

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Pohybová terapie v léčbě poruch příjmu  
potravy v České republice**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Petra Chudějová

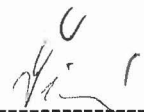
Zpracovala:

Karolina Šilhavá DiS.

Srpen 2006

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Petře Chudějové za odborné vedení práce, za praktické rady a za možnost využít její zkušenosti v této oblasti. Dále děkuji sl. Adéle Karešové za pomoc při zpracování grafů.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografické citace.



---

Karolina Šilhavá DiS.

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatелů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

---

Jméno a příjmení:    Číslo obč. průkazu:    Datum vypůjčení:    Poznámka:

---

# OBSAH

<b>OBSAH.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>4</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>6</b>
2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	6
2.2 PPP .....	8
2.2.1 Historie PPP.....	8
2.2.2 Mentální anorexie.....	9
2.2.3 Mentální bulimie.....	11
2.2.4 Atypické a nescifické PPP.....	12
2.3 PŘÍČINY VZNIKU PPP.....	13
2.3.1 Genetické dispozice.....	14
2.3.2 Osobnost pacientky.....	14
2.3.3 Nejčastější sociální vlivy.....	15
2.4 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE .....	16
2.5 LÉČBA.....	20
2.5.1 Cíl léčby.....	20
2.5.2 Organizace léčby.....	20
2.6 TERAPIE VYUŽÍVANÉ V LÉČBĚ.....	22
2.6.1 Psychoterapie .....	22

2.6.2	<i>Farmakoterapie</i>	24
2.6.3	<i>Svépomocné skupiny</i>	25
2.6.4	<i>Podpůrné terapie</i>	25
2.7	POHYBOVÁ TERAPIE V LÉČBĚ A PREVENCI PPP	26
2.7.1	<i>Pozitivní vliv pohybových aktivit na lidský organismus</i>	27
2.7.2	<i>Psychosociální aspekty pohybu a sportu</i>	28
2.7.3	<i>Reakce nervového systému na zátěž</i>	29
2.7.4	<i>Fyziologický význam pohybových aktivit</i>	30
2.7.5	<i>Fyzická aktivita jako součást prevence a léčby PPP</i>	30
2.7.6	<i>Psychologický význam pohybových aktivit</i>	31
2.7.7	<i>Terapie orientovaná na tělo jako součást komplexní léčby PPP</i>	31
2.8	PREVENCE RELAPSU A CELKOVĚ VZNIKU PPP	36
2.9	SITUACE PPP V ČR	37
<b>3.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>38</b>
3.1	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	38
3.2	CÍL VÝZKUMU	38
3.3	VÝZKUMNÉ METODY	39
3.3.1	<i>Zkoumaný soubor</i>	39
3.3.2	<i>Metody měřicí techniky</i>	39
3.3.3	<i>Sběr dat</i>	41

3.4 VÝSLEDKY.....	42
<b>4. DISKUZE.....</b>	<b>54</b>
<b>5. ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>59</b>
<b>7. PŘÍLOHY.....</b>	<b>63</b>

# 1. ÚVOD

Mentální anorexie – spontánní hladovění, jež má dlouhodobý charakter, při kterém je narušena regulace příjmu potravy a mentální bulimie – charakteristická opakujícími se epizodami neovladatelného, překotného příjmu potravy v krátkém časovém úseku se řadí k takzvaným poruchám příjmu potravy (Fraňková, Dvořáková-Janů 2003).

Tato psychická onemocnění postihují zejména ženy. Věkové složení je zhruba od 15-ti do 30-ti let. Při onemocnění těmito chorobami, které jsou stále častějším problémem u mladých dívek, dochází u dotyčných k vytvoření vlastního uzavřeného světa, do kterého nepustí mnoho lidí a někdy vůbec nikoho.

Bulimičky a anorektičky se cítí samy o mnoho víc, než kdokoliv jiný. Bojují neustále se svým já, s protiklady v sobě. Jednou z hlavních příčin tohoto chování je věkové složení pacientek, které se převážně nacházejí ve věku puberty nebo adolescence a jejich tělo prochází změnami v oblasti hormonální i psychické. Ve většině případů jsou si příčiny tohoto onemocnění podobné. Odloučení od rodiny (internáty), nové prostředí, noví lidé, rozchody s prvními láskami, konflikty s blízkými osobami, nízká sebedůvěra, nepřiměřené nároky kladené ze strany rodičů, nedostatečná pozornost z jejich strany či právě přehnaná, každá tato na první pohled zanedbatelná událost může napomoci vzniku právě některé z poruch příjmu potravy.

Na ženy, u nichž se začínají projevovat první sklony k jakékoliv poruše příjmu potravy (dále jen PPP), mohou působit neblaze i sdělovací prostředky. Ty totiž dávají za vzor ztělesnění ženské krásy až nezdravě vyhlížející modelky ([pppinfo](#), on-line).

V léčbě poruch příjmu potravy se používá převážně psychoterapie, farmakoterapie a režimová léčba (Kocourková, 2000). V léčbě hrají velkou roli i svépomocné skupiny a podpůrné terapie. Cílem této práce je zjistit, jak často je využívána jedna z podpůrných terapií a to pohybová terapie, jejíž pozitivní účinky jsou známy již několik staletí. Pohybová terapie má prokazatelný vliv na somatickou stránku člověka a tím ovlivňuje náš psychický stav. Úskalím pohybové terapie je potřeba

aplikace rozdílných druhů na jednotlivá onemocnění a to zároveň s ohledem na individualitu každého pacienta. Důležité je si uvědomit, že ne pouze pozitivní prožitek, ale i negativní zkušenost může být přínosem. Snahou této diplomové práce je zmapovat prostředky léčby tohoto onemocnění a poukázat na současné terapeutické metody využívané v terapii PPP. Předpokládáme, že jedním z častých terapeutických přístupů bude i pohybová terapie.



## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Vymezení základních pojmů

#### **Poruchy příjmu potravy**

Jedná se o onemocnění, která patří mezi nejčastější zejména mezi dospívajícími. Jejich základem je porucha myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Zařazujeme zde dva důležité a jasně vyhraněné syndromy: mentální anorexii a bulimii. Příčiny jejich vzniku nejsou dosud přesně známy. Uvádí se takové momenty, jako perinatální trauma, strach z dospělosti, výskyt obezity u příbuzných a různé další stresové faktory (Raboch 1999). V rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) je poruchám příjmu potravy přidělena kategorie F50.

#### **Mentální anorexie**

U postižených osob, většinou mladých dívek (jen asi 5% tvoří chlapci), dochází k úmyslnému snižování tělesné hmotnosti, které si postižená způsobuje a udržuje sama. Tělesná hmotnost je nejméně o 15 % nižší než by odpovídalo věku a výšce jedince. Body Mass Index<sup>1</sup> je menší než 17,5.

Pacientky takto postižené se vyhýbají kalorické stravě, vyvolávají zvracení a průjmy. Užívají a nadužívají laxativa, diuretika, anorektika, nadměrně cvičí. Mají strach z tloušťky, který přetrvává i při jejich kachektizaci. Té neodpovídá jejich nadměrná aktivita a čilost. Porucha tkví v narušení funkce osy hypotalamo-hypofýzo-gonadální. Většinou se rozvine amenorea a postupně dochází ke snížení zájmu o sexualitu.

Postižené dívky mají tendenci zatajovat vznikající obtíže, podvádět, lhát, a mohou se uchýlovat i k drobným krádežím, především jídla.

---

<sup>1</sup> BMI (Body Mass Index) je hmotnost jedince v kg dělená druhou mocninou výšky

Mezi zdravotní problémy patří snížená tělesná teplota, puls i krevní tlak. Někdy se objevují edémy. V krevním obraze se může vyskytnout leukopenie s relativní lymfocytózou. Může dojít až k metabolickému rozvratu, selhání ledvin či srdeční zástavě s následnou smrtí. Odhaduje se, že 5-10% těchto případů, také díky zvýšené tendenci k suicidálnímu jednání končí letálně (Raboch 1999). Prevalence mentální anorexie, je 4 případy na 100 000 obyvatel za rok (Raboch 1999).

### **Mentální bulimie**

Opakující se záchvaty přejídání se a přehnaná kontrola tělesné hmotnosti jsou základními charakteristikami této choroby. Obdobně jako u mentální anorexie, postihuje především dívky, byť o trochu starší (průměrný věk začátku obtíží je 18 let). Prevalence je vyšší než u anorexie.

Postižená osoba se stále zabývá jídlem. Má neodolatelnou touhu jíst, jsou přítomny krátké epizody, trvající 1-2 hod., během kterých jedinec sní velké množství potravy tzv. binge eating. Po té se snaží „výkrmný účinek“ jídla potlačit umělým zvracením, vyvoláním průjmů, hladověním, též za pomoci anorektik. Postižený trpí výkyvy hmotnosti v průběhu krátkého období. Nemocná dívka má pocit, že nezvládne vůli ovlivnit své jednání vzhledem k jídlu. Má výčitky svědomí, trpí depresemi.

### **Léčba pacientů s poruchami příjmu potravy**

Především je nutno uvést, že léčba těchto osob, patří do rukou odborníků. Při akutním ohrožení života při metabolickém rozvratu je nutné pacienta umístit na jednotku intenzivní péče, k základní realimentaci a při podezření na sebevražedné jednání pak na psychiatrické oddělení. Krátkodobým cílem léčby je dosažení nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu a tím postupné dosažení i normální „zdravé“ hmotnosti. Dlouhodobým cílem léčby je pak zvládnutí přítomných

psychických problémů. Při této léčbě se používá zejména kognitivně behaviorální terapie a rodinná terapie (Raboch 1999).

## **2. 2 Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP)**

Jak jsme již v úvodní části uvedli, mentální anorexie patří společně s bulimií mezi takzvané poruchy příjmu potravy. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy hodně podobné. Kocourková ve své práci uvádí, že někteří zahraniční autoři obě onemocnění považují jen za varianty, či formy základního onemocnění, někdy je bulimická varianta pojímána jako chronická varianta mentální anorexie. Uvádí také, že tuto hypotézu podporuje i to, že bulimickou symptomatiku vyvine 30-50 procent anorektiček. Jiní autoři oba syndromy oddělují a vymezují specifické diagnostické charakteristiky. Pro oba syndromy je charakteristické extrémní zaujetí vlastním tělem, jeho vzhledem, strach z tloušťky, typické jsou patologické projevy v příjmu potravy a způsoby kalorické redukce.

Z hlediska diagnostiky vymezuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) syndromy mentální anorexie a bulimie tak jak jsme uvedli v úvodní části na str. 11.

### **2.2.1 Historie**

Bulimické stavy byly pozorovány již v roce 130, příznaky popsány v roce 1800. Americký psychiatr G. Russell navrhl v roce 1979 termín „bulimia nervosa“. Od této doby se datuje extenzivní studium bulimie. Po určitou dobu byla bulimie charakterizována jako „disease of the eighties“ – nemoc osmdesátých let. V roce 1983 uveřejnili švýcarští lékaři Willi a Grossmann vědeckou práci, sledující incidenci mentální anorexie ve Švýcarsku. Tato studie sledovala incidenci mentální anorexie ve Švýcarsku od r. 1956. V ní se mimo jiné uvádí, že zatímco v době mezi lety 1956-1958 byla incidence 0,38 osoby na 100 000 obyvatel, v letech 1973-1975 to bylo již 1,12 osob na 100 000 obyvatel. V r. 1976 navázal na tuto studii Drops a dospěl k zajímavému závěru, totiž, že můžeme najít 1 případ mentální anorexie na

550 dívek ve státní škole, ale 1 případ na 200 dívek v soukromých školách (Kocourková, 1997).

Ohledně specifikace onemocnění z ohledem na pohlaví a věk se setkáme poprvé v práci Halmiho z r. 1979, kde podle této studie spadá začátek onemocnění do období adolescence s bimodálním rozložením ve věku 14,5 roku. Výskyt anorexie v nižším dětském věku je vzácný. Lask a Bryant –Waught ve své práci z r. 1992 uvádějí, že ze všech pacientů, které léčili s mentální anorexií bylo 0,66% mladších 14 let. Mezi léty 1983-1989 bylo v odborném tisku publikováno více než 1000 statí na toto téma. V roce 1987 prohlásila Světová zdravotnická organizace bulimii za jeden z prioritních medicínských problémů a bylo poukázáno na nápadný, až epidemický výskyt poruchy. Případů bulimie rychle přibývá i u nás spolu s nárůstem výskytu mentální anorexie (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003).

### 2.2.2 Mentální anorexie

V této části jednak zopakujeme základní klinické rysy onemocnění, které jsou rozhodující pro diagnostiku a rozšíříme tyto poznatky o specifikaci pohlaví.

Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí.

Diagnostická kritéria MA (Krch 1999):

- 1) aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy) s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI
- 2) strach z tloušťky, trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost

3) u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky

Snížení tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá projímadla nebo nějaké jiné prostředky na zhubnutí.

Problematickým kritériem je strach z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě. Strach z tloušťky je přirozeně spojen i se **zkreslenou představou o vlastním těle**. Nemocní s velkou úzkostí sledují některé tělesné partie a nadhodnocují jejich proporce. V této souvislosti se někdy mluví o **narušeném vnímání vlastního těla**.

Pokud pacient splňuje kritéria anorexie (rozhodující je vyhublost) a současně se opakovaně přejídá, zvrací nebo užívá projímadla, jde o takzvaný bulimický typ mentální anorexie. S některými anorektickými příznaky je možné se setkat i u těžkých depresí a toxikomanie.

Jestliže onemocnění anorexií začíná před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty. Pokud by se mělo diverzifikovat pohlaví pacientů, pak u žen se endokrinní porucha, která je s anorexií spojena, projevuje jako amenorea a u muže ztráta sexuálního zájmu, impotence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny tyroidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu (Kocourková 1997).

Dívky s mentální anorexií bývají premorbidně hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní, perfekcionalistické, odpovědné. S rozvojem svojí jídelní patologie se dostávají do konfliktu se svými rodiči, často lžou a podvádějí ve spojení s jídlem. Pacientky většinou rodiče po delší době rozdělují, a stávají se více fixované na matce a otce odmítají nebo kritizují.

U chlapců je mentální anorexie popisována zřídka. Obvykle se uvádí údaj kolem 10 % výskytu. Někteří autoři, např. Lask a Bryant – Waught tvrdí, že počet chlapců

s mentální anorexií je pravděpodobně vyšší. Na rozdíl od dívek důvody k hubnutí chlapci spatřují v touze po sportovním zjevu.

Na závěr k této části bychom chtěli zdůraznit, že u mentální anorexie se nikdy nejedná o klinické nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a redukci příjmu potravy.

### 2.2.3 Mentální bulimie

Stejně jako u mentální anorexie, i zde zopakujeme základní klinické rysy, které jsou rozhodující pro diagnostiku a diverzifikujeme specifikace obou pohlaví.

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Rovněž k určení diagnózy mentální bulimie je třeba tří základních znaků (Krch 1999):

- 1) opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství
- 2) opakující se nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení
- 3) strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného. Psychopatologie se projeví například tím, že si pacient určí „váhový práh“, který je samozřejmě výrazně nižší než premorbidní váha, která je z hlediska medicíny optimální.

Pokud se jedná o diverzifikaci obou pohlaví, pak dívky s mentální bulimií jsou podobně jako anorektičky charakterizovány jako přizpůsobivé, perfekcionalistické, bývají závislé na hodnocení druhých. Velmi si cení sebeovládání a sebekontroly a její porušení ve svých bulimických epizodách snášejí s pokořením, studem a pocitem

viny. U chlapců je výskyt mentální bulimie, stejně jako u anorexie minimální (Kocourková 1997).

#### 2.2.4 Atypické a nespecifické PPP

Do této skupiny patří pacienti, kteří nesplňují všechna kritéria pro mentální anorexii nebo bulimii. Podle několika studií u některých z těchto pacientů dojde během let k rozvoji kompletních příznaků. Za jinak nespecifikované PPP (Eating Disorders Otherwise Specified – EDNOS) lze považovat například případy, kdy jsou splněna všechna kritéria MA a nemocná má pravidelnou menstruaci; došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, jsou splněna všechna kritéria MA, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě; jsou splněna všechna kritéria MB, ale k záchvatům přejídání dochází méně často, nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká. Mezi tyto poruchy patří i případy se všemi znaky PPP, kde frekvence některých z nich (např. zvracení) neumožňuje diagnostikovat danou poruchu. Pod EDNOS můžeme zařadit i „syndrom nočního přejídání“ (Stunkard, Grace a Wolf, 1955 in Krch 1999), pro který je příznačná večerní anorexie, nespavost a noční přejídání. Jeho průběh je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Noční jedlíci si často stěžují na neschopnost přestat jíst, když jednou začnou. Jen vzácně hovoří o hladu a nemusejí jíst, jestliže jídlo není k dispozici.

Mezi EDNOS (viz. výše) by bylo možné zahrnout i opakované epizody přejídání bez hladovek nebo purgativního chování charakteristického pro MB. V posledních letech začíná být rozeznávána kategorie osob, které se přejídají, aniž by užívaly některé kompenzační chování (Cooper 1995). Tento typ záchvatovitěho přejídání je často spojen s nadváhou a obezitou. Asi čtvrtina všech obézních, kteří vyhledali odborníka, uvádí podobné problémy. Již bylo navrženo klasifikovat tuto poruchu jako „záchvatovité přejídání“. V navrhované definici je záchvatovité přejídání definováno obdobně jako záchvatovité přejídání u MB, pouze je blíže specifikováno. Objevují se zprávy o tom, že se tento typ záchvatovitěho přejídání sice vyskytuje častěji u žen, že však zastoupení mužů je častější než v případě jiných PPP a že počátek poruchy se často projevuje až v pozdějším věku. Ve vztahu obezity k záchvatovitěmu přejídání

můžeme konstatovat, že čím je obezita těžšího stupně, tím častěji se setkáváme i se záchvatovitým přejídáním. Toto chování je spojeno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. Podle většiny autorů je zbytečné věnovat se takovéto podskupině a upřednostňují pohled na problematiku přejídání v širším kontextu (Krch 1999).

### **2.3 Příčiny vzniku PPP**

Současná medicína i psychologie většinou opustila výklad vzniku mentální anorexie, který se opíral o jedinou a jednoduchou příčinu jejího vzniku. Na problematiku poruch příjmu potravy je nahlíženo jako na syndromy determinované multifaktoriálně a ovlivněné faktory z oblasti biologické, psychologické a sociální, které jsou však ve vzájemné interakci.

