

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Subjektivní vnímání kognitivních funkcí u
pacientek trpících mentální anorexií**

Bc. Zuzana Mertová

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2014

Prague College of Psychosocial Studies

**Subjective Perception of Cognitive Functions in
Patients with Anorexia Nervosa**

Bc. Zuzana Mertová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2014

Anotace: Tato diplomová práce pojednává o problematice kognitivních funkcí v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Věnuje se otázce subjektivního vnímání kognitivních funkcí u pacientek trpících mentální anorexií. Konkrétně je zaměřena na úroveň kognitivní flexibility, tj. set-shiftingu. V teoretické části jsou uvedena základní témata, jako jsou poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, etiologie a rizikové faktory vzniku mentální anorexie, důsledky a nebezpečí, které s sebou přináší mentální anorexie, kognitivní funkce v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Tyto termíny jsou nezbytnou součástí pro porozumění celému odbornému textu. Empirická část seznamuje s formou použitých metod ve výzkumném šetření, s jeho průběhem a na závěr jsou formulovány jeho výsledky. Empirickou část uzavírá diskuzní kapitola, která kriticky nahlíží na provedené výzkumné šetření a v závěru je zde uvedeno stručné doporučení pro navazující práci s pacientkami.

Klíčová slova: mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, kognitivní funkce, set-shifting, kognitivní deficit, Test cesty

Abstract: This thesis discusses the issue of cognitive functions in connection with eating disorders. It focuses on the subjective perception of cognitive functions in patients suffering from anorexia nervosa, in particular on the cognitive level of flexibility so called set-shifting. The theoretical section provides basis for topics such as eating disorders, anorexia nervosa, etiology and risk factors for anorexia nervosa, consequences and dangers associated with anorexia nervosa, as well as cognitive functioning related to eating disorders. These terms are an essential part for the comprehension of the scientific text. The empirical part introduces the methodology used in the research study, with its progress and formulating the results. The empirical part is completed with a discussion chapter, which critically examined the research work carried out. The final note includes a brief a recommendations for follow-up work with patients.

Key words: anorexia nervosa, eating disorders, cognitive functions, set-shifting, cognitive deficit, Trial Making Test

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně na základě vlastních zjištění a pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze, dne 30. 4. 2014

.....

Děkuji především vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Janu Kulhánkovi za jeho odborné vedení, poskytnutí odborné literatury, cenných rad a připomínek. Také bych ráda poděkovala Prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. za umožnění odborné stáže a realizace výzkumného šetření na Psychiatrické klinice Ke Karlovu v Praze. Dále děkuji MUDr. Světlaně Žuchové, Ph.D. za pomoc při výběru tématu diplomové práce a konzultace ohledně podoby výzkumného šetření. Nakonec bych ráda poděkovala všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část.....	10
1 Slovník klíčových pojmů.....	10
1.1 Body Mass Index.....	10
1.2 Exekutivní funkce	10
1.3 Kachexie.....	11
1.4 Kognitivní funkce.....	11
1.5 Kognitivní neuropsychologie	11
1.6 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa).....	11
1.7 Poruchy příjmu potravy.....	12
1.8 Rigidita.....	12
1.9 Set-shifting	12
1.10 Zaměřená visuální pozornost	13
2 Poruchy příjmu potravy	13
2.1 Mentální anorexie.....	13
2.1.1 Klinický obraz a diagnostika	14
2.1.2 Historie mentální anorexie	16
3 Etiologie a rizikové faktory	17
3.1 Biologické a psychosociální faktory	19
3.1.1 Pohlaví	19
3.1.2 Etnický původ	20
3.1.3 Faktor věku	21
3.2 Psychologické faktory	21
3.2.1 Osobnostní faktory přispívající k onemocnění	22
3.2.1.1 Mentální anorexie ve vztahu k perfekcionismu a impulzivité	23
3.2.1.2 Mentální anorexie ve vztahu k obsedantně-kompulzivní poruše	24
3.2.1.3 Mentální anorexie ve vztahu k depresi.....	25
3.3 Rodinné okolnosti	26
3.4 Sociokulturní podmínky.....	27
4 Důsledky a nebezpečí mentální anorexie.....	27
4.1 Malnutrice a zdravotní komplikace spojené s mentální anorexií.....	28
4.2 Psychické a sociální důsledky související s mentální anorexií	30
5 Kognitivní funkce u mentální anorexie	33

5.1	Průběh kognitivního deficitu a onemocnění	35
5.2	Základní domény měřených kognitivních funkcí	37
5.2.1	Kognitivní flexibilita u mentální anorexie (set-shifting)	37
5.3	Řízení příjmu potravy a výsledky zobrazovacích metod	40
6	Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy.....	42
	Empirická část	45
7	Výzkumné šetření.....	45
7.1	Zkoumaný problém, cíle práce, hypotézy	45
7.2	Metody zkoumání.....	46
7.2.1	Kvalitativní výzkum.....	46
7.2.2	Rozhovor.....	47
7.2.3	Test cesty (Trial Making Test).....	48
7.3	Výzkumný vzorek	48
7.4	Průběh výzkumného šetření	53
7.5	Výsledky výzkumného šetření	55
7.5.1	Analýza rozhovorů.....	55
7.5.2	Intenzita vnímané míry schopnosti set-shiftingu dle respondentek	65
7.5.3	Výsledky Testu cesty (Trial Making Test)	66
7.6	Závěry výzkumného šetření	71
7.7	Diskuze.....	72
	Závěr.....	75
	Seznam pramenů a literatury.....	77
	Přílohy	81

ÚVOD

V diplomové práci jsem se rozhodla pro téma subjektivního vnímání kognitivních funkcí u pacientek trpících mentální anorexií, kdy se konkrétně zaměřím na kognitivní flexibilitu, tj. set-shifting. Jedním z hlavních důvodů, proč jsem si vybrala právě toto téma je, že zkoumání kognitivních funkcí v souvislosti s mentální anorexií je poměrně mladá problematika a v procesu léčby hraje úroveň set-shiftingu důležitou roli. Dalším důvodem výběru tohoto tématu je můj dlouhodobý zájem o problematiku poruch příjmu potravy a především pak o mentální anorexií. Díky tomu, že jsem mohla absolvovat stáž na Psychiatrické klinice Ke Karlovu na oddělení pro poruchy příjmu potravy pod odborným dohledem Prof. MUDr. Hany Papežové, CSc., bylo uskutečnění výzkumného šetření reálné a téma se tak stalo dostupné.

V této práci bych chtěla poukázat na to, jaká rizika s sebou nese mentální anorexie a v neposlední řadě na to, jaký vliv má podvýživa na fungování mozku a jak tato skutečnost ovlivňuje kognitivní flexibilitu.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a empirické. V první kapitole teoretické části se věnuji charakteristice klíčových pojmů, jež obsahuje tato část a které jsou důležité pro celkové porozumění textu. Další kapitola se zabývá tématem poruch příjmu potravy, jejich typy. Dále je text zaměřen výhradně na mentální anorexií, neboť ta je ústředním tématem. Pozornost ohledně mentální anorexie je zaměřena na její diagnostiku, klinický obraz a historii. Další kapitola se věnuje etiologii a rizikovým faktorům vzniku mentální anorexie, kde jsou popsány biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní faktory vzniku onemocnění. Další část je zaměřena na důsledky a nebezpečí, které s sebou nese mentální anorexie. Poté se dostaneme k podstatné kapitole o kognitivních funkcích vztahujících se k poruchám příjmu potravy. Zde bude pozornost věnována částečně neuropsychologickým studiím, průběhu kognitivního deficitu a onemocnění, hlavním doménám měřených kognitivních funkcí - zaměřující se pouze na kognitivní flexibilitu (set-shifting), která je stejně jako mentální anorexie ústředním tématem diplomové práce. Závěr kapitoly o kognitivních funkcích bude soustředěn na

centra mozku řídící příjem potravy a na výsledky zobrazovacích metod. Poslední kapitola teoretické části představuje Jednotku speciální péče pro poruchy příjmu potravy a její léčebný program, kde byly pacientky, které se zúčastnily empirické části, hospitalizovány.

Diplomová práce si klade za cíl zjistit, jestli pacientky trpící mentální anorexií subjektivně vnímají oslabenou schopnost set-shiftingu a jak intenzivně. Tyto skutečnosti budu zjišťovat pomocí rozhovoru, který bude následně objektivizován standartní neuropsychologickou diagnostickou metodou Testem cesty (Trial Making Test). Tato kapitola bude obsahovat analýzu rozhovorů, výsledky Testu cesty a jejich interpretaci.

Ráda bych zjistila, zda si pacientky adekvátně uvědomují míru svého kognitivního deficitu, tedy míru snížené schopnosti set-shiftingu. Tento subjektivní náhled může být indikací pro následující postup v léčbě pacientek s mentální anorexií.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SLOVNÍK KLÍČOVÝCH POJMŮ

V této kapitole definuji základní pojmy, o kterých práce pojednává, a jsou tedy důležité pro komplexní porozumění odbornému textu.

1.1 Body Mass Index

V mezinárodní klasifikaci nemocí je body mass index (BMI) také nazýván jako Queteletův index hmoty těla (MKN-10, 2006) nebo také jako index hmotnosti těla.

Jana Kocourková píše, že se jedná o „*hodnotu, kterou vypočítáme, když hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech umocněnou dvěma*“ (KOCURKOVÁ, 2004, s. 1). Dále uvádí hodnoty BMI:

- BMI méně než 17,5 – výrazná podváha, která poukazuje na poruchu příjmu potravy
- BMI méně než 19 – podváha
- BMI 19-25 – přiměřená tělesná hmotnost
- BMI 25-30 – nadváha
- BMI nad 30 – obezita
- BMI nad 40 – těžká obezita (KOCOURKOVÁ, 2004)

1.2 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce znamenají jednu ze tří hlavních složek chování, jedná se o způsob projevu chování. Zahrnují vůli (zjišťujeme motivaci k výkonu), plánování (pozorujeme postup při činnostech), účelné jednání a úspěšný výkon, kdy je posuzován výsledek činnosti. Dalšími složkami chování jsou kognitivní funkce a emoce (PREISS, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

1.3 Kachexie

Kachexie je charakterizována jako těžké vyhubnutí nebo vysílení, jehož příčiny mohou být různé. Často je spojena s apatií, spavostí, snížením paměti nebo i slábnutím intelektu (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

1.4 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou v psychologickém slovníku popsány jako poznávací funkce, také vnímající nebo hodnotící. V psychologii tedy mluvíme o funkcích vztahujících se k poznávacím procesům (HARTL a HARTLOVÁ, 2004) tj. jak zacházíme s informacemi. Kognitivní funkce dělíme na receptivní funkce, paměť, učení a myšlení a expresivní funkce (PREISS, in PREISS, KUČEROVÁ aj., 2006).

1.5 Kognitivní neuropsychologie

Jak již bylo výše zmíněno, kognitivní funkce se vztahují k poznávacím procesům. Neuropsychologie je vysvětlená jako nauka o mozkových základech psychické činnosti člověka za pomoci psychologických metod. Je zaměřená na klinické vyšetřování a expertní výzkumy poruch chování, které vznikají organickým poškozením mozku a snaží se o poznání funkční soustavy mozku (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

Michael W. Eysenck a Mark T. Keane uvádí, že „*kognitivní neuropsychologie se zajímá o kognitivní výkon u pacientů s různým typem poškození mozku. Identifikuje postižené a naopak nedotčené aspekty kognice*“ (EYSENCK a KEANE, 2008, s. 27).

1.6 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa)

Mentální anorexie je nejznámější formou poruch příjmu potravy. Anorexie jako taková je spojována s pojmem nechutenství. V popředí tohoto onemocnění můžeme sledovat viditelný váhový úbytek, jehož jedinec dosahuje úmyslně různými způsoby. Jedná se o způsoby, jako jsou diety, nadměrné cvičení, zvracení, zneužívání léků podporujících hubnutí (anorektika), užívání léků podporujících tvorbu moči a následné odvodnění (diuretik) a projímadel

(laxancia). Výrazně je narušené vnímání vlastního těla, které je spojeno s ovládacími obavami z tloušťky. Následky extrémní podváhy jsou sekundární endokrinní a metabolické změny (SVOBODA a ČEŠKOVÁ aj., 2006).

1.7 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se projevují výrazným odmítáním, vybíravostí při jídle anebo přijímáním nadměrného množství jídla jedincem. Tato porucha vzniká bez přítomnosti organického onemocnění (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

Součástí této skupiny onemocnění jsou dva důležité a jasně vyhraněné syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. Dále sem také patří méně specifické klinické poruchy, jako je nadměrné přejídání v případě, že je spojeno s psychickými poruchami (MKN-10, 2006).

1.8 Rigidita

V psychologickém slovníku je rigidita definována jako tuhost nebo opak pružnosti, a to ve smyslu myšlenkové nebo postojové nepružnosti. Někdy je také chápána jako neschopnost změny názoru (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

1.9 Set-shifting

Jedná se o takzvanou kognitivní flexibilitu, která je konkrétně spojována s mentální anorexií. Kognitivní flexibilita je charakterizována jako „*schopnost změny chování při změně podmínek*“ (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 95).

Set-shifting vysvětlují Světlana Žuchová a Hana Papežová jako „*schopnost změnit chování v reakci na změnu cíle nebo nové zkušenosti*“ (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 95).

Roberts et al. chápe set-shifting jako „*schopnost věnovat se paralelně několika úkolům a přecházet mezi několika mentálními operacemi*“ (cit dle Roberts et al., 2007, in ŽUCHOVÁ a TOUTONGHI aj., 2013, s. 2).

1.10 Zaměřená visuální pozornost

Zaměřená visuální pozornost je definována jako schopnost zaměřit se na podněty, když probíhá distrakce neboli rušení a rychle provést požadovanou manuální nebo verbální odpověď. Důležitou úlohu při této operaci hraje spodní parietální lalok, přední temporální gyrus a části corpus straitum (PREISS, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy a jídelních návyků se stávají v posledních desetiletích středem pozornosti nejen z hlediska psychiatrické a psychologické diagnostiky a terapie, ale také jsou předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží porozumět stylu doby, jejím hodnotám, vztahu k tělu, výkonu a slasti.

Co se týká jídelní patologie, můžeme pozorovat na jedné straně spektra zaujetí dietami, štíhlostí, fyzickou a výkonovou dokonalostí a na druhé straně kachexii, chorobný strach ze ztloustnutí, poruchy percepce těla a v extrémním případě s letálním koncem. (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

Mezi poruchy příjmu potravy, tj. jídla podle MKN 10 (2006), řadíme následující samostatná onemocnění:

- F50.0 Mentální anorexie
- F50.1 Atypická mentální anorexie
- F50.2 Mentální bulimie
- F50.3 Atypická mentální bulimie
- F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami
- F50.6 Jiné poruchy příjmu jídla
- F50.7 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná

Protože hlavním tématem celého odborného textu je mentální anorexie, nebudu se podrobněji zabývat ostatními poruchami příjmu potravy.

2.1 Mentální anorexie

Jak už bylo výše zmíněno, celá odborná práce je zaměřena na mentální anorexii (MA), proto se budu v této kapitole věnovat základním informacím o

tomto onemocnění. Uvedu obecný popis, diagnostická kritéria a v neposlední řadě se stručně zmíním o historii MA. Dále se zaměřím na příčiny vzniku onemocnění a jeho rizikové faktory. V rámci rizikových faktorů upozorním na biologické, psychologické, rodinné ale i sociokulturní typické rysy osobnosti, které můžeme pozorovat u dívek a žen trpících MA.

2.1.1 Klinický obraz a diagnostika

Mentální anorexie patří k nejnámějším poruchám příjmu potravy. Nejčastěji postihuje mladé ženy a dívky nejen formou zmíněné mentální anorexie, ale také formou mentální bulimie.

Problémy, souvisejícími s jídlem, hmotností a s přáním být štíhlá, trpí asi deset procent mladých žen, z toho přibližně u poloviny z nich můžeme již hovořit o výskytu klinických symptomů MA. Podle J. Kocourkové počet onemocnění souvisí se sociokulturními faktory, jako je relativní nadbytek potravy, posun ideálu krásného lidského těla ve směru k větší štíhlosti a prosazování hodnot jako je výkon, úspěch a důraz na individualitu. Přestože se jedná o onemocnění, které se vyskytuje především u dívek a mladých žen, může se také objevit u dětí. U chlapců a mužů se vyskytují tyto poruchy také a to přibližně v poměru 1:10 (KOCURKOVÁ, 2004).

Jana Poněšický píše, že se jedná o stále častější komplexní multifaktoriální funkční psychosomatické onemocnění, které může vést až k závažnému ohrožení tělesného zdraví a života (PONĚŠICKÝ, 2010). Mojmir Svoboda upozorňuje, že mentální anorexie je stále spojena s vysokou úmrtností a 10-20% osob vykazuje závažný a chronický průběh (SVOBODA a ČEŠKOVÁ aj., 2006).

Spolu s mentální bulimií patří mentální anorexie mezi poruchy příjmu potravy a jsou často propojené. Obě zmíněné poruchy jsou si velmi podobné, přestože jejich odlišnosti se zdají být zpočátku evidentní. Tyto jasné rozdíly jsou však pouze zdánlivé. Dominuje intenzivní snaha o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, panický strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu. Dívky trpící MA se neustále zabývají svým vzhledem, váhou a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat (KRCH, 2002).

František D. Krch popisuje mentální anorexii jako onemocnění, které je charakterizováno především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Důvodem nebývá prosté nechutenství, tedy že by nemocní neměli chuť k jídlu, ale jedná se o naprosto uvědomělé odmítání potravy. Nechutenství či oslabení chutě k jídlu je často sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění.

Podle F. D. Krcha je možné diagnostická kritéria MA shrnout do tří základních znaků:

1. *„Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze pod 17,5 BMI);*
2. *strach z tloušťky, trvající přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;*
3. *u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky“ (KRCH, 2002, s. 23).*

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí další diagnostická vodítka:

1. Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že odmítá a vyhýbá se jídlům vyšší energetické hodnoty a využívá dalších následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrná pohybová aktivita;
2. rozsáhlá endokrinní porucha, která se u dívek a žen projevuje amenoreou (ztrátou menstruačního cyklu) a u chlapců se projevuje ztrátou sexuálního zájmu a potence. Dále je možné pozorovat zvýšenou hladinu růstového hormonu, kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu;
3. v případě vypuknutí onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny, po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menstruace zůstane opožděna (MKN-10, 2006).

Odborná literatura uvádí specifické typy mentální anorexie:

- Restriktivní (nebulimický) typ. Během epizody mentální anorexie u nemocného nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

- Purgativní (bulimický) typ. Je opakem předchozího typu, což znamená, že se u nemocného projevují opakované záchvaty přejídání (KRCH aj., 1999).

2.1.2 Historie mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy a především mentální anorexie jsou dlouhodobým fenoménem. Oproti minulosti je v současné době MA mnohem rozšířenější a je označována za „civilizační“ chorobu. Toto tvrzení je však zavádějící, neboť kořeny tohoto onemocnění sahají již do dávné minulosti. Rozdíl spočívá v tom, že MA a ostatní typy poruch příjmu potravy se začaly masivně rozšiřovat až v posledních desetiletích. Můžeme říci, že vliv kultu štíhlosti a honba za ideálem krásy jsou typické až pro 20. století.

Již ve druhém století našeho letopočtu Galén jako první v dějinách použil termín anorexie. První zmínka o dívce, která zemřela v důsledku dobrovolného hladovění, pochází ze 14. století (FALTUS, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

První lékařský popis, který by mohl odpovídat diagnóze mentální anorexie, byl zaznamenán v 17. století a je obvykle připisován anglickému lékaři Richardu Mortonovi. Tento významný lékař popisuje takzvané „nervové opotřebení“, kdy hovoří o nervové úbytě, devastaci a skomírání způsobeném fyzickými příčinami, ale také emocionálními vlivy (FALTUS, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). R. Morton uvedl dva případy úmyslného odmítání potravy u dívky a chlapce. William Gull a Charles Laseque byli dalšími lékaři, kteří upozornili odbornou veřejnost na podobné případy. Vždy se jednalo o extrémní vyhubnutí a přehnanou aktivitu (PAPEŽOVÁ, 2012).

Odmítání jídla však patřilo v průběhu dějin nejen k běžným příznakům řady paralyzujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po staletí však na toto chování nebylo primárně nahlíženo jako na patologický jev nebo chorobu. Prvotně bylo extrémní dodržování půstu součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé hladovění, v případě, že ho nedoprovázely příznaky známých chorob například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo o vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy

odmítání jídla začaly být nakonec považovány za známku duševní poruchy (KRCH aj., 1999).

