

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Zuzana Baranová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Fyzioterapie B0915P360008

Zuzana Baranová

Studijní obor: Fyzioterapie B0915P360008/0

**PRÁCE S PACIENTEM S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY
Z POHLEDU FYZIOTERAPEUTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Votík

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Zuzana Baranová

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Práce s pacientem s poruchami příjmu potravy z pohledu fyzioterapeuta

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Votík

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 93

Klíčová slova: anorexia nervosa, bulimia nervosa, body image, kinezioterapie, tělesné uvědomění

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zařazení fyzioterapeutické intervence do terapie poruch příjmu potravy. V teoretické části jsou popsány základní druhy poruch příjmu potravy a s nimi spojené zdravotní problémy. Z velké části je věnována pozornost vnímání vlastního těla u pacientů s PPP a možným metodám, které fyzioterapeuti používají ke zlepšení tělesného uvědomění. Praktická část navazuje na získané poznatky a využívá některé techniky při terapii pacientky s mentální anorexií a mentální bulimií. Výsledky byly odečítány po čtyřech měsících terapie podobně jako na belgické klinice v Kortenbergu. Většina výsledků potvrdila pozitivní vliv fyzioterapie na léčbu poruch příjmu potravy, u jiných zůstaly hodnoty stejné jako při vstupním vyšetření.

Abstract

Surname and name: Zuzana Baranová

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: Dealing with a patient with eating disorders from the perspective of a physiotherapist

Consultant: Mgr. Tomáš Votík

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 93

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, body image, kinesiotherapy, body awareness

Summary:

This bachelor's thesis focuses on the inclusion of physiotherapy intervention in the treatment of eating disorders. In the theoretical part, the basic types of eating disorders and their associated health problems are described. Much of the attention is given to the perception of one's own body in patients with ED and the possible methods used by physiotherapists to improve body awareness. The practical part builds on the gained knowledge and uses some techniques in the treatment of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Results were read after four months of therapy similar to the Belgian clinic in Kortenberg. Most results confirmed the positive effect of physiotherapy on the treatment of eating disorders, while for other results the values remained the same as at the initial examination.

Poděkování

Děkuji Mgr. Tomášovi Votíkovi za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů a věcné připomínky v průběhu psaní práce. Dále patří obrovské poděkování pacientce, která se účastnila celého výzkumu a svědomitě plnila cvičební plán.

Obsah

1	Úvod	12
	Teoretická část	14
2	Historie Poruch příjmů potravy a její terapie	14
3	Charakteristika poruch příjmu potravy	16
3.1	Mentální anorexie	16
3.2	Mentální bulimie	18
3.3	Další typy poruch příjmu potravy	19
3.3.1	Psychogenní přejídání	19
3.3.2	Syndrom nočního přejídání	20
3.3.3	Ortorexie	20
3.3.4	Vyhýbavá a restriktivní porucha příjmu potravy	20
3.3.5	Pica	20
3.4	Zdravotní rizika u poruch příjmu potravy	21
3.4.1	Kardiovaskulární systém	21
3.4.2	Ženský reprodukční systém	21
3.4.3	Neurologické poruchy	22
3.4.4	Gastrointestinální trakt	22
3.4.5	Metabolismus kostí	23
3.4.6	Respirační systém	23
3.4.7	Kožní projevy	23
3.4.8	Orální zdraví	23
3.4.9	Renální komplikace	24
4	Percepce těla a pohyb u pacientů s PPP	25
4.1	Sebepojetí a body image	25
4.1.1	Sebepojetí	25
4.1.2	Body image	26
4.1	Vnímání vlastního těla u pacientů s PPP	26
4.2	Vliv pohybu na psychický stav	28
4.3	Excesivní cvičení u PPP	29
5	Možnosti terapie u poruch příjmu potravy	31
5.1	Prevence u poruch příjmu potravy	31
5.2	Léčba u poruch příjmu potravy	32
5.2.1	Léčebné cíle	33
5.3	Možnosti fyzioterapeutické intervence	33
5.3.1	Terapie zaměřená na tělo (BOT)	33

5.3.2	Aerobní a anaerobní cvičení	34
5.3.3	Léčebná tělesná výchova	34
5.3.4	Relaxační cvičení	35
5.3.5	Masáže	35
5.3.6	Bioenergetika a biosyntéza	36
5.3.7	Dechová cvičení	37
5.3.8	Jóga	37
5.3.9	Koncentrativní pohybová terapie (KPT)	38
5.3.10	Mirror exposure therapy	39
5.3.11	Sensory awareness training	39
6	Vyšetřovací metody u poruch příjmu potravy	40
6.1	Testy a dotazníky	40
6.1.1	Test vztahu k vlastnímu tělu (BAT)	40
6.1.2	Hyperactivity and Exercise Inventory	40
6.2	Kineziologický rozbor	40
6.2.1	Anamnéza	40
6.2.2	Vyšetření aspektů	41
6.2.3	Antropometrie	41
6.2.4	Měření hmotnosti těla a výškových rozměrů	42
6.3	Měření tělesného složení	42
6.3.1	Bioelectrical impedance analysis (BIA)	42
6.3.2	Index tělesné hmotnosti (BMI)	42
6.3.3	Kaliperace	43
6.4	Vyšetření stereognozie a somatognozie	43
6.4.1	Vyšetření selektivní hybnosti	43
6.4.2	Vyšetření schopnosti relaxace	43
6.4.3	Test na somatognozii	44
6.4.4	Vyšetření propriocepce	44
	Praktická část	45
7	Cíle práce a výzkumné problémy	45
7.1	Cíle práce	45
7.2	Výzkumné problémy	45
8	Charakteristika sledovaného souboru	46
8.1	Bližší charakteristika pacientky	46
8.1.1	Anamnéza	46
9	Metodika	49

9.1	Vstupní vyšetření	49
9.2	Terapeutická jednotka.....	50
9.3	Dotazníkové šetření	51
10	Výsledky.....	52
10.1	Výzkumný problém 1	52
10.1.1	Vyšetření aspektů	52
10.1.2	Vyhodnocení.....	54
10.2	Výzkumný problém 2	54
10.2.1	Výsledky BAT.....	54
10.2.2	Výsledky testů na somatognozii a stereognozii	55
10.2.3	Vyhodnocení.....	56
10.3	Výzkumný problém 3	56
10.3.1	Měření obvodů horních končetin	56
10.3.2	Měření obvodů dolních končetin.....	57
10.3.3	Měření obvodů v oblasti trupu	57
10.3.4	Vyhodnocení.....	58
10.4	Výzkumný problém 4	58
10.4.1	Měření tělesného složení	58
10.4.2	Vyhodnocení.....	60
10.5	Výzkumný problém 5	60
10.5.1	Výsledky dotazníku Hyperaktivity and Exercise Inventory	60
10.5.2	Vyhodnocení.....	61
10.6	Výzkumný problém 6	61
10.6.1	Dotazníkové šetření	61
10.6.2	Vyhodnocení.....	63
	Diskuze	64
	Závěr.....	71
	Seznam použité literatury	73
	Seznam zkratk.....	84
	Seznam tabulek	85
	Seznam příloh	86
	Přílohy	87

1 ÚVOD

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychiatrická onemocnění s nejsložitější léčbou, kvůli nepřebornému množství přidružených fyzických i psychických onemocnění, které se pacient od pacienta liší, a proto u každého jednotlivce musíme přistupovat individuálně i při volbě způsobu terapie (Crow a Peterson, 2009). Vancampfort et al. (2013) píše, že pacienti pociťují uvědomění svého těla a zvýšení sebevědomí jako základní aspekty ovlivňující léčbu.

Možná se zdá nezvyklé zařazení pohybu do terapie u pacientů s poruchami příjmu potravy zejména pokud jejich onemocnění způsobuje extrémní snižování jejich tělesné hmotnosti a často se pojí s excesivním cvičením. Proto se pokusíme prostřednictvím psaní této práce pochopit, jakým způsobem může právě pohybová aktivita pomoci, které fyzioterapeutické metody jsou dle výzkumů vhodné a jak fungují.

Protože se jedná o psychické onemocnění, zaměříme se zejména na to, jakým způsobem se při těchto onemocněních mění vnímání těla a popíšeme některé metody, které můžeme jako fyzioterapeuti využít a napomoci tak pacientům k uzdravení.

Některé země Evropy jako je Belgie, Velká Británie, Španělsko, Nizozemsko a Skandinávské země se ve velké míře věnují fyzioterapii v oblasti duševního zdraví. Studenti fyzioterapie jsou v těchto zemích vedeni k tomu, aby pozorovali specifické vztahy mezi somatickými a psychickými příznaky nemocí a naučili se pomáhat pacientům s různými klinickými projevy duševního onemocnění včetně patologie poruch příjmu potravy (Probst et al., 2012; Probst et al., 2013).

I v dalších zemích světa se setkáváme s hojným využitím pohybové intervence při terapii poruch příjmu potravy. Příkladem můžeme uvést Austrálii, Kanadu, Japonsko nebo USA. U každého autora z různých částí země narazíme na zcela odlišný přístup, nicméně se autoři shodují, že pokud je pohybová aktivita vhodně zvolena, pozitivně přispívá k léčbě těchto onemocnění (Dušková a Pavlů, 2009).

V České republice se na psychiatrických klinikách také setkáváme se zařazením kinezioterapie k léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy, a i přestože neexistuje žádný jednotný přístup, většina pacientů tento způsob terapie vítá (Dušková a Pavlů, 2011). Kinezioterapie umožní pacientům lépe své tělo vnímat, rozpoznat a vyjádřit své emoce a prožitky. Tím se dokáží hlouběji ponořit do svého nitra a pochopit sebe sama. Pohyb pozitivně

ovlivňuje také přidružené psychické potíže jako jsou úzkosti, deprese, zvýšené napětí a přehnané reakce na stres (Friedrich et al., 2007; Beumont et al., 1994).

Na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK v Praze byl realizován výzkum, kterého se účastnilo 10 pacientek s diagnózou mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovité přejídání. Výzkum se zaměřoval na hodnocení účinků kinezioterapie na body image pacientek pomocí dotazníku Body Attitude Test (Dušková a Pavlů, 2011), který využíváme i v této bakalářské práci. V praktické části se inspirováme tímto výzkumem a jeho výsledky porovnáme s hodnotami získanými od pacientky v ambulantní péči. Cílem práce je popsat možnosti fyzioterapeutické intervence u pacientů s PPP a vybrané metody aplikovat při terapii.

Dalším cílem práce je zjistit, zda jsou fyzioterapeuti z českých psychiatrických zařízení součástí multidisciplinárního týmu při terapii pacientů s PPP a hlouběji prozkoumat jaké přístupy jsou nejčastěji při fyzioterapeutické intervenci v Česku využívány. Ke sběru dat využijeme krátký dotazník, který rozešleme k zodpovězení fyzioterapeutům v cílových zařízeních.

Na závěr tedy plánujeme získat ucelenější obraz průběhu a výsledků léčby poruch příjmu potravy v České republice z pohledu fyzioterapeuta a prakticky aplikovat naše poznatky při terapii pacientky.

TEORETICKÁ ČÁST

2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMŮ POTRAVY A JEJÍ TERAPIE

V minulosti bylo odmítání jídla přisuzováno hlavně somatickým příčinám. Během staletí bylo často přidružováno k psychiatrickým poruchám, ale samo o sobě nebylo nezvyklé chování týkající se přijímání stravy považováno za patologii. Dodržování půstu bylo někdy také praktikováno křesťany jako sebetrestající nástroj. Objevují se také úvahy o nadpřirozených silách, které tento postoj k jídlu ovlivňují (Procházková a Ševčíková, 2017).

Termín anorexie nejspíše poprvé zazněl z úst doktora Galéna již ve 2. století našeho letopočtu. Žádné spolehlivé poznatky o této nemoci se však ještě dlouho poté nikde neobjevily (Faltus in Papežová et al., 2018).

Historicky první člověk, který dobrovolně zemřel hladem byla údajně sv. Kateřina ze Sienny, které se měl zjevit Kristus a nabídnout jí krev z jeho ran jako útěchu pro její žaludek. Od té doby se Kateřina domnívala, že nemusí až do konce svého života jíst. Díky tomu se ještě před smrtí stala uznávanou poradkyní šlechty (Faltus in Papežová et al., 2018; Bencko a Tryfos, 2015).

První známé popsané případy mentální anorexie se datují až do 19. století, kdy francouzský fyziolog Fleury Imbert popsal dvě varianty tohoto onemocnění: gastrickou, kterou přidružoval poruchám trávení, a nervovou, jejíž příčinou bylo psychické onemocnění (Faltus in Papežová et al., 2018).

Jako psychogenní nemoc mentální anorexii popsali nezávisle na sobě dva lékaři – Sir Wiliam Whitney Gull a pařížský klinický lékař Ernest-Charles Laségue. Londýnský lékař Gull roku 1874 publikoval článek o anorexia hysterica a rok před ním, tedy 1873 napsal Laségue o anorexia hystérique. Poté trvalo dalších několik desítek let, než se o toto onemocnění začal odborný tisk více zajímat (Procházková a Ševčíková, 2017).

Ve čtyřicátých letech 20. století byla mentální anorexie vlivem psychoanalýzy přesunuta z interní medicíny a začal se tvořit komplexnější obraz tohoto onemocnění jako onemocnění psychiatrické (Procházková a Ševčíková, 2017).

Dějiny mentální bulimie sahají podobně jako mentální anorexie do daleké minulosti. První zmínka pochází z druhého století od Galéna, který ji pojmenoval *bulimis*. Toto

pojmenování vychází z řeckých slov bous a limos, což v překladu znamená býčí hlad (Faltus in Papežová et al., 2018).

Již v době antického Říma se však ve vznešených vrstvách společnosti objevovalo obžerství spojené se zvracením, které bylo společensky zcela normalizováno a často považováno za způsob zábavy šlechty. V minulosti byl tento jev několikrát nazván bulimií. Stejným názvem však vědci označovali také stavy slabosti a mdloby vyvolané hladověním (Faltus in Papežová et al., 2018).

Význam termínu bulimie zůstal až do 20. století nejasný a teprve v 50. letech se začal přirovnávat k mentální anorexii a spojovat s emocionálními faktory (Faltus in Papežová et al., 2018).

Konkrétní příznaky popsal v roce 1979 americký psychiatr G. Russel a použil pojmenování bulimia nervosa (Procházková a Ševčíková, 2017). Pacienty trpícím tímto onemocněním popsal G. Russel jako ženy s chorobným strachem ze ztloustnutí a s normální tělesnou hmotností (Faltus in Papežová et al., 2018).

Výzkumy a poznatky o poruchách příjmu potravy se stále rozrůstají a zaměřují se na různé problematiky s těmito onemocněními spojenými. Díky tomu narůstají i možnosti léčby a prevence. V posledních letech se objevuje také stále více výzkumů ohledně využití pohybové terapie.

Roku 1970 Ziemer a Ross navrhli první fyzioterapeutický plán pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Cvičením chtěli přispět k udržení váhového přírůstku a zvýšení svalové síly. Jejich hlavní zásadou bylo vyhýbat se zbytečnému výdeji energie, čehož chtěli docílit edukací pacientů o limitech cvičení a mírnit jejich tendenci k excesivnímu cvičení poskytnutím možnosti cvičení v kontrolovaném prostředí (Probst et al., 2013).

V 80. letech minulého století belgičtí odborníci Vandereycken, Probst a Meermann (1988), kteří se zabývají poruchami příjmu potravy, začali zařazovat fyzickou aktivitu do terapie pacientů s touto problematikou. Konkrétně doporučují přizpůsobenou fyzickou aktivitu, jógu, tai-chi, zrcadlovou terapii a tanec. Mohly bychom říci, že všechny uvedené techniky mají společný účel, kterým je uvědomění si svého těla, jeho propojení se svou myslí a také vyjádření svých emocí prostřednictvím svého těla.

3 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou velice závažná chronická onemocnění, která postihují zejména mladé dívky nejčastěji v období dospívání. U chlapců a mužů je výskyt vzácnější, v poměru trpí nějakou formou poruch příjmu potravy pouze jeden chlapec na deset nemocných dívek. Tato onemocnění mají spoustu vážných tělesných, psychických i sociálních následků (Procházková a Ševčíková, 2017).

Roku 1987 Světová zdravotnická organizace dokonce oznámila, že jsou poruchy příjmu potravy považovány za jeden z hlavních problémů světové populace (Procházková a Ševčíková, 2017). Podle Papežové (2010) se s některou z forem PPP potýká každá dvacátá mladá žena či dívka v České republice.

Následující kapitola popisuje nejčastější typy poruch příjmu potravy. Nejvíce se zaměřuje na mentální anorexii a mentální bulimii, protože právě tyto dvě diagnózy se týkají pacientky v praktické části práce.

3.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie nebo také anorexia nervosa, je onemocnění, jejímž hlavním znakem je úmyslné snižování tělesné hmotnosti, které si pacient sám udržuje (MKN-10, 2023). Pacienti s tímto onemocněním omezují a kontrolují kolik snědí a vypijí. Jak říká Procházková a Ševčíková: „*Anorektické pacientky neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce* (2017, str. 8).“

Nárůst pacientů s mentální anorexií se celosvětově zvyšuje. V České republice dochází k nárůstu incidence od devadesátých let minulého století (Němečková, 2011). Předpokládá se, že ve svém životě někdy zažije mentální anorexii 1 až 4 lidé z každých 100 (Keski-Rahkonen a Mustelin, 2016). Bohužel toto psychické onemocnění často vede až ke smrti. Velice vysoká letalita v porovnání s jinými psychiatrickými nemocemi je nejčastěji v důsledku komplikací spojených s podvýživou, ale není výjimkou ani sebevražda (NIMH, 2024).

Pacienti s mentální anorexií mají přehnaný strach z obezity a ochablosti tvaru těla. Tento strach je spojen se specifickou psychopatií, kdy se neustále objevuje jako vtíravá myšlenka ovládající chování pacienta (MKN-10, 2023). Nemocní mají snahu dojít ke své ideální postavě, což společně s narušeným vnímáním jejich těla vede ke snižování hmotnosti natolik, že dochází k poškození zdraví (Attia a Walsh, 2022). Kromě podvýživy, která se

vyskytuje ve většině případů, se objevují sekundární endokrinní a metabolické poruchy a jiné poruchy tělesných funkcí (MKN-10, 2023). I přes pojmenování onemocnění „anorexie“, pacientům chuť k jídlu nechybí, dokud se nestanou výrazně kachektickými. Naopak často rádi vaří, zajímají se o jídlo a nové recepty, znají různé diety a kalorické hodnoty potravin (Attia a Walsh, 2022).

Můžeme rozlišovat dva nespecifické typy tohoto onemocnění podle DSM-5: typ purgativní a typ restriktivní (Papežová in Papežová et al., 2018). Při purgativním typu dochází k záchvatům přejídání s následným zvracením nebo užíváním laxativ a diuretik. Záchvatovité přejídání se vyskytuje u 30 až 50 % pacientů, proto je někdy velice těžké odlišit purgativní typ anorexie od mentální bulimie. Pacienti s mentální bulimií mají ovšem často normální váhu nebo nadváhu, přičemž jedinci s diagnózou mentální anorexie trpí častěji podváhou (Osmosis in Attia a Walsh, 2022). U restriktivního typu pacienti pouze omezují svůj příjem potravy, případně nadměrně cvičí (Attia a Walsh, 2022; Procházková a Ševčíková, 2017). V praxi se často tyto dvě formy prolínají a v časovém průběhu onemocnění se mění (Němečková, 2011).

Dle Papežové et al. (2018), diagnostická kritéria podle MKN-10 jsou:

- Pacientova tělesná váha je alespoň 15 % pod předpokládanou hmotností nebo je BMI nižší než 17,5 kg/m².
- Ke snižování váhy dochází vlastním záměrem (dietami, vyvolávaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ nebo excesivním cvičením.)
- Je přítomná specifická psychopatologie. Pacient má strach z obezity i při výrazné podváze, představy o svém vlastním těle má zkreslené a neustále má vtíravé myšlenky, které ho nabádají k udržování podváhy.
- Endokrinní poruchy, které se projevují u žen amenoreou, u mužů ztrátou sexuálního zájmu. Ztráta menstruace je ale z nových kritérií již vypuštěna, protože může být často vyvolána pomocí hormonální antikoncepce.
- Zastavení nebo opoždění růstu a vývoje sekundárních pohlavních znaků, pokud onemocnění začalo před pubertou.

K diagnostice mentální anorexie musí být splněna všechna výše uvedená kritéria. Pokud je klinický obraz onemocnění velice podobný, ale některá klíčová kritéria chybí, může být diagnostikována jako atypická mentální anorexie. Tedy například chybí strach ze ztloustnutí,

ale objevuje se záměrné chorobné snižování tělesné hmotnosti (MKN-10, 2023). Případně jsou sice přítomny všechny symptomy, nicméně pouze v mírném stupni (Papežová in Papežová et al., 2018). Před diagnózou by měly být diferenciální diagnostikou vyloučena somatická onemocnění, která mohou způsobovat hubnutí (MKN-10, 2023). Také některé psychické poruchy mohou mít za následek výrazné snižování váhy nebo strach z jídla, například depresivní porucha, schizofrenie, obsedantně kompulzivní porucha nebo sociální fobie (Němečková, 2011).

3.2 Mentální bulimie

„Mentální bulimie je charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel (MKN-10, 2023).“ Podle výzkumů touto poruchou trpí zhruba 3 % žen a 1 % mužů na světě (van Eeden et al., 2021).

Dříve byla tato porucha popisována spíše jako typ mentální anorexie. Nyní se mentální bulimie definuje jako samostatná porucha zařazená do Mezinárodní klasifikace nemocí. Často se ale tyto dvě onemocnění prolínají. Podle výzkumů více než polovina pacientek s mentální bulimií má ve své osobní anamnéze také výskyt mentální anorexie (Němečková, 2011).

Jedinec epizody přejídání nemůže ovlivnit svou vůlí a měly by se objevovat minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců ke stanovení diagnózy mentální bulimie. Toto přejídání se nemusí nutně projevit jako nadměrná konzumace jídla, ale je to spíše subjektivní pocit, kdy pacient sní o něco více, než původně chtěl a následně má pocit ztráty kontroly nad jídlem. Proto poté trpí výčitkami svědomí a snaží se své „selhání“ odčinit, často zvracením, požitím projímadel nebo obdobím hladovění (Procházková a Ševčíková, 2017).

Během záchvatů přejídání má pacient nutkání konzumovat sladká jídla s vysokým obsahem tuku a často jsou tyto epizody spojeny s předcházejícím pocitem stresu. Většinou k nadměrnému přijímání potravy dochází potají a pacienti mají nejčastěji normální váhu, někdy i nadváhu, proto je tato porucha mnohdy velice těžko odhalitelná. Oproti anorexii jsou u mentální bulimie větší předpoklady k impulzivnímu chování, ke zneužívání drog nebo alkoholu a k sociální úzkosti týkající se většinou tělesné hmotnosti (Attia a Walsh, 2022).