Bryant a Bates ve své práci z r. 1985 uvádějí, že determinanty anorexie lze rozdělit do dvou základních skupin. První je charakterizována „individuálním přístupem“, druhá „rodinným“. DiNicola ve své práci z r. 1990 toto rozdělení ještě upřesňuje a determinanty anorexie dělí následovně:

- a) individuální – v němž je anorexie je pojímána jako osobní dysfunkce, kde DiNikoloa vychází z Russelova pojetí o primární hypotalamické dysfunkci
- b) rodinný přístup – zde je mentální anorexie pojímána jako výsledek interaktivních vztahů v rodině
- c) sociokulturní - snaží se vidět etiologii anorexie z širšího sociokulturního kontextu. Tento předpoklad autor opírá o tvrzení, že incidence mentální anorexie je vyšší v industrializovaných zemích a to ve střední sociální třídě a je převažujícím onemocněním u žen oproti mužům v poměru 10:1 (Krch 1999).



### 2.3.1 Genetické dispozice

Samotný výskyt anorexie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví pokládán za významný rizikový faktor. Theander (1970) uvádí, že 6,6% sourozenců 94 sledovaných anorektiček trpělo také mentální anorexií. Podle Strobera at al. (1990) mentální anorexií trpělo někdy v životě 6,2% matek sledovaných anorektiček a 2% jejich sester (4,1% bulimií). Výskyt poruch příjmu potravy (včetně subklinických případů) mezi sestrami anorektiček byl odhadován na 11,4% oproti 1,8% u kontrolní skupiny. Ve většině klinických studiích se pohybuje výskyt PPP mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3-10%. Mezi matkami anorektiček se však mohou poruchy příjmu potravy a s nimi spojené ohrožující jídelní postoje a chování vyskytovat i častěji. Například Crisp et al. (1980) zjistili pravděpodobný výskyt MA u matky v anamnéze 14% pacientů. Podle Hsu (1990) se v rodinách anorektiček a bulimiček vyskytují PPP čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci (Krch 1999).

### 2.3.2 Osobnost pacientky

Někteří autoři (např. Strober in Krch 1999) předpokládají, že jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Typickou anorektičku obvykle popisují jako dívku zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům. Podle Strobera (1981) anorektičky ve srovnání s kontrolní skupinou více kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy, výrazněji vyjadřují pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou méně asertivní více inhibované v interpersonálních vztazích.

Nadměrná afektivní kontrola, rigidita a perfekcionismus u mentální anorexie a afektivní instabilita a snížená sebekontrola (impulzivita) u bulimiček bývají také

nejčastěji zdůrazňovány jako možné rizikové faktory. Některé z těchto, často zdánlivě velmi bazálních, osobnostních rysů odezní s ústupem základní psychopatologie, se vzrůstem váhy a s přiměřenou kontrolou jídelního chování. Jiné mohou dlouhodobě přetrvávat. Podle Hsu (1990) při následném sledování přetrvávají u některých pacientek zejména známky deprese, sociální fobie a úzkosti a obsesivně kompulzivní rysy (Krch 1999).

### 2.3.3 Nejčastější sociální vlivy

#### **Vlivy rodinného prostředí**

Rodina může dát základ pozdějším projevům psychogenních poruch příjmu potravy. Rodiče se mohou podepsat na vnímání tělesných rozměrů u potomků. V jednom výzkumném projektu byly zkoumány postoje rodičů k fyzickému zjevu svých dětí, starých 2-12 let. Většina rodičů byla v podstatě spokojená se vzhledem malého dítěte. Spokojenost s tělesnými rozměry dítěte ubývala s jeho věkem. To bylo patrné hlavně u rodičů školáků. Mezi přístupem otců a matek nebyly zjištěny větší rozdíly.

Za pozornost stojí hlavně přímý a nepřímý vliv matky, její postoje k tělesným rozměrům (body image, dále BI) strach z nadváhy vlastní nebo její dcery. Mnohé dospělé ženy – matky se stále snaží o kontrolu své hmotnosti a o dosažení štíhlosti. To může mít vliv na utváření postojů k jídlu u dcery. Někde také matka nutí celou rodinu včetně dětí k redukčnímu režimu, který směšuje s pojmem „zdravá výživa“. Co vydrží matka bez újmy na hmotnosti, může být nebezpečné pro rostoucí organismus. Vyskytují se dokonce případy, kdy matka odpírá dítěti jídlo ze strachu, aby se u něj nevyvinula obezita. Výzkumy též poukazují na vztah mezi spokojeností matky se svým vzhledem a spokojeností dítěte. Postoj, který zaujímá matka k tělu dítěte, internalizuje toto do svého vlastního BI. Je proto důležité snažit se již v době, kdy je dítě ještě hodně malé, o preventivní chování v podobě příkladu. To znamená mít co možná nejracionálnější pohled na věc bez extrémních výkyvů, jak směrem k obezitě, tak k podvýživě. Rodiče by neměli zapomínat ani na složku důležitých

vitamínů a minerálů a nesytit děti jen tzv. prázdnými kaloriemi (bílé pečivo, cukrovinky, tučná jídla...) (Fraňková, Dvořáková-Janů 2003).

Další nutností by mělo být pravidelné společné stravování v upraveném a klidném prostředí, což zajisté působí preventivně na vznik PPP. Američtí vědci zjistili, že dívky, které absolvují v průměru 3-5 společných jídel v příjemné atmosféře své rodiny, mají významně nižší pravděpodobnost, že se u nich později vyskytne nadměrné sledování vlastní tělesné hmotnosti. Proto je u nich riziko vzniku anorexie či bulimie nižší. U chlapců sice takováto souvislost rovněž existuje, ale ve výrazně nižší míře. Studie byla publikována v časopise Journal of Adolescent Health (Čas. Psychologie 12/2004).

## 2.4 Zdravotní komplikace při PPP

Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou zdravotních komplikací. V této kapitole se zaměříme na jednotlivé soustavy, které mohou být postiženy jak dlouhodobě sníženým příjmem potravy, tak i zvracením, nadužíváním diuretik a laxativ.

Jedním z nejohroženějších systémů našeho těla při poruše příjmu potravy je systém **kardiovaskulární**. Až 90% pacientek trpí někdy v průběhu nemoci kardiálními potížemi. S nejčastější z nich sinusovou bradykardií se setkáváme až u 80% pacientek. Sinusová bradykardie je způsobena snížením metabolismu a vagovou hyperaktivitou. Další komplikací, ke které velmi často dochází je narušení elektrolytové rovnováhy, čímž dochází ke vzniku srdečních arytmií. Může dojít až k srdeční zástavě. Neméně významné komplikace jsou poruchy mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonnosti srdečního svalu. Náhlé úmrtí je ale častěji způsobeno srdečními arytmiemi v důsledku narušení elektrolytové rovnováhy.

**Renální** komplikace můžeme vysledovat až u dvou třetin anorektiček. Dostatečný příjem bílkovin může zvýšit hladinu urey v krvi.

Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy, které provázejí poruchy příjmu potravy jsou hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie, hypomagnezémie, hypochlorní metabolická alkalóza (v důsledku dehydratace zvracením nebo nadužíváním projímadel). Hypomagnezémie bývá doprovázena těžko odstranitelnou hypokalémií a hypokalémií vyžadující doplňování hořčíku.

Dehydratace, nízký výdej moči, nadužívání projímadel a diuretik a zvláštnosti ve stravovacích návycích mohou zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. Během realimentační fáze se u některých pacientek objevuje otok končetin při normálních hladinách plazmatické bílkoviny a albuminů. Otoky se mohou také vyskytnout při předávkování projímadly, které vede k hypoproteinémii a následně k hypovolemickému šoku, ledvinovým infarktům a kardiovaskulárnímu selhání. Chronické nadužívání projímadel a diuretik může také vést k chronickému renálnímu selhání a hypokalémické nefropatii.

Při mentální bulimii i anorexii trpí také **gastrointestinální** trakt. Převážně u bulimie se vyskytuje benigní zduření parotických slinných žláz, kterým trpí 25 až 50% postižených. Ústní a zubní komplikace ukazují jasnou souvislost mezi pravidelným zvracením a erozí zubní skloviny na linguálních površích předních zubů horní čelisti. V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Málokdy dojde až k perforaci žaludku nebo ruptuře jícnu, je to však velmi závažná komplikace, která vyžaduje okamžitý chirurgický zásah. Žaludeční komplikace nejsou časté, dochází však ke zhoršení motility tenkého střeva. Asi u poloviny anorektiček lze zjistit na rentgenu dilataci duodena či přechodnou dilataci jejunu (u třetiny). Komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě prosté zácpy, obvykle souvisí s užíváním projímadel, které mohou vyvolávat nevolnost, zvracení, střídání průjmu a zácpy a v některých případech i syndromy malabsorbce, steatorrheu nebo enteropatii, vedoucí k poruše vstřebávání bílkovin. U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují abnormality funkce jater vedoucí k reverzibilní steatóze a hepatomegalii u nemoci kwashiorkor. Stav hypoglykémie, které se vyskytují u některých anorektiček, mohou souviset s nedostatkem zásob jaterního glykogenu spolu s nedostatečnou zásobou tuku pro glukoneogenezu.

**Kosterní komplikací** je při časně anorexii zpomalení růstu kostí. Při takovém váhovém úbytku, kdy dojde k zástavě menstruace se může vývoj kostí zcela zastavit. Anorektičky jsou velmi často postiženy osteoporózou, zřídka osteomalácií. Ztráta kostní tkáně se u mentální anorexie do značné míry upraví, když se tělesná hmotnost a menstruační cyklus vrátí k normě.

**Endokrinní abnormality** jsou charakteristické pro mentální anorexii. Hlavním a podstatným problémem pro většinu komplikací je amenorea. Objevuje se při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti, když množství tělesného tuku klesne pod kritickou úroveň pro daného jedince. I po návratu k normální váze amenorea přetrvává až u poloviny pacientek. Dalším příznakem mentální anorexie je hypogonadismus. Sérové hladiny testosteronu zůstávají u žen v normě. U MA je prokázáno zvýšení hladiny kortizolu v plazmě, společně s normální plazmatickou hladinou ACTH. V některých studiích byly zjištěny zvýšené hladiny růstového hormonu a snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykemií. V jiných studiích byly zjištěny jeho normální hladiny. MA stejně jako podvýživa způsobuje narušený nebo nerovnoměrný výdej vazopresinu, což se během uzdravování upravuje jen pozvolna a je příčinou 40% výskytu částečně neurogenního diabetes inspidus a významně zvýšeného výdeje moči. Hladiny prolaktinu jsou obvykle v normě. Celková hladina thyroxinu je statisticky nižší, než je norma, ale obvykle je ještě v rozmezí laboratorně přijatelných hodnot. Hladina volného trijodthyroninu je však snížena na polovinu v důsledku snížené periferní přeměny T4 na T3. Hladiny volného T4 jsou v normě a hladiny konjugovaného T3 mohou být u těchto pacientek zvýšeny. Hladina TSH je obvykle v normě. U velmi podvýživných pacientek se jako ochranné mechanismy, vyvolané stavem závažného stresu, objevuje infertilita, snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizolu a růstového hormonu snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukoneogenezi.

**Hematologické komplikace** v podobě změn krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek s MA a jejich klinická závažnost roste s úbytkem hmotnosti. Patří sem leukopenie (40 – 60%), mírná normochromní normocytární anemie s typickou akantocytózou a sníženou sedimentací erytrocytů (10 – 20%). Imunologické abnormality zahrnují dysfunkci neutrofilů, zhoršenou

buněčnou imunitu a sníženou hladinu komplementu. Biopsie kostní dřeně u anorektiček ukáže většinou charakteristickou hypoplazii s nekrózou buněk a zvýšeným množstvím normální základní mukopolysacharidové substance. Realimentace zpravidla vede k úpravě všech hematologických změn.

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik může vyvolat řadu **neurologických komplikací**, včetně tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischémie mozku. Narušení elektrolytové rovnováhy je též odpovědné za abnormální EEG záznamy (u 40% pacientek). Více než 40% anorektiček trpí celkovou svalovou slabostí a asi u 13% vzniká periferní neuropatie. Méně často jsou pozorovány bolesti hlavy (6%), křeče (5%), náhlá ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze (4%), dvojitě vidění (4%) a poruchy hybnosti (2%). U MA může někdy dojít k úbytku mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor, které koreluje s váhovým úbytkem a mizí při návratu k normální hmotnosti.

K **metabolickým komplikacím** u PPP můžeme zařadit zhoršenou regulaci tělesné teploty, narušený metabolismus glukózy, kalcia (s tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce), zpomalení bazálního metabolismu, zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi a poruchy spánku.

Z **dermatologických potíží**, které provázejí PPP můžeme jmenovat suchou šupinatou kůži, lanugo, karotenodermii, purpuru, modřiny, mozoly na hřbetech rukou a kožní vyrážky. Hyperkarotenémie je přítomna u 72% anorektiček (Krch 1999).

## **2.5 Léčba**

### **2.5.1 Cíl léčby**

Cílem léčby je navrácení pacientek do normálního reálného života. To znamená naučit se znovu přiměřenému vztahu ke stravování a svému tělu. Důležité je také obnovení sociálních vazeb jak v rodině, tak v blízkém okolí (škola, kamarádi). Dívky by si měly zvolit aktivitu, která jim vyplní volný čas, a zařadit ji do uceleného denního programu tak, aby jim nezbyval čas na přehnanou pozornost věnovanou své hmotnosti a nepřiměřené sledování své postavy. Tato aktivita pomůže ke znovuzачlenění do společnosti, zvedne dívkám sebevědomí a nastalý pravidelný režim může fungovat jako prevence proti možné recidivě choroby. Dívky se musí naučit mít se rády takové jaké jsou, přijmout své tělo. Následující krok spočívá v přijetí těchto změn, které končí dosažením fyzicky dospělého těla. Přitom je potřeba věnovat pozornost i raným negativním tělesným zkušenostem. Samostatným krokem je jejich přetvoření v pozitivní vnímání vlastního těla (Kearney a Cooke, 1988). Zkreslené postoje a hodnocení týkající se velikosti a tělesné hmotnosti anorektiček, stejně tak jako jejich stravovací zvyklosti by měly být změněny.

### **2.5.2 Organizace léčby**

#### **Hospitalizace**

Pacientky, které je nutné hospitalizovat, jsou v pokročilém stadiu nemoci. To znamená, že mají nižší hmotnost, než je únosná hranice pro fungování organismu, začínají trpět psychickými poruchami (sebepoškozování, těžká deprese, zneužívání psychoaktivních látek), nebo je jejich organizmus už vážně poškozen neustálými záchvaty a následným zvracením či užíváním projímadel.

Pacientky, kterých se hospitalizace týká, jsou z lékařského pohledu ve velkém nebezpečí. Jejich stav hospitalizaci nutně vyžaduje. Mohou zde být umístěny i pacientky, které nereagovaly na dosavadní psychologickou léčbu. V nemocnici je stejnou měrou kladen důraz na fyzickou stránku i na psychoterapii.

Je možný i krátkodobý pobyt v nemocnici v případě, kdy jde o zdravotní stabilizaci, která zahrnuje psychologické poradenství. Poté je nutná následná ambulantní psychoterapie. Krátkodobá hospitalizace není vhodná pro vyhublé pacienty s mentální anorexií. Léčba u těchto pacientů je dlouhodobější, je časově i finančně náročná a vyplácí se pouze když pacient spolupracuje, jelikož chronické případy PPP jsou finančně i emočně náročnější.

Pro většinu nemocných s PPP je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace (Kaplan a Olmsted, 1997). Tyto programy poskytují strukturu, pokud jde o stravovací režim, umožňují intenzivní terapii bez toho, aby se pacient musel vzdát terapeutické podpory a úkolů mimo nemocnici. Tato forma je ekonomicky úspěšnější než plná hospitalizace a nemocnému nabízí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí. Pacientům, kteří absolvují částečnou hospitalizaci, jsou poskytovány také terapeutické služby, ale noc tráví mimo nemocnici.

### **Ambulantní péče**

Tato lékařská péče se zaměřuje pouze na navrácení pacientky do stavu psychické a somatické stability, nikoli na „překonání poruchy příjmu potravy“. Je prováděna individuálně nebo ve skupině (podpora skupiny), s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem.

### **Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace**

U pacientů, kteří mají relativně mírnější příznaky, je velice účinná svépomoc nebo edukativní (osvětová) intervence. Dochází ke zmírnění symptomů či úplnému uzdravení. Efektivitou edukace a svépomoci při léčbě mentální bulimie se zabývalo mnoho empirických studií. Léčba zaměřená na osvětu má značný vliv na chování některých pacientů, celkové výsledky léčby však nejsou tak přesvědčivé jako u některé intenzivnější kognitivně behaviorální terapie. Svépomoc je doporučována pacientům s méně závažnými příznaky PPP. Pro některé pacientky může být dostačující svépomoc pod dohledem odborníka (Krch 1999).



## **2.6 Terapie využívané v léčbě**

### **2.6.1 Psychoterapie**

#### **Rodinná terapie**

Rodinná terapie je psychoterapie zaměřená na rodinu. Jednotkou léčení není jen jeden klient (ačkoliv je někdy přítomen z rodiny fyzicky jen on), ale systém jako soubor všech vztahů, ve kterých je jedinec zúčastněn. Koncept rodinné terapie vychází z toho, že pokud se má změnit jedinec, tak je třeba změnit kontext, ve kterém žije. V průběhu rodinné terapie dochází ke změnám systému (struktura, komunikace, sdílení problému atd.). Důležitá je role terapeuta, který musí být neutrální (případně se připojovat pružně k různým členům rodiny či koalicím) a zaujímat aktivní a respektující postavení. Rodinný terapeut vytváří hypotézy o procesech probíhajících v rodině s identifikovaným problematickým jedincem a tyto hypotézy ověřuje. Používá při tom různých metodologických postupů (přerámování, normalizace, sochání, paradoxní intervence atd.). Myšlenka rodinné terapie vznikla v 50. letech vedle myšlenkových modelů psychoanalytických a behaviorálních. Jejimi představiteli jsou Minuchin (strukturální terapie), Haley (strategická terapie), Jackson, Weakland, Watzlawick (komunikační terapie, Palazzoli, Boscolo, Prata, Cecchin (systémová terapie). Vznik rodinné terapie byl výrazně ovlivněn kybernetikou, systémovou teorií a epistemologií.

V případě PPP se tato terapie volí jako doplňující terapie u obou poruch, zvláště pak u mladých pacientek a těch, které žijí s rodinou. Rodina ovlivňuje chování dívek značnou měrou, proto je rodinná terapie jednou s klíčových momentů v léčbě. *Rodinná terapie* [online]. [cit.2003-23-04]. Dostupné z: <http://www.drogy.info.cz/>.