V období pozdního středověku měl extrémní půst významnou roli v životě mnoha hluboce věřících žen. Tyto věřící ženy tvrdily, že je při životě bez potravy nebo jen s velmi omezeným příjmem udržuje pomoc boha samotného, kterému se tak snažily přiblížit. Hlad a fyzické strádání mělo osvobodit duši a očistit od hříchů. Z tohoto důvodu byly nazývány „postíciemi sveticemi“ a obdivovány šlechtou, ale i prostými lidmi.

V době, kdy přestalo být jednoduché připisovat vysvětlení nepochopitelných jevů nadpřirozeným silám, se začaly objevovat takzvané „zázračné panny“. Jednalo se o adolescentní dívky, které držely půst a již se neodvolávaly na boží inspiraci. I tak byly uznávány váženým i prostým lidem, neboť tvrdily, že přijímají pouze velmi omezené množství potravy nebo dokonce nejedí vůbec. V některých případech za těmito zázračnými dívkami cestovali poutníci, někteří hodnostáři, ale i králové, kteří jim přinášeli dary (KRCH aj., 1999).

Teprve v 19. století se začali patologickým odmítáním jídla zabývat lékaři a když prohlásili, že toto chování je zjevnou známkou choroby, veřejnost začala vnímat „zázračné panny“ jako hysterické osobnosti se sklony k podvádění, které se snaží upoutat pozornost (KRCH aj., 1999).

První polovina 20. století se stále více zaměřuje na propagaci štíhlosti, diet, publikují se knihy o dietách a výživách. Veřejnost se seznamuje s novým pojmem – kalorie. To vše je příčinou narušených stravovacích návyků a rozvoj poruch příjmu potravy obecně mnohem častěji než kdykoliv v minulosti (ČEŠKOVÁ a NAVRÁTILOVÁ aj., 2000).

3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY

Přestože jsou poruchy příjmu potravy stále aktuálnější a více diskutovaným tématem, odborníci se shodují na tom, že ještě nedokáží jednoznačně identifikovat příčiny vedoucí ke vzniku a rozvoji nemoci. Avšak poukazují na souhru mnoha „rizikových faktorů“. Barbara Pavlová vysvětluje pojem „rizikový faktor“ jako „*charakteristiku či událost, jejíž přítomnost*

zvyšuje pravděpodobnost tedy riziko výskytu onemocnění“ (cit dle Kazdin et al., 1997, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 36). Dále také zdůrazňuje, že rizikový faktor neznamena totéž jako příčina choroby, neboť být mladou dívkou je jednoznačně rizikovým faktorem pro vznik MA, přesto ne všechny mladé dívky touto poruchou onemocní (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Jak bylo výše zmíněno, většina autorů upozorňuje na koexistenci různých faktorů a mluví o takzvané bio-psycho-sociální podmíněnosti poruch příjmu potravy. *„Tento multifaktoriální koncept se v posledních letech stává obecně přijímaným standardem pro popis, interpretaci a terapii poruch příjmu potravy“ (cit dle Garfinkel, Garner, 1983; Vandereycken, 1996; Fairburn et al., 1997, in KRCH aj., 1999, s. 57).*

Také Jana Kocourková píše, že příčiny poruch příjmu potravy představují vzájemnou interakci biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů. Rizikové faktory, které jsou významné pro vznik poruchy, mají kumulativní charakter. Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny typy poruch příjmu potravy (například sociokulturní zaměření na tělo, štihlost a diety), jiné rizikové faktory mohou být specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (například různé osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických dívek (KOCOURKOVÁ, 2004).

Než se budu věnovat jednotlivým oblastem rizikových faktorů, které uvádí odborná literatura, představím psychoanalytický pohled J. Poněšického na souvislost mezi rizikovými faktory a procesem vzniku onemocnění.

Jan Poněšický mluví o následujících rizikových faktorech:

1. *„Společenské faktory (konzumní společnost, která klade důraz na výkonnost a vzhled);*
2. *rodinná situace (reakce na rozvod či konflikty v rodině);*
3. *následky psychického traumatu, zvláště sexuální zneužívání“ (PONĚŠICKÝ, 2010, s. 35).*

Dle zkušeností J. Poněšického následkem vzniká kombinace trojí poruchy, kdy nejvíce v minulosti zdůrazňovaná příčina spočívá v potlačení

veškeré pudovosti (sexualita, agresivita) a s tím spojených citů, na jejichž místo nastupuje rozum, vůle, pracovní nebo sportovní úsilí, jindy také jakási forma zduchovnění, estetičnost či touha po jinakosti a kráse.

Druhá problematická oblast se týká mezilidských vztahů, kdy je charakteristická tendence po absolutním ohraničení a nezávislosti, jež je způsobena neustálým strachem stát se opět zajatcem příliš těsného symbiotického vztahu.

Poslední problematická oblast se týká slabosti vlastního „já“ a z ní vyplývající porucha sebeoceny, ve které se střídají fáze odporu a opovržení k sobě samému s fázemi dokazování si vlastní síly i převahy nad ostatními lidmi. „*Pravidelnou příčinou bývá traumatické narušení osobnosti, zvláště pak sexuální zneužívání: takto je pochopitelné ono křečovitě sebeohraničení, odmítání jídla jako protest a odmítání sexuality, tak i oslabení jáského sebeurčení, stud a sebezatravování, sebepoškozování*“ (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 114).

3.1 Biologické a psychosociální faktory

Biologické faktory spolupodmiňují projevy onemocnění a představují rizikový faktor, který nabývá na významu až v souvislosti s psychosociálními faktory. Dědičné okolnosti představují riziko, které je zřetelnější v rodinách s výskytem depresivních onemocnění, závislostí a obezity. Jak již bylo zmíněno, nebezpečí vzniku poruchy zvyšuje ženské pohlaví a dále hruškovitá distribuce uložení tuku v těle (KOCOURKOVÁ, 2004).

Pohlaví, etnický původ a věk zahrnuje B. Pavlová do stejné, neboť se jedná o charakteristiky, které nemůžeme žádným způsobem ovlivnit, avšak umožňují nám efektivně zaměřovat preventivní programy na rizikové skupiny (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

3.1.1 Pohlaví

Pohlaví je obecně považováno za obecně silný rizikový faktor, a to vzhledem k tomu, že ženy onemocní poruchami příjmu potravy výrazně častěji než muži. Tato klinická zkušenost byla ověřena mnohými výzkumy. „*Ženy trpí*

záchvaty přejídání dva a půl krát častěji než muži a mentální anorexií či bulimií dokonce desetkrát častěji“ (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 37).

F.D. Kreh (2002) tvrdí, že se stačí narodit jako žena a riziko onemocnění mentální anorexií se stává mnohonásobně vyšší. Přestože jsou ženy náchylnější k poruchám příjmu potravy, nelze tvrdit, že se jedná o ryze ženská onemocnění. V současné době stoupá počet mužů, kteří trpí patologickými jídelními návyky a zkresleným vnímáním vlastního těla, avšak stále se jedná spíše o výjimky.

Některé výzkumy se pokusily najít souvislosti mezi poruchami příjmu potravy u mužů a jejich sexuální preferencí a identitou. Zatím se jedná pouze o spekulace, protože k dispozici je malé množství údajů, které pochází z průřezových studií (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

Jiné výzkumy prokázaly, že poruchami příjmu potravy trpí 27% mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně změřeni. Je totiž možné, že tito muži v homosexuální subkultuře podléhají podobnému tlaku být štíhlí a krásní jako ženy ve většinové společnosti (cit dle Carlat et al., 1997, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

Vzhledem k tomu, že pohlaví je ve většině případů stálou charakteristikou, je také nutné zmínit, že se jedná o rizikový faktor nespecifický, neboť ženské pohlaví rovněž zvyšuje riziko onemocnění úzkostnými a depresivními poruchami.

3.1.2 Etnický původ

Etnický původ je stejně jako pohlaví spojován se vznikem poruch příjmu potravy, avšak otázka, do jaké míry je rizikovým faktorem, není prozatím jednoznačně zodpovězena.

Poruchy příjmu potravy a obzvláště mentální anorexie je označována jako nemoc „bílých“ dívek. V USA byly provedeny výzkumy, jejichž výsledky tvrdí, že Afroameričanky jsou se svým tělem spokojenější a drží diety méně často než „bílé“ dívky, a to i přes skutečnost, že mají průměrně vyšší BMI (cit dle Franko a Striel-Moore, 2002, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Na

druhou stranu Afroameričanky častěji trpí záchvatovitým přejídáním, než „bílé“ ženy. Dále se zdá, že Američanky hispánského či asijského původu jsou se svým tělem nespokojeny do stejné míry jako Američanky kavkazského typu (cit dle Neumark-Steinzer et al., 2002, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Jak bylo výše zmíněno, v současné době není jasně zřejmé, nakolik je etnický původ aspektem, kvůli kterému vznikají poruchy příjmu potravy. Aktuální výzkumy však naznačují, že ženy a dívky jiné barvy pleti již v četnosti poruch příjmu potravy srovnaly krok s většinovou společností (cit dle Shaw et al., in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Studie, které jsou prováděny mimo euroamerické společenství, nacházejí nižší incidenci poruch příjmu potravy. Uvažuje se tedy o tom, že více rizikovým faktorem je spíše vliv západní kultury a její ideál štíhle krásy, než samotná etnická příslušnost. Vliv kultury a akulturace na poruchy příjmu potravy bude podrobněji probrán níže v textu (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

3.1.3 Faktor věku

Věk je jednoznačně nejrizikovějším aspektem pro onemocnění poruchami příjmu potravy a zvláště pak pro mentální anorexii. Nejchoulostivějším věkovým obdobím pro vznik mentální anorexie je adolescence a časná dospělost. Vzhledem k tomu, že toto období je rizikové i pro propuknutí jiných onemocnění, je věk označován jako nespecifický faktor pro poruchy příjmu potravy. Na rozdíl od pohlaví a etnického původu věk podléhá změně, a je tedy zároveň proměnlivým znakem (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

3.2 Psychologické faktory

Psychologické faktory, které mohou být rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy, se týkají osobnostních rysů, především charakteru jejich emocionality a vztahů.

Profil osobnosti bývá odlišný u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Pacientky trpící mentální anorexií mívají rysy úzkostnosti a jsou perfekcionistické. Oproti tomu bulimické pacientky bývají impulzivní,

s projevy emocionální lability, s tendencí k depresi a sebepoškozování. Typické projevy podle J. Kocourkové se vyskytují v oblasti vývoje, kdy můžeme v chování dítěte pozorovat silné, závislé a často ambivalentní obsazení emočně významných osob, tedy rodičů, od kterých se obtížně separují (KOCOURKOVÁ, 2004).

3.2.1 Osobnostní faktory přispívající k onemocnění

H. Papežová upozorňuje, že při vzniku onemocnění hraje důležitou roli závažnost stresu i následná schopnost se s tíživou situací vyrovnávat. Tato schopnost může být ovlivněna právě osobností, povahou a také situací, ve které se aktuálně nacházíme (PAPEŽOVÁ, 2012). H. Papežová uvádí následující osobnostní charakteristiky, jež přispívají k nemoci:

1. Perfekcionismus – snaha být dokonalá (nejlepší) a tím utlumit zvýšenou sebekritiku a nízké sebevědomí. Mnoho dívek trpících poruchou příjmu potravy má velká nerealistická očekávání v oblasti profesionálního uplatnění nebo ve vztazích. Může se také jednat o formu trestání se za něco, s čím se dívka nedokáže vyrovnat.
2. Zranitelnost – nejistota ohledně sebe sama a nedostatek sebedůvěry vede ke zvýšené snaze zalíbit se svému okolí.
3. Závislost – jedná se o výraznou potřebu vedení a potvrzování od ostatních.
4. Nestálost – kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi.
5. Puritánství a asketismus – snaha překonat vlastní potřeby, a to včetně jídla. Může být chápáno jako morální a očišťující.
6. Impulzivita, která je často spojována s bulimií a psychogenním přejídáním (PAPEŽOVÁ, 2012).

Také Hilda Bruch (1973) definovala tři základní rysy mentální anorexie:

1. Narušené uvědomování si vnitřních pocitů – porucha interoreceptivního čítí,
2. narušení tělesného schématu – porucha body-image,
3. silný pocit vnitřní neefektivnosti (KRCH aj., 1999).

3.2.1.1 Mentální anorexie ve vztahu k perfekcionismu a impulzivitě

V této podkapitole se budu zabývat těmito osobnostními rysy i přesto, že s mentální anorexií jsou spojovány další charakterové rysy jako např. rysy hraniční osobnosti. Důvodem je dominantní povaha těchto vlastností a jsou často spojovány právě s mentální anorexií, na kterou se odborný text zaměřuje.

B. Pavlová poukazuje na to, že poruchy příjmu potravy tvoří kontinuum, kdy se může zdát, že na jedné straně nalézáme společně s mentální anorexií obsedantně kompulzivní rysy osobnosti a na druhé straně impulzivitu a mentální bulimii, což dle autorky není tak jednoduché. (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

Přestože je impulzivita převážně charakteristická pro bulimické pacientky může, se vyskytovat i u anorektických pacientek a naopak perfekcionistické a obsedantně kompulzivní rysy se mohou objevit u bulimických pacientek. „*Ačkoliv je bulimie často spojována impulzivitou, nacházíme u většiny lidí trpících bulimií zároveň perfekcionistické rysy*“ (PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010, s. 39). Prospektivní studie dokonce potvrzují, že ženy s vyšší úrovní perfekcionismu mají větší pravděpodobnost, že se u nich vyvine jak anorexie, tak bulimie (cit dle Bulik et al., 2003, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

Rodinné studie našly u přímých příbuzných lidí, kteří trpěli poruchami příjmu potravy, rovněž vyšší míru perfekcionismu. Zdá se tedy, že obsedantně-kompulzivní porucha nebo osobnostní rysy s ní související jsou dědičné (cit dle Kaye et al., 1998, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010). Perfekcionistické rysy se u dívek, které později onemocní mentální anorexií nebo bulimií, projevují již v dětství: Snaží se mít všechno přesně tak, jak to má být, ať už se jedná o domácí úkol, jejich vzhled nebo úklid pokojíčku (cit dle Anderluh et al., 2003, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

B. Pavlová uvádí, že riziko vzniku poruch příjmu potravy roste tam, kde se spolu s perfekcionistickými rysy objevuje i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem (cit dle Joiner Jr. et al., 2003, in PAVLOVÁ, in PAPEŽOVÁ, 2010).

3.2.1.2 Mentální anorexie ve vztahu k obsedantně-kompulzivní poruše

J. Kocourková píše, že většina prací zabývajících se jídelními poruchami poukazuje na silnou vazbu mezi výskytem obsedantně-kompulzivních rysů a mentální anorexie. V těchto pracích je často kladena otázka, zda není jídelní patologie manifestací primární obsedantně-kompulzivní poruchy nebo jestli je možné obsedantní symptomatiku nacházenou u pacientů s mentální anorexií pokládat za následek procesu hladovění (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

I další autoři se shodují na tom, že většina pacientů trpících mentální anorexií vykazuje obsedantní rysy osobnosti. Avšak je nutné rozlišit, zda jde o osobnostní rysy, jež byly přítomné před vypuknutím onemocnění nebo jestli je obsedantně-kompulzivní symptomatika pojímána více symptomově, kdy by měla mít charakter příznaku, jež je vlastnímu já cizí (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

Také F. D. Krch tvrdí, že se velmi často poukazuje na významnou souvislost mezi mentální anorexií a obsedantně-kompulzivní poruchou. Již v roce 1939 jiní odborníci vyslovili názor, že MA je jen specifickou formou zmíněné obsedantně-kompulzivní poruchy. Další autoři připouštějí, že výrazným znakem MA jsou obsedantní rysy, ale zároveň dodávají, že se na jejich rozvoji významně podílí malnutrice (KRCH aj., 1999). „*Za společný rys obsedantní poruchy a poruch příjmu potravy lze považovat vnitřní nejistotu a nízké sebehodnocení, které posiluje potřebu nezbytnosti nadměrné sebekontroly nejen v jídle*“ (KRCH aj., 1999, s. 73).

Osobnost pacientek, které trpí mentální anorexií, bývá popisována jako svědomitá, snaživá, pečlivá, ukázněná, ambiciózní, výkonná, zdvořilá a perfekcionistická atp. Osobnosti tohoto typu bývají rigidní, mají snahu po dokonalosti toho, co dělají a obtížně zacházejí s agresivními popudy. J. Kocourková uvádí další specifické rysy jejich psychického fungování, jako jsou magické myšlení, izolace afektů, tendence k racionalizacím, zvýšená sebekontrola i kontrola druhých. Odborníci mluví o profilu osobnosti, který se nachází spíše u restriktivního typu mentální anorexie, taková osobnost extrémně lpí na kontrole jídelního chování a pokud považuje tuto kontrolu za

narušenou, rozvíjí depresivní symptomatiku. Tyto osobnostní charakteristiky bývá velmi obtížné ovlivnit i v případě, kdy je zřejmé, že mají významný negativní vliv na adaptaci pacienta (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

3.2.1.3 Mentální anorexie ve vztahu k depresi

Také depresivní symptomatika je u pacientů trpících mentální anorexií velmi častá. V současné době výzkumné práce dokumentují depresivní projevy u pacientů mezi 25-75%. Další autoři mluví až o dvou třetinách pacientů s mentální anorexií, kteří uvádějí depresivní symptomy. Většina studií se drží tvrzení, že depresivní projevy u takto nemocných pacientů jsou sekundární k základnímu onemocnění mentální anorexií a jsou z velké části závislé na stavu hladovění. Společnými charakteristikami, které se mohou objevit v případě primární depresivní poruchy a zároveň u syndromu hladovění, jsou dysforické ladění, iritabilita, váhový úbytek, poruchy spánku, pokles libida, sociální stažení se a neschopnost koncentrace (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

Je zřejmé, že psychopatologická symptomatika u pacientů s mentální anorexií zahrnuje řadu rysů, které můžeme považovat za depresivní. Přesto je souvislost mezi depresivními projevy a jídelní patologií nejasná. Odborníci nepotvrzují hypotézu, že poruchy příjmu potravy jsou formou afektivní poruchy a zároveň by bylo jednoduché tvrdit, že deprese je pouhým sekundárním projevem mentální anorexie. Je tedy možné, že určitá skupina pacientů s jídelními poruchami může vykazovat primárně depresivní onemocnění. Může se jednat o ty pacienty, v jejichž rodině se vyskytuje afektivní porucha. Také se jedná o pacienty, u nichž jídelní patologii předcházela depresivní porucha nálady a dále by to mohli být ti pacienti, kteří jsou nápadně rezistentní léčbě obvyklé u mentální anorexie (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

F. D. Krch upozorňuje, že základní příznaky obou poruch mají odlišnou dynamiku. Neprobíhají totiž ve vzájemné časové závislosti a k ústupu depresivních symptomů dochází většinou rychleji a ve větším počtu případů, než je tomu u mentální anorexie. U pacientů, kteří splňují diagnostická kritéria obou onemocnění, téměř nikdy nebyl zjištěn počátek obtíží ve stejnou chvíli (cit dle Walsh et al., 1985; KRCH aj., 1999). „*Symptomy deprese bývají*

vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak neschopností se neustále kontrolovat“ (KRCH aj., 1999, s. 70). Podle autora je většina depresivních a úzkostných projevů přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (KRCH aj., 1999).

V souvislosti s depresí u mentální anorexie bývají uváděny suicidální tendence. Avšak u mentální anorexie jsou sebevraždy vzácným jevem a na vědomé úrovni odborníci nenacházejí vědomé přání zemřít (cit dle Sours, 1980; KOCOURKOVÁ aj., 1997). „*Souvisí to s mechanismy spojenými s popřením onemocnění a patologického somatického stavu*“ (KOCOURKOVÁ aj., 1997, s. 52). Jsou uváděny případy sebevražedného chování u pacientek v situaci, kdy jim hrozí nedobrovolná léčba, například pod tlakem rodiny (KOCOURKOVÁ aj., 1997).

3.3 Rodinné okolnosti

Rodinné okolnosti jsou dalším významným rizikovým faktorem, na jejichž základě mohou vznikat poruchy příjmu potravy.

Tyto okolnosti jsou nejčastěji vyjádřeny problematickou rodinnou interakcí. Jedná se o formální znaky komunikace, ale i o samotný obsah komunikace (např. zaměření na jídlo, diety nebo štíhlost). V tomto případě je nutné připomenout, že se jedná o výskyt poruchy příjmu potravy v druhé generaci, tedy v rodinách, kde matka v minulosti tímto onemocněním trpěla a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a takzvanou zdravou stravu. Toto své zaměření pak matka přenáší na své děti.

Podle J. Kocourkové můžeme pozorovat odlišný způsob formální komunikace u rodin s anorektickým dítětem a u rodin s bulimickým dítětem. Rodiny anorektického dítěte jsou spíše uzavřené, rigidní, kdy kladou důraz na perfekcionismus a výkonnost. Oproti tomu u rodin bulimických dětí můžeme sledovat znaky dezorganizace a také nedostatečnou péči o děti (KOCOURKOVÁ, 2004).

