

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Kinezioterapie v léčbě jedinců s poruchami příjmu potravy

Autoreferát disertační práce

Zpracovala: Mgr. Hana Žáková

Školitel: Doc. PaedDr. Dagmar Pavlů, CSc.

Praha 2013

VYMEZENÍ PROBLÉMU

U nemocných s poruchami příjmu potravy (PPP) se mimo problémů s jídlem a tělesnou hmotností objevuje také narušené zakoušení vlastního těla, které patří mezi diagnostická kritéria pro tuto diagnózu (Goyal et al., 2012). Někteří autoři tuto poruchu považují za prediktor vzniku onemocnění, který je za posledních 25 let stále častější, a jehož intenzita postupně narůstá (Vandereycken et al., 1987). Tento primární a základní aspekt vyžaduje specifický terapeutický přístup, ke kterému se používají pouze verbální prostředky, obvykle kognitivní terapie (Fairburn, 2008; Garner & Bemis, 1982). Jiná skupina terapeutů body-oriented therapy (terapii zaměřenou na tělo) obvykle používá jako součást multidimenzionálního modelu léčby, ve kterém hraje důležitou roli i verbální psychoterapie (Krch et al., 1999).

Jiní autoři (Goyal et al., 2012) zvažují oprávněnost zařazení porušeného vnímání tělesného schématu do diagnostických kritérií. K tělesnému sebepojetí přistupují jako k sekundárnímu příznaku, který je způsobený jinými faktory.

Význam postoje k vlastnímu tělu pro prevenci a léčbu PPP potvrdily některé studie. V případě, že je porucha již rozvinuta, samotná nespokojenost s tělem zhoršuje průběh onemocnění a může dojít k rezistenci vůči léčbě (Stice, 2001). Jedním z mechanismů necitlivosti k tělesným pocitům jsou disociativní projevy, které jsou spojeny s vyšším výskytem sebepoškozování a sebevražd (Demitrack et al., 1990).

PPP jsou spojeny s celou řadou zdravotních komplikací a z psychiatrických diagnóz mají nejvyšší úmrtnost, a to 10-20% (Claude-Pierre, 2001). Z těchto důvodů je jejich léčba stále diskutovanou otázkou. V naší práci chceme seznámit s využitím pohybové intervence (kinezioterapie), která může zabránit remisi tohoto závažného onemocnění.

CÍLE PRÁCE

Cílem našeho výzkumu bylo ověření efektu kinezioterapie na tělesné sebepojetí (body image) v léčbě jedinců s PPP na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK v Praze (PK VFN). Do studie bylo zařazeno 10 žen rozdělených do dvou skupin podle psychiatrem stanovené diagnózy mentální anorexie (MA) nebo mentální bulimie (MB), které absolvovaly alespoň 3 týdenní intervenci. Současně byla účinnost kinezioterapie hodnocena i

v rámci zvolené léčby, tzn. hospitalizace na oddělení pro PPP nebo ambulantní docházení do denního stacionáře pro PPP.

VĚDECKÉ OTÁZKY

- Existuje kauzální vztah mezi kinezioterapií probíhající minimálně 3 týdny a tělesným sebepojetím, standardními sensorickými podněty u jedinců s MA a MB?
- Budou mít jedinci s MA a MB tendenci podle Petrie testu své proporce podhodnocovat/nadhodnocovat?
- Bude Test siluet postav dle Stunkarda a Test Petrie objektivním prediktorem pro výsledky vnímání vlastního těla pomocí diagnostického nástroje BAT?

HYPOTÉZY

1. Po třech týdnech aplikované kinezioterapie nebude u testovaných probandů celkové skóre v Body Attitude Test (BAT) nižší než 36 (toto skóre představuje hranici pro normální vnímání a hodnocení vlastního těla)
2. Ve výsledcích dotazníku BAT budou před a po intervenci zjištěny v dimenzích negativní hodnocení velikosti těla (BAT-1) a nedostatek důvěry ve vlastní tělo (BAT-2) věcně i statisticky významné rozdíly. Statistická významnost na hladině $p < 0.05$.
3. Ve výsledcích dotazníku BAT nebudou před a po intervenci zjištěny v dimenzi celkové nespokojenosti s tělem (BAT-3) věcně ani statisticky významné rozdíly. Statistická významnost na hladině $p < 0.05$.
4. Test pro hodnocení sensorických podnětů dle Petrie (viz níže) neprokáže u jedinců s MA a MB po absolvování intervence žádné změny v hodnocení standardních sensorických podnětů.
5. Korelace mezi Testem figur a položkami z dimenzí (negativní hodnocení velikosti těla BAT-1 a celková nespokojenost s tělem BAT-3) bude na hladině $p < 0.05$ signifikantní.