#### **Kognitivně behaviorální terapie (KBT)**

KBT, vytvořená Fairburnem a jeho spolupracovníky zdůrazňuje pro MB následující hlavní body: 1) vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají; 2) pravidelné vážení; 3)

změna schématu jídelního chování (kontrolování redukčních diet, zavedení konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala; plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování); 4) kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruchy příjmu potravy a 5) zavedení prevence relapsu. U mentální anorexie se KBT doporučuje zejména pro klinické užití. Do dlouhodobé KBT mentální anorexie se často začleňují prvky interpersonální a rodinné terapie. KBT je jednou z nejužívanějších terapií v léčbě PPP. Individuální KBT se doporučuje pacientkám, pro které není vhodná rodinná terapie (vzhledem k jejich věku) a které mají středně těžké až vážné příznaky. U MA trvá KBT obvykle déle než u MB (Krch, 1999).

### **Interpersonální terapie**

Léčebný postup je u IPT rozdělen do tří fází:

**V první fázi** dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem.

**V druhé fázi** se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech.

**Závěrečná fáze** je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie.

Tato terapie je vhodnější pro pacientky s mentální bulimií, které nereagovaly dobře na počáteční průběh KBT a u kterých převládaly interpersonální konflikty. IPT by měla také figurovat při dlouhodobější psychoterapii pacientů s mentální anorexií s přetrvávajícími příznaky.

### **Psychodynamická terapie**

Léčba psychodynamickou terapií bývá použita v případech, kdy jiná krátkodobá léčba není účinná. V současnosti se zvažuje začlenění déletrvající dynamicky orientované terapie jako alternativy k dlouhodobé KBT. V terapii mentální anorexie

i mentální bulimie došlo mezi dynamicky orientovanými autory k významnému posunu směrem k integraci psychodynamické terapie a principů aktivního zvládnání symptomů (Crisp, 1997; Goodsitt, 1997; Strober, 1997 in Krch 1999).

## 2.6.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie by v žádném případě neměla být jedinou použitou léčbou v případě PPP. Vždy je nutná kombinace s nějakou formou psychoterapie. O medikaci by se mělo uvažovat u pacientek s MB nebo záchvatovitým přejídáním, u kterých se neuspělo s počáteční kognitivně behaviorální terapií. Důvodů, proč neužívat jen této terapie je několik:

- 1) účinnost psychologických intervencí
- 2) vysoký poměr pacientek, které během léčby odpadly, uváděný ve většině lékových studií
- 3) riziko vedlejších účinků
- 4) údaje uvádějící vysoké procento relapsů po skončení medikace

Lék, který se nejčastěji z počátku léčby pacientkám s MB podává je fluoxetin hydrochlorid (Prozac). V případech, kdy je psychologická léčba neúspěšná je doporučován fluoxetin alespoň jako doplněk k psychoterapii. Když se pacientky po léčbě tímto přípravkem nezlepšují, jsou dále doporučována tricyklická antidepresiva. Negativní stránkou u těchto léků je možnost předávkování a vysoké procento pacientů, kteří léčbu nedokončí. Jen zřídka jsou použity v léčbě inhibitory MAO u pacientů kteří nereagují významně na léčbu fluoxetinem a tricyklickými antidepresivy.

Při pokusech s antidepresivy se nepodařilo prokázat, že by byly účinné v akutní fázi poruchy. Existují však důkazy o tom, že mohou snížit nebezpečí relapsu. Kaye, Weltzin, Hsu a Bulik (1991) zjistili, že z 31 žen, které se uzdravovaly z MA, si 29 udrželo váhu v průměru 11 měsíců, když užívaly fluoxetin v dávce 20 – 80 mg

denně. Podle kontrolované studie Kaye, McConaha, Nagata, Plotnicova, Sokola, Weltzina, Hsu a La Via (1996) 63% žen s MA dosáhlo a udrželo si svoji zdravou váhu a ustoupily u nich i některé další příznaky PPP po dobu jednoho roku, kdy užívaly fluoxetin. Z kontrolní skupiny, která užívala placebo, si zdravou váhu udrželo jen 16% anorektiček. Fluoxetin může tedy pomoci při prevenci relapsu u MA. Závěrem lze říci, že psychotropní medikace není ve většině případů MA nutná ani užitečná. U MB má medikace omezenou úlohu, ale určitě není vhodná jako první druh léčby (Krch, 1999).

### 2.6.3 Svépomocné skupiny

Jedná se o skupiny lidí, které mají stejné problémy, v našem případě jsou to skupiny zaměřené na poruchy příjmu potravy. Existují též svépomocné skupiny pro rodiče těchto dívek. Svépomocné skupiny může vést odborník, poradce nebo i vyléčený pacient. V těchto skupinách si dívky uvědomí, že na svůj problém nejsou samy, a mohou se na svou nemoc podívat i z pohledu někoho jiného. Jde o velkou podporu (Kranzová, Maloney, 1997).

V Brně existuje občanské sdružení Anabell, které má své svépomocné skupiny, a to jak pro dívky či ženy samotné, tak i pro rodiče. Svépomocná skupina existuje i v Praze a Ostravě.

### 2.6.4 Podpůrné terapie

Mezi podpůrné terapie, které doplňují hlavní psychoterapeutické postupy, můžeme zařadit např. arteterapii, pohybovou terapii (kinezioterapii), muzikoterapii, ergoterapii, hypoterapii, dramaterapii. V mé práci se budu zabývat pohybovou terapií.

## 2.7 Pohybová terapie v léčbě PPP

Terapie pohybem u psychicky nemocných je známa již u prvních pokusů o cílenou léčbu duševních poruch. Písemné doklady svědčí o tom, že v Egyptských chrámových léčebnách byla běžnou součástí léčby psychotiků. Léčebné postupy se podstatně nelišily od dnešních metod. V této době léčba pohybem zahrnovala vycházky, výlety do okolí, poslech hudby, tanec, tělesná cvičení, veslování. Denní program byl naplánován do posledního detailu. Což je srovnatelné s dnešní režimovou léčbou. Poznatky starověku byly předány prostřednictvím arabů středověkým lékařům – mnichům, kteří v léčebnách zřizovaných při klášterích zaměstnávali nemocné v pracovních dílnách a při zemědělských pracích. V průběhu 19. století, kdy se vědecká psychiatrie konstituovala jako samostatný medicínský obor, se k léčbě psychicky nemocných užívala široká škála terapií včetně terapie užívající prvky zdravotního cvičení a sportů. Dnes se mezi pohybovou terapií řadí terapie zaměřená na práci s tělem, pesoterapie, taneční terapie, bioenergetická cvičení, psychomotorická terapie a jiné.

Poznatky psychosomatické a behaviorální medicíny experimentálně ověřily skutečnost, že duševní stav působí na tělesnou stránku člověka. Početné studie předložily důkazy o pozitivním působení tělesných cvičení na somatický stav člověka. Bylo zjištěno, že u cvičení, u nichž byl sledován vliv na tělesnou stránku lidské osobnosti, zároveň docházelo k pozitivním psychickým účinkům (Hátlová 2002). Podstatou pohybové terapie je tedy podpořit hlavně psychickou stránku pacientek, která má výrazný vliv na celý organismus a jeho fungování. A opačně podpořit tělesnou stránku dívek a žen trpících některou z PPP, aby se cítily v psychické pohodě. Důležité je, aby byla pro dané onemocnění vybrána vždy ta nejvhodnější forma pohybové terapie. A navíc i s ohledem na konkrétního pacienta.

### 2.7.1 Pozitivní vliv pohybových aktivit na lidský organismus

Tuto část práce chceme věnovat pohybovým aktivitám a jejich pozitivnímu vlivu na lidský organismus v kontextu s léčbou poruch příjmu potravy. Považujeme za užitečné si připomenout důležitost pohybu pro člověka nejprve v obecném pohledu, abychom mohli vysvětlit působení pohybových aktivit při léčbě osob s poruchou příjmu potravy.

Vliv pohybu na intelektový rozvoj je prokázán již v ranném 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 (Espenak 1981 in Hátlová 2002). Učení pohybovým vzorcům je věnována převážná část života od narození do dospělosti a ani pak není učení novým pohybům přerušeno. Jsou prokázány terapeutické účinky na tělesný stav nemocných, uvažováno je o předpokládaných terapeutických účincích na psychiku člověka. Psychologie vnímá pohyb jako jeden z faktorů mezi motivem a cílem. Podstatný je význam pohybu při uspokojování vlastních potřeb i při vzájemném dorozumívání. Pohyb je nutný k udržení života, je symptomem změny, aktivity. V tom spočívá jeho naprostý smysl (Hátlová 2002). Filozofie chápe pohyb jako extenzi života (Hogenová 2000).

Pohyb se prolíná všemi vědními disciplínami ať je to filozofie, pedagogika, psychologie, ekonomie, sociologie, estetika... Je nedílnou součástí našeho života, tedy člověka. A jelikož se v mé práci zabývám myšlenkou pohybové terapie v léčbě a prevenci PPP, bude jednou z hlavních opěrných bodů v léčbě psychologie, která se zabývá pohybem jako součástí motivace, hledání smyslu. Každým pohybem v nás vzniká prožitek. A ten je důležitý pro sílu jít dál, kterou člověku dává, motivuje ho na cestě za nějakým výsledkem (pracovní výkon). Zde je uplatňován především tzv. pohyb nezbytný. U ostatních pohybů spolurozhoduje o míře smyslu pohybu i prožitek s pohybem spojený (Hogenová 2002).

Pohyb působí na všechny vývojové etapy, spolupodílí se na jejich dynamice a také usměrňuje jejich průběh. V raných stádiích ontogeneze spolurozhoduje o tom, jak bude jedinec utvářen v dospělosti a jak bude vypadat období regresivních změn. Pohyb se podílí na tvorbě aktivního zdraví, nemocnosti a dokonce ovlivňuje i příští

generace. Je potřebné říci, že v nejranějším období jedince je pohyb hlavním stimulatorem rozvoje mentálních funkcí na jedné straně a přísným kritériem kontroly průběhu ontogeneze. Mohli bychom na tomto místě hovořit o každém vývojovém období člověka v korelaci s pohybem a v pozdějším věku se sportem. Přestože je to problematika nikoli nezajímavá, s ohledem na téma naší diplomové práce se v následujícím textu zaměříme zejména na psychosociální stránku a psychické jevy pohybových aktivit a chceme-li sportu (Kučera, Dylevský 1999).

### 2.7.2. Psychosociální aspekty pohybu a sportu

Poznání a následné záměrné využívání souvislostí mezi psychikou a pohybem má velmi dlouhou historii. Ve starověku se zdůrazňoval jak význam zdravotní, tak i význam duševně hygienický, což se projevilo mimo jiné zařazením tělesných cvičení do systémů s filozofickým a náboženským podtextem jako např. čínské Kung-fu, japonské Merita, indická Jóga. Rovněž v antice se využívalo tělesných cvičení pro rozvoj duševních vlastností jedince. Novou skutečností byly náboženské slavnosti mající i sportovní obsah a které vyústili ve sportovní hry-Olympijské hry. Do popředí potom vystupovaly požadavky na výkon. S určitou nadsázkou lze říci, že vybírání jedinci byli nuceni snášet nejen fyzickou zátěž, ale i psychickou, spojenou se situačními podmínkami soutěže. Objevovaly se i pokusy o něco, čemu se v současnosti říká psychologická příprava na soutěž.

V celém dalším vývoji se tyto dvě tendence – využívat tělesných cvičení k ovlivnění psychiky jedince a ke kultivaci jeho osobnosti na jedné straně a využít psychiku k ovlivnění intenzity výkonu na straně druhé - neustále prolínaly a prolínají.

Psychické jevy jsou u člověka velmi diferencované a zahrnují širokou škálu projevů lidské psychiky. V zásadě lze rozdělit psychické jevy na psychické procesy, psychické stavy a vlastnosti. Psychické stavy popisují aktuální projevy a charakteristiky jedince a do značné míry souvisí s jeho momentální situací. Psychické procesy, představují hlavní proud duševních činností, zahrnují to, co jedinec vnímá, cítí, a jak jedná. Procesy dělíme následovně:

*Poznávací procesy* zahrnují čítí, vnímání, představování a myšlení. *Emocionální procesy* představují citové prožívání, umožňují vyjadřovat citové prožitky. Základními emocemi jsou např. strach, vztek, radost, atd. a z nich vyvstávají emoce vyšší. Např. soucit, láska. *Motivační procesy* působí jako aktivizující činitelé a současně spoluurčují, na co a kam bude činnost jedince nasměrována. *Procesy paměti a učení* jsou nezbytné pro rozvoj a základní fungování psychiky a činnosti jedince. Paměť je nedílnou součástí učení a poznávání. Učení je považováno za dlouhodobý proces získávání znalostí, dovedností a zkušeností a jejich uplatňování v proměnlivých situacích. *Integrační a regulační procesy* jsou pozornost, vůle a procesy hodnotící. Pozornost ovlivňuje, jak dlouho a v jaké míře se bude jedinec dané aktivitě věnovat, vůle určuje v podstatě jak dlouho, v jaké intenzitě a s jakým vnitřním úsilím bude činnost vykonávána pro dosažení stanoveného cíle. *Hodnotící procesy* mají význam pro hodnocení a integraci všech předchozích činností. Mají zpětnovazební informování o výsledcích činností, aktuálním průběhu činností a dopadech na psychiku (Kučera, Dylevský 1999).

### 2.7.3 Reakce nervového systému na zátěž

V návaznosti na předchozí text bychom zde mohli hovořit o pohybové aktivitě a reakci lidského organismu na ni. Pokud by tomu tak bylo, museli bychom hovořit např. o reakci svalového a podpůrného ústrojí, metabolismu apod. Také popis adaptace nervového systému na tělesnou aktivitu z pohledu sportu by stál za zmínku. My však, z ohledem na zaměření naší práce, chceme zmínit podle nás dvě důležité oblasti. První z nich je působení pohybu prostřednictvím receptorů na veškeré struktury organismu, kdy již od počátku aktivity, např. rozhýbáním se, rozcvičkou aktivujeme proprioreceptory, které připravují organismus na zátěž. Druhým pro naši problematiku podstatným faktem, který je nutno zmínit, je vyplavování endorfinů a enkefalinů samotným mozkem při fyzické námaze. Jak jsme již v úvodní části uvedli, jejich existence byla prokázána v r. 1975 (Mann, 1996). Bylo prokázáno, že tyto látky působí ve stejných částech mozku jako psychoaktivní látky postavené na bázi opia.



Je také prokázáno, že se vyplavují při tělesné zátěži a při pro člověka příjemných činnostech. Domníváme se, že toto je jeden z několika možných pozitivních vlivů pohybové terapie na nemocné PPP.

#### 2.7.4 Fyziologický význam pohybových aktivit

Pohybová aktivita má celkově blahodárny vliv na organismus. Musí být však prováděna s ohledem na věk jedince, zdravotní stav a fyzické možnosti. Pohybová činnost prováděná vzhledem k těmto předpokladům působí pozitivně na bazální metabolismus, zlepšuje činnost srdce a cévního systému, snižuje srdeční frekvenci, ovlivňuje krevní tlak, prohlubuje dýchání, přispívá k mineralizaci kostí, k udržení páteře a kloubů ve funkčním stavu, upravuje hladiny lipidů v krvi.

#### 2.7.5 Fyzická aktivita jako součást léčby PPP

Fyzická aktivita posiluje vlastní terapii. Přiměřená tělesná aktivita spojená s určitým přibíráním na váze může být dobře zpracována v programu behaviorální terapie. Je žádoucí utlumit hyperaktivitu, tak charakteristickou pro mnoho anorektických pacientů, a zaměnit ji za kontrolovanější formy pohybu v dávkách určených terapeutem. Důležité je naučit pacienta, jak fyzickou aktivitu kompenzovat odpočinkem a relaxací vhodnými zvláště u PPP. Pohybová aktivita dále zvyšuje koncentraci, snižuje stres, zvyšuje sebeúctu, sebedůvěru a zlepšuje pocit sebekontroly. Navíc pomáhá při vytváření pravidelného denního režimu a tím může dívkám či ženám výrazně pomoci k návratu do normálního života a obnovit sociální vazby s vrstevníky a blízkým okolím, které byly při propadu do nemoci zpřetrhány.

### 2.7.6 Psychologický význam pohybových aktivit

Dosavadní výzkumy ukazují, že tělesná cvičení mohou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví zejména v oblastech: zvyšování sebedůvěry, snižování váhy, nalezení a přijetí sebe sama, pozitivní vnímání vlastního „Já“, zvýšení produktivity vlastní činnosti, zlepšení kvality spánku, zmírnění fobií (Hátlová 2002). Poznatky psychosomatické a behaviorální medicíny experimentálně ověřily skutečnost, že duševní stav působí na tělesnou stránku člověka. Početné studie předložily důkazy o pozitivním působení tělesných cvičení na somatický stav člověka. Bylo zjištěno, že u jednotlivých cvičení, kde se sledoval vliv na tělesnou stránku, zároveň docházelo k pozitivním psychickým účinkům. S pohybem jsou spojeny kladné, příjemné prožitky – uvolnění, radost i negativní prožitky, usilujeme-li o nadměrný výkon – únava, bolest, frustrace. Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky spojené s pohybem, mají pro člověka svůj význam (Hátlová 2002). Překonáváním zátěže, která není nad horní hranicí možností jedince, stoupá jeho odolnost. Kdo nepozná námahu, nemůže naplno vychutnat uvolnění, kdo neprožil nepohodlí, neuvědomuje si možnosti pohodlí. Pohybovou námahu není třeba chápat jako oběť, ale jako investici, zálohu na pozdější odměnu v prožitku uspokojení, uvolnění (Hošek in Hátlová 2002).

### 2.7.7 Terapie orientovaná na tělo jako součást komplexní léčby PPP

Techniky využívané v pohybové terapii slouží k naplnění definovaných cílů, které Probst a spol.(1987) definuje takto:

1. znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama a přijetí vlastního těla
2. prožívání radosti z vlastního těla
3. omezení anorektické hyperaktivity
4. rozvoj sociálních dovedností

Na základě výzkumů zaměřených na využití pohybové terapie u PPP doporučuje Krch (1999) tyto techniky:

### **1. Relaxační a dýchací cvičení**

Nejrozšířenější je Jacobonova progresivní relaxační metoda a autogenní trénink podle Schulze. Alexandrova eutonie a jóga jsou užívány příležitostně. Biofeedback je také zmiňován jako účinná pomoc. Dechová cvičení, zejména ta, která jsou zaměřena na snižování dechové frekvence, zvýšení břišního dýchání a prodloužení výdechu, jsou často součástí relaxačního tréninku. Cílem není jen regulace respirace, ale také optimalizace vnímání vlastního těla.

