu separace-individuace. Schilder (Schilder, 1935) rovněž zdůraznil důležitost propiocepce v jeho „posturálním modelu“ body image. Fisher (Fisher, 1986) shrnuje empirický základ pro vliv hranice body image na mnoho psychických proměnných. Psychologická separace mezi světem a jednotlivcem, tato hranice se nazývá body image, je zprostředkována taktilní zkušeností. Pro vývoj jedince je třeba, aby role dotyku, kontaktu a emocí spojených s pokožkou byla plně realizována (Montagu, 1986).

Na vlastní tělesné schéma má podstatný vliv pro provádění pohybové činnosti, vnímání a přijetí vlastního těla. Tělo je zdrojem velmi příjemných, až velmi nepříjemných pocitů z tělesných funkcí, ze schopnosti vyhovět našim potřebám, z vnímaného vlastního tělesného obrazu, vnímáním sebe sama, svého postavení a svých možností v prostředí. Tělo může být pocíťováno jako něco, co umožňuje splnění přání a potřeb i jako něco nefunkčního, okolím přijímaného nebo nepřijatého, vzhledově přitažlivého nebo nevyhovujícího, schopného nebo obtížného, od přijetí až po odmítnutí svého těla (Hátlová, 2003b). Schilder (Schilder, 1950) mluví o rozvíjení vnitřního konceptu těla. Prostřednictvím pocíťování vnímáme části svého těla, možnosti pohybu v prostoru a čase. Postupně je tělo vnímáno jako funkční celek. Při pohybu přijímá jedinec kinestetické rytmické a sociální podněty a reaguje na ně. Probíhá-li pohyb uspokojivě a je-li opakování pohybu vnímáno pozitivně, narůstá sebevědomí jedince. Změna v přístupu, v sebepochopení a v sebepojetí může nastat pouze tehdy, když s biologickou a emocionální stránkou pracujeme současně. Pohyb a emoce jsou vzájemně neoddělitelné. Jsme takoví, jak se pohybujeme (Hátlová, et al., 2009a).

Ransdell (Ransdell, 2000) vytvořil metaanalýzu k vymezení principu efektu fyzické aktivity na sebehodnotu. Soudí, že ženy jsou náchylnější k navýšení sebeúcty

na základě fyzické aktivity než muži. Taktéž pozitivní vliv fyzické aktivity na zvýšení sebeúcty, tentokrát u starší populace zkoumali Parent a Whall (Parent, Whall, 1984). Výsledky přinesly zjištění, že osoby vyššího věku, které se účastnily denně, týdně nebo měsíčně fyzické aktivity, dosahovaly lepších hodnot na škále Rosenberg Self-Esteem. Fyzická aktivita byla shledána pomocnou pro zlepšení tělesné spokojenosti i dalšími studiemi (Bosscher, 1993, Brown, Harrison, 1986, Holmes et al., 1994). Holmes et al., (1994) zjišťoval vztah mezi fyzickou aktivitou, tělesným obrazem a sexuální žádoucností u skupiny studentů střední školy. Došel k závěru, že body image bylo asociováno se stupněm fyzické aktivity, vnímanou atraktivitou a vnímanou sexuální žádoucností. Přístupy k provádění pohybových činností u mužů a žen mají svá daná specifika, která přirozeně vyplývají z jejich biologické, psychické a emoční danosti dotvářené sociálními tlaky prostředí (Hátlová, et al., 2009a).

Na základě těchto a dalších studií se lze domnívat, že fyzická aktivita má pozitivní efekt na léčbu poruchy příjmu potravy.

2.5 Terapie poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy je náročná a složitá. Psychoterapie je zde hodnocena jako léčba nejpříjemnější pro klienty i ostatní zainteresované osoby, jako léčba s nejméně nevýhodami nejvíce výhodami (Hepworth et al., 2007). Za základní problém je považována motivace pacientů, připuštění závažnosti nemoci jich samých, ale i jejich rodinných příslušníků a nastoupení dlouhé cesty k vyléčení. Významnou roli zde sehrávají praktičtí lékaři. Rodinní příslušníci dávají často přednost fyziologickému vyšetření a lékař má tudíž možnost odeslat je dále k psychologické pomoci. Další významnou osobou jsou učitelé, kteří na základě znalostí a každodenního kontaktu mají nezastupitelnou úlohu při rozpoznání onemocnění a opět nasměrování pacientky a rodičů k psychologické pomoci.

Náročnost onemocnění poruchy příjmu potravy se projevuje i ve velkém množství terapeutických přístupů jednotlivě či v jejich souboru užívaném v rámci dané formy léčby, kliniky. Poruchy příjmu potravy jsou léčeny jak pomocí skupinové, tak individuální terapie. Užití individuální terapie je mnohdy zpochybňováno na základě toho, že nemoc nezasahuje pouze nemocného, a mnohdy se uvažuje, že vyvstává jako řešení problematické rodinné situace. Proto je nutné k léčbě přizvat i členy rodiny a ostatní zainteresované osoby, jako jsou například školní poradci či učitelé. Při užití individuální terapie je nutný průzkum rodinných souvislostí a současné či minulé medikace. V případě mentální anorexie je nutná současná obnova fyzického zdraví (Hay, McDermott, 2007) a jeho dlouhodobá kontrola.

Přesný souhrn veškerých terapií a jejich modifikací užívaných v léčbě poruch příjmu potravy dosud nebyl popsán. Také mi není znám výzkum frekvence jejich užití. Nejčastěji jsou však zmiňovány kognitivně behaviorální terapie, zvláště u léčby mentální bulimie (NICE, 2004) a rodinná terapie. Je jisté, že volba a užívání jednotlivých terapií je ovlivněna dostupností vzdělávání, supervize, osobním zaměřením terapeuta, poptávkou jednotlivých zařízení či pacientů. Ani v případě přínosnosti ambulantní terapie a hospitalizace není dosud jednoznačně rozhodnuto (Meads et al., 1999). Díky snaze o snížení nákladů se však stále častěji lékařská pracoviště přiklánějí k částečné hospitalizaci či ambulantní formě terapie. Na příklad u léčby mentální anorexie, jak říká Garner a Needleman (Garner, Needleman, 1997),

kdy dlouhodobě přetrvávala tendence hospitalizace s následnou ambulantní péčí, se léčba stále častěji přesouvá do částečné hospitalizace či ambulantní léčby se zázemím nemocniční péče. Z toho by se dalo usuzovat, že se bude navyšovat podíl individuální terapie, která je většinou prováděna ambulantně (Hay, McDermott, 2007), v porovnání ke skupinové terapii. Avšak díky rozšiřujícímu se množství svépomocných skupin a částečné hospitalizace ve formě denních stacionářů, není zcela jasná odpověď.

2.5.1 Strukturace

Léčba poruch příjmu potravy, její části, mají různá dělení dle jednotlivých autorů v závislosti na povaze terapie, jednotlivých terapeutických školách či léčebném zařízení, kde je terapie vedena. Terapie poruch příjmu potravy, její formy, se dají nahlížet z různých úhlů a dle nich jednotlivé typy můžeme dělit. Záleží na tom, co je pro nás prioritou.

2.5.1.1 Dělení dle syndromu poruch příjmu potravy

Na základě tří nejzřetelnějších syndromů poruchy příjmu potravy a to mentální anorexie, mentální bulimie a přejídání (Binge Eating Disorder) lze dle těchto rozdělit terapeutické strategie na (Yager et al., 2005):

I. Terapeutické techniky určené pro terapii mentální anorexie:

1. Nutriční rehabilitace;
2. Psychosociální léčba;
 - a) Strukturovaný program hospitalizace a částečné hospitalizace;
 - b) Individuální psychoterapie;
 - c) Rodinná psychoterapie;
 - d) Psychosociální intervence založené na modelu terapie závislostí;
 - e) Svépomocné skupiny;
3. Farmakoterapie;
 - a) Antidepresiva;
 - b) Antipsychotika;
4. Ostatní farmakoterapie a somatická léčba.

I. Terapeutické techniky určené pro terapii mentální bulimie:

1. Psychosociální léčba;
 - a) Individuální psychoterapie;
 - b) Skupinová psychoterapie;
 - c) Rodinná a manželská terapie;
 - d) Svépomocné skupiny;
 - e) Svépomocné přístupy;
2. Farmakoterapie;
 - a) Antidepresiva;
 - b) Ostatní farmakoterapie;
3. Kombinace psychosociální terapie a farmakoterapie.

II. Terapeutické techniky určené pro terapii Přejídání (Binge Eating Disorder):

1. Nutriční rehabilitace a poradenství. Efekt jídelních programů na váhu a symptomy vážící se k syndromu přejídání (Binge Eating);
 - a) Snížení hmotnosti;
 - b) Symptomy přejídání (Binge Eating);
2. Ostatní psychosociální léčba – vliv přejídání (Binge Eating Disorder);
3. Farmakoterapie;
4. Kombinace strategií psychosociální terapie a farmakoterapie;
5. Léčebné strategie zaměřené na syndrom nočního přejídání.

Toto rozdělení je velmi dobře propojeno se symptomatologií jednotlivých syndromů. Jeho použitelnost v praxi pro systematizaci Kinezioterapeutických technik není však až tak jednoznačná. Při hospitalizaci či částečné hospitalizaci jsou skupiny pacientů heterogenní co do typu diagnózy poruchy příjmu potravy. Práce striktně uvažující například pouze mentální anorexii je možná takřka pouze v individuální terapii, farmakoterapii, nutriční rehabilitaci a rodinné terapii, kdy se k jednotlivému pacientu přistupuje samostatně.

2.5.1.2 Dělení dle povahy terapie

Další rozdělení jednotlivých terapií pro poruchy příjmu potravy lze směřovat dle povahy psychoterapie. V tomto dělení se vychází z klasického dělení psychoterapie jako jedné skupiny a ostatních terapií jako skupiny druhé. Dělení psychoterapie je dle Balcara (Balcar, 2008).

I. Psychoterapie;

1. Individuální terapie;

2. Skupinová terapie;

a) Skupinová edukace;

b) Intenzivní skupinová terapie;

c) Jídelní skupiny;

d) Svépomocné skupiny;

e) Skupiny pro rodinné příslušníky a pro přátele;

3. Rodinná terapie;

4. Pohybová terapie (Kinezioterapie, Psychomotortherapy, terapie zaměřená na tělo, ...)

II. Další terapie;

1. Nutriční rehabilitace;

2. Farmakoterapie;

III. Kombinované formy.

Toto dělení má výhody v tom, že zohledňuje fakt heterogenosti terapeutických skupin s ohledem na typy poruchy příjmu potravy. Proto je méně vhodný pro výzkumy zabývající se ověřením jednotlivých terapeutických programů. Z důvodu smíšení jednotlivých syndromů nám tak narůstá skupina proměnných, které je problematické ošetřit pro standardnost výzkumu. Z hlediska strukturace jednotlivých Kinezioterapeutických technik se však jeví jako mnohem přehlednější.

2.5.1.3 Dělení dle jednotlivých terapeutických škol, myšlenek

Další dělení, které lze využít, je odvozování povahy terapií z jednotlivých psychoterapeutických škol, myšlenek, názorů. Za dělicí stanovisko je zde brán psychoterapeutický směr či zásadní myšlenka, která byla následně rozvíjena a testována. Při terapii poruch příjmu potravy, strukturováno v abecedním pořádku, jsou předně užívány tyto terapie:

- Behaviorální terapie
- Dialectická behaviorální terapie
- Feministická terapie
- Interpersonální psychoterapie
- Kognitivně analytická terapie
- Kognitivně behaviorální terapie
- Kognitivně orientovaná teorie
- Podpůrně expresivní terapie
- Psychoanalytická psychoterapie
- Psychodynamická interpersonální terapie
- Psychodynamická terapie
- Terapie zaměřené na zvýšení motivace

Toto dělení je velmi nápomocné zvláště z hlediska pochopení jednotlivých terapeutických technik a vystižení jejich jemných odlišností. V současné době však sílí trend prolínání jednotlivých psychoterapeutických škol a takzvaného slučování vhodných myšlenek za účelem pomoci danému pacientu. Je tedy občas těžké přesně specifikovat, ze které terapeutické školy či myšlenky daná technika vychází.

2.5.1.1 Dělení dle formy terapie

Nejznámějším dělením, společným i pro jiná onemocnění, je základní dělení dle formy terapie:

- Hospitalizace
- Částečná hospitalizace
- Ambulatiní terapie
- Konzultace, edukace

- Self-help, svépomoc
- Preventivní programy

2.5.2 Formy terapie

2.5.2.1 Hospitalizace

Hospitalizace je často nezbytnou formou léčby u mentální anorexie, kdy tělesná hmotnost je extrémně snížena a je nutná realimentace pacienta. Po úspěšném navýšení tělesné hmotnosti přechází pacient do psychiatrické či psychologické péče a to buď ve formě hospitalizace či částečné hospitalizace.

Hospitalizace má charakter režimové léčby, kdy jedním ze základních cílů je návrat pacienta k obvyklému složení, množství a frekvenci stravy, navrácení hmotnosti nebo přerušování soustavných úbytků hmotnosti. Dalším z úkolů hospitalizace je zhodnocení a léčení dalších potenciálních závažných zdravotních rizik a tělesných komplikací, které mohou být vyvolány přejídáním, zvracením, užíváním laxativ, diuretik, manipulací s inzulinem atd. Tato forma léčby je také vhodná pro zvládnutí přidružených stavů, jako jsou například depresivní symptomatologie, suicidální tendence a komorbidní poruchy, jako je například porucha osobnosti, abusus návykových látek, posttraumatická stresová porucha, deprese, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha, emočně-nestabilní porucha osobnosti.

Základní součástí hospitalizace je již na počátku léčení stanovení cílové hmotnosti (zvláště u mentální anorexie), kdy doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je za předpokladu optimální spolupráce při léčebném programu kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu týdně (Krch, 2005). Z tohoto ukazatele také vychází doporučovaná délka hospitalizace, která je definována potřebnou dobou k získání alespoň 90 % cílové hmotnosti. Další důležitou součástí je závazek aktivní spolupráce pacienta (Andersen et al., 1997). Avšak získat pacientka k aktivní spolupráci vyžaduje velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu (Krch, 2005).

Hospitalizace může být využita jako první forma léčby, nebo za účelem zdravotní stabilizace, tedy při neúspěšné ambulantní terapii či částečné hospitalizaci, kdy pacient jasně nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu (Krch, 2005). Jedná

se o případy váhového úbytku většího než 25 %, dehydrataci, známkách oběhového selhávání, přetrvávání zvracení, při přítomnosti těžké deprese nebo suicidálních myšlenek.

Při rozhodování o potřebě hospitalizace pacientů s poruchou příjmu potravy existuje několik obecných vodítek. Patří k nim dle Krcha (Krch, 2005):

1. Nezbytnost návratu k normální hmotnosti, nebo přerušování trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů;
2. Přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případě, kdy jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo kdy představují vážné zdravotní ohrožení;
3. Zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží;
4. Léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Problémem hospitalizace je její vysoká časová a finanční náročnost, avšak jak říká Krch (Krch, 2005) „chronické případy poruch příjmu potravy jsou finančně i emočně ještě dražší“.

2.5.2.2 Částečná hospitalizace

Částečná hospitalizace je v úzkém vztahu k hospitalizační léčbě. Je také režimovou formou terapie, kdy mimo jiné zajišťuje systém v podávání jídel pro podporu návratu pacienta k obvyklému složení, množství a frekvenci stravy a navrácení či stabilizaci hmotnosti. Ač je mnohdy externím pracovištěm, zajišťuje úzkou spolupráci s klinickými laboratoři, umožňují stálé monitorování rizikových faktorů tohoto onemocnění. Tato forma předpokládá intenzivní léčbu, do které jsou zahrnuty různé druhy terapeutického působení, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické a ostatní podpory, úkolů a styků mimo nemocnici (Krch, 2005). Základní charakteristikou této formy léčby je, že pacientky nezůstávají v nemocnici přes noc.

Zmíněná forma léčby je také využívána jako určité překlenutí mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Je také nesporně ekonomicky výhodnější než plná hospitalizace (Krch, 2005).

2.5.2.3 Ambulatiní terapie

Tato forma léčby může být vhodná v různých fázích léčby onemocnění. Ať je to jako první forma léčby, či forma následující částečnou hospitalizaci. U lehčích forem onemocnění také může být jedinou formou léčby. Krch (Krch, 2005) se zmiňuje o její vhodnosti zvláště v případě, pokud pacient nereaguje na další psychologickou léčbu. Pokud je to nutné, měli by příslušní lékařští specialisté kontrolovat tělesnou hmotnost, hodnoty elektrolytů a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu (Krch, 2005). Jelikož se často jedná o pojišťovnou nehrazené intervence, může být tato forma terapie pro pacienta problematická z hlediska finanční dostupnosti.

2.5.2.4 Konzultace, edukace

Tuto formu terapie lze považovat za formu s nejnižší intenzitou kontaktu. Patří k jedné z nejrozmanitějších forem dle typu, jak dané působení vypadá. Může se například jednat o takzvaný „první kontakt“, kdy se jedná o setkání klienta s terapeutem pouze jedenkrát za účelem předání základních informací o onemocnění, možnostech léčby a nasměrování klienta k další vhodné pomoci. Dalším typem může být pouze plánování, řízení anebo kontrola stravy, která může být zajištěna jídelním specialistou, vyškoleným odborníkem či počítačovým programem s dohledem odborníka. Také se může jednat o edukační činnost, ať za účelem prevence, či nasměrování nemocných, či jejich rodinných příslušníků k vhodné pomoci. Neopomenutelná je i edukace učitelů a vychovatelů.

2.5.2.5 Svépomoc a nápomocné skupiny

Svépomoc je doporučována pacientům s méně závažnými příznaky (Krch, 2005). Jedná se o snadno dostupnou a finančně méně náročnou formou léčby.

Jedním z typů svépomocné terapie je pozměněná kognitivně behaviorální terapie. Kdy je terapeutický manuál vytvořen tak, aby klient mohl postupovat sám s pomocí, kterou nemusí zajišťovat profesionál. Terapeutický manuál je koncipován s vědomím, že pomáhající osoba není specialistou v problematice poruch příjmu potravy. Tento typ terapie byl zkoumán Bailerem (Bailer et al., 2004). Tato studie, trvající osmnáct týdnů, však vykazuje nízké výsledky. Typ svépomocné terapie,

vycházející z kognitivně behaviorální terapie, společně se svépomocnou terapií, vycházející z technik asertivity, testoval Carter (Carter et al., 2003). Ve zmíněném výzkumu zařadil svépomocnou terapii u pacientů s poruchou příjmu potravy čekající na speciální terapii. Zmíněná studie však také neprokázala signifikantní rozdíly mezi těmito skupinami a kontrolní skupinou.

Práce zaměřující se na testování účinku svépomocné terapie nemají posud jednoznačné výsledky, a proto je nutné tuto problematiku nadále hlouběji studovat (Wonderlich et al., 2006). Například ve své práci Durand a King (Durand, King, 2003) na vzorku šedesáti pacientů nezjistili signifikantní rozdíl mezi terapií na klinice a svépomocí, jejich výsledek se však dá považovat za diskutabilní z hlediska nízkého počtu respondentů a krátkého trvání intervence. Devlin a Fischer (Devlin, Fischer, 2005) se domnívají, že svépomocná terapie a vedená svépomocná terapie má v případě záchvatovitěho přejídání pozitivní efekt pouze u některých pacientů. O pozitivním účinku svépomocné terapie na léčbu poruch příjmu potravy je také přesvědčen Yager (Yager et al., 2005). Jedním dechem však zmiňuje neexistenci validních dat, která by toto potvrzovala.

2.5.2.6 Preventivní programy

Preventivní programy mohou být koncipovány jako konzultace či edukační programy a nebo jako doplňková složka léčby mající vliv na snížení množství relapsujících pacientů.

Halmi s kolegy (Halmi et al., 2002) zjistila u vzorku 48 pacientů s mentální bulimií 44 % procentní relaps během čtyř měsíců. Je pravda, že pojem relaps chápou velmi tvrdě, avšak tato informace dosvědčuje závažnost problematiky relapsů u tohoto onemocnění. Problematika relapsu byla zvláště zkoumána v průběhu 80. a 90. let. Jednou z významných studií byla studie (Bulik et al., 1998), kde byla kognitivně behaviorální terapie doplněna u jedné skupiny o nácvik relaxace. V průběhu tříletého následného zkoumání tato skupina vykazovala nižší množství relapsů, které však nebylo signifikantní.

2.5.3 Další terapie

2.5.3.1 Nutriční rehabilitace

Nutriční rehabilitace je nepostradatelnou součástí léčby poruch příjmu potravy, zvláště pacientů s mentální anorexií. Pod tento pojem může být zahrnuto několik typů terapeutického působení, kterými je realimentace, společné jídlo, společná příprava společného jídla, vedení jídelních záznamů, deníků a edukace neboli nutriční poradenství.

Na počátku léčby mentální anorexie je nutné stanovit cílovou tělesnou hmotnost a časové období vhodné k jejímu dosažení. Vhodný týdenní přírůstek tělesné hmotnosti u hospitalizovaných pacientů je 4-6 kg a u částečné hospitalizace, či ambulantních programů jsou to přibližně 2 kg. Množství příjmu potravy v kalorických hodnotách se zpočátku pohybuje v rozmezí 30-40 kcal/kg denně, tj. přibližně 1000-1600 kcal denně s navýšením 500 kalorií každých několik dnů. Postupné navyšování denního kalorického příjmu společně s postupně se navyšující fyzickou aktivitou, může být velmi efektivní pro trvalé navýšení tělesné hmotnosti do optimálních hodnot (Okamoto et al., 2002). U pacientů s mentální anorexií je časté v průběhu terapie podávání potravinových doplňků s vysokou nutriční hodnotou. Jejich účinek byl zkoumán ve studii Imbierowicz (Imbierowicz et al., 2002), kteří zjistili, že v případě podávání vysokonutričních doplňků došlo rychlejšímu nárůstu tělesné hmotnosti a doba terapie byla kratší. Nutriční rehabilitace u léčby záchvatovitěho přejídání vykazuje dle Devlina a Fischera (Devlin, Fischer, 2005) pouze mírný efekt. Lze zaznamenat krátkodobé i dlouhodobé snížení epizod přejídání, není však prokázán efekt na snížení hmotnosti na optimální úroveň.

Realimentace je zaměřena na navýšení tělesné hmotnosti z hladiny život ohrožující. Těžké formy mentální anorexie, kdy je snížení tělesné hmotnosti nižší než 17 % celkové tělesné hmotnosti, se vyznačují úbytkem celkových zásob elektrolytů. Jedná se zejména o draslík, hořčík a fosfor. Současný úbytek sodíku se může projevit jako paradoxní acidurie s metabolickou alkalózou. Realimentace je léčbou složitou vyžadující každodenní laboratorní monitoring nemocného a každodenní přizpůsobení realimentace aktuálnímu stavu organismu. Při nesprávném způsobu nutriční podpory jsou pacienti ohroženi vznikem refeeding syndromu. Tento

syndrom se projevuje paresteziemi, vznikem křečí a v konečné fázi svalovou paralýzou s poruchou ventilace. Jedním z názorů příčiny vzniku refeeding syndromu je podíl výživy s velkým obsahem sacharidů a nízkým obsahem fosforu, kdy následný přesun fosforu do buněk vede k prudkému poklesu jeho koncentrace v plazmě. Není zatím jednoznačně určena optimální nutriční podpora, proto jsou během realimentace nutná neustálá vyšetření a soustavný lékařský dozor (Navrátilová et al., 2002).

Nutriční poradenství se zaměřuje na zdraví, nikoli váhu. Nutriční specialista nebo dietolog může pomoci klientům s poruchami příjmu potravy pochopit adekvátní nutriční potřeby a změnit stravovací chování. Snahou nutričního poradenství může být podpora klienta ve vedení jídelního deníku, usnadnění návratu k normálnímu nutričnímu příjmu nebo uvědomění si impulsů záchvatovitého přejídání.

Nutriční rehabilitace, probíhající neustále během celého léčebného programu, se týká neustálého sledování chování klienta, především schovávání jídla, zvracení a nadměrného cvičení. Dále kontrola vitálních funkcí, hladiny elektrolitů, včetně fosforu, otoků, rychlé navýšení tělesné hmotnosti, možné srdeční selhání, zácpa a nadýmání.

2.5.3.2 Somatická léčba

Somatická léčba je zaměřena na zvládnutí zdravotních komplikací. Během léčby pacientů s mentální anorexií je vhodné, aby bylo zajištěno průběžné sledování lékařem. K oblastem, které obvykle vyžadují opakované sledování, patří:

- Stav elektrolytů a dehydratace (zjišťují se např. hladiny draslíku, vápníku, hořčíku, fosfátů);
- Hypoestrogenemie, vynechávání menstruačního krvácení a osteoporóza;
- Stomatologické problémy;
- Náhlé zdravotní příhody (např. srdeční arytmie, symptomatické poruchy elektrolytů, závažné gastrointestinální krvácení);
- Neplodnost;
- Těhotenství;

Zvláště v minulosti převládal názor řešit zdravotní problematiku u mentální anorexie umělým navyšováním hormonální hladiny. Dosud však žádný výzkum neprokázal jednoznačný pozitivní efekt této léčby. Například dle Hilla (Hill et al., 2000) nemá podávání růstového hormonu (rhGH) pacientům s MA signifikantní vliv na nárůst tělesné hmotnosti nebo délku hospitalizace. Také dle Grinspoona (Grinspoon et al., 2002) umělé navyšování hladiny estrogenů u pacientů s MA neprokázalo pozitivní preventivní vliv na úbytek kostní hmoty. Názor nenavyšovat uměle hormonální hladinu také podporuje studie Castro (Castro et al., 2004), dle které se hormonální hladina automaticky optimalizuje po navýšení tělesné hmotnosti na normální hodnoty.

2.5.3.3 Farmakoterapie

Názory na podávání farmak v rámci léčby poruch příjmu potravy se různí. Jistě, tato forma terapie podporuje zvládnutí úzkosti, deprese, nepříjemných pocitů v souvislosti s jídlem, obsedantních a impulzivních projevů, zhoršeného spánku, ale její jednoznačný efekt dosud nebyl prokázán.

V rámci farmakoterapie mentální anorexie se používají antidepressiva (fluoxetin, fluvoxamin, sertralin, tricyklická antidepressiva), neuroleptika (sulpirid, risperdal, klasická neuroleptika), anxiolitika (buspiron, hydroxyzin). Anxiolytika se podávají ke snížení úzkosti v počátečních fázích léčby. Neuroleptika v nízké dávce mohou nahradit anxiolytika, které je z důvodu možnosti vzniku závislosti vhodné podávat jen krátkodobě a zmírňovat tak úzkostné prožitky. Užívají se k úpravě spánku, který bývá velmi často zhoršený.

Při podávání fluoxetinu nebyl ve studii Attia (Attia et al., 1998) zaznamenán signifikantní pozitivní vliv na terapii mentální anorexie, ale ve studii Kaye (Kaye et al., 2001) byla zjištěna možnost pozitivního preventivního efektu na relaps po nabytí optimální tělesné hmotnosti. Ve studii porovnávající amisulpride, fluoxetine a clomipramine Ruggiero (Ruggiero et al., 2001) vykázali pacienti s mentální anorexií užívající amisulpride lepší navyšování tělesné hmotnosti než u druhých přípravků. Nebyl však zjištěn mezi skupinami rozdíl u váhové fobie, body-image disturbance a amenorey. Olanzapine v léčbě mentální bulimie zkoumal Malina (Malina et al., 2003) a Powers (Powers et al., 2002), kdy obě studie doložili pozitivní výsledky. První

studie doložila snížení anxiety, problémů s příjmem potravy a hlavních symptomů poruchy příjmu potravy a druhá studie doložila pozitivní vliv na navýšení tělesné hmotnosti v průběhu deseti týdnů. Roku 2001 publikovaná studie (Santonastaso et al., 2001) zjistila pozitivní vliv podávání sertraline v léčbě mentální anorexie na snížení depresivní symptomatologie a perfekcionalismu.

Efekt farmakoterapie u léčby mentální bulimie není příliš výrazný. Například přehled Národního spolupracujícího centra pro psychické zdraví (NICE, 2004) dokládá, že farmakoterapie, zvláště podávání antidepresiv, je méně krátkodobě i dlouhodobě účinná než kognitivně behaviorální terapie. Oproti psychoterapii má však výhodu její jednoduchá aplikace. Její nízkou účinnost společně s nízkým účinkem svépomocné terapie potvrdila studie Walsh (Walsh et al., 2004) na devadesáti dvou pacientech, kteří byli randomizovaně rozděleni do tří skupin dle terapeutického působení fluoxetinu (60mg/den), placebo, fluoxetin a self-help terapie. První alarmující informací je, že 69 % pacientů nedokončilo terapii, u ostatních nebyl prokázán významný rozdíl mezi skupinami.

U mentální bulimie se aplikují citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, tricyklická antidepresiva (imipramin, desipramin), RIMA (moclobemid), antikonvulziva, carbamazepin, clonazepam.

Výzkum, testující efekt fluvoxaminu, byl zkoumán Schmidtem. (Schmidt et al., 2004) s výsledkem nesignifikantního rozdílu mezi skupinou užívající placebo a fluvoxamine v krátkodobém i dlouhodobém efektu. V léčbě mentální bulimie byl také testován antiepileptický lék spojený se snížením chuti k jídlu a snížením tělesné hmotnosti, topiramate. Ve studiích Hedges (Hedges et al., 2003) a Hoopes (Hoopes et al., 2003) vykázal vyšší efektivitu než placebo a poměrně dobrou toleranci pacienty. Efekt tohoto léku však nebyl významnější než u antidepresiv.

V léčbě záchvatového přejídání jsou povětšinou léky rozděleny do tří kategorií na antidepresiva, léky snižující chuť k jídlu a anticonvulsants. Z oblasti antidepresiv jsou z posledních let nejznámější studie testující selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), kdy jsou zaznamenány lepší výsledky než u placebo v případě podávání fluoxetine (Arnold et al., 2002) a citalopram (McElroy et al. 2003c). Avšak bohužel v případě mnohých studií, jako například v případě studie podávání fluvoxamine (Pearlstein et al., 2003) a serotonin a norepinephrine reuptake inhibitor

(SNRI) (Malhotra et al. 2002) jsou skupiny příliš malé, aby mohl být potvrzen rozdíl mezi skupinami, anebo díky problematické metodologii je těžké rozlišit, zda má na zlepšení vliv farmakoterapie či psychoterapie. Antidepresiva dle Devlin a Fischera (Devlin, Fischer, 2005) potlačují v krátkodobém horizontu epizody záchvatového přejídání, efekt na hmotnost však není významný. Z kategorie léků snižující chuť k jídlu je v posledních letech nejčastěji testován subutramine (Appolinario et al., 2003, Mitchell et al., 2003) s poměrně dobrým výsledkem. Jednou z nejnovějších kategorií léčiv užívaných pro léčbu záchvatového přejídání jsou anticonvulsanta. Nejčastěji jsou užívány topiramet a zonisamid, které na rozdíl od ostatních přípravků snižují chuť k jídlu a tělesnou hmotnost (Devlin, Fischer, 2005). Topiramate je také úspěšně užíván u léčby mentální bulimie (Hoopes et al., 2003).

Problem výpovědní hodnoty mnohých studií je však v tom, že v rámci výzkumu existuje vysoké procento pacientů, kteří terapii nedokončí či je v rámci výzkumu vzorek velmi malý (např. sedm probandů). Pak se o rozšířitelnosti zjištěných výsledků dá pouze spekulovat.

2.5.4 Psychoterapie dle velikosti skupiny

2.5.4.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je považována za nezastupitelnou formu terapie v léčbě poruch příjmu potravy. Je využívána v rámci hospitalizace, částečné hospitalizace i ambulantní léčby. Z jejích základních cílů lze jmenovat oslabení nadměrného zájmu o hmotnost, tělesné rozměry, postavu. V rámci této formy terapie je užíváno mnoho terapeutických přístupů, nejčastěji se mluví o kognitivně behaviorální terapii, jako účinné se však prokázaly i jiné méně známé. Užití individuální terapie je preferováno v případech nutnosti individuálního přístupu ke klientu, například v případě výskytu komorbidních poruch.

V případě ambulantní léčby je nutná počáteční a opakovaná kontrola fyzického zdraví klienta.

2.5.4.2 Skupinová terapie

Skupinovou terapii v rámci léčby poruch příjmu potravy je vhodné rozdělit dle klientů, na skupiny pacientů a skupiny rodičů, partnerů, rodinných příslušníků. Dále bude pojednáno pouze o případě skupinové terapie pacientů.

Účastníky skupiny jsou jeden až dva terapeuti a počet pacientů se pohybuje obvykle od 5 do 12 osob dle typu terapie či možností léčebného zařízení. Další faktory, jakými je délka, tedy množství jednotlivých sezení, čas počátku terapie v rámci průběhu léčby, homogenita složení skupiny dle diagnózy, je velmi různá a zcela závisí od povahy terapie, celkového managementu léčebného procesu a postupu pacienta v jeho uzdravení. Může probíhat v rámci hospitalizace, částečné hospitalizace i ambulantní péče, kde se nejčastěji jedná o svépomocné skupiny s vedením.

2.5.4.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie je považována zvláště u mladších adolescentů a dětí za téměř nezbytnou. Chování pacienta s poruchou příjmu potravy totiž ovlivňuje celou rodinu. K doporučení této terapie jsou praktické i teoretické důvody. Praktické důvody jsou, že pacienti sdílejí domov a rodiče mají kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle (Krch, 2005). Rodinná terapie je také užitečná u současných partnerských a manželských problémů.

Rodinná terapie se zaměřuje na sdílení informací o poruchách příjmu potravy, poradenství v oblasti managementu chování a usnadnění komunikace mezi členy rodiny. Zabývá se vymezením místa pacienta v rodině, změnou postojů rodiny k pacientovi a k celé nemoci.

Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině (Minuchin et al., 1978). V dynamice vztahu poruch jídla, zejména mentální anorexie, bývá v rodinné terapii zdůrazňován význam vztahu mezi matkou a dcerou. Matky anorektických dívek bývají charakterizovány jako málo empatické, perfekcionalistické, zdůrazňující dodržování pravidel a dosahování dobrého výkonu, k dcerám jsou často příliš kritické a zároveň hyperprotektivní. Samy bývají méně

sebevědomé a nejsou si jisté ani v oblasti mateřské role, jsou více vázány na souhlas a ocenění svého okolí. Zdroj problémů je podle této teorie v neschopnosti dospívající dívky odpoutat se z této vazby. Jde o konflikt mezi potřebou nezávislosti a strachem ze ztráty opory. (Kocourková, 1997, Graham et al., 1999)

Rodinná terapie může být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu, a nebo může být cenným doplňkem individuální terapie v případě práce s traumatem, jako je například pohlavní zneužití v rámci rodiny (Krch, 2005).

2.5.5 Terapie jednotlivých terapeutických škol

2.5.5.1 Kognitivně behaviorální a behaviorální terapie

Kognitivní terapie a kognitivně behaviorální terapie jsou časově limitované terapie pracující s terapeutickým manuálem. Pracují s abnormálními touhami, přesvědčeními a behaviorálními myšlenkami, které podporují a udržují poruchu. Zvláště terapie deprese a úzkostných poruch má širokou základnu (Compton et al., 2004) včetně tréninku a supervize terapeutů.

Pro mentální anorexii a mentální bulimii tento typ terapie podrobně popsal Garner a Garfinkel (Garner, Garfinkel, 1997). Zaměřuje se na pacientova přesvědčení, postoje a domněnky týkající se významu tělesné hmotnosti. Kognitivně behaviorální model považuje štíhlost za základní konstrukt hodnoty sebe sama, což je důvodem strachu ze zvýšení tělesné hmotnosti. Kombinace pozitivního a negativního zpevnění podporuje pacientovo jednání a pomáhá vysvětlit přirozený egoismus, který je součástí onemocnění. Doporučené strategie jsou zaměřené na narušení těchto názorů a podporu normálního jídelního chování. Druhy kognitivně behaviorální terapie, určené pro mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání se v mnoha oblastech překrývají. Fairburn (Fairburn et al., 1999) u léčby mentální anorexie doporučuje zaměření kognitivní terapie na zvýšenou potřebu sebekontroly hmotnosti a tělesných rozměrů a postupně vyvíjí (Fairburn et al., 2003) rozšířený přístup kognitivně behaviorální terapie zaměřený na čtyři klíčové faktory. Těmito faktory je perfekcionismus, nízké sebehodnocení, náladovost a interpersonální problémy. Tento přístup není inkonzistentní se zahrnutím rodiny do léčby. Pro speciální potřeby pacientek s mentální anorexií je třeba mnohdy kognitivně behaviorální terapii

modifikovat. U mentální anorexie trvá kognitivně behaviorální terapie obvykle déle než u mentální bulimie a kognitivní intervence se zaměřují na širší cíle, které zahrnují různé osobní a interpersonální oblasti (Garner et al., 1997).

Pro léčby mentální bulimie byl vyvinut specifický přístup kognitivně behaviorální terapie (Fairburn et al., 1993, NICE, 2004). Používá tři vzájemně se překrývající části. Obsahem první části je edukace pacienta s mentální bulimií, podpora navýšení množství pravidelných jídel denně a snahy odolávat záchvatům přejídání a zvracení. Druhá část se zabývá snížením dietních omezení, neboli zvýšením rozmanitosti jídelníčku a využitím kognitivních procedur a behaviorálních experimentů k identifikaci a korekci disfunkčních postojů, názorů a únikového chování. Nosnou myšlenkou třetí části je prevence relapsu. U dospělých pacientů s mentální bulimií za standardní dobu Fairburnem popsané léčby, je považováno dvacet týdnů obsahující devatenáct sezení (Fairburn et al., 1993).

Kognitivně behaviorální terapie vytvořená Fairburnem a jeho spolupracovníky (Fairburn, 1985; Fairburn, Marcus, Wilson, 1993, Wilson et al., 1997), zdůrazňuje pro léčbu mentální bulimie následující hlavní body:

- vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají;
- pravidelné vážení;
- změna schématu jídelního chování (tj. kontrolování redukčních diet; konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala; plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování);
- kognitivní restrukturační s cílem změnit navykklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a utužováním poruchy příjmu potravy;
- prevence relapsu.

Další variací terapeutického působení je behaviorální terapie, která je často užívaná jako terapie srovnávací skupiny ve výzkumu kognitivně behaviorální terapie (Hay, McDermott, 2007). Tato terapie je specifická aplikací pouze behaviorálních strategií jako jsou jídelní záznamy, aplikace „normálního“ jídla a technik

napomáhajících k odvedení pozornosti od extrémní kontroly tělesné hmotnosti a zvracení.

Dalším typem terapie určeným pro léčbu dospělých s mentální bulimií je terapie, která byla původně vyvinuta pro léčbu obsedantně-kompulzivní poruchy. Zahrnuje vystavení jídlu s následnou aplikací psychologických preventivních technik zabráňujících projevu strategií kontroly tělesné hmotnosti, jako je například zvracení, tak dlouho až ustoupí (Leitenberg et al., 1988). Tato terapie byla testována ve smyslu jejího vlivu na zvýšení účinku kognitivně behaviorální terapie v léčbě mentální bulimie (Agras et al., 1989).

Pro léčbu mentální bulimie byla také vyvinuta hypnobehaviorální terapie (Griffiths et al., 1994). Tato psychoterapie využívá kombinace behaviorálních technik, jako je sebekontrola zaměřená na změnu maladaptivních jídelních poruch a hypnotické sugesce zaměřené na posílení a povzbuzení behaviorálních změn.

Podstatným znakem kognitivně behaviorální terapie a behaviorální terapie je vysoká strukturovanost a věrné následování manuálu, což umožňuje snadnější hodnocení terapie a přesné předávání této metody. Například Devlinet (Devlinet et al., 2002) vypracovali studii zabývající se porovnáním efektu kognitivně behaviorální terapie a terapie fluoxetinem. Zjistili vyšší pozitivní vliv kognitivně behaviorální terapie na snížení záchvatů přejídání a pozitivní vliv fluoxetinu na snížení depresivní symptomatologie. U porovnání terapie kognitivně behaviorální terapie a interpersonální terapie u léčby pacientů se záchvatovitým přejídáním, Wilfley (Wilfley et al., 2002) došel k závěru, že skupinová kognitivně behaviorální terapie napomáhá efektivnímu snížení přejídacích epizod a interpersonální terapie je více efektivní ve snižování hmotnosti.

2.5.5.2 Interpersonální terapie

Interpersonální terapie se na problémy s jídlem přímo nezaměřuje. Tato terapie byla původně vytvořena Klermanem, Weissmanem, Rounsavillem a Chevronem (Klerman et al., 1984) jako krátkodobá léčba deprese. Později byla Fairburnem (Fairburn et al., 1991, Fairburn, 1997) modifikována pro terapii mentální bulimie. V první fázi je analyzován interpersonální kontext poruchy příjmu potravy směřující k formulaci problematické oblasti specifické pro daného pacienta. Terapie vede

klienta k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. Na práci s touto oblastí se zaměřuje druhá fáze. Uzavírá se terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech. Třetí fáze je zaměřena na sledování postupu vytváření interpersonálních změn a nalézání cest vedoucích ke zvládnání budoucích interpersonálních problémů.

U léčby mentální bulimie není věnována pozornost stravovacím návykům a tělesným postojům. U léčby mentální anorexie této problematice pozornost být věnována může. Aby terapeut mohl interpersonální terapii používat, musí projít speciálním tréninkem. Dle Hay a McDermott (Hay, McDermott 2007) není přesně známo, jak často je tato terapie užívána v léčbě poruch příjmu potravy.

Podobně jako kognitivně behaviorální terapie pracuje s přesným manuálem a tudíž je snadno empiricky hodnotitelná. V léčbě poruch příjmu potravy je však více známa kognitivně behaviorální terapie. Wilfley se spolupracovníky (Wilfley et al. 2002) porovnali výsledky aplikace těchto dvou terapií léčby pacientů se záchvatovitým přejídáním a došli k závěru, že skupinová kognitivně behaviorální terapie napomáhá efektivnímu snížení přejídacích epizod a interpersonální je více efektivní ve snižování hmotnosti. Krch (Krch, 2005) míní, že ač by se mohla preferovat tendence užití kognitivně behaviorální terapie oproti interpersonální terapii, terapeut, který má dobrý výcvik v některé interpersonální terapii, by určitě neměl být podporován v tom, aby se této formy léčby vzdal ve prospěch kognitivně behaviorální terapie.

2.5.5.3 Psychodynamická a psychodynamická interpersonální terapie

Psychodynamická terapie má nejdelší historii v léčbě poruch příjmu potravy. Již v roce 1973 Hida Bruch popsala (Bruch, 1973) základní terapeutické prvky, které vedou ke změně. Jsou to pochopení terapeutem významu potravy pro pacienta, a pomoci pacientovi nalézt alternativu k jeho anorektickému sebevnímání a sebevyjádření.

Psychodynamická psychoterapie se v rámci léčby poruch příjmu potravy vyznačuje dvěma myšlenkovými proudy. První z nich předpokládá, že poruchy příjmu

potravy nevyžadují podstatné modifikace ortodoxních psychodynamických intervencí, protože ani symptomy ani poruchy nepředstavují žádný specifický základní proces. Druhý myšlenkový proud předpokládá, že poruchy příjmu potravy jsou zvláštní tím, že je u nich třeba podstatných modifikací tradiční dynamické terapie pro to, aby se vyšlo vstříc specifickým potřebám pacientek (Krch, 2005).

Mimo tradici klasické psychodynamické terapie vznikla self-psychologie určená pro poruchy příjmu potravy (Goodsitt, 1997), která vnímá mentální bulimii jako zvláštní patologii self. Za účelem uspokojení potřeb, jako je například sebeúcta, se nemocný nemůže opírat o ostatní lidi, a proto se opírá o matérii, o jídlo. Záměrem terapeutického působení je obnovit důvěru, či nalézt oporu, v ostatní lidi. Tento proces začíná v důvěře k terapeutovi. Tato terapie je však svou povahou dlouhodobá a pro terapeuta časově náročná. Vyžaduje absolvování specifického výcviku, který nemusí být vždy k dispozici.

Ve své publikaci Dare a Crowther (Dare, Crowther 1995) popisují další typ terapie, kterou je fokální psychoanalytická terapie. Tato terapie je standardizovanou, časově ohraničenou formou psychoanalytické terapie. Je tudíž na rozdíl od klasické psychoanalytické terapie snadněji přístupná, šiřitelná a empiricky hodnotitelná. Terapeut zaujímá nedirektivní postoj. Neposkytuje tedy žádné rady ohledně jídelního chování či ostatní symptomatologie, zaměřuje se však na nevědomé i vědomé významy příznaků v kontextu pacientovy osobní a rodinné anamnézy, dále na vliv symptomatologie na současné interpersonální vztahy a na projev těchto vlivů ve vztahu pacienta s terapeutem. Nedirektivní postoj však také přináší omezení v léčbě dětí a dospívajících, kde je vyvíjen tlak rodičů na aktivní přístup lékařů terapeutů k léčbě.

V současnosti Krch (Krch, 2005) doporučuje zvážit začlenění déletrvajících dynamicky orientované terapie jako alternativy k dlouhodobé kognitivně behaviorální terapii u těch pacientek, u kterých selhaly jiné a levnější přístupy.

2.5.5.4 Psychoanalytická terapie

Psychoanalytická terapie není často v léčbě poruch příjmu potravy užívána jako hlavní léčebný postup. Důvodem je její časová náročnost, která je v kontradikci s nutností urgentního řešení zdravotních komplikací, zvláště u pacientů s mentální

anorexií. Je však považována za vhodnou doplňkovou léčbu, kdy se zaměřuje na osobnostní projevy pacienta, porozumění hlubšímu prožívání nemoci a nevědomých souvislostí. V tomto typu terapie vystupuje do popředí vztah matky a dcery a problematika sexuálního zneužívání, která je často s tímto onemocněním svázána.

2.5.5.5 Dialektická behaviorální terapie

Dialektická behaviorální terapie byla původně vyvinuta k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Je typem behaviorální terapie, která nahlíží snížené řízení emocí jako základní problém onemocnění mentální bulimie. Přejídání a vyprazdňování nahlíží jako pokusy o ovlivnění změny nebo kontroly bolestivého emočního stavu. Předmětem je naučit pacienty dovednostem, které mohou nahradit dysfunkční chování (Safer et al., 2001). Použití této terapie v léčbě záchvatovitěho přejídání je shrnuté v práci Kotlera (Kotler et al., 2003). Součástí terapie je silný motiv akceptace nemocné osoby kombinovaný s očekáváním změny současného jejího chování. Napětí, které vzniká mezi potřebami akceptace a změny, je nazýváno „dialektickou“ tenzí. Ač tato terapie byla původně vyvinuta pro dospělé pacienty, byla použita i pro adolescenty s hraniční strukturou osobnosti a mladé delikventní dívky (Trupin et al., 2002).

Dialektická behaviorální terapie je často používána u pacientů, kteří mají self-ubližené chování. Zaměřuje se na ověření chování a reakcí, které jsou srozumitelné ve vztahu k životu, a práci na vědomém úsilí o změnu těch, které mají negativní dopad.

2.5.5.6 Kognitivně analytická terapie

Kognitivně analytická terapie je terapií kombinující elementy kognitivní terapie a jasně zaměřené psychodynamické terapie. Kognitivně analytická terapie zahrnuje péči o aktivní symptomatologii a byla doporučena jako úměrná alternativa kognitivně behaviorální terapie (Garner, Needleman, 1997).

Terapie pracuje s diagramem, který s terapeutickou podporou vytvořil pacient. Jedná se o jeho zkušenosti s onemocněním mentální bulimie a prvotní i současné vztahy mezi nimi. Během následné terapie mohou být jednotlivé součásti diagramu přesouvány (Treasure et al., 1995). Terapie zahrnuje 20 sezení jedenkrát týdně a tři

zvláštní podpůrná sezení jedenkrát za měsíc. Terapeuti musí absolvovat speciální výcvik se supervizí. Tato terapie byla vyvinuta pro dospělé pacienty (Hay, McDermott, 2007).

2.5.5.7 Kognitivně orientovaná teorie

Cílem kognitivně orientované teorie je vytvořit systematickou proceduru pro zkoumání významů chování daného tématu. Například v případě přejídání kognitivní orientace odkazuje na oblasti jako je odmítnutí nebo únik projevující se ve formě hostility, tato jsou považována za hlavní důvod přejídání. Terapie zaměřená na modifikaci chování spojeného s poruchou příjmu potravy se zaměřuje na systematickou změnu přesvědčení spojených s touto problematikou, jako je agrese nebo únik. Terapeut se nesnaží přesvědčit pacienta, že jeho přesvědčení jsou nesprávná či maladaptivní (Bachar et al., 1999), ale napomáhá pacientovi vytvořit si přesvědčení, která jsou opakem k těm, která vedla k jeho chování. Tento typ terapie byl původně vyvinut pro dospělé pacienty (Hay, McDermott, 2007).

2.5.5.8 Feministická terapie

Feministické terapie se opírají o tvrzení, že kulturní konstrukce pohlaví jsou zásadní pro pochopení a pro léčbu poruch příjmu potravy. Nejznámější popisy feministických a transkulturních přístupů k poruchám příjmu potravy jsou v pracích Katzman a Lee (Katzman, Lee, 1997), Dolan a Gitzinger (Dolan, Gitzinger, 1994), Striegel-Moore (Striegel-Moore, 1995) a Wooley (Wooley, 1995). Hay a McDermott zmiňují možnost využití těchto či upravených terapií u mladých lidí. Pro funkční užití těchto terapií svědčí fakt, že většina nemocných s poruchou příjmu potravy jsou ženy, vykazující nespokojenost s vlastním tělem (Hay, McDermott, 2007).

2.5.5.9 Terapie zaměřené na zvýšení motivace

V devadesátých letech jsou vyvíjeny terapie zaměřené na zvýšení motivace, určené pro pacienty s pro poruchou příjmu potravy (Vitousek et al., 1998, Ward et al., 1996). Tyto terapie jsou zaměřeny na ego-laděnou povahu onemocnění a jsou založeny na modelu změny se zaměřením na fáze změny. Fáze změny představují

konstelaci záměrů a chování, kterými dotyčný pacient prochází, které se mění od fáze existence problému („já mám problém“) do fáze práce na řešení problému („řeším můj problém“). Proces změny je rozdělen do pěti fází na Prekontemplaci (Precontemplation), Kontemplaci (Contemplation), Přípravu (Preparation), Akci (Action) a Udržování, zachování, podpora (Maintenance). Lidé ve fázi prekontemplace nevnímají existenci problému a nevykazují záměr změny. Lidé ve fázi kontemplace uznávají, že mají nebo mohou mít problém a přemýšlí o změně. Neuskutečnili však ještě závazné rozhodnutí. Lidé ve třetí fázi, nazývané akce, se aktivně podílejí na překonání jejich problému a lidé ve fázi udržovací pracují na prevenci relapsu. Cílem motivačně zaměřené terapie je pomoci pacientům přesunout se z prvních fází k fázi akce, s využitím kognitivních a emočních strategií. Například ti, kteří se nacházejí ve fázi prekontemplace jsou vyzýváni k zamýšlení se nad vlastními myšlenkami, pocity a chováním, zda jsou normální nebo zda jsou konzistentní s diagnózou například mentální anorexie. Následně se zamýšlejí nad plusy a mínusy, když s tím něco začnou dělat. Například jsou vyzváni, aby zvažovali možnost, že mají poruchu příjmu potravy a možnost změny je dobrý nápad. V rámci terapie jsou používány otevřené otázky k vyvolání reakce klienta a reflexivní parafrázování k posílení klíčových bodů motivace. V průběhu sezení probíhá strukturovaný assessment. Velké množství času je v průběhu terapie věnováno vysvětlování zpětné vazby na klienta. Terapie celkově směřuje k vývoji a upevnění plánu změny (Prochaska, 2009).

2.5.5.10 Další terapie

V rámci poruch příjmu potravy jsou aplikovány další typy terapeutického působení, z nichž nejvýraznější proud kinezioterapeutický bude pojednán ve zvláštní kapitole. V této části je ještě důležité zmínit alespoň dva typy terapie, kterými je terapie teplem a terapie podle Peggy Claude-Pierre.

Terapie teplem pracuje s fyziologickou tvorbou tepla a jejím stálým ztrácením, nejvíce dechem, ale i obtékáním atd. Aby se snížil únik tepla a jeho vytváření, a tedy snížila i spotřeba energie bazálního metabolismu, využívají se techniky balení pacienta do pokrývek, vyšší teplota v místnosti atd. Dle Birminghama (Birmingham et al., 2004) však tato forma terapie nemá signifikantní vliv na navýšení tělesné hmotnosti pacientů s mentální anorexií.

Terapie podle Peggy Claude-Pierre (Claude-Pierre, 1998) se praktikuje na australské klinice Montreaux. V rámci této terapie má hospitalizovaný pacient k dispozici 24 hodin denně svého ošetřovatele, který má za úkol se pacientovi stále věnovat a přesvědčovat jej k jídlu či k zabránění zvracení. Tento ošetřovatel si s pacientem povídá, rozptyluje ho a hlavně ho zahrnuje láskou. Cílem této terapie je zjištění pacienta, že není méněcenný, a že se nemusí vždy snažit vyhovět svému okolí, že má právo žít a radovat se z maličkostí jako ostatní. Tento terapeutický přístup dosud nebyl testován v porovnání s jinými terapeutickými přístupy.

Z dalších terapeutických přístupů v léčbě poruch příjmu potravy nelze opomenout terapeutické přístupy z oblasti arteterapie, ergoterapie a hipoterapie.

Arterapie je hojně využívána jako doplňující léčba pracující zvláště s možností obrazového vyjádření tělesné problematiky v rámci body-image technik, ale i nonverbálního vyjádření pocitů.

Ergoterapie je v léčbě poruch příjmu potravy zvláště zaměřena na odvedení pozornosti klienta od neustálého mluvení a přemítání o jídle a tělesné problematice. Pracuje také reálných situacích s problematikou perfekcionalismu a takzvaného falešného samaritánství vyskytujícím se zvláště u mentální anorexie.

V užití hipoterapie jako terapie poruch příjmu potravy hraje roli fakt, že vztah člověka a zvířete je jiný, než vztah dvou lidí. Snižuje se zde neustálé poměřování pacientů mezi sebou a vnějším světem. Vzniká pozitivní podporující přátelský vztah mezi pacientem a koněm. A určitou roli zde hraje i přitažlivost vyjížděky na koni, která může být využita motivačně při navyšování hmotnosti či stabilizaci jídelního chování.

3 Metody, Systematický přehled

Každá vědní oblast pro svůj vývoj a aplikaci potřebuje důsledné zmapování dosavadních vědeckých výsledků. V oblasti pohybové a na tělo zaměřené terapie u poruch příjmu potravy toto chybí. Cílem vytvořeného výzkumu bylo doplnit tuto chybějící část v oblasti důležité pro zdraví současného člověka.

V kapitole je popsán metodický rámec celého výzkumu. Nejprve jsou zmíněny cíle výzkumu a následně jsou popsány stěžejní body tvorby systematického přehledu, metodologického designu, zvoleného pro vyhledávání a utřídění relevantních informací. Stěžejními body jsou klíčové otázky, strategie práce s literaturou, způsob identifikace relevantních článků, popis kritérií pro zařazení a vyloučení prací do výzkumu. V neposlední řadě je popsán proces získávání relevantních informací ze zařazených článků do výzkumu a jejich generování do tabulky. Celkový proces hodnocení a výsledky výzkumu jsou zařazeny v kapitole s názvem Výsledky.

3.1 Cíl

Při definování cílů je třeba mít na paměti, že se pohybujeme v oblasti nepopsané v oblasti, o které v současné době existují pouze částečné, neúplné informace. Proto je nutné se zaměřit na vytvoření pevné základny pro další rozvoj. Cíle pro tuto práci byly stanoveny následně:

1. Zmapovat problematiku a terapeutický potenciál terapie poruch příjmu potravy se zřetelem na terapeutické působení pohybu a na tělo zaměřených technik.
2. Vyhledat všechny testované terapeutické přístupy, které pracují s technikami zaměřenými na pohyb a tělo, určenými pro terapii poruchy příjmu potravy.
3. Zhodnotit využitelnost výsledků nalezených studií pro praxi a následný výzkum.
4. Zpřístupnit maximální množství informací využitelných pro další výzkum, pro odbornou veřejnost, v co nejméně zkreslené podobě.
5. Nastítnit možnosti dalšího směřování výzkumu v oblasti terapie poruch příjmu potravy odpověďmi na klíčové otázky.

3.2 Klíčové otázky

Ve výzkumu se popsané klíčové otázky týkají publikovaných výzkumů terapeutických programů pracujících s tělem a pohybem, které byly ověřeny v léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy. K jejich ověření byl užit vzorek klinické populace pacientů, u kterých byla diagnostikována porucha příjmu potravy. Jednotlivý terapeutický program nebo terapeutická technika byla použita a ověřována jako součást léčby onemocnění porucha příjmu potravy. Formulace klíčových otázek pro výzkum jsou následující:

1. Jaké je množství publikovaných výzkumů terapeutických programů pracujících s tělem a pohybem, které byly ověřeny v léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy?

Dosud nebyl vytvořen důsledný přehled veškerých výzkumů oblasti terapie užívající pohybu a těla v léčbě poruch příjmu potravy, není proto známo, jaké množství publikovaných výzkumů v této oblasti existuje. Pro další výzkum je tato informace nutná, představuje vytvoření pevného základu pro tvorbu dalších, navazujících výzkumů.

2. Od kterého roku jsou výzkumy publikovány?
3. Roste počet publikovaných výzkumů v této oblasti vzhledem k času?

Pro tvorbu pevného základu pro další výzkumy je také důležitá informace, kdy byla publikována první studie zabývající se touto problematikou, od kterého data jsou tyto programy ověřovány, a zda jejich množství narůstá v čase. Vzhledem k současnému trendu důrazu na medicínu založenou na důkazu, předpokládáme výrazný nárůst ověřených studií v posledních dvou letech.

4. Jaká je váha důkazu studií?

Kvalita jednotlivých výzkumů je důležitá pro jejich možnost rozšíření na populaci a další využití výsledků. V tomto výzkumu pracujeme se studii, jejichž výzkumný vzorek tvoří klinická populace. Tento typ výzkumného vzorku je velmi problematický, především z hlediska jeho nesnadného získávání v dostatečném množství pro tvorbu kontrolních skupin a použití randomizace. Předpokládáme proto vyšší výskyt studií o nižší váze důkazu.

Porovnatelnost výsledků jednotlivých výzkumů, které neodpovídají designu klinické kontrolované randomizované studie, je diskutabilní. Cílem zodpovězení této klíčové otázky je i snaha nalézt možnosti a hranice porovnání výsledků jednotlivých studií a tak zvýšení jejich významu pro další výzkum.

5. Které terapeutické programy a techniky jsou ve výzkumech testovány?

6. Existují terapeutické techniky, které jsou v jednotlivých výzkumech častěji užívány?

V léčbě poruch příjmu potravy jsou používány terapeutické programy, pracující s pohybem a tělem, jsou však velmi málo testovány. Důležité je získat informaci, které terapeutické programy či metody testovány již byly, a tak předložit terapeutům v praxi možnost užívání terapeutického programu, který již byl ověřen, anebo zvýšit motivaci terapeutů k testování jimi užívaného programu.

7. Kterí pacienti jsou zahrnováni do výzkumného vzorku?

8. Jsou u jednotlivých syndromů onemocnění porucha příjmu potravy testovány totožné terapeutické techniky?

Onemocnění porucha příjmu potravy zahrnuje několik syndromů, které se liší také v doporučení užití pohybových programů v jejich léčbě. Důvodem jsou rozdíly v oblasti hmotnosti pacientů, nadužívání pohybu, problematice osteoporózy, kardiovaskulárních změn atd. Proto je otázkou, zda je možné totožné terapeutické techniky pracující s pohybem a tělem užívat u různých syndromů, anebo zda na otázku nelze dosud odpovědět, a proto je vytvořen prostor k dalšímu výzkumu.

Předpokládáme, že budou častěji, v rámci výzkumného vzorku, užití pacienti s mentální anorexií, kteří jsou nejčastěji zařazováni do hospitalizační léčby. Je to na základě povahy tohoto syndromu, vysokého rizika selhání organismu nemocných s následkem smrti. Na základě hospitalizace je jednodušší získat vzorek pacientů a zajistit standardní podmínky, lze proto předpokládat častější testování programů v léčbě mentální anorexie. U syndromu mentální anorexie je však pohyb považován jako rizikový faktor z hlediska jeho nadužívání nebo z hlediska rizika vzniku únavových zlomenin, což by nasvědčovalo častějšímu užití a testování programů u ostatních syndromů než u mentální anorexie.

Pro rozdílnost jednotlivých syndromů poruchy příjmu potravy předpokládáme, že častěji bude výzkumný vzorek homogenní, co se typu syndromu týče. V léčbě poruch příjmu potravy se však velmi často vyskytují heterogenní skupiny pacientů z hlediska syndromu. Proto je důležité znát, na kterém typu syndromu byla daná terapie testována, zda se jednalo pouze o jeden či více typů.

9. Existují ověřovací metody, které jsou ve výzkumech častěji užívány?

Zjištění jednotlivých metod, které byly užity k ověření jednotlivých terapeutických programů, je důležité pro budoucí tvorbu výzkumů. Z hlediska porovnatelnosti jednotlivých výzkumů je vhodnější užití totožných ověřovacích metod. Odpověď na tuto otázku má podat informaci o typu používaných metod a častost jejich užití obecně i v rámci jednotlivých typů terapie.

3.3 Metodika práce s literaturou

3.3.1 Kritéria pro zařazení a vyloučení

Pro potřeby extrakce relevantní literatury byla zvolena kritéria pro zařazení a vyloučení článků k dalšímu šetření. V souladu s metodologií systematického přehledu byla v průběhu vyhledávání relevantních článků kritéria upravována a zpřesňována. Výsledná kritéria, rozdělena do kategorií, jsou následující:

1. Populační vzorek;

- a) lidé;
- b) všechny rasy, etnické a kulturní skupiny;
- c) osoby starší deseti let;
- d) pacienti s poruchou příjmu potravy dle diagnostických kritérií DSM nebo MKN;
- e) všechny národnosti.

2. Publikační kritéria;

- a) datum publikace do prosince 2008;
- b) publikováno v anglickém jazyce;
- c) tištěné články, monografie;
- d) vyřazeny byly články publikované v „šedé literatuře“, jejichž citace nejsou dostupné elektronickými databázemi.

3. Kritéria obsahu;

- a) originální výzkum dostatečně detailně popisující populační vzorek, terapeutické působení, metody sběru dat, hodnocení a závěr;
- b) terapeutický program či metoda pracující s pohybem a nebo tělem;
- c) terapeutický program či metoda byla testována na vzorku pacientů s poruchou příjmu potravy;
- d) nemá obsahovat studie založené na self-help metodě.

Po prvotním průzkumu používaných terapeutických metod byly vyloučeny studie pracující s hypnoterapií.

3.3.2 Průzkum literatury a proces získávání

K identifikaci relevantní literatury byly na základě průzkumu literatury stanoveny vyhledávací termíny (Keywords, Subjects, MeSH Terms, Subject Terms, ...).

Aby bylo vyloučeno opominutí relevantních článků byly zdroje vyhledávány třemi vzájemně se překrývajícími způsoby:

1. Provedení počítačové rešerše elektronických bibliografických databází výzkumníkem.
2. Provedení počítačové rešerše elektronických bibliografických databází zaměstnanci rešeršního oddělení Národní lékařské knihovny.
3. Průzkum literatury, seznamu referencí, náležející k relevantním článkům a literatuře vztahující se k tématu tohoto výzkumu, informace odborníků.

Pro provedení počítačové rešerše elektronických bibliografických databází výzkumníkem byly zvoleny tyto dílčí kroky:

1. Stanovení klíčových slov.
2. Prohledání bibliografických databází a relevantní literatury a ostatních zdrojů;
 - a) návrh klíčových slov a dotazovacích formulí pro elektronické vyhledávání;
 - b) provedení počítačové rešerše elektronických bibliografických databází;
 - c) vyhledání titulů a abstraktů a eliminace irelevantních jednotek;
 - d) získání relevantních jednotek primárních dokumentů v plném textu;
 - e) analýza primárních dokumentů a eliminace irelevantních.

3. Oprava klíčových slov a dotazovacích formulí pro elektronické vyhledávání.
4. Prohledání bibliografických databází a relevantní literatury a ostatních zdrojů na základě upravených klíčových slov a dotazovacích formulí dle předcházejících bodů a-e.

Zařazení relevantních dokumentů k dalšímu zpracování.

Všechny nalezené články byly následně pročitány a selektovány postupnými kroky pročitání názvů, pročitání abstraktů, získávání plných textů a jejich analýza. Aby bylo zamezeno opětovnému pročitání již přečtených dat, byly veškeré relevantní i irelevantní články zařazeny do příslušného seznamu, který byl vždy na prvním místě zkoumán a aktualizován.

Počítačová rešerše výzkumníkem byla provedena v elektronických databázích PubMed a EBSCO. V databázi PubMed jsou indexována data databáze MEDLINE a některé další výzkumné časopisy, které zasílají své fulltextové vrze do PubMedCentral a získávají kvalitativní přehledy na základě NLM. EBSCO zajišťuje vstup do PsycINFO, PsycARTICLES, PsycBOOKS, Education Research Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, Environment Complete, Research Starters - Sociology, Communication & Mass Media Complete, Business Source Complete, Computer Science Index, Computer Source, Computers & Applied Sciences Complete, GreenFILE, Information Science & Technology Abstracts (ISTA), Internet and Personal Computing Abstracts, Library, Information Science & Technology Abstracts with Full Text, Regional Business News, Research Starters - Business, Research Starters - Education, SPORTDiscus with Full Text, MLA International Bibliography, MLA Directory of Periodicals and Literary Reference Center.

Tabulka č. 2: Popis databázového vyhledávání v EBSCO je uvedeno v následující tabulce. Pro další využití je zvláště důležité popsání využití klíčových slov.

