

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav klinické rehabilitace

Veronika Slimaříková

Fyzioterapie a psychosomatika

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Gaul Aláčová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 7.května 2024

Veronika Slimaříková

Ráda bych poděkovala své vedoucí Mgr. Petře Gaul Aláčové, Ph.Dr. za její ochotu a trpělivost a za cenné rady během vypracování mé bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská

Název práce: Fyzioterapie a psychosomatika

Název práce v AJ: Physiotherapy and Psychosomatics

Datum zadání: 2023-11-30

Datum odevzdání: 2024-05-07

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav klinické rehabilitace

Autor práce: *Slimařiková Veronika*

Vedoucí práce: *Mgr. Petra Gaul Aláčová, Ph.D.*

Oponent práce: *Mgr. Anita Můčková, Ph.D.*

Abstrakt v ČJ: *Psychosomatika se zabývá celostním pohledem na pacienta a na původ, průběh i léčbu jeho choroby. Cílem práce je vytvořit náhled do psychosomatiky a srovnat efekt vybraných psychosomatických přístupů, které můžeme v rámci fyzioterapie využívat. Vybranými metodami jsou Norská psychomotorická fyzioterapie, Basic Body Awareness Therapy, Feldenkraisova metoda, Alexandrova technika, autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, mindfulness a jóga. Psychosomatika se dotýká i tématu psychiatrie, proto jsou v práci popsány i postupy fyzioterapeutické péče v této oblasti medicíny. Z výsledků vyplynulo, že všechny metody mají při terapii psychosomatických chorob svůj účinek. Nejnižší míra evidence o účinnosti byla zaznamenána u Norské psychomotorické fyzioterapie, Basic Body Awareness Therapy a u Alexandrovovy metody. Rešerše k této práci probíhala od října 2023 do dubna 2024, použitými online databázemi byly PubMed, EBSCO a Google Scholar. Pro tuto práci bylo využito 49 odborných článků, 13 knih a informace ze 4 webových stránek.*

Abstrakt v AJ: *Psychosomatics is focused on a holistic view of the patient and the origin, course and treatment of their illness. The aim of this thesis is to provide an insight into psychosomatics and to compare the effect of selected psychosomatic approaches used in physiotherapy. The selected methods are Norwegian Psychomotor Physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy, Feldenkrais Method, Alexander Technique, Autogenic Training, Progressive Muscle Relaxation, Mindfulness and Yoga. Psychosomatics touches on the topic of psychiatry, therefore this thesis describes physiotherapy care in this area of medicine as well. The results showed that all methods utilized show some degree of effect in the treatment of psychosomatic diseases, the least evidence-supported were Norwegian Psychomotor*

Physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy and Alexander Method. The search for this thesis was conducted from October 2023 to April 2024, and the online databasis used were PubMed, EBSCO, and Google Scholar. 49 peer-reviewed articles, 13 books, and information from 4 websites were used for this thesis.

Klíčová slova v ČJ: fyzioterapie, psychosomatická medicína, Norská psychomotorická fyzioterapie, Basic Body Awareness Therapy, Feldenkraisova metoda, Alexandrova technika, autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, mindfulness, jóga

Klíčová slova v AJ: physiotherapy, psychosomatic medicine, Norwegian Psychomotor Physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy, Feldenkreis Method, Alexander Technique, Autogenic Training, Progressive Muscle Relaxation, Mindfulness, Yoga

Rozsah: 49 stran

Obsah

Úvod.....	7
1. Psychosomatika.....	9
2. Východiska psychosomatického přístupu	11
2.1 Historie psychosomatické medicíny	11
2.2 Biopsychosociální model zdraví a nemoci.....	12
2.2.1 Zápory a klady BPSM	14
3. Bolest	16
4. Fyzioterapie a duševní zdraví.....	18
4.1 Rehabilitace v psychiatrii.....	19
5. Vybrané psychosomatické přístupy ve fyzioterapii	21
5.1 Norská psychomotorická fyzioterapie (NPMP).....	21
5.1.1 Masáž v NPMP	23
5.2 Basic Body Awareness Therapy (BBAT).....	24
5.3 Feldenkraisova metoda.....	27
5.4 Alexandrova technika.....	29
5.5 Schulzův autogenní trénink (AT).....	30
5.6 Progresivní svalová relaxace (PMR).....	32
5.7 Mindfulness.....	34
5.8 Jóga	36
Závěr	38
Referenční seznam	40
Seznam zkratk.....	48
Seznam obrázků.....	49

