

**Psychomotorická
terapie
v léčbě psychických
onemocnění**

Psychóz a bipolárních poruch

**BĚLA HÁTLOVÁ, IVA WEDLICOVÁ, EVA
CHALUPOVÁ**

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

Pedagogická fakulta



Psychomotorická terapie v léčbě psychických onemocnění

Psychóz a bipolárních poruch

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

Pedagogická fakulta

ISBN 978-80-7561-490-2



Univerzita J.E.Purkyně v Ústí nad Labem,
Katedra psychologie,
Ústí nad Labem, Česká Republika

Klíčová slova:

- Psychoterapie
- Psychomotorická terapie
- Kinezioterapie
- Na tělo zaměřená terapie
- Klinická psychologie
- Schizofrenie
- Bipolární poruchy

© Univerzita J.E.Purkyně v Ústí nad Labem, 2024

Editoři: doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.
PhDr. Eva Chalupová, Ph.D.

Recenzenti: PhDr. Pavel Harsa, Ph.D.
doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.

ISBN: 978-80-7561-490-2

Tato práce nesmí být překládána, kopírována v celku či po částech bez

písemného svolení vydavatelství (Univerzita J.E.Purkyně v Ústí nad Labem). Povoleno je pouze použití částí za účelem rešerší nebo výukových analýz a to pouze pod podmínkou dodržení správného citování. Jakékoli použití této práce v souvislosti s elektronickým ukládáním dat, elektronických úprav, počítačového softwaru nebo podobných technologií je zakázáno.

Tato monografie vznikla za podpory projektu: Physical Activity as a Part of Psychiatric Patient's Treatment, MŠMT ČR, Czech-Norwegian Research Programme (CZ09) 7F14500, 2014–2017.

Práce publikované v této monografii vznikly za podpory grantu MŠMT ČR, Czech-Norwegian Research Programme (CZ09) 7F14500, 2014–2017.

Autoři



Mgr. Milena Adámková Ségard, Ph.D.

Odborná asistentka na katedře psychologie PF UJEP Ústí nad Labem, přednáší v oboru psychologie zdraví a psychologie osobnosti. Ukončila postgraduální studium Kínantropologie na UK FTVS a Rehabilitační vědy a fyzioterapie na KU Leuven v Belgii. Zaměřuje se na problematiku využití pohybu a práce s tělem v terapii, především poruch příjmu potravy a psychotických onemocnění.

Kontakt: milena.adse@psycholog.be



doc. Běla Hátlová, Ph.D.

Absolventka Fakulty tělesné výchovy a sportu a psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zaměřuje se na sportovní psychologii a psychologii zdraví. Založila a rozvíjí se svými studenty použití psychomotorické terapie v psychiatrické péči v České Republice.

Kontakt: belahatlova@centrum.cz



PhDr. Eva Chalupová, Ph.D.

Pracuje jako odborná asistentka katedry psychologie na PF UJEP



PhDr. Hana Kynštová, Ph.D.

Katedra fyzioterapie a ergoterapie, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. Zaměřuje se na rehabilitaci v oblasti sociálních a pracovních funkcí a psychomotorickou terapii osob se závažnými funkčními poruchami.

Kontakt:hana.kynstova@ujep.cz



Mgr. Tereza Louková, Ph.D.

Působí na katedře psychologie PF UJEP Ústí nad Labem. Zaměřuje se na psychologii sportu, psychologii zdraví a psychomotoriku. Ve studium Ph.D., obor Sociální psychologie FSS MU Brno, pod vedením M. Blahutkové, řešila působení psychomotoriky u dětí s ADHD.

Kontakt: tereza.loukova@ujep.cz



PhDr. Iva Wedlichová, Ph.D.

Pracuje jako vedoucí katedry psychologie, Pedagogické Fakulty Univerzity J.E.Purkyně. Zabývá se vývojovou a pedagogickou psychologií.

Kontakt: iva.wedlichova@ujep.cz

Obsah

Úvod 14

Část I. – Východiska psychomotorické terapie 17

Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie 18

Psychomotorická terapie v léčbě schizofrenie 45

Část II. – Přehled výzkumů 50

Motivačně pohybový program u hospitalizovaných psychiatrických pacientů 51

Motivační pohybový program pro léčbu psychiatrických pacientů 71

Část III. – Praktická část 86

Vzorové terapeutické programy pro dlouhodobě hospitalizované pacienty se schizofrenií 88

Popis vzorové integrativní cvičební hodiny 88

Popis vzorové aktivační cvičební hodiny 94

Popis vzorové integrativní cvičební hodiny 95

Popis vzorové cvičební hodiny s prvky neverbální
komunikace 101

Popis vzorové integrativní cvičební hodiny 103

Popis vzorové cvičební hodiny s relaxačními prvky 105

Popis vzorové koncentrativně - relaxační cvičební hodiny
106

Celková relaxace 115

Dechová cvičení 117

**Program pro krátkodobě hospitalizované pacienty se
schizofrenií 119**

Části jednotky 121

Popis jednotlivých hlavních částí jednotek 124

**Program psychomotorické terapie jedinců se schizofrenií
v denních centrech 136**

Zkušenosti s aplikací programu psychomotorické terapie 136

Program psychomotorické terapie 138

Soubor cviků 139

Rejstřík autorů 158

Úvod

Běla Hátlová, Iva Wedlichová

Aktuální evropské změny v péči o psychiatrické pacienty se týkají především podpory podpůrných nefarmakologických terapií a posílení ambulantní léčby v systému komplexní péče. Psychiatrická léčba a následná péče má umožnit nemocným jejich integraci do společnosti. Přes to, že jsou již známy postupy a možnosti především farmakologické léčby, není tento přechod jednoduchý a společnost na něj musí být připravena jak institucionálně, tak formami podpůrné léčby. Pohybová terapie byla vždy součástí psychiatrické léčby. Byla řazena do oblasti celkového oddechu, zotavování, posilování, znovunabývání zdraví, dnes označovaného pojmem rekreace. Je ověřeno, že vnímání sebe sama ve vztahu k pohybu ovlivňuje jak specifické sebehodnocení spojené s tělem a jeho pohybem, tak hodnocení sebe sama na globální úrovni (Fox, 1997). U psychicky nemocných osob je pozorovatelná psychopatie v jejich používání pohybu v rozsahu částí, nebo celku těla a využívání prostoru, potlačování nebo exploze emočních projevů zřejmých v tělesném pohybu a také jejich sociální tělesná úzkost, kdy pohybové aktivity jsou často vnímány jako sebe prezentační hrozba. Jedinci s vysokým stupněm sociální tělesné úzkosti se pak pohybových aktivit odmítají účastnit. Možnost podpůrné léčby pomocí tělesné aktivity psychiatrických pacientů je řešena v převážně v léčebných zařízeních. Odlišnosti v pojetích pohybových terapií jsou dány rozdílným pojetím medicíny, psychologie a tělesné kultury v historii jednotlivých zemí.

Definice (zdroj: Hátlová, B. 2003)

Psychomotorická terapie, je utvářející se metoda, která na historických podkladech a současném stupni poznání, rozvíjí možnosti jak vlastní pohybovou aktivitou posilovat kvalitu mentálního zdraví. Prostředkem změny je aktivní pohyb. Cílem je kvalita duševního zdraví. Psychomotorická cvičení jsou charakteristická vlastní řízenou aktivitou. K vytvoření, nebo obnovení porušených pohybových forem chování, používají aktivně prováděný pohyb s důrazem na jeho

psychickou podstatu. Psychickým prostředkem jsou psychosomatické prožitky. Na podkladě zkušenosti, předpokladů a aspirací je prožívána pohybová situace, zpracována a vyhodnocena.

Literatura:

Véle, F. (2012). Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyziologie: příručka pro terapeutů pracujících v neurorehabilitaci (1. vyd.). Praha, Triton.

Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In Fox, K.R. (Eds.), *The Physical Self: From motivation to well-being* (pp 111-139). Champaign, IL, Human Kinetics

Hátlová, B. (2003). Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch (I. vyd.). Praha, Karolinum).

Část I.

**Východiska psychomotorické
terapie**

Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie

*Běla Hátlová, Milena Ségard Adámková, Iva Wedlichová,
Tereza Louková, Zdeněk Bašný*

Úvod

Každá nově se utvářející metoda potřebuje k tomu, aby se mohla dále rozvíjet historické zmapování teoretických východisek, vědecké ověření stávajících poznatků, podání informace o této metodě v odborných publikacích. To dává základní podmínky pro možnost diskuse o jejím oprávnění. Psychomotorická terapie předpokládá propojení mysli, těla a pohybu v procesu léčby. Pohyb je uvažován jako reakce na změnu vnitřního nebo vnějšího prostředí, probíhá v prostoru a v čase. Jeho změny a projevy jsou primárně obrazem somatických nebo psychických a následně sociálních i duchovních změn. Změny jsou způsobovány stimuly na něž mozek odpovídá a transformuje je do pohybové odpovědi, která má různou motorickou podobu. Běžně používaný fyzikálně mechanický úhel pohledu se zaměřuje na fyzikální strukturu organismu a na mechaniku pohybu. Lidský pohyb se ale nedá redukovat pouze na mechanický pohyb těla, je propojen s psychickými stavy a procesy. Má emoční doprovod, složku prožívání, která je daná vztahem mezi člověkem a pohybovou činností. Učení pohybovým vzorcům probíhá jako součást přizpůsobování se novým podmínkám po celý život (Véle, 1997; 2012) . Působení pohybem vychází z předpokladu, že tělo a jeho pohyb tvoří jádro vývoje člověka a má významný vliv na rozvoj kognitivních dovedností, myšlení, řeči a sociálního chování (Espenak, 1981). Je jedním z faktorů podílejících se na vytváření sebe koncepte prostřednictvím vytváření vědomí tělesného „Já“ (Fox,1997). Forma tělesného pohybu, který je používán jako

záměrný stimul pro cílenou změnu v prožívání a následnou změnu chování vychází z tradic evropských gymnastických systémů, švédské zdravotní gymnastiky, francouzské tradice přirozeného tělocviku a moderních tanečních směrů, které rozvíjely na přelomu 19. a 20. století. Nejvíce je rozpracována oblast jemné motoriky - řeč, grafomotorika a hrubá motorika - pohyb celku nebo větší části těla.

Definice

Psychomotorická terapie je uvažována jako specifická součást léčebné terapie – rehabilitace. Používá k obnovení porušených pohybových forem chování aktivně prováděný pohyb s důrazem na jeho psychickou podstatu. Psychickým prostředkem je kognitivními procesy vnímaná a na podkladě zkušenosti, předpokladů a aspirací zpracovávaná situace, vázaná na tělesné prožívání a pohyb těla.

Prostředkem změny je vlastní aktivitou prováděný záměrný, cílený pohyb. Ve frankofonních zemích se takto zaměřená terapie nazývá Kinesiotherapy. V Čechách se oblast pohybové terapie psychiatrických onemocnění od roku 1990 vyvíjela pod názvem Kinezioterapie (Hátlová, 2003a,b). Od roku 2007 je Česká republika členem Evropské asociace „Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health“, a převzala pro Kinezioterapii název Psychomotorická terapie.

Psychomotorická terapie je nejčastěji v různých systémech léčebné terapie uvažována jako psychoterapie. „Psychoterapie působí na biologickou stránku člověka, jež je ovlivnitelná a v různé míře měnitelná (v pozitivním i negativním směru) psychologickými prostředky“ (Vymětal in Grave, 2007, s.9). „Jestliže je psychoterapie v podstatě procesem učení, je i způsobem jak dochází ke změnám drah v mozku. V tomto smyslu psychoterapie využívá biologických mechanismů k léčbě duševního onemocnění“ (LeDeux, 2002, s. 299 in Grave, 2007. s.19). Důležitost a

nutnost psychoterapie vyplývá z neurovědního pohledu na psychické poruchy. „Kognitivní procesy na všech úrovních mají přímý vliv na funkci kosterního svalstva i svaloviny vnitřních orgánů. Úzký vztah těla a mysli nelze od sebe oddělovat protože spolu tvoří jeden funkční celek“ (Véle, 2012, s.27). I narušená rovnováha biochemického nastavení jedince může být psychoterapií korigována bez účasti farmakoterapie na základě prožívání a zvládnání situací (Grave, 2004, 2007).

Psychomotorická terapie prostřednictvím senzorického hodnocení situace a dále procesů myšlení, zpracovává situaci na podkladě tělesné a pohybové zkušenosti a předpokladů vhodného pohybového řešení. Z tohoto pohledu je psychomotorická terapie psychoterapií.

Historické doklady o užívání pohybových cvičení jako součásti léčby duševně nemocných

Psychiatrická teorie i praxe byly vždy odrazem obecného historického procesu vývoje společnosti. Proto péči o duševně nemocné nelze vývojově sledovat a hodnotit izolovaně, odděleně od vývoje společnosti, medicíny a péče o nemocné. Pohybová cvičení jako součást léčby duševně nemocných je zaznamenána už v historických dobách vývoje medicíny.

Staroegyptské lékařství bylo zdrojem poznatků pro ostatní středomořské národy po dlouhé historické období. V Ebersově papyru (15. stol. před naším letopočtem ,objeven r. 1862 Georgem Ebersem v Thébách), jsou zmíněny duševní choroby a způsob jejich léčby. Mnohé z chrámů byly přeměněny v azyly pro duševně nemocné a léčba, která obsahovala především zařikávání a chrámový spánek, byla rozšířena o tělesná cvičení, procházky, tanec, hudbu, společný zpěv. Denní režim byl přísně dodržován. Za jeho obsah a provádění zodpovídali chrámoví kněží (Vencovský, 1983). Terapie se přirozeně prolínaly. Pohybová péče byla

řazena do oblasti celkového oddechu, zotavování, posilování, znovunabývání zdraví, dnes označovaného pojmem rekreace. Lékařství starého Řecka se rozvíjelo pod vlivem lékařství staroegyptského. Lékařská péče byla prováděna v chrámových léčebnách zasvěcených bohu lékařství Asklepiovi. Rozvíjena zde byla léčba koupelemi, masážemi, dietou, hrami. Léčba nemocných byla doplňována lehkým tělocvikem, procházkami a houpáním ve visutém lůžku navozujícím spánek (Vencovský, 1983).

Ve středověku se péče o duševně choré v jednotlivých Evropských státech příliš nelišila. Péči o duševně choré si na důstojné úrovni mohli zaplatit jen málokterí. Ostatní klidní nemocní byli součástí společnosti, žili v rodinách, nebo byli umístováni do špitálů vybudovaných při kláštorech. Neklidní, kteří se dopustili násilí byli vsazováni do žalářních kobek a poutáni řetězy.

Renesance usilovala o obnovu řeckého ducha a s ní byly obnoveny i tělocvičné snahy. V duchu řeckých názorů bylo opět poukazováno na působnost tělesných cvičení po stránce duševní „Mens sana in corpore sano“. V Čechách to byl zejména Jan Amos Komenský (1592-1670), který při hrách žádal harmonické zaměstnání ducha a těla a oceňoval nejen zdravotní význam her, ale i jejich mravní význam.

Pohybová terapie jako součást režimové hospitalizační léčby Počátek novodobé péče je spojen s možností dlouhodobé hospitalizace psychiatrických pacientů. V Anglii byl v roce 1775 založen ústav v Retreat, v Rakousko-Uhersku byl v roce 1783 vydán dvorní dekret císaře Josefa II. o založení nemocnic pro duševně choré, ve Francii byla v roce 1793 uzákoněna reforma péče o duševně choré. Tyto radikální změny přinesly osvobození neklidných psychiatrických pacientů z vězení a možnost hospitalizační péče která byla obvyklá u somaticky nemocných pacientů. V ústavech byli psychiatrickí pacienti izolováni od společnosti a většinou

v nich setrvali až do své smrti. To vedlo k nutnosti vytvoření režimové léčby. Systematicky byly vypracovávány činnostní terapie, zejména léčba prací. Byl zdůrazňován vliv tělesného zdraví na zdraví duševní „Mens sana in corpore sano“ a léčba byla doplňována aktivním pohybem pacientů.

K rozlišnému vývoji došlo v oblasti pohybové terapie ihned na počátku hospitalizační péče o psychiatrické pacienty. Pohybové formy jako prostředek léčby se byly determinovány pohybovými systémy které patřily ke kultuře zemí. Německy mluvící země zaměstnávaly v pohybové péči psychiatrických pacientů od 19. století učitele tělocviku. Ti vycházeli ze základů gymnastických cvičení (v Čechách systém cvičení tělocvičné organizace Sokol). V Anglii byly do cvičení psychiatrických pacientů zařazovány prvky sportů a sportovních her. Tento trend byl posílen vznikem novodobých olympijských her. Ve Francii byla léčba doplňována tradicí přirozeného pohybu na který navazovaly moderní taneční směry.

Kořeny na vědeckých poznatcích rozvíjené psychomotoriky, vychází z potřeb psychosomatiky v rehabilitaci. Úlohou psychosomatiky je zkoumat vztahy mezi tělem a duší a to hlavně z hlediska vlivu psychických funkcí a pochodů na organismus (Poněšický, 2002). Termín psychosomatika byl použit poprvé Henriotem v roce 1818. Psychosomatická medicína, potvrdila vztah mezi tělesným stavem a psychickými i emocionálními složkami. Později byla do tohoto vztahu přidána i sociální složka (Křivohlavý, 2001). Systémový přístup mluví o jevech, které jsou komplexní ve svých vnitřních a vnějších souvislostech, při čem na řešení problémů používá kombinaci metod (Baštecký a kol.,1993). Rozvoj využití tělesného pohybu jako prostředku léčby psychiatrických pacientů nejvýznamněji ovlivnili:

V německy mluvících zemích to byli: Johann Christian Reil (1759-1813) jeden z nejznámějších lékařských teoretiků své

doby v oblasti patologie a léčby duševních nemocí. Navazoval na filosofii Kanta a znalost nervového systému svých předchůdců. V roce 1803 vydal v Halle „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ (Mocek, 1995; Richards 2002). Významná byla Reillova představa umístění a architektury psychiatrického ústavu, která se stala významnou inspirací při zakládání ústavů pro duševně choré. Převážná část pacientů v nich strávila desítky let života až do své smrti. „Ústav má ležet v krásné krajině. Má mít své hospodářství, farmu, zahradnictví. Před budovami má být volná prostora pro cvičení a pořádání koncertů.“ (Vencovský, 1983 s. 105). Příkladem je Ústav pro choromyslné v Bohnicích za Prahou, dnes psychiatrická léčebna v Praze 8, Bohnicích (Wallenfels, 1926).

Wilhelm Griesinger (1817-1868) německý neurolog a psychiatr, je připomínán pro jeho reformy péče o duševně nemocné a azylový systém. Věřil v integraci duševně nemocných do společnosti a navrhl, aby hospitalizace byly krátkodobé a byly kombinovány s aktivní terapií s využitím přírodních podpůrných systémů balneologie a tělesných cvičení (Griesinger, 1868). V roce 1844, poprvé použil termín "psychomotor" (Griesinger, 1845, podle Probst, 2010). Termín se postupně dostal do názvu pohybových terapií: Psychomotorische therapie, Körperzentrierte Mindfulness Psychotherapie které jsou definovány jako způsob léčby, který využívá tělesné uvědomění a fyzickou aktivitu jako základní metodu.

V pražském ústavu pro choromyslné, bylo pro rozvoj péče o psychiatrické pacienty významným obdobím působení ředitele J.G. Riedela (1803-1870). V jeho době měl pražský ústav (v r. 1850) k dispozici 500 lůžek a jeho způsoby péče byly známy po celé Evropě. Byl navštěvován předními psychiatry Evropy (Heinroth, Jacobi, Schroeder, aj.). Riedel

rozšířil léčbu zaměstnáváním o léčebný tělocvik a vyučování. Zařazení tělesných cvičení do režimové léčby psychiatrických pacientů bylo odezvou na vznik české tělocvičné organizace Sokol. Za pevný měsíční plat byl zaměstnán učitel tělocviku, který třikrát týdně docházel do ústavu a s nemocnými cvičil prostná a dechová cvičení.

V podobným vývojem v zařazování tělesných cvičení do režimové léčby pacientů prošla psychiatrická, převážně činnostní terapie v celém Rakousko-Uhersku, Itálii, Lucembursku, Švýcarsku, Belgii, Holandsku a ve Skandinávských zemích (více in Oganessian; Probst; Sorenson; Hátlová, v Adámková Ségard & Hátlová, (eds.) 2012).

Ve Francii bylo životní dílo Jean-Martin Charcota (1825-1893) stěžejní pro vývoj neurologie a psychiatrie. Charcot přednášel o neurologii, o nemocech nervové soustavy“, v nichž většina poznatků byla zcela nových. Po dlouhodobém úsilí byla v roce 1882 v Salpêtrière otevřena klinika nervových nemocí jejíž součástí byla s fyzikální terapie. Mezi jeho poslední žáky který se v Salpêtrière setkal s žáky Charcota, představiteli Evropské neurologie s nimiž udržoval po celý život odborné vztahy, patří MUDr. Ladislav Haškovec (1866-1944), první profesor neurologie v Československu.

Ruská neurologie a psychiatrie byla ovlivněna především francouzským systémem. Rehabilitace duševně nemocných byla zahájena P. Lebeděvem v roce 1858 v nemocnici «Útěcha všem zarmouceným» v Petrohradě. Nápravná (zdravotní) gymnastika měla stejně významné postavení jako pracovní a další aktivity, převážně procházky a hudební kurzy (Oganessian, 2012 v Adámková Ségard & Hátlová, (eds.) 2012).

V Anglii neuspokojivou situaci ve způsobech léčby duševně chorých, za podpory sekty kvakerů pro členy sekty, řešil

William Tuke (1732- 1822). Ústav v Retreat, kde William Tuke působil byl založen 11.5.1775. Jde pravděpodobně o nejstarší zařízení používající metodu pracovní terapie na světě. Svůj humaní princip léčby realizoval William Tuke v roce 1796 bez znalosti Pinelových reforem. K nejvíce užívaným metodám léčby patřila léčba prací, cvičením (do cvičení psychiatrických pacientů byly zařazovány prvky sportů a sportovních her), teplými koupelemi a náboženstvím. Minimalizována byla obvyklá biologická léčba té doby (pouštění žilou, drénování, projímadla apod.). Jeho principy ošetřování byly přeneseny i do prvních psychiatrických zařízení v USA Dorotheou Dix (1802-87), která byla nejvlivnější reformátorkou psychiatrické péče ve Spojených státech. V roce 1836-37 se na svém pobytu v Evropě seznámila s léčbou Williama Tuke a dílem Philippe Pinela. Po návratu do Ameriky se věnovala zlepšování podmínek pro lidi s psychickými problémy. Její humanitární činnost započala v roce 1840 v Massachusetts a do roku 1845 založila šest azylů pro psychicky nemocné (Brown 1998).

Vývoj psychomotorické terapie ve druhé polovině 19. století a ve 20. století

Další rozvoj na vědecky podložených zkoumáních byl vázán na rozvoj neurověd, psychoterapie, neuropsychoterapie a fyzioterapie hybných procesů ale i pedagogiky a sociálních věd.

Zakladatel Waldorfského školství, Rudolf Steiner (1861-1925), upozorňoval na celistvost vnímání a prožívání dítěte v předškolním věku. Každé podráždění se obráží v reakci celého těla dítěte. Prožitek situace tak proniká do základů bytí a má vliv na veškeré prožívání v pozdějším věku. Psychomotorika dítěte se váže na ty podněty, které je dítě v daném období schopno vnímat a zpracovat (Nejedlo, 2010).

Hermann Simon (1867-1947) vnímal duševně nemocné jako lidi s pozměněnou osobností. Věřil ve schopnost uzdravení změnou životních podmínek a aktivací zdravých částí osobnosti. Rozvinul představu o roli lékaře v působení "více aktivní terapie". V aktivační terapii měla významné místo tělesná cvičení (Simon,1929). To je zřejmé z jeho publikací z nichž je třeba jmenovat „Krankenbehandlung in der Irrenanstalt” (Simon,1929).