### **2. Masáže**

Při léčbě MA pacientů je s úspěchem používána relaxační masáž, aktivační masáž zad a nohou a pasivní mobilizace údů. Nejčastěji používané techniky jsou poklepávání, jemné doteky a hnětení. Pasivní mobilizace spočívá v tom, že končetiny a hlava se ponechají pasivnímu pohybu, zatímco partner mobilizuje klouby. Účelem je relaxace a vnímání vlastního těla.

### **3. Hraní role**

Hlavní důraz není kladen na dramatickou techniku, ale na prohloubení emocionální zkušenosti prostřednictvím účasti, kontaktu, interakce a neverbální komunikace pacienta. Kromě vyřešení dřívějších konfliktů mohou být ztvárněny přítomné a budoucí problémy. Hraní role může existovat i na behaviorální úrovni. Užívají se dvě základní specifické formy: zdvojování a výměna rolí. Zdvojování je technika, při které terapeut nebo jiný člen skupiny sedí vedle pacienta a napodobuje jeho neverbální projev. Tato technika zesiluje kognitivní, afektivní a motivační vcítění (Hudgins, 1989, Hudgins a Kiesler, 1984 in Krch 1999). Srovnatelné je partnerské

cvičení „Já jsem šéf“, při kterém jsou dva pacienti instruováni, aby prostřednictvím výrazu, pózy, gest a pohybů jeden druhému ukázali, že jsou dominantní. Při výměně rolí se pacient vciňuje do reálné nebo imaginární osoby, aby tak posílil i přiměřené „sebevcištění“. Tato technika pomáhá otestovat správnost vnímání sebe a druhých, rozpoznat svoje omezení a vyzkoušet si nové chování v bezpečném prostředí. Vyjádření vztahů uvnitř rodiny nebo v rámci skupiny pacientů prostřednictvím živé sochy může být použito pro analýzu komplexních mezilidských vztahů.

#### **4. Fyzické aktivity, sporty a hry**

Fyzické aktivity jako posilování (Beumont et al., 1994), aerobik a kalantika (Kennedy et al., 1992), sporty (plavání, volejbal, zápas, jízda na koni) a gymnastika jsou používány při léčbě pacientů s PPP, kteří jsou zapojováni i do kontrolovaných progresivních pohybových programů. Beumont et al. (1994) doporučuje následující aktivity pro tělesný trénink anorektiček: neaerobní aktivity, strečink, zlepšování držení těla, vzpírání a společenský program. Náš program, který by měl být navštěvován dvakrát týdně, se skládá ze zahřátí, posilovacího cvičení a relaxace. Není jasné, zda tyto činnosti zlepšují i znovunabytí tělesné hmotnosti, jak uvádí Kennedy et al. (1992).

#### **5. Tanec a kreativní pohyb**

Do této kategorie zahrnujeme všechny taneční a pohybové formy, které se zaměřují na vyjádření určité myšlenky prostřednictvím těla, jako jsou rytmická cvičení, tanec (včetně primitivního a folklórního), aerobik, vyjádření volným pohybem, improvizace a pantomima. Při těchto tanečních a pohybových aktivitách může pacient vyjadřovat různé emocionální zkušenosti a pocity jako smutek, radost, bezpečí, hanbu, agresi, závislost, bojácnost a podobně. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby užívali své tělo jako prostředek výrazu, i když se s ním většina z nich necítí spokojena. Lidé, kteří potřebují taneční terapii, mají co sdělovat tělesným pohybem a vnitřním napětím si nemusí být vědomi nějakého obsahu ve verbálním slova smyslu.

Rámcově lze popsat jednotlivé aspekty poruch, které lze považovat za vodítko pro využití tanečně pohybové terapie v léčbě.

Jedná se o tyto aspekty:

- a) obtíže ve verbální terapii, neschopnost rozpoznávat, pojmenovávat a vyjadřovat své pocity;
- b) poruchy způsobené nerealistickým vnitřním obrazem těla (body-image);
- c) výrazné napětí v těle, chudý emoční projev či nekorigovaná hyperaktivita v pohybovém repertoáru;
- d) somatické bludy a zvláštní obavy o své tělo;
- e) problémy v komunikaci (nejen nápadně se projevující v neverbální rovině).

Cílem tanečně–pohybové terapie je umožnit člověku jasnější vnímání svého těla, vztahu k sobě samému, což zároveň vede k lepší orientaci ve vztazích s ostatními. Hlavním cílem nejen tanečně pohybové terapie, ale i celkové psychoterapie, je přijetí sama sebe. Pokud přijmeme hypotézu, že charakteristické držení těla u jedince a jeho pohybový styl odrážejí charakter a intenzitu emocionálních prožitků, pak můžeme vyvodit, že nové či volnější pohyby vyvolané v tanečně-pohybové terapii pomáhají odstranit překážky, které brání tělu ve spontánním vyjádření emocí. Tanečně pohybová terapie nepracuje pouze se vztahem těla k emocím a učení, ale využívá též těla a tance jako přesného komunikačního prostředku (Čížková 2005).

## **6. Cvičení smyslového vnímání**

Toto cvičení spočívá v objevování těla prostřednictvím smyslů způsobem, který není pro pacienta nepříjemný ani stresující. Je to krok k uvědomění si vzájemného vztahu mezi tělesnými vjemy a duševními pocity. Cvičení periferní koncentrace zaměřuje pozornost na relativně neutrální objekty prostřednictvím sluchového a zrakového pozorování. Pacient tak věnuje pozornost podnětu bez toho, že by jím byl nějak citově zaujat. Průzkum tělesných hranic se soustřeďuje na taktilní vnímání rozdílů

mezi vlastním tělem a světem, který ho obklopuje. Pozorné prohlížení (skenování) těla („výlet po vlastním těle“) je taktilní cvičení zaměřené na odhalení vnějších projevů těla prostřednictvím dotýkání se a pocíťování tělesných hranic (okrajů těla). Vnitřní smyslový průzkum se zaměřuje na dýchání, tep srdce, pocity hladu a únavy. Během „cesty do svého těla“ se po pacientovi žádá, aby si cestu do hlubin vlastního těla vizuálně představoval (Krch 1999).

## **7. Vnímání sebe a svého těla**

Jde o cvičení zaměřená na rozšíření vnímání vlastního těla v jeho vnější podobě. Předpokládá se, že cvičení se zrcadlem a zpětná vazba prostřednictvím videa mají různé účinky. Tato cvičení jsou založena na exterocepci, neboli vnějším vnímání těla. Přestože se anorektičky zrcadlu obvykle vyhýbají, učíme je správně s ním zacházet a dívat se do něj. Podle některých výzkumů zrcadlo pomáhá formovat stálejší, integrovaný duševní obraz vlastního těla. Norris (in Krch 1999) tvrdí, že konfrontace se zrcadlem ovlivňuje pacientovu schopnost posoudit vlastní tělesnou velikost. Další metodou je videokonfrontace nebo zpětná vazba za pomoci videa. Existují zprávy o pozitivním efektu videa na sebehodnocení, ale video může mít také negativní účinky pro pacienta. Jestliže terapeut zamýšlí použít video, musí pečlivě vybírat pacienty a informovat je o tom před začátkem sezení. Videonahrávka informuje nejenom o vnějším vzhledu, ale také o neverbálním projevu. Můžeme ho sledovat během natáčení (okamžitá zpětná vazba), nebo s časovým odstupem. Standardizovaná forma videokonfrontace se zdá být terapeuticky velmi účinná jak dokazují některé studie z let 1981-1994. Pacienti, obvykle v plavkách, jsou natáčeni na začátku léčby a pak postupně v určitých časových intervalech. Tyto nahrávky potom sledují. Je možné i sledování s ostatními pacienty během skupinové BOT. Po zhlédnutí záznamu jsou požádáni, aby vyjádřili svoje pocity a reakce během sledování nahrávek. Badura a Steinmeyer (1984) prohlašují, že sledování nahrávek ostatních pacientů (heterokonfrontace) je stejně důležité jako konfrontace s vlastním obrazem těla. Výzkumná metoda určení tělesné velikosti prostřednictvím zkresleného obrazu na videu, kdy pacienti opravují svůj zkreslený obraz (Probst et

al., 1992), může pomoci při vytváření pozitivního obrazu sebe sama. Podobné je cvičení, při kterém pacienti kreslí svoje tělo ve skutečné velikosti, a tento obraz je pak porovnáván se správnými mírami. Za podobnou formu sebekonfrontace může být považován i test podle Wooley a Rolla (1991), při kterém pacienti vybarvují různé části těla na standartní figuře podle jejich významu (Krch 1999).

## **8. Řízené představy**

Někteří autoři vysvětlují cvičení řízeného zobrazování. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby si představili situace cílené k vyvolání smyslových a citových skutečností, včetně speciálních tělesných zkušeností. Můžeme tak objevit části těla, o kterých smýšlí negativně. Tento odpor vůči určitým částem svého těla může být také odhalen, když požádáme pacienta, aby napsal dopis svému tělu nebo určité jeho části, včetně odpovědi na pocíťovaný negativní přístup. „Práce s tělem“ u pacientek s PPP je zaměřena na čtyři specifické cíle: znovuvytvoření realistického pohledu na sebe sama a přijetí vlastního těla, prožívání radosti z vlastního těla, omezení anorektické hyperaktivity, rozvoj sociálních dovedností (Krch 1999).

## **2.8 Prevence relapsu a celkově vzniku PPP**

Jedním z hlavních činitelů při prevenci je jednoznačně rodina, která má za úkol věnovat maximum péče dětem od útlého věku a od počátku nesnižovat sebevědomí svých dětí, naopak podpořit je v každém úkonu již od počátku vývoje. Empatie a vzájemná důvěra rodičů a dítěte je pro obě strany nejdůležitější součástí života a ne všichni rodiče si to plně uvědomují. Měli bychom si více všimnout potřeb svých dětí. I když často nesplníme jeho potřebu tak, jak si přálo musí mít pocit, že víme, že něco potřebuje. Jednoduše řečeno dítě musí mít pocit, že jsme tu stále pro něho.

Děti je třeba učit od časného věku poznávat vlastní tělo, jeho části, rozměry funkce i potřeby tak, aby byly psychicky připraveny na změny, ke kterým dochází v průběhu růstu i přestavby v prepubertě. Děti mají chápat, že to, co se s jejich tělem děje, je normálním výrazem zákonitého procesu. Tím by se mohlo zabránit vývoji pokřiveného pohledu na tělesnou hmotnost a poruchám vnímání svého těla, které

vede často ke vzniku PPP. Prevence mentální anorexie by měla začít již v předškolním věku.

## **2.9 Situace PPP v ČR**

Podle výzkumu více než 89% dívek chce být štíhlejší, než jsou v současné době, přálo by si zhubnout. Mnoho z nich již v minulosti vyzkoušelo některou z diet. Používaly metod jako hladovění, cvičení a ve 4% dokonce zvracení. 4% dívek redukuje potravu už od 9 let. (Jandová, 2003).

Rozšíření poruch příjmu potravy v ČR je srovnatelné se zeměmi západní Evropy (Krch, 2000). Dle Krcha (2000) lze předpokládat, že mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena a u 10% mladých žen je možné pozorovat narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti .

Česká republika zaostává oproti západní Evropě v oblasti nabídky možných terapeutických intervencí, též osvěta a prevence je nedostatečná. Zdůrazňuje se stále jen nebezpečí nadváhy a obezity, v posledních desetiletích se zhoršila kultura stolování, většina českých rodin nejí společně a nápadně se zvýšila konzumace alkoholu a sladkostí. Ve střední a východní Evropě se neustále hledají nové vzory, které se soustřeďují na vnější znaky a hodnoty tzv. západního životního stylu. Mezi ně patří úspěch a štíhlost. Na vysoké úrovni je propagace diet (Krch in Cooper, 1995).

Je závažnější, že i přes tak dlouhou existenci poruch příjmu potravy vyšla první kniha (v češtině) pro laiky a odborníky až roku 1995. Jedná se o svépomocnou příručku od Coopera (1995) s názvem Mentální bulimie a záchvatovité přejídání.



## **3. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Formulace výzkumného problému**

Pohybová terapie se díky svému pozitivnímu účinku na psychický stav člověka dostává nejen do povědomí odborníků, ale také široké veřejnosti. Nejčastěji jsou prezentovány pozitivní výsledky v návaznosti na cyklická cvičení s aerobní zátěží. Uvádí se, že užití pohybových terapií je účinnější v kombinaci s dalšími způsoby léčby, to znamená při jejich zařazení do denního nebo týdenního programu (do režimové léčby) (Hátlová 2002).

A protože hlavním problémem výzkumné části je popsat stav pohybové terapie v České republice popíši v praktické části výsledky a odpovím jimi na tyto otázky:

**Jak časté je využití pohybové terapie v oslovených zdravotnických zařízeních (ZZ)?**

**Jaký je zájem oslovených ZZ o zařazení pohybové terapie?**

### **3.2 Cíl výzkumu**

Zmapovat současný stav pohybové terapie v léčbě poruch příjmu potravy ve zdravotnických zařízeních ČR.

Úkoly práce:

- sběr dat z jednotlivých ZZ
- vyhodnocení sebraných informací o zkušenostech s pohybovou terapií na jednotlivých pracovištích
- interpretace výsledků a diskuze o nich v příslušných kapitolách

### 3.3 Výzkumné metody

#### 3.3.1 Zkoumaný soubor

Objekty zkoumání jsou zdravotnická zařízení různých typů, která se zabývají léčbou PPP a jsou lokalizovány v ČR.

Do výzkumu bylo zahrnuto 14 pracovišť zabývajících se léčbou PPP. V deseti případech jde o ambulantní zařízení a ve dvou o lůžková zařízení.

#### 3.3.2 Metody měřicí techniky

V souvislosti se záměrem oslovit velkou skupinu respondentů, byla k řešení výzkumného problému použita výzkumná metoda dotazníku.

Dotazník je metoda pro hromadné shromažďování dat, informací, pomocí písemně zadaných otázek, položek dotazování. Je to jedna z nejpoužívanějších metod výzkumu v pedagogice, sociologii, psychologii apod. Při jeho používání musíme mít na zřeteli určité požadavky. Nejdůležitějším požadavkem je správná konstrukce dotazníku, to znamená formulovat otázky tak, aby byly srozumitelné a svým významem jednoznačné. Důležité je také mít na zřeteli typy odpovědí, tj. aby všichni respondenti odpovídali stejnou formou odpovědi, vzhledem k následnému statistickému zpracování. Typy odpovědí jsou dány různými druhy otázek např. otevřené, uzavřené apod. Jiným požadavkem je úměrný rozsah dotazníku. Je nutno zohlednit i respondenty v tom smyslu, jak dlouho jsou schopni se soustředit, kolik času na vyplnění dotazníku mohou věnovat atd. Důležité je rovněž vědět, že položky nemusí být formulovány jen jako otázky na které respondent odpovídá, ale mohou být položeny jako výroky, se kterými respondent vyjadřuje souhlas či nesouhlas, nebo k nimž zaujímá svůj postoj. Takovéto dotazníky jsou konstruovány většinou jako tzv. hodnotící škály (Průcha 1995).

Velmi záleží na způsobu zadávání dotazníku. Nejspolehlivější je způsob, kdy dotazník s respondentem vyplňuje sám tazatel, resp. je vyplňován respondentem za

přítomnosti tazatele. Pokud zadává dotazník někdo jiný než-li autor dotazníku, je nutné aby tito zadavatelé byli autorem výzkumu správně instruováni.

Jiným způsobem, je rozesílání dotazníků poštou, mailem. Tento způsob se používá hlavně v zahraničí, zejména ve Spojených státech amerických. Problémem tohoto způsobu je poměrně nízká návratnost. Udává se v literatuře max. 30%.

Pro získání informace, zdali vůbec a v jakém rozsahu se u nás používá pohybová aktivita a sport jako prostředek k léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy jsem tedy zvolila formu dotazníku. Umožňuje získání odpovědí na jasně definované otázky a časově i svou náročností je tak přijatelný pro lékaře, kterým je dotazník určen. Cílem dotazníku je ozřejmit, zda se u nás pohybová terapie v praxi u pacientů s poruchami příjmu potravy používá, v případě že ano, tak v jaké formě a pokud ne, tak zda by o ní dané pracoviště mělo zájem.

Dotazník jsem sestavila sama na základě studia literatury a typ a sled otázek jsem zaměřovala k získání potřebných informací.

## Struktura dotazníku

Dotazník je verbální, strukturovaný a nestandardizovaný. V případě zdravotnických zařízení s možností hospitalizace má celkem 29 a v případě ambulantních pracovišť 31 otázek, které jsou polouzavřené kvalitativní s jednotlivými variantami odpovědí označenými malými písmeny abecedy, ale i bez označení. Dále jsem zvolila typ uzavřených alternativních otázek s možností odpovědí ano x ne.

Dotazník jsem rozdělila při výzkumu v ambulantních ZZ na sekce A-F.

Část A (otáz. 1-4) je zaměřená na vlastní zdravotnické zařízení, jeho typ, věkové složení pacientů, jejich aktuální počet a důvody pro hospitalizaci.

Část B (otáz. 5-7) se týká pacientů léčených v ZZ, typů PPP, aktuálního počtu pacientů s jednotlivými PPP a způsobu, jakým se dostali k léčbě v tomto ZZ.

Část C (otáz. 8-11) je věnována zaměstnancům, kteří jsou součástí terapeutického týmu, podílejí se na jednotlivých terapiích, popřípadě, kterých je nedostatek.

Část D (otáz. 12-15) je zaměřená na druhy terapií aplikovaných v zařízeních.

Část E (otáz. 16-27) je důležitá pro hlavní cíl dotazníku, týká se právě pohybové terapie.

Poslední část F (otáz. 28-29) se ptá respondentů na spolupráci s jinými zařízeními u nás i v zahraničí.

V případě výzkumu v lůžkových ZZ je dotazník rozdělen na sekce A-F:

Část A (otáz. 1-4) je zaměřená na vlastní zdravotnické zařízení, věkové složení pacientů hospitalizovaných v ZZ, kapacitu ZZ, aktuální počet pacientů a důvody pro hospitalizaci.

Část B (otáz. 5-9) se týká pacientů léčených v ZZ, typů PPP, aktuálního počtu pacientů s jednotlivými PPP, způsobu, jakým se dostali k léčbě v tomto ZZ a umístění pacientů na pokoje dle závažnosti či typu PPP.