3.4 Sociokulturní podmínky

Sociokulturní podmínky reprezentují nepochybně jeden ze sice nesespecifických, ale velmi důležitých rizikových faktorů pro vznik poruch příjmu potravy. Studie ze současnosti předkládají údaje o zvyšujícím se výskytu poruch příjmu potravy v zemích západního světa v posledních desetiletích. Společnost a kultura klade vysoký důraz na štíhlost, diety, sebekontrolu a sebeovládání a stále vyšší prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy a dívky ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou především takzvané rizikové skupiny, jako jsou modelky, gymnastky nebo baletky. Pro dospívající dívky se stává snaha o identifikaci s tímto prakticky nedosažitelným ideálem štíhlosti poškozující a přinášející trvalou nespokojenost se sebou (KOCOURKOVÁ, 2004).

Garfinkel a Garner, Hsu a další odborníci předpokládají, že „*jádro problému poruch příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu*“ (KRCH aj., 1999, s. 58). Jako argumenty uvádějí především rostoucí incidenci poruch příjmu potravy v zemích „západního“ světa u žen, mezi imigranty (např. mezi řeckými dívkami v Německu nebo arabskými studentkami v Anglii), baletkami nebo modelkami a v kulturách, které se po druhé světové válce snažily rychle přizpůsobit západnímu životnímu stylu a hodnotám např. Japonsko, Hong Kong, Izrael nebo v poslední době Argentina (KRCH aj., 1999).

4 DŮSLEDKY A NEBEZPEČÍ MENTÁLNÍ

ANOREXIE

V další kapitole se pokusím popsat důsledky mentální anorexie odrážející se na životě jedince. MA nejvíce ovlivní tři životní oblasti nemocného, a to oblast fyzickou, psychickou i sociální. Zároveň je žádoucí věnovat se termínu malnutrice, tedy podvýživa, a otázce, jaký dopad má tento jev na lidské chování?

4.1 Malnutrice a zdravotní komplikace spojené s mentální anorexií

Jak už bylo řečeno, mentální anorexie je závažné onemocnění, které je spojené s rizikem úmrtí. Tím, že anorektické dívky drží diety, hladoví, zvrací nebo užívají různých prostředků „na zhubnutí“, si způsobují řadu dalších obtíží představujících vážné ohrožení zdraví a zhoršení kvality života nemocných. V případě, že pacientky zároveň zvrací, komplikace narůstají a postihují celou orgánovou soustavu. Anorektické pacientky jsou nejvíce ohroženy nedostatečným množstvím výživy a vyhublostí (KRCH, 2002).

Pavel Kohout definuje malnutrici jako stav zhoršené výživy. V širším slova smyslu se jedná o jakoukoliv poruchu, a to jak nedostatek, tak přebytek základních živin, ale i minerálů či makronutrientů, tj. vitaminů a stopových prvků. V užším slova smyslu jde o „*nepoměr mezi příjmem s potřebou základních živin (bílkovin, tuků, sacharidů), který vede ve svém důsledku k energetické nebo proteinové malnutrici, případně ke kombinaci obou*“ (KOHOUT, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 179).

F. D. Krch mezi nejčastější zdravotní komplikace MA zahrnuje:

- poruchu termoregulace, která se vyznačuje zvýšenou citlivostí na chlad a je spojená s rizikem podchlazení;
- narušení kožní soustavy, kdy nemocný trpí suchou, zežloutlou, praskající a špatně hojící se pletí. Dále se vyskytuje zvýšený růst ochlupení po celém těle, vlasy vypadávají, jsou suché, řídké a lámou se. Mohou se vytvářet různé vyrážky, nemocným se snadno tvoří modřiny;
- zvýšenou kazivost zubů;
- poruchu trávicího traktu – funkce střev je zpomalená a v důsledku toho nemocný více trpí na zácpy;
- chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykemii, nízký krevní tlak a omdlévání. Změny krevního obrazu a kostní dřeně jsou pozorovatelné u více než poloviny anorektických pacientek. Závažnost těchto komplikací narůstá s vyšší vyhublostí;
- zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi;

- celkovou únavu, snadnější vyčerpání a svalovou slabost. Výrazné křeče jsou spojeny s narušenou vnitřní rovnováhou v důsledku zvracení a nadužívání projímadel;
- nespavost, ale i jiné poruchy spánku jako jsou noční děsy, časně probouzení aj., přecitlivělost na světlo a zvuky;
- poruchu rozmnožovací soustavy – nepravidelná menstruace až amenorea, která může zapříčinit neplodnost (normální průběh menstruace je závislý na přítomnosti určitého podílu tělesného tuku v těle pohybující se kolem 20 %). Porucha menstruačního cyklu v některých případech přetrvává nějakou dobu i po návratu k normální tělesné hmotnosti. U žen i mužů dochází kvůli vyhublosti k poklesu činnosti pohlavního systému a výraznému oslabení zájmu o sex;
- srdeční obtíže, zejména bradykardii a arytmií, které byly zaznamenány u 90% anorektických pacientů. Byla prokázána souvislost mezi některými vážnými kardiologickými obtížemi a vyšším úbytkem na váze, kdy může dojít i k srdečnímu selhání;
- nedostatečné množství živin poškozuje játra, která nejsou schopna vytvářet dostatek tělesných bílkovin a vznikají tak otoky; až dvě třetiny pacientů mají poškozené ledviny;
- odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké;
- slabý močový měchýř a častější potřeba močení;
- pocity nevolnosti související se zmenšením žaludku. V důsledku zvýšené tvorby žaludečních šťáv a jejich působení dochází ke vzniku žaludečních vředů;
- oslabení celkového imunitního systému;
- u některých nemocných se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolest hlavy;
- v případě, že dívky onemocní velmi brzy, může se zpomalit jejich růst a opozdit se puberta (KRCH, 2002).

F.D. Krch upozorňuje, že riziko podvýživy a dehydratace výrazně stoupá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného. „*Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou skončit smrtí*“ (KRCH, 2002, s. 42).

Velkým nebezpečím není jen nedostatečná, ale zároveň jednostranná výživa některých pacientek. Za zdravou výživu považujeme dostatečně pestrou stravu, ve které nechybí žádné z důležitých živin, jako jsou vitaminy a minerály, a tělo tak dostává vše, co ke zdravému fungování potřebuje (KRCH, 2002).

Není výjimkou, že pacientky kombinují hladovění se zvracením a zneužíváním léků, kdy vznikají další nebezpečné zdravotní komplikace, jako je nízká hladina draslíku tzv. hypokalemie, jejímž následkem vzniká vážná nepravidelnost srdečního tepu. Důsledkem těchto abnormalit mohou dále vznikat i neurologické problémy například křeče, závratě, stavy zmatenosti a nakonec ztráta vědomí.

Užívání projímadel a diuretik způsobuje narušení vnitřní rovnováhy tělesných tekutin a solí. Nejen, že na projímadlech si nemocný snadno vytvoří závislost, neboť k vyprázdnění je zapotřebí postupem času stále vyšších dávek, ale zároveň způsobují vážné komplikace v oblasti tlustého střeva. Velké množství projímadel může poškodit střevní stěnu a narušit proces vstřebávání bílkovin (KRCH, 2002).

Je tedy zřejmé, že mentální anorexie s sebou nese velké množství zdravotních rizik, která mohou způsobit závažná onemocnění.

4.2 Psychické a sociální důsledky související s mentální anorexií

Další oblastí, kterou mentální anorexie závažně ovlivňuje, je oblast psychického zdraví a zároveň společenský život a vztahy nemocného. Těmto jevům se budu věnovat v jedné kapitole, neboť spolu úzce souvisí.

Dívka trpící mentální anorexií si zpočátku zvyká na snížený energetický příjem, který je někdy spojený s usilovným a nadměrným energetickým výdejem. Myšlenky na jídlo a nutkání jíst se postupně mění v křečovitou sebekontrolu, která poté přechází v unavenou apatii. Apatie je závislá na stupni podvýživy u pacientky. Jak dívkám ubývá energie, snižuje se zájem o ostatní věci a soustředí se pouze na jídlo a vlastní tělesný vzhled. Pro nemocné je stále více náročné odvést pozornost k jiným tématům a nalézt uspokojení v něčem

jiném. Stejně tak vzrůstá zájem o vlastní osobu a problémy, pacientky jsou tedy egocentrické. Začíná se také dominantně projevovat sebelítost.

Tyto skutečnosti se dříve nebo později projeví i ve vztahu s ostatními lidmi, v rodině, mezi přáteli nebo i v zaměstnání. Primární prioritu a největší uspokojení nacházejí dívky trpící MA v tom, že se vyhnou jídlu, vydají energii nebo v tom, že nepřibírají na váze.

Vzhledem k tomu, že jejich pozornost a zájmy jsou deformovány neuspokojeným obživným pudem a nasměrovány jiným směrem, než je v dospívání běžné, neosvojí si některé dovednosti a zvyklosti jako jejich vrstevníci. Pokud budeme dospívání chápat jako období, kdy se jedinec učí nacházet přiměřenou míru v postojích i v chování, anorektičky budou mít tendence se držet v extrémních polohách, neboť ty jsou pro ně srozumitelnější.

Můžeme říci, že většina problematických psychických vlastností, kterými se anorektičky odlišují od svého okolí, je z velké části důsledkem anorexie. Pouze zvýšená úzkostnost, sebekontrola, ctižádostivost a pedanterie se objevují ještě před rozvojem mentální anorexie a přispívají k jejímu vzniku (KRCH, 2002).

F. D. Krch píše, že na počátku i na konci je nejistota. Právě kvůli nejistotě se většina dívek začne zabývat tím, jak vypadá, kolik váží a dieta je jen dalším logickým krokem. Pokud dieta nefunguje tak, jak má, nebo hubnutí prostě nejde tak, jak si člověk naplánoval a představoval, výsledkem je opět nejistota. F. D. Krch tvrdí, že *„když se nevyznáte ve svých vnitřních pocitech týkajících se jídla, pravděpodobně se potom nevyznáte ani v jiných pocitech“* (KRCH, 2002, s. 45). A protože jedno souvisí s druhým, pocit neuspokojení posiluje potřebu vyniknout a být perfektní v něčem jiném (KRCH, 2002).

Kvůli nejistotě a nízkému sebehodnocení pomalu, ale jistě vzniká deprese. Jestliže sebehodnocení úzce souvisí s tím, jak jedinec hodnotí svoji postavu a váhu, skutečnost, že přibral na váze nebo se přejedl, pro něj bude mimořádně devalvující. Bude se cítit zahanbený a znechucený sám sebou. Důsledkem toho se mohou začít projevovat depresivní stavy, a to formou podrážděné apatie a pocitů viny, které mohou dospět až k vyhýbání se společnosti a pocitům bezmoci. To jsou důvody, proč nemocní mohou mít i

sebevražedné tendence. „*U mentální anorexie a bulimie je většina depresivních příznaků nějakým způsobem spojena s obavami o postavu, tělesnou hmotnost a příjem potravy*“ (KRCH, 2002, s. 45).

Většina depresivních symptomů ustoupí, když se nemocnému podaří získat kontrolu nad příjmem potravy a normalizovat jídelní režim.

Pro mentální anorexii jsou také charakteristické různé úzkostné prožitky a příznaky, které jsou vázané na tělesný vzhled, váhu a jídlo. Anorektické pacientky se často obávají selhání, nedokonalosti nebo náhody v jiných směrech. Žijí tedy v neustálém napětí, že něco nevyjde, že se něco nepovede a z drobného neúspěchu se záhy stane selhání nebo dokonce dramatický problém. U nemocných často pozorujeme podrážděnost a jisté nervové napětí, které může souviset i s fyzickými obtížemi, jako je bušení srdce, podrážděný žaludek nebo pocení.

Dívky trpící MA se mnohdy dostávají do konfliktu se svým blízkým okolím. Zdrojem těchto nedorozumění a sociálních problémů se stávají obavy rodiny a ostatních blízkých o jejich život a zdraví. Neustálé vyhýbání se jídlu a nápadná vyhublost vzbuzuje u rodiny a přátel snahu dívkám nějak pomoci a to jednoduše tím způsobem, že je do jídla nutí.

S vyhýbáním se jídlu je zároveň spojeno vyhýbání se společenským událostem, které jsou s jídlem spojeny. Jejich nálada a společenské kontakty tak závisí na tom, zda se anorektičkám daří hubnout a vyhýbat se jídlu či nikoliv (KRCH, 2002).

F.D. Krch popisuje další důsledky mentální anorexie na lidskou psychiku a společenský život:

- *„namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků, i malé problémy se zdají být neřešitelné;*
- *vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší z jídla i na jiné oblasti života (úklid, aktivita atp.), přítomny mohou být známky silné vnitřní tenze;*
- *nemocní, se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, zejména když jsou vázány na jídlo. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat;*

- *koncentrace pozornosti se zhoršuje, stejně jako pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy;*
- *zhoršuje se celková intelektová výkonnost;*
- *snižuje se zájem o okolí (vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost) o sex a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Ubývá společenských kontaktů, přibývá konfliktů s okolím“ (KRCH, 2002, s. 46,47).*

Výpověď pacientky trpící mentální anorexií mluví za vše: „*Celý můj život se točí kolem jídla. Nedokážu se na nic soustředit, jsem podrážděná a u ničeho nevydržím. Přestalo mě těšit nejenom jíst, ale i pravidelně se vidat s přáteli a rodiči, se kterými se neustále hádám kvůli jídlu. Začala jsem být podrážděná a zahleděná do sebe. Ztratila jsem veškerou sebedůvěru a přestala se mít ráda. To, co mě mělo povzbudit, dnes ovládá celý můj život“ (KRCH, 2002, s. 47).*

5 KOGNITIVNÍ FUNKCE U MENTÁLNÍ ANOREXIE

V následující části této práce se budu věnovat tomu, jak poruchy příjmu potravy a hlavně mentální anorexie ovlivňují kognitivní funkce. Zaměřím se především na kognitivní flexibilitu – set-shifting, která je podstatou praktické části diplomové práce.

Na úvod této kapitoly uvedu, jaké poznatky přináší české, ale i zahraniční studie ohledně vzájemného vztahu mezi poruchami příjmu potravy a kognitivními funkcemi.

O prevalenci kognitivního poškození u poruch příjmu potravy se zatím odborná literatura neshoduje. Odborníci upozorňují, že není úplně jasné, nakolik jsou změny důsledkem symptomatiky poruch příjmu potravy a nakolik se jedná o trvalou charakteristiku jedince. Podle některých studií kognitivní deficit přetrvává i u vyléčených pacientů, kdy byla použita kritéria vyléčení. Navíc některé typy kognitivního deficitu jsou charakteristické jen pro určitou subdiagnózu, zatímco jiné jsou spojovány s mentální anorexií i bulimií (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Světlana Žuchová a Hana Papežová uvádějí, že výrazný váhový úbytek na 35% předchozí váhy (u vojenských vězňů) vedl ke zhoršení pozornosti, koncentrace a paměti. Akutní 24 hodinové hladovění u žen, které nedrží diety, nevyvolalo významné změny kognitivních funkcí, zatímco u žen držících diety s normální váhou byla popsána horší úroveň bdělosti, pomalejší reakce, horší výbavnost slov bez psychomotorického zpomalení a snížená pozornost (cit dle Green a Rogers, 1995; ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Kognitivní změny může způsobit nepřiměřený kalorický příjem a skladba potravy (cit dle Lauer, 1999, in ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Hamsher et al. popsali změny v neuropsychologických testech u akutní mentální anorexie už v roce 1981. „*Pacientky nejčastěji vykazovaly zpomalený reakční čas, zhoršení v mentálně aritmetickém testu, krátkodobé vizuální paměti a výbavnosti dlouhodobé paměti*“ (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 89).

Výzkumy v posledních letech studují komplexnější kognitivní funkce, jako jsou schopnost řešení problémů, kategorizace a abstrakce, vizuální a taktilní prostorová orientace. Výsledky těchto studií jsou opět nejednoznačné. Avšak zdá se, že u mentální anorexie jsou zhoršené jen některé exekutivní funkce související s prefrontálními okruhy. Relevantní pro klinickou praxi je nedostatečná flexibilita ve strategii při řešení problémů, zejména v situacích, jež nemají jistý výsledek (cit dle Tchanturia, 2002, 2001; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Kognitivní deficit u mentální anorexie je podobný nálezu u obsedantně-kompulzivní poruchy (cit dle Cavedini, 2002; Murphy, 2002; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Deficit v exekutivních funkcích připisovaný prefrontálním oblastem kůry se u mentální anorexie projevil v testech zaměřených na řešení problémů (cit dle Lauer et al., 1999; Szmukler et al., 1992; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006), pracovní paměť (cit dle Green et al., 1996, PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006) a kognitivní a percepční flexibilitu (cit dle Kingston et al. 1996; Tchanturia et al. 2001; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Odborníci píší, že zatímco schopnost řešit problémy se s nárůstem tělesné hmotnosti zlepšuje, percepční flexibilita pozornosti (set-shifting) zůstává

narušena i po dlouhodobé remisi (cit dle Lauer et al., 1999; Tchanturia et al. 2001; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). „Tyto výsledky naznačují, že rigidita a porucha flexibility jsou charakteristické trvalé rysy spojené s predispozicí pro mentální anorexii“ (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006, s. 271).

5.1 Průběh kognitivního deficitu a onemocnění

S. Žuchová a H. Papežová píší, že právě kognitivní změny se pravděpodobně podílejí na vzniku poruch příjmu potravy a zároveň na závažnosti psychosociálního dopadu onemocnění. Kognitivní dysfunkce nepředcházejí pouze poruchám příjmu potravy, ale i většině dalších psychiatrických diagnóz. U dětí a adolescentů má i malá kognitivní dysfunkce vliv na spoustu osobnostních a psychosociálních charakteristik. Tyto změny se týkají především vztahu k sobě a kontroly temperamentových rysů. Autorky uvádí, že zejména u adolescentů může být zhoršena psychosociální adaptace v důsledku kognitivního poškození. Tyto dysfunkce dále vedou ke zhoršené schopnosti posoudit stresové situace, řešit problémy, je ovlivněno fyzické i psychické zranění a zvládání interpersonálních vztahů. Podle odborníků je hypersenzitivita bulimických dívek připisována právě interpersonálním interakcím. Zvýšená kritičnost i sebekritičnost může totiž vést k přejídání. Manipulace s jídlem je považována za „maladaptivní mechanismus“ u jedinců, kteří mají horší sociální vztahy (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Cooper et al. v roce 2005 popsali kognitivní model mentální bulimie. Epizody přejídání jsou způsobeny negativním sebehodnocením, negativním hodnocením vlastního vzhledu, váhy, tělesných proporcí, jídelního chování a dalších znehodnocujících událostí, jako jsou kritika, pracovní události nebo partnerská hádka. Poté jsou bulimické dívky zachváceny negativními automatickými myšlenkami vedoucími k pocitu odmítnutí druhými, depresím, úzkosti a pocitům viny (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). „Lidé s poruchami příjmu potravy se naučí negativní myšlenky rozptylovat zvýšeným zaujetím a manipulací s jídlem. To vede i k fyziologickým změnám v kognitivních funkcích, změněné interoceptci (vnímání hladu, sytosti a emocí)“

(ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 92). Negativní sebehodnocení a dysfunkční myšlenky mohou být způsobeny negativními či traumatickými zážitky v dětství a posléze vedou k myšlenkám na diety a kompenzačním strategiím: Když nebudu jíst, budu štíhlá, a tak budu ostatními přijímána. Ale když budu jíst, jsem k ničemu, nemám žádnou hodnotu. Tyto predisponující faktory mohou být vyvolány různými zevními stresovými situacemi.