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S1	SU Eating disorders OR Bulimia OR Anorexia OR Binge eating OR Binge eating disorder OR Jídelní problémy OR Jídelní poruchy OR Poruchy příjmu potravy OR Anorexie OR Bulimie OR Záchvatovité přejídání OR Coprophagia OR Hyperphagia OR Pica OR Přejídání OR	Limiters - Published Date from: 190001- 200812	42774

	Night eating syndrome	Search modes - Boolean/Phrase	
S2	(SU (Physical Activity OR Adapted physical activity OR Adventure therapy OR Alexander Lowen system OR Alternative therapies OR Alternative therapy OR Arts-Based Therapies OR Basic Body awareness therapy OR BAT OR BBAT OR Bewegungsexpressie en psychodrama OR Bio-energetic OR sensory awareness OR Body awareness OR Body awareness therapy OR Body ego therapy OR Body image therapy OR Body movement OR Body oriented psychotherapy OR Body oriented therapy OR body therapy OR Body work OR Body-oriented OR Body-oriented therapy OR Breath OR Breathing OR Breathing Exercises OR Breathing therapies OR Dance OR Dance and movement therapy OR Dance movement therapy OR Dance therapy OR Dech OR Dechová cvičení OR Euphony OR Exercise OR Exercise therapy OR Exercise-Movement-Techniques OR Experimental therapies OR Experimental therapy OR Experimental therapy OR Exposure OR Feldenkrais OR fitness OR Focusing OR Funktionelle Entspannung OR Haptonomi OR Hippotherapy OR Hydrotherapy OR Integrative bewegungstherapie OR Kinesioterapie OR Kinezioterapie OR Kinezioterapie OR Kommunikatieve Bewegingstherapie OR Konzentratieve Bewegingstherapie OR Körperzentrierte Psychotherapie OR Laban system OR Feldenkrais system OR massage therapy OR Massage-therapy OR Mind body therapy OR Mindfulness OR Mototherapie OR Movement therapy OR Occupational therapy OR Pessomotor therapy OR Play-therapy OR PMT OR Pohybová terapie OR Psychomotor fitness training OR Psychomotor therapy OR Psychomotorik OR Psychomotorika OR Psychomotorische therapie OR rehabilitation OR Relaxation OR Relaxation therapy Autogenous Training OR Relaxation therapy van Jacobson OR Running therapy OR Runningtherapy OR Sofrologie OR Somatothérapie OR Sport OR Sport therapy OR Tai Chi OR tanec OR Taneční terapie OR Therapeutic recreation OR Thérapie de médiation corporelle OR touch OR Vaktherapie OR Yoga)) and (S1)	Search modes - Boolean/Phrase	1711
S3	(SU (Therapy or psychomotor-therapy or Psychomotortherapy or psychotherapy or rehabilitation or psychomotor or therapeutic or therapeutical or psychotherapeutic or terapie or	Search modes - Boolean/Phrase	143

	psychoterapie) not (excessive exercise or psychomotor retardation or psychomotor disorder or sport injury or cancer or rats or pigs or drags or mice or drug dependence or drug therapy or hormonal therapy or chemotherapy or chemotherapeutic or nutritional rehabilitation or oral rehabilitation or hypnotherapy or cortisol or leptin or drug or brain injury or schools or Arthritis or arterial or eutonyl or Artemisinin or artemether or artichoke or prevention or occupational therapy)) and (S2)		
S4	(Physical Activity OR Adapted physical activity OR Adventure therapy OR Alexander Lowen system OR Alternative therapies OR Alternative therapy OR Arts-Based Therapies OR Basic Body awareness therapy OR BAT OR BBAT OR Bewegungsexpressie en psychodrama OR Bio-energetic OR sensory awareness OR Body awareness OR Body awareness therapy OR Body ego therapy OR Body image therapy OR Body movement OR Body oriented psychotherapy OR Body oriented therapy OR body therapy OR Body work OR Body-oriented OR Body-oriented therapy OR Breath OR Breathing OR Breathing Exercises OR Breathing therapies OR Dance OR Dance and movement therapy OR Dance movement therapy OR Dance therapy OR Dech OR Dechová cvičení OR Euphony OR Exercise OR Exercise therapy OR Exercise-Movement-Techniques OR Experimental therapies OR Experimental therapy OR Experimental therapy OR Exposure OR Feldenkrais OR fitness OR Focusing OR Funktionelle Entspannung OR Haptonomi OR Hippotherapy OR Hydrotherapy OR Integrative bewegungstherapie OR Kinesioterapie OR Kinezioterapie OR Kinezioterapie OR Kommunikatieve Bewegungstherapie OR Konzentratieve Bewegungstherapie OR Körperzentrierte Psychotherapie OR Laban system OR Feldekrais system OR massage therapy OR Massage-therapy OR Mind body therapy OR Mindfulness OR Mototherapie OR Movement therapy OR Occupational therapy OR Pesso psychomotor therapy OR Play-therapy OR PMT OR Pohybová terapie OR Psychomotor fitness training OR Psychomotor therapy OR Psychomotorik OR Psychomotorika OR Psychomotorische therapie OR rehabilitation OR Relaxation OR Relaxation therapy Autogenous Training OR Relaxation therapy van Jacobson OR Running therapy OR Runningtherapy OR Sofrologie OR Somatothérapie OR Sport OR Sport therapy OR Tai Chi OR tanec OR Taneční terapie OR Therapeutic recreation OR Thérapie í médiation	Search modes - Boolean/Phrase	5214

	corporelle OR touch OR Vaktherapie OR Yoga) and (S1)		
S5	(SU (Therapy or psychomotor-therapy or Psychomotorthrapy or psychotherapy or rehabilitation or psychomotor or therapeutic or therapeutical or psychotherapeutic or therapie or psychoterapie) not (excessive exercise or psychomotor retardation or psychomotor disorder or sport injury or cancer or rats or pigs or drags or mice or drug dependence or drug therapy or hormonal therapy or chemotherapy or chemotherapeutic or nutritional rehabilitation or oral rehabilitation or hypnotherapy or cortisol or leptin or drug or brain injury or schools or Arthritis or arterial or eutonyl or Artemisinin or artemether or artichoke or prevention or occupational therapy)) and (S4)	Search modes - Boolean/Phrase	421

Původním záměrem bylo zapracování článků bez rozdílu jazyka, což se zobrazuje v užití klíčových slov, která se orientují dle lokálních názvů pro terapii pracující s pohybem a tělem. Do klíčových slov jsou také zařazeny terapie jako kognitivně behaviorální terapie, behaviorální terapie atd., jejichž součástí může být, ale i nemusí, samostatně ohraničená technika pracující s tělem a pohybem. Tato klíčová slova byla zařazena z důvodu eliminace možnosti nezachycení relevantních článků, jež obsahují techniky pracující s tělem a pohybem, ale které nejsou jasně specifikované v klíčových slovech. Právě neúplnost či nejednotnost v užívání klíčových slov pro články zahrnující pohybově, na tělo zaměřenou terapii ztěžovalo a prodlužovalo celý proces vyhledávání relevantních prací. Proto na základě těchto problémů bylo rozhodnuto o zařazení do textu také soubor klíčových slov použitých u relevantních článků, aby tak byla pro další výzkumníky ulehčena a zefektivněna práce vyhledávání.

Počítačová rešerše elektronických bibliografických databází, která byla provedena zaměstnanci rešeršního oddělení Národní lékařské knihovny, čerpala z těchto zdrojů:

American Academy of Periodontology Publications; American Physiological Society; Bentham Open; Bioline International; BioMedCentral; Blackwell-Synergy Free Collection; Cell Press Free Archives; Directory of Open Access Journals; EBSCOhost - Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL, GreenFILE, MasterFILE Premier, Newspaper Source, Regional Business News,

Newspaper Source, ERIC, GreenFILE; EDP Sciences; Elsevier Masson; Free IngentaConnect Backfiles; Freely Accessible Journal; Gallica; Google Scholar; HighWire Press; Hindawi Publishing Open Access Journals; IngentaConnect; J-STAGE; Journals@Ovid; Karger Journals; Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA); MedKnow Publications; MEDVIK; Nature Journals Online; OhioLINK Directory of Open Access Journals; Open J-Gate; Open Journal Systems (OJS); ProQuest - ABI/INFORM, Academic Research Library, Accounting & Tax Database, Banking Information Source, Pharmaceutical News Index, Career and Technical Education, Computing, Education Journals, European Business, Medical Library, Religion, Research Library, Science Journals, Social Science Journals, Telecommunications; Public Library of Science (PLoS); PubMed Central; Research Medical Library Catalog; SciELO Public Health; Science Magazine; ScienceDirect Journals; Scopus; SpringerLink Contemporary; SwetsWise Online Content; Taylor&Francis; UK PubMed Central; Web of Science; Wiley InterScience Journals; Wiley-Blackwell Full Collection; WOK Web of Science Science; Anopress; Bibliographia medica Českoslovaca BETA; Bibliographia medica Českoslovaca; Bibliographia medica Českoslovaca retrospektiva; Bibliographia medica Slovaca; Digitální knihovna NLK – Kramerius; EZB - Electronic Journals Library; Health for All; Journal Citation Reports; Manuscriptorium; M/E/O/S; MICROMEDEX; OVID Biological Abstract; OVID EMBASE; OVID MEDLINE; Pubmed; Pubmed LinkOut Journal List; TRIP Database; Web of Science; Who Named It?.

Pracovníci rešeršního oddělení Národní lékařské knihovny si vyhledávací termíny stanovili sami, na základě vlastní zkušenosti.

Jednotlivé články, které byly postoupeny do užšího výběru a nebyla u nich podrobně popsána terapie, byly pročitány a na základě citací byly nalézány popisy terapeutického působení. Následně, na základě nově zjištěných údajů, byly tyto články opětovně hodnoceny z pohledu relevantnosti pro další zařazení do výzkumu. Nalezené články, které se zabývaly tematikou terapie zaměřené na tělo a pohyb, ale netestovaly terapii, či nepoužily vzorek klinické populace, byly také pročitány z hlediska obsažených citací a jejich možnosti vhodnosti zařazení do výzkumu.

Celkem bylo prohledáno téměř dva tisíce článků, z toho polovina byla hned v první fázi vyřazena jako irelevantní. Téměř čtyřista článků bylo získáno a přečteno

ve fulltextu a postoupeno k dalšímu hodnocení. Do tabulky byla zpracována data z 82 článků. Z těchto byla následně polovina vyloučena pro nejasnosti v popisu vzorku populace a testování. V konečném zpracování bylo v tomto výzkumu hodnoceno 41 článků.

3.4 Syntéza literatury

Získané články, které byly uznány jako relevantní, byly následně podrobně pročítány a hodnoceny. Data byla jednotlivě extrahována do tabulky podle jednotného klíče, aby mohla být dále strukturována. Zvolené položky tabulky jsou následující:

Publikační údaje:

- název článku;
- kde a kdy byl článek publikován;
- autor, autoři článku;
- pracoviště autora článku;
- rok publikace článku.

Základní metodologické údaje:

- zaměření, cíl studie;
- výzkumné strategie.

Výzkumný vzorek:

- celkový počet respondentů;
- věk respondentů;
- druh výběru;
- rozsah výběru;
- metody použité v rámci výběru vzorku;
- poměr mužů a žen v rámci výběru;
- další charakteristiky vzorku.

Výzkumné skupiny:

- celkový počet skupin;
- metoda rozdělení respondentů do skupin.

Specifikace jednotlivých výzkumných skupin:

- specifikace skupiny na základě jejích členů a velikosti;
- terapeutické působení na skupinu.

Údaje vážící se k výzkumnému působení:

- délka trvání výzkumu;
- následné sledování (Follow-up);
- druh, forma terapeutického působení, které bylo předmětem výzkumu.

Údaje vážící se k terapeutickému působení:

- veškeré druhy terapií, které byly užity v čase výzkumu.

Údaje vážící se k terapii zaměřené na tělo, pracující s pohybem:

- kde je terapie popsána?

Údaje vážící se k testování:

- jaké metody byly použity k testování;
- kdy probíhalo hodnocení.

Údaje vážící se k výsledkům výzkumu:

- výsledky po ukončení terapie;
- výsledky následného sledování (follow-up);
- další dodatečné informace.

Další údaje:

- keywords;
- subjects;
- MeSH Terms;
- Subject Terms.

Z předloženého výčtu je zřejmý velmi podrobný popis jednotlivých studií. Je to z důvodu přehlednosti jednotlivých získaných dat. Čtenáři jsou data předložena v základní podobě tak, aby si sám mohl utvořit názor na předkládané informace.

Základním cílem tohoto výzkumu je sumarizace dosavadních informací testovaných terapií zaměřených na tělo, pracujících s pohybem, v šíři, která dosud nebyla vytvořena. Nalezené jednotlivé studie jsou však, jak bylo předpokládáno, velmi odlišného charakteru především z hlediska váhy důkazů. Proto bylo pro sumarizaci

zvoleno široké množství položek, které současně zachovávají přehlednost a jasnost přehledu dosavadních znalostí.

4 Výsledky

4.1 Klíčové otázky

Pro tvorbu systematického přehledu je stěžejní stanovení klíčových otázek, a na základě vybraných prací, podle selekčních kritérií, jejich zodpovězení. Získané a analyzované znalosti jsou v této kapitole předestřeny a strukturovány. Komentář autora je pouze složkou doplňující. Poznatky jsou zde předkládány v původním znění, aby je odborník mohl využít pro potřeby své práce.

4.1.1 Klíčová otázka č. 1: Jaké je množství publikovaných výzkumů terapeutických programů pracujících s tělem a pohybem, které byly ověřeny v léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy?

Na základě šetření bylo nalezeno 41 studií odpovídajících zahrnujícím a vylučujícím kritériím. Jedná se o studie od první publikované studie do roku 2008.

Šetření zahrnuje pouze studie publikované v anglickém jazyce. Pokud posoudíme vybrané články podle země, ve které pracovali její autoři (tabulka č. 3), zjistíme, že 29 ze 42 (to je 69 %) jsou země, kde je minimálně jedním úředním jazykem angličtina. Jedná se o země Afriky (Jihoafrická republika), Austrálie, Severní Ameriky (Kanada a USA). Ostatních 13 studií (31 %) bylo publikováno autory z Evropy a Asie, ze zemí Belgie, Itálie, Japonska, Německa, Norska a Švédska.

Tabulka č. 3: Umístění autorů článků v době publikace.

Austrálie	Evropa	Asie	Afrika	sv. Amerika
				1970 U.S., Kansas; 1970 U.S., Texas
1984 Australia, New South Wales, Camperdown			1984 Jihoafrická republika, Gauteng	
				1986 U.S., California and Texas
				1987 U.S., Connecticut; 1987 U.S., Pullman
				1988 U.S., Ohio
				1990 U.S., Pennsylvania
				1992 Canada, Ontario
1993 Australia, New South Wales, Sidney	1993 Belgium			
	1994 Germany			
				1995 U.S., California
				1996 U.S., Pennsylvania
	1997 Germany; 1997 Norway			
				1998 U.S., Florida; 1998 U.S., Virginia
				1999 U.S., California
	2000 Sweden			2000 Canada, British Columbia
	2001 Belgium			2001 U.S., Florida and North Carolina
2002 Australia, Queensland	2002 Norway			2002 U.S., Texas and Missouri; 2002 U.S., Washington DC
	2003 Norway	2003 Japan		2003 U.S., Texas
				2004 U.S., New York and Pennsylvania
				2005 U.S., Kentucky; 2005 U.S., Kentucky
			2006 Jihoafrická republika, Gauteng	2006 U.S., Wisconsin and Virginia
	2007 Germany; 2007 Germany; 2007 Italy			2007 Canada, British Columbia
	2008 Belgium			2008 U.S., Minnesota

Na základě poměru množství článků od autorů, jejichž úředním jazykem je angličtina a není angličtina, lze předpokládat, že existuje množství publikovaných článků v jiném jazyku než v angličtině. Autoři těchto předpokládaných článků nepovažovali za důležité či možné článek publikovat v jiném než pro danou zemi v úředním jazyku. Domnívám se, že by souhrn znalostí o nyní zkoumané problematice obohatilo, kdyby i tyto články byly analyzovány a strukturovány, což může být téma pro následující výzkum.

Množství 41 studií v časovém období téměř čtyřiceti let zdánlivě není mnoho. Samozřejmě lze nalézt i další články popisující terapii pracující s pohybem, cvičením a na tělo zaměřenými technikami, nejsou však testovány. Jedná se pouze o popis programu či názor na jeho působení. Účinnost programů, jejichž články jsou začleněny v této práci, je vždy testována v popsáných studiích. Bez otestování teoretické úvahy sebelépe historicky podložené, je problematické mluvit o jejich praktických účincích. V praktické aplikaci vstupuje do procesu množství žádoucích i nežádoucích proměnných, které je často problematické při teoretických úvahách přesně určit a vymezit. Teprve praktická zkušenost nám může poukázat na další proměnné, které mají, či mohou mít vliv na celkový výsledek terapeutického působení a napomoci tak terapeutovi uvažovat o jejich působení při jeho práci.

Čtyřicet jedna článků prezentovaných v této práci nejsou jedinými anglicky psanými články testujícími terapii pracující s pohybem, cvičením a na tělo zaměřenými technikami. Zařazeny byly pouze články, u nichž popsána terapie byla testována na klinické populaci, to znamená, na osobách, u nichž byl v daném období diagnostikován syndrom poruchy příjmu potravy. Ostatní studie jsou testovány na lépe dostupném vzorku populace. Často se jedná o studenty, žáky střední školy, příležitostný výběr osob, které se přihlásí k testování, či s testováním souhlasí. Tyto osoby mohou i nemusí vykazovat příznaky poruch příjmu potravy, může se jednat pouze o problematický přístup k vlastnímu tělu či jídlu. Důležitost testování psychoterapeutických programů právě na pacientech s poruchou příjmu potravy, tedy na klinické populaci, je důležité z hlediska vstupních proměnných ve smyslu samotné symptomatologie. Pokud pracujeme s na tělo zaměřenou technikou, dá se předpokládat, že výsledky budou jiné u zcela zdravých jedinců nebo zdravých jedinců, kteří jsou nespokojeni s vlastním tělem a s osobami s poruchou příjmu potravy, kdy je

vztah a koheze soma a psýché narušena. Jiný efekt terapeutického působení předpokládáme u osob s poruchou příjmu potravy než u zdravých jedinců, nebo jedinců s jinou poruchou, než je porucha příjmu potravy. To dokládají i články (1, 39) obsažené v této práci. Proto jsou pro terapeutickou práci nepostradatelné především články testované na populaci, pro kterou je terapie určena. V našem případě na poruchách příjmu potravy.

4.1.2 Klíčová otázka č. 2: Od kterého roku jsou výzkumy publikovány?

Nejstarší publikované články odpovídající zahrnujícím a vylučujícím kritériím tohoto šetření spadají do roku 1970. Jedná se o dva články autorů ze spojených států amerických z Kansasu (24) a Texasu (33). Autoři článků jsou ze zemí, kde je úředním jazykem angličtina. První článek autorů, jejichž úředním jazykem není angličtina, je článek z roku 1993 autorů z Belgie (22).

První dva publikované články z roku 1970 jsou kazuistikami hodnotícími výsledky terapeutického působení fyzické aktivity a cvičení na pacienty s mentální anorexií. U obou studií byla jako základní metoda testování programu použita tělesná hmotnost. V obou člancích je popsán pozitivní efekt terapeutického působení, tedy navýšení hmotnosti pacientek jak v případě prvního článku (24) za 8 měsíců, tak v případě druhého článku (33) za 4-5 týdnů. U obou článků však chybí podrobný popis výzkumného vzorku a následného sledování.

Volba experimentálního souboru, pacientky s mentální anorexií, odpovídá informacím v daném časovém období o syndromech poruchy příjmu potravy. Mentální bulimie, jako v pořadí druhý pojmenovaný syndrom poruch příjmu potravy, je zmiňována teprve po roce 1970. Jedním z prvních, kdo mluví o mentální bulimii, je G. Russell roku 1979 (Russell, 1979).

Zajímavé je, že typ pohybového terapeutického působení, prezentovaný u prvních článků je cvičení. Dá se snad mluvit o vlivu Pontiho s jeho názorem, napsaným krátce před rokem 1970 (Hátlová, 2003b), že vnímání a pohyb tvoří celek? A pohledem na tělesné schéma jako nejhlubší zaměřenost, která je základem veškerého tělesného pohybu ve spolubytí, jedince se světem (Hogenová, 2009).

Důvodem pro využití cvičení mohla být jeho jednoduchá dostupnost. O problematice zneužívání pohybu u pacientů s mentální anorexií se začalo mluvit až v osmdesátých letech (Hechler et al., 2008).

4.1.3 Klíčová otázka č. 3: Roste počet publikovaných výzkumů v této oblasti vzhledem k času?

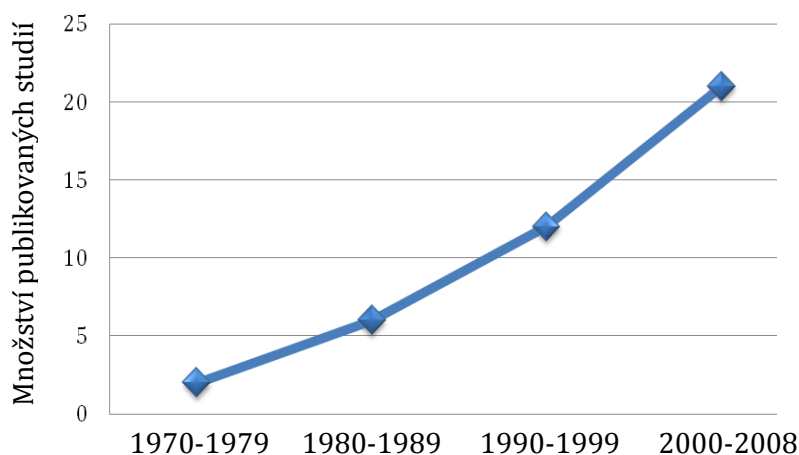
Pokud porovnáme množství publikovaných článků v jednotlivých dekadách, je viditelný jasný nárůst množství publikací vzhledem k času (Graf č. 2, Tabulka č. 4).

Vzrůstající množství článků vzhledem k času podporuje názor o vzrůstající oblibě na tělo a pohyb zaměřené terapie u terapeutů i pacientů s poruchou příjmu potravy, tak i potřebě tento typ terapie testovat na klinické populaci.

Tabulka č. 4: Množství publikovaných článků v jednotlivých dekadách.

Období	Množství článků
1970 - 1979	2
1980 - 1989	6
1990 - 1999	12
2000 - 2008	21

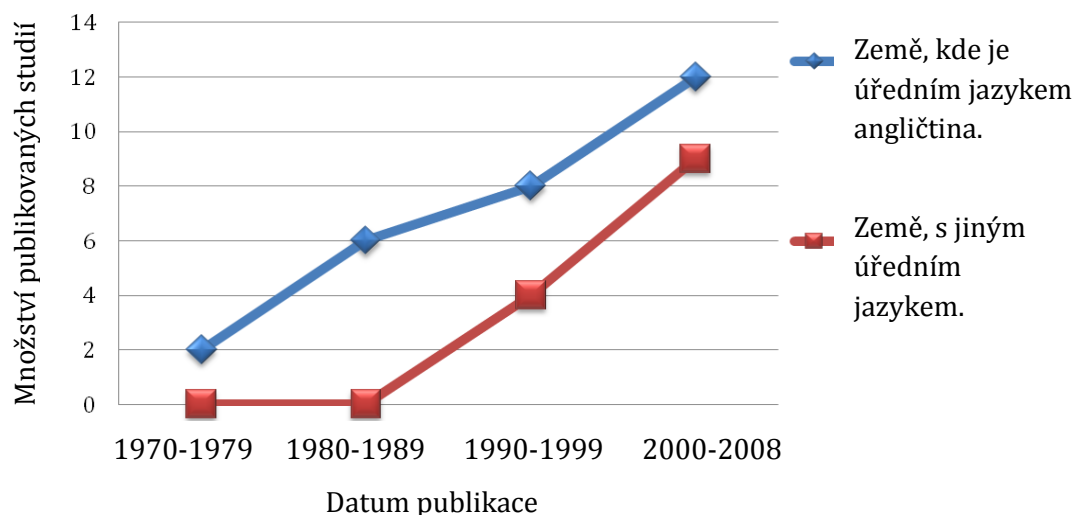
Graf č. 2: Rozložení publikovaných studií v čase (n=41).



Při rozdělení publikovaných studií dle úředního jazyka autorů článků (Graf č. 3) se nám zobrazí dvě velmi podobné křivky. Rozdíl je v tom, že první článek autorů ze země s jiným úředním jazykem než angličtinou, je ve třetí dekádě. Tato podobnost

podporuje domněnku o množství ne anglicky publikovaných studiích, které je třeba dále zkoumat.

Graf č. 3: Publikované články v dekadách s ohledem na úřední jazyk země autorů (n=41).



Tabulka č. 5: Množství jednotlivých publikovaných článků vzhledem k úřednímu jazyku země autorů.

období	země s minimálně jedním z úředních jazyků angličtinou	země s jiným úředním jazykem
1970 - 1979	2	0
1980 - 1989	6	0
1990 - 1999	8	4
2000 - 2008	12	9

4.1.4 Klíčová otázka č. 4: Jaká je váha důkazu studií?

Váha studií popsaných v člancích byla hodnocena na podkladě informací Cochrane Review Database, Probst (Probst, 2009) a Adámkové (Adámková, 2009).

Články byly rozděleny do čtyř úrovní dle váhy důkazů:

1. Úroveň: Klinická kontrolovaná randomizovaná studie
2. Úroveň: Studie obsahující kontrolní skupinu
 - 2.1 Studie obsahující pseudo-randomizaci

2.2 Studie obsahující kontrolní skupinu, která neobsahuje randomizaci, Kohortová studie, Studie případů a kontrol

3. Úroveň: Studie neobsahující kontrolní skupinu

4. Úroveň: Kazuistiky

Toto rozdělení vychází z informací Cochrane Review Database. Hodnocení váhy důkazu studií má číselnou hodnotu 1-4 nebo 1-5 a je důležité zvláště v případě metaanalýzy, kdy jsou data následně vkládána do matice dat a zpracovávána. V případě tohoto systematického přehledu není další zpracování pomocí matice dat využito. Číselné hodnoty jsou využity pro snadnější orientaci čitatele a možnost grafického zpracování dat.

Cochrane Review Database dělí klinické kontrolované randomizované studie na studie pravé, neboli se správně provedenou randomizací a studie s pseudo-randomizací, neboli nesprávně provedenou randomizací. Studie s pseudo-randomizací řadí mezi studie o nižší váze důkazů než klinické kontrolované randomizované studie. Je tomu tak z důvodu, že mnohé studie nazvané „Klinické kontrolované randomizované studie“ jimi při bližším zkoumání nejsou. Aby bylo možné mluvit o randomizaci, je třeba dodržet proces náhodného výběru přiřazení subjektu hodnocení k jedné z léčebných skupin, dále proces musí probíhat nezávisle na řešiteli z důvodu zamezení subjektivního a selektivního rozdělování respondentů. Při malém počtu subjektů je důležité také zajistit požadovaný poměr pacientů v jednotlivých skupinách, rovnoměrné rozložení prognostických faktorů ve srovnávaných skupinách.

Pro studie pracující s respondenty s diagnózou Porucha příjmu potravy, které testují terapeutické působení, je správné provedení randomizace obtížné. Vzhledem ke kapacitě zdravotnických zařízení se v případě rozdělení pacientů do více skupin často jedná o malé skupiny. Náhodné přiřazení pacientů do skupin je problematické vzhledem ke komplexnosti celé léčby. A zajistit rovnoměrné rozložení prognostických faktorů je nadměrně obtížné, jelikož onemocnění Porucha příjmu potravy je velmi variabilní a je těžké nalézt dva totožné či podobné probandy.

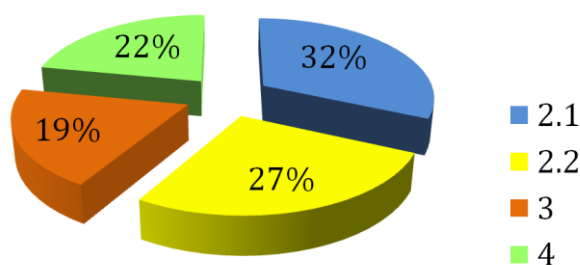
Z výše popsaných důvodů v případě článků zahrnutých do této práce nebylo možné žádnou ze studií s deklarovanou randomizací zahrnout do úrovně nejvyšší

váhy důkazů. Důvodem bylo malé množství poskytnutých informací nutných ke zhodnocení kvality randomizace.

Druhá úroveň zahrnuje studie, které pracují s kontrolní skupinou, nejedná se však o Klinické kontrolované randomizované studie. Tato úroveň byla rozdělena na dvě podúrovně, studie obsahující pseudo-randomizaci a studie obsahující kontrolní skupinu neobsahující randomizaci, Kohortová studie a Studie případů a kontrol. Rozdělení úrovně na dvě podúrovně a tedy označení Studie s pseudo-randomizací a bez randomizace je spíše za účelem odlišení těchto dvou skupin, než vyzdvižení studií s pseudo-randomizací za studie o vyšší váze důkazů. Přidaná hodnota studií s pseudo-randomizací je přínos informací následujícím výzkumníkům, jakých chyb se mají vyvarovat při tvorbě kvalitní randomizace.

Do třetí úrovně byly zařazeny studie neobsahující kontrolní skupinu a do čtvrté skupiny byly zařazeny kazuistiky.

Graf č. 4: Váha jednotlivých studií publikovaných v článcích zařazených do výzkumu.



Jak již bylo řečeno, žádná ze studií nevyhověla zařazení do úrovně 1, „Klinické kontrolované randomizované studie“. Jak zobrazuje graf č. 4, zařazení do úrovně 2 vyhovělo 59 % článků, z toho do úrovně 2.1 bylo přiřazeno 32 % článků a do úrovně 2.2 27 % článků. Do úrovně 3 bylo přiřazeno 19 % článků a do úrovně o nejnižší váze důkazu 22 % článků. Tento výstup ukazuje, že větší množství článků zařazených do výzkumu je o vyšší váze důkazů studií, což je velmi dobrý výsledek.

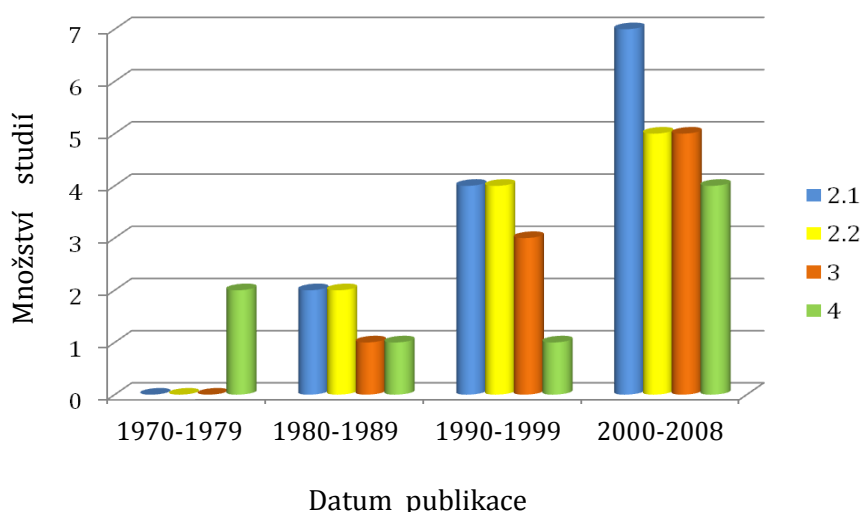
Pro možnost orientace výzkumníkem jsou v tabulce č. 4 sumarizovány citace dle zhodnocené váhy důkazů jednotlivých studií.

Tabulka č. 6: Váha jednotlivých studií zařazených do výzkumu.

Váha studie	Četnost	Citace
2.1	13	4, 8, 10, 11, 16, 18, 26, 32, 37, 38, 40, 13, 17
2.2	11	1, 5, 6, 7, 9, 14, 15, 19, 21, 34, 39
3	8	3, 22, 23, 29, 30, 31, 35, 41
4	9	2, 12, 20, 24, 25, 27, 28, 33, 36

V posledních deseti letech sílí ve výzkumu trend medicíny založené na důkazu. Tedy prioritou studií o vyšší váze důkazů. Tuto tendenci lze nalézt i v oblasti terapie pracující s pohybem a na tělo zaměřenými technikami v terapii poruch příjmu potravy (Graf č. 5), která je předmětem této práce.

Graf č. 5: Rozložení článků o dané váze důkazů v čase.



4.1.5 Klíčová otázka č. 5: Které terapeutické programy a techniky jsou ve výzkumech testovány?

Terapeutické programy testované v článcích zařazených do této práce byly analyzovány a rozděleny na základě podobnosti do deseti skupin. Z důvodu zamezení vzniku nepřesností, jsou zde anglické originální názvy uvedeny v závorkách.

1. Video konfrontace (Vc), (Video confrontation)
2. Techniky pracující se zrcadlem (Mt), (Mirror techniques)
3. Relaxační techniky (Rt), (Relaxation techniques)
4. Chůze (Wk), (walking)

5. Fyzická aktivita, cvičení (PhEx), (physical activity, exercise)
6. Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace) (ExT),(Expressive therapies (dance, drama, improvistion))
7. Masáž (Ms), (Massage)
8. Mindfulness therapy (MdT)(Mindfulness therapy)
9. Kombinované techniky (Ct), (Combinated techniques)
 - a) Feldenkrais group
 - c) Body Awareness Therapy (BAT)
 - c) Body image group meeting - Guided Imagery, Re-enactment of Sexual Abuse, Repeated victimization, Shame ritual
 - d) Psychotherapy - body-oriented therapy
 - e) Zen therapy
10. Ostatní (Ot), (Other)

Všechny ze zařazených technik specifickým způsobem pracují s pohybem ve větším či menším rozsahu.

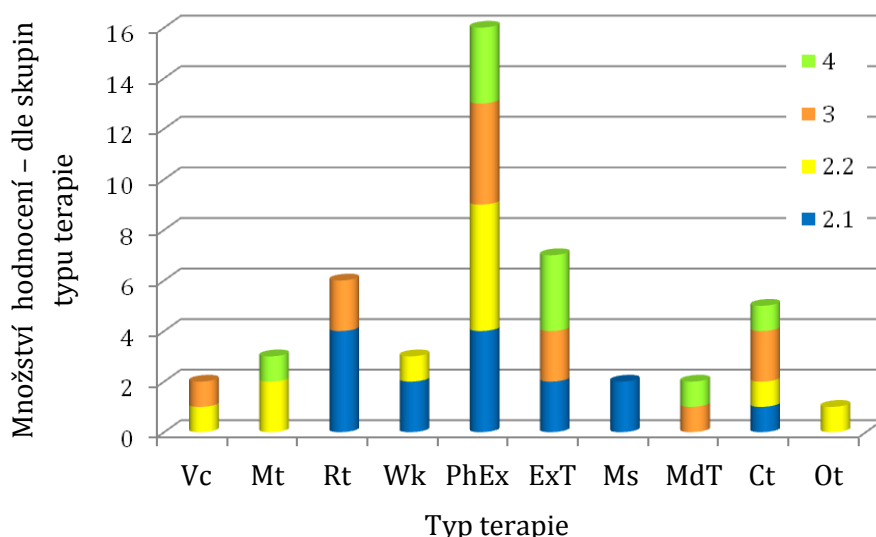
Množství článků vybraných do tohoto výzkumu bylo 41. Ne všechny studie však samostatně testují pouze jeden pohybově nebo na tělo zaměřený terapeutický přístup. Studie testující více jak jeden terapeutický přístup [13, 17, 31, 41] tak navyšují množství jednotlivých hodnocení. Proto „n“ je v této části 47 (n=47) (Tabulka č. 7).