Úvod

Současná doba se zrychluje, lidé jsou nuceni vykonat co nejvíce práce v co nejkratším čase. Většina lidí je tak pod nezvyklým tlakem, v jehož důsledku žijí nezdravým stylem života, což je predispozice vzniku civilizačních onemocnění, respektive psychosomatických chorob. Psychosomatika poukazuje na vzájemné propojení tělesna a duševna, kdy tělesný stav ovlivňuje ten mentální a naopak. Faktory jako stres, životní styl, psychika, sociální zázemí apod. přispívají ke vzniku psychosomatických nemocí. Zároveň jsou tyto faktory provázány s průběhem a léčbou nemoci, odráží se i v následné rehabilitaci. Psychosomatika je právě proto téma velmi aktuální a úzce se prolínající s fyzioterapeutickou praxí.

V dnešní společnosti přebývá určité stigma vůči slovu *psycho* a málokdo dokáže přijmout a pochopit, že za jeho obtíže může jeho mentální rozpoložení nebo životní styl. Psychosomatické nemoci jsou navíc obvykle dlouhotrvající a pacient se s nimi často musí naučit žít. Cíle fyzioterapeutických intervencí (nejen) v oblasti psychosomatických poruch jsou zejména snížení bolesti a pomoci pacientovi navrátit se do běžného života i přes jeho omezení.

Není prací ani odbornou kompetencí fyzioterapeuta vyléčit psychiku svých pacientů, ale přesto je důležité naučit se citlivosti a empatie vůči jejich příběhům a tělesným projevům, ptát se a pochopit jejich životní situaci, znát souvislosti mezi duševním a tělesným zdravím a aplikovat tyto znalosti ve své praxi. Psychosomatický přístup ve fyzioterapii znamená pohlížet na pacienta komplexně. Pomoci mu pochopit jeho tělo, naučit se vnímat tělesné projevy v určitých situacích či pohybech a zároveň chápat význam těchto projevů. Otevírá se celá škála přístupů vedoucí k dosažení těchto cílů, tato práce je zaměřena na osm vybraných metod. Společným rysem těchto metod je propojení mysli a těla, uvědomění si svého těla a jeho částí a nácvik soustředění a relaxace, což je pro mnoho lidí obtížné.

Cílem této práce je vytvořit náhled do psychosomatiky a srovnat efekt vybraných psychosomatických přístupů, které můžeme v rámci fyzioterapie využívat. Vyhledávání článků pro splnění těchto cílů probíhalo od října 2023 do dubna 2024. K vyhledávání byl použit tyto online databáze: PubMed, EBSCO a Google Scholar. Pro vyhledání odborných článků byla použita klíčová slova: fyzioterapie, psychosomatická medicína, Norská psychomotorická fyzioterapie, Basic Body Awareness Therapy, Feldenkraisova metoda, Alexandrova technika, autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, mindfulness, jóga, resp. jejich anglické ekvivalenty: physiotherapy, psychosomatic medicine, Norwegian Psychomotor Physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy, Feldenkreis Method, Alexander Technique, Autogenic Training, Progressive Muscle Relaxation, Mindfulness, Yoga.

S ohledem na cíle bakalářské práce bylo využito 49 odborných článků (z toho 48 cizojazyčných) a 13 knih (z toho 4 cizojazyčné). Dále byly využity informace ze 4 webových stránek.

Pro základní přehled v problematice psychosomatiky byla využita tato studijní literatura:

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Grada.

Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Portál.

Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Grada.

Kolář, P. (2020). *Rehabilitace v klinické praxi* (2nd ed.). Galén.

Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí* (2nd extended ed.).