METODIKA PRÁCE

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se věnujeme obecné charakteristice poruch příjmu potravy, především MA a MB, včetně epidemiologie, rizikových faktorů a osobnostních rysů PPP. Abychom zdůraznili závažnost těchto psychiatrických diagnóz a nutnost jejich léčby, zařadili jsme kapitolu zaměřenou na zdravotní komplikace MA a MB. V kapitole Léčba PPP seznamujeme s výsledky dosavadní léčby

dostupnými psychoterapeutickými postupy včetně farmakoterapie. Ústředním tématem této práce je pohybová léčba, která se zaměřuje na tělesné sebepojetí. Seznamujeme zde také s některými používanými technikami v rámci kinezioterapie nejen v České republice, ale i v zahraničí.

Empirická část je zaměřena na objektivizaci vlivu kinezioterapie na tělesné sebepojetí. Po pečlivé analýze problému jsme dospěli k závěru, že bude nejlepší zvolit kombinovaný metodický přístup, který shrnuje jak kvantitativní, tak kvalitativní výzkum. V první části se věnujeme kvantitativní studii, tedy experimentální nerandomizované studii, kdy hodnotíme efektivitu evaluace pohybové intervence (kinezioterapie) na tělesné sebepojetí u jedinců s MA a MB. Režimem expozice se zde rozumí vystavení pohybové intervenci, tedy kinezioterapii.

Z kvantitativních postupů jsme využili dotazníkové metody subjektivního hodnocení vlastního těla – Body Attitude Test a Test siluet postav dle Stunkarda. Pro doplnění jsme použili Test pro hodnocení sensorických podnětů dle Petrie, který zjišťuje percepční funkce, díky čemuž můžeme jednotlivé probandy zařadit do jedné ze tří skupin (Véle, 2012):

- nadhodnocující (augmentor, A), ti kteří zvyšují intenzitu podnětů,
- normálně hodnotící (moderate, M), ti jež hodnotí podněty normálně a
- podhodnocující (reducer, R), kteří intenzitu podnětů snižují.

Část druhá naváže na první kvalitativně pomocí vložené případové studie. Vzhledem ke specifičnosti psychiatrické populace musela být kvantitativní část doplněna o kvalitativní analýzu jednotlivých případů. Uvědomujeme si, že pro případové studie je typická menší kontrolovatelnost většiny vnějších proměnných souvislostí, což neumožňuje formulovat příliš spolehlivé závěry o příčinných souvislostech. Z tohoto důvodu se tedy nedají získané výsledky zevšeobecňovat na celou populaci (Ferjenčík, 2000).

SLEDOVANÝ SOUBOR

Do výzkumu bylo zařazeno 10 probandů (0 mužů, 10 žen) z PK VFN, kteří absolvovali alespoň třítydenní intervenci. Tito jedinci v období od 12.7. 2010 do 30.11. 2010 navštěvovali ambulantně denní stacionář nebo byli na PK VFN hospitalizováni. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla: ženské pohlaví, věk vyšší než 18 let, Body mass index (BMI) vyšší než 14, diagnóza MA (F50.0) či MB (F50.2) stanovená psychiatrem bez kombinace s jinou psychiatrickou diagnózou. Díky této selekci byl náš zkoumaný vzorek velmi malý.

Sledovaný soubor tvořily ženy ve věku od 18 do 54 let (průměrný věk 28,9 let) s diagnózou MA (3 ženy – dvě hospitalizované a jedna ve stacionáři, průměrný věk 31,33 let) nebo MB (7 žen – pět hospitalizovaných a dvě ve stacionáři, průměrný věk 27,86 let).

O podvýživu se jedná, pokud BMI klesne pod 17,5. O vážné formě MA hovoříme při BMI nižším než 15 a o kritické formě MA ohrožující vitální funkce při BMI nižším než 12,5 (Mouton-Gensburger & Riguard, 1999). Z tohoto důvodu jsme určili nejnižší hranici pro zařazení do studie na hodnotě BMI 15.

