

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2012

Mgr. Milena Adámková Ségard, Ph.D.



Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Katedra psychologie

Název práce

Využití terapeutické techniky video konfrontace v léčbě poruchy příjmu potravy

Název práce v angličtině

Video confrontation in the treatment of eating disorders

Autor práce: Mgr. Milena Adámková Ségard, Ph.D.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc.

2012

Poděkování

Děkuji prof. M. Probstovi z Katholieke Universiteit in Leuven, Belgie, za pomoc při sběru dat a celém výzkumu na psychiatrické klinice v Kortenbergu v Belgii.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 21.7. 2012

Abstrakt

Pilotní studie byla zaměřena na zpřesnění účinku techniky video konfrontace na pacienta s poruchou příjmu potravy. Metodou zjišťování byl dotazník, sestávající ze sémantického diferenciálu a samostatných vět. Výběr respondentů proběhl metodou výběru na základě dostupnosti. Z 26 respondentů byly všechny ženy s diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie hospitalizované na oddělení pro poruchy příjmu potravy. Výsledky potvrdily efekt video konfrontace u celého souboru ve vnímání obrazu vlastního těla jako méně nemotorného a ve snížení pocitů studu vzhledem k vlastnímu tělu. Specifický efekt video konfrontace u pacientek s mentální anorexií, byl nalezen ve vnímání obrazu vlastního těla jako více elegantního a atraktivního, ale i více bezcenného, více velmi ošklivého a nemotorného; u pacientek s mentální bulimií ve vnímání obrazu svého těla jako více malého, úzkého, pasivního a ve snížení pocitů studu vzhledem k vlastnímu tělu.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, video konfrontace, terapie

Abstract

The goal of this pilot study is to search for a specific influence of the video confrontation technique when used as a therapy for a patient with eating disorder. For the method a questionnaire was chosen which includes semantic differentials and separate sentences. The respondents were selected based on availability. The 26 respondents included in this research were all women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. All were hospitalized in an eating disorder unit. The outcome of the study confirmed that video confrontation resulted in the patients describing the picture of their own body less ungainly and they were less ashamed about their own body. The outcome of the study confirmed that video confrontation resulted in the patients with anorexia nervosa describing the picture of their own body as more elegant, attractive, but also more worthless, more ugly and ungainly. In the case of patients with bulimia nervosa a specific influence was found in that the patients' perception of the picture of their own body changed to more little, thin, passive and they were less ashamed about their own body.

Key words: Eating disorders, Video confrontation, Therapy

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	10
1.1. MENTÁLNÍ ANOREXIE	11
1.2. MENTÁLNÍ BULIMIE	14
1.3. OSTATNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	17
2. TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	18
2.1. STRUKTURACE	18
4.VIDEO KONFRONTACE	22
4.1. PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE	22
4.1.1. PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25
4.2. TECHNIKA VIDEO KONFRONTACE	28
4.2.1. HISTORICKÝ ZÁKLAD	28
4.2.2. PRŮBĚH TERAPIE.....	34
4.2.3. METODY HODNOCENÍ	39
5.TĚLESNÝ OBRAZ, TĚLESNÉ SCHÉMA	45
5.1.FILOZOFICKÝ POHLED.....	46
5.2.ONTOGENETICKÝ POHLED.....	47
5.3.BIOLOGICKÝ POHLED	48
5.4.IDEÁL KRÁSY	50
5.5.PORUCHA TĚLESNÉHO OBRAZU	51
5.6.POHYB	53
EMPIRICKÁ ČÁST	
6. CÍL VÝZKUMU	56
7. PRŮBĚH VÝZKUMU	57
8. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	58
9. METODA INTERVENCE	60
10. METODA SBĚRU DAT	62
10.1. APLIKACE DOTAZNÍKU	64
10.2. HODNOCENÍ DOTAZNÍKU	65
11. FORMULACE HYPOTÉZ A STATISTICKÁ ANALÝZA DAT	66
12. STATISTICKÁ ANALÝZA DAT	68
11.1. VYHODNOCENÍ ČÁSTI DOTAZNÍKU MANN–WHITNEY U TESTEM	68
11.2. VYHODNOCENÍ ČÁSTI DOTAZNÍKU WILCOXONOVÝM TESTEM	74
11.2. VYHODNOCENÍ ČÁSTI DOTAZNÍKU, VOLBY MINIMÁLNĚ JEDNÉ OTÁZKY ZE ČTYŘ V B FORMĚ DOTAZNÍKU	80
11.4. SHRnutí VÝSLEDKŮ	83
12. DISKUZE	86

12.1.NÁVRH METODY HODNOCENÍ.....	91
ZÁVĚR.....	94
LITERATURA	96
PŘÍLOHY - DOTAZNÍK	102

Seznam zkratek

BAT: Body Awareness Therapy

BDI-II:Beck Depression Inventory

BMI: Index tělesné hmotnosti

BOS: Behavior Observation Scale

BR: behaviorální přehrávání, první sezení v rámci terapie Gottheil, Backup a Cornelisona [6]

CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale

DSM IV: Diagnostický a statistický manuál psychických poruch „Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).“ [27]

EBSCO: Poskytuje komplexní služby, které zjednodušují správu a zpřístupňování elektronických a tištěných periodik.

EDE:Eating Disorder Examination

EDI: Eating Disorder Inventory

KBT: Kognitivně behaviorální terapie

KU Leuven: Katolická Universita v Leuven, Belgie

MKN 10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [26]

PMT: Psychomotorická terapie

POMS: Profile of Mood States

PsychInfo: Databáze více jak 3 milionů záznamů věnovaných oblasti behaviorální vědy a psychickému zdraví.

PubMed: Volně přístupné rozhraní k databázi MEDLINE, která obsahuje citace a většinou i abstrakta biomedicínských odborných článků v angličtině i národních jazycích.

SIE: self-image, druhé sezení v rámci terapie Gottheil, Backup a Cornelisona [6]

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences, statistický a analytický software

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

Web of Knowledge: Akademický citační a vyhledávací servis, který je kombinovaný s webovými odkazy. Porovozovatelem je společnost Thomson Reuters.

WHO: Světová zdravotnická organizace

Web of Science: Online akademická služba provozovaná společností Thomson Reuters.

ÚVOD

Od šedesátých let minulého století přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie a mentální bulimie. Toto onemocnění již není vnímáno pouze jako nemoc úzké skupiny populace charakterizované jako dospívající dívky z finančně dobře situovaných rodin. V současné době se toto onemocnění vyskytuje bez ohledu na finanční zabezpečení, začátek zahrnuje období prepubesce až dospělosti a výskyt u mužů již také není výjimkou. Z důvodu stále vzrůstající incidence [1, 2] (se toto onemocnění stává důležitou oblastí jak pro terapii pacientů, tak pro prevenci jejího vzniku.

Onemocnění porucha příjmu potravy je charakterizováno narušeným vnímáním vlastního těla [85]. Snahou o vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo tělesností, kdy se pacient cítí nepříjemně, i když jen vidí jiná těla. Tento výrazně negativní přístup k vlastnímu tělu a vzhledu, je spojen s určitou formou depersonalizace, kdy je tělo vnímáno jako cizí, pasivní necitlivý objekt. K těmto pocitům je přidružena ztráta důvěry ve vlastní tělo a fyzické pocity v kombinaci s negativním sebehodnocením [3]. Pro narušený vztah osob s poruchou příjmu potravy k vlastnímu tělu, lze uvažovat o zlepšení jejich stavu při aplikaci terapie, která pracuje s tělem a pohybem, jakou je video konfrontace [4].

Video konfrontace je terapeutická technika, která se řadí do skupiny psychomotorické terapie a v léčbě poruch příjmu potravy je užívána od 70 let minulého století [5]. Přesná specifika jejího účinku jsou zkoumána od počátku jejího užívání až do současnosti [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]

Ani však jedna z dosavadních studií zatím dostatečně nepopsala specifický účinek této terapie, v rámci léčby poruchu příjmu potravy. Účinek, o kterém by se dalo jednoznačně tvrdit, že se jedná o účinek video konfrontace a ne součtu terapeutických technik užitých v rámci léčby daného jedince. Tato situace není pro terapeuta příjemná, jelikož zná pozitivní účinek této techniky, ale současně je pro něj těžké přesně pojmenovat její význam pro léčbu daného pacienta [20]. Problém je také v nalezení vhodné metody, která by identifikovala specifickou účinku této techniky. Na nalezení tohoto nástroje pracuje s přestávkami M. Probst od počátku jejího testování [12] a tato práce je pokračováním této snahy.

Teoretická část

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Ač v současné době patří poruchy příjmu potravy, k velmi frekventovaným oblastem, je důležité na počátku této práce zmínit alespoň základní informace o tomto onemocnění. Onemocnění, jehož pacienti jsou v empirické část této práce účastni terapeutické jednotky video konfrontace.

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

Pro onemocnění oblasti poruch příjmu potravy jsou charakteristické poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a ke vzhledu vlastního těla, porucha tělesného schématu, hyperaktivita a strach ze ztráty sebekontroly. Jedním ze symptomů mentální anorexie je paradoxní, neustálá neposednost a nutkání k pohybu, na jehož základě pacienti ztrácejí pocit relaxace a schopnost uvolnit se. Strach ze ztráty sebekontroly je v pozadí potřeby absolutně ovládat své tělo a jeho vnitřní i vnější prostředí na fyzické úrovni (tělesná hmotnost, příjem potravy, pocit hladu, nebo únavy), ale také na psychologické úrovni (perfekcionismus a asketismus). Strach se ztráty sebekontroly se transformuje do strachu ze ztloustnutí. Touha pacientek s anorexií udržet vše ve svém životě (zejména fyzické fungování) pod kontrolou, ukazuje na jejich paralyzující pocity bezmoci [21].

Jednotícím prvkem poruch příjmu potravy jsou příznaky, jimiž jsou tyto nejčastěji charakterizovány. Jsou to: strach z tloušťky (mnohdy jen z mírného zvýšení tělesné hmotnosti); odmítání přiměřené tělesné hmotnosti a proporcí ženského těla; nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a hmotnosti (ostrá kritika se týká především oblasti břicha, hýždí a stehen); nepřiměřená závislost sebevědomí těchto dívek a žen na tělesné hmotnosti a vzhledu; používání nevhodných a ze zdravotního hlediska rizikových metod, které mají zabránit zvýšení tělesné hmotnosti či způsobit její snížení. Jedná se o přísné omezování jídla až držení hladovek, vyprovokované zvracení, intenzivní fyzické cvičení anebo zneužívání projímadel a různých látek snižujících chuť k jídlu, odvodňujících organismus atd.

Poruchy příjmu potravy, patří mezi onemocnění se stále se zvyšujícím výskytem v populaci. Přičemž poruchou příjmu potravy nejvíce trpí dospívající osoby ženského pohlaví. Toto onemocnění je spojeno s vysokým procentem nemocnosti a mortality [1, 23, 24]. Finanční a sociální dopad tohoto potenciálně smrtelného onemocnění, produktivita a kvalita života zůstává stále dosud blíže nepopsána [25].

1.1. Mentální anorexie

Mentální anorexie (F50.0) patří společně s mentální bulimií k nejčastějšímu onemocnění v rámci poruch příjmu potravy. Její kořeny sahají hluboko do historie [26].

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

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize [26] je mentální anorexie poruchou charakterizovanou úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji jsou postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakož i děti před pubertou a starší ženy. Mentální anorexie tvoří nezávislý syndrom v tomto smyslu:

- a) klinické rysy syndromu se snadno poznají, takže diagnóza je spolehlivá s vysokou shodou mezi kliniky,
- b) katamnestické studie ukázaly, že značný počet pacientů, kteří se neuzdravili, stále vykazuje hlavní charakteristiky mentální anorexie v chronické formě.

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

Od šedesátých let přibývá zpráv o rostoucím výskytu mentální anorexie. V České republice, byl nárůst zaznamenán zvláště od roku 1994 [1]. A dle studie Pavlové [29] do roku 2005 incidence prvních onemocnění stále narůstala. V zahraničních studiích se údaje o vývoji výskytu tohoto onemocnění různí. Některé studie udávají, že výskyt se neustále zvyšuje [30, 31, 32, 33, 34, 35], jiné prezentují stabilní hodnoty [36, 37, 38, 39, 40]. Tyto rozdílné výsledky mohou být důsledkem nerozpoznání onemocnění mentální anorexie mající za následek nepřirazení správné diagnózy.

V západní Evropě a Spojených státech je průměrná prevalence mentální anorexie u mladých žen 0,3 % [41]. Prevalence subklinických příznaků mentální anorexie, které jsou definovány tak, že pacient postrádá jedno diagnostické kritérium (poruchu), je vyšší, nachází se v rozmezí od 0,37 % - 1,3 % [42, 43].

Přihlédneme-li k genderovým rozdílům v prevalenci onemocnění mentální anorexie, je známé její vyšší procento u žen. Avšak ani u mužů výskyt tohoto onemocnění není výjimkou. Poprvé byla mentální anorexie u muže popsána už v r. 1694 Mortonem [44], její prevalence v obecné populaci je stále předmětem dohadů. Fichter a Daser [45] deklarují, že muži představují asi 7,5 %. Nejčastěji je však v současné době užíván poměr 9:1, ženy versus muži.

1.1.1. Etiologie

O možné etiologii mentální anorexie bylo vysloveno mnoho hypotéz. Každá hypotéza nebo etiologický výkladový model má ale svá omezení a nemůže vysvětlit všechny varianty poruchy. Běžnými rizikovými faktory jsou rasa či etnická skupina, gastrointestinální či jídelní problémy v dětství, výrazný typ a obava o zvýšenou hmotnost, negativní sebehodnocení, sexuální zneužití atd. [46].

Prvotní studie byly zaměřeny zvláště na kulturní podmíněnost mentální anorexie.

Následovaly biologické a genetické výzkumy, které posunuly pozornost etiologie do oblasti rodiny [47] a genetických faktorů [48, 49, 50]. Na základě studií molekulární genetiky byla identifikována oblast lidského genomu, který by mohl způsobovat svým umístěním náchylnost k mentální anorexii [51] a tak být rizikovým faktorem mentální anorexie [52]. Předmětem výzkumu se také stal serotonin a dopamin a jejich funkce v neurotransmitterovém systému [53].

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

Z oblasti biologických faktorů uvažujeme především o těchto [54, 55, 56, 57]:

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

V oblasti sociálních, kulturních a rodinných faktorů je uvažováno o rodinných vztazích. Kdy u pacientů jsou často zmiňovány napjaté rodinné vztahy, dále hyperprotektivní a dominantní matka a pasivní, emočně vzdálený otec. Jak u mentální anorexie tak mentální bulimie je často zmiňován tlak na udržení štíhlosti. Tento sociální tlak je považován za vázaný na sociokulturní prostředí Evropy a Ameriky. Jeho výrazné sílení se dá detekovat od poloviny 20. století. [54, 55, 56, 57]

Ze široké škály psychologických faktorů lze zmínit zvýšenou vnitřní nejistotu, extrémní perfekcionismus a zaměření na výkon. Osobnost pacienta lze často diagnostikovat jako zvýšeně neurotickou, introvertní a úzkostnou. [54, 55, 56, 57]

1.1.2. Průběh a prognóza nemoci

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

Ve výsledcích terapie se autoři rozcházejí, lze však shrnout, že přibližně pětina pacientů se úplně uzdraví a u 10-30 % dochází k průběžnému zhoršení. Vzhledem k ostatním psychickým chorobám je však zde mortalita na velmi vysokém stupni, až 10 %. [54, 55, 56, 57]

Často i po normalizaci hmotnosti pacienta a obnově menstruace přetrvávají abnormální stravovací návyky, těžké zdravotní a psychické důsledky. Mohou přetrvávat rysy spojené s poruchou příjmu potravy zahrnující depresi, úzkost, sociální otažitost, zvýšenou plachost, únavu a další kombinované zdravotní komplikace [54, 55, 56, 57]. Častý je také problém v oblasti reprodukce. Přetrvávající problém v sociální oblasti je především vzhledem k požadavkům zdravého průběhu vývojového období adolescence [58]. U některých pacientů s mentální anorexií se následně vyvine mentální bulimie.

1.2. Mentální Bulimie

Mentální bulimie (F 50.2) [26] je spolu s mentální anorexií jedním ze dvou nejvýraznějších syndromů patřící pod pojem poruchy příjmu potravy. Její historický základ je podobný jako mentální anorexie. Stejně jako odmítání jídla bylo v historii i přejídání a zvracení u nekončících hostin praktikováno privilegovanou elitou společnosti. Soutěže v množství snědených knedlíků či pití piva nebyly v historii výjimkou a přetrvaly až do dnešní doby.

„Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil „tloušťku vyvolávající“ účinky požití potravy.“ [26], jak uvádí mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize. Záchvaty přejídání, kdy je konzumováno velké množství jídla, jsou spojené s výrazným pocitem ztráty kontroly. V rámci kompenzačního chování se vyskytuje vyvolané zvracení, zneužívání diuretik, laxativ a podobných prostředků, půst a nadměrný pohyb.

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

Výskyt dle pohlaví je podobný jako u mentální anorexie [26]. U mužů se ve vyšší míře vyskytuje zneužívání pohybu [59, 60]. Specifické rysy pro mentální bulimii zahrnují zvýšený zájem o neobvyklé, vyšší impulsivitu, nižší míru sebekontroly, nižší kolegiálnost [61] a často promiskuitu. Přibližně 80 % pacientů má v anamnéze diagnózu jiné psychické poruchy [62].

Onemocnění mentální bulimie má podobně jako mentální anorexie dlouholetou historii a od poloviny minulého století výrazně narůstá jeho výskyt. Percentuální výskyt se mírně odlišuje vzhledem k jednotlivým autorům. Všichni se však shodují na tom, že je evidován pouze zlomek osob, které se potýkají s tímto problémem. Na rozdíl od mentální anorexie, kdy je velmi často indikována realimentace, která přivede nemocného do lékařského zařízení, u mentální bulimie toto specifikum neexistuje. K mentální bulimii se také pojí mnohé závažné zdravotní problémy, tyto však mohou být léčeny lékařem samostatně bez diagnózy mentální bulimie. [36, 37, 38]

Se zaměřením pouze na mentální bulimii Krch [21] uvádí současný předpoklad prevalence v rozmezí 1- 4 % žen. U subklinických či hraničních případů se odhaduje výskyt na 5 -10 %. Prevalence mentální bulimie u mužů se v průměru u různých studií pohybuje mezi 0,1 a 0,4% sledovaného vzorku mužů.

Data vypovídající o stavu tohoto onemocnění na území, které lze charakterizovat jako západní Evropa a ve Spojených státech amerických, mluví o jednoprocenním výskytu u žen a 0,1 % výskytu u mužů [41]. Vyšší prevalence je připisována subklinickým a hraničním případům, kdy se jedná o hodnoty 1,5 – 5,4 %.

1.2.1. Etiologie

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

Historicky ve vztahu s mentální bulimií byly především zdůrazňovány sociokulturní faktory. Vysoké množství studií lze také nalézt v oblasti biologických rizikových faktorů. Uvažuje se například o zvýšené hladině endorfinů či epiparoxyzmy v oblasti hypotalamu a vlivu poruch serotoninu [63, 64]. Výrazné rodinné zatížení je popsáno v kolektivní práci Lilienfelda [47]. Na základě studií dvojčat byla zkoumána genetická podmíněnost tohoto onemocnění a hodnoty se pohybují v rozmezí 54 – 83 % [65]. Na základě analýzy vazby byla identifikována

oblast na chromozomu 10p, která by mohla mít vliv na vznik onemocnění [66]. Žádný z těchto faktorů nebyl však dosud jednoznačně potvrzen.

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

Mezi psychologické faktory patří především nezdrženlivost, psychastenie, hysteroidní struktura osobnosti. Pacienti s mentální bulimií jsou více extrovertovaní a impulsivní než pacienti s mentální anorexií. U mužů se vyskytuje vyšší zastoupení depresivních příznaků a chudší sexuální život než u žen s mentální bulimií. Je často zmiňována problematika stresu a jeho zvládání, problematický vztah k sobě samému, výrazný odpor či stud vzhledem k sobě.

1.2.6. Průběh a prognóza nemoci

Mentální bulimie je často vnímána jako onemocnění s opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti [21]. Záchvat přejídání může trvat několik hodin, ale i několik dní. Některé osoby jí svá oblíbená jídla, jiné jí taková jídla, kterým se normálně vyhýbají. Většinou jde ale o jídla sladká, vysoce kalorická, tučná.

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

Ač se u mentální bulimie nevyskytují smrtelná zdravotní rizika jako u mentální anorexie, pacienti často vykazují symptomy vyčerpání, letargie, otoky a gastrointestinální problémy. V případě pravidelného častého zvracení se u pacientů vyskytují poruchy elektrolytové rovnováhy, metabolické alkalózy, eroze skloviny, zvětšení příušní slinné žlázy a jizvy a mozoly na těle [67].

V případě častého zneužívání laxativ pacienti často trpí edémy, nízkou hladinou vody v těle s následnou dehydratací, poruchou elektrolytové rovnováhy, metabolickou acidózou a potenciální možnou trvalou ztrátou zdravé funkce střev [67].

Prognóza onemocnění mentální bulimie je dobrá u 27 % pacientů [68], kdy se jedná o absenci všech diagnostických kritérií. U 40 % pacientů přetrvávají některé symptomy a 33 % má dle Papežové [68] diagnózu nepříznivou. Další studie zachycují výrazné zlepšení ve 25 – 30 % případů ve smyslu redukce epizod přejídání, zvracení a zneužívání laxativ [69, 70]. Například na základě šetření 110 pacientů po dobu osm týdnů po terapii, bylo zjištěno úplné zlepšení u 73% [71]. Hodnoty relapsujících pacientů se, na základě šesti měsíčních až šestiletých šetření pohybují v rozmezí 20 - 85 % [72, 73].

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

1.3. Ostatní poruchy příjmu potravy

Diagnostické manuály MKN 10 [26] a DSM IV [28] se celkem shodují v pojmu i vymezení mentální anorexie a mentální bulimie. V pojmenování syndromů, které nespádají ani pod jeden ze zmíněných pojmů a přesto přísluší do skupiny poruch příjmu potravy, se odlišují.

DSM IV [28] popisuje poměrně široký syndrom „Eating Disorders Not Otherwise Specified (Binge Eating Disorder)“, charakterizovaný impulzivními záchvaty přejídání, pro nějž je užíván český ekvivalent záchvatovité přejídání. MKN 10 [26] užívá také názvu „porucha příjmu jídla nespecifikovaná“, v rámci této diagnostické skupiny, s DSM IV [28] se však v diagnostice nepřekrývá. MKN 10 [26] pojmenovává ještě další tři syndromy a to přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychickými poruchami a jiné poruchy příjmu jídla.

2. TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Léčba poruch příjmu potravy je náročná a složitá. Za základní problém je považována motivace pacientů, připuštění závažnosti nemoci jich samých, ale i jejich rodinných příslušníků a nastoupení dlouhé cesty k vyléčení. Významnou roli zde sehrávají praktičtí lékaři. Rodinní příslušníci dávají často přednost fyziologickému vyšetření a lékař má tudíž možnost odeslat je dále k psychologické pomoci. Další významnou osobou jsou učitelé, kteří na základě znalostí a každodenního kontaktu mají nezastupitelnou úlohu při rozpoznání onemocnění a opět nasměrování pacientky a rodičů k psychologické pomoci. [74]

Náročnost léčby onemocnění poruchy příjmu potravy se projevuje i ve velkém množství terapeutických přístupů jednotlivě či v jejich souboru užívaném v rámci dané formy léčby, kliniky. Poruchy příjmu potravy jsou léčeny jak pomocí skupinové, tak individuální terapie. Protože nemoc nezasahuje pouze nemocného, a mnohdy se uvažuje, že vyvstává jako řešení problematické rodinné situace, je nutné k léčbě přizvat i členy rodiny a ostatní zainteresované osoby, jako jsou například školní poradci či učitelé. Při užití individuální terapie je nutný průzkum rodinných souvislostí a současné či minulé medikace. V případě mentální anorexie je nutná současná obnova fyzického zdraví a jeho dlouhodobá kontrola [75].

V terapii poruch příjmu potravy jsou nejčastěji zmiňovány kognitivně behaviorální terapie, zvláště u léčby mentální bulimie [76], a rodinná terapie. Ale ani ostatní druhy terapií nejsou výjimkou. Pro zpřehlednění jednotlivých druhů terapií, podává tato kapitola různá dělení s následnou stručnou charakteristikou jednotlivých terapií dle terapeutických směrů.

2.1. Strukturace

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

2.1.1. Dělení dle syndromu poruch příjmu potravy

Na základě tří nejzřetelnějších syndromů poruchy příjmu potravy a to mentální anorexie, mentální bulimie a přejídání (Binge Eating Disorder) lze dle těchto rozdělit terapeutické strategie na [157]:

I. Terapeutické techniky určené pro terapii mentální anorexie:

1. Nutriční rehabilitace;
2. Psychosociální léčba (strukturovaný program hospitalizace a částečné hospitalizace, individuální psychoterapie, rodinná psychoterapie, psychosociální intervence založené na modelu terapie závislostí, svépomocné skupiny);
3. Farmakoterapie (antidepresiva, antipsychotika);
4. Ostatní farmakoterapie a somatická léčba.

I. Terapeutické techniky určené pro terapii mentální bulimie:

1. Psychosociální léčba (individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, rodinná a manželská terapie, svépomocné skupiny, svépomocné přístupy);
2. Farmakoterapie (antidepresiva; ostatní farmakoterapie);
3. Kombinace psychosociální terapie a farmakoterapie.

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

2.1.2. Dělení dle povahy terapie

Další rozdělení jednotlivých terapií pro poruchy příjmu potravy lze směřovat dle povahy psychoterapie. V tomto dělení se vychází z klasického dělení psychoterapie jako jedné skupiny a ostatních terapií jako skupiny druhé. Dělení psychoterapie je dle Balcara [77].

I. Psychoterapie;

1. Individuální terapie;
2. Skupinová terapie (skupinová edukace, intenzivní skupinová terapie, jídelní skupiny, svépomocné skupiny, skupiny pro rodinné příslušníky a pro přátele);
3. Rodinná terapie;
4. Pohybová terapie (Kinezioterapie, psychomotorická terapie, terapie zaměřená na tělo, ...)

