

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra etologie a zájmových chovů



**Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních zdrojů**

**Možný vliv hiporehabilitace na somatognozii u pacientů
s duševním onemocněním**

Bakalářská práce

Veronika Hanušová

Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty

Ing. Štěpán Zítek

© 2024 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Možný vliv hiporehabilitace na somatognozii u pacientů s duševním onemocněním" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 26. 4. 2024

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu Ing. Štěpánu Zítkovi za trpělivost, vstřícnost i nadšení pro psaní této práce, které ve mně navzdory mým pochybnostem dokázal probouzet. Velké poděkování patří také Mgr. Daniele Münichové za trpělivé a velkorysé zodpovídání veškerých mých dotazů. Děkuji mimo jiné za důležité připomínky, které mi pomohly téma, o němž píšu, lépe poznat a pochopit. Celému týmu hipoterapie v Psychiatrické nemocnici Bohnice vděčím – ještě stále – za cenný vhled do praxe z pozice dobrovolníka, za inspiraci, pocit sounáležitosti a přijetí. Dále bych ráda poděkovala své rodině a svým přátelům za podporu a důvěru v mé počínání. Vám všem se cítím být zavázaná.

Možný vliv hiporehabilitace na somatognozii u pacientů s duševním onemocněním

Souhrn

Cílem této kompilační práce bylo nastínit možnosti využití hiporehabilitace k ovlivnění somatognozie u pacientů s duševním onemocněním. Somatognozie představuje schopnost správně vnímat a identifikovat své tělo ve vztahu k okolnímu prostředí. Vlivem přítomnosti duševního onemocnění bývá tato funkce často narušena. Nejčastěji se lze s narušeným vnímáním vlastního těla setkat u pacientů s emočně nestabilní poruchou hraničního typu, schizofrenií, somatomorfními poruchami, poruchami autistického spektra, posttraumatickou stresovou poruchou, úzkostnými a depresivními poruchami a mentální anorexií. Přestože se s narušením somatognozie potýká mnoho pacientů s duševním onemocněním, zpravidla tomuto jevu mnoho pozornosti věnováno nebývá.

Kvalitu somatognozie lze posuzovat mnoha způsoby. V klinické praxi dominují funkční zobrazovací metody mozku, standardizované dotazníky či specifické klinické testy. Je známa řada terapeutických postupů, kterými lze somatognozii pozitivně ovlivnit. Využívány bývají některé psychoterapeutické a fyzioterapeutické přístupy, jako je například Feldenkraisova metoda, psychoterapie orientovaná na tělo, progresivní svalová relaxace nebo kognitivně-behaviorální terapie. Za vhodný podpůrný postup s pozitivními účinky na somatognozii lze považovat také hiporehabilitaci.

Tato práce představila možné účinky jednotlivých oborů hiporehabilitace na vnímání vlastního těla. Ukazuje se, že hiporehabilitace podporuje schopnost vědomého pohybu a relaxace, vede k větší vnímavosti vůči vlastním tělesným signálům, rovněž dochází k podpoře nonverbální komunikace, emocionální regulace a kognitivních funkcí. Díky tomu dochází ke komplexnímu ovlivnění vnímání vlastního těla na kognitivní, emocionální i fyziologické úrovni. Vzhledem k cílové skupině pacientů s duševním onemocněním byla pozornost věnována zejména Hipoterapii v psychiatrii a psychologii. Specifický přístup s pozitivními účinky na vnímání vlastního těla, s nímž se lze setkat v České republice, představuje Psychomotorická terapie za pomoci koní. Tato metoda je využívána u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

Závěr práce se zabýval možnostmi integrace základních principů reformy psychiatrické péče, kterými jsou dostupnost a individuální přístup, do Hipoterapie v psychiatrii a psychologii ve zdravotnických institucích. Tento proces si nepochybně žádá, aby byla hipoterapie vnímána jako právoplatná součást multidisciplinárního léčebného přístupu. K tomu by kromě odborného zkoumání mohlo dopomoci také šíření relevantních informací mezi veřejnost. V České republice prozatím není kvalitativní výzkum hipoterapie příliš rozšířený. Větší pozornost věnovaná kvalitativnímu výzkumu hipoterapie by mohla poskytnout cenné poznatky pro uplatnění individuálního přístupu při terapeutickém ovlivnění somatognozie.

Klíčová slova: Hipoterapie v psychiatrii a psychologii, somatognozie, tělesné schéma, body image, propriocepce

A possible effect of Equine Facilitated Therapy on somatognosia in patients with mental illness

Summary

The literature review aimed to demonstrate how Equine Facilitated therapy may impact somatognosia in individuals with mental illness. Somatognosia refers to one's ability to recognize and differentiate their own body from their surroundings. Mental illness can disrupt somatognosia, with some of the most commonly affected patients including those with borderline personality disorder, schizophrenia, somatoform disorders, autism spectrum disorder, post-traumatic stress disorder, anxiety disorders, and anorexia nervosa. Despite the prevalence of somatognosia disturbances among individuals with mental illness, it often goes undetected.

There are various methods for assessing somatognosia, including functional imaging techniques, standardized questionnaires, and specific clinical tests utilized in clinical settings. Moreover, several therapeutic approaches have been found to positively impact somatognosia. These include psychotherapeutic and physiotherapeutic techniques such as the Feldenkrais method, body-oriented psychotherapy, progressive muscle relaxation, and cognitive-behavioral therapy. Additionally, Equine Facilitated Therapy have been identified as a potentially effective supportive method for influencing somatognosia.

This thesis explores the benefits of somatognosia in the field of Equine Facilitated Therapy. It highlights how this approach promotes conscious movement and relaxation, enhances bodily awareness, and supports nonverbal communication, emotional regulation, and cognitive functions. These advantages enable individuals to develop a body perception at cognitive, emotional, and physiological levels. Within the population of patients with mental illnesses, Equine Facilitated Psychiatry and Psychology receive particular attention. In the Czech Republic, the Equine Facilitated Psychomotor Therapy method has proven effective in somatognosia and is used in patients hospitalized at the Psychiatric Hospital Bohnice.

The thesis concludes by examining the potential of integrating key principles of psychiatric care reform, such as accessibility and personalized approaches, into Equine Facilitated Psychiatry and Psychology within healthcare institutions. Equine Facilitated Therapy must be recognized as a legitimate part of a comprehensive treatment plan. To achieve this, it is critical to disseminate relevant information to the public in addition to conducting professional research. Currently, there is limited qualitative research on Equine Facilitated Therapy in the Czech Republic. By devoting more attention to this area, valuable insights could be gained on the application of an individualized approach to the therapeutic impact of somatognosia.

Keywords: Equine Facilitated Psychiatry and Psychology, somatognosia, body schema, body image, proprioception

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Cíl práce.....	8
3	Literární rešerše.....	9
3.1	Somatognozie.....	9
3.1.1	Neuropsychologický základ somatognozie.....	10
3.1.2	Vyšetření somatognozie.....	12
3.2	Narušení vnímání vlastního těla.....	15
3.2.1	Asomatognozie.....	16
3.3	Duševní onemocnění.....	17
3.3.1	Historie duševních onemocnění.....	17
3.3.2	Moderní pojetí duševních onemocnění.....	18
3.3.3	Příčiny duševních onemocnění.....	19
3.3.4	Léčba duševních onemocnění.....	20
3.4	Somatognozie u pacientů s duševním onemocněním.....	22
3.4.1	Mechanismy narušení vnímání vlastního těla u pacientů s duševním onemocněním.....	22
3.4.2	Diagnózy s častým výskytem narušeného vnímání vlastního těla.....	22
3.5	Terapeutické ovlivnění somatognozie.....	30
3.6	Somatognozie v hiporehabilitaci.....	32
3.6.1	Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE).....	32
3.6.2	Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP).....	33
3.6.3	Parajezdectví.....	34
3.6.4	Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP).....	35
3.6.4.1	Vliv Hipoterapie v psychiatrii a psychologii na vnímání vlastního těla.....	36
3.6.4.2	Hipoterapie v Psychiatrické nemocnici Bohnice.....	37
4	Závěr.....	40
5	Literatura.....	41
6	Seznam použitých zkratk a symbolů.....	57
7	Seznam použitých obrázků a tabulek.....	58
8	Samostatné přílohy.....	I
8.1	Příloha I.....	I
8.2	Příloha II.....	VII

1 Úvod

Somatognozie představuje schopnost správné identifikace vlastního těla (Kolář 2020), která bývá narušena u řady poruch a zdravotních potíží (Stackeová 2007; Dieguez & Annoni 2013; Saetta et al. 2020), mezi něž spadá i mnoho duševních onemocnění (Mehling et al. 2011). Lidé s narušenou somatognozií nedokáží své tělo správně vnímat (Elgelid 2005; Dieguez & Annoni 2013) a často k němu zaujímají negativní postoj (Tiggemann & Hage 2019).

Somatognozii lze ovlivnit mnoha způsoby (Lepšíková & Kolář 2013). Při léčbě duševních onemocnění však zpravidla bývá vnímání vlastního těla spíše marginální oblastí zájmu (Mehling et al. 2009). Principy, které vedou k pozitivnímu ovlivnění somatognozie, bývají obvykle využívány v kombinaci s dalšími terapeutickými postupy s ohledem na individuální potřeby konkrétního pacienta (Zeller et al. 2011; Lepšíková & Kolář 2013).

Hiporehabilitace se jeví jako vhodný podpůrný postup, který svým působením ovlivňuje nejen celkový zdravotní stav pacienta či klienta, ale i jednotlivé složky somatognozie (Stern & Chur-hansen 2019). Oborem hiporehabilitace, který se zaměřuje na osoby s duševním onemocněním, je především Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP) (Ward et al. 2022).

Tento podpůrný terapeutický postup bývá součástí interdisciplinárního léčebného plánu pacientů hospitalizovaných v lůžkových zařízeních (Nurenberg et al. 2015). Psychiatrická nemocnice Bohnice nabízí svým pacientům Psychomotorickou terapii za pomoci koní (Hermannová et al. 2014). Tento soubor metod vykazuje potenciál pozitivně ovlivnit emoční prožívání pacientů, kognitivní funkce, komunikační dovednosti i vnímání vlastního těla (Hermannová et al. 2014; Stolz et al. 2022).

V České republice se lze s HTP setkat v některých psychiatrických nemocnicích (Seredova et al. 2016). Psychiatrické nemocnice se mnohdy potýkají s nedostatkem personálu, který čelí neustálému časovému tlaku. Vzhledem k personálnímu vyčerpání těchto institucí není vždy zcela možné provádět terapeutické metody s ohledem na individuální potřeby konkrétního pacienta (Farkas & Rudnick 2023). Možné východisko pro realizaci individuálního přístupu nabízí reforma psychiatrické péče, která usiluje o deinstitucionalizaci (Andrade et al. 2013).

Právě individuální přístup se zdá být pro pozitivní ovlivnění somatognozie klíčový. Větší orientace na kvalitativní výzkum po vzoru zahraničních studií by mohla pomoci lépe pochopit nejen valenci efektu hiporehabilitace, ale také konkrétní principy ovlivnění somatognozie (Ward et al. 2022). Hlubší porozumění této problematice může být předpokladem pro větší využití hipoterapie jako podpůrné léčebné metody v České republice.

2 Cíl práce

V rámci zpracování této práce byly stanoveny následující cíle:

Vypracovat literární rešerši zabývající se vnímáním vlastního těla u pacientů s duševním onemocněním, shrnout dosavadní poznatky týkající se narušení vnímání vlastního těla a způsobů, kterými lze vnímání vlastního těla ovlivnit. V druhé části literární rešerše bylo cílem na základě principů metody hipoterapie v psychiatrii a psychologii poukázat na možné benefity v oblasti vnímání a uvědomování si vlastního těla pro pacienty s duševním onemocněním.

Na základě získaných poznatků zhodnotit vliv hiporehabilitace na vnímání vlastního těla u pacientů s duševním onemocněním a nastínit možnou koncepci směřování problematiky vnímání vlastního těla v kontextu psychoterapie za pomoci koní.

Literární rešerši doplnit kazuistikami umístěnými v přílohách práce jako možnou ukázkou zapojení psychoterapie za pomoci koní v léčbě pacientů s duševním onemocněním, kteří se zároveň potýkají s narušeným vnímáním vlastního těla.

3 Literární rešerše

3.1 Somatognozie

Funkce zajišťující proprioreceptivní a taktilní zpracování vjemů za účelem vnímání vlastního těla a okolí označujeme jako stereognozie a somatognozie. Stereognozii lze charakterizovat jako schopnost prostorového vnímání hmatem bez použití zraku. Somatognozie je pojem, který vyjadřuje schopnost správné identifikace vlastního těla. Jedná se tedy o vědomí vlastního těla, které určuje vztahy mezi vlastním tělem a prostředím. Somatognozie i stereognozie úzce souvisí s představou o vlastním těle (Kolář 2020).

Tichý (2003) definuje somatognozii jako schopnost identifikace tělesného schématu. Tělesné schéma představuje abstraktní obraz zahrnující podvědomou i vědomou představu o vlastním těle, jeho částech, pozici tvaru a pohybech. Obraz, který o našem těle získáváme, nemá konstantní podobu, nýbrž se dynamicky mění v závislosti na okolních vjemech.

Při zpracování vjemů, které zprostředkovávají vnímání vlastního těla (Kolář 2020), hrají důležitou roli i znalosti a objektivní fakta, která získáváme od svého okolí. Náš obraz o vlastním těle mohou významně ovlivnit například informace ze strany lékaře, které interpretujeme z pozice pacienta (Evans 2001).

Povědomí o vlastním těle lze popsat pomocí různých pojmů (viz Tabulka 1). De Vignemont (2009) poukazuje na nutnost od sebe významově odlišit pojmy tělesné schéma a body image, přestože je toto vymezení značně problematické a oba pojmy bývají vzájemně zaměňovány.

Tělesné schéma lze charakterizovat jako dynamický obraz o našem těle, jehož východiskem je určitá akce. Oproti tomu termín body image označuje skupinu představ o našem těle, které nesměřují k žádné akci či dění. Tyto představy se utváří na základě našeho smyslového vnímání a emocionálního i kognitivního postoje vůči našemu tělu (de Vignemont 2009). Jedná se o termín, který v českém jazyce nemá přesný ekvivalent a zpravidla bývá ve své podobě převzatý z anglického jazyka. Proto se s termínem „body image“, který je stále více diskutovaný, můžeme setkat i v české společnosti (Stackeová 2007).

Damasio (1999) uvádí rozdíl mezi body image a tělesným schématem následovně: tělesné schéma zprostředkovává prostorové aspekty, tvar a pozici našeho těla. Body image zahrnuje určitý emoční a kognitivní postoj k našemu tělu. Současně jsou tělesné schéma i body image závislé na sensorických vjemech, zahrnujících propriocepci, vizuální a hmatové pocity.

Cash (2003) poukazuje na změnu termínu body image oproti původnímu významu. Koncept body image byl poprvé formulován německým spisovatelem Schilderem v jeho monografii *The image and appearance of the human body*, publikované v roce 1935. Schilder (1935) popisuje body image jako obraz o našem těle vznikající v mysli, přičemž tento obraz pojednává o tom, jak se nám naše tělo zjevuje. V současné době se chápání pojmu body image rozšířilo na obraz o našem těle, který vypovídá o jeho velikosti, tvaru, formě a našich pocitech, prostřednictvím nichž se k tělu nebo jeho částem vztahujeme (Cash 2003).

S body image se pojí i specifické adaptivní a maladaptivní procesy, které významně ovlivňují psychosociální fungování a kvalitu života (Cash 2003).

Body image však zároveň není ničím, co bychom byli sami schopni předurčit či ovlivnit. Na jeho vzniku se podílí řada faktorů, jako je společenský status, okolní prostředí či

sociokulturní tlak, na jehož základě internalizujeme svou sebehodnotu (Cafri et al. 2005). Body image lze chápat jako multidimenzionální konstrukt, který není konzistentní v čase, nýbrž je ovlivňován sociokulturními faktory. Vůči našemu body image lze zaujímat binární postoj, ať už negativní, nebo pozitivní (Tiggemann & Hage 2019).

Tabulka 1 – Vymezení klíčových termínů spojených s vnímáním vlastního těla

Termín v češtině	Termín v angličtině	Definice	Citace definice
somatognozie	somatognosia/ somatognosis	schopnost správné identifikace vlastního těla	Kolář 2020
stereognozie	stereognosia/ stereognosis	schopnost identifikovat předměty hmatem bez zrakového či sluchové kontroly	Fujii et al. 2011
body image	body image	emoční a kognitivní postoje k vlastnímu tělu	Papežová 2012
tělesné schéma	body schema	dynamický obraz vlastního těla směřující k určité akci	Pitron & Vignemont 2017

Ztvárnění tělesnosti a problematiku tělesného pojetí lze najít i v náboženství. Miller-McLemore (2013) poukazuje na ovlivnění křesťanské teologie západní společnosti. Zkoumání tělesnosti tak nutně vytváří přesah do mnoha různých disciplín, jako je teologie, evoluční biologie, antropologie a přírodní vědy. Zároveň zůstává tělesné pojetí předmětem bádání filozofických disciplín, například epistemologie, už jen kvůli obtížné definici tohoto pojmu.

3.1.1 Neuropsychologický základ somatognozie

Otázka, jak vzniká pocit vědomí vlastního těla a schopnost je odlišit od okolního prostředí, si získává pozornost neurobiologického zkoumání. Výzkumy týkající se somatognozie usilují o vysvětlení její neuropsychologické podstaty (Zeller et al. 2011).

Tělo můžeme vnímat jako celek, anebo se zaměřit na vnímání jeho částí. Blanke (2003) přichází se zjištěním, že dochází k zapojení stejných oblastí v mozku bez ohledu na to, jestli směřujeme pozornost určité části našeho těla, nebo na tělo jako celek.

Berlucchi & Aglioti (2011) poukazují na to, že schopnost somatognozie pravděpodobně zastává spíše více různě lokalizovaných oblastí uložených v mozku než jedna konkrétní oblast se specifickou funkcí (Zeller et al. 2011) (viz Obrázek 1).

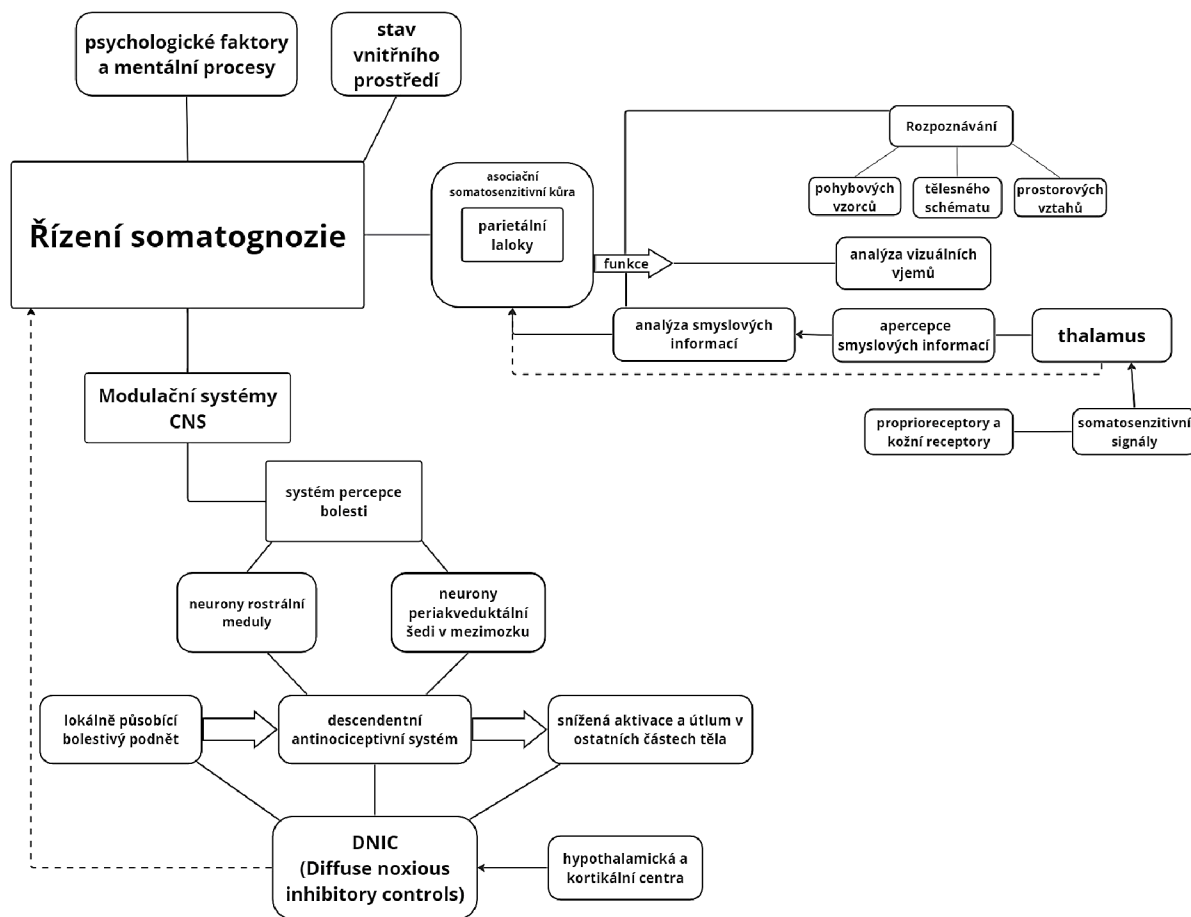
Jako zásadní se jeví oblast parietálních laloků (Dieguez & Annoni 2011; Lepšíková & Kolář 2013). Díky ní jsme schopni identifikovat tělesné schéma (Lepšíková & Kolář 2013) a správně rozpoznat pohybové vzorce. Pohybový vzorec je utvářen mentální reprezentací cíleného pohybu (Goldenberg 2009).

V parietálním laloku je uložena asociační somatosenzitivní kůra, která je zodpovědná za rozpoznávání tělesného schématu, pohybových vzorců a prostorových vztahů. Zastává velmi podstatnou roli také při analýze vizuálních vjemů a zpracování smyslových informací. (Fogassi & Luppino 2005). Analýza smyslových informací je umožněna díky spojení s thalamem. Thalamus somatosenzitivní kůru zásobuje somatosenzitivními signály z proprioreceptorů

a kožních receptorů (Dieguez & Annoni 2011; Kolář 2020). Dále se podílí také na apercpci těchto signálů, které předává v podpobě předzpracovaných informací do vyšších korových center, kde dochází k jejich analýze. Thalamus pravděpodobně zastává při procesu zpracování informací o vnímání vlastního těla velmi významnou roli, nicméně mechanismy, díky nimž k zpracování somatosenzitivních signálů dochází, nejsou doposud zcela známy. Funkce thalamu v řízení somatognozie je tak předmětem budoucích výzkumů (Bezudnaya & Keller 2008).

Somatognozii pravděpodobně ovlivňují rozsáhlé modulační systémy centrální nervové soustavy, které působí také na systém percepce bolesti. Podstatnou roli zde zastávají neurony rostrální meduly a periakveduktální šedi mezimozku, jejichž spolupůsobení je označováno jako descendentní antinociceptivní systém. V případě přítomnosti bolestivého podnětu, který působí lokálně v určité části těla, vyvolá tento modulační systém rozsáhlý útlum a sníženou schopnost vnímání bolesti ve všech ostatních částech těla. Jedná se o jev, který je známý pod pojmem diffuse noxious inhibitory control (DNIC) (Lepšíková & Kolář 2013). Míra aktivace DNIC pravděpodobně ovlivňuje přesnost, s jakou je pacient schopen své tělo vnímat (Campbell et al. 2008).