Autorky zdůrazňují, že výzkumy ukázaly, že po léčbě (nárůstu váhy a redukcí zvracení a přejídání) se některé kognitivní funkce zlepšily (cit dle Lauer, 2002; ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Avšak funkční poškození pravé parietální asociační kůry u MA, poškození vizuálně-prostorové, nonverbální poškození a snížená percepční flexibilita trvají i po úzdavě (cit dle Neumarker et al., 2000; Tchanturia et al., 2001; ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Prostřednictvím neuropsychologických testů se v současné době ještě nepodařilo průběh poruch příjmu potravy predikovat. Neprokázaly se souvislosti s mírou podváhy, frekvencí zvracení a přejídání se, se skórem EDI (Eating Disorder Inventory) ani se strukturálními a funkčními změnami (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Souvislosti kognitivních funkcí u jedinců trpících PPP s depresivní symptomatikou byly vyloučeny, nicméně se může jednat o dopad dlouhodobé úzkosti, perinatálního poškození a raných traumat. Důsledkem malnutrice a hladovění mohou vzniknout poruchy pozornosti, koncentrace a psychomotorického tempa, zatímco flexibilita rozhodování nebo exekutivní funkce mohou demonstrovat vrozený rys. V akutní fázi mentální anorexie může dojít k poruchám vigility a pozornosti, což způsobuje zvýšená produkce kortizolu. Leasslie et al. upozornili na zvýšenou tvorbu kyseliny beta-hydroxymáselné při metabolické adaptaci na akutní hladovění a její vliv na neurotransmiterový systém. „*Snížené hladiny pohlavních hormonů, především estrogenů, ovlivňují kognitivní funkce a jsou předmětem výzkumu v souvislosti s hormonální substitucí žen v postmenopauze*“ (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006, s. 277). Zajímavým zjištěním vyplývajícím z výzkumu je, že adolescenti trpící kognitivním deficitem, oproti adolescentům bez

kognitivního deficitu, se liší počtem osobnostních a psychosociálních charakteristik, fyzickou a emoční zralostí, interpersonálními vztahy, autonomií, zdravým self konceptem, sebekontrolou a temperamentem (cit dle Huntigton, Bender, 1993; ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Na závěr autorky dodávají, že problémy v psychosociálním rozvoji mohou být rizikem, při kterém kognitivní deficit zvyšuje nebezpečí vzniku poruch příjmu potravy (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

5.2 Základní domény měřených kognitivních funkcí

Tato kapitola je důležitá, neboť obsahuje další zásadní pojem celé diplomové práce, kterým je kognitivní flexibilita, tedy set-shifting, u poruch příjmu potravy. Protože je set-shifting podstatou empirické části odborného textu, dalšími kognitivními funkcemi se podrobněji zabývat nebudu.

Autoři podotýkají, že v současné době ještě neexistuje kompletní výčet neuropsychologických poškození u mentální anorexie, i když výzkumy již mnohé poznatky přinesly (cit dle Cnatingius, 1999; Katzman, 2001; Uher, 2002; Kaye, 2000; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Podle H. Papežové může být důvodem nedostatek studií u MA oproti ostatním psychiatrickým poruchám. Nové výzkumy se však zaměřují na pozorování MA s vysokým skórem „harm avoidance“ (vyhýbání se poškození), zhoršenou flexibilitou myšlení, rigiditou jídelního chování a vysokým perfekcionismem (cit dle Bulik, 2003; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Neuropsychologické studie prokázaly tendence k poruše flexibility v řešení kognitivních úkolů a neschopnost změny předchozího vzorce myšlení. Ty jsou chápány jako (ne)schopnost přejít z jednoho úkolu na druhý (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Tato uvedená zjištění jsou zásadními východisky pro empirickou část této práce.

5.2.1 Kognitivní flexibilita u mentální anorexie (set-shifting)

Nejvýznamnějším pojmem, jehož definice je zásadní pro tuto práci, je set-shifting. Je vysvětlován jako schopnost přecházet tam i zpět mezi úkoly, operacemi či myšlenkovými sety v případech, kdy se mění cíle nebo zkušenosti

v životě. Set-shifting primárně souvisí s prefrontální mozkovou kůrou. Jak bylo výše zmíněno, studie prokazují konkrétní spojitost mimo jiných poruch i s mentální anorexií (F.E.A.S.T., 2008, [online], [vlastní překlad autorky této práce]).

K. Tchanturia uvádí, že lidé trpící poruchami příjmu potravy, často vykazují inflexibilní styl chování, a to včetně záležitostí týkajících se jídelní patologie (TCHANTURIA et al., 2012, [vlastní překlad autorky této práce]).

Jorge Moll tvrdí, že schopnost přecházet mezi kognitivními operacemi či kategoriemi je klasickým ukazatelem zdravého a normálního neurobehaviorálního fungování (MOLL et al., 2002, [vlastní překlad autorky této práce]).

Výzkumy začaly na základě jednoduchého percepčního testu - The Haptic Illusion Task a směřovaly ke zjištění schopnosti změny v percepční oblasti (cit dle Tchanturia, 2001; Grunwald, 2001; ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Kate Tchanturia tvrdí, že problémy s flexibilitou nejsou omezeny pouze na oblast percepce a přetrvávají i u dlouhodobě uzdravených pacientek s MA (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Když byla odborníky vyvinuta širší testová baterie pro „set-shift“, aplikovali ji u rozsáhlejšího vzorku žen s poruchami příjmu potravy. Narušení percepční a kognitivní flexibility bylo objeveno u akutní MA i po nárůstu tělesné hmotnosti a u zdravých dvojčat – dívek s MA, což poukazuje na genetický podklad tohoto kognitivního rysu (cit dle Tchanturia, 2004; Holliday, 2004; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Autoři se dále zaměřili na testování hypotéz, že (in)flexibilita souvisí s rigidními rysy osobnosti u pacientek s MA. Premorbidní rysy rigidity, které se projeví již v dětství, vysvětlily 40% variability (cit dle Tchanturia, 2004; PAPEŽOVÁ a ŽUCHOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). K. Tchanturia uvádí neuropsychologické charakteristiky pacientů s MA, rigiditu myšlení, vysokou míru vyhýbavosti („harm avoidance“) a perfekcionismus (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Odborníci opakovaně uvádí, že pacienti trpící mentální anorexií mají obsedantní, rigidní kognitivní styl a problémy se set-shiftingem. „*Dělá jim*

potíže využít zpětnou vazbu a na jejím základě modifikovat své chování. Nedaří se jim efektivně rozpoznat a začlenit afektivní a sociální podněty do prostředí“ (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010, s. 95). Pacientky trpící MA věnují navíc nadprůměrnou pozornost zpracování detailů a využívají logicky-analytický přístup, ale selhávají v úlohách, které vyžadují zohlednění celku a globálních strategií řešení (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010).

Také Megan E. Shott se spolu s dalšími výzkumníky zabývali slabou kognitivní flexibilitou a set-shiftingem. Tyto symptomy vykazují především dospělí pacienti trpící mentální anorexií. Zajímavá byla jejich zjištění, že adolescenti trpící MA nejeví tak silné známky narušeného set-shiftingu oproti kontrolní skupině, dospělým respondentům, kteří trpí MA. Ti projevují podstatně větší problémy se set-shiftingem na rozdíl od kontrolní skupiny respondentů. Tato studie naznačuje, že narušený set-shifting nemusí být jedním z faktorů zranitelnosti pro rozvoj mentální anorexie, ale může se stát důležitým aspektem poruchy v pozdějším věku, což by mohlo vést k vývojovým neurobiologickým změnám v mozku, jež jsou postiženy MA v různém věku života (SHOTT et al., 2012, [vlastní překlad autorky této práce]).

V další studii bylo cílem prozkoumat kognitivní flexibilitu u velkého souboru respondentů s poruchami příjmu potravy ve srovnání se skupinou zdravých respondentů. Úkolem bylo zjistit, jak pacientovy charakteristiky (BMI a délka onemocnění) souvisí s tímto stylem myšlení. Výstupy autoři získávali pomocí Brixton testu, který je založený na určování pohybu konkrétního podnětu a předvídání jeho dalšího pohybu, což pro respondenta znamená, že musí měnit svůj kognitivní styl. Podařilo se jim zjistit, že respondenti trpící MA a jinými typy poruch příjmu potravy chybovali při testování mnohem častěji než zdravá kontrolní skupina probandů. Ve srovnání se skupinou, kterou tvořili zdraví respondenti, byla efektivita provedeného úkolu nejvíce postižena u hospitalizovaných pacientů trpících MA, o něco mírněji byl postižen testový výkon u ambulantních pacientů.

Tyto výsledky tedy potvrzují, že pacienti trpící MA mají opravdu sníženou schopnost flexibility. Avšak závažnost onemocnění, která je charakterizována jeho délkou, nelze plně vysvětlit přítomností nedostatečné

kognitivní flexibility, ale tento nedostatek podporuje nepružnou povahu lidí, kteří trpí MA (TCHANTURIA et al., 2011, [vlastní překlad autorky této práce]).

5.3 Řízení příjmu potravy a výsledky zobrazovacích metod

Abychom porozuměli tomu, jak vzniká kognitivní deficit, musíme poznat užší souvislosti týkající se procesů probíhajících v mozku a jak se k nim vztahují poruchy příjmu potravy.

Hypotalamus je zásadním mozkovým centrem, které řídí chuť k jídlu, hlad, tělesnou hmotnost a je integračním centrem pro neuronální a humorální mechanismy řízení příjmu potravy (cit dle Karla et al., 1999, PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Původní duální model centrálního řízení příjmu potravy, pokládal za stěžejní ventromediální hypotalamické jádro, jehož poškození vedlo k přejídání a vysokému nárůstu váhy. Odborníci ho tedy považovali za centrum pocitu sytosti, kdežto laterální hypotalamus za centrum hladu. Autoři tvrdí, že současný psychosomatický model poruch příjmu potravy odpovídá konceptu primárně kortikální dysfunkce (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Mimo hypotalamu se na integraci signálů z gastrointestinálního traktu (GIT) a periferních zásob energie podílí prefrontální kůra, straitum, amygdala, střední mozek a další oblasti mozku. U poruch příjmu potravy se na řízení stravovacího chování podílejí kortikálně-limbické neuronální okruhy (orbitofrontální kůra, amygdal, inzulární kůra). Oproti tomu za kognitivní funkce a narušené motivační vzorce odpovídají vyšší asociační oblasti parietální a frontální kůry. Frontální kůra odpovídá za motivační procesy, které zužují pozornost na tělesné schéma a výživu. H. Papežová uvádí další struktury, které určují, jak nemocný vnímá jídelní podněty, a to jsou: temporální kůra (integrace zrakových podnětů), bulbus olfactorius a piriformní kůra (vůně), nc. tractus solitarius, talamus, insula (chuť). *„Poškození hipokampu může být součástí patologie poruch příjmu potravy, zejména v souvislosti s emočním stresem a vývojovými traumaty. Výsledné maladaptivní*

jídelní chování potom ovlivňuje funkce těchto neuronálních okruhů, například změnami genové exprese“ (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006, s. 277).

Zobrazovacími metodami lze u mentální anorexie pozorovat atrofii mozku již několik měsíců od počátku onemocnění. Při strukturálním měření mozkové tkáně bylo prokázáno, že objem šedé i bílé hmoty mozku je u akutní mentální anorexie výrazně snížen (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Autoři několika studií se zaměřili na zkoumání kombinací neuropsychologických testů se strukturálním měřením pomocí magnetické rezonance, aby zjistili, jestli existuje vztah mezi strukturálními změnami neboli atrofií a kognitivními deficity. Ze studií vyplynulo neuropsychologické poškození, a to především poruchy pozornosti a vizuálně-prostorová orientace spolu se známkami mozkové atrofie, což se projevilo sulci a postranních komor, ale souvislosti mezi strukturálními a funkčními poruchami byly slabé (cit dle Kingston et al., 1996; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Některé morfologické patologické změny jako rozšíření komor se u pacientek s mentální anorexií po návratu k premorbidní váze normalizovaly, zatímco jiné, jako atrofie mesencefala, přetrvávaly (cit dle Neumarker et al., 2000, PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Z množství specifických kognitivních deficitů, které byly u mentální anorexie popsány, jsou pouze některé reverzibilní nebo částečně reverzibilní po tom, co se pacientky uzdraví. Porušená pozornost, vizuálně-prostorová orientace, numerické procesy, řešení problémů a schopnost flexibilně měnit zaměření pozornosti, byly již uvedeny výše v textu, a tedy dostatečně demonstrovány. Odborníci uvádí, že bílá mozková hmota se po úspěšné realimentaci vrací zpět na premorbidní úroveň, zatímco deficit šedé hmoty mozkové přetrvává (cit dle Uher, 2002; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). Důvodem může být částečně nenávratná ztráta neuronů nebo gliových buněk zapříčiněná například zvýšenou hladinou kortizolu. Jiným vysvětlením může být, že deficit není následkem, ale příčinou mentální anorexie a odráží abnormální vývoj nervového systému (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006).

Funkční zobrazovací metody (SPECT, PET, fMRI) poskytují poměrně přímé informace o funkcích mozkových struktur u poruch příjmu potravy. Úroveň fungování mozku a jeho dalších oblastí je možné přibližně odhadnout podle velikosti průtoku krve (pomocí metody SPECT), množství spotřebované glukózy (prostřednictvím metody PET) nebo jako vlny elektrické aktivity (pomocí EEG). Ať už se jedná o kteroukoliv metodu měření, mozek je méně aktivní, funguje úsporně: průtok krve je nižší, neurony spotřebují menší množství cukru a elektrická odpověď na běžné podněty je zpomalená. Zdá se, že mozek nemá dost energie. Zatímco v klidovém stavu je prefrontální a parietální mozková kůra u pacientek trpících mentální anorexií méně aktivní, vzhledem k tomu, že metabolizuje méně glukózy a má menší průtok krve, při konfrontaci s jídlem je u mediální frontální oblasti zachycena vyšší aktivita (cit dle Delvenne, 1999; Nozoe, 1993; Ellison, 1998; Uher, 2001, 2002; PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj., 2006). „*Výrazně je snižena klidová aktivita v čelním a v temenním laloku, v asociačních oblastech mozkové kůry, zodpovědných za nejsložitější úkony: integraci informací z různých zdrojů, komplikované logické myšlení, představivost, kreativitu a plánování*“ (PAPEŽOVÁ, in PREISS a KUČEROVÁ aj. 2006, s. 278).

6 JEDNOTKA SPECIALIZOVANÉ PÉČE PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V následující kapitole jsem se rozhodla představit léčebné zařízení pro poruchy příjmu potravy. Tím je Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy (JSPPPP), která sídlí na psychiatrické klinice Ke Karlovu a patří k Všeobecné fakultní nemocnici v Praze 1. Na JSPPPP jsem osobně působila jako stážistka téměř jeden rok, mimo jiné jako terapeutka psychodynamické skupinové psychoterapie a vzhledem k tomu, že se pacientky tohoto oddělení zúčastnily empirické části této diplomové práce, považuji za vhodné JSPPPP blíže představit. Můžeme si utvořit představu, v jakém prostředí pacientky během léčby pobývají a jakým programem procházejí.

Na začátek zmíním něco málo z historie a filosofie JSPPPP. Jednotka byla založena v roce 1983 na základě zkušeností belgické Jednotky pro poruchy příjmu potravy v Kortenbergu. Během 16 let působení jednotky vzrostl počet

hospitalizovaných pacientů trojnásobně. V současné době většina hospitalizovaných pacientek trpí mentální bulimií, a to až 60% a 5% z hospitalizovaných tvoří muži. 80% pacientů jsou na JSPPPP hospitalizováni poprvé a u 20% se jedná o opakovaný pobyt. Program JSPPPP je založený na biopsychosociálním pojetí onemocnění, a proto se tým odborníků snaží pracovat komplexně (PAPEŽOVÁ, IDEÁLNÍ, 2002-2009, [online]).

Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy je určena pro dospělé jedince trpící tímto druhem onemocnění. Potenciální pacienti mají možnost léčit se dvojím způsobem, což závisí na stadiu jejich nemoci. K samotnému lůžkovému oddělení na psychiatrické klinice patří také denní stacionář pro poruchy příjmu potravy. Doporučení, která forma léčby je pro pacienta vhodnější, podává lékař nebo psycholog při prvním kontaktu na ambulantním příjmu psychiatrické kliniky. Dále budu mluvit o lůžkovém oddělení specializované jednotky pro PPP, neboť respondentky empirické části byly hospitalizovány právě na lůžkovém oddělení.

JSPPPP je otevřené režimové oddělení na psychiatrické klinice, a proto na prvním místě v léčbě stojí právě režimová opatření, psychoterapie a pouze v indikovaných případech používají lékaři psychofarmaka (PAPEŽOVÁ, IDEÁLNÍ, 2002-2009, [online]).

Oddělení funguje na principu terapeutické komunity, a proto je kladen vysoký důraz na skupinové aktivity pacientů. Na začátku léčby je s pacientkou uzavřena písemná smlouva týkající se jídelního režimu, cílové váhy a dodržování pravidel oddělení. Významnou součástí terapie je poučení o správném stravování a jeho nácvičku a na tyto aktivity dohlíží specializovaná zdravotní sestra, která je přítomna u všech jídel. Pacienti absolvují edukaci o psychologických, tělesných i dalších důsledcích hladovění a dvakrát týdně stolují s psychologem jednotky (PAPEŽOVÁ, IDEÁLNÍ, 2002-2009, [online]).

Pacientky se dále účastní psychodynamicky, kognitivně-behaviorálně orientovaných skupinových psychoterapií a arteterapie. Nedílnou součástí programu je také autogenní trénink, relaxační cvičení, léčebná tělesná výchova a pracovní terapie. Některé společné aktivity pacientek, mezi které patří také

víkendová propustka domů, jsou podmíněny dosažením určité minimální hmotnosti, jak je stanoveno v terapeutické smlouvě (PAPEŽOVÁ, IDEÁLNÍ, 2002-2009, [online]).

Pobyt na oddělení trvá většinou šest až osm týdnů a když se blíží konec hospitalizace, terapeutický tým se zaměřuje na postupný přechod pacientky do jejího běžného prostředí a na možnosti dodržování jídelního režimu během aktivního života. Významným aspektem léčby je spolupráce příbuzných a blízkých, se kterými se terapeutický tým snaží navázat kvalitní kontakt a poskytovat jim aktuální informace. JSPPPP nabízí párovou, rodinou ale i vícerodinnou psychoterapii, které mohou být v některých případech velmi užitečné a účinné v procesu uzdravy. Na samém závěru léčby terapeutický tým důrazně upozorňuje na nutnost následné péče, kdy pacientkám doporučí adekvátní zařízení a poskytnou kontakty (PAPEŽOVÁ, IDEÁLNÍ, 2002-2009, [online]).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Zkoumaný problém, cíle práce, hypotézy

V teoretické části této diplomové práce bylo popsáno, že u pacientek trpících mentální anorexií nacházíme určité kognitivní deficity. Mluvíme o deficitech prostorové paměti, snížené schopnosti set-shiftingu a nakonec o slabé centrální koherenci.

V empirické části jsem se rozhodla blíže prozkoumat sníženou schopnost set-shiftingu u pacientek s mentální anorexií. Roberts et al. vysvětluje set-shifting jako „*schopnost věnovat se paralelně několika úkolům a přecházet mezi několika mentálními operacemi. Deficity set-shiftingu se klinicky projevují jako rigidita a vedou u pacientek k zachování maladaptivních postojů a vzorců chování*“ (ŽUCHOVÁ a TOUTONGHI aj., 2013, s. 2). Tyto maladaptivní postoje a vzorce chování mohou být překážkou k úzdavě pacientky a důvodem neustálého se „točení v bludném kruhu“ nemoci. Proto jsem si vybrala tento konkrétní kognitivní deficit. V případě identifikace snížené schopnosti set-shiftingu s využitím speciálního kognitivního tréninku u pacientek trpících mentální anorexií může dojít k výraznému zlepšení zdravotního stavu pacientek a v neposlední řadě můžeme předejít relapsu.

Cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit korelaci mezi subjektivním vnímáním narušeného set-shiftingu a jeho testovém hodnocení u pacientek trpících mentální anorexií. Jak pacientky vnímají, zda mají oslabenou schopnost set-shiftingu, pokud vůbec, jsem zjišťovala pomocí rozhovoru. Aby bylo možné lépe porovnávat výstupy získané z testování a z rozhovoru, použila jsem navíc číselnou škálu vyjadřující intenzitu subjektivního vnímání oslabené schopnosti set-shiftingu dle respondentek.

Výzkumnou otázku je možné formulovat jako: „*Vnímají u sebe pacientky trpící mentální anorexií adekvátně oslabenou schopnost set-shiftingu?*“

Tato výzkumná otázka byla zjišťována na základě deseti dílčích otázek týkajících se změn rutinních událostí v každodenním životě.

Dále jsem použila test kognitivních funkcí „Test cesty (Trial Making Test)“, který pacientky absolvovaly. Test cesty si klade za úkol objektivizovat výsledky, které vyplynuly z rozhovoru. Dalším cílem je tedy porovnání výsledků, jež plynou z rozhovoru s výsledky Testu cesty. Zásadou těchto dvou metod máme možnost porovnat subjektivní dojem kognitivního deficitu pacientek s objektivními výsledky tohoto deficitu vyplývající ze standardní diagnostické metody.

O metodách použitých ve výzkumném šetření se zmíním více v kapitole „Metody a techniky sběru dat“.

Ověřované hypotézy:

1. V případě prokázané snížené schopnosti set-shiftingu prostřednictvím Testu cesty, bude subjektivní vnímání tohoto kognitivního deficitu dle respondentek slabé či neuvědomované.
2. V celé zkoumané skupině se u většiny respondentek projeví spíše nepřiměřené subjektivní vnímání schopnosti set-shiftingu. Nepřiměřené subjektivní vnímání schopnosti set-shiftingu znamená rozdíl mezi zjištěným výsledkem objektivní reality a vlastním vnímáním pacientek.