Tito jedinci byli buď hospitalizovaní (celkem 7 žen – 5x MB, 2x MA, průměrný věk 30,29 let) nebo navštěvovali denní stacionář (celkem 3 ženy – 2x MB, 1x MA, průměrný věk 25,67 let) PK VFN. Podmínkou pro zařazení do studie byl pobyt delší než 3 týdny (průměrně 38,8 dní) a absolvování tedy pohybové intervence (kinezioterapie) v délce minimálně tři týdnů.

Průměrná doba hospitalizace byla 34,43 dní, pobyt v denním stacionáři průměrně činil 49,0 dní. Všichni probandi absolvovali 3x/týdně program kinezioterapie složený z relaxace 1x týdně a speciálních technik zaměřených na zlepšení vnímání vlastního těla 2x týdně. Doba trvání jedné intervence byla 30 minut s následnou skupinovou diskusí. Sledovali jsme vzájemné změny a vývoj jedinců na začátku a na konci jejich pobytu na PK VFN během něhož absolvovali program kinezioterapie.

ORGANIZAČNÍ OBTÍŽE EXPERIMENTU

Proces získávání přístupu k účastníkům byl dán především výběrem místa pro provedení pohybové intervence, které jsme volili na základě předchozích zkušeností během stáže k diplomové magisterské práci. V první řadě jsme chtěli, aby sledovaní jedinci měli psychiatrem stanovenou diagnózu PPP F50, konkrétně pak MA F50.0 a MB F50.2 (MKN-10, 2011). Z tohoto důvodu jsme pro naši práci vybrali PK VFN, kde je samostatná skupina pro PPP. Nevýhodou této instituce je, že jsou v ní nejen jedinci s MA a MB, ale i jedinci se záchvatovitým přejídáním. Ve skupině také byli jak hospitalizovaní, tak ambulantně léčení pacienti.

Doba pobytu na PK VFN byla a je velmi individuální. Je nutné si uvědomit, že jde o psychiatrické pacienty, kteří mnohdy své problémy bagatelizují, z tohoto důvodu pak předčasně odcházejí na revers. Jiné faktory ovlivňující délku pobytu jsou např. nespolupráce pacienta, nepravidelné docházení do stacionáře a další.

Pokud jedinci s MA popř. MB nedodržují režim Oddělení pro PPP, tzn. nedochází u nich k plynulému váhovému příbytku, jsou jim některé skupiny zakázány včetně pohybové léčby. Jako náhrada je u nich nastolen pasivní program, aby se zamezilo ztrátám hmotnosti. Jedná se např. o vodoléčebné procedury (vířivka) či masáže. Tento přístup z našeho pohledu není

nejšťastnější, neboť pacienti pak k pohybu přistupují jako k něčemu nedovolenému, mohou ho skrývat, stydět se za něj, a to i poté, co opustí kliniku.

ANALÝZA DAT

Kvantitativní analýzu dat jsme provedli za použití Mann-Whitney U test (Wilcoxon Signed-Rank Test), což je neparametrická varianta párového t-testu. Tento test zjišťuje signifikantnost rozdílu výsledků mezi jednotlivými testy, tedy jednotlivými odpověďmi v dotazníku. Neparametrické testy se používají pro vyhodnocení ordinálních dat, se kterými jsme v našem výzkumu pracovali (Zvárová, 1999).

Pokud porovnáваме dvojici hodnot před a po skončení intervence, u nichž nás zajímají jejich rozdíly, pak se jedná o párový t-test (Tvrdlík, 2008). V tomto testu ověřujeme nulovou hypotézu, zda rozdíl středních hodnot párových měření je roven nule. Zatímco v párovém t-testu se nulová a alternativní hypotéza (rozdíl je různý od nuly) vztahují k průměru rozdílů, u Wilcoxonova párového testu se tyto hypotézy týkají mediánu rozdílů. Hladinu významnosti testu, což je pravděpodobnost, že bude zamítnuta nulová hypotéza, ačkoliv platí, jsme stanovili shodnou, jako pro běžná biologická data, tedy $p=0,05$ (Zvárová, 1999).

Ke zhodnocení efektu intervence na tělesné sebepojetí jedinců s MA a MB jsme použili kvalitativní případovou studii (case study). Případová studie má sice menší kvalitu výpovědi, ale umožňuje nám vyrovnat se s obtížemi empirické situace, se kterými jsme se vzhledem k malému vzorku museli potýkat (Bencko et al., 2003). Počet případů se rovnal počtu všech jedinců s MA a MB zařazených do našeho výzkumu ($n=10$).