Triton.

Poněšický, J., Hnízdil, J., Honzák, R., Chvála, V., Kabát, J., Růžička, J., Skorunka, D., Šavlík, J., Šimek, J., Trapková, L., & Večeřová-Procházková, A. (2021). *Duše a tělo v psychosomatické medicíně*. Stanislav Juhaňák - Triton.

1. Psychosomatika

Termín psychosomatika se skládá ze dvou slov, psyché a soma, tedy duše a tělo. Vyjadřuje spojení mezi tělesnou a duševní rovinou člověka. Ačkoli je termín psychosomatika znám asi 200 let a v dnešní době je již poměrně vžitý, v tomto vyjádření pojem není zcela přesný. Popisuje pouze dvě roviny člověka a nedává prostor ostatním aspektům, které ovlivňují každodenní život – např. sociální úroveň, duchovní zájmy nebo ekonomická situace (Danzer, 2001, pp.13-14; Lipsitt, 2006, p.3).

Také Otto Fenichel, žák Sigmunda Freuda, na tento termín pohlížel kriticky: „Nemám výraz *psychosomatický* rád, neboť z něj snadno vyplývá dualismus, který neexistuje. Každé onemocnění je psychosomatické, neboť žádné somatické onemocnění není prosté psychických vlivů“ (Fenichel, 1945 in Danzer, 2001, p.14).

Pokud je každá nemoc ve své podstatě psychosomatická, z Fenichelovy myšlenky pak vyplývá, že každý medicínský obor by měl být s psychosomatickou problematikou propojený. Jelikož však došlo k rozdělení medicíny na somatickou a duševní (psychiatrie, psychologie, psychoterapie), je nyní zapotřebí rozvinout obor, ve kterém bude léčen celý člověk s jeho duší, tělem a vším, co ho ovlivňuje (Danzer, 2001, p.14-15).

V současné době je termín psychosomatika velmi běžný. Ve svém nejširším pojetí znamená komplexní přístup k člověku, se všemi stránkami jeho života. Nahlíží se tak nejen na biologickou složku zdraví a nemoci, ale i na životní situaci, duchovno, mezilidské vztahy nebo ekonomickou a ekologickou situaci osoby. Tento přístup ukazuje, že vše, ať už momentální rozpoložení, zážitky či vztahy člověka ovlivňují jeho zdravotní stav, a proto se psychosomatika odráží ve všech směrech medicíny (Baštecký et al., 1993, p.21; Kolář, 2020, p.649; Poněšický, 2014, p.13).

V užším slova smyslu se psychosomatika zabývá tělesnými chorobami, které byly podmíněny duševní nerovnováhou nebo se psychosociální faktory významně podílely na vzniku těchto chorob. V rámci psychosomatického přístupu je nutné zhodnotit i individualitu pacienta, jedna a tatáž tělesná nemoc může mít u jedné osoby somatický podklad a u jiné psychosomatický (Baštecký et al., 1993, p.22).

Pojmy jako *celostní přístup* nebo *holismus* jsou mnohdy spojovány s přírodními léčiteli a *šamany*, což v moderním člověku může vyvolat jistou skepsi. Psychosomatická medicína je v současnosti nejmladším medicínským oborem, který pohlíží na nemocného v duševních, tělesných i sociálních aspektech jeho života. Vztahy mezi těmito složkami jsou dnes vědecky i

klinicky nepochybně prokázané a psychosomatická medicína je tak součástí *evidence-based* léčby (Poněšický, 2014, p.14; Poněšický et al., 2021, p.9).

I přesto se v dnešní praxi lze setkat se striktním označením určitého onemocnění za pouze somatické či pouze psychické. Příčin může být hned několik. Jednak k tomu lehce přispívá samotný pojem psychosomatika, jak je již uvedeno výše (Danzer, 2001, p.13). Problematika psychosomatiky je také velmi široká, částečně zasahuje do všech odvětví medicíny i do zdravotnických oborů, a proto je důležitá mezioborová spolupráce, která ale často vázne. Zároveň je psychosomatický přístup náročnější na čas i energii lékaře či zdravotnického pracovníka, vyžaduje totiž jistou orientovanost v rámci psychologie (v ideálním případě absolvovat např. krátké psychologické studium) a využití nespecifických prostředků k ovlivnění pacienta (např. efektivní komunikace, placebo efekt, charismatické jednání) (Kolář, 2020, p.650; Poněšický, 2014, pp.15-16).