Přítomnost periferního bolestivého podnětu však není jediný stimul, který by aktivoval neurony zodpovědné za DNIC, zapotřebí je také spolupůsobení hypothalamických a kortikálních center. Z toho důvodu je percepce bolesti a kvalita somatognozie ovlivňována také psychologickými faktory a stavem vnitřního prostředí (Lepšíková & Kolář 2013; Perrotta et al. 2013). Kromě toho je somatognozie ovlivňována také mentálními procesy, které zahrnují například kognitivní zpracování emocí, naše postoje a z nich vyplývající způsob jednání (Pitron & Vignemont 2017).



Obrázek 1 - Řízení somatognozie – upraveno dle Fogassi & Luppino (2005), Campbell et al. (2008), Dieguez & Annoni (2011), Lepšíková & Kolář (2013), Kolář (2020)

3.1.2 Vyšetření somatognozie

Problematika somatognozie se jeví být velmi rozsáhlá, a je tak předmětem zájmu psychologie, sociologie, psychosomatiky i neurologie (Stackeová 2007).

V současné době neexistuje standardizované klinické vyšetření, které by odhalilo celkový stav somatognozie u vyšetřované osoby. Existuje však značné množství jednotlivých vyšetřovacích metod, které mohou být součástí komplexního vyšetření u konkrétního pacienta (Dieguez & Annoni 2013). Lepšíková & Kolář (2013) upozorňují na to, že identifikace somatognoztických poruch v rámci komplexního vyšetření má klíčový diagnostický a terapeutický význam.

Rovněž je třeba poukázat na skutečnost, že stavu somatognozie není při zkoumání klinického stavu obvykle věnována příliš velká pozornost, a její narušení tak mnohdy zůstává bez povšimnutí. Vzhledem k tomu, že se jedná o komplexní funkci, bývá obtížné vyšetřením postihnout celý její rámeček, a tak by mělo být zjišťování stavu somatognozie individuálně zacíleno ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi (Dieguez & Annoni 2013).

Vyšetření somatognozie bývá nejčastěji prováděno u specifických cílových skupin, které jsou vzhledem k jejímu narušení rizikové. Jedná se o somatické poruchy, jako jsou například traumata spojená s dlouhodobou imobilizací, diabetes mellitus nebo různá onemocnění pohybového aparátu. Vyšetření somatognozie je dále vhodné provádět

u organických poškození mozku, jako je například cévní mozková příhoda nebo úrazové poškození parietální oblasti. K narušení somatognozie dochází také u řady duševních onemocnění a často doprovází i specifická životní období jako je těhotenství, klimakterium nebo stáří (Blanke et al. 2003; Stackeová 2007; Zeller et al. 2011).

Během vyšetření by měl být dostatečný čas věnovaný rozhovoru lékaře s pacientem. Vzhledem k tomu, že se jedná o problematiku, která je pro pacienta často obtížně uchopitelná slovy, je dobré, aby byl lékař trpělivý a uměl se pacienta citlivě a cíleně ptát na jeho obtíže (Elgelid 2005; Dieguez & Annoni 2013).

Kvalitu somatognozie lze dále posoudit například neuropsychologickým a neurologickým vyšetřením za využití zobrazovacích metod. Díky traktografii a funkční magnetické rezonanci lze u pacientů zhodnotit aktivitu specifických oblastí mozku zodpovědných za somatognozii a její případné narušení (Zeller et al. 2011).

Další vhodnou zobrazovací metodou, která dokáže odhalit patologii v parietální a temporální oblasti, představuje EEG. Tohoto vyšetření se využívá u pacientů s epilepsií, u nichž bývá kvalita somatognozie často narušena (Blanke et al. 2003).

Díky těmto zobrazovacím metodám lze u pacientů sledovat akutní symptomatiku v horizontu několika let (Blanke et al. 2003).

Některé složky somatognozie je značně obtížné posuzovat zejména kvůli působení mnoha dynamických faktorů. Stackeová (2007) poukazuje na sociální a kulturní vlivy, které se ve velké míře podílí na vzniku body image. Vnímání těla dále nepochybně ovlivňují specifické životní etapy či přítomnost určitých onemocnění. Z toho důvodu je velmi obtížné najít pro posuzování body image přesné a vypovídající měřicí techniky. Odstranění subjektivní komponenty se zdá být nemožné a napříč obory existují různé názory na to, které aspekty body image se při hodnocení jeví být podstatné (Elgelid 2005).

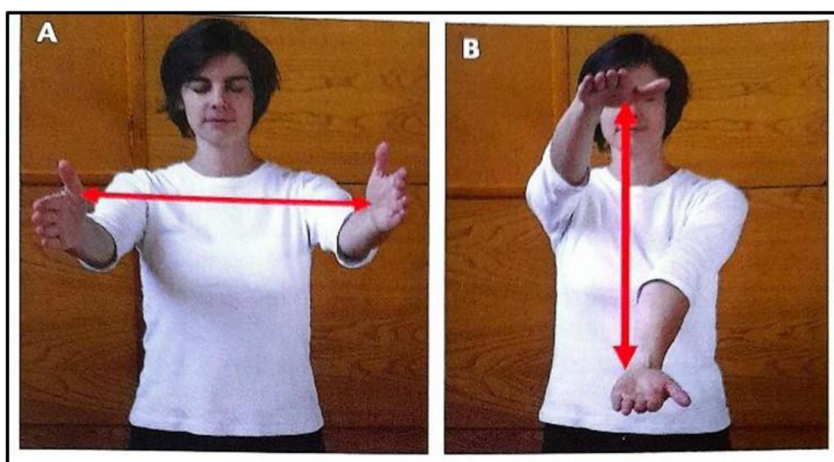
Stackeová (2007) uvádí, že pro diagnostiku tělesného schématu či sebepojetí lze použít standardizované testy (např. Physical self Perception profile, autoři Corbin a Fox, 1989), nicméně jejich výsledky nemusí být údajně příliš vypovídající. Autorka pro klinickou praxi považuje jako hodnotnější test kresby obrysu vlastního těla. Interpretaci tohoto testu provádí zkušená osoba na základě rozhovoru s pacientem. Taktéž Elgelid (2005) zdůrazňuje důležitost rozhovoru s pacientem při posuzování tělesného schématu a body image u pacienta.

Využívány bývají také různé dotazníkové metody. Mezi dotazníky s vysokou diagnostickou citlivostí patří test somatomorfni disociace (SDQ-20), který dokáže rozlišit, zdali je narušené vnímání vlastního těla důsledkem disociativní poruchy, nebo jiné psychiatrické diagnózy (Papežová et al. 2005). Dalším využívaným dotazníkem je například Body Attitude Test (BAT), který testuje obecnou nespokojenost se svým tělem. SDQ-20 i BAT se často využívají při klinické diagnostice u pacientů s poruchou příjmu potravy (Papežová 2010).

Pacienty, kteří zažívají pocit odpojení od vlastního těla, lze podrobit iluzi gumové ruky (rubber hand illusion). Princip iluze spočívá v zakrytí jedné paže pacienta, přičemž tato zakrytá paže je nahrazena gumovou paží. Examinátor hladí štětcem jak skrytou dlaň, tak gumovou ruku. Na schopnost identifikovat správně vlastní tělo v tomto případě odkazuje míra, s jakou je proband schopen rozlišit gumovou paži od své vlastní. Tento experiment se ukazuje jako vhodný diagnostickým nástroj například u pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu (Neustadter et al. 2019).

Kolář et al. (2020) přichází s klinickými testy specificky zaměřenými na zhodnocení somatognozie. Tyto testy zahrnují odhadování rozměrů vlastního těla bez zrakové kontroly, kdy pacient pažemi vymezuje odhadovaný rozměr určité tělesné části, například hloubku hrudníku, či šířku pánve (viz Obrázek 2). Dále se jedná o vyšetření polohocitu horních a dolních končetin. Testuje se také schopnost pacienta provádět izolované pohyby v kloubech a schopnost relaxace (viz Obrázek 3). Kvůli neustálému svalovému napětí bývá schopnost relaxovat často narušena u pacientů s duševním onemocněním (Blanaru et al. 2012).

Podle Miller-McLemore (2013) se vnímání vlastního těla nejeví vždy jako diskurzivní, a tak je obtížné podrobit je objektivnímu zkoumání. Také Kolář (2020) poukazuje na to, že vnímání vlastního těla je subjektivní záležitost, a proto je velmi problematické tento fenomén objektivizovat.



Obrázek 2 - Vyšetření somatognozie – bez zrakové kontroly rozpětím svých paží pacient udává bitrochanterickou šířku své pánve v horizontální (A) a vertikální (B) rovině (Kolář 2020)



Obrázek 3 - Vyšetření schopnosti relaxace – v posturálně náročnější poloze hodnotíme, zdali je pacient schopen uvolnit požadovanou část těla, v tomto případě horní končetinu, a izolovat tak tento pohybový segment od segmentů, které jsou v napětí. Posturálně náročnější lze u pacienta docílit například podřepem na jedné noze (A) nebo předklonem s oporou tří končetin (B). (Kolář 2020)

3.2 Narušení vnímání vlastního těla

Pozměněný stav vnímání vlastního těla byl již od nepaměti předmětem filozofické polemiky, a daleko dříve tak bylo chybné zakoušení vlastního těla vnímáno spíše než jako klinický problém problém filozofický. Zájem exaktních věd o patologii v oblasti vnímání vlastního těla z pohledu neurologie a neuropsychologie se objevuje počátkem 19. století, s dalším rozmachem ve 20. století. V této době zůstává tělesná zkušenost zájmem filozofických úvah. Téma vnímání vlastního těla proniká do fenomenologie a zabývá se jím mimo jiné i její čelní představitel Edmund Husserl (Dahlberg 2018).

V počátcích zkoumání vnímání vlastního těla z pohledu neurologie a neuropsychologie se velmi různí metodické postupy, stejně tak jako vymezení patologie. Narušení schopnosti identifikace vlastního těla bylo původně zkoumáno u pacientů, kteří popisovali pocity prázdnoty a ztráty vlastnictví svého těla. Následně byl u těchto pacientů zjištěn vztah s poškozením specifických oblastí mozku, zejména parietálních oblastí. Později se však v klinické praxi ukázalo, že symptomy, které odpovídají narušení somatognozie, jsou velmi různorodé a lze je najít u řady pacientů s různým klinickým obrazem (Dahlberg 2018; Saetta 2020).

Poruchy somatognozie je velmi obtížné zařadit a definovat (Dieguez & Annoni 2013). Narušené vnímání vlastního těla lze popsat jako stav, kdy na základě vnitřních i vnějších faktorů dochází k chybné či nedokonalé percepci a následně interpretaci obrazu o vlastním těle (Elgelid 2005).

Pokud u pacientů dojde k narušení v oblasti zadní části parietálního a temporálního laloku, obvykle dochází v těchto oblastech k dysfunkci, která se projeví jako iluze, kdy je pacient přesvědčen o ztrátě určité části těla, změně těla nebo jeho částí, dále neschopností jednotlivé části svého těla správně lokalizovat a pocitem odpojení od svého těla (Blanke et al. 2003).

Poruchy somatognozie lze obtížně vymežit a sledovat i z toho důvodu, že se u pacientů často objevují druhotně v kombinaci s jinými zdravotními obtížemi (Blanke et al. 2003).

Narušení somatognozie může doprovázet cévní mozkovou příhodu, (Zeller et al. 2011) epilepsii (Blanke et al. 2003), stavy migrény (Caprara et al. 2023), neurologické či motorické dysfunkce (Boissonnault & Ross 2012) a v neposlední řadě také celé spektrum duševních onemocnění (Fuchs & Sabine 2014).

Narušené vnímání vlastního těla může mít mnoho podob. V praxi se lze často setkat například s chybným odhadováním rozměrů vlastního těla. Pokud pacient nadhodnocuje, nebo naopak podhodnocuje rozměry svého těla, hovoříme o hyperschématii a hyposchématii. V případě aschématie pacient zcela ztrácí schopnost vymežit své tělo vůči okolnímu prostoru, u paraschématie dochází k domnělé představě o změně lokalizace určitých částí těla. Případ, kdy pacient určitou část svého těla nevnímá jako vlastní, označujeme jako somatoparafrenii. Mezi poruchy tělesného schématu lze zařadit také syndrom fantomovy končetiny, při němž pacient kvůli kinestetické halucinaci vnímá neexistující končetinu. Tento syndrom se často vyskytuje u pacientů po amputaci (Dieguez & Annoni 2013).

Všechny výše zmíněné projevy narušení vnímání vlastního těla lze souhrnně označit pojmem asomatognozie (Dieguez & Annoni 2013).

3.2.1 Asomatognozie

Asomatognozii lze definovat jako ztrátu povědomí o vlastním těle, přičemž tento pojem zahrnuje rozsáhlou škálu změn ve vnímání vlastního těla (Dieguez & Annoni 2013). Tyto změny se nemusí týkat celého těla, ale pouze jeho částí (Zeller et al. 2011). Může také docházet k tomu, že je narušeno vnímání pouze jedné poloviny těla, takový stav označujeme jako hemiasomatognozie (Saetta et al. 2020).

Narušené vnímání vlastního těla u pacientů, kteří se potýkají s asomatognozií, vede k tomu, že je narušena schopnost integrovat obraz o vlastním těle do svého celkového sebeobrazu (Jenkinson et al. 2018). To je pravděpodobně způsobeno tím, že u většiny pacientů bývá zasaženo vizuální zpracování informací, a tak obraz pacienta o vlastním těle mnohdy nekoresponduje s realitou (Saetta et al. 2020). Tato diskrepance mezi domnělou představou o vlastním těle a skutečností vede k velkému pocitu odcizení od vlastního těla. Pacienti, kteří zažívají pocit odcizení od vlastního těla, mají zároveň narušenou schopnost své tělo správně vnímat (Jenkinson et al. 2018). V důsledku toho dochází k narušené schopnosti vykonávat cílený pohyb a relaxovat (Kolář 2020).

K asomatognozii pravděpodobně dochází vlivem poškození asociační somatosenzorické kůry v pravé oblasti parietálních laloků. Toto poškození je kromě asomatognozie typické také pro anozognozii (Saetta et al. 2020). Z toho důvodu mnoho pacientů trpí současně oběma poruchami (Heilman 2014).

Termín anozognozie byl původně užíván pouze u pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, nicméně později se význam anozognozie rozšířil a zahrnuje veškeré případy, kdy pacient ztrácí schopnost uvědomovat si svůj zdravotní stav (Ries et al. 2007). Anozognozie se typicky vyskytuje u řady neurologických poškození, často je spojena s poruchou nebo změnami osobnosti (Papežová 2010).

Na změně vnímání vlastního těla se kromě organického narušení mozkových struktur podílí také kognitivní mechanismy. Příkladem může být disociace, která vede k nedostatečné integraci vjemů tělesného schématu a jejich neúplnému či chybnému zpracování (Papežová 2010). Podle Mehlinga et al. (2009) je disociace důsledkem senzorického zpracování informací o vlastním těle, ale i kognitivního postoje k vlastnímu tělu.

Negativní postoj k vlastnímu tělu či negativní somatosenzorickou zkušenost často popisují pacienti, kteří se potýkají s chronickou bolestí nebo duševním onemocněním (Mehling et al. 2009).

3.3 Duševní onemocnění

3.3.1 Historie duševních onemocnění

Historie zájmu společnosti o zkoumání duševních patologií sahá až do dob antického Řecka. Z této doby pochází dodnes velmi proslulá Hippokratova teorie temperamentu, která vychází z převládajícího podílu tělesných šťáv. Podle Hippokrata je duševní zdraví odrazem vzájemné rovnováhy tělních tekutin. Dnes je zkoumání podstaty temperamentu podle obsahu tělních tekutin již dávno překonané, nicméně nabízí přínos pro moderní pojetí typologie lidí na základě individuálních rozdílů. Hippokratovu teorii dále rozpracoval Galénos (Iavazzo 2009) a později na ni navázali mnozí myslitelé, z nichž nejznámější je zřejmě Eysenck a jeho pojetí temperamentu. Eysenck ve své teorii vychází ze vztahů mezi osobnostními rysy extraverze a neuroticismu a individuálními rozdíly v nervovém systému (Revelle 2016).

V období Římské říše bylo duševní onemocnění chápáno jako šílenství, které je způsobeno nesouladem mezi fyziologickými procesy. Bylo rozlišováno akutní a chronické šílenství, přičemž za hlavní dva typy chronického šílenství byly považovány melancholie a mánie. Jistá forma duševního šílenství byla ve Starověkém Římě nejspíš běžná a společnost byla obeznámena s pravidly, jak k takovým jedincům přistupovat (Gazmuri 2006).

Ve středověku po pádu Římské říše (Börm 2022) nastal odklon od vnímání souvislosti mezi duševním onemocněním a fyziologickými procesy (Brewer 2019). převládala tendence vnímat souvislost mezi náboženským proviněním a duševním onemocněním, které bylo tehdy vnímáno jako trest v podobě posedlosti duše (Craig 2014). Lidé, kteří vykazovali projevy duševních potíží, byli perzekuováni za čarodějnictví (Brewer 2019).

Postoj k duševně nemocným se začal měnit v 16. století, kdy vznikaly nemocnice pro duševně choré. Nemocnice však naplňovaly spíše ochrannou než léčebnou úlohu. Důležitým cílem totiž bylo uchránit od duševně chorých zbytek společnosti (Brewer 2019).

V 17. a 18. století zájem o zkoumání duševních onemocnění roste, přestože skutečné porozumění etiologii duševních patologií toho času zatím chybí. Pacientům se však již dostávalo důstojnějšího zacházení a přestávalo se jimi zcela opovrhovat (Brewer 2019).

Teprve počátkem 19. století se daří lépe porozumět příčinám stavů, které bývaly označovány jako melancholie a šílenství. Objevuje se koncept duševních poruch jako onemocnění duše. Koncem 19. století dochází k rozvoji zájmu o psychiatrii a metody psychoterapie (Kendell 2002). Nauka o duševních poruchách však neměla v té době jednotnou strukturu, a tak si většina psychiatrů sestavovala svůj vlastní diagnostický systém (Widiger 2012).

Koncem 19. a počátkem 20. století přišel se svou psychoanalýzou S. Freud, průkopník v léčbě duševních poruch a především psychoterapie (Kenny 2016). K rozvoji psychiatrie dále přispěl například I. P. Pavlov (Ruiz & Sánchez 2020) nebo dva francouzští psychiatři J. P. Delay a P. G. Deniker, kteří v roce 1952 přivedli do praxe první psychofarmakum – chlorpromazin (Zanello et al. 2017). Tím dochází k rozvoji trendu psychofarmakoterapie a následně i psychiatrie jako právoplatné součásti medicíny (Kumbier 2021).

V současné době převládá snaha o co největší dostupnost odborné péče pro pacienty s duševním onemocněním (Kalb et al. 2019). Současně je patrná tendence šířit relevantní informace o duševním zdraví a duševních onemocnění mezi veřejnost (Mohr 2017).

Novodobým trendům psychiatrie podléhá také klasifikační systém. V 2022 vešla v platnost Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11, již analogicky odpovídá 5. vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (Matone et al. 2022). Oproti předchozím verzím zde nalezneme v systému klasifikace určité změny. Mohr (2017) však dodává, že daleko podstatnější nežli chápat zařazení onemocnění do příslušné klasifikační skupiny, je porozumět etiologii a patofyziologii duševních onemocnění (Mohr 2017).

3.3.2 Moderní pojetí duševních onemocnění

Duševní zdraví bylo dlouhou dobu definováno jako absence duševního onemocnění, nicméně se ukázalo, že tato definice je příliš jednostranná pro to, aby vystihla pojem duševní zdraví v celé šíři (Westerhof & Keyes 2010). Vaillant (2003) poukazuje na problematiku pojetí duševního zdraví při realizaci výzkumů. Mnohdy dochází k příliš jednostrannému chápání tohoto pojmu bez přihlídnutí k sociokulturním normám.

Westerhof & Keyes (2010) se zabývají otázkou vztahu duševního zdraví k duševní nemoci, přičemž nutně poukazují na to, že odlišení pojmů duševní zdraví a duševní nemoc nelze chápat jako prostou negativitu. Stav, kdy jedinec prožívá vysokou míru duševní pohody a zároveň optimální míru fungování na sociální úrovni lze označit jako „flourishing – optimální prospívání“. Na druhé straně škály duševního zdraví se nachází pojem „languishing – chřadnutí“, který označuje stav nízké duševní pohody i narušení sociálního fungování. Mezi těmito dvěma pojmy se dle autorů nachází pomyslná škála, na základě níž lze vyjádřit míru duševního zdraví, což dokládá odklon od dichotomického chápání duševního zdraví a duševního onemocnění.

Tvrzení, že duševní zdraví a duševní onemocnění nejsou prosté opaky, nasvědčuje i skutečnost, že neexistuje jednotný postup, kterým by bylo možné oba tyto jevy posuzovat. Při zkoumání duševního onemocnění se lze zaměřit na přítomnost určitých projevů, v případě duševního zdraví však nelze postupovat stejným způsobem kvůli obtížné identifikaci projevů, které by bylo validní sledovat (Vaillant 2003).

Podle Kendell (2002) nelze odhlédnout od chápání duševního onemocnění v celospolečenském kontextu. Přestože je duševní onemocnění především medicínským pojmem, nevyhnutelně proniká také do sociokulturní sféry společnosti a přináší s sebou hodnotící konotaci.

Fagiolini & Goracci (2009) poukazují na to, že některá duševní onemocnění jsou komorbidní k somatickým zdravotním problémům s chronickým průběhem. To pak zákonitě negativním způsobem ovlivňuje kvalitu života nemocného. Duševní onemocnění má dopad na úroveň kvality života v mnoha oblastech. Může vést k zanedbávání nejen osobního rozvoje a mezilidských vztahů, ale i hygieny, základní sebek péče a odpočinku (Ramaprasad et al. 2015).

Obecně platí, že míra narušení fungování pacienta v běžném životě závisí na závažnosti onemocnění. Duševní onemocnění můžeme označit jako závažné, pokud splňuje následující kritéria: průkazná přítomnost psychiatrické diagnózy, dlouhodobý průběh onemocnění v časovém horizontu delším než 2 roky, dále narušené zvládání sociálních vztahů a z nich vyplývajících společenských rolí (Gühne et al. 2015).

Ramaprasad et al. (2015) dále zdůrazňuje, že znevýhodnění, které s sebou duševní onemocnění přináší, je limitující mimo jiné i v tom, že není vidět, je nepředvídatelné a neprojevuje se konzistentně v čase.

V klasifikaci duševních onemocnění obecně převládá tendence rozlišovat mezi psychózami a neurózami. Jako neuróza bývá označován stav, kdy jedinec prožívá velké množství konfliktů, a to na intrapersonální nebo interpersonální úrovni, trpí emočními rozlady s typickými psychosomatickými projevy, přičemž kontakt s realitou zůstává zachován. Mezi neurózy lze zařadit například úzkostné poruchy a fobie. Oproti tomu psychóza představuje obecně závažnější psychopatologii, kdy dochází k narušení kontaktu s realitou a pozměnění jejího vnímání. Mezi psychotické stavy řadíme například schizofrenii nebo delirium (Auxéméry 2020).