Psychiatr a psychoanalytik Paul Schilder (1886-1940) se zabýval propojením psychiky a somatiky ve vnímání „Já“. Upozorňoval na chybné vnímání oddělenosti těla a psychiky. S tělesným schématem jako základní kategorií psychoterapie je chybně odděleně pracováno ze stránky psychické a somatické. Pocity jsou ukládány do paměti na podkladě jejich propojení na tělesné změny, které s nimi souvisely. To je klíčové pro pochopení našeho fyzického self (materiální, tělesné). Do paměti uložený vjem (propojení pocitu a jeho tělesné odezvy) působí zpětně na vnímání aktuálního vjemu. Schilder (1933) uvažuje o možnostech rozvíjení vnitřního konceptu těla. Prostřednictvím procit'ování vnímáme části svého těla, možnosti pohybu v prostoru a čase. Upozorňuje na sociální rozměr tělesného schématu vnímání vlastního těla které obsahuje i vnímání našeho těla druhými. V průběhu ontogeneze je tělo postupně vnímáno jako funkční celek. „Při pohybu přijímá jedinec kinestetické, rytmické a sociální podněty a reaguje na ně. Probíhá-li pohyb uspokojivě a je-li opakování pohybu vnímáno pozitivně, narůstá sebevědomí jedince“ (Schilder,1933). Změna v přístupu, v sebe pochopení a sebepojetí může nastat pouze tehdy, když s biologickou a emocionální stránkou pracujeme současně. Pohyb a emoce jsou vzájemně neoddelitelné. Jsme taková, jak se pohybujeme (Schilder,1923 podle Röhricht, 2000).

Ve frankofonní oblasti se pro psychomotorickou terapii (thérapie psychomotrice) stalo základním dílo lékaře,

psychoanalytika Juliana de Ajuriaguerry (1911 -1993) . Jako asistent profesora Jeana Lhermitte v laboratoři anatomie nervového systému navazoval na své učitele žáky Charcota: Déjerine, Lhermitta, Wallona, Piageta. Zkoumal klinické, ale také složité psychomotorické poruchy a problematiku vnímání tělesného schématu se zaměřením na jemnou psychomotoriku související s dysfunkcemi drobných pohybů ovlivňujících především řeč a grafomotoriku. Po setkání s psychoanalytikem René Diatkinem, si společně otevřeli ordinaci pro problémy psychomotoriky a jazykové problémy. Zájem o psychomotoriku jemné pohybové koordinace dokládají publikace: Manuel de psychiatrie de l'enfant (de Ajuriaguerra, 1980 in de Ajuriaguerra, 1989) a L'Écriture de l'enfant (de Ajuriaguerra, 1989). Toto zaměření je nejsilněji rozvíjeno ve Švýcarsku.

Práce de Ajuriaguerry jsou základem pro rozvoj psychomotoriky ve španělsky (La terapia psicomotricidad) a portugalsky (terapia psicomotora) mluvících zemích.

Gymnastická cvičení jako rovnocenná součást rehabilitace byla zavedena v roce 1936, V.M. Bechtěrevem na klinice v St. Petersburgu. Systém léčby obsahuje řadu ne-verbálních metod, mezi nimiž jsou skupinové formy léčebné tělesné výchovy (Oganesyan, 2012 v Adámková Ségard & Hátlová, (eds.) 2012).

V Anglii byli do cvičení psychiatrických pacientů od počátku zařazovány prvky sportů a sportovních her. Tento trend byl posílen vznikem novodobých olympijských her.(letní olympijské hry 1896, zimní olympijské hry 1924). Již v roce 1924 se konala první vrcholná sportovní akce sportovců se sluchovým postižením s názvem Deaflympijské hry. Po druhé světové válce, došlo k rozvoji sportu osob se zdravotním postižením. Termín Adapted Physical Activity byl poprvé použit v roce 1954 Arthurem Daniěsem. V roce 1960 se konaly 1. letní paralympijské hry v Římě, o 16 let

později 1. zimní paralympijské hry. Pro sportovce s primárním mentálním postižením jsou určeny „Speciální olympiády“ které se konají od roku 1968. Významnými organizacemi které sdružují profesionály v oblasti Adapted Physical Activity jsou: Mezinárodní federace aplikovaných pohybových aktivit (IFAPA) založená v roce 1977 v Kanadě a Evropská federace aplikovaných pohybových aktivit (EUFAPA) znovuzaložena v roce 2006 v České republice v Olomouci, kde je akreditován na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého obor aplikované tělesné výchovy. Zakladatelka a hlavní propagátorka oboru je **prof. Hana Váľková**, předsedkyně rady výzkumu Speciálních olympiád, region Euro/Asia, která se celoživotně zaměřuje na psychologii sportu. Sportovní aktivity psychiatrických pacientů jsou organizovány na celostátních úrovních. Důležitost sportů jako doplňkové léčby narůstá se změnou struktury hospitalizovaných pacientů a s rozvíjející se chráněnou a ambulantní formou péče.

Od konce 20. století se pojem psychomotorika užívá nejen ve vztahu k psychomotorické terapii, ale také pro pohybovou výchovu, která klade důraz na prožitek z pohybu. Tato větev psychomotoriky vychází z francouzská tradice přirozeného nevykonově zaměřeného tělesného pohybu, taneční směrů a rytmické gymnastiky, které Do základů psychomotoriky se tak prosadily koncepce pedagogiky, pedagogické psychologie (koncepce Itard, Seguin, Pfeffer, a. Löwnau, pedagogiky Montessori, Scheiblaue) a také systémy tanečních škol, (zejména systém Rudolf von **Labana** v České republice prováděný absolventkami Labanova kurzu Kröschlovou, Jeřábkovou, Blažíčkovou) a manipulace s náčiním (Kiphard).

V padesátých letech 20. století se o prosazení psychomotoriky zaslouhuje Ernst Jonny Kiphard (1923 – 2010). V jeho práci se odrážely rozsáhlé zkušenosti a

poznatky o souvislosti mezi psychickým zážitkem a motorickým chováním, které získal během 25 let kdy pracoval jako sportovní učitel na dětské a dorostové psychiatrii ve Vestfálské psychiatrické klinice pro děti a mládež v Gütersloh. Vytvářel koncept psychomotorických cvičení jako nezávislou léčebnou metodu.(Kiphard 1995, 1996, 2001) která ovlivnila rozvoj psychomotoriky a psychomotorické terapie nejen v Německu (Hölter 2011). V České republice tento směr psychomotoriky rozvíjejí: Adamírová,(2000), Dvořáková (2004), Blahutková (2009).

Podnětnou publikací byla publikace: Rehabilitation von Psychosekranken (Huhn, 1975) a Behindertensport und rehabilitation (Jochheim & Schoot, 1981), která se pokouší o rešerši a analýzu 70ti publikovaných prací v německém jazyce, týkajících se terapeuticky užívaných pohybových programů jako součásti léčby psychiatrických pacientů. Jde o pohybové programy používané v terapii psychicky nemocných pacientů s využitím základních gymnastických prvků, motivů sportu, muzikoterapie a somatorelaxačních technik. Převažující počet článků má popisný charakter. Často jsou doplněny kazuistikou, věnují se především popisu pohybových programů, dojmům a zkušenostem z aplikace. Snahy o experimentální aplikaci pohybových programů v rámci léčby jsou ojedinělé.Většina prací se vztahuje k pacientům s diagnózou schizofrenie. Ve studiích je možné pozorovat čtyři druhy pohybových prostředků:

Koncentrativní pohybové terapie
Zaměřují se na zintenzivnění vnímání vlastního těla a jeho funkcí. Teoretický základ tvoří Weizsackerův Gestaltkreis v němž jsou postaveny pohyb a vnímání jako celostní pravidelný kruh „Regelkries“. Metoda je používána nejčastěji u pacientů s neurotickými nebo psychosomatickými symptomy. Procesem stupňovaného sebevnímání se budují pocity sebeocenění, přerušují způsoby

neurotického chování a povzbuzují nové formy učení. Metoda koncentrativní terapie zdůrazňuje psychologické základy osobnosti a je analyticky orientována k diagnostikování pacientů prostřednictvím pohybu.

Psychoterapie orientující se na tělo. Zdůrazňují vnímání a prociťování tělových prožitků ve vztahu k psychickým prožitkům a ke skutečnostem. Velmi podobně je popisována „Sensory Awereness“, metoda smyslového uvědomování. Cílem je prostřednictvím citění a prociťování uvolnit zasunuté možnosti jedince.

Integrativní pohybová terapie. Tuto formu terapie lze vnímat jako část systému „Gestalt Therapie“ Pezse, který spojil psychoanalytické pojmy s náhledy tvarové psychologie.

Taneční terapie. Opírají se o poznatek, že mezi psychickou a motorickou činností existují vzájemné vztahy. Podporují pohybem a projevováním prožitků integraci jedince. Jsou vhodným prostředkem neverbální komunikace.

Sportovně terapeutické prostředky. Mají v individuálně zaměřené pohybové činnosti významnou integrační potenci. Jsou ale chápány především jako socioterapeutický prostředek.

Na těchto podkladech byly vytvářeny od roku 1990 teoretická východiska a následně specificky zaměřené pohybové programy, které byly ověřovány na pavilónech psychiatrické léčebny v Praze 8, Bohnicích a Focusu v Ústí nad Labem (Adámková; Hátlová; Kirchner; Kynštová; Mrázek; Suchá; Špůrková; Žďárková) Výsledky byly publikovány a citovány v odborných publikacích v češtině, angličtině, francouzštině.

Další zdroje vlivu na rozvoj české psychomotorické terapie. Myšlenky Piageta, Pribrama, Gendlina, Feldenkraise,

Moscoviciho ovlivnily nejen psychologii a psychoterapii, ale významně se podílejí na současném rozvoji rehabilitace (Véle(2012), Stackeová, 2011).

Pro pohybový vývoj ve vztahu k rozvoji inteligence má podstatný význam stadium senzomotorické inteligence. Jean Piaget (1896 – 1980) upozorňuje, že pohybové vzorce, většinou založené na raných preverbálních zkušenostech jsou nástrojem, který nám slouží k tomu, abychom se dokázali vyrovnat s životními změnami. Vnímání informací prostřednictvím svého těla je důležité zejména v prvních disociacích Já od Já. Změny v pohybu těla vyvolávají odpovídající změny v psychice. I-self kognitivně konstruuje Me-self , ale vždy v závislosti na stupni svého vývoje (Piaget, 1952).

Jedním z prvních kdo potvrdil souvislost mezi anteriorní frontální kůrou a limbickým systémem je Karl Harry Pribram (*1919). Z pohledu psychomotoriky je zásadní objev specifického propojení mozkové kůry parietálních a temporálních laloků a motorické kůry lidského mozku (Pribram, 1969). Pribram také odhalil senzorní systémy sdružení kůry (v současnosti označované jako neuronální sítě) a doložil, že tyto systémy pracují v organizovaných volbách, které se vytváří mezi smyslovými podněty (Pribram, 1971). Zpracování vjemů se děje v pavučině jemných vláken (dendrity, glie), které tvoří síť (Pribram, 1991).

Eugene T. Gendlin (*1926) je přesvědčen, že změnu v chování těla lze podpořit nově naučeným pohybem. Pohybová forma však sama o sobě nestačí, je nutné ji spojit s prožitkovou rovinou. Změna musí proběhnout na pocitové úrovni (Gendlin, 1962). K zachycení prožívaného významu slouží „tělesně zakotvené prožívání“. Kotvení je proces, který vztahuje něco neznámého a rušivého do našeho systému kategorií. Znamená klasifikaci a pojmenování určité

skutečnosti, která se tak pro nás stane méně ohrožující a dokážeme s ní lépe manipulovat. Tělesně zakotvené prožívání znamená pouhé spočívání myslí v tělesně ukotveném pocitu, který je nositelem prožívaného významu. Technika vychází z uvědomování si tělesného ohniska (focus), prožívání ohniska vedoucí k porozumění jeho významu (felt sense) a vede k porozumění vlastnímu prožívání. Vývoj Gendlinova terapeutického vnímání je obsažen v publikacích: *Experiencing and the creation of meaning*. (Gendlin, 1962), *Focusing*. (Gendlin, 1981), *Focusing-Oriented Psychotherapy – A manual of the Experiential Method* (Gendlin, 1996).

Vlastní metodu sebeuvědomování a autoregulace vytvořil Moshe Feldenkrais (1904-1984). Dle Feldenkraise člověk jedná v souladu s obrazem, který si o sobě vytvořil. Obraz „Já“ se neustále vyvíjí v souvislosti s naším jednáním. Je nutné přizpůsobovat se tomuto měnícímu se obrazu. Nepřizpůsobení se, znamená nepružnost a schématicnost v jednání. Má-li člověk změnit své chování, musí změnit svůj obraz o sobě. Metodou korekce „Já“ je zvyšování kvality pohybu. Změna dynamiky jednání je totožná se změnou našeho „Já“. Přináší sebou pohybové změny a aktivuje všechny části těla (Feldenkrais, 1978).

Vliv české psychoterapie pracující s tělem

Představitelem somatické psychoterapie pracující s tělem metodou biopsychického terapeutického přístupu k řešení psychických obtíží klientů je Lubomír Vašina. Tělo Vašina považuje za prostředek, který umožňuje propracovat vztah člověka k sobě, vztah myslí a těla. Právě zakotvenost myslí v těle dává člověku možnost k pochopení smysluplnosti světa a smyslu vlastní existence v něm (Vašina, 1995). Tělesná cvičení zesilují vnímání sebe sama skrze vlastní tělo. Navozují situace k vyjadřování svých pocitů a k prožívání prostřednictvím svého těla. Učí zůstávat

v kontaktu se svým tělem při řešení myšlenkových operací (Diamant & Vašina, 1998). Pocit a prožitek, vnímání informací prostřednictvím svého těla, se tak stává reálným objektem jehož prostřednictvím může člověk svou činnost konfrontovat. Tělesný prožitek umožňuje pochopit nejen sebe sama, ale i smysl vlastní existence. Dává prostor pro vytvoření „Já“ a hranic „Já“ a neztratit se v „My“ (Vašina & Vychodilová, 2002).

Vliv české rehabilitační školy

Pro rozvoj psychomotorické terapie v Čechách jsou důležité poznatky českých lékařů, neurologů, se zaměřením na kineziologii. Jejich poznání vycházelo převážně z neurologie německé. Dodnes můžeme sledovat ve fyzioterapii dopady vlivu neurologicky orientovaných lékařů zaměřených na zkoumání a terapii hybných komplexů (V. Vojta, K. Lewit, F. Véle, V. Janda, M. Kučera, K. Obrda, J. Pfeifer, P. Kolář, v Kolář 2009).

Václav Vojta (1917-2000) specializací dětský neurolog. V letech 1961-1972 pracoval na objevení a ověřování hybných komplexů. Došel k poznatku, že hybné komplexy spolu souvisí a mají společnou příčinu ve vrozených hybných komplexech. Toto poznání vedlo k vývoji vlastní diagnostické a terapeutické metody reflexní lokomoce (Vojtova metoda - koncept reflexní aktivace primitivních pohybových vzorců), kterou používal Vojta především k léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Nejvýznamněji ovlivnil rozvoj psychomotorické terapie v České republice František Véle (*1921). Véle se nespokojuje s obvyklými metodami fyzioterapeutického vyšetření. „Úkolem terapeuta není vyšetřovat pouze poruchu pohybové mechaniky, působenou patologickou změnou struktury, ale vyšetřovat především poruchu pohybové funkce celé pohybové soustavy, neboli poruchu pohybového chování, která je ovlivňována poruchami struktury i

poruchami řízení pohybu z centrální nervové soustavy“ (Vélé 2012,s.12). „Pohybovou funkci ovlivňuje nejen změna struktury, ale stejně i změna v řízení pohybu, mentální pochody nebo odchylka funkcí vnitřních orgánů, které jsou řízeny centrální nervovou soustavou“ (Vélé 2012,s.13). Vychází z přesvědčení že procesy motorické plasticity se uplatňují v procesech motorického učení i v procesech reparace po celý život, pokud jsou alespoň z části zachovány elementární spinální funkce, které realizují motoriku. Toho lze využít při nastartování volní motorické nadstavby a obnovit zdánlivě ztracené funkce (Vélé, 1997). Tento poznatek Vélé zkoumal i v terapii neurologicky nemocných dospělých pacientů a předpokládá ho i v léčbě psychiatrických pacientů. Stimul pro spuštění reakce nemusí být výhradně tlakový, ale může mít jakoukoli kvalitu (zrakovou, sluchovou, prožitkovou). Podstatou je schopnost navodit změnu (Vélé, 1997).

Pohybová terapie v české psychiatrii.

Česká meziválečná psychiatrie se opírala o poznatky německé medicíny. Pro rozvoj pracovní a pohybové terapie v ústavech pro choromyslné měl zásadní význam Karol Matulay (1906 - 1998) který propagoval a zaváděl pracovní terapii a vedle ní další činnostní terapie, mezi nimi i terapeutické provádění léčebného tělocviku a sportu. Na pracovištích na kterých působil (v Martině, v Bratislavě, v Pezinoku) budoval hřiště a atletická sportoviště a sám prováděl s pacienty sportovní terapii (Tichý & Sedláčková, 1996). Psal odborná pojednání a pořádal praktické semináře, sám vedl sportovní terapii (Cupák & Vážný, 2007).

Po II. světové válce zájem o léčbu sportovními cvičeními stoupal. Mezi poválečnými psychiatry měl profesor Matulay řadu obdivovatelů, kteří se i v době nástupu farmakoterapie snažili prosadit léčbu aktivizačními terapiemi. Jejich snahy jsou dokumentovány vznikem doposud užívaných

sportovních zařízení vybudovaných pacienty v rámci pracovní terapie .

Mezi ergoterapeuticky orientované psychiatry, kteří v širší míře zaváděli na svých odděleních sportovní činnosti v rámci podpůrné režimové léčby patřil Zdeněk Bašný (*1920), který působil v největších českých psychiatrických léčebnách v Dobřanech a v Praze, Bohnicích. Na svých primariátech organizoval tělesná cvičení s aktivačními nebo relaxačními účinky. Postupně zařazoval do cvičení jednoduché jógové sestavy (Bašný (2000)). Cvičení bylo voleno vzhledem k diagnóze, závažnosti onemocnění, aktuálnímu psychosomatickému stavu nemocného a zaměření léčby. Na základě empirických zkušeností Bašného byly vytvořeny základy psychomotorické terapie, která se v České republice nazývala Kinezioterapie.

Jóga a její praktikování, na velmi dobré odborné úrovni, byla v Československu významným hnutím v 70. letech 20. stol. Jóga byla nejen široce praktikována, ale byla i zařazována do léčby somatických pacientů (Velé, 1997) i psychiatrických pacientů (viz Nešpor, 2000; Bašný , 2000). Vědeckým výzkumem jógy z pohledu neurofyzologie se v té době zabýval především Dostálek (Ctibor Dostálek *1928) , který sledoval účinky jógových cvičení pomocí elektrofyziologických měření. Zájem o jógu trvá doposud.

Sportovní trénink jako prostředek režimové léčby zavedl Jaroslav Skála (1916-2007) psychiatr, alkohololog. Během svého působení vypracoval Skála komplexní léčebný program závislostí v němž významnou část tvořila gymnastická cvičení (ranní rozcvičky), atletický běh (součástí léčby byl především běh, podle schopností pacienta se postupně uběhnutá vzdálenost zvyšovala). Tento systém se prosadil v léčbě závislostí po celé ČR a byl znám i v zahraničí. Postupně byl doplněn o nekontaktní míčové hry a cvičení jógy (vliv Bašného a Nešpora) a v současnosti

dobrodružnou terapií využívajících prvků her a pobytu v přírodě „Adventure therapy“ (Daley ,2002; Kirchner 2005, 2011).

Současná situace oboru psychomotorická terapie

S nástupem internetu vznikla potřeba vzájemné konfrontace poznatků. V roce 1994 se patnáct evropských zemí rozhodlo toto úsilí formalizovat a v květnu roku 1995 byl uskutečněn první společný kongres v Marburgu v Německu. V září roku 1996, bylo založeno Evropské fórum psychomotoriky (EFP - **Fórum Europeu de Psicomotricidade** - European Forum of Psychomotricity). Jeho současným prezidentem je Rui Roque Fernando Martins , Associate Professor in the Faculty of Human Kinetics, Technical University of Lisbon (UTL).

V současné době *European Forum of Psychomotricity* sdružuje 15 členských zemí, které usměrňují svůj rozvoj v rámci „*Plan for strategic development of the European Forum of Psychomotricity*“. V březnu 2007 bylo EFP přijato do organizací propojených v rámci Evropské Unie. To dalo možnost propojit domovské stránky s dalšími organizacemi registrovanými v rámci EU (více na www.psychomot.org).

Od roku 1995 jsou na Evropských konferencích psychologie sportu (FEPSAC) častěji prezentovány studie které pojednávají o vlivu tělesných cvičení na psychický stav psychiatrických pacientů. Téma cvičení psychiatrických pacientů v rámci podpůrné terapie se objevuje i v psychiatrických a psychologických odborných publikacích. Pro znalost vývoje psychomotorické terapie jsou nejvíce důležité přehledové studie Faulkner, 1999 a 2006; Probst 2010. Vybrané Probstovy publikace jsou i v českém překladu (Hátlová, 2010; Adámková, 2010) .

Přetrvávající problém v oblasti psychomotorické terapie vidíme souhlasně s Probstem v nedostatečné znalosti principů a metod psychomotorické terapie, které jsou

podpořeny výsledky výzkumných prací. Tato neznalost vede k používání širokého pole alternativních metod, které nejsou založeny na odborném ověřování svého působení.

Slovo na závěr

Články psychomotorické terapie jsou dnes publikovány v nejrůznějších časopisech medicínských, fyziologických, neurofyziologických, fyzioterapeutických, psychologických, sportovních a dalších. A ač se všech těchto oblastí psychomotorická terapie týká a pojmová rozmanitost může přinést obohacení, důležité je i sjednocení jejích myšlenek.

Široká poznatková základna je pro psychomotorickou terapii důležitá. Jedná se o oblast, kdy je těžké jedincem pokrýt všechny související obory, obor lékařství, psychologie, fyzioterapie, tělesné kultury, aplikovaného sportu a další. Proto je zde velmi důležitá komunikace, spolupráce a otevřenost novým poznatkům.

Literatura:

Adamírová, J. (2000):Hravá a zábavná výchova pohybem: základy psychomotoriky. 2. vyd. Praha: Česká asociace Sport pro všechny

Adámková Ségard, M., Hátlová, B.(Ed.) (2011): Psychomotor therapy in mental health care. University of J. E. Purkyně in Ústí nad Labem.

Adámková Ségard, M., Hátlová, B.(Ed.) (2012): Psychomotor therapy in the treatment of schizophrenia. University of J. E. Purkyně in Ústí nad Labem.

Adámková Ségard, M., Hátlová, B., Probst,M. (2010a): Psychomotorická terapie v léčbě poruch příjmu potravy. Praha, European Science and Art Publishing & Asociace psychologů sportu.

Adámková Ségard, M., Hátlová, B., Probst,M. (2010b). Psychomotor therapy in the Treatment of Eating Disorders. University of J. E. Purkyně in Ústí nad Labem.

- Ajuriaguerra J. de, Auzias M., Coumes F., Denner A., Lavondes-Monod V., Perron R., Stambak M. (1989): L'écriture de l'enfant, Tome 1 - L'évolution de l'écriture et ses difficultés. Neuchâtel – Paris, Delachaux et Niestlé.
- Bašný, Z. (2000): Jóga a schizofrenie. Jóga v minulosti a přítomnosti. Praha, Český svaz jógy, 44-58, (Sborník semináře českého svazu jógy).
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.(1993): Psychosomatická medicina. Praha, Grada, Avicenum.
- Blahutková, M., Brůžková, L., Matějková, E. a Trávníková, D.(2009): Psychomotorická terapie. Brno, Masarykova univerzita.
- Brown, T.J. (1998): **Dorothea Dix: New england reformer.** Cambridge, Harvard University Press.
- Cupák, J., Vážný, P. (2007): Prof. MUDr. Karol Matulay, milovník lidí, přírody, růží a tenisu. Sto let od narození. Česká a Slovenská psychiatrie 102 (3), 158.
- Diamant, J., Vašina, L.(1998): Kapitoly z neuropsychologie. Brno, MU.
- Daley A.J. (2002) . Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? Adv. Psychiatr. Treatment 8, 262-70.
- Dvořáková, H., Michalová, Z. (2004): Využití psychomotoriky ve škole. Praha, Univerzita Karlova - Pedagogická fakulta.
- Faulkner, G., Bidle, S.J.H. (1999): Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of literature. Journal of Mental Health 8 (5) 441-457.
- Faulkner, G., Carless, D. (2006): Physical activity and the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. Psychiatr. Rehabil. Journal 29, 258-66.
- Feldenkrais, M.(1978): Bewusstheit durch bewegung. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

- Fox, K.R., Corbin, C. B. (1989): The physical self perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 11, 408-430.
- Fox, K.R. (Ed.) (1997): *The physical self: From motivation to well-being*. Champaign: IL, Human Kinetics.
- Gendlin, E.T. (1962): *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York: Free Press of Glencoe.
- Gendlin, E.T. (1981): **Focusing** (second edition. New revised instructions). New York, Bantam Books.
- Gendlin, E.T. (1996): **Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method**. New York, The Guilford Press.
- Goldstein, J. (1987): *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Grave, K. (2004): *Neuropsychoterapie* Hogrefe Verlag GmbH, Co.K
- Grave, K. (2007): *Neuropsychoterapie Portál s.r.o. vyd.1*. ISBN978-80-7367-311-6
- Griesinger, W. (1868): *Über Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1, 8-43.
- Hátlová, B. (2003a): *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha, Karolinum.
- Hátlová, B. (2003b): *Kinesiotherapy movement therapy in psychiatric treatment*. Praha, Karolinum .
- Hátlová, B. ,Suchá, J. (2005): *Kinezioterapie demencí*. Praha, Triton s.r.o.
- Hátlová, B., Kirchner, J. (Ed.) (2010): *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. Chotěboř, European Science and Art Publishing, o.s. & Asociace psychologů sportu.
- Hölter G. (1993): *Mototherapie mit erwachsenen*. Schondorf, Hofmann.