Časté zvracení vede k poruše elektrolytové rovnováhy, což vede k hypokalémii (Attia a Walsh, 2022), a k dalším somatickým komplikacím (MKN-10, 2023). Například na hřbetu ruky jsou přítomny jizvy vzniklé v důsledku opakovaného vyvolávání dávivého reflexu – tzv.

Rusellovo znamení. Také může dojít k erozi zubní skloviny zejména předních zubů, k otoku příušních slinných žláz a k ezofagitidě. Vzácně může dojít k ruptuře jícnu nebo žaludku (Attia a Walsh, 2022).

Mentální bulimie má podobně jako anorexie dva typy onemocnění. Prvním typem je purgativní typ, kdy pacient pravidelně zvrací a užívá laxativa nebo diuretika. U druhého typu, nepurgativního, pacient hladoví, drží diety a často intenzivně cvičí (Procházková a Ševčíková, 2017).

Papežová et al. (2018) udávají jako hlavní diagnostická kritéria mentální bulimie tyto příznaky:

- Neodolatelná touha po jídle, neustálý zájem o jídlo, přejídání, při kterém pacient sní velké množství jídla za krátkou dobu.
- Snaha potlačit kalorický účinek jídla kompenzačním chováním (zvracením, užíváním laxativ, diuretik, hladovkami, cvičením apod.)
- Psychopatologie je podobná jako mentální anorexie. Pacient má strach z tloušťky a hmotnost, které chce docílit je nižší než premorbidní váha.

Stejně jako u mentální anorexie, při splnění pouze některých symptomů můžeme mluvit o atypické mentální bulimii. U záchvatů přejídání a nadužívání laxativ například nemusí být znatelné výrazné změny hmotnosti (MKN-10, 2023). Při terapii atypické formy onemocnění přistupujeme stejně jako u typické, neboť somatické a psychologické následky se neliší (Papežová in Papežová et al., 2018).

3.3 Další typy poruch příjmu potravy

3.3.1 Psychogenní přejídání

U této poruchy se objevují opakované epizody přejídání. Člověk přitom nemá hlad ani na jídlo nemá chuť, často se jím snaží zahnat nudu, nervozitu nebo osamělost (Procházková a Ševčíková, 2017). Záchvaty přejídání mohou být tedy maladaptivní reakcí na stresovou situaci (Papežová et al., 2018). Od mentální bulimie se odlišuje tím, že po konzumaci velkého množství jídla nenásleduje kompenzační chování jako zvracení, cvičení ani hladovění (Procházková a Ševčíková, 2017; Attia a Walsh, 2022). Pacienti jsou ve srovnání s výše popsány poruchami starší a většinou se jedná o muže (Attia a Walsh, 2022). Také lidé s touto poruchou většinou trpí nadváhou nebo obezitou, protože přejídání není žádným způsobem kompenzováno (NIMH,

2024). Podle studie provedené v USA byla obezita, tedy BMI nad 30, prokázána u 42 % nemocných (Papežová in Papežová et al., 2018).

3.3.2 Syndrom nočního přejídání

Tato porucha se často vyskytuje u lidí, kteří drží diety, nebo mají nějakým jiným způsobem narušen stravovací režim. Většinu potravy pacient konzumuje až v pozdních večerních hodinách a v noci. Často proto trpí nespavostí a ranními nevolnostmi (Procházková a Ševčíková, 2017). U pacientů bývají také přítomny poruchy vědomí a amnézie, kdy si na epizody ráno nevzpomínají (Němečková, 2011).

3.3.3 Ortorexie

Ortorexie je nadměrný zájem o zdravou stravu a zdravý životní styl. Člověk si vybírá například pouze potraviny bez konzervačních látek, bílé mouky, nejí žádné průmyslově zpracované potraviny atd. To může vést postupem času k podváze nebo podvýživě, jelikož pacient omezuje pestrost stravy (Procházková a Ševčíková, 2017). Tato porucha není součástí Mezinárodní klasifikace nemocí, ale může být diagnostikována jako subtyp některé z PPP nebo kombinace několika nemocí (Papežová in Papežová et al., 2018).

3.3.4 Vyhubavá a restriktivní porucha příjmu potravy

Tato porucha může způsobit vážné až život ohrožující nutriční nedostatky. Nejčastěji se objevuje v dětství a může být následkem nějakého traumatického zážitku, úzkostí nebo vývojových poruch. Pacienti s vyhubavou poruchou mohou pouze ztratit zájem o jídlo, nebo přijímání potravy odmítají ze strachu, že by se mohli například udusit. Mnohdy se vyhubají určitým typům potravin kvůli jejich konzistenci, barvě nebo vůni (Attia a Walsh, 2022).

Mnoho dětí odmítá jíst určité potraviny, ale dítě s touto poruchou nemá dostatek živin, aby se správně vyvíjelo a rostlo (NIMH, 2024). Často je vybíravé chování doprovázeno jinými problémy v chování a psychosociálními potížemi (Papežová in Papežová et al., 2018).

3.3.5 Pica

Pica může být diagnostikována u pacientů kteří konzumují neorganický materiál po dobu minimálně jednoho měsíce. U dětí do dvou let se tendence k jedení nepoživatelných materiálů za poruchu nepovažuje, poněvadž je to součást normálního vývoje. Ani pokud pacient polyká předměty ve snaze sebepoškozování nebo k záměrnému vyvolání nemoci, není mu tato porucha diagnostikována (Attia a Walsh, 2022).

Nejběžněji dochází ke konzumaci hlíny, škrobu nebo ledu, a to zejména u žen v období těhotenství. U dětských pacientů jsou častěji konzumované materiály dřevo, vlna, vlasy nebo

prach (Schnitzler, 2022). Pica obvykle nezpůsobuje zdravotní komplikace, nicméně se může objevit střevní neprůchodnost, otrava olovem nebo parazitární onemocnění. Tato porucha může trvat několik měsíců a často sama odezní (Attia a Walsh, 2022).

3.4 Zdravotní rizika u poruch příjmu potravy

Některé somatické projevy jsou velice závažné, někdy až život ohrožující. Většina těchto projevů vzniká v důsledku nedostatku živin, některé také z důvodu častého zvracení. Z důvodu těžké podvýživy může být postižen každý hlavní orgánový systém. Mezi tělesné příznaky patří hypotenze až kolapsové stavy, hypotermie, dále dochází k poruchám krvevorbny – anemie, leukopenie, trombocytopenie. Nedostatek živin se projevuje i na kvalitě kůže. Velice závažné jsou zejména kardiovaskulární příznaky (Němečková, 2011).

V důsledku nízké hmotnosti vznikají i psychické potíže. Časté jsou změny nálad, depresivní stavy s rizikem sebepoškozování až sebevraždy. Nemocní jsou nesoustředění, často trpí nespavostí, chronickou únavou a objevují se také vegetativní projevy (Němečková, 2011).

3.4.1 Kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární komplikace se vyskytují u většiny pacientů trpících psychogenním přejídáním (Bencko a Tryfos, 2015). Neméně časté jsou však u pacientů s mentální anorexií, a vedle sebevraždy tak patří mezi nejčastější příčinu úmrtí u tohoto psychiatrického onemocnění (Pálová a Charvát in Papežová et al., 2018).

Nejčastěji můžeme u pacientů zpozorovat bradykardii, tedy snížení tepové frekvence pod 60 tepů za minutu. Je to zejména reakce na snížený metabolismus a zvýšenou fyzickou aktivitu. Její častý výskyt můžeme nalézt jak u pacientů s restriktivním, tak purgativním typem anorexie. Neméně časté jsou abnormality na EKG křivce (Pálová a Charvát in Papežová et al., 2018).

V krajních případech může dojít až k srdečnímu selhání. K postižení dochází také na úrovni CNS. Mohou vznikat křečové stavy, abnormity na EEG, neuropatie, poškození kognitivních funkcí a v pozdějších fázích až ireverzibilní korová atrofie (Attia a Walsh, 2022; Němečková, 2011).

3.4.2 Ženský reprodukční systém

Reprodukční systém je citlivý, lehce zranitelný a náchylný právě na poruchy výživy. Problémy nejčastěji nastávají v podobě narušení menstruačního cyklu, mohou se ale objevit

také v průběhu těhotenství, kojení nebo při vývoji plodu (Pařízek a Papežová in Papežová et al., 2018).

V důsledku snížení hladin pohlavních hormonů se u žen většinou objevuje sekundární amenorea – pokud je začátek onemocnění před pubertou, dochází k primární amenoree, nedochází k vývoji prsou a zastavuje se růst (Pařízek a Papežová in Papežová et al., 2018).

Potíže reprodukčního systému mají většinou adolescentní dívky nebo mladé ženy. Neuniknou jim ale ani muži, u nichž se objevuje ztráta potence a libida (Procházková a Ševčíková, 2017; Němečková, 2011; Pařízek a Papežová in Papežová et al., 2018).

3.4.3 Neurologické poruchy

V souvislosti s poruchami příjmu potravy můžeme hovořit o zvýšeném prahu bolesti, přesto se s onemocněními často pojí bolestivé syndromy, které mohou být způsobeny poškozením tkání. Ze stejného důvodu mají nemocní větší sklon ke křečím (Navrátilová a Hamrová, 2009).

Z neurologického hlediska mohou pacienti s PPP zasáhnout migrény a tenzní bolesti hlavy, které se nepatrně pojí s nadměrnou zátěží jedinců. Sledovat můžeme i bolesti v hrudní, břišní a pánevní oblasti, nebo myalгии. Odpovědí na nadměrnou zátěž páteře jsou mimo jiné také akutní segmentové syndromy, které ale při klidovém režimu velmi rychle pomíjejí (Klempíř in Papežová et al., 2018).

Mimo bolestivých syndromů stojí za zmínku také poruchy vědomí, poruchy cirkadiálního rytmu, epileptické záchvaty a dysfagie (Klempíř in Papežová et al., 2018).

Poruchy metabolismu a výživy se na jedincích odrážejí velmi často v podobě pocitů únavy a poruch stability (Klempíř in Papežová et al., 2018).

3.4.4 Gastrointestinální trakt

V důsledku špatného stravování pacienti často trpí břišními potížemi, nadýmáním nebo zácpou (Attia a Walsh, 2022).

Gastrointestinální obtíže se objevují u nemocných s poruchami příjmu potravy až v 98% případů. V některých případech se pojí s abúzem laxativ, který využívají ke zmírnění chronické zácpy, snížení tělesné hmotnosti, nebo kombinaci obojího (Novotný in Papežová et al., 2018).

3.4.5 Metabolismus kostí

Jedním z důsledků nedostatečné výživy a nízkého energetického příjmu je také ztráta svalové a kostní hmoty a zhoršení jejich kvality. Rizikovou skupinou jsou zde zejména pacienti v období dospívání, kdy může být poškozena modelace kosti a pozastavení růstu (Zikán in Papežová et al., 2018; Němečková, 2011).

Z důvodu hormonální nerovnováhy a snížení hladiny fosforu a kalcia může v pozdějších stádiích onemocnění vznikat osteoporóza (Němečková, 2011). Snížení mineralizace kostní tkáně se u dětí začíná objevovat po roce udržování nízké tělesné hmotnosti. U dospělých nemocných se většinou osteoporóza začíná projevovat až po dvou letech nebo déle (NHS, 2024).

3.4.6 Respirační systém

Respirační potíže se většinou objevují u těžkých poruch výživy. Tyto potíže můžeme dát za vinu deficitu fosforu, hořčíku, draslíku a opakovanému zvracení (Navrátilová a Hamrová, 2009). Vyšetření v několika případech prokazují dysfunkci dýchacích svalů, snížení minutové ventilace a podstatně častěji se u pacientů prokáže plicní emfyzém (Pauk in Papežová et al., 2018).

3.4.7 Kožní projevy

Mentální anorexie je doprovázena kožními příznaky poměrně častěji než mentální bulimie a tyto příznaky se objevují zejména při poklesu BMI (Štork in Papežová et al., 2018).

Pokožka je suchá, popraskaná, nehty jsou poškozené, na trupu a tvářích se objevuje lanugo (jemné nepigmentované ochlupení). Také akné je rizikovým faktorem vzniku poruch výživy. V případě nadužívání laxativ nebo jiných léčiv spojených s PPP se mohou objevit různé druhy kožních lékových ekzémů (Štork in Papežová et al., 2018).

3.4.8 Orální zdraví

Zejména u pacientů s mentální bulimií se často objevuje eroze v dutině ústní, která je způsobená častým působením kyseliny chlorovodíkové, která je obsažena ve zvrácené stravě. Eroze způsobuje citlivost a kazivost chrupu, protože dochází k ústupu zubní skloviny, která slouží jako ochranný obal zubů (Machová in Papežová et al., 2018).

Také anorexie, která omezuje přívod vápníku do těla způsobuje potíže zejména ve formě kazivosti chrupu (Navrátilová a Hamrová, 2009).

3.4.9 Renální komplikace

Metabolické odchylky se pojí především s opakovaným zvracením, dlouhodobým abúzem laxativ a také nedostatečným příjmem živin. Hypokalemie je nejčastější metabolickou odchylkou, která se vyskytuje při těchto mentálních onemocněních a její příčinou je nadměrná ztráta stolice, moči a zvrácené stravy (Ryšavá a Kalousová in Papežová et al., 2018). Nemocní mohou být více náchylní na infekční komplikace spojené s jejich stavem (Navrátilová a Hamrová, 2009).

Dlouhodobá hypokalemie může způsobit poškození ledvin a postupné selhávání jejich funkcí. Společně s chronickou dehydratací je příčinou chronického onemocnění ledvin, ale po zvýšení tělesné hmotnosti se ve většině případů zdravotní stav vrací do normálu (Ryšavá a Kalousová in Papežová et al., 2018).

4 PERCEPCE TĚLA A POHYB U PACIENTŮ S PPP

4.1 Sebepojetí a body image

Porucha vnímání tělesného obrazu a změny pohybového chování jsou nejčastějšími příznaky všech typů poruch příjmu potravy (Probst, 2010; Probst et al., 1999). V následujících kapitolách charakterizujeme pojmy sebepojetí a body image, abychom lépe pochopili, jakým způsobem své tělo a sebe jako celek vnímáme a které okolnosti mohou náš pohled ovlivnit.

4.1.1 Sebepojetí

Sebepojetím je myšleno vnímání nás samých. Je to způsob, jakým se vidíme ve své hlavě a přemýšlíme nad sebou, nad našimi sociálními vztahy i nad ostatními jedinci (Showers et al., 2015). Má tři složky: kognitivní, emotivní a konativní. Svou osobu – naše „já“ – poznáváme a formujeme prostřednictvím vlastních informací, ale i od lidí v našem okolí. Od našich rodičů, spolužáků, učitelů, přátel a dalších lidí, se kterými přijdeme do kontaktu, se dozvídáme jejich názor na nás, ať už je pozitivní, nebo negativní (Schlegel a Fialová, 2023). Toto hodnocení sebe sama se také označuje jako sebeúcta (Simons et al., 2012).

Podle našich hodnot, priorit a přání do budoucna subjektivně hodnotíme, jsme-li se sebou spokojeni, co se nám na nás líbí, co ne, a dokonce se můžeme za některé aspekty až nenávidět (například za své tělo). Představou, jací bychom chtěli být, si utváříme své „ideální já“. Naše představa je vyjádřením toho, co si přejeme, jaké bychom chtěli mít vlastnosti, znalosti a schopnosti. Zároveň naši představu ovlivňuje společnost, která utváří naši představu o tom, jací bychom měli být a co se od nás očekává (Schlegel a Fialová, 2023).

Studie prokázali, že se sebepojetí liší podle pohlaví, protože chlapci a dívky mají často jinak nastavené priority. Dívky jsou k sobě statisticky více kritické, a to zejména v hodnocení vzhledu (Simons et al., 2012).

Myslím si, že je důležité zamyslet se a uvědomit si, co doopravdy chceme a co si pouze myslíme, že chceme. Naše názory určitým způsobem ovlivňuje naše okolí a je složité, možná dokonce nemožné, určit hranici toho, kdo skutečně jsme a chceme být a kým bychom měli být podle společnosti a našich blízkých. Možná vidíme na sociálních sítích spousty štíhlých a krásných žen a svalnatých mužů, a proto si vytvoříme představu, že se od nás předpokládá, že budeme vypadat podobně.

Podle našeho úspěchu k přiblížení se k našemu ideálnímu já se mění naše sebehodnocení, emoce i naše budoucí chování (Schlegel a Fialová, 2023). Když jsme sami se

sebou naprosto spokojeni, nejspíše už se nebudeme snažit se nijak změnit a vysokým očekáváním od nás samých můžeme být potom zklamaní. Naopak nízké sebehodnocení v nás vyvolá negativní emoce a může snížit kvalitu našeho života, ale zároveň nás motivuje posouvat se dál (Schlegel a Fialová, 2023; Skwirczyńska et al., 2022).

Vnímáme na sobě jak naši povahovou stránku a naše schopnosti, tak i naše tělo, kterým se navenek prezentujeme. Tělo tvoří naši fyzickou schránku, na které se promítají naše emoce, zdraví. Vnímáme stav našeho těla, funkčnost i jeho vzhled a je důležité cítit se ve svém vlastním těle dobře (Schlegel a Fialová, 2023).

4.1.2 Body image

Body image je komplikovaný termín, který nemá žádnou všeobecně přijatou definici, proto se často jeho význam mění dle interpretace různých autorů (Kolnes, 2012). Pro účely této práce si však body image můžeme charakterizovat jako naše tělesné sebezpojetí (Schlegel a Fialová, 2023). Jsou to naše emoční a kognitivní postoje k vlastnímu tělu (Žuchová a Papežová in Papežová et al., 2018). Hodnotíme na sobě to, co je viditelné a vytváříme si obraz vlastního těla. Naše body image se mění průběhem našeho života a vlivem společnosti, kultury i názory okolních lidí (Schlegel a Fialová, 2023).

Mezi složky, které na svém těle vnímáme patří náš vzhled, který porovnáváme s vlastními představami krásy, představami společnosti i ke vzhledu našich vrstevníků. Další základní složkou je tělesná zdatnost. Vnímáme, jak jsme rychlí, silní, flexibilní a jak funkční jsou jednotlivé partie našeho těla. Také si stanovujeme, kde jsou naše limity, co dokážeme a co nezvládáme. Další důležitou částí našeho tělesného sebezpojetí je naše zdraví – patří sem nejen zdraví fyzické, ale i psychické a sociální. Naše sebezpoznání a sebezpojetí je ovlivňováno už od útlého věku hlavně naší rodinou, poté vrstevníky, přáteli, partnerem. Největší vliv na naše sebehodnocení mají naši vrstevníci v období puberty. V tomto období prochází naše tělo fyzickými změnami a tím se mění i vnímání našeho těla (Blatný a Plháková in Schlegel a Fialová, 2023; Senín-Calderón et al., 2017).

4.1 Vnímání vlastního těla u pacientů s PPP

Jak udává Papežová (2018, str. 489): „*Zkreslené vnímání a negativní emoční hodnocení vlastního těla tvoří podstatnou součást psychopatologie poruch příjmu potravy.*“ Příčinou jsou obecnější poruchy vnímání a chybná identifikace tělesných signálů. Jedinec s PPP nedokáže rozpoznat tělesnou únavu, hlad, sytost ani některé bolestivé podněty. Tím následně vznikne odpojení od potřeb svého těla. Schlegel a Fialová (2023) píší, že tento jev popsal Janet již v roce

1890 jako proces psychologické disociace. Bylo zjištěno, že právě tato disociace zvyšuje pravděpodobnost depresivních příznaků, sebepoškozování nebo dokonce sebevraždy (Demitrack et al., 1990; McLean a Paxton, 2019). Pacienti s PPP jsou často náchylní k nepřesnému odhadu hmatem a k somatosenzorickým iluzím (Grunwald et al, 2004).

Pacienti mají problém s rozpoznáním svých emocí i emocí ostatních lidí a nedokáží vlastní emoce popsat – tomuto jevu říkáme alexitymie (Iskric et al., 2020). Porucha vnímání tělesného schématu, tj. vnímání velikosti, tvaru a pozice těla v prostoru, společně s poruchou body image nejsou závislé pouze na vizuálních vjemech (Žuchová a Papežová in Papežová et al., 2018). Na vnímání našeho těla se významně podílí také somestetický systém, tedy kůže a veškeré její receptory, skrz který naše tělo komunikuje s vnějším prostředím (Yamamotová in Papežová et al., 2018). Kromě receptorů v kůži nám dávají informace o našem těle také další modalita, zejména proprioceptory, mezi které patří Golgiho šlachová tělíska, nervosvalová vřetenka, Paciniho tělíska zaznamenávající pohyb v kloubu a nociceptory (Žuchová a Papežová in Papežová et al., 2018; Kolář et al., 2009).

Vnímání vlastního těla lze považovat za komplexní funkci mozkového kmene a kůry. Léze asociační oblasti parietální kůry a thalamu vede k asomatognozii (tj. porucha správné identifikace vlastního těla (Kolář et al., 2009)) a anosognosii, kdy si pacient svou nemoc neuvědomuje. Právě v oblasti pravé parietální kůry a části frontální kůry se tělesné schéma utváří, je kognitivně zpracováno a uvědomováno (Žuchová a Papežová in Papežová et al., 2018).

K vyhodnocování většiny sensorických informací potřebujeme afektivní a kognitivní funkce. Daný podnět je zpracován naším centrálním nervovým systémem a informuje nás, jaké emoce jsou spojené s určitým vjemem, co pro nás podnět znamená a jak souvisí s našimi předchozími zkušenostmi (Yamamotová in Papežová et al., 2018).

Body image můžeme rozdělit na dvě složky, z čehož jedna posuzuje přesnost, s jakou vnímáme rozměry našeho těla a druhá pocity, které se s tímto vjemem pojí (Cornelissen a Tovée, 2021). Pacienti s mentální anorexií, případně jinými poruchami příjmu potravy mají nerealistický pohled na své tělo. To můžeme vysvětlit narušenou afektivně-kognitivní komponentou, ale i poruchou percepce těla. Někteří pacienti se přes svůj astenický vzhled vidí a cítí být tlustí, jiní mohou pociťovat rozdíl mezi tím, jak se vidí v zrcadle, a jak se cítí (Yamamotová in Papežová et al., 2018).

4.2 Vliv pohybu na psychický stav

Vzhledem k charakteru onemocnění je potřeba zjistit, jakým způsobem může pohyb přispívat ke zlepšení psychického stavu pacientů.