Toto rozdělení pochází z tradičního modelu struktury osobnosti dle Kernberga. Kernberg rozlišoval neurotické, psychotické a hraniční uspořádání osobnosti, přičemž hraniční uspořádání představuje určitý mezistupeň mezi neurózou a psychózou.

Přestože Kernbergův model představuje východisko pro mnohé další teoretické modely, jako je například tradiční psychoanalytické pojetí poruch osobnosti (Izdebska 2015), v současné době je v odborném diskurzu patrná snaha toto tradiční rozdělení opouštět. Kritika poukazuje na nejednoznačné vymezení neurotické, hraniční a psychotické úrovně osobnosti. Vztah mezi jednotlivými úrovněmi navíc bývá relativní a mohou se mezi sebou vzájemně prolínat v závislosti na vnějších faktorech (Auxéméry 2020).

3.3.3 Příčiny duševních onemocnění

Většinu možných příčin, které spolupůsobí při vzniku duševního onemocnění, můžeme v základu rozdělit do dvou dimenzí na biologické a sociální. Zároveň lze tyto příčiny dále dělit v závislosti na jejich původu na vnější (external), vnitřní (internal) a přímé (direct) (viz Tabulka 2). Vnější příčiny představují faktory, které přicházejí z vnější a jsou zpracovávány myslí. Vnitřní faktory mají původ uvnitř mysli nás samých. Přímé příčiny působí bezprostředně, a zcela tak obchází proces zpracování a integrace mysli (Williams & Healy 2001).

Tabulka 2 - Příčiny duševních onemocnění – upraveno dle Williams & Healy (2001)

Příčiny	Biologické	Sociální
Vnější	Pocit aktuálního diskomfortu nebo bolesti vyplývající z fyzického zranění či nemoci.	Obecně traumatizující stav vyplývající z participace člověka ve společnosti, např. truchlení nebo práce pod tlakem.
Vnitřní	Nezávislé na našem vědomí, často mají počátek v minulosti. Implicitně vyplývají z rozhovoru.	Traumatické událost, která se odehrála v minulosti a doposud jsme se s ní nedokázali vyrovnat.
Přímé	Biologické procesy probíhající v našem těle, které mají přímý vliv na naši náladu a emoce, např. PMS nebo postnatální psychóza	K příčině přímé sociální prakticky nedochází, protože jakákoliv událost je interpretována naší myslí. Tím pádem se jedná o vnější, nikoliv přímou příčinu.

Dříve byly za klíčové pro vznik duševního onemocnění považovány sociokulturní faktory, v současné době je však čím dál větší pozornost věnována vlivu genetických faktorů. Významnou roli zde sehrává pleiotropismus, kdy jeden gen může předurčit vznik více než jednoho duševního onemocnění. Toto zjištění má velký význam zejména při zjišťování terapeutického účinku medikamentů, kdy je důležité znát nejen léčebný přínos léčiva, ale také možná rizika (Uher & Zwicker 2017).

3.3.4 Léčba duševních onemocnění

Léčba duševních onemocnění je komplexní proces směřující k zotavení. Přestože neexistuje jednotný a definitivní výklad toho pojmu, většinou se zotavením rozumí takový stav, kdy člověk porozumí symptomům svého onemocnění, přičemž dojde k jejich ústupu či úplnému vymizení. Zároveň se dotýčný vzdává role pacienta a přebírá novou, uspokojující sociální roli a nové životní hodnoty (Egeland et al. 2021).

Zakladatel hnutí Zotavení, v originále Recovery, William Bill Anthony, považuje zotavení za individuální a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Se zotavením člověk umožňuje dát životu nový smysl a získává možnost vymanit se z negativních důsledků své nemoci (Farkas & Rudnick 2023).

V současné době probíhá snaha o deinstitucionalizaci v rámci reformy psychiatrické péče. Jejím cílem je zajistit pacientům s duševním onemocněním systematickou péči multidisciplinárního týmu bez nutnosti dlouhodobé hospitalizace a invalidizace (Farkas & Rudnick 2023).

Multidisciplinární tým zahrnuje péči psychiatra, individuální, skupinové a rodinné terapie, nácvik sociálních a komunikačních dovedností pro zapojení do pracovního režimu. Vhodné je také začlenění ergoterapie a dalších terapeutických metod jako je například pohybová terapie či arteterapie. Efektivní spolupráce odborníků umožňuje konzistentní multidisciplinární přístup v péči o pacienty (Gühne et al. 2015).

Tato forma spolupráce však klade na odborný personál, který tvoří multidisciplinární tým, nemalé nároky. Právě vysoká míra personální zátěže představuje možné úskalí reformy psychiatrické péče (Farkas & Rudnick 2023).

Andrade et al. (2013) zmiňuje přínos deinstitucionalizace také v eliminaci narušení sociálních vazeb osob trpících duševním onemocněním během léčby. To vede k žádoucímu zesílení dopadu léčby nejen na samotného pacienta, ale i jeho rodinu a bezprostřední okolí.

Právě rodina člověka s duševním onemocněním sehrává v jeho léčbě zcela zásadní roli, zvláště v případech ovlivnění rodičů dětmi a naopak. Velmi důležitá je otevřená komunikace a vzájemná edukace odpovídající situaci (Nielsen et al. 2023). Člověk s duševním onemocněním může být v rodině typicky vnímán jako problémový člen. Rodinná terapie umožňuje přesunout pozornost z léčby nemocného člena rodiny na úzdravu rodiny jako celku. Dochází tak ke změně způsobu komunikace, emoční regulace a vzorců chování jednotlivých členů rodiny a následně i ke změně dynamické struktury rodiny jako celku (Strong & Busch 2013).

Nedílnou součástí léčby bývá také medikace. Dříve bylo užívání psychofarmak při léčbě duševních onemocnění vnímáno jako riskantní vzhledem k obávaným nežádoucím účinkům. Nejnovější výzkumy však nasvědčují tomu, že rizika spojená s užíváním moderních psychofarmak jsou naprosto minimální. Vhodně zacílená medikace prokazatelně snižuje suicidální tendence a usnadňuje pacientovi proces zotavení (Gøtzsche et al. 2015).

U závažných duševních onemocnění farmakoterapie nejčastěji zahrnuje antidepresiva v kombinaci s antipsychotiky (Velligan et al. 2017). V případě psychofarmakologické léčby je nezbytné, aby byla komunikace mezi pacientem a lékařem založena na důvěře, pacient byl lékařem o užívání medikace řádně informován a dbal jeho pokynů (Levin et al. 2014).

Efektivní bývá farmakoterapie v kombinaci s psychoterapií (Alarcón et al. 2005). Vědecky nejprozkoumanější psychoterapeutickou metodou je v současné době kognitivně-behaviorální terapie, která nachází své uplatnění u léčby řady duševních onemocnění, zejména úzkostných poruch (Lorenzo et al. 2016). Kromě individuální terapie je vhodné zařadit do terapeutického plánu pacienta i skupinovou terapii, která se jeví být velmi efektivní například u pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu (Alarcón et al. 2005).

Pacienti obvykle kladně přistupují k doplňkovým a alternativním metodám terapie jako je arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, taneční terapie a další metody zaměřené na umělecké vyjádření (Papagiannaki & Shinebourne 2016). Mnoho různých benefitů nabízí také terapeutické metody zaměřené na pohyb a aktivní práci s vlastním tělem (Gühne et al. 2015). Dále může být pro některé pacienty přínosem i psychoterapie v kombinaci se spirituální péčí a náboženstvím (Post & Wade 2009). V novodobé terapii duševních onemocnění má své místo i psychoterapie za pomoci koní (Davis et al. 2015).

3.4 Somatognozie u pacientů s duševním onemocněním

Přítomnost duševního onemocnění často doprovází změny ve vnímání vlastního těla. Hátlová et al. (2012) udává, že již v počátcích rehabilitační péče pozorovali praktikující odborníci souvislost mezi změnami v somatognozii a duševní pohodou svých pacientů. Řadu dekád byly tyto změny posuzovány pouze odborníky po vzoru tradičního biomedicínského paradigmatu (Mehling et al. 2011), v současné době je však kladen důraz také na subjektivní prožívání pacienta (Mehling et al. 2011; Lepšíková & Kolář 2013). Pacientova výpověď o tom, jak se mu jeho vlastní tělo jeví, poskytuje cenný fenomenologický vhled, díky němuž lze získat o vnímání vlastního těla a jeho narušení cenné poznatky (Mehling et al. 2011).

3.4.1 Mechanismy narušení vnímání vlastního těla u pacientů s duševním onemocněním

Narušené vnímání vlastního těla je typické pro pacienty s neurologickým poškozením mozku, zejména v oblasti pravé parietální kůry a proximální frontální oblasti (Preiss & Kučerová 2006). S narušeným vnímáním vlastního těla se však můžeme setkat i u celé řady duševních onemocnění (Mehling et al. 2011).

Za změny vnímání vlastního těla u pacientů s duševním onemocněním jsou pravděpodobně zodpovědné specifické mechanismy zahrnující kognitivní a emocionální faktory (Preiss & Kučerová 2006), doprovázené tělesnými a psychologickými procesy (Graham et al. 2014).

Dříve byli pacienti s duševním onemocněním, kteří vykazovali změny v oblasti vnímání vlastního těla, považováni za přehnaně úzkostné a soustředěné na své tělesné symptomy. Dnes již tento narativ není všeobecně přijímán jako platný, nicméně je pravdou, že specifické emoční procesy a negativní emoční ladění může ovlivňovat vnímání těla negativním způsobem. Proto se u pacientů s emoční labilitou častěji setkáváme s narušeným vnímáním vlastního těla (Mehling et al. 2011).

3.4.2 Diagnózy s častým výskytem narušeného vnímání vlastního těla

Přestože se s narušeným vnímáním vlastního těla můžeme setkat u mnoha psychiatrických diagnóz (Mehling et al. 2011), zdá se, že některé z nich podléhají změnám ve vnímání vlastního těla snáze než jiné. Manon et al. (2021) udává, že vnímání vlastního těla je často narušeno především u pacientů trpících posttraumatickou stresovou poruchou, úzkostnými a depresivními poruchami, poruchami příjmu potravy, somatomorfními poruchami, psychotickými poruchami, emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu či poruchami autistického spektra, přičemž rizikovou skupinou bývají pacienti s určitým kognitivním deficitem (Neustadter et al. 2019; Manon et al. 2021). Níže jsou popsány specifické projevy narušení vnímání vlastního těla u jednotlivých diagnóz.

Emočně nestabilní porucha hraničního typu

Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu (dále jen HPO) je charakteristická častými emočními výkyvy, problémy v mezilidských vztazích, narušenou schopností kontroly a nestálým obrazem o sobě sama (Reichl & Kaess 2021; Wayda-Zalewska et al. 2021).

Pro HPO je typická řada symptomů, které se podílí na narušeném vnímání vlastního těla. Pacienti často udávají zvýšený práh bolesti, snížení citlivosti k tělesným signálům a negativní body image (Neustadter et al. 2019). Wayda-Zalewska et al. (2021) uvádí tři hlavní oblasti narušení body image, s nimiž se lze u HPO setkat. Jedná se o narušené smyslové vnímání, chybnou interpretaci získaných vjemů a celkovou nespokojenost s vlastním tělem.

Negativní body image je rizikovým faktorem pro výskyt sebepoškozování (Oktan 2017), s nímž se lze u osob trpících HPO setkat poměrně často (Leone et al. 2021; Enoksson et al. 2022). Sebepoškozování představuje nástroj pro regulaci vlastních emocí, přičemž rizikové bývají obvykle některé události a spouštěče. U mnoha pacientů mívá sebepoškozování charakter závislosti, které se jen obtížně zbavuje (Enoksson et al. 2022). Sebepoškozování tak není již pouhým nástrojem k dosažení určitého emočního stavu, ale stává se pro pacienty nutností (Reichl & Kaess 2021).

Existuje celá řada motivů, které mohou vést k sebepoškozování. Runcan et al. (2020) jako nejčastější uvádí následující: snaha změnit emocionální bolest na fyzickou, touha po pozornosti a starostlivosti ostatních, snaha zbavit se nepříjemných vzpomínek, expresivní vyjádření sdělení, která lze jen obtížně sdělit slovy, pocit vlastní účinnosti a kontroly nad danou situací, touha odpojit se od sebe a další. Riziková přitom bývá přítomnost některých osobnostních rysů, jako jsou perfekcionismus, strach z odmítnutí a nedostatečný pocit vlastní hodnoty (Oktan 2017). Právě tyto osobnostní faktory bývají u osob trpících HPO často přítomny (Reichl & Kaess 2021). Kromě toho lidé s HPO prožívají velmi intenzivní emoce s častými výkyvy, které vedou k impulsivním projevům chování (Alarcón et al. 2005). Sebepoškozování tak nabízí zdánlivě snadné a rychlé řešení, jak se s vlastním prožíváním lépe vypořádat (Reichl & Kaess 2021).

Sebepoškozování však nepředstavuje efektivní způsob zvládnání obtížných situací. Naopak se jedná o maladaptivní strategii, která nabízí pouze krátkodobé uspokojení. Lidé, kteří se sebepoškozují, prožívají z dlouhodobého hlediska vysokou míru distresu (Oktan 2017; Reichl & Kaess 2021).

Pacienti trpící HPO dále často uvádí pocit odpojení od vlastního těla a absence jeho vlastnictví. Tento stav je nejspíš způsoben působením emočních faktorů, které přispívají k disociaci a derealizaci (Neustadter et al. 2019). Disociace představuje komplexní soubor příznaků, které vedou k odloučení od reality. Jedná se o specifickou strategii zvládnání emočně vypjatých situací. Při disociaci dochází ke zvýšené aktivitě sympatického nervového systému, organismus se tak dostává do stavu akutního stresu. Pokud k disociaci dochází čteně a opakovaně, stává se maladaptivní strategií s negativním dopadem na kvalitu života dané osoby (Krause-Utz et al. 2017).

S disociací se úzce pojí depersonalizace. Jedná se o komplexní stav, kdy dotyčný prožívá pocit, jako by nebyl skutečný. Nemusí se však jednat o absolutní negaci vlastní skutečnosti, depersonalizace se mnohdy objevuje v podobě nejistoty o skutečnosti zdání sebe sama nebo také pochybnostmi o prožívání vlastních emocí (Sierra & Davis 2011).

Depersonalizace i disociace narušují exekutivní funkce a kognitivní procesy, zhoršují motorickou koordinaci a znesnadňují dotyčné osobě náhled na svůj zdravotní stav (Sierra & Davis 2011; Krause-Utz et al. 2017).

Schizofrenie

U pacientů se schizofrenií nacházíme specifické kognitivní mechanismy, které vedou ke změnám tělesného schématu a body image. Tyto mechanismy nejsou detailně zcela známy, nejspíše se však jedná o chybnou reprezentaci obrazu o vlastním těle, který nasedá na nekoherentní a nerealistickou představu o vlastním já (Graham et al. 2014).

Zdá se, že u schizofrenie dochází výrazněji k narušení tělesného schématu než body image. Priebe & Röhricht (2001) uvádí, že lidé se schizofrenií nevykazovali více negativní body image oproti kontrolní skupině. U schizofrenie pravděpodobně dochází ke změnám emocionálních a kognitivních postojů k vlastnímu tělu, nicméně body image u této diagnózy nejspíš nelze posuzovat běžně užívanou hodnotící valencí (Sakson-Obada et al. 2018).

U pacientů trpících schizofrenií se dále objevují změny v somatognozii, jako je neschopnost rozlišení vlastního těla od okolního prostoru, narušená schopnost vnímat fyziologické procesy ve vlastním těle, změny ve vnímání bolesti nebo také chybné vnímání tvaru a velikosti vlastního těla (Sakson-Obada et al. 2018). Zatímco u osob trpících mentální anorexií obvykle dochází k nadhodnocování rozměru vlastního těla, lidé trpící schizofrenií mají tendenci rozměry svého těla spíše podhodnocovat (Priebe & Röhricht 2001).

Sakson-Obada et al. (2018) dále udává, že vnímání vlastního těla je u schizofrenie patrně velmi ovlivněno emocionalitou dané osoby a poruchami vnímání, jako jsou halucinace a bludy, které jsou u této diagnózy typické. Oproti jiným duševním poruchám, v souvislosti s nimiž se obvykle hovoří o narušeném vnímání vlastního těla, tedy náleží schizofrenii a dalším psychotickým poruchám jistá specifika.

Somatomorfní poruchy

Somatomorfní poruchy představují spektrum projevů, kdy pacienti vykazují přítomnost tělesných příznaků bez prokazatelných organických změn (Herman et al. 2004; Álvarez et al. 2005). Narušené vnímání vlastního těla je podstatou somatomorfních poruch. Na základě projevů lze somatomorfní poruchy rozdělit do několika typů, jedná se o somatizační poruchu, somatomorfní vegetativní dysfunkci, hypochondrickou poruchu a přetrvávající somatomorfní bolestivou poruchu (Herman et al. 2004; Chystovska et al. 2022). Běžně se však lze setkat s tím, že pacient splňuje kritéria několika typů, případně trpí komorbidním duševním onemocněním (Álvarez et al. 2005; Guerra Cabrera & Diéguez Porres 2011).

Somatizační porucha označuje případy, kdy pacient opakovaně prožívá měnící se tělesné příznaky bez funkční či strukturální příčiny. Tyto příznaky bývají často doprovázeny úzkostnou či depresivní symptomatikou častá je i závislost na alkoholu, benzodiazepinech a analgetících (Herman et al. 2004).

Somatomorfní vegetativní dysfunkce je typická příznaky, které na první pohled vypadají jako důsledek narušeného fungování autonomního nervového systému. Typicky se jedná o příznaky z oblasti kardiovaskulárního systému, respiračního systému, gastrointestinálního systému a urogenitálního systému. Pacienti často trpí neurotickými a depresivními symptomy či potížemi se spánkem (Herman et al. 2004; Chystovska et al. 2022). Oproti jiným typům somatomorfních poruch je tento typ pravděpodobně podmíněn dysfunkcí noradrenergického nebo GABAergního systému (Herman et al. 2004).

Hypochondrická porucha je se projevuje jako obavy, případně přesvědčení z přítomnosti choroby, aniž by byly její příznaky reálně přítomny. Pacient obvykle věnuje přehnanou pozornost svému tělu a jeho fyzickým projevům. Typický je taky zvýšený práh bolesti a přehnaná citlivost k tělesným vjemům (Creed & Barsky 2003; Herman 2004).

Pacienti, kteří trpí přetrvávající bolestivou somatomorfni poruchou, udávají stálou a velmi intenzivní bolest na jednom nebo více místech, a přitom tuto bolest nelze zdůvodnit žádnou somatickou poruchou (Herman 2004; Chystovska 2022).

Somatomorfni poruchy mají tendence se objevovat ve vlnách, přičemž riziková bývají emočně náročná období. Vhodné je tedy s pacienty pracovat na zvládnání stresových situací (Aguirre Álvarez 2005; Chystovska 2022).

Poruchy autistického spektra

Vnímání vlastního těla se podílí na celkové duševní i fyzické pohodě jedince. Ani osoby s poruchou autistického spektra (dále jen PAS) v tomto ohledu nejsou výjimkou. Existuje však pouze malý počet studií, které by u osob s PAS sledovaly somatognozii nebo některou z jejích oblastí (Longhurst 2023). Poruchy autistického spektra navíc představují široké spektrum různých symptomů a tendencí, které se mohou u různých osob projevovat různým způsobem (Constantino & Charman 2015).

Zdá se, že lidé s PAS vykazují známky narušeného vnímání vlastního těla hned v několika oblastech. Asada et al. (2017) uvádí, že probandi s PAS oproti kontrolní skupině hůře odhadovali rozměry vlastního těla. Tato skutečnost je nejspíš způsobena senzoričnou hypersenzitivitou. Právě zvýšená citlivost k senzoričným signálům často vede k jejich nesprávnému vyhodnocení. Senzoričké čítí se pravděpodobně podílí na vnímání polohy, funkce a tvaru vlastního těla. Z toho důvodu bývá pro osoby s PAS problematické senzoričké informace, které získávají o vlastním těle, správně vyhodnotit a interpretovat (Healy et al. 2021).

Osoby s PAS často vykazují specifické jídelní návyky. Přestože mají mnohdy sklony k velmi restriktivnímu způsobu stravování, obvykle se jedná spíše o důsledek senzoričké senzitivity a tendenci k rutinnímu chování než o snahu kontrolovat svou tělesnou hmotnost. Problémy s přijímáním potravy se tedy u osob s PAS svou etiologií liší od poruch příjmu potravy (Şengüzel et al. 2021).

Brede et al. (2021) uvádí, že u osob s PAS, narozdíl od osob trpících poruchami příjmu potravy, narušené jídelní návyky nevedou k narušení body image. V případě PAS obraz body image minimálně ovlivňován sociálními faktory, lidé s PAS tak pravděpodobně čelí menšímu nebo žádnému tlaku na společensky přijatelnou tělesnou hmotnost a vzhled. Také Walker et al. (2019) popisuje celkově pozitivní vztah ke svému tělu u osob s PAS. Probandi s PAS pozitivněji hodnotili body image i své tělesné prožitky oproti kontrolní skupině. Healy et al. (2021) oproti tomu namítá, že někteří lidé s PAS mají narušené body image a velmi se zajímají o svůj zevnějšek ve snaze dostat nesrozumitelným nárokům společnosti.

Zdá se tedy, že nelze učinit jednotný závěr o valenci vnímání vlastního těla u osob s PAS. Výsledky provedených studií jsou zkresleny skutečností, že prakticky nelze zhodnotit všechny oblasti somatognozie u osob s kognitivním deficitem (Longhurst 2023).

Posttraumatická stresová porucha

Lidé, kteří trpí posttraumatickou stresovou poruchou (dále jen PTSD), běžně popisují stav narušeného vnímání vlastního těla i okolního prostředí. Jedná se o kognitivní mechanismus, který je přirozenou reakcí na subjektivně mimořádně náročnou situaci (Bryant 2007). Stejně tak jako u emočně nestabilní poruchy je i u PTSD důsledkem stresové reakce disociace, která slouží jako mechanismus vyrovnávání se s emočně náročnou situací. Disociace umožňuje dotyčné osobě získat od dané události odstup, který jí umožní ztlumit vlastní emocionální prožitek (Krause-Utz et al. 2017).

Přesné neuropsychologické příčiny disociace doposud nejsou známy. Pravděpodobně je však důsledkem spolupůsobení neurobiologických, genetických a kognitivních faktorů (Krause-Utz et al. 2017). Disociace nabývá různých projevů. Může například docházet ke stavu, kdy má dotyčný pocit, jako by vnímal situace z pozice třetí osoby, nebo k naprosté absenci vzpomínky na danou událost. V takovém případě hovoříme o disociativní amnézii (Bryant 2007).

V souvislosti s PTSD se často objevují potíže se spánkem a svalová tenze (Blanaru et al. 2012). Dochází ke změnám v sensorické citlivosti i vnímání bolesti (Krause-Utz et al. 2017), nezřídka se lze setkat také s narušením body image. Zdá se, že narušení vnímání vlastního těla se v souvislosti s PTSD projevuje více u žen než u mužů. To je patrně způsobeno tím, že ženy se častěji než muži stávají oběťmi fyzických útoků a sexuálního násilí (Clarke & Griffin 2008). Treuer et al. (2005) upozorňuje na zvláště závažný dopad fyzického zneužívání v dětství. Jedná se o mimořádně traumatizující zkušenost, která má devastující dopad na mnoho oblastí života včetně narušení vnímání vlastního těla (Treuer et al. 2005; Arabaci et al. 2021).