Část C (otáz. 10-13) je věnována zaměstnancům, kteří jsou součástí terapeutického týmu, podílejí se na jednotlivých terapiích, popřípadě, kterých je nedostatek.

Část D (otáz. 14-17) je zaměřená na druhy terapií aplikovaných v zařízeních.

Část E (otáz. 18-29) je důležitá pro hlavní cíl dotazníku, týká se právě pohybové terapie.

Poslední část F (otáz. 30-31) se ptá respondentů na spolupráci s jinými zařízeními u nás i v zahraničí.

Ve výzkumné části jsme se zaměřili pouze na sekci D a E, která vypovídá o využití pohybové terapie v jednotlivých ZZ. Ostatní otázky jsou zpracovány verbálně i graficky v příloze C.

### 3.3.3 Sběr dat

Dotazníkové šetření probíhalo v měsících duben až červen 2006. Oslovila jsem 35 ambulantních zařízení a pět zařízení s možností hospitalizace, převážně nemocnic. Pro doplnění informací a získání některých kontaktů jsem oslovila Občanské sdružení zabývající se poradenstvím v léčbě PPP a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dotazník byl na jednotlivá pracoviště distribuován ve

většinu případů elektronickou cestou a to minimálně dvakrát spolu s dopisem – prosbou o vyplnění, ve dvou případech byly dotazníky zaslány navíc klasickou poštou. Ve dvaceti případech předcházelo zaslání prosby o vyplnění dotazníku telefonický rozhovor se zástupcem daného zařízení. I přes několikeré upomínání a prosby telefonickou či elektronickou cestou byla návratnost dotazníků 14 z původních 40 rozeslaných. Z toho 12 dotazníků z ambulantních pracovišť a pouze dva ze zařízení s možností hospitalizace. S těmito zařízeními, resp. s jejich zástupci jsem nadále spolupracovala až ke zdárnému zaslání vyplněných dotazníků. Nakonec jsem těmto odborníkům pracujícím v oboru psychologie, psychiatrie či psychoterapie zaslala děkovný dopis.

### 3.4 Výsledky

#### I. Ambulantní zdravotnická zařízení

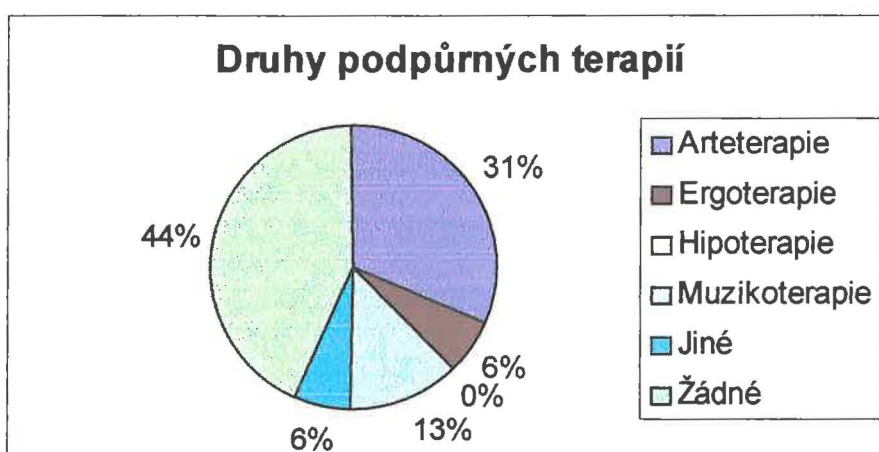
##### D. Terapie

V dotazníkové položce č. 12 popisovali respondenti hlavní léčebné terapie používané v léčbě PPP v jejich zařízení. Vzhledem k tomu, že každý respondent používá jiné terapeutické postupy jako stěžejní (nebo je jinak popisuje), vypisují konkrétní odpovědi jednotlivých respondentů:

1. KBT (kognitivně behaviorální terapie), systemická rodinná terapie
2. Pozitivní psychodynamická terapie
3. Psychoanalytická psychoterapie, dynamická psychoterapie
4. KBT, RPT (rodinná psychoterapie)
5. KBT, nutriční poradenství
6. Téměř všechny psychoterapeutické školy, fyzioterapie, homeopatie
7. Psychoterapie systemická, logoterapie
8. Psychoanalytická psychoterapie, katatymně imaginativní psychoterapie (KIP)
9. KBT, psychoterapie, farmakoterapie
10. KBT

Zbylí dva respondenti neuvedli žádnou terapii.

**Položka č. 13** je zaměřena na druhy podpůrných terapií používaných v léčbě našimi respondenty. Nejvíce využívanou podpůrnou terapií, kterou dotazovaní uvádějí, je arteterapie, dále pak muzikoterapie a poslední (6%) ergoterapie. Jeden respondent uvedl mezi „jiné“ reiki, bioenergetiku a kineziologii. A celých 44% neuvedlo žádné podpůrné terapie (viz graf 9).



Graf 9

**Položka č. 14** nás seznamuje s psychoterapeutickými přístupy používanými v léčbě dotazovaných odborníků. Cituji odpovědi:

1. Psychoanalytická psychoterapie
2. Spolupráce s psychologem
3. KBT, RPT (externalizace, ostrov rodiny...)
4. Téměř všechny psychoterapeutické školy
5. Psychoterapie systemická, logoterapie
6. KBT, humanistická psychoterapie
7. Psychoanalyticky orientované terapie
8. Psychodynamické přístupy
9. Individuální nedirektivní, KBT, imaginativní TA

- 10. KBT, systemická rodinná terapie
- 11. KBT, částečně Adleriánská psychoterapie, práce se životním cílem, stylem
- 12. KBT

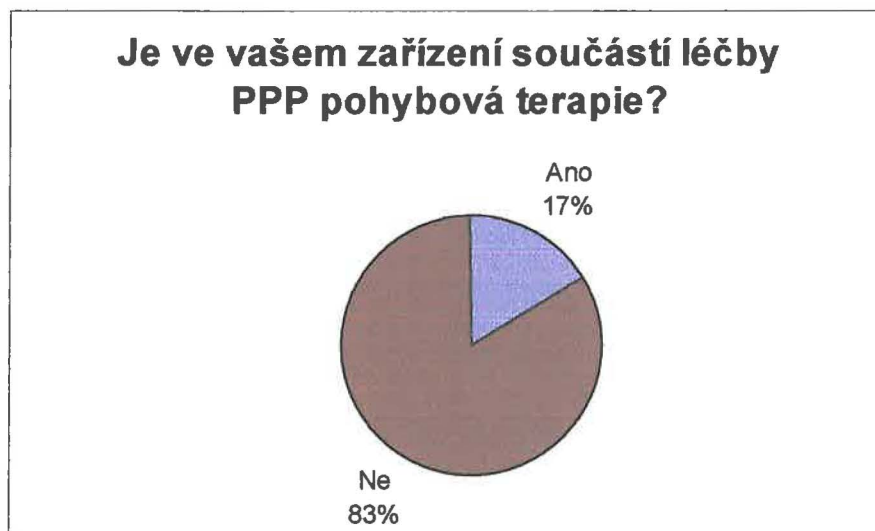
**Položka č. 15** zmiňuje využití psychoterapie zaměřené na práci s tělem. Většina dotazovaných odpověděla kladně (viz graf 10).



Graf 10

### **E. Pohybová terapie (PT)**

**Dotazníková položka č. 16** se ptá dotazovaných odborníků, zda je součástí léčby v jejich ZZ pohybová terapie. 83% respondentů odpovědělo záporně (viz graf 11).

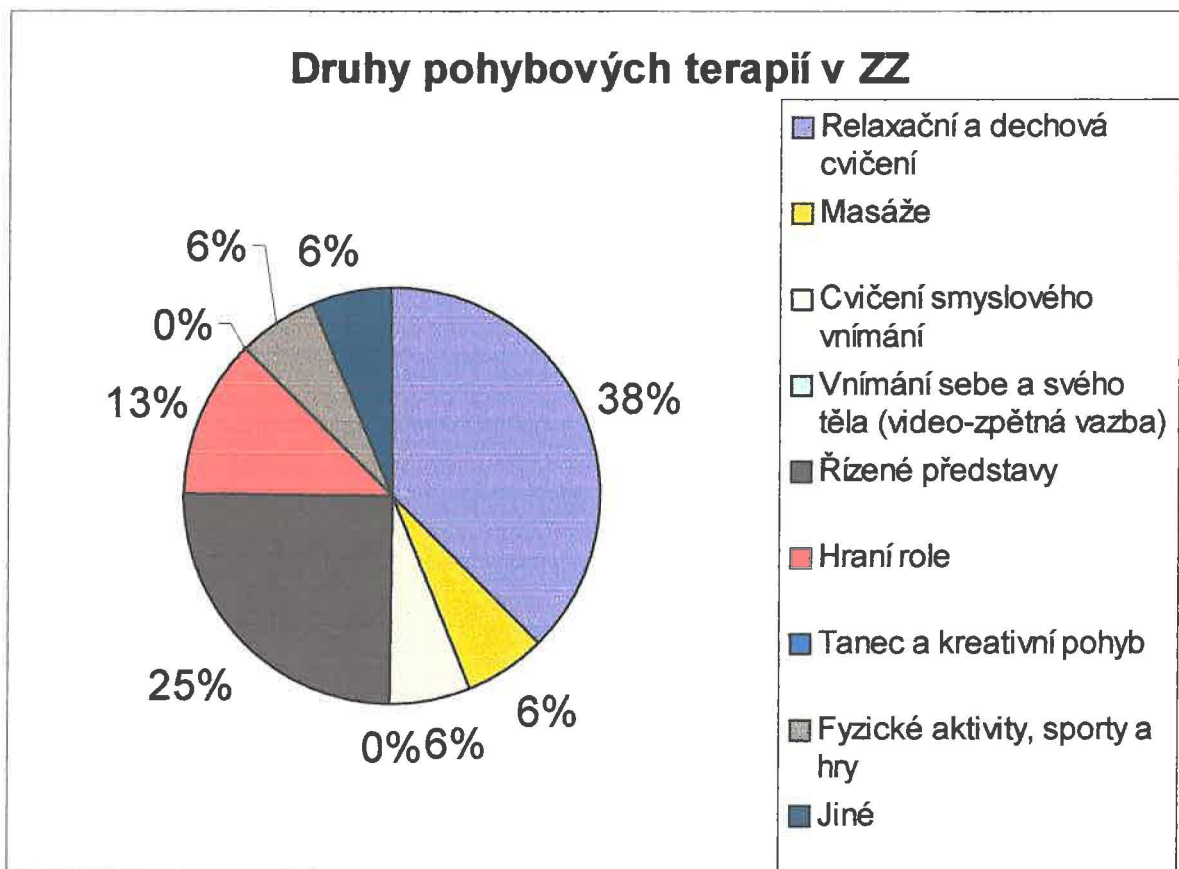


Graf 11

**Položka č. 17** navazuje na položku č. 16, kde odpověděli pouze dva respondenti, že využívají pohybovou terapii v léčbě PPP a ptá se těchto respondentů kolikrát týdně je PT zařazena do léčebného programu. Jeden odpověděl 1x a druhý udává, že záleží na dohodě s klientem. Doba trvání pohybové aktivity (**položka č. 18**) je u obou respondentů stejná a to 45min a víc. V jednom případě vede PT cvičitelka, ve druhém terapeutka (**položka č. 19**).

Jaké druhy pohybové terapie (PT) jsou v jednotlivých zařízeních aplikovány zjišťuje **dotazníková položka č. 20**. Nejvíce aplikovanou PT jsou relaxační a dechová cvičení (uvedlo 38% respondentů) a řízené představy (uvedlo 25% dotázaných). Menší oblibě se těší hraní role (13%). Masáže, cvičení smyslového vnímání, fyzické aktivity, sporty, hry a aktivity vycházející z psychoanalytických teorií a jiné jsou využívány zřídka (6%) a tanec a kreativní pohyb spolu s vnímáním sebe a svého těla nejsou prováděny v ambulantních zařízeních našeho výzkumu vůbec (viz graf 12).



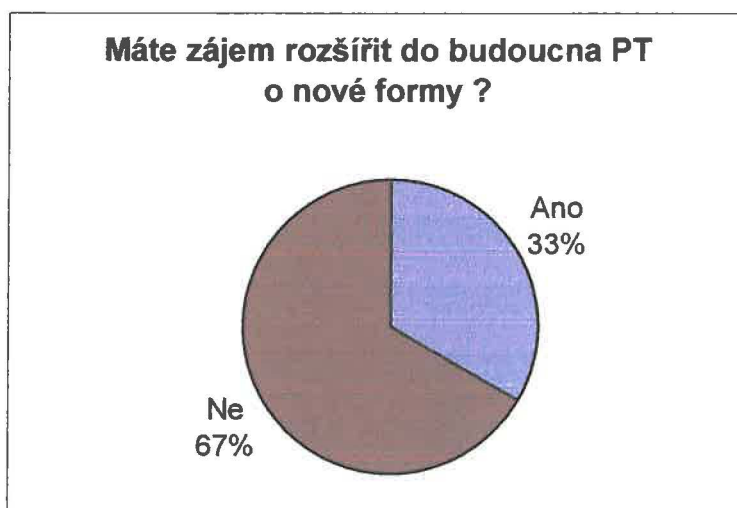


Graf 12

**Položka č. 21** sleduje zájem respondentů o rozšíření PT do budoucna o nové formy. 67% respondentů odpovědělo záporně a 33% kladně (viz graf 13). V položce č. 22 se dovídáme, o jaké formy by tito čtyři respondenti rádi rozšířili pohybovou terapii v léčbě PPP. Cituji:

1. Fyzické aktivity, sporty a hry
2. Více pohybových aktivit
3. Pohybová terapie (zatím obecně) – vázáno na zřízení herny

#### 4. Dle nabídky jiných zdravotnických i nezdravotnických zařízení



Graf 13

Zda je povinnou součástí léčby pohybová terapie se dozvídáme z **položky č. 23**. Kladně odpověděl pouze jeden respondent (viz graf 14).



Graf 14

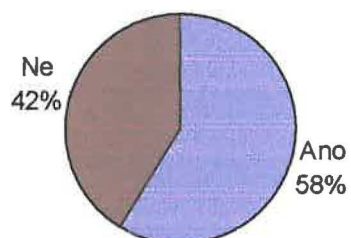
Kolik z dotázaných odborníků uvažuje o aplikaci pohybové terapie do budoucna zjišťovala položka č. 24. 42% dotázaných uvažuje o její aplikaci do budoucna (viz graf 15).



Graf 15

Kdo z respondentů má zájem o vzdělávací kurzy a semináře týkající se poznatků v oblasti podpůrných terapií zmapovala položka č. 25. 58% dotázaných odpovědělo ano (viz graf 16).

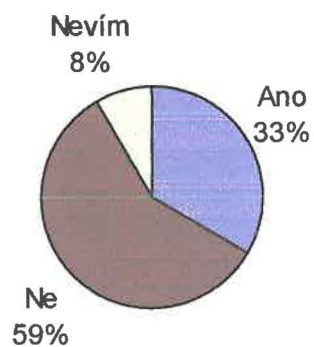
**Jestliže ano, máte zájem o vzdělávací kurzy  
nebo semináře týkající se poznatků v oblasti  
podpůrných terapií?**



Graf 16

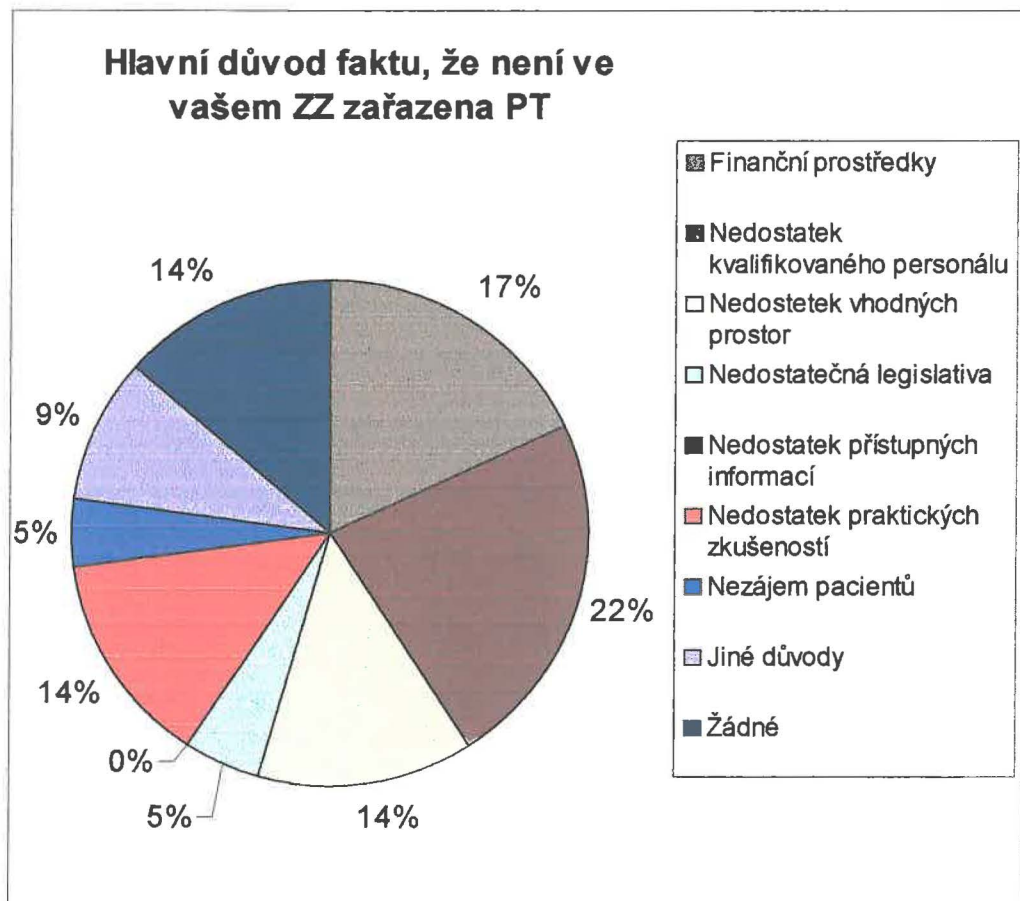
**Položka č. 26** zkoumala zájem respondentů o zaškolení terapeuta, který by prováděl PT. 59% respondentů nemá zájem o zaškolení terapeuta, 33% ano a jedna lékařka ještě neví (viz graf 17).