Dalším důvodem může být dokonce i neochota odborníka přiznat pacientovi, že jeho akademické vzdělání je v daném případě limitované. Jistou roli může hrát doba, než si nemocní uvědomí, že jejich problémy mohou spočívat přímo v nich – to, jak byli vychováni, jaké mají reakce na situace, jestli se přeceňují či podceňují, zda jsou ctižadostiví, perfekcionisti apod. má nepochybně vliv i na jejich tělesné zdraví (Kolář, 2020, p.650; Poněšický, 2014, pp.15-16).

Není žádoucí oznámit nemocnému, že si za své problémy může sám, a kromě samotné choroby mu ještě více přitížit emočně. K takovému nevhodnému jednání však ani samotná psychosomatika vést nechce. Jde spíše o vedení pacienta k pochopení vlastní zodpovědnosti za své zdraví. V současnosti je v západní medicíně lékař považován za téměř absolutní autoritu nad zdravím pacienta a ten se tak dostává do role pasivního přijímání zdravotnické péče (Maté, 2019, p.21).

Z tohoto důvodu hraje ve fyzioterapii důležitou roli edukace pacienta. Moderní fyzioterapie začíná mít zejména preventivní funkci a pacienti (resp. klienti) vyhledávající fyzioterapeutickou péči potřebují pomoci v dlouhodobém horizontu. Edukace pacienta/klienta do samostatného cvičení (autoterapie) je jedna z nejtěžších situací ve fyzioterapii. Pro úspěch terapie je to možná nejdůležitější složka fyzioterapeutické péče. Zdárná terapie je taková, kde jsou udrženy výsledky léčby dlouhodobě a k tomu je zapotřebí pacientova/klientova vytrvalost v pravidelném cvičení. Na fyzioterapeutovi tedy leží zodpovědnost správného vysvětlení a motivace daného pacienta/klienta (Zeman, 2009, pp.469-470).

Psychosomatickým prvkem ve fyzioterapii je také již zmíněné pohlížení na pacienta *jako celek*. Je zapotřebí nezaměřovat terapii pouze na lokální bolestivou oblast, ale vzít v úvahu celkovou kondici, emoční konflikty nebo stresové situace (Houge, 1979, p.302).

2. Východiska psychosomatického přístupu

2.1 Historie psychosomatické medicíny

Počátky psychosomatiky se objevily už v antickém Řecku u lékaře Hippokrata. Důsledným pozorováním fyzicky i psychicky nemocných shrnul to, co je dnes považováno za základy psychosomatické medicíny: nemoc či zdraví ovlivňuje vztah mezi pacientem a lékařem, pacientem a rodinou, prostředím a další faktory. V rámci možností tehdejší vědy antičtí filozofové a lékaři sestavili teorii o čtyřech tělesných šťávách, mezi které patří žlutá a černá žluč, krev a hlen. Na principu rovnováhy či nerovnováhy těchto tekutin popsali nejen zdraví a nemoc, ale i čtyři typy temperamentů (Schwab, 1985, p.583).

Dualistický model francouzského filozofa Reného Descartese (1596-1650) rozdělil člověka na rozum (*res cogitans*, substance myslící) a materiální část těla (*res extenda*, substance rozprostraněná). Je pravděpodobné, že tímto rozdělením byla postavena bariéra pro sjednocení duše a těla. Proto za zmínku stojí také portugalský vědec Baruch Spinoza, který Descartovu teorii odmítal a proslul myšlenkou, že tělo i duše jsou jedno a totéž, a tudíž nerozdělitelné a že problémy jedné složky se odráží v druhé – myšlenka ne nepodobná dnešnímu konceptu psychosomatické medicíny (Lipsitt, 2006, p.4).