Ukazuje se, že osoby se zkušeností s fyzickým zneužíváním mají tendenci k nedostatečné sebeúctě, problémům v sociálních interakcích, narušeným jídelním návykům a sebepoškozování (Arabaci et al. 2018). Navzdory dalekosáhlým následkům však naštěstí nebývá narušené vnímání vlastního těla u PTSD trvalé. Je známa řada metod, kterými lze PTSD pozitivně ovlivnit (Blanaru et al. 2012), případně dosáhnout remise (Morina et al. 2014).

Úzkostné a depresivní poruchy

U úzkostných i depresivních poruch obecně nedochází k narušení integrace sensorických vjemů nebo k poruchám somatosenzorického cití. Změny ve vnímání vlastního těla u těchto pacientů bývají způsobené spíše negativním postojem k sobě sama, a tedy i ke svému tělu. Negativní emoční vyladění nebo přítomnost úzkosti navíc prohlubuje nespokojenost s vlastním tělem (Jung & Lennon 2003; Scheffers et al. 2019).

Jung & Lennon (2003) uvádí, že se vzrůstající mírou depresivní symptomatiky obvykle stoupá také nespokojenost se svým tělem, nízká sebeúcta a negativní obraz body image. K celkovému narušení vnímání vlastního těla dále přispívá vysoká míra úzkosti, zvláště, je-li podmíněna sociálním kontextem. Zdá se tedy, že narušení somatognozie je větší, pokud pacienti vykazují symptomy deprese a zároveň úzkosti (Jung & Lennon 2003; Pimenta et al. 2009).

Paans et al. (2018) upozorňuje na skutečnost, že známky klinické deprese často vykazují lidé s obezitou. Výskyt deprese společně s obezitou významně snižuje kvalitu života dané

osoby. Přítomnost obezity u depresivních pacientů často vede k prohloubení deprese, a naopak deprese pacientům ztěžuje léčbu obezity.

Pacienti, kteří trpí depresí a zároveň obezitou, se obvykle potýkají s významným narušením body image. Celkově trpí nedostatečným pocitem vlastní hodnoty a negativním vztahem ke svému tělu i k sobě sama (Paans et al. 2018). Sarwer et al. (2005) upozorňuje na skutečnost, že lidé s obezitou často zažívají pocit studu a nepříjetí od okolí. Tyto pocity pak u dotyčné osoby značně ovlivňují vztah k vlastnímu tělu.

Významné narušení body image se týká také pacientů trpících úzkostnými poruchami. Lidé trpící úzkostnými stavy mají pravděpodobně tendenci přisuzovat velký význam svému vzhledu a tělesným změnám (Mehling 2011; Aderka et al. 2014). Přestože se narušené vnímání vlastního těla může vyskytnout u všech diagnóz ze spektra úzkostných poruch, zdá se, že nejhroženější skupinou jsou pacienti trpící sociální fobií. Přítomnost sociální fobie ovlivňuje kognitivní a afektivní složku postoje k vlastnímu tělu. Pacienti tak mají tendenci vnímat své tělo jako nehodnotné a nevykonné (Jung & Lennon 2003; Aderka et al. 2014).

Úzkostné poruchy mohou dále představovat rizikový faktor pro rozvoj dalších duševních onemocnění jako jsou například poruchy příjmu potravy (PPP). Komorbidní výskyt těchto onemocnění obvykle zvyšuje míru nespokojenosti s vlastním tělem (Dean et al. 2019).

Mentální anorexie

Narušené vnímání vlastního těla je jedním z diagnostických kritérií mentální anorexie. Charakteristické je, že pacienti trpící mentální anorexií mají zkreslenou představu o vlastním těle a usilují o soustavné snižování hmotnosti, mnohdy i navzdory extrémní štíhlosti (Mölbart et al. 2017).

U lidí trpících mentální anorexií typicky dochází k narušení body image (Murray et al. 2012). Základní mechanismy vedoucí k narušení body image však nejsou zcela známy. Doposud není zřejmé, zdali zde sehrává větší roli nespokojenost se svým tělem, které nedostává požadované tělesné hmotnosti, anebo narušené percepční zpracování informací o vlastním těle (Mölbart et al. 2017). Experiment, který provedla M. Smeetsová, ukazuje, že osoby s mentální anorexií vnímají zkresleně pouze vlastní tělesné proporce, nikoliv jiných osob (Smeets et Kosslyn 2001). Z neurofyziologického pohledu lze toto zjištění přirovnat k pacientům trpícím fantomovou bolestí po amputaci končetin. Vnímání neexistující končetiny zde analogicky odpovídá vnímání neexistující hmotnosti či tělesných rozměrů před nástupem onemocnění (Papežová 2010).

Irvine et al. (2019) poukazuje na souvislost mezi narušením body image, sebehodnocením a vnímáním bolesti. Lidé trpící mentální anorexií mají často zvýšený práh vnímání bolesti (Papežová et al. 2005), přičemž jeho zvýšení přímo koreluje s mírou malnutrice a po uzdravě má tendenci vracet se do normálního stavu (Teaford et al. 2021). Za změnu ve vnímání bolesti jsou pravděpodobně zodpovědné specifické biologické a emocionálně-kognitivní mechanismy spolu s behaviorálními tendencemi (Papežová et al. 2005). Jedná se především o snížení taktilní a nociceptivní citlivosti (Teaford et al. 2021), snížení krevního tlaku a jádrové teploty, změny funkce autonomního nervového systému, nutriční stav, osobnostní strukturu, sklony k sebepoškozování a disociativním symptomům (Papežová et al. 2005). Právě přítomnost disociativních symptomů signalizujících odcizení od vlastního těla se

v případě mentální anorexie jeví jako spolehlivý ukazatel přítomnosti onemocnění (Preiss & Kučerová 2006). U mentální anorexie navíc bývá často přítomna anozognozie, tedy stav, kdy pacient ztrácí náhled na závažnost svého stavu, a mnohdy tak dochází k popírání daného onemocnění (Englebert et al. 2017).

Zdá se, že významný vliv na vnímání bolesti mají také hladiny pohlavních hormonů, které bývají u mentální anorexie v důsledku malnutrice výrazně sníženy (Papežová et al 2005; Teaford et al. 2021). Právě snížené hladiny estrogenů mohou být jednou z příčin vzniku specifického kognitivního poškození (Papežová 2010).

U mentální anorexie se lze setkat s narušením kognitivních funkcí, nicméně prozatím není jasné, zdali se jedná o důsledek symptomatiky mentální anorexie, nebo specifickou a trvalou charakteristiku jedince (Papežová 2010). Neumärker et al. (2000) poukazuje na poškození pravé asociační parietální kůry, tedy oblasti, která se podílí na vnímání vlastního těla, u pacientů s mentální anorexií. Toto narušení funkce somatosenzorického systému u pacientů může přetrvávat i po uzdravení (Grunwald et al. 2001).

Závěry studií o poškození mozku u pacientů s mentální anorexií se zatím liší (Smiech & Jabloska 2005; Papežová 2010). Pochopení jejích mechanismů by však mohlo mít velký terapeutický přínos při léčbě tohoto onemocnění (Huang & Foldi 2022).

Lidé trpící mentální anorexií často vykazují specifické osobnostní rysy a tendence jako je potlačování vlastních emocí, velká míra sebedisciplíny, sebekontroly a perfekcionismu (Behar & Arancibia 2015). Právě tyto zmíněné charakteristiky spolu se snahou vzdát se fyzických i smyslových požitků, s níž se u mentální anorexie často setkáváme, vyjadřují podstatu asketismu. V historii lze najít řadu případů, které odkazují na úmyslné odmítání potravy a sebedestruktivní tendence u jedinců, kteří se prostřednictvím asketismu toužili přiblížit dosažení náboženských ideálů a cesty k Bohu (Dickens 2000).

Již ve 20. letech minulého století byla vyslovena hypotéza, že by asketismus mohl být jedním z řídicích mechanismů mentální anorexie (Dickens 2000). Přestože u asketismu i mentální anorexie dominuje snaha o dosažení ideálů skrze sebeodříkání až sebezapření (Dickens 2000), specifické jednání v obou případech nespíš sleduje rozdílnou intenci (Behar & Arancibia 2015). Zatímco asketismus reflektuje snahu dostat absolutním mravním a náboženským principům (Dickens 2000), mentální anorexie více odráží individuální cíle a hodnoty jedince. Přičemž sebeodříkání v tomto případě poukazuje na způsob, jakým se jedinec vypořádává se sociokulturním tlakem (Behar & Arancibia 2015).

Nová verze diagnostického dotazníku EDI-2 je doplněna o škálu, která měří skóre asketismu u pacientů s mentální anorexií (Carlsson & Garner 2016), vztah anorexie a asketismu však zůstává v oblasti výzkumu i nadále marginálním tématem (Dickens 2000).

K typickým projevům mentální anorexie patří nadměrné neboli excesivní cvičení, s nímž se potýká až 80 % pacientů. Jedná se o symptom, který má značnou perzistenci a přispívá k chronickému charakteru tohoto onemocnění (Peñas-Lledó et al. 2002). Nadměrné cvičení představuje pro pacienty nástroj, který jim umožňuje vyrovnávat se s vlastními emocemi, mít je pod kontrolou, stejně tak jako svou tělesnou hmotnost a vzhled (Zunker et al. 2011). Excesivní cvičení má mnohdy závislostní charakter, pacienti vykazují obsedantně-kompulzivní tendence a vysokou míru distresu (Peñas-Lledó et al. 2002). Zařazení pravidelné pohybové aktivity do terapeutického plánu pacientů může být velmi problematické. Právě

excesivní cvičení představuje jeden ze zásadních faktorů, které brání remisi a u mnohých pacientů vedou k relapsu (Zunker et al. 2011).

Krch (2005) poukazuje na možný terapeutický přínos vhodně zařazené pohybové aktivity do terapeutického plánu pacientů. Cílem by měla být regulace hyperaktivity, která je příznačná pro mnoho lidí trpících mentální anorexií, spolu s osvojením schopnosti vyvažovat fyzickou aktivitu odpočinkem a relaxací.

Do jaké míry lze vnímání vlastního těla a pohybu u mentální anorexie ovlivnit, zůstává nejasné. Lidé, kteří trpěli mentální anorexií, i rok po skončení léčby vykazovali narušené tělesné schéma a více negativní vztah ke svému tělu oproti normální populaci (Krch 2005). Porozumění komplexním mechanismům, které udržují narušené vnímání vlastního těla, by však mohlo vést ke zvýšení celkového efektu léčby mentální anorexie (Mölbart et al. 2017).

3.5 Terapeutické ovlivnění somatognozie

Vzhledem k tomu, že somatognozie je dějem, který probíhá na multisenzorické úrovni, je potřeba pro její ovlivnění aktivovat všechny řídicí složky. Nutná je cílená aktivace těch oblastí centrální nervové soustavy, které jsou zodpovědné za vnímání vlastního těla (Kolář 2020).

Již v 70. letech 20. století Heilpron & Noel (1960) uvádí, že terapeutické ovlivnění somatognozie nelze redukovat na čistě fyzikální posílení senzoričkových vstupů, bez zohlednění emocionální složky. Emoce je navíc vždy potřeba posuzovat jako multifaktoriální fenomén, který v sobě zahrnuje subjektivní prožitek, behaviorální i fyziologickou reakci (Mazaheri et al. 2017). Způsobů, jimiž lze somatognozii terapeuticky ovlivnit, je mnoho. Často až odezva u konkrétního pacienta napoví, který způsob se v daném případě jeví být nejvhodnější (Lepšíková & Kolář 2013). Velmi podstatnou roli zde hraje aktivní přístup a vlastní iniciativa ze strany pacienta (Kolář 2020).

Obecně platí, že ovlivnění somatognozie je sice obtížné, ale není nemožné. Nejhuře ovlivnitelné jsou poruchy somatognozie vedoucí ke změně neuroplasticity v centrální nervové soustavě, což je typické pro pacienty s chronickou bolestí. V takových případech má podstatnou úlohu adekvátní farmakoterapie (Lepšíková & Kolář 2013).

Narušení somatognozie se velmi často objevuje u pacientů s neurologickým onemocněním, jako je cévní mozková příhoda nebo mozkomíšní léze, jejichž důsledkem často bývají parézy. I v těchto případech platí, že nejlepší terapeutický efekt má ovlivnění somatognozie na více úrovních. U neurologických pacientů je navíc snaha o rozvoj zachovalých funkcí. V závislosti na jejich stavu se pak odvíjí terapie u konkrétního pacienta (Zeller et al. 2011).

Rozsáhlý léčebný efekt u poruch somatognozie nabízí terapeutická metoda MNRI (Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration). Princip této metody je založený na opakování dynamických a posturálních reflexů s cílem aktivovat vrozené pohybové vzorce, pohybovou paměť, senzomotorický systém a mechanismy zvládnání stresu (Nowak et al. 2018). Další terapeutickou metodou, která vede k žádoucí aktivitě nervové soustavy, je EEG biofeedback. Jedná se o metodu, která funguje na principu biologické zpětné vazby. Aktivace nervové soustavy vede k optimalizaci pozornosti, snížení hyperaktivity a podpoře schopnosti relaxace (Orel & Procházka 2017).

U široké škály onemocnění se zdá být přínosné zapojení Feldenkraisovy metody. Tato metoda je založena na principu, kdy skrze provádění vědomého pohybu dochází k pozitivnímu ovlivnění body image a rozpoznávání tělesného schématu v somatosenzorickém systému (Elgelid 2005).

Hátlová et al. (2012) udává důležitost psychoterapeutických přístupů zaměřených na práci s tělem. Psychoterapie orientovaná na tělo, tanečně pohybová terapie (Fuchs & Sabine 2014), progresivní svalová relaxace a muzikoterapie odstraňují svalové napětí a nabízí pacientům zvědomení tělesného prožitku (Blanaru et al. 2012). Krch (2005) poukazuje na to, že terapie orientovaná na tělo dosahuje největšího efektu v kombinaci s fyzioterapií a verbální formou psychoterapie. Také Kolář (2020) pokládá při terapii somatognozie za velmi podstatnou mezioborovou spolupráci, zejména odborníků v oblasti neuropsychologie a fyzioterapie.

Mnoho lidí se však od postupů tradiční medicíny odvrací a raději volí východiska, která nabízí metody alternativní medicíny, jako je například akupunktura (Rickhi et al. 2003).

Čím dál větší využití nachází metoda mindfulness neboli všímavost (Malůš et al. 2016), vycházející z duchovních principů meditace a tradičních principů kognitivně-behaviorální terapie. Tato metoda vede k posílení vědomí přítomného okamžiku, a tedy i k posílení vědomí vlastního těla (Khoshkerdar & Raeisi 2019). Zapojení mindfulness nachází využití u mnoha diagnóz od somatických poruch až po duševní onemocnění (Mehling et al. 2009). Jako velmi efektivní metoda se jeví kognitivně-behaviorální terapie v kombinaci s principy mindfulness (Khoshkerdar & Raeisi 2019). Kognitivně-behaviorální terapie vede ke změně vzorců myšlení a chování, což je přínosné zejména u pacientů, kteří zažívají úzkost a negativní vztah ke svému tělu (Luaces et al. 2016), a nachází tedy své uplatnění u pacientů trpících poruchou příjmu potravy (Danielsen et al. 2016). Terapeutické ovlivnění vnímání vlastního těla tvoří nedílnou součást léčby mentální anorexie (Krch 2005).

Kromě výše zmíněných terapeutických metod nelze opomenout význam nutriční rehabilitace, která je při léčbě této diagnózy klíčová. Po zlepšení nutričního stavu u pacientů dochází k optimalizaci fyziologických ukazatelů, kognitivních funkcí (Bernardoni et al. 2016) i vnímání vlastního těla (Teaford et al. 2021; Inamdar et al. 2023). Jisté změny ve vnímání vlastního těla však u pacientů přetrvávají i po dosažení optimální tělesné hmotnosti. Důležitou součástí léčby mentální anorexie je mimo jiné porozumění potřebám vlastního těla a jejich akceptace (Keizer et al. 2018).

Náročnost léčby mentální anorexie dokládá i četný výskyt relapsů (Berends et al. 2018). Riziko relapsu vzrůstá u pacientů, kteří nadměrně cvičí (Zunker et al. 2011). Excesivní cvičení úzce souvisí s patologií jídelního chování, a přispívá tedy k chronickému průběhu onemocnění (Peñas-Lledó et al. 2002). Excesivní cvičení má pro pacienty pravděpodobně velký význam z toho důvodu, že napomáhá ke zvýšení pocitu vlastní hodnoty. Navzdory tomu však přetrvávající symptomy excesivního cvičení přispívají u pacientů k soustavné nespokojenosti s vlastním tělem (Bewell-Weiss & Carter 2010).

Jako možné východisko pro utváření zdravého vztahu k pohybu se jeví zařazení strukturovaných pohybových lekcí pod vedením odborníka. Účast na programu by měla být u pacientů podmíněna minimální požadovanou tělesnou hmotností a absencí závažnějších zdravotních komplikací (Zunker et al. 2011).

S excesivním cvičením se často potýkají lidé, kteří vykazují rysy perfekcionismu. Perfekcionismus oslabuje pozitivní prožitek z pohybu, a naopak posiluje tlak na výkonnost (Çakin et al. 2021). Porozumění perfekcionismu jako součásti osobnostní dynamiky se zdá být podstatné pro zvládání zátěžových situací (Rice & Lapsley 2001). Velmi důležité je také rozvíjet u pacientů zdravý náhled na pohyb jako běžnou součást života přinášející radost i přes případné nezdary (Zunker et al. 2011).

Vědomý pohyb je nedílnou součástí našich životů a nabízí velký prostor pro sebevyjádření. Podporuje řadu fyziologických i psychologických funkcí, je prostředkem našeho jednání a přispívá ke správné identifikaci vlastního těla (Fuchs & Sabine 2014; Günhe et al. 2015). Existuje řada možností, jimiž lze u pacientů podporovat pravidelnou vědomě prováděnou pohybovou aktivitu (Günhe et al. 2015). Mezi tyto možnosti můžeme nepochybně zařadit i hipoterapii, přestože její benefity nevyhází pouze z vědomého pohybu, ale také z celé řady bezděčných procesů bez vědomé aktivity pacienta (Ward et al. 2022).

3.6 Somatognozie v hiporehabilitaci

Hiporehabilitace představuje metodu, kdy díky působení koně dochází k pozitivnímu ovlivnění jedinců se specifickými potřebami v oblasti kognitivní, fyzické, emocionální nebo sociální (Fazio et al. 2013; Ward et al. 2013). Hlavním cílem hiporehabilitace je zlepšení zdraví a kvality života, k čemuž dochází především díky vytvoření emocionálního nebo fyzického vztahu mezi koněm a člověkem (de Santis et al. 2017).

Základem tohoto vztahu je vzájemné porozumění, které je důsledkem komunikace probíhající převážně na neverbální úrovni. Koně jsou zvyklí komunikovat především řečí těla, která jim pak umožňuje reagovat na lidské emoce a chování (Burgon 2011). Kůň velmi citlivě reaguje na vědomé i nevědomé pobídky lidí. Tím se člověk učí vnímat své vlastní tělo, jeho pohyby a signály (Fazio et al. 2013; Naste et al. 2018). Ward et al. (2022) uvádí, že hiporehabilitace funguje jako silný motivační prvek, který klienty či pacienty podněcuje k úsilí dosáhnout změny. Tím dochází k posílení pocitu vlastní kompetence, a v důsledku toho i ke zvýšení pocitu vlastní sebehodnoty. Lidé se tak stávají vnímavější vůči svým emocím i vlastnímu tělu.

Obecně lze říci, že hiporehabilitace ovlivňuje vnímání a schopnost identifikace vlastního těla, konkrétní způsob ovlivnění se však liší v závislosti na oboru, v němž je hiporehabilitace prováděna (Stern & Chur-hansen 2019).

V České republice je hiporehabilitace rozdělena do čtyř oborů. Jedná se o Hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii, Hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi, Hipoterapii v psychiatrii a psychologii a Parajezdectví (Bicková 2020). Konkrétní metodologický postup je závislý na specifickém zaměření hiporehabilitace a probíhá vždy pod vedením odborníka v dané oblasti (Stern & Chur-hansen 2019).

Hiporehabilitace se v zahraničí potýká s velmi variabilní terminologií, z toho důvodu se v roce 2019 konalo setkání evropských asociací v Praze s cílem terminologii sjednotit. Na základě jednání došlo k vymezení konkrétních anglických termínů, které se vztahují k příslušným oborům hiporehabilitace (Bicková 2020).

3.6.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)

Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii využívá přirozeného pohybu koňského hřbetu zejména pro podporu léčby fyzických či neurologických onemocnění (Donaldson et al. 2019), své uplatnění však nachází i u jedinců s mentálním či kombinovaným postižením (Håkanson 2008; Stern & Churn-hansen 2019). Koňský hřbet nabízí klientovi přesný, rytmický a opakující se vzorec pohybů, který je podobný mechanice lidské chůze. Tento rytmický pohyb v kombinaci s teplem těla koně stimuluje hlubokou propriorepci a svalovou aktivaci (Giagazoglou et al. 2013; Oliveira et al. 2020). Díky anatomickému postavení pánve vytváří krok koně trojdimenzionální pohyb, který se velmi podobá lidské chůzi a vysílá klientovi přirozené stimuly. Přirozeně tak dochází ke stimulaci vestibulárního a somatosenzorického systému. Efekt této stimulace přispívá ke zlepšení rovnováhy, motorických dovedností a schopnosti vědomě provádět cílený pohyb (Silkwood-Sherer et al. 2007).

Pohyb koňského hřbetu však nenabízí benefity pouze díky své biomechanice, přirozeně u člověka navozuje také pocit bezpečí, celkové pohody a podporuje schopnost relaxace

(Håkanson 2008; Stern & Churn-hansen 2019). Schopnost relaxace vede k lepší emocionální regulaci, zlepšuje kvalitu spánku a podporuje vnímání vlastního těla (Saeedi et al. 2012).

Håkanson (2008) uvádí, že u účastníků hipoterapie dochází k posílení důvěry ve vlastní tělo a jeho schopnosti. Pravděpodobně dochází ke zvýšení pocitu vlastní účinnosti (self-efficacy) v dané situaci, který je úzce spojen s redukcí stresu (Håkanson 2008; Soulim 2023). Právě posílení pocitu vlastní účinnosti představuje zásadní motiv pro aktivní přístup k terapii ze strany pacienta (Soulim 2023). Pocit vlastní účinnosti bývá doprovázen větší spokojeností s vlastním tělem a zdatnějším zvládnutím sociálních interakcí. Dále vede k celkovému snížení míry stresu a efektivnějším zvládnutím zátěžových situací (O'Neill et al. 2020).

3.6.2 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)

Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi využívá působení koně jako společný účinný prvek v procesu sociálně-pedagogického působení na jedince se specifickými potřebami (Ewing et al. 2007). Přestože nemá HPSP přesně stanovený terapeutický cíl, interakce mezi koněm a klientem je řízena odborníkem a vede klienta k účelné aktivizaci (Frederick et al. 2015).

Koně také mohou v rámci pedagogického procesu pomáhat dětem a mládeži dosahovat vzdělávacích cílů (Murphy et al. 2015). White-Lewis (2020) uvádí, že přítomnost koně vedla u účastníku výzkumu k významnému snížení hladiny kortizolu během procesu učení. Ukázalo se, že za přítomnosti koní si účastníci hiporehabilitace snáze osvojují sociální dovednosti, dochází také k eliminaci komunikačních bariér, posílení sebedůvěry a k podpoře schopnosti relaxace. Fyzický kontakt s koněm při hiporehabilitaci vede ke snížení svalového napětí a větší emocionální pohodě.