K vyjadřování našich pocitů a emocí potřebujeme svaly, které zajišťují pohyb. Dobrým příkladem jsou naše mimické svaly, pomocí kterých vyjadřujeme svůj vztek, radost, smutek, strach, údiv, bolest. Náš aktuální psychický stav ovlivňuje také naši posturu, gestikulaci a také vegetativní reakce našeho těla (pocení, bušení srdce, změna barvy kůže). Tyto reakce těla ovšem také naši psychiku a náš mozek zpětně ovlivňují. Proto se výsledně naše emoce ještě zesílí (Rüegg, 2020).

Náš mozek je prostřednictvím aferentních nervových vláken neustále informován o tělesných stavech, abychom mohli patřičně reagovat na své okolí, ale i vnitřní stavy našeho těla. Například proprioceptory z kloubů, svalů a šlach neustále posílají informace o stavu pohybového aparátu prostřednictvím aferentních drah přes míchu, mozkový kmen a mezimozek do senzomotorického kortexu. V mozku jsou tyto informace vyhodnoceny a mohou být uloženy do naší senzomotorické paměti. Poté si spojujeme pohyby s danou činností, ale i s pocity a emocemi, které jsme cítili. Například síla, kterou stiskneme skleničku, abychom ji zvedli, ale nerozbili je založena na našich proprioceptivních zkušenostech, které jsou uloženy v naší somatosenzorické paměti (Rüegg, 2020).

Dle Damasia (2000) jsou naše vzpomínky a představy emocionálně zabarveny, dáváme jim tzv. „somatické markery“. Při vzpomínce na danou událost se aktivují senzomotorické oblasti mozkové kůry a my máme pocit, jako bychom emocionální zážitek prožívali znovu. Proto nám stačí pouze vzpomínka, na některý šťastný moment našeho života, abychom se cítili šťastně a usmáli se. Při rozhodování jsme často bezděčně ovlivňováni našimi somatickými markery, naše tělo reaguje na představu našeho záměru, kdy se nám může například udělat až nevolno.

Náš špatný psychický stav může výrazně ovlivňovat naše chování a naši kvalitu života. Existují studie, které ukazují, že pomocí pohybu lze zvýšit svou resilienci, tedy duševní odolnost, a zlepšit svou rezistenci vůči psychologickému stresu (Rimmele et al. 2007).

V jedné studii byl porovnáván vytrvalostní trénink s medikamentózní léčbou antidepressivy (sertralinem). Dle výsledků byl po čtyřměsíčním fyzickém tréninku léčebný účinek téměř stejný jako u léčby pomocí antidepressiv (Blumenthal et al., 2007).

Neurovědci Univerzity z Yale se domnívají, že intenzivní tělesný trénink simuluje vyplavování endogenní VGF, které na naše tělo působí v podstatě jako antidepresivum a zároveň podporuje neuroplasticitu v mozku, hlavně hipokampu. Z toho vyplývá domněnka, že by tělesný trénink mohl stimulovat neurogenezi podobně jako antidepresivum (Rüegg, 2020).

Fyzickým tréninkem navíc zvyšujeme náš mozkový krevní objem v gyrus dentatus, což podporuje tvorbu nervových buněk (Rüegg, 2020). Ve studii Pereira et al. (2007), které se účastnila skupina dříve neaktivních mužů a žen. Po dvanáctidenním tréninku se podle očekávání zvýšila jejich tělesná výkonnost, ale zvětšil se i mozkový krevní objem v gyrus dentatus, což bylo vidět na magnetické rezonanci. Proto se u této skupiny zlepšila jejich explicitní paměť.

Ze všech těchto výzkumů vyplívá, že pohyb a stav našeho fyzického těla somatopsychicky značně ovlivňuje náš psychický stav. Dále vyvstává otázka, zda je možné ke zlepšení psychického stavu využít také jiné druhy pohybu, než je fitness trénink a jiné druhy intenzivního tělesného cvičení, které byly využívány v dříve zmíněných studiích. U mentální anorexie dle mého názoru není vhodné využívat příliš intenzivní trénink, aby nedocházelo k ubývání hmotnosti pacientů, a hlavně k úbytku jejich tělesného tuku.

4.3 Excesivní cvičení u PPP

Abychom mohli bezpečně nastavit rehabilitační plán a stanovit vhodné pohybové aktivity pro pacienty s některou z poruch příjmu potravy, měli bychom se nejdříve seznámit s problematikou nadměrné fyzické aktivity.

Zejména u mentální anorexie se s hyperaktivitou, motorickým neklidem, setkáváme často. Cílem je spálit co možná nejvíce kalorií. Převážně když má nemocný vyšší kalorický příjem než jindy a snaží se to odčinit z důvodu výčitek svědomí. Pohyb často není něco, co by pacientovi přinášelo radost, ale může se stát nástrojem, který má jediný cíl – další hubnutí (Krch, 2010).

Kompulzivní cvičení je velice těžko ovlivnitelné a důsledkem není pouze snižování případně udržování nízké tělesné váhy, ale také těžké kardiovaskulární komplikace, které mohou vést až ke smrti. Pacienti svou hyperaktivitu většinou skrývají, proto není jednoduché ji odhalit. Existuje však několik validizovaných dotazníků, které nám s tím mohou pomoci. I výsledky těchto dotazníků ale mohou být zkreslené (Papežová in Papežová et al., 2018). Podle

van Elburgové et al. (2007) je u hospitalizovaných pacientek nejvíce vypovídající posouzení zdravotních sester.

Proto je důležité omezit cvičení, která jsou prováděná pouze za účelem zvýšení výdeje energie a hubnutí. Možná také za účelem větší kontroly nad svým tělem. Nadměrné cvičení se může stát jakousi posedlostí (Krch, 2010).

Namísto toho bychom měli naučit své pacienty najít v pohybu radost, uvolnění, relaxaci, a hlavně vždy cvičit pouze do prvního pocitu únavy. Zvykat pacienta na to, že by měl často a vhodně odpočívat a myslet na zdraví svého těla, ne na jeho vzhled (Krch, 2010).

5 MOŽNOSTI TERAPIE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

5.1 Prevence u poruch příjmu potravy

Základem prevence je rodina, se kterou většinou trávíme nejvíce času a zároveň je první sociální skupinou, která nás ovlivňuje již od našeho narození. Zapojení členů rodiny do léčby je tedy podstatně účinnější než zaměření pouze na pacienta (Golden et al., 2016). Různé průzkumy ukazují, že v rodinách, kde se v minulosti vyskytlo nějaké onemocnění poruchou příjmu potravy, je větší pravděpodobnost vzniku poruch příjmu potravy. To poukazuje na možnou genetickou predispozici k těmto onemocněním. Podstatně méně výzkumů se zabývá tím, do jaké míry se přeneslo onemocnění rodičů do výchovy jejich dětí (Procházková a Ševčíková, 2017; Levine a Sadeh-Sharvit, 2023).

Dalším sociálním prostředím, se kterým se setkáváme je škola. Zejména v období puberty je důležité, aby také škola vedla žáky ke zdravým stravovacím návykům a připravila je na přirozené tělesné změny spojené s dospíváním, jako je nárůst hmotnosti, u dívek zaoblení boků, zvětšení prsou apod. V neposlední řadě je důležité udržování pozitivního sociálního prostředí (Procházková a Ševčíková, 2017). Sebehodnocení dětí je v dnešní době výrazně ovlivňováno médii a kulturními vzory. Proto je velice důležité, aby již od raného věku byly děti vedeny k vytvoření zdravého sebevědomí postaveného na hodnotách, které se netýkají váhy nebo vzhledu (Uhlíková in Papežová et al., 2018).

Nejen pro školy bylo vytvořeno hned několik preventivních programů, které mají za úkol snížit nárůst pacientů s poruchami příjmu potravy a zmírnit jejich symptomy. Některé z úspěšných projektů jsou např.: *Zipyho kamarádi*, *The Body Project* nebo *Healthy and Free* (Shaw et al., 2009).

Kromě primární prevence je velice důležitá i sekundární prevence, tedy zachycení známek poruch příjmu potravy včas (Procházková a Ševčíková, 2017). K ohroženým skupinám patří děti léčené pro obezitu nebo onemocnění spojené s dietou. Nebezpečné jsou také aktivity jako modeling, gymnastika, tanec apod (Uhlíková in Papežová et al., 2018). Příznaky, kterých bychom si měly všimnout jsou výraznější změny v hmotnosti, izolace od ostatních a ztráta zájmů. Dále třeba přehnaná pohybová aktivita, důraz na svůj vzhled často spojený se studem (Procházková a Ševčíková, 2017). Zpozorovat můžeme i některé z důsledků hladovění, jako například poruchu menstruačního cyklu, zhoršení kvality pleti, vlasů, nehtů, často také zažívací potíže a nápadnou náchylnost ke chladu (Uhlíková in Papežová et al., 2018).

Terciální prevence se zaměřuje na zabránění recidiv onemocnění, navrácení původního zdraví včetně návratu do běžného života. Mimo to se snaží zabránit přenosu nevhodných jídelních návyků na další generace (Uhlíková in Papežová et al., 2018).

Také lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci si mohou často všimnout, že něco není v pořádku. Fyzioterapeut se často setkává s pacienty i několikrát týdně a zaměřuje se zejména na pohybový aparát, proto si může snadno všimnout výrazného poklesu hmotnosti nebo jiných projevů hladovění, například ochlupení laguno. Proto si myslím, že je velice důležité, abychom měli povědomí o příznacích těchto onemocnění a aktivně si jich všímali, zejména u dospívajících.

5.2 Léčba u poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy může být komplikovaná, velice dlouhá a pro pacienty náročná. Měla by být prováděna komplexně včetně pomoci a edukace rodin. Pacienti s PPP si své onemocnění ve většině případů odmítají připustit, proto léčbu jako první vyhledávají právě jejich rodiče nebo blízcí (AED, 2016).

U lehčího onemocnění léčba může probíhat v denních stacionářích nebo ambulantně – důležité jsou pravidelné lékařské prohlídky, kdy lékař kontroluje zejména hmotnost a krevní obraz. Dále také nutriční terapie a psychoterapie jsou základem léčby. Často se využívá kognitivně behaviorální terapie. Existují také svépomocné manuály nebo svépomocné skupiny jak pro nemocné, tak i pro jejich blízké. Některým pacientům jsou podávána antidepresiva nebo anxiolytika, které ale tlumí pouze doprovodné příznaky (například deprese, úzkosti, impulzivita), nikoliv léčí samotnou nemoc (Procházková a Ševčíková, 2017).

Při destabilizovaném stavu pacienta je nutná jeho hospitalizace. Kritéria pro hospitalizaci jsou velký a rychlý váhový úbytek, akutní komplikace související s malnutricí, komorbidní psychiatrické poruchy (deprese, úzkosti apod.), sebepoškozování a riziko sebevraždy, problémy se sociální podporou (hlavně vztahy v rodině) a také pokud dva měsíce ambulantní terapie nepřináší žádné výsledky. Hospitalizace probíhá na psychiatrických odděleních, při těžkém stavu na jednotkách intenzivní péče (Procházková a Ševčíková, 2017; AED, 2016).

Po stabilizaci stavu následuje další léčba pro plné uzdravení, na které by se měl v ideálním případě podílet multidisciplinární tým se zkušenostmi s PPP. Tento tým se skládá téměř vždy z lékaře, psychologa, nutričního specialisty a důležitou součástí je zejména rodina

pacienta. Základem terapie je léčba podvýživy, protože udržení zdravé hmotnosti výrazně zlepšuje nejen fyzický stav, ale zároveň i psychický a sociální. Při nízké tělesné váze můžeme proto očekávat horší průběh onemocnění (AED, 2016).

Navrácení normální hmotnosti nicméně ještě neznamená, že je pacient zdravý, jelikož se jedná primárně o psychické onemocnění. Pro úplné uzdravení je esenciální zlepšit vnímání vlastního těla, poruchy myšlení a chování, které jsou pro PPP typické. Součástí zdravotní péče je léčba přidružených psychických onemocnění a navrácení sociální jistoty (AED, 2016).

5.2.1 Léčebné cíle

Hlavní cíle u onemocnění poruchami příjmu potravy je léčba podvýživy a stabilizace tělesného stavu, psychoterapie k pochopení onemocnění, zlepšení vnímání svého těla a řešení jiných psychických problémů. Ke zlepšení stravovacích návyků, jídelního chování a normalizaci váhy přispívá nutriční rehabilitace. V neposlední řadě je cílem obnovení sociálních vztahů a návrat do běžného života (AED, 2016; Procházková a Ševčíková, 2017).

Při práci s tělem, na které se podílí také fyzioterapeuti a ergoterapeuti, se zaměřujeme zejména na sebedpřijetí a obnovu reálného pohledu na své vlastní tělo. Cílem je pohlížet na sebe pozitivně a cítit se dobře ve svém těle. Snažíme se omezit kompulzivní cvičení a trénovat sociální dovednosti. Vhodné je například nakupování či nácvik stolování (Papežová in Papežová et al., 2018).

Při pohybové terapii můžeme využít mnoho různých forem terapie a variant k poznání svého těla. Všechny mají u pacientů s PPP ale společné cíle.

5.3 Možnosti fyzioterapeutické intervence

5.3.1 Terapie zaměřená na tělo (BOT)

Můžeme se dočíst o mnoha metodách, které jsou součástí terapie zaměřené na tělo (body oriented therapy). Při terapii využíváme nejen pohyb, ale také držení těla, gesta a výraz v obličeji (NHS, 2016). Společným cílem těchto metodik je pozitivní působení na vnímání vlastního těla a ovlivnění hyperaktivity. V 70. letech 20. století byla v belgickém Kortenbergu ve specializovaném psychiatrickém centru Saint Joseph zkoumána psychomotorická terapie (psychomotor therapy), která měla přispívat ke komplexní léčbě a tvořila její podstatnou část. Průběh terapie byl sledován pomocí měření tělesného složení technikou vážení pod vodou, antropometrií a kaliperací. Dále probíhalo pozorování hyperaktivity s využitím dotazníků a akcelerometrů (Papežová in Papežová et al., 2018).

5.3.2 Aerobní a anaerobní cvičení

U pacientů s PPP vyvstává otázka, zda je vhodné volit aerobní pohybové aktivity. Ukazuje se, že intenzivní aerobní cvičení je spojeno s vyšším skóre EAT a nespokojeností s vlastním tělem (Papežová in Papežová et al., 2018). Především při vytrvalostním cvičení naše tělo využívá jako energetický zdroj značné množství lipidů. Pokud jsou veškeré energetické zásoby vyčerpány, musí se spustit adaptační procesy. Začne se zvyšovat sekrece glukagonu a katecholaminů, což vede k rozkladu tuků a odbourávání bílkovin. Při dlouhodobém hladovění, kdy tělo nemá dostatek lipidů nakonec dochází k odbourávání svalové tkáně (Kolář et al., 2009). Cvičební jednotky se proto skládají zejména z anaerobních aktivit. Jejich součástí bývá například strečink, protahování a posturální cvičení. Nedílnou součástí každého setkání by měla být edukace o přiměřené fyzické aktivitě a nevhodnosti rizikových aktivit, kde hrozí například pády (Papežová in Papežová et al., 2018).

U obézních jedinců (např. s diagnózou psychogenní přejídání) je naopak zařazení aerobního cvičení žádoucí. Můžeme volit zejména nezatěžující aktivity jako chůzi nebo plavání a kombinovat je s dechovým cvičením (Papežová in Papežová et al., 2018).

5.3.3 Léčebná tělesná výchova

Ať už cvičíme individuálně nebo ve skupině, základem každého cvičení je uvědomění a lepší zacházení se svou energií (Papežová in Papežová et al., 2018).

Pohybem můžeme řešit také sekundární zdravotní komplikace vyskytující se u poruch příjmu potravy (viz kapitola 2.4).

Kolnes (2012) uvádí, že u pacientů s mentální anorexií jsou typické zejména potíže s uvědoměním si svého těla a tělesného kontaktu, změny dechového stereotypu a s tím související posturální poruchy a změny svalového tonu.

Často se u mentální anorexie setkáváme s vadným držením těla v důsledku oslabených svalů. Terapie je proto zaměřená na korekci svalových dysbalancí a je zařazován lehký silový trénink, který pomáhá mimo jiné ke zlepšování kostního metabolismu (Probst et al., 2013).

V oblasti dolních končetin a chodidel se často setkáváme s hypertonickými svaly stejně jako u svalů žvýkacích a dýchacích. Toto svalové napětí může být způsobeno omezením dýchacích pohybů, ale také skrýváním projevů zranitelnosti a smutku (Fangel a Thornquist, 2009).

Porucha vnímání vlastního těla bývá spojena také s poruchou stability, která je způsobena poruchou koordinace svalových a dýchacích procesů. Trupová nestabilita poté způsobuje myalgie a často i bolesti hlavy. Proto jsou u pacientů s PPP vhodná cvičení aktivující trupové stabilizátory. Důležité je uvědomění neutrální pozice pánve a lokální propriocepce právě v pánevní oblasti (Kolnes et al., 2012).

Pohybem navíc také stimulujeme činnost gastrointestinálního traktu, se kterým mají často pacienti s PPP potíže v důsledku podvýživy a/nebo špatných stravovacích návyků (Probst, 2013).

5.3.4 Relaxační cvičení

Relaxační techniky mohou při terapii pomoci získat kontrolu nad vlastním tělem. Papežová in Papežová et al. (2018) doporučuje cvičit každý den 20-25 minut alespoň dva týdny. Optimální poloha při relaxaci může být v leže na zádech nebo v sedě na židli, kde by měla být záda opřena a celé plošky nohou na podložce.

Při Jacobsnově progresivní relaxaci se soustředíme vždy na jednotlivou část těla, provedeme kontrakci všech svalů, které se nachází v daném místě a pět sekund svalové napětí udržíme. Následně veškeré napětí povolíme a 10 až 15 sekund relaxujeme. Poté převedeme naši pozornost na další část těla. Postupně takto přesouváme naši koncentraci přes hlavu až po konečky prstů, dokud naše tělo není celé uvolněné (Jacobson, 1987).

Další možností relaxace je například Schultzův autogenní trénink. Relaxace spočívá v uvědomění si tíhy svého těla, svého dechu a tlukotu srdce. Snažíme se navodit pocit tepla, které proudí našim tělem. Využíváme imaginaci, například představu teplého písku na pláži (Papežová in Papežová et al., 2018).

5.3.5 Masáže

Masážní terapie je spojena se zvýšením činnosti parasympatiku. Podle výsledků studií mají masáže pozitivní vliv na snížení hladiny kortizolu a katecholaminů, a tedy i redukci stresu (Field et al., 1992). Dochází také ke zlepšení nálady, což můžeme vysvětlit zvýšením hladiny serotoninu a dopaminu (Field et al., 1996; Field et al., 1999). Některé výzkumy se dokonce věnovaly přímo sledování příznaků poruch příjmu potravy před a po masážních terapiích a zjistily, že u pacientů s mentální anorexií došlo ke snížení těchto příznaků po pětítýdenní terapii (Hart et al., 2001).

U pacientů se vlivem masáže snížila také nespokojenost se svým tělem. (Hart et al., 2001, Field et al. 1999 in Probst et al. 1999) Většinou jsou voleny relaxační nebo aktivační masáže zad a nohou společně s pasivní mobilizací končetin. Chceme docílit zejména relaxace a uvědomění těla. Využíváme k tomu techniky hnětení, poklepávání a jemné dotyky (Papežová in Papežová et al., 2018; Probst et al., 2013).

Masáže můžeme využívat i při velmi nízké tělesné hmotnosti, takže i u pacientů s nízkou hodnotou BMI je možné do terapeutického programu zařadit rehabilitace, které se skládají pouze z masážních technik. Masáže by měl vždy provádět školený terapeut nebo by jím měly být vedeny například v rámci skupinové terapie, při kterých se pacienti učí masírovat sebe navzájem (Papežová in Papežová et al., 2018).

5.3.6 Bioenergetika a biosyntéza

Tyto dva přístupy se využívají k tomu, aby pacienti lépe vnímali signály svého těla, odlišovali napětí a uvolnění, dobré a špatné pocity a aby je dokázali spojit s různými emocemi. Zjednodušeně se dá říci, že naše emoce se promítají do vyjádření našeho těla a my se učíme tyto známky rozeznávat (Marlock, 2015). Pracují na principu ovlivnění emočního prožívání pomocí práce s tělem. K tomu využívají tři techniky:

- Uzemnění (grounding) pomáhá s důvěrou. Pracujeme s gravitací a učíme se stát pevně nohama na zemi ve fyzickém i psychologickém slova smyslu (Papežová in Papežová et al., 2018). A. Lowen (2009) ve své knize popisuje pocity vibrací nohou, které by se měly během cvičení objevovat. Tento senzitivní vjem pomáhá lépe procítit zejména svá chodidla a jejich kontakt s podlahou. To nám poté umožňuje získat větší pocit jistoty (Lowen, 2009).
- Centrování nám, jak už je patrné podle názvu, pomáhá najít svůj střed a vnímat své emoce. Pracujeme s dechem – s nádechem při negativních emocích jako je strach, bezmoc, slabost nebo smutek. Výdech pomáhá naopak při zadržování emocí a zvýšeném napětí.
- Pohlížení do tváře (facing) je technika, která se zaměřuje na naši schopnost vnímat pohledy a hlas lidí. Zlepšuje se tedy schopnost porozumění a jednání s lidmi kolem sebe. Součástí je práce s dechem a mluveným projevem, čímž dochází k uvolnění svalového tonu (Papežová in Papežová et al., 2018).

5.3.7 Dechová cvičení

Cílem dechového cvičení je nácvik dechové vlny, zejména břišního dýchání, které pacientům s PPP často chybí, protože se při něm viditelně vyklenuje břišní stěna, proto raději dýchají pouze do hrudníku. Naučit pacienta nadechnout se do břicha můžeme pomocí kontaktního dýchání, kdy mu položíme své ruce na břicho. Někdy je však pro pacienty takový kontakt nepříjemný, v takovém případě je lepší vložit mezi naši ruku a tělo pacienta nějaký předmět (např. knihu), aby dotek nebyl přímý (Papežová in Papežová et al., 2018).

Způsob, jakým dýcháme se mění také v souvislosti s našimi emocemi. Činností autonomního nervového systému se mohou zužovat či naopak rozšiřovat průdušky (Rüegg, 2020). Sympatikus i parasympatikus jsou pod kontrolou centrálních dýchacích center a reflexních mechanismů (Badra, 2001). Hlavně parasympatický nervový systém se významně podílí na regulaci srdeční frekvence během různých fází dýchání. Sympatická aktivita je u zdravých lidí v klidovém stavu minimální (Russo, 2017).