Tabulka č. 7: Publikované články jednotlivých terapeutických oblastí.

Druh terapeutického působení (n=47)	Citace
Video konfrontace	31, 34
Techniky pracující se zrcadlem	1, 36, 39
Relaxační techniky	3, 10, 13, 31, 32, 40
Chůze	19, 37, 38
Fyzická aktivita, cvičení	5, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 41
Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace)	2, 13, 17, 27, 28, 31, 41
Masáž	4,17
Mindfulness terapie	12, 23
Kombinované techniky	9, 11, 20, 31, 35
Ostatní	21

Při rozdělení jednotlivých studií dle druhu testovaných terapií (Graf č. 6) pouze skupina mindfulness terapie obsahuje studie o nižší a nízké váze důkazu. Skupiny terapie relaxace a fyzické aktivity naopak obsahují největší množství článků studií o vyšší váze (Graf č. 6).

Graf č. 6 Množství testovaných terapií ve skupině vzhledem k váze důkazu. (n=47).

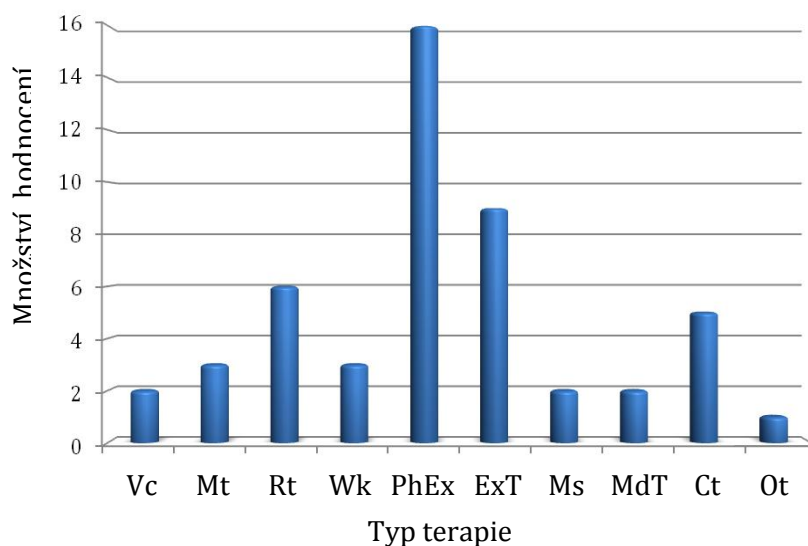


4.1.6 Klíčová otázka č. 6: Existují terapeutické techniky, které jsou v jednotlivých výzkumech častěji užívány?

Studie popsaná v každém ze 41 článků zahrnutých do výzkumu dle zahrnujících a vylučujících kritérií testuje minimálně jednu terapii pracující s pohybem nebo na tělo zaměřenými technikami. Některé studie však v rámci rozdělení výzkumného vzorku do několika skupin testují více jak jeden typ terapie pracující s pohybem nebo na tělo zaměřenými technikami. Jedná se o celkem čtyři články. V článku č. 13 je popsáno hodnocení dvou typů terapie a sice relaxační techniky a expresivní terapie („movement improvisation“), v článku č. 17 opět dva typy terapie a sice expresivní terapie („movement therapy“ - jako součást obvyklé terapie) a masáž, v článku č. 31 je popsáno hodnocení pěti typů terapie a to video konfrontace, relaxace, expresivní terapie („dancemovement therapy“), expresivní terapie („body expression“) a kombinované techniky („body-oriented therapy“) a v článku č. 41 je popsáno hodnocení tří typů terapie a sice fyzická aktivita a cvičení, expresivní terapie (tanec),

expresivní terapie (drama terapie). Na základě tohoto rozdělení je v této části n=49 a nikoli n=41, které udává počet článků.

Graf č. 7: Množství testovaných terapií v každé ze skupin (n=49).



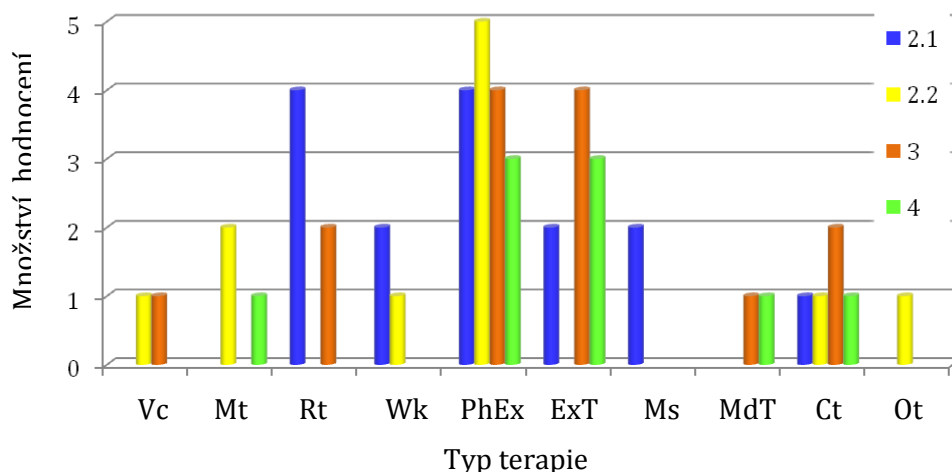
Jako terapie s nejvyšším množstvím článků, které ji testovaly, byla nalezena skupina Fyzická aktivita, cvičení. Tato terapie je testována v 32,65 % případů. Následující jsou Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace) v 18,3 % případů (Graf č. 7, Tabulka č. 8).

Tabulka č. 8 Skupiny terapeutických přístupů, množství testování (n=49).

Skupiny terapeutických přístupů	Množství	Poměr	Citace
Video konfrontace	2	4 %	31, 34
Techniky pracující se zrcadlem	3	6 %	1, 36, 39
Relaxační techniky	6	12,20 %	3, 10, 13, 31, 32, 40
Chůze	3	6 %	19, 37, 38
Fyzická aktivita, cvičení	16	32,70 %	5, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 41
Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace)	9	18,30 %	2, 13, 17, 27, 28, 31(2x), 41(2x)
Masáž	2	4 %	4, 17
Mindfulness terapie	2	4 %	12, 23
Kombinované techniky	5	10,30 %	9, 11, 20, 31, 35
Ostatní	1	2 %	21

Při pohledu na váhu důkazu studií nejlépe můžeme hodnotit skupinu Fyzická aktivita, cvičení, a Relaxace, dále Chůzi, Masáž a Expresivní terapie. Vzhledem k množství testování v dané skupině však dobré výsledky také vykazuje skupina Technik pracujících se zrcadlem, video-konfrontace a kombinovaných technik (Graf č. 8).

Graf č. 8 Množství testovaných terapeutických přístupů dle váhy důkazu (n=49).



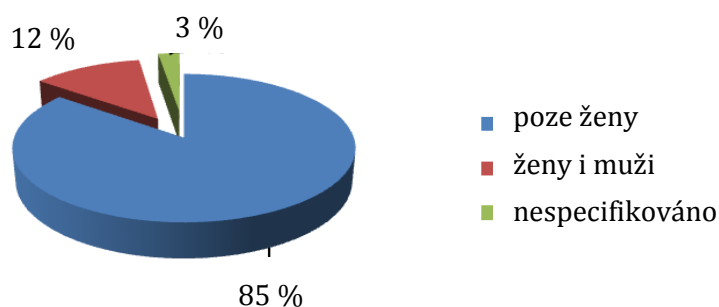
4.1.7 Klíčová otázka č. 7: Kterí pacienti jsou zahrnováni do výzkumného vzorku?

Na základě zahrnujících a vylučujících kritérií jsou do tohoto výzkumu zařazeny pouze články popisující studie využívající v rámci výzkumného vzorku pacienty s poruchou příjmu potravy.

Toto onemocnění bylo donedávna připisováno především ženám. V současné době se odhad výskytu mentální anorexie a mentální bulimie u mužů pohybuje v rozmezí 5-10 % (Krch, 2005, Hoek, van Hoeken, 2003, Fichter, Daser, 1987).

V rámci tohoto výzkumu byl gendrově heterogenní vzorek použit ve 12 % případů, tedy u pěti studií. V případě jednoho článku nebylo specifikováno pohlaví pacientů s mentální anorexií užitých v rámci vzorku. Tento výsledek přiměřeně koresponduje s předpokládaným gendrovým zastoupením poruchy příjmu potravy v populaci (Graf č. 9). Pro lepší orientaci čitatele jsou v tabulce č. 7 zpřístupněny citace článků rozdělených dle gendrového zastoupení ve vzorku (Tabulka č. 9).

Graf č. 9 Gendrové zatoupení ve výzkumném vzorku (n=41).

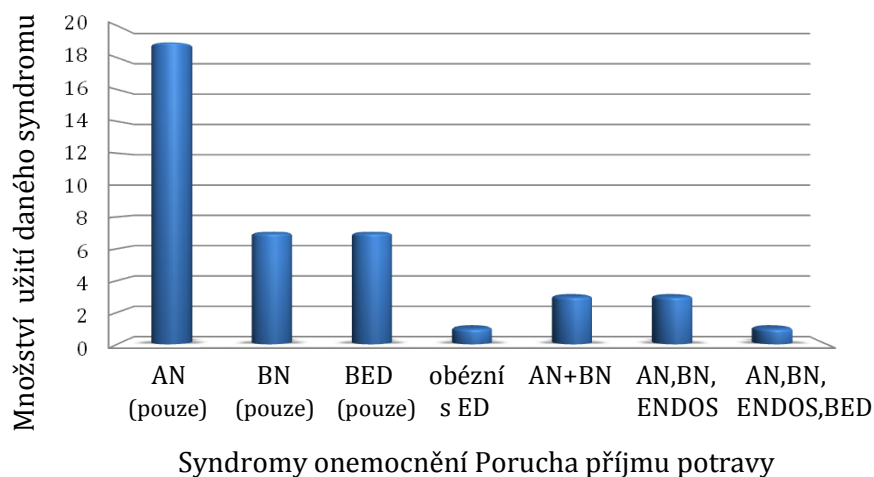


Tabulka č. 9 Gendrové zatoupení ve výzkumném vzorku, citace použitých článků (n=41).

Gender	Citace
Pouze ženy	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41
Ženy i muži	8, 9, 21, 30, 37
Nspecifikováno	7

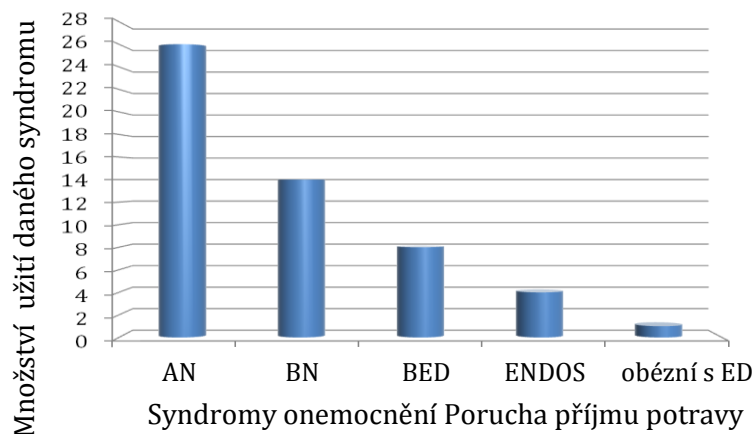
Při zhodnocení výzkumného vzorku z hlediska zařazených jednotlivých syndromů, nejvyšší četnost nalezneme u mentální anorexie (Graf č. 10). Toto zjištění není neočekávané vzhledem k zahrnujícím a vylučujícím kritériím, kdy je požadováno, aby terapeutický program či metoda byla testována v rámci léčby pacientů s poruchou příjmu potravy. Na základě velmi nízké hmotnosti na hranici životaschopnosti organismu u osob s mentální anorexií, se dá předpokládat jejich vyšší výskyt ve zdravotnických zařízeních. Jde tedy o jejich lepší dostupnost jako výzkumného vzorku. Toto je však pouze domněnka, pro kterou hovoří hodnoty zobrazené v Grafu č. 10.

Graf č. 10 Výzkumný vzorek z hlediska užitého syndromu (n=41).

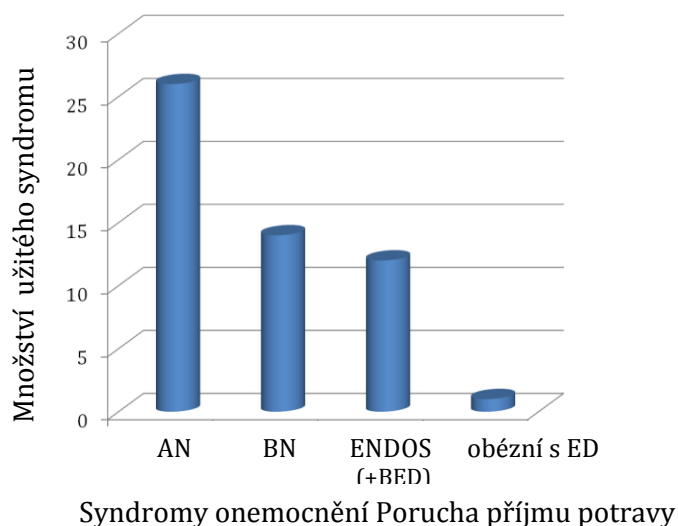


Četnost užití daného syndromu v rámci výzkumného vzorku nám zřetelněji ukazuje Graf č. 11. Syndrom mentální anorexie je zde opět nejčastějším užitým výzkumným vzorkem.

Graf č. 11 Výzkumný vzorek z hlediska užitého syndromu (n=53).



Graf č. 12 Výzkumný vzorek z hlediska užitého syndromu (n=53).



Tabulka č. 10 Výzkumný vzorek z hlediska užitého syndromu (n=41).

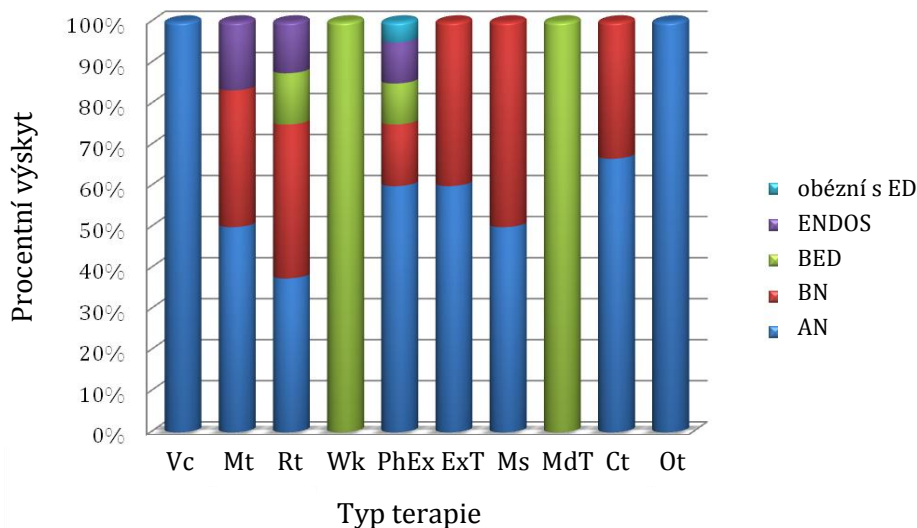
Diagnóza	Četnost	Citace
AN (pouze)	19	4, 5, 7, 8, 11, 15, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 36, 41
BN (pouze)	7	10,13,17,18, 28, 35, 40
BED (pouze)	7	12, 16, 19, 23, 30, 37, 38
pbézní s ED	1	29
AN + BN	3	2, 9, 39
AN, BN, ENDOS	3	1, 6, 14
AN, BN, ENDOS, BED	1	3

4.1.8 Klíčová otázka č. 8: Jsou u jednotlivých syndromů onemocnění Porucha příjmu potravy testovány totožné terapeutické techniky?

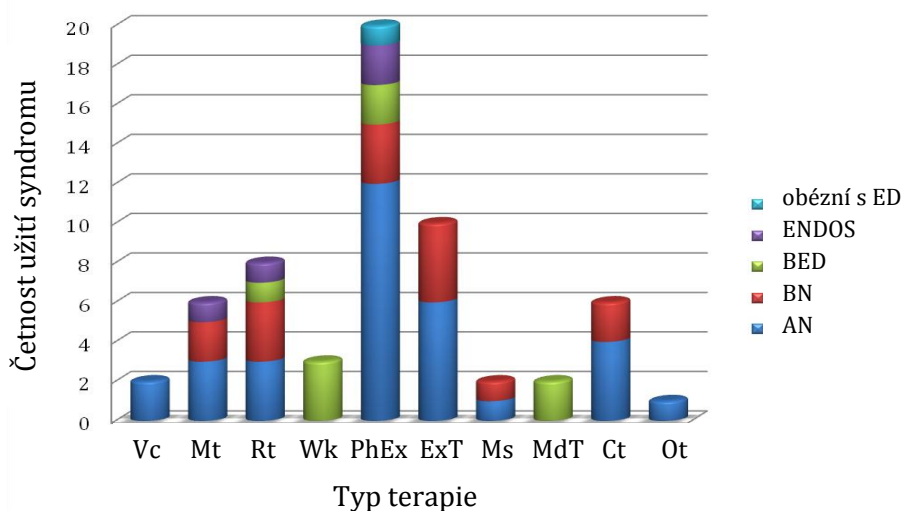
Při testování jednotlivých druhů terapií je nejčastěji ve výzkumném vzorku užíváno pacientů s mentální anorexií, jak můžeme vidět na Grafu č. 13 a 14. Jinak je tomu u terapií chůze a mindfulness therapy, kdy doposud bylo užito výhradně pacientů se záchvatovitým přejídáním (BED). Terapeutickou skupinou v níž bylo užito pouze pacientů s mentální anorexií je videokonfrontace. Skupinami terapií, které byly testovány na všech druzích syndromů porucha příjmu potravy jsou relaxace a fyzická aktivita, cvičení.

Z pohledu terapeutického působení, kde se častěji setkáváme s heterogením vzorkem co se typu syndromu poruchy příjmu potravy týče, jsou nejlépe využitelné terapeutické přístupy testované na všech typech syndromu. Těmito přístupy jsou v oblasti pohybových přístupů Fyzická aktivita a cvičení a Relaxační techniky.

Graf č. 13 Procentuální výskyt daného syndromu v rámci výzkumného vzorku (n=49)



Graf č. 14 Četnost užití daného syndromu v rámci výzkumného vzorku (n=49).



4.1.9 Klíčová otázka č. 9: Existují ověřovací metody, které jsou ve výzkumech častěji užívány?

Problematicnost srovnání výsledků jednotlivých výzkumů nejen v oblasti terapie zaměřené na pohyb a tělo způsobuje různost užitých metod k ověření jejich účinku. Následující Tabulka č. 11 zprostředkovává metody, které ve vybraných článcích byly použity více jak třikrát.

Do tabulky nebyly zařazeny jídelní deníky, protože i jiné metody hodnotí četnost epizod záchvatovitého přejídání či jídelní chování, například toto hodnocení může být i součástí pozorování a množství uvedení pouze jídelních denníků by mohlo být zavádějící.

Dalším důvodem je možnost variability jídelních deníků, která není uvedena v článcích. Z toho důvodu by bylo nepřesné samostatně uvést četnost užití jídelních deníků. Stejný důvod vedl v Tabulce č. 9 k neuvedení četnosti pozorování. Při zájmu čitatele o zmíněné informace odkazují na následující kapitolu, kde jsou přesně u každého článku uvedeny použité metody.

Tabulka č. 11 Četnost využití jednotlivých metod.

Fyziologická měření:	Četnost
BMI	5
tělesná hmotnost	12
Jídelní chování:	
EDE	4
Tělo, tělesný pocit:	
EDI	13
Psychologické aspekty:	
BDI-II	7

K hodnocení terapeutického efektu byly nejčastěji použité metody Eating Disorder Inventory (EDI) a hodnocení tělesné hmotnosti. U tělesné hmotnosti byl efekt terapie pozitivně hodnocen v závislosti na metodě a výzkumném vzorku jako její přírůstek, mírný přírůstek či stabilita, anebo úbytek. V 17 % případů, celkem sedmkrát, byly hodnoceny depresivní příznaky respondentů pomocí Beck Depression Inventory-II. Celkem v pěti případech bylo užito k hodnocení terapie hodnot indexu tělesné hmotnosti (BMI), který je podílem hodnot tělesné váhy a druhé mocniny tělesné výšky. V některých člancích bylo použito k hodnocení pouze BMI nebo tělesné hmotnosti, v některých obě metody.

Celkem bylo BMI nebo tělesná hmotnost měřeno u 37 % studií, tedy v 15 případech.

Celkem čtyřikrát bylo využito k měření terapeutického efektu metody Eating Disorder Examination (EDE) a to i ve verzi Eating Disorder Examination (EDE) a sebehodnocení Eating Disorder Examination - self report (EDE-Q).

Pro další terapeutický výzkum bude velmi důležité znát metody testování užitě v dané skupině typu terapie. Zde odkazují na následující kapitolu, kde jsou u jednotlivých stručných charakteristik studií popsány v člancích zmíněny i použité metody.

Při pohledu na širokou škálu užitých metod se i jiné přístupy v hodnocení terapeutického účinku vzájemně překrývají. Aby bylo v budoucnu možné bezchybné srovnání výsledků jednotlivých studií, je třeba, aby se výzkumníci sjednotili v užívání

metod, které jsou totožné a ne pouze částečně podobné. Užití stejných metod napomůže komunikaci mezi odborníky a jejich vzájemné pomoci.

4.2 Články užití ve výzkumu

4.2.1 Video konfrontace (Video confrontation) [31, 34]

Citační číslo: 31

Rok vydání: 2001

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=130

Délka terapeutického působení: maximálně 6 měsíců

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Výzkum byl zaměřen na testování validity měření pod vodou „hydrodensitometry“ („underwater weighing“) a antropometrie (12 kožních řas) a posouzení tělesného složení a podkožního tuku před a po aplikaci terapeutického programu.

Testové metody: vážení pod vodou (UWW („underwater weighing“)), výška, váha, BIM, Dvanáct kožních řas („Twelve SFTs“) – měřeno Harpendenovým kalipometrem („Harpenden skinfold caliper“) s elektronickým odečtem.

Výsledek: Tělesná hmotnost (kg) – před programem $40,7 \pm 5,1$ (31,2 - 52,2) po programu $52,6 \pm 4,2$ (40,0 - 64,9); BMI (kg/m²) – před programem $14,9 \pm 1,5$ (11,9 - 17,5) po programu $19,2 \pm 0,9$ (16,8 - 24,8); Tukuprostá tkáň (kg) - před programem- $35,4 \pm 3,8$ (27,8 - 45,3) po programu $40,7 \pm 3,3$ (31,8 - 53,7); Tuková tkáň (kg) - před programem $-5,3 \pm 2,1$ (0,5 - 10,2) po programu $11,9 \pm 2,0$ (6,9 - 17,5); Tělesný tuk (%) - před programem $-12,8 \pm 3,6$ (5,7 - 21,1) po programu $22,6 \pm 3,0$ (15,2 - 30,0).

Závěr: U skupiny s videokonfrontací došlo k pozitivnímu zlepšení tělesné hmotnosti, BMI, tukové tkáně a tělesného tuku.

Citační číslo: 34

Rok vydání: 1994

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=24

Délka terapeutického působení: pouze 1 sezení pouze pro experimentální skupinu

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Vliv techniky video-konfrontace na sebehodnocení („self-evaluation“)

Testové metody: Eating Attitude test (EAT-40), Eating Disorder Inventory (EDI), Beck Depression Inventory (BDI), Semantic Differential scales

Výsledek: Signifikantní rozdíl byl zjištěn u experimentálních subjektů měřením „Semantic Differential scales“ „Actual Body for fat-thin“ (U=27,5, p<0,008) a „Actual Body passive-active“ (U=27,0, p<0,008). Po video-konfrontaci aktuální tělo (actual body) bylo zažíváno jako štíhlejší a více aktivní. U kontrolních subjektů se hodnocení nezměnilo.

Závěr: Signifikantní rozdíl byl zjištěn u experimentálních subjektů – pozitivní zlepšení. Po video-konfrontaci aktuální tělo (actual body) bylo zažíváno jako štíhlejší a více aktivní.

Závěr

Tato skupina obsahuje dva články z roku 1994 (34) a 2001 (31), popisujících dvě studie, kdy starší (34) se zaměřuje na vliv terapie na sebehodnocení a druhá studie (31) je primárně zaměřena na hodnocení nové metody, vážení pod vodou.

Váha důkazu je 2.2 (34) a 3 (31) a obě práce shodně využívají ve výzkumném vzorku pacienty s mentální anorexií. Nesetkávají se však v žádné metodě hodnocení. Výsledky obou studií jsou pozitivní. Studie z roku 1994 je zaměřena spíše na psychické aspekty, kdy po terapii je pacienty zažíváno tělo jako štíhlejší. Studie z roku 2001 se zaměřuje na hodnocení fyzických aspektů, tělesné hmotnosti, BMI a tukové tkáně, a také hodnotí pozitivní zlepšení u pacientů.

4.2.2 Techniky pracující se zrcadlem (Mirror techniques) [1, 36, 39]

Citační číslo: 1

Rok vydání: 2007

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN, BN, ENDOS / n=49

Délka terapeutického působení: pouze 1 sezení / 40 minut

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Cílem výzkumu bylo 1) ověřit, zda pacienti s poruchou příjmu potravy vykazují výraznější psychofyziologické reakce v souvislosti se silnější emoční a negativní kognitivní reakcí, když jsou konfrontováni s jejich vlastním tělem před zrcadlem. Data byla srovnávána s kontrolní skupinou. 2) zkoumat hypotézu, že na základě 40 min standardizované expozice vlastního těla před zrcadlem (mirror session) dojde u pacientů s poruchou příjmu potravy ke snížení (otupení) kognitivní, emoční a psychofyziologické reakce.

Testové metody: Seznam myšlenek, tepová frekvence, kožní vodivost, vzorky slin, chování, které může mít vliv na aktivitu, sympatiku či parasympatiku, Eating Disorder Inventory (EDI-2), Eating Disorder Examination - self report (EDE-Q).

Výsledek: Ve srovnání s kontrolní skupinou, skupina pacientů s poruchou příjmu potravy vykazovala v souvislosti s tělesnou expozicí vyšší emoční a kognitivní reakci. Rozdíl mezi skupinami nebyl zaznamenán v psychofyziologické reakci.

V průběhu expozice těla se významně snížil rozsah emočních a negativních kognitivních reakcí se středním efektem na emoční a nízkým efektem na kognitivní reakci. Psychofyziologické parametry zůstaly stabilní v průběhu terapie.

Závěr: Techniky pracující se zrcadlem mohou napomáhat snížení emočních a negativních kognitivních reakcí.

Citační číslo: 36

Rok vydání: 1987

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=4

Délka terapeutického působení: Respondent č. 1: 3x týdně v prvním týdnu, 2x týdně po následující dva týdny; Respondent č. 2: 2x týdně po 3 týdny a 1x týdně po následující 2 měsíce a jednou za čtrnáct dnů během léčby; Respondent č. 3: 2x týdně po dobu tří týdnů, 1x týdně po dobu následujícího měsíce a jedenkrát za čtrnáct dnů po dobu dvou následujících měsíců; Respondent č. 4: klient opustil léčbu po prvních čtyřech sezeních a odmítl v léčbě pokračovat.

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: Zjištění vlivu self - percepční techniky na uzdravení pacienta.

Testové metody: Tělesná hmotnost

Výsledek: Respondent č. 1: hmotnost: na počátku - 51,0 kg; po terapii - 41,2 kg, po šesti týdnech po ukončení terapie (následné sledování) - 55,8 kg.

Respondent č. 2: hmotnost: na počátku - 39,0 kg; po třech týdnech po ukončení terapie (následné sledování) - 45,2 kg, po šesti týdnech (následné sledování) - 45,6 kg; po dvanácti týdnech (následné sledování) - 48,4 kg.

Respondent č. 3: hmotnost: na počátku - 50,0 kg; po terapii - 58,2 kg; po třech měsících (následné sledování) - 63,1 kg; po šesti měsících (následné sledování) - 65,4 kg, po dvanácti měsících (následné sledování) - 65,0 kg.

Respondent č. 4: hmotnost: na počátku - 41,2 kg; Po čtyřech terapiích se pacientka rozhodla ukončit terapii a neměla v úmyslu v budoucnu jinou začít či se účastnit následného sledování. Koncová hmotnost po čtyřech terapiích byla 42,0 kg.

Závěr: Techniky pracující se zrcadlem. U pacientů s AN není pozitivní navýšení hmotnosti vždy signifikantní. Diskutabilní je i vliv právě této terapie na pozitivní navýšení hmotnosti

Citační číslo: 39

Rok vydání: 1984

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN, BN / n=48

Délka terapeutického působení: pouze jedno sezení

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: testování odhadu tělesných rozměrů před a po konfrontaci před zrcadlem (4 skupiny - MA, MB, emočně labilní, studentky)

Testové metody: K získání vlastního odhadu 4 tělesných rozměrů byl použit přístroj, s kontinuální horizontální štěrbinou světla o proměnlivé délce

Výsledek: Článek neuveřejňuje přesná data, pouze výsledek komentuje slovy:

„Výsledky potvrzují, že pacienti s anorexií v měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) nadhodnocují tělesné rozměry, přestože rozměr boků byl často podhodnocen.

Pacienti s bulimií a emoční poruchou v měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) nadhodnocují stejně jako pacienti s anorexií, zatímco měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) u osob bez psychiatrické diagnózy bylo pozoruhodně přesné až na rozměr velikosti hlavy.

Signifikantní rozdíl byl nalezen ve stupni, ve kterém se vyskytl rozdíl u měřených 4 skupin. Měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) pacientů s anorexií vykazalo největší změnu a osob bez psychiatrické diagnózy nejnižší změnu. Tato relativní nestabilita měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) pacientů s mentální anorexií ukázala na možnost, že tělesný obraz (body image) nebyl považován za sebekorektivní zkušenost, aktuální tělesné rozměry byly podhodnoceny.

Ve skupině pacientů s anorexií a s bulimií byla nalezena signifikantní korelace mezi stupněm nadhodnocení po konfrontaci před zrcadlem (mirror confrontation) a hodnocení progresself-estimations, kdy měření probíhala na speciální hodnotící škále.“

Závěr: Článek neuveřejňuje přesná data, pouze výsledek komentuje slovy:

„Výsledky potvrzují, že pacienti s anorexií v měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) nadhodnocují tělesné rozměry, přestože rozměr boků byl často podhodnocen.

Pacienti s bulimií a emoční poruchou v měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) nadhodnocují stejně jako pacienti s anorexií, zatímco měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) u osob bez psychiatrické diagnózy bylo pozoruhodně přesné až na rozměr velikosti hlavy.

Signifikantní rozdíl byl nalezen ve stupni, ve kterém se vyskytl rozdíl u měřených 4 skupin. Měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) pacientů s anorexií vykazalo největší změnu a u osob bez psychiatrické diagnózy nejnižší změnu. Tato relativní nestabilita měření vlastních tělesných rozměrů (Self-estimations) pacientů s anorexií ukázala na možnost, že tělesný obraz (body image) nebyl považován za sebekorektivní zkušenost, stejně tak i mnoho měření bylo nižší než aktuální rozměry, které byly podhodnoceny.

Ve skupině pacientů s anorexií a s bulimií byla nalezena signifikantní korelace mezi stupněm nadhodnocení po konfrontaci před zrcadlem (mirror confrontation) a hodnocení progresself-estimations, kdy měření probíhala na speciální hodnotící škále.“

Závěr

Do výzkumu byly začleněny tři články hodnotící techniky pracující se zrcadlem, jsou z roku 1984 (39), 1987 (36) a 2007(1). Nejstarší studie využívá techniky se zrcadlem ke zlepšení tělesných odhadů pacienta, druhá studie hypoteticky pracuje s úzdravným efektem sebevnímání pacienta prostřednictvím zrcadla a třetí pracuje pomocí zrcadla na možnosti snížení emoční a negativní kognitivní reakce, kterou pacient prožívá při pohledu do zrcadla.

Výzkumy této kategorie používají zcela rozdílné metody k hodnocení terapeutického efektu. Studie z roku 1984 (39) o středně vyšší váze důkazu (2.2) deklaruje rozdílnost hodnocení tělesných rozměrů u pacientů s poruchou příjmu potravy a zdravých osob. Studie z roku 2007 o středně vyšší váze důkazu (2.2) na základě svých výsledků uvádí možnost nápomoci terapie pracující se zrcadlem ke snížení emočních a negativních kognitivních reakcí. A kazuistika z roku 1987 nevykázala výrazný vliv terapie na navýšení hmotnosti pacienta, ač k jistému navýšení hmotnosti během terapie došlo.

4.2.3 Relaxační techniky (Relaxation techniques) [3, 10, 13, 31, 32, 40]

Citační číslo: 3

Rok vydání: 2006

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN, BN, ENDOS, BE / n=30

Délka terapeutického působení: 8 sezení

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Otestovat terapeutické působení zaměřené na tělesný obraz („body image interventions“), které následuje kognitivně behaviorální terapii popsanou Cash (viz Cash, 1997).

Testové metody: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) – includes: Appearance Evaluation scale, The Body Areas Satisfaction Scale (BASS), Appearance Orientation, Fitness/Health Evaluation, Fitness/Health Orientation; The Body Image Ideals Questionnaire (BIQ) includes: Self-Ideal Discrepancy; The Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ); The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria (SIBID).

Výsledek: Pozitivní výsledek: Signifikantní zlepšení tělesné spokojenosti (MBSRQ (BASS, Appearance Evaluation scale); BIQ)). Signifikantní snížení procenta negativních myšlenek vážících se k tělesnému obrazu (BIATQ), Sub-analýza potvrdila porovnatelné zvýšení pozitivních myšlenek a snížení negativních myšlenek.

Méně častá dysforie tělesného obrazu v situačním kontextu (SIBID). Kognitivně-behaviorální práce na vzhledu (MBSRQ - Appearance Orientation scale).