Dalším přelomem bylo zavedení pojmu psychosomatika, které je připisováno německému lékaři Johannu Christianu Heinrothovi (1773-1843). Heinroth termín poprvé použil při popisu nespavosti roku 1818 v jeho práci *Učebnice poruch duševního života*. V jeho teorii kromě jiného uvedl, že duše a tělo jsou dvě stránky jedné bytosti, tedy opět psychosomatický přístup k člověku (Lipsitt, 2006, p.3). Na začátku 19. století se zrodila psychiatrie jako lékařská disciplína. Do tohoto momentu neměla psychosomatika své dané místo ve vědě, protože neexistovala žádná skupina lékařů zaměřující se přímo na mysl a emoce v psychických či fyzických chorobách (Schwab, 1985, p.584).

Začátkem 20. století vznikla psychosomatika v dnešním smyslu slova na podkladě psychoanalýzy. Sigmund Freud, označovaný jako otec psychoanalýzy, popsal tělesné a vegetativní změny jako doprovodné reakce k emoční odpovědi na vnější stres. Dle něj tyto doprovodné reakce vznikají bez účasti instance Ego, tedy bez intrapsychického zpracování (Baštecký et al., 1993, p.27). Ačkoli ve svých pracích nikdy nepoužil slovo psychosomatika, jeho myšlenky inspirovaly jeho kolegy a žáky aplikovat principy psychoanalýzy i při léčbě fyzických nemocí (Schwab, 1985, p.589).

Ve 30. letech 20. století *American Board of Medical Specialties* oficiálně schválila psychosomatickou medicínu jako sedmou psychiatrickou specializaci (Lipsitt, 2006, p.3). Zájem o tento obor vzrůstal a začaly se sbírat klinické případy popisující „psychosomatický fenomén“. Lékaři Franz Alexander a Helen Flanders Dunbarová, někdy nazývaní jako otec a matka psychosomatické medicíny, nabídli hypotézu o psychosomatických onemocněních. Inspirováni Freudem vyvinuli teorii, že pokud neuvědomělá psychická zátěž může vyvolat (psycho)neurózu, je možné přes přetížený autonomní nervový systém vyvolat „orgánovou neurózu“ – funkční poruchu orgánu bez morfologické změny, tedy psychosomatickou chorobu (Chromý & Honzák, 2005, p.19; Schwab, 1985, p.589).

Od šedesátých let se zasloužili o ucelení pohledu na psychosomatická onemocnění George Engel, Zbigniew J. Lipowski a David M. Kissen (Fava & Sonino, 2010, p.1155). Engel zavedl biopsychosociální model v přístupu k nemoci i nemocným, který oproti předchozímu biomedicínskému pohledu nechává prostor pro psychologický, sociální a behaviorální rozměr pacienta a choroby (Engel, 1977, p.379).

Velký přínos Lipowského spočíval v popisu rozsahu, poslání a metod psychosomatické medicíny (Fava & Sonino, 2010, p.1155). Ucelil její rámec a prohlásil ji za vědecký a klinický obor zabývající se studiem vztahů psychosociálních faktorů a fyziologických funkcí, aplikováním holistického přístupu v péči o nemocné a uplatňováním psychiatrických, psychologických a behaviorálních přístupů v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických onemocnění (Chromý & Honzák, 2005, pp.26-27; Lipowski, 1986 in Fava & Sonino, 2010, p.1156). Kissen poskytl lepší porozumění pojmu psychosomatika a zdůraznil, že důležitost psychosociálních faktorů se liší od jednoho jedince k druhému i v rámci stejné nemoci (Fava & Sonino, 2010, p.1155).

Dle Koláře (2020, p.650) současná psychosomatika jako vědní obor sestává z dílčích poznatků a vážne jejich sjednocení.

2.2 Biopsychosociální model zdraví a nemoci

Roku 1977 navrhl Engel nahradit (resp. vylepšit) původní biomedicínský model zdraví a nemoci (BMM) modelem biopsychosociálním (BPSM), který v sobě zahrnuje biologickou, psychologickou a sociální rovinu. V kontextu rehabilitačních postupů se nesmí prevence ani pak samotné onemocnění či úraz omezovat pouze na jednu z uvedených rovin (Kolář, 2020, p.651).