7.2 Metody zkoumání

7.2.1 Kvalitativní výzkum

Vzhledem k charakteristice hlavní výzkumné otázky jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum.

Oborníci se shodují, že neexistuje jednotná charakteristika ani způsob, jak vymezit kvalitativní výzkum. Část metodologů rozumí kvalitativnímu výzkumu jako doplňkové metodě tradičního kvantitativního výzkumu a jiní metodologové ho popisují jako „*protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě*“ (HENDL, 2005, s. 49).

Kvalitativní výzkum je charakterizován jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (cit dle Creswell, in HENDL, 2005, s. 50). Také Michal Miovský popisuje kvalitativní přístup ve výzkumu: „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 18).

Jan Hendl uvádí základní metody kvalitativního výzkumu, kam patří:

1. pozorování (vyžaduje dlouhodobý kontakt, výzkumník může lépe porozumět dané subkultuře);
2. texty a dokumenty (spočívá v rozboru významu, organizaci a použití, výhodou je teoretické porozumění);
3. rozhovor (je relativně nestrukturovaný, přínosem je porozumění zkušenosti);
4. audio- a videozáznamy (jedná se o přesný přepis přirozených interakcí, pozitivní stránkou je porozumění průběhu interakcí) (HENDL, 2005).

7.2.2 Rozhovor

V rámci kvalitativního výzkumu jsem použila rozhovor jako hlavní výzkumnou metodu. Rozhovor je popisován jako způsob získávání informací během přímé interakce s respondenty. Zpravidla se získává tváří v tvář, může být proveden i telefonicky (DISMAN, 2002).

Konkrétně jsem použila polostrukturovaný rozhovor, který je charakteristický okruhem otázek, které byly dopředu připraveny, ale nebylo nutné je pokládat ve stejném pořadí. Respondentky měly možnost na každou otázku odpovídat přirozeně tak, jak je napadalo. Tato forma rozhovoru výzkumníkovi umožňuje pokládat doplňující dotazy, které upřesňují odpovědi

respondentek či do rozhovoru zasáhnout v případě, že rozhovor má tendenci se ubírat jiným směrem. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenány na diktafon.

7.2.3 Test cesty (Trial Making Test)

Další výzkumnou metodou byla standardní neuropsychologická diagnostická metoda Test cesty tj. Trial Making Test (TMT).

Test cesty je rozdělen na dvě části A a B. Část A měří zaměřenou vizuální pozornost, jež byla výše zmíněna v klíčových pojmech (BEZDÍČEK, 2013). Měření je prováděno formou spojování 25 čísel uvedených na papíře a úkolem probanda je tyto číslice spojit ve správném pořadí a co nejrychleji. Vyplyvající výsledky jsou tedy uváděny v sekundách.

Podobné je to i v druhé části Testu cesty. Část B měří rychlost komplexního kognitivního zpracování a mentální flexibilitu (PREISS a BARTOŠ aj., 2012). Zde má proband za úkol spojovat nejen 13 čísel, ale i 12 písmen, které jsou vzájemně propojeny a musí být spojeny jednou čarou ve správném pořadí (1A2B3C4D...atd.) a stejně tak jako u první části, jak nejrychleji dovede. Ukázkou Testu cesty uvádím v příloze č. 2.

M. Preiss uvádí, že obě části Testu cesty měří rychlost a efektivitu kognitivního zpracování informace. Podíl pracovní paměti při zvládnutí části B nemůže být zanedbán. Dále autor zdůrazňuje, že test je citlivý na věk, vzdělání a inteligenční úroveň (PREISS a BARTOŠ aj., 2012).

Nakonec je důležité popsat možnosti interpretace výsledků podle M. Preisse: *„Horší výkon v obou částech ukazuje na pomalé psychomotorické tempo a na potíže s visuoprostorovým vyhledáváním. Selhání v části B upozorňuje na potíže s rozdělením pozornosti a na sníženou kognitivní flexibilitu“* (PREISS a BARTOŠ aj., 2012, s. 38).

7.3 Výzkumný vzorek

V této kapitole blíže představím způsob výběru výzkumného vzorku. Výzkumný soubor tvoří 9 pacientek hospitalizovaných na Jednotce speciální péče pro poruchy příjmu potravy (JSPPPP) na psychiatrické klinice Ke Karlovu v Praze.

Respondentky jsou dospělé ženy mezi 20-30 lety s diagnostikovanou mentální anorexií, jejich účast byla dobrovolná a anonymní.

Prvním kritériem pro výběr vhodných kandidátek výzkumného šetření byla jejich aktuální tělesná hmotnost resp. hodnota BMI (více uvedeno v kapitole klíčových pojmů). Kritériem tedy bylo, že hodnota BMI by neměla být vyšší než 16. Tato hodnota značí u pacientek výraznou podváhu a z důvodu významné malnutrice může být oslabená schopnost set-shiftingu zřetelnější.

Dalším hlediskem výběru byla délka onemocnění. Zajímala mě doba, jak dlouho se pacientky s mentální anorexií potýkají, kdy jsem vyhledávala spíše dlouhodobý průběh onemocněním. Podstatným předpokladem pro toto kritérium je, že během dlouhodobého onemocnění mentální anorexií se maladaptivní vzorce a projevy chování upevňují déle, jsou tedy patrné, ale hůře se jich pacientky zbavují a učí se novým zdravým vzorcům chování.

Vzhledem k povaze výzkumného šetření, které je kvalitativní, zdá se být vhodné stručně představit jednotlivé pacientky. Seznámení s pacientkami poskytne lepší představu o jejich interakcích v běžném životě, které vyplývají z rozhovoru.

Martina. První pacientkou, která se zúčastnila výzkumného šetření byla slečna Martina. Martina je 20 letá mladá dívka, která studuje střední školu a měla by letos maturovat. Vzhledem k jejímu věku je patrné, že Martina bydlí stále s rodiči.

Mentální anorexií trpí asi 5 let, ale není si jistá. Její hodnota BMI v době rozhovoru byla 15,9. U Martiny se jednalo o první hospitalizaci s MA na JSPPPP a léčbu ukončila v adekvátní době.

Martina je na první pohled klidná dívka, velmi introvertní povahy. Mluví hodně potichu, zdá se, že je stydlivá. Při rozhovoru jsem musela vynaložit hodně snahy, aby pacientčiny odpovědi nebyly pouze heslovité povahy. Při skupinové psychoterapii nepůsobí jinak. Zdá se, že Martině dělá problém náhled na samu sebe a je pro ni náročné o sobě mluvit.

Ivana. Slečna Ivana byla druhou respondentkou výzkumného šetření. Ivaně je 31 let, je svobodná, nemá partnera a bydlí sama. Vzhledem k tomu, že

je slečna Ivana v invalidním důchodu, přivydělává si pouze brigádně. Invalidní důchod je příčinou somatického stavu pacientky.

Mentální anorexií trpí téměř polovinu života, tedy asi 15 let a hodnota BMI v době testování byla 15,8. Ivana byla v té době na oddělení poruch příjmu potravy hospitalizovaná podruhé a léčbu ukončila mírně předčasně. Jako důvod uvádí práci-brigádu.

Ivana je komunikativní, žena, které nedělá problém seznamování s novými lidmi. Protože už si prošla několika typy léčby, je přemýšlivá, snaží se sama sobě lépe porozumět.

Karolína. Další respondentkou byla slečna Karolína. Slečně Karolíně je 20 let, studuje střední školu a v letošním roce ji čeká maturita. V minulosti byla nucená školu přerušit právě kvůli mentální anorexii, se kterou bojuje již 6 let. O příteli se nezmiňuje, žije stále s rodiči, nejraději by se však co nejdříve osamostatnila.

Nejedná se o první hospitalizaci Karolíny, byla hospitalizována před několika lety na dětské psychiatrii ve Fakultní nemocnici Motol. Přestože v době rozhovoru a testování měla Karolína lehce vyšší hodnotu BMI (16,5) než bylo kritériem, její dlouhodobá a intenzivní historie mentální anorexie byla důvodem, proč je vhodnou kandidátkou pro výzkumné šetření.

Slečna Karolína je mladá slečna, která působí nesmělým dojmem. Dalo by se říct, že je introvertní povahy, ale když ji oslovíme jako první, ukazuje se, že je komunikativní a umí sdílet své pocity a těžkosti. Vzápětí se však Karolíny zmocňují pocity viny z toho, že svými problémy obtěžuje ostatní. Je zřejmé, že trpí nedostatečným sebevědomím.

Kamila. Slečna Kamila je 26 letá mladá žena s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou ekonomického oboru. Kamila sdílí jednu domácnost se svým partnerem, je zaměstnaná - zůstala v oboru, který vystudovala. Kamila je na JSPPPP hospitalizovaná poprvé a s mentální anorexií bojuje již 13 let. V době naší spolupráce byla její hodnota BMI 14, 8.

Slečna Kamila se zdá jako motivovaná a spolupracující pacientka a svůj problém nepopírá, uvědomuje si, že mentální anorexií trpí dlouhodobě. Přesto

ukončuje léčbu i přes nesouhlas terapeutického týmu přibližně po třech týdnech. Jako důvod uvedla, že se nutně musí vrátit do zaměstnání.

Kateřina. Paní Kateřina je 30 letá vdaná žena, s ukončeným středním vzděláním s maturitou a pracuje v administrativní sféře. Na zaměstnání si nestěžuje.

S mentální anorexií se trápí dlouhá léta a to od 14 let. Kateřina je na oddělení poruch příjmu potravy hospitalizovaná poprvé. Její hodnota BMI v době rozhovoru byla 15,2. Avšak i paní Kateřina opouští léčbu o trochu dříve než by pro ni bylo vhodné. Projevuje se u ní rigidní styl chování, kdy tvrdí, že už nemůže chybět v zaměstnání ani o den déle.

Jinak se paní Kateřina projevuje jako přátelská, komunikativní žena, která vnímá těžkosti života s nadhledem. Aktivně spolupracuje také při skupinové psychoterapii, kdy můžeme vidět, že se nesoustředí pouze sama na sebe, ale je schopná být emocionální oporou ostatním pacientkám, stejně tak jim dokáže poskytnout více úhlů pohledu na problém.

Anna. Slečna Anna byla další pacientkou, která se zúčastnila výzkumného šetření. Jedná se o 25 letou mladou ženu s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou. Anna má partnera, se kterým žije v jedné domácnosti. Je zaměstnaná, ale má sen, že by chtěla podnikat v pohostinství.

Mentální anorexií oproti ostatním trpí relativně krátkou dobu, a to 3 roky. Vznik její nemoci byl ovlivněn premorbidní vyšší váhou spojenou s pocity méněcennosti. Tak začala hubnout, to bylo jediné, co bylo v její moci mít pod kontrolou. Když jsem s Annou dělala rozhovor, hodnota jejího BMI byla 16.

Je to veselá, aktivní, komunikativní mladá žena, která má ambici být v léčbě úspěšná. Na skupinových terapiích dobře spolupracuje, jak se mnou jako terapeutkou, tak s ostatními pacientkami. Dalo by se říct, že do terapie přináší nové impulsy, se kterými skupina může pracovat.

Simona. Slečna Simona byla další respondentkou výzkumného šetření. Simoně je 26 let, vzdělání ukončila střední školou s maturitou. Má zaměstnání, podniká v kosmetickém oboru a žije s přítelem.

S mentální anorexií bojuje již od puberty a to od 13 let. Simona je jedna z respondentek, která trpí mentální anorexií také dlouhou dobu – 13 let. Již na první pohled můžeme pozorovat, že Simona trpí výraznou podváhou. Hodnota jejího BMI byla v době rozhovoru 12,6.

O povahových rysech slečny Simony jsem se mnoho nedozvěděla, neboť stejně jako slečna Kamila opouští léčbu asi po třech týdnech. Při takto významné podváze, je velmi vysoké riziko metabolického rozvratu. Zdá se, že Simona si neuvědomuje nebezpečí svého jednání a nemá příliš náhled na svůj problém.

K mému údivu Simona při rozhovoru dobře reagovala na otázky, byla aktivní, veselá, ochotná, přátelská, komunikativní a dalo by se říct, že se jí dařilo abstraktně přemýšlet nad otázkami.

Renáta. Také slečna Renáta souhlasila s účastí ve výzkumném šetření. Renáta je 30 letá mladá žena z malého města. Má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, je zaměstnaná v továrně a působí u výrobní linky. Má partnera, se kterým žije.

Mentální anorexií také trpí dlouhou dobu, uvádí 15 let. Hodnota jejího BMI byla vyšší (16,5), než bylo kritériem, ale ze stejného důvodu jako u slečny Karolíny, kterým je dlouhodobá historie MA, ji považuji za vhodnou respondentku výzkumného šetření.

Renáta je spíše introvertního založení. Bez vyzvání se příliš do komunikace nezapojuje. Ke komunikaci není motivována ani skupinovou terapií, zdá se, že se jí moc nedaří vlastní introspekce, mluvit o jejím trápení ve skupině není její šálek čaje. Avšak nepůsobí smutně, odtažitě či jinak negativně. Působí pozitivním, motivovaným a přátelským dojmem.

Lucie. Poslední respondentkou byla slečna Lucie. Lucie je 20 letá mladá studentka střední školy, která letos bude maturovat. Po střední škole by ráda pokračovala na vysoké škole. Přítelkyni nemá, žije s rodiči a jejími velkými koníčky jsou příroda a zvířata.

S mentální anorexií se potýká již 7 let, tedy také od puberty. Na první pohled je slečna Lucie hodně vyhublá. Za poslední půl rok se jedná o její druhou hospitalizaci na oddělení poruch příjmu potravy. Stále však není

přesvědčená o svém problému, respektive o možných a vážných důsledcích jejího onemocnění. Chtěla by pobyt na JSPPPP ukončit dříve, než by bylo pro ni vhodné. Jako důvod uvádí studijní povinnosti. Hodnota jejího BMI v době výzkumného šetření byla 14.

Slečna Lucie je další spíše introvertní pacientkou. Mluví velmi potichu a stejně jako slečna Renáta se zapojí do komunikace až na popud druhého. Poté se projevuje celkem komunikativně, příjemně a vstřícně. Dokáže sdílet své těžkosti, i když má tendence k sebestřednosti.

7.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo individuálně v místnosti určené pro lékaře a ostatní terapeutický personál na oddělení pro poruchy příjmu potravy. Tento prostor pacientky znaly, měly tak potřebné soukromí a cítily se bezpečně. Výzkumné šetření jsem prováděla v době, kdy byly pacientky po obědě, tedy se necítily nijak stresovány a nikam jsme nemusely pospíchat.

Ihned na začátku rozhovoru jsem pacientky seznámila s tématem diplomové práce, vysvětlila jsem jim odborné pojmy a průběh následujících událostí. Z důvodu ochrany osobních dat a etiky výzkumného šetření jsem dále pacientkám k podpisu předložila informovaný souhlas (viz příloha č.1).

Poté jsem přistoupila přímo k rozhovoru. Rozhovor byl založen na následujících otázkách, jejichž hlavním tématem byla změna rutinního procesu a reakce respondentek na tyto změny v běžném životě:

1. Umíte si představit, že byste se zítra probudila s jiným účesem či jinou barvou vlasů?
2. Je pro Vás stresující si zvykat na nového učitele či nadřízeného v zaměstnání?
3. Umíte si přestavit den, kdy byste nevěděla, co si vezmete na sebe nebo co budete dělat?
4. Představte si, že Vám ujel autobus a další jede až za hodinu. Vy ale musíte být za hodinu ve škole/práci. Jak se zachováte? Zkuste popsat pocity spojující se s touto situací.
5. Připravíte si oblečení na ráno, dle předpovědi má být slunečno. Ale

když se druhý den ráno probudíte, zjistíte, že venku prší. Pokuste se popsat, jak zareagujete na tuto situaci?

6. Představte si, že si ráno připravíte snídani, odejdete se umýt a než se vrátíte, někdo Vám snědl Váš oblíbený jogurt. V lednici jsou jogurty jiné, ovšem Váš oblíbený už nikoliv. Jak budete reagovat na tuto situaci?
7. Snažíte se pro rodinu k příležitosti oslavy narozenin upéct bábovku. Když dáte bábovku péct do trouby, zjistíte, že jste zapomněla přidat kypřící prášek. Jaká bude vaše reakce, když zjistíte omyl?
8. Stejná situace nastane, když si chcete upéct bábovku pro sebe. Jak na tento omyl zareagujete?
9. Dokážete si představit den, kdy byste nevěděla, co budete jíst za potraviny?

Potom, co respondentky odpověděly na uvedené otázky, požádala jsem je, zda by mohly pomocí čísla od nuly do desíti vyjádřit intenzitu, jak moc vnímají oslabenou schopnost set-shiftingu, přičemž číslo nula znamená, že tento deficit nevnímají vůbec a číslo 10 znamená, že tento deficit vnímají velmi silně. Toto číslo pacientky zaznamenaly přímo v graficky uvedené číselné ose.

Závěrečnou částí výzkumného šetření bylo absolvování Testu cesty, který má dvě části a obě jsou měřeny na čas. Zásadní tedy je, jak rychle respondentka při testování pracuje.

Jak již bylo zmíněno v kapitole „Metody výzkumného šetření“ část A měří zaměřenou vizuální pozornost, kdy má respondentka za úkol spojit jednou čarou číslice od 1 do 25 ve správném pořadí, jak nejrychleji dokáže. Část B měří rychlost komplexního kognitivního zpracování a hlavně mentální flexibilitu, jež je zásadní v této diplomové práci. Zde je úkolem respondentky spojit nejen 13 číslic, ale i 12 písmen jednou čarou ve správném pořadí (1A2B3C4D...atd.) jak nejrychleji dokáže. Před každou částí dostala pacientka možnost tréninku, tedy u části A i B si vyzkoušela příklad ve zkrácené formě, který bude následovat, a to bez měření času. Když jsem se ujistila, že úkolu pacientka porozuměla, mohly jsme začít s testováním.

7.5 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole se zaměřím na popis získaných dat a jejich výsledky. V první části uvedu, co bylo zjištěno o subjektivním vnímání oslabené schopnosti set-shiftingu podle pacientek, a to na základě položených otázek v rozhovoru. Jakým způsobem a za jakých podmínek byly rozhovory sbírány, jsem již sdělila v kapitole „Průběh výzkumného šetření“.

Interpretace doložím citovanými úryvky devíti respondentek, které se zúčastnily výzkumného šetření. Vzhledem k dodržování pravidel anonymity budou citované úryvky prezentovány tak, aby nebylo možné rozpoznat identitu respondentky.

V druhé části budu prezentovat výsledky, které byly zjištěny na základě absolvování Testu cesty. Úkolem této standardní diagnostické metody je objektivizace výsledků vyplývajících z rozhovorů.

7.5.1 Analýza rozhovorů

V celé kapitole uvedu devět otázek, na které respondentky odpovídaly a vzápětí bude následovat jejich interpretace a citované úryvky. Na závěr se pokusím odpovědět na hlavní výzkumnou otázku „*Vnímají u sebe pacientky trpící mentální anorexií adekvátně oslabenou schopnost set-shiftingu?*“ Na základě definice S. Žuchové a H. Papežové, že set-shifting představuje schopnost změnit své chování, při změně podmínek, je rozhovor založen na otázkách, které se týkají změn rutinních událostí a jak tyto změny prožívají (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Důležité je věnovat pozornost vlivu změny na chování a prožívání respondentek, protože reakce na tyto změny je může pozdržet, než jsou schopny provádět jiné úkoly.

Tento závěr bude doplněn interpretací číselných hodnot, které uvedly respondentky na číselné ose od 0-10. Tyto číslice vyjadřují pocíťovanou intenzitu subjektivního vnímání oslabené schopnosti set-shiftingu dle respondentek.

Otázka č. 1: Umíte si představit, že byste se zítra probudila s jiným účesem nebo jinou barvou vlasů?

Při první reakci pacientek na tuto otázku se zdá, že zapomínají na kritérium rychlosti, tedy že by tato změna nastala již „zítra“ ráno po probuzení. Dále opomínají náhlost této změny, která je podstatná. Z tohoto důvodu jim nabízím příklad, co by dělaly, kdyby se ráno probudily a mladší sourozenec by jim zastříhl ofinu. Rázem se jejich odpověď mění a začínají popisovat naštvání, šok, hysterii apod. Pár dívek mluví o velkém vlivu na jejich plnění povinností během dne. Avšak většina z nich mluví o prvotním šoku a naštvání, pak by se snažily najít řešení, ale do jejich povinností by tato změna nijak zvlášť nezasáhla.