Během zpomalení dechu se parasympatická aktivita zvyšuje, a naopak rychlý mělký dech, který se objevuje například ve stresu, ještě více aktivuje sympatikus (Russo, 2017). Pal et al. (2004) ve svém výzkumu zjistili, že k dosažení dlouhodobého zlepšení parasympatické rovnováhy je třeba pravidelného tréninku pomalého dýchání, u nich konkrétně po dobu tří měsíců.

U pacientů s mentální anorexií dochází k celkovému omezení dýchacích pohybů. Zkracuje se délka nádechu i výdechu a během expirační fáze jsou dýchací svaly velmi napjaté. Tím je znemožněno provést volně hluboký nádech. Pacienti dokonce uvádějí, že mají pocit jako by zadržovaly dech. V terapii se proto zaměřujeme na uvědomění si svého dechu a uvolnění (Kolnes, 2012).

5.3.8 Jóga

Podle Pataňjaliho je jóga vědomým procesem ovládnutí mysli. V jeho Jóga Súra napsané asi před čtyřmi tisíci lety Pataňjali popisuje osm základních principů jógy: Yama a Niyama, které obsahují etické zákazy a příkazy, dle kterých bychom se měli řídit. Cvičení těla je praktikováno pomocí Ásan, tedy jógových pozic. Pranayama, kterou rozumíme dechová cvičení a práci s energií. Součástí jógy je také ovládání našich smyslů ve smyslu jejich utlumení a zaměření se do svého nitra – Pratyahara. Dalším důležitým krokem k duchovnímu rozvoji je schopnost koncentrace (Dharana) a meditace (Dhyana). Poslední částí jógového systému je Samadhi, které můžeme chápat jako „vstřebávání“ božského principu (Reddy, 2020).

Z tohoto základu se v průběhu let vyvíjely jednotlivé styly jógy, které se od sebe v mnohém liší. Dokonce i definice jógy jako takové se podle různých autorů liší (Werner, 1969; Reddy, 2020).

Mitchell et al. (2007) řadí jógu do komplexní terapie pro pacienty s PPP. U těchto pacientů využíváme tzv. hathajógu, jejímž tvůrcem je indický filozof Šrí Aurobindo, který bral jógu jako cvičení pro rozvoj na fyzické, mentální, intelektuální, emocionální a duchovní úrovni (Reddy, 2020). Cvičení zpravidla začíná relaxací, následuje trénink ásan. Přechody do různých pozic se cíleně zapojují a uvolňují jednotlivé svaly, čímž lze docílit zlepšení vnímání svého těla, propojení těla a mysli, a tedy i lepšímu porozumění tělesným signálům (Papežová in Papežová et al., 2018). Ásany by měly být prováděny uvolněně a pomalu, prokládané relaxací. Na závěr se často zařazují dechová cvičení a konečná relaxace (Werner, 1969).

Pacienti s PPP jsou v průběhu celého cvičení instruováni, aby vnímali své myšlenky a emoce a nesnažili se je nijak zavrhnout (Papežová in Papežová et al., 2018). Při cvičení tedy není tolik důležité správné provedení jednotlivých ásan, ale hlavně subjektivní prožívání cvičícího (Emerson, 2019).

5.3.9 Koncentrativní pohybová terapie (KPT)

KPT vychází z představy, že naše „tělo“ a naši „duši“ bychom měli vnímat jako jeden celek. Zaměřením se na vnímání naší osoby a okolního prostředí se snažíme zlepšovat citlivost všech našich smyslů: „*zraku, sluchu, čichu, hmatu, interocepce a percepce pohybu*“ (Papežová in Papežová et al., 2018, str. 498).

Při terapii se využívají různé předměty symbolizující naše emoce. Třemi základními předměty jsou míč, hůl a lano. Míč představuje ženskou starostlivost, zatímco mužský symbol – hůl je prvkem opory, stability, ale i agrese. Lano si můžeme představit jako propojení matky s dítětem pupeční šňůrou, ale zároveň může značit závislost a spoutanost člověka. Pomocí zvoleného předmětu můžeme naše emoce „zhmotnit“ a tím s nimi lépe pracovat (Papežová in Papežová et al., 2018).

Mehl a Žuchová in Papežová et al. (2018) považují za velmi výhodné provádět terapii také bez kontroly zraku. Vyřazením našeho dominantního smyslového orgánu se naskytne příležitost více rozvíjet ostatní smysly, což může mimo jiné vést ke zlepšení vjemu svého vlastního těla. Pacienti se tím učí přivykat si na pocit, že nemají nad vším kontrolu a přijmout ho.

5.3.10 Mirror exposure therapy

Pacienti s poruchami příjmu potravy mají často tendenci vyhýbat se zrcadlům a mají strach se na sebe podívat, nebo právě naopak se mohou ve svém odraze přehnaně kontrolovat a neustále porovnávat tvar svého těla a hmotnost (Probst et al., 2013).

Při zrcadlové terapii se pomocí habituačního tréninku snažíme odstranit nepříjemné pocity, které pacient může pociťovat při pohledu do zrcadla. Díky zrcadlu pacienti získají reálnější pohled na své tělo a učí se s ním pracovat a neodsuzovat ho (Probst et al., 2013).

Amamzadeh (2018) uvádí tři varianty terapie. Při každé z nich se využívá velké zrcadlo, tak aby se v něm zrcadlila celá pacientova postava. Při první variantě pacient pouze popisuje, co v zrcadle vidí a snaží se své tělo popsat objektivně za pomoci neutrálních výrazů. U další varianty se pacient dívá na své tělo a snaží se slovně vyjádřit emoce, které při tom vnímá. Při pohledu do zrcadla se můžeme zaměřovat pouze na pozitivně vnímané části těla. Tento způsob terapie můžeme využít u úzkostnějších lidí, kteří pohled do zrcadla špatně snáší (Griffen et al., 2018). Nicméně první dvě varianty jsou dle výzkumů účinnější, přestože po několika prvních terapiích vyvolávají více negativních emocí. Při pozdějších sezeních se tyto emoce spojené s pohledem na své tělo zlepšují, proto je z dlouhodobějšího hlediska lepší volit popis celého těla včetně jeho hůře vnímaných částí. (Jansen et al., 2016).

5.3.11 Sensory awareness training

Tato technika vychází ze studií německé učitelky hudby Charlotte Selver, která vycházela z poznatků její učitelky Elsy Gindler. Podle nich se nejedná o terapii jako takovou, protože jejich cílem není navrácení zdraví, ale pouze uvědomění si sebe, svého života a své přirozenosti (Rubinfeld, 2004).

Cílem smyslového uvědomění je zapojení všech smyslů k vnímání svého těla. Snažíme se dojít k poznání, jak souvisí určitý vnitřní vjem s pocity, které jsou s ním spojeny. Ke zkoumání vnějších tělesných projevů využíváme techniku „tělesného skenování“, která spočívá v procítění tělesných hranic prostřednictvím doteků. Kromě svého zevnějšku pozorujeme také vnitřní tělesné pocity. Zaměřujeme se na náš dech, srdeční tep a snažíme se rozpoznat pocity únavy nebo hladu (Probst et al., 2013). Při terapii pozici těla nijak nekorigujeme ani neopravujeme a pacient sám vnímá, co je pro něj lepší a co horší (Tophoff, 2004).

6 VYŠETŘOVACÍ METODY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

6.1 Testy a dotazníky

Existují různé druhy dotazníků ke zkoumání tělesného sebepojetí a zjišťování míry spokojenosti se svým tělem. Většina dotazníků lze kvantitativně vyhodnotit. Pacienti obvykle označují míru souhlasu s tvrzeními, díky kterým můžeme prozkoumat jejich vztah k sobě samým, jejich tělu jako celku i k jeho jednotlivým částem (Fialová a Krch, 2012).

6.1.1 Test vztahu k vlastnímu tělu (BAT)

BAT je dotazník vyvinut z rysů mentální anorexie u žen. Obsahuje 20 tvrzení, které testovaná osoba hodnotí na stupnici od 0 (nikdy) do 5 (vždy) a jeho úkolem je změřit celkovou tělesnou spokojenost a obeznámenost se svým tělem (Probst, 1997). Autorem tohoto dotazníku je Probst et al. (1995) a v této práci pracujeme s verzí přeloženou do češtiny, která je publikovaná v knize Hany Papežové et al. (2018). Při vyhodnocení testu podle modelu Shrouta a Fleisse je považován za patologický výsledek vyšší než 36 bodů z možných 100 (Probst et al., 1995).

6.1.2 Hyperactivity and Exercise Inventory

Jak je zřejmé podle názvu, test hodnotí patologické pohybové chování většinou u pacientů s PPP. Skládá se z 15 tvrzení, které pacient hodnotí ve čtyřech stupních – nikdy, někdy, většinou a vždy (Papežová et al., 2018). Jeho výsledky by nám měli přiblížit sklon pacientů s anorexií k fyzické hyperaktivitě související s jejich onemocněním (Vansteelandt, 2004).

6.2 Kineziologický rozbor

V praktické části byl využit kineziologický rozbor, což je základní způsob diagnózy využívaný ve fyzioterapii. Cílem bylo získat obraz zdravotního stavu pacientky a stanovit cíle terapie (Jesenická, 2018).

6.2.1 Anamnéza

Nepostradatelnou částí vyšetření je anamnéza, kterou získáváme rozhovorem s pacientem. Zaměřuje se na informace o příčině i průběhu potíží a její důležitou součástí je také sociální situace pacienta (Kolář et al., 2009).

Celková anamnéza se skládá z několika složek. Osobní anamnéza sleduje prodělané onemocnění, úrazy a operace. V rodinné anamnéze se zjišťují onemocnění přímých rodinných příslušníků. U žen je důležité zaznamenat gynekologickou anamnézu, která by měla obsahovat

záznam o menstruačním cyklu, porodech, potratech a užívané antikoncepci (Hloch, 2001). Alergologická anamnéza sleduje především alergii na léky a případné typy alergických reakcí, u farmakologické složky zaznamenáváme pacientovy léky a jejich přesné užívání. Při pracovní anamnéze nám pacient popisuje druh povolání, jeho prostředí a případné fyzicky zátěžové nebo stresové faktory se kterými se setkává (Kolář et al., 2009). Nejběžnější stresové faktory sociální anamnézy jsou především manželství a rodičovství. Při sportovní anamnéze zohledňujeme věk a zapisujeme druh, úroveň a časové faktory sportu. Anamnéza nynějšího onemocnění zobrazuje vznik, průběh a vývoj obtíží a zaměřuje se na hlavní problém pacienta (Jesenická, 2018).

Anamnestické dotazy by měli být správně formulovány, tak abychom získali námi požadované informace a získaná data jsou následně zpracována v kontextu s klinickým vyšetřením (Kolář, 2009).

6.2.2 Vyšetření aspektů

Aspekce je hodnocení zdravotního stavu na základě pozorování. Aspekci můžeme provádět v klidu i v pohybu. Pokud hodnotíme pohyby, pacienty předem na aspekci neupozorňujeme, protože by to mohlo zkreslit jejich přirozené chování (Jesenická, 2018).

Pro účel této práce bylo provedeno vyšetření statické. Klíčové body při hodnocení zezadu jsou zejména hlava, krk, ramena, tvar hrudníku, thorakobrachiální trojúhelníky, pánev a dolní končetiny. Pohledem zepředu hodnotíme navíc také postavení klíčků, výši ramen a symetrii hrudníku. Díky pohledu z boku můžeme posoudit držení páteře, prominenci břicha a sklon pánve a křížové kosti (Haladová a Nechvátalová, 2011).

6.2.3 Antropometrie

Antropometrie zkoumá rozměry těla a tělesné proporce. V praktické části je využito obvodové měření horních končetin, dolních končetin a trupu.

Pokud měříme obvodové rozměry na horní končetině, měříme obvod paže relaxované, obvod při kontrakci svalu, obvod loketního kloubu, obvod předloktí, obvod zápěstí a obvod přes hlavičky metakarpů.

U dolních končetin měříme obvod stehna, obvod kolene, obvod před tuberositas tibiae, obvod lýtky, obvod přes kotníky, obvod přes nárt a patu a obvod přes hlavice metatarzů.

Obvod hrudníku se měří třikrát při maximálním inspiriu a po maximálním expiriu. Amplituda nám zobrazí pružnost hrudníku. Obvod pasu zjišťujeme v úrovni pupku v horizontální rovině a obvod boků ve výši velkých trochanterů (Schlegel a Fialová, 2023).

6.2.4 Měření hmotnosti těla a výškových rozměrů

Zjišťování váhy je nejběžnější způsob zjišťování stavu výživy. Normy hmotnosti určuje výška, věk a pohlaví. Vážíme vždy bez obuvi v minimálním oblečení. Při kontrolním vážení je třeba měřit na stejné váze a ve stejnou denní dobu (Schlegel a Fialová, 2023).

Výškové normy jsou na rozdíl od váhy stanoveny pouze podle věku a pohlaví. Pokud měříme ve stoje, určujeme výšku. Výšku měříme bez obuvi u stěny, kdy měřený zaujme stoj spatný a dotýká se zdi patami, hýžděmi, lopatkami a případně hlavou. Pohled směřuje rovně před sebe (Schlegel a Fialová, 2023).

6.3 Měření tělesného složení

Tělesné složení a jeho změny souvisí hned s většinou onemocnění a jeho měření nám poskytuje pohled na nutriční stav a funkční kapacitu lidského těla. Metod měření existuje hned několik a liší se svou přesností, používanými nástroji a složitostí techniky (Kuriyan, 2018).

6.3.1 Bioelectrical impedance analysis (BIA)

BIA je analýza prováděná přístroji, které vysílají různé frekvence střídavého proudu skrz tělo (McLester, 2020). Přístroj Tanita BC-558, který jsem využila pro měření v praktické části používá celkem osm elektrod, tedy inovativní elektrody pro výsuvnou rukojeť a standardní elektrody pro nohy. Provedená analýza nám zpřístupní profil tělesného složení měřeného subjektu (zdroj: informační leták přiložený k přístroji). BIA slouží hlavně pro měření měkkých tkání a dle naší zvolené analýzy můžeme posoudit různé složky tělesného složení (Tantisattamo, 2022).

6.3.2 Index tělesné hmotnosti (BMI)

BMI je mezinárodně uznávaný výškově-váhový index. Výpočet získáme vydělením tělesné hmotnosti tělesnou výškou na druhou:

$$BMI = \frac{\text{tělesná váha (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$$

Za hodnoty v normě považujeme rozmezí mezi 18,5 a 25 (Schlegel a Fialová, 2023). Podle jiných zdrojů od 20 do 25 (Haladová a Nechvátalová, 2011). Přestože je tento index velmi známý a také nejčastěji využívaný, nerozeznává ve svém měření rozdíly mezi svaly a tuky, tudíž může být často zavádějící (Schlegel a Fialová, 2023).

Tabulka 1: Vyhodnocení BMI

BMI	Kategorie
20 - 25	Norma
26,1 - 30	Nadváha
30,1 - 40	Obezita
40,1 a více	Těžká obezita

Zdroj: Haladová a Nechvátalová (2011)

6.3.3 Kaliperace

Antropometrickou metodou vyšetřování kožních řas je kaliperace. Toto vyšetření se provádí kaliperem – nástrojem, který měří tloušťku kožních řas na těle. S jeho pomocí jsme schopni odhadnout množství tuku v těle. V České republice se nejčastěji měří 10 kožních řas podle Pařízkové. Kožní řasy odebíráme v těchto místech: 1. kožní řasa na tváři, 2. kožní řasa pod bradou, 3. kožní řasa pod klíční kostí, 4. kožní řasa nad loktem (triceps), 5. kožní řasa pod lopatkou, 6. kožní řasa na bříše, 7. kožní řasa pod prsy, 8. kožní řasa nad spinou, 9. kožní řasa nad kolenem, 10. kožní řasa pod kolenem (Fialová a Krch, 2012).

6.4 Vyšetření stereognozie a somatognozie

6.4.1 Vyšetření selektivní hybnosti

Vyšetřujeme, zda je pacient schopen izolovaného pohybu v určitém kloubu, aniž by docházelo k nežádoucím souhybům a nadbytečné svalové aktivitě. Pro vyšetření izolovaného pohybu v praktické části práce jsme využili cirkumdukce kyčelního kloubu v leže na zádech a poté ve stoji na jedné noze se zachováním pravého úhlu v kolenním i hlezenním kloubu a neutrálního postavení pánve (Kolář, 2009).

6.4.2 Vyšetření schopnosti relaxace

Při vyšetření hodnotíme, zda je horní nebo dolní končetina schopná relaxovat při pasivně prováděném pohybu. Důležité je provádět pohyb ve všech možných směrech a vnímat jakýkoliv odpor, který je způsobený nedostatečným uvolněním svalů. Kvalita relaxace nám může dát navíc informaci o tom, jak je zvolená pozice posturálně náročná. V náročnějších polohách je nutné izolovat pohybový segment, aby nedocházelo k nadměrné iradiaci svalové síly, která by znemožnila uvolnění (Kolář, 2009). V praktické části práce probíhalo hodnocení

schopnosti relaxace v leže na zádech se zvednutými dolními končetinami tak, že v kyčelních i kolenních kloubech byl držen pravý úhel a úkolem pacientky bylo uvolnit kloub hlezenní.

6.4.3 Test na somatognozii

Somatognozie je naše schopnost vnímat své tělo a určit, kde se nachází v závislosti k prostředí nebo k jiným segmentům svého těla. Pro zjištění, jakou má pacient představu o svém těle jsme využili hodnocení šířky ramen a pánve. Test je prováděn se zavřenými očima, kdy je pacient vyzván, aby rozpětím svých natažených paží ukázal ve vertikální rovině, jak jsou široká jeho ramena a poté jeho pánev. Tato vzdálenost je porovnávána se skutečnou bitrochanterickou a biakromiální vzdáleností. Z rozdílu odhadované vzdálenosti od skutečných hodnot zjišťujeme, do jaké míry pacient podhodnocuje či nadhodnocuje velikost svého těla (Kolář, 2009).

6.4.4 Vyšetření propiocepce

K testování propiocepce využíváme papír, uprostřed kterého je nakreslený bod. Papír připevníme na vodorovnou plochu, před kterou se pacient postaví a zavře oči. Jeho horní nebo dolní končetinu pasivně umístíme tak, aby se dotýkala zvoleného bodu. Následně končetinu vrátíme do původní polohy a pacient se snaží dotknout se stejného bodu. Podle konečné vzdálenosti od bodu hodnotíme kvalitu propiocepce (Kolář, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

7.1 Cíle práce

Cílem práce je popsat možnosti fyzioterapeutické intervence u pacientů s PPP a vybrané metody aplikovat při terapii. Následně účinky terapie vyhodnotit a porovnat je s již existujícími studiiemi.

Dalším cílem je zjistit, zda jsou fyzioterapeuti z českých psychiatrických nemocnic součástí multidisciplinárního týmu při terapii pacientů s PPP.

7.2 Výzkumné problémy

1. Projeví se zlepšení sebepojetí na změně posturálního nastavení pacientky?
2. Dojde u pacientky po čtyřměsíční terapii ke zlepšení vnímání tělesného schématu a její body image měřené podle testů na somatognozii, stereognozii a dotazníku Body Attitude Test?
3. Dojde po sérii terapií ke změně antropometricky naměřených hodnot?
4. Změní se poměry tělesného složení a dojde k procentuálnímu zvýšení množství tukové tkáně?
5. Dokáže zadání specifické cvičební jednotky redukovat množství excesivního cvičení?
6. Věnují se fyzioterapeuti v České republice terapii pacientů s PPP?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum formou kazuistiky pacientky s poruchami příjmu potravy. Pacientka byla ujištěna, že její účast na všech terapiích je dobrovolná a může kdykoliv odejít, pokud jí něco nebude příjemné. Výběr pacientky probíhal podle následujících kritérií:

- Pacientka musela mít psychiatrem nebo psychologem diagnostikované poruchy příjmu potravy.
- Důležitým faktorem pro výběr byl také kompenzovaný psychický a fyzický stav.
- Pacientka musela být po celou dobu terapie v ambulantní péči psychiatra, psychologa nebo odborného psychoterapeuta, který by případně terapii ukončil, pokud by došlo ke zhoršení psychického stavu pacientky.
- Dalším kritériem byla motivace pacientky k zúčastnění se terapie.

Po podepsání informovaného souhlasu se s pacientkou přistoupilo k provedení kineziologického rozboru a následně byl sestaven rehabilitační plán terapie.

8.1 Bližší charakteristika pacientky

Pohlaví: žena

Ročník narození: 2003

Lateralita: Dominantní HK – pravá; Dominantní DK – levá

8.1.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: V dětství prodělala běžné dětské choroby. Nepodstoupila žádnou operaci. Roku 2019 si při tělesné výchově rozsekla obočí a byla nutná sutura o pěti stezích. V roce 2022 si při pádu na skateboardu rozsekla horní ret. Sutura byla o třech stezích. Jinak neutrpěla žádné závažné úrazy. V roce 2016 u ní byla diagnostikována skolióza. Poté docházela na rehabilitace, kde byla edukována pro domácí cvičení. Celkem podstoupila šest terapií v průběhu jednoho měsíce. Doma cvičila přibližně jednou týdně. Po ukončení terapií proběhlo závěrečné vyšetření, kde byla pacientka poučena o pokračování cvičení v domácím prostředí. Nyní pacientka dle svých slov pociťuje bolesti zad pouze při dlouhých statických pozicích. Také si stěžuje na bolesti pravého ramene po delší chůzi se zátěží na zádech.

Rodinná anamnéza: Její pradědeček spáchal sebevraždu oběšením po dlouhodobě neléčené depresi ve věku 58 let. Dědeček zemřel na kolorektální karcinom v jeho 70 letech.

Otec má kompenzovanou hypertyreózu, jinak je zdrav. Matka trpí varixy dolních končetin a má asthma bronchiale diagnostikované v dospělosti po silné respirační alergii.

Gynekologická anamnéza: Menarche měla ve 13 letech, poté měla pravidelný menstruační cyklus. Ve svých 17 letech menstruaci ztratila. Sekundární amenorea trvala až do února roku 2022 (19 let). Od té doby je menstruace stále hodně nepravidelná.

Farmakologická anamnéza: Žádné léky pravidelně nebere. Užívá doplňky stravy a vitaminy, hlavně vitamin C a probiotika. Od září 2022 užívala Mirtazapin Sandoz 30 mg. Toto antidepressivum jí bylo předepsáno psychiatrickou po diagnostikování mentální anorexie v kombinaci s bulimií. Pacientka léky přestala brát po přechodu k jiné psychoterapeutce (v lednu 2023), která jí navrhla jinou léčbu, kterou podstupuje dodnes.

Alergologická anamnéza: Pacientka netrpí žádnými alergiemi.

Pracovní anamnéza: Maturovala s výbornými výsledky na ekonomické škole. O prázdninách pracovala na mezinárodní škole ve Španělsku. Nyní studuje prvním rokem lingvistiku na Karlově Univerzitě v Praze.