BMM pokládá nemoc za odchylku od normy, která je měřitelná biologickými proměnnými. Nenechává prostor pro sociální, psychologické nebo behaviorální rozměry onemocnění. Engel považuje takový přístup za redukcionistický a dualistický. Redukcionismus ve smyslu filozofického směru, kde je vše způsobeno jedním primárním činitelem a dualismus v jeho podstatě oddělení mentálních pochodů od somatických. BMM vysvětluje biologické (fyziologické) procesy pouze fyzikálním a chemickým jazykem (Engel, 1977, p. 379). Jinými slovy je BMM založen na předpokladu, že veškerá bolest je způsobena patologickým poškozením tkání a neurobiologickým přenosem mezi anatomickou strukturou a mozkem (Smart, 2023, p.62).

Z klinické praxe je přesto známá existence bolesti, která není podložena anatomicko-patologickým nálezem. BMM je v těchto případech nedostatečný. Objevují se také perzistující bolesti po uzdravení tkání, nepoměr mezi mírou bolesti a mírou poškození nebo neobvyklá reakce pacienta ve srovnání s jinými pacienty se stejnou patologií. Vztah mezi bolestí, poškozením a mírou postižení je velmi variabilní. Na všechny tyto případy je vysvětlení pomocí BMM neuspokojivé (Smart, 2023, p.62).

BMM je vhodný nebo až nezbytný při terapii specifických problémů mechanického rázu nebo bolesti vzniklé poškozením tkání, zejména u akutních případů (Smart, 2023, p.62). Dokonce ani Engel nepopíral fakt, že díky biomedicínskému redukcionistickému přístupu došlo ve vědě ke skvělým pokrokům, například v diagnostice a léčbě života ohrožujících stavů. Stále si však uvědomoval existenci nemocí, kde bylo nutné zasáhnout jiným způsobem (Wade & Halligan, 2017, p.996).

BPSM bere v potaz komplexitu a variabilitu zdraví a nemoci. Lékař či zdravotník je pozván nahlížet na vzájemné dynamické propojení biologické, psychologické a sociální složky a hlouběji pochopit markantní rozdíly prožívání bolesti mezi jednotlivci (Smart, 2023, p.62). Definičním rysem BPSM je interdisciplinarita, pro jejíž kvalitu jsou nutné ucelené představy jednotlivých složek týmu o příčině a léčbě nemoci (Bolton, 2023, p.7505). Totožnou vizi budoucnosti by měl mít také pacient. Bez použití stejného modelu a společného chápání plánu hrozí jeho selhání (Wade & Halligan, 2017, p.996).

Moderní verze BPSM je centrovaná na pacienta, který žije v těle. Pacient má jako lidská bytost svou osobní rovinu, do které se promítá jeho osobnost, zkušenosti, postoje, aktuální životní etapa nebo stádium nemoci. Je ve vztahu s objekty a ostatními lidmi a v těchto vztazích se projevuje jeho chování. Určitému typu chování přiřazuje pacient i jeho okolí jistý význam. Člověk se učí rozhodovat a měnit své chování v závislosti na předchozích rozhodnutích a

předchozím chování. Jedinec průběžně hodnotí kvalitu svého života podle měřítek, které pro něj mají význam (např. peníze, sociální postavení, vztahy atd.) (Wade & Halligan, 2017, p.999).