**Měli byste případně zájem o zaškolení  
terapeuta, který by prováděl  
pohybovou terapii?**



Graf 17

**Položka č. 27** nás informuje o důvodech jednotlivých respondentů, které brání zavedení pohybové terapie do léčby PPP v jejich ZZ. Nejčastěji uváděným důvodem tohoto faktu byl nedostatek kvalifikovaného personálu (22%), následuje nedostatek finančních prostředků (17%). Tři respondenti se potýkají s nedostatkem vhodných prostor (14%), tři s nedostatkem praktických zkušeností (14%). Jeden uvedl nedostatečnou legislativu (5%) a rovněž jeden nezájem pacientů (5%). Tři respondenti neuvedli žádné důvody (14%) (viz graf 18).



Graf 18

## II. Lůžková zdravotnická zařízení

### D. Terapie

V **položce č. 14** udávají oba respondenti jako hlavní léčebné terapie používané v léčbě PPP v jejich zařízení psychoterapii, farmakoterapii a režimovou léčbu.

**Položka č. 15** je zaměřena na druhy podpůrných terapií používaných v léčbě našimi respondenty. Terapií využívanou oběma terapeuty je arteterapie. V Nemocnici se dále využívá k léčbě PPP muzikoterapie a neverbální psychoterapie a na psychiatrické klinice ergoterapie.

**Položka č. 16** nás seznamuje s psychoterapeutickými přístupy používanými v léčbě dotazovaných odborníků. Cituji odpovědi:

1. Nemocnice – KBT, Gestalt – převážně, často „vhodnou směs“
2. Psychiatrická klinika – psychodynamický přístup, KIP, některé behaviorální techniky

**Dotazníková položka č. 17** zmiňuje využití psychoterapie zaměřené na práci s tělem. Oba respondenti psychoterapii zaměřenou na práci s tělem v léčbě využívají.

### E. Pohybová terapie

**Dotazníková položka č. 18** se ptá dotazovaných odborníků, zda je součástí léčby v jejich ZZ pohybová terapie. V nemocnici se využívá PT v léčbě PPP ojedinele, denně je do programu léčby zařazena „ranní rozcvička“, jednou za měsíc vede zdravotní sestra skupinovou terapii zaměřenou na pohyb a jedenkrát v týdnu mají pacientky možnost využívat malou tělocvičnu k různým pohybovým hrám. K tomu

zástupce tohoto zařízení dodává, že návštěva tělocvičny není pravidelná. Psychiatrická klinika PT v léčbě plně využívá.

**Položka č. 19** navazuje na položku č. 18, ptá se, kolikrát týdně je PT zařazena do léčebného programu. Respondenti odpověděli 4x a častěji. Doba trvání pohybové aktivity (**položka č. 20**) je 15 – 20 min u obou respondentů a 90 min probíhá jednotka v nemocnici zaměřená na PT. PT na klinice vede psycholog a zdravotní sestra (**položka č. 21**). Lékař z nemocnice udává jako vedení terapie u rozcvičky – fyzioterapeuta a u skupinové pohybové terapie zdravotní sestru.

Jaké druhy pohybové terapie (PT) jsou v jednotlivých zařízeních aplikovány zjišťuje **dotazníková položka č. 22**. PT aplikovanou oběma respondenty jsou relaxační a dechová cvičení. Lékař z nemocnice napsal dodatek - převážně formou autogenního tréninku, který pacienti cvičí dvakrát denně. Dechová cvičení provádí s klienty jedna ze sester individuálně podle potřeby. Oba respondenti cvičí s pacienty řízené představy. Jeden respondent zmiňuje navíc hraní role a druhý fyzické aktivity, sporty, hry (posilování, různé formy gymnastiky – aerobik, kalanetika, plavání, volejbal, jízda na koni, strečink).

**Položka č. 23** sleduje zájem respondentů o rozšíření PT do budoucna o nové formy. Respondenti mají zájem o nové formy PT. V **položce č. 24** se dovídáme, o jaké formy by tito dva respondenti rádi rozšířili pohybovou terapii v léčbě PPP. Citují:

1. Tanec, masáže, psychogymnastika
2. Cílená práce s tělem (neměla by být zaměřená jen na PPP – vzhledem ke klientele)

Zda je povinnou součástí léčby pohybová terapie se dozvídáme z **položky č. 25**. Kladně odpověděli oba respondenti.

Kdo z dotázaných odborníků uvažuje o aplikaci pohybové terapie do budoucna, zjišťovala **položka č. 26**. Oba respondenti o aplikaci PT do budoucna uvažují a

zároveň mají zájem o další vzdělávání v tomto oboru (**položka č. 27**). Oba mají také zájem o zaškolení terapeuta, který by PT v jejich ZZ prováděl (**položka č. 28**).

**Položka č. 29** nás informuje o důvodech jednotlivých respondentů, které brání zavedení pohybové terapie do léčby PPP v jejich ZZ. Oba respondenti uvádějí jako hlavní důvod této skutečnosti nedostatek finančních prostředků a kvalifikovaného personálu. Zástupce oddělení v nemocnici se navíc potýká s nedostatkem vhodných prostor a nedostatkem praktických zkušeností.



## 4. Diskuze

Již v 60. letech minulého století bylo lékaři prokázáno, že výrazným činitelem, který rozhoduje o našem zdraví je psychika, psychický stav. Proto se tento jev pojmenoval v případě tělesných bolestí a obtíží, psychosomatika. Lze říci, že psychosomatická jsou ta onemocnění, kde neexistuje pozitivní lékařský nález. Stav našeho psyché (duše), však nezpůsobuje jen psychosomatická onemocnění, ale i onemocnění psychiky. Pokud zůstaneme u materiálního výkladu, tak tedy našeho vnímání, citění a jednání. Největším nepřítelem naší duševní rovnováhy je stres a to ať v negativní, tak v pozitivní formě. Věra Capponi ve své knize s názvem „Sám sobě psychologem“ uvádí stresory, tj. vlivy, které způsobují u člověka stres, ve škále od nejhorších po nejméně škodlivé. Těmto vlivům přiřadila bodové hodnocení. Nejtěžší skutečnosti, jako je smrt partnera, rodičů, úraz apod., jsou ohodnoceny nejvyššími čísly. Pokud během roku dosáhneme určité bodové hranice, je u nás zvýšené riziko výskytu psychického onemocnění. Na tomto místě se konečně dostáváme k podstatě této diplomové práce. Totiž pozitivnímu působení tělesného pohybu na odstranění duševní disbalance, která mnohdy může přejít ve vážná onemocnění, jakým mentální anorexie a bulimie bezesporu jsou.

Přestože lidský organismus disponuje schopností v rámci svých možností udržovat rovnováhu, a to i v případě lidské psychiky, musí mu v jeho snaze mnohdy pomoci člověk. Již v r. 1975 se podařilo vědcům Hughesovi a Kosterlitzovi z univerzity v Aberdeenu ve Velké Británii prokázat existenci opiátů, které si mozek vyrábí sám a pojmenovali je enkefaliny (z řec. Kefalé=hlava). Američané používají raději název endorfíny. Tento název zahrnuje jak enkefaliny, tak později objevené peptidové látky s opiátovým působením (Mann 1996). Tyto látky jsou uvolňovány zejména při tělesné zátěži. Tato skutečnost dala možnost vzniku kineziologie. Kineziologie se snaží pomocí pohybových programů pozitivně ovlivnit lidské vnímání a prožívání a tím docílit u klienta v co největší míře návrat k psychické rovnováze. Nachází tak uplatnění jak při léčbě osob závislých na psychoaktivních látkách, tak i při mentální anorexii a bulimii.

Již několik staletí je dokázán kladný účinek pohybu na lidský organismus a to jak na tělesnou stránku osobnosti, tak zejména na psychiku každého jedince. Z tohoto tvrzení vycházím ve své práci.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na dvě části vyplněných dotazníků a to na **terapii** používanou v léčbě PPP obecně a konkrétně na **terapii pohybovou**, jejíž zmapování v léčbě PPP v ČR bylo cílem mé diplomové práce. Jelikož jsem výzkum rozdělila na dvě části vzhledem k rozdílnosti terapeutických zařízení, budu se věnovat popisu výzkumu u každého typu zařízení zvlášť. Z výzkumu vyplynulo, že v **ambulantních zařízeních** (dále jen AZ) jsou hlavní terapií v léčbě PPP rozličné psychoterapeutické přístupy, převládá kognitivně behaviorální terapie a rodinná terapie. Z podpůrných terapií je dle výsledků aplikována nejčastěji arteterapie, v menší míře muzikoterapie a minimálně ergoterapie. 44% respondentů neuvedlo žádné podpůrné terapie. Domnívám se, že důvodem tohoto výsledku je fakt, že se jedná převážně o klinické psychology, kteří nemají prostory ani finance a zaměstnance na provádění jiných než základních terapií.

Terapie zaměřená na práci s tělem se využívá v AZ v 58%. Z možností, které nabízel dotazník jsou však využívány pouze některé formy. Opět důvodem minimálního využití některých forem souvisí s nedostatkem vhodných prostor, jelikož se jedná převážně o ambulantní praxi. Pohybová terapie (PT) je součástí léčby v 17% AZ a to 1x týdně v jednom zařízení a ve druhém zmiňují, že záleží na dohodě s klientem. Doba trvání PT je v tomto případě 45 min a více. V případě AZ vede PT cvičitelka nebo terapeutka. Relaxační a dechová cvičení jsou využívána většinou zařízení, řízené představy a hraní role jsou také často součástí léčby PT, ostatní druhy PT jsou zařazovány do léčebného programu jen okrajově. Jako relaxační cvičení udává většina respondentů autogenní trénink. Dechová cvičení v léčbě jakéhokoliv psychického onemocnění hrají důležitou roli. Správné dýchání pomáhá spontaneitě tělesného projevu a našim emocím (Hoffmann, Gudat 2003). Dochází tak k celkovému psychickému uvolnění a následné relaxaci. Návčik správného dýchání je jedním z hlavních prvků dále využívaných v pohybové terapii.

Zájem o rozšíření používaných forem PT do budoucna udává 33% respondentů. I přesto, že většina těchto zařízení nemá k dispozici dostatek financí a prostor. Z výpovědí těchto respondentů vyplývá nespokojenost se stávající situací. Rádi by

rozšířili PT o nové formy a to cíleně na konkrétní onemocnění. Důležité je, že mají zájem o nové druhy. Avšak momentální stav ukazuje, že pouze u jednoho respondenta je PT povinnou součástí léčby. Z těch, kteří nemají PT povinnou v léčbě PPP, přemýšlí 42% o její aplikaci do budoucna.

O další vzdělávání v tomto oboru má zájem 58% respondentů. O zaškolení terapeuta jeví zájem 33% odborníků. Mezi důvody, které brání v zařazení pohybové terapie do léčebného programu, udávají respondenti nejčastěji nedostatek kvalifikovaného personálu a finančních prostředků, dále pak nedostatek vhodných prostor, nedostatek praktických zkušeností a někteří uvádějí jako problém nedostatečnou legislativu a nezájem pacientů. Zde myslím, že je také důležitá motivace pacientů k pohybovým aktivitám a individuální přístup, pro který není bohužel někdy prostor. V některých zařízeních začínají již o těchto prvcích uvažovat jako o prioritách. Žádné ze zařízení neudává nedostatek informací, což mě překvapilo, jelikož jsem nabyla z výzkumu dojmu, že stále není v ČR ustálená terminologie týkající se právě pohybové terapie.

**Zařízení s možností hospitalizace (HZ)** se shodují na hlavních léčebných terapiích. V jejich případě je to psychoterapie, farmakoterapie a režimová léčba. V obou HZ je využívána z podpůrných terapií arteterapie, muzikoterapie a na rozdíl od AZ neverbální psychoterapie a ergoterapie. Z psychoterapeutických přístupů jedno zařízení využívá Gestalt terapii, kognitivně behaviorální terapii a druhé psychodynamické přístupy, katatymně imaginativní psychoterapii a behaviorální techniky. Terapii zaměřenou na práci s tělem využívají obě zařízení. Rovněž pohybová terapie je součástí léčby v jejich ZZ a to 4x týdně a častěji v době trvání 45 a více minut, z toho jeden respondent zmiňuje její ojedinělou aplikaci – 1x denně rozvíčka trvající 15-20 minut, 1x měsíčně terapie pohybem v době trvání 90 minut a jednou týdně mají pacientky k dispozici tělocvičnu (nepravidelné využití). Druhé zařízení tuto terapii blíže nespecifikuje. Pohybovou terapii vede psycholog, zdravotní sestra a rozvíčku fyzioterapeut. Druhy PT, které jsou oběma HZ plně využívány, jsou relaxační a dechová cvičení a řízené představy. Jeden respondent navíc udává hraní role a druhý fyzické aktivity, sporty a hry. Obě zařízení mají zájem o rozšíření PT o nové druhy, konkrétně o tanec, masáže, cílenou práci s tělem – zaměřenou i na ostatní poruchy, nejen na PPP. Povinnou součástí léčby je PT v obou zařízeních. O vzdělávání v tomto směru mají zájem opět obě zařízení a o zaškolení terapeuta

taktéž. I přesto, že je v obou zařízeních zařazena do léčby PT, uvedli oba respondenti nedostatek finančních prostředků a nedostatek kvalifikovaného personálu. Jeden z nich navíc uvádí nedostatek vhodných prostor a nedostatek praktických zkušeností. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda se pohybová terapie v léčbě poruch příjmu potravy v České republice používá. Z průzkumu vyplynulo, že pohybová terapie je aplikovanou terapií. Avšak z mého pohledu je určitě v tomto směru co zdokonalovat - pracovat na rozšíření PT o další nové druhy, vzdělávat se v oboru a získávat nové zkušenosti, které jsou v zahraničí již bohaté.

Úskalím mé výzkumné metody v podobě strukturovaného dotazníku zasláného elektronickou poštou byla jeho nízká návratnost. Avšak získání těchto informací z jednotlivých pracovišť jinou cestou je téměř nereálné. Možnost, jak získat více odpovědí, je osobní kontakt, kdy vyplní respondent dotazník s vámi. Bohužel je tento způsob časově i finančně daleko náročnější. Z důvodu vysoké zaneprázdněnosti jednotlivých lékařů, kteří se věnují léčbě poruch příjmu potravy, bylo získání informací o jejich zařízení velmi obtížné. A samotnými lékaři mi bylo sděleno, že jen oni sami mi mohou podat přesný a ucelený pohled na problematiku PPP v jejich zařízeních. Jelikož mi ze 40ti zařízení odpovědělo pouze 14 zařízení, uznávám, že způsob zaslání žádosti o vyplnění dotazníku elektronickou poštou nebyla úplně správná volba výzkumné metody. A proto bych v dalších výzkumech zvolila k dotazníku ještě jinou výzkumnou metodu např. řízený rozhovor. I přes nízký počet zodpovězených dotazníků výzkum dokládá, že zájem o další formy pohybové terapie a vzdělávání v tomto oboru zástupci jednotlivých zařízení roste. K tomu zajisté přispějí další správně metodologicky zpracované výzkumy, které se zdají být vzhledem k účinkům pohybové terapie na lidský organismus nutností a to nejen v léčbě PPP. Pro větší přehlednost a přesnost by bylo zajímavé provést zvlášť výzkum v ambulantních zařízeních, kde se zaměřit na otázku informovanosti těchto zdravotních zařízení o pohybové terapii a zvlášť na zařízení s možností hospitalizace, ve kterých už nějakým způsobem pohybovou terapii aplikují. A tam věnovat detailnější pozornost konkrétním formám PT a jejím léčebným účinkům. Některé z výzkumů by mohly být zaměřeny na prevenci PPP, která je též klíčovým problémem a v ČR velmi málo diskutovaným.

## 5. Závěr

Teoretická část vypovídá mnohé o problematice PPP, charakterizuje tato onemocnění, jejich příčiny, druhy léčby a zmiňuje možnost zařazení pohybové terapie do léčby PPP. Zabývá se vlivem pohybových aktivit na organismus.

Cílem této práce bylo uvést možnosti terapie v léčbě pacientů s PPP, zjistit jejich využití v praxi a vyzdvihnout účinky jedné z podpůrných terapií – terapie pohybem. Pravidelná pohybová aktivita představuje hodnotnou součást celkové terapie v léčbě PPP. Bohužel je u nás zatím minimálně aplikovaná v praxi a navíc jen některé její druhy.

Hoffmann a Gudat ve své práci (2003) zmiňují, že aktivity v oblasti tělesně-duševního propojení jsou v mnoha případech důležitou součástí komplikovaného procesu uzdravení a rovněž významně přispívají ke zdravotní prevenci. Domnívám se tedy, že psychoterapeutické přístupy společně s podpůrnými terapiemi včetně terapie pohybem, správně prováděnými, s ohledem na konkrétního pacienta, mají ve své komplexnosti větší vliv na uzdravení jedince, než kdyby léčebná terapie byla rozfázována na jednotlivé způsoby léčby.

Praktická část založená na datech o využívání pohybové terapie při léčbě PPP navazuje na hlavní část, ve které popisují PPP a vliv pohybu na psychiku člověka. Jejím úkolem je zmapovat situaci a ověřit uplatňování poznatků z předem zmíněných studií do praxe, a to v českých zdravotnických zařízeních. Problematika PPP je závažným tématem všude ve světě, týká se tedy i naší společnosti. Klíčovým momentem v aplikaci pohybové terapie je tedy informovanost o způsobu léčby v zahraničí a další vzdělávání terapeutů, kteří by pohybovou terapii prováděli.

Vždy musí být ovšem zvolena taková forma pohybové terapie, která bude vhodná pro konkrétní onemocnění a vždy s ohledem na odlišnosti každého jedince.

Tato diplomová práce se tedy snaží o zevrubný nástin situace kolem dostupnosti a možností léčby v ČR, stejně tak se snaží na podkladě průzkumu pojednat o úspěšnosti a úskalí léčby osob stížených mentální anorexií a bulimií.