Sociální anamnéza: Má rozvedené rodiče od svých 14 let. Bydlí v domě se svou matkou a sestrou. Také s nimi žije přítel její matky, se kterým příliš nevychází, vzhledem k tomu, že drží neustále diety a má velice výbušnou povahu. Nejvíce pacientce vadí, že kvůli jeho přítomnosti se doma často rozebírají témata jako dieta a hubnutí a ona se tak necítí u sebe doma dobře. Také její babička má nutkání neustále ji srovnávat s její sestrou hlavně co se týče vzhledu. Se sestrou mají společný pokoj a vychází spolu dobře.

Její otec má novou ženu, se kterou mají půlročního syna. Pacientka je navštěvuje asi jednou za měsíc, kvůli vzdálenému bydlišti. Její otec příliš nechápe její psychické potíže, bere je na lehkou váhu a říká, že musí jenom víc jíst.

Nedávno se s ní rozešel její přítel, se kterým byla poměrně krátce. Stále je z toho prý trochu smutná, ale má velkou podporu od svých kamarádek a také pomoc své psychoterapeutky.

Sportovní anamnéza: Na základní škole dělala mažoretky a poté do svých 18 let chodila na jógu, která jí dle jejích slov zlepšovala bolest zad a hlavně ramene, které jsou

následkem skoliózy. Nyní se aktivně nevěnuje žádnému sportu, ale snaží se cvičit alespoň jednou týdně podle různých videí na YouTube.

Abusus: Pacientka nekouří a alkohol pije příležitostně.

Nynější onemocnění: Vzhledem k povaze onemocnění a jejího složitého vývoje pro lepší pochopení popisujeme celý příběh z pohledu pacientky: *„První známky anorexie se objevily na základní škole, kde jsem byla obklopená partou kamarádek, které poměrně často řešily jejich vzhled a stravování, hlídaly si jídelníček a počítaly si kalorie. A já si tak začala srovnávat moje stravovací návyky s těmi jejich.*

Zároveň jsem již od dětství měla spíše drobnější, hubenější postavu a lidé okolo mě na to často poukazovali, často komentovali můj vzhled, a zvláště moji postavu. V pubertě se moje tělo začalo měnit a já začala mít pocit, že bych mohla přijít o jakýsi pomyslný titul té „hubené dívky.“ Proto jsem přestala jíst nejprve svačiny, později také ostatní jídla. Přibližně v té době se také rozvedli rodiče, nastupovala jsem na jinou školu a přišla jsem o dost kamarádů. V té době mi přišlo, že jídlo je moje jediná jistota a jediná věc, kterou dokážu stoprocentně kontrolovat.

Po dobu asi tří let si těchto nezdravých návyků všimlo jen pár kamarádů a k anorexii se přidala deprese a sebepoškozování, čehož si nakonec všimla moje maminka, která mě podpořila k tomu najít si odbornou pomoc. Já jsem ze začátku pomoc nechtěla moc přijmout a anorexii jsem vyměnila za bulimii, protože pro mě bylo snazší jí skrýt před rodinou. V terapii jsem ale stále pokračovala a začala jsem brát antidepresiva. Tento způsob léčby a přístup doktorů mi ale úplně nevyhovoval, a proto jsem se rozhodla začít chodit na psychoterapie, které dodnes navštěvuji jednou za týden.“

9 METODIKA

9.1 Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření probíhalo 29. 10. 2023 v tiché příjemné místnosti vybavené terapeutickým elektrickým lehátkem, umyvadlem, velkým zrcadlem, osobní váhou značky Tanita, InnerScan model BC-558. Po seznámení s pacientkou a podepsání informovaného souhlasu byla pečlivě odebrána její anamnéza. Poté byla pacientka vyzvána, aby si odložila do spodního prádla a bosa se postavila ke stěně s nohama u sebe, přičemž paty, hýždě, lopatky a hlava se dotýkaly zdi. Následně byla v této pozici změřena pacientčina tělesná výška pomocí dvoumetrového metru se stupnicí v centimetrech. Její váha a bioimpedanční analýza byla měřena pomocí výše zmíněné osobní váhy. Pacientka se postavila na váhu a do rukou chytila rukojeti váhy. Po celou dobu vážení se pacientka dívala přímo před sebe a na její přání jí nebyly sděleny výsledky z vážení. Výsledky byly tedy zapsány na papír a vyhodnoceny po ukončení vyšetření. Její dominantní horní končetina byla určena podle testů úderu do stolu, muchlání papíru a hodů; dominantní dolní končetina byla vyhodnocena podle testů kopnutí do míče a vyklepávání rytmu.

Poté byla pacientka vyšetřena aspekčně ve stoji zepředu, zboku a zezadu. Pomocí krejčovského metru byly následně měřeny délky a obvody jejích končetin, které byly všechny měřeny vleže na zádech. Obvody hrudníku, pasu a boků byly měřeny ve stoji stejným metrem. Dále bylo měřeno množství tělesného tuku pomocí kaliperačních kleští na deseti určených místech těla podle Pařízkové (1960).

Vyšetření somatognozie probíhalo pomocí testu, kdy měla pacientka ukázat pomocí svých rukou šířku své pánve a následně také ramen otočenou vertikálně. Celou dobu měla zavřené oči. Tato vzdálenost byla změřena krejčovským metrem a porovnána se skutečnou šířkou pánve a ramen. Další test byl na vyšetření propriocepce pomocí bodu nakresleného na papíře na stěně. Pacientka si položila prst na bod, poté zavřela oči, ruku připažila k tělu a následně se snažila trefit do stejného bodu. Další byl test na izolovanou relaxaci a izolovaný pohyb. Test na izolovaný pohyb byl prováděn v leže na zádech, kdy pacientka zvedla jednu nohu tak, aby měla pravý úhel v kyčelním, kolenním i hlezenním kloubu. Následně měla provádět nejprve flexi a extenzi v kyčelním kloubu a poté také cirkumdukci. Pacientka byla instruována, aby se snažila ve všech ostatních kloubech zachovat původní úhel. Test na izolovanou relaxaci byl ve stejné pozici, ale pacientka měla držet pravý úhel v kyčli a v koleni a povolit hlezenní kloub tak, aby s ním terapeut mohl pasivně volně hýbat.

Na konci vyšetření dostala pacientka dva dotazníky: Body Attitude Test a Hyperaktivity a Exercise Inventory. Byla požádána, aby je doma vyplnila a přinesla na první terapii.

9.2 Terapeutická jednotka

Podle vyšetření byla následně stanovena terapie. Pacientka byla nejprve důkladně seznámena s celým průběhem cvičební jednotky tak, aby jí mohla později praktikovat samostatně. Níže popsaná cvičební jednotka byla prováděna třikrát týdně v rozmezí 16 týdnů. Pacientka cvičila samostatně, přičemž jednou týdně cvičení probíhalo pod dohledem fyzioterapeuta. Cvičební jednotka s fyzioterapeutem byla vždy zahájena krátkým rozhovorem, jehož cílem bylo zjistit průběh cvičení v předchozím týdnu a případně některé problémy, které se během něj naskytly. Během cvičení byla pacientka upozorňována zejména na oblasti jejího těla, na kterým by při cvičení měla věnovat svou pozornost. Po ukončení lokalizovaného dýchání na konci terapie následoval znovu krátký rozhovor, jehož předmětem byly hlavně pocity a poznatky, které pacientka prožívala během cvičení.

Cvičební jednotku začínáme tak, že pacientka stojí před velkým zrcadlem, aby v něm viděla celé své tělo, postupně se zaměřuje na části svého těla a popisuje nahlas nebo pouze pro sebe, co vidí. Důležité je, aby nevyužívala žádná negativní přídavná jména. Pacientka byla instruovaná, aby svou pozornost nejprve zaměřila na svou hlavu, popsala své vlasy, svůj obličej, postavení své hlavy a vše čeho si všimne ve statické pozici. Poté aby si před zrcadlem vyzkoušela také všechny pohyby, které jsou možné v krční páteři, v temporomandibulárním kloubu a v AO skloubení a snaží se vnímat, jakou má tělo funkci a upřednostnit ji před vzhledem. Tímto způsobem bude postupně pokračovat přes horní končetiny, trup, dolní končetiny až ke konečkům prstů. Každý pohyb v kloubu provede dvakrát. Po tomto tréninku se pokusí stále ve stoji nejprve s otevřenými očima dělat kroužky v kyčelním kloubu tak, aby zároveň nedocházelo k pohybům v jiných kloubech. Pokud se jí to povede, může cvik zopakovat se zavřenými očima. Potom si připraví skleničku naplněnou vodou a zkusí ji například zvednout nad hlavu a vrátit zpátky před sebe, poté udělá dřep a několik kroků. Celou dobu se snaží skleničku držet rovně, tak aby se voda z ní nevyhlila. Na závěr si lehne s pokrčenými koleny a nohama opřenými o podložku. Položí si své ruce do oblasti podbřišku a snaží se zaměřit svůj dech do této oblasti. Takto to zopakuje i v oblasti dolních žeber, přičemž se bude soustředit na to, aby při nádechu došlo k rozšíření hrudníku. Nakonec si položí ruce pod klíční kosti a vnímá, jak se hrudník v této oblasti mírně zvedá.

Po dokončení všech terapií bude provedeno výstupní vyšetření, při kterém budou testovány všechny vyšetření jako byly u vstupního vyšetření a jejich výsledky budou porovnány. Termín provedení výstupního vyšetření byl nakonec posunut a měření bylo provedeno 25. 2. 2024 místo plánovaného termínu 18. 12. 2024.

9.3 Dotazníkové šetření

Kromě dotazníků vyplňovaných probandkou byl vytvořen dotazník, jehož cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem se fyzioterapeuti v České republice věnují terapii pacientů s poruchami příjmu potravy. Dotazník obsahuje dvě povinné otázky. První zjišťuje délku praxe fyzioterapeuta a druhou zjišťujeme, jestli již někdy prováděl fyzioterapii s pacienty s poruchami příjmu potravy.

Pokud bylo v druhé otázce odpovězeno ano, byl respondent odkázán na další otázky týkající se způsobu terapie, využívaných metod a zhodnocení výsledků po terapii.

Dotazník byl v elektronické podobě zaslán pomocí emailu. Osloveni byli fyzioterapeuti pracující v psychiatrických nemocnicích nebo na psychiatrických odděleních. Výsledkem bude proto zejména průběh terapie hospitalizovaných pacientů nebo pacientů denních stacionářů. Ambulantní léčba se skládá většinou pouze z psychické pomoci, sledování tělesného složení a kontroly živin z krevních odběrů, případně léčby přidružených onemocnění. Fyzioterapeuti z ambulantních zařízení a jiných specializovaných oddělení nemocnic nebyli do výzkumu zahrnuti vzhledem k předpokladu, že nejsou primárně zaměřeny na léčbu pacientů s psychiatrickým onemocněním, tedy ani poruch příjmu potravy.

10 VÝSLEDKY

10.1 Výzkumný problém 1

Projeví se zlepšení sebepojetí na změně posturálního nastavení pacientky?

10.1.1 Vyšetření aspektů

10.1.1.1 Pohled zepředu

Při vstupním vyšetření je vidět, že se pacientka necítí příjemně. Je zřejmé, že se nedokáže úplně uvolnit a můžeme si všimnout také převahy hrudního typu dýchání, v některých chvílích dokonce téměř zadržování dechu. Postavení hlavy je symetrické, šíjové svalstvo se jeví výrazně v tenzi, výrazněji na levé straně. Také levé rameno je posunuto odhadem asi o dva centimetry výše než pravé a levá klíční kost je výše položená, čímž se objevuje asymetrie v oblasti nadklíčkových jamek. Horní končetiny jsou v napětí a jsou drženy před tělem, jako by se snažily zakrýt zejména břišní stěnu. Hrudní koš prominuje mírně doleva a pod spodními žebry se objevuje konkavita. Asymetrie je vidět i v oblasti thorakobrachiálních trojúhelníků, kdy na levé straně je výraznější zakřivení oproti pravé straně. Umbilikus zůstává ve středním postavení. Nastavení pánve je šikmé doprava. Osovost dolních končetin je porušena. Patelly jsou postaveny mediálně a kolena tažena do varózního postavení. Bérce jsou symetrické a kotníky v centrovaném postavení.

Během výstupního vyšetření je na první pohled vidět snížení stydlivosti a pacientka působí uvolněněji. Předpokládáme tedy, že změna postury souvisí hlavně se zlepšením psychického stavu pacientky a zlepšením jejího sebepojetí. Vidíme, že hlava je postavená symetricky, šíjové svalstvo je vlevo výraznější a levé rameno je postavené o dva centimetry výše oproti pravému. Klíční kosti jsou také v asymetrii, levá je posunutá mírně kraniálně a je více sešikmená. Horní končetiny jsou uvolněné s mírnou semiflexí loktů. Hrudník je mírně rotován doprava, konkavita pod dolními žebry již není zřetelná. Thorakobrachiální trojúhelníky jsou symetrické, pupek je umístěn ve středu. Pánev je šikmá doprava. Osa dolních končetin zůstává shodná s kolenními klouby ve varózním postavení.

10.1.1.2 Pohled zezadu

Při vstupním vyšetření je hlava nastavená symetricky a svaly v oblasti krku v napětí více vlevo. Levé rameno je výše než pravé. Mediální okraje lopatek výrazně odstávají. Levá lopatka leží výše oproti pravé. Paravertebrální svaly jsou výraznější na pravé straně. Gluteální

rýhy jsou asymetrické – pravá výše. Stehna a bérce jsou symetrické, kolenní klouby jsou ve varózním postavení a Achillovy šlachy ve středním postavení, postavení pat je v normě.

Při výstupním vyšetření je hlava napřímená v ose páteře, šíjové svalstvo je volné. Levé rameno je položeno přibližně o dva centimetry výše než pravé. Horní končetiny jsou uvolněné podél těla, loketní klouby jsou drženy v semiflečním postavení. Dolní úhly lopatek odstávají, výrazněji na levé straně, kde je lopatka také kraniálněji. Thorakobrachiální trojúhelníky jsou souměrné, pánev je šikmá doprava. Interglueální rýha je symetricky postavená, pravá gluteální rýha je lehce výše oproti levé. Dolní končetiny jsou v ose a patní kost v centrovaném nastavení.

10.1.1.3 Pohled z boku

Během vstupního vyšetření je hlava mírně v předsunu, ramena jdou lehce do protrakce. Horní končetiny jsou drženy ve flečním postavení před tělem. Na křivce páteře je zřetelná bederní hyperlordóza. Břicho neprominuje, pod spodními žebry je zřetelná mírná konkavita. Hrudník je v inspiračním postavení. Pánev je v antevertzi. Dolní končetiny jsou v ose, ale kolenní klouby jsou v mírné hyperextenzi.

Při výstupním vyšetření můžeme vidět hlavu v napřímení páteře, ramena jsou v mírné protrakci. Konfigurace horních končetin je správná. U zakřivení páteře můžeme vidět zvětšenou bederní lordózu a s tím související antevertzní postavení pánve. Konkavita pod spodními žebry již není zřetelná. Břišní stěna neprominuje. V sagitální rovině je zřetelná také hyperextenze kolenních kloubů a správně tvarovaná nožní klenba.

Tabulka 2: Shrnutí změn u hlavních sledovaných oblastí při aspekčním vyšetření

Vyšetření statické	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
Hlava	Mírný předsun	Napřímená
Ramena	Protrakce ramen, levé rameno je postaveno přibližně o dva centimetry výš	Méně výrazná protrakce, levé rameno je postaveno přibližně o dva centimetry výš
Horní končetiny	Držené před břišní stěnou	Spuštěné volně podél těla
Hrudník	Rotován lehce doprava, ventrálně klopený	Rotován lehce doprava
Břicho	Symetrické, neprominuje, v oblasti pod spodními žebry je mírná konkavita	Symetrické, neprominuje

Křivka páteře	Zvětšená bederní lordóza	Zvětšená bederní lordóza
Pánev	Šikmá doprava, v antevertzi	Šikmá doprava, v antevertzi
Dolní končetiny	Varózní postavení kolen, hyperextenze kolenních kloubů	Varózní postavení kolen, hyperextenze kolenních kloubů

Zdroj: Vlastní

10.1.2 Vyhodnocení

Největší rozdíly můžeme pozorovat u schopnosti svalové relaxace zejména v oblasti šíje. Do terapie nebyly zařazeny žádné cviky pro korekci vadného držení těla, tudíž nelze očekávat příliš velké změny v držení těla přímo ze cvičení. I přesto je však zřejmé, že se posturální nastavení pacientky změnilo, tudíž předpokládáme, že k těmto změnám došlo v důsledku zlepšení sebepojetí pacientky. Při výstupním vyšetření je vidět napřímení v oblasti krční páteře a cervikothorakálního přechodu. Došlo k uvolnění šíjových svalů, povolení horních končetin a většímu rozevření hrudního prostoru. Pod spodními žebry vymizela konkavita, což může být způsobeno zejména zlepšením dechového stereotypu. V oblasti pánve a dolních končetin nedošlo k žádným změnám.

Ke zlepšení posturálního nastavení pacientky tedy došlo spíše v oblasti trupu a hlavy hlavně díky lepší schopnosti svalové relaxace a zlepšení sebepojetí. Díky zlepšení vztahu ke svému tělu pacientka působí celkově sebevědoměji a uvolněněji.

10.2 Výzkumný problém 2

Dojde u pacientky po čtyřměsíční terapii ke zlepšení vnímání tělesného schématu a její body image měřené podle testů na somatognozii, stereognozii a dotazníku Body Attitude Test?

10.2.1 Výsledky BAT

V Body Attitude testu, který pacientka vyplnila po vstupním vyšetření, celkem získala 49 z možných 100 bodů. Jak je uvedeno v teoretické části práce, za patologický výsledek považujeme, pokud je skóre vyšší než 36 bodů. Z výsledku tedy vyplývá, že pacientka má narušený postoj ke svému tělu. Nejvyšší váhu přikládá k výrookům: „Vlastní tělo mi připadá jako předmět bez citu,“ a „Můj zevnějšek je pro mě velice důležitý.“ Hodnotí, že většinu času jí její boky připadají příliš široké, snaží se své tělo skrývat a závidí ostatním lidem jejich vzhled. Dle testu se často necítí dobře ve svém těle, kontroluje se v zrcadle a cítí nespokojenost při pohledu na své tělo.

Podle testu vyplněného po ukončení série terapií je zřejmé, že se vztah k jejímu tělu zlepšil, nicméně se stále pohybujeme v hodnotách nad hranicí normy. Druhý test ukazuje celkový výsledek 39 bodů. Pacientka stále přikládá stejnou hodnotu k důležitosti svého zevnějšku. Největší rozdíl vidíme u výroku: „Vlastní tělo mi připadá jako předmět bez citu,“ který v prvním testu hodnotí nejvyšší vahou, a naopak ve druhém mu přikládá nejmenší hodnotu. K mírnému zlepšení došlo i u dalších výroků, nicméně tyto rozdíly už nejsou tak razantní.

10.2.2 Výsledky testů na somatognozii a stereognozii

Tabulka 3: Šířkové rozměry pánve a ramen

	Bitrochanterická šířka pánve	Biakromiální šířka ramen
Odhad 1	40 cm	35 cm
Měření 1	33 cm	40 cm
Odhad 2	32 cm	37 cm
Měření 2	33 cm	40 cm

Zdroj: *Vlastní*

Podle výsledků v tabulce je zřejmé, že při prvním měření pacientka nadhodnocovala rozměry své pánve, a naopak podhodnocovala rozměry svých ramen. Při druhém měření se odhad výrazně zlepšil zejména u šířky pánve, kterou odhadla téměř přesně.

Testování propriocepce pomocí odhadování vzdálenosti prstu od bodu na papíře bez zrakové kontroly bylo prováděno celkem pětkrát. Bod měl průměr 2 centimetry a pacientka nastavila ruku na správné místo celkem čtyřikrát. Pouze při jednom z pokusů byl prst o 4 centimetry vedle. I při výstupním vyšetření byly výsledky podobné, kdy se pacientka trefila přímo do daného bodu třikrát a při dvou pokusech byla vzdálenost prstu od bodu 0,5 centimetrů a 2 centimetry.

Testy na izolovaný pohyb a relaxaci byly prováděny v leže na zádech s devadesáti stupňovou flexí v kyčelním, kolenním i hlezenním kloubu. Při izolovaném pohybu byla hodnocena schopnost při cirkumdukci v kyčelním kloubu udržet pravý úhel v ostatních kloubech. V této poloze s tímto pohybem pacientka neměla problém při vstupním ani při výstupním vyšetření. Hodnocení schopnosti relaxace bylo prováděno ve stejné poloze, kdy byla zjišťována míra uvolnění hlezenního kloubu. Během vstupního vyšetření se pacientce nedařilo hlezenní kloub vůbec uvolnit, kdy pasivní pohyb pouze tímto segmentem nebyl možný. U

výstupního vyšetření byl již pasivní pohyb umožněn, ale stále byl při tomto pohybu cítit výrazný odpor.

10.2.3 Vyhodnocení

Z výsledků dotazníku i testování somatognozie pomocí odhadů šířky ramen a pánve můžeme konstatovat, že po terapiích došlo ke zlepšení vnímání pacientčina těla a také ke zlepšení vztahu ke svému tělu. Při testování propriocepce a izolovaného pohybu jsme došli při vstupním vyšetření k normálním výsledkům, a to se nezměnilo ani během výstupního vyšetření. Proto můžeme hodnotit, že pacientka nemá porušenou schopnost propriocepce ani izolovaného pohybu. Schopnost relaxovat jednotlivý tělesný segment se po čtyřměsíční terapii mírně zlepšila, nicméně v posturálně složitější poloze, ve které jsme tuto schopnost testovali pacientka stále není schopná segment plně uvolnit.

10.3 Výzkumný problém 3

Dojde po sérii terapií ke změně antropometricky naměřených hodnot?

10.3.1 Měření obvodů horních končetin

Tabulka 4: Obvody horních končetin

Obvody	Pravá HK před	Levá HK před	Pravá HK po	Levá HK po
Paže – relaxovaná	21 cm	21 cm	21 cm	21 cm
Paže – kontrahovaná	22 cm	21,5 cm	22,5 cm	22 cm
Loketní kloub	21 cm	21 cm	21 cm	21 cm
Předloktí	19 cm	19 cm	19 cm	19 cm
Nad zápěstím	15 cm	15 cm	15 cm	15 cm
Přes hlavičky metacarpů	18,5 cm	18,5 cm	18 cm	17,5 cm

Zdroj: Vlastní

Podle měření obvodů horních končetin, jak je uvedeno v tabulce výše, nelze usuzovat žádné změny, protože téměř všechny hodnoty byly naměřeny shodně při vstupním vyšetření i při výstupním vyšetření. Jediným mírným rozdílem je obvod kontrahované paže, ale odlišnost hodnot je pouze minimální a můžeme se domnívat, že může být způsobena spíše nepřesností měření.