II. Další terapie;

1. Nutriční rehabilitace;
2. Farmakoterapie;

III. Kombinované formy.

Toto dělení má výhody v tom, že zohledňuje fakt heterogenosti terapeutických skupin s ohledem na typy poruchy příjmu potravy.

2.1.3. Dělení dle formy terapie

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

- Hospitalizace;
- Částečná hospitalizace;
- Ambulantní terapie;
- Konzultace, edukace;
- Self-help, svépomoc;
- Preventivní programy.

2.1.4. Dělení dle jednotlivých terapeutických škol, myšlenek

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

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

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

4. VIDEO KONFRONTACE

Video konfrontace je terapeutická technika, řadící se do psychomotorické terapie, a dále, dle dělení Balcara [77], do skupiny pohybových terapií.

Dříve však než bude popsána video konfrontace, je nutné specifikovat psychomotorickou terapii.

4.1. Psychomotorická terapie

Typem terapeutického působení, jehož východiska je nutné blíže zmínit je Psychomotorická terapie. Důvodem je, že video konfrontace, která je předmětem výzkumu v empirické části této práce, je začleňována pod psychomotorickou terapii.

Psychomotorická terapie je terapeutické působení, které záměrně pracuje s tělem a aktivním pohybem včetně prvků a forem sportu. Terapeutické působení užívá a respektuje poznatky psychologie a fyzioterapie. Na základě analýzy psychického onemocnění, nebo odlišnosti je čerpáno z široké škály znalostí lidského těla a pohybu, aby byl následně na základě znalostí psychoterapeutických specifik vytvořen terapeutický program, u něhož se dá s vysokou pravděpodobností předpokládat pozitivní efekt na zlepšení psychického stavu jedince, jemuž je určen. [4] Vychází z holistického náhledu na lidskou bytost. Tento náhled je odvozen z jednoty těla a mysli. Tento pojem obsahuje poznávací, emocionální a tělesné aspekty a schopnost existence a působení v psychosociálním kontextu. [79] Cílem je spolupůsobit na zmírnění či odstranění psychických a psychosomatických obtíží, nebo jejich příčin [82].

Psychomotorická terapie se snaží pohybem získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „já“ a jeho možností. Smyslem je přivést jedince k práci na sobě samém, pomoci mu objevit způsoby, jak přistupovat ke svým problémům, nechat mu prostor, aby tyto cesty sám objevoval. Tím je podněcována aktivita jedince. Zdůrazňovány jsou neverbální prvky a postupně je vyvolávána potřeba verbální komunikace [22].

Centrálním tématem psychomotorické terapie je tělesná aktivita ve všech svých formách. Ač jsou neopomenutelné somatické účinky této terapie (morfologická, svalová, kardiorepirační, metabolická a motorická úroveň), je psychomotorická terapie považována

především za psychologickou léčbu. Dalším ústředním aspektem je vztah mezi pacientem a psychomotorickým terapeutem. „Zkušenosti během psychomotorické terapie a odezvy, jež vznikají prostřednictvím těchto zkušeností, fungují jako určitá dynamická síla změny.“ Proto je přikládána pozornost tělesným aktivitám ve vztahu k fyziologickým a smyslovým, pohybovým a psychomotorickým dimenzím, poznávacím a emočním dimenzím, dimenzi chování, včetně komunikačních a vztahových dimenzí a v neposlední řadě též ve vztahu k symbolické dimenzi. [80]

Jednotlivé terapeutické programy modelují situace, v nichž si daný jedinec ověřuje a rozvíjí své schopnosti, které mohou být následně transferovány do dalších oblastí života [81]. Tyto situace mohou být zpočátku vnímány jako nezvládnutelné. A zde je důležité vedení terapeuta, který daného jedince vede k překonávání obav z nezvládnutí. Jedinec si tak postupně ověřuje své možnosti a kompetentnosti a je veden k využití a rozvoji vnitřních i vnějších zdrojů zvládnutí zátěže a tím nárůstu seberegulace. Ověřováním a nárůstem důvěry ve vlastní schopnosti je tak rozvíjena sebedůvěra i vzájemná důvěra a komunikace s ostatními. [82]

Programy se podle potřeb daného jedince zaměřují na vnímání sebe sama, svých funkcí a možností jejich řízení [81], případně na rozvoj vzájemné důvěry a komunikace [82]. V tom případě se jsou programy zaměřeny především na situace, jejichž řešení vyžaduje vzájemnou spolupráci [82].

Snahou psychomotorické terapie je působit na změnu prožívání a chování daného jedince a prostřednictvím získání nového náhledu na prožívaný problém, utváření vědomí možnosti vyrovnání se s ním. Snahou je pomoci danému jedinci nalézt vědomí „vlastní pohyblivosti“, psychosomatické jednoty, obnovit vlastní pozitivní sebepřijetí, integritu, emoční spontaneitu, tvořivost, tělesnou symboliku a schopnost komunikace [81].

Hátlová [82] zmiňuje jednotlivé aspekty, které jsou v rámci psychomotorické terapie upevňovány:

- Vědomí pohyblivosti. - uvědomění si vlastního těla, jeho možností a následně možností ovládnutí vlastního těla. Prohlubuje pozitivní prožitek aktivního vnímání částí těla v polohách a v pohybu, vnímání vlastního podílu na změně.
- Psychosomatická jednota (jednota tělesná a duševná) - Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího světa. Záměrný aktivně prováděný pohyb je

současně aktivitou fyzickou a psychickou. Je prostředkem, kterým se zároveň vyjadřuje tělo i mysl.

- **Obnova pozitivního sebepřijetí** - Objektivní tělesný obraz a jeho projev se často liší od subjektivního obrazu svého těla. Ten je vytvářen na podkladě vlastní zkušenosti s vnitřním a vnějším prostředím, včetně meziosobních vazeb. (Tyto nemusí být u psychických poruch reálné) Aby došlo k restrukturalizaci sebeobrazu ve smyslu pozitivnějšího přijetí, je nutno volit cvičení s adekvátní obtížností, která umožní danému jedinci prožitek vlastní vůli způsobených tělesných změn. Nadměrně obtížná cvičení by mohla aktivovat obranné mechanismy.
- **Sebeřijetí a integrita** - Jedinec je v průběhu provádění tělesných cvičení naváděn k uvědomování si vlastního těla, jeho poloh, průběhu pohybu, působení vlastního pohybového projevu a jeho významové stránky. Zároveň si uvědomuje pohyby druhých a to, jak je sám vnímá. Vnímání vlastních pohybů a pohybů druhých umožňuje nejen konfrontaci, ale podněcuje k záměrné seberegulaci vlastních pohybů. (Proces vytváření autonomie je obzvlášť důležitý u psychotických pacientů.)
- **Tělesná symbolika** - Pohyb a tělesné polohy mají symbolický význam. Proto je možné vyjadřovat se prostřednictvím pohybu (využíváno především v taneční terapii).
- **Emoční spontaneita** - Jedinec je podmínkami svého života často nucen potlačovat projevy svých emocí spojených z potřebou vyjádření svých potřeb a přání. V průběhu pohybu není omezován a u řady programů je iniciován emoční projev chápaný jako adekvátní součást sebevyjádření.
- **Tvořivost** - Pohybové činnosti ve svém průběhu programově iniciují spontaneitu a tvořivost.
- **Sociální akceptovanost** – Vychází se z předpokladu snadnějšího navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace. Tento aspekt je zaměřen na rozvíjení vnímání spoluúčasti a spolupráce, na iniciaci kognitivních a komunikativních procesů.

Psychomotorickou terapii můžeme dělit na jednotlivé přístupy například dle Probst [79] takto:

- **Zdravotně orientovaný přístup**
- **Terapeuticky orientovaný přístup**
 - Psycho - fyziologický přístup
 - Psycho - terapeutický přístup

- Akčně orientovaný přístup (dovednostně orientovaný nebo podpůrný přístup)
- Přístup zaměřený na prožitky a vyjádření
- **Přístup orientovaný na volný čas a volnočasové aktivity**

4.1.1. Psychomotorická terapie v léčbě poruch příjmu potravy

Psychomotorická terapie se u poruch příjmu potravy vyvinula ze třech výchozích bodů, které jsou pro toto onemocnění typické [86 in 79]:

- zkreslené tělesné prožitky;
- pozorovaná hyperaktivita;
- obava ze ztráty sebekontroly.

Zaměřuje se tak na základní aspekty charakteristické pro toto onemocnění, jakými jsou zkreslený tělesný obraz; slabé či negativní sebepojetí; popírání, potlačování, nebo eliminace pocitů; paradoxní neustálý neklid, naléhavá potřeba se pohybovat, hyperaktivita; nebo naopak pasivita a nedostatek cvičení v případě mentální bulimie a syndromu záchvatovitého přejídání [87, 16, 88, 89, 90].

Cílem psychomotorické terapie je [86 in 79]:

- nové vybudování realistického obrazu sebe sama;
- potlačování hyperaktivity, impulsů a napětí;
- rozvinutí společenských schopností.

Jedna za základních obav využití pohybu v léčbě poruchy příjmu potravy je obecný názor vlivu pohybu na snižování tělesné hmotnosti. Záleží však na druhu cvičení, které zvolíme. Právě správně zvoleným cvičením může naopak docházet k navyšování tělesné hmotnosti. A to zvláště žádaným navyšováním svalové hmoty, která se při snižování hmotnosti u poruch příjmu potravy snižuje více, než tuková [4]. O tomto typu cvičení například mluví Beumont [87], když doporučuje u pacientů s anorexií kondiční cvičení, strečink, cvičení flexibility, zlepšení držení těla, posilování a cvičení vyžadující spolupráci. Nesnížení nabírání tělesné hmotnosti, bylo také potvrzeno Thiem [88].

Omezení pro pacienty s nízkou tělesnou hmotností však existují. Pokud je BMI nižší než 16, je nutné omezit sportovní činnost vyžadující vysoké výkony a naopak se doporučují relaxační techniky, dechová cvičení, programy na bázi Tai Chi a různé formy masáže. [79]

Jednotlivé terapeutické techniky, které ve větším či menším rozsahu specifickým způsobem pracují s pohybem, a byly klinicky ověřeny v léčbě poruch příjmu potravy, lze rozdělit následujícím způsobem [4]:

1. Video konfrontace (Video confrontation)
2. Techniky pracující se zrcadlem (Mirror techniques)
3. Relaxační techniky (Relaxation techniques)
4. Chůze (Walking)
5. Fyzická aktivita, cvičení (Physical activity, exercise)
6. Expresivní terapie (tanec, drama, improvizace) (Expressive therapies (dance, drama, improvisation))
7. Masáž (Massage)
8. Mindfulness therapy (Mindfulness therapy)
9. Kombinované techniky (Combinated techniques)
 - a) Feldenkrais group
 - c) Body Awareness Therapy
 - c) Body image group meeting - Guided Imagery, Re-enactment of Sexual Abuse, Repeated victimization, Shame ritual
 - d) Psychotherapy - body-oriented therapy
 - e) Zen therapy
10. Ostatní (Other)

V současné době tak má psychomotorická terapie výchozí základu v množství provedených výzkumů na klinické populaci poruch příjmu potravy. Na základě těchto výzkumů, které se řadí mezi studie zahrnující kontrolní skupinu lze s vysokou pravděpodobností tvrdit, že tento typ terapie má pozitivní vliv na navýšení tělesné hmotnosti [91, 89, 92], snížení obav z tloušťky [93], snížení snahy o štíhlost [94]; [14] a snížení tělesné nespokojenosti [83]. Terapie přinesla také pozitivní změny tělesné stavby [88, 94, 95], případně zvýšení svalové síly u mentální anorexie [96]. V rámci důležitého aspektu jakým je pro poruchy příjmu potravy jídelní chování, bylo potvrzeno snížení nebo ustoupení epizod přejídání [97, 94, 95,

98] a zvracení [97, 94], nebo lepší rozpoznávání spouštěčů přejídání [99] a snížení zneužívání laxativ [94].

Při náhledu vlivu psychomotorické terapie na psychický stav pacienta tak díky dosavadním výzkumům můžeme předpokládat snížení míry stresu [83, 89, 84], úzkosti [83], emočních reakcí a negativních kognitivních reakcí [100] a celkové zlepšení kvality života [88].

V rámci laboratorních výsledků bylo zjištěno, že má psychomotorická terapie pozitivní vliv na snížení hladiny kortizolu a zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu [83].

Přímo k pohybové aktivitě byl výzkumy zaznamenán pozitivní výsledek navýšením týdenní pohybové aktivity [98] a aerobní zdatnosti [94], signifikantně nižší negativní nutkání ke cvičení u cvičících žen [91], které je zvláště důležité u mentální anorexie, a zjištění, že cvičení střední intenzity může mít pozitivní vliv na kostní denzitu [101], na rozdíl od cvičení nízké či vysoké intenzity [101]. Pozitivním výsledkem je i zaznamenané snížení množství relapsu [89, 102] a to, že pacienti sdělili, že typ terapeutického působení zaměřený na pohyb a tělo měli raději než ostatní terapeutické přístupy [89, 102, 103].

Při testování rozdílů účinku „klasických“ terapeutických přístupů a přístupů pracujících s pohybem a tělem, byly účinky zjištěny u kognitivně behaviorální terapie (KBT), oproti KBT se cvičením, kdy KBT se cvičením přineslo lepší výsledky [104], stejně jako samostatné cvičení v porovnání s KBT [94]. Porovnáním rodinné terapie a Body Awareness Therapy (BAT), která je psychomotorickou terapií, nebyl nalezen žádný rozdíl [105].

Po prvotním získání základny pro předpokládaný účinek terapie, je následný výzkum směřován k ujednocení testové metody, kterou by bylo možné používat u podobných psychomotorických terapií a mít tak lepší možnost srovnání výsledků.

Jak dosavadní výzkumy ukazují, takováto metoda zatím nebyla nalezena. V současné době je nejčastěji k měření účinku psychomotorické terapie používáno hodnoty indexu tělesné hmotnosti (BMI) a tělesné hmotnosti (cca v 37 % případů), Eating Disorder Inventory (EDI) (cca v 17 % případů), Beck Depression Inventory (BDI-II) (cca v 8% případů), Eating Disorder Examination (EDE) (cca v 8% případů) [4].

Získání vhodného nástroje však není jednoduché. Jak bylo zmíněno, psychomotorická terapie je řazena do celkového léčebného programu, případně jako podpurná část určité terapie. Proto

je těžké její účinek odlišit od ostatních součástí léčebného programu, nebo terapie. Dále je nutné brát v úvahu, že se mnozí pacienti cítí zahlceni množstvím dotazníků a dochází tak k pouhému automatickému „zaškrtování“. A také aspekt pacientů s poruchou příjmu potravy, popsany již Probstem [3], snaha zalíbit se terapeutovi a odpovídat tak způsobem, který pacient předpokládá jako žádoucí. A v neposlední řadě jsou zde i etická úskalí a nízké množství pacientů kombinované s dlouhou dobou terapie, která ztěžuje výzkumníkovi získání vyššího výzkumného vzorku.

4.2. Technika video konfrontace

Specifické pro video konfrontaci (anglický termín - Video confrontation), terapeutickou techniku řadící se do psychomotorické terapie, je využívání videozáznamu pacienta jako terapeutického materiálu. Obvykle je pacient při natáčení oblečen v plavkách, a videozáznamy jsou pořizovány na začátku léčby, v pravidelných intervalech v průběhu léčby a na konci léčby. Sledování vlastního videozáznamu umožňuje pacientovi pohled na vlastní tělo, jak vypadá nyní, nebo jak vypadalo dříve a konfrontovat své představy o vlastním těle s videozáznamem.

Technika video konfrontace je v případě terapie poruch příjmu potravy zaměřena na změnu percepce a zažívání vlastního těla. Vychází tak z faktu poškozeného vnímání vlastního těla jako základního symptomu a diagnostického kritéria poruchy příjmu potravy.

4.2.1. Historický základ

V počátcích užívání techniky video konfrontace, u poruch příjmu potravy, byla jako jedna ze základních myšlenek teorie, že získání realistického obrazu vlastního těla a akceptace vlastního těla jsou bezpodmínečnými podmínkami pro uzdravení [78]. Bohužel tato myšlenka dosud nebyla zhodnocena, protože nebyla dosud nalezena metoda, která by jí mohla potvrdit, či vyvrátit. Bylo však zjištěno, že na základě řízené konfrontace prožitku vlastního těla, dochází k postupné změně negativních pocitů v pozitivní. Bohužel však tuto změnu nelze stoprocentně garantovat, proto je vždy nutné vedení a kontrola školeným terapeutem.

Rozkvět této techniky lze však jistě také připisovat rozmachu užívání audiovizuální techniky v psychiatrii a psychoterapii, které jsou připisována 70. léta [5]. Do tohoto období spadají i

první texty popisující využití videa u sebe-konfrontačních technik při léčbě pacientů s mentální anorexií. Termíny, odpovídající termínu video konfrontace (anglický překlad = video confrontation), které lze nalézt v počátcích této techniky, jsou například „audio-visual feedback“ [8], „self-image confrontation“ [6], „videoconfrontation“ [106] a „video self-confrontation“ [12].

První, kdo popsali využití video konfrontace v psychoterapii mentální anorexie, byli Gottheil a kolegové [6]. V rámci kazuistického výzkumu se v průběhu 16 měsíců pacientka zúčastnila 54 sezení. Při sezeních jí na počátku bylo promítáno video, kde byla natočena při příjmu do hospitalizace a následně byla dotazována standardizovanými otázkami týkajícími se jejích pocitů ve vztahu s promítaným videem. Mimo situace ve 4. a 7. měsíci se uspokojivě během léčby navyšovala hmotnost pacientky, pacientka rozpoznala některé ze svých problémů a její plány do budoucna získaly realističtější formu. Při jednotlivých sezeních pacientka na počátku léčby popírala svoji vyhublost, později vykazovala nezájem až znuďenost a v konečné fázi vykazovala při pohledu na video hostilitu. Nepřestala se však zúčastňovat sezení. Na konci léčby byla pacientka při pohledu na video šokována, svojí vyhublostí při příjmu. Její Body-Image se změnilo ve smyslu, že pro ni vyhublost již nebyla uspokojivá ale ošklivá.

V časově následující komparativní studii popsali promítání videa u anorektických pacientů Biggs a kolegové [7]. Pacientky se mohly pozorovat na videozáznamu oblečené a diskutovali preferenci jednotlivých obrazů s terapeutem. Kontrolní skupina osob bez poruchy příjmu potravy po zhlédnutí videa vykazovala zvýšení pozitivních pocitů vůči sociálním a emočním reakcím. Reakce pacientek s anorexií byla zcela rozdílná. Jejich vlastní sebeúcta (self-esteem) se snížila a posuzovaly svoji vlastní efektivitu jako více negativní než kontrolní skupina. Autoři vyvodili z výsledků výzkumu závěr, že video-konfrontace může ještě více snížit nízkou sebeúctu vyskytující se u mentální anorexie. Tento výzkum však také přinesl další zajímavý poznatek, že pacientky s poruchou příjmu potravy byly více interesovány (a i více úzkostné) informacemi jak je vnímají ostatní.

Další studií v této oblasti je práce Yager, Rudnick a Metznera [8], kteří však nezkoumali video-konfrontaci jako terapeutickou techniku, ale použili ji jako techniky při zkoumání poruchy tělesného obrazu (Body-Image). Jejich výsledky však také obsahují doporučení pro možnosti využití této techniky v terapii.

Výzkumný vzorek, zmíněného výzkumu [8], se skládal z 5 pacientek s diagnózou mentální anorexie. Intervence se sestávala z 15-20 minutové videonahrávky rozhovoru každé z pacientek s psychiatrem, při které byla pacientka oblečena v bikinách. Po týdnu bylo pacientce toto video opět promítáno a diskutováno. Na základě výzkumu Yager, Rudnick & Metzner [8] vyčlenili 3 skupiny reakcí na promítané video: Nesoulad představa-vjem, Shoda představa-vjem a Zmatek (nejasnost) představa-vjem. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že u pacientů s reakcí Nesoulad představa-vjem, může být opakované použití videa silnou doplňující terapeutickou technikou mající vliv na navýšení tělesné hmotnosti. Například autoři popisují, že jedna z pacientek s nejdramatičtější reakcí na video, následně po 17 měsíčním pozorování, výrazně zvýšila svoji hmotnost. Toto bylo překvapující, protože její anorektické onemocnění již bylo považováno za chronické.

Dalšími pracemi z devadesátých let byl například výzkum Rolfa Meermanna [9], který zařadil do terapie pacientů s mentální anorexií podobnou techniku jako Yager a kolegové [8] a použil ji na počátku celkové terapie. Na výzkum audiovizuálního obrazu jako prostředku konfrontace v rámci psychoterapie pacientů s mentální anorexií zaměřili svůj výzkum Badura & Steinmeyer [10]. A o rok později byl publikován výzkum skupiny Wilson, Touyz, O'Connor & Beumont [11], kteří se snažili ověřit vliv zpětné vazby, s použitím videonahrávky, na jídelní chování pacientů s mentální anorexií.

Podrobněji je třeba zmínit výzkum Vandereycken, Depreitere a Probst [12], kteří použili natáčení videa v rámci psychomotorické terapie (PMT) jako pomůcky sebekonfrontace. Video bylo natáčeno na počátku a konci celé léčby a diskutováno v rámci skupinové terapie. Nebyla použita žádná metoda samostatně měřící účinek video konfrontace. Závěrem autoři na základě svého čtyřletého výzkumu uvádějí, že považují video konfrontaci za významnou techniku k překonání fáze popírání, která je výrazným blokem v terapii mnoha pacientů s mentální anorexií. S odvoláním na dřívější výzkumy však upozorňují, že je třeba této techniky užívat pouze zapojené v kontextu dalších terapií, za podpory další skupinové i individuální terapie.

Následující rok v článku Probst, Vandereycken a Van Coppenolle [13] popisují použití video konfrontace v rámci PMT na vzorku 24 pacientek s mentální anorexií. Kdy jsou pacientky s mentální anorexií natáčeny na videozáznamy na počátku a na konci léčby. Tato videa jsou poté promítána těmto pacientkám v rámci skupinové terapie. Na rozdíl od článku z roku 1987 [12], je tento výzkum doplněn o natáčení videa na konci léčby. Výstupem výzkumu je zjištění

signifikantně rozdílného chování pacientů v případě výstupního videa a přijímacího videa, a také při závěrečném pozorování výstupního videa a vstupního videa. Výrazný rozdíl je zvláště v míře negativního chování pozorované při promítání videa, které je nižší u výstupního videa. Dále bylo při výstupní skupinové terapii zaznamenáno navýšení spokojenosti (satisfakce) a snížení reakce averze a zmatku během zhlédnutí videa. Snížení reakce zmatku tak souhlasí s hypotézami Yagera a kolegů [8] kteří zjistili, že situace zmatku na počátku hospitalizace je obecně vystřídána více realistickým obrazem těla, během léčby. Bohužel pozitivní výsledky tohoto výzkumu, není možné jednoznačně připsat vlivu video konfrontace. Jelikož je v době odchodu pacientky, její tělesná hmotnost normalizována, tělo je změněno. A právě navýšení tělesné hmotnosti je považováno za jeden z faktorů pro získání pozitivního Body-Image [13].

Roku 1994 uveřejnili Fernández a Vandereycken [14] výzkum zaměřený na hodnocení vlivu techniky video-konfrontace na sebehodnocení („self-evaluation“). Autoři použili video-konfrontaci v rámci léčby mentální anorexie a tuto také otestovali na vzorku 12 pacientek (+12 osob v kontrolní skupině). Výsledky získané na základě měření škálou sémantického diferenciálu [107] potvrdily signifikantní rozdíly u adjektiv tlustý-hubený a pasivní-aktivní. Aktuální tělo bylo vzhledem ke kontrolní skupině, po terapii, zažíváno jako štíhlejší a více aktivní. Z výzkumu autoři vyvodili závěr, že i při krátkodobé aplikaci video konfrontace, lze dosáhnout změny subjektivního tělesného obrazu u pacientů s mentální anorexií, realističtějšího pohledu na své tělo.

Studie z německého prostředí, zaměřená na možnosti terapeutického působení na poruchu tělesného obrazu, byla publikovaná skupinou Geissner, Bauer a Fichter [15]. V rámci tohoto výzkumu bylo testováno 29 pacientek, hospitalizovaných na speciálním oddělení. V rámci terapie byla pacientka nejprve natočena na video a následně bylo s videem pracováno v průběhu několika terapeutických sezení. Pro hodnocení účinku terapie bylo užito jak metod subjektivního hodnocení tělesných aspektů, tak multidimenzionálních testů hodnotících poruchu příjmu potravy a dotazníku sebe uvědomění (self-awareness). Výsledky výzkumu ukázaly konstantní snižování subjektivních komponentů tělesných obav. Dále bylo, vzhledem k německým normám, výrazně zvýšeno veřejné sebe-uvědomění (self-awareness) a toto vykazovalo známky stability. Celkovým závěrem autorů je domněnka efektivního vlivu terapie video konfrontace na uzdravení pacienta s poruchou příjmu potravy.

Další výzkum skupiny Probst, Goris & Vandereycken [16] nebyl přímo zaměřen na testování terapeutické techniky video konfrontace. Video konfrontace byla pouze součástí celkového multidimenzionálního terapeutického působení. V rámci této multidimenzionální léčby, která trvala maximálně 6 měsíců, byla zkoumána validita měření pod vodou „hydrodensitometrie“ („underwater weighing“) a antropometrie (12 kožních řas) a posouzení tělesného složení a podkožního tuku před a po aplikaci terapeutického programu. Celkem v rozmezí r.1994-1999 bylo takto otestováno 130 pacientek s mentální anorexií. V rámci výsledků bylo zaznamenáno pozitivní zlepšení tělesné hmotnosti, BMI, tukové tkáně a tělesného tuku výzkumného vzorku. Vliv terapeutického působení tělesně orientovaných terapií, mezi které je řazena i video konfrontace, a který je v tomto výzkumu použit, je autory považován zvláště za důležitý pro vzdělání pacientů o jejich nedostatečné fyzické kondici a pomoci jim akceptovat fyzické a psychické změny, které jsou následkem nárůstu tělesné hmotnosti. Jedná se zvláště o psychický stres, který je zvýšen na základě změny tělesného tuku a změny vzhledu pacienta, který je v rozporu s jeho přáním tak dlouho, jak dlouho trpí anorexií.