- Hölter, G (2011): **Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen - Grundlagen und Anwendung, Lehrbuch für Theorie und Praxis**, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Huhn, A. (1975): Rehabilitation von psychosekranken. In: Jochheim, K.A., Scholz, J.F. Rehabilitation. Stutgard, Thieme.
- Jochheim, K.A., Schoot, P.(1981): Behindertensport und rehabilitation. Schondorf, K. Hofmann.
- Kiphard, E.J. (1995): Psychomotorik und familie - psychomotorische förderpraxis im umfeld von therapie und pädagogik. Dortmund, Modernes Lernen.
- Kiphard, E.J. (1996): Unser Kind ist ungeschickt - Hilfen für das bewegungsauffällige Kind. München, Reinhardt.
- Kiphard, E.J. (2001): Motopädagogik. (9. Aufl.). Dortmund, Modernes Lernen.
- Kirchner, J. , Hátlová, B. (2005): Dobrodružství ve službách terapie. Psychológia a patopsychologia dieťaťa, 40(1), 43-57.
- Kirchner, J., Hátlová, B.(2011): Teorie dobrodružné terapie. Chotěboř, European Science and Art Publishing.
- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H. et al. (2005) . Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients. Psychotherapy and Psychosomatics.
- Knapen, J, Vancampfort, D., Schoubs, B., Probst, M. (2011): Psychomotorická terapie v Belgii evidence based přístup a doporučení pro terapii poruch nálad a úzkostných poruchy. Psychologie a její kontexty 2 (1), 21-37.
- Kolář, P. (ed.) (2009): Rehabilitace v klinické praxi. Praha, Galén.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha . Portál s.r.o.
- Kynštová ,H., Hátlová, B. (2009): Psychomotorická terapie u diagnózy schizofrenie. Ošetrovatelství, Teorie a praxe

moderního ošetrovatelství.11 (1-2), 21-32.

Mocek, R. (1995). Johann Christian Reil (1759-1813). Das Problem des Übergangs von der Spätaufklärung zur Romantik in Biologie und Medizin in Deutschland 21, 323-33.

Moscovici, S. (1973): Foreword. In: Herzlich, C. (Ed.), Health and illness: A social psychological analysis. London/New York, Academic Press. ix–xiv.

Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representations. In: Farr, R.M., Moscovici, S. (Ed.), Social Representations. Cambridge, Cambridge University Press

Naville, S. (2005): Psychomotor approaches and possibilities in physical education and sports. In Stelter, R. Roessler, K. K. (2005) New approaches to sport and exercise psychology Stelter, R. and Kaya K. (eds) .Meyer & Meyer Sport (UK) Ltd, 2005

Nejedlo, M. (2010): Rudolf Steiner: Muž, který uměl všechno. *Praha, Krásná paní.*

Nešpor, K. (2000): Návykové chování a závislost. Praha, Portál s.r.o.

Petzold, I. (1957): 'Johann C. Reil, Begründer der modernen psychotherapie?' in Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 41,159-79.

Piaget, J.(1952): Origins of intelligence in childhood. London, Routledge and Kegan Paul.

Poněšický, J.(2002): Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Triton Příbram, K.H. (1969): Brain and behaviour. Hammondsworth, Penguin Books.

Pribram, K.H. (1971): Languages of the brain; experimental paradoxes and principles in neuropsychology. Englewood Cliffs, N. J.,Prentice-Hall.

Pribram, K.(1991): Brain and perception: holonomy and structure in figural processing. Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum Associates.

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vacampfort, D. (2010): Psychomotor therapy and psychiatry: What s in Name? *Medicine Journal* 2, 105-113.
- Richards , R. (2002): *The Romantic conception of life: Science and philosophy in the age of goethe*. Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Röhricht, F. (2000): *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen, Hogrefe.
- Schilder, P.(1923): *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers*. Berlin, Springer.
- Schilder,P.(1933): *Das Körperbild und die Socialpsychologie*. *Imago*, 1933, Bd. XIX, S. 367–376. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15:472-473.
- Simon, H.(1929): *Activere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt von Dr. Hermann Simon*. Berlin und Liepzig, Walter Gruyter & Co.
- Sørensen, M. (2006): Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scand J Med Sci Sports* 16 (6), 391-8.
- Stackeová, D. (2011):. *The Physical Self-concept of Visitors to Fitness Centres*. *Acta Universitatis Carolinae* 1 (47), 47-60.
- Suchá, J., Hátlová, B. (2012): *Pohybové aktivity pro pacienty s demencí*. Praha, Pfizer spol.
- Suchá, J., Jindrová, I., Hátlová, B. (2013): *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha, Portál
- Špůrková, A. , Hátlová, B. (2002): *Využití pohybových aktivit v denním režimu dlouhodobě hospitalizovaných schizofreniků*. *Sestra* XII (5),33.
- Thomas, R. K. (1999): *Shepherd Ivory Franz (1874-1933)*. In: Garraty, J. A. (Ed.), *American National Biography*. New York, Oxford University Press.
- Thomas, R. K. (2000): *Shepherd I. Franz (1874-1933)*. In:

- Kazdin, A.E. (Ed.), *Encyclopedia of Psychology*. Washington, American Psychological Association.
- Tichý, M., Sedláčková, E.(1996): Prof. MUDr. Karol Matulay - nestor slovenskej psychiatrie a neurológie. *Edice: Z dějin medicíny a farmacie* 2, 128.
- Tuke, D. H. (1855): William Tuke, The founder of the york retreat. *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology* 8, 507–512.
- Vašina, L. (1995): *Sanoterapie v psychosomatické praxi*. Brno, Vydavatelství Masarykovy univerzity.
- Vašina, L. (1999): *Sanoterapie: (jeden ze směrů somatické psychoterapie)*. Brno, Vydavatelství Masarykovy univerzity.(1.vyd.).
- Vašina, L., Vychodilová, Z. (2002): *Tělesné sebepojetí a somatická psychoterapie*. In: *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno, Vydavatelství Masarykovy univerzity. 65-88.
- Vašina, L.(2007): *Inspiromat somatické psychoterapie-sanoterapie*. Brno, Vydavatelství Masarykovy univerzity.
- Véle, F. (1995): *Kineziologie posturálního systému*. Praha, Univerzita Karlova.
- Véle, F.(1997): *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha, Grada.
- Vencovský, E.(1983) *.Čtení o psychiatrii*. Praha, Avicenum, zdrav. nakl. n.p..
- Wallenfels, D.(1926): *Studie o bohnickém ústavu*. In: *Sborník „Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách. 1926*.
- Weiner,D.(1994): *Le geste de Pinel: The history of a psychiatric myth*. In: *Micale, M., Porter, R. (Ed.), Discovering the History of Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 232-247.

Práce byla publikována:

HÁTLOVÁ, Běla, ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena, WEDLICHOVÁ, Iva, LOUKOVÁ, Tereza & BAŠNÝ, Zdeněk (2014). Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie. *Československá psychologie*, LVIII/1, 82-93. Praha, Psychologický ústav AV ČR ISSN 0009-062X <http://csppsych.psu.cas.cz> ISSN 1804-6436
Doi:Ceskoslovenska psychologie - Decision on Manuscript ID CSPS-08-2012-0117.R1

Psychomotorická terapie v léčbě schizofrenie

Běla Hátlová, Milena Ségard Adámková

Pro schizofrenní obraz nemoci je typická ztráta hranic “Já” a dezorganizace psychických funkcí, které se často se vyskytují v souvislosti s omezením vnímání vlastního těla a ztrátou samozřejmosti automatického provádění pohybu. U nemocných u nichž se projevují poruchy tohoto typu je vhodné zařadit takový druh terapie, který přistupuje k léčbě prostřednictvím vyvolání tělových prožitků (Hátlová 2003). Nemocní často nemohou vykonat požadovaný pohyb z důvodu neschopnosti orientovat se ve svém vlastním těle. Tělo vytváří naše zakotvení ve světě a toto zakotvení je u nemocných rozvolněno. Pohybová aktivita může pacientům napomoci dostat se z kontinuální introspekce prostřednictvím zaměření pozornosti na každodenní činnost a rozvíjet aktivní a přátelské vztahy, které jsou důležitým krokem v léčebném procesu. Účastníci pohybových programů si mohou zvyšovat sebevědomí prostřednictvím účasti v „normálních“ aktivitách. To může přispět k jejich reintegraci do společnosti. Schizofrenní onemocnění způsobuje snížení limitované kapacity bezprostřední, automatické a i volně udržované pozornosti Libiger (Libiger, 1991). Provádění cvičení, vyžadující zvláštní koncentraci a mohou mít na funkce pozornosti u pacienta příznivý vliv.

V důsledku déletrvající nemoci se chroničtí pacienti vyznačují celkovou svalovou ochablostí, doprovázenou ochablostí biologických a fyziologických funkcí, držení těla, dechové a oběhové soustavy. Vancampfort (2012) uvádí, že schizofrenní jedinci mají obvykle nadváhu, zapříčiněnou také užíváním některých antipsychotik, kardiovaskulární obtíže, ale i řadu nerozpoznaných zdravotních poruch jako diabetes mellitus a řadu banálních somatických zdravotních

potíží, které unikají pozornosti a následné péči. Ve schizofrenní populaci se vyskytuje také velký počet kuřáků a profil jejich životního stylu a fyzické kondice je podobný jinak handicapovaným lidem.

Co se týká pohybových dovedností už Roder a kolegové (Roder, Brenner & Kienzle, 1993) podotýkají, že mimo oblast kognitivních procesů lze interferenci spatřovat také v motorické oblasti. Projevuje se omezením motorických úkonů vzniklých náhlým výpadkem pohybu nebo vlivem mimovolních pohybů a úkonů. Dochází ke ztrátě automatických dovedností, následkem čehož při každodenních úkonech spojených s pohybem a jednáním (chůze, telefonování, oblékání) dochází k napjatému zaměření pozornosti. Mohou se také objevit některé ze symptomů, typických především pro katatonní schizofrenii: stupor, excitace, nástavy, rigidita, flexibilitas cerea a povelový automatismus. Navíc se úroveň pohybových dovedností zhoršuje i dlouhodobou hospitalizací. Již po třech letech hospitalizace dochází k výraznému poklesu psychomotorických dovedností, především psychomotorické stability, přesnosti pohybů a pohybové koordinace (Syřišťová, 1989). Všechny uvedené odlišnosti vytvářejí u těchto nemocných typický pohybový projev. Je známo, že nedostatečná pohybová aktivita může vést k narušení somatopsychické rovnováhy organismu jedince. Véle (Véle, 1995) uvádí, že při nedostatku pohybu dochází mimo změn na tělesné úrovni také ke zhoršení koordinace i výkonu řídicích funkcí CNS. To se projeví zhoršením přizpůsobivosti vlivům zevního prostředí a vznikem negativních psychických změn. V opačném případě, při zvýšeném pohybovém úsilí dochází ke zvýšení výkonnosti systému. To se celkově projeví zvýšením odolnosti proti zevním vlivům a vznikem pozitivních psychických změn. Podle Payne (Payne, 1999) může pohybová činnost přispět k

dosažení psychické a fyzické integrace, a to rozvíjením růstu vlastní identity, vytvářením přesnějších představ o vlastním těle, které umožňují poznat a potvrdit vlastní „Já“. Prostřednictvím pohybových činností se zdokonalují sociální dovednosti, rozvíjí kontakt, důvěra, citlivost, spolupráce s ostatními, čímž se zlepšuje sebevědomí a schopnost rozhodování.

Podle Hátlové (2003) je užití tělesně orientovaných léčebných přístupů vhodné a přijatelné také z důvodu snadnějšího navázání kontaktu s psychicky nemocným. U schizofrenních pacientů je porušeno myšlení i řeč, slovní výměna je tedy velmi složitá, nemá odpovídající výpovědní hodnotu 30 a u části pacientů je z důvodu neschopnosti verbální komunikace nemožná. Oproti tomu může být komunikování na neverbální úrovni srozumitelnější a může být snadněji navozeno. Pomocí tělesných aktivit je možné dosáhnout změn v psychice nemocného ve smyslu senzualizace jeho somatopsychické existence a navodit možnost zlepšení komunikativních a sociálních dovedností a kompetentností.

Při otázce po druhu neúčinnějšího cvičení Kynštová (2012) předpokládá, že potřebné podněty poskytuje nejpravděpodobněji aerobní cvičení. pro psychologické přínosy se zdá být důležitou prioritou účast na cvičení, nikoliv získání kondice (Hátlová 2003). Některé studie zjistily významné zlepšení v psychopatologii, i přes to, že nesplnili doporučené kritérium tělesné aktivity dané WHO. To naznačuje, že práh pro tělesnou zátěž vzhledem k podpoře duševního zdraví může být nižší, než udávají normativy vyvinuté s ohledem na fyzické zdraví (Faulkner & Duncan, 2012 s.28).

Faulkner & Duncan, 2012

Hátlová, B. (2003). Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch (I. vyd.). Praha, Karolinum).

Kynštová (2012), Libiger 1991, Payne, 1999, Roder, Brenner& Kienzle, 1993, Syřišťová, 1989, Vancampfort (2012), Véle, 1995

Část II.
Přehled výzkumů

Motivačně pohybový program u hospitalizovaných psychiatrických pacientů

*Běla Hátlová, Martin Dlabal, Tereza Dvořáková Louková,
Iva Wedlichová*

Úvod

V centru pozornosti se v posledních letech stále častěji objevuje vztah mezi tělesným cvičením a psychickým zdravím. Poznatky vycházející z fyziologického výzkumu vyzdvihují od druhé poloviny 20. století obecné výhody cvičení z hlediska tělesného zdraví. Od druhé poloviny 20. století se zvyšuje výzkum podílu tělesného cvičení jak na zlepšování psychické pohody u běžné populace, tak při léčbě duševního zdraví ^(1,2,3,4,5,6.). Publikované studie přináší důkazy zaměřené na vztah mezi tělesným cvičením a úzkostí, depresí, psychotickým onemocněním, reakcí na stres, stavem nálady, sebeúctou a obrazem těla ^(7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18).

To, co odlišuje pohybovou aktivitu od dalších tradičních terapií zaměřených na problémy duševního zdraví, je potenciál současně působit na tělesné a duševní zdraví. V životě zaujímá důležitou hodnotu vnímaná osobní pohoda, popsaná v současnosti pojmem „well-being“. Prožívání pohody může mít dvě dimenze: subjektivní prožívání a objektivně pozorovatelné znaky. V konceptu subjektivní osobní pohody dominují především emoční a kognitivní dimenze: pocit vyrovnanosti, zvládnání obtíží, uplatnění se ve společnosti. Pro objektivní osobní pohodu svědčí socioekonomický status a prožívaný zdravotní stav ⁽¹⁸⁾. Terapeuticky orientované léčebné modalitty, které pomáhají zlepšit funkční stav pacientů s psychickými problémy, jsou důležitou součástí léčby ⁽¹⁹⁾. Hölter uvádí, že psychomotorická terapie, specifická adaptace tělesné aktivity pro osoby s duševními problémy, může mít pozitivní vliv na

jejich duševní zdraví. Pacienti jsou odebráni z ponoření do vlastního světa tím, že se zaměřují na vykonávání tělesné činnosti ⁽¹⁹⁾. V základu je skutečnost životní důležitosti pohybové aktivity. Pohyb má instrumentální povahu, je nástrojem života a tím je jednou ze základních podmínek kvality života. Do pohybu se promítá celá intence lidského bytí. Pohyby jsou určeny cílem, mají nějakou ideu, záměr, který funguje z hlediska řízení pohybu jako dovršující podnět. Do toho vstupuje i celá pohybová zkušenost člověka a jeho prožitková zkušenost. Kinantropologická podstata pohybu dává do souvislosti pohybové stránky člověka s jeho osobností. Jaký člověk je, tak se pohybuje. Platí to jak z hlediska aktuálního psychického stavu, tak z hlediska strukturálního ⁽¹⁸⁾. Psychicky nemocný pacient může subjektivně vnímat kvalitu svého života na vysoké úrovni a naopak relativně zdravý jedinec může subjektivně vnímat svou kvalitu života na nízké úrovni. Jako evaluační kritérium při hodnocení výsledků medicínských postupů je užíván pojem well-being. Podle tohoto kritéria jde hlavně o to, jak nemocní svůj zdravotní stav prožívají, jak zvládají běžný den a jak fungují i v sociálních vztazích ^(20,21). Šíři vlivu pohybové aktivity na well-being prezentoval K. R. Fox ⁽²²⁾ ve své studii, která sumarizovala dostupné výzkumy o vlivu pohybové aktivity na kognitivní funkce, zejména na rychlost reakcí, a na well-being. Epidemiologické studie ukázaly, že pohybová aktivita má terapeutický přínos při použití jako podpůrná léčba duševních poruch ⁽¹³⁾. Zamani ve studii dospělé populace (N =264, věk =38,1), zaměřené na vztah mezi pohybovou aktivitou a sebeúctou sledoval jako jeden z faktorů vnímanou tělesnou zdatnost. Zjištění ukázalo, že vnímaná tělesná zdatnost přímo souvisela se sebeúctou ⁽¹⁵⁾. Bylo doloženo, že vnímaná fyzická zdatnost hraje významnou roli zejména u dospělých, u nichž byla zjištěna nižší sebeúcta. Také ve skupině dospívajících s

psychiatrickou poruchou se ukázalo, že sebevědomí úzce souvisí s tělesnou sebeúctou. Vztah sebevědomí a tělesné sebeúcty se ukázal jako velmi důležitý u adolescentů, a to zejména u těch s duševními problémy, bez ohledu na diagnózu ⁽¹⁷⁾. Ve světle dostupných důkazů je zahrnutí programů pohybové aktivity do psychiatrické léčby účinným a přijatelným doplňkem obvyklé péče o různé duševní poruchy ⁽¹⁶⁾.

Metoda

Výzkum je realizován jako experiment zaměřující se na ověřování vztahu mezi zkoumanými proměnnými. Použitý intervenční nástroj motivační pohovor (MI) se opírá o vedení MI při vlastním vykonávání pohybové aktivity ve formě standardního pohybového programu (SPP).

Formulace cílů a hypotéz

Cíle tohoto výzkumu jsou soustředěny do tří oblastí.

Zaprvé výzkum ověřuje, zda vedení MI během SPP, má vliv na vyjadřovanou tělesnou zdatnost, a to na tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost.

Za druhé výzkum zjišťuje, zda lze, či do jaké míry, ovlivnit vedením MI během SPP, psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické aktivity.

Za třetí, zda lze, či do jaké míry, ovlivnit vedením MI během SPP, úzkost a depresi.

Hypotézy

H1: Absolvování MI během SPP významně ovlivňuje vyjadřovanou tělesnou zdatnost, a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

H2: Absolvování MI během SPP významně ovlivňuje zaznamenané psychomotorické tempo hospitalizovaných

psychiatrických pacientů.

H3: Absolvování MI během SPP významně ovlivňuje vyjadřovanou úroveň úzkosti hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

H4: Absolvování MI během SPP významně ovlivňuje vyjadřovanou úroveň deprese hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

Aplikovaná metodika

Zkoumaný vzorek zahrnoval 141 hospitalizovaných pacientů ze dvou psychiatrických nemocnic, 87 z instituce A, 54 z instituce B. Jednalo se o pacienty, u nichž byly diagnostikovány duševní poruchy: schizofrenie, poruchy nálady a úzkostné poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Pacienti byli rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny na základě náhodného skupinového výběru. Experimentální vzorek poté absolvoval šestitýdenní motivačně pohybový program doplněný motivačními pohovory (MPP), s vedením MI během SPP. Kontrolní vzorek absolvoval standardní šestitýdenní pohybový program (SPP) v rámci hospitalizace. Celkově byly zpracovány dotazníky od 131 pacientů (z toho 83 mužů a 48 žen). 10 dotazníků bylo pro nekompletnost dat vyřazeno. Průměrný věk respondentů byl 40,5 v rozmezí 21 až 64 let.

Tab. 1.: Demografická data

Pro hodnoty vypovídající o úrovni vyjadřované tělesné zdatnosti byly použity desetimístné škály, kdy číslice 0 značila nejnižší a číslice 10 nejvyšší možnou míru vyjadřované složky. Měřenými složkami byly tělesná vytrvalost, svalová síla a pohybová obratnost.

Hodnoty vypovídající o rychlosti psychomotorického tempa byly získány administrací Testu cesty. Tento test ověřuje

rychlost psychomotorického tempa při vykonávání vizuo-motorické aktivity.

Hodnoty vypovídající o úrovni úzkosti a deprese byly získány dotazníkem HADS. Tento dotazník má dvě subškály. Subškála HADS-A zjišťuje míru úzkosti a subškála HADS-D zjišťuje úroveň deprese. Každá subškála obsahuje sedm tvrzení, z nichž každé je hodnoceno na čtyřbodové stupnici.

Vzhledem k charakteru a typu dat byly pro ověření jednotlivých hypotéz použity příslušné neparametrické metody. Vliv MPP na vyjadřovanou úroveň pohybové zdatnosti, na vykazované psychomotorické tempo, na míru deprese a anxiety byl ověřován Wilcoxonovým testem pro párové hodnoty.

Postup práce

Před začátkem výzkumné části projektu byli vybráni pohyboví instruktoři zaškolení ve vedení motivačního pohovoru (motivational interviewing (MI)). Poté byly všem pacientům, kteří mohli být vybráni, administrovány dotazníky a Test cesty. Někteří pacienti nemohli být vybráni do projektu vzhledem k svému aktuálnímu psychickému stavu (akutní psychóza), tělesnému stavu (určil lékař) či neochotě zapojit se do aktivity. Z pacientů byla část vybrána náhodným skupinovým výběrem do MPP a část absolvovala SPP v rámci léčebného režimu.

Pacienti, kteří se zúčastnili projektu, se věnovali MPP dvakrát týdně po 45 minutách se zaškolenými pohybovými instruktory ve vedení MI. Pacienti v kontrolní skupině se věnovali SPP s „tradičními“ pohybovými instruktory. Po období šesti týdnů byly u pacientů experimentální i kontrolní skupiny administrovány dotazníky a Test cesty.

Výsledky

1) Vliv MPP a SPP na vyjadřovanou tělesnou zdatnost a její

jednotlivé složky: tělesnou vytrvalost, pohybovou obratnost a svalovou sílu.

Tab. 2: Základní deskriptivní analýza vyjadřované tělesné zdatnosti – experimentální skupina

Tab. 3: Základní deskriptivní analýza vyjadřované tělesné zdatnosti – kontrolní skupina

Tab. 4: Hodnoty p-úrovně pro vyjadřovanou tělesnou zdatnost

2) Vliv MPP a SPP na vykazované psychomotorické tempo při vykonávání vizuomotorické činnosti.

Tab. 5: Základní deskriptivní analýza vykazovaného psychomotorického tempa

Tab. 6: Hodnoty p-úrovně pro vykazované psychomotorické tempo

3) Vliv MPP a SPP na vyjadřovanou úzkost a deprese hospitalizovaných pacientů.