10.3.2 Měření obvodů dolních končetin

Tabulka 5: Obvody dolních končetin

Obvody	Pravá DK před	Levá DK před	Pravá DK po	Levá DK po
Stehno	37 cm	37 cm	38 cm	38 cm
Nad basis patellae	36 cm	36 cm	36,5 cm	36,5 cm
Kolenní kloub	35,5 cm	35,5 cm	36 cm	36 cm
Přes tuberositas tibiae	31 cm	31 cm	32 cm	32 cm
Lýtko	33 cm	33 cm	34 cm	34 cm
Nad kotníky	21 cm	21 cm	22 cm	22 cm
Přes nárt a patu	30 cm	30 cm	30 cm	30 cm
Přes hlavičky metatarsů	22 cm	22 cm	22 cm	22 cm

Zdroj: Vlastní

U obvodů dolních končetin v tabulce můžeme vidět rozdíly větší, než tomu bylo u horních končetin. Z toho lze vyvodit, že u dolních končetin došlo k mírnému zvýšení tělesné hmoty. Nicméně vzhledem k tomu, že největší rozdíl byl pouze jeden centimetr, ani tento posun není příliš znatelný.

10.3.3 Měření obvodů v oblasti trupu

Tabulka 6: Obvody trupu

Obvody	Před	Po
Přes xiphosternale – max. inspirium	79 cm	79 cm
Přes xiphosternale – max. expirium	74,5 cm	74 cm
Přes mesosternale – max. inspirium	71 cm	71 cm

Přes mesosternale – max. expirium	65 cm	64 cm
Pas	71 cm	72 cm
Boky	93 cm	94 cm

Zdroj: Vlastní

Při kontrolním měření si můžeme všimnout snížení obvodů hrudníku při maximálním výdechu o půl centimetru v oblasti os xiphoideum a o centimetr u měření v místě mezosternale. Hodnoty měření při nádechu zůstaly neměnné.

Obvodové vzdálenosti přes pas a boky se oboje prodloužily o jeden centimetr. V oblasti pasu musíme ovšem počítat také s předpokládaným kolísáním naměřených hodnot během dne, přestože vstupní i kontrolní měření probíhaly oboje v pozdních ranních hodinách, mohlo být ovlivněno například dobou a druhem snídaně i dalších faktorů, které při měření nebyly zohledněny. Změny můžeme pozorovat i v průběhu menstruačního cyklu, který jsme při měření nemohly brát v úvahu vzhledem k jeho nepravidelnosti u pacientky.

10.3.4 Vyhodnocení

Při antropometrickém měření obvodových rozměrů končetin a trupu jsme došli k mírným rozdílům mezi hodnotami při prvním a při druhém měření. Vzhledem k nepatrnosti těchto rozdílů ovšem nelze s jistotou říci, zda ke změnám skutečně došlo, či se jedná spíše o nepřesnost měření. Pro potvrzení rozdílů by bylo třeba dalšího měření po delší době, kdy by výsledky mohly být již razantnější.

10.4 Výzkumný problém 4

Změní se poměry tělesného složení a dojde k procentuálnímu zvýšení množství tukové tkáně?

10.4.1 Měření tělesného složení

K vyšetření tělesného složení pacientky byla zvolena kaliperace, doplněná o výpočet BMI a vyhodnocení pomocí diagnostického přístroje s možností využití bioimpedanční analýzy (BIA). Tyto tři výsledky jsou následně porovnány mezi sebou.

Tabulka 7: Měření kaliperace

	Před	Po
Tvář	7 mm	7 mm

Pod bradou	4 mm	3 mm
Pod klíční kostí	9 mm	8 mm
Pod prsy	5 mm	7 mm
Triceps	6 mm	10 mm
Pod lopatkou	8 mm	9 mm
Nad spinou	8 mm	11 mm
Na břicho	14 mm	17 mm
Na lýtku	12 mm	16 mm
Nad patellou	15 mm	18 mm

Zdroj: Vlastní

Pomocí kaliperu bylo měřeno množství podkožního tuku. Kožní řasy byly měřeny na deseti určených místech těla (uvedeno v tabulce výše). Z vyhodnocení vyplývá, že pacientka měla při vstupním vyšetření 15,7 % tělesného tuku, což je u žen pod hodnotou normy. Z tohoto výsledku dále můžeme vypočítat hmotnost tělesného tuku, která vychází zaokrouhleně na 7,47 kg. Aktivní tělesná hmota je tedy 40,13 kg.

Při druhém měření byl výsledný poměr tuku vyhodnocen 18,9 % tuku. Hmotnost celkového podkožního tuku je tedy 9,45 kg a aktivní tělesná hmota 40,55 kg.

Tabulka 8: Měření tělesného složení

	Měření 1	Měření 2
Tělesná výška	166 cm	166 cm
Tělesná váha	47,6 kg	50 kg
BMI	17,3	18,1
BIA	2,5 %	4,3 %
Kaliperace	15,7 %	18,9 %

Zdroj: Vlastní

Podle tělesné váhy (47,6 kg) a výšky (166 cm) naměřené při vstupním vyšetření hodnota BMI vyšla 17,3. Tento výsledek indexu značí podváhu. Pomocí BIA bylo naměřeno pouze 2,5 % tělesného tuku.

Při výstupním vyšetření byla pacientčina váha 50 kg a tělesná výška se oproti naměřené hodnotě z prvního vyšetření nezměnila. Index tělesné hmotnosti podle těchto hodnot je 18,1. Podle tabulky můžeme říci, že už se pohybujeme v hodnotách normy. Bioimpedanční analýza vyhodnotila, že pacientka má 4,3 % tělesného tuku.

10.4.2 Vyhodnocení

Podle výsledků můžeme potvrdit, že se zvýšilo procentuální množství tukové tkáně.

Index tělesné hmotnosti ukazuje, že po sérii terapií u pacientky došlo ke zvýšení tělesné váhy natolik, že podle tabulky lze říci, že vzhledem k její výšce je její hmotnost normální. Tento index ovšem neukazuje žádný poměr tělesného složení. Proto byl výsledek doplněn ještě o bioimpedanční analýzu a kaliperaci s cílem zjistit množství tukové tkáně v těle. Oba výsledky se shodují, že při druhém měření došlo ke zvýšení poměru tělesného tuku.

10.5 Výzkumný problém 5

Dokáže zadání specifické cvičební jednotky redukovat množství excesivního cvičení?

10.5.1 Výsledky dotazníku Hyperaktivity and Exercise Inventory

Pro hodnocení hyperaktivity a pohybových návyků pacientky jsme využili dotazník „Hyperaktivity and Exercise Inventory,“ který se skládá z 15 výroků. U každého z výroků je možné zaškrtnout jedna z odpovědí – „nikdy“, „někdy“, „většinou“ nebo „vždy“ – dle toho, jak často s pro nás tento výrok pravdivý. Pro bodové vyhodnocení jsme k odpovědím přiřadili body od 0 do 3, kdy při zaškrtnutí možnosti „nikdy“ bylo přičteno 0 bodů a při odpovědi „vždy“ se přičítaly 3 body.

Dotazník vyplněný pacientkou po vstupním vyšetření byl vyhodnocen celkem 20 body z celkových 45 možných. Při hodnocení si můžeme všimnout, že pacientka udává, že si během dne nikdy nepřijde příliš aktivní, ale zároveň má pocit, že může relaxovat až po dostatečné fyzické aktivitě.

V dotazníku vyplněného pacientkou po výstupní prohlídce nebyla u žádného z výroků nebyla vybrána možnost „vždy“ a pouze u jednoho byla zaškrtnuta možnost „nikdy.“ Celkově z dotazníku vyplývá, že pacientka cítí velký neklid a potřebu být něčím zaměstnána. Nutkání cvičit cítí zejména po jídle. Celkově získala 20 bodů, tedy stejně jako tomu bylo i při vstupním vyšetření.

10.5.2 Vyhodnocení

Z výsledků obou dotazníků plyne, že se neklid a nutkání se hýbat nezměnil. Můžeme tedy konstatovat, že pevný cvičební plán nemá na excesivní cvičení u pacientky výrazný vliv.

10.6 Výzkumný problém 6

Věnují se fyzioterapeuti v České republice terapii pacientů s PPP?

10.6.1 Dotazníkové šetření

Dotazník byl rozeslán celkem 24 fyzioterapeutům z 10 různých psychiatrických zařízení v České republice. Nakonec bylo získáno celkem 11 odpovědí z nichž 7 udává, že už někdy pracovali s pacienty s poruchami příjmu potravy. Zbylí 4 se s tímto typem pacientů během své praxe nesetkávají.

Tabulka 9: Počet dotazovaných fyzioterapeutů

Celkový počet odpovědí	11
Fyzioterapeuti pracující s pacienty s PPP	7
Fyzioterapeuti nepracující s pacienty s PPP	4

Zdroj: Vlastní

První otázka, na kterou jsme se ptali zní: „*Jak dlouho pracujete jako fyzioterapeut?*“ Odpověď byla možná formou výběru ze 4 možností.

Tabulka 10: Jak dlouho pracujete jako fyzioterapeut?

Méně než 2 roky	2
3 – 5 let	3
5 – 10 let	2
Více než 10 let	4

Zdroj: Vlastní

U druhé otázky nás zajímalo, zda se respondent během své praxe setkal s fyzioterapeutickou intervencí u pacientů s poruchami příjmu potravy. V případě zaškrtnutí možnosti „Ne.“, dotazovaný další část dotazníku již nevyplňoval a byl rovnou odkázán na závěrečnou stránku. Pokud fyzioterapeut odpověděl kladně, byl odkázán na druhou sekci dotazníku, u které jsme chtěli jejich zkušenosti blíže specifikovat.

První otázkou v druhé sekci jsme zjišťovali, jakou formou probíhají fyzioterapeutické jednotky nejčastěji. Byla zde možnost vybrat si ze tří možností:

Tabulka 11: Forma fyzioterapeutických jednotek

Skupinově společně s jinými psychiatrickými diagnózami.	1
Skupinově pouze s pacienty s diagnózou ze spektra poruch příjmu potravy.	2
Individuálně.	4

Zdroj: Vlastní

Poslední dvě otázky byly otevřené. První zněla: „*Jaké metody nebo postupy u pacientů s poruchami příjmu potravy zařazujete do terapie?*“ A nakonec nás zajímalo: „*Jak byste zhodnotili výsledky po terapii?*“ Doslovné odpovědi na obě otázky jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 12: Fyzioterapeutická intervence na českých psychiatrických klinikách

Jaké metody nebo postupy u pacientů s poruchami příjmu potravy zařazujete do terapie?	Jak byste zhodnotili výsledky po terapii?
Fyzioterapie se zařazuje pouze např. při VDT, skolioze – proto volím korekci SDT, lehký strečink, DG, CG, relaxační techniky a propojování psychosomatické souvislosti. Primárně mají pac. s PPP (MA – mentální anorexie) – klidový režim. Většinou přítomno nutkavé cvičení až přecvičování (dřepování, běh na místě, sedy/lehy)	Výsledky jsou velmi individuální, dle spolupráce pac. a hloubky a délky onemocnění. Většinou pac. nakloněna spolupracovat až moc, pro vedlejší přínosy pro pac. s PPP.
uvědomění si vlastního těla	nemůžu hodnotit
relaxační techniky	záleží na přístupu pacienta k terapii, vesměs pozitivní
respirační fyzioterapie, aktivace HSS, úprava držení těla, TMT	nemám feedback, většinou to byla jednorázová edukace
ACT	redukce fyz. obtíží
cvičení pro korekci vadného držení těla a relaxační techniky	výsledky jsou ovlivněny psychickým stavem pacientů

součástí terapie je edukace pacientů o práci s energií a vnímání únavy, cviky pro zpevnění těla, animoterapie	po dlouhodobější účasti na terapii jsou viditelné pozitivní změny
---	---

Zdroj: Vlastní

10.6.2 Vyhodnocení

Ze získaných odpovědí jsme zjistili, že v Českých psychiatrických zařízeních je fyzioterapie zařazována do terapie pacientů s poruchami příjmu potravy pouze v některých případech. Z celkových 11 odpovědí 7 fyzioterapeutů uvedlo, že se ve své praxi alespoň někdy s pohybovou intervencí u pacientů s poruchami příjmu potravy setkala. Většinou je tato intervence zařazována při vadném držení těla nebo jako doplněk léčby, kdy jsou součástí terapie hlavně relaxační techniky, uvědomění si vlastního těla, techniky měkkých tkání a respirační fyzioterapie. Celkově můžeme tedy vyhodnotit, že v České republice se fyzioterapeuti terapii pacientů s poruchami příjmu potravy věnují.

DISKUZE

V současné době můžeme dohledat velké množství studií zabývajících se zařazením kinezioterapie do terapie poruch příjmu potravy. Malé množství literatury však hovoří o zařazení pohybové intervence u těchto pacientů v České republice.

Studie, která pro nás byla inspirací pro vytvoření fyzioterapeutického plánu pro pacientku s diagnostikovanou mentální anorexií a mentální bulimií, se zabývá vlivem kinezioterapie na body image pacientů s poruchami příjmu potravy. Výzkum byl realizován na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice 1. LF UK a vychází z kinezioterapeutických postupů, které jsou používány na belgické klinice v Kortenbergu, která se zaměřuje právě na léčbu poruch příjmu potravy (Dušková a Pavlů, 2011).

V Belgii se pohybová intervence zařazuje celkem na 16 týdnů, kdy cvičení probíhá vždy třikrát v týdnu, přičemž jedna cvičební jednotka trvá 45 minut. Cvičební program není přesně definovaný a skládá se z různých pohybových aktivit jako například gymnastika nebo různé sportovní hry s cílem, aby si pacienti vyzkoušeli co nejvíce variant pohybové aktivity a naučili se nové věci. Jedna ze tří cvičebních lekcí je vždy věnovaná relaxačnímu cvičení, konkrétně podle Jacobsona. Cílem tohoto relaxačního cvičení je zlepšení uvědomění svého těla a osvojení si technik pro uvolnění svalového napětí (Knapen et al., 2003).

Při výzkumu na Psychiatrické klinice v Praze byly cvičební jednotky zařazeny podobně, tedy také třikrát týdně po dobu 4 měsíců a 10 pacientů, kteří se výzkumu účastnili byli všichni hospitalizováni na lůžkovém oddělení nebo docházeli do denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy. Pro vyhodnocení výsledků byl využíván český překlad dotazníku BAT, který v praktické části práce také využíváme. Druh zařazené pohybové intervence v této studii není nijak specifikován a mohl být také zkomplikován striktním denním režimem hospitalizovaných pacientů. U všech pacientů došlo ke zvýšení tělesné váhy, nicméně výsledky BAT dotazníku se velice lišily jak v závislosti na diagnóze, tak i podle druhu léčby, kdy k méně výraznému zlepšení došlo u pacientů v denním stacionáři (Dušková a Pavlů, 2011).

Pacientka, se kterou spolupracujeme v této bakalářské práci, navštěvuje psychoterapii pouze jednou týdně a všechny cvičební jednotky včetně vstupního i výstupního vyšetření byly prováděny v jejím domácím prostředí. Z výše popisované studie se můžeme domnívat, že při terapii v domácím prostředí nedosáhneme tak výrazných výsledků, jako bychom mohli vidět u některých hospitalizovaných pacientů. Srovnání s hospitalizovaným pacientem nám ovšem

vzhledem k časové náročnosti výzkumu nebylo umožněno. Dle mého názoru jsme právě díky méně striktnímu režimu terapie měli větší volnost při tvorbě pohybového programu, který jsme sestavili podle získaných poznatků. Všechny pohybové intervence byly shodné, přičemž dvakrát týdně je pacientka prováděla sama a během třetí byl u terapie přítomný fyzioterapeut. Bohužel v průběhu těchto čtyř měsíců došlo během osmého týdne terapie k náhlému zhoršení psychického stavu z důvodu nečekaných událostí a terapie byla na týden přerušena. Dokončení čtyřměsíční terapie se tedy také posunulo o týden déle oproti plánovanému termínu výstupního vyšetření. Výsledky měření mohou být i z tohoto důvodu zkreslené.

Do cvičební jednotky byly zařazeny zejména metody pro zlepšení vnímání tělesného schématu. Zajímalo nás, zda může tělesné uvědomění a zlepšení sebepojetí přispět ke změnám posturálního nastavení pacientky. Podle výsledků vyšetření pohledem bylo vidět zlepšení spíše v oblasti šíjových svalů, nastavení ramenních kloubů a v celkovém uvolnění horních končetin. Porovnávání výsledků ze vstupního a výstupního vyšetření bylo umožněno kromě písemného popisu také fotografiemi pacientky, které byly pořízeny na začátku i na konci terapie na její mobilní telefon. Součástí této práce je pouze písemný popis statického aspekčního vyšetření ze tří stran, protože si pacientka nepřála fotografie zveřejnit. Fotografická dokumentace sloužila tedy jako možnost zpětné vazby pro pacientku, která byla příjemně překvapena, jak moc působí na druhé fotografii sebejistěji.

Na psychiatrické klinice v Kortenbergu se využívá takzvaná „videokonfrontační technika,“ která spočívá v natáčení videa pacientů oblečených pouze v plavkách. Jeden záznam je pořízen na začátku terapie a druhý na konci. Nahrávky jsou následně ukázány pacientce s její skupinou a společně diskutují své pocity ze samotného natáčení a z pohledu na videozáznam. Tato skupinová sezení mají za cíl zlepšení postoje pacientů ke svému tělu (Probst et al., 1988; Probst et al., 1999). Podle mého názoru je tato metoda pro pacienty alespoň ze začátku velice nepříjemná, nicméně se domnívám, že může být velice užitečná možnost vidět sebe samé i z pohledu jiných lidí, poněvadž se v běžném životě nemůžeme vyhnout sociální interakci. Dušková a Pavlů (2011) však do terapeutické intervence konfrontaci před videokamerou nezařazují. Důvodem udávají riziko, že by jedinec mohl být touto technikou spíše utvrzen o negativním vnímání svého těla.

Van de Vliet et al. (1999) zkoumali vliv pravidelné fyzické aktivity na zlepšení sebepojetí u psychiatrických pacientů. Pozitivní sebehodnocení přisuzují hlavně zvýšení fyzické výkonnosti a nabytí nových schopností.

Některé zahraniční studie se věnují vlivu pohybové intervence na patologické jídelní chování. Bylo zjištěno, že pomocí masáží a tréninku tělesného uvědomění došlo ke snížení příznaků mentální anorexie a bulimie hodnocených pomocí dotazníku Eating Disorder Inventory (Vancampfort, 2013).

Dále jsme zkoumali, jakým způsobem se změní vnímání tělesného schématu a body image po 16 týdnech terapie. K vyhodnocení jsme využili Body Attitude Test a testy na propriocepci, somatognozii a hodnocení schopnosti izolovaného pohybu a relaxace podle Koláře et al. (2009). Již při vstupním vyšetření jsme zjistili, že pacientčina propriocepce a schopnost izolovat pohyb jedním segmentem není žádným způsobem porušena. Přestože tedy porucha propriocepce souvisí s narušenou představou o vlastním těle (Malighetti et al., 2022), v tomto případě by se mohlo jednat spíše o snížení multisenzorické integrace mezi více smyslovými vjemy (Case et al., 2011).

Celkový obraz našeho těla je kromě propriocepce tvořen i informacemi z interoceptorů, exteroceptorů, vestibulárního aparátu a zraku, (Riva et al., 2017) a odchylka kteréhokoliv z těchto systémů může proto způsobit nesoulad vnímaných informací a chybnou interpretaci svého tělesného obrazu u poruch příjmu potravy (Zucker et al., 2013).

Epstein et al. (2001) nezjistili u pacientů s mentální anorexií žádné významné rozdíly u testu propriocepce v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Jiní autoři naopak došli k výsledkům, které ukazují na poruchu některých proprioceptivních funkcí u pacientů s mentální anorexií. Zhoršená byla hlavně schopnost tělesné orientace v prostoru (Luyat et al., 2012; Guardie et al., 2012).

Probst et al. (2008) hodnotili vliv tělesného vnímání a tělesné zkušenosti v závislosti na chování spojené s pohledem do zrcadla. K vyhodnocení využívali dotazník BAT. Výsledky ukazují na možnou souvislost s častým pozorováním se v zrcadle a negativním vnímáním svého těla. Podle Jansena et al. (2016), kteří zkoumali účinky zrcadlové terapie, můžeme potvrdit, že vystavení celého svého těla zrcadlu v pacientech po terapii vyvolává negativní emoce. Z dlouhodobějšího hlediska, však dochází k postupnému zlepšování sebehodnocení.

Ve výzkumu podle M. Smeetsové a S. Kosslyna (2001) byl srovnáván pohled pacientek s mentální anorexií na fotografie jejich vlastní postavy, z nichž některé byly upravené do silnějších nebo štíhlejších tvarů. Poté hodnotili také stejně upravené postavy jiných lidí. Obrázky se promítaly vždy pouze do jedné hemisféry mozku, tím že se krátce mihly v polovině

zorného pole. Předpokladem bylo, že v levé hemisféře se nachází prototyp našeho tělesného schématu, přičemž v té pravé jsou zpracovávány specifické a konkrétně viděné obrazy. Tento předpoklad se potvrdil, jelikož pacientky měly tendenci nadhodnocovat velikost svého těla, když byly fotografie promítány do levé hemisféry, a při promítání do pravé hemisféry se viděly normálně. Nicméně fotografie cizích osob pacientky vnímaly oběma hemisférami shodně.

Další námi kladenou otázkou bylo, zda dojde ke změně antropometricky naměřených hodnot v oblasti končetin a trupu. Vzhledem k nepatrným rozdílům obvodových rozměrů tyto změny připisujeme spíše přípustné chybě měření a jako výsledek považujeme, že ke změně obvodových vzdáleností nedošlo.

Fernandez-del-Valle et al. (2015) se ve své studii zabývají hodnocením pokroku přibírání svalové a tukové tkáně při léčbě pacientů s mentální anorexií. K vyhodnocení využívají obvodových rozměrů paže a stehna. Celkem 44 pacientů bylo rozděleno do dvou skupin. První skupina sloužila jako kontrolní vzorek. Pacienti z druhé skupiny byli zařazeni do osmi týdenního cvičebního programu. Odporový trénink probíhal třikrát týdně a byl následován psychoterapií. Při kontrolním měření se prokázalo zvýšení obvodů v oblasti paže i stehna u pacientů zařazených do cvičební skupiny. Naopak v kontrolní skupině došlo k mírnému snížení obvodových vzdáleností. Z toho plyne, že odporový trénink působí pozitivně na zvýšení množství svalové tkáně u pacientů s poruchami příjmu potravy.