S každým jedincem byl prováděn před a po skončení intervence strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, který není sice tak pružný jako jiné typy rozhovorů, ale umožňuje nám snazší analýzu získaných dat (Hendl, 2008).

Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami jsme analyzovali u jednotlivých probandů i z pohledu jednotlivých otázek. Zajímaly nás tři okruhy otázek: negativní hodnocení velikosti těla, nedostatek důvěry ve vlastní tělo a celková nespokojenost s tělem. Tyto okruhy jsou shodné s konstrukty dotazníku BAT. Důvod, proč jsou tyto okruhy stejné je ten, abychom dosáhli rozvinutí jednotlivých odpovědí dotazníku. Okruhy byly vztaženy k jednotlivým otázkám dotazníku BAT tak, aby nám zajistily nejen správné porozumění otázce, ale i bližší specifikaci odpovědi. Oblasti jsme individuálně diskutovali s jedinci během pohovoru. Snažili jsme se touto formou vysvětlit vliv různých faktorů v kontextu daného

případu (Kutnohorská, 2009). Tato kvalitativní metoda nám pomohla porozumět vývoji interakce jednotlivců s vlastním tělem (Ferjenčík, 2000).

Pomocí kvalitativní obsahové analýzy bylo slovní vyjádření jednotlivých probandů transformováno do věcných selekčních údajů v procesu věcného uspořádání. Ve spojení s kvalitativními daty nám tato analýza může pomoci rozkrýt efekt kinezioterapie na tělesné sebepojetí.

Veškeré rozhovory byly písemně zaznamenány a analyzovány podle znaků v odpovědích na otázky. Pokud se při odpovědi na otázku jakkoliv projevilo narušené tělesné sebepojetí nebo se projevila některá patologie charakteristická pro PPP, byla odpověď hodnocena negativně (–), např. „nejsem spokojena se svým vzhledem“, „nelíbí se mi mé hýždě“, „stydím se za své tělo“, „nedokážu relaxovat“ atd. V případě opačných odpovědí byla výpověď u daného jedince hodnocena kladně (+), popř. neutrálně (0). Díky tomu jsme získali data vhodná k analýze a interpretaci.

VÝSLEDKY

Tato kapitola je rozdělena na tři části, v první uvádíme změny hmotnosti jednotlivých probandů před a po skončení intervence. Druhá část shrnuje zhodnocení signifikantnosti rozdílu výsledků jednotlivých kvantitativních testů (Body Attitude Test, Test dle Petrie, Test dle Stunkarda), které jsme provedli pomocí t-testů. A konečně poslední třetí část obsahuje výsledky kvalitativní obsahové analýzy výpovědí jedinců při strukturovaném rozhovoru.

Sledování hmotnosti ukázalo, že kinezioterapie neměla negativní vliv na hmotnost pacientů z obou sledovaných skupin (MA a MB). U pacientů s MA došlo k vyššímu hmotnostnímu nárůstu, což se ale dalo předpokládat, vzhledem k nižším vstupním hodnotám a režimové léčbě zaměřené na zvýšení příjmu potravy.

Při analýze celkového skóre v dotazníku Body Attitude Test (BAT) bylo zjištěno, že výstupní hodnoty byly statisticky významně vyšší než vstupní. Zvolená intervence tedy měla dopad na vnímání vlastního těla testované populace. Ovšem tyto výsledky není možné zobecňovat na celou populaci, neboť náš vzorek byl velmi malý.

Jak jsme ale předpokládali, po třech týdnech aplikované kinezioterapie nedošlo v testovaném vzorku k poklesu celkového skóre v dotazníku BAT pod 36, což je hranice pro normální vnímání a hodnocení vlastního těla. Naše hypotéza tedy byla potvrzena. Celkové výsledky celé skupiny i jednotlivých skupin MA a MB se pohybovaly před i po intervenci v rozmezí pro narušené sebepojetí (36-69 bodů). Výsledky hospitalizovaných jedinců a

jedinců léčených ambulantně ve Stacionáři pro PPP se také po celou dobu pohybovaly v oblasti narušeného tělesného sebepojetí.

Pouze ve skupině MB a ve skupině hospitalizovaných jedinců se tělesné sebepojetí podle prostřední hodnoty celkového skóre zlepšilo. Zhoršení u zbylých dvou skupin se dá vysvětlit malým počtem probandů (pouze 3). Zajímavé je zjištění, že skupina ze stacionáře měla konečné skóre po intervenci na dolní hranici pro výrazně narušené sebepojetí (69 bodů). Dá se předpokládat, že tito jedinci během ambulantní léčby mohli být vystaveni sekundárním vnějším vlivům v jejich domácím prostředí, např. nehody s rodiči nebo partnerem, ale i nákup potravin, který je mnohdy jedno z nejtěžších, co na ně čeká.