Na vzorku pacientů s mentální bulimií testovali video konfrontaci Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht a Hilbert [17]. Jejich prací byl zkoumán rozdíl vlivu video konfrontace a konfrontace na základě vizualizace jak u pacientů s bulimií, tak u zdravé populace. Výzkumná i kontrolní skupina (20 a 20 žen) byla získána na základě dobrovolného přihlášení se k výzkumu. Z výsledků lze vyčíst zvýšenou negativní emoční odpověď v případě obou technik jak u výzkumné, tak i kontrolní skupiny. Avšak u video konfrontace byly nalezeny výraznější rozdíly mezi skupinami, než u konfrontace na základě vizualizace. Pacientům s bulimií, v porovnání s kontrolní skupinou bez poruchy příjmu potravy, trvalo více času popsat svůj pas, boky a hýždě. Závěrem lze usuzovat, že snaha vyhýbání se je výraznější v případě video konfrontace, než v případě konfrontace na základě vizualizace. Video konfrontace má tudíž pravděpodobně silnější vliv.

Publikovaný abstrakt Geissnerem [18] charakterizuje výzkum video konfrontace, kdy po 30 minutové videonahrávce následovala 3 semistrukturovaná 40 minutová sezení. Ve výsledcích autor zmiňuje zlepšení experimentální skupiny vůči kontrolní skupině v korekci tělesného obrazu, akceptaci tělesné formy a vzhledu a redukci strachu ze zvýšení tělesné hmotnosti.

Baltruschat, Geissner a Bents [19] ve svém výzkumu využívají video konfrontace jako materiálu expozice v rámci formy kognitivně behaviorální terapie u pacientů s mentální bulimií. Výzkumný vzorek studie čítal 73 po sobě následně hospitalizovaných pacientek.

V rámci terapie bylo užito 3 druhů expozice: expozice jídla, expozice figurou (video konfrontace) a nárazová expozice (angl.= „cue exposure“). Hospitalizace pacientek trvala 3-4 týdny a po propuštění byly pacientky po 6 týdnů kontaktovány telefonicky a v případě potřeby i osobně. Celkem se pacientky zúčastnili 40 terapeutických sezení. Hodnocení terapie bylo provedeno před hospitalizací, 6 týdnů po ukončení hospitalizace a následně po jednom roce. Ze závěrů výzkum lze vyčíst, že u pacientek došlo k signifikantnímu zlepšení ve smyslu snížení epizod přejídání, obecných psychických problémů a deprese. Po následném sledování (1 rok) se hodnoty mírně zhoršily, ale přesto 48% žen mělo stále pouze 2 jídelní ataky týdně.

Poslední zmíněný výzkum Baltruschat a kolegů [19] je také dosud (srpen 2011) posledním publikovaným výzkumem zabývajícím se využití terapeutického působení video konfrontace v léčbě poruch příjmu potravy. Je posledním výzkumem dostupným z mezinárodních vědeckých databází, kterými jsou EBSCO (zahrnující PsychInfo, atd.), PubMed, Web of Knowledge, Web of Science a veškeré elektronické zdroje zahrnuté do databáze elektronických a bibliografických zdrojů Katholieke Univeriteit in Leuven.

Lze shrnout, že dosavadní výsledky studií od roku 1969 používají k testování video konfrontace především pacienty s mentální anorexií. Do vzorku z posledních let jsou však i zahrnovány pacientky s bulimií [např.:17, 19].

Výzkumný vzorek je povětšinou velmi malý, (např.: 1 pacientka [6]; 12 pacientů [14]; 29 pacientů [15], 20 pacientek [17]). Větší vzorek lze pouze nalézt u mnohaletých studií (např.: 130 pacientů [16]). Vzhledem k povaze terapeutické techniky lze toto očekávat. Pokud je video konfrontace aplikována v rámci léčby, která trvá několik měsíců je vzhledem ke kapacitě pracovišť velmi těžké získat v kratší době větší vzorek. Navíc v terapii poruch příjmu potravy lze předpokládat odchod pacienta z hospitalizace před plánovaným propuštěním, terapeut tudíž nemá možnost natočit koncové video a uskutečnit závěrečnou terapeutickou jednotku, což opět snižuje množství pacientů ve výzkumném vzorku.

Z výsledků dosavadních studií lze předpokládat účinek techniky video konfrontace v léčbě poruchy příjmu potravy ve smyslu pozitivního navýšení tělesné hmotnosti [6, 8, 16], zlepšení BMI, zvýšení množství tukové tkáně a tělesného tuku [16] a snížení epizod přejídání [19].

Dále byla autory výzkumů video konfrontace zaznamenána změna Body-Image ve smyslu realističtějšího pohledu na své tělo [14], pozitivní korekce tělesného obrazu [18], situace, že pro pacienta vyhublost již není uspokojivá ale ošklivá. [6], ale současně bylo tělo zažíváno jako štíhlejší a více aktivní [14].

Je také možné uvažovat, že tato forma terapie napomáhá zvládnání psychického stresu, který je zvýšen na základě změny tělesného tuku a změny vzhledu pacienta [16], akceptaci tělesné formy a vzhledu [18], zvýšení spokojenosti (satisfakce), snížení reakce averze a zmatku při pohledu na své tělo [13], redukci strachu ze zvýšení tělesné hmotnosti [18] a snížení depresivní symptomatologie [19].

Pozitivní výsledky výzkumu se vztahují k rozpoznání pacientem některých ze svých problémů [6], překonání fáze popírání [12], snížení subjektivních komponentů tělesných obav [15], snížení obecných psychických problémů [19], zvýšení obecného sebe-uvědomění (Self-Awareness) [15] a nabytí realističtější formy plánů do budoucna [6].

Závěrem je však nutné zmínit i možné problematické stránky terapie video konfrontace, které spočívají v riziku zvýšení negativního sebe-popisu pacienta, jeho nadměrných úzkostných reakcí a snížení vlastní sebeúcty (self-esteem) u pacienta [7, 109, 108]. Při aplikaci terapie je nutné mít toto riziko na paměti a aplikovat video konfrontaci vždy v rámci ostatních individuálních i skupinových terapií [viz. 12].

4.2.2. Průběh terapie

Od šedesátých let dvacátého století dochází k vývoji video konfrontace jako terapeutické techniky v léčbě poruchy příjmu potravy. Na základě neustálého zlepšování způsobu aplikace této techniky je zřejmé, že tato cesta není ještě dokončena. Z předcházejících výzkumů je však patrné, že autoři jednotlivých terapií pečlivě pracují na základě předcházejících výzkumů, ve snaze dovést tuto terapeutickou technikou do precizní standardizované formy.

U prvního výzkumu využití video konfrontace v psychoterapii, aplikovali Gottheil, Backup a Cornelison [6] tuto techniku v rámci 54 sezení 16 měsíční léčby. Sezení byly celkem 3 druhy. První bylo nazváno behaviorální přehrávání (BR), druhé self-image sezení (SIE) a třetí bylo závěrečné sezení. BR sezení byla jednou za 14 dní a SIE sezení byla jednou týdně.

Jednotlivá sezení byla natáčena na video. Při jednotlivých sezeních bylo pacientce nejprve promítáno video z předcházející sezení a následně jí byly pokládány standardizované otázky. Standardizované otázky byly rozdílné pro BR, SIE i závěrečné sezení. Po těchto otázkách následoval volný rozhovor na téma, například co dělala pacientka v posledních dnech. Po 14 týdnech bylo promítáno vstupní video a starší videa byla nahrazena novějšími.

Jak již bylo řečeno, Yager, Rudnick a Metzner [8] nezkoumali video-konfrontaci jako terapeutickou techniku v léčbě mentální anorexie, ale použili ji jako techniky pro výzkum poruchy tělesného obrazu (Body-Image). Pro srovnání a kontinuitu vývoje terapeutických jednotek video konfrontace, je však zajímavé tato měření blíže popsat. Testovaná intervence se skládala z 15-20 minutové videonahrávky, která byla pořízena během rozhovoru, během kterého pacientka stála a pohybovala se v bikinách. Během tohoto rozhovoru byla pacientka dotazována psychiatrem na její vjemy a pocity týkající se každé z částí jejího těla a jejího těla jako celku. Kamera natáčela detaily i celky jejího těla z pohledu zepředu, ze strany, zezadu a i z dalších úhlů. Po týdnu od natáčení, bylo pacientce promítáno video. Během promítání psychiatr s pacientkou diskutoval její dojmy z natáčení videa a tento rozhovor byl také natáčen.

V případě výzkumu Vandereycken, Depreitere a Probst [12] byla pacientka natáčena individuálně v plavkách. Je natáčena z různých úhlů a také za chůze. Jsou natáčeny jak detaily částí jejího těla, tak celkový pohled. Na prvním skupinovém sezení je videozáznam promítnut pacientce i celé skupině. Pacientka je požádána o verbalizaci jejích reakcí na dané video a následně jsou dotazováni i ostatní členové skupiny na jejich názor.

V případě výzkumu Probst, Vandereycken a Van Coppenolle [13] je každá pacientka samostatně natáčena na video na počátku hospitalizace (video při příjmu pacientky) a týden před propuštěním pacientky (Exit Video). Video trvá přibližně 15 minut a pacientka, oblečena v plavkách, je natáčena ze všech stran, zepředu, zezadu a z profilu, v detailu i celku. Po několika dnech je toto video přehráváno před skupinou; pacientka je vyzvána k vyjádření svého pocitu, po kterém mohou členové skupiny také vyjádřit své reakce. Týden před koncem léčby je přehráváno video pořízené na počátku a následně video na konci léčby. Po této projekci následuje diskuse týkající se rozdílů mezi jednotlivými videi. Na základě výsledků studie Probst, Vandereycken a Van Coppenolle dospívají k názoru, že by pro optimalizaci techniky měla být při natáčení videa pacientka oblečena v bikinách, nikoli v plavkách, „jelikož plavky dovolují skrýt důležité části těla“. Shodují se tak s výzkumem [8], kteří pro

video konfrontaci použili jako oblečení bikin. Pro další výzkum autoři nastiňují důležitost video konfrontace v prevenci vzniku relapsu. Na základě tohoto poznatku by, dle autorů článku, bylo důležité integrovat video konfrontaci do následné péče, kdy by v rámci ambulantní léčby byla každé 3 měsíce aplikována video konfrontace, a to v průběhu prvního roku po hospitalizaci. Po roce by mohla být frekvence snížena na sezení jednou za půl roku.

V případě výzkumu Fernández a Vandereycken [14] vyplnily testované pacientky před video konfrontací testovou metodu sémantického diferenciálu [107]. Následně byly natáčeny na video, oblečené v černých bikinách, zepředu, z profilu a zezadu. Následně byly pacientky konfrontovány s videozáznamem. Po dvou dnech po natáčení video záznamu pacientky opět vyplnily škálu sémantického diferenciálu [107]. Tento výzkum tak navazuje na závěry výzkumů předchozích, ve smyslu standardizovaného oblečení zakrývajícího co nejméně trup (černé bikiny).

Výzkum Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht, Hilbert [17] zkoumal rozdíl vlivu video konfrontace a konfrontace na základě vizualizace u pacientů s bulimií, a i zdravé populace. Jednalo se o samostatný výzkum, kdy technika video konfrontace nebyla přímo zaměřena do celkové terapie. Video konfrontace se skládala ze dvou sezení. Při prvním byla pacientka, oblečena v šedivém trikotu a filmována po deset minut ze vzdálenosti dvou metrů na pozadí bílé stěny. Byla filmována její hlava, horní část těla, paže, pas, boky, hýždě a nohy. Videonahrávka byla pořízena bez zvuku. Druhé sezení následovalo bezprostředně po natočení videa, po té co se pacientka převlékla do normálního oblečení. Při tomto sezení seděla pacientka v křesle, přímo proti obrazovce, ve vzdálenosti 1,5 m. Nejprve byla požádána o vyplnění subjektivního hodnocení. Po té bylo po deset minut promítáno video. Následně byla pacientka požádána o hodnocení, jak se cítila během promítání videa a hodnocení svého aktuálního psychického stavu, právě zažívané pocity. Následovala 5 minutová přestávka. Po této přestávce proběhlo poslední hodnocení psychického stavu.

Studie kognitivně behaviorální terapie autorů Baltruschat, Geissner a Bents [19] využívá video konfrontace jako materiálu jedné z forem expozice. Terapie čítající celkem 40 terapeutických sezení po 50 minutách sestává z 3 druhů expozice (expozice jídla, expozice figurou (video konfrontace) a nárazová expozice (angl.= „cue exposure“)), individuální i skupinové kognitivně behaviorální terapie a psycho-edukační skupinové terapie. Všechny tři druhy expozice probíhají vždy současně s preventivním chováním zabraňujícím spuštění záchvatovitého přejídání nebo zvracení. Expozice jsou nejprve řízeny terapeutem, který záhy

předává řízení pacientovi. Tomuto sebeřízení autoři výzkumu připisují význam pro udržení pozitivních výsledků i v době po ukončení hospitalizace.

Ač je terapeutické využití video konfrontace v psychiatrické literatuře již dávno rozsáhle popsáno [viz.např. 108, 109], případů užití této terapeutické techniky u poruch příjmu potravy není mnoho. Avšak i na tomto malém vzorku je jasně vidět postupný rozvoj této techniky, kdy následující výzkumy vždy čerpají a zdokonalují práce předcházející.

Postup a individuální rozdíly jednotlivých aplikací terapie video konfrontace jsou zobrazeny v následující tabulce (tab. 1). Do této tabulky nejsou zařazeny veškeré existující články, pouze ty, které dostatečně detailně popisují aplikaci video konfrontace, a z tohoto popisu lze vyčíst postupné změny ve vývoji video konfrontace. Při čtení tabulky je také nutné brát v úvahu, že ne všechny ze zmíněných výzkumů testovali video konfrontaci jako terapeutickou techniku, například, jak již bylo zmíněno dříve, byla využita k výzkumu poruchy tělesného obrazu [8], atd.

Tabulka 1 : Jednotlivé aplikace video konfrontace

citace	celkem sezení	druhy sezení, susednost	videonahrávka	Jednotlivé druhy sezení - podrobněji			pro další výzkum
Gottheil a kol. [6]	54	3 druhy sezení (behaviorální přehrávání, self-image sezení, závěrečné sezení (1x))	Jednotlivá sezení byla natáčena na video.	behaviorální přehrávání (BR)-1x za 14 dní	self-image sezení (SIE)- 1x týdně	závěrečné sezení -1x	
				1. pac.promítání videa z předcházejících sezení , 2. pokládání standardizovaných otázek, 3. volný rozhovor. Po 14 týdnech bylo promítáno vstupní video a starší videa byla nahrazena novějšími.			
Yager a kol.[8]	2	1.natáčení videa, 2.po týdnu – promítání videa	2x -1. natáčení videa, 2. natáčení během promítání videa 1. natáčení -15-20 min. pac. v bikinách. Video zepředu, ze strany, zezadu i z dalších úhlů; detaily i celky; ve stoji i v pohybu.	1. sezení= natáčení videa během rozhovoru (otázky týkající se každé z částí jejího těla a jejího těla jako celku)	2. sezení =Po týdnu od natáčení. Promítání videa, současně diskuse s psychiatrem nad pac.dojmy z natáčení videa.		

Vandereycken a kol. [12]	2	1.natáčení videa, 2. první následující skupinové sezení promítání videa	1x - pac.samostatně, v plavkách. Video z různých úhlů a i za chůze; detaily i celky.	2.-První skupinové sezení následující po natáčení videa. 1.promítnutí videa, 2. pac.požádána o verbalizaci jejích reakcí na dané video, 3. dotazování ostatní členové skupiny na jejich názor.			
Probst a kol. [13]	2	1.natáčení videa, 2. promítání videa, 3.natáčení výstupního videa, promítání vstupního a výstupního videa	2x - 1.při příjmu (vstupní), 2.týden před propuštěním (exit). Pac.samostatně, oblečena v plavkách. Video 15 min. zepředu, zezadu a z profilu, detaily i celky.	1. Po několika dnech po natáčení videa. 1.Přehrávání videa před skupinou; 2.pac.vyzvána k vyjádření svého pocitu, 3. členové skupiny mohou vyjádřit své reakce.	2. Týden před koncem léčby. 1.přehrání vstupního videa, 2. přehrání exit videa, 3. diskuse týkající se rozdílů mezi jednotlivými videi.		integrovat video konfrontaci do následné péče v rámci ambulantní léčby- prevenci vzniku relapsu. Aplikace: 1.rok -každé 3 měsíce, následně- 1x za půl roku.
Fernández a kol. [14]	2	1.vyplnění škály sémantického diferenciálu, 2.natáčení videa, 3.konfrontace s videozáznamem 4. Po dvou dnech po natáčení - vyplní škály sémantického diferenciálu	1x - Pac. oblečená v černých bikinách. Video zepředu, z profilu a zezadu.				
Tuschen-Caffier a kol. [17]	2	1.videonahrávka, 2.převléknutí pacientky a vyplnění hodnocení, 3. promítání videa, 4.vyplnění hodnocení 5. 5min.přestávka, 6. vyplnění hodnocení	1x Pac. oblečená v šedivém trikotu. Video 10 min. ze vzdálenosti 2m na pozadí bílé stěny. Filmována hlava, horní část těla, paže, pas, boky, hýždě a nohy. Video-bez zvuku.	2. sezení - bezprostředně po natočení videa, po té co se pacientka převlékla do normálního oblečení. Pac. seděla v křesle, přímo proti obrazovce, ve vzdálenosti 1,5 m. 1. vyplnění subjektivního hodnocení, 2. 10min. promítáno video.			
B	40	video		expoziční probíhá			

	(celkem - ne pouze video konfrontace) konfrontace = jedna z forem expozice (celkem z 3 druhy expozice (expozice jídla, expozice figurou (video konfrontace) a nárazová expozice (angl. = „cue exposure“))		vždy současně s preventivním chováním zabraňujícím spuštění záchvatovitěho přejídání nebo zvracení. Expozice jsou nejprve řízeny terapeutem, který záhy předává řízení pac.			
--	---	--	---	--	--	--

4.2.3. Metody hodnocení

V literatuře existuje od počátku užívání techniky video konfrontace množství metod hodnocení tělesného obrazu (Body-Image) pacientek s mentální anorexií. Jsou jimi například metody: Visual Size Estimation Apparatus [110] a deformace video obrazu [111, 103, 8] Využití těchto metod k hodnocení terapie je však diskutabilní [5].

Z hlediska následného výzkumu využití video konfrontace jsou důležité poznatky z využití metody hodnocení při hodnocení terapie. U prvního známého výzkumu využití video konfrontace v psychoterapii, použili Gottheil, Backup a Cornelison [6] standardizovaných otázek.

Při prvních sezeních, nazvaných behaviorální přehrávání (BR), byly pacientce vždy položeny tyto otázky: „Jak se dnes cítíš? Jak jsi dnes spala? V kolik hodin jsi šla spát? V kolik hodin jsi vstala? Kdy jsi naposledy jedla? Co jsi měla k jídlu? Jak ti to chutnalo? Můžeš popsat, co vidíš v této místnosti?“.

Při druhých sezeních, nazvaných self-image sezení (SIE), kdy byly pacientce nejprve promítány videonahrávky „behaviorálních přehrávání“, byly pacientce pokládány následující otázku? „Kdo byla osoba na videu? Co osoba na videu dělal? Co si o tom myslíš? Co se ti na videu líbilo? Co bys na videu změnila?“

Standardizované otázky byly následovány volným rozhovorem o tom, co pacientka dělal, atd. BR sezení byly jednou za 14 dní a SIE sezení byly jednou týdně. Pokud byly v jednu týdně obě sezení, BR byla nejprve. Na počátku, filmy které byly přehrávány v SIE, byli po sobě

jdoucí polovina BR sezení. 14. týden bylo promítáno vstupní video a starší videa byla vyměněna za novější.

Při posledním promítání videa byla pacientka dotazována na její současnou reakci na její dřívější stav, např.: „Jaké jsou tvé pocity vzhledem k osobě na obrazovce? Můžeš si představit, jak jsi toto sobě mohla udělat? Pamatuješ si to? Myslíš si, že to byla známka zdraví? Jaké jsou tvé pocity vzhledem k osobě na videu? Proč si myslíš, že jsi byla naštvaná?“.

Yager, Rudnick a Metzner [8] bohužel blíže nepopisují rozhovor, který byl použit jak při první videonahrávce, tak při jejím promítání. Charakterizují pouze výstup z tohoto šetření, 3 skupiny reakcí pacientek na promítané video, které vyčlenili (Nesoulad představa-vjem, Shoda představa-vjem a Zmatek (nejasnost) představa-vjem).

1) Nesoulad představa-vjem

V tomto případě je vnitřní koncept těla pacienty (většinou, že je moc těžká) v rozporu s tím, jak toto vnímá na obrazovce. V odpovědi můžeme nalézt ohromení, odpor a zvýšenou emocionalitu. (Pacientka, která nejdramatičtěji demonstrovala tuto reakci, po 17 měsíčním následném sledování, navýšila výrazně svoji tělesnou hmotnost, ač byla chronicky nemocná pro několik let. Pacientka následně přisuzovala svojí vnitřní změnu v motivaci navýšení tělesné hmotnosti, alespoň z části silnému vlivu přehrávání vstupního videa.)

2) Shoda představa-vjem

V této situaci pacient vyjadřuje přiměřený self-koncept. To znamená, že je velmi štíhlá až vyhublá. V tomto případě přehrávání videa nepřináší žádné výrazné překvapení. Pacientka může buď ukazovat odhodlání zůstat štíhlá, jak se vidí vnitřně i na videu, nebo může vyjadřovat touhu navýšení hmotnosti. Na základě uvědomění si svého aktuálního stavu, není pacientka schopná překonat vnitřní překážky vedoucí k uzdravení.

3) Zmatek (nejasnost) představa-vjem

V této situaci pacientka může tvrdit, že není schopná interpretovat, nebo hodnotit svůj vnitřní tělesný obraz (Body-Image) stejně i ten, který vidí na obrazovce. To znamená, že postrádá adekvátní cit pro to, jak by měla vypadat, co je dobré a správné, a co chce

od sebe samé. Tento stav zmatenosti může vyřešit a vystřídat více realistickou a definovatelnou tělesnou představou později, v průběhu léčby.

Samostatné hodnocení techniky video konfrontace jako terapeutické techniky popisuje Probst, Vandereycken a Van Coppenolle [13]. Jedná se o strukturovaný formulář, vytvořený na základě publikace Yagera a kolegů [8] a Schwaba a Hambrechta, [112] do kterého zapisuje terapeut reakce pacientky. Pozorování je zaměřeno na čtyři typy reakcí: averzi, zmatek, lhostejnost a spokojenost (satisfakci). Reakce averze, zmatenosti, a lhostejnosti jsou podobné s reakcemi popsány Yagerem [8].

Na konci každé konfrontace terapeut odpovídá na otázky zapsané ve formuláři na šestibodové škále (0- žádná reakce až 5- vysoká reakce). Terapeut vyplňuje hodnocení na základě verbálních i nonverbálních informací shlédnutých při promítání videa a diskusi.

Čtyři druhy pozorovaných reakcí jsou:

1) Averze

Negativní reakce zahrnuje všechny reakce, které se týkají averze, odsouvání a na druhé straně velmi emoční reakce. Navíc musí být jasné z těchto reakcí, že koncepce těla je rozdílná od videozáznamu.

2) Zmatek

Projevuje se absencí nebo problematickým projevováním emocí, díky porušené expresi, nebo pocitům studu po zhlédnutí videa.

3) Lhostejnost

Je charakterizována chladnými a indiferentními reakcemi doprovázenými určitou ztrátou zájmu. V tomto případě se zdá, že koncepce Body-Image pacienta odpovídá tomu, co vidí na videu. Pacienti však nejsou schopni správného hodnocení obrazu vlastního těla.

4) Spokojenost, satisfakce

Zde jsou zahrnuty veškeré pozitivní reakce, které ukazují štěstí, satisfakci a hrdost po zhlédnutí videa.

Na základě výsledků výzkumu autoři shledávají, že formulář pozorování musí být adaptován, tak aby pacient a i skupina pacientů jej mohli vyplnit, což umožní přímé kladení otázek.

Studie Fernández a Vandereycken [14] použila k měření vlivu techniky video-konfrontace na sebehodnocení („Self-Evaluation“) škálu sémantického diferenciálu [107], sestávající ze 13 bipolárních adjektiv. Tato metoda byla aplikována před natáčením videa a dva dny po natáčení videa. V té době již proběhla konfrontace pacientky s videem.

Použitá bipolární adjektiva byla: tlustý-hubený, krásný-ošklivý, žádaný-nežádaný, špinavý-čistý, měkký-tvrký, proporční-disproporční, lehký-těžký, silný-slabý, příjemný-nepříjemný, křehký-masivní, atraktivní-neatraktivní, velký-malý, pasivní-aktivní); (Fat-Thin, Pretty-Ugly, Desired-Undesired, Dirty-Clean, Soft-Hard, Proportionate-Unproportionate, Light-Heavy, Strong-Weak, Pleasant-Unpleasant, Frigile-Massive, Attractive-Unattractive, Big-Little, Passive-Active).

Výsledky výzkumu vykázaly signifikantní rozdíly u adjektiv tlustý-hubený a pasivní-aktivní. Aktuální tělo bylo tedy u výzkumné skupiny po aplikaci terapie video konfrontace zažíváno jako štíhlejší a více aktivní, než u skupiny kontrolní.

Jak již bylo řečeno výzkum skupiny Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht, Hilbert [17] nezkoumal video konfrontaci v rámci terapie, ale její rozdíl vzhledem k technice konfrontace na základě vizualizace. Poznatky z tohoto výzkumu jsou však důležité i z hlediska použité techniky a způsobu hodnocení. Hodnocení video konfrontace bylo provedeno poprvé bezprostředně po natočení videa, po té co se pacientka převlékla do normálního oblečení a usadila v křesle 1,5m od obrazovky, na které bylo následně promítáno video. Po druhé proběhlo měření bezprostředně po zhlédnutí videa a po třetí po 5 minutové pauze.

Hodnocení subjektivní zkušenosti bylo provedeno na sedmibodové škále (1= vůbec ne / 7= extrémně). Účastníci byli požádáni o hodnocení právě zažívaných pocitů hladu, přání zvracet, smutku, úzkosti, tenze a pocitů nejistoty. Dále byl hodnocen čas, jak dlouho účastníci popisovali sledované části těla.