Dále se u účastníků prohlubuje vnímavost vůči signálům vlastního těla. K tomu dochází z toho důvodu, že komunikace mezi člověkem a koněm probíhá především na nonverbální úrovni pomocí řeči našeho těla (Håkanson 2008; White-Lewis 2020). Díky vědomému pohybu dochází k osvojení požadovaných pohybových vzorců, redukcí stresu a zlepšení uvědomování si vlastního těla (Rivest-Gadbois & Boudrais 2019). Ho et al. (2017) udává, že díky zlepšení vnímání vlastního těla dochází u účastníků hipoterapie zároveň i ke zlepšení kognitivních funkcí, a tedy i schopnosti učit se.

Během hiporehabilitačních jednotek lze kromě nácviků dovedností v sedle využít také práci ze země. Ukazuje se, že práce ze země vede k zapojení selektivní pozornosti a prostorové orientace. Praktické využití nachází zejména u klientů s ADHD. Díky cílené práci s koněm mají klienti možnost si lépe uvědomit pozici svého těla vůči okolnímu prostoru (Ward et al. 2022). Dalším přínosem hiporehabilitace je, že nabízí klidné prostředí bez nadbytečných rušivých stimulů (Ho et al. 2017). Právě vysoká sensorická citlivost je pro klienty s ADHD typická. V důsledku sensorického přetížení u nich často dochází k narušení pozornosti, krátkodobé paměti i prostorové orientace. Ztrácí tak povědomí o vlastním těle a hůře rozeznávají jeho signály, což se v praxi projevuje mimo jiné jako neschopnost identifikovat míru únavy (Hite et al. 2021).

Díky jasné struktuře a klidnému prostředí hiporehabilitace mají klienti možnost pozorněji vnímat a interpretovat sensorické informace. Tím dochází k pozitivnímu ovlivnění sensorického a neuromotorického systému i kognitivních funkcí (Ho et al. 2017).

3.6.3 Parajezdectví

Parajezdectví není pouze odvětvím hiporehabilitace, ale také sportovní disciplínou s mnohaletou tradicí. V roce 2006 bylo parajezdectví schváleno jako oficiální disciplína Světové jezdecké federace (FEI). Od té doby popularita parajezdectví stoupá a těší se oblíbenosti mnoha příznivců (Bocian et al. 2011). Do parajezdectví řadíme paradrezuru, paravoltiž, paravozatajství a parawestern (Bicková 2020).

Paradrezura představuje jedinou disciplínu parajezdectví, v níž je soutěžícím umožněna účast na paralympiádě. Soutěži v paradrezuře se mohou účastnit závodníci se zrakovým či tělesným postižením (Hobbs et al. 2023), přičemž soutěžící nebývají rozdělení na ženy a muže (de Haan et al. 2017). Pro zachování objektivního hodnocení jsou závodníci při soutěžích rozřazeni na základě míry postižení do pěti kategorií (de Haan et al. 2017; Hobbs et al. 2023). Podobně jako v drezuře je i v paradrezuře cílem dosáhnout dokonalé harmonie jezdce s koněm, která je vyjádřena skrze pohyb (St. George et al. 2022).

Paradrezura nabízí jezdcům mnohé benefity. St George et al. (2022) uvádí, že u paradrezurních jezdců dochází ke zlepšení hybnosti, svalové koordinace a správného držení těla v koňském sedle. Díky upevnění správných pohybových vzorců jezdce následně dochází i k žádoucímu provedení pohybu koně.

V poslední době stoupá zájem o paravoltiž. Jedná se o disciplínu, která v sobě zahrnuje prvky pedagogicko-psychologického ježdění a sportovní aktivity zároveň. Během voltiže klient provádí na koni, který lonžován na kruhu, sérii akrobatických prvků (Sklenaříková 2011). Díky pohybu koně ve třech dimenzích dochází u klientů k rozvoji hybnosti, síly, koordinace a stability (Sklenaříková 2015). Kromě pozitivního ovlivnění vnímání vlastního těla nabízí paravoltiž i mnohé benefity v sociální oblasti. Klienti se obvykle účastní paravoltiže ve dvojicích či ve skupině. Díky vzájemné spolupráci dochází k posílení sebedůvěry v mezilidských vztazích i k podpoře komunikačních dovedností (Sklenaříková 2015; Özer & Aksoy 2016). V rámci hiporehabilitace může být účast klientů v paravoltiži spojena také s péčí o koně a dalšími úkony, které vedou k posílení vlastních kompetencí (Özer & Aksoy 2016).

Další oblíbenou disciplínou parajezdectví pořádanou na světové úrovni je paravozatajství (Willimas & Berk 2023). Navzdory tomu, že při paravozatajství nepůsobí pohyb koně na jezdce přímo, pozitivním způsobem ovlivňuje osoby se specifickými potřebami. Dochází ke zlepšení koordinace, rovnováhy, kognitivních funkcí i sociálních dovedností (Scott 2005).

Mezi parajezdectví řadíme také parawestern. V současné době je jedinou westernovou disciplínou uznávanou ČJF a FEI reining, který v principu představuje westernovou alternativu drezury (Bicková 2020).

Klíčovým účinným faktorem parajezdectví je podobně jako v dalších odvětvích hiporehabilitace vztah mezi člověkem a koněm. Vztah, který má jezdec s koněm, podporuje sebedůvěru a probouzí v jezdcovi pocit zplnomocnění. Tyto pocity jsou navíc u závodníků v parajezdectví podpořeny také zlepšující se fyzickou kondicí a výkony (Hogg & Hoggins 2021; Hobbs et al. 2023).

3.6.4 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)

Hipoterapie v psychiatrii a psychologii představuje léčebnou metodu, která využívá koně jako společný účinný prvek v psychoterapeutickém procesu s cílem působit na chování a prožívání dané osoby (Lentini & Knox 2009). Přestože Hipoterapie v psychiatrii a psychologii cílí na ovlivnění psychosociální oblasti, narozdíl od Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi usiluje o dosažení specifického cíle u konkrétního klienta či pacienta (Wilkie et al. 2016).

Existuje celá řada možností, jak lze Hipoterapii v psychiatrii a psychologii efektivně provádět. Zásadní roli hraje interakce, která probíhá mezi koněm a člověkem. Pacient koni vykládá svůj požadavek, zatímco kůň na něj reaguje určitým způsobem. Pacient tak dostává o povaze svého sdělení bezprostřední zpětnou vazbu (Kakacek & Ottens 2008). Praktické provedení hipoterapeutické jednotky může být velmi různorodé a kreativní. Lze zapojit cvičení zaměřená na práci ze země i ze sedla (Rothe et al. 2005), v individuální či skupinové formě (Kakacek & Ottens 2008; Ward et al. 2022). Zvolený způsob provedení se liší s ohledem na konkrétní cíl terapie (Ward et al. 2022).

V zahraničí se lze setkat také s konceptem terapeutického ježdění (TR). Terapeutické ježdění se zaměřuje především na dovednosti ze sedla koně, což je rozdíl oproti klasickému pojetí hipoterapie, kdy často převažují aktivity ze země. U pacientů tak dochází vedle již zmíněných benefitů, které hipoterapie nabízí, také ke zlepšení fyzické kondice a jezdeckých dovedností (Fazio et al. 2013; Ward et al. 2022). Díky vědomému pohybu, který při TR pacient vykonává, dochází k hluboké sensorické stimulaci, čímž dochází k podpoře vnímání vlastního těla (Ward et al. 2022).

K terapeutickému ježdění i k hipoterapii, která se orientuje spíše na práci ze země, patří obvykle také základní péče o koně. Pacienti si díky čištění či krmení koní mohou snáze zvyknout na prostředí stáje. Péče o koně zároveň nabízí určitý opakující se scénář, díky němuž se HPT stává ritualizovaným procesem a probouzí tak v pacientech pocit jistoty (Fazio et al. 2013). Kontext, v němž se hipoterapeutické jednotky odehrávají, má pro samotný terapeutický proces pravděpodobně velký význam. K hipoterapii se neoddělitelně vztahuje i prostředí stáje nebo blízkého okolí (Bachi et al. 2011).

Důležitým elementem celkového kontextu hipoterapie je terapeut (Bachi et al. 2011; Lee et al. 2016). Jedná se o odborníka s expertízou v oblasti duševního zdraví, implicitní podmínkou bývá také důvěrný vztah ke koním. Terapeut by měl být schopen pacientovi nabídnout inkluzi do tohoto důvěrného vztahu skrze bezpodmínečné přijetí (Lee et al. 2016). Důležitou úlohou terapeuta je usměřňovat interakci probíhající mezi koněm a pacientem. Vhodným nástrojem může být využití metafor, které nabízejí nenásilné propojení mezi skutečností a vnitřním prožíváním pacienta (Kakacek & Ottens 2008; Bachi et al. 2011)

Hipoterapie obvykle bývá narozdíl od jiných terapeutických metod pacienty kladně přijímaná, a to i pacienty, kteří mají k léčbě obecně averzivní postoj (Brandt 2003; Kovács 2020). U pacientů tak často dochází ke zvýšení self-efficacy a pocitu, že mají svou léčbu pod kontrolou. Podnícení tohoto motivačního stavu představuje silný účinný faktor hipoterapie (Rothe et al. 2005; Lee Davis et al. 2015; Ward et al. 2022).

Hipoterapie v psychiatrii a psychologii nachází široké uplatnění v podpůrné léčbě pacientů s duševním onemocněním (White-Lewis 2020). Díky rozmanitým možnostem

provedení nachází Hipoterapie v psychiatrii a psychologii využití u celé řady psychiatrických diagnóz (Ward et al. 2022). Benefity, které toto odvětví hiporehabilitace svým působením nabízí, však nejsou omezeny pouze na psychosociální rovinu (Lee et al. 2016; Ward et al. 2022). Ukazuje se, že hipoterapie v psychiatrii a psychologii jeví potenciál pozitivně ovlivnit vnímání vlastního těla u pacientů s duševním onemocněním (Davis et al. 2015; Ward et al. 2022).

3.6.4.1 Vliv Hipoterapie v psychiatrii a psychologii na vnímání vlastního těla

Hipoterapie v psychiatrii a psychologii nabízí pacientům jedinečnou zkušenost, díky níž mají možnost skrze emoce intenzivněji vnímat nejen své duševní prožívání, ale i vlastní tělo (Ward et al. 2022). Kovács et al. (2020) vidí jedinečný přínos Hipoterapie v psychiatrii a psychologii v možnosti využít současně poznatky z oblasti neuropsychologie, fyziologie a dynamických přístupů psychoterapie. Tím dochází ke komplexnímu ovlivnění vnímání vlastního těla na několika úrovních.

Dle Lentini & Knox (2009) dochází ke zcitlivění vůči vnímání vlastního těla především bezděčně. Komunikace člověka s koněm probíhá převážně na neverbální úrovni, a vede tak člověka k větší vnímavosti vůči tělesným signálům, které vysílá. Díky osvojení určitých prvků nonverbální komunikace získají pacienti efektivní komunikační prostředky pro zvládnání sociálních situací. Porozumění nonverbálním signálům u sebe i druhých navíc vede k efektivnější emocionální regulaci (de Gelder et al. 2014). Ukazuje se, že řeč těla dokáže ovlivňovat podkorové oblasti mozku. Díky regulaci aktivace amygdaly tak dochází k ovlivnění specifické emocionální reakce (Sokolov et al. 2020).

Porozumění tělesným signálům přispívá ke schopnosti regulovat vlastní emocionalitu a projevy úzkosti (Gross et al. 2019). Při snižování míry úzkosti hraje zásadní roli práce s dechem. Nevědomé vnímání rytmu pohybu koně vede pacienty k pravidelnému a hlubokému dechu, který pomáhá snižovat míru prožívané úzkosti (Ford 2013; Burton et al. 2019). Tuto dovednost si navíc většina z nich odnáší i mimo prostředí hipoterapie (Ford 2013) Právě schopnost regulovat úzkost představuje podstatný prvek pro zlepšení celkové životní pohody osob s duševním onemocněním (Gross et al. 2019).

Zařazení hipoterapie do terapeutického plánu pacientů s úzkostnými projevy se jeví jako vysoce efektivní (Nelson et al. 2022). Ukazuje se, že kontakt s koněm vede ke zmírnění projevů úzkosti a podněcuje její autoregulaci. U pacientů s duševním onemocněním tak dochází k celkovému snížení frekvence výskytu maladaptivního chování (Wilson et al. 2016; Soulim 2023).

Hipoterapie v psychiatrii a psychologii má potenciál ovlivňovat nejen emocionální a behaviorální, ale také kognitivní oblast vnímání vlastního těla (Kakacek & Ottens 2008; Ford 2013). Práce s koňmi má u mnoha pacientů prokazatelný vliv na zvýšení pocitu vlastní hodnoty a také hodnoty, kterou přisuzují vlastnímu tělu. K tomu dochází především u aktivit prováděných ze sedla. Pokud mají pacienti možnost sedět na tak velkém zvířeti jako je kůň, získávají pocit kontroly nad danou situací, což následně vede ke zvýšení pocitu vlastní sebehodnoty (Ward et al. 2013).

Sharpe (2014) dále dodává, že ke zvýšení pocitu vlastní hodnoty a spokojenosti s vlastním tělem přispívá také možnost cíleně vykonávat řízený pohyb. Vykonávání cíleného pohybu přispívá u pacientů během hipoterapie ke zvýšení schopnosti vnímat své tělo ve vztahu

k okolnímu prostoru. Tím dochází ke zlepšení orientace v prostoru a celkové koordinace, v tomto ohledu nabízí hipoterapie možný přínos zejména pro pacienty s poruchami pozornosti (Jang et al. 2015). White et al. (2020) tento terapeutický efekt hipoterapie neubírá, nicméně poukazuje na skutečnost, že obecné účinky hipoterapie na specifické kognitivní funkce u pacientů s poruchami pozornosti bývají nejisté až mizivé, pokud pacient nepodstupuje hipoterapii v kombinaci s dalšími terapeutickými metodami. Také Sônego et al. (2018) zdůrazňuje při léčbě konkrétního pacienta důležitost multidisciplinárního přístupu, jehož právoplatnou součástí může být i hipoterapie.

Bachi et al. (2011) taktéž zmiňuje pozitivní možný vliv Hipoterapie v psychiatrii a psychologii na celkovou spokojenost s vlastním tělem. Ukázalo se, že u probandů, kteří jednou týdně po dobu sedmi měsíců docházeli na hipoterapii, došlo ke zvýšení míry spokojenosti se svým celkovým sebeobrazem, a tedy i s vlastním tělem. Bachi et al. (2011) rovněž zdůrazňuje důležitost multidisciplinárního přístupu a poukazuje na možná úskalí nejednotné metodiky, která je v hipoterapii napříč různými středisky využívána.

Pozitivní ovlivnění vztahu k vlastnímu tělu se zdá být velmi přínosné zvláště u pacientů trpících poruchou příjmu potravy. Sharpe (2014) vidí možný přínos hipoterapie u pacientů s poruchou příjmu potravy spíše než v intencionální proměně vztahu k vlastnímu tělu v tendenčním podnícení jedinečného tělesného prožitku, který pacienti skrze kontakt s koněm zakouší. Pacienti trpící poruchou příjmu potravy bývají často přehnaně soustředění na svůj vzhled a tělesnou hmotnost. Díky kontaktu s koněm mají možnost zažít situaci, kdy je kůň neposuzuje ani nehodnotí. Právě tato zkušenost spolu s emočními prožitky, které hipoterapie vyvolává, může u pacientů podnítit změnu postoje k vlastnímu tělu (Cantin & Marshall-Lucette 2011). Lentini & Knox (2009) uvádí, že účast v hipoterapii může pro pacienty s poruchou příjmu potravy představovat klíčový motiv pro rozhodnutí k úzdavě, a významně tak snížit míru ambivalence k léčbě.

Narozdíl od jiným psychiatrických diagnóz je zařazení cíleného pohybu do terapeutického plánu pacientů trpících poruchami příjmu potravy přinejmenším velmi diskutabilní. K tomuto stanovisku se přiklání většina odborníků zejména proto, že lidé s poruchou příjmu potravy mají tendenci využívat pohyb jako nástroj k manipulaci s tělesnou hmotností, obvykle směrem k její ztrátě. U mnohých pacientů mívá cílený pohyb podobu excesivního cvičení s charakterem závislosti (Lutter & Smith-Osborne 2011; Zunker et al. 2011). Z tohoto hlediska se zdá být u osob trpících poruchami příjmu potravy problematické také zařazení hipoterapie jako možného spouštěče mechanismu myšlenek ke kompulzivnímu pohybu (Lutter & Smith-Osborne 2011). Håkanson (2008) namítá, že právě cílená pohybová aktivita během hipoterapie může přispívat k úpravě postoje k pohybu a v kombinaci s dalšími terapeutickými metodami může vést pacienty také k úpravě jídelního chování a tělesné hmotnosti. Kovács et al. (2020) však dodává, že do budoucna je jistě nutné nenadsazovat obecně platné principy nad individuální přístup ke konkrétnímu pacientovi.

3.6.4.2 Hipoterapie v Psychiatrické nemocnici Bohnice

Hipoterapie bývá využívána jako podpůrná terapeutická metoda u pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici. Lze ji zařadit jako vhodnou aktivitu do terapeutického plánu pacientů ve stabilizovaném stavu, možný přínos představuje zařazení

hipoterapie i pro pacienty s chronickým průběhem duševního onemocnění (Nurenberg et al. 2015).

Hipoterapii je využívána jako podpůrná forma léčby mimo jiné i v Psychiatrické nemocnici Bohnice (dále jen PNB). Hipoterapie bývá lékařem indikována pacientům, kteří jsou v PNB hospitalizováni dlouhodobě, ale i těm, které čeká brzký návrat do běžného života (Hermannová et al. 2014).

Koncepce hipoterapeutických jednotek v PNB vychází především z principů psychomotorické terapie za pomoci koní. Tato forma terapie je zvláště vhodná pro pacienty, kteří mají potíže s vnímáním vlastního těla. Psychomotorická terapie za pomoci koní může být efektivní také pro pacienty, kteří mají potíže s odhadem vzdálenosti v prostoru a prostorovou orientaci (Hermannová et al. 2014). Tyto potíže se často vyskytují u pacientů s poruchami pozornosti (Hermannová et al. 2014; Hite et al. 2021), nicméně i pacientům s dalšími psychiatrickými diagnózami nabízí hipoterapie mnohé benefity (Kovács et al. 2020).

Ukazuje se, že hipoterapie pozitivně ovlivňuje psychomotorické funkce pacientů hned na několika úrovních. Dochází ke zlepšení prostorové orientace, zvýšení citlivosti smyslového vnímání i ke zlepšení kognitivních funkcí (Stolz et al. 2022). Ke stimulaci kognitivních funkcí dochází do jisté míry spontánně, nicméně ji lze podpořit vhodně zvolenými aktivitami. Jedná se zejména o úkoly zaměřené na paměť, logickou posloupnost činností a prostorovou orientaci (Hermannová et al. 2014). Dále lze pozorovat zlepšení odhadu identifikace vlastního těla vůči prostoru, svalové koordinace a přesnějšího vnímání vlastního pohybu (Stolz et al. 2022). Právě tyto schopnosti představují zásadní složky somatognozie (Tapajcikova et al. 2022).

Při hipoterapii lze využít nácvik asertivity a kontroly nad danou situací, cvičení zaměřená na verbální i neverbální komunikaci, své místo mají také aktivity, které cílí na skupinovou spolupráci a vymezení vztahové dynamiky mezi pacienty (Rothe et al. 2005). V průběhu hipoterapie vždy dochází ke stupňování náročnosti aktivit od jednodušších po složitější, přičemž zvolení konkrétních aktivit se vždy odvíjí od aktuálního stavu pacienta. Zpočátku bývají cvičení zaměřená především na práci ze země (viz Obrázek 4), u pokročilejších pacientů lze postoupit k aktivitám v sedle (viz Obrázek 5) (Hermannová et al. 2014). Hermannová et al. (2014) uvádí: „*Metodicky postupujeme od nedůvěry k důvěře, od pasivity k aktivitě, od ovládání vlastního těla k ovládání koně.*“

Porozumění signálům vlastního těla tak představuje předpoklad pro porozumění komunikačnímu sdělení, které probíhá v interakci člověk-kůň (Clasen 2017). Zvědomení signálů vlastního těla lze dosáhnout díky přiměřené tělesné stimulaci, k níž během hipoterapie dochází. Pokud pacienti dokáží efektivně vnímat své tělo, dokáží snáze regulovat své chování i přijímat zpětnou vazbu od svého okolí (Hermannová et al. 2014).

Princip, na základě něž je v PNB hipoterapie prováděna, ilustrují kazuistiky dvou pacientek (viz Přílohy).



Obrázek 4 - Pacientka se snaží sdělit svůj požadavek vůči koni prostřednictvím rytmického tlaku. Řeč těla dokáže prozradit nesoulad mezi požadavkem a vyjádřeným sdělením. (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)



Obrázek 5 - Pokročilejší pacientka při aktivitě v sedle. Kontakt s koněm často vede ke zlepšení nálady. (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

4 Závěr

První z cílů této práce bylo vypracovat literární rešerši na danou problematiku. Tento cíl se díky překvapivému počtu literárních pramenů podařilo naplnit. Navzdory množství uvedených publikací lze konstatovat, že somatognozie představuje fenomén, který je zapotřebí dále zkoumat. Mechanismy jejího ovlivnění jsou doposud objasněny jen částečně, a tak nám v absolutním porozumění příčinám, které somatognozii ovlivňují, zákonitě leccos uniká.

Narušení jednotlivých oblastí somatognozie bylo popsáno u řady duševních onemocnění, nicméně není známo příliš mnoho poznatků, které by u této klinické skupiny nabízely na somatognozii celostní pohled. Nejvíce publikací věnuje pozornost narušení tělesného schématu a body image. To je příhodné i vzhledem k současnému vývoji moderní společnosti s důrazem na vizuální prezentaci svého těla. Množství publikací se liší také s ohledem na konkrétní diagnózy. Převažují publikace, které se zabývají somatognozií u poruch příjmu potravy.

Přestože je známo také značné množství vyšetřovacích postupů, nejčastěji bývají uplatňovány u pacientů s neurologickým poškozením či pouřazovými stavy. U pacientů s duševním onemocněním se somatognozie zpravidla cíleně neposuzuje, výjimku tvoří snad, již výše zmíněné, poruchy příjmu potravy. Existuje řada terapeutických metod, kterými lze somatognozii pozitivně ovlivnit, nicméně neexistují žádná obecně platná metodická doporučení. Zvolený terapeutický postup se tak odvíjí od zdravotního stavu konkrétního pacienta.

Pozitivní vliv na somatognozii by dle poznatků z uvedených publikací mohla mít také hiporehabilitace. Vzhledem k cílové skupině osob s duševním onemocněním věnuje tato práce pozornost zejména Hipoterapii v psychiatrii a psychologii. S touto metodou se lze v České republice setkat především v nemocničních zařízeních.