Simona: *„Změnu účesu si dokážu představit, to mě nijak zvlášť nestresuje. Docela jsem už s vlasama experimentovala, takže mi to nevadí.“*

Jak byste reagovala, kdyby to bylo nečekané? Například, kdyby Vám sourozenec v noci zastříhl ofinku?: *„No, tak to bych se naštvala a nejspíš bych se s ním pohádala. Pak bych ale vyhledala kadeřnici, aby to nějak zamaskovala. Asi bych kvůli tomu nestřílela nebo nepropadala depresi, to ne (usmívá se). Ani by mě to neovlivnilo v běžném fungování během dne.“*

Lucie: *„Ne, to si vůbec neumím představit. Určitě bych se rozbrečela, na mých vlasech mi hodně záleží, od malička si je totiž pěstuju. Stačí jen, když jdu ke kadeřnici a zastříhují mi konečky. To taky skoro pokaždý obrečím, i když je to jen o kousek. No a co se týká barvení, tak jsem se jednou nechala přemluvit k přelivu a přesto, že to podle ostatních bylo hezký, mně se to nelíbilo. I to jsem obrečela. Neustále jsem na to musela myslet, prohlížela jsem se a ptala se ostatních, jak vypadám. Než se s takovou situací vyrovnám, mi trvá hodně dlouho a dost to zasahuje do mého běžného fungování v rámci dne.“*

Anna: *„Asi jo (po delším přemýšlení).“* **Jak byste reagovala, kdyby to bylo nečekané? Například kdyby Vám sourozenec v noci zastříhl ofinku?:** *„No, to bych asi byla celkem hysterická, teda rozhodně bych byla hysterická. Jenom ten pocit, že na mně bylo něco spácháno bez mého vědomí, je hroznej. Ten den bych se s tím, rozhodně nesmířila, to je dost brzo. V první řadě bych se snažila o to, abych tu změnu, která nastala, dokázala nějak vrátit zpátky, než abych se s tím smířila. Než bych skousla ušmiknutou ofinu, to by mi trvalo tak týden až*

čtrnáct dní. Takhle dlouho by mi trvalo, než bych přijala to, že mám místo vlasů zub. Už jenom ta představa je pro mě docela stresující.“

Otázka č. 2: Je pro Vás stresující si zvykat na nového učitele ve škole či nadřízeného v zaměstnání?

Většina děvčat popisuje problémy s přizpůsobením se nové situaci. Uvádí, že jim trvá delší dobu než si na někoho nového v práci či ve škole zvyknou. Situace, že se jim učitel ve škole nebo nadřízený v práci změní, to ještě více komplikuje. Cítí stres a nervozitu.

Kamila: *„No, je to pro mě celkem náročný. S tou změnou se neumím vyrovnat úplně hned, trvá mi to dýl. Když třeba přišel nový učitel, tak než jsem ho začala brát, tak mi to trvalo delší dobu.“*

Karolína: *„Jo, to je stresující. Nemám ráda, když mi někdo mění věci, na který jsem zvyklá, ať už je to učitel nebo kdokoliv jiný. Nevím, co od nových lidí mám očekávat, jsem z toho hodně nervózní.“*

Anna: *„Je to pro mě hodně stresující. Už když jsem byla malá a ve školce přišla jiná učitelka, tak jsem s ní odmítala spolupracovat. Úplně si pamatuju ten pocit, jak mi bylo úzko. Takže to celkem přetrvává, že mám problém s většími změnami prostředí, jako nástup do nové práce. Takový ty důležité kroky radši odkládám nebo setrvávám na jednom místě, to je celkem pro mě typický.“*

Ostatní pacientky v případě změny učitele ve škole nebo nadřízeného v zaměstnání problém vůbec nevidí. Důvodem například je, že už to několikrát zažily, některým změna připadá dokonce příjemná či osvěžující, jiné pacientky se snaží hledat v novém učiteli/nadřízeném to nejlepší.

Renáta: *„Ne, vůbec to pro mě není stresující. Zažila jsem to několikrát a možná i naopak, je to pro mě příjemné, když přijde nový člověk.“*

Lucie: *„Nevzpomínám si, že by se mi to stalo, když jsem to nečekala, ale myslím si, že by to pro mě takový problém nebyl. Třeba na biologii se nám učitelé měnili každý rok a nikdy mě to nijak zvlášť nerozhodilo. Naopak jsem se snažila v tom novém učiteli najít něco pozitivního. Je ale pravda, že o změnách učitelů na tu biologii jsem věděla dopředu.“*

Otázka č. 3: Umíte si představit den, kdy byste nevěděla, co si vezmete na sebe nebo co budete dělat?

Mimo jedné pacientky všechny ostatní odpověděly jednoznačně, že den, kdy by nevěděly, co budou dělat, je pro ně těžko představitelný. Vždy mají nějaký plán, program dne. Často zazněla odpověď, že pacientky neumí odpočívat a vždy během dne musí udělat něco smysluplného a užitečného. Většinou už dopředu vědí, co mají v programu na druhý den. Výhodou toho mít program je, že nemusí nad sebou moc přemýšlet, tedy aktivitou odvádí myšlenky od sebe.

V případě, že nastane nějaká nečekaná změna, velmi často je to rozhodí, jsou roztěkané a jak samy říkají, „prostě jim ta změna nezapadá do kolejí“.

Co se týká oblečení, výběr pro ně není až tak důležitý, ale zmiňují se, že si ho většinou připraví den dopředu.

Kamila: „*No, ono to bude znít asi blbě, ale mám vždycky všechno dopředu naplánovaný a když se ten program změní, tak je to docela problém. Jsem z toho špatná, apatická a každopádně to naruší můj denní řád. Pak většinou čekám, než přijde další bod programu. Jsem pak rozhozená, roztěkaná a nezapadá to do těch mých kolejí.*“

Simona: „*Tu situaci, že nevím, co budu dělat, si umím představit, ale nemám to moc ráda. Když mám před sebou ten prázdný den, což nezažívám moc často, musím vymyslet jakoukoliv aktivitu, abych se v sobě moc nepitvala, nepřemýšlela nad sebou a nenudila se. Každopádně jsem radši, když mám konkrétní plán.*“

Lucie: „*Myslím si, že taková situace ani nemůže nastat. Mám dopředu všechno naplánovaný, přesně vím, co budu dělat. Mám takový rituály, který dodržuju, i když teď už si uvědomuju, že to není dobře. Tady při hospitalizaci, zjišťuju, že mám ten den hrozně moc složenej z těch rituálů. Když některý z nich nedodrším, musím na to potom pořádně myslet a hrozně moc mi to vadí, že jsem něco nedodržela. I to oblečení si připravím večer, předtím než jdu do školy.*“

Pouze slečna Karolína říká, že je pro ni celkem běžné, že neví, co si oblékne, ani nemá konkrétní a detailní plán dne, který má před sebou.

Karolína: „*To zažívám docela často, že se ráno probudím a nevím, co si vezmu na sebe, to vymyslím až za pochodu. A většinou ani nevím, co budu dělat. Vím třeba, že se musím učit nebo že musím nakoupit, ale že bych měla detailní program toho dne, to ne. Řekla bych, v tomhle jsem celkem schopná se přizpůsobit.*“

Otázka č. 4: Představte si, že Vám ujel autobus a další jede až za hodinu. Vy ale musíte být za hodinu ve škole/práci. Jak se zachováte? Zkuste popsat pocity spojující se s touto situací.

Většina respondentek tuto situaci nepopisuje, že by byla nějak zvlášť stresující či emocionálně náročná. Jako první je napadne, že budou našťvané, vzteklé, některé z nich zažijí i lehký panický stav. Avšak plynule přecházejí k řešení, mluví o tom, jak by si do školy/práce sehnaly odvoz nebo by jely taxíkem. Dále by také záleželo na podmínkách, které jsou ve škole/ práci, tedy jestli je nějaký důležitý test nebo povinnost v práci, jež nesnese odklad. Také zmiňují pocity a fakt, že nemají rády pozdní příchody. Můžeme tedy pozorovat, že respondentky mají tendenci k perfekcionismu.

Ivana: „*No, v první chvíli budu naprdlá a vnitřně si zanádvám, ne nijak nahlas. Budu našťvaná na sebe, že jsem měla vyjít z domova dřív, budu si to prostě vyčítat. Pak se to pokusím nějak řešit, aby mě někdo odvezl nebo kdyby to nebyla velká dálka, tak bych si vzala i taxíka. Prostě nejdřív budu nadávat a potom budu řešit.*“

Avšak pro některé pacientky by tato situace byla velmi emocionálně zatěžující.

Anna: „*Když zjistím, že mi ten autobus ujel, budu úplně hysterická. Budu brečet a nadávat, to vím úplně přesně, že bych se takhle chovala. Než bych to začala řešit, tak se budu hodinu hroutit a vyšilovat. A úplně nejlepší je, aby ten problém za mě vyřešil někdo jiný, třeba rodiče nebo partner, kteří by se mě snažili uklidnit. Teprve potom jsem schopná nějak fungovat. Než se dostanu k samotnému řešení, trvá mi to dlouho.*“

Karolína: „*Tak nastane taková mírná panika, ve smyslu: co budu teď dělat? Nejdřív asi zavolám mamce, aby mi poradila, co mám dělat, že se do školy včas nedostanu atp. Nesnáším, když někdo chodí pozdě, takže bych si to hodně*

vyčítala. *Měla bych taky strach z důsledků. Snažila bych se i zavolat do školy, abych se omluvila. No byla bych z toho hodně špatná.*“

Otázka č. 5: Připravíte si oblečení na ráno, dle předpovědi má být slunečno. Ale když se druhý den ráno probudíte, zjistíte, že venku prší. Pokuste se popsat, jak zareagujete na tuto situaci?

Tato otázka u většiny respondentek nevyvolala, žádné intenzivní pocity, které by ovlivnily jejich následující chování nebo reagování na další běžné povinnosti, které jsou součástí každodenního života. První reakce pacientek byla, že by si jednoduše oblékly něco jiného, přizpůsobily by se tedy počasí. Jediné, co by je mrzelo, by bylo špatné počasí.

Kateřina: *„Nic se nestane, prostě si obléknu něco jiného. Vyřeším to tak, že si k připravenému oblečení vezmu něco navíc, aby mi nebyla zima. Oblečení nijak zvlášť neřeším. Spíš mě bude štvát to, že je hnusně. To je jediný důvod, který mi může zkazit náladu, ale určitě mě to nijak zásadně nerozhodí.“*

Simona: *„V pohodě, jednoduše půjdu do skříně a vyhrabu něco jinýho. Akorát mě bude štvát, že prší.“*

Zajímavé je, že pouze slečna Martina, reaguje na předem připravené oblečení. Jako jediná se rozhoduje o oblečení až před odchodem.

Martina: *„S tím problém nemám, protože si oblečení vybírám až ráno a to přesně z tohoto důvodu. Takže tahle situace se mnou nic moc neudělá, akorát mi bude nepříjemné, že jsem se těšila na hezké počasí a nakonec prší.“*

Avšak mezi respondentkami jsou i dvě výjimky, pro které je zmíněná situace náročná. Evidentně je spojena s problémy v rozhodování. U slečny Lucie se dokonce projevuje rigidní styl myšlení.

Anna: *„No, tak to jsem schopná přijít klidně o hodinu pozdě, protože prostě nevím. Celkově mám poslední dobou problém s rozhodováním, asi od té doby, co mám anorexii. Třeba i nakupování v obchodě mi trvá hrozně dlouho, protože nevím, kterej sýr si mám vybrat. To samý, když si večer připravuju oblečení, tak se hrozně dlouho rozhoduju. Proto jsem pak ráno schopná strávit i hodinu před tou skříní, než se oblíknu.“*

Lucie: „*To oblečení většinou nezměním, a to i když vím, že mi bude zima. Jedině, když přijde maminka a řekne mi, že jsem blázen, když si chci vzít sukni a venku je mráz, teprve potom to oblečení možná změním. Když já už se většinou těším na to, co si vezmu.*“

Otázka č. 6: Představte si, že si ráno připravíte snídani, odejdete se umýt a než se vrátíte, někdo Vám snědl Váš oblíbený jogurt. V lednici jsou jogurty jiné, ovšem Váš oblíbený už nikoliv. Jak budete reagovat na tuto situaci?

Situace týkající se zásahu do jídla pacientek trpících mentální anorexií je vždy zásadní a velmi intenzivní, což bylo v odpovědích zřejmé. Drtivá většina respondentek už přesně věděla, co odpoví, ještě před tím, než byla otázka dokončena. Sedm respondentek z devíti jako první reakci popisuje vztek na toho, kdo jim jídlo snědl. Zdůrazňují, že když se jedná o jejich jídlo, nikdo se ho nesmí dotknout. Jak již bylo zmíněno, zásah do jídla vyvolává intenzivní vlnu negativních emocí, které pacientky ovlivní minimálně na půl dne.

Kateřina: „*No, to bych manžela zpražila tak, že by si to za rámeček nedal! Ten jogurt jsem si připravila já, tak je můj a nikdo se ho nesmí dotknout! Nedej bože, kdyby mi šáhnul do talíře. Byla bych naštvaná a hodně dlouho by se mě to drželo.*“

Karolína: „*To by mě hodně naštvalo a vyčetla bych to tomu člověku. Když ví, že to je můj jogurt, tak proč mi ho jí? Se ségrou máme v lednici svá místa na jídlo. Já mám jídlo vpravo a ségra vlevo a nikdo se toho jídla nesmí dotknout nebo ať se aspoň zeptá. Nemám ráda, když mi někdo vezme jídlo bez dovození. Já jsem si ten jogurt naplánovala na snídani a tak to musí být, jinak začnu nadávat a brečet. Pak nemůžu rychle vymyslet, co mám sníst, aby to bylo správně. Takže to mě dost rozhodí, jsem vystresovaná a mám pak špatnej celý den.*“

Kamila: „*Hrozně se rozčílím. To se mi doma stává a to jsou pak velký boje. Já mám připravený přesně to, co mám ten den jíst a nedokážu si představit, že bych měla jíst něco jiného, protože to takhle mám naučený. Hodně mě to rozhodí, jsem protivná a vzteklá. Dokážu to řešit klidně až do odpoledne.*“

Slečna Renáta reaguje oproti ostatním respondentkám trochu jinak. První, co se Renátě vybaví, je radost, že nebude muset jíst a jako jediná by se dokázala se vzniklou situací vypořádat.

Renáta: *„Budu svým způsobem ráda, že mám výmluvu, abych nemusela jíst. Dokážu si představit, že si vezmu něco jiného k jídlu. Příteli nevynadám, mám ho ráda, takže to, co je moje, patří i jemu. Ale radost mi to určitě neudělá.“*

Otázka č. 7: Snažíte se pro rodinu k příležitosti oslavy narozenin upéct bábovku. Když dáte bábovku péct do trouby, zjistíte, že jste zapoměla přidat kypřicí prášek. Jaká bude vaše reakce, když zjistíte omyl?

Tato situace nevyzněla pro respondentky nijak zvlášť náročně. Děvčata v první řadě popisují svou reakci na chybování a jak se běžně vyrovnávají s takovým omylem. Asi polovina respondentek mluvila o prvotním naštvání, o vzteku sama na sebe, beznaději, co s tím budou dělat dál, zmatku apod. Poté by situaci začaly řešit. Avšak je patrné, že před nadcházejícím řešením by byly trochu paralyzované svým omylem.

Renáta: *„Nejdřív se rozčílím a pak nastane zmatek: co mám jako dělat? Taký si to dost vyčítám, že nejsem schopná upéct ani bábovku. No, a potom, když ještě budu mít ingredience, začnu dělat novou buchtu. Ale chvílku mi trvá, než se do toho pustím znova.“*

Simona: *„Naštvu se a tu bábovku vyhodím. Budu na sebe nadávat, že jsem neschopná a nemožná, že ani takovou jednoduchou buchtu nezvládnou. Až když se uklidním, pustím se do novy bábovky nebo ji koupím.“*

Ivana: *„Jsem na sebe naštvaná a taky si to budu vyčítat. Když to rozdejchám, nevzdám se a upeču novou bábovku.“*

Přibližně druhá polovina děvčat se nad takovým omylem nijak zásadně nepozastaví.

Karolína: *„No, řeknu si, že jsem popleta, ale dobrý. Prostě začnu znova. To se přece může stát kdykoliv.“*

Kateřina: *„No, tak se nic neděje. Tak to nevykyne, no. Dám to ochutnat manželovi, jestli je to dobrý a podle toho tu bábovku vyhodím nebo ne. Když se to nebude dát jíst, tak ji prostě vyhodím a žádná nebude.“*

Je zřejmé, že ani jedna z děvčat nemá dojem, že by se nastal natolik významný problém, že by situaci nedokázaly včas vyřešit.

Otázka č. 8: Stejná situace nastane, když si chcete upéct bábovku pro sebe. Jak na tento omyl zareagujete? Bude to pro Vás jiné?

Téměř všechny respondentky uvádí, že pro ně tato situace jiná je a to ve smyslu, že když dělají něco dobrého pro sebe, je rozdíl v tom, že chybování zásadním způsobem řešit nebudou. V případě, že se děvčata snaží udělat radost svým blízkým, tehdy nastávají emočně vypjaté důsledky, což se zdá zcela přirozené. Tato tvrzení potvrzují následující výpovědi.

Kamila: *„To bych vůbec neřešila. Problém je, když chci udělat radost rodině nebo když ten svůj výtvar chci někde prezentovat někomu, na kom mi záleží. Takže když je to jen pro mě, tak jestli udělám novou bábovku nebo ne, záleží na tom, jak moc velkou chuť na ní mám.“*

Renáta: *„Určitě by to bylo jiné. Když budu péct bábovku pro sebe a manžela a udělám chybu, jednoduše se tomu zasmějeme. Pokud ještě budu mít ingredience, udělám novou. Rozhodně budu klidnější, než když bych pekla pro rodinu.“*

Akorát slečna Anna na tuto situace nahlíží úplně jinak než ostatní respondentky. Je možné tvrdit, že tento způsob, jak nahlízejí pacientky trpící mentální anorexií na své jídlo, jako například slečna Anna, je poměrně častý. Ve vybrané skupině pacientek se tento fakt vyskytl pouze jednou.

Anna: *„Tohle by bylo každopádně horší. Nebrala bych to tak s nadhledem, protože jsem vybíravá a všechno, co sním, musí být tak, jak má. Já to určitě jíst nebudu. Tu bábovku raději dám ostatním, než abych ji jedla sama. Když ten omyl zjistím, budu mnohem víc ufnukaná, než kdyby to mělo být pro rodinu. Vím, že je to divný, ale je to tak.“*

Otázka č. 9: Dokážete si představit den, kdy byste nevěděla, co budete jíst za potraviny?

Některé pacientky odpovídaly, že když nemají jídelní plán, neznamena to pro ně nic zvláštního. Tuto situaci si tedy dokážou představit bez jakékoliv emočně vypjaté situace. Dokonce tvrdí, že jsou schopny se přizpůsobit různým

výletům i návštěvám bez toho, aniž by přemýšlely nad tím, co budou konkrétně jíst.

Renáta: „*Určitě si to dokážu představit. Až ráno u snídane se rozhoduju, co si vlastně dám a na co mám chuť. Jezdíme na různé trempy a výlety a tam nejde plánovat si něco dopředu.*“

Simona: „*Jo, to si dokážu představit. Už před léčbou to bylo dost časté, že jsem neměla konkrétní plán, co budu jíst. Ten den jsem vlastně ani nevěděla, jestli budu vůbec jíst. Když už jsem se rozhodla, že se najím, většinou jsem jedla to, co dům dal.*“

Martina: „*To si umím představit. Když jedeme na výlet, tak zajdeme do restaurace a tam si něco vyberu. Tahle představa pro mě není nijak stresující.*“

Většina pacientek však říká, že bez detailního jídelního plánu, si program dne neumí představit. Ta nejistota je pro ně dost zatěžující neboť se budou neustále zabývat tím, co budou v příštích hodinách jíst a nemohly by se soustředit na nic jiného. Když mají konkrétní jídelní plán, je to pro ně uvolňující, ale pokud nastane nějaká další změna, jejich pozornost je opět poutána k jídlu.