Domnívám se, že právě z toho důvodu, že v naší fyzioterapeutické intervenci nebyl zařazen žádný prvek silového tréninku, nedošlo k signifikantním rozdílům v obvodech končetin ani trupu.

Dále jsme se ptali, jestli se změní poměry tělesného složení a dojde k procentuálnímu zvýšení množství tukové tkáně. Měření potvrdilo zvýšení celkové tělesné váhy i tukové tkáně. Pro zjištění poměru tukové tkáně v těle jsme zvolili kaliperaci a bioimpedanční analýzu. Podle obou metod vidíme zvýšení procenta tělesného tuku. Nicméně pokud porovnáme mezi sebou výsledky získané z přístroje pro bioimpedanční analýzu a výsledky naměřené pomocí kaliperu, při obou měřeních se setkáváme s výraznou neshodou jejich hodnot.

Rozdílný výsledek může být důsledkem individuálních chyb způsobených nezkušeností terapeuta při měření kožních řas a při ovládání přístroje. Nebo nepřesností měřicího přístroje či kaliperační metody. Tato chyba může tvořit celkem až 3-6% rozdíl v naměřeném množství tělesného tuku (Všetulová a Buncl, 2004; Maud a Foster, 2006). Při měření metodou BIA může

být výsledek ovlivněn také aktuálním stavem hydratace měřeného, která může způsobit odchylku 2-4%. (Všetulová a Buncl, 2004)

Velké množství výzkumů porovnává různé metody k určení množství tělesného tuku s cílem zjistit, která metoda je nejpřesnější. Větrovská et al. porovnávají různé měřicí přístroje k bioimpedanční analýze, antropometrické měření obvodů pasu a boků a kaliperaci s referenční hodnotou získanou z celotělové denzitometrie (DEXA). Výsledky měření pomocí jednotlivých metod se od sebe výrazně liší. Celkově bylo vyhodnoceno, že metoda BIA měřená pomocí přístroje Bodystat získala hodnoty nejvíce se blížíci výsledkům získaným z DEXA. Největší odchylka byla naopak zjištěna u přístroje Tanita, který jsme v jiném modelu využili pro měření v této práci. Měření pomocí kaliperace se ukázalo jako poměrně přesné, výsledky jsou ovšem velice ovlivněné zkušeností vyšetřujícího, protože kožní řasy musí být odebírány na přesně určených místech těla (Větrovská et al., 2009).

Další studie srovnává pouze metodu BIA s metodou DEXA. Pro měření BIA byly využívány různé modely přístroje InBody. U všech přístrojů InBody bylo přítomno určité zkreslení, které se projevilo podhodnocováním procentuálního množství tukové tkáně (McLester, 2020).

Ze všech výše zmíněných faktorů si můžeme vysvětlit velikost rozdílu měření pomocí kaliperu a bioimpedanční analýzy. Rozdíl množství tukové tkáně při vstupním a výstupním vyšetření však můžeme považovat za dostatečně vypovídající, protože při obou vyšetřeních probíhalo měření za shodných podmínek, ve stejnou denní dobu, na jednom přístroji a jedním fyzioterapeutem, proto můžeme předpokládat i stejnou míru chyby při měření.

Pro hodnocení míry excesivního cvičení jsme využili dotazník Hyperaktivity and Exercise Inventory. Chtěli jsme zjistit, zda zadání specifické cvičební jednotky dokáže nahradit potřebu k excesivní pohybové aktivitě. Výsledky obou dotazníků mají celkově shodné skóre, přestože některé odpovědi se liší. Zjistili jsme tedy, že zařazení pohybové intervence do terapie nemělo vliv na potřebu excesivního cvičení u pacientky.

V mnoha studiích se hovoří právě o redukci excesivního cvičení zařazením fyzioterapeutické intervence a často je to také důvodem k jejímu zařazení do terapie (Probst, 2013).

Důvodem, proč jsme nedošli k podobným výsledkům může být povaha zvolené cvičební jednotky, která je zaměřená zejména na tělesné uvědomění a relaxaci na rozdíl od výše

zmíněných studií, které využívaly různé pohybové hry nebo silový trénink. Další příčinou by mohla být například stresová událost, kterou pacientka prožila zhruba v polovině výzkumu a jejíž následky by se mohly projevit jako pocit neklidu popisovaný v dotazníku.

Nakonec jsme si kladli otázku, zda fyzioterapeuti v České republice pracují s pacienty s poruchami příjmu potravy. Podle odpovědí získaných pomocí dotazníků rozeslaných fyzioterapeutům z psychiatrických zařízení jsme zjistili, že se fyzioterapeutická intervence zařazuje jako doplněk léčby u pacientů s poruchami příjmu potravy poměrně často. Většinou je důvodem vadné držení těla, ale objevují se i skupinová cvičení zaměřená na relaxaci, tělesné uvědomění a edukaci o práci s energií. Nezjistili jsme žádnou souvislost s délkou fyzioterapeutické praxe respondentů a odpovědí na otázku, zda se někdy setkali s fyzioterapeutickou intervencí u pacientů s PPP. Proto se domnívám, že je zařazení či nezařazení fyzioterapie do komplexní léčby ovlivněno zejména nastaveným režimem daného psychiatrického zařízení.

Limitem práce je zařazení pouze jedné pacientky do výzkumu a neočekávané přerušení terapie v průběhu plánovaných 4 měsíců. Kvůli nemožnosti porovnat výsledky s výsledky jiného pacienta, nemůžeme zhodnotit, zda a v jaké míře mělo toto přerušení vliv na terapii. Dalším limitem mohou být také přidružená psychická onemocnění, která jsme během vyhodnocení nebrali v úvahu. Přestože lze nalézt velké množství výzkumů zabývajících se vlivem pohybu na zlepšení tělesného uvědomění, málo z nich popisuje přesnou pohybovou intervenci, každý z výzkumů hodnotí výsledky terapie po rozdílně dlouhé době, u jiného druhu pacientů a s jiným cílem. Navíc pacienti s poruchami příjmu potravy mívají velké množství dalších přidružených fyzických i psychických onemocnění, proto se u každého jedince nemoc projevuje jiným způsobem. Z těchto důvodů je velice těžké výsledky porovnat s jinými studiemi a ověřit účinnost terapie podle dalších výsledků. U dotazníkového šetření je limitem malý počet respondentů, který je také způsoben velice malou cílovou skupinou, protože v České republice se nachází pouze malé množství psychiatrických zařízení, která se věnují pacientům s poruchami příjmu potravy. Je také možné, že někteří fyzioterapeuti dotazník nevyplnili právě proto, že s pacienty s PPP nepracují.

Podle získaných informací a našich výsledků si myslím, že by bylo výhodné zařazovat fyzioterapii do komplexní léčby pacientů s poruchami příjmu potravy častěji. Žádná ze studií neprokázala zhoršení příznaků onemocnění či snížení tělesné váhy, ale naopak se prokazuje, že pohybová aktivita pacienty pozitivně přijímána a může přispět k lepšímu uzdravení.

Přínosem práce je zlepšení povědomí o fyzioterapii u psychiatrických pacientů, která v České republice zatím není tak častá jako například v jiných zemích. Dle mého mínění je důležité se i v tomto ohledu zlepšovat, protože existuje spousta výzkumů, které dokazují pozitivní účinky pohybu na psychický stav. Spousta z těchto studií ale zařazuje intenzivní pohybovou aktivitu, kterou nemůžeme zařadit u pacientů s PPP. Přesto máme spoustu jiných možností, které můžeme využít s ohledem na stav pacienta a na jeho zájmy, tak aby si dokázal budovat ke svému tělu a k pohybu zdravý vztah.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo shromáždit informace o možnostech fyzioterapeutické intervence u pacientů s PPP a získat více ucelený obraz průběhu a výsledků léčby při zařazení kinezioterapie do léčebného programu. Naše poznatky jsme poté plánovali využít prakticky v rámci 16týdenního fyzioterapeutického plánu.

Pro splnění tohoto cíle jsme spolupracovali s pacientkou, které byla diagnostikována mentální anorexie a mentální bulimie. Sestavili jsme pohybovou intervenci, kterou pacientka prováděla třikrát týdně v průběhu čtyř měsíců. Ze všech výsledků můžeme potvrdit, že zařazení pohybu u pacientky s poruchami příjmu potravy nemá negativní vliv na průběh terapie. Protože celá cvičební jednotka byla zaměřena hlavně na tělesné uvědomění a zlepšení multisenzorické integrace za pomoci zrcadla, ptali jsme se zejména, jestli bude ovlivněno sebepojetí a body image pacientky. Zlepšení bylo zřetelné už na první pohled podle posturálního nastavení pacientky, a i další testy zlepšení prokázaly. Další otázky se týkaly tělesné váhy, hodnocení tělesného složení a obvodů trupu a končetin. Zjistili jsme pouze mírný přírůstek hmotnosti a procentuální navýšení poměru tělesného tuku. Změny v rozměrech obvodů se neprokázaly. Nakonec nás zajímalo, zda dokážeme zmírnit míru excesivního cvičení, právě zařazením více kontrolovaného cvičebního plánu. Podle vyhodnocení jsme došli k závěru, že tendence k nadměrnému cvičení zůstala stejná.

Bylo by zajímavé provést další měření s odstupem času a zjistit, zda pacientku nějaké cvičení zaujalo a praktikuje ho i po skončení intervence. Dále by bylo vhodné provést více výzkumů na toto téma u mužů a chlapců, protože naprostá většina studií zařazovala pouze ženské pohlaví. Přestože ženy tímto druhem onemocnění trpí mnohem častěji, setkáváme se s ním i u mužů a chlapců a vzhledem k fyzickým a hormonálním odlišnostem můžeme očekávat jiné příznaky a jiné odpovědi na léčbu. Obecně je dobré také rozšířit povědomí o této problematice a připomenout, že se s ní může setkat každý v jakémkoliv věku. Některá bibliografie, ze které jsem čerpala informace je dokonce napsaná celá v ženském rodě. Přestože je čtenář na začátku knihy upozorněn, že se s poruchami příjmu potravy setkáváme u obou pohlaví a ženský rod je využíván pro lepší čtivost, myslím si, že kniha nepopisuje dostatek informací ověřených u mužské populace. Navíc by mohlo dojít k předsudkům, že takový problém muž mít nemůže, když je popisován pouze u žen. Tím by se mohla znatelně prodloužit doba, kdy muž vyhledá odbornou pomoc, čímž by se zkomplikovala léčba.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda se v České republice fyzioterapeuti věnují práci s pacienty s PPP.

Podle získaných odpovědí na dotazníky je zřejmé, že fyzioterapeuti pohybující se v odvětví psychiatrické péče se setkávají s pacienty s poruchami příjmu potravy většinou během individuálních terapií kvůli přidruženým fyziologickým příznakům, ve velké míře pro vadné držení těla. V některých psychiatrických klinikách zařazují i skupinová cvičení.

Velice přínosné pro českou praxi by bylo inspirovat se fyzioterapeutickými intervencemi, které jsou zařazovány v jiných evropských zemích ať už formou rozeslání dotazníků do zahraničních psychiatrických zařízení nebo vykonáním praktické stáže v různých zemích. Mohli bychom poté vzájemně porovnat své zkušenosti a poznatky a díky takovéto spolupráci přispět ke zlepšení fyzioterapeutické péče u nás, ale i v zahraničí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AED, 2016. *Poruchy příjmu potravy: Klinická vodítka pro lékařskou péči* [online]. 3. vydání. [cit. 2024-03-09].

ATTIA, Evelyn a B. Timothy WALSH, 2022. Introduction to Eating Disorders. *MSD Manual* [online]. [cit. 2024-03-09].

BADRA, Leslie J.; COOKE, William H.; HOAG, Jeffrey B.; CROSSMAN, Alexandra A.; KUUSELA, Tom A. et al., 2001. Respiratory modulation of human autonomic rhythms. Online. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*. 2001-06-01, roč. 280, č. 6, s. H2674-H2688. ISSN 0363-6135. Dostupné z: <https://doi.org/10.1152/ajpheart.2001.280.6.H2674>. [cit. 2024-03-29].

BENCKO, Vladimír a TRYFOS, Michail, 2015. Psychosomatic Eating Disorders: Incidence, Risk Factors, Obstacles and Potential in Prevention. Online. *Hygiena*. 2015-6-1, roč. 60, č. 2, s. 59-62. ISSN 18026281. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1350>. [cit. 2024-03-29].

BEUMONT, P. J.; ARTHUR, B. a RUSSELL, J. D., 1994. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. Online. *International Journal of Eating Disorders*. Roč. 15, č. 1, s. 21-36. Dostupné z: [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199401\)15:1<21::aid-eat2260150104>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199401)15:1<21::aid-eat2260150104>3.0.co;2-k). [cit. 2024-03-29].

BLUMENTHAL, James A.; BABYAK, Michael A.; DORAISWAMY, P Murali; WATKINS, Lana; HOFFMAN, Benson M. et al., 2007. Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. Online. *Psychosomatic Medicine*. Roč. 69, č. 7, s. 587-596. ISSN 0033-3174. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318148c19a>. [cit. 2024-03-29].

CASE, Laura K.; WILSON, Rachel C. a RAMACHANDRAN, Vilayanur S., 2011. Diminished size–weight illusion in anorexia nervosa: evidence for visuo-proprioceptive integration deficit. Online. *Experimental Brain Research*. Roč. 217, s. 79–87. [cit. 2024-03-29].

CORNELISSEN, Piers L. a TOVÉE, Martin J. Targeting body image in eating disorders. Online. *Current Opinion in Psychology*. 2021, roč. 41, s. 71-77. ISSN 2352250X. [cit. 2024-01-29]

CROW, Scott a PETERSON, Carol B., 2009. Refining Treatments for Eating Disorders. Online. *The American Journal of Psychiatry*. Roč. 166, č. 3, s. 266-267. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08121820>. [cit. 2024-03-29].

DAMASIO, Antonio R., 2000. *Descartesův omyl: emoce, rozum a lidský mozek*. Kolumbus. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0844-4.

DEMITRACK, M. A., 1990. Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. Online. *American Journal of Psychiatry*. Roč. 147, č. 9, s. 1184-1188. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ajp.147.9.1184>. [cit. 2024-03-29].

DUŠKOVÁ, H. a PAVLŮ, D., 2009. Pohybové intervence v léčbě poruch příjmu potravy. Online. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Roč. 16, č. 4, s. 165-169. [cit. 2024-03-29].

DUŠKOVÁ, H. a PAVLŮ, D., 2011. Účinky kinezioterapie při léčbě poruch příjmu potravy v České republice. Online. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Roč. 18, č. 4, s. 173-178. [cit. 2024-03-29].

EMAMZADEH, Arash, 2018. What Is Mirror Exposure Therapy? And Does It Work? Online. [cit. 2024-03-29].

EMERSON, David, 2019. *Jóga v terapii: trauma-senzitivní jóga jako pomocník při léčbě traumatu*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-448-2.

EPSTEIN, Jane; WISEMAN, C. V.; SUNDAY, S. R.; KLAPPER, F.; ALKALAY, L. et al., 2001. Neurocognitive evidence favors “top down” over “bottom up” mechanisms in the pathogenesis of body size distortions in anorexia nervosa. Online. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Roč. 6, č. 3, s. 140-147. ISSN 1124-4909. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/BF03339763>. [cit. 2024-03-29].

FERNANDEZ-DEL-VALLE, Maria; LARUMBE-ZABALA, Eneko; GRAELL-BERNA, Montserrat a PEREZ-RUIZ, Margarita, 2015. Anthropometric changes in adolescents with anorexia nervosa in response to resistance training. Online. *Eating and Weight Disorders -*

Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Roč. 20, č. 3, s. 311-317. ISSN 1124-4909. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0181-4>. [cit. 2024-03-29].

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David, 2012. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.

FIELD, T.; GRIZZLE, N.; SCAFIDI, F. a SCHANBERG, S., 1996. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. Online. *Adolescence*. Roč. 31, č. 124. [cit. 2024-03-29].

FIELD, T.; HEMANDEZ-REIF, M.; HART, S.; THEAKSTON, H.; SCHANBERG, S. et al., 1999. Pregnant women benefit from massage therapy. Online. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Roč. 20, č. 1, s. 31-38. ISSN 0167-482X. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/01674829909075574>. [cit. 2024-03-29].

FIELD, T.; MORROW, C.; VALDEON, C.; LARSON, S.; KUHN, C. et al., 1992. Massage Reduces Anxiety in Child and Adolescent Psychiatric Patients. Online. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Roč. 31, č. 1, s. 125-131. ISSN 08908567. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00004583-199201000-00019>. [cit. 2024-03-29].

FRIEDERICH, Hans-Christoph; SCHILD, Sandra; WILD, Beate; DE ZWAAN, Martina; QUENTER, Andrea et al., 2007. Treatment Outcome in People with Subthreshold Compared with Full-Syndrome Binge Eating Disorder. Online. *Obesity*. Roč. 15, č. 2, s. 283-287. ISSN 1930-7381. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/oby.2007.545>. [cit. 2024-03-29].

GOLDEN, Neville H.; SCHNEIDER, Marcie; WOOD, Christine; DANIELS, Stephen; ABRAMS, Steven et al. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. Online. *Pediatrics*. 2016, roč. 138, č. 3. ISSN 0031-4005. [cit. 2024-01-29]

GRIFFEN, Trevor C.; NAUMANN, Eva a HILDEBRANDT, Tom, 2018. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. Online. *Clinical Psychology Review*. Roč. 65, s. 163-174. ISSN 02727358. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.006>. [cit. 2024-03-09].

GRUNWALD, Martin; WEISS, Thomas; ASSMANN, Bianka a ETTRICH, Christine, 2004. Stable Asymmetric Interhemispheric Theta Power in Patients With Anorexia Nervosa

During Haptic Perception Even After Weight Gain: A Longitudinal Study. Online. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. Roč. 26, č. 5, s. 608-620. ISSN 1380-3395. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13803390490504407>. [cit. 2024-03-29].

GUARDIA, Dewi; COTTENCIN, Olivier; THOMAS, Pierre; DODIN, Vincent a LUYAT, Marion, 2012. Spatial orientation constancy is impaired in anorexia nervosa. Online. *Psychiatry Research*. Roč. 195, č. 1, s. 56-59. [cit. 2024-03-29].

HALADOVÁ, Eva a NECHVÁTALOVÁ, Ludmila, 2011. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-516-7.

HART, Sybil; FIELD, Tiffany; HERNANDEZ-REIF, Maria; NEARING, Graciela; SHAW, Seana et al., 2001. Anorexia Nervosa Symptoms are Reduced by Massage Therapy. Online. *Eating Disorders*. Roč. 9, č. 4, s. 289-299. ISSN 1064-0266. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/106402601753454868>. [cit. 2024-03-29].

HLOCH, Ondřej, 2001. Odběr anamnézy. Online. *Propedeutika.cz*. 1999-2001. [cit. 2024-03-29].

ISKRIC, Adam; CENITI, Amanda K.; BERGMANS, Yvonne; MCINERNEY, Shane a RIZVI, Sakina J. Alexithymia and self-harm: A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. Online. *Psychiatry Research*. 2020, roč. 288. ISSN 01651781. [cit. 2024-02-21].

JACOBSON, Edmund, 1987. Progressive Relaxation. Online. *The American Journal of Psychology*. Roč. 100, č. 3/4. ISSN 00029556. Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/1422693>. [cit. 2024-03-29].

JANSEN, Anita; VOORWINDE, Vera; HOEBINK, Yvette; REKKERS, Marlies; MARTIJN, Carolien et al., 2016. Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? Online. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Roč. 50, s. 90-96. ISSN 00057916. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.06.002>. [cit. 2024-03-29].

JESENICKÁ, Radana, 2018. *Komplexní kineziologický rozbor: funkční poruchy pohybového systému*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0874-9.

KESKI-RAHKONEN, Anna a MUSTELIN, Linda. Epidemiology of eating disorders in Europe. Online. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016, roč. 29, č. 6, s. 340-345. ISSN 0951-7367. [cit. 2024-02-21].

KNAPEN, J; VAN DE VLIET, P; VAN COPPENOLLE, H; DAVID, A; PEUSKENS, J et al., 2003. The effectiveness of two psychomotor therapy programmes on physical fitness and physical self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial. Online. *Clinical Rehabilitation*. Roč. 17, č. 6, s. 637-647. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/0269215503cr659oa>. [cit. 2024-03-29].

KOLÁŘ, Pavel, c2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOLNES, Liv-Jorunn, 2012. Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. Online. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Roč. 16, č. 3, s. 281-288. ISSN 13608592. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2011.12.005>. [cit. 2024-03-29].

KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.

KURIYAN, Rebecca, 2018. Body composition techniques. Online. *Indian Journal of Medical Research*. Roč. 148, č. 5. ISSN 0971-5916. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1777_18. [cit. 2024-03-29].

LEVINE, Michael P. a SADEH-SHARVIT, Shiri. Preventing eating disorders and disordered eating in genetically vulnerable, high-risk families. Online. *International Journal of Eating Disorders*. 2023, roč. 56, č. 3, s. 523-534. ISSN 0276-3478. [cit. 2024-03-29].

LOWEN, Alexander, 2009. *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem*. Vyd. 2. Přeložil Oldřich TEGZE. Spektrum. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-189-1.

LUYAT, Marion; NOËL, Myriam; THERY, Vincent a GENTAZ, Edouard, 2012. Gender and line size factors modulate the deviations of the subjective visual vertical induced by head tilt. Online. *BMC Neuroscience*. Roč. 13, č. 1. ISSN 1471-2202. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2202-13-28>. [cit. 2024-03-29].

MALIGHETTI, Clelia; SANSONI, Maria; GAUDIO, Santino; MATAMALA-GOMEZ, Marta; DI LERNIA, Daniele et al., 2022. From Virtual Reality to Regenerative Virtual Therapy: Some Insights from a Systematic Review Exploring Inner Body Perception in Anorexia and Bulimia Nervosa. Online. *Journal of Clinical Medicine*. Roč. 11, č. 23. ISSN 2077-0383. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm11237134>. [cit. 2024-03-29].

MARLOCK, Gustl, 2015. *The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology*. North Atlantic Books. ISBN 978-1583948415.

MAUD, Peter J. a FOSTER, Carl, 2006. *Physiological Assessment of Human Fitness*. ISBN 0-7360-4633-X.

MCLEAN, Siân A. a PAXTON, Susan J. Body Image in the Context of Eating Disorders. Online. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019, roč. 42, č. 1, s. 145-156. ISSN 0193953X. [cit. 2024-02-01].

MCLESTER, Cherilyn N.; NICKERSON, Brett S.; KLISZCZEWICZ, Brian M. a MCLESTER, John R., 2020. Reliability and Agreement of Various InBody Body Composition Analyzers as Compared to Dual-Energy X-Ray Absorptiometry in Healthy Men and Women. Online. *Journal of Clinical Densitometry*. Roč. 23, č. 3, s. 443-450. ISSN 10946950. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2018.10.008>. [cit. 2024-03-29].