Negativní výsledek: Nebyla zaznamenána spolehlivá změna práce na tělesném zdraví (fitness) a dušním zdraví (MBSRQ - Fitness/Health Orientation scale, Fitness/Health Evaluation scale). U jedné klientky (žena, 32 let, hispánka, syndrom záchvatovitého přejídání) došlo k negativnímu mírnému snížení v MBSRQ-BASS a střednímu snížení v SIBID. Klienti zůstali více tělesně nespokojeni a s vyšší dysforií tělesného obrazu, než odpovídá normě.

Závěr: Výsledky výzkumu nejsou zcela jednoznačné. Na jedné straně vykázal signifikantní zlepšení tělesné spokojenosti a negativních myšlenek vázících se k tělesnému obrazu, klienti však zůstali více tělesně nespokojeni a s vyšší dysforií tělesného obrazu, než je obvyklé.

Citační číslo: 10

Rok vydání: 1986

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN / n=30

Délka terapeutického působení: 6 týdnů (12 sezení)

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Testování účinku kognitivně behaviorální terapie s užitím relaxačních technik a skupinových diskusí o změně dysfunkčních postojů vůči jídlu.

Testové metody: frekvence přejídání a zvracení

Výsledek: V porovnání s pacienty čekajícími na terapii u pacientů v terapii bylo zjištěno signifikantní snížení epizod přejídání i zvracení. Snížení epizod přetrvalo i 4 měsíce po ukončení léčby. Úplné ustoupení epizod přejídání však vykázali pouze čtyři léčeni pacienti.

Závěr: Pozitivní efekt terapie, ustoupení epizod přejídání a zvracení, byl prokázán pouze na 4 subjektech. Tento efekt však přetrval i 4 měsíce po terapii.

Citační číslo: 13

Rok vydání: 2003

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN / n=6

Délka terapeutického působení: 8 týdnů, 1.5 hodiny týdně

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Účelem této studie bylo posoudit vliv multidisciplinárního intervenčního programu na postoje a symptomy spojené s mentální bulimií.

Testové metody: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory, The Coopersmith Self-Esteem Inventory, The Bulimia Test Revised (BULIT-R), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) – pouze subškály Drive for Thinness (DT) a Body Dissatisfaction (BD).

Výsledek: Popsané navýšení mindfulness otevírá možnosti rozpoznávat spouštěče přejídání, tedy možnost vyhnout se vlastnímu habituálnímu chování a častěji začlenit vhodné chování.

Navíc u pacientky Sally došlo ke snížení obav z hmotnosti a tělesných tvarů, ačkoli došlo pouze k mírnému navýšení hmotnosti, tedy k vhodnější akceptaci vlastního těla.

Závěr: Pozitivní výsledek terapie v předpokladu lepšího rozpoznávání spouštěčů přejídání. Tento předpoklad by však bylo vhodné potvrdit následným sledováním, které nebylo učiněno či popsáno.

Citační číslo: 31

Podrobný popis je na straně 152.

Citační číslo: 32

Rok vydání: 1987

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=25

Délka terapeutického působení: 8-9 sezení

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Porovnání dvou typů terapií, relaxace a snížení citlivosti (desensitization).

Testové metody: Tělesná hmotnost, Rosenberg Self-esteem Scale, Goldfarb Fear of Fat Scale.

Výsledek: Rosenberg Self-esteem Scale:

A1, A2 – nízká sebeúcta (self-esteem) před terapií (30,7, SD = 3,45, bez signifikantního rozdílu mezi pacienty s terapií relaxace a desensitizace, skóre před nebo během terapií. Fear of Fat Scale: Pretest - A1A2 =4,5 (SD = 1,72) - Pretest se

nelišil a změny ve skórech během terapii nevykázaly signifikantní rozdíl u žádné skupiny.

Jako kontrolní skupina byli použiti 73 normální středoškoláci a vysokoškolačky (Goldfarb, et al., 1985) Kontrolní skupina = 2,5 (SD = 1,41). Přírůstek denní tělesné hmotnosti během terapie: Desenzitizace 0,23 lb. (0,23 lb = 0,12 kg) (SD = 0,12); Relaxace 0,41 lb. (0,41 lb. = 0,64 kg) (SD = 0,14); Kontrolní skupina 0,29 lb. (0,29 lb. = 0,13 kg) (SD = 0,12)

Následné sledování, 6 měsíců – Výsledky A1, A2 se nelišily. Rosenberg Self-esteem Scale: Skupina s relaxací se signifikantně více zlepšila než skupina s desenzitizací ($F_{1,4} = 7,64$, $p < 0,05$). Fear of Fat Scale: skupina relaxace – [7,0 (SD = 1,73) pretest] a [2,0 (SD = 1,00) 6 měsíců - následné sledování] signifikantně lepší snížení obavy z tloušťky než u skupiny desenzitizace .

Závěr: Signifikantní rozdíl byl zjištěn u následného sledování pacientů, kdy se skupina s relaxací signifikantně více zlepšila než skupina s desenzitizací (Na základě Rosenberg Self-esteem Scale i Fear of Fat Scale). Tato skupina vykázala signifikantně lepší snížení obavy z tloušťky než skupina s desenzitizací.

Citační číslo: 40

Rok vydání: 1998

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN / n=135

Délka terapeutického působení: 8 sezení

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Cílem výzkumu je zjistit, zda přidání expozice s odpovědí (exposure with response) do preventivní složky kognitivně behaviorální terapie, vede k většímu klinickému zlepšení a nižšímu riziku relapsu.

Testové metody: Dieting nad body dissatisfaction (BodyDis); Eating Disorders Inventory (EDI) (obsahující: Drive for Thinness (EDIThin), Bulimia (EDIBul), Body dissatisfaction (EDIBody)); Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); global assessment of functioningt (GAF).

Výsledek: Obecně kognitivně behaviorální terapie vykázala signifikantní rozdíl. Výsledky vzhledem k jednotlivým terapiím doplňující kognitivně behaviorální terapii byly následující. Na konci behaviorální terapie nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi třemi skupinami, co se týče abstinence (66 % u B-ERP, 45 % u P-ERP, 47 % u RELAX (skupina s relaxací)) nebo frekvence záchvatovitého přejídání nebo zvracení. U skupiny B-ERP byla zjištěna signifikantní snížení anxiety, jídelního omezování a tělesné nespokojenosti a deprese.

Rozdíl mezi skupinami byl zaznamenán v následném sledování po 12 měsících, kdy skupina B-ERP byla nezávisle spojována s nižším jídelním omezováním a lepším obecným fungováním. Po 3 letech pacienti všech tří skupin vykázali stabilitu od doby po ukončení terapie po dobu 3 let. Nebyl rozpoznán rozdíl mezi terapeutickým efektem jednotlivých terapií.

Závěr: Ve výsledcích jednotlivých terapií nebyly při dlouhodobém sledování pacientů zjištěny rozdíly. Pozitivní výsledek je, že po třech letech po ukončení terapie všichni pacienti vykázali stabilitu.

Závěr

Celkem šest článků této kapitoly relaxačních technik je z roku 1986 (10), 1987 (32), 1998(40), 2001 (31), 2003 (13) a 2006 (10). Článek z roku 2001 (31) není prvotně zaměřen na hodnocení terapie, ale na hodnocení validity měření pod vodou, přináší však i tak informace o terapii, u které je metoda měření pod vodou použita. Další články (10, 40) posuzují relaxační techniky v souvislosti s účinkem kognitivně behaviorální terapie a ostatní články (3, 13, 32) pracují samostatně s relaxací.

Použité metody hodnocení jsou v této skupině velmi různorodé. Nejčastěji, tedy celkem dvakrát, byla použita tělesná hmotnost a Eating Disorder Inventory (ve formě EDI a EDI-2). Ostatní metody byly použity pouze jedenkrát.

Výsledky výzkumů o středně vyšší váze 2.1 (10, 13, 32, 40) poukázaly na ustoupení epizod přejídání a zvracení (u 4 ze 30 respondentů) které přetrvalo 4 měsíce po terapii (10), lepší rozpoznávání spouštěčů přejídání (13), snížení obavy z tloušťky (32) a stabilitu i po 3 letech (40).

Výsledky výzkumů o středně nižší váze 3 (3, 31) ukázaly pozitivní zlepšení u tělesné spokojenosti a negativních myšlenek vážících se k tělesnému obrazu a tělesné hmotnosti, zlepšení BMI, tukové tkáně a tělesného tuku. Klienti výzkumu č. 3 však zůstali více tělesně nespokojeni a s vyšší dysforií tělesného obrazu, než je obvyklé.

4.2.4 Chůze (walking) [19, 37, 38]

Citační číslo: 19

Rok vydání: 2007

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=96

Délka terapeutického působení: 15 sezení

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Cílem studie nebylo testovat terapeutický program, ale zjistit, zda se liší terapeutický efekt mezi BED a subBED. Tato studie měla za cíl porovnat psychopatologii spojenou s jídlem (eating-related) a všeobecnou psychopatologii ve výchozím stavu a po aplikaci multimodálního léčebného programu (multimodal treatment program) u osob obézních s subBED ve srovnání s osobami s BED.

Testové metody: The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ); the Patient Health Questionnaire (PHQ-D).

Výsledek: Všichni pacienti zaznamenali podstatné zlepšení, výsledky zůstaly stabilní během následného sledování, mimo dietních omezení. Při následném sledování výsledky pacientů s subBED a BED zůstaly rozdílné od kontrolní skupiny bez poruchy příjmu potravy s jídelními problémy avšak bez psychopatologie.

Závěr: Cílem studie nebylo testovat terapeutický program, ale zjistit, zda se liší terapeutický efekt mezi BED a subBED. Tento rozdíl nebyl potvrzen. Pozitivním výsledkem však je, že všichni pacienti zaznamenali pozitivní zlepšení a výsledky během následného sledování zůstaly stabilní.

Citační číslo: 37

Rok vydání: 1995

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=50

Délka terapeutického působení: 24 týdnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Cílem studie bylo testovat terapeutický program zahrnující 30 min. chůze třikrát týdně.

Testové metody: Záchvatovité přejídání (jídelní deník), tělesná hmotnost, Beck Depression Inventory (BDI), Three-Factor Eating Questionnaire, Binge Eating Scale (BES), Inventory of Interpersonal Problems, Symptom Check List, Rosenberg Self-Esteem Scale.

Výsledek: Pro hodnocení úspěšnosti studie byla stanovena tři kritéria: 1) stabilizace (nebo ztráta) hmotnosti nejméně po dobu posledních 4 týdnů léčby, 2) minimální aerobní cvičební program (tj. 30 min. chůze třikrát týdně) a 3) abstinence od přejídání po dobu nejméně posledních 14 dnů léčby.

Signifikantní rozdíl byl zjištěn u váhy i epizod přejídání (55 % pacientů nezaznamenalo epizody přejídání po dobu čtrnácti dnů, u kontrolní skupiny to bylo pouze 5 % pacientů). Váha u experimentální skupiny poklesla o 0,6 kg na rozdíl od osob čekajících na terapii, kdy se zvýšila o 4,1 kg.

Druhou otázkou bylo, zda pacienti, kteří se nezlepšili během 12 týdnů terapie KBT, se zlepšili během následujících 12 týdnů terapie IPT. Epizody přejídání se v průběhu druhé terapie zvýšily ze 1.4 dnů/týden (SD = 1.0) na 1.9 dnů/týden (SD = 1.7) a tělesná hmotnost se zvýšila o 0,6 kg. Tyto změny nebyly signifikantní.

Závěr: Pozitivní výsledky studie vykazaly signifikantní efekt terapie a to z hlediska mírné redukce váhy a výrazného snížení epizod přejídání.

Citační číslo: 38

Rok vydání: 1996

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=73

Délka terapeutického působení: 24 týdnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Cílem studie je zhodnotit efekt pohybové intervence (exercise intervention) zahrnuté v rámci léčebného programu obézních žen s přejídáním (BED).

Testové metody: The Paffenbarger exercise Interview (PEI), Stupeň zátěže – deník fyzické aktivity, Eating Disorder Examination (EDE), Beck Depression Inventory (BDI).

Výsledek: Na základě terapie bylo zjištěno signifikantně vyšší zvýšení týdenní frekvence cvičení než u kontrolních subjektů.

V následné péči 81,4 % testovaných subjektů nezaznamenalo epizody přejídání. Ženy, které abstinovaly od epizod přejídání, zaznamenaly změny ve frekvenci cvičení a kalorickém výdeji. Nebyla nalezena souvislost mezi účastí na cvičení a snížením tělesné hmotnosti či zlepšením na škále deprese.

Závěr: Pozitivní výsledek terapeutického působení byl vyjádřen signifikantně vyšším navýšením týdenní pohybové aktivity a snížením či absencí epizod přejídání v následné péči.

Závěr

Skupina terapií pracující s chůzí obsahuje tři články z roku 1995 (37), 1996 (38) a 2007 (19). Kdy článek z roku 2007 (19) není primárně zaměřen na testování terapie, ale zjištění rozdílu terapeutického efektu u osob s BED a osob obézních se subBED. Druhé dva výzkumy (37, 38) testují terapeutickou intervenci pracující s chůzí na vzorku osob s BED.

Jako metody hodnocení terapeutického efektu byl nejvíce, celkem 2x, použit Beck Depression Inventory (BDI). Ostatní metody byly použity pouze jedenkrát.

Všechny výzkumy této skupiny se nacházejí v oblasti středně vyšší váhy, tedy hodnoceno 2.1 (37, 38) a 2.2 (19). Výzkum zabývající se rozdílem terapeutického efektu mezi sub BED a BED nepotvrdil rozdíl, pacienti však zaznamenali pozitivní zlepšení a výsledky během následného sledování zůstaly stabilní. Dále byl zjištěn signifikantní pozitivní efekt redukce váhy (37), snížení epizod přejídání (37,38) a navýšení týdenní pohybové aktivity (38).

4.2.5 Fyzická aktivita, cvičení (physical activity, exercise) [5, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 41]

Citační číslo: 5

Rok vydání: 2003

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN/ n=17

Délka terapeutického působení: od 6 do 12 měsíců

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Využití supervidovaného sportovního tréninku v terapii poruch příjmu potravy.

Testové metody: Anaerobní práh, body mass index (BMI), procento tělesného tuku, srdeční frekvence, tukuprostá tělesná hmota, příjem kyslíku, amenorea.

Výsledek: Terapeutický program neměl nepříznivý vliv na navyšování tělesné hmotnosti, návrat menstruace či rozvoj relapsu. Pohybový program se prokázal užitečný v redukci emočního stresu a pacienti jej měli rádi.

Žádný z pacientů obou skupin v průběhu terapie nezneužíval cvičení a nerozvinul relaps.

Byl nalezen nesignifikantní rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou u všech měřených parametrů.

BMI i procento tělesného tuku se u obou skupin zvýšilo v průběhu terapie a jednoho roku následného sledování. Stupeň zvýšení byl vyšší u experimentální skupiny. U experimentální skupiny došlo vzhledem ke vstupním hodnotám před

terapií k signifikantnímu zvýšení hodnot indikujících fyzickou výkonnost. U kontrolní skupiny také došlo ke zlepšení, to však nebylo signifikantní.

U všech pacientek se sekundární amenoreou došlo během sledování k obnově menstruace. Nebyl nalezen signifikantní rozdíl v délce trvání amenorey mezi experimentální a kontrolní skupinou. Pět pre-menarchal pacientek začalo během sledování menstruovat. U jedné pre-menarchal pacientky nebyl zaznamenán nástup menstruace ani v průběhu jednoročního následného sledování.

Závěr: Pohybový program se prokázal užitečný v redukci emočního stresu a pacienti jej měli rádi. Současně neměl nepříznivý vliv na navyšování tělesné hmotnosti, návrat menstruace či rozvoj relapsu.

Citační číslo: 6

Rok vydání: 2004

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN, BN, ENDOS / n=254

Délka terapeutického působení: 6 měsíců

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Tato studie zkoumá účinnost cvičebního programu určeného ke snížení nadměrné aktivity u žen s poruchou příjmu potravy, které jsou v hospitalizační léčbě.

Testové metody: Tělesná hmotnost, Eating Disorders Examination (EDI) – použity položky- exercise history a eating disorder severity, Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ), Objectified Body Consciousness Scale-Appearance Control Subscale (OBC-AC), Eating Disorder Patient's Expectations and Experiences of Treatment Questionnaire (EDPEX).

Výsledek: Nejsou zveřejněna data, pouze text tohoto znění: „ Signifikantní vztah skupina x diagnóza ukázala, že ženy ve skupině se cvičením, u kterých byla diagnostikována mentální anorexie, navýšily svoji tělesnou hmotnost více než kontrolní skupina. Navýšení bylo vyšší než jedna třetina. Také ženy ve skupinách se cvičením v porovnání s kontrolní skupinou vykazaly signifikantně nižší nutkání k nadměrné aktivitě.“

Závěr: Pozitivní výsledek byl zaznamenán v signifikantním navýšení tělesné hmotnosti u experimentální skupiny a signifikantně nižší nutkání ke cvičení u cvičících žen.

Citační číslo: 7

Rok vydání: 1993

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=39

Délka terapeutického působení: 6 týdnů (předpokládám)

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Srovnání míry zvýšení tělesné hmotnosti v průběhu obnovy tělesné hmotnosti (refeeding) u pacientů s mentální anorexií účastnících se strukturovaného pohybového anaerobního programu.

Testové metody: tělesná hmotnost

Výsledek: Článek neuvádí data, pouze výsledky komentuje slovy: „Nebyl nalezen signifikantní rozdíl ve stupni navýšení tělesné hmotnosti mezi dvěma skupinami.“

Závěr: Nebyl nalezen signifikantní rozdíl ve stupni navýšení tělesné hmotnosti mezi skupinami.

Citační číslo: 8

Rok vydání: 2000

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=16

Délka terapeutického působení: 3 měsíce (sezení každé 2 - 3 týdny po dobu 3 měsíců)

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Cílem výzkumu je zjistit, zda testovaný pohybový program strukturovaný dle nárůstu tělesné hmotnosti, aplikovaný v léčbě mentální anorexie zlepšil kvalitu života a zda současně nebude mít negativní efekt na nárůst tělesného tuku.

Testové metody: procento tělesného tuku, BMI, Zdravotní dotazník (Medical Outcomes Survey Short Form 36-item), Dotazník kvality života (Quality of Life questionnaire).

Výsledek: BMI i procento tělesného tuku bez změny, Výsledky dotazníku kvality života (Quality of Life questionnaire) se nesignifikantně (statisticky) zlepšily u experimentální skupiny.

Závěr: Mírně pozitivní výsledek byl zjištěn v hodnotách BMI. Procento tělesného tuku u pacientů s MA se nezměnilo a kvalita života se nesignifikantně zvýšila.

Citační číslo: 14

Rok vydání: 1990

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN, BN, EDNOS/ n= 33

Délka terapeutického působení: setkání pouze za účelem hodnocení

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Tento článek hodnotí hustotu kostí za účelem určení prevalence a rozšíření osteoporózy a vlivu fyzických parametrů, cvičení a estrogenů.

Testové metody: Amenorea (stav menstruace), historie cvičení, historie zlomenin, kostní denzitometrie (kost vřetenní (radius), páteř, kost stehenní (femur)).

Výsledek: Článek neuveřejňuje přesná data, pouze komentář k výsledkům. Kdy signifikantní korelace byla zjištěna pouze u skupiny pacientů s MA. Dále bylo zjištěno, že cvičení středního zatížení (1 - 6 hodin/týdně) působilo ochranně na kostní denzitu, zatímco minimální nebo vysoké zatížení působilo negativně. Skupina pacientů s ENDOS, která cvičila nejvíce, měla nejnižší hodnoty kostní denzity.

Cvičení se střední intenzitou zátěže by mohlo být doporučeno, na rozdíl od cvičení s vysokou či nízkou intenzitou zátěže.

Závěr: Výsledky studie pozitivně hodnotí cvičení střední intenzity vzhledem ke kostní denzitě, zvláště u pacientů s MA, kde byla zjištěna signifikantní korelace. Cvičení nízké či vysoké intenzity bylo zjištěno jako negativní na kostní denzitu.

Citační číslo: 15

Rok vydání: 2008

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=16

Délka terapeutického působení: pouze 1 sezení po dobu 30 minut

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Výzkum je zaměřen na testování denní aktivity pomocí monitorovacího systému „The physical activity monitoring systém“ (PAMS).

Testové metody: The physical activity monitoring systém (PAMS).

Výsledek: Na základě měření byla zjištěna vysoká korelace individuální tělesné akcelerace s rychlostí chůze a výdejem energie při chůzi ($r^2 > 0,99$).

Závěr: Data popsaná v článku lze těžko použít pro terapeutickou praxi. Testovaný monitorovací systém však může být pomocníkem v praxi.

Citační číslo: 16

Rok vydání: 2002

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=84

Délka terapeutického působení: 4 - 10 měsíců

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Výzkum je zaměřený na efekt začlenění cvičení v rámci kognitivně behaviorální terapie v terapii pacientek se syndromem záchvatovitého přejídání s hmotností v pásmu obezity.

Testové metody: Jídelní deník (záchvatovité přejídání, pacientům přesně definováno co mají považovat za epizodu) (Wilson et al., 1993), záznam fyzické aktivity (Blair, 1984), Beck Depression Inventory (BDI).

Výsledek: Pacientky, u kterých bylo zařazeno do terapie cvičení, vykazaly na rozdíl od pacientek s terapií pouze kognitivně behaviorální (KBT) signifikantně nižší množství epizod záchvatovitého přejídání. Osoby s terapií cvičení anebo podporování (maintenance) na konci sledování vykazaly abstinenci od epizod v 58 % a průměrnou

redukci hmotnosti o 2.2 body mass index (BMI), přibližně 6,4 kg. BMI bylo signifikantně sníženo u skupin se cvičením a s podporou (maintenance). Na závěr autor uvažuje o vyšším pozitivním efektu terapie v redukci epizod záchvatovitého přejídání a BMI, při zapojení cvičení v rámci terapie KBT a prodloužení doby trvání terapie.

Závěr: V léčbě záchvatovitého přejídání pacientek s nadváhou začlenění cvičení či podpory do terapie KBT vykazovalo signifikantně lepší výsledky než pouze užití terapie KBT. Škoda, že článek neuvádí porovnání hodnot skupin terapie s cvičením a podporou.

Citační číslo: 18

Rok vydání: 2002

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN / n=81

Délka terapeutického působení: 16 týdnů

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Studie je zaměřena na hodnocení efektu fyzického cvičení versus KBT a KBT versus nutriční poradenství.

Testové metody: Jídelní deník (prejídání, zvracení), The Eating Disorder Inventory (EDI) – subškály: Drive for thinness (DT), Bulimia (B), Body dissatisfaction (BD), klinický rozhovor.

Výsledek: Efekt kovariance (věk a délka onemocnění) nedosáhly statistické významnosti, nutriční poradenství se neprokázalo efektivnější než kognitivně behaviorální terapií (KBT); fyzické cvičení se ukázalo efektivnější než KBT v redukci snahy o štíhlost, pozitivní změny tělesné stavby, aerobní zdatnosti, snížení frekvence přejídání, zvracení a zneužívání laxativ.

Závěr: V porovnání s terapiemi kognitivně behaviorální terapií (KBT) a nutričním poradenství, se cvičení prokázalo pro pacienty s mentální bulimií signifikantně efektivnější. Pozitivní efekt byl zjištěn v redukci snahy o štíhlost, pozitivní změny tělesné stavby, aerobní zdatnosti, snížení frekvence přejídání, zvracení a zneužívání laxativ.

Citační číslo: 22

Rok vydání: 1993

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=43

Délka terapeutického působení: střední hodnota 159 dnů (standardní odchylka = 22, rozsah = 117 - 184 dnů)

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Cílem výzkumu bylo získat předběžné informace o účinnosti terapie specializované na fyzickou aktivitu na prožitek a spokojenost pacientů s tělem a na vztah této terapie k tělesnému složení respondentů.

Testové metody: Video zkreslení (video distortion); Body Attitude Questionary (BAQ).

Výsledek: Měření získaná po ukončení terapie vykazují signifikantní snížení podhodnocování tělesných rozměrů ve srovnání s hodnotami před terapií. Navíc se množství tělesného tuku u respondentů zvýšilo o 59 %, a množství tukuprosté tkáně o 41 %. Bohužel ideální obraz těla po terapii nekorespondoval s aktuálními tělesnými rozměry.

Skóre nespokojenosti (BAQ) se signifikantně snížilo. Autor článku uzavírá pozitivním hodnocením výsledku a navrhuje následný větší důraz na rozvoj svalové hmoty.

Závěr: Pozitivní výsledky výzkumu ve smyslu signifikantního snížení podceňování tělesných rozměrů, skóre nespokojenosti (BAQ) a navýšení tukové tkáně o 59 % a tuku prosté tkáně o 41 % bohužel není doplněno kontrolní skupinou, která by mohla potvrdit jednoznačný vliv této terapie na celkové výsledky.

Citační číslo: 24

Rok vydání: 1970

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=1

Délka terapeutického působení: přibližně 8 měsíců

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: : 4

Zaměření článku: Studie je zaměřena na představení a hodnocení vedeného cvičebního programu u hospitalizovaných pacientů. Program byl aplikován v závislosti na nabývání či udržování hmotnosti.

Testové metody: Hmotnost, tělesné rozměry.

Výsledek: Tělesné rozměry pacientky se v průběhu cvičení zvýšily a to zvláště ve prospěch „ženských“ rozměrů. Na konci pozorování se pacientka účastnila cvičení s větší skupinou a zaměření její pozornosti se změnilo na kontrolu tělesných rozměrů obvyklou pro ženy.

Závěr: Výsledek studie je pozitivní ve smyslu navýšení tělesných rozměrů respondentky zvláště v oblasti feminních proporcí a změnou kontroly tělesných rozměrů.

Citační číslo: 25

Rok vydání: 2003

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=7

Délka terapeutického působení: 2 týdny/ 3 - 4 hodiny denně

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: : 4

Zaměření článku: Článek je zaměřen na vývoj klinické teorie a praxe ve smyslu pohybového programu majícího pozitivní vliv na negativní vnímání tělesných rozměrů (body shape) a tělesnou hmotnost.

Testové metody: Tělesná hmotnost, rozhovor, pozorování, zdravotní vyšetření, Eating Disorders Inventory (EDI), Children's Version Eating Disorders Inventory (EDI-2 C), Body Attitudes Test (BAT).

Výsledek: Kvantitativní zjištění vykazaly signifikantní změny pro skupinu ve vztahu k tělesné hmotnosti (EDI-2C, BAT). Kvalitativní zjištění poukázaly na změnu ve čtyřech kategoriích: zapomenutí na tělo, stav přítomnosti s tělem (body reminder), fáze onemocnění a sociální kontext.

Závěr: Pozitivní výsledky se především odvíjejí od signifikantních změn ve vztahu k tělesné hmotnosti (EDI-2C, BAT). Byly však také zjištěny pozitivní kvalitativní

výsledky (zapomenutí na tělo, stav přítomnosti s tělem (body reminder), fáze onemocnění a sociální kontext). Celková výpovědní hodnota studie je však i dle slov autorek problematická. Výsledky se tudíž zaměřují spíše na získání či potvrzení informací o jednotlivých sportovních aktivitách a eliminaci rizikových aktivit v budoucnosti.

Citační číslo: 26

Rok vydání: 2006

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=21

Délka terapeutického působení: 8 týdnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Studie je zaměřena na ověření, zda osm týdnů dlouhý tréninkový program nízké zátěže zvýší svalovou sílu flexorů a extenzorů kolen a loktů u skupiny hospitalizovaných pacientů s mentální anorexií.

Testové metody: Test síly, tělesná hmotnost, Body mass index (BMI), procento tělesného tuku, tuková tkáň (kg), tukuprostá tkáň (kg).

Výsledek: U sedmi cvičících pacientů s mentální anorexií bylo zjištěno signifikantní zvýšení kolenních extenzorů ($p < 0.001$), flexorů ($p < 0.0001$) a loketních flexorů ($p < 0.01$). Kontrolní skupiny sedmi pacientů s anorexií, kteří necvičili, a sedmi osob nevykazujících anorexií, kteří cvičili, nevykázaly signifikantní navýšení svalové síly ($p > 0,05$). Studie prokázala, že osmitýdenní tréninkový program nízké zátěže zvýšil sílu loktů a kolen u hospitalizovaných pacientů s anorexií. Všichni respondenti s anorexií v průběhu programu signifikantně navýšili svoji tělesnou hmotnost, BMI, procento tělesného tuku, množství tuku a množství tukuprosté tkáně. Respondenti bez onemocnění anorexie signifikantně snížili procento svého tělesného tuku.

Závěr: Celkový výsledek studie je pozitivní. Studie dokládá, že osmitýdenní tréninkový program nízké zátěže zvýšil sílu loktů a kolen u hospitalizovaných pacientů s anorexií. U cvičících i necvičících pacientů s mentální anorexií se signifikantně navýšila tělesná hmotnost, BMI, procento tělesného tuku, množství tuku a množství tukuprosté tkáně.

Citační číslo: 29

Rok vydání: 1997

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): obese with ED / n=18

Délka terapeutického působení: 8 týdnů

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Studie je zaměřena na zjištění přínosu začlenění vyvážené diety a fyzického cvičení do terapie

Testové metody: BMI, hmotnost, systolický tlak, diastolický tlak, poměr pasu a boků, s-lipidy

Výsledek: Tělesná hmotnost skupiny se signifikantně snížila z 98.8 kg na 88.6 kg. Po terapii se tělesná hmotnost signifikantně snížila o 10,2 kg, a průměrná tělesná hmotnost se i nadále signifikantně snižovala během 6 měsíců následného sledování o 6,1 kg. Průměr systolického tlaku se během terapie snížil z 133.0 +/- 21.5 mmHg na 127.5 +/- 22.1 mmHg ($p > 0.05$). Diastolický tlak se průměrně snížil z 85.5 x 14.1 mmHg na 78.7 x 11.8 mmHg ($p > 0.05$). Poměr pasu a boků se snížil z 0.90 +/- 0.08 na 0.88 +/- 0.09 ($p < 0.001$). Jedinou signifikantní změnou byly laboratorní výsledky redukce s-lipidů.

Nejčastější problémy během cvičení byla suchá ústa, bolesti hlavy, vyčerpání a gastrointestinální problémy. Množství vedlejších účinků vymizelo ke konci terapie. Pacienti popisovali zlepšení sebehodnocení (self esteem) po cvičení. Šest měsíců po počáteční terapii bylo průměrné snížení hmotnosti signifikantní (82,5 kg). U žádného z pacientů se v průběhu terapie či při následném sledování neprojevila anorexie.

Závěr: Studie vykazala signifikantní redukci s-lipidů a tělesné hmotnosti. Ostatní pozitivní výsledky jako snížení systolického a diastolického tlaku nebyly signifikantní. Během šesti měsíců následného sledování nedošlo k navýšení hmotnosti.

Citační číslo: 30

Rok vydání: 2008

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=23

Délka terapeutického působení: 1 krát týdně po dobu 6 měsíců, celkem 24 sezení.

Trvání jednoho sezení 1h 30min.

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Zaměřením studie je popsat a testovat inovativní kognitivně behaviorální program určený pro pacienty se syndromem přejídání.

Testové metody: Hodnocení terapeutického procesu (normalizace jídelního chování, jídelní deník, ukončení diety, epizody přejídání, užívání alternativních strategií pro zamezení vzniku epizody přejídání, aktivní životní styl apod.), Symptom Check List (SCL-90), Body Attitude Test (BAT), Eating Disorder Inventory (EDI), Beck Depression Inventory (BDI), Dissociation Questionnaire (DIS-Q).

Výsledek: Signifikantní snížení epizod přejídání. Mnoho pacientů popsalo, úplnou absenci epizod přejídání. Snížení hmotnosti nebylo signifikantní, BMI bylo sníženo z 38 na 36.7.

Dále bylo zjištěno signifikantní zlepšení symptomů syndromu přejídání. Skóre testu EDI v dimenzi bulimie (Bulimia) se snížilo z 9 na 2.7. Pacienti popisovali vyšší smysl pro vnitřní kontrolu během jídla společně s více pozitivním zažíváním vlastního těla (body experience). Ke konci terapie pacienti také popsali méně problémů se spánkem (SCL-90).

Závěr: Studie prokázala signifikantní zlepšení ve snížení epizod přejídání a dalších symptomů syndromu přejídání, které ukázalo snížení v testu EDI (dimenze Bulimie). Pacienti dále popsali vyšší pocit vnitřní kontroly při jídle, lepší vnímání vlastního těla, méně problémů se spánkem. Hmotnost pacientů se snížila, nikoli však signifikantně.

Citační číslo: 33

Rok vydání: 1970

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=3

Délka terapeutického působení: 4,8 - 4,1 týdnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: Tento článek je zaměřen na popis aplikace „operant conditioning techniques“ za účelem navýšení tělesné hmotnosti u pacientů.

Testové metody: Tělesná hmotnost, mechanický pedometr – fyzická aktivita.

Výsledek: Klinické sledování odhalilo zlepšení nálady a interpersonálních vztahů u všech pacientů po započetí behaviorální techniky. U prvního pacienta bylo navýšení tělesné hmotnosti za 3,8 týdnů o 9 kg (ze 40,5 na 49,5 kg), týdenní navýšení hmotnosti bylo 2,63 kg. U druhého pacienta bylo navýšení tělesné hmotnosti za 3,9 týdnů o 9,75 kg (ze 41,28 na 51,03 kg), týdenní navýšení hmotnosti bylo 1,81 kg. U třetího pacienta bylo navýšení tělesné hmotnosti za 4,1 týdnů o 11,79 kg (z 28,8 na 40,59 kg), týdenní navýšení hmotnosti bylo 2,09 kg.

Závěr: Pozitivní výsledky studie ukazují v průběhu terapeutického programu navýšení tělesné hmotnosti u všech pacientů spojené se zlepšením nálady a interpersonálních vztahů.