Z analýzy jednotlivých konstruktů dotazníku BAT byly zjištěny statisticky významně vyšší výstupní hodnoty pouze v dimenzi negativní hodnocení velikosti těla (BAT-1). U zbylých dvou konstruktů (nedostatek důvěry ve vlastní tělo – BAT-2 a celková nespokojenost s tělem – BAT-3) nebyly zaznamenány významné věcné ani statistické rozdíly. Naše hypotézy byly tedy částečně potvrzeny.

Pokud jsme hodnotili jednotlivé skupiny pacientů, zjistili jsme, že ke zlepšení jak u MA, tak u MB došlo pouze v konstruktů nedostatku důvěry ve vlastní tělo (BAT-2). Většina technik kinezioterapie je zaměřena právě na práci s důvěrou ať už ve vlastní tělo, nebo v ostatní jedince. U MA došlo navíc ke zlepšení v celkové nespokojenosti s tělem (BAT-3) a u MB v negativním hodnocení velikosti těla (BAT-1). Nespokojenost s jednotlivými částmi těla vystihuje právě konstrukt negativní hodnocení velikosti těla. Během relaxačních technik, masáží atd., které v rámci kinezioterapie používáme, pracujeme právě s jednotlivými částmi těla, jejich uvědoměním a následným uvolněním.

Medián celkového skóre v dotazníku BAT ukázal zlepšení pouze u skupiny MB, naopak u MA došlo ke zhoršení.

Průměrná doba hospitalizace byla 34,43 dní, pobyt v denním stacionáři průměrně činil 49,0 dní. Přesto bylo u jedinců hospitalizovaných zaznamenáno zlepšení ve všech třech konstruktech BAT. Ve stacionáři došlo ke zhoršení v konstruktů nedostatku důvěry ve vlastní tělo (BAT-2), ostatní oblasti zůstaly po skončení intervence beze změn.

Tři probandi s MB (3B, 4B, 5B), jejichž rozdíl mezi vstupními a výstupními hodnotami v dotazníku BAT byl nejvýznamnější, byli hospitalizováni kolem 40ti dní. Toto zjištění ukazuje, že efekt kinezioterapie je pozitivní, pokud je expozice dostatečně dlouhá. Z toho se dá usuzovat, že pokud by byla možnost do výzkumu zařadit více probandů a provádět s nimi intervenci po dostatečně dlouhou dobu (5-6 týdnů), podařilo by se nám prokázat skutečný efekt kinezioterapie.

Dle naší hypotézy Test pro hodnocení sensorických podnětů dle Petrie neprokázal u jedinců s MA ani MB po absolvování intervence žádné signifikantní rozdíly mezi vstupními a výstupními hodnotami. Ani Test siluet postav dle Stunkarda neprokázal signifikantní rozdíly před a po intervenci.

Vzájemná korelace mezi Testem siluet dle Stunkarda a položkami z dimenzí dotazníku negativní hodnocení velikosti těla (BAT-1) a celková nespokojenost s tělem (BAT-3) dle naší hypotézy nebyla prokázána.

DISKUSE

Problém, se kterým jsme se museli potýkat, byla výrazná experimentální mortalita. V období od 12.7. 2010 do 30.11. 2010 do studie vstoupilo celkem 36 probandů, většina z nich léčbu předčasně ukončila, buď z důvodu nástupu na vysokou školu, nebo odchodu na revers. Při vytváření homogenní skupiny pouze deset jedinců splnilo naše kritéria pro zařazení do výzkumu. Jiné faktory ovlivňující délku pobytu jsou např. nespolupráce pacienta, nepravidelné docházení do stacionáře a další.

V našem případě nebylo rozdělení do skupin MA a MB randomizované, což může výrazně ovlivnit vznik interpretačních chyb. Jak bylo řečeno výše, nevýhodou našeho výzkumu bylo, že na PK VFN nejsou rozděleny skupiny PPP podle diagnózy, ačkoliv je zde samostatná skupina pro PPP. Současně se tu mísí jedinci z Oddělení pro PPP s jedinci ze stacionáře. Vytvoření oddělených skupin na PK VFN by bylo jistě finančně nákladné.