MITCHELL, Karen S.; MAZZEO, Suzanne E.; RAUSCH, Sarah M. a COOKE, Kathryn L., 2007. Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. Online. *International Journal of Eating Disorders*. Roč. 40, č. 2, s. 120-128. ISSN 0276-3478. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/eat.20282>. [cit. 2024-03-29].

MKN-10, 2023. Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Online. S. F50-F59. [cit. 2024-03-09].

NAVRÁTILOVÁ, MUDr. Miroslava a HAMROVÁ, Michaela, 2009. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. Online. *New EU Magazine of Medicine*. S. 22-36. Dostupné z: http://neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf. [cit. 2024-03-09].

NĚMEČKOVÁ, Pavla, 2011. Poruchy příjmu potravy. Online. *Medicína pro praxi*. S. 459-462. [cit. 2024-03-09].

NHS, 2016. Body Oriented Psychological Therapy. Online. *NHS.uk*. [cit. 2024-03-29].

NHS, 2024. Treatment - Anorexia nervosa. Online. *NHS.uk*. [cit. 2024-03-09].

NIMH, 2024. *Eating Disorders*. Online. National institute of Mental Health. [cit. 2024-03-09].

PAL, G. K.; VELKUMARY, S. a MADANMOHAN, 2004. Effect of short-term practice of breathing exercises on autonomic functions in normal human volunteers. Online. *Indian Journal of Medical Research*. Roč. 120, č. 2, s. 115-21. [cit. 2024-03-29].

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.), 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Edice postgraduální medicíny. Praha: mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.

PEREIRA, Ana C.; HUDDLESTON, Dan E.; BRICKMAN, Adam M.; SOSUNOV, Alexander A.; HEN, Rene et al., 2007. An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. Online. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2007-03-27, roč. 104, č. 13, s. 5638-5643. ISSN 0027-8424. Dostupné z: <https://doi.org/10.1073/pnas.0611721104>. [cit. 2024-03-29].

PROBST, M.; MAJEWESKI, M.L.; ALBERTSEN, M.N.; CATALAN-MATAMOROS, D.; DANIELSEN, M. et al., 2013. Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. Online. *Advances in Eating Disorders*. Roč. 1, č. 3, s. 224-238. ISSN 2166-2630. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.798562>. [cit. 2024-03-29].

PROBST, M.; PIETERS, G.; VANCAMPFORT, D. a VANDERLINDEN, J., 2008. Body Experience and Mirror Behaviour in Female Eating Disorders Patients and non Clinical Subjects. Online. *Psychological Topics*. Roč. 17, č. 2, s. 335-348. [cit. 2024-03-29].

PROBST, M.; VAN COPPENOLLE, H. a VANDEREYCKEN, W., 1997. Further experience with the Body Attitude Test. Online. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Roč. 2, č. 2, s. 100-104. ISSN 1590-1262. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/BF03339956>. [cit. 2024-03-29].

PROBST, M.; VANDEREYCKEN, W.; VAN COPPENOLLE, H. a PIETERS, G., 1999. Body experience in eating disorders before and after treatment: a follow-up study. Online. *European Psychiatry*. Roč. 14, č. 6, s. 333-340. ISSN 0924-9338. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)00159-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)00159-5). [cit. 2024-03-29].

PROBST, Michel, 2010. Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? Online. *The Open Complementary Medicine Journal*. 2010-10-26, roč. 2, č. 1, s. 105-113. ISSN 1876391X. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1876391X010020010105>. [cit. 2024-03-29].

PROBST, Michel, 2012. The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health (IOPTMH). Online. *Mental Health and Physical Activity*. Roč. 5, č. 1, s. 20-21. ISSN 17552966. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.04.003>. [cit. 2024-03-29].

PROBST, Michel; VANDEREYCKEN, Walter; COPPENOLLE, Herman Van a VANDERLINDEN, Johan, 1995. The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. Online. *Eating Disorders*. Roč. 3, č. 2, s. 133-144. ISSN 1064-0266. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10640269508249156>. [cit. 2024-03-29].

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana, [2017]. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. [Praha]: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.

REDDY, Onima, 2020. Yoga Origin, History and Development in India. Online. *Indian Journal of Movement Education and Exercises Sciences*. S. 9-12. [cit. 2024-03-09].

RIMMELE, Ulrike; ZELLWEGER, Bea Costa; MARTI, Bernard; SEILER, Roland; MOHIYEDDINI, Changiz et al., 2007. Trained men show lower cortisol, heart rate and psychological responses to psychosocial stress compared with untrained men. Online. *Psychoneuroendocrinology*. Roč. 32, č. 6, s. 627-635. ISSN 03064530. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.04.005>. [cit. 2024-03-29].

RIVA, Giuseppe; SERINO, Silvia; DI LERNIA, Daniele; PAVONE, Enea Francesco a DAKANALIS, Antonios, 2017. Embodied Medicine: Mens Sana in Corpore Virtuale Sano.

Online. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2017-03-16, roč. 11. ISSN 1662-5161. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00120>. [cit. 2024-03-29].

RUBENFELD, Ilana, 2004. An Interview with Charlotte Selver and Charles Brooks. Online. *Sensory Awareness and Our Attitude Toward Life*. Roč. 3, č. 1. [cit. 2024-03-29].

RÜEGG, Johann Caspar, 2020. *Možek, duše a tělo: neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1581-3.

RUSSO, Marc A.; SANTARELLI, Danielle M. a O'ROURKE, Dean, 2017. The physiological effects of slow breathing in the healthy human. Online. *Breathe*. 2017-11-30, roč. 13, č. 4, s. 298-309. ISSN 1810-6838. Dostupné z: <https://doi.org/10.1183/20734735.009817>. [cit. 2024-03-29].

SENÍN-CALDERÓN, Cristina; RODRÍGUEZ-TESTAL, Juan F.; PERONA-GARCELÁN, Salvador a PERPIÑÁ, Conxa. Body image and adolescence: A behavioral impairment model. Online. *Psychiatry Research*. 2017, roč. 248, s. 121-126. ISSN 01651781. [cit. 2024-01-28].

SHAW, Heather; STICE, Eric a BECKER, Carolyn Black. Preventing Eating Disorders. Online. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009, roč. 18, č. 1, s. 199-207. ISSN 10564993. [cit. 2024-01-28].

SHOWERS, Carolin J.; DITZFELD, Christopher P. a ZEIGLER-HILL, Virgil. Self-Concept Structure and the Quality of Self-Knowledge. Online. *Journal of Personality*. 2015, roč. 83, č. 5, s. 535-551. ISSN 0022-3506. [cit. 2024-01-28].

SCHLEGEL, Petr a FIALOVÁ, Ludmila, 2023. *Body image a pohybové aktivity mládeže*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5406-5.

SCHNITZLER, Eugene, 2022. The Neurology and Psychopathology of Pica. Online. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. Roč. 22, č. 8, s. 531-536. ISSN 1528-4042. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11910-022-01218-2>. [cit. 2024-03-29].

SIMONS, J.; CAPIO, C.M.; ADRIAENSSENS, P.; DELBROEK, H. a VANDENBUSSCHE, I. Self-concept and physical self-concept in psychiatric children and adolescents. Online. *Research in Developmental Disabilities*. 2012, roč. 33, č. 3, s. 874-881. ISSN 08914222. [cit. 2024-01-28].

SKWIRCZYŃSKA, Edyta; PIOTROWIAK, Michał; OSTROWSKI, Marek; WRÓBLEWSKI, Oskar; TEJCHMAN, Karol et al. Welfare and Self-Assessment in Patients after Aesthetic and Reconstructive Treatments. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, roč. 19, č. 18. ISSN 1660-4601. [cit. 2024-01-28].

SMEETS, Monique A.M. a KOSSLYN, Stephen M. Hemispheric differences in body image in anorexia nervosa. Online. *International Journal of Eating Disorders*. 2001, roč. 29, č. 4, s. 409-416. ISSN 0276-3478. [cit. 2024-01-28].

TANTISATTAMO, Ekamol; SY, John; KIM, Jun-Chul; KOPPLE, Joel D. a KALANTAR-ZADEH, Kamyar, 2022. Assessment and risk factors for protein-energy wasting and frailty in chronic kidney disease. Online. In: *Nutritional Management of Renal Disease*. Elsevier, s. 165-189. ISBN 9780128185407. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818540-7.00053-7>. [cit. 2024-03-29].

THORNQUIST, Eline a FANGEL, A.K., 2009. Tårer i behandlingen Hvordan forstår vi pasientens tårer - og hvordan reagerer vi på dem? (Tears in the treatment. How do we understand the patients' tears - and how do we react on them?). Online. *Fysioterapeuten*. Č. 6, s. 27-33. [cit. 2024-03-29].

TOPHOFF, Michael, 2004. *Mindfulness-Training: Exploring personal change through sensory awareness*. Online. [cit. 2024-03-09].

VAN DE VLIET, Peter; VAN COPPENOLLE, Herman a KNAPEN, Jan, 1999. Physical Measures, Perceived Physical Ability, and Body Acceptance of Adult Psychiatric Patients. Online. *Adapted Physical Activity Quarterly*. Roč. 16, č. 2, s. 113-125. ISSN 0736-5829. Dostupné z: <https://doi.org/10.1123/apaq.16.2.113>. [cit. 2024-03-29].

VAN EEDEN, Annelies E.; VAN HOEKEN, Daphne a HOEK, Hans W., 2021. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Online. *Current Opinion in Psychiatry*. Roč. 34, č. 6, s. 515-524. ISSN 0951-7367. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>. [cit. 2024-03-30].

VAN ELBURG, Annemarie A.; HOEK, Hans W.; KAS, Martien J.H. a VAN ENGELAND, Herman, 2007. Nurse evaluation of hyperactivity in anorexia nervosa: a comparative study.

Online. *European Eating Disorders Review*. Roč. 15, č. 6, s. 425-429. ISSN 1072-4133. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/erv.803>. [cit. 2024-03-29].

VANCAMPFORT, Davy; VANDERLINDEN, Johan; DE HERT, Marc; SOUNDY, Andrew; ADÁMKOVA, Milena et al., 2013. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. Online. *Disability and Rehabilitation*. 2013-06-26, roč. 36, č. 8, s. 628-634. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.808271>. [cit. 2024-03-29].

VANDEREYCKEN, W.; PROBST, M. a MEERMANN, R., 1988. An Experimental Video-Confrontation Procedure as a Therapeutic Technique and a Research Tool in the Treatment of Eating Disorders. Online. In: PIRKE, Karl Martin; VANDEREYCKEN, Walter a PLOOG, Detlev (ed.). *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, s. 172-178. ISBN 978-3-540-18670-0. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-642-73267-6_19. [cit. 2024-03-29].

VANSTEELANDT, Kristof; PIETERS, Guido; VANDEREYCKEN, Walter; CLAES, Laurence; PROBST, Michel et al., 2004. Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology. Online. *Eating Behaviors*. Roč. 5, č. 1, s. 67-74. ISSN 14710153. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00062-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00062-X). [cit. 2024-03-29].

VĚTROVSKÁ, R.; LAČŇÁK, Z.; HALUZÍKOVÁ, D.; FÁBIN, P.; HÁJEK, P. et al., 2009. Srovnání různých metod pro stanovení množství tuku v těle u žen s nadváhou a obezitou. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 55, č. 5, s. 455-461. [cit. 2024-03-29].

VŠETULOVÁ, E. a BUNC, V., 2004. Využití bioimpedanční metody pro stanovení procenta tělesného tuku obézních žen. Online. *Časopis lékařů českých*. Č. 8, s. 528-532. [cit. 2024-03-29].

WERNER, Karel, 1969. *Hathajóga : základy tělesných cvičení jógických*. ISBN 27-031-69.

ZUCKER, Nancy L.; MERWIN, Rhonda M.; BULIK, Cynthia M.; MOSKOVICH, Ashley; WILDES, Jennifer E. et al., 2013. Subjective experience of sensation in anorexia nervosa. Online. *Behaviour Research and Therapy*. Roč. 51, č. 6, s. 256-265. ISSN 00057967. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.010>. [cit. 2024-03-29].

SEZNAM ZKRATEK

PPP – poruchy příjmu potravy

ED – eating disorders

BOT – body oriented therapy (terapie orientovaná na tělo)

KPT – koncentrativní pohybová terapie

BAT – Body Attitude Test (test vztahu k vlastnímu tělu)

BIA – bioelectrical impedance analysis (bioelektrická impedanční analýza)

BMI – Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

EKG – elektrokardiografie

EEG – elektroencefalografie

CNS – centrální nervová soustava

EAT – Eating Attitude Test (test stravovacího chování)

AO – atlantookcipitální

DEXA – celotělová denzitometrie (dual energy X-ray absorptiometry)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vyhodnocení BMI	43
Tabulka 2: Shrnutí změn u hlavních sledovaných oblastí při aspekčním vyšetření.....	53
Tabulka 3: Šířkové rozměry pánve a ramen	55
Tabulka 4: Obvody horních končetin	56
Tabulka 5: Obvody dolních končetin.....	57
Tabulka 6: Obvody trupu	57
Tabulka 7: Měření kaliperace.....	58
Tabulka 8: Měření tělesného složení	59
Tabulka 9: Počet dotazovaných fyzioterapeutů.....	61
Tabulka 10: Jak dlouho pracujete jako fyzioterapeut?	61
Tabulka 11: Forma fyzioterapeutických jednotek	62
Tabulka 12: Fyzioterapeutická intervence na českých psychiatrických klinikách.....	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník pro fyzioterapeuty z Českých psychiatrických zařízení	87
Příloha 2: Informovaný souhlas pacienta s účastí ve výzkumu	89
Příloha 3: Dotazník BAT vyplněný při vstupním vyšetření	90
Příloha 4: Dotazník BAT vyplněný při výstupním vyšetření	90
Příloha 5: Hyperaktivity and Exercise Inventory vyplněný při vstupním vyšetření	91
Příloha 6: Hyperaktivity and Exercise Inventory vyplněný při výstupním vyšetření	91

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro fyzioterapeuty z Českých psychiatrických zařízení

Fyzioterapeutická intervence u pacientů s poruchami příjmu potravy

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Baranová a jsem studentkou 3. ročníku fyzioterapie na FZS ZČU v Plzni. Výzkumné šetření je součástí praktické části mé bakalářské práce, jejíž téma zní: *"Práce s pacientem s poruchami příjmu potravy z pohledu fyzioterapeuta."* Budu moc ráda, když si najdete několik minut svého času k vyplnění dotazníku, který slouží ke zmapování míry fyzioterapeutické intervence při terapii poruch příjmu potravy na psychiatrických odděleních českých nemocnic.

Vyplněním formuláře souhlasíte, že všechny získané informace budou použity pouze za účelem výzkumu a mohou být zveřejněny v textu bakalářské práce. Jste si vědom/a, že vaše účast na výzkumu je dobrovolná a můžete se kdykoliv rozhodnout ve spolupráci nepokračovat.

* Označuje povinnou otázku

1. Jak dlouho pracujete jako fyzioterapeut? *
 - Méně než 2 roky.
 - 3 - 5 let.
 - 5 - 10 let.
 - Více než 10 let.
2. Setkali jste se během své praxe s fyzioterapeutickou intervencí u pacientů s poruchami příjmu potravy? *
 - Ano, je to běžnou součástí mé práce.
 - Ano, ale spíše výjimečně.
 - Ne.
3. Fyzioterapeutické jednotky probíhají nejčastěji: *
 - Skupinově společně s jinými psychiatrickými diagnózami.
 - Skupinově pouze s pacienty s diagnózou ze spektra poruch příjmu potravy.
 - Individuálně.

4. Jaké metody nebo postupy u pacientů s poruchami příjmu potravy zařazujete do terapie? *

5. Jak byste zhodnotili výsledky po terapii? *

Mnohokrát děkuji za Váš čas a poskytnuté informace. V případě dotazů či připomínek mě můžete kontaktovat na emailu: zuzanbaranova@gmail.com.

Příloha 2: Informovaný souhlas pacienta s účastí ve výzkumu

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Informace o účastníkovi výzkumu:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Informace o výzkumu:

Výzkum je prováděn za účelem vypracování bakalářské práce na téma Práce s pacientem s poruchami příjmu potravy z pohledu fyzioterapeuta.

Práce s pacientem bude probíhat po dobu 4 měsíců a účastník má možnost z výzkumu odstoupit kdykoliv v průběhu práce. Práce se zabývá zařazením fyzioterapeutické intervence do léčby poruch příjmu potravy.

S účastníkem bude provedeno vstupní a výstupní vyšetření a data z nich získaná budou anonymně využita v praktické části bakalářské práce.

Souhlas s účastí na bakalářské práci:

Já souhlasím s účastí na bakalářské práci. Byl/a jsem informován/a o průběhu výzkumu.

Rozumím, že mohu kdykoliv odstoupit a že všechna získaná data budou použita anonymně, nebudu v bakalářské práci identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis studenta:

Datum:

Příloha 3: Dotazník BAT vyplněný při vstupním vyšetření

	0	1	2	3	4	5
	nikdy	zřídka	někdy	často	většinou	vždy
1. Jestliže se srovnávám se stejně starými, necítím se spokojená se svým tělem.	0	1	2	3	4	5
2. Vlastní tělo mi připadá jako předmět bez citu.	0	1	2	3	4	5
3. Mé boky se mi zdají příliš široké.	0	1	2	3	4	5
4. Cítím se ve svém těle jako doma.	0	1	2	3	4	5
5. Velice si přeji být štíhlejší.	0	1	2	3	4	5
6. Moje prsa mi připadají příliš velká.	0	1	2	3	4	5
7. Mám sklon skrývat své tělo (například ve volném oblečení).	0	1	2	3	4	5
8. Když se pozoruji v zrcadle, nejsem se svým tělem spokojená.	0	1	2	3	4	5
9. Mohu se po tělesné stránce lehce uvolnit.	0	1	2	3	4	5
10. Myslím, že jsem moc tlustá.	0	1	2	3	4	5
11. Pociťuji své tělo jako břemeno.	0	1	2	3	4	5
12. Zdá se mi, jako by mi mé tělo nepatřilo.	0	1	2	3	4	5
13. Některé části mého těla vypadají jako oteklé.	0	1	2	3	4	5
14. Mé tělo pro mě představuje ohrožení.	0	1	2	3	4	5
15. Můj zevnějšek je pro mě velice důležitý.	0	1	2	3	4	5
16. Mé břicho vypadá, jako bych byla těhotná.	0	1	2	3	4	5
17. Ve svém těle se necítím dobře.	0	1	2	3	4	5
18. Závidím ostatním jejich zevnějšek.	0	1	2	3	4	5
19. V mém těle se odehrává něco, co mě děsí.	0	1	2	3	4	5
20. Kontroluji svůj vzhled v zrcadle.	0	1	2	3	4	5

Příloha 4: Dotazník BAT vyplněný při výstupním vyšetření

	0	1	2	3	4	5
	nikdy	zřídka	někdy	často	většinou	vždy
1. Jestliže se srovnávám se stejně starými, necítím se spokojená se svým tělem.	0	1	2	3	4	5
2. Vlastní tělo mi připadá jako předmět bez citu.	0	1	2	3	4	5
3. Mé boky se mi zdají příliš široké.	0	1	2	3	4	5
4. Cítím se ve svém těle jako doma.	0	1	2	3	4	5
5. Velice si přeji být štíhlejší.	0	1	2	3	4	5
6. Moje prsa mi připadají příliš velká.	0	1	2	3	4	5
7. Mám sklon skrývat své tělo (například ve volném oblečení).	0	1	2	3	4	5
8. Když se pozoruji v zrcadle, nejsem se svým tělem spokojená.	0	1	2	3	4	5
9. Mohu se po tělesné stránce lehce uvolnit.	0	1	2	3	4	5
10. Myslím, že jsem moc tlustá.	0	1	2	3	4	5
11. Pociťuji své tělo jako břemeno.	0	1	2	3	4	5
12. Zdá se mi, jako by mi mé tělo nepatřilo.	0	1	2	3	4	5
13. Některé části mého těla vypadají jako oteklé.	0	1	2	3	4	5
14. Mé tělo pro mě představuje ohrožení.	0	1	2	3	4	5
15. Můj zevnějšek je pro mě velice důležitý.	0	1	2	3	4	5
16. Mé břicho vypadá, jako bych byla těhotná.	0	1	2	3	4	5
17. Ve svém těle se necítím dobře.	0	1	2	3	4	5
18. Závidím ostatním jejich zevnějšek.	0	1	2	3	4	5
19. V mém těle se odehrává něco, co mě děsí.	0	1	2	3	4	5
20. Kontroluji svůj vzhled v zrcadle.	0	1	2	3	4	5

Příloha 5: Hyperaktivity and Exercise Inventory vyplněný při vstupním vyšetření

		nikdy	někdy	většinou	vždy
1.	Je pro mne těžké klidně sedět.				
2.	Cítím neklid.				
3.	Po jídle cítím nutkání cvičit.				
4.	Během dne jsem velmi aktivní.				
5.	Cítím se provinile, když necvičím každý den.				
6.	Když nic nedělám, cítím napětí.				
7.	Ve sportu i ostatní fyzické aktivitě se stále snažím překonat dosažené výsledky.				
8.	Cítím potřebu tělesného pohybu.				
9.	Odpočinek považuji za ztrátu času.				
10.	Bez ustání chci něco dělat.				
11.	Když se mi cvičit nechce, do cvičení se nutím.				
12.	Cvičím, abych spálila kalorie.				
13.	Mohu relaxovat pouze po dostatečném cvičení.				
14.	Potřebuju být stále něčím zaměstnána.				
15.	Raději stojím, než sedím.				

Příloha 6: Hyperaktivity and Exercise Inventory vyplněný při výstupním vyšetření

		nikdy	někdy	většinou	vždy
1.	Je pro mne těžké klidně sedět.				
2.	Cítím neklid.				
3.	Po jídle cítím nutkání cvičit.				
4.	Během dne jsem velmi aktivní.				
5.	Cítím se provinile, když necvičím každý den.				
6.	Když nic nedělám, cítím napětí.				
7.	Ve sportu i ostatní fyzické aktivitě se stále snažím překonat dosažené výsledky.				
8.	Cítím potřebu tělesného pohybu.				
9.	Odpočinek považuji za ztrátu času.				
10.	Bez ustání chci něco dělat.				
11.	Když se mi cvičit nechce, do cvičení se nutím.				
12.	Cvičím, abych spálila kalorie.				
13.	Mohu relaxovat pouze po dostatečném cvičení.				
14.	Potřebuju být stále něčím zaměstnána.				
15.	Raději stojím, než sedím.				