Z výsledků výzkumu vyplývá zvýšení negativních emocí tenze, úzkosti a nejistoty. Dále bylo v době konfrontace s tělesným vzhledem zaznamenáno zvýšení tenze, úzkosti, nejistoty a smutku. Výsledky také vykázaly nesoulad mezi pocity hladu a emoční odpovědí. Na rozdíl od zvýšení negativních pocitů se pocity hladu nejprve během konfrontace snížili a poté navrátili k původním hodnotám a to jak u experimentální, tak i u kontrolní (zdravé) skupiny.

Na základě dosavadních výzkumu testování terapeutické techniky video konfrontace nelze říct, že by existovala preferovaná metoda hodnocení účinku této terapie. Mimo obvyklé metody, které jsou vyplňovány v rámci léčby poruchy příjmu potravy, jako jsou např.: Eating Disorder Inventory, Body Attitudes Test, Eating Attitude test, Beck Depression Inventory, atd. [viz. 12, 14] není v dosavadních výzkumech zmíněna metoda, která by byla bez úprav použita více jak 1x. Vzhledem k nízkému množství dosud vytvořených studií, by tak bylo možné situaci dosud chybějícího vhodného nástroje měření terapeutického působení, považovat za čas hledání, kdy se postupně výzkumníci na základě předcházejících výzkumu snaží nalézt nejvhodnější nástroj měření.

Měření začíná od rozhovoru a standardizovaných otázek, kterých využívá nejstarší výzkum Gottheil, Backup a Cornelison [6]. Jedná se například o otázky: “ Co bys na videu změnila? Jaké jsou tvé pocity vzhledem k osobě na obrazovce? “.

Ve svém výzkumu Yager, Rudnick a Metzner [8] také používají rozhovor. Bohužel jej v článku blíže nepopisují. Charakterizují však rozdělení reakcí pacientek na promítané video na 3 skupiny: Nesoulad představa-vjem (koncept těla pac. v rozporu s tím, jak toto vnímá na obrazovce), Shoda představa-vjem (vyjadřuje přiměřený self-koncept, video nepřináší výrazné překvapení) a Zmatek (nejasnost) představa-vjem (pac.není schopná interpretovat či hodnotit svůj vnitřní tělesný obraz, i ten, který vidí na obrazovce).

V časově následujícím výzkumu Probst, Vandereycken a Van Coppenolle [13] již nevyužívají rozhovoru, ale pozorování na základě kterého terapeut zapisuje verbální i nonverbální reakce pacientky do strukturovaného formuláře za pomoci šestibodové škály (0- žádná reakce až 5- vysoká reakce). Tento formulář byl vytvořen na základě publikace Yagera a kolegů [8] a Schwaba a kolegů [112]. Opět jako Yager [8] dělí reakce pacientky do skupin, tentokrát do čtyř: Averse (negativní reakce, reakce odsouvání, koncepce těla je rozdílná od videozáznamu), Zmatek (absence nebo problematické projevení emocí), Lhostejnost (chladné a indiferentní reakce), Spokojenost, satisfakce (veškeré pozitivní reakce).

Výzkum Fernández a Vandereycken [14] přicházejí s mírně odlišnou metodou hodnocení, používají škálu sémantického diferenciatu [107] sestávající ze 13 bipolárních adjektiv. Tento výzkum také přináší nový aspekt, a sice že formulář vyplňuje samostatně pacientka.

V případě výzkumu Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht, Hilbert [17] vyplňovali hodnocení také pacienti samostatně, a to za pomoci sedmibodové škály (1= vůbec ne / 7= extrémně) (podobně jako v případě výzkumu Probst, Vandereyckena a Van Coppenolleho [13]. Na škále jsou hodnoceny pocity hladu, přání zvracet, pocity smutku, úzkosti, tenze a nejistoty. V tomto výzkumu je také snaha o standardizaci pozorování videa, kdy pacientka sedí v křesle, 1,5 m od obrazovky.

5. TĚLESNÝ OBRAZ, TĚLESNÉ SCHÉMA

Téma tělesného obrazu a tělesného schématu je zařazena do této práce, protože je právě tělo a porušené vnímání vlastního těla obecně považováno za centrální element onemocnění porucha příjmu potravy a oblast působení terapie video konfrontace. Toto je jasně vyjádřeno i jeho zahrnutím v rámci diagnostických kritérii. Ale co je a kde je umístěn základní problém, však není dosud zcela jasné. M. Probst naznačuje svázanost těla a psychiky vyjádřením, že problém u pacientů s poruchou příjmu potravy není mezi boky, tedy břicho a vyšší hmotnost, ale mezi ušima [20].

Tělesný obraz, v angličtině označovaný jako „Body-Image“, definuje Schilder [113] jako obraz vlastního těla, který vytváříme v naší mysli. Bruchová [78] definuje Body-Image jako plastický koncept, který je vytvářen na základě veškerých sensorických a psychických zkušeností a je neustále integrován do centrálního nervového systému. Základem je koncept geštaltu, který spatřuje život a osobu jako celek. Definice tělesného obrazu Hátlové [114] je spojována s mentální reprezentací představy vlastního těla, jeho velikosti, vnějšího vzhledu a to jak jeho částí tak i ve smyslu celku. Jak je viditelné, všechny z předestřených definic se protínají, ač nejsou totožné. Podobně jako se protínají definice tělesného schématu a tělesného obrazu, zde je však rozdíl o něco větší. Tělesné schéma je definováno jako prožitek tělesného Já [114].

V blízkém vztahu s tělesným obrazem, je také sebeúcta, v anglické terminologii Self-Esteem. Sebeúcta je de Zwannem definována jako individuální sebehodnocení, které vyjadřuje postoj k potvrzení nebo zamítnutí a je indikátorem rozsahu, ve kterém jednotlivec věří sám sobě, že je schopný, významný, úspěšný a hodnotný. Osoby s vysokou sebeúctou jsou obecně šťastnější, více sebejisté, úspěšnější při řešení každodenních požadavků [115].

Tělesný obraz a tělesné schéma se nedají považovat za kapitoly uzavřené a vyřešené. Možná z důvodu problematičnosti uchopení tohoto tématu a možná i z důvodu jeho komplexnosti, kterou je možné nahlížet z různých úhlů pohledu. A stejně jako různé psychologické směry nabízejí různý úhel pohledu na osobnost, tak je i úkolem následující kapitoly ukázat různé úhly pohledu, v tomto případě na tělesný obraz a tělesné schéma. Jelikož bylo téma tělesného

obrazu již mnohokrát zpracováno, nejedná se o vyčerpávající pohled, pouze o jejich přiblížení.

5.1. Filozofický pohled

Za současného stěžejního filosofa, zabývajícího se tělem a tělesností je považována Hogenová [např. 116, 117, 118], která užívá ve vztahu k tělu různých pojmů. Každý z těchto pojmů popisuje jiný aspekt těla. Například „Pexis“, popisuje jako tělo, pomocí kterého tělesněme, žijeme. Toto tělo není dáno dle Hogenové [118] představou, jde o tělo „nepředmětné“, tedy nezprostředkované představou, jež existuje jen tělesněním. „Pexis“ se netýká pouze látkového těla, patří k němu i duše a to způsobem „podstatným“. „Pexis“ je tělo jednoduché, nikoli dvojité, nikoli kartesiánské. Toto tělo pocítujeme jako pramen, zdroj, (Urquel), ohnisko životněné vzmachu (impetus), jako prostou jednoduchost.

Pojmy vyjadřující těla „předmětná“ jsou, dle Hogenové [118], „Soma“ a „Sax“. „Soma“, somatotyp, můžeme popisovat na pozadí plochy a toto tělo je specifikovatelné dle tvaru, či formy. „Sarx“ je tělo, které je charakterizováno na pozadí časové posloupnosti (sukcesivity), je vyplněné jednotlivými tělesnými orgány s jejich funkcemi, které se realizují v čase. Toto tělo patří lékařům a vědcům. „Soma“ i „Sarx“ jsou tedy těla „předmětná“, kdy se jedno ukazuje na pozadí prostorové plochy a druhé na pozadí proudu časové následnosti.

Schopnost vnímat své tělo v prostoru je důležitým stupněm ve vývoji jedince. Je známo, že základním pojmem vnímání je počitek. Počitek je „punktuální náraz“, ale také způsob, jakým nás tento náraz působí. To znamená, že vidím, či slyším předmět jedině, když se mi vyrýsuje na pozadí. V tomto smyslu máme dvě pozadí, či horizonty. Jedno je vnitřní - tělesné schéma, druhé je vnější - pozadí toho, co je vnímáno. Obě pozadí jsou důležitá. Kdyby jich nebylo, nevnímáme a neporozumíme [118].

Tělesné schéma je dle Hogenové [118] tedy pozadí, z něhož se nám ukazuje přítomnost. Tato přítomnost se však dá prožívat jen v pohybové figuře, která je nesena a realizována naším tělem, které je současně prolno duševními obsahy, čímž tělesné schéma umožňuje propojení motoriky a myšlení v současnosti, nikoli v sukcesivitě [118].

5.2.Ontogenetický pohled

Z vývojového hlediska se rodíme s tělem. Nerodíme se však se smyslem pro sebe (Self). Smysl sebe (Self), ohraničenosti a nezávislosti na neživých předmětech a ostatních lidech je založen na naší zkušenosti tělesnění [119], na našem pobývání v tomto světě, na našem růstu a vývoji [120].

Naše tělo je tím, co nám od prvopočátku podává základní informace o nás. Je prvním signálem o stavu našeho vnitřního Já [120], prostřednictvím tělesných zkušeností dochází k takzvanému psychologickému narození [121] a koncepce těla hraje významnou roli v celkovém vývoji reality [120].

Od narození se nejprve nerozlišujeme od okolí, postupně vnímáme napětí „něco uvnitř“. Poté se s uvědomováním existence objektu „něco je venku“ tenze snižuje, a na základě vnější a vnitřní informace se tělo odděluje od zbytku světa a umožňuje tak rozlišení sebe (Self) a zbytku (Non-Self) [120]. Dochází tedy k procesu individuace, k takzvanému psychologickému narození [121].

Proces individuace je součástí procesu separace, který se vztahuje k vývoji dítěte od symbiotického splynutí s matkou a vychází z přijetí dítětem jeho vlastních individuálních charakteristik. Na tento proces mají zásadní vliv dva aspekty: 1) dotyk, který je zprostředkován přes kůži, a 2) pohyb. [121]. Význam role dotyku, kontaktu a emocí spojených s pokožkou pro vývoj jedince, zdůrazňuje také Montagu [122], který zvláště taktilní zkušenost považuje za stěžejní pro utváření Body-Image, hranice psychologické separace mezi světem a jednotlivcem. A o významu kinestetických a propioceptivních podnětů v procesu separace-individuace hovoří také Stark [123] a o jejich důležitosti v „posturálním modelu" Body-Image Schilder [124]. Do období vzdalování, psychicky i fyzicky, dítěte od matky řadí Stark [123] ustálení sebepojetí a hranice mezi Já a světem.

Počátek vývoje obrazu vlastního těla, který má dle Feldenkraise [120] základní význam pro další tvorbu ega, je přiřazen do období 18 – 30 měsíců. Obraz vlastního těla je prvním stupněm při vytváření vědomí vlastní identity, a vyvíjí se na základě sebeuvědomování a vývoje obrazu o sobě. Tento vývoj je opět založen na vlastních zkušenostech spojených s pohybem. V tomto období se projevují percepční schopnosti a interakce, které jsou již přítomny v rudimentární podobě od narození. Tyto podporují rozvoj obrazu vlastního těla,

kteře se dále rozvíjí v sociálních kontaktech, zejména při projevování oceňování a úcty vůči dítěti ze strany blízkých osob, zejména rodičů.

V předškolním věku má tělesné schéma převážně vizuální charakter. Toto období je vývojově spojeno s egocentrismem, potvrzováním vlastní významnosti, vytváření sebezpojetí a sebehodnocení a tedy i tělesného schématu. V tomto období, jsou preferovány znaky důležité subjektivně na základě potvrzení zprostředkované důležitou osobou. Je třeba si přiznat, že nejsme nic hotového, jsme to, co tradice okolního světa v nás otevírá a toto otevírání patří bytostně k vnímání [125].

V období dospívání se tělo viditelně mění a jeho forma má trvalejší charakter. V tomto období nabývají na významu při utváření představy o vlastním těle sociální vzory a „ideály krásy“. V tomto období považuje Hátlová [126] porozumění svému tělu za důležité především u jedinců nervově labilních a dle Jarry a Kosserta [127] zvláště osob s nízkou sebeúctou, na které mají mediální obrazy výraznější vliv, který může být negativní.

Obdobím dospívání však vývoj tělesného obrazu nekončí, dle Feldenkraise [128] se vyvíjí po celý život. A jelikož v souladu s obrazem, který si o sobě člověk vytvořil, také jedná. Je nutné, aby se člověk neustále přizpůsoboval tomuto měnícímu se obrazu. Nepřizpůsobení se, znamená nepružnost a schematičnost v jednání. A jelikož změna dynamiky jednání je totožná se změnou našeho „Já“, můžeme říci, že má-li člověk změnit své chování, musí změnit svůj obraz o sobě [128].

5.3. Biologický pohled

Z biologického pohledu se tělo sestává z vnějšího těla a orgánů. Tělesný obraz (Body-Image) je tak dle Feldenkraise [120] součtem mentální reprezentace těchto částí.

Označíme-li barevně na povrchu motorické části mozkové kůry buňky, které aktivují svaly jeden měsíc starého dítěte, píše Feldenkrais [120], objeví se obrazec, odpovídající dětské postavě. Tento obrazec není v souladu s anatomii dětského těla, zachycuje pouze ty oblasti těla, které se podílejí na jakékoliv vědomé činnosti. Zobrazení úst a rtů zaberou největší část této zbarvené plochy. Svaly, které vzpřimují tělo a působí proti zemské přitažlivosti, dosud nepodléhají vůli, nebudou tedy výrazně zobrazeny. Také svaly rukou jsou pouze tu a tam ovlivňovány vůlí dítěte. Vzniklý funkční obraz se skládá z pěti tenkých čar. Čtyři z nich

znázorňují končetiny a pátá, která je spojuje, zobrazuje trup dítěte. Největší část obrazu tvoří barevná plocha zobrazující rty a ústa.

U dítěte, které se již naučilo chodit a psát, by funkční obraz motorické části mozkové kůry vypadal jinak než u novorozence. I zde by zabírala velkou část plochy oblast úst a rtů, jež je aktivována řečí a náleží k ní i jazyk, jehož aktivace se řečí velice zvětšila. Další velká barevná skvrna by se objevila v oblasti, která aktivuje palce, protože se palce se podílejí téměř na všech pohybech ruky, jmenovitě na psaní. Aktivační oblast palců by byla větší než u ostatních prstů. U praváků by byla největší oblast připadající pravému palci [120].

S vývojem lidského jedince a prohlubováním individuace se mění i obraz motorické části mozkové kůry. Kdybychom po několik let sledovali uvedený obraz u většího počtu lidí, zjistili bychom, že se u každého jednotlivce mění zcela specifickým způsobem. U toho, kdo neumí psát, jsou barevné skvrny, zobrazující oblasti palců, malé. Kdo hraje na nějaký hudební nástroj, má v mozkové kůře větší barevná políčka v oblasti inervující prsty. Kdo se zabývá zpěvem nebo mluví cizími jazyky, má zvětšenou oblast, která inervuje ústa, jazyk a svaly podílející se na dýchání [120].

Důležitým mezníkem pro vývoj tělesného schématu na základě biologických změn je doba dospívání. V této době se tělo zjevně mění a nabývá formy, která má trvalejší charakter. Charakter změny postavy, k níž v souvislosti s dospíváním dochází, i postoj k vlastnímu zevnějšku, se u obou pohlaví liší. U chlapců je důležitější růst postavy a rozvoj svalstva (celý život si muži velmi často při udávání své výšky 2-3 cm přidávají). U dospívajících dívek jsou výraznější změny zvláště v oblasti hrudníku a boků, a celkově se zvyšuje množství podkožního tuku. [129] V tomto období také často dochází k posturálním změnám, například vlivem rychlého nárůstu tělesné výšky, změny hmotnosti v tělesných partiích mající, atd. V souvislosti s posturálními změnami Pope prokázal vliv na individuální výpovědi o vnímání vnějšího i vnitřního prostředí [22]. Jak tvrdí i Hátlová [22] zaměření pozornosti je ovlivněno postojem těla, což je zobrazeno zvláště u psychicky nemocných osob, kdy je psychopatologie pozorovatelná v jejich představě o vlastním těle související s používáním pohybu v rozsahu částí, nebo celku těla a využíváním prostoru.

I z biologického pohledu však tělo nekončí kůží, „Somatem“, jak si myslí mnozí lékaři [118]. Tělo je umístěno v prostoru, který je nutný pro jeho život, který mu umožňuje život. Tuto nutnost a interakci si však velmi často nepřipouštíme. Stejně, jak píše Hogenová [118], ryba ví o vodě jen tehdy, je-li na suchu, jinak si vody ani nevšimne. Vnímání se týká způsobu,

jakým si vytváříme náš svět z nekonečné řady dostupných podmětů, píše Cooper [121]. Význam informace vizuální a zvukové je zřejmý [121]. Jsou to stromy, lidé, zvířata, nebe kolem nás a nad námi, co nás otevírá a zakládá naše vnímání. Schopnost vnímat své tělo v prostoru je dalším důležitým stupněm ve vývoji jedince. Vnímání jako neustálé slyšení zvuků, pociťování dotyků, je plné vůní, je plné reflexí [118].

Zařazení těla do časoprostorového kontextu tělesného schématu je důležité pro volní pohyb. Nutnost tohoto časoprostorového zakotvení je znatelná u motorických poruch centrálního původu, kde je nedostatečná. U dětí s centrálním postižením nejde jen o vycvičení svalů. K tomu, aby postižené dítě mohlo dosáhnout potřebné motorické funkce – úchop, lokomoci apod., musí mít schopnost vnímat prostor. Výchozí myšlenkou je, že dotykové vjemy spolu s vjemy ze svalů jsou branou informací, kterými si vytváříme prostorovou představu o svém těle [130].

Položíme-li se na záda a snažíme-li se systematicky uvědomovat si své tělo a naslouchat mu, tj. obracet svou pozornost ke všem jeho částem, pak zjistíme, že některá místa si uvědomujeme snadněji, zatímco jiná jako by zůstávala mimo dosah naší pozornosti. Samozřejmě, že pocity jednotlivých lidí se od sebe navzájem liší, neboli závisí na obrazu Já, který si vytvořili. Nejlépe si uvědomujeme ty části těla, které v každodenním životě nejvíce užíváme [120].

5.4. Ideál krásy

Ideál krásy, doplněný ideálním oblečením specifickým pro dané období a danou sociokulturní oblast, se v průběhu času mění.

Při rychlém nahlédnutí do historie nalezneme odlišnosti jednotlivých období a kultur týkající se například splývavého oblečení, ukryvajících tělesné proporce, s důležitými doplňky jako úpravou vlasů a líčením, které bylo charakteristické pro rané kultury Mezopotánie [129]. V Egyptě 1400 př.n.l. byl kladen důraz na čistotu, na sexuální žádoucnost, jejíž součástí byly vonné oleje a parfémy a vlasy byly často vyměněny za paruky z umělých i přírodních vlasů. Ve středověku, dle Fialové [129], oblečení výrazně ukazovalo společenský status. Na počátku dvacátého století si zkracovaly ženy pod vlivem módy své vlasy do stříhů podobných chlapcům a snažily se docílit mužské postavy tím, že si stahovaly prsa a nosily rovné šaty,

kteře skrývaly pas. V padesátých letech jsou ideálem plné ženské tvary zvláště v oblasti prsou a boků. V šedesátých letech se objevuje Twiggy, žena spojená s kultem štíhlosti a až smrtelné vyzáblosti. Paradoxní pro současnost je, že zatímco průměrné dívky jsou čím dál větší a víc váží, ideál krásy je žena velmi štíhlá.

Lze se domnívat, že v základu ideálu krásy, kterému se ženy i muži v daném období a místě snažili a snaží přiblížit, spočívá tendence k uniformitě, konformitě, kdy je žádoucí to, co se nejvíce přibližuje ideálu. Konformita je ochuzením, ale odstraňuje i pochybnosti, úzkost, strach z odmítnutí, z vyřazení z dané společnosti. Kdo se přibližuje nastolenému ideálu, je přijímán a chráněn, i když do jisté míry ztrácí vlastní jedinečnost. Možná právě proto, že z kulturně antropologického pohledu bylo právě pro ženu rizikovější vyřazení z dané sociální skupiny, a důležitější stát se partnerkou muže významného v dané sociální skupině, má ideál krásy té dané skupiny či oblasti výraznější význam u dívek než chlapců. Dle názoru Jarry a Kosserta [127] mají štíhlé mediální obrazy vliv zvláště na ženy, které mají nízkou sebeúctu. Tyto ideály štíhlé postavy se pro ně mohou stát alternativním zdrojem vlastní hodnoty a tedy i jejich globální sebeúcty.

Vnímaný tlak společnosti na štíhlost a nespokojenost s vlastním tělem může mít vliv na dietní omezení a přejídání, což také dokládá fakt, že nespokojenost s tělem leží v samém základu onemocnění porucha příjmu potravy [131, 132, 133, 134, 135, 188]. Rizikovým faktorem poruch příjmu potravy je internalizovaný štíhlý ideál krásy. Jinými slovy, do té míry, do jaké osoba věří kulturně determinovaným standardům štíhlosti, mají tyto vliv na negativní Body-Image, dietní omezení a negativní afektivitu [133].

5.5.Porucha tělesného obrazu

Porucha tělesného obrazu je zmiňována nejčastěji v souvislosti s onemocněním porucha příjmu potravy, kdy je zkreslený vlastní obraz, nebo slabé a negativní sebepojetí často popisován jako určitý aspekt tohoto syndromu [90]. A to již od 1973, kdy Bruch [78] obhájila myšlenku, že realistický obraz těla a akceptace tohoto těla jsou základní podmínky pro uzdravení. O tři roky později, r.1980 Americká psychiatrická asociace zahrnula poruchy tělesného obrazu do diagnostického manuálu (DSM III) jako jedno z 5 kritérií diagnostiky mentální anorexie. Porucha tělesného obrazu zde nezahrnuje pouze fyzický aspekt extrémně vyhublého těla, ale týká se také změn, které mají vliv na úroveň percepce a představy těla.

Například základním příznakem mentální bulimie je strach z tloušťky spojený s neschopností kontrolovat příjem jídla, což se projevuje záchvaty opakovaného extrémního přejídání. Ovládání hladu je jedním z prostředků sebepotvrzení, sebeúcty [136, 137]. Vyhublá postava anorektických dívek tak může být zdrojem obdivu a závisti. Avšak anorektické dívky mívají bez ohledu na své úspěchy celkově nižší sebevědomí, bývají nejisté a výrazně sebekritické. Mají sklon k defenzivním, únikovým obranám, problémům se snaží předem vyhnout. Nedostatek pocitu jistoty se projevuje zvýšenou potřebou sebekontroly a sebeovládání. Mívají tendenci k sebeomezování, někdy až k autoagresi, mají větší sklon reagovat na pocity viny [115]. A bez ohledu na svou vyhublost trpí pocitem, že jsou tlusté, zejména v oblasti typických ženských znaků, břicha, hýždě, stehen [138].

Garfinkel [139] popisuje signifikantní rozdíl u nadhodnocování tělesných rozměrů u pacientů s mentální anorexií v porovnání s kontrolní skupinou bez poruchy příjmu potravy. Garfinkel [139] zjistil, že nadhodnocování tělesných rozměrů při pohledu do zrcadla má souvislost s rozvojem poruchy způsobující averzi k sladké chuti, která se vyskytuje u pacientů s mentální anorexií. Klinická pozorování zaměřená na pozorování Body-Image u mentální anorexie, lze rozdělit do dvou oblastí. První hodnotí velikost jednotlivých částí těla jako je obličej, hrudník, boky a druhé jsou zaměřené na hodnocení velikosti těla v jeho celku, tyto často užívají pro hodnocení deformovaného obrazu těla daného subjektu. Cash a Deagle na základě meta-analýzy zjistili, že větší klinický efekt vykazují techniky hodnotící tělo v jeho celku [140].

Ve studii Benninghova [141] byl zkoumán tělesný obraz pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií ve srovnání s tělesným obrazem žen bez poruchy příjmu potravy a toto bylo porovnáno s mužským ideálem ženské atraktivity. Na základě počítačového programu byl zjištěn tělesný obraz osob s anorexií, bulimií a kontrolních žen a mužů. Z výsledků vyplývá, že nadhodnocování tělesných rozměrů bylo nejvýraznější u skupin pacientů s anorexií a bulimií. Rozdíl mezi vlastním ideálem byl nejvýraznější u osob s bulimií. A odhad společenského ideálu ženské krásy všech tří ženských skupin se neodlišoval od hodnocení nejatraktivnějšího těla u mužské skupiny. Shoda ideálu ženské atraktivity u pacientek, žen a mužů a rozdíly výsledků mezi pacienty a ženskou kontrolní skupinou podpořilo teorii, že porucha tělesného obrazu je problémem zpracování sebe-vztažných informací týkajících se vlastního těla, spíše než problémem zpracování tělesného obrazu ve vztahu k informacím o sobě.

Ne zcela reálný tělesný obraz však není charakteristický pouze nemocným. Mnohdy u kontrolní skupiny, výzkumů zabývajících se tělesným obrazem, které sestávají z žen běžné populace, je zjištěna odlišnost od realistického tělesného obrazu [např.17].

Terapeutické působení poruchy příjmu potravy pracuje a snaží se o obnovu realistického tělesného obrazu. Jak píše Van de Loo „Od starého těla k novému tělu.“ Cesta k realizaci této myšlenky je však stále pro mnoho autorů nejasná pro dosavadní nedostatečné znalosti i problematičnost uchopitelnosti tohoto tématu. [13]

5.6.Pohyb

Vztahy mezi pohybem a tělem byly známy v samých počátcích kultur. Tělo je hlavním prostředkem sebevnímání, sebepochopení a interakce s okolím. Prostřednictvím pohybu těla je umožněno vnímání změn. Pohyb je nositelem informace nejen o stavu těla ale i o stavu mysli. Motorika se promítá do schopnosti vnímat, hodnotit a užívat prostorové vztahy. [142].