Také by příště bylo vhodnější zvolit pro výzkum jiné časové období, především kvůli plánovaným nástupům na vysoké školy, a také kvůli uzavírání některých oddělení v období prázdnin, včetně toho pro PPP.

Provést podobnou krátkodobou studii tak, aby měla větší validitu a byla zevšeobecnitelná, není dle našeho názoru možné. Důvodem je omezená kapacita jednotlivých oddělení, která neumožňuje rozdělení hospitalizovaných pacientů na dvě skupiny – sledovanou a kontrolní.

Vnímání a hodnocení vlastního vzhledu je značně subjektivní, proto je velmi těžké data kvantifikovat, z tohoto důvodu Fialová (2007) doporučuje metody kombinovat, aby nedošlo k ovlivnění některými proměnnými, které nemusíme předpokládat. V našem případě jsme kombinovali kvantitativní hodnocení pomocí dotazníku BAT a subjektivní hodnocení na škále siluet.

Dotazníkové studie ukazují kvantitativní míru spokojenosti s tělem, zjišťují především kognitivně emocionální aspekty vnímání těla a postoje k němu (jeho velikost, váhu nebo

celkovou nespokojenost). Ačkoli jsou dotazníkové metody velmi populární a dobře zavedené, je třeba brát v úvahu sklon zastírat nebo minimalizovat problém a odpovídat společensky přijatelně (Fialová, 2007; Kocourková & Koutek, 2002).

Dotazník BAT se nám jeví jako vhodný nástroj, neboť hodnotí jednotlivé aspekty porušeného tělesného sebepojetí, což jsou nespokojenost s tělem jako celkem, jeho jednotlivými částmi a vztah k vlastnímu tělu. Jeho výhoda je také v tom, že se snadno vyhodnocuje. Na druhé straně je jeho nedostatkem, že není v České republice standardizován.

V Testu pro hodnocení senzoryckých podnětů dle Petrie není standardizován počet pokusů a laterality provedení. Jednotlivé výzkumy se v těchto parametrech neshodují. V naší studii jsme vycházeli ze studie Křikavové (2011), která zjistila signifikantní rozdíl v přesnosti odhadu šířky hranolu mezi sledovanou skupinou jedinců s Failed back surgery syndrome a skupinou kontrolní pouze v 1. pokusu ($p=0,031$). Tento test dosud nebyl použit ve spojitosti s PPP. Bohužel se nám nepodařilo prokázat vhodnost jeho využití v této oblasti výzkumu.

Ani k Testu siluet postav dle Stunkarda není vytvořena přesná metodika pro vyhodnocování, a tudíž ani reliabilita není známa (Léblková, 2010). Tato škála siluet není intervalové povahy což znamená, že rozdíly mezi jednotlivými siluetami nejsou konstantní, z čehož vyplývají omezení v jejím použití a následném zpracování výsledků (Léblková, 2009).

Domníváme se, že pro větší úspěšnost kinezioterapie je nutná dlouhodobá spolupráce fyzioterapeuta s pacienty s PPP. Nejen, že si fyzioterapeut na psychiatrické klinice vytvoří potřebné zázemí včetně důvěry psychiatrů a psychologů, ale bude moci jednotlivé techniky stále více zdokonalovat. Fyzioterapeut specializovaný na práci s PPP by mimo jiné mohl pomoci i v jiných oblastech např. nákupy potravin, návštěva koupaliště i organizace kolektivních sportovních činností. Právě fyzioterapeut je odborníkem na správné pohybové chování, tudíž pacienti se během kinezioterapie mohou dozvědět a naučit něco nového.

Podle Thome a Espelage (2004) je motivace ke cvičení za účelem snížení tělesné hmotnosti na rozdíl od zdravých osob až na jednom z posledních míst. Problematika vztahu k fyzické aktivitě je u pacientů s PPP dána především jejím negativním emočním prožíváním (Thome & Espelage, 2004), což můžeme pomocí kinezioterapie ovlivnit.

Je také nezbytné, aby součástí terapeutického týmu byli nejen lékaři, psychologové, zdravotní sestry a sociální pracovníci, ale i fyzioterapeuti, ergoterapeuti, arteterapeuti atd. Vzájemná spolupráce, podpora a důvěra v týmu zajistí účinnější a úspěšnější léčbu. Pacienti s PPP mají často tendence manipulovat s okolím a pokud vycítí nespokojenost, jistě toho využijí.