Tab. 7: Základní deskriptivní analýza vyjadřované úrovně úzkosti a deprese – experimentální skupina

Tab. 8: Základní deskriptivní analýza vyjadřované úrovně úzkosti a deprese – kontrolní skupina

Tab. 9: Hodnoty p-úrovně pro vyjadřovanou úroveň úzkosti a deprese

Diskuze

Výzkumná práce byla realizována jako experiment zaměřující se na ověřování vlivu intervence motivačním pohovorem (MI) při vlastním vykonávání pohybové aktivity ve formě standardního pohybového programu (SPP). Konkrétně se práce zabývala vlivem pohybového programu,

který byl podpořen vedením MI, na jednotlivé složky vnímané tělesné zdatnosti, a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost, na psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické aktivity a na vyjadřovanou míru deprese a anxiety hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Jednalo se o pacienty, u nichž byly diagnostikovány duševní poruchy: schizofrenie, poruchy nálady a úzkostné poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Výsledky výzkumu potvrdily, že pohybový program, který je podpořen MI má pozitivní vliv na prožívání PF všeobecně. Dosažená data potvrdila významný vliv intervence MI v průběhu SPP na vyjadřovanou PF (Tab. 4). Tento výsledek byl významný pro všechny měřené složky, a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost. Na výsledku se především podílela data od pacientů trpících schizofrenií, poruchami nálady a úzkostnými poruchami. U těchto pacientů kombinace MI a PA významně ovlivňuje vnímané PF. V případě pacientů trpících poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Tento výsledek statisticky významný není. Vysvětlení může být způsobeno tím, že tito pacienti přichází do léčby obvykle až po určité době abstinence, při které již svoji PF vnímají podstatně lépe. Naše výsledky obecně potvrzují a rozšiřují poznatky studie Zamaniho ⁽¹⁵⁾, zaměřené na vztah mezi PA a sebeúctou, v níž sledoval jako jeden z faktorů vnímanou PF. Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, nevyjadřovali statisticky významné zlepšení v PF jako celku a ani v jednotlivých měřených složkách (Tab. 4).

Výsledná data potvrdila, že vykazované psychomotorické tempo je u všech pacientů jako celku po absolvování MPP významně rychlejší než před programem (Tab. 6). Tento výsledek byl významný i pro jednotlivé diagnostické skupiny pacientů (Tab. 6). Snížení psychomotorického tempa bylo

zaznamenáno i u pacientů kontrolní skupiny jako celku. Na výsledku u kontrolní skupiny se především podílela data od pacientů trpících schizofrenií. V případě pacientů trpících poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, poruchami nálady a úzkostnými poruchami však významné snížení reakčního času nebylo zaznamenáno (Tab. 6). Naše výsledky tak do určité míry potvrzují a zároveň i více specifikují poznatky Foxe. Šíři vlivu pohybové aktivity na well-being prezentoval K. R. Fox⁽²³⁾ o pozitivním vlivu PA na kognitivní funkce, zejména při měření rychlosti reakcí.

Dále dosažená data potvrdila významný vliv intervence MI v průběhu SPP na snížení vyjadřované úrovně deprese pro celkovou skupinu hospitalizovaných pacientů (Tab. 9). Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, nevykazovali statisticky významné zlepšení jako celek (Tab. 9). Výsledná data odpovídají výše zmíněným výsledkům o pozitivním vlivu MI na depresivní příznaky^(23,24). MPP ve srovnání s SPP se jeví jako významně efektivnější metoda k ovlivňování depresivních příznaků u psychiatrických pacientů jako celku. Data však nepotvrdila vliv MPP na depresivní příznaky pro skupinu pacientů trpících schizofrenií (Tab. 9). Tito pacienti však na rozdíl od schizofrenních pacientů, kteří absolvovali SPP, se zlepšili alespoň v průměrných hodnotách. V případě skupiny pacientů trpících poruchami nálady a úzkostnými poruchami, byl zaznamenán vliv na úroveň deprese i v kontrolním souboru (Tab. 9). Tento výsledek lze do významné míry přičíst i farmakoterapeutické péči, která se zaměřuje u pacientů trpících poruchami nálady a úzkostnými poruchami právě na ovlivnění depresivních příznaků. V případě pacientů trpících poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek lze dle výsledků dokonce konstatovat, že MPP může být využita jako významná léčebně

terapeutická metoda pro omezení depresivních příznaků. Data nepotvrdila signifikantní vliv MPP na vyjadřovanou úroveň anxiety pro celkovou skupinu hospitalizovaných pacientů (Tab. 9). Jelikož výsledná hodnota p-úrovně pro anxiety je $p=0,051$, lze alespoň říci, že výsledek je velmi silný a vypovídá o efektivnosti MPP jako nástroje k ovlivňování příznaků anxiety u psychiatrických pacientů. Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, nevykazovali v míře anxiety významné zlepšení (Tab. 9). Významný vliv MPP na úroveň anxiety byl zaznamenán u skupiny pacientů, kteří trpí poruchami nálady a úzkostnými poruchami (Tab. 9). U kontrolního vzorku těchto poruch významný vliv zaznamenán nebyl (Tab. 9). V tomto případě lze tedy konstatovat, že MPP může být využit jako významná léčebně terapeutická metoda k ovlivňování míry anxiety u skupiny pacientů trpících poruchami nálady a úzkostnými poruchami. Lze tedy konstatovat, že kombinaci MI a vlastního vykonávání PA může být využito jako efektivní léčebně terapeutická metoda k ovlivňování emočního rozpoložení hospitalizovaných psychiatrických pacientů. V případě ovlivňování depresivních příznaků u pacientů trpících poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a v případě úzkosti u pacientů trpících poruchami nálady a úzkostnými poruchami lze dokonce kombinaci MI a vlastního vykonávání PA užít jako významnou léčebně terapeutickou metodu.

Závěry

Výzkumná práce ověřovala vliv MPP na jednotlivé složky PF, a to vyjadřovanou tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost, na psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické aktivity a na vyjadřovanou míru deprese a anxiety u hospitalizovaných psychiatrických

pacientů. Jednalo se o pacienty trpících schizofrenií, poruchami nálady a úzkostnými poruchami a poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Dosažená data potvrdila významný vliv MPP na vyjadřovanou PF. Tento výsledek byl významný pro všechny měřené složky, a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost. Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, nevyjadřovali statisticky významné zlepšení ve vyjadřované PF celkově a ani v jednotlivých měřených složkách.

Data rovněž potvrdila, že vykazované psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické činnosti je po absolvování MPP významně rychlejší než před programem. Toto zlepšení vykazovali i pacienti kontrolní skupiny jako celku.

Dosažená data potvrdila signifikantní vliv MPP na vyjadřovanou úroveň deprese pro celkovou skupinu hospitalizovaných pacientů. Tento výsledek byl specificky významný pro skupiny s poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, poruchami nálady a úzkostnými poruchami. Významné snížení úrovně deprese bylo zaznamenáno i pro pacienty z kontrolního souboru, kteří trpí poruchami nálady a úzkostnými poruchami. Tento výsledek lze do významné míry přičíst i působení farmak v rámci hospitalizace na příznaky deprese.

Data nepotvrdila statisticky signifikantní vliv MPP na vyjadřovanou úroveň anxiety pro celkovou skupinu hospitalizovaných pacientů. Protože výsledná hodnota p -úrovně pro anxiety je $p=0,051$, lze v tomto případě konstatovat, že vztah mezi absolvováním MPP a nižší anxiety je velmi silný. Významný vliv MPP na úroveň anxiety byl zaznamenán, na rozdíl od pacientů, kteří tento program neabsolvovali, u skupiny pacientů trpících poruchami nálady a úzkostnými poruchami. Lze konstatovat,

že kombinaci MI a vlastního vykonávání PA může být využita jako doplňková metoda k ovlivňování míry deprese a anxiety u pacientů všeobecně. V případě deprese u pacientů trpících poruchami chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a v případě anxiety u pacientů trpících poruchami nálady a úzkostnými poruchami lze MPP dokonce užít jako významnou léčebně terapeutickou metodu. Limity studie:

Vzhledem k charakteru onemocnění nese diagnostické zjišťování vnímaného stavu výrazné subjektivní faktory probandů. Přes vysokou míru snahy dosáhnout objektivní data není zcela zajištěna sociologická čistota experimentu a vyrovnanost velikosti skupin.

Tab. 1.: Demografická data
Tab. 1.: Demographic data

diagnóza	účastníci MI během SPP	účastníci SPP	celkem
	muži/ženy	muži/ženy	muži/ženy
schizofrenie	19/9 (28)	21/4 (25)	40/13 (53)
depressivní nebo neurotické poruchy	5/9 (14)	7/5 (12)	12/14 (26)
závislost	18/16 (34)	13/5 (18)	31/21 (52)
celkem	42/34 (76)	41/14 (55)	83/48 (131)

Tab. 2: Základní deskriptivní analýza vyjadřované tělesné zdatnosti – experimentální skupina

Tab. 2: Basic descriptive analysis – experimental group

	první měření				druhé měření			
	vytrvalost	obratnost	síla	suma	vytrvalost	obratnost	síla	suma
schizofrenie	4,357	4,464	4,857	13,679	5,321	5,071	5,429	15,821
depresivní nebo neurotické poruchy	3,714	4,786	4,143	12,643	4,429	5,214	5,429	15,071
závislost	4,441	4,941	5,265	14,647	5,118	5,471	5,382	15,971
průměr celkem	4,276	4,736	4,907	13,92	5,065	5,276	5,407	15,75
SD	2,726	2,749	2,649	7,454	2,368	2,491	2,362	6,680

Tab. 3: Základní deskriptivní analýza vyjadřované tělesné zdatnosti – kontrolní skupina

Tab. 3: Basic descriptive analysis – control group

	První měření				Druhé měření			
	vytrvalost	Obratnost	síla	Celková zdatnost	vytrvalost	obratnost	síla	Celková zdatnost
schizofrenie	4,280	4,080	4,84 0	13,200	4,120	4,880	4,76 0	13,760
depresivní nebo neurotické poruchy	4,750	5,250	4,41 7	14,417	4,833	5,167	4,50 0	14,500
závislost	4,722	4,833	5,22 2	14,778	5,167	5,222	5,61 1	16,00
průměr celkem	4,527	4,581	4,87 2	13,981	4,618	5,054	4,98 1	14,654
SD	2,379	2,529	2,36 5	6,668	2,305	2,83	2,52 0	6,878

Tab. 4: Hodnoty p-úrovně pro vyjadřovanou tělesnou zdatnost

Tab. 4: P-values for physical fitness

	Účastníci MPP				Účastníci SPP			
	vytrvalost	obratnost	síla	Celková zdatnost	vytrvalost	obratnost	síla	Celková zdatnost
schizofrenie	p=0,031	p=0,081	p=0,202	p=0,023	p=0,784	p=0,098	p=0,860	p=0,777
depresivní nebo neurotické poruchy	p=0,129	p=0,297	p=0,012	p=0,002	p=0,938	p=0,844	p=0,688	p=0,999
závislost	p=0,087	p=0,203	p=0,683	p=0,115	p=0,497	p=0,502	p=0,497	p=0,517
Celkem	p=0,002	p=0,0169	p=0,022	p=0,000	p=0,781	p=0,128	p=0,701	p=0,430

Tab. 5: Základní deskriptivní analýza vykazovaného psychomotorického tempa

Tab. 5: Basic descriptive analysis on measured psychomotor tempo in visual-motor activity

	Účastníci MPP		Účastníci SPP	
	před	po	před	po
schizofrenie	58,25	40,857	55,760	46,920
depresivní nebo neurotické poruchy	44,286	31,500	38,067	33,700
závislost	36,971	27,824	43,278	37,167
Průměr celkem	46,158	33,307	47,815	40,844
SD	25,719	17,118	25,184	20,607

Tab. 6: Hodnoty p-úrovně pro vykazované psychomotorické tempo

Tab. 6: P-values for measured psychomotor tempo in visual-motor activity

Psychomotorické tempo	účastníci MPP	Účastníci SPP
schizofrenie	p=0,0001	p=0,0019
depresivní nebo neurotické poruchy	p=0,0012	p=0,0771
závislost	p=0,0001	p=0,1454
Celkem	p=0,0001	p=0,0002

Tab. 7: Základní deskriptivní analýza vyjadřované úrovně úzkosti a deprese – experimentální skupina

Tab. 7: Basic descriptive analysis on depression and anxiety – experimental group

Účastníci MPP	HADS-A		HADS-D	
	před	po	před	po
schizofrenie	12,857	12,464	20,964	21,536
depresivní nebo neurotické poruchy	16,000	12,071	17,071	21,857
závislost	12,324	11,853	20,324	22,088
Průměr celkem	13,197	12,118	19,961	21,842
SD	4,775	3,464	4,429	3,699

Tab. 8: Základní deskriptivní analýza vyjadřované úrovně úzkosti a deprese – kontrolní skupina

Tab. 8: Basic descriptive analysis on depression and anxiety – control group

Účastníci SPP	HADS-A		HADS-D	
	Před	Po	Před	Po
schizofrenie	13,360	13,680	20,040	19,560
depresivní nebo neurotické poruchy	14,167	12,083	18,500	21,417
závislost	12,167	12,444	20,833	21,000
průměr	13,145	12,927	19,964	20,436
SD	4,648	4,959	4,667	4,792

Tab. 9: Hodnoty p-úrovně pro vyjadřovanou úroveň úzkosti a deprese

Tab. 9: P-values for psychomotor tempo on depression and anxiety

	Účastníci MPP		Účastníci SPP	
	HADS-A	HADS-D	HADS-A	HADS-D
schizofrenie	p=0,678	p=0,425	p=0,609	p=0,445
depresivní nebo neurotické poruchy	p=0,008	p=0,002	p=0,102	p=0,032
závislost	p=0,804	p=0,014	p=0,744	p=0,847
celkem	p=0,051	p=0,000	p=0,603	p=0,450

Literatura

Scully D, Kremer J, Meade MM, Graham RK, Dudgeon K. Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med.* 1998 Jun;32(2): 111–120.

Martinsen EW. Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Med.* 1990 Jun; 9(6):380–389.

LaFontaine TP, DiLorenzo TM, Frensch PA, Stucky-Ropp RC, Bargman EP, McDonald DG. Aerobic exercise and mood a brief review, 1985-1990. *Sports Med.* 1992 Mar;13(3):160–170.

Hátlová B. Thérapie des schizophrènes par la gymnastique. In: PACINI (editore). *Les psychoses Schizophreniques.* Paris, Revue Internationale d histoire et methodologie de la psychiatrie, 3-1992; 74-76.

Taylor A, **Fox KR, Boucher SH, Faulkner GE, Biddle SJH.** The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being. In **Biddle SJH, , Fox KR, Boucher SH** (editors). **Physical Activity and Psychological Well-Being.** London, UK: Routledge. 2000; 10–45.

Biddle SJH, Fox KR, Boucher SH. Physical Activity and Psychological Well-Being. London, UK: Routledge: (2000).

Taylor AH. Physical Activity, Anxiety, and Stress. In **Biddle SJH, Fox KR, Boucher SH. Physical Activity and Psychological Well-Being.** London, UK: Routledge: (2000);10–45.

Faulkner GE, Biddle SJH. Exercise and Mental Health: It's Just Not Psychology! **Journal of Sports Science,** vol.19,2001; 433–444.

Biddle SJH. Faulkner GE. Psychological and social benefits of physical activity. In Chan K, Chodzko-Zajko W, Frontera W, Parker A (editors). *Active aging.* Williams & Wilkins. Hong Kong, 2003; 89-164.

Faulkner G, Taylor A (editors). **Exercise, Health and**

Mental Health: Emerging Relationships. Routledge, London: 2003.

Džuka J, Dalbert C, Schmitt M. Belief in a just world and its protective function in relation to subjective well-being: study of specific coping reactions. *Československá psychologie*, 57,1, Psychologický ústav akademie věd ČR, Praha, 2013; 64-72.

Hovland A, Nordhus IH, Sjøbø T, Gjestad BA, Birknes B, et al. Comparing physical exercise in groups to group cognitive behaviour therapy for the treatment of panic disorder in a randomized controlled trial. Behav. Cogn. Psychother. 41(4): 2013 Jul; 408-32.

Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A. Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence. J Prev Med Public Health. 2013 Jan; 46(Suppl 1):12–21.

Louková T, Hátlová B, Adámková Ségard, M(editors). Psychomotor Therapy and Physical Self-Concept. Ústí nad Labem: Universita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem; 2015.

Zamani Sani SH, Fathirezaie Z, Brand S et al. Physical activity and self-esteem: testing direct and indirect relationships associated with psychological and physical mechanisms. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 12: 2016; 2617-2625.

Rosenbaum S, Tiedemann A, Stanton R, Parker A, Waterreus A, Curtis J, Ward PB. Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. *Australas Psychiatry.* 2016 Feb;24(1): 49-54. doi: 10.1177/1039856215590252. Epub 2015 Jul 2.

Simons ., Van Damm, T, Delbroek H, Probst M. Impact of Mental Health Problems on Physical Self-Esteem. *European Psychomotricity Journal*, 2017; 9; 1, 3-32

Hošek,V. Wellness, Well-being and Physical Activity. In

Krejčí M, Šauerová M. (editors). Praha, Acta Salus Vitae. 1, 1, 2013.

Hölter G. **Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen - Grundlagen und Anwendung, Lehrbuch für Theorie und Praxis**, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 2011.

Bullinger M. „Und wie geht es Ihnen?“ Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In Brähler E, Strauss B. (editors), Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. Goettingen: Hogrefe, 2002; 308 – 329.

Gimmler A, Lenk Ch, Aumueller G. (editors). Health and quality of life. Philosophical, medical, and cultural aspects. Muenster: LIT- Verlag: 2002.

Fox KR. The Influence of Physical Activity on Mental Well-Being. **Public Health Nutrition**, vol. 2 (3A), 1999 ;411–418.

Vliv motivačně pohybového programu na vyjadřovanou tělesnou zdatnost, psychomotorické tempo, úzkost a depresi hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

Abstrakt

Vnitřní motivace ke změně je jedním z důležitých faktorů léčby. Vycházíme z konceptu teorie sebeurčení (Deci a Ryan, 2000) která popisuje motivaci pro změnu vnímání a předpokládá vlastní aktivitu chování. Tento výzkum spojuje pozitivní zkušenost s užitím motivačního pohovoru (MI) v průběhu vykonávání pohybové aktivity (PA).

Cíle

Tento výzkum je zaměřen do tří oblastí. Za prvé ověřuje, zda vedení MI během SPP má vliv na vyjadřovanou tělesnou zdatnost, a to na tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a

pohybovou obratnost. Za druhé výzkum zjišťuje, zda lze, či do jaké míry lze, ovlivnit vedením MI během SPP, psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické aktivity. Za třetí, zda lze ovlivnit vedením MI během SPP úzkost a depresi.

Materiál a metody

Zkoumaný vzorek zahrnoval 141 hospitalizovaných pacientů, u nichž byly diagnostikovány duševní poruchy: schizofrenie, poruchy nálady a úzkostné poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Experimentální i kontrolní skupina absolvovaly pohybový program 2x týdně v rozsahu 45 minut po dobu 6 týdnů. Ve srovnání s kontrolní skupinou probíhaly po celé období během tělesné aktivity motivační rozhovory. Výzkum použil 3 desetinné stupnice pro měření úrovně vyjádření vnímané fyzické zdatnosti, jmenovitě vytrvalosti, svalové síly a obratnosti, a Test cesty, který měří psychomotorické tempo. Úroveň úzkosti a deprese byly získány dotazníkem HADS, který má dvě podskupiny. HADS-A detekuje úroveň úzkosti a HADS-D detekuje úroveň deprese.

Výsledky

Dosažená data potvrdila významný vliv vedení MI během SPP na vyjadřovanou celkovou tělesnou zdatnost a na její měřené složky $p=0,000$, rychlost psychomotorického tempa $p=0,000$, Data nepotvrdila signifikantní vliv vedení MI během SPP na vyjadřovanou úroveň anxiety pro celkovou skupinu hospitalizovaných pacientů $p=0,603$ ani na vyjadřovanou úroveň deprese $p=0,450$. Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, vyjadřovali statisticky významné zlepšení pouze v rychlosti psychomotorického tempa $p=0,000$.

Závěr

Z výsledných dat lze konstatovat, že vedení MI během SPP může být využito jako doplňková metoda k ovlivňování míry deprese a anxiety u pacientů všeobecně. V případě deprese u pacientů trpících úzkostnými poruchami a poruchami chování způsobených užíváním psychoaktivních látek a v případě anxiety u pacientů trpících úzkostnými poruchami lze MI během SPP užít jako významnou léčebně terapeutickou metodu.

1. *Hátlová, B., Dlabal M., Louková T., & Wedlichová, I. Motivačně pohybový program u hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Česká a slovenská psychiatrie 2018;114(6): 253 -259*

Čes a slov Psychiatr 2018;114(6): 253–259

Motivační pohybový program pro léčbu psychiatrických pacientů

Hátlová Běla, Eva Chalupová, Iva Wedlichová

Úvod

Duševní zdraví má přímý vliv na tělesné zdraví a na kvalitu prožívání života. Podle Světové zdravotnické organizace je duševní zdraví "stavem spokojenosti, ve kterém si člověk uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s normálním životním stresem, může produktivně pracovat a je schopen podílet se na činnosti své komunity (WHO, 2013). Tělesná nečinnost byla identifikována jako čtvrtý přední rizikový faktor pro celosvětovou úmrtnost. O přiměřenosti fyzické i psychické zátěže vede v současné společnosti diskuze. WHO, 2017 konstatuje, že pravidelná tělesná aktivita i s mírnou intenzitou se podílí na snížení rizika somatických i psychických onemocnění (WHO, 2017).

V životě zaujímá důležitou hodnotu vnímaná osobní pohoda, popsána v současnosti pojmem „well-being“. To, co odlišuje tělesnou aktivitu od dalších tradičních terapií zaměřených na problémy duševního zdraví, je potenciál současně působit na tělesné a duševní zdraví (Hošek, 2013).

Od 90. let 20. století se zvyšuje výzkum podílu tělesného cvičení při léčbě duševního zdraví. Jako evaluační kritérium při hodnocení výsledků medicínských postupů je užíván pojem well-being. Podle tohoto kritéria jde hlavně o to, jak nemocní svůj zdravotní stav prožívají, jak zvládají běžný den a jak fungují v sociálních vztazích. Šíři vlivu pohybové aktivity na well-being prezentoval Fox (Fox, 1999) ve své studii, která sumarizovala dostupné výzkumy o vlivu pohybové aktivity na well-being. Data podle autora potvrzují vliv pohybové aktivity na tělesné sebevnímání a sebepojetí.

Je ověřeno, že vnímání sebe sama ve vztahu k pohybu ovlivňuje jak specifické sebehodnocení spojené s tělem a jeho pohybem, tak hodnocení sebe sama na globální úrovni (Fox, 2000).). Kromě toho tělesná aktivita může zvýšit kvalitu života lidí s duševními poruchami (Rosenbaum et al., 2014).

Prožívání psychické pohody může mít dvě dimenze: subjektivní prožívání a objektivně pozorovatelné znaky. V konceptu subjektivní osobní pohody dominují především emoční a kognitivní dimenze: pocit vyrovnanosti, zvládnání obtíží, uplatnění se ve společnosti (Pro objektivní osobní pohodu svědčí socioekonomický status a prožívaný zdravotní stav (Hošek, 2013).

Publikovány jsou výzkumné studie zaměřené na vztah mezi tělesným cvičením a psychiatrickým onemocněním, které přináší důkazy o vztahu tělesných cvičení a úzkosti, depresi (Knapen, 2003), psychotickým onemocněním (Holley et al 2011; Hölter, 2011; Hátlová 2002; Hátlová 2003; Hátlová et al 2017), sebeúctou a obrazem těla (Louková, et al 2015).

Psychicky nemocný pacient může subjektivně vnímat kvalitu svého života na vysoké úrovni a naopak relativně zdravý jedinec může subjektivně vnímat svou kvalitu života na nízké úrovni (Džuka, et al., 2013). Zamani (Zamani et al., 2016) ve studii dospělé populace (N =264, průměrný věk = 38.1), zaměřené na vztah mezi pohybovou aktivitou a sebeúctou sledoval jako jeden z faktorů vnímanou fyzickou zdatnost. Zjištění ukázalo, že vnímaná tělesná zdatnost přímo souvisela se sebeúctou. Že sebevědomí úzce souvisí s tělesnou sebeúctou bylo zjištěno ve skupině adolescentů v běžné populaci, vyšší u adolescentů s duševními problémy bez ohledu na diagnózu (Simons ,et al. 2017). Epidemiologické studie ukázaly, že tělesná aktivita má

terapeutický přínos při použití jako podpůrná léčba duševních poruch (Zschucke et al., 2013). Účinnost tohoto způsobu intervence ale ještě nebyla dostatečně porovnána s jinými zavedenými terapiemi (Hovland et al., 2013). Rosenbaum publikoval v roce 2016 narativní syntézu systematických recenzí a klinických studií. Uvedl důkazy, které podporují zařazení pohybových programů jako účinný a přijatelný doplněk léčby psychiatrických pacientů (Rosenbaum et al., 2016).