Anna: „*Taková představa je dost těžká, protože mám jídelníček vždycky naplánovaný den dopředu. Vždycky, když večer přemýšlím nad jídelníčkem, zabírá mi to hodně času a v tu chvíli se nesoustředím na nic jiného. Nejdu spát dokud ho nemám vymyšlený. Je dost těžký vymyslet to tak, abych na to jídlo druhý den měla chuť. Nepřipadá v úvahu, abych se rozhodla až ráno, co budu jíst nebo abych si něco koupila cestou do práce. To bych nejspíš nebyla schopná vyjít z baráku.*“

Karolína: „*Kdybych nevěděla, co budu druhý den jíst, byla bych hodně nervózní a v ten moment nebudu myslet na nic jiného. Taková představa je pro mě hodně stresující. Nejdůležitější jsou pro mě snídane a svačiny. Ty mám naplánované a kterákoliv změna je nereálná, přes to vlak nejede. Nedokážu si představit jakékoliv náhradní řešení. Na obědech a večerích mi tolik nezáleží, pokud nejsou k obědu knedlíky a k večeri smažák. To bych asi nebrala s klidem.*“

Lucie: „*To si nedokážu vůbec představit. I když nechci, jídlo mám vždycky dopředu naplánovaný. Ted' už se snažím ho plánovat jen na jeden den. Před léčbou bylo jídlo to jediný, co mě na dalším dnu zajímalo. Nebylo jednoduchý jet někam na výlet, aniž bych věděla, co budu jíst. Mám prostě sklony to plánovat. Když nastane změna, prožívám ji dost špatně. Vůbec se nedokážu soustředit na nic jinýho nebo dělat jiný aktivity. A netýká se to jen jídla, ale i ostatních činností během dne. Jakmile nastane nějaká změna, tak je zle. Dokážu z toho dokonce i zkolabovat. To se právě stalo předtím, než jsem znovu nastoupila do léčby. Dost mi to otevřelo oči. A tak jsem zase tady.*“

7.5.2 Intenzita vnímané míry schopnosti set-shiftingu dle respondentek

Nyní uvedu číselné hodnoty, jejichž prostřednictvím respondentky vyjádřily míru intenzity jejich subjektivního vnímání oslabené schopnosti set-shiftingu. Tabulka úzce souvisí s následující podkapitolou, kde budou jednotlivé číselné hodnoty porovnány s výsledky testu u každé respondentky.

V tabulce názorně uvidíme, kolikrát kterou hodnotu respondentky zvolily. Poté můžeme odvodit, která hodnota se vyskytovala nejčastěji. Číselná škála měla rozpětí od 0-10, přičemž nula znamená, že respondentka nemá dojem, že by trpěla sníženou schopností set-shiftingu. Naopak číslo 10 znamená, že respondentka velmi pociťuje oslabenou schopnost set-shiftingu, která se projevuje rigidním chováním.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-	1x	1x	-	3x	-	-	-	1x	3x	-

Z tabulky je patrné, že pět z devíti respondentek volilo hodnoty mezi 0-5. To znamená, že oslabenou schopnost set-shiftingu pociťují spíše slabě. Dvě pacientky tvrdí, že tento deficit nevnímají vůbec a tři pacienty mluví o tom, že si deficit uvědomují slabě.

Zbylé čtyři respondentky uvádí, že oslabenou schopnost set-shiftingu vnímají velmi silně. Jsou si vědomy svého rigidního chování a dokonce

v rozhovorech mluví o tom, jak jim tento způsob chování negativně ovlivňuje život. Vidíme, že jedna respondentka se vyjádřila číslem 8 a další tři respondentky číslem 9. To znamená, že si silně uvědomují oslabenou schopnost set-shiftingu a své rigidní chování. Konkrétní číselné hodnoty, které uvedly jednotlivé respondentky, budou uvedeny v souhrnné tabulce s porovnáním výsledků dosažených v Testu cesty v následující podkapitole.

7.5.3 Výsledky Testu cesty (Trial Making Test)

O Testu cesty neboli Trial Making Testu jsem psala v kapitole týkající se metod zkoumání. Tam bylo popsáno, co Test cesty je, co měří a jeho administrace. Účelem následující části je popsat, jak respondentky obstály v testování na základě interpretace, kterou uvádí odborná literatura.

Vzhledem k tomu, že test je citlivý na věk a dobu vzdělání, budou respondentky rozděleny do tří podskupin dle věku. A protože všechny respondentky mají středoškolské vzdělání, není potřeba dalšího třídění do podskupin. Použité normy Testu cesty uvádím v příloze č. 3.

Závěr bude obsahovat souhrnnou tabulku, ze které bude vyplývat, jak respondentky obstály v testování jako skupina ve srovnání s číselným hodnotami vyjadřujícím intenzitu subjektivního vnímání oslabené schopnosti set-shiftingu.

První podskupinu tvoří respondentky, kterým bylo 20 let. Ve věkovém pásmu 20-24 let normy uvádí průměrný čas výkonu pro TMT A¹ 24,05 sekund, ke kterému přičteme 1,31 sekund jako korekci vzdělání a zohledníme standartní odchylku 7,63 sekund. Vznikne následující časové rozpětí, podle kterého zjistíme, jestli respondentky obstály nadprůměrně, průměrně či podprůměrně. Hodnoty času jsou ve všech tabulkách vyjádřeny v sekundách.

Výsledné časové rozpětí TMT A				
Silný podprůměr	Lehký podprůměr	Průměr	Lehký nadprůměr	Silný nadprůměr
40,62 a více	40,62 – 32,99	32,99 – 17,73	17,73 – 10,1	10,1 a méně

¹ TMT A – zkratka Trial Making Test (Test cesty), část A

Pro TMT B² normy uvádí průměrný výkon 53,57 sekund, ke kterému přičteme 6,45 sekund jako korekci vzdělání a zohledníme standartní odchylku 19,19 sekund. Opět vznikne následující výsledné časové rozpětí, podle kterého zjistíme, jak respondentky obstály v testování.

Výsledné časové rozpětí TMT B				
Silný podprůměr	Lehký podprůměr	Průměr	Lehký nadprůměr	Silný nadprůměr
98,6 a více	98,6 – 79,41	79,41 – 41,03	41,03 – 21,84	21,84 a méně

Následující tabulka obsahuje konkrétní výsledky respondentek z obou částí testu:

Respondentka	TMT	Výsledný čas
Martina	A	33s
	B	62s
Karolína	A	40s
	B	65s
Lucie	A	28s
	B	45s

Druhou podskupinu respondentek tvoří ty, kterým bylo mezi 25ti – 29 lety. V tomto věkovém pásmu uvádí normy pro TMT A průměrný časový výkon 24,46 sekund, ke kterému přičteme 1,31 sekund jako korekci vzdělání a zohledníme standartní odchylku 7,78 sekund. Pro věkové pásmo 25-29 let vznikne následující výsledné časové rozmezí:

Výsledné časové rozpětí TMT A				
Silný podprůměr	Lehký podprůměr	Průměr	Lehký nadprůměr	Silný nadprůměr
41,33 a více	41,33 – 33,55	33,55 – 17,99	17,99 – 10,21	10,21 a méně

² TMT B – zkratka Trial Making Test (Test cesty), část B

Pro TMT B uvádí normy průměrný časový výkon 54,72 sekund, ke kterému přičteme 6,45 sekund jako korekci vzdělání a zohledníme standartní odchylku 18,87 sekund. Opět vznikne následující časové rozmezí, podle kterého zjistíme, jak respondentky v testování obstály.

Výsledné časové rozpětí TMT B				
Silný podprůměr	Lehký podprůměr	Průměr	Lehký nadprůměr	Silný nadprůměr
98,91 a více	98,91 – 80,04	80,04 – 42,3	42,3 – 23,43	23,43 a méně

Respondentky obstály v testování následovně:

Respondentka	TMT	Výsledný čas
Kamila	A	16s
	B	152s
Anna	A	36s
	B	63s
Simona	A	36s
	B	61s

Třetí podskupinu respondentek tvoří ty, kterým bylo 30-34 let. V tomto věkovém pásmu uvádí normy pro TMT A průměrný časový výkon 25,23 sekund, ke kterému přičteme 1,31 sekund jako korekci vzdělání a zohledníme standartní odchylku 8,05 sekund. Vznikne následující výsledné časové rozmezí:

Výsledné časové rozpětí TMT A				
Silný podprůměr	Lehký podprůměr	Průměr	Lehký nadprůměr	Silný nadprůměr
42,64 a více	42,64 – 34,59	34,59 – 18,49	18,49 – 10,44	10,44 a méně

Pro TMT B uvádí normy průměrný časový výkon 56,84 sekund, ke kterému přičteme 6,45 sekund jako korekci vzdělání a zohledníme standartní odchylku 19,29 sekund. Opět vznikne následující časové rozmezí, podle kterého zjistíme, jak respondentky v testování obstály.

Výsledné časové rozpětí TMT B				
Silný podprůměr	Lehký podprůměr	Průměr	Lehký nadprůměr	Silný nadprůměr
101,87 a více	101,87-82,58	82,58-44	44-24,71	24,71 a méně

Tato podskupina respondentek si vedla v testování následovně:

Respondentka	TMT	Výsledný čas
Ivana	A	39s
	B	177s
Kateřina	A	36s
	B	90s
Renáta	A	33s
	B	69s

Na závěr kapitoly bude prezentována souhrnná tabulka, ze které je zřejmé, jak respondentky obstály v testování v TMT A i TMT B s porovnáním subjektivně vnímané intenzity oslabené schopnosti set-shiftingu a celková interpretace zjištěných dat. Vnímaná intenzita byla vyjádřena respondentkami na číselné škále prostřednictvím hodnot od nuly do deseti, přičemž nula znamená, že respondentka oslabenou schopnost set-shiftingu nevnímá vůbec a číslo deset naopak znamená, že tohoto nedostatku si je respondentka plně vědoma.

Odborníci popisují výkony v Testu cesty následujícím způsobem: „Horší výkon v obou částech ukazuje na pomalé psychomotorické tempo a na potíže s vizuoprostorovým vyhledáváním. Selhání v části B upozorňuje na potíže s rozdělením pozornosti a na sníženou kognitivní flexibilitu“ (PREISS a BARTOŠ aj., 2012, s. 38).

Respondentka	Výkon TMT A	Výkon TMT B	Subjektivně vnímaná intenzita
Martina	Lehký podprůměr	Průměr	1
Ivana	Lehký podprůměr	Silný podprůměr	4
Karolína	Lehký podprůměr	Průměr	9
Anna	Průměr	Průměr	9
Kamila	Lehký nadprůměr	Silný podprůměr	9
Kateřina	Lehký podprůměr	Lehký podprůměr	4
Simona	Lehký podprůměr	Průměr	4
Renáta	Průměr	Průměr	2
Lucie	Průměr	Průměr	8

Z výsledné tabulky lze vyčíst, že pouze dvě respondentky neadekvátně vnímají svůj kognitivní deficit. Jedná se o slečnu Ivanu a Kateřinu. Obě respondentky selhaly v části B, který poukazuje na zhoršení kognitivní flexibility (set-shifting) avšak zároveň uvádí, že oslabenou schopnost set-shiftingu vnímají pouze lehce. Slečna Kamila, která také selhala v druhé části testu, si je vědoma svého nedostatku.

Zajímavé zjištění se týká slečny Anny, Karolíny a Lucie, kdy všechny tři respondentky v TMT B obstály, přesto mají dojem, že trpí kognitivním deficitem. Nabízí se vysvětlení, že se u respondentek projevují spíše znaky obsedantně-kompulzivní poruchy než oslabené schopnosti set-shiftingu. Jak již bylo zmíněno v teoretické části obsedantně-kompulzivní porucha se běžně vyskytuje současně s diagnózou mentální anorexie.

Slečny Martina a Simona obstály v části B, ale selhání v části A poukazuje na zhoršenou úroveň vizuálně zaměřené pozornosti. Také můžeme pozorovat, že obě respondentky adekvátně vnímají vlastní úroveň schopnosti set-shiftingu.

Slečna Renáta jako jediná obstála v obou částech textu a má přiměřený pohled na svou úroveň kognitivní flexibility.

7.6 Závěry výzkumného šetření

Na základě výsledků a jejich interpretace lze říci, že zvolené cíle výzkumného šetření byly splněny. Ověřované hypotézy se potvrdily, a to následujícím způsobem:

Ověřované hypotézy:

1. V případě prokázané snížené schopnosti set-shiftingu prostřednictvím Testu cesty, bude subjektivní vnímání tohoto kognitivního deficitu dle respondentek slabé či neuvědomované.
2. V celé zkoumané skupině se u většiny respondentek projeví spíše nepřiměřené subjektivní vnímání schopnosti set-shiftingu. Nepřiměřené subjektivní vnímání schopnosti set-shiftingu znamená rozdíl mezi zjištěným výsledkem objektivní reality a vlastním vnímáním pacientek.

Je možné tvrdit, že první hypotéza byla částečně potvrzena. Z výsledků je patrné, že oslabenou schopností set-shiftingu trpí tři respondentky. Slečny Ivana a Kateřina uvedly, že úroveň své schopnosti set-shiftingu vnímají spíše jako slabou. Také slečna Kamila selhala v druhé části Testu cesty, avšak svůj deficit si uvědomuje. Tedy hypotéza se prokázala u dvou respondentek ze tří, kterým se potvrdila snížená schopnost set-shiftingu.

Také druhá hypotéza se částečně potvrdila, a to v případě, vezmeme-li v potaz celou skupinu respondentek. Pět respondentek vnímají svou schopnost set-shiftingu odlišně oproti výsledkům Testu cesty. Slečna Martina, Simona, Renáta a Kamila však svou kognitivní úroveň vnímají přiměřeně. Pouze u slečny Kamily Test cesty poukázal na velmi sníženou schopnost set-shiftingu, která si ho jasně uvědomovala.

Na základě těchto zjištění se dále pokusím odpovědět na výzkumnou otázku „*Vnímají u sebe pacientky trpící mentální anorexií adekvátně oslabenou schopnost set-shiftingu?*“

Na základě souhrnné tabulky vyplývá zjištění, že většina respondentek vnímá svou míru oslabeného set-shiftingu nepřiměřeně. Zajímavé však je, že tři z pěti respondentek se pouze domnívaly, že trpí oslabenou schopností set-shiftingu, zatímco Test cesty ukázal, že tímto deficitem ani jedna z respondentek netrpí. Jedním z možných vysvětlení je, že respondentky vykazují obsedantní rysy chování, nikoliv oslabenou schopnost set-shiftingu.

Vzhledem k tomu, že kritériem pro výběr výzkumného vzorku byla aktuální hodnota BMI a délka onemocnění, z výsledků vyplývá další zjištění, že oslabená schopnost set-shiftingu u této skupiny respondentek není vždy úzce spojena s nízkou hodnotou BMI a s chronickým onemocněním mentální anorexie.

7.7 Diskuze

Účelem této kapitoly je ohlédnouti se za výzkumným šetřením, celkové zhodnocení, jeho kladné stránky a nedostatky.

V empirické části jsem získala zajímavé rozhovory od devíti pacientek hospitalizovaných na oddělení pro poruchy příjmu potravy na Psychiatrické klinice Ke Karlovu, tj. Jednotce specializované péče pro poruchy příjmu potravy. Rozhovory probíhaly ve všech případech velmi klidně a v přátelské atmosféře. Bylo pozoruhodné slyšet odpovědi pacientek, jak jsou pro ně i malé změny zásadní pro jejich každodenní činnost. Díky rozhovorům můžeme pozorovat, jak podobně či rozdílně pacientky změny podmínek vnímají.

Na první dojem se většina pacientek s velkou ochotou účastnila výzkumného šetření. Po ukončení celého procesu rozhovorů a testování pacientky tvrdily, že jim téma výzkumného šetření připadá zajímavé a přínosné. Nejvíce byly překvapeny samotným Testem cesty, kdy druhou část hodnotily, jako velmi odlišnou a někdy hodně náročnou.

Vzhledem k tomu, že jsem nepůsobila v roli nezaujatého zkoušejícího, ale jako terapeutka pacientek, vnímaly mě jako součást terapeutického týmu. Nabízí se tedy otázka, nakolik se výzkumného šetření chtěly zúčastnit dobrovolně a nakolik měly respondentky dojem, že se účast od nich očekává nebo je dokonce povinná. Tento aspekt mohl mít také vliv na povahu upřímných odpovědí respondentek. V období, kdy byl rozhovor prováděn, bylo rozhodováno o předčasném propuštění z hospitalizace některých respondentek. Je tedy možné, že respondentky o sobě mluvily více optimisticky než realisticky, aby jim bylo umožněno opustit léčebný program. Neutralitu zkoušejícího tedy hodnotím jako jisté omezení provedeného výzkumného šetření.

Myslím, si že tento styl výzkumného šetření není úplně běžným, ale shledávám jej zajímavým a přínosným. Jeho zásluhou získáváme kvalitativní informace, které jsou vzápětí objektivizovány standartní diagnostickou metodou. Pozitivně lze také vnímat fakt, že výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (viz příloha č.4).

Nutno říci, že výzkumné šetření by bylo relevantnější, kdyby předem byla respondentkám jasně diagnostikována snížená schopnost set-shiftingu a tato skutečnost by byla zásadním aspektem pro výběr výzkumného vzorku. Zmíněný postup jsem nezvolila, neboť účelem výzkumného šetření bylo v první řadě získat spontánní odpovědi pacientek a zjistit, jak samy nahlíží na svůj kognitivní deficit, v tomto případě na sníženou schopnost set-shiftingu. Primární diagnostikování respondentek by mohlo jejich výpovědi ovlivnit. Dalším důvodem je, že uvedený postup by byl pro mne jako stážistku velmi náročný nejen časově, ale také prostorově, neboť stážisté nemají vždy k dispozici klidné místo určené k testování respondentů. Zároveň by tento postup mohl negativně zasahovat do povinností ostatních členů terapeutického týmu. Z tohoto důvodu jsem zvolila kritéria hodnoty BMI a délku onemocnění,

kdy se jevílo jako další přínosné zjištění, zda nízká hodnota BMI a dlouhodobé onemocnění mentální anorexií souvisí s oslabenou schopností set-shiftingu.

Vzhledem k počtu respondentek je projekt nazýván výzkumný šetřením a nikoliv samotným výzkumem. Při zohlednění uvedených nedostatků může být výzkumné šetření také pojato jako pilotní výzkum.

Na závěr bych ráda stručně zmínila, jaký terapeutický program je vhodný pro pacientky s oslabenou schopností set-shiftingu. Je jím takzvaná kognitivní remediace, která právě vychází z nálezů kognitivní rigidity (ŽUCHOVÁ a PAPEŽOVÁ, in PAPEŽOVÁ aj., 2010). Tento terapeutický program je součástí léčebného programu oddělení pro poruchy příjmu potravy a je převážně aplikován u pacientek nacházejících se v akutní fázi, u nichž odborníci je předpokládají vyšší míru kognitivní rigidity a snížené schopnosti set-shiftingu. Kognitivní remediace je chápána jako přípravná fáze pro psychologickou intervenci. Zásadní tedy je, že pacientky připravuje na náročnější formy psychoterapie (cit dle Whitney et al., 2008; Tchanturia et al., 2007b; in ŽUCHOVÁ a TOUTONGHI aj., 2013). Tento terapeutický přístup pozitivně ovlivňuje maladaptivní a rigidní chování, jímž se projevuje snížená schopnost set-shiftingu. Kognitivní remediace je důležitou součástí léčby pacientek s mentální anorexií a zvyšuje předpoklad k úzdavě.

ZÁVĚR

Celá diplomová práce byla koncipována do dvou částí – teoretické a empirické.

První kapitola teoretické části byla zaměřena na klíčové pojmy, o kterých práce pojednává a stručnou charakteristiku jejich významů, neboť jsou důležité pro pochopení celého odborného textu.

Teoretická část se zabývala několika zásadními tématy. Druhým tématem byly poruchy příjmu potravy, zejména pak mentální anorexie, její diagnostika, klinický obraz a historie. Třetí kapitola popisuje etiologii a rizikové faktory mentální anorexie, kde jsou zmíněny biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní aspekty vzniku tohoto onemocnění. Čtvrtá kapitola pojednává o tom, jaké nebezpečí a důsledky s sebou nese mentální anorexie. Pátá kapitola se týkala kognitivních funkcí a především jejich deficitů a vysvětlovala, jak konkrétně souvisí s poruchami příjmu potravy. Následovala podstatná podkapitola zabývající se kognitivní flexibilitou u pacientů trpících poruchou příjmu potravy, tedy set-shiftingem, jež byl hlavním pojmem v empirické části. Šestá kapitola představila Jednotku speciální péče pro poruchy příjmu potravy a její léčebný program.

Cílem empirické části bylo zjistit, jak pacientky trpící mentální anorexií vnímají vlastní sníženou schopnost set-shiftingu pomocí rozhovoru. Poté byl tento subjektivní názor pacientek objektivizován standartní diagnostickou metodou kognitivních funkcí Testem cesty (Trial Making Test). Nedílnou součástí empirické části bylo představení použitých metod ve výzkumném šetření, výzkumného vzorku, průběh šetření, nakonec autorka uvedla samotné výsledky, jejich interpretaci a závěr výzkumného šetření. V podkapitole „Závěr výzkumného šetření“ autorka formulovala výstupy, že zkoumaná hypotéza se částečně potvrdila a částečně nepotvrdila. Na základě získaných dat vplynuly i další poznatky.