Je důležité si uvědomit, že dříve nebo později konfrontace s vlastním tělem čeká každého jedince s PPP v osobním životě (intimní život, či např. při sportu, na koupališti atd.). Kinezioterapie má posloužit jako příprava na tuto konfrontaci v chráněném prostředí psychiatrické kliniky. Pokud by se během kinezioterapie vyskytly jakékoliv potíže s určitým pacientem, měl by se fyzioterapeut poradit se zbytkem terapeutického týmu. Rozhodně není řešením pacientovi zakázat účast na kinezioterapii, ale pokusit se společnými silami v týmu problém řešit. Myslíme si, že by v tomto případě mohla pomoci účast psychologa na skupině kinezioterapie.

Během našeho výzkumu jsme se bohužel často nesetkali s rovnocenným začleněním fyzioterapeuta do terapeutického týmu, což shledáváme jako nepříznivé pro terapeutický efekt.

ZÁVĚR

Za posledních 40 let mnoho psychiatrických klinik v Evropě zařadilo fyzickou aktivitu a techniky zaměřené na uvědomění si vlastního těla jako součást komplexní léčby psychiatrických pacientů. Tato specifická terapie je často prezentována jako pohybová léčba, sportovní terapie (Bewegungstherapie) a od roku 1980 jako psychomotorická terapie (kinezioterapie). Její základní cíle jsou zlepšit jak psychickou tak fyzickou pohodu a podpořit nebo zlepšit fyzickou zdatnost jedinců s duševní poruchou, jako jsou např. PPP, poruchy osobnosti, poruchy nálad, úzkostné stavy atd. v psychiatrických klinikách v Belgii a Holandsku se nejčastěji používá program skládající se z velkého množství sportů a her, fyzických aktivit a relaxačních technik (Knapen et al., 2005).

Probst et al. (2008) uvádí, že otázka vlivu PMT na prožívání těla je dnes zodpověditelná více z klinického než čistě vědeckého hlediska. Je složité přinést v tomto odvětví signifikantní důkazy v podobě experimentu, protože součástí prožívání těla jsou odlišné aspekty, a léčba většinou spočívá ve vícerozměrném přístupu.

Přestože se v České republice formálně neujala žádná pohybová intervence pro jedince s PPP, setkává se vždy s velkou popularitou nejen u nich samotných, ale i u personálu psychiatrických klinik, což se nám také podařilo zjistit. Některé experimenty (Touyz et al., 1984) spíše poukazují na vyšší psychickou pohodu jednak pacientů, tak i personálu, při zařazení pohybového programu do léčby PPP. Fyzická aktivita funguje jako forma odměny za váhový přírůstek a spolupráci pacienta. Je pro ně přijatelnější formou léčby, která přináší nejen příjemné pocity, snížení úzkostných stavů, zlepšení nálady, ale i normalizaci váhy a stravovacích návyků. Celkově se zvyšuje i důvěra pacienta v samotnou léčbu, jako výsledek

pocitů pohody a uklidnění, které s sebou fyzická aktivita také přináší. Nesmíme opomenout to, že se jedinci současně učí zdravému způsobu pohybu (Beumont et al., 1994). Mnoho léčebných programů je ale přesto založeno na redukci přehnané pohybové aktivity u jedinců s MA.

Tím, že pacient porozumí tomu, co se s ním na tělesné rovině děje ve stresových obdobích, eliminuje se jeho strach z nepříjemných situací. Dalším důležitým přínosem je práce s emocemi a verbalizace prožitků, která vede k následnému hlubšímu pochopení sebe sama. Cvičení má krátkodobý i dlouhodobý pozitivní účinek na sebeprožívání i psychickou pohodu a posiluje kromě tělesných funkcí i funkce emocionální. Příznivě ovlivňuje zejména úzkost, depresi, tenzi a vnímání stresu (Chudějová, 2002-2007).

Jak uvádí Fialová (2007) aktivní lidé bývají spokojenější se svým vzhledem, zdatností i zdravím, a trpí také méně psychosomatickými obtížemi. Jejich pozitivní tělesné sebepojetí ovlivňuje příznivě i celkový obraz o vlastní osobě (Fialová, 2007). Je tedy důležité, zvláště u psychiatrických pacientů se sklony k sebepoškozování, včetně MA, MB, do léčby zařadit i pohybovou léčbu, ideálně PMT (kinezioterapii), která byla pro tyto účely vytvořena.