Problém a hypotézy

Výzkum je realizován jako experiment zaměřující se na ověřování vztahu mezi zkoumanými proměnnými. Konkrétně vlivem motivačně pohybového programu (MPP) ve srovnání se standardním pohybovým programem (SPP) v rámci hospitalizace. Sledovány byly: vnímaná tělesná zdatnost (PF) ve složkách tělesná vytrvalost, svalová síla a pohybová obratnost a psychomotorické tempo při vykonávání vizuomotorické činnosti.

Cílem výzkumu bylo ověřit:

Jaký vliv má absolvování MPP na vyjadřované jednotlivé složky PF a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost.

Do jaké míry má absolvování MPP vliv na psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické aktivity.

Na základě formulovaných problémů jsme stanovili následující věcné hypotézy:

Hv1: Existuje významný rozdíl ve vyjadřované PF hospitalizovaných psychiatrických pacientů mezi skupinami MPP nebo SPP, které absolvovaly 6ti týdenní program v rozsahu 12 hodin.

Hv2: Existuje významný rozdíl mezi naměřeným

psychomotorickým tempem hospitalizovaných psychiatrických pacientů mezi skupinami MPP nebo SPP které absolvovaly 6ti týdenní program v rozsahu 12 hodin. K daným hypotézám byly vždy formulovány adekvátní nulové hypotézy hovořící o neexistenci rozdílu ve vyjadřované tělesné zdatnosti a v úrovni psychomotorického tempa.

METODY

V letech 2016 a jsme provedli se souhlasem etických komisí PN v Praze 8, Bohnicích a PN v Šternberku individuální vyšetření hospitalizovaných osob (celkem 356; muži-208, ženy-148) ve střednědobé (50-100 dní) péči. U všech dotazovaných osob byl podmínkou vyšetření jejich informovaný souhlas. Délka intervence aplikace MPP, nebo SPP, po dobu 6ti týdnů v rozsahu 12 hodinových lekcí, je hlavní příčinou úbytku participantů, kteří v průběhu 6ti týdnů léčbu ukončili. Dalším důvodem k vyřazení dotazníků byla jejich neúplnost. Do výsledků výzkumu bylo možné zařadit data participantů (celkem 131; muži-83, ženy-48). Průměrný věk participantů, hospitalizovaných pacientů v PN ve střednědobé péči, byl 40,5. Pacienti byli rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny na základě náhodného skupinového výběru. Experimentální vzorek poté absolvoval šestitýdenní MPP a kontrolní vzorek SPP.

Aplikovaná metodika

Hodnoty vypovídající o úrovni vnímané PF byly získány administrací 3 desetimístných škál na zjištění prožívané úrovně tělesné vytrvalosti, svalové síly a pohybové obratnosti, kdy číslice 0 značila nejnižší a číslice 10 nejvyšší možnou míru vyjadřované složky PF. Škála vnímané tělesné zdatnosti nebyla v dostupné literatuře publikována a proto byly pro potřebu projektu mezi Univerzitou J.E. Purkyně v

Ústí nad Labem v České republice a Norskou školou věd sportu v Oslo, vytvořeny škály vlastní (Dlabal, Sørensen, 2014. nepublikováno). Inspirací byly: Borgova škála (CR10) podle Čechovské a Dobrého (2008) vyjadřující intenzitu subjektivně vnímaných pocitů, Pojetí tělesné zdatnosti a jejích složek (Bunc, 1995). Program „Health in Mind: Improving Education through Wellness“ nabízející pevný rámec pro řešení nejnaléhavější zdravotní péče a vzdělávacích výzev v kontextu amerického ministerstva školství a ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb. Zlepšení určitých kondičních ukazatelů je zde chápáno jako prostředek zlepšení paměti a ostatních kognitivních funkcí. Nejvýznamnější změny v pozitivním smyslu byly ve faktorech síly svalové, flexibility a rovnováhy.

Hodnoty vypovídající o rychlosti psychomotorického tempa byly získány administrací Testu cesty. V historii psychodiagnostiky se Test cesty ukázal jako citlivý ukazatel poškození mozku a některých kognitivních funkcí, např. psychomotorického tempa (Reitan, et. al., 2006). Tento test ověřuje rychlost psychomotorického tempa při vykonávání vizuo-motorické aktivity.

Vzhledem ke skutečnosti, že pracujeme s metrickými hodnotami, je nutné ověřit normalitu dat. Ve všech oblastech je možné vycházet z předpokladu, že data mají normální rozdělení četností a počítat tak na základě parametrických statistických metod. Testování nulové hypotézy jsme provedli pro všechny sledované oblasti. Vzhledem ke skutečnosti, že se pracuje s metrickými hodnotami, kdy determinující proměnná je nominálního typu, použili jsme ANOVU. Šetření jsme rozdělili pro skupinu MPP (E - experimentální skupina) a SPP (K - kontrolní skupina) zvlášť.

Postup práce

Před začátkem výzkumné části projektu, byli vybráni pohyboví instruktoři zaškoleni ve vedení motivačního pohovoru. Poté byl všem pacientům, kteří mohli být vybráni (N 356, M 208, F 148) administrován 3 škálový dotazník vnímané PF a Test cesty. Někteří pacienti nemohli být vybráni do projektu vzhledem k svému aktuálnímu psychickému stavu (akutní psychóza), tělesnému stavu (určil lékař) či neochotě zapojit se do aktivity. Z pacientů byly skupiny vybrány náhodným skupinovým výběrem, jedna skupina do MPP a druhá skupina do SPP v rámci léčebného režimu.

Pacienti, kteří se zúčastnili MPP, se věnovali pohybovému programu, se zaškolenými pohybovými instruktory ve vedení motivačního pohovoru, dvakrát týdně po dobu 60 minut. Pacienti v kontrolní skupině se věnovali pohybovému programu s „tradičními“ pohybovými instruktory také dvakrát týdně po dobu 60 minut. Po období šesti týdnů byli pacienti experimentální i kontrolní skupiny opět testováni.

Výsledky

Nadále je uvedena základní deskriptivní statistika popisující obě skupiny. Získaná data uvádíme ve formě průměrů hodnot hrubých skóre. Statistické veličiny uvedené v této části textu jsou používány ve shodě s odbornou statistickou literaturou (Hendl, 2012).

Ø průměr, průměrná hodnota (meanvalue),
SD směrodatná odchylka (standard deviation)
E - experimentální skupina
K - kontrolní skupina

Vliv MPP a SPP na vyjadřovanou PF a její jednotlivé složky: tělesnou vytrvalost, pohybovou obratnost a svalovou sílu.

Tab. 1: Základní deskriptivní analýza vyjadřované tělesné zdatnosti

Tab. 2: Hodnoty p-úrovně tělesné zdatnosti

Na základě zjištěných hodnot p-úrovně je možné nulové hypotézy zamítnout. Tam, kde jsou hodnoty *p*-level menší, než 0,05 je možné tvrdit, že mezi skupinami jsou statisticky významné rozdíly. Na základě této analýzy bylo zjištěno následující:

U experimentální skupiny kde byl aplikován MPP se projevíly statisticky významné rozdíly ve všech sledovaných oblastech vnímané PF. U kontrolní skupiny kde byl aplikován program SPP nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly u žádné položky.

Vliv MPP a SPP na vykazované psychomotorické tempo při vykonávání vizuomotorické činnosti.

Tab.3: Základní deskriptivní analýza vykazovaného psychomotorického tempa

Tab. 4: Hodnoty p-úrovně pro vykazované psychomotorické tempo

Na základě zjištěných hodnot p-úrovně je možné konstatovat, že u obou skupin u nichž byl aplikován MPP nebo SPP se projevíly statisticky významné rozdíly.

Diskuze

Výzkumná práce ověřovala vliv MPP na vyjadřované PF a na vykazované psychomotorické tempo. Konkrétně se práce zabývala vlivem pohybového programu, který byl podpořen vedením motivačního pohovoru, na jednotlivé složky PF: tělesnou vytrvalost, pohybovou obratnost, svalovou sílu u hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Dosažená data potvrdila významný vliv MPP na vyjadřovanou PF (Tab. 2). Tento výsledek byl významný pro všechny měřené položky, a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost. Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, nevykázali statisticky významné rozdíly

v žádné položce (Tab. 2). Vykazované psychomotorické tempo je u všech pacientů jako celku po absolvování MPP i SPP významně rychlejší než před programem (Tab. 4).

Výsledky výzkumu nasvědčují, že pohybový program, který je podpořen motivačními pohovory má pozitivní vliv na prožívanou PF všeobecně. U pacientů kombinace motivačního pohovoru a pohybového programu významně ovlivňuje vnímanou PF.

Z výsledných dat lze konstatovat, že MPP může být využit jako efektivní terapeutická metoda k ovlivňování vnímané PF u psychiatrických pacientů jako celku. Naše výsledky obecně potvrzují a rozšiřují poznatky studie Zamaniho (Zamani et al 2016) zaměřené na vztah mezi pohybovou aktivitou a sebeúctou, v níž sledoval jako jeden z faktorů vnímanou PF.

Rovněž výsledná data potvrdila, že vykazované psychomotorické tempo je u všech pacientů jako celku po absolvování MPP významně rychlejší než před programem (Tab. 4). Snížení psychomotorického tempa v nižší míře bylo zaznamenáno u pacientů kontrolní skupiny po absolvování SPP. I u psychomotorického tempa lze konstatovat, že MPP ve srovnání s SPP může být využita jako efektivní terapeutická metoda k ovlivňování psychomotorického tempa při vizuomotorické činnosti u psychiatrických pacientů. Naše výsledky tak do určité míry potvrzují a zároveň i více specifikují poznatky Foxe (Fox, 1999; Fox, 2000) o pozitivním vlivu pohybové aktivity na kognitivní funkce, zejména při měření rychlosti reakcí.

Závěry

Výzkumná práce ověřovala vliv MPP na jednotlivé složky PF, a to vyjadřovanou tělesnou vytrvalost, pohybovou obratnost, svalovou sílu a na psychomotorické tempo při

vykonávání vizuo-motorické aktivity u hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

Dosažená data potvrdila významný vliv MPP na vyjadřovanou PF. Tento výsledek byl významný pro všechny měřené složky, a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost. Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, nevyjadřovali statisticky významné zlepšení ve vyjadřované tělesné vytrvalosti ve všech měřených složkách. Data rovněž potvrdila, že vykazované psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické činnosti je po absolvování MPP významně rychlejší než před programem. Toto zlepšení vykazovali i pacienti kontrolní skupiny.

Z výsledných dat lze konstatovat, že MPP může být využita jako efektivní terapeutická metoda k ovlivňování vnímané PF. MPP ve srovnání s SPP se jeví i jako efektivnější metoda při působení na psychomotorické tempo při vykonávání vizuo-motorické činnosti u psychiatrických pacientů.

Limity studie:

Vzhledem k charakteru onemocnění nese diagnostické zjišťování vnímaného stavu výrazné subjektivní faktory probandů. Přes vysokou míru snahy dosáhnout objektivní data není zcela zajištěna sociologická čistota experimentu a vyrovnanost velikosti skupin.

Literatura

Bunc, V.(1995). Pojetí tělesné zdatnosti a jejích složek. Těl. Vých. Sport. Mlád. 1995, č.5, s. 6-9

Čechovská, I., & Dobrý, L. (2008). Borgova škála subjektivně vnímané námahy a její využití. Tělesná výchova a sport mládeže, 74(3), 37-45.

Džuka, J., Dalbert, C. & Schmitt, M. (2013). Belief in a just world and its protective function in relation to subjective

well-being: study of specific coping reactions. *Československá psychologie*, 57,1,64-72. Praha, Psychologický ústav akademie věd ČR

Faulkner, G. & Taylor, A., editors. (2005). **Exercise, Health and Mental Health: Emerging Relationships**. London: Routledge.

Fox, K.R. (1999). The Influence of Physical Activity on Well-Being. **Public Health Nutrition**, vol. 2 (3A), pp. 411–418.

Fox, K. R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In Biddle, S. H. J., Fox, K. R. & Boutcher, S. H. (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp. 88-117). London: Routledge.

Hátlová, B. (2002). Kinezioterapie v léčbě hospitalizovaných psychiatrických onemocnění. I. vyd. Praha, Karolinum,

Hátlová, B. (2003). Kinesiotherapy Movement Therapy in Psychiatric Treatment. Praha: Karolinum.

Hátlová, B., Louková, T., Wedlichová, I., Dlabal, M.; Sorensen, M., Bentzen M., Falhorm, A. (2017). Motivace k pohybové aktivitě u psychiatrických pacientů. In Sobotková, I., Heller, D. & Slezáčková, A. (Eds.), *Psychologické dny 2016: Možnosti a hranice psychologie: Sborník z konference (69-74)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

www.e-shop.upol.cz vup@upol.cz

Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-2620-219-6

Holley, J., Crone, D., Tyson, P., & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: a systematic review. *Br J Clin Psychol.*, 50, 84-105.

Hölter, G. (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen - Grundlagen und Anwendung. In G. Hölter

(Ed.), Lehrbuch für Theorie und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Hošek, V. (2013). Wellness, Well-being and Physical Activity. In Krejčí, M. & Šauerová, M. (Eds.) *Acta Salus Vitae*. Num. 1, Is. 1, 2013. ISSN 1805-8787

Hovland, A., Nordhus, I.H., Sjøbø, T., Gjestad, B.A., Birknes, B., Martinsen, E.W., Torsheim, T. & Pallesen, S. (2013). Comparing physical exercise in groups to group cognitive behaviour therapy for the treatment of panic disorder in a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother*. 2013 Jul;41(4):408-32.

doi: 10.1017/S1352465812000446. Epub 2012 Jul 5.

Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Pieters, G., et al. (2005). Comparison of changes in physical self-concept, global self-esteem, depression and anxiety following two different psychomotor therapy programs in non-psychotic psychiatric inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 353–361.

Louková, T., Hátlová, B. & Adámková Ségard, M. (2015). Psychomotor Therapy and Physical Self-Concept. Ústí nad Labem: Universita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.

Reitan, R. Wolfsonová, D. (USA), úprava Preiss, M. Preiss, J. (2006). Test cesty-TMT II: vydání Psychodiagnostika, s.r.o., Brno

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964–974. <http://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Stanton, R., Parker, A., Waterreus, A., Curtis, J. & Ward, P.B. (2016). Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. *Australas Psychiatry*. 2016 Feb;24(1):49-54. doi:

10.1177/1039856215590252. Epub 2015 Jul 2.

Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., K. & Dudgeon, K. (1989). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med*. 1998 Jun; 32(2): 111–120.

Simons, J., Van Damme, T., Delbroek, H. & Probst, M. (2017). Impact of Mental Health Problems on Physical Self-Esteem. *European Psychomotricity Journal*, 2017; 9; 1, 3-32

Trust for American's health (2013). „Health in Mind: Improving Education through Wellness“ (www.healthinmind.org).

WHO (2013). The European health report 2012. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

WHO (2017). WHO's Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. 10 facts on physical activity. Reviewed February 2017

http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/en/

Zamani Sani SH, Fathirezaie Z, Brand S et al.(2016). Physical activity and self-esteem: testing direct and indirect relationships associated with psychological and physical mechanisms. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:2617-2625.

Zschucke, E., Gaudlitz, K. and Andreas Ströhle, A. (2013). Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence. *J Prev Med Public Health*. 2013 Jan;46(Suppl1): p12–21. Published online 2013 Jan 30. doi: [10.3961/jpmph.2013.46.S.S12](https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S12)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23412549>

Abstrakt

Východiska: Aktuální Evropské změny v péči o psychiatrické pacienty se týkají podpory nefarmakologických terapií. Součástí aktivizačních a

resocializačních programů by se měla stát nabídka pohybových programů odpovídající potřebám psychiatrických pacientů. Vnitřní motivace ke změně je jedním z důležitých faktorů léčby. Vycházíme z konceptu teorie sebeurčení (Deci a Ryan, 2000) která popisuje motivaci pro změnu vnímání a předpokládá dodržování aktivity chování.

Cíle: Výzkum ověřuje, zda absolvování motivačně pohybového programu má vliv

a) na vyjadřované jednotlivé složky tělesné zdatnosti a to tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost.

b) na psychomotorické tempo při vykonávání vizuomotorické aktivity.

Metodika: Intervence se opírá o vedení motivačního pohovoru během standardního pohybového programu v rámci hospitalizace. K výzkumu byly použity 3 desetimístné škály a to pro tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost, které zjišťovaly úroveň vyjadřované tělesné zdatnosti a Test cesty, který měří rychlost psychomotorického tempa. Zkoumaný soubor zahrnoval střednědobě (50-100 dnů) hospitalizované pacienty, u nichž bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění.

Výsledky: Dosažená data potvrdila významný vliv motivačně pohybového programu na vyjadřovanou celkovou tělesnou zdatnost $p < .00$ a na její měřené složky, a to tělesnou vytrvalost $p < .01$, svalovou sílu $p < .00$ a pohybovou obratnost $p < .02$. Data potvrdila významný vliv motivačně pohybového programu na vykazované psychomotorické tempo hospitalizovaných psychiatrických pacientů $p < .00$. Pacienti, kteří absolvovali standardní pohybový program v rámci hospitalizace, nevyjadřovali statisticky významné

zlepšení v tělesné zdatnosti jako celku. Zaznamenán byl pozitivní vliv na psychomotorické tempo $p < .00$.

Závěry: Dosažená data potvrdila významný vliv motivačně pohybového programu na vyjadřovanou tělesnou zdatnost. Tento výsledek byl významný pro všechny měřené složky. Motivačně pohybový program ve srovnání se standardním pohybovým programem se jeví jako efektivnější metoda.

Hátlová, B., Chalupová, E. & Wedlichová, I. Dlouhodobý vliv sportovního aktivačního programu na duševní zdraví ambulantních psychiatrických pacientů
Česká a slovenská psychiatrie 2023; Doi; 12.

Část III.

Praktická část

Vzorové terapeutické programy pro dlouhodobě hospitalizované pacienty se schizofrenií

Běla Hátlová

V této kapitole jsou podrobně popsány vzorové terapeutické programy:
Integrativní program (autor programu: Běla Hátlová);
Aktivující program (autor programu: Běla Hátlová);
Komunikativní program (autor programu: Běla Hátlová);
Koncentrativní program s relaxačními prvky (autor programu: Alena Špůrková);
Celková relaxace (autor programu: Běla Hátlová);
Dechová cvičení (autor programu: Běla Hátlová).

Popis vzorové integrativní cvičební hodiny

Program je určen pro dlouhodobě hospitalizované schizofreniky s nízkou hladinou integrace osobnosti. Desintegrace osobnosti, nízká tělesná zdatnost, nedostatečné pohybové a manipulační schopnosti výrazně omezují až znemožňují možnost využití jakékoli podpůrné terapie.

Terapie je zaměřena na zmírnění míry dezintegrovanosti pomocí uvědomování si vlastního těla a jeho částí. Prostřednictvím vnímání těla jako celku chce působit na vnímání sebe sama jako nedělitelné jednoty. Prostřednictvím vědomého ovládnutí vlastního těla vede k vědomí možnosti vlastní seberegulace.

Cvičení je modelováno k aktuálnímu psychosomatickému stavu a k horní hranici osobních možností pacientů.

Pohybová náplň je stabilní a mění se vždy v minimálním rozsahu rozvíjením pohybu po jeho několikanásobném dobrém provedení.

Program pro ženy a muže je postaven na stejných principech, ale může být obsahově různý tak, aby odpovídal maskulinním a femininním složkám osobnosti. Důraz je kladen na přesnost provádění pohybové struktury a pozitivní emocionální prožitek ze zvládnutí pohybového zadání.

Cvičení probíhá v malých skupinách do 7 osob, ve známém stále stejném neohrožujícím prostředí pod vedením stálého terapeuta, po navázání důvě- ryplného vztahu mezi terapeutem a pacientem.

Doporučujeme aby cvičení bylo zařazeno 3x týdně. Cvičení probíhá po dobu kdy jsou pacienti schopni alespoň částečné aktivní účasti. Podle našich zkušeností je délka cvičební jednotky 15 - 30 minut.

V rámci doporučených zadání je možné vytvářet další variace. Pacient který po dobu čtyř týdnů zvládá předkládaná cvičení přechází do dalších druhů psychomotorické terapie.

Popis cvičení

sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe

uvědomování si polohy těla

vzpřim nohou

opření chodidel o zem

paží držení sedačky

sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe

uvědomování si polohy hlavy

mírný předklon, pohled dolů

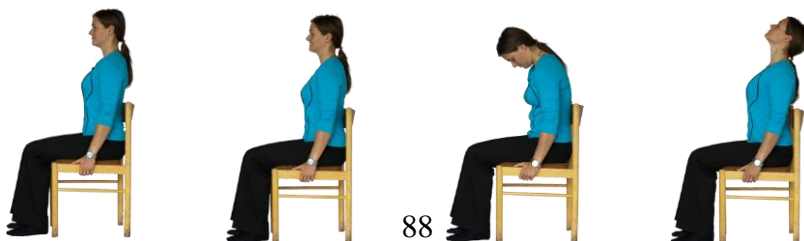
mírný záklon, pohled vzhůru



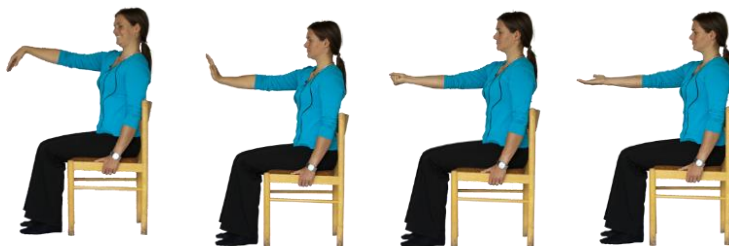
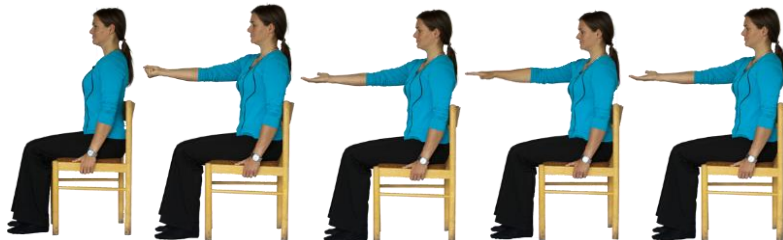
sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
hlava rovně v prodloužení páteře
pohled vpřed
otočení hlavy vpravo
pohled vpravo a zpět
otočení hlavy vlevo,
pohled vlevo a zpět



sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
sledování vlastního plného výdechu a nádechu
výdech
mírný hrudní předklon doprovázený mírným předklonem hlavy a
uvolněním ramen vpřed
nádech
mírný hrudní záklon doprovázený mírným záklonem hlavy a
protažením ramen vzad



sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
*předpaž pravou paží, dlaň vzhůru ruka v pěst, protáhni prsty
 dlaň dolů - přetoč paži dlaň vzhůru (opakuj) dlaň dolů, sklop ruku
 prsty k zemi,
 sklop ruku, prsty vzhůru
 předpaž pravou paží, dlaň vzhůru - ruka v pěst, skrč ruku v lokti, napni
 paži, protáhni prsty*

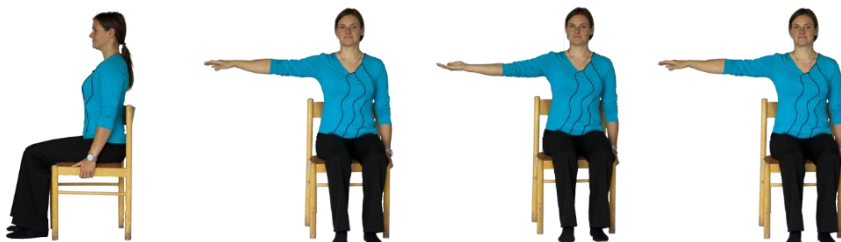


variace:

to samé levou paží

to samé současně oběma pažemi

to samé v upažení



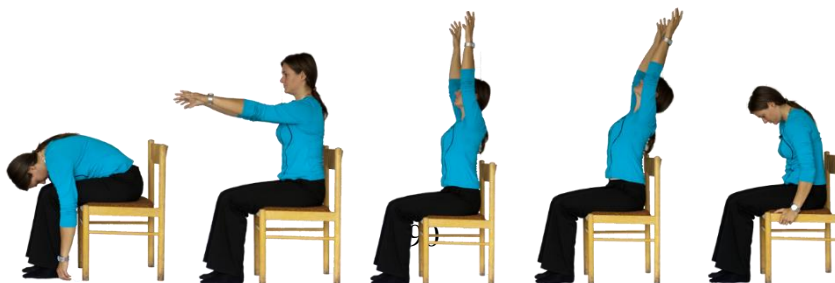
sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
*pusť sedadlo pravou rukou,
celý kruh pravou rukou vpřed, chyt' sedadlo,
to samé levou paží*



sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
*opři silou nohy do země, upažením vzpaž obě paže, pohled vzhůru
pohyby prsty rukou, protáhni prsty vzhůru
upažením připaž, chyt' sedadlo, uvolni, výdech*



sed na židli - vzpřim, nohy mírně od sebe, ruce připažit, předklon, vý-
dech
*s nádechem předpažením vzpaž, hlava a trup mírný záklon
s výdechem předpažením připaž, mírný předklon trupu a hlavy*



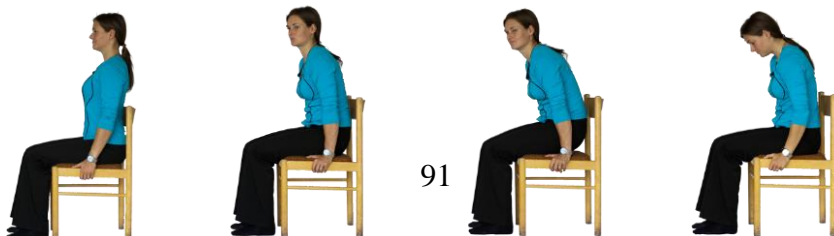
sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
přednož pravou nohu od kolen, přinož
opakuj střídavě s pravou a levou nohou (možnost změny tempa)



sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
přednož pravou nohu od kolen, výdrž, změny poloh chodidla, polož
vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe, uvolni, výdech
opakuj střídavě s pravou a levou nohou (možnost změny poloh chodidla)



sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe *propni*
paže, opři se pevně o ruce, nadzdvihni hýždě, zpět vzpřim, ruce se drží
sedačky, nohy mírně od sebe, uvolni, výdech



Variace:

postupně přidáváme šikmé polohy paží a nohou Výše popsaná cvičení provádíme:

Ve stoji. Postupně přidáváme: klony trupu, podřepy, dřepy, rovnovážné postoje.