Pohyb má dle Hátlové [22] podstatný vliv na vlastní tělesné schéma, na vnímání a přijetí vlastního těla. Dle Hogenové [118] pohybová zkušenost našeho těla není žádným poznáním, ale naopak poznání umožňuje, protože nám otvírá přístup ke světu a předmětům. Vliv proprioceptivních a kinestetických smyslů na vnímání, neboli základní význam kinestezie v percepci není ničím novým, byl již popsán na základě teorií strukturalismu – Titchner, avšak v současné teorii vnímání není dostatečně zdůrazňován [121]. Tělo je zdrojem pocitů od velmi příjemných až po velmi nepříjemné [22]. Tělo může být pocíťováno jako něco, co umožňuje splnění přání a potřeb i jako něco nefunkčního, okolím přijímaného nebo nepřijatého, vzhledově přitažlivého nebo nevyhovujícího, schopného nebo obtížného, od přijetí až po odmítnutí svého těla [22].

O rozvíjení vnitřního konceptu těla prostřednictvím pocíťování mluví Schilder [144]. Kdy nejprve vnímáme části svého těla, možnosti pohybu v prostoru a čase. Postupně je tělo vnímáno jako funkční celek. Při pohybu přijímá jedinec kinestetické rytmické a sociální podněty a reaguje na ně. Probíhá-li pohyb uspokojivě a je-li opakování pohybu vnímáno pozitivně, narůstá sebevědomí jedince. Avšak dle Hátlové [126] může změna v přístupu, v sebepochopení a v sebepojetí nastat pouze tehdy, když s biologickou a emocionální stránkou pracujeme současně.

Vliv fyzické aktivity na sebehodnotu zkoumal na základě meta-analýzy Ransdell [145]. Soudí, že ženy jsou náchylnější k navýšení sebeúcty na základě fyzické aktivity než muži. V případě starší populace, na základě výzkumu, Parent a Whall [146] zjistili, že osoby které se účastnily denně, týdně nebo měsíčně fyzické aktivity, dosahovaly lepších hodnot na škále Rosenberg Self-Esteem. Takto byla fyzická aktivita shledána pomocnou pro zlepšení tělesné spokojenosti i dalšími studii [147, 148, 149]. Podobně i u skupiny studentů střední školy byl tělesný obraz asociován se stupněm fyzické aktivity, vnímanou atraktivitou a vnímanou sexuální žádoucností [149].

U výzkumu terapeutického působení pracujícího s pohybem u poruch příjmu potravy [151], u kterých je porucha tělesného obrazu nejčastěji zmiňována, byl zjištěn pozitivní vliv na regulaci tělesné hmotnosti [89, 91, 92], regulaci jídelního chování [97, 94, 95, 98], snížení obav z tloušťky a tělesné nespokojenosti [83, 94, 93, 14] doprovázené pozitivními změnami tělesné stavby [88]; [94, 96, 95]. Z hlediska psychického stresu dosavadní studie potvrdili pozitivní vliv na snížení míry stresu [83, 89, 84, 83] snížení emočních a negativních kognitivních reakcí [100] a zlepšení kvality života [88]. Dalšími výsledky bylo zjištění lepšího rozpoznávání spouštěčů přejídání [99] a snížení zneužívání laxativ [94], návratu menstruace [89] a pozitivní zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu [83]. Přímou k pohybové aktivitě byl výzkumy zaznamenán pozitivní výsledek navýšením týdenní pohybové aktivity [98] a aerobní zdatnosti [94], signifikantně nižší negativní nutkání ke cvičení u cvičících žen [91], které je zvláště důležité u mentální anorexie, a zjištění, že cvičení střední intenzity může mít pozitivní vliv na kostní denzitu [101], na rozdíl od cvičení nízké či vysoké intenzity [101]. Pozitivním výsledkem je i zaznamenané snížení množství relapsu [89, 102] a to, že pacienti sdělili, že typ terapeutického působení zaměřený na pohyb a tělo měli raději než ostatní terapeutické přístupy [89, 102, 103].

Empirická část

6. CÍL VÝZKUMU

Základní myšlenkou cíle tohoto výzkumu byla potřeba pokračování ve snaze o formulaci specifického účinku terapeutické techniky video konfrontace. Potřeba, která vyvstává ze znalosti, že ne každá technika je stejně vhodná pro každého pacienta. Proto je třeba znát důvod, proč právě u tohoto pacienta bude daná technika použita.

Nejedná se o snahu novou, účinky video konfrontace jsou zkoumány od počátku jejího užívání [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. K lítosti terapeuta, který tuto techniku využívá, však dosud nebyla nalezena vhodná metoda pro zjištění jejího specifického efektu. Situace tak není pro terapeuta příjemná, jelikož zná pozitivní účinek této techniky, ale současně je problematické jej přesně charakterizovat [20].

Na řešení tohoto problému pracuje s přestávkami M.Probst již mnoho let [viz 12] a ve spolupráci s ním, byl stanoven cíl tohoto výzkumu, který zní:

Zpřesnit typ účinku techniky video konfrontace na pacienta s poruchou příjmu potravy. Tento účinek se pokusit zjistit pomocí dotazníku využívajícího bipolárních adjektiv doplněných o samostatné otázky.

Pokud nebude možné na základě použitého dotazníku účinek video konfrontace zpřesnit, navrhnout úpravu dotazníku, případně navrhnout jinou metodu, která může být předmětem dalšího výzkumu.

Pro tento výzkum byla zvolena pilotní studie, a to z důvodu problematického získání vyššího počtu respondentů klinické populace a ošetření veškerých proměnných. Metoda sémantického diferenciálu byla volena na základě předchozích studií (viz kap.4.2.).

7. PRŮBĚH VÝZKUMU

Sběr dat pro tento výzkum proběhl v období od března 2011 do října 2011 v universitním centru Sv. Josefa v Kortenbergu.

Klinika Sv. Josefa je součástí Universitního psychiatrického centra Katolické university v Leuven (Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Kortenberg, Belguim). V tomto univerzitním zdravotnickém zařízení je 661 lůžek pro hospitalizované pacienty, z nichž je 471 umístěno v Universitním centru svatého Josefa v Kortenbergu (Universitair Centrum Sint-Jozef) a 190 na Universitní klinice v Leuven (Universitaire Ziekenhuizen Leuven). V léčbě tohoto zařízení jsou jak pacienti hospitalizovaní, tak pacienti v ambulantní péči. Centrum sv. Josefa má samostatnou sekci pro léčbu pacientů s poruchou příjmu potravy.

Léčba poruchy příjmu potravy probíhá v tomto zařízení převážně nejprve v rámci hospitalizace s následnou ambulantní péčí. Hospitalizace trvá převážně pět měsíců. Do léčby jsou přijímáni převážně zletilí pacienti. Pacientů je v hospitalizaci současně maximálně osmnáct a jsou rozděleni do dvou skupin po devíti pacientech.

Do centra sv. Josefa přicházejí pacienti s poruchou příjmu potravy, kteří již byli povětšinou na toto onemocnění léčeni bez pozitivního efektu, nebo se jedná o relapsující pacienty. Proto jsou pravidla, která pacienti při léčbě musí následovat velmi striktní a jejich opakované nedodržení je trestáno i nuceným odchodem z psychiatrického centra. Důvodem odchodu je však, stejně jako v podobných zařízeních, i volba pacienta. Pacient má právo kdykoli léčbu opustit na vlastní písemné rozhodnutí, v případě zletilosti, nebo na základě písemného rozhodnutí opatrovníků. Výjimku, stejně jako v podobných zařízeních, tvoří ohrožení vlastního života nebo života druhých a soudem nařízená léčba. Z výše popsanych důvodů pacienti v léčbě poruchy příjmu potravy ne vždy dokončí celých pět měsíců stanovené léčby.

V rámci tohoto výzkumu každá z respondentek vyplňovala dotazník dvakrát, a to samostatně ve stanoveném čase ihned před a ihned po aplikaci video konfrontace.

Video konfrontace byla vedena vždy stejným terapeutem, M. Probstem.

Následně byly dotazníky průběžně hodnoceny, porovnávány se záznamy pozorování z terapie a konzultovány s M. Probstem.

8. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Jak již bylo nastíněno v předcházející kapitole (kap.7.) do výzkumného vzorku této studie byli zařazeni pacienti Universitního psychiatrického centra Katolické university v Leuven v Belgii (Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Kortenberg, Belguim), kteří byli přijati do hospitalizace a hospitalizováni na oddělení pro poruchy příjmu potravy Universitního centra svatého Josefa v Kortenbergu (více o zařízení a charakteristice pacientů v kap.7.).

Výběr respondentů proběhl metodou výběru na základě dostupnosti [viz. 152]. Do vzorku byli zařazeni všichni pacienti, kteří od března do října 2011 nastoupili hospitalizaci na zmíněném oddělení.

Kritéria výběru lze specifikovat takto:

- Pacient Universitního psychiatrického centra Katolické university v Leuven, Universitního centra svatého Josefa v Kortenbergu;
- Pacient s diagnózou porucha příjmu potravy;
- Pacient hospitalizovaný na oddělení pro poruchy příjmu potravy;
- Počátek hospitalizace od března do října 2011;
- Účast na terapeutické jednotce video konfrontace jako osoba, která byla natáčena na video.

Do vzorku bylo zařazeno celkem 26 respondentů (viz tab.2, 3 a 4). Všechny respondentky byly ženy. Jedenáct respondentek mělo diagnózu mentální anorexie a patnáct respondentek diagnózu mentální bulimie. Věkový průměr respondentek byl 21 let. Body mas index (BMI) respondentek se pohyboval v průměru v oblasti podváhy. Při rozdělení respondentek dle diagnózy se průměr BMI u pacientek s mentální bulimií vyskytoval v oblasti normální hmotnosti.

Tabulka 2: Základní charakteristiky všech respondentek (n=26)

	Ar.průměr	Krajní hodnoty	Medián	Modus
věk	21,5	14; 42	20	18
výška (cm)	167,2	155; 182	165,5	160
váha (kg)	50,4	34;82	49,5	64
BMI (kg/m²)	17,9	12,5; 26,5	18,7	19,4

Tabulka 3: Základní charakteristiky respondentek s mentální anorexií (n=11)

	Ar.průměr	Krajní hodnoty	Medián	Modus
věk	20,4	14; 42	18	18
výška (cm)	148,8	158,5; 173	162	160
váha (kg)	39,1	34; 49	38	34
BMI (kg/m²)	13	12,5; 16,6	14,5	14,3

Tabulka 4: Základní charakteristiky respondentek s mentální bulimií (n=15)

	Ar.průměr	Krajní hodnoty	Medián	Modus
věk	22,26	17; 29	24	24
výška (cm)	169,43	155; 182	171,5	176
váha (kg)	58,73	44,7; 82	56,8	64
BMI (kg/m²)	20,34	18,1; 26,5	19,69	19,4

V případě pacientek s mentální anorexií byl následně zohledněn věk pacientek a byly vyloučeny tři pacientky (tabulka 5).

Tabulka 5: Základní charakteristiky respondentek s mentální anorexií (n=8) po vyloučení 5 respondentek

	Ar.průměr	Krajní hodnoty	Medián	Modus
věk	19,25	18; 22	19	18
výška (cm)	165,6	158,5; 173	164,5	160
váha (kg)	39,3	36,0; 49	37,5	34
BMI (kg/m²)	14,3	12,5; 16,6	14,2	13,3

V případě pacientek s mentální bulimií bylo následně zohledněno BMI a byla vyloučena jedna pacientka (tabulka 6).

Tabulka 6: Základní charakteristiky respondentek s mentální bulimií (n=14) po vyloučení jedné respondentky

	Ar.průměr	Krajní hodnoty	Medián	Modus
věk	22,2	18; 29	22,5	24
výška (cm)	169	155; 182	171,3	173
váha (kg)	57,1	44,7; 71	56,4	64
BMI (kg/m²)	19,9	18,04; 21,43	19,6	19,5

9. METODA INTERVENCE

Intervenční metodou této pilotní studie byla technika video konfrontace. Její zařazení do celkové terapie poruch příjmu potravy vychází z charakteristiky tohoto onemocnění, narušeného vnímání vlastního těla [85]. Vychází ze specifické snahy, osob trpících tímto onemocněním, vyhýbání se konfrontaci s tělem nebo tělesností; s určitou formou depersonalizace, kdy je vlastní tělo vnímáno jako cizí, pasivní necitlivý objekt; se ztrátou důvěry ve vlastní tělo a fyzické pocity v kombinaci s negativním sebehodnocením [3].

Metoda intervence, technika video konfrontace, není v historii psychiatrické péče technikou novou (viz kap.4.) a taktéž není nová ani v léčbě poruch příjmu potravy. Počátky jejího užití lze jednoznačně sledovat do šedesátých let dvacátého století a její vývoj stále pokračuje (viz kap. 4.2.).

M. Probst, který byl vedoucím terapeutem aplikace intervence tohoto výzkumu, ji již požívá téměř 30let. Postupně tuto techniku upravuje na základě publikovaných studií a vlastních zkušeností.

V této pilotní studii byla intervenční jednotka aplikována následujícím způsobem.

Každá pacientka byla natáčena samostatně na video na počátku hospitalizace [viz také 13]. V místnosti byla pacientka sama s terapeutem, který natáčel video. Okna v místnosti a další průhledná skla byla zatažena závěsy.

Nejprve byla pacientka natáčena na video v bikinách [viz také 8, 14] černé barvy [viz také 14] ze vzdálenosti čtyř metrů na pozadí bílé stěny [viz také 17]. Pacientka byla natáčena ve stoji [viz také 8, 12] z předu, zezadu a z profilu, v detailu i celku [viz také 12, 13]. V detailu byla filmována její hlava, horní část těla, paže, pas, boky, hýždě a nohy [viz také 17]. Následně byla pacientka filmována za chůze [viz také 12], chodila do kruhu. Poté se pacientka oblékla a byla filmována za chůze v kruhu. Videonahrávka byla pořízena bez zvuku [viz také 17].

Sezení pokračovalo bezprostředně po natočení videa [viz také 14, 17]. Byla uklizena kamera, roztaženy závěsy a do místnosti vešly ostatní členky skupiny. Při této části jednotky seděla pacientka v křesle, přímo proti obrazovce, ve vzdálenosti 1,5 m [viz také 17]. Ostatní

pacientky seděly v křeslech těsně v řadě po pravé a levé straně pacientky, která byla právě natočena. Křesla stála podél stěny místnosti. Pacientky seděly tak, aby dobře viděly na video.

Nejprve bylo promítáno video [viz také 12, 13, 17]. Poté byla pacientka požádána o hodnocení, jak se cítila během promítání videa, o hodnocení svého tělesného stavu a vyjádření právě zažívaných pocitů [viz také 8, 13, 17]. Následně mohly členky skupiny také vyjádřit své reakce [viz také 12, 13].

Terapeut, v první části terapeutické jednotky, natáčel pacientku na video a instruoval ji. V druhé části jednotky byl koordinátorem diskuse. Do diskuse se nezapojoval a komentáře účastníků nekomentoval. Při promítání videa a i během diskuse seděl vedle, v úrovni, obrazovky čelem k pacientkám. Video neměl možnost v této pozici vidět a ani jej nesledoval.

Pacientka, která měla být natáčena na video, měla právo odmítnout být na video natáčena. V tom případě by byla opakovaně motivována a dotazována před následujícími jednotkami vhodnými pro video konfrontaci.

Všechny pacientky, v době sběru dat pro tuto pilotní studii, s natáčením a promítáním videa souhlasily.

10. METODA SBĚRU DAT

Jako metoda zjišťování specifického účinku techniky video konfrontace v léčbě poruchy příjmu potravy byl použit dotazník, vytvořený M.Probstem. Tento dotazník sestával ze dvou forem, A a B. Formy sestávaly z identické tabulky bipolárních adjektiv a různých následných otázek.

V rámci hodnocení bipolárních adjektiv byla využita studie Fernández a Vandereycken [14]. Která použila pro zjištění účinku terapie video konfrontace v léčbě poruch příjmu potravy sémantického diferenciálu [107]. Některá ze 13 bipolárních adjektiv (tab.7) byla shodná se zmíněnou studií. Pro hodnocení bipolárních adjektiv byla použita sedmistupňová škála.

(Následující a ostatní podobné tabulky v toto textu obsahují holandskou (originální) verzi použitých adjektiv a českou verzi použitých adjektiv. Překlad do češtiny je pouze orientační. Dotazník byl administrován v holandštině. Překlad do češtiny byl pořízen se záměrem zachování významu jednotlivých slov. Proto přeložená česká adjektiva nebyla násilně přeformulována do bipolární formy.)

Tabulka 7: Bipolární adjektiva použitá v pilotní studii, doplněná českým volným překladem a adjektivy využitými ve studii Fernández a Vandereycken [14]

Holandština (originál)	Čeština (volný překlad)	Adjektiva studie Fernández a Vandereycken (angličtina - originál) [14]
Licht-Zwaar	lehký-těžký	Light-Heavy
Aantrekkelijk-Onaantrekkelijk	atraktivní–neatraktivní	Attractive-
Gespannen-Ontspannen	v tenzi – relaxovaný	-
Afschuwelijk-Prachtig	velmi ošklivý - krásný	-
Fragiel-Onkwetsbaar	křehký–masivní	Fragile-Massive
Vrouwelijk-Mannelijk	ženský – mužský	-
Gespierd-Niet gespierd	svalovitý – bez svalů	-
Zwak-Sterk	slabý-silný	Weak-Strong
Actief-Passief	aktivní-pasivní	Active-Passive
Lomp-Elegant	nemotorný-elegantní	-
Mooi-Lelijk	krásný-ošklivý	Pretty-Ugly
Dun-Dik	hubený-tlustý	Thin-Fat
Snel-Traag	rychlý –pomalý	-
Onaangenaam-Aangenaam	nepříjemný-příjemný	-
Waardevol-Waardeloos	hodnotný-bezcenný	-
Geproportioneerd- Ongeproportioneerd	proporční- disproporční	Proportionate- Unproportionate

Zacht-Hard	měkký-tvrký	Soft-Hard
Groot-Klein	velký-malý	Big-Little
Tevreden-Ontevreden	šťastný-nešťastný	-
Hevig-Kalm	aktivovaný-klidný	-
Breed-Smal	široký-úzký	-
Niet expressief-Expressief	bez výrazu-expressivní	-
Levendig-Doods	plný života-bez života	-
Oud-Jong	starý-mladý	-

Po tabulce bipolárních adjektiv následovaly v dotazníku otázky, které byly vytvořeny na základě předcházejících výzkumů M. Probst [13] viz tab. 7 a 8. Na tyto otázky zaznamenávaly respondentky odpovědi na jedenácti bodové škále (1= vůbec ne / 11= extrémně (ano)).

Ve formě dotazníku A a B byly otázky mírně odlišné se snahou o snížení zkreslení odpovědí. Záměrem bylo formulovat párové otázky, do dotazníku A a B, aby jejich výsledek bylo možné porovnat.

Tabulka 8: Otázky ve formě dotazníku A (Spárování otázek viz kap. 10.2. Hodnocení dotazníku.)

Holandština (originál)	Čeština (volný překlad)
Ik sta onverschillig tegenover mijn lichaam.	Nezajímám se o své tělo.
Ik walg van mijn lichaam.	Jsem zhnusen (a) svým tělem (z mého těla)
Ik schaam me voor mijn lichaam.	Stydím se za své tělo.
Ik voel me onzeker.	Cítím se nejistý(á).
Ik voel me angstig.	Mám úzkost.

Tabulka 9: Otázky ve formě dotazníku B (Spárování otázek viz kap. 10.2. Hodnocení dotazníku.)

Holandština (originál)	Čeština (volný překlad)
De beelden laten mijn onverschillig.	Obrazy mne nechávají lhostejným (ou).
Ik walg nu nog meer van mijn lichaam.	Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem (ze svého těla).
Ik was verbaasd van de beelden.	Byl (a) jsem překvapena obrazy.
Ik schaam me nu nog meer voor mijn lichaam.	Nyní se ještě více stydím za mé tělo.
Na het zien van de beelden voelde ik me verward.	Po zhlédnutí obrazů jsem se cítil (a) zmatená.
Ik voel me nu onzeker.	Nyní se cítím nejistá.
Ik voel me nu angstig.	Nyní mám úzkost.

Do formy dotazníku B byly navíc přidány čtyři otázky, u kterých měli respondenti povinnost zvolit alespoň jednu (tab.č.9).

Tabulka 10: Výběr minimálně jedné otázky ze čtyř v dotazníku formy B

Holandština (originál)	Čeština (volný překlad)	Zkratka (viz výsledky)
Ik herkende mezelf niet op de beelden, het was precies iemand anders.	Nepoznala jsem se na obrazech, vypadalo to, jako by to byl někdo jiný.	nepoznaný
Ik vond dat het beeld van mijn lichaam overeenstemt met het beeld dat ik van mezelf had.	Shledala jsem, že obraz mého těla, který jsem viděla, je stejný jako obraz který jsem měla o sobě.	stejný
Ik vond dat het beeld van mijn lichaam dikker was als het beeld dat ik van mezelf had	Obrazy mi připadaly tlustší než obrazy, které jsem měla o sobě.	tlustší
Ik vond dat het beeld van mijn lichaam dunner was als het beeld dat ik van mezelf had.	Obrazy mi připadaly štíhlejší než obrazy, které jsem měla o sobě.	štíhlejší

10.1. Aplikace dotazníku

Úvahy o vhodné aplikaci dotazníku vycházely z dosavadních studií testujících video konfrontaci v léčbě poruchy příjmu potravy.

Nejprve bylo ustoupeno od možnosti, aby na položky dotazníku odpovídal terapeut, jak tomu bylo u studie Probst, Vandereycken a Van Coppenolle [13]. Zde, terapeut vyplňoval hodnocení na základě verbálních i nonverbálních informací shlednutých při promítání videa a diskusi (dále viz kap.4.).

Následně bylo přihlédnuto ke studii Fernández a Vandereycken [14], která využila k hodnocení sémantického diferenciálu. V této studii byl dotazník vyplňován před natáčením videa a dva dny po natáčení videa. V případě vyplnění druhého dotazníku až dva dny po natáčení videa je pozitivní efekt v možnosti doznění terapeutického efektu, interiorizace zkušeností získaných v průběhu terapie a tudíž lze uvažovat, že se efekt terapie lépe v druhém dotazníku zobrazí. V tomto případě je však vyšší riziko vlivu dalších proměnných na aktuální stav pacienta a tedy hodnot vyplněných v dotazníku. Proto od aplikace druhého dotazníku s velkou časovou prodlevou od terapie bylo ustoupeno.

Třetí ze studií, která výrazně ovlivnila aplikaci dotazníku v této pilotní studii, byla studie skupiny Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht a Hilbert [17]. Tato studie popisuje hodnocení video konfrontace bezprostředně po natočení videa, poté co se pacientka převlékla do normálního oblečení a usadila se v křesle 1,5 m od obrazovky, na které bylo následně promítáno video. Podruhé proběhlo měření bezprostředně po zhlédnutí videa a potřetí po 5 minutové pauze.

Sloučením informací ze studií Fernández a Vandereycken [14] a Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht a Hilbert [17] bylo rozhodnuto, že:

- první dotazník, forma A, bude respondentovi předána k vyplnění před natáčením videa. Tedy před započítáním techniky video konfrontace. Kdy respondent sedí oblečený a vyplňuje dotazník samostatně;

- druhý dotazník, forma B, bude respondentovi předána k vyplnění ihned po ukončení techniky video konfrontace, po ukončení celé terapeutické jednotky. Při promítání videa a při následné skupinové diskusi bude respondent sedět oblečen v křesle cca 1,5 m od obrazovky. A v této pozici bude také samostatně vyplňovat dotazník, formu B.

Jednotka video konfrontace byla zařazena vždy při první terapeutické jednotce vhodné pro tuto techniku. Tedy v nejbližším možném čase po nástupu pacienta(ky) do léčby.

Původním záměrem bylo zařazení dotazníku, formy A i B, jak při první terapeutické jednotce video konfrontace, tak i při druhé (závěrečné) jednotce video konfrontace. A následné porovnání hodnot výsledků obou jednotek. Z důvodu problematického zařazení druhé jednotky video konfrontace, viz předčasný nebo náhlý odchod pacienta(ky) (viz kap.7.), bylo do této snahy ustoupeno.

10.2. Hodnocení dotazníku

Hodnocení výsledků bipolárních adjektiv probíhalo shodně se studií Fernández a Vandereycken [14] pomocí Mann–Whitney U testu na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Následně byla data hodnocena také pomocí Wilcoxonova testu na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Hodnocení volby minimálně jedné otázky ze čtyř v B formě dotazníku probíhalo na základě součtu a seřazení dle frekvence volby. Hodnocení párových vět A a B testu probíhalo pomocí Mann–Whitney U testu [14] na hladině významnosti $\alpha=0,05$ a Wilcoxonova testu na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Pro statistické zpracování dat z dotazníků byl použit program SPSS.

Tabulka 11: Spárování vět dotazníků A a B

A varianta (čeština -volný překlad)	B varianta (čeština -volný překlad)	Zkratka (viz výsledky)
Nezajímám se o své tělo.	Obrazy mne nechávají lhostejným (ou).	nezájem
Jsem zhnusena svým tělem.	Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.	zhnusenost
Stydím se za své tělo.	Nyní se ještě více stydím za mé tělo.	stud
Cítím se nejistý(á).	Nyní se cítím nejistá.	nejistota
Mám úzkost.	Nyní mám úzkost.	úzkost

11. FORMULACE HYPOTÉZ A STATISTICKÁ ANALÝZA DAT

Cílem výzkumu bylo zpřesnit typ účinku techniky video konfrontace na pacienta s poruchou příjmu potravy. Tento účinek se pokusit zjistit pomocí dotazníku využívajícího bipolárních adjektiv doplněných o samostatné otázky.

Pokud nebude možné na základě použitého dotazníku účinek video konfrontace zpřesnit, navrhnout úpravu dotazníku, případně navrhnout jinou metodu, která může být předmětem dalšího výzkumu.

Z tohoto obecně stanoveného cíle vyllynuly výzkumné otázky a hypotézy.

Celkem byly hodnoceny 3 hypotézy Mann–Whitney U testem a následně Wilcoxonovým testem:

1.Hypotéza: Existuje signifikantní rozdíl u jednotlivých bipolárních adjektiv mezi odpověďmi před intervencí a po intervenci.