Citační číslo: 41

Rok vydání: 1992

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=9

Délka terapeutického působení: 5 týdnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: : 3

Zaměření článku: Zaměřením studie je pomoci překonat destruktivní efekt určitých hodnot na člověka.

Testové metody: Eating Disorder Inventory (EDI), Eysenck Personality Inventory (EPI), Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale (Reid, Ware, 1971), The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Výsledek: Statisticky signifikantní zlepšení bylo naměřeno u 10 hodnot. U testu EDI to byly hodnoty Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction, Ineffectiveness, Perfectionism, Interoceptive Awareness, Maturity Feares, u testu MMPI to byly

hodnoty Extraversion, Neuroticism v případě Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale to byla hodnota Self Control. Nesignifikantní rozdíly byly nalezeny u hodnot EDI, Interpersonal Distrust.

Závěr: Výrazně pozitivní výsledky popisuje studie bez bližší prezentace základních hodnot. Signifikantní zlepšení bylo naměřeno u hodnot testu EDI: Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction, Ineffectiveness, Perfectionism, Interoceptive Awareness, Maturity Feares, u testu MMPI: Extraversion, Neuroticism v případě testu Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale: Self Control.

Závěr

Nejobsáhlejší skupina terapií, fyzická aktivita a cvičení, obsahuje články publikované v letech 1970 (24, 33), 1990 (14), 1992 (41), 1993 (7, 22), 1997 (29), 2000 (8), 2002 (16, 18), 2003 (5, 25), 2004 (6), 2006 (26) a 2008 (15, 30). Ze zařazených výzkumů bych odlišila články 16 a 30 zabývající se zařazením fyzické aktivity v rámci kognitivně behaviorální terapie, článek 18 porovnávající cvičení a kognitivně behaviorální terapii a článek 14 hodnotící vliv cvičení na kostní denzitu, problematickou zvláště u onemocnění mentální anorexie.

K hodnocení terapeutického efektu bylo nečastěji, celkem devětkrát, užito měření hmotnosti či tělesných obvodů. Pětkrát, tedy ve 30 % případů, bylo užito Eating Disorders Examination (EDI) a čtyřikrát test či dotazník týkající se fyzické aktivity a cvičení (historie cvičení, záznam fyzické aktivity (Blair, 1984), test síly, mechanický pedometr – fyzická aktivita, The physical activity monitoring systém (PAMS), Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)). Třikrát byly užity různé formy jídelního deníku a dvakrát bylo k hodnocení terapeutického efektu užito Beck Depression Inventory (BDI), amenorea, zdravotní dotazník a kardiovaskulární hodnoty. Ostatní metody byly použity pouze jedenkrát.

Váha důkazu je v této skupině velmi dobrá, devět ze šestnácti výzkumů dosahuje středně vyšší váhy důkazu. Čtyři studie středně nižší váhu důkazu a tři studie nízkou váhu důkazu.

Výsledky studií hodnocených 2.1 mluví o pozitivním zlepšení BMI (8), nebo o totožném navýšení hmotnosti jako u necvičících pacientů s AN (26) a o

nesignifikantním zlepšení kvality života (8). O zvýšení síly loktů a kolen u hospitalizovaných pacientů s anorexií (26) se současným přírůstkem tělesné hmotnosti. Články 16 a 18 pracují s kognitivně behaviorální terapií (KBT), kdy článek č. 16 popsal signifikantně lepší výsledky u pacientek BED při užití KBT se cvičením než samostatného KBT a článek č. 18 popsal lepší výsledky u pacientů s BN u cvičení než terapie KBT či nutričního poradenství.

Studie hodnocené 2.2 popisují pozitivní efekt na tělesnou hmotnost (5, 6, 7), navíc č. 5 zmiňuje redukcí emočního stresu a č. 6 signifikantně nižší nutkání ke cvičení. Článek 14 hodnotící kostní denzitu popisuje pozitivní výsledky zvláště u pacientů s AN u střední intenzity cvičení a negativní výsledky u nízké či vysoké intenzity cvičení.

Dva z výzkumů (22, 41) hodnocených váhou důkazu 3 pracovaly se osobami s AN a na základě terapie bylo zjištěno pozitivní snížení podceňování tělesných rozměrů (22), navýšení tukové tkáně o 59 % a tuku prosté tkáně o 41 % (22), skóre nespokojenosti (BAQ) (22) a zlepšení hodnot EDI (41), MMPI (41) a Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale: Self Control (41). Druhé dva články (29, 30) pracovaly s osobami s poruchou příjmu potravy s nadváhou a BED. Popsaly snížení tělesné hmotnosti (29,30) systolického a diastolického tlaku a redukcí s-lipidů (29) a snížení epizod přejídání a hodnot v EDI.

Všechny tři studie (24, 25, 33) hodnoceny hodnotou 4 váhy důkazu, mluví o pozitivním efektu popsané terapie na váhový přírůstek či navýšení tělesných rozměrů v kombinaci se zlepšením nálady a interpersonálních vztahů (33) a pozitivním zapomenutí na tělo, stav přítomnosti s tělem (body reminder), fáze onemocnění a sociální kontext (25).

4.2.6 Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace) (Expressive therapies (dance, drama, improvisation)) [2, 13, 17, 27, 28, 31, 41]

Citační číslo: 2

Rok vydání: 2002

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN a BN / n=2

Délka terapeutického působení: 27 dnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: V tomto článku autoři popisují skupinovou terapii, která integruje arteterapii, psychodrama a verbální terapii u těžce nemocných pacientů s mentální anorexií a bulimií.

Testové metody: Pozorování, tělesná hmotnost, epizody přejídání a zvracení.

Výsledek: Oba respondenti dosáhli 95 % ideální tělesné hmotnosti. Kvalitativní výsledky terapie jsou popsány těmito slovy: Pacient č. 1: „Začala mluvit vyspělejší tónem hlasu, vyjadřovat svůj názor, dobrovolně se účastnit jako pomocník psychodramatu jiného pacienta. Byla schopná odhalovat své pocity, hledat v nich smysl a navyšovat míru sebedůvěry. Byla schopna vyjádřit strach a obavu z návratu domů a do školy. Jedla své jídlo v požadovaném rozsahu bez nutnosti nutriční podpory. Dostala se na 95 % své ideální tělesné hmotnosti. Naučila se rozpoznávat a vyjadřovat své emoce. Podařilo se jí zahájit a udržet několik vztahů. Ona i její rodina chápe nutnost v pokračování rodinné terapie.“

Výsledky pacienta č. 2 jsou popsány těmito slovy: „Radikálně poklesla touha k přejídání. Vyjádřila skutečnou touhu se uzdravit. Projevila se jako vedoucí v komunitě pacientů. Začala si věřit v terapeutickém procesu. Vyjádřila touhu žít. Pochopila, že potřebuje pokračovat v práci na uzdravení, kterou započala během hospitalizace. Byla propuštěna do ambulantní léčby.

Závěr: Pozitivní efekt terapie je u obou respondentů v získání 95 % optimální tělesné hmotnosti. Problém je však určit, jaký vliv na toto zlepšení má právě testovaná terapie. Článek poskytuje také mnoho kvalitativních znaků zlepšení.

Citační číslo: 13

Podrobný popis je na straně 159.

Citační číslo: 17

Rok vydání: 1998

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN / n=24

Délka terapeutického působení: 5 týdnů (10 sezení)

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Zjištění vlivu masáže na uzdravení pacientů s bulimií. (Kontrolní skupina – standardní terapie, jejíž součástí je i „movement therapy“)

Testové metody: Eating Disorders Inventory (EDI), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Profile of Mood States Depression Scale (POMS-D), Behavior Observation Scale (BOS), Salivary cortisol.

Výsledek: Měření provedená před a po terapeutickém sezení (celkem 2x) vykazala nižší anxieta a depresivní náladu než před terapeutickou jednotkou. U prvního dne skupina vykazala signifikantně nižší stres a dle pozorování také nižší úzkost a více pozitivní afektivitu. U těchto měření nebyl nalezen signifikantní výsledek vzhledem ke kontrolní skupině se standardní terapií.

Dlouhodobá měření byla aplikována první a poslední den terapie. U experimentální skupiny, terapie masáží, se zlepšilo skóre EDI na subškále drive for thinness, bulimia, body dissatisfaction, ineffectiveness, perfectionism, interpersonal distrust, interoceptive awareness a maturity fears.

Sebehodnocení a observace chování (behavioral observation) vykazaly okamžité snížení úzkosti a deprese po terapeutických masáží (massage sessions), úroveň deprese však stále zůstala vysoká.

Hladina kortizolu poklesla pouze mírně (hladina byla již velmi nízká ve výchozím stavu, pravděpodobně proto, že k odběru vzorků došlo v pozdních odpoledních hodinách, kdy kortizol obvykle dosahuje nejnižší úroveň za denní cyklus, tudíž je obtížné další snížení). Hladina dopaminu se zvýšila. Hladina serotoninu nevýznamně vzrostla. Hladina noradrenalinu vykazala mírný vzrůst.

Závěr: Výsledky měření jsou pozitivní. Vykazují však pouze jednu signifikantní změnu a to v pozitivním rozdílu stresu na počátku a konci sezení terapie masáže. Žádný

z výsledků nevykazuje signifikantní rozdíl mezi skupinou s terapií masáže a skupinou s běžnou terapií, jejíž součástí je i pohybová terapie (movement therapy).

Nesignifikantní pozitivní efekt u terapie masáže byl zaznamenán ve zmírnění významných problémů spojených s onemocněním mentální bulimie, jedná se o: úzkost, depresi, neuroendokrinní abnormality a nízký sebe-obraz (self-image).

Citační číslo: 27

Rok vydání: 2007

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=1

Délka terapeutického působení: není v textu specifikováno

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: Článek je zaměřen na objasnění, co se stane, když se někdo dívá na tanec, co pozorovatel cítí ve svém těle.

Testové metody: Pozorování.

Výsledek: Výsledek terapie je popsán těmi to slovy: „Na změnu Evelina těla má stále negativní dopad 25 letá deprivace. Váží přibližně 43 kg, stále ještě nemá menstruaci a není schopna romantického vztahu. Na druhou stranu pracuje a uvažuje o koupi vlastního domova. Tančí a pohybuje se neuvěřitelně harmonickým způsobem. Její touha po životě je pevná. Evelin pohyb a tělesný postoj byl na počátku terapie přísně kontrolovaný, strnulý, břicho vtaženo, nepohyblivé boky, povrchní dýchání se staženou bránicí. Postupně se její tělo stalo vyvážené a souměrné.

Závěr: Pozitivní výsledek terapeutického působení je popsán pouze kvalitativně, může být však velmi významný pro v terapeutickou práci. Pozorování se týká těla pacientky, které je zpočátku strnulé se staženou bránicí a povrchním dýcháním, to se stane uvolněné v přirozeném pohybu a dýchání. V rámci terapie dochází ke zlepšení i v oblastech běžného života, kdy v závěru terapeutického působení má pacientka zaměstnání a chce si koupit vlastní domov.

Citační číslo: 28

Rok vydání: 1999

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN / n=1

Délka terapeutického působení: 14 měsíců

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: Článek popisuje terapeutické působení pomocí tance, pohybové terapie založené na metodě Blanche Evan, na uzdravení pacientů s poruchou příjmu potravy.

Testové metody: Pozorování.

Výsledek: Výsledek terapeutického působení je popsán těmito slovy: „To co Elena nachází, nazývá malý plamen uvnitř, fyzický pocit, který identifikovala jako láska pro samu sebe. Její nové zkušenosti o sebe-potvrzení, sebe-respektu a sebe-vedení jsou indikací zlepšení jejího sebe-vnímání (self-concept) a tělesného obrazu (body-image). Její tělo již není jejím nepřítelem, je jejím domovem.“

Následné sledování po dvou letech po ukončení terapie ukázalo Elenin postup v sebe-rozvoji, osobních vztazích, kariéře. Elena je bez relapsu poruchy příjmu potravy. Po osmi letech od ukončení terapie byla Elena vdaná a měla dceru. Byla nadále bez relapsu poruchy příjmu potravy, postupovala v sebestvrzujícím růstu, spokojeností s tělem a životem.

Závěr: Pozitivní výsledek terapie je popsán na základě kvalitativního hodnocení zvláště ve smyslu pozitivního vnímání sebe sama a následného zlepšení během dvou a osmi let v sebe-rozvoji, osobních vztazích, kariéře. I po osmi letech po ukončení terapie byla pacientka bez relapsu.

Citační číslo: 31

Podrobný popis je na straně 152.

Citační číslo: 41

Podrobný popis je na straně 177.

Závěr

Výzkumné práce zařazené do skupiny expresivní terapie jsou z roku 1992 (41), 1998 (17), 1999 (28), 2001 (31), 2002 (2), 2003 (13), 2007 (27). Výzkumy se zaměřují na ověření účinku psychodramatu (2, 41) pohybové improvizace či exprese (13, 31), pohybové terapie (17) a tance (27, 28, 31, 41).

Pro hodnocení terapeutického efektu je nejčastěji, třikrát, užíván Eating Disorder Inventory (EDI, EDI-2) a pozorování. Ve dvou případech byla měřena tělesná hmotnost či velikost těla (váha, BMI, vážení pod vodou, dvanáct kožních řas). Ostatní metody byly použity pouze jedenkrát.

Váha důkazu je v této skupině spíše nižší. Pouze dvě práce byly hodnoceny jako studie o středně vyšší váze důkazu (13, 17). Studie 31 a 41 byly hodnoceny o středně nižší váze důkazu a tři (2, 27, 28) o nejnižší váze důkazu.

Terapeutické působení u studií o středně nižší váze důkazu v případě práce s tělesnou expresí a taneční terapií (31) ukázalo pozitivní zvýšení tělesné hmotnosti a v případě práce s taneční a dramaterapií (41) signifikantní zlepšení hodnot EDI, MMPI a Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale: Self Control.

Výzkumy o nízké váze důkazu pracující s tancem (27, 28) na základě pozorování mluví o zlepšení v pozitivním vnímání sebe sama (28), uvolněném pohybu a dýchání (27) a v sociální oblasti (27, 28). Třetí výzkum (2), pracující s psychodramatem, popisuje pozitivní efekt terapie u obou respondentů v získání 95 % optimální tělesné hmotnosti. Problémem je však určit, jaký vliv na toto zlepšení má právě testovaná terapie.

4.2.7 Masáž (Massage) [4,17]

Citační číslo: 4

Rok vydání: 2001

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=19

Délka terapeutického působení: 5 týdnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Ověření vlivu terapeutického působení masáže na uzdravení pacienta s anorexií.

Testové metody: State trait anxiety inventory (STAI), Profile of mood states (POMS), Eating Disorders Inventory (EDI), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), testy moči.

Výsledek: Skupina s terapií masáže vykázala po terapeutické jednotce nižší míru stresu a úzkosti a hladinu kortizolu.

V průběhu terapeutického působení pacienti zaznamenali snížení tělesné nespokojenosti (EDI) a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu.

Závěr: Pozitivní výsledky působení terapie masáže jsou vyjádřeny zvláště ve snížení míry stresu, úzkosti a hladiny kortizolu v průběhu terapeutické jednotky. V průběhu celé terapie bylo zaznamenáno snížení tělesné nespokojenosti (EDI) a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu.

Citační číslo: 17

Podrobný popis je na straně 181.

Závěr

Články zahrnuté do skupiny terapeutických technik masáže jsou publikovány v roce 1998 (17) a 2001 (4). Kdy starší článek (17) popisuje terapeutický efekt masáže versus obvyklá terapie, jejíž součástí je i pohybová terapie u osob s BN a starší článek (4) u osob s AN.

Oba články pracují s množstvím stejných metod k ověření účinku, jsou to Eating Disorders Inventory (EDI), Profile of mood states (POMS, POMS-D), State trait anxiety inventory (STAI) a Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Ostatní metody byly použity pouze jedenkrát.

Oba výzkumy dosahují středně vyšší hodnoty váhy důkazu (2.1). Výzkum srovnávající účinek terapie masáže a běžné terapie, jejíž součástí je i pohybová terapie (movement therapy) (17), nezaznamenává mezi skupinami signifikantní rozdíl. Pozitivní výsledek je ve snížení stresu (4, 17), úzkosti (4) a hladiny kortizolu

(4) v průběhu jednotky. Výzkum z roku 2001 (4) také dokládá snížení tělesné nespokojenosti (EDI) a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu v průběhu celé terapie.

4.2.8 Mindfulness terapie (Mindfulness therapy) [12, 23]

Citační číslo: 12

Rok vydání: 2005

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=1

Délka terapeutického působení: 10 sezení

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: Tato případová studie popisuje aplikaci MBCT u jedinců s klinicky signifikantním chováním záchvatového přejídání.

Testové metody: Eating Disorder Examination (EDE), Binge Eating Scale (BES), Eating Expectancy Inventory (EEl), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS); Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, 1996).

Výsledek: Autor článku komentuje výsledky slovy, že byly sníženy u pacientky epizody přejídání a vykazala vyšší pozornost a schopnost akceptace vnitřních zkušeností.

Závěr: Autor článku komentuje výsledku slovy, že byly sníženy u pacientky epizody přejídání a vykazána vyšší pozornost a schopnost akceptace vnitřních zkušeností.

Citační číslo: 23

Rok vydání: 2005

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BED / n=6

Délka terapeutického působení: 10 sezení

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Studie pracuje s hypotézou, že MBCT napomůže snížení záchvatů přejídání v souvislosti s negativními myšlenkami a emocemi, nemusí však mít vliv na

obsah, množství či intenzitu negativních myšlenek. Snížení množství, intenzity a obsah negativních myšlenek není předmětem této studie.

Testové metody: The Eating Disorder Examination (EDE), The Binge Eating Scale (BES), The Eating Expectancy Inventory (EEI), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), The Beck Depression Inventory – (BECK), Hodnocení epizod přejídání subjektivní (jídelní deník) a objektivní (dle Fairburn and Cooper, 1993).

Výsledek: Žádný ze získaných výsledků se neukázal signifikantní.

Subjektivní hodnocení epizod přejídání – 4 účastníci zaznamenali navýšení množství epizod. Avšak někteří účastníci začali nazývat epizodou přejídání i snědení malého množství jídla na základě jiného stimulu než hladu.

BES skóre se snížilo u 5 účastníků (u jednoho se nesnížilo).

EDE škála podala smíšené výsledky. Skóre týkající se tvaru a zdrženlivosti se mírně zlepšilo během následné terapie, hodnoty škály zájmu o hmotnosti (Weight concern scale) se mírně zvýšily a škály zájmu o jídlo (eating concern scale) se výrazně zlepšily, byly však stále nad normálními hodnotami.

U inventáře EEI se snížily hodnoty u přesvědčení, že jídlo snižuje negativní emoce, avšak nedosáhly normálních hodnot. Hodnoty přesvědčení, že jedení způsobuje pocit snížené kontroly, se rapidně snížily, a že konzumace zmírňuje nudu, se snížily mírně.

KIMS mírné zvýšení škály.

BDI-II vykazovalo snížení hodnot u 5 účastníků na minimální rozsah. U jednoho účastníka došlo k navýšení skóre deprese.

Závěr: Studie nevykázala signifikantní výsledky. Představené výsledky nejsou u všech 6 účastníků podobné. Například na škále deprese (BDI-II) Došlo u 5 účastníků ke snížení a u jednoho ke zvýšení. Také ne všichni účastníci zaznamenali snížení epizod přejídání, což může být způsobeno i změnou v definování těchto epizod jednotlivými účastníky během terapie. Rozdílné výsledky u účastníků jsou i u BES skóre. EDE škála podala smíšené výsledky. U EEI se hodnoty snížily, avšak nedosáhly normálních hodnot a u KIMS došlo k mírnému zvýšení.

Závěr

V této skupině, mindfulness terapie, jsou zařazeny dva články, oba byly publikovány v roce 2005 (12, 23) a mají totožné autory. Jeden je kazuistický (n = 1) (12) a druhý (23) čítá 6 respondentů. Zaměřují se na snížení přejídání (12, 23) a snížení množství a intenzity negativních myšlenek (23).

Oba články prezentují výsledky na základě Eating Disorder Examination (EDE), The Eating Expectancy Inventory (EEI), The Binge Eating Scale (BES), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) a The Beck Depression Inventory – (BDI-II, BECK). Článek 23 navíc zmiňuje další metody.

Studie o váze důkazu středně nižší (23) nevykázal a výrazné výsledky a výsledky u všech šesti respondentů nebyly stejné. Kazuistická práce (12) popisuje pozitivní efekt terapie ve snížení epizod přejídání a vyšší pozornosti a schopnosti akceptace vnitřních zkušeností.

4.2.9 Kombinované techniky (Combinated techniques) [9, 11, 20, 31, 35]

Citační číslo: 9

Rok vydání: 1997

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN, BN / n=30

Délka terapeutického působení: 5 týdnů (9 sezení)

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Cílem této studie bylo zjistit, jaký má vliv Faldenkraisova metoda na pacientův vztah k vlastnímu tělu, emočnímu stavu a na další aspekty typické pro onemocnění Porucha příjmu potravy.

Testové metody: Body Cathexis Scale (BCS), Body Parts Satisfaction Scale (BPSS), Questionnaire for body experience (Fragebogen zum Körperleben, 1982), Emotionalitätsinventar (EMI-B), Anorexia-nervosa- inventory for self evaluation (ANIS), Eating Disorder Inventory (EDI -2) použité škály: Drive for thinness, Bulimia,

Body dissatisfaction, Interoceptive Awareness, Maturity Fears, Asceticism, Impulse regulation and Social insecurity.

Výsledek: Spokojenost s vlastním tělem (BPRS) - výsledky naznačují pozitivní efekt terapie na vnímání částí těla, které jsou problematické pro osoby s poruchou příjmu potravy (boky, stehna, hýždě), a na postoj k vlastnímu zdraví.

Přijetí vlastního těla (FKE) – experimentální skupina vykázala zlepšení u zažívání vlastního pohybu a akceptace vlastního těla.

Psychický stav - (EMI-B) – experimentální skupina vykázala pozitivní změnu v oblasti spontánnosti, kontrolní skupina nevykázala žádné změny.

Vědomí tvaru a pocit zahlcení (Consciousness of figure and Feeling of being overwhelmed) (ANIS) – Hodnoty vědomí tvaru (Consciousness of figure) nevykázaly signifikantní změny, (Feeling of being overwhelmed) pocit zahlcení – hodnoty byly signifikantní.

Změna ve specifických příznacích poruchy příjmu potravy (EDI -2) – signifikantní změny byly nalezeny u subškál „Bulimia“ ve smyslu zlepšení u obou skupin a „Maturity fears“ ve vztahu mezi skupinami, kdy hodnoty u experimentální skupiny poklesly a u kontrolní skupiny se mírně zvýšily.

Závěr: Signifikantní změny byly nalezeny pouze u hodnot EDI-2, kdy u subškály Bulimia u obou skupin hodnoty pozitivně poklesly a u subškály „Maturity fears“ hodnoty u experimentální skupiny poklesly a u kontrolní skupiny se mírně zvýšily, zde se jednalo o signifikantní rozdíl mezi skupinami. Dále jsou zmíněny signifikantní změny u ANIS, Feeling of being overwhelmed, není však blíže udáno zda změna byla pozitivní či negativní.

Citační číslo: 11

Rok vydání: 2000

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=26

Délka terapeutického působení: 25 sezení

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 2.1

Zaměření článku: Studie je zaměřena na hodnocení vlivu terapie „Body Awareness Therapy (BAT)“, která je specificky zaměřená na poruchy tělesného obrazu, na mladé pacienty s poruchou příjmu potravy.

Testové metody: Children's Eating Attitude Test (Ch-EAT); Eating Disorder Inventory (EDI); The Body Perception Index (BPI), Visual Size Estimation (VSE).

Výsledek: Nebyl zjištěn rozdíl mezi pacienty, kteří byli léčeni pomocí terapie BAT a pomocí rodinné terapie. Pacienti, kteří byli léčeni pomocí terapie BAT a měli poruchu hodnocení svých tělesných rozměrů, během terapie zlepšili svůj tělesný obraz.

Závěr: Nebyl nalezen rozdíl ve výsledcích léčby pacientů léčených pomocí BAT a rodinné terapie. Pokud pacienti následně léčeni BAT měli poruchu hodnocení svých tělesných rozměrů, během terapie zlepšili svůj tělesný obraz.

Citační číslo: 20

Rok vydání: 2007

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=1

Délka terapeutického působení: 159 dnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 4

Zaměření článku: Kazuistika informující o ženě s poruchou příjmu potravy, u níž byla aplikována zenterpie.

Testové metody: Pozorování (procentuální množství snědených pokrmů)

Výsledek: Pacientka jedla 100 % určených jídel a její nálada se zlepšila.

Závěr: Pacientka jedla 100 % určených jídel a její nálada se zlepšila.

Citační číslo: 31

Podrobný popis je na straně 152.

Citační číslo: 35

Rok vydání: 1988

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): BN (sexual abuse) / n=15

Délka terapeutického působení: 3,5 týdnů

Následné sledování: ano

Váha výzkumu: 3

Zaměření článku: Popis a ověření účinku terapie zaměřené na tělesný obraz.

Testové metody: Eating Attitude test (EAT), Eating disorders Inventory (EDI), Self - Cathexis Scale, Body Cathexis Scale, Color - A - Person Test, Hopkins Symptom Check List-90 (SCL -90).

Výsledek: V textu článku nejsou zmíněna přesná data výsledků. Popsané výsledky terapie jsou, že u sedmi pacientů zcela ustoupily epizody přejídání, u zbylých osmi pacientů byly epizody redukovány na 63 % - 94 %. Během ročního následného sledování pacienti nevykázali tendenci k regresí.

Závěr: U sedmi pacientů zcela ustoupily epizody přejídání, u zbylých osmi pacientů byly epizody redukovány na 63 % - 94 %. Během ročního následného sledování pacienti nevykázali tendenci k regresí.

Závěr

Články zařazené do skupiny kombinované techniky byly publikovány v roce 1997 (9), 1988 (35), 2000 (11), 2001 (31) a 2007 (20). Každá ze zmíněných studií pracuje s jinou technikou. Nejdříve publikovaná s Faldenkraisovou metodou (9) další s terapií zaměřenou na tělesný obraz (Body image group meeting) (35), Body Awareness Therapy (BAT) (11), body-oriented therapy (31) a zen-terapií (20). Článek 31 primárně testuje novou metodu vážení pod vodou.

Z užitých metod hodnocení byl nečastěji, třikrát, užit Eating Disorder Inventory (EDI, EDI -2) (9, 11, 35) a dvakrát Children's Eating Attitude Test (EAT, Ch-EAT) (11, 35) a Body Cathexis Scale (BCS) (9, 35). Ostatní metody byly užity pouze jedenkrát.

Váha důkazu studií je pouze ve dvou případech (9, 11) středně vyšší, ostatní studie jsou buď středně nižší (31, 35) nebo nízké (20) váhy důkazu. Článek 11 (2.1)

Body Awareness Therapy (BAT) nepopsal rozdíl ve výsledcích léčby pomocí BAT a rodinné terapie. Druhý článek středně vyšší váhy (9), Faldenkraisova metoda, popsala signifikantní změny u hodnot EDI - 2. Články nižší váhy důkazu (3) popisují v případě body-oriented therapy v rámci komplexního programu pozitivní zlepšení tělesné hmotnosti, BMI, tukové tkáně a tělesného tuku (31) a v případě terapie tělesného obrazu (Body image group meeting) ustoupení, nebo redukci epizod přejídání (35). Kazuistika hodnotící žen terapii (2) hodnotí zlepšení ve 100 % jedení určených jídel a pozitivním zlepšení nálady pacientky.

4.2.10 Ostatní techniky [21]

Citační číslo: 21

Rok vydání: 1984

Vzorek populace / velikost vzorku (n=): AN / n=65

Délka terapeutického působení: 25 dnů

Následné sledování: ne

Váha výzkumu: 2.2

Zaměření článku: Článek je zaměřen na zhodnocení terapeutického působení mezi skupinou pacientů léčebně zaměřených na navýšení hmotnosti (refeeding), kteří mohli volně chodit a skupinou, která mohla pouze ležet.

Testové metody: Tělesná hmotnost.

Výsledek: Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi váhovými hodnotami obou skupin pacientů. U mírnějšího programu, pacienti mohli chodit, bylo nalezeno několik výhod. Výhody byly ve vyšší ekonomičnosti pro čas ošetřování, pacienti byli lépe dostupní pro psychoterapii a program byl lépe akceptován pacienty. Střední hodnota denního přírůstku pacientů s mírným režimem byla exp. 0,20 kg / 0,21 kg.

Závěr: Naměřené hodnoty mezi skupinami nevykázaly signifikantní rozdíl. Program, kdy pacienti mohli volně chodit, byl jimi lépe přijímán, byli lépe dosažitelní pro psychoterapii a měl nižší časové nároky na ošetřovatele.

Závěr

Do této skupiny byl zařazen pouze jeden článek (21). Důvodem byla značná nepodobnost tohoto terapeutického přístupu, kdy pacienti mohli volně chodit anebo mohli pouze ležet, s ostatními popsanými přístupy.

Tento článek byl publikován v roce 1984, a váha popsaných důkazů byla hodnocena jako středně vyšší (2.2). Pozitivní výsledek byl v případě neležících pacientů nalezen spíše ze strany přijímání terapie pacienty a jednodušší situace pro personál.

4.3 Závěr

Závěrem lze říci, že je pozitivně překvapující množství nalezených publikovaných studií oboru tak problematického na získání výzkumného vzorku. Také je potěšující kvalita publikovaných studií, a vzhledem k času vzrůstající tendence publikací o vyšší váze důkazu.

Z hlediska výzkumného vzorku lze pozitivně hodnotit častost využívání genderově heterogenního vzorku a zahrnování různých syndromů poruchy příjmu potravy. Pozitivně lze hodnotit i velikost výzkumného vzorku, která v jednotlivých skupinách většinou přesáhla množství deseti osob. I celkovou velikost výzkumného vzorku.

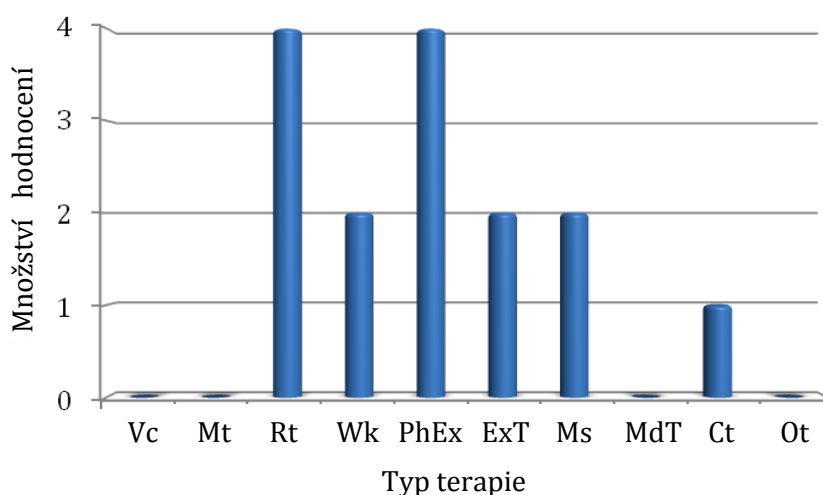
Negativně lze hodnotit užití různorodých testových metod. Neexistuje metoda, která byla užitá alespoň v polovině případů. Toto zhoršuje možnost porovnání jednotlivých výsledků studií. Problematické je i mnohé slovní hodnocení jednotlivých výzkumů bez jasných dat. Je však nutno říct, že kvalita popisu výzkumů se vzhledem k času zlepšuje. Z toho důvodu je i velmi problematické souhrnné hodnocení skupin daných terapií, natož celkové hodnocení účinku terapií pracujících s pohybem a tělem.

Výsledky výzkumů hodnocené středně vyšší váhou důkazu s pseudo-randomizací (2.1) (Graf č. 15) popisují pozitivní výsledek terapie zaměřené na pohyb anebo tělo ve snížení nebo ustoupení epizod přejídání (10, 18, 37, 38) a zvracení (10, 18) či lepšího rozpoznávání spouštěčů přejídání (13) a snížení zneužívání laxativ (18). Což potvrzují výsledky dalších výzkumů ve snížení obav z tloušťky (32), snahy o

štíhlost (18), tělesné nespokojenosti (EDI) (4), doprovázené pozitivními změnami tělesné stavby (8, 18, 37), případně zvýšením svalové síly u AN (26). Psychického stavu se týkají hodnoty snížení míry stresu (4, 17), úzkosti (4) a zlepšení kvality života (8). Z laboratorních výsledků je výzkumem popsáno snížení hladiny kortizolu v průběhu terapeutické jednotky a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu (4). Přímo k pohybové aktivitě byl výzkumy zaznamenán pozitivní výsledek navýšením týdenní pohybové aktivity (38) a aerobní zdatnosti (18).

Při testování oproti KBT, začlenění cvičení do KBT, přineslo lepší výsledky (16) a stejně tak i samostatné cvičení (18). Porovnáním rodinné terapie a BAT, která je předmětem tohoto výzkumu, nebyl nalezen žádný rozdíl (11).

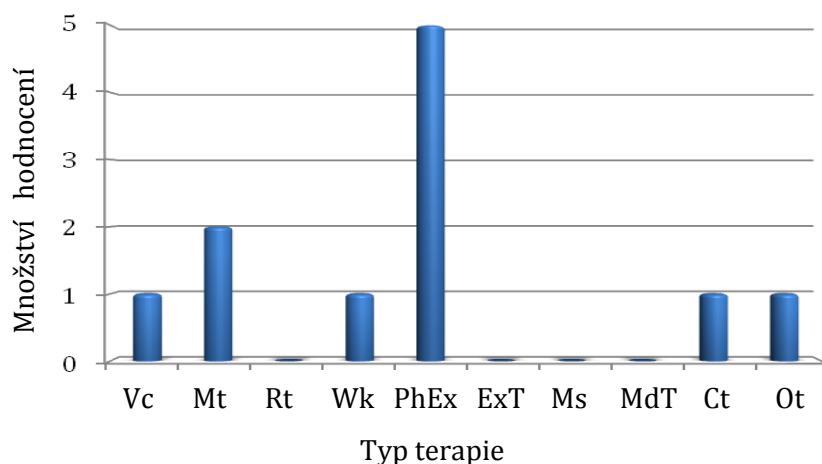
Graf č. 15 Výzkumy s pseudo-randomizací, honocené středně vyšší (2.1) váhou důkazu.