V sedu na zemi. Postupně přidáváme klony trupu s oporou paží.

V lehu. Postupně přidáváme přetáčení, překlápění, klony trupu, vzájemné úchopy a doteky končetin.

Přecházíme k pohybu z místa, začínáme různými druhy chůze vpřed.

Popis vzorové aktivační cvičební hodiny

Program je určen pro dlouhodobě hospitalizované schizofreniky ve stabilizovaném psychosomatickém stavu s částečně integrovanou osobností u nichž nízká tělesná zdatnost a nedostatečné pohybové schopnosti omezují možnost využití ergoterapie.

Terapie je zaměřena na obnovu a rozvoj pohybových a manipulačních dovedností a v návaznosti celkové zdatnosti.

Cvičení je modelováno k aktuálnímu psychosomatickému stavu a k horní hranici osobních dovednostních a manipulačních schopností, zdůrazňuje je femininní a maskulinní zaměření. Pohybová náplň se mění po dobrém zvládnutí pohybového zadání. Změna je předem oznámena a je zadán nový úkol. Jeho řešení je předvedeno a učeno, není kladen nárok na hledání vlastního řešení, ale případným vlastním řešením není bráněno.

Program pro ženy a muže je postaven na stejných principech, ale může být obsahově různý tak, aby odpovídal maskulinním a femininním složkám osobnosti. Důraz je kladen na přesnost provádění pohybové struktury a pozitivní emocionální prožitek v průběhu činnosti.

Cvičení probíhá v malých skupinách do 15 osob, ve známém stále stejném neohrožujícím prostředí, pod vedení stálého terapeuta, po navázání důvěryplného vztahu mezi terapeutem a pacientem.

Doporučujeme aby cvičení bylo zařazeno 3x týdně. Cvičení probíhá po dobu kdy jsou pacienti schopni alespoň částečné aktivní účasti. Podle našich zkušeností je délka cvičební jednotky 45 minut.

Cvičení je možno modelovat a rozvíjet na podkladě somatopsychického stavu skupiny.

Cvičení musí být zvládnutelné pro všechny členy skupiny.

Popis vzorové integrativní cvičební hodiny

Rozcvičení – muži

pochod: pacienti mohou zpívat pochodovou píseň podle vlastního výběru. (Tato forma zahájení se osvědčila u všech skupin mužů, u nichž navodila atmosféru sblížení a radosti.)

chůze: se zdviháním kolen, po patách, v podřepu, ve výponu, vpřed a vzad (pohyb do stran byl pro většinu nemocných neadekvátně náročný a proto nebyl užíván)

švihové pohyby paží: dodržování přesného, stabilního počtu hmitů u jednotlivých cviků

*zastavení ve výchozí poloze příklad: stoj předpaž výdrž 4x hmit v upažení
předpaž výdrž*

klony trupu: přesně určit stoj, polohy trupu, polohy paží a polohu hlavy, počet hmitů,

zastavení ve výchozí poloze

kroužení paží a částí paží: přesně určit stoj, polohu trupu, polohy paží a polohu hlavy

počet hmitů,

zastavení ve výchozí poloze

izolované pohyby nohy: přesně určit stoj, polohu trupu, polohu paží a polohy hlavy, zastavení ve výchozí poloze. Opakujeme druhou nohou.

izolované pohyby hlavy: přesně určit stoj, polohu trupu, polohu paží a polohy hlavy, zastavení ve výchozí poloze
rovnováha, výdrž na jedné noze - přesně určit stoj, polohu trupu, polohu paží a hlavy, opakujeme druhou nohou

izolované pohyby rukou a prstů: ... přesně určit stoj, polohu trupu, polohu paží a hlavy.

Rozcvičení - ženy

Potýkali jsme se s výraznou nechtí k pohybu z obav před zátěží a fyzickou námahou. Abychom ženy pro cvičení získali zahajovali jsme program cvičením v sedu na židlích.

sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
opři silou nohy do země, uvolni

sed na: vzpřim, nohy mírně od sebe, ruce připažit, předklon, výdech
s nádechem předpažením vzpaž, hlava a trup mírný záklon s výdechem předpažením připaž, mírný předklon trupu a hlavy

sed na židli: vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
přednož pravou nohu od kolen, přinož opakuj střídavě s pravou a levou nohou (možnost změny tempa)

sed na židli: vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe
přednož pravou nohu od kolen, přednož, změny poloh chodidla opakuj střídavě s pravou a levou nohou (možnost změny poloh chodidla)

cvičení s oporou (zabudované tyče, židle) postupně přechod na cvičení
bez opory
pohyby paží, trupu, nohou stejné jako v rozcvičení mužů

Hlavní část

Muži a ženy rozvoj pohybových dovedností

Obcházení překážek (umělé, přirozené překážky),(prostorová orientace) po určené cestě která je po zvládnutí měněna.

Podcházení překážek (umělé, přirozené překážky)(prostorová orientace) po určené cestě. Po zvládnutí je měněna cesta i výška překážek.

Přecházení překážek (umělé, přirozené překážky)(prostorová orientace, rozvoj pohybové přizpůsobivosti prostředí) chození po překážce, pře- konávání překážky, přelézání překážky s dopomocí terapeuta, bez dopomoci.

Muži a ženy manipulační cvičení

s malým míčkem (tenisový míček)

Předávání z ruky do ruky - v úrovni pasu, kolem pasu, kolem hlavy, kolem kolen, kolem kotníků, pod nohou atd.

Odbíjení o zem - o stěnu oběma rukama, na místě pouze pravou nebo pouze levou rukou, střídáním rukou.

Odbíjení o zem - oběma rukama, s pohybem z místa, po určené cestě. Pouze pravou nebo pouze levou rukou, střídáním rukou.

Nadhazování na místě - volně s tlesknutím, s tlesknutím za zády, pod nohou.

Nadhazování s pohybem z místa - volně s tlesknutím, s tlesknutím za zády.

Přemísťování s nesením míčku - na lžičce, tácku. Míček je položen na lžičce, tácku. Nemocný provádí cvičení s překážkami (tak jak je uvedeno výše).

Muži manipulační cvičení s tříkilovým těžkým míčem
*přemístění míče z jednoho místa na druhé místo
kutálením rukou, nohou (pravou, levou, střídavě pravou a levou
přenášením pravou, levou, střídavě pravou a levou rukou pohyb po
vytčené cestě s přenášením, kutálením míče*

Ženy manipulační s gumovým míčem 12 - 15cm (jako muži s
tříkilovým těžkým míčem).

Ženy manipulační cvičení s šátky - kroužení celou paží, předávání v
kroužení (jako u předávání malého míčku) kresba šátkem v prostoru.

Muži herní cvičení

Turnaj srážení stojících kuželek kutálením malého míčku ze vzdále-
nosti 8 - 15m podle úrovně dovedností.

Turnaj minikošíkové - vhození malého míčku do koše stojícího na
zemi, nebo zavěšeného na stěně ze vzdálenosti 6 - 10m podle úrovně
do- vedností.

Turnaj srážení zavěšených kuželek hrozením malého míčku ze vzdále-
nosti 6 - 10m podle úrovně dovedností.

Ženy taneční cvičení

Krátké pohybové skladbičky s typickým náčiním (malé míčky, šátky)
na doprovod známých populárních písní. Motiv v rozsahu 4 - 8 taktů se
opakuje.

Závěr: posilování, uvolnění

Muži (zdůrazňování maskulinní role)

kliky o stěnu dřepy

podřepy na jedné noze

malé gumové činky - stoj, švihové pohyby paží

dodržování přesného, stabilního počtu hmitů u jednotlivých cviků zastavení ve výchozí poloze

cvičení s 3kg těžkým plným míčem (medicimbalem) výdrž v poloze *pohyb po plynulém oblouku pochod za doprovodu písničky*

stoj - dechové cvičení: stoj připažit, předklon, výdech *s nádechem předpažením vzpaž, hlava a trup mírný záklon s výdechem předpažením připaž, mírný předklon trupu a hlavy*

krátká relaxace v lehu – uvolnění

Ženy (zdůrazňování femininní role)

podřepy na obou nohách, na jedné noze

malé gumové činky - stoj nebo sed na židli, švihové pohyby paží.

Dodržování přesného, stabilního počtu hmitů u jednotlivých cviků, zastavení ve výchozí poloze

sed na židli - vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe

přednož od kolen, změny poloh chodidla

vzpřim, ruce se drží sedačky, nohy mírně od sebe

sed na židli - dechové cvičení: sed, připažit, předklon, výdech

s nádechem předpažením vzpaž, hlava a trup mírný záklon

s výdechem předpažením připaž, mírný předklon trupu a hlavy

krátká relaxace v sedu na židli – uvolnění

Popis vzorové cvičební hodiny s prvky neverbální komunikace

Program je zaměřen na rozvoj sociálních schopností pomocí nácviku neverbálních komunikačních dovedností. Program navazuje na zvládnuté dovednosti aktivujícího programu. Naučené dovednosti využívá v řešení problémových úkolů vyžadujících spolupráci formou neverbálního dorozumívání. Přesto, že jsou nám známy potíže s navazováním zejména verbální komunikace u pacientů se schizofrenní poruchou, je snahou terapeuta vyvolat potřebu nejen neverbální, ale i verbální komunikace.

Pohybová náplň se mění po dobrém zvládnutí zadaného úkolu. Změna je dána zadáním nového úkolu, jehož řešení se pouze z části liší od řešení předchozího. Při zadání není určen způsob zvládnutí, ten musí pacienti najít sami a po dorozumění úkol provést.

Cvičení se opírá o předchozím cvičením obnovené (získané) sebevědomí, vědomí vlastní kompetentnosti a vliv emočních prožitků spojených s prováděnou pohybovou činností. Zvýšená intenzita emocí vede k potřebě sebevyjádření, spontaneitě a je tak jedním ze zdrojů neverbální komunikace. Spontaneitou se navíc může vytvořit prostor pro uvolnění oploštělého prožívání a chování, které je pro schizofrenní pacienty příznačné.

Cílem je navození pozitivního prožívání sebe sama v průběhu společné činnosti.

Program pro ženy a muže je postaven na stejných principech, ale používané prostředky kladou důraz na posilování maskulinních a femininních složek osobnosti. Dále je důraz kladen na nalezení způsobu řešení, dorozumění a společné provedení úkolu. Důležité je pozitivní prožívání a potvrzení vlastní kompetentnosti.

Cvičení probíhá v malých skupinách do 10 osob, ve známém neohrožujícím prostředí pod vedením stálého terapeuta, po navázání důvěryplného vztahu mezi terapeutem a pacientem. Doporučujeme aby

cvičení bylo zařazeno 3x týdně. Cvičení probíhá po dobu kdy jsou pacienti schopni aktivní účasti. Podle našich zkušeností je délka cvičební jednotky 45 minut.

Cvičení je možno modelovat a rozvíjet na podkladě rozvoje pohybových a sociálních dovedností skupiny. Cvičení musí být zvládnutelné pro všechny členy skupiny.

Popis vzorové integrativní cvičební hodiny

Rozcvičení - muži a ženy

Program stejný jako muži aktivující program, podle úrovně provádění roz- víjíme zvládnuté dovednosti.

Hlavní část - muži a ženy

problémové úkoly vyžadující společná řešení *uplatnění pohybových dovedností ve společné činnosti cvičení ve dvojici, v trojici, v kruhu, v řadě, v zástupu*

společně prováděná cvičení

Vodění kruhu po laně: lano je cestou kolem níž vede dvojice kruh (kruh je navlečen na laně), tak aby se nedotkl lana. Osoba A jen na jedné straně lana, osoba B je na druhé straně laně.

Posílání kroužků (jiných předmětů s otvorem) po laně. Účastníci jsou rozestaveni v úsecích a drží lano. Kroužek (předmět je posílán po laně pomocí posunování. sousední dvojice musí spolupracovat - zdvihat, snižovat, hmitat lanem - tak aby se předmět posunoval požadova- ným směrem.

Společná manipulace s malým míčkem (tenisový míček)

cvičení je možno provádět ve dvojici, v trojici, v kruhu, v řadě, v zástupu předávání z ruky do ruky: v úrovni pasu, hlavy, kolen, kotníků atd..

Společná manipulace s malým míčkem (tenisový míček)

odbíjení o zem ve dvojici, v trojici, pouze pravou nebo pouze levou rukou

Míček (jiný předmět) zavěšený na dvou (třech, čtyřech) lankách.

společné přenesení a umístění míčku v jamce (misce, na válci)

muži: cvičení s tříkilovým těžkým míčem

ženy: cvičení s gumovým míčem 12 - 15cm, nebo nafukovacím velkým míčem kutálení rukou, nohou (pravou, levou) ve dvojici, v trojici, v kruhu předávání ve dvojici, v trojici, v kruhu, v řadě, v zástupu pohazování ve dvojici, v trojici, v kruhu

soutěže družstev

První přenesení míč na určené místo, druhý jej přinese (kutálí) zpět třetímu atd. družstvo které první splní úkol vítězí.

Předávání nad hlavou (mezi nohami) v zástupu. Poslední přinese míč a postaví se jako první. V okamžiku kdy první cvičenec stojí na svém místě, opět jako první, soutěž končí.

překonávání překážek

Je zadána cesta která vyžaduje obcházení, přecházení, podcházení, překonávání překážky (řady překážek). Účastníci jsou spojeni držetím šátku (míčku, za ruce, za rameno).

posilování, uvolnění

muži a ženy: Stejně jako u aktivujícího cvičení. Muži i ženy mohou volit náročnější formu se zařazením nízkých poloh.

Závěr - muži a ženy uvolnění

stoj - dechové cvičení:

stoj připažit, předklon, výdech

s nádechem předpažením vzpaž, hlava a trup mírný záklon

s výdechem předpažením připaž, mírný předklon trupu a hlavy krátká relaxace v lehu (v sedu) - uvolnění

Popis vzorové cvičební hodiny s s relaxačními prvky

Program je určen pro ambulantní i hospitalizované schizofreniky ve stabilizovaném psychosomatickém stavu.

Program je zaměřen na rozvoj vnímání vlastního těla, procítění částí těla v klidu a v pohybu, schopnost uvolnit a ovládat části těla a později celé tělo.

Cílem je posílit sebevědomí pacienta a jeho důvěru ve vlastní tělesné schopnosti, vědomí možnosti ovládat sebe sama. Tím se otevírá se prostor pro vědomé ovládání sebe sama a vědomá možnost navazování kontaktů s vnějším prostředím na základě svých potřeb a rozhodnutí.

Cvičení probíhá v malých skupinách 5 - 6 osob, ve známém neohrožujícím prostředí pod vedení stálého kinezioterapeuta, po navázání důvěry plného vztahu mezi kinezioterapeutem a pacientem. Pohybová náplň je jednotná pro muže i ženy. Celý program je stabilní. I když program probíhá ve skupině, není zde vyvolávána žádná situace s nutností spolupráce mezi pacienty.

Doporučujeme aby cvičení bylo zařazeno 3x týdně. Cvičení probíhá po dobu kdy jsou pacienti schopni aktivní účasti. Podle našich zkušeností je délka cvičební jednotky 45 minut.

Popis vzorové koncentrativně - relaxační cvičební hodiny

Úvodní část

Obsahuje jednoduchá cvičení zdravotně hygienická , dechová a polohová cvičení. Důraz je kladen na přesnost provedení procítění a sebekontrolu každé polohy a pohybu.

Hlavní část

Je dána neměnicí se jógovou sestavou (výběr cvičení určených pro začátečníky, s důrazem na sebeuvědomování a sebecitování).

základní poloha: relaxační poloha - šávásána

zaměření pozornosti - uvědomění si kontaktu jednotlivých částí těla s podložkou, zdůrazněním tohoto kontaktu (uvědomte si.....) jejich vyjmenováním (paty, lýtka, stehna, hýždě, záda, temeno hlavy, pravá a levá ruka).

uvědomění si svého dechu, při tom jsme dýchání nijak neovlivňovali.

Jógová sestava

Pohodlně se položíme na zem a provedeme několik klidných dechů.

Od tohoto okamžiku se budeme věnovat pouze tomu co říká terapeut. Pozornost budeme věnovat tomu co cvičíme, jak při tom dýcháme a co při tom pocítujeme. Pokud se během cvičení objeví nějaké myšlenky, nebudeme je potlačovat, ale budeme dále pokračovat ve cvičení. Necháme všechny myšlenky plynout kolem sebe, nebráníme se jim, ani se na ně nesoustředíme.

Svalová relaxace v lehu na zádech

Cvičení vede k uvědomování částí těla umocněného o procitování napětí a uvolnění v izolovaných částech těla.

lehněte si zcela uvolněné na podložku, ruce mírně od těla, nohy mírně od sebe

stiskněte prsty v pěst, nádech, držte - výdech, uvolněte
prsty na nohou ohněte směrem k chodidlu, nádech, držte - vý-
dech, uvolněte
zatlačte lokty do podložky, nádech, držte - výdech, uvolněte
stáhněte obě pŕlky hýždí k sobě, nádech, držte - výdech, uvolněte
vtáhněte břišní stěnu dovnitř, nádech, držte - výdech, uvolněte
napněte všechno mimické svalstvo v obličeji, sevřete ústa, zamračte
se, pokrčte nos,
přivřete oči, nádech, držte - výdech, uvolněte
napněte co nejvíce svalů v celém těle, nádech, držte - výdechem,
uvolněte

Rozcvičení dýchání

Nácvik a kontrola jednotlivých částí plného jógového dechu (u každého cvičení provádíme deset dechových cyklů). Cvičení vede k uvědomování si průběhu fyziologického děje který je součástí vlastního těla. Nejprve provádíme nácvik břišního (dolního či bráničního) dechu vleže na zádech.

Pokrčené nohy si dáme mírně od sebe, ruce uvolněně položíme do oblasti břicha, kam soustředíme i pozornost. Dýcháme pomalu a klidně nosem, vědomě naplňujeme spodní část plic a ruce sledují pohyb břišní stěny (pro usnadnění je vhodné začít nácvik hlubokým výdechem, přičemž současně vtáhneme břišní stěnu tak, jako bychom ji chtěli přitlačit k páteři, s nádechem pak dojde k jejímu snadnějšímu vyklenutí, zároveň se snažíme při nádechu břišní stěnu zcela uvolnit, povolit ji).

Dýchání pomocí hrudního (středního) dechu

výchozí poloha je stejná jako u předchozího cvičení, pokrčené nohy si dáme mírně od sebe, ruce uvolněně položíme do oblasti břicha, kam soustředíme i pozornost. Pravou ruku položte na břicho v oblasti pupku a levou dejte nad pravou tak, že prsty a dlaň spočívají na dolních žebrech.

Prodýcháváme spodní a střední část plic. Levá a pravá ruka jsou zdvíhány postupně, tak jak se pohybuje břicho a hrudník.

Hrudní dýchání - klíčkový (horní) dech

Výchozí poloha je stejná jako u předchozího cvičení, pokrčené nohy si dáme mírně od sebe. Ruce umístíme do oblasti pod klíčními kostmi a snažíme se o dýchání do horní části plic. Pohyb hrudníku je v této části nepatrný, břicho a spodní část hrudníku by měly zůstat nehybné. Při nádechu pozorujeme oddalování prstů od sebe.

pozn.: přikládání rukou na jednotlivé části těla má význam pro soustře- dění pozornosti na určenou část těla, i kdyby cvičící pod nimi necítil žádný pohyb.

Rozcvičení těla (uvolňovací cviky)

cvičíme pomalu, plynule a soustředěně. Pohyb a dech jsou v souladu. základní postavení pro všechny cviky (pokud není uvedeno jinak): sed na podložce s nataženými dolními končetinami, ruce položeny na stehnech, vyrovnáme páteř, ale sedíme uvolněně ne strnule. opakování: pokud není uvedeno jinak, každý cvik opakujeme 5x.

Cvičení na uvolnění šíje

Dlaně opřeme těsně za tělem, prsty směřují dozadu. S výdechem necháme hlavu klesnout k hrudníku a zavřeme oči. S nádechem hlavou kroužíme přes jedno rameno dozadu a s výdechem pokračujeme v pohybu přes druhé rameno dopředu. Opakujeme i na druhou stranu.

Uvolňování ramen

V pohodlném zkříženém sedu položíme prsty na ramena, vyrovnaná záda se snažíme udržet i v průběhu cvičení. S výdechem spustíme bradu na prsa, lokty přitlačíme k tělu a s nádechem zvedáme lokty (flexe v ramenních kloubech) nahoru k uším a podíváme se nahoru.

Sed zkřížený, upažíme ruce, s nádechem je zvedáme a překřížíme nad hlavou tak, aby jednou byla ve předu pravá dlaň, podruhé levá. S výdechem spustíme ruce opět do upažení. Pohyb trvá tak dlouho, jako nádech či výdech.

Procvičení zápěstí

Předpažíme, dlaně směřují dolů, střídavě zvedáme a klopíme ruce v zápěstí.

Předpažíme pouze pravou horní končetinu, zavřeme ruku v pěst a kroužíme zápěstím doprava, pak doleva. Opakujeme s levým zápěstím a oběma najednou.

Úklony v sedu

Ruce v týl (ruce s propletenými prsty dáme za hlavu dolů, až na krk), páteř držíme vzpřímeně, lokty tlačíme dozadu. Nadechneme se a s výdechem se ukloníme vpravo, s nádechem se vrátíme zpět. Provedeme i na druhou stranu.

„Mlýnek“ (v sedu)

Předpažíme a propleteme prsty, paže jsou po celou dobu cvičení natažené, neohýbáme je v loktech.

s výdechem se předkláníme s rovnými zády, vytahujeme se z pánve, aby se bederní páteř udržela v protažení. S nádechem kroužíme trupem a pažemi (jako bychom drželi kliku nebo velkou vařečku) do strany a dozadu. S výdechem pokračujeme na druhou stranu.

Opakujeme i na druhou stranu.

Rotace trupu v sedu

Opřeme dlaně těsně za tělem o podložku, prsty směřují dozadu.

S výdechem protáčíme střídavě vzpřímený trup doleva a doprava, brada směřuje k rameni, pohled přes rameno dozadu. Do výchozího postavení se vracíme s nádechem.

„Plný motýlek“ (sed na podložce)

Obě dolní končetiny pokrčíme, spojíme chodidla, kolena do stran, snažíme se přitáhnout paty co nejbliž k tělu. Rukama obepneme prsty na nohou a pomocí loktů tlačíme jemně kolena k podložce.