Druhý cíl práce se zaměřoval na zhodnocení poznatků o vlivu hiporehabilitace na vnímání vlastního těla a nastínění dalšího směřování této podpůrné terapeutické metody. Pozitivní vliv hiporehabilitace na somatognozii je doložen značným počtem publikací, přestože jsou zde patrné jisté limitace. Tato práce vychází z některých zahraničních případových studií (Brandt 2003; Lentini & Knox 2009; Sharpe 2014; Davis et al. 2015), v České republice však kvalitativní výzkum hipoterapie na základě zjištěné literatury není prozatím příliš rozšířený. Větší důraz na kvalitativní výzkum hipoterapie by mohl poskytnout cenné poznatky pro uplatnění individuálního přístupu při terapeutickém ovlivnění somatognozie. Možný přínos nabízí také využití klinických testů k posouzení somatognozie při realizaci výzkumu.

V současném systému psychiatrické péče často není možné věnovat každému pacientovi individuální péči. Slibné východisko by mohl nabízet současný trend reformy psychiatrie, který usiluje o deinstitucionalizaci. Rozšíření ambulantních služeb pro pacienty s duševním onemocněním by mohlo vést k jejich větší dostupnosti. Důraz na větší dostupnost je jistě na místě i u podpůrných terapeutických metod, mezi něž můžeme zařadit i hipoterapii. Za velmi podstatné lze považovat také šíření relevantních informací mezi laickou i odbornou veřejností pro to, aby mohla být hipoterapie vnímána jako právoplatná terapeutická metoda.

Třetím cílem této práce bylo vypracování kazuistik umístěných v přílohách. Tento cíl se taktéž podařilo naplnit. Kazuistiky mohou podnětným způsobem ilustrovat princip Psychomotorické terapie za pomoci koní, jenž je v Psychiatrické nemocnici Bohnice uplatňován, a mohou nabídnout inspirativní vhled do praxe.

5 Literatura

- Aderka IM, Gutner CA, Lazarov A, Hermesh H, Hofmann SG, Marom S. 2014. Body image in social anxiety disorder, obsessive–compulsive disorder, and panic disorder. *Body Image* **11**: 51-56 DOI: 10.1016/j.bodyim.2013.09.002
- Alarcón MB, Alcedo MT, Fernández BC. 2005. Compilanse with group psychoterapeutic treatment in patients with borderline personality disorder.: Pilot study in patients 18 to 24 years. *Salud Mental* **28**: 52-60
- Aguirre Álvarez AA, Martínez Lemus H, Núñez Orozco L. 2005. Manifestaciones pseudoneurológicas de los trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencia* **6**: 480-487
- Andrade JM, Rodrigues CAQ, Carvalho APV, Mendels DG, Leite MT. 2013. Multiprofessional care to mental disorder patients under the perspective of the family health team. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* **5**: 3549-3557 DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3549
- Arabaci LB, Buyukbayram Arslan A, Dagli DA, Tas G. 2021. The relationship between university students' childhood traumas and their body image coping strategies as well as eating attitudes. *Archives of Psychiatric Nursing* **35**:66–72 DOI: 10.1016/j.apnu.2020.09.017
- Asada K, Toyo J, Hakarino K, Saito A, Hasegawa T, Kumagaya S. 2018. Brief Report: Body Image in Autism: Evidence from Body Size Estimation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* **48**: 611–618 DOI: 10.1007/s10803-017-3323-x
- Auxéméry Y. 2020. Nevrose et psychóse: quelles definitions pour la psychiatrie contemporaine?. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. **173**: 643-648 DOI: 10.1016/j.amp.2014.12.015
- Bachi K, Terkel J, Teichman M. 2011. Equine-facilitated psychotherapy for at-risk adolescents: The influence on self-image, self-control and trust. *Clinical child psychology and psychiatry* **17**: 298-312.
- Behar R, Aranciba M. 2015. Asceticism and spirituality in anorexia nervosa: A historical psychosocial analysis. *Salud Mental* **38**: 225-232 DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.031
- Bicková J. 2020. Zooterapie v kostce. Portál, Praha.
- Bewell-Weiss CV, Carter JC. 2010. Predictors of excessive exercise in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. **51**: 566-571 DOI: 10.1016/j.comppsy.2010.03.002
- Bernardoni F, King JA, Geisler D, Stein E, Jaite C, Nätsch D, Tam FI, Boehm I, Seidel M, Roessner V, Ehrlich S. 2016. Weight restoration therapy rapidly reverses cortical thinning in anorexia nervosa: A longitudinal study. *Neuroimage* **130**: 214-222 DOI: 10.1016/j.neuroimage.2016.02.003
- Bezudnaya, T, Keller A, 2008. Laterodorsal nucleus of the thalamus: A processor of somatosensory inputs. *J of Comparative Neurology* **507**: 1979–1989. DOI: 10.1002/cne.21664

- Blanaru M, Bloch B, Vadas L, Arnon Z, Ziv N, Kremer I, Haimov I. 2012. The effects of music relaxation and muscle relaxation techniques on sleep quality and emotional measures among individuals with posttraumatic stress disorder. *Mental illness* **4**: 10.4081/mi.2012.e13
- Blanke O, Ortigue S, Coeytaux A, Martory MD, Landis T. 2009. Hearing of a Presence. *Neurocase* **9**: 329–339 DOI: 10.1076/neur.9.4.329.15552
- Bocian K, Strzelec K, Dziubińska P. 2011. Results of para-dressage competition with regard to different levels of difficulties. *Annales UMCS, Zootechnica* **29**:1–10
- Boissonnault WG, Ross MD. 2012. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* **42**: 400-483 DOI: 10.2519/jospt.2012.3890
- Börm H. 2022. The End of the Roman Empire: Civil Wars, the Imperial Monarchy, and the End of Antiquity. *The End of Empires 191–212* DOI: 10.1007/978-3-658-36876-0_8
- Brede J, Babb C, Jones C, Elliott M, Zanker C, Tchanturia K, Serpell L, Fox J, Mandy W. 2020. “For Me, the Anorexia is Just a Symptom, and the Cause is the Autism”: Investigating Restrictive Eating Disorders in Autistic Women. *Journal of Autism and Developmental Disorders* **50**:4280–4296 DOI: 10.1007/s10803-020-04479-3
- Bryant RA. 2007. Does dissociation further our understanding of PTSD?. *Journal of Anxiety Disorders* **21**: 183–191 DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.09.012
- Burgon H. 2011. Queen of the world’: Experiences of ‘at-risk’ young people participating in equine-assisted learning/therapy. *Journal of Social Work Practice* **25**: 165-183 DOI: 10.1080/02650533.2011.561304
- Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson JK. 2005. The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **12**(4): 421-433 DOI: 10.1093/clipsy.bpi053
- Çakın G, Juwono ID, Potenza MN, Szabo A, 2021. Exercise Addiction and Perfectionism: A Systematic Review of the Literature. *Current Addiction Reports* **8**: 144–155 DOI: 10.1007/s40429-021-00358-8
- Campbell CM, France CR, Robinson ME, Logan HL, Geffken GR, Fillingim RB. 2008. Ethnic Differences in Diffuse Noxious Inhibitory Controls (DNIC). *The Journal of Pain* **9**(8): 759-66 DOI: 10.1016/j.jpain.2008.03.010
- Caprara ALF, Tharwat Ali H, Elrefaey A, Elejla SA, Rissardo JP. 2023. Somatosensory Auras in Epilepsy: A Narrative Review of the Literature. *Medicines* **10**(49): 1-20 DOI: 10.3390/medicines10080049
- Cash TF. 2003. Body image: past, present, and future. *Body Image* **1**: 1-5 DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1
- Carlsson EN, Garner DM. 2016. Eating Disorder Inventory. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* 978-981 DOI: 10.1007/978-981-287-087-2_192-1

- Chystovska Y, Bratanich O, Zhurakovskiy I, Akopian A, Izvekova O. 2022. Neuropsychological Correction of Psychosomatic Disorders. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience* **13**:145–157 DOI: 10.18662/brain/13.1/273
- Clasen C. 2017. Equine Therapy From A Dance/Movement Therapy Perspective [MSc. Thesis]. Sarah Lawrence College, New York.
- Clarke LH, Griffin M. 2008. Body image and aging: Older women and the embodiment of trauma. *Women's Studies International Forum* **31**:200–208 DOI: 10.1016/j.wsif.2008.04.001
- Constantino JN, Charman T. 2016. Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *The Lancet neurology* **15**: 279-291 DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00151-9
- Craig A. 2014. The History of Madness and Mental Illness in the Middle Ages: Directions and Questions. *History Compass* **12**: 729–744 DOI: 10.1111/hic3.12187
- Creed F, Barsky A. 2004. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research* **56**:391–408 DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00622-6
- Dahlberg H, 2018. Beyond the absent body—A phenomenological contribution to the understanding of body awareness in health and illness. *Nursing philosophy* **20**: 1-10 DOI: 10.1111/nup.12235
- Damasio A, Dolan R. 1999. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness **401**: 847-848
- Danielsen SY, Rekkedal GÅ, Frostad S, Kessler U. 2016. Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) in the treatment of anorexia nervosa: a prospective multidisciplinary study. *BMC Psychiatry* **342**: 1-14 DOI: 10.1186/s12888-016-1056-6
- Davis DL, Maurstad A, Dean S. 2014. My Horse Is My Therapist: The Medicalization of Pleasure among Women Equestrians. *Medical Anthropology Quarterly* **29**: 298–315 DOI: 10.1111/maq.12162
- De Haan D, Sotiriadou P, Henry I. 2017. Sex Integration in Sport and Physical Culture. Routledge, London.
- Dean E, Haywood C, Hunter P, Austin N, Prendergast L. 2020. Body image in older, inpatient women and the relationship to BMI, anxiety, depression, and other sociodemographic factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **35**:182–187 DOI: 10.1002/gps.5233
- De Gelder B, de Borst AW, Watson R. 2014. The perception of emotion in body expressions. *Cognitive Science* **6**(2): 149-158 DOI: 10.1002/wcs.1335
- De Oliveira K, Clayton HM, dos Santos Harada É. 2020. Gymnastic Training of Hippotherapy Horses Benefits Gait Quality When Ridden by Riders with Different Body Weights. *Journal of Equine Veterinary Science* **94**: DOI: 10.1016/j.jevs.2020.103248
- De Santis M, Contalbrigo L, Borgi M, Cirulli F, Luzi F, Redaelli V, Stefani A, Toson M, Odore R, Vercelli C, Valle E, Farina L. 2017. Equine Assisted Interventions (EAIs): Methodological

- Considerations for Stress Assessment in Horses. *Veterinary sciences* **44**: 3-14 DOI: 10.3390/vetsci4030044
- De Vignemont F. 2009. Body schema and body image—Pros and cons. *Neuropsychologia* **48**: 669-680 DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.022
- Dickens SH. 2000. Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *British Journal of Medical Psychology* **73**: 67-76 DOI: 10.1348/000711200160309
- Dieguez S, Annoni J-M. 2013. Asomatognosia: disorders of the bodily self. Pages 170–192 in Godefroy O, editor. *The Behavioral and Cognitive Neurology of Stroke*, 2nd edition. Cambridge University Press.
- Donaldson MC, Holter AM, Neuhoff S, Arnosky JA, Simpson BW, Vernon K, Blob RW, DesJardins JD. 2019. The Translation of Movement From the Equine to Rider With Relevance for Hippotherapy. *Journal of Equine Veterinary Science* **77**:125–131 DOI: 10.1016/j.jevs.2019.02.017
- Edward RR, Ness TJ, Weigent DA, Fillingim RB. 2003. Individual differences in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC): association with clinical variables. *PAIN* **106**: 427-437 DOI: 10.1016/j.pain.2003.09.005
- Egeland CM, Bent JŠ, Heiervang KS. 2021. Recovery-oriented care: mental health workers' attitudes towards recovery from mental illness. *Empirical Studies*. **35**: 998–1005 DOI: 10.1111/scs.12958
- Elgelid S. 2005. Feldenkrais and Body Image. *Feldenkrais Research Journal* **2**: 1-55
- Englebert J, Follet V, Valentiny C. 2017. Anorexia Nervosa and First-Person Perspective: Altruism, Family System, and Body Experience. *Psychopathology* **51**: 24-30 DOI: 10.1159/000485629
- Enoksson M, Hultsjö S, Wärdig RE, Strömberg S. 2022. Experiences of how brief admission influences daily life functioning among individuals with borderline personality disorder (BPD) and self-harming behaviour. *Journal of Clinical Nursing* **31**:2910–2920 DOI: 10.1111/jocn.16118
- Evans M, 2001. The medical body as philosophy's arena **22**: 17-32 DOI: 10.1023/A:1009980506786
- Ewing CA, MacDonald PM, Taylor M, Bowers MJ. 2007. Equine-Facilitated Learning for Youths with Severe Emotional Disorders: A Quantitative and Qualitative Study. *Child Youth Care Forum* **36**: 59–72 DOI: 10.1007/s10566-006-9031-x
- Fagiolini A, Goracci A. 2009. The Effects of Undertreated Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Disorders. *The Journal of Clinical psychiatry* **70**: 22-29 DOI: The Effects of Undertreated Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Disorders
- Fazio E, Medica P, Cravana C, Ferlazzo A. 2013. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses of horses to therapeutic riding program: Effects of different riders. *Physiology and Behavior* **118**:138–143 DOI: 10.1016/j.physbeh.2013.05.009

- Farkas M, Rudnick A. 2023. The Legacy of William (Bill) A. Anthony: Past, Present and Future. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. **46**: 169-172 DOI: 10.1037/prj0000583
- First MB. 2010. Paradigm shifts and the development of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: past experiences and future aspirations. *Can J Psychiatry* **55**: 692-700
- Fogassi L, Luppino G. 2005. Motor function of the parietal lobe. *Current opinion in neurobiology* **15**: 626-631 DOI: 10.1016/j.conb.2005.10.015
- Ford C. 2013. Dancing with Horses: Combining Dance/Movement Therapy and Equine Facilitated Psychotherapy. *American Journal of Dance Therapy* **35**:93–117 DOI: DOI 10.1007/s10465-013-9156-z
- Foster AA, Hylwa SA, Bury JE, Davis MDP, Pittelkow MR, Bostwick JM. 2011. Delusional infestation: Clinical presentation in 147 patients seen at Mayo Clinic. *Journal of the American Academy of Dermatology* **67**: 10.1016/j.jaad.2011.12.012
- Fowler JC, Charak R, Elhai JD, Allen JG, Frueh BC, Oldham JM. 2014. Construct validity and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research* **58**: 175-180 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.029
- Frederick KE, Ivey Hatz J, Lanning B. 2015. Not Just Horsing Around: The Impact of Equine-Assisted Learning on Levels of Hope and Depression in At-Risk Adolescents. *Community Mental Health Journal* **51**: 809–817 DOI: 10.1007/s10597-015-9836-x
- Fuchs T, Sabine CK, 2014. Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in psychology* **5**: DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00508
- Fujii R, Takahashi T, Toyomura A, Miyamoto T, Ueno T, Yokoyama A. 2011. Comparison of cerebral activation involved in oral and manual stereognosis. *Journal of Clinical Neuroscience* **18**: 1520-1523 DOI: 10.1016/j.jocn.2011.03.005
- Gazmuri S. 2006. The mentally ill in Roman Society. *ARGOS, Revista de la Asociación Argentina de Estudios Clásicos* **30**: 87-102
- Giagazoglou P, Arabatzi F, Kellis E, Liga M, Karra C, Amiridis I. 2013. Muscle reaction function of individuals with intellectual disabilities may be improved through therapeutic use of a horse. *Research in Developmental Disabilities* **34**:2442–2448 DOI: 10.1016/j.ridd.2013.04.015
- Goldenberg G. 2009. Apraxia and the parietal lobes. *Neuropsychologia* **47**: 1449–1459 DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2008.07.014
- Graham KT, Martin-Iverson MT, Holmes NP, Jablensky A, Waters F. 2014. Deficits in agency in schizophrenia, and additional deficits in body image, body schema, and internal timing, in passivity symptoms. *Frontiers in Psychiatry* **5**: 1-11 DOI: 10.3389/fpsy.2014.00126
- Grunwald M, Ettrich C, Assmann B, Dähne WK, Busse F, Gertz HJ. 2001. Deficits in Haptic Perception and Right Parietal Theta Power Changes in Patients with Anorexia Nervosa Before and After Weight Gain. *International Journal of Eating Disorders* **29**: 418-428 DOI: 10.1002/eat.1038

Gøtzsche PC, Young AH, Crace J. 2015. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good?. *The BMJ*. **350**: DOI: 10.1136/bmj.h2435

Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Heller SG. 2015. S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **265**:173–188 DOI: 10.1007/s00406-014-0558-9

Guerra Cabrera F, Diéguez Porres M. 2011. Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. *Atención Primaria* **43**:440–446 DOI: doi:10.1016/j.aprim.2010.09.005

Håkanson M, 2008. Equine Assisted Therapy in Physiotherapy. Section of Primary Health Care, Department of Public Health and Community Medicine, Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg.

Hátlová B, Adámková S, Bašný Z. 2012. Psychomotorická terapie – Využití aktivního pohybu v léčbě psychiatrických pacientů. *Psychosom Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu* **11**: 91-102

Heilpron A, Noel G. 1968. Reflections on the consciousness of disability and somatognosis in cases of acute spinal injuries. *Paraplegia* **6**: 122-127 DOI: 10.1038/sc.1968.22

Herman E, Praško J, Hovorka J. 2004. Somatomorfni poruchy. *Psychiatrie pro praxi* **5**: 270-272

Hermannová H, Münichová D, Nerandžič Z. 2014. *Základy hipoterapie*. Proffí Press, Praha.

Hite R, Childers G, Jones G, Corin E, Pereyra M. 2021. Describing the Experiences of Students with ADHD Learning Science Content with Emerging Technologies. *Journal of Science Education for Students with Disabilities* **24**:1–34 DOI: 10.14448/jsepd.13.0012

Hobbs SJ, Alexander J, Wilkins C, St. George L, Nankervis K, Sinclair J, Penhorwood G, Williams J, Clayton HM. 2023. Towards an Evidence-Based Classification System for Para Dressage: Associations between Impairment and Performance Measures. *Animals* **13**: 1-24 DOI: 10.3390/ani13172785

Hogg RC, Hodgins GA. 2021. Symbiosis or Sporting Tool? Competition and the Horse-Rider Relationship in Elite Equestrian Sports. *Animals* **11**:1352 11-36 DOI: doi.org/10.3390/ani11051352

Ho NF, Zhou J, Fung DSS, Kua PHJ. 2017. Equine-assisted learning in youths at-risk for school or social failure. *Cogent Education* **4**: 1-18 DOI: 10.1080/2331186X.2017.1334430

Huang K, Foldi CJ. 2022. How Can Animal Models Inform the Understanding of Cognitive Inflexibility in Patients with Anorexia Nervosa?. *Clinical Journal of Medicine* **9**: 1-17 DOI: 10.3390/jcm11092594

Iavazzo CR. 2009. The breast: from Ancient Greek myths to Hippocrates and Galen. *Reproductive BioMedicine Online* **19**: 51-54 DOI: 10.1016/s1472-6483(10)60277-5

- Inamdar S, Liberatore T, Treur J. 2023. An Adaptive Network Model for Anorexia Nervosa: Addressing the Effects of Therapy. *Computational Collective Intelligence* **1462**: 741-752 DOI: 10.1007/978-3-031-41456-5_56
- Irvine KR, McKenzie KJ, Pollet TV, Cornelissen KK, Tovée MJ, Cornelissen PL. 2019. Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia* **122**: 38-50 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2004.10.006
- Izdebska A, 2015. Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception. *Current Issues in Personality Psychology* **3**: 65–83 DOI: 10.5114/cipp.2015.52105
- Jang B, Song J, Kim J, Kim S, Lee J, Shin H-Y, Kwon J-, Kim Y-H, Young Y-S. 2015. Equine-Assisted Activities and Therapy for Treating Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2015 **21**:9 546-553 DOI: 10.1089/acm.2015.0067
- Jenkinson PM, Moro V, Fotopoulou A. 2018. Definition: Asomatognosia. *Cortex* **101**: 300-301 DOI: 10.1016/j.cortex.2018.02.001
- Jung J, Lennon SJ. 2003. Body Image, Appearance Self-Schema, and Media Images. *Family and Consumer Sciences Research Journal* **32**: 27-51 DOI: 10.1177/1077727X03255900
- Kakacek SL, Ottens AJ. 2008. An Arena for Success: Exploring Equine-Assisted Psychotherapy. *Michigan Journal of Counseling: Research, Theory, and Practice* **35**:14–23 DOI: 10.22237/mijoc/1217548920
- Kendell RE. 2002. The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry* **180**: 110-115 DOI: 10.1192/bjp.180.2.110
- Kenny D. 2016. A Brief History of Psychoanalysis: From Freud to Fantasy to Folly. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia* **4**. Available from <https://pacja.org.au/article/71013-a-brief-history-of-psychoanalysis-from-freud-to-fantasy-to-folly> (accessed January 20, 2024).
- Khoshkerdar P, Raeisi Z. 2020. The effect of mindfulness-based stress reduction on body image concerns of adolescent girls with dysfunctional eating attitudes. *Australian Journal of Psychology* **72**: 11-19 DOI: 10.1111/ajpy.12265
- Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, Hologue C, Keefer A, Riley A. 2019. Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Among Youth and Young Adults in the US. *Pediatrics* **143**: 1-13 DOI: 10.1542/peds.2018-2192
- Kolář P. 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. Galén, Praha.
- Kovács G, Van Dijke A, Enders-Slegers M-J. 2020. Psychodynamic Based Equine—Assisted Psychotherapy in Adults with Intertwined Personality Problems and Traumatization: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **17**:5661 1-18 DOI: 10.3390/ijerph17165661
- Krause-Utz A, Frost R, Winter D, Elzinga BM. 2017. Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports* **19**:6 1-22 DOI:10.1007/s11920-017-0757-y

- Krch FD. 2005. Poruchy příjmu potravy. Grada, Praha.
- Kumbier E. 2021. History of Antipsychotics. *NeuroPsychopharmacotherapy* 1-14 DOI: 10.1007/978-3-319-56015-1_387-1
- Lee Davis D, Maurstad A, Dean S. 2015. My Horse Is My Therapist: The Medicalization of Pleasure among Women Equestrians. *Medical Anthropology Quarterly* **29**:298–315 DOI: 10.1111/maq.12162
- Lee PT, Dakin E, McLure M. 2014. Narrative synthesis of equine-assisted psychotherapy literature: Current knowledge and future research directions. *Health and Social Care in the Community* **24**(3): 225–246 DOI: 10.1111/hsc.12201
- Lentini JA, Knox M. 2009. A Qualitative and Quantitative Review of Equine Facilitated Psychotherapy (EFP) with Children and Adolescents. *The Open Complementary Medicine Journal* **1**:51–57 DOI: 10.2174/1876391X00901010051
- Leone C, Galosi C, Mollica S, Fortunato M, Possidente C, Milone V, Misuraca S, Berillo L, Truini A, Cruccu G, Ferrara M, Terrinoni A. 2020. Dissecting pain processing in adolescents with Non-Suicidal Self Injury: Could suicide risk lurk among the electrodes?. *European Journal of Pain* **25**:1815–1828 DOI: 10.1002/ejp.1793
- Lepšíková M, Čech Z, Kolář P. 2013. Změny somatognozie v klinickém obraze chronických bolestivých poruch pohybového aparátu. *Medicína po promoci*. Available from: Změny somatognozie v klinickém obraze chronických bolestivých poruch pohybového aparátu | MT (tribune.cz) (accessed April 2013)
- Levin JB, Seifi N, Cassidy KA, Tatsuoka C, Sams J, Akagi KK, Sajatovic M. 2014. Comparing Medication Attitudes and Reasons for Medication Non-Adherence among Three Disparate Groups of Individuals with Serious Mental Illness. *National Institutes of Health* **11**: 769-773 DOI: 10.1097/NMD.0000000000000201.
- Longhurst P. 2023. Body image and autism: A scoping review. *Research in Autism Spectrum Disorders* **105**:102170 DOI: 10.1016/j.rasd.2023.102170
- Lorenzo-Luaces L, Keefe JR, DeRubeis RJ. 2016. Cognitive-behavioral therapy: Nature and relation to non-cognitive behavioral therapy. *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* **47**: 785-803 DOI: 10.1016/j.beth.2016.02.012
- Lutter C, Smith-Ossborne A. 2011. Exercise in the treatment of eating disorders. *Best Practices in Mental Health* **7**: 42-59
- Malůš M, Kupka M, Dostál D, 2016. Prožívaná životní smysluplnost, všímavost a sebehodnocení v kontextu omezené zevní stimulace. *Psychologie a její kontexty* **7**(2): 59-72
- Manon JS, Scheffers M, Emck C, van Busschbach JT. 2021. The Body Experience Questionnaire for adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning (BEQ-mb): Development and initial evaluation *Journal of Intellectual & Developmental Disability* **47**: 1-11 DOI:10.3109/13668250.2021.1929879
- Maravita A, Iriki A. 2004. Tools for the body (schema). *TRENDS in cognitive science*. **8**: 79-86 DOI: 10.1016/j.tics.2003.12.008