Na základě studií o středně vyšší váze (2.2) (Graf č. 16) lze uvažovat, že terapeutické přístupy pracující s pohybem a tělem mohou napomáhat zlepšení vztahu k tělu, jeho zažívání jako štíhlejší a více aktivní (34). Na psychické úrovni se dá hovořit o snížení emočních a negativních kognitivních reakcí (1), redukci emočního stresu (5). Pozitivní výsledky jsou popsány také v signifikantním navýšení tělesné hmotnosti (6) či nulového nepříznivého vlivu na navyšování tělesné hmotnosti (5,7), návrat menstruace (5) či rozvoj relapsu (5, 19). Z hlediska cvičení bylo zjištěno signifikantně nižší negativní nutkání ke cvičení u cvičících žen (6) a že cvičení střední intenzity může mít pozitivní vliv na kostní denzitu (14) na rozdíl od cvičení nízké či

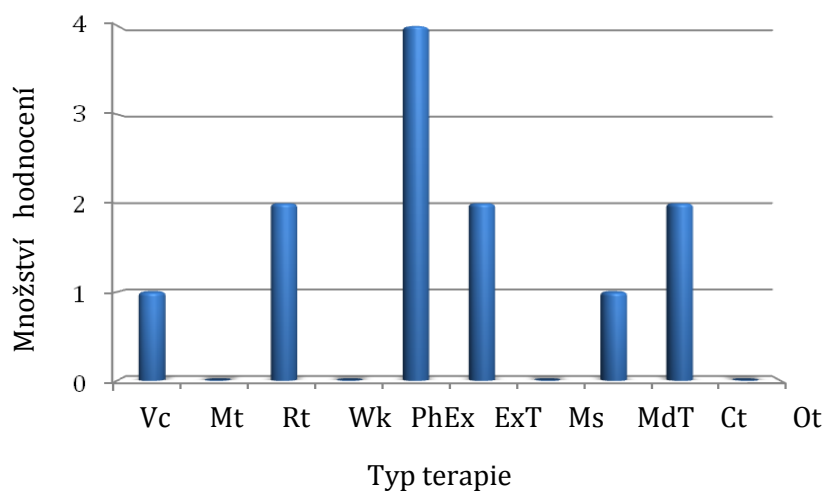
vysoké intenzity (14). Při zjišťování efektu terapie mezi BED a subBED (BED s nadváhou) nebyl potvrzen rozdíl (19). Pacienti také sdělili, že tento typ terapeutického působení měli raději (5, 19, 21).

Graf č. 16 Výzkumy hodnocené středně vyšší (2.2) váhou důkazu.



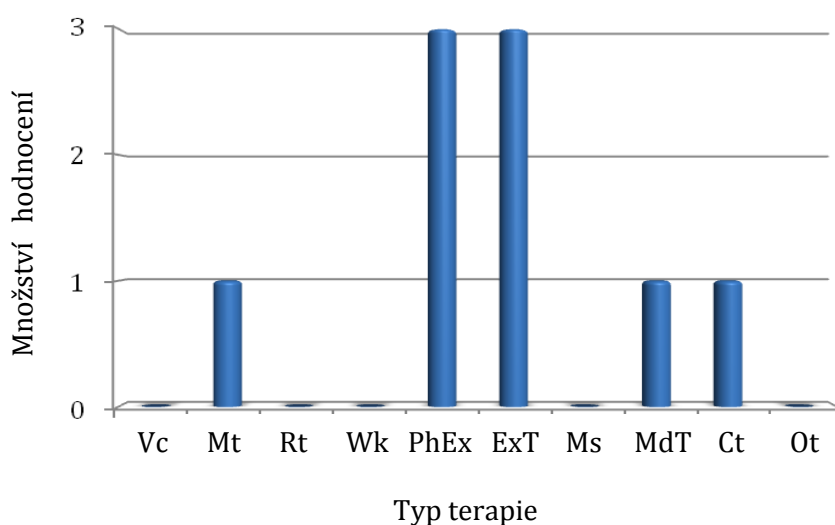
Na základě studií hodnocených středně nižší váhou důkazu (Graf č.17) lze uvažovat o pozitivním efektu terapeutického působení ve zvýšení tělesné hmotnosti, BMI, tukové tkáně a tělesného tuku (22, 31), nebo i pozitivním snížení tělesné hmotnosti (29, 30). Dále snížení epizod přejídání (30, 35, 41) a dalších symptomů syndromu přejídání, které ukázalo snížení v testu EDI (30, 41), vyššího pocitu vnitřní kontroly při jídle (30) a lepšího vnímání vlastního těla (22, 30). Popisována je také pozitivní redukce s-lipidů (29) a systolického a diastolického tlaku (29). Z psychologických aspektů lze jmenovat snížení hodnot testu MMPI: Extraversion, Neuroticism a hodnot Reid-Ware Multidimensional Internal External Scale: Self Control. (41) Bylo také popsáno snížení problémů se spánkem (30). Pozitivním výsledkem je i stabilita výsledků během následného sledování (29, 35).

Graf č. 17 Výzkumy hodnocené středně nižší (3) váhou důkazu.



Výsledky studií hodnocené nízkou váhou důkazu (Graf č. 18) poukazují na pozitivní navýšení tělesné hmotnosti (2, 24, 25, 33, 36) zvláště v oblasti ženských proporcí (24), snížení epizod přejídání (12) či jedení 100% určených jídel (20). Dále výsledky poukázaly na pozitivní změnu kontroly tělesných rozměrů ve smyslu „normálním“ pro ženy (24, 25), pozitivního vnímání sebe sama (12, 28), zlepšením nálady (20, 33), interpersonálních vztahů (28, 33) a tvorbu plánů budoucího života (27). Bylo možné pozorovat pozitivní změnu v uvolněném postoji i pohybu a dýchání (27). Pozitivní je i výsledek absence relapsu (28).

Graf č. 18 Výzkumy hodnocené nízkou (4) váhou důkazu.



4.4 Články zahrnuté do šetření

- 1 Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 231-239.
- 2 Diamond-Raab, L., & Orrell-Valente, J. (2002). Art therapy, psychodrama, and verbal therapy: An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 343-364.
- 3 Nye, S., & Cash, T. (2006). Outcomes of Manualized Cognitive-Behavioral Body Image Therapy with Eating Disordered Women Treated in a Private Clinical Practice. *Eating Disorders*, 14(1), 31-40.
- 4 Hart, S., Field, T., Hernandez-Reif, M., Nearing, G., Shaw, S., Schanberg, S., et al. (2001). Anorexia Nervosa Symptoms are Reduced by Massage Therapy. *Eating Disorders*, 9(4), 289-299.
- 5 Tokumura, M., Yoshiba, S., Tanaka, T., Nanri, S., & Watanabe, H. (2003). Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics*, 162(6), 430.
- 6 Calogero, R., & Pedrotty, K. (2004). The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273-291.
- 7 Touyz, S., Lennerts, W., Arthur, B., & Beumont, P. (1993). Anaerobic Exercise as an Adjunct to Refeeding Patients with Anorexia Nervosa: Does it Compromise Weight Gain?. *European Eating Disorders Review*, 1(3), 177-182.
- 8 Thien, V., & Thomas, A. (2000). Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 101-106.
- 9 Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M., & Milz, H. (1997). Therapeutische Effekte der Feldenkrais-Methode 'Bewußtheit durch Bewegung' bei Patienten mit Eßstörungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(5), 170-180.
- 10 Lee, N., & Rush, A. (1986). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 599-615.
- 11 Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski, M. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 19-30.
- 12 Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 351-358.
- 13 McComb, J., & Clopton, J. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4(1), 79.

- 14 Joyce, J.M., Warren, D.L., Humphries, L.L., Smith, A.J. & Coon, J.S. (1990). Osteoporosis in women with eating disorders: comparison of physical parameters, exercise, and menstrual status with SPA and DPA evaluation. *Journal of nuclear medicine*, 31(3), 325-31.
- 15 Harris, A., McAlpine, D., Shirbhate, R., Manohar, C., & Levine, J. (2008). Measurement of daily activity in restrictive type anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 280-283.
- 16 Pendleton, V., Goodrick, G., Carlos Poston, W., Reeves, R., & Foreyt, J. (2002). Exercise Augments the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 172-184.
- 17 Field, T., Schanberg, S., Kuhn, C., Field, T., Fierro, K., Henteleff, T., et al. (1998, Fall98). Bulimic adolescents benefit from massage therapy. *Adolescence*, 33(131), 555.
- 18 Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J., Bahr, R., & Schneider, L. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(2), 190-195.
- 19 Friederich, H., Schild, S., Wild, B., De Zwaan, M., Quenter, A., Herzog, W., et al. (2007). Treatment Outcome in People with Subthreshold Compared with Full-Syndrome Binge Eating Disorder. *Obesity (19307381)*, 15(2), 283-287.
- 20 Birmingham, C.L. & Sidhu, F.K. (2007). Complementary and alternative medical treatments for anorexia nervosa: case report and review of the literature. *Eating and weight disorders*, 12(3), 51-3.
- 21 Touyz, S. (1984). A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144517-520.
- 22 Goris, M., van Coppelolle, H., Probst, M., Vandereycken, W., & Peuskens, J. (1993). Body experience and body composition in anorexia nervosa patients. *Issues in Special Education & Rehabilitation*, 8(2), 35-39.
- 23 Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 281-300.
- 24 Ziemer, R.R. & Ross, J.L. (1970). Anorexia nervosa: a new approach. *Am Correct Ther J.*, 24(2):34-42.
- 25 Duesund, L., & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 53-72.
- 26 Chantler, I., Szabo, C., & Green, K. (2006). Muscular Strength Changes in Hospitalized Anorexic Patients After an Eight Week Resistance Training Program. *International Journal of Sports Medicine*, 27(8), 660-665.
- 27 Pacifici, M. (2007). The coconstruction of 'psychoanalytical choreography' and the dancing self: Working with an anorectic patient. *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (pp. 103-125). New York, NY US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.

- 28 Krantz, A. (1999). Growing into her body: Dance/movement therapy for women with eating disorders. *American Journal of Dance Therapy, 21*(2), 81-103.
- 29 Høie, L.H., Myking, E., Reine, E.C. & Bruusgaard, D. (1997). Diet and exercise in addition to psychotherapy, in the treatment of patients suffering from eating disorders with obesity. *Eat Weight Disord., 2*(4), 207-10
- 30 Adriaens, A., Pieters, G., Vancampfort, D., Probst, M. & Vanderlinden, J. (2008). A Cognitive-Behavioural Program (One Day a Week) for Patients With Obesity and Binge Eating Disorder: Short-Term Follow-up Data. *Psychological Topics, 17*(2), 361-371.
- 31 Probst, M., Goris, M., Vandereycken, W. & Van Coppenolle, H. (2001). Body composition of anorexia nervosa patients assessed by underwater weighing and skinfold-thickness measurements before and after weight gain. *Am J Clin Nutr, 73*, 190-7.
- 32 Goldfarb, L., Fuhr, R., Tsujimoto, R., & Fischman, S. (1987, April). Systematic desensitization and relaxation as adjuncts in the treatment of anorexia nervosa: A preliminary study. *Psychological Reports, 60*(2), 511-518.
- 33 Blinder, B., Freeman, D., & Stunkard, A. (1970). Behavior therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *American Journal of Psychiatry, 126*(8), 1093-1098.
- 34 Fernández, F., & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 2*(2), 135-140.
- 35 Kearney-Cooke, A. (1988). Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders. *Women & Therapy, 7*(1), 5-21.
- 36 Barabasz, M. (1987). Body self perception technique and behavioral counseling in the treatment of anorexia nervosa: A new approach. *International Journal of Psychosomatics, 34*(4), 12-14.
- 37 Agras, W., Telch, C., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M., Henderson, J., et al. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 356-360.
- 38 Levine, M., Marcus, M., & Moulton, P. (1996). Exercise in the treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 19*(2), 171-177.
- 39 Norris, D. (1984, November). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine, 14*(4), 835-842.
- 40 Bulik, C., Sullivan, P., Carter, F., McIntosh, V., & Joyce, P. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 28*(3), 611-623.
- 41 Porter, J., & Waisberg, J. (1992). Overcoming destructive societal values in the treatment of anorexia nervosa: An intensive day treatment model. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 22*(2), 77-88.

5 Diskuse

Systematický přehled terapeutických programů, pracujících s pohybem anebo tělem, byl vytvořen na základě potřeby zmapovat tuto oblast, popsat a zviditelnit v této oblasti základní poznatky, od kterých se bude možné odrazit pro další výzkum a praxi. Před zahájením výzkumu nebylo možné odhadnout, jaké množství prací bude zařazeno do výzkumu, bylo problematické nalézt hranice nutné k jasnému vymezení článků určených k zahrnutí. Proto cíle výzkumu byly entuziasticky stanoveny velmi široce:

1. Zmapovat problematiku a terapeutický potenciál terapie poruch příjmu potravy se zřetelem na terapeutické působení pohybu a na tělo zaměřených technik.
2. Vyhledat všechny testované terapeutické přístupy, které pracují s technikami zaměřenými na pohyb a tělo, určenými pro terapii poruchy příjmu potravy.
3. Zhodnotit využitelnost výsledků nalezených studií pro praxi a následný výzkum.
4. Zpřístupnit maximální množství informací využitelných pro další výzkum, pro odbornou veřejnost, v co nejméně zkreslené podobě.
5. Nastínit možnosti dalšího směřování výzkumu v oblasti terapie poruch příjmu potravy odpověďmi na klíčové otázky.

Postupně, na základě studia literatury a tvorby vylučovacích a zahrnujících kritérií, byly tyto cíle omezovány a vymezovány.

Za dvě nejvýraznější omezení považuji zařazení článků, na které lze získat odkaz pomocí elektronických databází, internetu nebo seznamů relevantní literatury a omezení na anglicky psané články.

První omezení mělo za následek přesunutí zaměření přehledu z oblasti typů terapeutických technik na články popisující a testující tyto techniky. Vyřadilo také články, či odborné informace publikované v lokálních časopisech, například oběžnících lékařských zařízení či jiných pracovištích. Pozitivem tohoto ohraničení bylo vymezení jasné hranice množiny zahrnutých článků. Tři typy vyhledávání se vzájemně překrývaly. Ohraničení na články popisující terapii, která byla testována, vyřadilo terapie, které nebyly testovány. Ochudilo tedy tuto studii o nápady a

myšlenky, které by mohly být využity v terapeutickém působení, otázkou však je, zda by bylo v pořádku předkládat informace, u kterých pouze předpokládáme určitý účinek a jejichž kvalita důkazu je nejnižší. Nezahrnutí těchto informací také může být motivací pro terapeuty, kteří pracují s novou metodou, aby se pokusili ji ověřit.

Jazykové omezení článků zahrnutých do tohoto výzkumu považuji za nejvýraznější omezení. Jak je vidět z tabulky č.1 (kap. Výsledky, str 133) do výzkumu bylo zahrnuto 29 článků (69 % z celkového počtu), jejichž autoři působili v zemi, kde byla úředním jazykem angličtina. Zúžením jazyku článků na angličtinu lze předpokládat množství opominutých prací, které byly napsány v jiném jazyce. Na počátku výzkumu byl tento problém předpokládán a bylo zamýšleno zahrnout práce ve všech jazycích. V průběhu získávání dat bylo zjištěno, že kapacita autora nestačí na tak širokou oblast. Rámec přehledu je však nastaven tak, že pokud bude zájem o rozšíření na ostatní jazyky, hlavním problémem bude jejich překlad. Následné sloučení s daty tohoto výzkumu již nebude problém.

Jednotlivé studie zařazené do výzkumu byly hodnoceny vzhledem k váze důkazu. K tomuto hodnocení, by bylo možné namítnout nedostatek v hodnocení pouze jedním hodnotitelem. Obvyklejší bývá hodnocení váhy důkazu studií nezávisle dvěma hodnotiteli, jejichž výsledek je vzájemně porovnáván. To umožňuje týmová spolupráce, systematický přehled a metaanalýza je nejčastěji týmovou prací, to však nebylo možné v této práci.

Dalším aspektem této práce je předání výsledků vzhledem k jednotlivým typům terapií nebo vzhledem k váze studií, které je prostou sumarizací publikovaných výsledků. V případě tohoto výzkumu nebylo možné přistoupit k výraznější strukturaci, jelikož jednotlivé studie používají zcela odlišné metody hodnocení jednotlivých terapeutických přístupů. Pouze čtyři metody byly využity více jak ve třech případech, z toho nejčastěji využitá metoda byla užita pouze patnáctkrát, tedy ve 37 % studií. Avšak i v tomto případě považuji souhrn výsledků, zvláště rozdělených podle váhy důkazu, za důležitou informaci pro terapeutické působení.

Za důležitější informaci pro budoucí výzkum této oblasti považuji popis užitých metod hodnocení. Pro tvorbu dalších výzkumů tak vznikla možnost využít již dříve aplikované metody a umožnila snadnější přístup terapeutů v praxi k těmto informacím.

Důležité pro další rozvoj této vědní oblasti je i samotná tvorba přehledu, zahrnujících a vylučujících kritérií, klíčových slov, systému databázového vyhledávání a zvolených položek tabulky. Toto vytvořené schéma je použitelné pro navazující přehled zahrnující nové časové období a nebo pro přehledy v obdobné oblasti.

5.1 Klíčové otázky

Důležité informace pro praxi i další výzkum jsou podrobně popsány a komentovány v kapitole Výsledky, jako odpovědi na klíčové otázky.

Klíčové otázky jsou:

1. Jaké je množství publikovaných výzkumů terapeutických programů pracujících s tělem a pohybem, které byly ověřeny v léčbě pacientů s poruchou příjmu potravy?
2. Od kterého roku jsou výzkumy publikovány?
3. Roste počet publikovaných výzkumů v této oblasti vzhledem k času?
4. Jaká je váha důkazu studií?
5. Které terapeutické programy a techniky jsou ve výzkumech testovány?
6. Existují terapeutické techniky, které jsou v jednotlivých výzkumech častěji užívány?
7. Kterí pacienti jsou zahrnováni do výzkumného vzorku?
8. Jsou u jednotlivých syndromů onemocnění porucha příjmu potravy testovány totožné terapeutické techniky?
9. Existují ověřovací metody, které jsou ve výzkumech častěji užívány?

Všechny otázky byly během výzkumu zodpovězeny. První tři klíčové otázky se týkají množství publikovaných studií, a zda jejich obliba, tedy množství publikací, stoupá. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že do roku 2008 včetně bylo na světě anglicky publikováno celkem 41 studií testujících terapii pracující s pohybem nebo tělem na osobách, u nichž byla toho času diagnostikována porucha příjmu potravy (Klíčová otázka č.1 - KO 1). První publikovaný článek byl v roce 1970 (KO 2). V tomto roce byly publikovány celkem dva články zkoumané oblasti. Od prvního publikovaného článku do roku 2008 včetně roste množství publikovaných článků této oblasti (KO 3), kdy v období roků 2000 - 2008 bylo publikováno desetkrát více článků než v první dekádě (1970-1979), a téměř dvakrát více než v předcházející dekádě

(1990 - 1999). Stoupající tendenci množství publikací bylo možné předpokládat, množství 41 relevantních studií však je pozitivně překvapující.

Nejdůležitější otázka z hlediska využitelnosti výsledků zařazených studií, otázka č. 4 (KO 4), se týká váhy důkazu studií publikovaných v člancích. Váhu důkazu studií lze souhrnně hodnotit jako velmi dobrou, ačkoli žádná ze studií nebyla hodnocena jako studie o nejvyšší váze důkazu. Studií hodnocených z hlediska váhy důkazu jako studie o středně vyšší váze bylo 59 % z celkového počtu. Studií o středně nižší váze důkazu bylo 19% a studií o nízké váze důkazu 22 % z celkového počtu.

Následující dvě klíčové otázky (KO5 a KO6) se týkají přímo terapeutického působení, tedy typu terapeutických programů testovaných v člancích zařazených do výzkumu. Popsané programy byly analyzovány a rozděleny na základě podobnosti do deseti skupin (KO 5). V rámci šetření bylo zjištěno, že nejvíce zastoupenou oblastí terapie v zařazených člancích je Fyzická aktivita a cvičení (KO 6). Tato skupina terapií byla testována celkem 16 krát. Dalšími skupinami terapií, které byly více jak třikrát testovány, jsou Expresivní terapie, Relaxační techniky a Kombinované techniky.

Protože se v terapeutické praxi častěji vyskytuje skupina pacientů heterogenní z hlediska typu syndromu i pohlaví, je důležité znát, jaký efekt má daná terapeutická metoda na jednotlivé syndromy, zda existuje rozdíl v účinnosti. Proto bylo zjišťováno (KO7), jaký výzkumný vzorek byl užit při ověřování účinku dané terapie. Z pohledu pohlaví bylo zjištěno, že byly nejčastěji zařazeny ženy. Z pohledu jednotlivých syndromů poruchy příjmu potravy byly ve výzkumném vzorku zastoupeny všechny typy. Nejčastěji se však jednalo o osoby s mentální anorexií. Při pohledu na výzkumný vzorek jednotlivých skupin dle typu terapeutického působení, na všech typech syndromu poruchy příjmu potravy byly testovány pouze typy terapeutického působení Fyzická aktivita a cvičení a Relaxační techniky.

Poslední klíčová otázka (KO9) se vztahuje k použitým metodám v rámci ověření účinnosti dané terapie. Bylo zjištěno, že popsané studie pracují v rámci ověření dané terapie s širokou škálou metod. K ověření daného programu je nejčastěji využíváno hodnocení tělesné hmotnosti a to ve formě váhy, nebo hodnoty indexu tělesné hmotnosti (BMI). Tohoto hodnocení bylo užit v 15 případech. Dalšími ověřovacími metodami, které byly užit více jak ve třech případech, byly shledány Eating Disorder Inventory (EDI), Beck Depression Inventory (BDI-II) a Eating Disorder Examination

(EDE). Na základě tohoto zjištění je jasné, že není jednoduché výsledky jednotlivých výzkumů jednoznačně srovnat. Pokud byla k ověření použita jiná metoda, je problematické jasně hodnotit efekt terapií jako lepší či horší.

Proto je lépe se při formulaci výsledků zaměřit na váhu důkazu použitých studií. Výsledky výzkumů hodnocené středně vyšší váhou důkazu popisují pozitivní výsledek terapie zaměřené na pohyb nebo tělo v signifikantním navýšení tělesné hmotnosti (6) nebo nulovém nepříznivém vlivu na navyšování tělesné hmotnosti (5,7), snížení nebo ustoupení epizod přejídání (10, 18, 37, 38) a zvracení (10, 18) či lepším rozpoznáváním spouštěčů přejídání (13) a snížení zneužívání laxativ (18). Výsledky popisují také snížení obav z tloušťky (32), snahy o štíhlost (18, 34) a tělesné nespokojenosti (4) doprovázené pozitivními změnami tělesné stavby (8, 18, 37), případně zvýšením svalové síly u AN (26) a návratu menstruace (5). Psychického stavu se týkají hodnoty snížení míry stresu (4,5,17), úzkosti (4), emočních a negativních kognitivních reakcí (1) a zlepšení kvality života (8). Z laboratorních výsledků je výzkumem popsáno snížení hladiny kortizolu v průběhu terapeutické jednotky a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu (4). Přímo k pohybové aktivitě byl výzkumy zaznamenán pozitivní výsledek navýšením týdenní pohybové aktivity (38) a aerobní zdatnosti (18), signifikantně nižší negativní nutkání ke cvičení u cvičících žen (6), které je zvláště důležité u mentální anorexie, a zjištění, že cvičení střední intenzity může mít pozitivní vliv na kostní denzitu (14) na rozdíl od cvičení nízké či vysoké intenzity (14). Pozitivním výsledkem je i zaznamenané snížení množství relapsu (5, 19) a to, že pacienti sdělili, že typ terapeutického působení zaměřený na pohyb a tělo měli raději než ostatní terapeutické přístupy (5, 19, 21).

Při testování rozdílu účinku „klasických“ terapeutických přístupů a přístupů pracujících s pohybem a tělem, byly účinky zjištěny u kognitivně behaviorální terapie (KBT) oproti KBT se cvičením, kdy KBT se cvičením přineslo lepší výsledky (16), stejně jako samostatné cvičení v porovnání s KBT (18). Porovnáním rodinné terapie a BAT (Body Awareness Therapy), která je předmětem tohoto výzkumu, nebyl nalezen žádný rozdíl (11). Z hlediska obezity byl zjišťován rozdíl efektu terapie pracující s pohybem a tělem mezi BED (syndrom záchvatovitého přejídání) a subBED (BED s nadváhou), zde nebyl potvrzen rozdíl (19).

5.2 Doporučení

Na základě tvorby tohoto výzkumu a jeho výsledků, byly zjištěny nedostatky v publikovaných studiích. Proto pro další práci doporučuji vyšší pozornost výzkumníků na tvorbu abstraktu, který ne vždy obsahově odpovídá plnému textu, a přesnější volby klíčových slov. Porovnání jednotlivých studií také napomáhá zveřejnění dat, ne pouze slovního hodnocení dosažených výsledků práce.

Výsledky tohoto výzkumu také poukazují na mezery, které by bylo vhodné doplnit novými výzkumy (kapitola 4.1.6, 4.1.7, 4.1.8), které by testovaly terapeutické přístupy i na ostatních typech syndromu porucha příjmu potravy.

Nejvýraznější doporučení pro další práci je obsaženo v kapitola 4.1.9 a týká se užívání metod hodnocení. Aby bylo možné jednotlivé přístupy srovnat, je třeba užívat srovnatelné metody hodnocení. Proto pro budoucí výzkum doporučuji užít minimálně jednu metodu hodnocení, která u daného typu terapeutického působení již byla využita. Podrobný přehled lze nalézt v kapitola 4.1.9 a 4.2.

6 Celkový závěr

Ve výzkumu článků ověřujících na pohyb nebo tělo zaměřenou terapii v rámci léčby onemocnění porucha příjmu potravy byla vytvořena replikovatelná forma přehledu dle podmínek systematického přehledu. Výsledky byly získány na základě cíle specifikovaného v pěti položkách a devíti klíčových otázek, které byly zodpovězeny (kap. 4).

Přínosem tohoto výzkumu je strukturace terapeutického působení v oblasti poruch příjmu potravy (kap. 2.5) a rozdělení do skupin jednotlivých terapeutických přístupů pracujících s pohybem anebo tělem (kapitola 4.1.5). Toto rozdělení transparentně zpřehledňuje současné terapeutické přístupy používané v České republice i v zahraničí s důrazem na techniky pracující s pohybem nebo tělem.

Přínosem tohoto výzkumu je popis strategie systematického přehledu a jeho vymezení vzhledem k metaanalýze (kap. 2.1), popis váhy důkazu jednotlivých výzkumných strategií (kap. 2.1) a aplikace těchto poznatků v praxi při hodnocení studií zahrnutých do tohoto výzkumu (kap. 4.1.4). V praktické části byl vytvořen model hodnocení odpovídající různorodosti kvality jednotlivých studií a potřebě předání této informace v jednoduché jasné podobě. Předkládaný výzkum doložil užívání a testování terapeutických přístupů zaměřených na pohyb a tělo a vyšší kvalitu důkazu těchto studií.

Přínosem tohoto výzkumu je tvorba přehledu, zahrnujících a vylučujících kritérií, klíčových slov, systému databázového vyhledávání a zvolených položek tabulky. Toto vytvořené schéma je použitelné pro navazující přehled zahrnující nové časové období nebo pro přehledy v obdobné oblasti.

Přínosem tohoto výzkumu je zpřístupnění důležitých informací, pro terapii pracující s tělem a pohybem, pro praxi i další výzkum. Tyto informace jsou podrobněji popsány a komentovány v kapitole č. 4, jako odpovědi na klíčové otázky.

Tento výzkum doložil, že pohyb a na tělo zaměřené techniky (kap. 4), jsou oblíbenou terapeutickou technikou u pacientů (kap. 4.2) a že se významně podílejí na uzdravení osoby s poruchou příjmu potravy a jejím plnohodnotným zapojení do života.

7 Literatura

- Adámková, M. (2009). Systematický přehled, jeho význam ve vědeckém výzkumu. *Studia Sportiva*, 3(1), 95-99.
- Adkins, E., & Keel, P. (2005). Does "excessive" or "compulsive" best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 24-29.
- Adriaens, A., Pieters, G., Vancampfort, D., Probst, M. & Vanderlinden, J. (2008). A Cognitive-Behavioural Program (One Day a Week) for Patients With Obesity and Binge Eating Disorder: Short-Term Follow-up Data. *Psychological Topics*, 17(2), 361-371.
- Agras, W., Telch, C., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M., Henderson, J., et al. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 356-360.
- Agras, W., Schneider, J., Arnow, B., Raeburn, S., & Telch, C. (1989). Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 215-221.
- Allen, I.E., & Olkin, I. (1999). Estimating time to conduct a meta-analysis from number of citation retrieved. *JAMA*, 282(7), 634-635. In Hendl, J. (2002). Metaanalýza v medicíně. *Čas. Lék. Čes.*, 141(8), 235-239.
- Altman, E. M., Lau, J., Kupelnick, B., Mosteller, F., & Chalmers, T. C.. (1992). A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 268(2), 240-8
- (APA) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, A., Bowers, W., & Evans, K. (1997). Inpatient treatment of anorexia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 327-353). New York, NY US: Guilford Press.
- Anderson, C., & Bulik, C. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5(1), 1-11.
- Appolinario, J., Bacaltchuk, J., Sichieri, R., Claudino, A., Godoy-Matos, A., Morgan, C., et al. (2003). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 1109-1116.
- Arnold, L., McElroy, S., Hudson, J., Welge, J., Bennett, A., & Keck, P. (2002). A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(11), 1028-1033.
- Attia, E., Haiman, C., Walsh, B., & Flater, S. (1998). Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa?. *The American Journal of Psychiatry*, 155(4), 548-551.

- Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(3), 351-358.
- Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*(4), 281-300.
- Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S., & Berry, E. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies: Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 8*(2), 115-128.
- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N., et al. (2004, May). Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 35*(4), 522-537.
- Balcar, K. (únor 2008). *Ústní sdělení na UKFF: Praha.*
- Barabasz, M. (1987). Body self perception technique and behavioral counseling in the treatment of anorexia nervosa: A new approach. *International Journal of Psychosomatics, 34*(4), 12-14.
- Barbarich, N., Kaye, W., & Jimerson, D. (2003). Neurotransmitter and Imaging Studies in Anorexia Nervosa: New Targets for Treatment. *Current Drug Targets - CNS & Neurological Disorders, 2*(1), 61-72.
- Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007, March). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image, 4*(1), 51-59.
- Bergen, A., van den Bree, M., Yeager, M., Welch, R., Ganjei, J., Haque, K., et al. (2003). Candidate genes for anorexia nervosa in the 1p33-36 linkage region: serotonin 1D and delta opioid receptor loci exhibit significant association to anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry, 8*(4), 397 - 406.
- Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., Gartlehner, G. (2006). *Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135.* AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Berkman, N., Lohr, K., & Bulik, C. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 293-309.
- Beumont, P., Arthur, B., Russell, J., & Touyz, S. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders, 15*(1), 21-36.
- Birmingham, C., Gutierrez, E., Jonat, L., & Beumont, P. (2004). Randomized Controlled Trial of Warming in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 35*(2), 234-238.
- Birmingham, C.L. & Sidhu, F.K. (2007). Complementary and alternative medical treatments for anorexia nervosa: case report and review of the literature. *Eating and weight disorders, 12*(3), 51-3.

- Blair, S., Kohl, H., Paffenbarger, R., Clark, D., Cooper, K., & Gibbons, L. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 262(17), 2395-2401.
- Blinder, B., Freeman, D., & Stunkard, A. (1970). Behavior therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 126(8), 1093-1098.
- Bosscher, R. (1993, April). Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24(2), 170-184.
- Boyd, C., Abraham, S., & Luscombe, G. (2007). Exercise behaviours and feelings in eating disorder and non-eating disorder groups. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 112-118.
- Brähler, E. (1988). *Body Experience. The Subjective Dimension of Psyche and Soma*. Berlin: Springer Verlag.
- Brown, R., & Harrison, J. (1986, December). The effects of a strength training program on the strength and self-concept of two female age groups. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 57(4), 315-320.
- Brownell, K. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 820-840.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Bulik, C., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., & Lohr, K. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-320.
- Bulik C. M., Sullivan P. F., Carter F. A., McIntosh V. V., Joyce P. R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28: 611-23.
- Bulik, C., Sullivan, P., Carter, F., McIntosh, V., & Joyce, P. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28(3), 611-623.
- Calogero, R., & Pedrotty, K. (2004). The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273-291.
- Carter, J., Olmsted, M., Kaplan, A., McCabe, R., Mills, J., & Aimé, A. (2003, May). Self-help for bulimia nervosa: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 973-978.
- Cash, T. (2008). *The body image workbook: An eight-step program for learning to like your looks (2nd ed.)*. Oakland, CA US: New Harbinger Publications.
- Casper, R. (1998). Behavioral activation and lack of concern, core symptoms of anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 381-393.