2.Hypotéza: Existuje signifikantní rozdíl u bipolárních adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý mezi odpověďmi před intervencí a po intervenci. (*U adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý je předpokládán signifikantní rozdíl, jelikož právě u těchto adjektiv byl signifikantní rozdíl zjištěn ve studii Fernández a Vandereycken [14].*)

3.Hypotéza: Existuje signifikantní rozdíl u jednotlivých párových vět mezi odpověďmi před intervencí a po intervenci.

Hypotézy dle Mann–Whitney U testu, hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

$$H_0: P(x_i > y_j) = \frac{1}{2}$$

$$H_1: P(x_i > y_j) \neq \frac{1}{2}$$

Hypotézy Wilcoxonova testu, hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

$$H_0: \tilde{\mu} = \tilde{\mu}_0$$

$$H_1: \tilde{\mu} \neq \tilde{\mu}_0$$

A 2 hypotézy vztahující se k hodnocení čtyř vět v B formě dotazníku, hodnocené na základě součtu a seřazení dle frekvence volby:

4.1.Hypotéza: Frekvence výběru vět štíhlejší, bude vyšší než frekvence výběru vět tlustší.

4.2.Hypotéza: Frekvence výběru vět nepoznaný, bude vyšší než frekvence výběru vět stejný.

Data byla nejprve hodnocena souhrnně ($n=26$). Následně byla vyhodnocena data samostatně pro mentální anorexii ($n=8$) a mentální bulimii ($n=14$).

Lze polemizovat o vhodnosti statistického vyhodnocení dat u tak malého vzorku respondentů. Z hlediska délky hospitalizace však nebylo možné za dobu téměř tři čtvrtě roku získat větší vzorek. Dále malá velikost vzorku není u výzkumů této terapie neobvyklá. Jmenujme např. studii Fernández a Vandereycken [14], užívající v hodnocení bipolárních adjektiv, jejichž vzorek čítal 12 respondentů experimentální skupiny.

12. STATISTICKÁ ANALÝZA DAT

Hodnocení dat probíhalo celkem 28. Souhrnně celý vzorek, následně odděleně dle diagnóz. Data byla hodnocena Mann–Whitney U testem, shodně se studií Fernández a Vandereycken [14] a následně Wilcoxonovým testem.

11.1. Vyhodnocení části dotazníku Mann–Whitney U testem

Hodnocení dat Mann–Whitney U testem bylo použito z důvodu, že tímto způsobem byla hodnocena data studie Fernández a Vandereycken [14]. Při využití stejné statistické metody lze uvažovat o možnosti porovnat výsledky obou studií.

11.1.1. Vyhodnocení části dotazníku u celého vzorku

Šetření 1. Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Mann–Whitney U testem u žádného z adjektiv na hladině významnosti $\alpha=0,05$ (viz. tabulka 11).

Závěr: V případě adjektiv není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Šetření 2. Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ u adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý (viz. tabulka 11) (která mají signifikantní rozdíl, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě studie Fernández a Vandereycken [14]), a ani u žádného z dalších adjektiv shodných se studií Fernández a Vandereycken [14].

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 12: Bipolární adjektiva, Mann-Whitney U test, n=26

Tabulka 13: Bipolární adjektiva, Medián, n=26

volný překlad	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)	volný překlad	před intervencí	po intervencí
lehký-těžký	287,5	0,346	lehký-těžký	5	5
atraktivní-neatraktivní	313,5	0,643	atraktivní-neatraktivní	6	6
v tenzi – relaxovaný	282,5	0,299	v tenzi – relaxovaný	3	2
velmi ošklivý – krásný	301,5	0,495	velmi ošklivý – krásný	3	2
křehký-masivní	288,5	0,347	křehký-masivní	3,5	3
ženský – mužský	306	0,546	ženský – mužský	4	4
svalovitý – bez svalů	332,5	0,918	svalovitý – bez svalů	5	5
slabý-silný	281,5	0,290	slabý-silný	4	3
aktivní-pasivní	273,5	0,228	aktivní-pasivní	3,5	4
nemotorný-elegantní	239,5	0,067	nemotorný-elegantní	4	2
krásný-ošklivý	331,5	0,902	krásný-ošklivý	6	6
hubený-tlustý	283	0,304	hubený-tlustý	6	5
rychlý –pomalý	316,5	0,674	rychlý –pomalý	4	4
nepříjemný-příjemný	307	0,558	nepříjemný-příjemný	2	2
hodnotný-bezcenný	271	0,205	hodnotný-bezcenný	5	6
proporční- disproporční	333,5	0,933	proporční- disproporční	5	5
měkký-tvrký	337,5	0,992	měkký-tvrký	4	4
velký-malý	305,5	0,546	velký-malý	4	4
šťastný-nešťastný	325	0,806	šťastný-nešťastný	6	6
aktivovaný-klidný	321	0,748	aktivovaný-klidný	4	4
široký-úzký	278	0,264	široký-úzký	3	3
bez výrazu-expresivní	294	0,384	bez výrazu-expresivní	4	4
plný života-bez života	320,5	0,742	plný života-bez života	4	4
starý-mladý	323	0,776	starý-mladý	4	4

Šetření 3.Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Mann-Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě párových vět stud (tab.16). Změna byla, že hodnoty zaznamenané po terapeutické jednotce u věty stud byly nižší (tab. 17), tedy poukazují na možnost zlepšení ve smyslu snížení pocitu studu ve vztahu k vlastnímu tělu.

Závěr: V případě věty stud není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních vět není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 14: Párové věty , Mann–Whitney U test, n=26**Tabulka 15: Párové věty, Medián, n=26**

Zkratka (viz legenda)	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)	Zkratka (viz legenda)	před intervencí	po intervencí
nezájem	243	0,066	nezájem	2,5	1
zhnusenost	264	0,172	zhnusenost	8	6
stud	171,5	0,002	stud	10,5	6,5
nejjistota	242,5	0,072	nejjistota	10	9
úzkost	324	0,794	úzkost	9	9,5

Legenda: **Nezájem:** Obrazy mne nechávají lhostejným (ou).; **Zhnusenost:** Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.; **Stud:** Nyní se ještě více stydím za mé tělo.; **Nejistota:** Nyní se cítím nejistá.; **Úzkost:** Nyní mám úzkost.

11.1.2. Vyhodnocení části dotazníku u pacientek s mentální anorexií

Šetření 1.Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě adjektiv nemotorný-elegantní a hodnotný-bezcenný (tab.21). V případě adjektiv nemotorný-elegantní se jedná o snížení hodnot ve smyslu nemotorný. V případě adjektiv hodnotný-bezcenný se jedná o zvýšení hodnot ve smyslu bezcenný.

U žádného z ostatních adjektiv nebyla na hladině významnosti $\alpha=0,05$ signifikance potvrzena (viz.tabulka 21).

Závěr: V případě adjektiv nemotorný-elegantní a hodnotný-bezcenný není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních adjektiv není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Šetření 2.Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ u adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý (viz. tabulka 21) (která mají signifikantní rozdíl, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě studie Fernández a Vandereycken [14]), a ani u žádného z dalších adjektiv shodných se studií Fernández a Vandereycken [14].

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 16: Bipolární adjektiva, Mann-Whitney U test, n=8

Tabulka 17: Bipolární adjektiva, Medián, n=8

volný překlad	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)	volný překlad	před intervencí	po intervencí
lehký-těžký	23	0,334	lehký-těžký	3,5	2
atraktivní-neatraktivní	17	0,099	atraktivní-neatraktivní	5,5	6,5
v tenzi – relaxovaný	21,5	0,258	v tenzi – relaxovaný	3	2
velmi ošklivý – krásný	16	0,078	velmi ošklivý – krásný	2,5	2
křehký-masivní	30	0,828	křehký-masivní	2,5	2,5
ženský – mužský	28	0,655	ženský – mužský	5,5	5,5
svalovitý – bez svalů	30,5	0,867	svalovitý – bez svalů	6	6
slabý-silný	22	0,278	slabý-silný	2,5	2
aktivní-pasivní	26	0,520	aktivní-pasivní	4,5	5
nemotorný-elegantní	12,5	0,037	nemotorný-elegantní	4	2
krásný-ošklivý	29	0,739	krásný-ošklivý	6	6
hubený-tlustý	31,5	0,957	hubený-tlustý	4	3,5
rychlý –pomalý	28,5	0,703	rychlý –pomalý	4,5	4,5
nepříjemný-příjemný	17,5	0,109	nepříjemný-příjemný	2,5	2
hodnotný-bezcenný	13	0,040	hodnotný-bezcenný	4,5	6,5
proporční- disproporční	29,5	0,787	proporční-	4,5	5
měkký-tvrdý	27	0,580	měkký-tvrdý	4,5	4
velký-malý	28	0,660	velký-malý	3	3,5
šťastný-nešťastný	20	0,175	šťastný-nešťastný	6	6
aktivovaný-klidný	28	0,666	aktivovaný-klidný	4,5	4
široký-úzký	29,5	0,788	široký-úzký	4,5	5,5
bez výrazu-expresivní	23	0,308	bez výrazu-expresivní	4	2,5
plný života-bez života	24	0,388	plný života-bez života	4,5	5,5
starý-mladý	26,5	0,548	starý-mladý	5	5

Šetření 3.Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Mann-Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě žádné z párových vět (tab.26).

Závěr: V případě všech vět není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 18: Párové věty, Mann–Whitney U test, n=8			Tabulka 19: Párové věty, Medián, n=8		
Zkratka (viz legenda)	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)	Zkratka (viz legenda)	před intervencí	po intervencí
nezájem	21,5	0,258	nezájem	3	2
zhnusenost	24,5	0,427	zhnusenost	4	5,5
stud	20,5	0,222	stud	10	7,5
nejistota	29,5	0,788	nejistota	9,5	9,5
úzkost	29	0,749	úzkost	9	9,5

Legenda: **Nezájem:** Obrazy mne nechávají lhostejným (ou).; **Zhnusenost:** Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.; **Stud:** Nyní se ještě více stydím za mé tělo.; **Nejistota:** Nyní se cítím nejistá.; **Úzkost:** Nyní mám úzkost.

11.1.2. Vyhodnocení části dotazníku u pacientek s mentální bulimií

Šetření 1.Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě žádného z adjektiv (tab.31).

Závěr: V případě žádného z adjektiv není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Šetření 2.Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ u adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý (viz. tabulka 31) (která mají signifikantní rozdíl, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě studie Fernández a Vandereycken [14]), a ani u žádného z dalších adjektiv shodných se studií Fernández a Vandereycken [14].

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 20: Bipolární adjektiva, Mann-Whitney U test, n=14

Tabulka 21: Bipolární adjektiva, Medián, n=14

volný překlad	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)	volný překlad	před intervencí	po intervencí
lehký-těžký	90	0,705	lehký-těžký	6	5
atraktivní-neatraktivní	88	0,639	atraktivní-neatraktivní	6	5
v tenzi – relaxovaný	82	0,448	v tenzi – relaxovaný	2,5	2
velmi ošklivý – krásný	91,5	0,762	velmi ošklivý – krásný	3	3
křehký-masivní	80	0,389	křehký-masivní	4	3,5
ženský – mužský	82,5	0,463	ženský – mužský	3	4
svalovitý – bez svalů	93,5	0,831	svalovitý – bez svalů	5	4,5
slabý-silný	83,5	0,497	slabý-silný	4	3,5
aktivní-pasivní	74	0,250	aktivní-pasivní	3	4
nemotorný-elegantní	93,5	0,834	nemotorný-elegantní	4	3
krásný-ošklivý	92	0,777	krásný-ošklivý	6	6
hubený-tlustý	80,5	0,401	hubený-tlustý	6	5,5
rychlý –pomalý	83,5	0,466	rychlý –pomalý	4	4
nepříjemný-příjemný	95,5	0,906	nepříjemný-příjemný	2,5	2,5
hodnotný-bezcenný	94	0,850	hodnotný-bezcenný	6	5
proporční- disproporční	96,5	0,944	proporční- disproporční	5	5
měkký-tvrdý	86	0,569	měkký-tvrdý	4	4
velký-malý	87,5	0,621	velký-malý	4	4,5
šťastný-nešťastný	89	0,665	šťastný-nešťastný	6	6,5
aktivovaný-klidný	94,5	0,866	aktivovaný-klidný	4	4
široký-úzký	69,5	0,173	široký-úzký	2	3
bez výrazu-expresivní	98	1,000	bez výrazu-expresivní	4	4
plný života-bez života	72,5	0,229	plný života-bez života	4	4
starý-mladý	96,5	0,941	starý-mladý	4	4

Šetření 3.Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Mann-Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě párových vět stud (tab.22). Změna byla, že hodnoty zaznamenané po terapeutické jednotce u věty stud byly nižší (tab. 23), tedy poukazují na možnost zlepšení ve smyslu snížení pocitu studu ve vztahu k vlastnímu tělu.

Závěr: V případě věty stud není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních vět není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 22: Párové věty, Mann–Whitney U test, n=14**Tabulka 23: Párové věty, Medián, n=14**

Zkratka (viz legenda)	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)	Zkratka (viz legenda)	před intervencí	po intervencí
nezájem	75,5	0,258	nezájem	2	1
zhnusenost	70,5	0,202	zhnusenost	8,5	6
stud	52,5	0,032	stud	10,5	7
nejjistota	62,5	0,080	nejjistota	11	8
úzkost	92,5	0,792	úzkost	10	10,5

Legenda: **Nezájem:** Obrazy mne nechávají lhostejným(ou).; **Zhnusenost:** Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.; **Stud:** Nyní se ještě více stydím za mé tělo.; **Nejistota:** Nyní se cítím nejistá.; **Úzkost:** Nyní mám úzkost.

11.2. Vyhodnocení části dotazníku Wilcoxonovým testem

Hodnocení dat Wilcoxonovým testem bylo použito z důvodu, že se jedná o test používaný v případě opakovaných měření týchž objektů. [150]

11.2.1. Vyhodnocení části dotazníku u celého vzorku

Šetření 1. Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě adjektiv nemotorný-elegantní a široký-úzký (tab.24). V případě adjektiv nemotorný-elegantní se jedná o snížení hodnot ve smyslu nemotorný. V případě adjektiv široký-úzký se jedná o situaci, kdy některé hodnoty byly sníženy a jiné zvýšeny.

U žádného z ostatních adjektiv nebyla na hladině významnosti $\alpha=0,05$ signifikance potvrzena (viz.tabulka 24).

Závěr: V případě adjektiv nemotorný-elegantní a široký-úzký není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních adjektiv není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Šetření 2. Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ u adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý (viz. tabulka 24) (která mají signifikantní

rozdíl, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě studie Fernández a Vandereycken (při využití Mann–Whitney U testu) [14]), a ani u žádného z dalších adjektiv shodných se studií Fernández a Vandereycken [14].

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 24: Bipolární adjektiva, Wilcoxonův test, n=26

volný překlad	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Ties
lehký-těžký	-1,940b	0,052	13
atraktivní–neatraktivní	-,323c	0,747	10
v tenzi – relaxovaný	-1,014b	0,311	11
velmi ošklivý – krásný	-,741b	0,458	10
křehký–masivní	-1,638b	0,101	12
ženský – mužský	-1,469c	0,142	17
svalovitý – bez svalů	,000d	1,000	10
slabý-silný	-1,214b	0,225	7
aktivní-pasivní	-1,649c	0,099	6
nemotorný-elegantní	-2,242b	0,025	9
krásný-ošklivý	-,855b	0,392	14
hubený-tlustý	-1,732b	0,083	12
rychlý –pomalý	-,229c	0,819	12
nepříjemný–příjemný	-,678b	0,498	9
hodnotný-bezcenný	-1,663c	0,096	11
proporční- disproporční	-,067b	0,947	8
měkký-tvrký	-,159b	0,874	12
velký-malý	-1,291c	0,197	14
šťastný-nešťastný	,000d	1,000	9
aktivovaný-klidný	-,118b	0,906	11
široký-úzký	-2,121c	0,034	15
bez výrazu-expresivní	-1,026b	0,305	13
plný života-bez života	-,499b	0,618	10
starý-mladý	-,884b	0,377	15

Legenda: b. Based on positive ranks, c. Based on negative ranks, d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Šetření 3.Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě párových vět stud (tab.25). Změna byla, že hodnoty zaznamenané po terapeutické jednotce u věty stud byly nižší (tab. 25)., tedy poukazují na možnost zlepšení ve smyslu snížení pocitu studu ve vztahu k vlastnímu tělu.

Závěr: V případě věty stud není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních vět není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 25: Párové věty, Wilcoxonův test, n=26

Zkratka (viz legenda)	N	Asymp. Sig. (2-tailed)	Ties
nezájem	-1,767b	0,077	11
zhnusenosť	-1,466b	0,143	3
stud	-2,808b	0,005	2
nejistota	-1,963b	0,050	7
úzkost	-,143b	0,886	9

Legenda: **Nezájem:** Obrazy mne nechávají lhostejným(ou).; **Zhnusenosť:** Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.; **Stud:** Nyní se ještě více stydím za mé tělo.; **Nejistota:** Nyní se cítím nejistá.; **Úzkost:** Nyní mám úzkost, b. Based on positive ranks.

11.2. Vyhodnocení části dotazníku u pacientek s mentální anorexií

Šetření 1. Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě adjektiv atraktivní–neatraktivní, velmi ošklivý – krásný a nemotorný–elegantní (tab.26). V případě adjektiv atraktivní–neatraktivní se jedná o zvýšení hodnot ve smyslu atraktivní. V případě adjektiv velmi ošklivý – krásný se jedná o snížení hodnot ve smyslu krásný. A v případě adjektiv nemotorný–elegantní se jedná o snížení hodnot ve smyslu elegantní. U žádného z ostatních adjektiv nebyla na hladině významnosti $\alpha=0,05$ signifikance potvrzena (viz. tabulka 26).

Závěr: V případě adjektiv atraktivní–neatraktivní, velmi ošklivý – krásný a nemotorný–elegantní není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních adjektiv není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Šetření 2. Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ u adjektiv aktivní–pasivní a hubený–tlustý (viz. tabulka 26) (která mají signifikantní rozdíl, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě studie Fernández a Vandereycken (při

využití Mann–Whitney U testu) [14]). U adjektiv atraktivní–neatraktivní, která užívá i studie Fernández a Vandereycken [14] byla signifikance Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ potvrzena. U studie Fernández a Vandereycken [14] (při využití Mann–Whitney U testu) u adjektiv atraktivní–neatraktivní signifikanci nepotvrdila. U žádného z dalších adjektiv shodných se studií Fernández a Vandereycken [14] nebyla signifikance potvrzena.

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 26: Bipolární adjektiva, Wilcoxonův test, n=8

volný překlad	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Ties
lehký-těžký	-1,511b	0,131	3
atraktivní–neatraktivní	-2,449c	0,014	2
v tenzi – relaxovaný	-1,134b	0,257	4
velmi ošklivý – krásný	-2,060b	0,039	3
křehký–masivní	-,577b	0,564	5
ženský – mužský	-1,414c	0,157	6
svalovitý – bez svalů	,000d	1,000	3
slabý-silný	-1,667b	0,096	2
aktivní-pasivní	-,638c	0,524	2
nemotorný-elegantní	-2,003b	0,045	2
krásný-ošklivý	-1,000b	0,317	4
hubený-tlustý	,000d	1,000	3
rychlý –pomalý	-1,342c	0,180	3
nepříjemný-příjemný	-1,633b	0,102	3
hodnotný-bezcenný	-1,897c	0,058	2
proporční- disproporční	-,272c	0,785	3
měkký-tvrký	-,828c	0,408	3
velký-malý	-,378c	0,705	4
šťastný-nešťastný	-1,414c	0,157	3
aktivovaný-klidný	-,552b	0,581	4
široký-úzký	-,535c	0,593	5
bez výrazu-expresivní	-,677b	0,498	3
plný života-bez života	-,776c	0,438	1
starý-mladý	-1,518b	0,129	3

Legenda: b. Based on positive ranks, c. Based on negative ranks, d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Šetření 3.Hypotézy

Výsledek: Signifikance nebyla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě žádné z párových vět (tab.27).

Závěr: V případě všech párových vět není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 27: Párové věty, Wilcoxonův test, n=8

Zkratka (viz legenda)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Ties
nezájem	-1,214b	0,225	3
zhnusenost	-,938c	0,348	1
stud	-,593b	0,553	1
nejistota	,000d	1,000	2
úzkost	-,105c	0,916	2

Legenda: **Nezájem:** Obrazy mne nechávají lhostejným(ou).; **Zhnusenost:** Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.; **Stud:** Nyní se ještě více stydím za mé tělo.; **Nejistota:** Nyní se cítím nejistá.; **Úzkost:** Nyní mám úzkost, b. Based on positive ranks, c. Based on negative ranks, d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

11.2. Vyhodnocení části dotazníku u pacientek s mentální bulimií

Šetření 1. Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě adjektiv aktivní-pasivní, velký-malý a široký-úzký (tab.28). V případě adjektiv aktivní-pasivní se jedná o zvýšení hodnot ve smyslu pasivní. V případě adjektiv velký-malý se jedná o zvýšení hodnot ve smyslu malý. A v případě adjektiv široký-úzký se jedná o zvýšení hodnot ve smyslu úzký. U žádného z ostatních adjektiv nebyla na hladině významnosti $\alpha=0,05$ signifikance potvrzena (viz. tabulka 28).

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní, velký-malý a široký-úzký není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních adjektiv není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Šetření 2. Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ u adjektiv aktivní-pasivní a nebyla potvrzena u adjektiv hubený-tlustý (viz. tabulka 28) (která mají signifikantní rozdíl, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě studie Fernández a Vandereycken (při využití Mann–Whitney U testu) [14]).

U adjektiv velký-malý, která užívá i studie Fernández a Vandereycken [14] byla signifikance Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ potvrzena. U studie Fernández a Vandereycken [14] (při využití Mann–Whitney U testu) u adjektiv atraktivní–neatraktivní signifikanci nepotvrdila. U žádného z dalších adjektiv shodných se studií Fernández a Vandereycken [14] nebyla signifikance potvrzena.

Závěr: V případě adjektiv aktivní-pasivní není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. A v případě adjektiv hubený-tlustý není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 28: Bipolární adjektiva, Wilcoxonův test, n=14

volný překlad	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Ties
lehký-těžký	-,647b	0,518	8
atraktivní–neatraktivní	-,849b	0,396	6
v tenzi – relaxovaný	-,720b	0,472	5
velmi ošklivý – krásný	-,543d	0,587	5
křehký–masivní	-1,552b	0,121	7
ženský – mužský	-1,225d	0,221	9
svalovitý – bez svalů	-,355d	0,723	6
slabý-silný	-,589b	0,556	3
aktivní-pasivní	-1,998d	0,046	4
nemotorný-elegantní	-,312b	0,755	5
krásný-ošklivý	-,973b	0,330	8
hubený-tlustý	-1,897b	0,058	4
rychlý –pomalý	-,351b	0,726	4
nepříjemný-příjemný	-,273d	0,785	3
hodnotný-bezcenný	-,707b	0,480	9
proporční- disproporční	-,227b	0,821	3
měkký-tvrdý	-,776b	0,438	6
velký-malý	-2,236d	0,025	9
šťastný-nešťastný	-,052d	0,959	4
aktivovaný-klidný	-,513d	0,608	6
široký-úzký	-2,232d	0,026	8
bez výrazu-expresivní	-,431d	0,666	8
plný života-bez života	-1,802b	0,072	8
starý-mladý	-,577d	0,564	11

Legenda: b. Based on positive ranks, c. Based on negative ranks, d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Šetření 3.Hypotézy

Výsledek: Signifikance byla potvrzena Wilcoxonovým testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$ v případě párových vět stud (tab.29). Změna byla, že hodnoty zaznamenané po terapeutické

jednotce u věty stud byly nižší (tab. 29), tedy poukazují na možnost zlepšení ve smyslu snížení pocitu studu ve vztahu k vlastnímu tělu.

Závěr: V případě věty stud není statistický důkaz pro podporu zamítnutí nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$. V případě ostatních vět není statistický důkaz pro podporu nulové hypotézy na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Tabulka 29: Párové věty, Wilcoxonův test, n=14

Zkratka (viz legenda)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Ties
nezájem	-,845b	0,398	6
zhnusenosť	-1,379b	0,168	2
stud	-2,352b	0,019	1
nejistota	-1,946b	0,052	4
úzkosť	-,071b	0,943	6

Legenda: **Nezájem:** Obrazy mne nechávají lhostejným(ou).; **Zhnusenosť:** Nyní jsem ještě více zhnusena svým tělem.; **Stud:** Nyní se ještě více stydím za mé tělo.; **Nejistota:** Nyní se cítím nejistá.; **Úzkosť:** Nyní mám úzkosť, b. Based on positive ranks.

11.2. Vyhodnocení části dotazníku, volby minimálně jedné otázky ze čtyř v B formě dotazníku

Hodnocení volby minimálně jedné ze čtyř samostatných vět (otázek) v B formě dotazníku probíhalo na základě součtu a seřazení dle frekvence volby.

11.1.1. Vyhodnocení části dotazníku u celého vzorku

Šetření 4.1. a 4.2. Hypotézy

Výsledek: Respondentky častěji voly větu štíhlejší, než tlustší (tab. 30, 31). Na základě charakteristiky poruchy příjmu potravy, kdy se pacientky považují za tlustší, než reálně jsou a popírají svoji vyhublost lze výsledek tohoto šetření komentovat jako snížení nereálného vnímání vlastního těla. Lze jej však ve smyslu manipulování odpovědi přiřadit jako výpověď sociálně žádoucí.

Respondentky častěji volily větu stejný než nepoznaný (tab. 30, 31). Výsledek častější volby věty stejný by bylo možné, vzhledem k pozorování a času počátku léčby, komentovat jako obraz popírání. Ve vztahu k hypotéze 4.1., u které pacientky častěji odpověděly, že jim obrazy

připadaly štíhlejší, než měly o sobě, lze hodnotit společně s výsledky hypotézy 4.2. jako výrazný úspěch terapie, protože pacientka shledala, že obraz který viděla, se shodoval s obrazem vlastního těla, jaký měla, a tento obraz byl štíhlejší, než o sobě měla. Problém však může být v tom, že je tento poznatek v protikladu s pozorováním během terapie.

Závěr: Na základě získaných dat byla potvrzena hypotéza 4.1., hypotézu 4.2. nelze prokázat.