## Seznam použité literatury

### Knihy:

1. BLAHUŠOVÁ, E., *Wellness*. Praha, Olympia 1995, 141 s. ISBN 80-7033-362-6
2. COOPER, P. J.: *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc, Votobia 199
3. ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně pohybová terapie*. Praha, Triton 2005, 119 s. ISBN 80-7254-547-7
4. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1
5. GENDLIN, E.,T., *Focusing*. Praha: Portál 2003, 168 s. ISBN 80-7178-793-0
6. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J., *Rodinná terapie systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing 2003, 182 s. ISBN 80-247-0415-3
7. GRAFFOVÁ, CH., *Koncentrativní pohybová terapie*. Boskovice, Albert 1999, 188 s. ISBN 80-85834-63-4
8. HÁTLOVÁ, B., *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. Praha: Karolinum, 2002, 120s. ISBN 80-246-0420-5
9. HÁTLOVÁ, B., *Kinezioterapie pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum 2003, 167 s. ISBN 80-246-0719-0
10. HOFFMANN, R., GUDAT, U., *Bioenergetická cvičení*. Praha: Portál 2003, 90 s. ISBN 80-7178-756-6
11. HOGENOVÁ, A., *Pohyb a tělo výběr filosofických textů*. Praha: Karolinum 2000, 236 s. ISBN 80-7184-580-9
12. CHOPRA, D., SIMON D., *Sedm duchovních zásad jógy*. Praha: Euromedia Group 2005, 227 s. ISBN 80-249-0643-0

13. KOHOUTOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie*. Praha: Galén 1997, 150 s. ISBN 80-85824-51-5
14. KOMBERCOVÁ, J., SVOBODOVÁ, M. *Autorehabilitační sestava*. Olomouc, Dobra a FONTÁNA
15. KRATOCHVÍL S., *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén 2001, 285 s. ISBN 80-7262-096-7
16. KRCH, F. D.: *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7
17. KRCH, F. D.: *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 172 s. ISBN 80-247-0527-3
18. KRCH, F. D.: *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-7178-598-9
19. KUČERA, M., DYLEVSKÝ, I. *Sportovní medicína*. Praha: Grada, 1999, s. 280 ISBN 80-7169-725-7
20. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha, Lidové noviny 1991, 153 s. ISBN 80-7106-248-0
21. PRAŠKO, J. A KOL., *Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál 2003, 115 s. ISBN 80-7178-810-4
22. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1998, 191 s. ISBN 80-85875-98-5
23. RAHN, E., MAHNKOPF, A., *Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada 2000, s. 466 ISBN 80-7169-964-0
24. PRŮCHA, J., *Pedagogický výzkum, uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum 1995, s. 132 ISBN 80-7184-132-3

### **Články:**

PAPEŽOVÁ, H. Zázračná dieta neexistuje. *Psychologie Dnes*, 2005, č. 10.

JABLONSKÝ, M. Fitness jako životná potřeba. *Muscle and Fitness*, 1998, č. 4.

KOUTEK, J. a KOCOURKOVÁ, J. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících, způsoby jejich určení a následné léčby. *Zdravotnické noviny-příloha lékařské listy*. 2000, č. 47

STÁRKOVÁ, L. Kognitivně behaviorální terapie – praktické užití v ordinaci pedopsychiatra – specializace poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, č. 2.

PROBST, M., COPPENOLLE, H., VANDEREYCKEN, W. Body-Oriented Therapy for Anorexia Nervosa Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1987, č. 2.

### **Diplomové práce:**

Černá, R.: *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy.*/diplomová práce PS FF UK/ 2005

### **On-line citace:**

1. *Rodinná terapie* [online]. [cit.2003-23-04]. Dostupné z:

<http://www.drogy.info.cz/>.

2. *Prevence poruch příjmu potravy II* [online]. c2002. [cit.2006-09-05]. Dostupné z:

<http://rodina-deti.doktorka.cz/>



3. Naučte se milovat své tělo [online]. c2006 [cit.2006-25-05]. Dostupné z:  
<http://sex-vztahy.doktorka.cz/>
4. Psychiatři ČR [online]. [cit.2006-14-04]. Dostupné z:  
<<http://www3.pcp.lf3.cuni.cz/>>
5. Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy [online]. [cit.2006-27-03] Dostupné z: <<http://www.pppinfo.cz/>>
6. Kinezioterapie [online]. c2006. [cit.2006-07-06]. Dostupné z:  
<http://www.sportpsy.cz/>
7. Užitečné odkazy [online]. [cit.2006-27-03]. Dostupné z:  
<<http://www.pppinfo.cz/>>

## **7. Přílohy**

### **Seznam příloh:**

**Příloha A** – dotazník pro jednotlivá ambulantní zařízení

**Příloha B** – dotazník pro jednotlivá zařízení s možností hospitalizace

**Příloha C** – výzkum zbývajících sekcí neuvedených ve výsledcích

## **Příloha A**

### **Dotazník pro jednotlivá ambulantní zařízení zabývající se léčbou PPP - průzkum- výskyt pohybové terapie v ČR**

Vážení lékaři,  
předkládaný dotazník je součástí diplomové práce na katedře FTVS Praha. Diplomová práce popisuje současný stav v oblasti léčby poruch příjmu potravy v České republice. Získané informace budou analyzovány a porovnány s dosavadními celorepublikovými zkušenostmi v této oblasti. Dále z výsledků vyvstanou případná doporučení k takovým změnám, které by vedly ke zkvalitnění léčby a možnosti prevence PPP.  
Děkuji, že i Vy svou pravdivou výpovědí podpoříte celkový záměr diplomové práce.  
Šilhavá Karolina DiS.

**Kontakt: kacifu@seznam.cz**

**Vybrané odpovědi označte křížkem, možno označit i více odpovědí.  
Př. ambulantní terapeutické zařízení X (velké písmeno X za odpověď)**

#### ***Zdravotnické zařízení***

1. Vaše zdravotnické zařízení (ZZ) je:
  - a) ambulantní terapeutické zařízení
  - b) soukromá praxe
  - c) jiné zařízení (uveďte jaké)
  
2. Vaše ZZ je pro pacienty ve věku:
  - a) od 7 do 18
  - b) od 18 a více
  - c) pro všechny věkové kategorie
  
3. Aktuální počet pacientů s PPP:  
-----
  
4. Jaké jsou nejčastější důvody k přijetí pacientů do vašeho ZZ?
  - a) pozorování pro stanovení diagnózy
  - b) zlepšení pacientova zdravotního stavu (už s diagnózou)
  - c) stanovení optimální terapie
  - d) potřeba celodenní specifické péče

## **Pacienti**

5. Jaké typy PPP jsou u pacientů zastoupeny?
- a) mentální anorexie
  - b) mentální bulimie
  - c) atypické a nespecifické PPP
6. a) Jaký je aktuální počet pacientů s mentální anorexií ve vašem ZZ?
- 
6. b) Jaký je počet pacientů s mentálním bulimií?
- 
6. c) zastoupení ostatních PPP:
- 
7. Nejčastější důvody pro umístění pacientů do vašeho zařízení:
- a) návrh od ambulantního psychiatra nebo psychologa
  - b) doporučení od všeobecného ošetřujícího lékaře
  - c) na doporučení svépomocné skupiny či jiné podobné organizace
  - d) pacient vyhledá pomoc sám
  - e) přeložení z jiného oddělení nemocnice- uveďte jakého
- 

## **Zaměstnanci**

8. Součástí terapeutického týmu jsou:
- a) internisté
  - b) psychologové
  - c) psychiatři
  - d) zdravotní sestry
  - e) fyzioterapeuti
  - f) ergoterapeuti
  - g) ostatní (prosím uveďte) –
9. Kdo ze zaměstnanců či externistů vede podpůrné terapie? (vzdělání)
-

10. Postrádáte někoho z terapeutů?

ANO

NE

11. Jestliže ano, z jakého odvětví terapie?

-----

D Terapie

12. Jaké jsou hlavní léčebné terapie používané v léčbě PPP ve vašem zařízení?

-----

13. Jaké druhy podpůrných terapií jsou ve vašem zařízení aplikovány?

Arteterapie

Ergoterapie

Muzikoterapie

Hipoterapie

Jiné (uveďte prosím jaké) -

Žádné

14. Jaké psychoterapeutické přístupy v léčbě používáte?

-----

15. Využíváte psychoterapii zaměřenou na práci s tělem?

ANO

NE

### ***Pohybová terapie (PT)***

16. Je ve vašem zařízení součástí léčby poruch příjmu potravy PT?

ANO

NE

17. V případě, že ano:

Kolikrát týdně je zařazena do léčebného programu?

1x

2x

3x

4x a častěji

18. Jaké časové rozmezí má terapie pohybem?

- méně než 15 min
- 15-20 min
- 20-30 min
- 45 min a více

19. Kdo vede PT?

-----

20. Jaké druhy PT jsou ve vašem zařízení aplikovány?

- Relaxační a dechová cvičení
- Masáže
- Cvičení smyslového vnímání (vizuální představa činností těla- dýchání, tep srdce, pocit hladu, únavy)
- Vnímání sebe a svého těla (video – zpětná vazba)
- Řízené představy (
- Hraní role
- Tanec a kreativní pohyb
- Fyzické aktivity, sporty a hry (posilování, různé formy gymnastiky – aerobik, kalanetika, plavání, volejbal, jízda na koni, strečink, jóga

Jiné aktivity

-----

21. Máte zájem do budoucna tuto součást léčby rozšířit o nové formy?

ANO                      NE

22. Jestliže ano o jaké?

-----

23. Je ve vašem zařízení pohybová terapie povinnou součástí léčby PPP?

ANO                      NE

24. Jestliže ve vašem zařízení není součástí léčby pohybová terapie, přemýšlíte o její aplikaci do budoucna?

ANO                      NE

25. Jestliže ANO máte zájem o vzdělávací kurzy, semináře týkající se poznatků v oblasti podpůrných terapií?

ANO                      NE

26. Měli byste případně zájem o zaškolení terapeuta, který by prováděl PT?

ANO                      NE

27. Jestliže ve vašem zařízení není zařazena pohybová terapie, co je hlavním důvodem tohoto faktu?

- a) finanční prostředky
- b) nedostatek kvalifikovaného personálu
- c) nedostatek vhodných prostor
- d) nedostatečná legislativa
- e) nedostatek přístupných informací
- f) nedostatek praktických zkušeností
- g) nezájem pacientů o tuto formu terapie
- h) jiné důvody

-----

28. Spolupracujete s jiným zařízením podobného typu zabývajícím se léčbou PPP či prevencí ( i svépomocné skupiny) v ČR? (Pokud ano, v jakém rozsahu a na jakém základě)

ANO                      NE

-----

29. Spolupracujete s jiným zařízením podobného typu (léčba PPP) v zahraničí? (Pokud ano, v jakém rozsahu a na jakém základě)

ANO                      NE

-----

Datum vyhotovení dotazníku: \_\_\_\_\_

Děkuji za Váš čas.

## **Příloha B**

### **Dotazník pro jednotlivá zařízení zabývající se léčbou PPP s možností hospitalizace**

#### **- průzkum- výskyt pohybové terapie v ČR**

Vážení lékaři,  
předkládaný dotazník je součástí diplomové práce na katedře FTVS Praha. Diplomová práce popisuje současný stav v oblasti léčby poruch příjmu potravy v České republice. Získané informace budou analyzovány a porovnány s dosavadními celorepublikovými zkušenostmi v této oblasti. Dále z výsledků vyvstanou případná doporučení k takovým změnám, které by vedly ke zkvalitnění léčby a možnosti prevence PPP.

Děkuji, že i Vy svou pravdivou výpovědí podpoříte celkový záměr diplomové práce. Šilhavá Karolina DiS.

**Kontakt: kacifu@seznam.cz**

**Vybrané odpovědi označte křížkem, možno označit i více odpovědí.**

**Př. Lůžkové terapeutické zařízení X (velké písmeno X za odpověď)**

#### **Zdravotnické zařízení**

1. Vaše ZZ je pro pacienty ve věku:

- a) od 7 do 18
- b) od 18 a více
- c) pro všechny věkové kategorie

2. Celková kapacita oddělení (počet lůžek) pro PPP:

-----

3. Aktuální počet pacientů s PPP:

-----

4. Jaké jsou nejčastější důvody pro umístění pacientů do vašeho ZZ?

- c) pozorování pro stanovení diagnózy
- d) zlepšení pacientova zdravotního stavu (už s diagnózou)
- c) stanovení optimální terapie
- d) potřeba celodenní specifické péče



## **Pacienti**

1. Jaké typy PPP jsou u pacientů zastoupeny?
  - b) mentální anorexie
  - b) mentální bulimie
  - c) atypické a nespecifické PPP

6. a) Jaký je aktuální počet pacientů s mentální anorexií ve vašem ZZ?

-----

2. b) Jaký je počet pacientů s mentálním bulimif?

-----

6. c) zastoupení ostatních PPP:

-----

7. Nejčastější důvody pro umístění pacientů do vašeho zařízení:
  - a) návrh od ambulantního psychiatra nebo psychologa
  - b) doporučení od všeobecného ošetřujícího lékaře
  - c) na doporučení svépomocné skupiny či jiné podobné organizace
  - d) pacient vyhledá pomoc sám
  - e) přeložení z jiného oddělení nemocnice-uveďte jakého

-----

8. Jsou pacienti umíst'ováni na pokoje dle závažnosti onemocnění?

ANO                      NE

9. Jsou pacienti umíst'ováni na pokoje dle typu PPP?

ANO                      NE

## **Zaměstnanci**

10. Součástí terapeutického týmu jsou:
  - a) internisté
  - b) psychologové
  - c) psychiatři
  - d) zdravotní sestry
  - e) fyzioterapeuti
  - f) ergoterapeuti

g) ostatní (prosím uveďte) –

11. Kdo ze zaměstnanců či externistů vede podpůrné terapie? (vzdělání)

-----

12. Postrádáte někoho z terapeutů?

ANO

NE

13. Jestliže ano, z jakého odvětví terapie?

-----

#### D Terapie

14. Jaké jsou hlavní léčebné terapie používané v léčbě PPP ve vašem zařízení?

-----

15. Jaké druhy podpůrných terapií jsou ve vašem zařízení aplikovány?

Arteterapie

Ergoterapie

Muzikoterapie

Hipoterapie

Jiné (uveďte prosím jaké) -

Žádné

16. Jaké psychoterapeutické přístupy v léčbě používáte?

-----

17. Využíváte psychoterapii zaměřenou na práci s tělem?

ANO

NE

#### **Pohybová terapie (PT)**

18. Je ve vašem zařízení součástí léčby poruch příjmu potravy PT?

ANO

NE

19. V případě, že ano:

Kolikrát týdně je zařazena do léčebného programu?

1x

2x

3x

4x a častěji

20. Jaké časové rozmezí má terapie pohybem?

méně než 15 min

15-20 min

20-30 min

45 min a více

21. Kdo vede PT?

-----

22. Jaké druhy PT jsou ve vašem zařízení aplikovány?

Relaxační a dechová cvičení

Masáže

Cvičení smyslového vnímání (vizuální představa činností těla- dýchání, tep srdce, pocit hladu, únavy)

Vnímání sebe a svého těla (video – zpětná vazba)

Řízené představy (

Hraní role

Tanec a kreativní pohyb

Fyzické aktivity, sporty a hry (posilování, různé formy gymnastiky – aerobik, kalanetika, plavání, volejbal, jízda na koni, strečink, jóga

Jiné aktivity

-----

23. Máte zájem do budoucna tuto součást léčby rozšířit o nové formy?

ANO

NE

24. Jestliže ano o jaké?

-----

25. Je ve vašem zařízení pohybová terapie povinnou součástí léčby PPP?

ANO

NE

26. Jestliže ve vašem zařízení není součástí léčby pohybová terapie, přemýšlíte o její aplikaci do budoucna?

ANO NE

27. Jestliže ANO máte zájem o vzdělávací kurzy, semináře týkající se poznatků v oblasti podpůrných terapií?

ANO NE

28. Měli byste případně zájem o zaškolení terapeuta, který by prováděl PT?

ANO NE

29. Jestliže ve vašem zařízení není zařazena pohybová terapie, co je hlavním důvodem tohoto faktu?

- i) finanční prostředky
- j) nedostatek kvalifikovaného personálu
- k) nedostatek vhodných prostor
- l) nedostatečná legislativa
- m) nedostatek přístupných informací
- n) nedostatek praktických zkušeností
- o) nezájem pacientů o tuto formu terapie
- p) jiné důvody

-----

30. Spolupracujete s jiným zařízením podobného typu zabývajícím se léčbou PPP či prevencí ( i svépomocné skupiny) v ČR? (Pokud ano, v jakém rozsahu a na jakém základě)

ANO NE

-----

31. Spolupracujete s jiným zařízením podobného typu (léčba PPP) v zahraničí? (Pokud ano, v jakém rozsahu a na jakém základě)

ANO NE

-----

Datum vyhotovení dotazníku: \_\_\_\_\_

Děkuji za Váš čas.

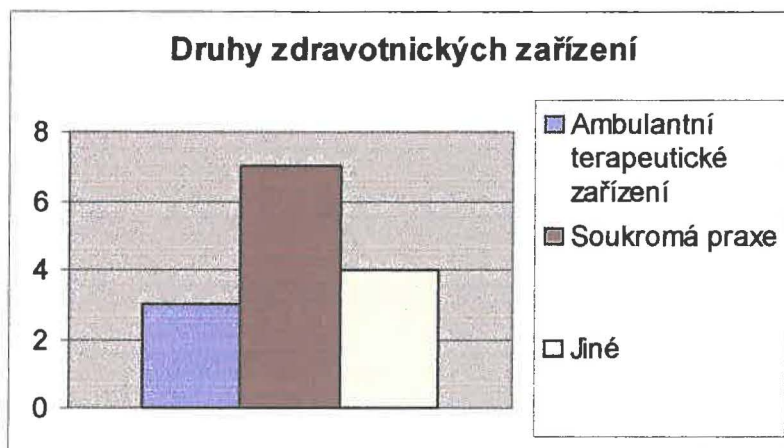
## Příloha C

### Výzkum zbývajících sekcí neuvedených ve výsledcích

#### I. Ambulantní zdravotnická zařízení

##### A. Zdravotnické zařízení (dále jen ZZ)

**Položka č. 1** zjišťovala typ ZZ. Z nabízených odpovědí byla respondenty nejčastěji vybrána možnost b) soukromá praxe, a to 7 respondenty, z toho dva označili zároveň možnost a) ambulantní terapeutické zařízení společně s 1 respondentem, který označil pouze tuto možnost. Možnost c) jiné označili 4 respondenti a uvedli tyto druhy zařízení: zdravotní ústav a nutriční poradenství, manželská a rodinná poradna, privátní psychologická poradna a poslední z respondentů uvedl jen, že nejsou ZZ. Osa y značí počet a osa x typ zdravotnických zařízení (viz. Graf 1).