- Castro, J., Deulofeu, R., Gila, A., Puig, J., & Toro, J. (2004). Persistence of Nutritional Deficiencies after Short-term Weight Recovery in Adolescents with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 169-178.
- Chantler, I., Szabo, C., & Green, K. (2006). Muscular Strength Changes in Hospitalized Anorexic Patients After an Eight Week Resistance Training Program. *International Journal of Sports Medicine*, 27(8), 660-665.
- Claridge, J., & Fabian, T. (2005). History and Development of Evidence-based Medicine. *World Journal of Surgery*, 29(5), 547-553
- Claude-Pierre, P. (1998) *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma.
- Compton, S., March, J., Brent, D., Albano, A., Weersing, V., & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959
- Cohn, L., & Adler, N. (1992). Female and male perceptions of ideal body shapes: Distorted views among Caucasian college students. *Psychology of Women Quarterly*, 16(1), 69-79.
- Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. (2009). *Treating bulimia nervosa and binge eating: An integrated metacognitive and cognitive therapy manual*. New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Corbin, C., & Pangrazi, R. (1992). Are American children and youth fit? / Les enfants et les jeunes americains sont-ils en bonne condition physique ?. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 63(2), 96-106.
- Dare, C., & Crowther, C. (1995). Living dangerously: Psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa. *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 293-308). Oxford England: John Wiley & Sons.
- Davies, H.T.O., Crombie, I.K. (2003). What is a systematic review?. *What is... ?* 1 (5) 1-6.
- Davis, C., Katzman, D., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., et al. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326.
- Davis, C., Kennedy, S., Ravelski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 24(4), 957-967.
- Devlin, M. J., Fischer, S. E. (2005) Treatment of binge-eating disorder. *Eating disorder review: Part 1. (Update)* (p.p.27-45)
- Diamond-Raab, L., & Orrell-Valente, J. (2002). Art therapy, psychodrama, and verbal therapy: An integrative model of group therapy in the treatment of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 343-364.
- Dillon, M. (1978, Fal). Merleau-Ponty and the psychogenesis of the self. *Journal of Phenomenological Psychology*, 9(1), 84-98.

- de Zwaan M, Mitchell J, Raymond N, Spitzer R. Binge eating disorder: Clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Review of Psychiatry* [serial online]. 1994;1(6):310-325.
- Dolan, B., & Gitzinger, I. (1994). *Why women? : Gender issues and eating disorders*. London: Athlone Press.
- Drewnowski, A., Yae, D.K., Krahn, D.D. (1989). *Dieting and bulimia: A Kontinuum of Behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- (DSM-IV) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Duesund, L., & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 53-72.
- Durand, M. A., King, M. (2003, May) Specialist treatment versus self-help for bulimia nervosa: A randomised controlled trial in general practice. *British Journal of General Practice*, 53(490), 371-377.
- Eagles, J., Johnston, M., Hunter, D., & Lobban, M. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *The American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1266-1271.
- Epling, W., & Pierce, W. (1988). Activity-based anorexia: a biobehavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7475-485.
- Eysenck, H. (1978). An exercise in mega-silliness. *American Psychologist*, 33(5), in Hendl, J. (2002). Metaanalýza v medicíně. *Čas. Lék. Čes.*, 141(8), 235-239.
- Fairburn, C. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 278-294). New York, NY US: Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407.
- Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., & Carr, S. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463-469.
- Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., & Hope, R. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 419-428.
- Fairburn, C., Marcus, M., & Wilson, G. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York, NY US: Guilford Press.
- Fairburn, C., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.

- Fairburn, C., Welch, S., Norman, P., & O'Connor, M. (1996, March). Bias and bulimia nervosa: How typical are clinic cases?. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 386-391.
- Fallon, A., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 102-105.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 81-90.
- Faulkner, G.E.J., Taylor, A.H. (2007). Exercise and mental health promotion. *Exercise, Health and Mental Health: Emerging relationships*. (pp. 1-10). New York : TJ International Ltd.
- Favaro, A., Ferrara, S., Santonastaso, P. (2004). Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior and eating Disorders: An Epidemiological Study. *Self-harm behavior and Eating disorders: Dynamics, Assessment, and Treatment*. Brunner-Routledge : New York.
- Favazza, A., & Favazza, B. (1987). *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore, MD US: Johns Hopkins University Press.
- Feinstein, A.R. (1995). Meta-analysis: statistical alchemy for the 21st century. *J.Clin.Epidem.*, 48, 71-80. In Hendl, J. (2002). Metaanalýza v medicíně. *Čas. Lék. Čes.*, 141(8), 235-239.
- Feldenkrais, M. (1978). *Bewusstheit durch Bewegung*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch, Verlag.
- Feldenkrais, M. (1996). *Feldenkraisova metoda (1st ed.)*. Praha: Pragma.
- Fernández, F., & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 2(2), 135-140.
- Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
- Field, T., Schanberg, S., Kuhn, C., Field, T., Fierro, K., Henteleff, T., et al. (1998). Bulimic adolescents benefit from massage therapy. *Adolescence*, 33(131), 555.
- Fichter, M., & Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 17(2), 409-418.
- Fichter, M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 361-384.
- Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fox, K., & Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11(4), 408-430.
- Frank, G., Bailer, U., Henry, S., Wagner, A., & Kaye, W. (2004). Neuroimaging Studies in Eating Disorders. *CNS Spectrums*, 9(7), 539-548.

- Friederich, H., Schild, S., Wild, B., De Zwaan, M., Quenter, A., Herzog, W., et al. (2007). Treatment Outcome in People with Subthreshold Compared with Full-Syndrome Binge Eating Disorder. *Obesity (19307381)*, 15(2), 283-287.
- Garfinkel, P.E., Moldovfsky, H., Garner, D.M., Stancer, H.C., Coscina, D.V. (1978, October). Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in body image and satiety. *Psychosomatic Medicine*, 40(6), 487-498.
- Garner, D.M. (2004). Body Image and Anorexia Nervosa. *Body Image : A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of Treatments for the Eating Disorders (2nd edn)*. New York: Guilford Press.
- Garner, D., & Needleman, L. (1997). Sequencing and integration of treatments. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 50-63). New York, NY US: Guilford Press.
- Garner, D., Vitousek, K., & Pike, K. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 94-144). New York, NY US: Guilford Press
- Gendlin, E. (1962). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Oxford England: Free Press Glencoe.
- Goldfarb, L., Fuhr, R., Tsujimoto, R., & Fischman, S. (1987, April). Systematic desensitization and relaxation as adjuncts in the treatment of anorexia nervosa: A preliminary study. *Psychological Reports*, 60(2), 511-518.
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 205-228). New York, NY US: Guilford Press.
- Goris, M., van Coppenolle, H., Probst, M., Vandereycken, W., & Peuskens, J. (1993). Body experience and body composition in anorexia nervosa patients. *Issues in Special Education & Rehabilitation*, 8(2), 35-39.
- Graham, P., Turk, J., Verhulst, F. (1999). *Child Psychiatry*. London, New York: Oxford University Press.
- Grice, D., Halmi, K., Fichter, M., Strober, M., Woodside, D., Treasure, J., et al. (2002). Evidence for a Susceptibility Gene for Anorexia Nervosa on Chromosome 1. *American Journal of Human Genetics*, 70(3), 787.
- Griffiths, R., Beumont, P., Giannakopoulos, E., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., et al. (1999, March). Measuring self-esteem in dieting disordered patients: The validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 227-231.
- Griffiths, R., Hadzi-Pavlovic, D., & Channon-Little, L. (1994). A controlled evaluation of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects. *European Eating Disorders Review*, 2(4), 202-220.
- Grinspoon, S., Thomas, L., Miller, K., Herzog, D., Klibanski, A. (2002). Effects of Recombinant Human IGF-I and Oral Contraceptive Administration on Bone Density in Anorexia Nervosa. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 87(6), 2883-91.
- Hájek, K. (2002). *Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Karolinum.

- Hall, A., & Hay, P. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977–1986. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 21(3), 697-701.
- Halmi, K., Agras, W., Mitchell, J., Wilson, G., Crow, S., Bryson, S., et al. (2002, December). Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59(12), 1105-1109.
- Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., & Sampugnaro, V. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Harlow, H., & Zimmermann, R. (1958). The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501-509.
- Harris, A., McAlpine, D., Shirbhate, R., Manohar, C., & Levine, J. (2008). Measurement of daily activity in restrictive type anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 280-283.
- Hart, S., Field, T., Hernandez-Reif, M., Nearing, G., Shaw, S., Schanberg, S., et al. (2001). Anorexia nervosa symptoms are reduced by massage therapy. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 9(4), 289-299.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. *Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 1-37). Oxford England: John Wiley & Sons.
- Hátlová, B. (2009b). *Ústní sdělení na UK FTVS*: Praha.
- Hátlová, B. (2003a). *Kinesiotherapy, Movement Therapy in Psychiatric Treatment*. Praha: Karolinum.
- Hátlová, B. (2003b). *Kinezioterapie. Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum.
- Hátlová, B. (2002). *Kinezioterapie v léčbě hospitalizovaných psychiatrických onemocnění*. Praha: Karolinum.
- Hátlová, B. (2001). *Pohybové cvičení v psychiatri*. Praha: UK FTVS, Habilitační práce.
- Hátlová, B. et al. (2009a). *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Praha: Oddělení aktivit v přírodě, o.s. & Asociace psychologů sportu.
- Hátlová, B. & Adámková, M. (2010) *Psychomotorická terapie. Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- Hátlová, B., Dastlík, L., Chudějová, P. (2003). Prožitek tělesného Já v pohybové terapii. *Čs. Kinantropologie 2003*, 77(1), 55-61.
- Hátlová, B., Kirchner, J. (2009b). *Terapeutické aplikace aktivit v přírodě*. Praha: Oddělení aktivit v přírodě, o.s. & Asociace psychologů sportu.
- Hay, P.P.J., McDermott, B. (2007). Individual psychotherapy. *Eating Disorders in Children and Adolescents*. (pp. 255-237). New York : Cambridge University Press.
- Hebebrand, J., Exner, C., Hebebrand, K., Holtkamp, C., Casper, R.C. Remschmidt, H, et al., (2003). Hyperaktivita in patients in anorexia nervosa and semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. *Physiology nad Behavior*, 79(1), 25-37.

- Hedges, D., Reimherr, F., Hoopes, S., Rosenthal, N., Kamin, M., Karim, R., et al. (2003). Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, Part 2: Improvement in psychiatric measures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1449-1454.
- Hechler, T., Rieger, E., Touyz, S., Beumont, P., Plasqui, G., & Westerterp, K. (2008, April). Physical activity and body composition in outpatients recovering from anorexia nervosa and healthy controls. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25(2), 159-173.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace (1st ed.)*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2002). Metaanalýza v medicíně. *Čas. Lék. Čes.*, 141(8), 235-239.
- Hepworth, N., Paxton, S., & Williams, B. (2007, March). Predictors of attitudes towards treatments for bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 247-256.
- Herzog, D., Dorer, D., Keel, P., Selwyn, S., Ekeblad, E., Flores, A., et al. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837.
- Higgins, J.P.T., Green, S. (2006). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6*. Chichester: The Cochrane Collaboration.
- Hill, K., Bucuvalas, J., McClain, C., Kryscio, R., Martini, R., Alfaro, M., et al. (2000). Pilot study of growth hormone administration during the refeeding of malnourished anorexia nervosa patients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10(1), 3-8.
- Hoek, H., & Bartelds, A. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272 - 8.
- Hoek, H., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Hogenová, A. (2009). *K fenomenologii těla a pohybu*. Online <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova.htm>.
- Hogenová, A. (1998). *Tělo, pohyb, výbor filosofických textů*. Praha: UK.
- Høie, L.H., Myking, E., Reine, E.C. & Bruusgaard, D. (1997). Diet and exercise in addition to psychotherapy, in the treatment of patients suffering from eating disorders with obesity. *Eat Weight Disord.*, 2(4), 207-10
- Holmes, T., Chamberlin, P., & Young, M. (1994, June). Relations of exercise to body image and sexual desirability among a sample of university students. *Psychological Reports*, 74(31), 920-922
- Holtkamp, K., Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann, B. (2004). The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 163-171.
- Hoopes, S., Reimherr, F., Hedges, D., Rosenthal, N., Kamin, M., Karim, R., et al. (2003). Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind,

- placebo-controlled trial, Part 1: Improvement in binge and purge measures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), 1335-1341.
- Hošek, V. (1993). Sealutogeneze. *Těl.Vých.mlád.*, (59), 13-19.
- Hrabosky, J., White, M., Masheb, R., & Grilo, C. (2007, January). Physical activity and its correlates in treatment-seeking obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 72-76.
- Hsu, L. (1990). *Eating disorders*. New York, NY US: Guilford Press.
- Huon, G., Morris, S., & Brown, L. (1990). Differences between male and female preferences for female body size. *Australian Psychologist*, 25(3), 314-317.
- Imbierowicz, K., Braks, K., Jacoby, G., Geiser, F., Conrad, R., Schilling, G., et al. (2002). High-caloric supplements in anorexia treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 135-145.
- IUPS, (2001). Satelitní symposium IUPS kongresu o mechanismech bolesti v Sydney.
- Jacalyn, J. Robert-Mc Comb, Kummell, J. (2001). Exercise Prescription for Fitness and Health. *Eating Disorders in Eomen and Children: Prevention, stress management, and Treatment.* (pp. 325 – 253). New York: CRC Press LLC.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H., & Agras, W. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jarry, J., & Kossert, A. (2007, March). Self-esteem threat combined with exposure to thin media images leads to body image compensatory self-enhancement. *Body Image*, 4(1), 39-50.
- Joergensen, J. (1992). The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977–1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(1), 30-34.
- Jones, D., Fox, M., Babigian, H., & Hutton, H. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960–1976. *Psychosomatic Medicine*, 42(6), 551-558.
- Joyce, J.M., Warren, D.L., Humphries, L.L., Smith, A.J. & Coon, J.S. (1990). Osteoporosis in women with eating disorders: comparison of physical parameters, exercise, and menstrual status with SPA and DPA evaluation. *Journal of nuclear medicin*, 31(3), 325-31.
- Kaplan A. (1993). Medical aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Handbook of eating disorders* (pp. 22-9). Toronto: University of Toronto.
- Katzman, D. (2005). Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 3752-59.
- Katzman, M., & Lee, S. (1997). Beyond body image: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 385-394.
- Kaye, W.H., Nagata, T. & Weltzin, T.E. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49(7), 644-52.
- Kearney-Cooke, A. (1988). Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders. *Women & Therapy*, 7(1), 5-21.

- Keel, P., & Mitchell, J. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 154(3), 313-321.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Klump, K., Miller, K., Keel, P., McGue, M., & Iacono, W. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(4), 737-740.
- Knapen, J., Vliet, P., Coppens, H., Peuskens, J., & Pieters, G. (2003). Evaluation of cardio-respiratory fitness and perceived exertion for patients with depressive and anxiety disorders: a study on reliability. *Disability & Rehabilitation*, 25(23), 1312.
- Kocourková J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Kortegaard, L., Hoerder, K., Joergensen, J., Gillberg, C., & Kyvik, K. (2001). A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(2), 361-365.
- Kotler, L., Boudreau, G., & Devlin, M. (2003). Emerging psychotherapies for eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 431-441.
- Koukolík, F. (2003). *Já-o vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum.
- Krantz, A. (1999). Growing into her body: Dance/movement therapy for women with eating disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 21(2), 81-103.
- Kratochvíl, Z. (1991). *Prolínání světů*. Praha: Oikumene. In Hogenová, A. (2009). *K fenomenologii těla a pohybu*. Online <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova.htm>.
- Krch, F.D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Krueger, D., & Schofield, E. (1986). Dance/movement therapy of eating disordered patients: A model. *The Arts in Psychotherapy*, 13(4), 323-331.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lau, J., & Antman, E. (1992). Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 327(4), 248 - 54.
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M., & Milz, H. (1997). Therapeutische Effekte der Feldenkrais-Methode 'Bewußtheit durch Bewegung' bei Patienten mit Eßstörungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47(5), 170-180.
- Lee, N., & Rush, A. (1986). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 599-615.
- Leitenberg, H., Rosen, J., Gross, J., Nudelman, S., & Vara, L. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 535-541.
- Levine, M., Marcus, M., & Moulton, P. (1996). Exercise in the treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 171-177.

- Levy, F. (1988). *Dance movement therapy: a healing art*. Reston, Va.; United States: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Lewinsohn, P., Seeley, J., Moerk, K., & Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. & Nagy, L. (1998). A controlled family study of restricting anorexia and bulimia nervosa: comorbidity in probands and disorders in first-degree relatives. *Arch Gen Psychiatry*, 55(7), 603-10.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M. & Kurland, L.T. (1988). Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A 45-year study. *Mayo Clin Proc.*, 63(5), 433-42.
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, W., & Kurland, L. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Mahler, M., & McDevitt, J. (1982). Thoughts on the emergence of the sense of self, with particular emphasis on the body self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(4), 827-848.
- Malhotra, S., King, K., Welge, J., Brusman-Lovins, L., & McElroy, S. (2002). Venlafaxine treatment of binge-eating disorder associated with obesity: A series of 35 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(9), 802-806.
- Malina, A., Gaskill, J., McConaha, C., Frank, G., LaVia, M., Scholar, L., et al. (2003). Olanzapine treatment of anorexia nervosa: A retrospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 234-237.
- Markus, H., Hamill, R., & Sentis, K. (1987, January). Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(1), 50-71.
- McComb, J., & Clopton, J. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4(1), 79.
- McElroy, S., Hudson, J., Malhotra, S., Welge, J., Nelson, E., & Keck, P. (2003). Citalopram in the treatment of binge-eating disorder: A placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(7), 807-813.
- McKnight, I. (2003). 'Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study': Correction. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 248-54.
- Meads, C., Gold, L., Burls, A., Jobanputra, P. (1999). *In-patient versus out-patient care for eating disorders*. Birmingham. University of Birmingham, Department of Public Health and Epidemiology: West Midlands Development and Evaluation Service Report, 17.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: In Hogenová, A. (2009). *K fenomenologii těla a pohybu*. Online <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova.htm>.

- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Hoek, H., & Willi, J. (2004). Incidence of Severe Anorexia Nervosa in Switzerland: 40 Years of Development. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 250-258.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Bakerlester. (1987). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*.
- Mitchell, J., Gosnell, B., Roerig, J., de Zwaan, M., Wonderlich, S., Crosby, R., et al. (2003). Effects of Sibutramine on Binge Eating, Hunger, and Fullness in a Laboratory Human Feeding Paradigm. *Obesity Research*, 11(5), 599-602.
- Mitchell, J., Specker, S., & de Zwaan, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl), 13-20.
- (MKN-10)(1996). *Mezinárodní klasifikace nemocí:10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Møller-Madsen, S., & Nystrup, J. (1992). Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 197-200.
- Montagu, A. (1986). Touching: The Human Significance of The Skin. 3rd Ed. *Touching: The Human Significance of The Skin*.
- Nakonečný, M. (1998). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Navrátilová, M., Češková, E. & Sobotka, L. (2002). Problematika malnutrice u psychiatricky nemocných. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. IV. Sjezd České psychiatrické společnosti ČLS JEP.
- (NICE) National Collaborating Centre for Mental Health (2004) Eating Disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(6), 507-514..
- Norris, D. (1984, November). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine*, 14(4), 835-842.
- Nye, S., & Cash, T. (2006). Outcomes of Manualized Cognitive-Behavioral Body Image Therapy with Eating Disordered Women Treated in a Private Clinical Practice. *Eating Disorders*, 14(1), 31-40.
- Okamoto, A., Yamashita, T., Nagoshi, Y., Masui, Y., Wada, Y., Kashima, A., et al. (2002). A behavior therapy program combined with liquid nutrition designed for anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(5), 515-520.
- Otis, C., Drinkwater, B., Johnson, M., Loucks, A., & Wilmore, J. (1997, May). The female athlete triad. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(5), i-ix.
- Pacifici, M. (2007). The coconstruction of 'psychoanalytical choreography' and the dancing self: Working with an anorectic patient. *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (pp. 103-125). New York, NY US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.

- Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A., & Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314(10), 605-613.
- Papežová, H., Kocourková, J. & Koutek, J. (2006). Poruchy příjmu potravy. *Doporučené postupy psychiatrické péče II.* (pp. 127–137). Praha: Infopharm.
- Parent, C., & Whall, A. (1984, September). Are physical activity, self-esteem, & depression related. *Journal of Gerontology Nursing*, 10(9), 8-11.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), 765–768 - Patton, G. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7186), 765-768.
- Payne, H. (1999). *Kreativní pohyb a tanec*. Praha: Portál.
- Pearlstein, T., Spurrell, E., Hohlstein, L., Gurney, V., Read, J., Fuchs, C., et al. (2003). A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge eating disorder: a high placebo response. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 147- 151
- Pendleton, V., Goodrick, G., Carlos Poston, W., Reeves, R., & Foreyt, J. (2002). Exercise Augments the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 172-184.
- Piaget, J. (1952). *Origins of Intelligence in Childhood*. Rouletge and Kegan Paul.
- Pieters, G., Hulstijn, W., Maas, Y., Vandereycken, W., Peuskens, J., Probst, M., et al. (2006). Psychomotor performance and sequence planning in anorexia nervosa before and after weight restoration. *Eating and Weight Disorders*, 11(3), 154-162.
- Polivy, J. (1994). Physical activity, fitness, and compulsive behaviors. *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement* (pp. 883-897). Champaign, IL England: Human Kinetics Publishers.
- Polivy, J., & Herman, C. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201.
- Porter, J., & Waisberg, J. (1992). Overcoming destructive societal values in the treatment of anorexia nervosa: An intensive day treatment model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 22(2), 77-88.
- Powers, P., Santana, C., & Bannon, Y. (2002). Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: An open label trial. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 146-154.
- Pribram, K. (1971). *Languages of the brain: Experimental paradoxes and principles in neuropsychology*. Oxford England: Prentice-Hall.
- Probst, M. (2009). *Ústní sdělení na KU Leuven, Leuven*
- Probst, M. (2005). Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy: Vymezení a terapie. *Poruchy příjmu potravy* (pp.165-178). Praha: Grada.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

- Probst, M., Goris, M., Vandereycken, W. & Van Coppenolle, H. (2001). Body composition of anorexia nervosa patients assessed by underwater weighing and skinfold-thickness measurements before and after weight gain. *Am J Clin Nutr*, 73, 190-7.
- Prochaska, J. (2009). Zdroj on-line <http://www.uri.edu/research/cprc/Faculty/JProchaska.htm>.
- Ransdell, L.B. (2000). Exercise and self-esteem: A meta-analysis. *Paper presented at the Southwest AAPHERD conference in Hawaii*. In Ressler, A. (1998). „A body to die for“: Eating disorders and body-image distortion in women. *International Journal of Fertility*, 43(3), 133-138.
- Rifkin-Gainer, I. (1984). Dance/movement word therapy: The methods of Blanche Evan. *Theoretical approaches in dance-movement therapy* (pp. 3- 62). Dubuque, Iowa: Kendall-Hunt.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32267-307.
- Rosen, J. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 190-214). New York, NY US: Guilford Press.
- Rozin, P., & Fallon, A. (1988). Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: A comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 342-345.
- Ruggiero, G., Laini, V., Mauri, M., Ferrari, V., Clemente, A., Lugo, F., et al. (2001). A single blind comparison of amisulpride, fluoxetine and clomipramine in the treatment of restricting anorectics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 25(5), 1049-1059.
- Russel, G. Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9;429-448) Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 9(3), 429-448.
- Řičan, P., et al. (2006). Poruchy příjmu potravy a spánku u dětí. *Dětská klinická psychologie (4th ed.)* (pp. 251-260). Praha: Grada.
- Safer, D. L., Teich, C. F. & Agras, W S. (2001). *Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. American journal of psychiatry*, 158, 632-4 - Safer, D., Telch, C., & Agras, W. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- Santonastaso, P., Friederici, S., & Favaro, A. (2001). Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: An open controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(2), 143-150.
- Shapiro, J., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., Lohr, K., & Bulik, C. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321-336.
- Sharp, C., & Freeman, C. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162452-462.

- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L., Tozzi, F., Klump, K., Berrettini, W., et al. (2006, September). Features Associated With Excessive Exercise in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 454-461.
- Schilder, P.M. (1935). *The image and appearance of the human body: The constructive energie sof the psyche*. New York: International University Press.
- Schilder, P. (1953). *The Image and Appearance of the Human Body*. London: Pail Kegan, Trench, Trubner.
- Schilder, P. (1950). *The Image and Appearance of the Human Body*. International New York: Universities Press.
- Schmidt, U., Cooper, P., Essers, H., Freeman, C., Holland, R., Palmer, R., et al. (2004). Fluvoxamine and graded psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa: A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study of short-term and long-term pharmacotherapy combined with a stepped care approach to psychotherapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 549-552.
- Silverman, J. (1997). Anorexia Nervosa: Historical perspective on treatment. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 3-10). New York, NY US: Guilford Press.
- Simeon, D., & Hollander, E. (2001). *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Slepička, P., Hošek, V. & Hátlová, B. (2006). *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum.
- Sonstroem, R.J. (1988). Exercise and self-esteem. *Exercise and Sport Sciences Review*, 12, 123-155. In Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Spitzer, R., Yanovski, S., Wadden, T., & Wing, R. (1993, March). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Stark, A. (1982). Dance –movement therapy. *The never therapies: A sourcebook* (pp.308-325). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(Suppl1), i38-i46. doi:10.1007/s00787-003-1106-8.
- Stevens, C., & Tiggemann, M. (1998). Women's body figure preferences across the life span. *Journal of Genetic Psychology*, 159(1), 94. Retrieved from Academic Search Complete database.
- Stice, E. (1999, June). Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 675-683.
- Striegel-Moore, R. H. (1995). A feminist perspective on the etiology of eating disorders. In *Eating Disorder and Obesity. A Comprehensive Handbook*. (pp. 224-9) New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41(3), 246-263.
- Stunkard, A. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33284-295.

- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J., Bahr, R., & Schneider, L. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(2), 190-195.
- Sundgot-Borgen, J., Skarderud, F. & Rodgers, S. (2003). Athletes and Dancers. *Handbook of rating disorders*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd. The Atrium.
- Sutton, A.J., Sutton, Abrams, K.R., Jones, D.R., Sheldon, T.A., & Song, F. (2000). *Methods of meta-analysis in medical research*. New York: John Wiley. In Hendl, J. (2002). Metaanalýza v medicíně. *Čas. Lék. Čes.*, 141(8), 235-239.
- Swales, J.D. (1999). Evidence-based medicine and hypertension. , 17(11), 1511-1516.
- Szmukler, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 143-153.
- Šolcová I. (1994a). Moderující role pohybové aktivity ve vztahu stres – zdraví. *Čs Psych*, 38(4), 300–308.
- Šolcová I. (1994b). Význam pohybové aktivity ve vztahu k psychickému stresu. *Podpora zdraví*, 3(2), 8–14.
- Thien, V., & Thomas, A. (2000). Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 101-106.
- Thome, J., & Espelage, D. (2004, November). Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5(4), 337-351.
- Tokumura, M., Yoshiba, S., Tanaka, T., Nanri, S., & Watanabe, H. (2003). Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics*, 162(6), 430.
- Touyz, S. (1984). A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144517-520.
- Touyz, S., Lennerts, W., Arthur, B., & Beumont, P. (1993). Anaerobic Exercise as an Adjunct to Refeeding Patients with Anorexia Nervosa: Does it Compromise Weight Gain?. *European Eating Disorders Review*, 1(3), 177-182.
- Treasure, J., Todd, G., Brolly, M., & Tiller, J. (1995). A pilot study of randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 363-367.
- Trupin, E., Stewart, D., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.
- ÚZIS ČR. (2007). *Psychiatrická péče v letech 2001 až 2005*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

- ÚZIS ČR. (2009). *Informace ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky o situaci psychiatrické péče v České Republice v roce 2008*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41(2), 252-259.
- Vášina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie (1st ed.)*. Brno: Neptun.
- Vášina, L. (1999). *Sanoterapie*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Véle, F. (1997). *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o..
- Véle, F. (1995). *Kineziologie posturálního systému*. Praha: Karolinum.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 231-239.
- Wade, T., Bulik, C., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469-471.
- Wade, T., Neale, M., Lake, R., & Martin, N. (1999). A genetic analysis of the eating and attitudes associated with bulimia nervosa: Dealing with the problem of ascertainment in twin studies. *Behavior Genetics*, 29(1), 1-10.
- Walsh, B., Fairburn, C., Mickley, D., Sysko, R., & Parides, M. (2004). Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 556-561.
- Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski, M. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 19-30.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (1996). To change or not to change—'How' is the question?. *British Journal of Medical Psychology*, 69(2), 139-146.
- Wilfley, D., Welch, R., Stein, R., Spurrell, E., Cohen, L., Saelens, B., et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721.
- Willer, M., Thuras, P., & Crow, S. (2005). Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2374-2376.
- Willi, J., Giacometti, G., & Limacher, B. (1990). Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1514-1517.

- Willi J, Grossman S. Willi, J., & Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 140(5), 564-567.
- Williamson, D., Anderson, D., & Gleaves, D. (2001). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Structured interview methodologies and psychological assessment. *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 205-223). Washington, DC US: American Psychological Association
- Wilson, G., Nonas, C., & Rosenblum, G. (1993, January). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 25-33.
- Wilson, G. (2004). Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders: The Evolution of Manual-Based Cognitive-Behavioral Therapy. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 243-260). New York, NY US: Guilford Press.
- Wilson, G., Fairburn, C., & Agras, W. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)* (pp. 67-93). New York, NY US: Guilford Press.
- Wiseman, C., Gray, J., Mosimann, J., & Ahrens, A. (1992). Cultural expectations of thinness in women: an update. *International Journal of Eating Disorders*, 1185-89.
- Wittchen, H., Nelson, C., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 28(1), 109-126.
- Wonderlich, S., Mitchell, J. E., de Zwaan, M. & Steiger, H., (2006) Annual Review of Eating Disorders: Part 2. Oxon, United Kingdom : Radcliffe Publishing Ltd
- Wooley, S. (1995). Feminist influences on the treatment of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 294-8). New York, NY US: Guilford Press.
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog D. B., Mitchell, J. E., Powers, P. S. & Zerbe, K. J. (2005) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. (2nd ed.). American Psychiatric Association.
- Yager, J., Landsverk, J., & Edelstein, C. (1987). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders: I. Course and severity. *The American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1172-1177.
- Yates, A. (1991). *Compulsive exercise and the eating disorders: Toward an integrated theory of activity*. Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel.
- Zámečnicková, R. & Hrdlička, M. (2003). Farmakoterapie u mentální anorexie. 6, 263-266.
- Ziemer, R.R. & Ross, J.L. (1970). Anorexia nervosa: a new approach. *Am Correct Ther J*, 24(2):34-42.
- Zipfel, S., Lowe, B., & Herzog, W. (2005). Medical complications. *The Essential Handbook of Eating Disorders* (pp. 53-74). Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Zvolský, P. et al. (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: UK.

8 Přílohy

8.1 Pojmy a zkratky

AN: Mentální anorexie

ANIS: Anorexia-nervosa- inventory for self evaluation

BAQ: Body Attitude Questionarw

BAT: Body Attitude Test

BAT: Body Awareness Therapy

BCS: Body Cathexis Scale

BDI:Beck Depression Inventory

BED: Syndrom záchvatovitého přejídání (Binge Eating Disorder)

BES: Binge Eating Scale

BIATQ: The Body Image Automatic Thoughts Questionnaire

BIQ: The Body Image Ideals Questionnaire

BMI: index tělesné hmitnosti (Index se spočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky. Do vzorečku se dosazuje hmotnost v kilogramech a výška v metrech. Výsledná jednotka kg/m² se vynechává.)

BN: Mentální bulimie

body image: tělesný obraz, tělesné pojetí

BSE: Body size estimation

BULIT-R: The Bulimia Test Revised

celkové sebepojetí: self concept

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

Ct: Kombinované techniky, Combinated techniques

DIS-Q: The Dissociation Questionnaire

DSM – IV: Diagnostický a statistický manuál, vydává Americká psychiatrická asociace, čtvrtá revize

EAT: The Eating Attitudes Test

ED: Poruchy příjmu potravy, Eating Disorders

EDE: Eating Disorder Examination

EDE-Q: Eating Disorder Examination - self report

EDI: Eating Disorder Inventory
EDPEX: Eating Disorder Patient's Expectations and Experiences of Treatment Questionnaire
EEI: Eating Expectancy Inventory
EMI-B: Emotionalitátsinventar
EPQ: Eysenck Personality Questionnaire
ExT: Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace), Expressive therapies (dance, drama, improvisation)
FKE: Questionnaire for body experience
Folow-up: následné sledování
fyzické self: physical self
GAF: Global Assessment of Functioning
GAFS: Global Assessment of Functioning Scale
HDRS: Hamilton Depression Rating Scale
hodnocení vlastního těla: body-esteem
IIP24: Inventory of Interpersonal Problems
KBT: kognitivně behaviorální terapie
KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
KO: klíčová otázka
MBSRQ : Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
MdT: Mindfulness therapy, Mindfulness therapy
měření pod vodou: hydrodensitometry , underwater weighing
MKN – 10 : Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MMPI: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory
Ms: Masáž, Massage
Mt: Techniky pracující se zrcadlem, Miror techniques
OBC-AC: Objectified Body Consciousness Scale-Appearance Control Subscale
obraz těla: body image
obraz těla: body picture
OEQ: The Obligatory Exercise Questionnaire
Ot: Ostatní terapie, Othe Therapis
PAMS: Physical activity monitoring systém
PEI: The Paffenbarger Exercise Interview

PhEx: Fyzická aktivita, cvičení, Physical activity, exercise
poloha(y) těla: body position
POMS : Profile of Mood States
PPP: Poruchy příjmu potravy
Rt: Relaxační techniky, Relaxation techniques
řeč těla: body language
SCL-90: The Hopkins Symptom Check List-90
SDQ-20: Somatoform Dissociation Questionnaire
sebeúcta: Self-esteem
Self: Já, vědomí sebe
SIBID: The Situational Inventory of Body Image Dysphoria
STAI: The State-Trait Anxiety Inventory
tělesná koordinace: body co-ordination
tělesná vnímavost: body percept
tělesné poruchy: body disorders
tělesné příznaky: bodily symptoms
tělesné sebepojetí: self-concept
tělesné self: body self
tělesné schéma: body schema
tělesné vnímání: body perception
tělesný kontakt: body contact
tělesný postoj: body posture
tělesný self-obraz: body self-image
tělesný tvar: body shape
tělová exprese: body expression
tělová koncepce: body concept
tělová zkušenost: body experience
tělové ego: body ego
tělové stesky: body complaints
tělové zaměření: body orientations
Vc: Video konfrontace, Video confrontation
VSE: Visual Size Estimation
Wk: Chůze, Walking