Tabulka 30: Věty v B formě, frekvence, n=26

zkratka		ne	ano	Součet
nepoznaný	Frekvence	17	9	26
	Procento	65,4	34,6	100
Stejný	Frekvence	13	13	26
	Procento	50	50	100
Tlustší	Frekvence	21	5	26
	Procento	80,8	19,2	100
štíhlejší	Frekvence	20	6	26
	Procento	76,9	23,1	100

Tabulka 31: Věty v B formě , Frekvence, n=26 (F=Frequency, P=Percent), seřazeno dle frekvence od nejvyšší k nejnižší

zkratka	frekvence - ano
stejný	13
nepoznaný	9
štíhlejší	6
tlustší	5

Legenda: **Nepoznaný:** Nepoznala jsem se na obrazech, vypadalo to, jako by to byl někdo jiný.; **Stejný:** Shledala jsem, že obraz mého těla, který jsem viděla, je stejný jako obraz který jsem měla o sobě.; **Tlustší:** Obrazy mi připadaly tlustší než obrazy, které jsem měla o sobě.; **Štíhlejší:** Obrazy mi připadaly štíhlejší než obrazy, které jsem měla o sobě.

11.1.2. Vyhodnocení části dotazníku u pacientek s mentální anorexií

Šetření 4.1. a 4.2. Hypotézy

Výsledek: Respondentky častěji voly větu tlustší, než štíhlejší (tab. 32, 33). Na základě charakteristiky poruchy příjmu potravy, kdy se pacientky považují za tlustší, než reálně jsou a popírají svoji vyhublost lze výsledek tohoto šetření komentovat jako obvyklý

Respondentky častěji volily větu stejný než nepoznaný (tab. 32, 33). Výsledek častější volby věty stejný by bylo možné, vzhledem k pozorování a času počátku léčby, komentovat jako obraz popírání.

Závěr: Na základě získaných dat nelze prokázat hypotézu 4.1. i 4.2.

Tabulka 32: Věty v B formě, frekvence, n=8
(F=Frekvence, P=Procento)

		ne	ano	Součet
nepoznaný	Frekvence	6	2	8
	Procento	75,0	25,0	100
stejný	Frekvence	4	4	8
	Procento	50,0	50,0	100
tlustší	Frekvence	5	3	8
	Procento	62,5	37,5	100
štíhlejší	Frekvence	6	2	8
	Procento	75,0	25,0	100

Tabulka 33: Věty v B formě ,
Frekvence, n=8 (F=Frekvence,
P=Procento), seřazeno dle
frekvence od nejvyšší k nejnižší

Frekvence - ano	
stejný	4
tlustší	3
nepoznaný	2
štíhlejší	2

Legenda: **Nepoznaný:** Nepoznala jsem se na obrazech, vypadalo to, jako by to byl někdo jiný.; **Stejný:** Shledala jsem, že obraz mého těla, který jsem viděla, je stejný jako obraz který jsem měla o sobě.; **Tlustší:** Obrazy mi připadaly tlustší než obrazy, které jsem měla o sobě.; **Štíhlejší:** Obrazy mi připadaly štíhlejší než obrazy, které jsem měla o sobě.

11.1.2. Vyhodnocení části dotazníku u pacientek s mentální bulimií

Šetření 4.1. a 4.2. Hypotézy

Výsledek: Respondentky častěji volily větu tlustší, než štíhlejší (tab. 34, 35). Za základě průměrné hmotnosti výzkumného souboru, která se nacházela v pásmu normální hmotnosti, lze dle odpovědí usuzovat na obvyklou odpověď. Odpověď, která je obvyklá u pacientek s mentální bulimií, které ač mají normální hmotnost, touží být štíhlé.

Respondentky častěji volily větu stejný než nepoznaný (tab. 34, 35). Výsledek častější volby věty stejný v souvislosti s častější odpovědí tlustší opět odpovídá obvyklé odpovědi pacientek s mentální anorexií. Které si o sobě myslí, že jsou tlusté a také se na videu shledávají tlusté, ačkoli mohou mít (jako v tomto případě) normální hmotnost.

Závěr: Na základě získaných dat nelze prokázat hypotézu 4.1. i 4.2.

Tabulka 34: Věty v B formě, frekvence, n=14
(F=Frekvence, P=Procento)

		ne	ano	Součet
nepoznaný	Frekvence	10	4	14
	Procento	71,4	28,6	100
stejný	Frekvence	6	8	14
	Procento	42,9	51,1	100
tlustší	Frekvence	12	2	14
	Procento	85,7	14,3	100
štíhlejší	Frekvence	12	2	14
	Procento	85,7	14,3	100

Legenda: **Nepoznaný:** Nepoznala jsem se na obrazech, vypadalo to, jako by to byl někdo jiný.; **Stejný:** Shledala jsem, že obraz mého těla, který jsem viděla, je stejný jako obraz který jsem měla o sobě.; **Tlustší:** Obrazy mi připadaly tlustší než obrazy, které jsem měla o sobě.; **Štíhlejší:** Obrazy mi připadaly štíhlejší než obrazy, které jsem měla o sobě.

Tabulka 35: Věty v B formě ,
Frekvence, n=14 (F=Frequency,
P=Percent), seřazeno dle frekvence
od nejvyšší k nejnižší

	Frekvence
stejný	8
nepoznaný	4
tlustší	2
štíhlejší	2

11.4. Shrnutí výsledků

Výsledky presentované v přecházející podkapitole lze zjednodušeně shrnout takto.

U šetření 1.hypotézy („Existuje signifikantní rozdíl u jednotlivých bipolárních adjektiv mezi odpověďmi před intervencí a po intervenci.“) byla potvrzena signifikance Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$, u pacientů s mentální anorexií, v případě adjektiv nemotorný-elegantní a hodnotný-bezcenný (tab.16).

Wilcoxonovým testem byla potvrzena signifikance na hladině významnosti $\alpha=0,05$, u pacientů s mentální anorexií, v případě adjektiv atraktivní–neatraktivní, velmi ošklivý – krásný a nemotorný-elegantní (tab.26), u pacientů s mentální bulimií, v případě adjektiv aktivní-pasivní, velký-malý a široký-úzký (tab.28) a v případě celého původního vzorku, v případě adjektiv nemotorný-elegantní a široký-úzký (tab.24).

U šetření 2.hypotézy, vycházející z výsledků studie Fernández a Vandereycken [14], („Existuje signifikantní rozdíl u bipolárních adjektiv hubený-tlustý a aktivní-pasivní mezi odpověďmi před intervencí a po intervenci.“) nebyla potvrzena signifikance Mann–Whitney U testem na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Wilcoxonovým testem byla potvrzena signifikance na hladině významnosti $\alpha=0,05$, u pacientů s mentální bulimií, v případě adjektiv aktivní-pasivní. U adjektiv atraktivní–

neatraktivní v případě mentální anorexie a velký-malý v případě mentální bulimie, byla také Wilcoxonovým testem potvrzena signifikance na hladině významnosti $\alpha=0,05$, na rozdíl od studie Fernández a Vandereycken [14], u které signifikance potvrzena nebyla. Tyto výsledky je však problematické srovnávat, jelikož v případě studie Fernández a Vandereycken [14] byl k hodnocení dat použit Mann–Whitney U test, a tyto výsledky jsou na základě užití Wilcoxonova testu. V případě užití totožného testu se studií Fernández a Vandereycken [14], Mann–Whitney U testu, nebyla ani u současných dat potvrzena signifikance, jak bylo popsáno výše.

U šetření 3.hypotézy („Existuje signifikantní rozdíl u jednotlivých párových vět mezi odpověďmi před intervencí a po intervenci.“) byla potvrzena signifikance, u pacientů s mentální bulimií a při hodnocení celé skupiny, Mann–Whitney U testem, na hladině významnosti $\alpha=0,05$, v případě párových vět stud (tab. 25, 29).

Wilcoxonovým testem byla potvrzena signifikance na hladině významnosti $\alpha=0,05$, u pacientek s mentální bulimií a při hodnocení celé skupiny, v případě párových vět stud (tab. 25, 29).

U šetření 4.hypotézy („Frekvence výběru vět štíhlejší, bude vyšší než frekvence výběru vět tlustší a frekvence výběru vět nepoznaný, bude vyšší než frekvence výběru vět stejný.“) bylo na základě součtu frekvencí zjištěno, že v případě celého vzorku (tab. 30, 31), v případě pacientek s mentální anorexií (tab. 32, 33) i s mentální bulimií (tab. 34, 35), respondentky častěji volily větu stejný než nepoznaný.

Větu štíhlejší, než tlustší častěji voly respondentky v případě hodnocení celého vzorku (tab. 30, 31). V případě hodnocení pacientek s mentální anorexií a bulimií pacientky častěji volily větu tlustší, než štíhlejší (tab. 32, 33, 34, 35).

Na základě zjištěných dat z předloženého dotazníku lze uvažovat, že má technika video konfrontace efekt, v léčbě pacientek s mentální anorexií, na tělesný obraz ve smyslu vnímání svého těla jako více elegantního¹, více atraktivního², více bezceného¹, více velmi ošklivého² a více nemotorného² (tab. 16, 26).

V případě hodnocení pacientek s mentální bulimií lze uvažovat o efektu video konfrontace na tělesný obraz ve smyslu snížení pocitů studu vzhledem k vlastnímu tělu^{1,2}, vnímání svého těla jako více pasivního², malého² a úzkého².

V případě hodnocení celého vzorku pacientek s poruchou příjmu potravy lze na základě zjištěných dat uvažovat o vlivu video konfrontace na tělesný obraz ve smyslu snížení pocitů studu vzhledem k vlastnímu tělu^{1,2} a vnímání svého těla jako méně nemotorného².

(Legenda: ¹ – Mann–Whitney U test, ² - Wilcoxonův test)

12. DISKUZE

Signifikantní výsledky zjištěné použitím dotazníku jsou zajímavé, není jich však mnoho. A otázkou zůstává jejich využitelnost. Protože například při využití zpracování dat Wilcoxonovým testem, v případě hodnocení pacientek s mentální anorexií, byla prokázána signifikance u adjektiv velmi ošklivý – krásný, ale nebyla prokázána u adjektiv krásný-ošklivý. Podobně v případě hodnocení pacientek s mentální bulimií byla na základě Wilcoxonova testu shledána signifikance u adjektiv aktivní- pasivní, ale nikoli v případě adjektiv aktivovaný-klidný případně plný života -bez života.

Problém je také, že v případě porovnání výsledků se studií Fernández a Vandereycken [14], ve které byla na podkladě sémantického diferenciálu testována video konfrontace, se výsledky neshodují.

Proto lze uvažovat že:

- 1 Technika videokonfrontace není vhodnou terapeutickou technikou v léčbě poruchy příjmu potravy;
- 2 Použitá dotazníková metoda není vhodným způsobem zjišťování typu účinku této terapie;
- 3 Použitá dotazníková metoda nebyla vhodným způsobem použita;
 - a. Časové rozmezí zjišťování změny nebylo dostatečně dlouhé;
 - b. Nebyla zařazena kontrolní skupina;
 - c. Vzorek respondentů nebyl dostatečně velký.

Při hledání odpovědí na nastíněné úvahy je třeba se nejprve vrátit k cíli této studie, první části, kterou je zpřesnit typ účinku techniky video konfrontace na pacienta s poruchou příjmu potravy. Tento účinek se pokusit zjistit pomocí dotazníku využívajícího bipolárních adjektiv doplněných o samostatné otázky.

K úvaze č.1 lze konstatovat, že zjišťování, zda je nebo není technika video konfrontace vhodnou terapeutickou technikou v léčbě poruchy příjmu potravy nebylo předmětem této studie.

Úvaha č.3. nastiňuje myšlenku, že technika je dobrá, pouze její užití bylo chybné. Případně, že technika dobrá není a použití bylo chybné.

Lze uvažovat, o problematice, nedostatečného odstupu dotazníku od terapeutické jednotky. Delší odstup od terapeutické jednotky byl použit u dřívějších studiích (viz kap.4.2.). Problém při větším časovém odstupu je, že je terapie testována v době hospitalizace, kdy na sebe jednotlivé terapie časově navazují a tudíž by při větším časovém odstupu bylo problematické mluvit o účinku právě této terapie.

Zařazení kontrolní skupiny je také v tomto případě problematické. V případě hospitalizace současně maximálně osmnácti pacientů a délce hospitalizace pět měsíců je časově velmi náročné nashromáždit dvě ze statistického hlediska dostatečně velké skupiny. Také z důvodu možnosti srovnání výsledků s jinou skupinou byla zařazena bipolární adjektiva ze studie Fernández a Vandereycken [14]. A to i ta, která ve zmíněné studii nevykázala signifikantní výsledek.

Je zřejmé, že množství respondentů, pro statistické zpracování dat, nebylo vysoké (n=26). V předcházejícím odstavci je popsána časová náročnost získání i tak malé skupiny. Navíc, jak je patrné z předcházejících studií testující video konfrontaci u poruch příjmu potravy (viz kap.4.2.), je zde použitý vzorek neobvykle velký. Jistě by bylo možné počkat ještě půl roku pro získání většího množství respondentů, to ale v tomto případě nebylo prioritou vedoucích léčby.

Zbývá poslední, druhá úvaha, zda použitá dotazníková metoda je vhodnou metodou pro zjišťování typu účinku video konfrontace v léčbě poruchy příjmu potravy. Hned se naskytá otázka, proč používat další metodu, když pacienti na počátku a na konci hospitalizace vyplňují testovou baterii. Nejjednodušší by bylo u jednoho pacienta zařadit video konfrontaci a u druhého ne a z výsledků celkové léčby by bylo možno hodnotit její účinek. V tomto případě však opět čelíme problémům s velikostí vzorku (viz. 5 měsíční hospitalizace a max.18 současně hospitalizovaných). Dále je v léčebném zařízení, v jakém byla tato studie zkoumána, takováto situace velmi problematická až nemožná. V neposlední řadě by v tomto případě byla testována účinnost terapie video konfrontace a ne typ jejího účinku, což bylo předmětem této studie.

Bipolární adjektiva

Pokud se jedná o bipolární adjektiva shodná se studií Fernández a Vandereycken [14], výsledky této studie se liší u adjektiv aktivní-pasivní a hubený-tlustý, která v případě studie Fernández a Vandereycken [14] vykázala signifikantní rozdíl. Signifikance je potvrzena

pouze v případě užití Wilcoxonova testu u pacientek s mentální bulimií, v případě adjektiv aktivní-pasivní. Tyto výsledky je však, jak již bylo výše popsáno, problematické srovnávat, jelikož v případě studie Fernández a Vandereycken [14] byl k hodnocení dat použit Mann–Whitney U test. V případě užití totožného testu se studií Fernández a Vandereycken [14], Mann–Whitney U testu, nebyla ani u současných dat potvrzena signifikance.

Wilcoxonovým testem byla potvrzena signifikance také u adjektiv atraktivní–neatraktivní v případě mentální anorexie a velký-malý v případě mentální bulimie, na rozdíl od studie Fernández a Vandereycken [14], u které signifikance potvrzena nebyla.

Z adjektiv poprvé užitých v této studii, celkem 14 bipolárních adjektiv, v případě užití Mann–Whitney U testu, pouze dva páry vykazaly signifikantní rozdíl před a po aplikaci terapie. A v případě užití Wilcoxonova testu, šest párů adjektiv vykazalo signifikantní rozdíl, a sice po třech párech u pacientů s mentální anorexií a bulimií a u dvou párů při hodnocení celé skupiny.

Celkem bylo zodpovězeno na 24 bipolárních adjektiv, a byl shledán signifikantní rozdíl, v případě užití Mann–Whitney U testu, u dvou párů adjektiv v případě hodnocení pacientek s mentální anorexií. V případě užití Wilcoxonova testu, byl z 24 bipolárních adjektiv shledán signifikantní rozdíl u dvou párů adjektiv, v případě hodnocení celého vzorku a u třech párů adjektiv v případě hodnocení mentální anorexie a mentální bulimie. Ačkoli jsou zmíněná adjektiva různá, u mentální anorexie se jedná o atraktivní–neatraktivní, velmi ošklivý – krásný a nemotorný–elegantní a u mentální bulimie se jedná o aktivní-pasivní, velký-malý a široký–úzký, netroufám si tvrdit, že by tato zjištění přinášela výrazné změny či potvrzení typu účinku video konfrontace. A tato situace mi připadá časově neefektivní. Proto považuji použití bipolárních adjektiv, užitých v tomto dotazníku při hodnocení typu účinku této terapie za ne zcela vhodné pro další výzkum.

Věty ve formě B dotazníku

Samostatné věty B dotazníku, kdy je nutné zvolit minimálně jednu větu, přinášejí pozitivní výsledky. Respondentky častěji volí větu, že shledaly, že obraz jejich těla, který viděly, je stejný jako obraz který měly o sobě. Než že se nepoznaly na obrazech (videu), že to vypadalo, jako by to byl někdo jiný. Stejná volba je jak při hodnocení celého vzorku, tak při hodnocení samostatně pacientek s mentální bulimií a mentální anorexií.

Problém však je, že častost výběru věty, že shledaly, že obraz jejich těla, který viděly, je stejný jako obraz který měly o sobě, se však neslučuje s jejich výpověďmi během jednotky a také během ostatních terapií, kdy si například odhadují a následně měří tělo v oblasti boků, pasu, atd. Lze tedy uvažovat o záměrném zkreslování odpovědí směrem, který předpokládají jako žádoucí. A podporuje pozorovanou charakteristiku nově příchozích pacientů, kteří mají snahu zalíbit se terapeutovi, popsanou již Probstem [3].

Pacientky s mentální anorexií i mentální bulimií častěji hodnotily, že jim obrazy připadaly tlustší než obrazy, které měly o sobě než větu že jim obrazy připadaly štíhlejší než obrazy, které měly o sobě.

To, že se pacientky s mentální anorexií i bulimií považují za hubenější, než se vidí na videu lze hodnotit, jako touhu ještě více zhubnout, tedy přetrvávající neadekvátní vnímání vlastního těla. V případě mentální bulimie, u osob s normální váhou, se však může jednat i o obvyklou situaci, běžnou i u žen normální populace.

Interpretaci výsledků dále ztěžuje užití vět ve smyslu možnosti zaškrtnutí více variant. Vystavujeme se tak riziku, že pacientka zaškrtně všechny, případně obě, varianty.

Proto bych z výsledků těchto vět nevyvozovala výrazné závěry o typu účinku video konfrontace.

Párové věty

Výsledek párových vět lze považovat za pozitivní. Při hodnocení dat Mann–Whitney U testem i Wilcoxonovým testem byl nalezen shodný výsledek. V případě hodnocení celého vzorku a pacientek s mentální bulimií byla shledána signifikance u věty „Nyní se ještě více stydím za mé tělo“ ve smyslu snížení hodnot, tedy snížení studu. U pacientek s mentální anorexií došlo také ke snížení hodnot, nikoli však signifikantnímu. Zajímavé jsou i hodnoty dalších vět ač nyní nevykazují signifikanci, lze uvažovat, při větším vzorku o výraznějších hodnotách.

Proto tyto párové věty považuji za vhodné ponechat a zkoumat dále.

Shrnutí

Celkově lze hodnotit získané výsledky ze dvou stran. Na jedné straně nebyla potvrzena metoda užití sémantického diferenciálu jako nejvhodnější pro zjišťování typu účinku video konfrontace a věty, u kterých lze odvodit terapeutem očekávanou odpověď nebyly také shledány jako nejvhodnější.

Na straně druhé byl účinek video konfrontace specifikován u pacientek s mentální anorexií na vnímání svého těla jako více elegantního¹ a atraktivního², ale i více bezceného¹, více velmi ošklivého² a nemotorného²; u pacientek s mentální bulimií ve snížení studu z vlastního těla^{1,2}, vnímání svého těla jako více malého² a úzkého² a i pasivního²; a u pacientek s mentální anorexií hodnocených společně s pacientkami s mentální bulimií (v původním rozsahu vzorku) ve snížení pocitů studu vzhledem k vlastnímu tělu^{1,2} a vnímání svého těla jako méně nemotorného². (*Legenda: ¹ – výsledky na základě Mann–Whitney U testu, ² - výsledky na základě Wilcoxonův testu*)

Považuji ale za vhodné ve výzkumu pokračovat a zopakovat užití párových vět, které přinesly signifikantní výsledky. A doplnit tyto věty o další metodu, která posune upřesnění účinku video konfrontace.

Souhrnné hodnocení pacientů s mentální anorexií i mentální bulimií

Lze diskutovat o souhrnném hodnocení pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií. Případně o jejich samostatném hodnocení. Je jasné, že se u mentální anorexie a mentální bulimie jedná o dva jasně vyhraněné syndromy (viz manuály DSM a MKN). V rámci terapie je předpokládáno, že mohou odlišně reagovat na konfrontaci s vlastním tělem. Tento předpoklad dokládají i výsledky této studie.

Problém však je, že, jak pacienti s mentální anorexií, tak s mentální bulimií, se často vyskytují v jedné terapeutické skupině. A stejně tomu tak bylo i v případě tohoto výzkumu. S ohledem na charakteristiku onemocnění porucha příjmu potravy není nutné zdůrazňovat, že pacienti nejsou nadšeni, tím, že budou natáčeni na video, ačkoli sami na konci léčby, tuto terapii hodnotí jako velmi efektivní. Proto pro podstoupení natočení videa lze předpokládat výrazný vliv skupinových motivačních faktorů. A při podstoupení videa, zvýšení skupinové koheze. Proto se dá předpokládat, že by tento stav byl porušen v případě aplikace video konfrontace

pouze u pacientek jednoho syndromu, tedy části terapeutické skupiny. Dostáváme se tak zde k metodologickému problému aplikace a hodnocení efektu terapeutického působení.

V praxi často pracujeme se vzorky neheterogenními. Znalosti metodologie nás však mohou tlačit k čistotě výzkumu. Tím, že například vybereme ze skupiny pouze pacientky s jedním ohraničeným syndromem, které nám vytvoří heterogenní skupinu. Jejich data pak následně vyhodnotíme. Lze však namítnout: „Co mají tyto výsledky společného s realitou každodenní léčby?“ Výsledky jsou metodologicky čisté, ale jaký mají význam pro terapeuta a pacienta?

12.1.Návrh metody hodnocení

Druhou částí cíle této studie bylo navržení úpravy dotazníku, případně navržení jiné metody, která může být předmětem dalšího výzkumu.

Jelikož ze zkoumaného dotazníku byly ponechány pouze párové věty, je nasnadě hledat další možné metody, které by bylo možné použít při testování video konfrontace.

Přehled dosud použitých metod lze nalézt v systematickém přehledu [151] výzkumů terapií zaměřených na tělo a pohyb. Jedná se o metody, které byly aplikovány k ověření terapeutické techniky na klinické populaci, pacientech s poruchou příjmu potravy.

Při porovnání vhodnosti využití terapeutické techniky video konfrontace bych z výčtu těchto technik vybrala metodu „Profile of Mood States“ (POMS).

Tato metoda hodnocení byla použita ve zmíněné oblasti Fieldem a kolegy [84] společně s metodami hodnocení Eating Disorders Inventory (EDI), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Behavior Observation Scale (BOS) a Salivary cortisol k hodnocení vlivu masáže na uzdravení pacientů s mentální bulimií. Dále byla použita Hartem a kolegy [83] společně s metodami State trait anxiety inventory (STAI), Eating Disorders Inventory (EDI), Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) a testy moči k hodnocení vlivu terapeutického působení masáže na uzdravení pacientů s mentální anorexií.

V obou případech byl POMS použit k hodnocení vlivu masáže a byl použit jak u skupiny pacientů s mentální anorexií, tak i u skupiny pacientů s mentální bulimií.

Výhodu požití POMS vidím v tom, že je jeho administrace krátká. Při zkrácené verzi 37 položek se týká pouze několika minut. Využívá se často v souvislosti s potřebou monitorovat efekty krátkodobých terapií [153], ve verzi před a po jednotce. A v neposlední řadě existuje jeho plnohodnotný překlad do Holandštiny, Francouzštiny a Němčiny [154], třech oficiálních jazyků Belgie.

Profile of Mood States (POMS) je metodou, která je používána k profilování emočních stavů a nálad [155]. POMS obsahuje 6 faktorů: 1.faktor- Tenze, napětí, úzkost (T - Tension), 2.faktor - Deprese, sklíčenost (D – Depression), 3.faktor-Hněv, zlost, nepřátelství (A – Anger), 4.faktor-Únava, netečnost (F – Fatigue), 5.faktor- Vitalita, energičnost, aktivita (V – Vigour), 6.faktor-Zmatenost, popletenost (C – Confussion). [155] Je však možné také pracovat s verzí POMSu zaměřeného pouze na jeden faktor, například POMS-D (POMS který je zaměřen na zachycení depresivní symptomatologie).

POMS byl vyvinut Douglas M. McNairem, Maurice Lorrem a Leo F. Drolemanem r.1971. Interní konsistence POMS byla shledána dobrá, při velikosti Cronbachova alfa 0.63 - 0.96 u plné verze 72 položek a 0.76 - 0.95 u kratší verze 37 položek. Korelace mezi subškálami a celkovým skóre kratší i delší verze POMS byla 0.84. Korelace POMS se škálou „Psychological Well-Being“ byla -0.68. [156]

Faktory POMS jsou podrobněji charakterizovány například Stuchlíkovou a Manem [155] takto:

- 4 1.Faktor – Tenze je charakterizován somatickou tenzí, která nemusí a může být pozorovatelná (napjatý, neklidný, nervózní). Adjektiva, která se vztahují k vágním, úzkostným stavům jsou například: úzkostný a rozrušený.
- 5 2.Faktor – Deprese reprezentuje stavy s depresivním zabarvením, provázené pocitem osobní nedostatečnosti (smutný, zbytečný, malomyslný apod.).
- 6 3.Faktor – Hostilita zachycuje stavy hněvu a antipatie k ostatním (otrávený, vztekly/rozhněvaný, rozzlobený, rozrušený apod.).
- 7 4. Faktor - Vitalita je definována adjektivy popisujícími ráznost, energičnost, do určité míry i nespecifické pozitivní emoce (plný života, čínorodý, veselý apod.).
- 8 5. Faktor - Únava reprezentuje ochablost, netečnost, malou energii (opotřebovaný, unavený, vyčerpaný apod.).
- 9 6.Faktor - Zmatek je charakterizován zmateností, kognitivní neefektivitou spojenou s neschopností kontrolovat pozornost (popletený, neschopen soustředit se apod.).