- Marcuzzo M, Pich S, Dittrich MG. 2012. Construction of body image among obese subjects and its relationship with the contemporary imperatives for body beautification. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* **43**: .943-54 DOI: 10.1590/S1414-32832012005000041
- Matone A, Gandin C, Ghirini S, Scafato E. 2022. Alcohol and Substance Use Disorders Diagnostic Criteria Changes and Innovations in ICD-11: An Overview. *Clinical Psychology in Europe* **4**: 1-13 DOI: 10.32872/10.32872/cpe.v4.si
- Mazaheri M, Daghighzadeh H, Afshar H, Mohammadi M. 2017. The Effectiveness of the Unified Protocol on Emotional Dysregulation and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Psychosomatic Disorders. *International Journal of Body, Mind & Culture* **1**: 73-82 DOI: doi.org/10.22122/ijbmc.v1i1.7
- McGlynn SM, Schacter DL. 1989. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. **11**: 143-205 DOI: 10.1080/01688638908400882
- Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A. 2009. Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *Plos ONE* **5**: 1-18 DOI: 10.1371/journal.pone.0005614
- Mehling WE, Wrubel J, Daubenmier JJ, Price JC, Kerr CE, Silow T, Gopisetty W, Stewart AL. 2011. Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies **6**: DOI: 10.1186/1747-5341-6-6
- Miller-McLemore BJ. 2013. Embodied Knowing, Embodied Theology: What Happened to the Body?. *Pastoral psychology* **62**: 743-758 DOI: 10.1007/s11089-013-0510-3
- Millon T. 2011. Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal
- Mohr P. 2017. Co přinese nová klasifikace MKN-11?. *Česká a Slovenská Psychiatrie* **113**: 147-148
- Mölbert SC, Klein L, Thaler A, Mohler BJ, Brozzo C, Martus P, Karnath HO, Zipfel S, Giel KE. 2017. Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology review* **57**: 21-31 DOI: 10.1016/j.cpr.2017.08.005
- Mulder EJCM, Linssen WHJP, Passchier J, Orlebeke JF, de Geus EJC. 1999. Interictal and postictal cognitive changes in migraine. *Cephalgia* **19**: 558-565
- Murphy L, Wilson J, Greenberg S. 2017. Equine-assisted experiential learning in occupational therapy education. *Journal of Experiential Education* **40**: 366–376 DOI: 10.1177/1053825917712732
- Murray SB, Rieger E, Hildebrandt T, Karlov L, Russel J, Boon E, Dawson RT, Touyz SW. 2012. A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image* **9**: 193-200 DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.01.008

Naste TM, Price M, Karol J, Martin L, Murphy K, Miguel J, Spinazzola J. 2018. Equine Facilitated Therapy for Complex Trauma (EFT-CT). *Journal of Child & Adolescent Trauma* **11**:289–303 DOI: 10.1007/s40653-017-0187-3

Nelson C, Dossett K, Walker DL. 2022. Equine-Assisted Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Among First Responders. *Psychological Reports*:003329412211467 **0**(0) 1–17 DOI: 10.1177/00332941221146707

Neumärker KJ, Bzufka WM, Dudeck U, Hein J, Neumärker U. 2000. Are there specific disabilities of number processing in adolescent patients with Anorexia nervosa? Evidence from clinical and neuropsychological data when compared to morphometric measures from magnetic resonance imaging. *European Child & Adolescent Psychiatry* **9**: 111-121 DOI: 10.1007/s007870070005

Neustadter ES, Fineberg SK, Leavitt J, Carr MM, Corlett PR. 2019. Induced illusory body ownership in borderline personality disorder. *Neuroscience of Consciousness* **5**: 1-10

Nielsen SS, Mikkelsen L, Quaade N, Gladstone TRG, Beardslee WR, Bonnemose K, Rosenberg NK, Hjorthøj C, Thorup AAE, Nordentoft M, Ranning A. 2023. A study protocol for the randomized controlled trial SAFIR FAMILY TALK: a selective primary preventive intervention vs. service as usual for children of parents with mental illness. Nielsen et al. *Trials* **291**: 1-14 DOI: 10.1186/s13063-023-07256-6

Nordentoft M, Søgaard M. 2005. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry* **59**: 213-216 DOI: 10.1080/08039480510027706

Nowak K, Muzaj H, Nawrocka H, Sobaniec P. 2018. Evaluation of the effectiveness of MNRI therapy (Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration) in children with autism based on the ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) test – a preliminary report. *Medical Rehabilitation* **22**: 20-34 DOI: 10.5604/01.3001.0012.6899

Nurenberg JR, Schleifer SJ, Shaffer TM, Yellin M, Desai PJ, Amin R, Bouchard A, Montalvo C. 2015. Animal-Assisted Therapy With Chronic Psychiatric Inpatients: Equine-Assisted Psychotherapy and Aggressive Behavior. *Psychiatric Services* **66**:80–86 DOI: 10.1176/appi.ps.201300524

Oktan V. 2017. Self-Harm Behaviour in Adolescents: Body Image and Self-Esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools* **27**:177–189 DOI:10.1017/jgc.2017.6

O'Neill E, Clarke P, Fido D, Vione KC. 2022. The Role of Future Time Perspective, Body Awareness, and Social Connectedness in the Relationship Between Self-efficacy and Resilience. *International Journal of Mental Health and Addiction* **20**:1171–1181. DOI: 10.1007/s11469-020-00434-6

Orel M, Procházka R. 2017. *Vyšetření a výzkum mozku*. Grada, Praha

Özer D, Aksoy A. 2016. Disability Sports and Health; Games and Activity Modifications: Erasmus Intensive Program **30**(2): 28-31

- Paans NPG, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Penninx BWJH. 2018. Contributions of depression and body mass index to body image. *Journal of Psychiatric Research* **103**:18–25 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.003
- Papagiannaki A, Shinebourne P. 2016. The contribution of creative art therapies to promoting mental health: Using Interpretative Phenomenological Analysis to study therapists' understandings of working with self-stigmatisation. *The Arts in Psychotherapy* **50**: 66-74 DOI: 10.1016/j.aip.2016.06.007
- Papežová H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy Interdisciplinární přístup*. Grada, Praha.
- Papežová H, Yamamotová A, Uher R. 2005. Elevated pain threshold in eating disorders: physiological and psychological factors. *Journal of Psychiatric Research* **39**: 431-438 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2004.10.006
- Peñas-Lledó E, Vaz Leal FJ, Waller G. 2002. Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders* **4**: 370-375 DOI: 10.1002/eat.10042
- Perrotta A, Serrao M, Ambrosini A, Bola M, Coppola G, Sandrini G, Pierelli F. 2013. Facilitated temporal processing of pain and defective supraspinal control of pain in cluster headache. *PAIN* **154**(8): 1325-1332 DOI: 10.1016/j.pain.2013.04.012
- Pimenta AM, Sánchez-Villegas A, Bes-Rastrollo M, López CN, Martínez-González MÁ. 2009. Relationship between body image disturbance and incidence of depression: the SUN prospective cohort. *BMC Public Health* **9**:1 1-9 DOI: 10.1186/1471-2458-9-1
- Pitron V, Vignemont F. 2017. Beyond differences between the body schema and the body image: insights from body hallucinations. *Consciousness and Cognition* **53**: 115-121 DOI: 10.1016/j.concog.2017.06.006
- Poock K, Orgass B. 1971. The Concept of the Body Schema: A Critical Review and Some Experimental Results. *Cortex* **7**: 254-277 DOI: 10.1016/S0010-9452(71)80005-9
- Post BC, Wade NG. 2009. Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology* **65**: 131-146 DOI: 10.1002/jclp.20563
- Preiss M, Kučerová H. 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Grada, Praha
- Priebe S, Röhricht F. 2001. Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research* **101**:289–301 DOI: 10.1016/S0165-1781(01)00214-1
- Ramaprasad D, Suryanarayana Rao N, Kalyanasundaram S. 2015. Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. *Asian Journal of Psychiatry* **18**: 31-36 DOI: 10.1016/j.ajp.2015.10.007
- Reichl C, Kaess M. 2021. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology* **37**:139–144 DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.12.007
- Revelle W. 2016. Hans Eysenck: Personality theorist. *Personality and Individual Differences* **103**: 32-39 DOI: 10.1016/j.paid.2016.04.007

- Rice KG, Lapsley DK. 2001. Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development* **42**: 157-168
- Rickhi B, Quan H, Moritz S, Stuart HL, Arboleda-Flórez J. 2003. Mental disorders and reasons for using complementary therapy. *The Canadian Journal of Psychiatry* **48**: 475-479 DOI: 10.1177/070674370304800708
- Ries ML, Jabbar BM, Schmitz TW, Trivedi MA, Gleason CE, Carlsson CM, Rowley HA, Asthana S, Johnson SC. 2007. Anosognosia in mild cognitive impairment: Relationship to activation of cortical midline structures involved in self-appraisal. *Journal of the International Neuropsychological Society* **13**: 450-461: DOI: 10.1017/S1355617707070488
- Rivest-Gadbois E, Boudrias M-H. 2019. What are the known effects of yoga on the brain in relation to motor performances, body awareness and pain? A narrative review. *Complementary Therapies in Medicine* **44**:129–142. DOI: 10.1016/j.ctim.2019.03.021
- Roberts SR, Maheux AJ, Hunt RA, Ladd BA, Choukas-Bradley S. 2022. Incorporating social media and muscular ideal internalization into the tripartite influence model of body image: Towards a modern understanding of adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image* **41**: 239–247 DOI: 10.1016/j.bodyim.2022.03.002
- Rothe EQ, Vega BJ, Torres RM, Soler SMC, Pazos RMM. 2005. From kids and horses: Equine facilitated psychotherapy for children **5**: 373-383
- Ruiz G, Sánchez N. 2020, August. A History of Pavlovian Science. Oxford University Press. Available from <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-673>.
- Runcan R, Runcan PL, Goian C, Nadolu B, Ardelean MG. 2020. Self-harm in Adolescence. Page NORDCI Conference proceedings, Book 1 Volume 3. SAIMA Consult Ltd.
- Saetta G, Geisseler OZ, Stauffacher F, Serra C, Vannuscorps G, Brugger P. 2020. Asomatognosia: Structured Interview and Assessment of Visuomotor Imagery. *Frontiers in psychology* **11**: (e544544) DOI: 10.3389/fpsyg.2020.544544
- Sakson-Obada O, Chudzikiewicz P, Pankowski D, Jarema M. 2018. Body Image and Body Experience Disturbances in Schizophrenia: an Attempt to Introduce the Concept of Body Self as a Conceptual Framework. *Current Psychology* **37**:390–400 DOI: 10.1007/s12144-016-9526-z
- Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF. 2005. Body Image and Obesity in Adulthood. *Psychiatric Clinics of North America* **28**: 69-87 DOI: 10.1016/j.psc.2004.09.002
- Schilder. 1935. *The image and appearance of the human body*. International Universities Press, New York
- Scott N. 2005. *Special Needs, Special Horses: A Guide to the Benefits of Therapeutic Riding*. University of North Texas Press, Texas.

- Şengüzel S, Cebeci A, Ekici B, Gönen I, Tath B. 2020. Impact of eating habits and nutritional status on children with autism spectrum disorder. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. **16**: 413-421 DOI: 10.1016/j.jtumed.2020.11.010
- Seredova M, Maskova A, Mrstinova M, Volicer L. 2016. Effects of Hippotherapy on Well-Being of Patients With Schizophrenia. *Arch Neurosci* **3**(4):e39213 DOI: 10.5812/archneurosci.39213
- Sharpe H. 2014. Equine-Facilitated Counselling and Women with Eating Disorders: Articulating Bodily Experience Le mieux-être facilité par le cheval dans le counseling chez les femmes souffrant de troubles de l'alimentation: articuler l'expérience corporelle **48**: 127–152
- Sierra M, David AS. 2011. Depersonalization: A selective impairment of self-awareness. *Consciousness and Cognition* **20**: 99–108. DOI: 10.1016/j.concog.2010.10.018
- Silkwood-Sherer D, Warmbier H. 2007. Effects of hippotherapy on postural stability, in persons with multiple sclerosis: a pilot study. *Journal of Neurologic Physical Therapy* **31**: 77-84 DOI: 10.1097/NPT.0b013e31806769f7
- Sklenaříková J. 2011. A special kinetic programme for advancement of coordination skills in paravaulting training 112-119 in Hughes MD, Dancs H, Nagyvárad K, Polgár T, James N, Vučković G, Sporiš G, Jovanović M, editors. *Research Methods and Performance Analysis*. University of West Hungary, Hungary.
- Sklenaříková J. 2015. Paravaulting—the use of therapeutic horseback riding as an inclusive physical activity. *Physiotherapy* **101**: 1406-1407.
- Smeets MAM, Kosslyn SM. 2001. Hemispheric differences in body image in anorexia nervosa. *International Journal of Eating disorders* **29**: 409-416 DOI: 10.1002/eat.1037
- Smiech A, Rabe-Jabloska J. 2005. Are there any cognitive functioning disorders specific for anorexia nervosa?. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna-journal of Psychiatry and Clinical Psychology* **5**: 169-177
- Sokolov AA, Zeidman P, Erb M, Pollick FE, Fallgatter AJ, Ryvlin P, Friston KJ, Pavlova MA. 2020. Brain circuits signaling the absence of emotion in body language. *Proceedings of the National Academy of Sciences* **117**:20868–20873 DOI: 10.1073/pnas.2007141117
- Souilm N. 2023. Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. *BMC Complementary Medicine and Therapies* **23**: 1-10 DOI: 10.1186/s12906-023-04191-6
- Sônego GL, Cavalante JVM. 2018. Contribuições da equoterapia ao desenvolvimento de crianças com deficiências: um enfoque interdisciplinar **37**: 653-670
- St. George L, Thetford C, Clayton HM, Hobbs SJ. 2022. An exploration of stakeholder perceptions to inform the development of an evidence-based classification system in para dressage. *Journal of Sports Sciences* **40**:459–469 DOI: 10.1080/02640414.2021.1997012
- Stackeová D. 2007. Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *PsychoSom* **5**: 47-55

- Stern C, Chur-hansen A. 2019. An umbrella review of the evidence for equine-assisted interventions. *Australian Journal of Psychology* **71**: 361-374 DOI: 10.1111/ajpy.12246
- Stolz I, Anneken V, Froböse I. 2022. Measuring Equine-Assisted Therapy: Validation and Confirmatory Factor Analysis of an ICF-Based Standardized Assessment-Tool. *IJERPH* **19**: 2738 DOI: 10.3390/ijerph19052738
- Stormer SM, Thompson JK. 1996. Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of eating disorders* **19**: 193-202 DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<193::AID-EAT10>3.0.CO;2-W
- Strong T, Busch R. 2013. DSM-5 and Evidence-Based Family Therapy? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* **34**: 90-103 DOI: 10.1002/anzf.1009
- Tapajcikova T, Líška D, Batalik L, Tucker CP, Kobesova A. 2022. Levels of Gnostic Functions in Top Karate Athletes—A Pilot Study. *Motor Control* **26**: 258–277. DOI: 10.1123/mc.2021-0127
- Teaford M, McMurray MS, Billock V, Filipkowski M, Smart LJ. 2021. The somatosensory system in anorexia nervosa: A scoping review. *Journal of Experimental Psychopathology* **12**: 1-19 DOI: 10.1177/2043808720987346
- Tiggemann M, Hage K. 2019. Religion and spirituality: Pathways to positive body image **28**: 135-141 DOI: 10.1016/j.bodyim.2019.01.004
- Tichý J. 2003. Somatognózie, tělesné schéma, fenomén tělového a viscerálního fantomu a fantomové bolesti. *Časopis českých lékařů* **6**: 331-334
- Treuer T, Koperdák M, Rózsa S, Füredi J. 2005. The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders: Impact of Physical and Sexual Abuse on Body Image in ED. *European Eating Disorders Review* **13**:106–111 DOI: 10.1002/erv.616
- Uher R, Zwickler A. 2017. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry* **16**: 121–129 DOI: 10.1002/wps.20436
- Vailant GE. 2003. Mental health. *The American Journal of Psychiatry* **160**: 1373-1384 DOI: 10.1176/appi.ajp.160.8.1373
- Van Wijk G, Veldhuijzen DS. 2010. Perspective on Diffuse Noxious Inhibitory Controls as a Model of Endogenous Pain Modulation in Clinical Pain Syndromes. *The Journal of Pain*. **11**: 408-419 DOI: 10.1016/j.jpain.2009.10.009
- Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. 2017. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence* **11**: 449-468 DOI: 10.2147/PPA.S124658
- Walker M, Nixon S, Haines J, McPherson A. 2019. I Work Out, Who Cares if I'm Bigger: What Matters to Youth with ASD regarding Weight and Their Bodies?. *Developmental Neurorehabilitation* **23**: 31-38 DOI: 10.1080/17518423.2019.1687596

- Ward J, Hovey A, Brownlee K. 2022. Mental health benefits of mounted equine-assisted therapies: A scoping review. *Health and Social Care* **30**: 4920-4935 DOI: 10.1111/hsc.13904
- Ward SC, Whalon K, Rusnak K, Wendell K, Paschall N. 2013. The association between therapeutic horseback riding and the social communication and sensory reactions of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* **43**:2190–2198 DOI: 10.1007/s10803-013-1773-3
- Wayda-Zalewska M, Kostecka B, Kucharska K. 2021. Body Image in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Emerging Empirical Literature. *Journal of Clinical Medicine* **10**:4264 DOI: 10.3390/jcm10184264
- Westerhof GJ, Keyes CLM, 2010. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan **17**:110–119 DOI: 10.1007/s10804-009-9082-y
- White E, Zippel J, Kumar S. 2020. The effect of equine-assisted therapies on behavioural, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **39**: 1-10 DOI: 10.1016/j.ctcp.2020.101101
- White-Lewis S. 2020. Equine-assisted therapies using horses as healers: A concept analysis. *Nursing Open* **7**:58–67 DOI: 10.1002/nop2.377
- Widiger TA. 2012. *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press, USA
- Widiger TA. 2001. Official classification systems. *Handbook of personality disorders. Theory, research and treatment*. The Guilford press, New York
- Williams B, Healy D. 2001. Perceptions of illness causation among newreferrals to a community mental health team: “explanatory model” or “exploratory map”? *Social Science & medicine*. **53**: 465-476 DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00349-X
- Williams JM, Berg LC, Clayton HM, Kirsch K, Marlin D, Randle H, Roepstroff L, Oldruitenborgh-Oosterbaan MSV, Weishaupt MA, Munsters C. 2023. A Delphi Study to Determine International and National Equestrian Expert Opinions on Domains and Sub-Domains Essential to Managing Sporthorse Health and Welfare in the Olympic Disciplines. *Animals* **13**:3404 DOI: 10.3390/ani13213404
- Wilson K, Buultjens M, Monfries M, Karimi L. 2017. Equine-Assisted Psychotherapy for adolescents experiencing depression and/or anxiety: A therapist’s perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **22**: 16-33 DOI: 10.1177/1359104515572379
- Wilkie KD, Germain S, Theule J. 2016. Evaluating the Efficacy of Equine Therapy Among At-risk Youth: A Meta-analysis. *Anthrozoös* **29**:377–393 DOI: 10.1080/08927936.2016.1189747
- Zanello M, Pallud J, Baup N, Peeters S, Turak B, Krebs MO, Oppenheim C, Gaillard R, Devaux B. 2017. History of psychosurgery at Sainte-Anne Hospital, Paris, France, through translational interactions between psychiatrists and neurosurgeons. *Neurosurgical Focus* **43**: 1-9 DOI: 10.3171/2017.6.FOCUS17250

Zeller D, Gross C, Bartsch A, Johansen-Berg H, Classen J. 2011. Ventral Premotor Cortex May Be Required for Dynamic Changes in the Feeling of Limb Ownership: A Lesion Study. *The Journal of Neuroscience*. **31**: 4852–4857 DOI: 10.1523/JNEUROSCI.5154-10.2011

Zunker Ch, Mitchell JE, Wonderlich SA. 2011. Exercise Interventions for Women with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders* **44**: 579-584 DOI: 10.1002/eat.20862

6 Seznam použitých zkratek a symbolů

BAT – Body Attitude Test

ČJF – Česká jezdecká federace

EEG – Elektroencefalografie

HPO – Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu

HPSP – Hipoterapie v pedagogické a sociální praxi

HPT – Hipoterapie v psychiatrii a psychologii

HTFE – Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

FEI – Mezinárodní jezdecká federace

MNRI – Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration

PAS – Poruchy autistického spektra

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

PTSD – posttraumatická stresová porucha

SDQ-20 – test somatomorfni disociace

TR – terapeutické ježdění

7 Seznam použitých obrázků a tabulek

Tabulka 1 – Vymezení klíčových termínů spojených s vnímáním vlastního těla

Tabulka 2 – Příčiny duševních onemocnění

Obrázek 1 – Řízení somatognozie

Obrázek 2 – Vyšetření somatognozie

Obrázek 3 – Vyšetření schopnosti relaxace

Obrázek 4 – Pacientka se snaží sdělit svůj požadavek vůči koni prostřednictvím rytmického tlaku.

Obrázek 5 – Pokročilejší pacientka při aktivitě v sedle. Kontakt s koněm často vede ke zlepšení nálady.

8 Samostatné přílohy

Kazuistiky patientek hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice

8.1 Příloha I

Pacientka A. (21 let)

Hospitalizace v PNB od 3. 10. 2023

Zařazení do programu hipoterapie 15 dní od začátku hospitalizace

Dg.: F412 – Jiné anxiózní poruchy – Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Medikace: venlafaxin 75 mg, při obstipaci Guttalax

Anamnéza

Studentka VŠ, převezena do Psychiatrické nemocnice Bohnice (dále jen PNB) rychlou záchrannou službou kvůli panické atace. Jedná se o první kontakt s PNB, v minulosti bez hospitalizací. Pacientka dle svých slov trpí sociální fobií a úzkostmi, přeje si být hospitalizovaná. V minulosti trpěla 4 roky mentální anorexií, nyní 2 roky v částečné remisi. Od dětství dochází na psychoterapii, v ambulantní péči psychiatra cca 5 let. Pacientka se potýká s opakovanými panickými atakami se somatickým doprovodem, provází ji také insomnie. Kontakt je spíše strohý, nicméně k hovoru přistupuje ochotně, forie v pásmu nižší normy, mírně úzkostná. Pacientka je emočně stabilní, bez poruchy vnímání a spontánní bludné produkce, prosexie v normě. Suicidální myšlenky neguje, nevykazuje suicidální tendence, projevy agrese ani jiné poruchy chování.