Klopení a přitahování chodidel

(sed na podložce, dlaně opřeme za tělem, prsty směřují dozadu) sklopíme chodidla a přitáhneme je co nejbliž k podložce, napneme špičky nohou, pak je přitáhneme směrem k bérům.

Kroužení v kotnících

Klopení a přitahování prstů dolních končetin.

Střídavě prsty klopieme směrem k chodidlům a přitahujeme směrem k trupu.

Komplexní cvičení (provedeme vzpor klečmo, stehna a paže směřují kol- mo k zemi)

S výdechem vyhrbíme záda co nejvýše, bradu přitlačíme na hrudník a vtáhneme břicho.

S nádechem se prohne, zakloníme hlavu, ruce a nohy zůstávají během cvičení nehybné.

Opakujeme 5x.

S výdechem svésíme hlavu na prsa a vtáhneme břicho, sedáme si na paty.

S nádechem si klekneme, hlavu i trup vzpřímíme a v zádrži dechu zaklo- níme hlavu a pánev tlačíme dopředu. S dalším výdechem se pomalu spustíme na paty, hlavu skloníme a uvolníme se.

Opakujeme 3x.

Sed, napřímit, nohy před sebou protažené.

S nádechem vzpažíme a s výdechem se uvolněně snížíme do maximálního předklonu.

Ruce volně položíme na nohy . Špičky nohou nenapínáme, ale uvolníme směrem k hlavě.

Položit čelo na nohy co nejvíce dopředu. V poloze setrváváme pasívně, bez úsilí. Dbáme i na uvolnění šíje a mimického svalstva. V poloze dýcháme do oblasti břicha, vnímáme uvolňující účinky výdechu. S každým výdechem tělo jakoby klesá více k nohám a postupně se zmírňují pocity napětí v natažených svalech nohou, zad, šíje. Do původní polohy se vracíme zvolna.

V lehu na břiše je hlava opřená o čelo, ruce opřené dlaněmi o podložku po stranách ramenou, takže lokty směřují šikmo vzhůru, ale držíme je u těla.

Zdvih - zdvínání by se mělo dít především silou zádových svalů, horní končetiny by měly zůstat volné a jen mírně udržovat rovnováhu. Při

výdrži uvolníme svaly hýždí a nohou, volná je šíje i mimické svalstvo.

Sed na zemi, nohy pokrčíme a chodidla postavíme na podložku. Vyrov- náme trup a hlavu do horizontálního postavení, to zachováváme v průběhu celého cvičení.

Trup i hlavu vytočíme s výdechem doprava, jako bychom se chtěli po- dívat co nejdále za sebe. Současně se za zády podepřeme pravou rukou. Levou opřeme o kolena. S nádechem se vrátíme do původní polohy. Po krátké relaxaci cvik zopakujeme na opačnou stranu.

Široký stoj rozkročný

S nádechem zvolna upažíme dlaněmi nahoru, s výdechem se ukloníme k jedné straně tak, že spodní ruka volně visí a klouže po noze dolů, horní ruka je vyrovnaná nad hlavou přibližně ve vodorovné poloze, dlaní vytočena k zemi. Úklon má být co nejčistší, bez předklonu či záklonu, jako bychom stáli zády ke stěně a sunuli se po ní. Po dosažení konečné pozice se s nádechem vrátíme do vzpřímeného postoje a s výdechem se ukloníme na opačnou stranu.

Stojíme vzpřímení s chodidly těsně při sobě, váhu těla rovnoměrně rozložíme na obě nohy a celá chodidla. Paže jsou u těla, prsty protažené. Šíjí tlačíme dozadu, hlava se nepředklání ani nezaklání, díváme se přímo před sebe, je vhodné zafixovat zrak na určitý bod před sebou. Pomalu a postupně s uvědoměním vyrovnáme a zpevníme záda, vypneme hrudník, stáhneme břišní a hýžd'ové svaly, zpevníme stehenní svaly a kolena.

Přitlačíme paže k tělu po celé délce a celé tělo vytahujeme vzhůru. V této zpevněné pozici setrváme asi 10 sekund, pak napětí uvolníme, ale zůstaneme stát na místě.

Závěr

Krátká relaxace (bodová relaxace) v relaxační poloze doprovázená slovně terapeutem.

Relaxace vyvolává všeobecný pokles aktivity a tím i snížení úzkosti. Její zařazení do léčby psychotiků musí být obezřetné a pod neustálým dohledem. Kontraindikací relaxace jsou deprese, fobické příznaky, hypochondrie, hypotonie.

U vybraných pacientů lze nacvičovat pod aktivní kontrolou terapeuta relaxaci v následné formě:

Postupně zavádíme uvědomování si určených částí těla, danou část procítíme a snažíme se odstranit případné napětí a procítit tíži. Uvolnění každé oblasti věnujeme pouze několik vteřin, celý postup znovu opakujeme.

Zavádění představy, že naše tělo je celé uvolněné, těžké a kdybychom chtěli pohnout některou jeho částí, bylo by to namáhavé až nemožné.

Postup uvolnění

pravá dolní končetina - prsty nohou, celá chodidla, lýtkové svaly, stehenní svaly, kyčel;

levá dolní končetina - prsty nohou, celá chodidla, lýtkové svaly, stehenní svaly, kyčel

pánev, břicho, páteř, hrudník, ramena

pravá paže - prsty rukou, dlaně, předloktí, loket, paže, rameno, šije

levá paže - prsty rukou, dlaně, předloktí, loket, paže, rameno, šije

uvolnění hlavy a mysli

ústa, rty, brada, nos, tváře, oči a okolí očí, uši a okolí uší, čelo, temeno hlavy, zátylí.

Relaxaci ukončujeme koncentrací na dech, provedeme několik hlubokých, pomalých a klidných dechů. Procítíme dýchací pohyby břišní stěny a hrudníku. Dýchání neovlivňujeme, pouze pozorujeme.

Pohneme postupně prsty u rukou, u nohou, připojíme pomalé pohyby celých paží i nohou formou protahování. Nakonec přejdeme do sedu.

Celková relaxace

Program je určen pro ambulantní i hospitalizované schizofreniky ve stabilizovaném psychosomatickém stavu. Je zaměřen na rozvoj vnímání vlastního těla, procítění částí těla v klidu a v pohybu, schopnost uvolnit a ovládat později celé tělo. Vhodné je zařadit ho po předchozím aktivním cvičení i jako samostatnou terapeutickou jednotku.

Cvičíme na tvrdší podložce, v klidném, mírně teplém prostředí, oči mohou být otevřené nebo zavřené.

Položte se na záda, nohy a ruce mírně od sebe. Zkontrolujte jestli se vám leží příjemně a zůstaňte nehybně ležet. Uvědomte si, kde se tělo dotýká podložky:

uvědomte si jednotlivá místa

uvědomte si všechna místa najednou

nadále si vždy postupně uvědomte dotyk, uvolnění, tíži v místě na něž upřete svou pozornost

uvědomte si postupně dotyk, uvolnění, tíži pravé nohy - pata, lýtko, stehno, hýždě

uvědomte si postupně dotyk, uvolnění, tíži levé nohy - pata, lýtko, stehno, hýždě

uvědomte si postupně dotyk, uvolnění, tíži pravé ruky - dlaň, předloktí, loket, paže, rameno, lopatka

uvědomte si postupně dotyk, uvolnění, tíži levé ruky - dlaň, předloktí, loket, paže, rameno, lopatka

uvolněte bederní oblast, záda, ramena, šíji, krk

uvolněte celé tělo i obličej - ústa, okolí úst, nos, tváře, oči, okolí očí, čelo, celou hlavu

přeneste pozornost na dech, nechte ho volně plynout a sledujte ho.

zůstávejte bdělí, pozorní a uvolnění. Sledujte pouze dech, všechno ostatní nechte plynout

nevěnujte se jiným podnětům ani myšlenkám.

Na závěr se zhluboka nadechněte, vydechněte, protáhněte se, otevřete oči.

Délka cvičení - podle chuti 3 - 20 minut.

Dechová cvičení

Program je určen pro ambulantní i hospitalizované schizofreniky ve stabi- lizovaném psychosomatickém stavu. Je zaměřen na rozvoj vnímání vlastní- ho těla, procítění částí těla v klidu a v pohybu, schopnost uvolnit a ovládat později celé tělo. Vhodné je zařadit ho po předchozím aktivním cvičení i jako samostatnou terapeutickou jednotku.

všech oslabení podpůrně pohybového systému je žádoucí procvičovat přirozený rytmus dýchání s prohlubováním výdechu a vdechu, naučit správnou techniku dýchání, zdůraznit prodloužený výdech vůči vdechu (poměr zhruba 3 : 2), spojovat rytmus dýchání s rytmem pohybu. Rozli- šujeme dýchání břišní (brániční), hrudní, smíšené. Pro koncentrativní a relaxační cvičení používáme plného dechu – jógový plný dech.

Břišní (brániční) dýchání

výchozí poloha: viz vhodné polohy

vdech je provázen uvolněním břišního svalstva a vyklenutím břišní stěny ven

výdech je provázen stahem břišního svalstva a aktivním vtažením břišní stěny dovnitř

vhodné polohy: leh pokrčmo, vzpor klečmo, stoj s oporem pažemi o pevný předmět ve výši pasu.

Hrudní dýchání (horní a dolní hrudní dýchání)

Důraz je kladen na rozpínání hrudního koše při vdechu. výchozí poloha: vzpřímený sed, klek, stoj

s výdechem mírný hrudní předklon (uvolnění kosterního svalstva), připažené paže se pohybují mírně vpřed

s nádechem mírný hrudní záklon, připažené paže se pohybují mírně vzad

vhodné polohy: různé druhy sedů na zemi, na různých nízkých i vyšších

položkách včetně sedu na židli, klek, stoj.

Smišené dýchání -spojení břišního a hrudního dýchání - **plný dech**

Důraz je kladen na výdech se současným stažením hrudního koše, zpevněním břišních svalů a vtažením břišní stěny dovnitř.

vdech je provázen uvolněním břišního svalstva a vyklenutím břišní stěny ven, uvolnění hrudního koše, mírný hrudní záklon,

výdech je provázen stahem břišního svalstva a aktivním vtažením břišní stěny dovnitř stahem kosterního svalstva hrudníku.

vhodné polohy: leh pokrčmo, vzpor klečmo, stoj s oporem pažemi o pevný předmět ve výši pasu.

Program pro krátkodobě hospitalizované pacienty se schizofrenií

Milena Adámková Ségard

V této kapitole naleznete podrobný popis cvičebních jednotek psychomotorického programu pro krátkodobě hospitalizované pacienty s diagnózou schizofrenie.

V rámci programu je nutné dodržovat obvyklá pravidla skupinové terapie. Je důležité si připomenout:

Dobrovolnost: Pacient(i) se nemusí účastnit jakékoli části cvičení. Případně jim cvičení může být uzpůsobeno, například místo sezení na zemi se mohou posadit na židle. Pokud se nechtějí, nebo nemohou aktivně podílet, mohou ostatní pacienty sledovat ze židle. Dále mohou vytvářet např. branky, kterými ostatní pacienti procházejí, atd., což je forma méně aktivní a pro mnohé pacienty lépe přístupná.

Motivace: Pacienti jsou stále a opětovně motivováni k aktivní účasti na jednotce. Terapeut užívá pouze pozitivní motivaci.

Dodržení sledu cvičebních jednotek: Snahou terapeuta je aplikovat jednotlivá cvičení tak, jak jsou doporučena. Pokud je na základě potřeby pacienta cvičení upraveno, je třeba postupně směřovat k návratu do formy, která je dána.

Bezpečné prostředí: Důležité je aby terapeut vytvořil při jednotce pro pacienty bezpečné prostředí, ve kterém se budou pacienti cítit akceptováni a respektováni.

Zapojení terapeuta: Terapeut není pouze pozorovatelem, organizátorem a pomocníkem, ale jak jen je možné cvičí společně s pacienty, při cvičení v párech doplňuje druhého do páru, atd.

Prostředí

Světlá, větraná místnost bez nebezpečných předmětů, vybavená židlemi, na které se mohou pacienti v případě potřeby posadit. Přiměřeně prostorná, aby každý z pacientů měl místo na upažení. Velká hala není doporučována.

Pomůcky

Přehrávač hudby, cvičební podložky a šátky dle jednotlivých cvičení.

Části jednotky

I. Úvod

Pacienti jsou požádáni o sejmnutí obuvi a cvičení naboso.

Pacienti jsou požádáni o usazení v kruhu na zemi společně s terapeutem. Jsou požádáni o řízení svého jména a připojení jedné věty co by chtěli říct.

II. Rozhýbání

Pomůcky: hudba (aktivizující charakter, vhodná známá melodie (případně se známým pozitivním textem). Je vhodné, aby tato hudba byla při každé jednotce totožná.), podložky pro cvičení na zemi.

Cvičení – pacienti cvičí samostatně dle terapeuta

Hlava:

Promasírovat tváře, koutky úst; protřít oči; prohmatat ucho; promasírovat vlasovou část hlavy; uchopit rukama za hlavu zahýbat hlavou, jemně potřást.



Paže:

Hnětení těsta- zatínání pěstí jako když se rukama hněteme těsto;



Solení -ruce do špetky a znázornování pohyby, jako když solíme;

Ždímání – ruce v pěst před tělem rotací v zápěstí a loketním kloubu vždy proti sobě, jako když ručně ždímeme látku;

Vyklepání paží „po práci“ - mírně pokrčené paže před tělem s uvolněním napínáme, vyklepáváme.



Nohy: Postupně cvičíme s jednou a druhou nohou. Nohu uchopíme za stehno a zatřeseme jí, uchopíme ji za lýtko a také jí zatřeseme. Nohu pokrčíme v kolenu, nad kotníkem opřeme křížem o druhou nohu. Rukou uchopíme nohu pod kotníkem a volně kroužíme v kotníku. Poté prohmatáme, jemně promasírujeme, plosku nohy, nárt, prsty a patu. Totéž cvičíme s druhou nohou.



III. Hlavní část

Na rozdíl od částí „úvod“, „rozhýbání“ a „závěr“ obsahuje „hlavní část“ jednotky při každé lekci vždy jiná cvičení, která na sebe plynule navazují, a jejich náročnost se postupně navyšuje. Na začátku hlavní části každé jednotky je vždy zařazeno jedno cvičení, které bylo cvičeno v předcházející jednotce. Tato forma opakování umožňuje plynulejší navázání na nová cvičení. Volba cvičení, které je opakováno, je ponecháno na rozhodnutí terapeuta.

Jednotlivé jednotky budou popsány dále.

IV. Závěr

Pomůcky: hudba (totožná pro celý blok devíti jednotek)

Uvolnění rukou, nohou jejich jemným vyklepáním, případně s poskoky.

Klidný nádech, výdech s vedením terapeuta (opakovat několikrát). Nádech může být doplněn se zdvihem paží vzhůru a výdech se spuštěním paží podél těla.

V sedě v kruhu vyjádření každého z účastníků pozitiv i negativ týkajících se proběhlé jednotky (vždy bez hudebního doprovodu).

Popis jednotlivých hlavních částí jednotek

1. jednotka : vstávání

Sed na zemi. Očistění plosek nohou a postavení plosek nohou - pomocí rukou - na zem. Zadupat, co nejhlasitěji, co nejtišeji, co nejrychleji, pomalu, rychle, dupy postupně po kruhu (zvuková vlna), atd.

Pomalý přechod ze sedu do dřepu.



Očistění dlaní a položení na zem, nohy na místě. Ručkováním rukama po zemi co nejdál od nohou, co nejbližší k nohám. Zmíněné cvičení s dotykem další části těla s podložkou, a bez dotyku další části těla s podložkou. Stejně cvičení s fixací rukou na místě a pohybem nohou směrem od rukou a k rukám.

Pohyb účastníků po prostoru za podmínky kontaktu se zemí plosek nohou a dlaní, vždy je možné pohybovat pouze rukama, nebo nohama.



Dřep, ručkováním po nohou (holeně, stehna, boky, ...), mírný ohnutý předklon v hrudní části, mírný stoj rozkročný dolní končetiny mírně pokrčené, paže uvolněně visí k zemi. Pohyb boků vpravo a vlevo s následným pohybem trupu a ramen, ruce následují pohyb trupu. Pohyb vychází z boků, nohy zůstávají na místě.



Uvolnění trupu s nízkým poskokem a s výdechovou slabikou „hu“ při dopadu na zem. (Několikrát opakovat cvičení.)

Pozor! Jedná se pouze o mírný předklon, nikoli hluboký předklon. Vlivem hlubokých výdechů a nádechů dochází k vyššímu okysličení mozku, které může být nezvyklé. Pokud by komukoli z pacientů cvičení nevyhovovalo, cítil tlak v hlavě, nevolnost, atd. je nutné, aby s cvičením ihned přestal a posadil se za sledování terapeuta do ustoupení nepříjemných příznaků.

Pomalý přechod do lehu na zádech (na podložce), ruka na břicho, uvolněný nádech do břišní oblasti a výdech. V poloze setrvat do klidného dechu všech cvičících.



Přes leh na boku přechod do dřepu, pomalým ručkováním ohnutý předklon, dalším ručkováním stoj, paže upažením vzpažit, tah za rukama přes konečky prstů vzhůru, výpon. Přechod na celá chodidla, s úplným výdechem uvolnění svalů trupu s následným pomalým přechodem do dřepu. Uvolnění. Opakování pomalého vzpřimování. Při posledním napřímení, přechod na plná chodidla, s výdechem paže upažením připažit.





Pozdrav pohledem s každým účastníkem.

2. jednotka: Strom

Pomůcky: hudba (relaxační charakter)

Stručný popis: Pantomimické vyjádření růstu stromu.



„Semínko.“ Dřep, ohnutý předklon, paže objímají nohy. (Možná i jiná podobná poloha.) Zaměření na vnímání částí těla, které se dotýkají země; kde se dotýkají ruce nohou, tělo rukou, hlava rukou, nohou; vnímání dechu (při nádechu tlak v zádech); volní sevření částí těla, pevné se- mknutí tak, aby tělo zabíralo co nejmenší prostor, na 4 odpočítané doby úplných výdech a ještě větší „sbalení“; na 4 doby nádech s uvolněním sevření. Opakování cvičení několikrát.

„Kořeny.“ Dřep, ohnutý předklon, paže objímají nohy. Zaměření na vnímání plošek nohou, jejich dotyk s podložkou; vnímání stability postoje, přenos váhy střídavě na pravou a levou nohu; nalezení nejstabilnější polohy, vnímání stability postoje, vnímání váhy těla spočívající na ploskách nohou.

„Klíčení a růst.“ Dřep, ohnutý předklon, paže objímají nohy. Přivřené či zavřené oči, představa semene stromu, klíčícího semene stromu, malého stromu, růstu stromu. Snaha o pantomimické vyjádření vlastním pohybem růstu stromu, jeho sílení až v dospělý silný strom. Každý z účastníků samostatně, ve svém psychomotorickém tempu. Informace o setrvání s přivřenými očima do pokynu terapeuta.

„Vzrostlý strom.“ Otevřené oči; pantomimické vyjádření vlastním pohybem stromu, když fouká mírný vánek až silný vítr. Zapojení celého těla do pohybu, důraz na kontakt chodidel s podložkou bez posunu z místa.

„Děšť.“ Pantomimické vyjádření vlastním pohybem stromu, když prší mírný déšť; rozdělení do dvojic, jeden z dvojice pohybem představuje strom a druhý padající mírný déšť; výměna úloh.

3. jednotka: Základní dech

Pomůcky: hudba (cv. 1 – 4 relaxační charakter; cv. 5 hudba s výrazným rytmem), podložky, šátky

Poznámka: počet opakování je pouze orientační, cvičení je prováděno nejprve se slovní instrukcí, poté v osobním psychomotorickém tempu každého z účastníků.

Cv1: Leh pokrčmo vzpažit, dlaněmi co největší kruhy po zemi. Ohmatání země, kam až dosáhne nejdál, nejbližší; rukama zjištění, která místa zad se dotýkají země a která ne. 1.ruka na břicho, 2. na záda v oblasti beder; nádech a výdech s přitisknutím zad na podložku; při výdechu, břicho prohloubenina (cca 8x).



Cv2: Předpažením vzpažit s nádechem; s výdechem upažením připažit (dlaně k podložce) možnost kontroly zad na podložce (cca 5x).



Cv3: Leh na boku, kontrola prostoru volnou rukou, zajištění stability po- lohy. Jedna ruka se dotýká zad v místě, kde se v poloze na zádech záda při výdechu dotýkala podložky (stejně jako u předešlého cvičení); nádech; při výdechu tlak zády do ruky (cca 3x); s nádechem narovnat trup, dolní konče- tiny, s výdechem mírný předklon trupu v bederní části páteře, s tlakem do ruky, mírně pokrčit dolní končetiny (následek mírného předklonu) (cca 5x)



Cv4: Sed pokrčmo ohnutě, pažemi uchopit za bérce; nádech, napřímít záda; výdech s mírným předklonem v bederní oblasti, vnímání tlaku do zad.



Pomalý přechod do stoje (individuálně).

Cv5: Chůze po prostoru na hudbu. Chůze v hadu s držením za šátky; chůze po prostoru; proplétání; podcházení šátků; výměna vedoucích (každý vede prostorem, jak uzná za vhodné).

4. jednotka: Chůze

Pomůcky: hudba (výrazný rytmus)

Stoj, pérování v kolenu do hudby (do taktu); chůze po prostoru do hudby, na každý takt jeden krok po prostoru; chůze vzad, vpřed; na dva kroky nádech na dva kroky vý- dech.

Chůze s upozorněním na všimání si ostatních účastníků, které potkáváme po místnosti (úsměv, úklon hlavy, ...).



Chůze v rytmu hudby, 1 krok na dva, tři, čtyři takty; a zpět na čtyři, tři, dva, jeden takt.

Chůze bez hudby; co nejpomaleji. Zaměření na vnímání části chodidla, které je právě v danou chvíli v kontaktu s podložkou. Chůze vpřed i vzad.

Chůze s výrazem. Bez hudby. Chůze co nejrychleji; jako když jsme rozzlobení; o něčem přemýšlíme; jsme veselí; máme velikou radost; jsme na sebe pyšní; s nikým nechceme mluvit; hledáme někoho s kým bychom si popovídali; něco hledáme, nechceme aby nás nikdo viděl; chceme aby si nás někdo všiml; jdeme legračně; úplně nový styl chůze; apod.

5. jednotka: Bezpečí kontaktu

Pomůcky: hudba, šátky

Sed čelem do kruhu, ruce zapažit. Každý z účastníků dostane do rukou šátek. Instrukce – nikdo se nesmí na šátek podívat, dokud nevydá takový pokyn terapeut. Úkol – zaměřit se na vnímání zdali je mi šátek příjemný/ nepříjemný, úvaha jak asi může můj šátek vypadat (barva, tvar, velikost ...). Pohled na šátek, vyjádření jednotlivých účastníků zda je se svým šátkem spokojen či nikoli; možnost výměny šátku.

Stoj v kruhu. Pohyb s šátkem. Pohyb šátku jak nejvíce vpravo od těla, vlevo, dozadu, dopředu. Vyhození šátku a jeho chycení bez pohybu nohou z místa; vyhození šátku jak mohu nejvýše, dotknout se šátkem stropu pomocí jeho vyhození. Pohyby šátkem, jaký největší/nejmenší kruh mohu udělat šátkem. Při stožení skupiny v kruhu každý vymyslí jeden pohyb a všichni jej opakují (druhý vymyslí pohyb a opakuje se jeho pohyb a následně pohyb prvního a druhého; třetí v pořadí vymyslí pohyb a skupina jej opakuje a následně opakuje pohyb prvního, druhého a třetího, ...).

„Chůze v hadu“ po prostoru. První (vedoucí) při chůzi vymyslí a opakuje jednoduchý pohyb šátkem, který ostatní za chůze opakují, vystřídání každého z účastníků na vedoucí pozici.

Dvojice, uchopení za jeden šátek. Necvičící vytvoří také dvojice a vytvoří za pomoci šátků statické branky. Jeden účastník z dvojice cvičících zavře či přivře oči, nebo se dívá pouze na špičky svých nohou. Kdo má ve dvojici otevřené oči provádí druhého za šátek prostorem s brankami; výměna rolí. (Vzdálenost držení šátku záleží na volbě dvojice.) Možnost vyzkoušení si ve dvojici vedení za šátek, který je kratší i který je delší. Co mi vyhovuje více?