Stavy, které zachycují faktory POMS jako je somatická tenze, hněv, pocity osobní nedostačivosti a únava jsou charakteristiky, které se vyskytují u pacientů s poruchou příjmu potravy, a proto by jejich změna mohla přinést informace o specifickém účinku video konfrontace.

ZÁVĚR

Cílem tohoto výzkumu bylo zpřesnit typ účinku techniky video konfrontace na pacienta s poruchou příjmu potravy. Tento účinek se pokusit zjistit pomocí dotazníku využívajícího bipolárních adjektiv doplněných o samostatné otázky.

Pokud nebude možné na základě použitého dotazníku účinek video konfrontace zpřesnit, navrhnout úpravu dotazníku, případně navrhnout jinou metodu, která může být předmětem dalšího výzkumu.

Na základě předchozích studií (viz kap.4.2.) a práce M.Probsta, byl vytvořený dotazník aplikován postupně u 26 pacientek, které nastupovaly hospitalizaci na oddělení léčby poruch příjmu potravy. U pacientek, při terapii video konfrontace.

Na podkladě cílů práce formulované hypotézy, byly šetřeny ve vztahu k možnosti zjištění typu účinku techniky video konfrontace.

Výsledky této studie nepotvrdily výsledky výzkumu Fernández a Vandereycken [14] u totožných dvojic bipolárních adjektiv (tab.16, 17, 26). Kdy výzkum Fernández a Vandereycken [14] na základě statisticky signifikantního rozdílu konstatoval, že video konfrontace má, u pacientek s mentální anorexií, pozitivní vliv na vnímání vlastního těla jako hubenějšího a aktivnějšího.

U tohoto výzkumu byl specifický efekt video konfrontace nalezen při použití nových adjektiv u pacientek s mentální anorexií ve vnímání vlastního těla jako více elegantního¹ a atraktivního², ale i více bezceného¹, více velmi ošklivého² a nemotorného²; a u pacientek s mentální bulimií ve vnímání svého těla jako více malého², úzkého² a pasivního²; a u pacientek s mentální anorexií hodnocených společně s pacientkami s mentální bulimií (v původním rozsahu vzorku) ve vnímání svého těla jako méně nemotorného².(Legenda: ¹ – výsledky na základě Mann–Whitney U testu, ²- výsledky na základě Wilcoxonova testu)

Na základě použití párových vět byl zjištěn pozitivní vliv video konfrontace při samostatném hodnocení pacientek s mentální bulimií i při jejich hodnocení společně s pacientkami s mentální anorexií v původním rozsahu vzorku, ve snížení pocitů studu vzhledem k vlastnímu tělu^{1,2}. (Legenda: ¹ – výsledky na základě Mann–Whitney U testu, ²- výsledky na základě Wilcoxonova testu)

Navrženou metodou pro následující výzkum současně s párovými větami je „Profile of Mood States“ (POMS), dotazník k měření afektivních stavů.

Přínosem této studie je další směřování v nalezení specifických efektů video konfrontace. Další krok na cestě, která v případě video konfrontace započala před minimálně třiceti lety [viz 12]. Cesta, jejímž cílem je znalost specifických účinků jednotlivých terapií, informací, důležitých v rozhodovacím procesu, kterou z terapií do celkové léčby u daného pacienta zvolit.

LITERATURA

- [1] Pavlová, B. (2010) Epidemiologie poruch příjmu potravy in Papežová (Ed.) Spektrum poruch příjmu potravy, Praha:2010. Grada (str. 25-35)
- [2] ÚZIS ČR. (2007). *Psychiatrická péče v letech 2001 až 2005*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- [3] Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- [4] Adámková Ségard, M. (2010). *Systematický přehled výzkumů ověřujících na pohyb anebo tělo zaměřenou terapii v rámci léčby onemocnění Porucha příjmu potravy. Disertační práce*. Praha: UK FTVS & Leuven: KU Leuven.
- [5] Probst, M., Van Coppenolle, H. & Vandereycken, W. (1997). Body experience in anorexia nervosa : The use of video confrontation in psychomotor therapy, in Varmeer, A., Bosscher, R.J., Broadhead, G.D. (ed.) *Movement Therapy across the Life-Span*. Amsterdam: VU University Press.
- [6] Gottheil, E., Backup, C.E. & Cornelison, F.S. (1969), Denial and self-image confrontation in a case of anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148 : 238-250.
- [7] Biggs, S., Rosen, B. & Summerfield, A. (1980), Video-feedback and personal attribution in anorectic, depressed and normal viewers. *British Journal of Medical Psychology*, 53 : 249-254
- [8] Yager, J., Rudnick, F.D., Metzner, R.J. Anorexia Nervosa: A Current Perspective and Some New Directions. (1981) in Serafetinides, E.A. (ed.) *Psychiatric research in practice: Biobehavioral Themes*. New York: Grune & Stratton.
- [9] Meermann, R (1981). Body image disturbances in anorexia nervosa. Some diagnostic and therapeutic implications. In W.R.Minsel & Herff (eds), *Research on psychotherapeutic approaches. Proceedings of the 1st European conference of psychotherapy research*.
- [10] Bandura, H.O. Steinmeyer, E.M. (1984). Psychotherapeutic effect by audiovisual hetero-confrontation. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 41, 1-6.
- [11] Wilson, A. J., Touyz, S. W., O'Connor, M. M., & Beumont, P. J. (1985). Correcting the eating disorder in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 449-451. doi:10.1016/0022-3956(85)90052-4
- [12] Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41(2), 252-259.
- [13] Probst, M., Vandereycken, W. & Van Coppenolle, H. (1988) Image du corps et anorexie mentale. L'emploi de la confrontation par vidéo dans la thérapie psychomotrice, *Acta psychiat.belg.*, 88, 117-126
- [14] Fernández, F., & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 2(2), 135-140.
- [15] Geissner, E., Bauer, C., & Fichter, M. M. (1997). Videogestützte Konfrontation mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild als Behandlungselement in der Therapie der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(3), 218-226. Retrieved from EBSCOhost.
- [16] Probst, M., Goris, M., Vandereycken, W. & Van Coppenolle, H. (2001). Body composition of anorexia nervosa patients assessed by underwater weighing and skinfold-thickness measurements before and after weight gain. *Am J Clin Nutr*, 73, 190-7.
- [17] Tuschen-Caffier, B. B., Vögele, C. C., Bracht, S. S., & Hilbert, A. A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research & Therapy*, 41(5), 573. doi:10.1016/S0005-7967(02)00030-X
- [18] Geissner, E. (2004). 37-Video confrontation with body image in the treatment of bulimics and anorexics. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 639. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.04.251
- [19] Baltruschat, N., Geissner, E., & Bents, H. (2006). Expositionsverfahren in der Behandlung der Bulimia nervosa: Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 35(1), 1-11. doi:10.1026/1616-3443.35.1.1
- [20] Probst, M. (2011). *Ústní sdělení na KU Leuven, Leuven*
- [21] Krch, F.D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- [22] Hátlová, B. (2003). *Kinezioterapie. Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum.
- [23] Birmingham, C., Gutierrez, E., Jonat, L., & Beumont, P. (2004). Randomized Controlled Trial of Warming in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 234-238.
- [24] Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.
- [25] Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., Gartlehner, G. (2006). *Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135*. AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- [26] (MKN-10) (1996). *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize : Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.

- [27] (APA) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- [28] (DSM IV) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- [29] Pavlova, B., Uher, R., Dragomirecka, E. and Papezova, H.. (2010) Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(5):541-50 PMID 19618094
- [30] Jones, D., Fox, M., Babigian, H., & Hutton, H. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960–1976. *Psychosomatic Medicine*, 42(6), 551-558.
- [31] Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M. & Kurland, L.T. (1988). Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A 45-year study. *Mayo Clin Proc.*, 63(5), 433-42.
- [32] Møller-Madsen, S., & Nystrup, J. (1992). Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 197-200.
- [33] Szmukler, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 143-153.
- [34] Willi J, Grossman S. Willi, J., & Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 140(5), 564-567
- [35] Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Hoek, H., & Willi, J. (2004). Incidence of Severe Anorexia Nervosa in Switzerland: 40 Years of Development. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 250-258.
- [36] Hall, A., & Hay, P. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977–1986. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 21(3), 697-701.
- [37] Hoek, H., & Bartelds, A. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1272 – 8.
- [38] Joergensen, J. (1992). The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977–1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(1), 30-34.
- [39] Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(6), 507-514..
- [40] Willi, J., Giacometti, G., & Limacher, B. (1990). Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1514-1517.
- [41] Hoek, H., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- [42] McKnight, I. (2003). 'Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study': Correction. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 248-54.
- [43] Wittchen, H., Nelson, C., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 28(1), 109-126.
- [44] Hsu, L. (1990). *Eating disorders*. New York, NY US: Guilford Press.
- [45] Fichter, M., & Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 17(2), 409-418.
- [46] Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H., & Agras, W. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65. Jarry, J., & Kossert, A. (2007, March). Self-esteem threat combined with exposure to thin media images leads to body image compensatory self-enhancement. *Body Image*, 4(1), 39-50.
- [47] Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. & Nagy, L. (1998). A controlled family study of restricting anorexia and bulimia nervosa: comorbidity in probands and disorders in first-degree relatives. *Arch Gen Psychiatry*, 55(7), 603-10.
- [48] Wade, T., Bulik, C., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469-471.
- [49] Klump, K., Miller, K., Keel, P., McGue, M., & Iacono, W. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(4), 737-740.
- [50] Kortegaard, L., Hoerder, K., Joergensen, J., Gillberg, C., & Kyvik, K. (2001). A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(2), 361-365.
- [51] Grice, D., Halmi, K., Fichter, M., Strober, M., Woodside, D., Treasure, J., et al., (2002). Evidence for a Susceptibility Gene for Anorexia Nervosa on Chromosome 1. *American Journal of Human Genetics*, 70(3), 787.
- [52] Bergen, A., van den Bree, M., Yeager, M., Welch, R., Ganjei, J., Haque, K., et al., (2003). Candidate genes for anorexia nervosa in the 1p33-36 linkage region: serotonin 1D and delta opioid receptor loci exhibit significant association to anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*, 8(4), 397 - 406.

- [53] Barbarich, N., Kaye, W., & Jimerson, D. (2003). Neurotransmitter and Imaging Studies in Anorexia Nervosa: New Targets for Treatment. *Current Drug Targets - CNS & Neurological Disorders*, 2(1), 61-72.
- [54] Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., & Sampugnaro, V. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- [55] Kaplan A. (1993). Medical aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Handbook of eating disorders* (pp. 22-9). Toronto: University of Toronto.
- [56] Katzman, D. (2005). Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 3752-59.
- [57] Sharp, C., & Freeman, C. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162452-462.
- [58] Bulik, C. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- [59] Anderson, C., & Bulik, C. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5(1), 1-11.
- [60] Lewinsohn, P., Seeley, J., Moerk, K., & Striegel-Moore, R. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.
- [61] Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 81-90.
- [62] Fichter, M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 361-384.
- [63] Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., et al., (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(Suppl1), i38-i46. doi:10.1007/s00787-003-1106-8.
- [64] Frank, G., Bailer, U., Henry, S., Wagner, A., & Kaye, W. (2004). Neuroimaging Studies in Eating Disorders. *CNS Spectrums*, 9(7), 539-548.
- [65] Wade, T., Neale, M., Lake, R., & Martin, N. (1999). A genetic analysis of the eating and attitudes associated with bulimia nervosa: Dealing with the problem of ascertainment in twin studies. *Behavior Genetics*, 29(1), 1-10.
- [66] Bulik, C., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., & Lohr, K. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-320.
- [67] Mitchell, J., Specker, S., & de Zwaan, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl), 13-20.
- [68] Papežová, H., Kocourková, J. & Koutek, J. (2006). Poruchy příjmu potravy. *Doporučené postupy psychiatrické péče II*. (pp. 127–137). Praha: Infopharm.
- [69] Drownowski, A., Yae, D.K., Krahn, D.D. (1989). *Dieting and bulimia: A Kontinuum of Behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- [70] Yager, J., Landsverk, J., & Edelstein, C. (1987). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders: I. Course and severity. *The American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1172-1177.
- [71] Herzog, D., Dorer, D., Keel, P., Selwyn, S., Ekeblad, E., Flores, A., et al., (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837.
- [72] Keel, P., & Mitchell, J. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 154(3), 313-321.
- [73] Willer, M., Thuras, P., & Crow, S. (2005). Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2374-2376.
- [74] Hepworth, N., Paxton, S., & Williams, B. (2007, March). Predictors of attitudes towards treatments for bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 247-256.
- [75] Hay, P.P.J., McDermott, B. (2007). Individual psychotherapy. *Eating Disorders in Children and Adolescents*. (pp. 255-237). New York : Cambridge University Press.
- [76] (NICE) National Collaborating Centre for Mental Health (2004) Eating Disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
- [77] Balcar, K. (únor 2008). *Ústní sdělení na UKFF*: Praha.
- [78] Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- [79] Probst, M., De Herdt, A., Vancampfort, D. (2010) *Psychomotorická terapie, neboli využití tělesných aktivit jakožto vhodného zdravotního terapeutického a volnočasového přístupu v oblasti duševního zdraví. Vlámský příklad in Adámková Ségard (ed.) Psychomotorická terapie v léčbě poruch příjmu potravy. Ústí nad Labem: UJEP.*
- [80] Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and Psychiatry: What is in a name? The open complementary medicine journal, 2010, 2, 105-113.
- [81] Hátlová, B. & Adámková, M. (2009). Psychomotorická terapie. *Rehabilitace v klinické praxi (670-677)*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1. granted project GA ČR 406/07/0405

- [82] Hátlová, B. (2010) *Psychomotorická terapie v České republice* in Adámková Ségard (ed.) *Psychomotorická terapie v léčbě poruch příjmu potravy. Ústí nad Labem: UJEP.*
- [83] Hart, S., Field, T., Hernandez-Reif, M., Nearing, G., Shaw, S., Schanberg, S., et al., (2001). Anorexia nervosa symptoms are reduced by massage therapy. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 9(4), 289-299.
- [84] Field, T., Schanberg, S., Kuhn, C., Field, T., Fierro, K., Henteleff, T., et al., (1998). Bulimic adolescents benefit from massage therapy. *Adolescence*, 33(131), 555.
- [85] Rosen, J. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 190-214). New York, NY US: Guilford Press.
- [86] Probst, M. (2006). Body experience in eating disorders : research and therapy. *Eur Bull Adapt Phys Activ* [on-line] 2006; 5: 1. Available from: <http://www.eufapa.upol.cz> [accessed at 17 June 2010].
- [87] Beumont, P.J.V., Arthur, B., Russell, J.D. & Touyz, S.W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord*, 15, 21-36.
- [88] Thien, V., Thomas, A., Markin, D. & Birmingham, C.L.(2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 28, 101-6.
- [89] Tokumura, M., Yoshiba, S., Tanaka, T., Nanri, S., & Watanabe, H. (2003). Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics*, 162(6), 430.
- [90] Vansteelandt K., Pieters G., Claes, L., Vandereycken W., Probst M. & Van Mechelen I.(2004). Hyperactivity in AN: A case study using experience sampling methodology. *Eat Behav*, 5, 67-74.
- [91] Calogero, R., & Pedrotty, K. (2004). The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273-291.
- [92] Touyz, S., Lennerts, W., Arthur, B., & Beumont, P. (1993). Anaerobic Exercise as an Adjunct to Refeeding Patients with Anorexia Nervosa: Does it Compromise Weight Gain?. *European Eating Disorders Review*, 1(3), 177-182.
- [93] Goldfarb, L., Fuhr, R., Tsujimoto, R., & Fischman, S. (1987). Systematic desensitization and relaxation as adjuncts in the treatment of anorexia nervosa: A preliminary study. *Psychological Reports*, 60(2), 511-518.
- [94] Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J., Bahr, R., & Schneider, L. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(2), 190-195.
- [95] Agras, W., Telch, C., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M., Henderson, J., et al., (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 356-360.
- [96] Chantler, I., Szabo, C., & Green, K. (2006). Muscular Strength Changes in Hospitalized Anorexic Patients After an Eight Week Resistance Training Program. *International Journal of Sports Medicine*, 27(8), 660-665.
- [97] Lee, N., & Rush, A. (1986). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 599-615.
- [98] Levine, M., Marcus, M., & Moulton, P. (1996). Exercise in the treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 171-177.
- [99] McComb, J., & Clopton, J. (2003). The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors*, 4(1), 79.
- [100] Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 231-239.
- [101] Joyce, J.M., Warren, D.L., Humphries, L.L., Smith, A.J. & Coon, J.S. (1990). Osteoporosis in women with eating disorders: comparison of physical parameters, exercise, and menstrual status with SPA and DPA evaluation. *Journal of nuclear medicine*, 31(3), 325-31.
- [102] Friederich, H., Schild, S., Wild, B., De Zwaan, M., Quenter, A., Herzog, W., et al., (2007). Treatment Outcome in People with Subthreshold Compared with Full-Syndrome Binge Eating Disorder. *Obesity (19307381)*, 15(2), 283-287.
- [103] Touyz, S.W., Beumont, P., Collins, J., McCabe, M. & Jupp, J. (1984), Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *Br.J. Psychiat.*, 144, 167-171.
- [104] Pendleton, V., Goodrick, G., Carlos Poston, W., Reeves, R., & Foreyt, J. (2002). Exercise Augments the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 172-184.
- [105] Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski, M. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 19-30
- [106] Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa, a clinicial guide to treatment*. New York : De Gruyter.
- [107] Osgood, C.E. & Snider, G.S. (1969). *Semantic differential technique*. Chicago: Aldine.
- [108] Dorrack, P.W. & Biggs, S.J. (1983), *Using Video. Psychological and Social Applications*. Chichester-New York : John Wiley.
- [109] Fryrear, J. & Fleshman, B. (1981), *Videotherapy in Mental Health*. Springfield (III.) : Charles C.Tomas.
- [110] Slade, P.D. & Russell, G.F.M. (1973), Awareness of body dimensions in anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 3, 189-199.

- [111] Freeman, R., Thomas, C., Solyom, L. & Miles, J. (1983), Body image disturbance in anorexia nervosa. in Darby, P.L., Garfinkel, P.E., Garner, D.A. & Coscina, D.V. (eds). *Anorexia Nervosa*. New York : Alan R. Liss.
- [112] Schwab, R. & Hambrecht, M (1981). Erlebnisaktivierung in der Gesprächspsychotherapie durch simultanes videofeedback. *Praxis Psychother. Psychosom.*, 26, 111-120.
- [113] Schilder, P. (1953). *The Image and Appearance of the Human Body*. London: Pail Kegan, Trench, Trubner.
- [114] Hátlová, B., Dastlík, L., Chudějová, P. (2003). Prožitek tělesného Já v pohybové terapii. *Čs. Kinantropologie 2003*, 77(1), 55-61.
- [115] Mitchell, J.E., Devlin, M.J., de Zwaan, M., Crow, S.J., & Carol B. (2007) *Binge-Eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment*. New York: Guilford Press.
- [116] Hogenová, A. (2002). *Kvalita života a tělesnost*. Praha : Karolinum. ISBN 80-246-0457-4.
- [117] Hogenová, A. (2007). *K fenomenologii těla a pohybu*. [To the Phenomenology of body and Motion.] In Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých. Praha : Universita Karlova FTVS, s. 9-17. ISBN 80-86317-03-X.
- [118] Hogenová, A. (2009). *K fenomenologii těla a pohybu*. Online <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova.htm>.
- [119] Dillon, M. (1978, Fal). Merleau-Ponty and the psychogenesis of the self. *Journal of Phenomenological Psychology*, 9(1), 84-98.
- [120] Feldenkrais, M. (1996). *Feldenkraisova metoda (1st ed.)*. Praha: Pragma.
- [121] Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. (2009). *Treating bulimia nervosa and binge eating: An integrated metacognitive and cognitive therapy manual.*, New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- [122] Montagu, A. (1986). Touching: The Human Significance of The Skin. 3rd Ed. *Touching: The Human Significance of The Skin*.
- [123] Stark, A. (1982). Dance –movement therapy. *The never therapies: A sourcebook* (pp.308-325). New York: Van Nostrand Reinhold.
- [124] Schilder, P.M. (1935). *The image and appearance of the human body: The constructive energie sof the psyche*. New York: International University Press.
- [125] Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: In Hogenová, A. (2009). *K fenomenologii těla a pohybu*. Online <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova.htm>.
- [126] Hátlová, B. et al., (2009a). *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Praha: Oddělení aktivit v přírodě, o.s. & Asociace psychologů sportu.
- [127] Jarry, J., & Kossert, A. (2007, March). Self-esteem threat combined with exposure to thin media images leads to body image compensatory self-enhancement. *Body Image*, 4(1), 39-50.
- [128] Feldenkrais, M. (1978). *Bewusstheit durch Bewegung*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch, Verlag.
- [129] Fialová, L. (2006). *Moderní body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
- [130] IUPS, (2001). Satelitní symposium IUPS kongresu o mechanismech bolesti v Sydney.
- [131] Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (2002) *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- [132] Griffiths, R., Beumont, P., Giannakopoulos, E., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., et al., (1999, March). Measuring self-esteem in dieting disordered patients: The validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 227-231.
- [133] Stice, E. (1999, June). Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 675-683.
- [134] Markus, H., Hamill, R., & Sentis, K. (1987, January). Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(1), 50-71.
- [135] Spitzer, R., Yanovski, S., Wadden, T., & Wing, R. (1993, March). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- [136] Zvolský, P. et al., (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: UK.
- [137] Williamson, D., Anderson, D., & Gleaves, D. (2001). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Structured interview methodologies and psychological assessment. *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 205-223). Washington, DC US: American Psychological Association
- [138] Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., rozš. a přepr. Praha : Portál.
- [139] Garfinkel, P.E., Moldovsky, H., Garner, D.M., Stancer, H.C., Coscina, D.V. (1978, October). Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in body image and satiety. *Psychosomatic Medicine*, 40(6), 487-498.
- [140] Garner, D.M. (2004). Body Image and Anorexia Nervosa. *Body Image : A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- [141] Benninghoven, D., Raykowski, L., Solzbacher, S., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007, March). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image*, 4(1), 51-59.
- [142] Hátlová, B. (2002). *Kinezioterapie v léčbě hospitalizovaných psychiatrických onemocnění*. Praha: Karolinum.

- [143] Hátlová, B. (2009). *Ústní sdělení na UK FTVS*: Praha.
- [144] Schilder, P. (1950). *The Image and Appearance of the Human Body*. International New York: Universities Press.
- [145] Ransdell, L.B. (2000). *Exercise and self-esteem: A meta-analysis. Paper presented at the Southwest AAPHERD conference in Hawaii*. In Ressler, A. (1998). „A body to die for“: Eating disorders and body-image distortion in women. *International Journal of Fertility*, 43(3), 133-138.
- [146] Parent, C., & Whall, A. (1984, September). Are physical activity, self-esteem, & depression related. *Journal of Gerontology Nursing*, 10(9), 8-11.
- [147] Bosscher, R. (1993, April). Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24(2), 170-184.
- [148] Brown, R., & Harrison, J. (1986, December). The effects of a strength training program on the strength and self-concept of two female age groups. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 57(4), 315-320.
- [149] Holmes, T., Chamberlin, P., & Young, M. (1994, June). Relations of exercise to body image and sexual desirability among a sample of university students. *Psychological Reports*, 74(31), 920-922
- [150] Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha, Grada
- [151] Adámková Ségard, M. (2010) *Psychomotorická terapie v léčbě poruch příjmu potravy*. Ústí nad Labem: UJEP.
- [152] Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha:Portál.
- [153] Terry, P.C., Lane, A.M., Fogarty, G.J. (2003). Construct validity of the Profile of Mood States – Adolescents for use with adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 125- 140.
- [154] ProQolid. Patient-reported Outcome and quality of life Instruments Database Zdroj on-line [http://www.\[223\].org/instruments/profile_of_mood_states_bipolar_scale_poms_bi](http://www.[223].org/instruments/profile_of_mood_states_bipolar_scale_poms_bi) (Patient-reported Outcome and quality of life Instruments Database) [accessed at 03 March 2012]
- [155] Stuchlíková, Iva - Man, František (2005). Dotazník k měření afektivních stavů: Konfirmační faktorová analýza krátké české verze . *Československá psychologie*, 49, 5, 459-467 .
- [156] Statistics Solutions. Zdroj on-line <http://www.statisticssolutions.com> [accessed at 03 March 2012]
- [157] Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog D. B., Mitchell, J. E., Powers, P. S. & Zerbe, K. J. (2005) *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. (2nd ed.). American Psychiatric Association.

Helemaa l niet waar													Helemaa al waar
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------

Ik schaam me voor mijn lichaam

Helemaa l niet waar													Helemaa al waar
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------

Ik voel me onzeker

Helemaa l niet waar													Helemaa al waar
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------

Ik voel me angstig

Helemaa l niet waar													Helemaa al waar
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------

Použitý dotazník (v Belgické holandštině) – varianta B

Na het zien van de videobeelden, vind ik mij

	In extre me mate		In licht e mate	neutr aal	In lichte mate		In extrem e mate	
Licht								Zwaar
Aantrekkelijk								Onaantrekkelijk
Gespannen								Ontspannen
Afschuwelijk								Prachtig
Fragiel								Onkwetsbaar
Vrouwelijk								Mannelijk
Gespierd								Miet gespierd
Zwak								Sterk
Actief								Passief
Lomp								Elegant
Mooi								Lelijk
Dun								Dik
Snel								Traag
Onaangenaam								Aangenaam
Waardevol								Waardeloos
Geproportioneer d								Ongeproportioneer d
Zacht								Hard
Groot								Klein
Tevreden								Ontevreden
Hevig								Kalm
Breed								Smal

Niet expressief										Expressief
Levendig										Doods
Oud										Jong

Noch
noch

De beelden laten mijn onverschillig

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

Ik walg nu nog meer van mijn lichaam

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

Ik was verbaasd van de beelden

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

Ik schaam me nu nog meer voor mijn lichaam

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

Na het zien van de beelden voelde ik me verward

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

Ik voel me nu onzeker

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

Ik voel me nu angstig

Helemaal niet waar											Helemaal waar
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

	Ik herkende mezelf niet op de beelden, het was precies iemand anders
	Ik vond dat het beeld van mijn lichaam overeenstemt met het beeld dat ik van mezelf had.
	Ik vond dat het beeld van mijn lichaam dikker was als het beeld dat ik van mezelf had
	Ik vond dat het beeld van mijn lichaam dunner wars als het beeld dat ik van mezelf had