Zásadním poznatkem bylo, že respondentky, u kterých byla zjištěna snížená schopnost set-shiftingu, tento deficit vnímají skutečně pouze slabě. To

je může ohrozit v následující úzdravě. Pro úzdravu je totiž důležité, aby maladaptivní a rigidní chování, které je spojeno se sníženou schopností set-shiftingu, bylo zmírněno. Na základě odborné literatury autorka doporučuje terapeutický program „Kognitivní remediace“.

Empirickou část uzavřela diskuzní podkapitola, v níž autorka kriticky nahlíží na uskutečněné výzkumné šetření s doporučením pro následující práci s pacientkami trpícími mentální anorexií se sníženou schopností set-shiftingu.

SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

BEZDÍČEK, Ondřej. *Neuropsychologická diagnostika*. Přednáška pro 2.roč. navazujícího magisterského studia psychologie. PVŠPS: Praha, 31.10.2013.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-851-2111-5.

EYSENCK, Michael W. a Mark T. KEANE. *Kognitivní psychologie*. Praha: Academia, 2008. 748 s. ISBN 978-80-200-1559-4.

FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 20 - 24. ISBN 978-80-247-2425-6.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 248, 261, 353, 432, 510. ISBN 80-717-8303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. 156 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 80-858-2451-5.

KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.

KOHOUT, Pavel. Nutriční poradenství. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 179 - 186. ISBN 978-80-247-2425-6.

KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 978-807-1785-989.

KRCH, František, D. aj. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché. ISBN 80-716-9627-7.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MOLL, Jorge, Ricardo de OLIVIERA SOUZA a Fernando T. MOLL et al. THE CEREBRAL CORRELATES OF SET-SHIFTING: An fMRI study of the trail making test. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002, 60(4), s. 900-905.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady. Praktická doporučení. Osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. Edice Jessenius. ISBN 80-859-1233-3.

PAPEŽOVÁ, Hana. Kognitivní funkce u poruch příjmu potravy. In: PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ – KUČEROVÁ aj. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006, s. 269 - 291. Edice Psyché. ISBN 80-247-1460-4.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum, 2012. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.*

PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 36 - 55. ISBN 978-80-247-2425-6.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-725-4459-4.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. 68 s. ISBN 978-80-904541-8-7.

PREISS, Marek, Aleš BARTOŠ, Radka ČERMÁKOVÁ aj. *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. 3., přeprac. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. 158 s. ISBN 978-808-7142-196.

PREISS, Marek. Základy klinické neuropsychologie. In: PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ – KUČEROVÁ aj. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006, s. 21 – 118. Edice Psyché. ISBN 80-247-1460-4.

SVOBODA, Mojmír, ed., Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-736-7154-9.

ŽUCHOVÁ, Světlana a Hana PAPEŽOVÁ. Kognitivní funkce u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 89-107. ISBN 978-80-247-2425-6

Internetové zdroje:

SHOTT, Megan E., J. Vincent FILOTEO, Kelly A.C. BHATNAGAR et al. Cognitive Set-Shifting in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2012, vol. 20, issue 5, s. 343 - 349. DOI: 10.1002/erv.2172. [2014-03-30]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/erv.2172>

TCHANTURIA, Kate, Helen DAVIES, Marion ROBERTS et al. Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS ONE*. 2012, vol. 7, issue 1, e28331-. DOI: 10.1371/journal.pone.0028331 [2014-03-29]. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0028331>

TCHANTURIA, Kate, Amy HARRISON, Helen DAVIES et al. Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. *PLoS ONE*. 2011, vol. 6, issue 6, e20462-. DOI: 10.1371/journal.pone.0020462. [2014-03-30] Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0020462>

ŽUCHOVÁ, Světlana, Jaroslava TOUTONGHI a Hana PAPEŽOVÁ. *Rodinná forma kognitivní remediace pro pacientky s mentální anorexií: první zkušenosti* [online]. 2013, vol. 2, issue 1, s. 2-9. ISSN 1805-7225. [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://cdzjesenik.cz/journal/01_13a.pdf

PAPEŽOVÁ, Hana. Bulimie a anorexie - informace o léčbě. *Ideální* [online]. 2002-2009 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=31

Set-shifting. *F.E.A.S.T. Eating Disorders Glossary* [online]. c2008 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://glossary.feast-ed.org/5-psychology-and-therapies/set-shifting>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

V příloze č. 1 uvádím vzor nevyplněného informovaného souhlasu, neboť podpisy respondentek by mohly být čitelné a byla by tak narušena jejich anonymita.

Informovaný souhlas

Vážený paní/slečno,

Velice si vážím Vaší ochoty účastnit se výzkumné části mé Diplomové práce. Součástí této studie je rozhovor, který obsahuje celkem 9 otázek a krátký Test cesty zaměřující se na Váš současný stav. Hlavním cílem této studie je zjistit, zda jste si vědoma vlivu mentální anorexie na Vaši kognitivní flexibilitu.

Údaje nebudou s nikým sdíleny a data budou analyzována pouze mnou. Vaše účast je dobrovolná a anonymní, stejně tak můžete z jakéhokoli důvodu účast přerušit.

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně, data budou shromažďována a analyzována výše popsáním způsobem, a to výhradně k účelům této studie.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studii.

Prohlašuji, že jsem plnoletá: ANO/NE

Datum.....

.....

(podpis)

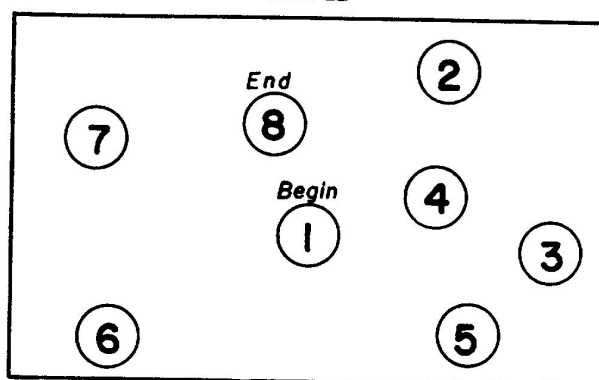
Příloha č. 2: Test cesty (Trial Making Test)

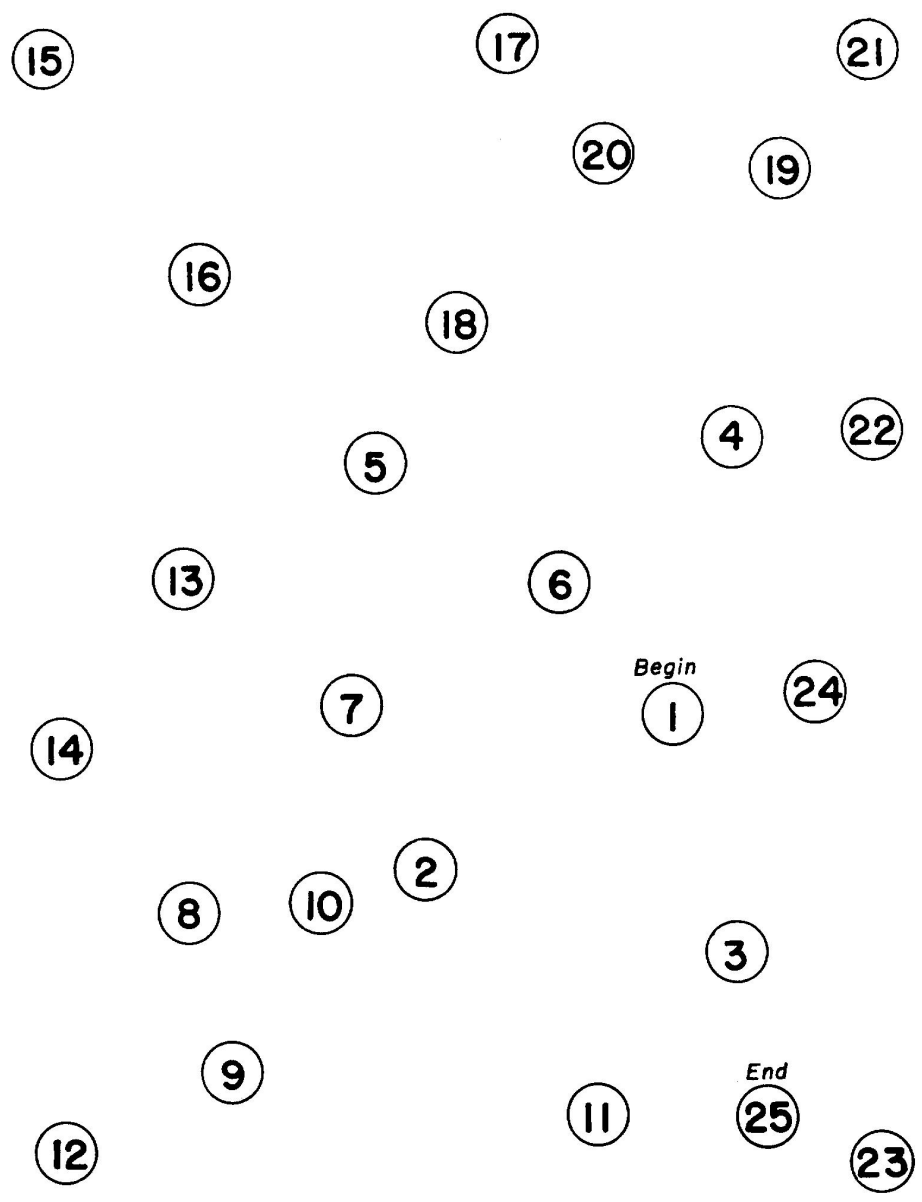
Příloha č. 2 bude obsahovat vzor Testu cesty (Trial Making Test) jeho část A i B a zácvkové listy.

TRAIL MAKING

Part A

SAMPLE

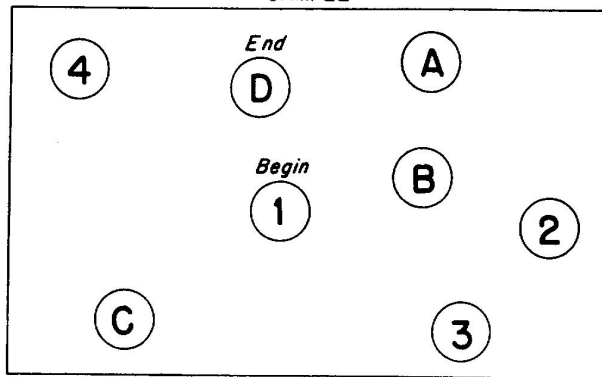


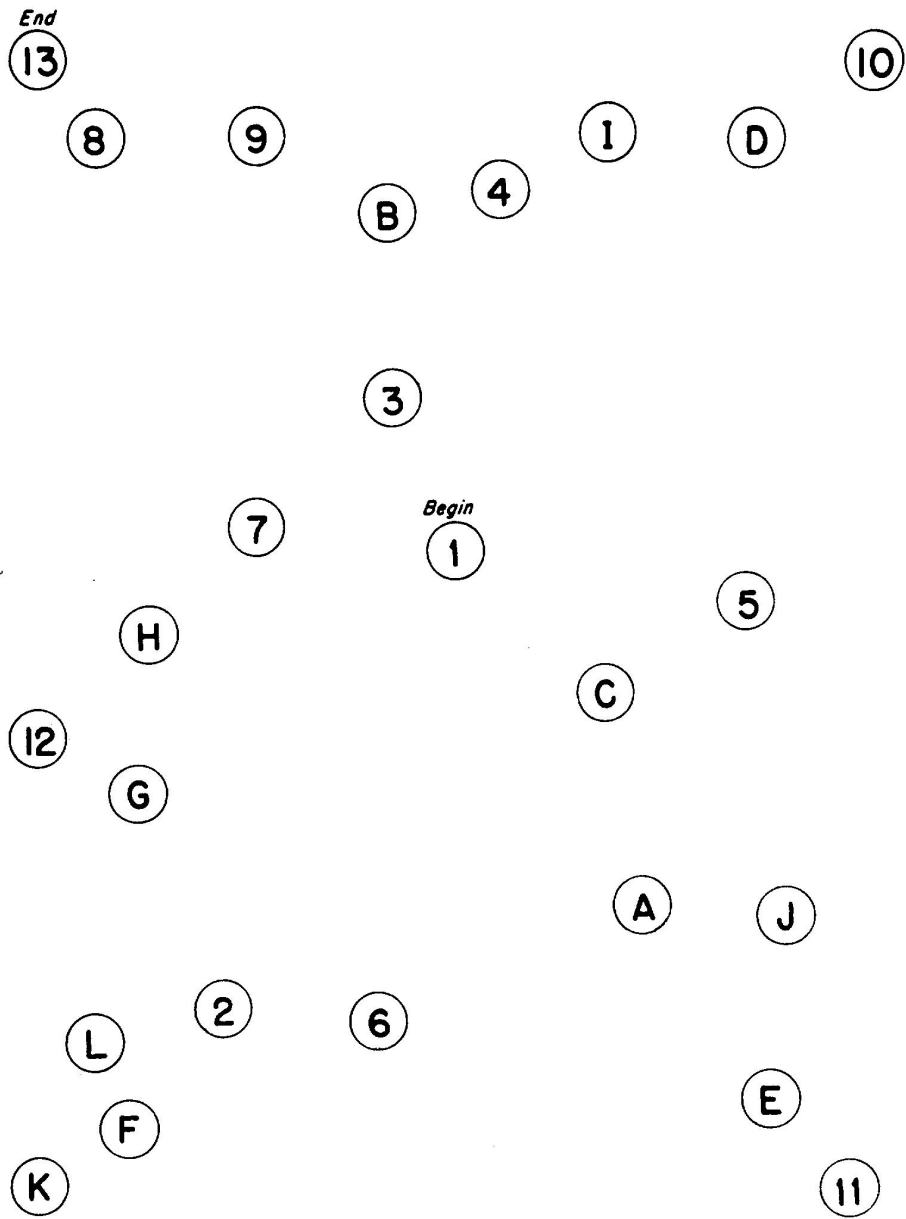


TRAIL MAKING

Part B

SAMPLE





Příloha č. 3: Normy Testu cesty



Testové metody

Trail Making Test

■ Záznamový arch

Do záznamového archu napíšeme čas pro A a B, do pravé části tabulky podle věkového pásma buď poznámku k normám, percentil nebo profilový skór.

■ Normy

Do metaanalýzy výsledků Trail making testu u zdravých osob (Mitrushina et al., 2005), bylo zařazeno 28 studií z let 1980–2004, celkem 6317 účastníků. Podle korekční tabulky pro vzdělání se mají dále přičíst, nebo odečíst hodnoty vzdělání od průměrných časů uvedených v tabulce s příslušnou normou. Např. 20letý muž se vzděláním 13 let by měl podle tabulky v části A dosáhnout času 24,05 s, odečteme-li od předpokládaného času 1,31 s jako korekci vzdělání, dostaneme průměrný očekávaný výkon 22,74 s. S narůstajícími roky vzdělání tedy norma postupně zpřísňuje.

Metaanalýza výsledků Trail making testu

věkové pásmo	část A		část B	
	čas	SD	čas	SD
16–19 let	23,97	7,63	53,92	20,12
20–24 let	24,05	7,63	53,77	19,19
25–39 let	24,46	7,78	54,72	18,87
30–34 let	25,23	8,05	56,84	19,29
35–39 let	25,34	8,48	60,15	20,46
40–44 let	27,81	9,04	64,63	22,37
45–49 let	29,62	9,75	70,29	25,02
50–54 let	31,78	10,59	77,13	28,42
55–59 let	34,30	11,58	85,15	32,55
60–64 let	37,16	12,71	94,34	37,44
65–69 let	40,38	13,98	104,71	43,07
70–74 let	43,94	15,40	116,24	49,44
75–79 let	47,85	16,95	128,99	56,55
80–84 let	52,11	18,65	142,90	64,41
85–89 let	56,73	20,49	157,98	73,01

Korekční tabulka pro vzdělání

počet let vzdělávání	část A	část B
12	+2,62	+12,90
13	+1,31	+6,45
14	0	0
15	-1,31	-6,45
16	-2,62	-12,90
17	-3,93	-19,35

Příloha č. 4: Souhlas etické komise VFN s výzkumným šetřením

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
 128 08 Praha 2
 tel. 224964131
 e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní
 Bc. Zuzana Mertová
 Oddělení – Centrum pro poruchy příjmu potravy
 Psychiatrická klinika VFN a 1. LFUK
 Ke Karlovu 11
 128 08 Praha 2

20.2.2014
 čj.264/14 S-IV (ind.výzkum)

Zasílací adresa: Na Valech 11, 405 02 Děčín 4

Vážená paní bakalářko,
 Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 20.2.2014 Vámi předložený projekt – individuální výzkum: čj.: 264/14 S-IV.

Název studie: Diplomová práce – Strukturovaný rozhovor:
 Subjektivní vnímání kognitivních funkcí u pacientek trpících mentální anorexií.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: Ano/Yes Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 6.2.2014
 (178/14 D: E-mailová korespondence z 28.1.2014 ohledně připravovaných dokumentů k zamýšlenému projektu)

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: **20.2.2014** (15,30 – 19,15 hod.)

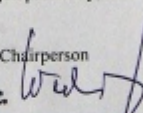
Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO /Yes	NE /No	ANO /Yes	NE /No
Průvodní dopis z 29.1.2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (30.1.2014)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soupis otázek strukturovaného rozhovoru	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulář Informovaného souhlasu, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testové metody – Trail Making Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Svobodovou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem, vč. Souhlasu přednosta kliniky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Bc. Zuzana Mertová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a **souhlasí** s realizací projektu na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK s **doporučením**

- srozumitelnějšího vysvětlení pojmu „kognitivní flexibilita“ pro pacientku-laika a
- s uvedením jména a podpisu na konci nedatovaného Informovaného souhlasu, a to nejen pacientky, ale i řešitele, který podává informace o studii a řídí strukturovaný rozhovor.

Podpis předsedy EK /Signature of Chairperson ^{1/2}

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc. 

Etická komise
 Všeobecná fakultní nemocnice
 v Praze

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Zuzana Mertová

Studijný program: NMgr.

Studijný obor: Psychologie

Název práce: Subjektivní vnímání kognitivních funkcí
u pacientek trpících mentální anorexií

Počet stran (bez příloh): 76

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Rok dokončení práce: 2014

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Zuzana Mertová
Obor studia: Psychologie
Název práce: Subjektivní vnímání kognitivních funkcí
u pacientek trpících mentální anorexií
Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Jan Kulhánek

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak se podle vás projeví snížená schopnost set-shiftingu u pacientky s mentální anorexií v běžném životě?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

O poruchách příjmu potravy vzniklo hodně diplomových prací, ale tato se věnuje tomuto závažnému tématu specifickým způsobem. Zmapování narušení kognitivních funkcí je důležité pro odborníky, ale i pacientky samotné. Práce je přehledná, využívá kvalitní zdroje a je zřejmá pracovní zkušenost studentky s touto problematikou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: Výborná



Datum, podpis: 23.5.2014

*

nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Zuzana Mertová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Subjektivní vnímání kognitivních funkcí u pacientek trpících mentální anorexií

Oponent práce: Mgr. Michaela Titmanová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 7

Počet titulů v seznamu literatury: 25 české literatury, 5 zahraniční literatury, 6 internetových odkazů

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidí studentka přínos své práce?

Vidí studentka další možnosti rozvinutí zkoumané problematiky? Příp. jakým způsobem, směrem?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka si klade za cíl poukázat na rizika, která sebou nese podvýživa a jak tato ovlivňuje činnost mozku. Blíže se studentka hodlá ve své práci věnovat zkoumání kognitivních funkcí, zejména pak „set-shiftingu“.

Práce obsahuje teoretickou a empirickou část s vyváženým rozsahem.

Studentka v teoretické části seznamuje čtenáře s pojmy a pro svou práci je zkraye definuje.

Následující kapitoly se věnují popisu poruch příjmu potravy, jejich etiologie a popisu rizikových faktorů a nebezpečí z poruch PP plynoucí.

Pátá kapitola teoretické části je věnována kognitivním funkcí u MA.

Empirická část plynule navazuje výzkumem, kde studentka použila kvalitativní design, kde používá pro sběr dat polostrukturovaný rozhovor a Test cesty.

Součástí empirické části je i představení výzkumných metod, výzkumného vzorku, průběhu šetření, výsledků, jejich interpretaci a závěr výzkumného šetření.

Pro ilustraci a dokreslení problematiky je diplomová práce opatřena přílohami: Informovaný souhlas, Test cesty, Normami Testu cesty, souhlasem etické komise VFN s výzkumným šetřením.

Studentka ve své diplomové práci předvedla schopnost práce s prameny, schopnost formulace výzkumného problému, tím i propojení teoretických znalostí a jejich praktické uplatnění. Velice oceňuji úroveň zpracování tématu, zejména pak teoretické ukotvení zkoumané problematiky.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: Výborně

*

nehodící se, škrtněte

Mgr. MICHAELA TITRANOVÁ