Graf 1

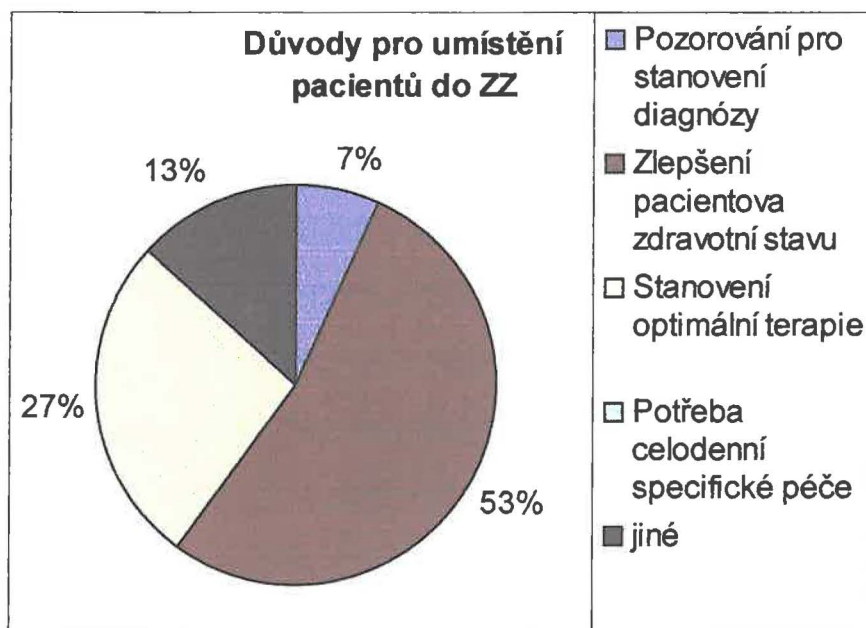
**Dotazníková položka č. 2** se ptala respondentů na věkové složení pacientů v jejich ZZ. Většina zařízení pracuje s pacienty všech věkových kategorií (viz graf 2).



Graf 2

**Dotazníková položka č. 3** zjišťovala aktuální počet pacientů v ZZ léčených na PPP. Počet pacientů se pohybuje od 2 do 17.

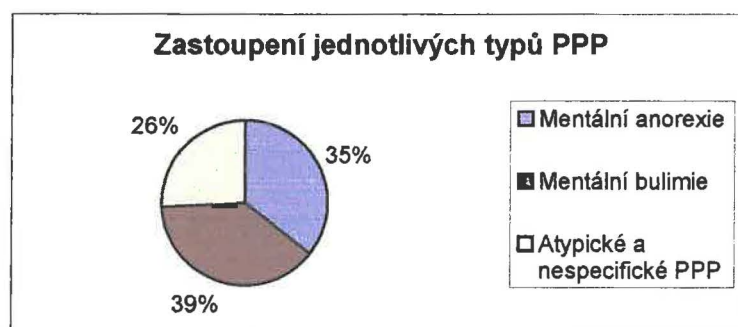
**Dotazníková položka č. 4** se dotazuje na důvody, pro které byl pacient umístěn do ZZ. Zlepšení pacientova zdravotního je hlavním důvodem u většiny respondentů (53%). 27% resp. uvedlo jako jeden z důvodů pro umístění pacienta stanovení optimální terapie. Jeden respondent navíc upozorňuje na důležitost prvního záchytu z hlediska komplexnosti výživy a behaviorálního ovlivnění (7%). Dva respondenti označili možnost e) jiné důvody: ambulantní terapie v jednom případě a dobrovolná účast klientek na kurzech snižování nadváhy ve druhém (13%). (viz graf 4).



Graf 4

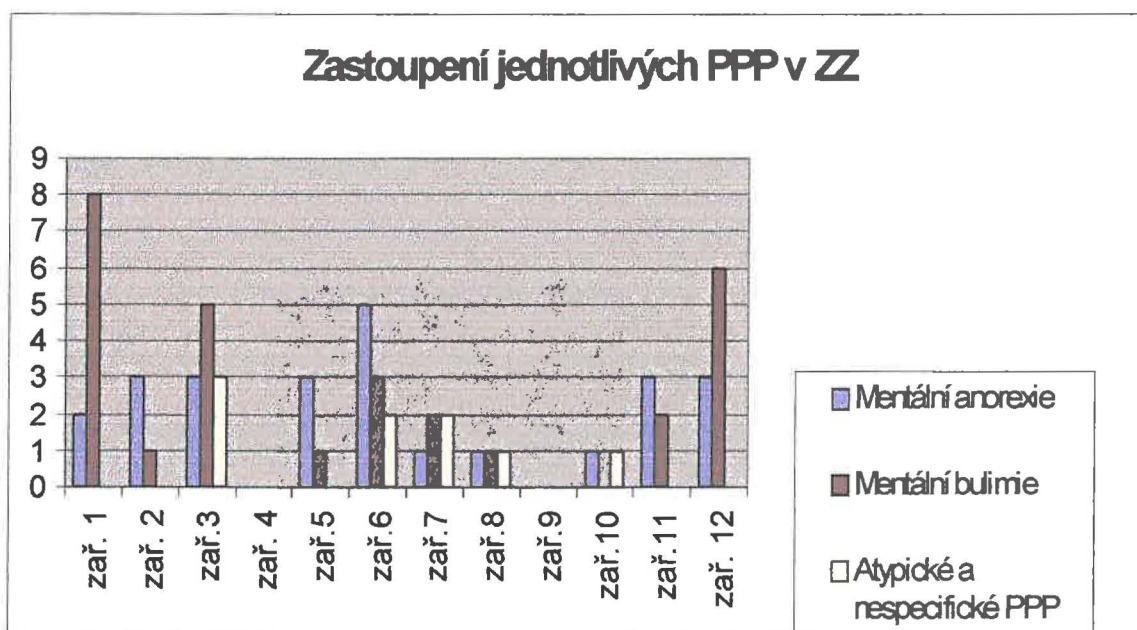
## **B. Pacienti**

**Dotazníková položka č. 5** byla informací o zastoupení jednotlivých typů PPP v ZZ. Nejčastěji se u pacientů dotazovaných odborníků vyskytuje mentální bulimie (39%), následuje mentální anorexie (35%) a v menším míře jsou zastoupeny i atypické a nespecifické PPP (26%) (viz graf 5).



Graf 5

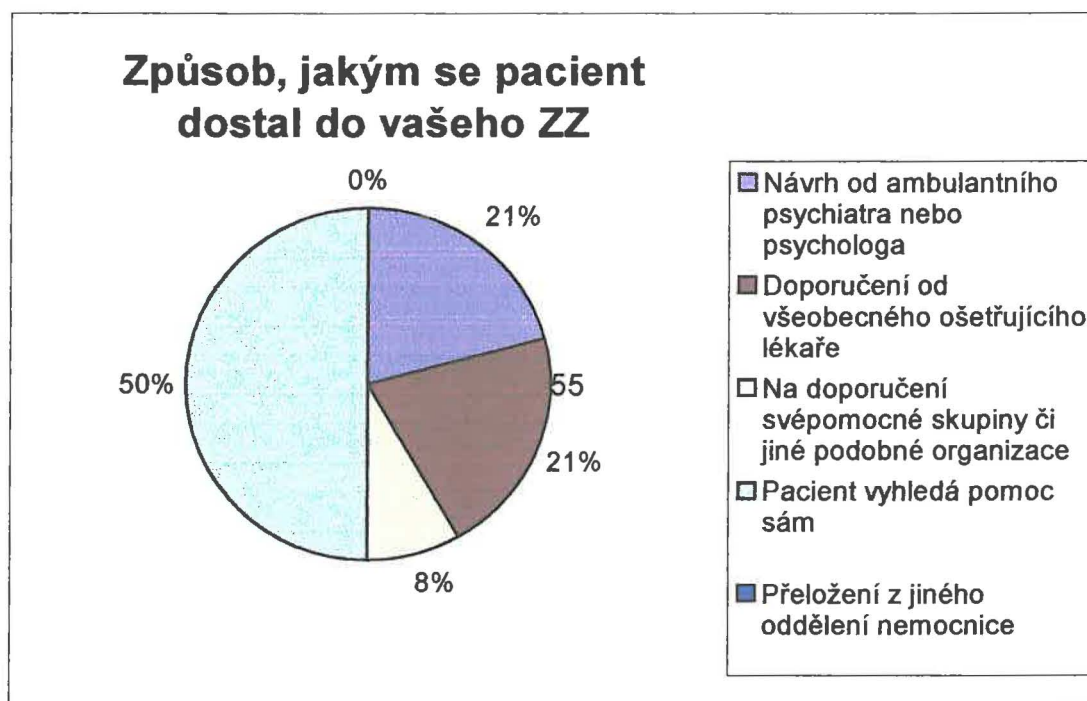
**Dotazníková položka č. 6** měla za úkol zjistit jaký je aktuální počet pacientů trpících mentální anorexií, mentální bulimií a ostatními PPP v jednotlivých ZZ. Bylo zjištěno, že nejčastější PPP u pacientek vyšetřovaných uvedenými respondenty byla mentální bulimie (29), dále pak mentální anorexie (25) a nakonec v menší míře se vyskytující atypické a nespecifické PPP (9). Osa y označuje počet pacientek s danou poruchou a osa x znázorňuje jednotlivá ZZ (viz graf 6). U jedné respondentky nebyla diagnóza dosud specifikována.



Graf 6

V **dotazníkové položce č. 7** měli respondenti za úkol označit způsob, jakým se nejčastěji pacienti dostali k léčbě právě v jejich ZZ. Polovina z nich uvedla jako jeden z hlavních způsobů vyhledání konkrétního ZZ (nebo lékaře) samotným pacientem. Další cesta vedla přes ambulantního psychiatra, psychologa nebo všeobecného ošetřujícího lékaře (21%). Minimum pacientů se dostalo do péče přes svépomocnou skupinu či podobnou organizaci (8%) (viz graf 7). Nikdo z pacientů nebyl přeložen z jiného oddělení nemocnice.





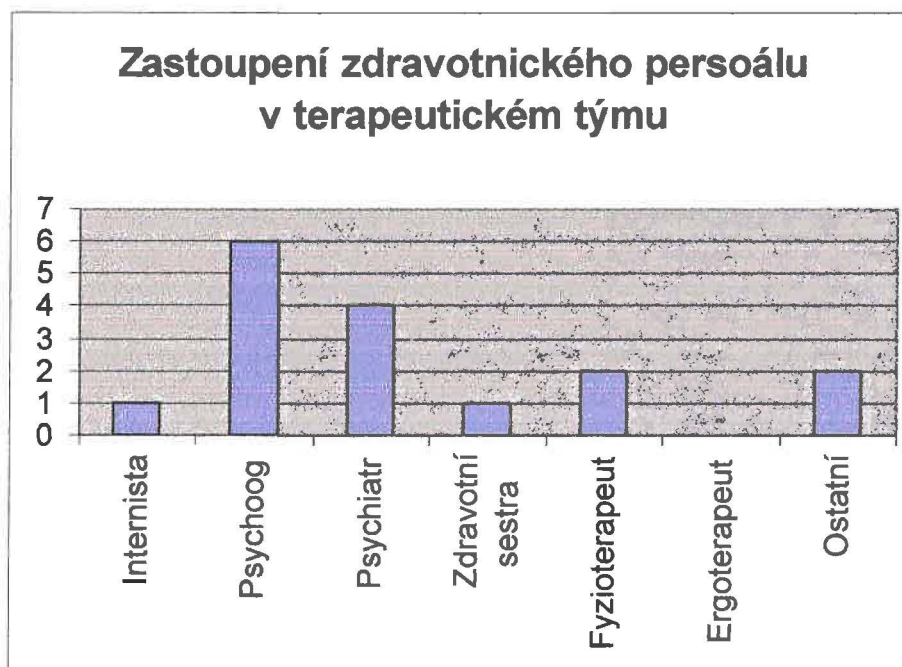
Graf 7

### C. Zaměstnanci

**Položka č. 8** zjišťovala, kdo je součástí terapeutického týmu v daném ZZ. Nejčastěji se na léčbě podílí psycholog nebo psychiatr, dále jsou zde zastoupeny zdravotní sestry, fyzioterapeuti, v jednom případě internista, pediatr, homeopat. V žádném zařízení není součástí terapeutického týmu ergoterapeut. Osa y znázorňuje kolik odborníků dané profese pracuje ve všech ZZ a osa x jednotlivé profese zastoupené v ZZ (viz. Tab. č. 2, Graf 8).

Profese	Počet zastoupených profesí
Internista	1
Psychoog	6
Psychiatr	4
Zdravotní sestra	1
Fyzioterapeut	2
Ergoterapeut	0
Ostatní	2

Tab. 2

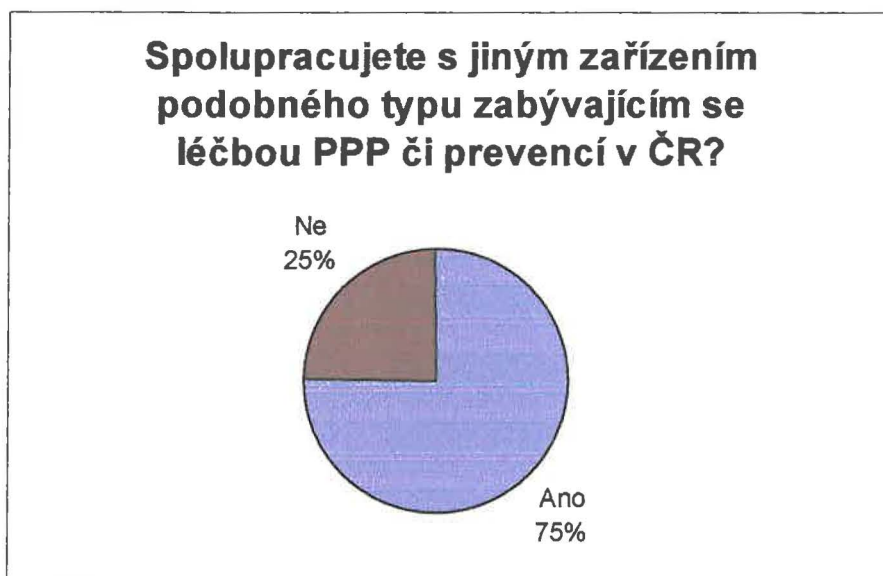


Graf 8

**Položka č. 9** byla informací o vedení podpůrných terapií. Dva respondenti udali u svých terapeutů vysokoškolské a střední odborné vzdělání a jeden z nich se v dotazníku zmínil o psychoterapeutickém výcviku. Další z respondentů udává jako vedení terapie psychologa a psychoterapeuta, kteří prošli psychoterapeutickým vzděláním. A poslední z respondentů, který odpověděl na tuto položku, uvedl jako vedení terapie sám sebe, psychologa.

**Položka č. 10 a 11** zjišťovaly, zda ZZ postrádá někoho z terapeutů (10), popř. z jakého odvětví (11). Všichni respondenti až na jednoho nepostrádají nikoho z terapeutů. Jeden z dotázaných uvádí v této položce, že spolupracuje s psychiatry z jiných zařízení. Další z respondentů by rád uvítal ve svém týmu ergoterapeuta, fyzioterapeuta- někoho orientovaného na práci s pacienty trpícími PPP, nejen obecně zaměřeného, jako jsou nyní.

**Položka č. 28** zjišťuje spolupráci respondentů s podobnými zařízeními zabývajícími se též léčbou či prevencí PPP. Většina dotazovaných spolupracuje s jiným zařízením (75%). Jeden respondent udává spolupráci s psychiatry. Další z respondentů uvádí konkrétní pracoviště – fakultní nemocnici a dvě kliniky z důvodu zajištění léčby v lůžkovém zařízení. Další respondent spolupracuje s jinou ambulancí a svépomocnou organizací. Jiný respondent se zmiňuje o předávání klientů s psychiatrickou klinikou při FN. Další udává spolupráci se svépomocnou skupinou. Další uvádí následnou péči. Další uvádí spolupráci s psychology, rehabilitací, doporučení péče v konkrétním zdravotním zařízení (viz graf 19).



Graf 19

**Položka č. 29** se ptá respondentů na spolupráci s podobným zařízením v zahraničí. Všichni respondenti uvedli, že nespolupracují s žádným takovým zařízením mimo republiku

## **II. Lůžková zdravotnická zařízení**

### **A. Zdravotnické zařízení**

**Položka č. 1** se ptala na věkové složení pacientů. Oba dotazovaní odpověděli, že v jejich zařízení jsou pacienti ve věku od 18ti a více let. Z toho jeden z nich upřesňuje horní věkovou hranici na 65 let.

**Položka č. 2** zjišťovala celkovou kapacitu lůžek pro pacienty s PPP. Oddělení v plzeňské nemocnici má celkovou kapacitu 16 lůžek, není však specializované na PPP, současně zde byli přítomni maximálně 4 pacienti s PPP při plně obsazeném

oddělení. A specializovaná jednotka na psychiatrické klinice v Brně má k dispozici 6 lůžek pro tyto pacienty.

**Položka č. 3** byla informací o aktuálním počtu pacientů s PPP. Jeden respondent měl v péči v době výzkumu 2 pacienty a druhý resp.měl na svém oddělení 6 pacientek.

**Dotazníková položka č. 4** se dotazuje na důvody, pro které byl pacient umístěn do ZZ. U obou respondentů pracujících v lůžkových zařízeních je hlavním důvodem zlepšení pacientova zdravotního stavu a potřeba celodenní specifické péče.

## **B. Pacienti**

**Dotazníková položka č. 5** byla informací o zastoupení jednotlivých typů PPP v ZZ. Respondenti shodně odpověděli, že v jejich zařízeních jsou zastoupeny jak mentální anorexie, tak mentální bulimie i atypické a nespecifické PPP.

**Dotazníková položka č. 6** měla za úkol zjistit jaký je aktuální počet pacientů trpících mentální anorexií, mentální bulimií a ostatními PPP v jednotlivých ZZ. Bylo zjištěno, že nejčastější PPP u pacientek vyšetřovaných uvedenými respondenty byla mentální bulimie (5), dále pak mentální anorexie (3), atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy se nevyskytovaly v době výzkumu ani v jednom z uvedených ZZ. Osa y – počet jednotlivých pacientek osa x – jednotlivá ZZ (viz Graf 2).

**Položka č. 11** se ptala, kdo ze zaměstnanců či externistů vede podpůrné terapie. V prvním případě vedou podpůrné terapie zdravotní sestry. Většinou jde o nějaký druh psychoterapeutického výcviku nebo kurzu. Ranní rozcvičku vede fyzioterapeut. Skladbou jídelníčku a počítáním kalorií se zabývá nutriční sestra.

**Dotazníkovou položkou č. 12 a 13** bylo zjišťováno, zda zařízení nepostrádá někoho z terapeutů. Oba respondenti potřebují někoho z terapeutů. Jednomu chybí při skupinové psychoterapii koterapeut a druhý respondent zmiňuje nedostatek kvalifikovaných psychoterapeutů.

## **F. Spolupráce**

**Položka č. 30 a 31** zjišťují spolupráci respondentů s podobnými zařízeními zabývajícími se též léčbou či prevencí PPP v ČR a v zahraničí. Z odpovědí respondentů z lůžkových ZZ vyplynulo, že nespolupracují s žádným zařízením podobného typu.