6. jednotka

Pomůcky: hudba (výrazný rytmus), šátky

Každý z účastníků si vezme šátek; chůze na hudbu po prostoru s důrazem na rytmus; chůze jako by v místnosti nikdo nebyl, soustředit se jen na svoji chůzi; chůze po prostoru s pozdravem těch, které potkáváme - pozdrav pomocí šátku (dotyk šátky, ...); výměna šátku s účastníkem jehož potkám nadhozením, mírným, a až co nejvyšším.

Výměna šátků zpět, aby každý měl svůj původní šátek, který si vybral. „Na zrcadlo.“ Dvojice dle vlastního výběru, držení za oba šátky, stoj proti sobě;

Cv1: 1. z dvojice se na místě pohybuje dle vlastního uvážení (pohyb co nejrychleji, co nejpomaleji, ...) a 2. z dvojice se pokouší kopírovat jeho pohyb

1. ; výměna rolí;

Cv2: střídání vedoucí role dle uvážení dvojice bez slovního doprovodu; není určeno kdo vede pohyb; možný i pohyb po prostoru;

Cv3: výběr nové dvojice a opakování celého cvičení.

7. jednotka

Pomůcky: hudba (výrazný rytmus), šátky

Rozhlédnutí účastníků po celé místnosti a snaha si ji zapamatovat.

Chůze po prostoru na hudbu, snaha projít celý prostor, navštívení každého místa v prostoru.

Rozhlédnutí účastníků po celé místnosti a nalezení místa, které ještě neprošel.

Chůze po prostoru na hudbu - snaha navštívit i ta místa, kam jsem předtím nedošel.

Dvojice, do dvojice jeden šátek pro držení; vždy jeden z dvojice zavřené oči a druhý má za úkol jej dovést do určeného místa; při příchodu na určené místo otevření očí a výměna rolí (opakování cvičení několikrát).

Individuální chůze. Každý z účastníků, se sklopenýma či zavřenýma oči- ma, pohyb po místnosti do předem samostatně určeného místa (každý může mít jiné a druhým jej nesděljuje); otevření očí, když si myslí, že tam dorazil, pokud ještě do daného místa nedorazil, může opět sklopit oči a pokračovat až do dosažení určeného místa; když daného místa účastník dosáhne, najde si jiné a opět pokračuje v jeho dosažení. Poznámka: Nutná instrukce před započatím cvičení o zachování ticha dokud terapeut neukončí cvičení.

Pohyb samostatně po prostoru na rytmus; bez hudby. Všichni účastníci sklopí či zavřou oči, vedoucí se tiše přemístí na předem neoznamené místo v prostoru a začne vytleskávat rytmus, účastníci mají za úkol, přemístit se na základě vytleskávaného rytmu do prostoru v blízkosti terapeuta vytleskávacího rytmus; když si účastník myslí, že dosáhl tohoto místa, může oči otevřít, pokud při otevření očí zjistí, že

zmíněného místa v prostoru ještě nedosáhl, může oči zavřít a pokračovat ve cvičení. Opakování cvičení. Po- známka: Nutná instrukce před započítím cvičení o zachování ticha dokud terapeut neukončí cvičení.

Rozdělení účastníků do dvou skupin. Každá skupina má určeného vedoucího. Každý vedoucí předvede své skupině rytmus, který bude vytleskávat, dále vše pokračuje podobně jako u předešlého cvičení. *Poznámka: Nutná instrukce před započítím cvičení o zachování ticha dokud terapeut neukončí cvičení.*

Stoj v kruhu s držením za šátky posílání pohybové vlny po kruhu.

8. jednotka

Pomůcky: hudba (výrazný rytmus), šátky

Stoj na místě, každý z účastníků si nalezne dostatečně velký prostor kolem sebe, přibližně na upažení, stoj na levé noze, pravou nohou malování obrazců na zemi, snaha namalovat co největší/co nejmenší obrazec; to samé ve stoji na pravé noze.

Stoj na levé noze, šátek uchopit mezi prsty pravé nohy, snaha šátkem namalovat na zemi obrazec; to samé ve vzduchu, nejprve menší až co největší obrazec. Cvičení opakovat také ve stoji na pravé noze.

Stoj na levé noze, vyhození šátku pravou nohou tak vysoko, aby bylo možné jej zachytit do ruky;



vyhození šátku rukou co nejvýše a ponechání jej dopadnout na zem; vyha- zování a chytání střídavě pravá ruka (noha) – pravá noha (ruka) , levá ruka (noha) – levá noha (ruka), pravá ruka (noha) - levá noha (ruka), levá ruka (noha) - pravá noha (ruka).

Pohyb po prostoru na hudbu s vyhazováním šátku rukou a sbíráním no- hou; vyhazování a upouštění šátku nejen dopředu, ale i dozadu, do stran; snaha aby se šátek postupně dostal na každé místo v místnosti.

Výměna šátku s potkaným partnerem tak, že oba účastníci současně vyhodí svůj šátek nohou tak, aby partner mohl chytit do ruky partnerův šátek, každý připojí libovolný pohyb rukou s novým šátkem a dále s ním pokračuje k dalšímu partnerovi.

Stoj v kruhu, čelem do kruhu a předávání šátku v kruhu házením rukou pokud chytím šátek do ruky; nebo nohou, pokud šátek dopadne na zem; předávání nejprve po kruhu a následně libovolně jakémukoli účastníku v kruhu.

9. jednotka

Pomůcky: hudba (cv. 1 – 2 výrazný rytmus, cv. 3 – 4 dle uvážení), šátky

Cv1: Stoj na místě (s jedním šátkem, více šátky nebo bez šátku) pérování v kolenou do rytmu hudby.

Cv2: Chůze na hudbu po prostoru; důraz na chůzi do hudby; navštívení každého místa v prostoru (pomalý i rychlý rytmus hudby).

Cv3: Rozmístění účastníků v prostoru, tak, aby měl každý místo minimál- ně na upažení. Úkol - vytvoření vlastního krátkého tance s šátkem či bez šátku s využitím prostoru.

Cv4: Stoj ve větším kruhu. Každý z účastníků může předstoupit do

středu kruhu a předvést ostatním účastníkům svůj vytvořený „tanec“.

Cv5: Hra „gordický uzel“ s obměnou držení nikoli za ruce ale za šátky. Účastníci se sestoupí do užšího kruhu v jedné ruce drží jeden konec šátku, předpaží prázdnou paži a zavřou oči, vedoucí jim do volné ruky vloží konec šátku jiného, než drží ve volné ruce; všichni otevřou oči a snaží se rozplést šátky bez jejich pouštění. Takto vznikne kruh či více kruhů.

Stoj v kruhu s držení za šátky posílání pohybové vlny po kruhu.

Program psychomotorické terapie jedinců se schizofrenií v denních centrech

Hana Kynštová, Běla Hátlová

Zkušenosti s aplikací programu psychomotorické terapie

Na základě poznatků již aplikovaných kinezioterapeutických programů vypracovaných pro jedince se schizofrenií v období hospitalizace, jsme re- alizovali studii zaměřenou na ověření vlivu těchto programů u jedinců se schizofrenií v období, kdy nejsou hospitalizováni a docházejí do zařízení poskytující komplexní denní služby.

Pro schizofrenii je zásadní problém v afektivní (emoční) poruše kontaktu s realitou, která ovlivňuje vývoj onemocnění. Ověření programu psycho- motorické terapie na aktuální afektivní (emoční) stav osob se schizofrenií proběhl v období 2009 – 2010 v zařízení poskytující ambulantní sociálně aktivizační činnosti v rámci psychosociální rehabilitace. Cílem bylo nejen ověření účinku na aktuální afektivní (emoční) stav nemocných, ale i zařaze- ní této nové formy terapie do aktivizačních činností.

Aplikovaný program psychomotorické terapie (PMT) probíhal formou skupinové terapie. Programu se účastnili muži i ženy, pro celou skupinu měl program stejný charakter. Účastník programu mohl kdykoliv terapii ukon- čit a odejít z místnosti, kde terapii probíhala. V zařízení jsou přítomni další pracovníci, kteří se v případě potřeby ihned jedinci individuálně věnovali.

Cílem terapie je navození pozitivního emočního zážitku a tím pozitivní ovlivnění afektivních (emočních) stavů. K dalším cílům patří uvědomění si vlastního tělesného schématu, celistvosti vlastního těla, postavení jednotlivých částí těla, ale i umístění v prostoru. Důležité je uvědomění si aktivního pohybu a stavu klidu. Vedle ovlivnění emočního stavu, motorických do- vedností dochází i k ovlivnění kognitivních procesů. Pro posílení sociability klientů přispívá

začlenění do skupinového programu, pravidelná docházka a aktivní účast, postupně vzrůstající potřeba verbálního vyjádření a posílení dalších sociálních dovedností. Dlouhodobým cílem terapie je, schopnost osvojení si základní pohybových prvků a sestav a jejich individuální aplikace klientem.

Z výsledků realizovaného šetření můžeme usuzovat na prokázaný vliv psychomotorické terapie na aktuální afektivní (emoční) stav u skupiny jedinců se schizofrenním onemocněním, kteří se programu účastnili. Výsledky prokazují, že tento vliv má konstantní podobu.

Význam našich zjištění spatřujeme především ve vhodném zařazení programu PMT do pevné struktury nabídky denních programů. Na základě výsledků doporučujeme zakotvení programu v takové struktuře, kdy v rámci terapie využijeme pozitivního dopadu PMT na emoční faktory a to např. před plánovanou individuální intervencí pracovníka v přímé péči. Naše poznatky z realizovaných individuálních intervencí prokazují, že práce s klientem, který je emočně excitován je velmi obtížná. Z tohoto terapeutického hlediska spatřujeme význam ve vhodném zařazení PMT v denní struktuře činností klientů.

V rámci skupinové terapie je významným prvkem právě aktuální afektivní (emoční) stav jedince, který má rozhodující vliv pro zapojení nemocného do terapeutických činností. Proto, aby mohl být jedinec zařazen do programů sociální a pracovní rehabilitace, tak aby byly naplněny rehabilitační cíle je nutné uvolnění, zklidnění s dostatečnou motivací.

Program psychomotorické terapie

Program psychomotorické terapie má tři části: první část obsahuje úvodní slovo terapeuta, motivování nemocných pro zapojení do terapie, vysvětlení cíle setkání a obsahuje úvodní instrukci k druhé části programu. Druhá část obsahuje samotnou činnost, tzn. dle instrukcí terapeuta probíhá pohybová činnost. Část závěrečná spočívá také v práci ve skupině, kdy je právě proběhlá část programu slovně probrána, zhodnocena. Klienti mají možnost vlastního vyjádření, zhodnocení a poskytnutí zpětné vazby z proběhlého programu. V případě, že má klient potřebu je možno pokračovat v individuální intervenci a „projít“ části terapie, které mu např. činily problémy.

Hlavní část je měněna zhruba po 6 týdnech. Toto období se nám jeví jako vhodné pro dostatečné osvojení hlavní části a zároveň dostatečně krátké pro vznik monotónnosti v pohybové aktivitě.

Po celou dobu programu sedí účastníci na židlích. Volíme vhodné, ergonicky odpovídající židle, bez područek a s pevnou konstrukcí. Předcházíme tím vzniku pádu a jakékoliv nestabilitě, která může způsobit nejistotu při provádění jednotlivých pohybů. Židle bez područek jsou nutné pro dostatečný pohyb horních končetin. Po zdokonalení techniky můžeme provádět cvičení na velkém míči (průměr 65 – 75 cm, dle výšky cvičence).

V případě provádění cviků na velkém míči dbáme především o bezpečnost (např. celkový zdravotní stav, obutí s neklouzavou podrážkou aj.). Nacvičujeme správný sed.

Soubor cviků

Doporučení pro provádění jednotlivých cviků

Vysvětlení pohybu, které provází předvedení pohybu terapeutem.

Cviky provádět ve dvoudobém nebo čtyřdobém rytmu.

Cvik opakovat 4 -8 krát.

Vhodný volný oděv, bez pevné obuvi, popř. obuv s protiskluznou podrážkou.

Prostorná, větratelná místnost.

Terapeutické jištění 2 osobami, v případě skupinové terapie.

Jeden terapeut vede cvičení - verbální doprovod – názorné předvedení pohybu. Slovní vedení klienta spočívá v oznámení začátku a konce cviku. Během provádění cviku slovní popis prováděného pohybu.

Druhý terapeut pozoruje účastníky programu - zraková kontrola klientů při terapii, jeho úloha spočívá jednak v korekci při samotném cviku a v okamžité terapeutické pomoci např. v případě předčasného ukončení terapie jedním cvičícím, v situaci kdy chce cvičenec opustit místnost jeho doprovod, zajištění následné individuální intervence.

Po celou dobu programu sedí účastníci na židličkách.

Volíme vhodné, ergonomicky odpovídající židle, bez područek a s pevnou konstrukcí. Předcházíme tím vzniku pádu a jakékoliv nestabilitě, která může způsobit nejistotu při provádění jednotlivých pohybů. Židle bez područek jsou nutné pro dosta- tečný pohyb horních končetin.

Po zdokonalení techniky můžeme provádět cvičení na velkém míči (průměr 65 – 75 cm, dle výšky cvičence).

V případě provádění cviků na velkém míči dbáme především o bezpečnost (např. celkový zdravotní stav, obutí s neklouzavou podrážkou aj.). Nacvičujeme správný sed.

Program psychomotorické terapie zaměřený na integraci

Pozn.: VP – výchozí postavení, HK – horní končetina/y, DK – dolní končetina/y, PHK- pravá horní končetina, LHK – levá horní končetina, PDK – pravá dolní končetina, LDK – levá dolní končetina

Provedení cviků v sedě

Cvik č. 1

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo



Provedení:

pravidelné dýchání, uvědomení hlubokého nádechu a výdechu, postupně protahujeme čas nádechu a výdechu

Cvik č. 2

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo



Provedení:

pohyb hlavou v levo, pohled přes levé rameno, zpět
pohyb hlavou vpravo, pohled přes pravé rameno, zpět střídáme pravou a levou stranu, 4krát
návrat do VP

Cvik č. 3

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

předklon hlavy, pohled dolů, zpět
mírný záklon hlavy, pohled vzhůru, zpět střídáme pohyb hlavy dolů – vzhůru, 4krát návrat do VP



Cvik č. 4

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

kroužky pravým a levým ramenem vpřed, 4krát kroužky pravým a levým ramenem vzad, 4krát návrat do VP

Cvik č. 5

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

předpažit současně pravou a levou paži, dlaně dolů otočit dlaně vzhůru, pěst
dlaň rozevřít (maximální protažení všech prstů), 4krát návrat do VP



Cvik č. 6

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

upažit, malé kroužky v zápěstí, 4krát vpřed, 4 krát vzad návrat do VP.

Cvik č. 7

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

upažit, sklopit prsty dolů, vzhůru, 4krát
návrat do VP



Cvik č. 8

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

upažit, dlaně dolů
vzpažit, dlaně vně, zpět, 4krát
návrat do VP

Cvik č. 9

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

kruh nataženou PHK vzad, levá dlaň se drží sedadla, střídavě
kruh nataženou LHK vzad, pravá dlaň se drží sedadla
střídavě, 4krát
návrat do VP



Cvik č. 10

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

předklon, dlaně postupují po dolních končetinách směrem ke kotníkům, malá výdrž, 2krát
návrat do VP



Cvik č. 11

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

přednožit PDK, (zadní strana stehna se dotýká sedadla) střídavě
přednožit LDK, (zadní strana stehna se dotýká sedadla) střídavě, 4krát
návrat do VP

Cvik č. 12

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

přednožit PDK, (zadní strana stehna se dotýká sedadla), pohyby chodidlem střídavě
přednožit LDK, (zadní strana stehna se dotýká sedadla), pohyby chodidlem
střídavě, 4krát návrat do VP



Cvik č. 13

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

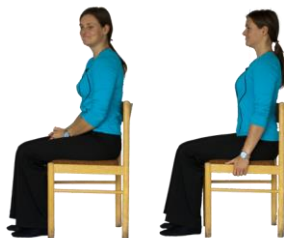
aktivace hýždřových svalů, mírné nadzvednutí, 6krát návrat do VP

Cvik č. 14

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

podupávání na místě, střídavě DK, měníme tempo, postupně měníme směr – pohyb DK současně vpravo, vlevo, vpřed, vzad, mírně od sebe k sobě
návrat do VP



Cvik č. 15

Výchozí postavení: vzpřímený sed na židli, dolní končetiny mírně od sebe, v paralelním postavení, mírný tlak nohy do podlahy, dlaně na sedadlo

Provedení:

hluboký předklon, prsty dlaně „zaháknou“ za prsty chodidla, vzpřím do natažených paží, výdrž (2.s), volný dech, opakuj 4krát
návrat do VP

Program psychomotorické terapie zaměřený na rozvoj koordinace pohybu

Provedení cviků ve stoji

Cvik č. 1

Výchozí postavení: stoj snožmo, připažit

Provedení:

PHK předpažit, současně LDK přednožit dolů, 4krát, držíme stejné tempo
návrat do VP



Cvik č. 2

Výchozí postavení: stoj snožmo, připažit

Provedení:

předklon, uchopit zadní stranu DK v oblasti od podkolení směrem dolů (dle možností rozsahu cvičence)

opřít dlaněmi o přední stranu DK v oblasti steh, lokty směřují do strany návrat do VP



Cvik č. 3

Výchozí postavení: stoj snožmo, připažit

Provedení:

Provedení: PHK, LHK současně předpažit

ruka na rameno - na stejné straně

předpažit

ruka na rameno - křížem návrat do VP

předpažit

ruka na rameno - křížem návrat do VP



Cvik č. 4

Výchozí postavení: stoj rozkročmo, upaž

Provedení:

předklon, prsty PHK dotyk na LDK návrat do VP

předklon, prsty LHK dotyk na PDK návrat do VP

vzpažit, tlesk návrat do VP



Cvik č. 5

Výchozí postavení: stoj snožmo, připažit

Provedení:

Provedení: PHK, LHK současně předpažit
ruka na rameno - na stejné straně předpažit
ruka na rameno - křížem návrat do VP

Cvik č. 6

Výchozí postavení: stoj snožmo, vzpažit

Provedení:

kruh celou paží - jedna HK vpřed a současně druhá HK vzad, 4krát
změna směru pohybu,
návrat do VP



Provedení cviků v sedu

Cvik č. 7

Výchozí postavení: sed na zemi (turecký sed), připažit

Provedení:

upažit pokrčmo

PHK sevření dověsti, LHK dotyk dlaně na rameno, střídáme 4krát návrat do VP



Cvik č. 8

Výchozí postavení: sed na zemi (turecký sed), připažit, dlaně položit na podložku

Provedení:

předpažit, dlaně vzhůru PHK - dlaň na zem před DK

LHK - dlaň za levou stranu hýždě předpažit, dlaně dolů

LHK - dlaň na zem před DK

PHK - dlaň za levou stranu hýždě opakujeme, 4krát návrat do VP



Cvik č. 9

Výchozí postavení: sed na zemi (turecký sed), připažit, dlaně položit na podložku

Provedení:

dlaně křížem dotyk na kolena

předpažit pokrčmo, stejnostraně dlaň na rameno opakujeme, 4krát návrat do VP



Cvik č. 10

Výchozí postavení: sed snožmo, nohy napjaté, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

tlesk 2krát před tělem

tlesk 2krát na přední stranu stehů tlesk 2krát nad hlavou

tlesk 2krát dlaně o zem návrat do VP



Cvik č. 11

Výchozí postavení: sed snožmo, nohy napjaté, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

předpažit

dlaň PHK na koleno LDK, zpět do předpažení výměna

dlaň LHK na koleno PDK, zpět do předpažení opakujeme, 4krát návrat do VP



Cvik č. 12

Výchozí postavení: sed snožmo, nohy napjaté, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

předpažit

dlaň PHK dotyk prstů na noze LDK, zpět do předpažení výměna

dlaň LHK dotyk prstů na noze PDK, zpět do předpažení opakujeme, 4krát

návrat do VP



Cvik č. 13

Výchozí postavení: sed roznožmo, nohy napjaté, chodidla ve flexi, připažit, dlaně na podložku

Provedení:
předpažit

ohnutí páteře, dlaně přibližujeme k prstům chodidel opakujeme, 4krát
návrat do VP



Cvik č. 14

Výchozí postavení: sed roznožmo, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

střídavě prsty PHK a LHK na nos

návrat do VP

opakujeme, 4krát



Cvik č. 15

Výchozí postavení: sed roznožmo, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

upažit současně: prsty PHK na nos a LHK na čelo

střídáme PHK a LHK

návrat do VP

opakujeme, 4krát



Cvik č. 16

Výchozí postavení: sed roznožmo, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

PHK předpažit, návrat do VP

LHK předpažit, návrat do VP

PHK vzpažit, návrat do VP

LHK vzpažit, návrat do VP

opakujeme, 4krát



Cvik č. 17

Výchozí postavení: sed roznožmo, připažit, dlaně na podložku

Provedení:

křížem dlaně na ramena

vzpažit

návrat do VP

opakujeme, 4krát



Provedení cviků v lehu

Cvik č. 18

Výchozí postavení: leh na zádech, vzpažit zevnitř, prsty rukou rozevřít

Provedení:

upažit skrčmo, dlaň sevřít v pěst

návrat do VP

opakujeme, 4krát



Cvik č. 19

Výchozí postavení: leh na zádech, vzpažit zevnitř, prsty rukou rozevřít

Provedení:

upažit skrčmo, dlaň sevřít v pěst

připažit skrčmo

tlesk před tělem

návrat do VP opakujeme, 4krát



Cvik č. 20

Výchozí postavení: lež na zádech, vzpažit zevnitř, prsty rukou rozevřít

Provedení:

skrčit DK, dlaně na kole, přitáhnout k hrudníku

návrat do VP

opakujeme, 4krát



Cvik č. 21

Výchozí postavení: lež na zádech, upažit, hřeb ruky na zemi, prsty rukou rozevřít

Provedení:

střídatavě dlaň PHK na levé rameno, výměna dlaň LHK na pravé rameno

návrat do VP

opakujeme, 4krát

Cvik č. 22

Výchozí postavení: lež na břiše, připažit skrčmo, dlaň na zemi, prsty rukou rozevřít, nohy napjaté

Provedení:

zvednout DK, polož

zvednout horní polovinu těla, dlaně zůstávají na podložce, polož návrat do VP

opakujeme, 4krát

Závěrečná relaxace

Položit na záda, leh roznožný, uvolnit kyčelní kloub, HK upažit dolů, hřbet ruky na zem. Možnost zavření očí.

Pravidelný nádech – výdech, uvědomujeme si polohu těla, kontakt s pod- ložkou. Představa tíže v DK, trupu, HK, uvolnění. Uvolnění obličejových svalů. „Čistá“ mysl. V závěru plný nádech, plný výdech, protažení, rozhý- bání, tření dlaní o sebe – vyvolání tepla, přiložení na zavřené oči, otevření očí do dlaní.

Rejstřík autorů:

Adámková Ségard – 17, 23, 26, 29, 35, 36, 43, 44, 66, 80, 118
Bašný – 17, 34, 37, 43
Biddle – 65, 79
Bullinger - 67
Bunc – 74, 78
Čechovská - 78
Dalbert – 66, 78
Dobry – 78
Duncan - 46
Džuka – 66, 71, 78
Faulkner – 35, 37, 46, 65, 79
Fox – 51, 57, 65, 67, 70
Gimmler - 67
Hátlová – 7, 11, 12, 15, 16, 19, 20, 25, 28, 31, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 52, 67, 68, 71, 72, 81, 82, 85, 89, 136
Heller - 79
Hendl – 75, 79
Hölter – 28, 38, 39, 50, 67, 71, 79
Hošek – 66, 70, 71, 80
Hovland – 66, 72, 80
Chalupová – 7, 70, 83
Dlabal - 68
Dvořáková – 7, 27, 36, 49
Knapen - 38, 40, 70, 79
Kynštová – 7, 38, 45, 46
LaFontaine - 64
Libiger – 43, 46
Martinsen – 64, 79
Payne – 44, 45
Reitan – 73, 79
Roder – 44, 46
Rosenbaum – 65, 70, 71, 79
Scully – 64, 80

Schmitt – 65, 77
Simons – 65, 70, 80
Syřišťová – 44, 46
Taylor – 64, 78
Vancampfort – 38, 43, 46
Véle – 13, 16, 18, 29, 31, 32, 41, 44, 46
Wedlichová – 7, 12, 16, 42, 49, 68, 69, 78, 82
Zamani – 50, 55, 65, 70, 76, 80
Zschucke – 65, 71