LITERATURA

1. BENCKO, V., HRACH, K., MALÝ, M., PIKHART, H., REISSIGOVÁ, J., SVAČINA, Š., TOMEČKOVÁ, M., ZVÁROVÁ, J. Statistické metody v epidemiologii. In: *EuroMISE*. [online]. 2003 [cit. 25.7.2011]. Dostupné z: <http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=epidem>
2. BEUMONT, P.J.V., ARTHUR, B., RUSSELL, J.D., TOUYZ, S.W. Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 15(1), 21-36. ISSN 0276-3478.
3. CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Přeložil Z. Dušek. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
4. DEMITRACK, M.A., PUTNAM, F.W., BREWERTON, T.D., BRANDT, H.A., GOLD P.W. Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147(9), 1184-1188. ISSN 0002-953X.
5. FAIRBURN, CH.G. *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 2008. 324 s. ISBN 978-1-59385-709-7.
6. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
7. FIALOVÁ, L. Metody zkoumání nespokojenosti s tělem. *Česká kinantropologie*, 2007, 11(3), 41-47. ISSN 1211-9261.
8. GARNER, D.M., BEMIS, K.M. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 1982, 6(2), 123-150. ISSN 0147-5916.
9. GOYAL, S., BALHARA, Y.P., KHANDELWAL, S.K. Revisiting Classification of Eating Disorders-toward Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-11. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2012, 34(3), 290-296. ISSN 0253-7176.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. CHUDĚJOVÁ, P. Psychomotorická terapie v procesu léčby depresivních pacientů. Autoreferát disertační práce. In: *Universita Karlova, FTVS*. [online]. 2002-2007 [cit. 9.9.2009]. Dostupné z: <http://www.ftvs.cuni.cz/images/stories/Chudejova.doc>

12. KNAPEN, J., VLIET, P. VAN DE, COPPENOLLE, H. VAN, DAVID, A., PEUSKENS, J., PIETERS, G., KNAPEN, K. Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005, 74(6), 353-361. ISSN 0033-3190.
13. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatric pro praxi*, 2002, (3), 98-100. ISSN 1213-0494.
14. KRCH, F.D., et al. Poruchy příjmu potravy. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
15. KŘIKAVOVÁ, A. *Somatognostické funkce a prostorová paměť u pacientů s Failed Back Surgery Syndrome*. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 2. lékařská fakulta. Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství. Vedoucí práce M. Lepšíková.
16. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. LÉBLOVÁ, P. *Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí práce M. Svoboda.
18. LÉBLOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy: Vztah k imaginaci a závislosti na poli. In: *E-psychologie*. [online]. 2010, 4(3), 1-12 [cit. 2.8. 2010]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/leblova.pdf>
19. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. revize. In: *uzis.cz* [online]. 30.10.2011 [cit. 17.11.2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> Path: 30.10.2011.
20. MOUTON-GENSBURGER, A., RIGUARD, D. Anorexia nervosa treatment. In: *Danone Institute*. [online]. březen, 1999 [cit. 29.6.2009]. Dostupné z: http://www.danoneinstitute.org/objective_nutrition_newsletter/on44.php
21. PROBST, M., PIETERS, G., VANCAMPFORT, D., VANDERLINDEN, J. Body experience and mirror behaviour in female eating disorders patients and non clinical subjects. *Psychological Topics*, 2008, 17(2), 335-348. ISSN 1332-0742.
22. STICE, E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, 110(1), 124-135. ISSN 0021-843X.

23. THOME, J., ESPELAGE, D. Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 2004, 5(4), 337-351. ISSN 1471-0153.
24. TOUYZ, S.W., BEUMONT, P.J.V., GLAUN, D., PHILLIP, T., COWIE, I. A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144, 517-520. ISSN 0007-1250.
25. TVRDÍK, J. Analýza dat. In *Učební texty Ostravské Univerzity. Přírodovědecká fakulta*. [online]. 2008. [cit. 17.12.2012]. Dostupné z: http://www1.osu.cz/~tvrdik/download/files/XANDT_09.pdf
26. VANDEREYCKEN, W., DEPREITERE, L., PROBST, M. Body oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1987, 41(2), 252-259. ISSN 0002-9564.
27. VÉLE, F. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie: Příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 222 s. ISBN 978-80-7387-608-1.
28. ZVÁROVÁ, J. Neparametrické metody. In: *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. [online]. 5.1.1999. [cit. 7.2.2013]. Dostupné z: <http://new.euromise.org/czech/tajne/ucebnice/html/html/node11.html>