Postoj ke svému tělu je u pacientky značně ambivalentní. Při rozhovoru pacientka tvrdí, že má své tělo ráda, zároveň však říká, že mu ubližuje. Údajně jí na váze nezáleží, zároveň však necítí hlad, je od potřeb svého těla odpojená.

Pacientka vykazuje obtížnější adaptaci, aktuálně je na odd. 3 zapojena do intenzivního psychoterapeutického programu. Individuální plán pacientky cílí na zpevnění, stenizaci, sebejistotu a regulaci závislostních stereotypů.

Popis hipoterapeutických jednotek

1. Návštěva Socioterapeutické farmy 18. 10.

Zpočátku se pacientka drží spíše v ústraní. Při terapeutickém čištění (viz Obrázek I) vyplývají najevo její zkušenosti s koňmi. Pacientka A. sděluje, že má koně doma a že jí chybí. Při pozorování pohybů pacientky A. je patrné, že je pro ni čištění koně téměř rutinní záležitostí. Pohyby provádí rychle a s velkou razancí. Terapeutkou je opakovaně upozorňována na to, ať zpomalí, nicméně se jí to daří pouze částečně. Výraz v její tváři působí nepřítomným dojmem a při pohledu do tváře často uhýbá pohledem.



Obrázek 1 – Terapeutické čištění (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

Cvičení na jízdárně pacientka A. zvládá bez potíží. Při kontaktu s koněm působí poměrně rozhodně a sebejistě. Ve skupině pacientek se však drží v ústraní a má tendenci vyhýbat se očnímu kontaktu. Její odpovědi na dotazy terapeutek jsou krátké a úsečné. Tělesný postoj pacientky působí nejistým dojmem, psychomotorické tempo je spíše pomalejší. Přestože výraz ve tváři pacientky A. působí nepřítomně, zvládá se soustředit na zadané úkoly, potíže jí nečiní ani orientace v prostoru. Její chůze s koněm se zdá uvolněnější a sebejistější než bez koně.

Při jízdě v sedle pacientka A. usiluje o korektní jezdecký sed. Pánev má mírně podsazenou a chvílemi se dostává za pohyb koně. Terapeutka pacientku A. opakovaně vybízí k uvolnění, nicméně se jí to příliš nedaří, a i nadále působí její sed strnulým dojmem. Ve výrazu tváře pacientky se objevuje úsměv.

Při závěrečné reflexi Pacientka A. uvádí, že se cítí uvolněně. Dodává, že jízda na koni při hipoterapii je velmi odlišná od toho, co zná z klasického ježdění, a že to pro ni bylo zpočátku matoucí. Údajně pro ni bylo obtížné zaměnit snahu o výkon za snahu o uvolnění. Na závěr sděluje, že je jí do pláče, protože, vždy když jí doma nebylo dobře, hledala únik u koní. Nyní se jí tyto vzpomínky vybavují, avšak nevnímá to negativně. Sděluje, že cítí určité vnitřní teplo a klid.

Nepůsobí klidně ani uvolněně, nicméně její výraz ve tváři vypovídá o alespoň částečném uvolnění a možnosti vnímat přítomnost. Také odpovědi pacientky A. jsou více rozvětvené

a přiléhavé než na začátku. Pacientka dále reflektuje, že měla možnost prožít emoce, k nimž dlouho neměla přístup.

2. Návštěva Socioterapeutické farmy 25. 10.

Při terapeutickém čištění lze u pacientky A. pozorovat znatelné zpomalení a uvolnění pohybu. Ochotněji navazuje oční kontakt, celkový projev působí sebejistěji. Ve srovnání s minulou návštěvou pacientka více interaguje s ostatními, přestože se drží spíše v ústraní a rozhovor sama neinicuje.

Její projev při práci ze země působí poměrně klidně a sebejistě, zdá se být patrné, že kontakt s koněm je pro ni bezpečnější než kontakt s člověkem (viz Obrázek II).

V sedle koně je u pacientky A. patrná snaha o precizní jezdecký sed, který ji paradoxně přivádí do stavu tenze. Dosáhnout uvolnění se zdá být pro pacientku velmi obtížné, což následně při závěrečné reflexi i sama potvrzuje. Pacientka A. dále sděluje, že se při hipoterapii cítí příjemně, vnímá dle svých slov pocit uvolnění – tepla, které se jí ze srdce rozlévá do celého těla. Dodává také, že se jí při první návštěvě nedařilo udržet plnou pozornost v daný okamžik, že ji rušilo spoustu myšlenek. Nyní to však již bylo lepší a dařilo se jí se soustředit.



Obrázek II – Práce ze země – klidné stání (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

3. Návštěva Socioterapeutické farmy 1. 11.

Pohyby u pacientky A. během terapeutického čištění působí zcela uvolněně a plynule, přirozeně během čištění vede rozhovor s ostatními pacientkami, do rozhovoru se aktivně zapojuje.

Práce ze země tentokrát zahrnuje zapojení tušířky. I zde je patrné, že pacientka A. má s využitím tušířky zkušenosti. Navzdory nejistému dojmu, který pacientka A. vyzařuje, je

schopna koni srozumitelně a jasně sdělit své pokyny. Klisna Kora, s níž pacientka A. cvičení provádí, působí uvolněně, bez známek tenze či odporu.

Při cvičení v sedle se zdá být pacientka A. poměrně uvolněná, oproti předchozím návštěvám již tolik neusiluje o korektní jezdecký sed. Pohybem v sedle se pacientka A. dostává mírně za koně (viz Obrázek III), holeně posouvá směrem dopředu, pohyb pacientky však není strnulý ani křečovitý. Výraz působí přítomně, na dotazy terapeutky odpovídá stručně, nicméně pohotově. Po skončení jízdy koně hladí a usmívá se.



Obrázek III – Cvičení v sedle – pacientka je v sedu mírně za pohybem koně (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

Při závěrečné reflexi pacientka A. sděluje, že opět že cítí příjemné uvolnění – jako by se jí rozlévalo teplo ze srdce do celého těla. Udává, že před návštěvou Socioterapeutické farmy měla několik dní špatnou náladu, teď je to však lepší, je ráda, že mohla být u koní. Cítí pocit stability a opory, to že dokáže dát svou důvěru tak velkému zvířeti jako je kůň, v ní budí pocit, že svět není tak zlé a nebezpečné místo.

Při dialogu působí pacientka A. méně ostražitě, ochotněji navazuje oční kontakt.

4. Návštěva Socioterapeutické farmy 8. 11.

Do poslední hipoterapeutické jednotky je zařazena práce s koněm ve volnosti. Pacientka A. zvládá koni jasně a srozumitelně sdělit své požadavky, její postoj působí sebejistě, pohyby jsou organizované. Práce s tušírou se zdá být výrazná, nikoliv však přehnaná. Po skončení cvičení pacientka A. nechává koně přistoupit k sobě (viz Obrázek IV). Při ocenění terapeutky za správně provedené cvičení navazuje oční kontakt a usmívá se. To je rozdíl oproti předchozím návštěvám, kdy měla tendenci při každém hodnocení uhýbat pohledem.



Obrázek IV – Práce ve volnosti (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

V sedle působí pacientka A. uvolněně, pohybem těla následuje pohyb koně, usmívá se. Při závěrečné reflexe pacientka A. sděluje, že díky individuální terapii, kterou předtím měla, při příchodu na Socioterapeutickou farmu cítila vztek. Údajně to však vnímá pozitivně, protože dříve nebyla externalizace vzteku schopna. Veškerý vztek vztahovala k sobě, což v ní probouzelo pocity viny. Je to pro ni tedy nová zkušenost. S průběhem hipoterapie jí však vztek opouští a namísto něj přicházelo uvolnění. Koně jí opět pomohli cítit hřejivé teplo z nitra. Cítila důvěru a silné pouto k něčemu nebo někomu dalšímu mimo ni, to pro ni představuje pocit, že může mít ve vnějším světě oporu.

Pacientka A. dále uvádí, že při trávení času s koňmi necítí žádný tlak na výkon, vnímá naprosté uvolnění. Dodává, že to tak bylo vždy, i v době, kdy prožívala akutní fázi mentální anorexie. Trpěla potřebou kompulzivního pohybu a excesivního cvičení, nicméně u koní se cítila uvolněně, bez obsedantně-kompulzivních tendencí ve vztahu k pohybu a výkonnosti, které jinak běžně prožívala. Je to údajně asi 2 roky nazpět.

Na zhodnocení hipoterapie pacientka A. navazuje zhodnocením pobytu v PNB. Sděluje, že to nečekala, ale velký přínos vnímá v tom, že cítí víc sama sebe, jako by měla možnost se lépe poznat. Před tím dle svých slov jen tak bloudila světem, bez dalších intencí. Říká, že pobyt v PNB jí umožnil znovu převzít zodpovědnost za další životní směřování.

Zhodnocení pozorování pacientky

U pacientky A. došlo k větší ochotě navazovat oční kontakt, taktéž bylo možné pozorovat zesílení iniciativy v sociálních interakcích. V průběhu absolvování hipoterapie byl u pacientky patrný značný posun v oblasti prožívání od tenze směrem k uvolnění. Je však nejisté, do jaké míry je tento stav způsoben skutečností, že pacientka A. má vlastní koně a čas s trávením v prostředí s koňmi v ní vzbuzuje pozitivní pocity.

Pacientka postupně působila také otevřeněji a sdílněji, verbalizovala složitějšími větnými konstrukcemi, její výpovědi byly více přiléhavé. Místy se pokusila o žert, používala ironii a metafory.

Přestože u pacientky došlo k posílení především v oblasti interpersonální komunikace, v některých oblastech, jako je například ambivalentní postoj ke svému tělu a tělesným potřebám, zůstává náhled na problematiku spíše parciální.

Nelze opomenout, že výše zmíněný terapeutický efekt hipoterapie u pacientky A. je součástí komplexního efektu multidisciplinárního léčebného režimu pacientky, jehož jsou pozitivní změny v celkovém zdravotním stavu pacientky A. nepochybným důkazem.

8.2 Příloha II

Pacientka M. (24 let)

Hospitalizace v PNB od 27. 9. 2023

Zařazení do programu hipoterapie 22 dní od začátku hospitalizace

Dg.: F31 – Středně těžká depresivní fáze

Medikace: trazodon 50 mg, vortioxetin 50 mg, pregabalin 225 mg

Anamnéza

Pacientka má úplné vysokoškolské vzdělání, momentálně cca 2 roky nezaměstnaná. Prožívá dlouhotrvající revmatické bolesti po operaci páteře a z nich vyplývající neschopnost prožívat pozitivní emoce, je u ní patrná akcentovaná osobnost. Dlouhodobě užívá opiáty a konopí. Subjektivně udává, že již nezvládá vykonávat běžné denní činnosti, bolest je pro ni velmi limitující. Pacientka byla kvůli bolesti ambulantně sledována u řady specialistů. Důvodem je údajně mj. snaha získat pozornost lékařů. Na hospitalizaci přichází sama, bez parere, ve snaze porozumět příčinám svých bolestí. Plán pacientky v rámci hospitalizace je práce na regulaci emocí a porozumění psychosomatickým příčinám bolestivých stavů.

Pacientka udává negativní vztah ke svému tělu ovlivněný pocity insuficience. Má pocit, že ji vlastní tělo zradilo, je nevykonné, způsobuje jí akorát bolest. Údajně došlo k rapidnímu zhoršení po operacích, trvá to už dlouho, 2 roky. Říká, že se od svého těla odpojuje, aby nemusela cítit tu bolest, prožívá stavy disociace. Svě tělo nemá ráda, protože jí způsobilo mnoho utrpení, cítí vůči němu hněv, prožívá pocity selhání.

Popis hipoterapeutických jednotek

1. Návštěva Socioterapeutické farmy 18. 10.

Pacientka M. přichází v dobré náladě, je hovorná, působí sebejistě. Psychomotorické tempo je spíše zrychlené. Pacientka M. subjektivně uvádí, že se aktuálně cítí dobře, přestože ráno měla špatnou náladu. S účastí na provedení případové studie souhlasí.

Během terapeutického čištění vykonává pacientka M. pohyby rychle a s velkou razancí. Při odchodu na jízdárnu se pacientka M. drží vepředu skupinky, je poměrně výřečná, iniciuje rozhovor.

Navzdory sebejistému vystupování dělá pacientce M. značné potíže cvičení zaměřené na vymezení vlastního prostoru. Požadavek vůči koni sděluje pacientka M. nejednoznačně a pouze v náznacích, zodpovědnost za průběh cvičení nechává na koni. K pacientce M. přistupuje terapeutka se záměrem dopomoci jí ke zdárnému ukončení cvičení. Pacientka M. přesouvá svou pozornost od koně směrem k terapeutce a rozvíjí obsáhlý rozhovor, který se týká postupně čím dál více odklání od momentální situace.

Při cvičení ze sedla je patrná velká míra tlaku, kterou pacientka M. na koně působí, zejména pánví. I přes opakovanou pobídku ze strany terapeutky k uvolnění se jí to příliš nedaří (viz Obrázek I). Pacientka M. sděluje, že je pro ni obtížné si požadavek k uvolnění osvojit.

Udává, že dříve na koni jezdila, ale spíše než uvolnění vnímala velký důraz na výkon a neustálý tlak. Nyní dle svých slov vnímá určitý rozpor. To následně potvrzuje i při závěrečné reflexi.

Pacientka M. dále sděluje, že měla náročné ráno, ale hipoterapie jí zlepšila náladu. Teď se údajně cítí uvolněně a šťastně. Je ráda, že se jí toho podařilo dosáhnout.

Při loučení je psychomotorické tempo pacientky M. stále mírně zrychlené, patrná je u ní i změna nálady, která má u až charakter exaltace vedoucí k roztržitosti.



Obrázek I – Snaha o uvolněný sed (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

2. Návštěva Socioterapeutické farmy 25. 10.

Pacientky spolupracují ve dvojicích, Pacientka M. se ve dvojici jeví jako aktivnější, první se ujímá zadaných úkolů. Jednotlivé úkony provádí se značnou razancí, nicméně oproti minulé návštěvě farmy je zde již patrná větší rozvážnost. Při klidném stání se pacientce M. skrze kontakt s koněm daří dosáhnout plynulého a uvolněného pohybu. Cvičení zaměřená na práci s tlakem činí pacientce M. značné obtíže. Prvotní iniciativa pacientky se postupně vytrácí a začíná převládat nejistota. Pacientka M. se rozhlíží kolem sebe a nonverbálně si žádá o ujištění od terapeutky. Pacientce M. je zatěžko vznést vůči koni nějaký požadavek bez možnosti kompromisů, jak později sama přiznává. Kůň jí přestává věnovat plnou pozornost, odvrací od ní hlavu (viz Obrázek II).



Obrázek II – Nejisté sdělení požadavků vůči koni (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

Při cvičení, které vyžaduje samostatné vedení koně, je pro pacientku M. značně obtížné udržet vedoucí pozici, kuň má tendenci jít před ní. Orientace v prostoru jí nečinila žádné potíže. Po skončení práce ze země dochází k výměně koní. Během této časové prodlevy mezi sebou pacientky vedou rozhovor, pacientka M. stojí opodál a protahuje si záda o nasedací rampu. Sděluje, že prožívá silné bolesti, které však s průběhem hipoterapie zcela nesouvisí. Dodává, že čas strávený s koňmi jí naopak umožňuje na bolesti alespoň chvíli zapomenout a vnímat přítomnost.

Navzdory bolesti působí v sedle pacientka M. poměrně uvolněně, usmívá se. Při závěrečné reflexi sděluje, že při hipoterapii cítila velké uvolnění v celém těle a že při žádné jiné pohybové aktivitě doposud tolik uvolnění necítila.

3. Návštěva Socioterapeutické farmy 1. 11.

Pacientka přichází na hipoterapii v dobré náladě, působí méně roztržitě než při předchozích návštěvách. Psychomotorické tempo je stále spíše zrychlené, nicméně rychlost pohybů při terapeutickém čištění je zcela adekvátní.

Vymezení vlastního prostoru je při práci ze země pro pacientku M. opět výzvou. Pokyny, které koni dává, jsou málo srozumitelné a nejednoznačné. Po chvíli snažení se však pacientce daří nalézt vhodnou míru tlaku potřebnou pro vyjádření srozumitelného sdělení vůči koni (viz Obrázek III).



Obrázek III – Práce s tlakem (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

V prostoru se pacientka M. orientuje bez potíží, na pokyny ze strany terapeutů zvládá reagovat pohotově, Postoj těla pacientky M. je výrazně napřímený, s velmi malými až nepatrnými pohyby pánve do stran.

V sedle koně působí pacientka M. více uvolněně než při minulé návštěvě, rozdílem je také absence bezděčného pobízení. Kůň jde dopředu v pravidelném kroku bez známek tenze či odporu. Po skončení jízdy pacientky prohlásí, že se cítí uvolněněji a klidněji než kdy dřív.

Při závěrečné reflexi pacientka M. sděluje, že teď cítí tak silné uvolnění, až je to zvláštní, nepatřičné. Přes tělo se dle svých slov dostala do klidu, ten pocit nezná. Pacientka M. dále dodává, že několik dní prožívala silnou úzkost, která však během hipoterapie ustala. Ve verbálním projevu pacientky M. ubývá expresivních výrazů, její hlas je tišší a řeč pomalejší. Na závěr Pacientka M. sděluje, že by se chtěla odstěhovat do stáje a už neodejít.

4. Návštěva Socioterapeutické farmy 8. 11.

Tato terapeutická jednotka zahrnuje práci s koněm ve volnosti. Pacientce M. se zprvu nedaří udržet si od koně dostatečný odstup, signály k pohybu dává koni prakticky pouze za pomoci tušírky. Tělesný postoj je nejistý, má tendence „choulit se do sebe“, přestože rukou, v níž drží tušírku, naznačuje pohyb vpřed, zbytek těla působí velmi strnule, někdy se objeví i couvání několika málo kroky proti vyžadovanému směru pohybu koně. Sdělení signálů, které pacientka M. koni dává, je značně ambivalentní a kůň není schopen na pokyn, který byl však sdělen pouze parciálně, zareagovat.

Pacientka M. je schopna již v průběhu cvičení reflektovat, co jí činí potíže, a s pomocí terapeutky se pokouší o korekci. Na nevydařené pokusy o změnu chodu či směru opakovaně reaguje smíchem. Výraz tváře pacientky M. působí soustředěně a poměrně uvolněně, nikoliv křečovitě, bez známek vzteku. S dopomocí terapeutky se pacientce M. nakonec podařilo cvičení zdárně dokončit (viz Obrázek IV).



Obrázek IV – Práce ve volnosti (Zdroj: vlastní fotografie autorky 2023)

V sedle působí pacientka M. navzdory předchozímu cvičení, které vyžadovalo velkou míru pozornosti a regulaci emocí, uvolněně a soustředěně. Dech je hluboký a plynulý, pacientka se usmívá.

Při závěrečné reflexi pacientka M. sděluje, že před hipoterapií měla náročnou individuální terapii, která v ní probudila vztek. Subjektivně to vnímá jako pokrok, protože dříve toho nebyla schopna, všechny emoce potlačovala v sobě. Snažila se, jak sama říká, žít v logickém, racionálním světě, ve kterém pro emoce nezbylo místo. Pacientka M. dále zmiňuje, že často sděluje navenek něco jiného, než si sama přeje, snaží se vypadat sebevědomě, ale je to jen maska. Sděluje, že klisna Manka jí dala velmi dobře najevo, že je často pro okolí nesrozumitelná. Pacientka M. dodává, že je to pro ni důležité a aktuální téma, kterému se věnuje i v individuální terapii.

Velký přínos hipoterapie vidí pacientka M. také v lepší schopnosti soustředit se. Vnímá méně nepříjemných myšlenek, které by odváděly její přítomnost. Je to něco, co zná při kontaktu se zvířaty, proto jsou pro ni tolik důležitá, dodává, že jindy se jí to nedaří. Pacientka M. vzpomíná na svého psa, zmiňuje, že v mnohém jí připomíná klisnu Manku.

Při práci ve volnosti měla pacientka M. dle svých slov potíže s odhadem vzdálenosti při pohybu koně. Situace pro ni byla natolik dynamická, že se jí nedařilo udržet plnou orientaci v prostoru, a docházelo tak dezorganizaci jednání. Pacientka M. sděluje tyto informace s nadšením. Při loučení děkuje za zkušenosti, chystá se vyjednat, aby mohla hipoterapii navštěvovat i v rámci stacionáře, který ji po propuštění čeká. Ráda by pokračovala dál na práci s tělem a s emocemi, se kterou jí, jak sama říká, hipoterapie moc pomáhá.

Zhodnocení pozorování pacientky

Možný přínos hipoterapie se v případě pacientky M. jeví v posílení přítomného prožívání, což následně vede odklonu pozornosti od bolestivých stavů. Cenné se zdají být také dovednosti zaměřené na interpersonální komunikaci a trénink asertivity, které byly v hipoterapii posilovány především při práci ze země. Velkým přínosem je též vlastní iniciativa pacientky a proaktivní přístup, tyto faktory ve kombinaci s pozitivní zpětnou vazbou, kterou pacientka při poslední návštěvě hipoterapie dostala, mohou vést k posílení sebedůvěry a vlastních intencí.

Veronika Hanušová

Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních
zdrojů
Česká zemědělská univerzita

Váš dopis zn.	Naše značka	Vyřizuje/telefon	Praha
5.4.2023	PNBek7/2023	725 867 810	7.6.2023

Věc: Žádost o vyjádření Etické komise PN Bohnice

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila souhlasné stanovisko s realizací bakalářské práce **Možný vliv hiporehabilitace na somatognosii u pacientů s duševním onemocněním** (Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů České zemědělské univerzity v Praze, obor Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty) na socioterapeutické farmě Psychiatrické nemocnice Bohnice.

MUDr. Richard Krombholz MBA, LL.M.
předseda etické komise PNB

Mgr. Jan Pomykacz
tajemník etické komise PNB

Informovaný souhlas pacienta se zachycením jeho podoby

Já (jméno, příjmení titul)

narozený dne

bytem

v současné době hospitalizovaný v PN Bohnice s ohledem na ustanovení § 12 odstavec 1 zákona č.40/1964 Sb. a občanského zákoníku v platném znění, tímto **uděluji souhlas k zachycení mé podoby**. Zároveň uděluji souhlas k tomu, aby dokument zachycující mou podobu byl využit k vystavení v areálu PN Bohnice a použit do materiálů propagujících PN Bohnice a její péči.

Současně mám plné právo kdykoliv svůj informovaný souhlas odvolat.

Prohlašuji, že jsem měl dostatek času k prostudování textu informovaného souhlasu a zároveň, že jsem měl možnost klást otázky, na které mně osoba podávající vysvětlení informovaného souhlasu řádně odpověděla.

Prohlašuji rovněž, že jsem výše uvedenému textu plně porozuměl.

V Praze dne:

Podpis pacienta

Podpis svědka

Podpis osoby podávající vysvětlení
informovaného souhlasu

F0094/0

Psychiatrická nemocnice Bohnice Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Česká národní banka_16434081/0710_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220