Biopsychosociální integrita je oslabena například u fibromyalgie nebo syndromu chronické únavy. Nejprve lze sledovat poruchy spánku, únavu, vyčerpání, dále i psychické projevy jako úzkost nebo depresi. Postupně pacient vnímá sám sebe jako méněcenného, je frustrovaný, že nemůže žít jako dřív a uzavírá se do sebe. Je s tím spojeno omezení jeho pracovní výkonnosti a mohou se objevit finanční a ekonomické problémy. Postupující nemoci se zde postupně projevují v biologické, psychologické i sociální složce života. Každá složka BPSM může být svým větším či menším dílem zodpovědná za propuknutí určité nemoci – například povaha (př. perfekcionismus), genetika, životní režim a stres nebo přítomnost *Helicobacter pylori* u žaludečního vředu. Jakou mírou ovlivňuje vznik žaludečního vředu stres nebo anatomická změna žaludku je těžce individuální. Podstatné je rozpoznat etiopatogenezi a přizpůsobit k ní terapeutické postupy (Kolář, 2020, p.651).

2.2.1 Zápory a klady BPSM

Popularita BPSM je od počátku poměrně rozpolcená. Na jednu stranu je tento model považován za klíčový v psychiatrické léčbě, posléze i ve všeobecné medicíně. Na stranu druhou byl BPSM velmi kritizován pro nedostatečné vědecké a teoretické podklady (Bolton, 2023, p.7504). Kritika se zaměřuje i na vágní definici, přílišnou časovou zátěž při vstupním pohovoru, nadměrnou všeobecnost a komplexitu, která je současně i předností BPSM. V souvislosti s nejasnou definicí je připisována rozdílná důležitost bio-, psycho- nebo sociální složce. Také není jasně stanoveno, jak spolu jednotlivé prvky interagují (Smart, 2023, p.62-63).

V oblasti výzkumu ve fyzioterapii bylo kritizováno nedostatečné zaměření modelu na detaily jako duševní zdraví, nálada nebo vztah mezi pacientem a terapeutem. Poukazováno bylo na riziko přenosu odpovědnosti za špatnou zdravotní kondici na pacienta a jeho životní styl a s tím spojené výčitky, stigmata a neochotu do budoucna spolupracovat se zdravotnickým personálem (Mescouto et al., 2022, p.3277-3278).

Objevila se i znepokojení, zda není samotná nemoc příliš zatlačena na okraj, zda je BPSM opravdu univerzálně užitečný model nebo jestli tento přístup nepoškodí pacienta. K poškození pacienta však může bohužel dojít v rámci jakéhokoliv modelu, zejména pokud jsou nevhodně posouzeny limity modelu (Wade & Halligan, 2017, p.997).

Za poslední dekády se ovšem kumulují data potvrzující vliv psychosociálních faktorů na zdravotní stav a podporují tak účinnost BPSM (Bolton, 2023, p.7504). Existují například

klinické studie potvrzující efekt psychologické terapie při nejrůznějších zdravotních obtížích, studie využívající kombinaci medikace a psychoterapie nebo účinku sociální podpory na zdraví jedince (Bolton, 2023, p.7508).

Postupně přibývá studií potvrzujících pozitivní vliv spojení fyzioterapie a psychologické intervence na kvalitu života a zlepšení muskuloskeletálních obtíží (Smart, 2023, p.64). Je potvrzen pozitivní vztah mezi vyšším sociálním statusem a lepším zdravím (fyzickým i mentálním) (Bolton, 2023, p.7506).

Smart (2023, p.65) uvádí, že množství literatury zaměřující se na sociální faktor ve fyzioterapii není dostačující. Může to být způsobeno nejistotou terapeutů v této oblasti nebo myšlenkou, že do jejich pracovní náplně toto téma nepatří, jak je tomu i v případě psychologických faktorů. Přesto je v posledních letech zvýšené povědomí o důležitosti sociální složky a fyzioterapeuti jsou vyzýváni hledat nové možnosti jejího zahrnutí do hodnocení pacienta i vedení terapie. Existuje tzv. *social prescribing*, tedy nefarmaceutického „předepsání“ nějakého sociálního spolku nebo komunity, kde se pacienti vzájemně podporují a společně cvičí nebo chodí na vycházky – například tzv. walking groups.

V Česku se například vytváří tzv. pacientské spolky pro osoby postižené těžkými i lehčími syndromy a jejich rodiny. Konkrétními příklady je Česká asociace pro vzácná onemocnění, SMÁci (pro pacienty postižené spinální svalovou atrofií), Rett Community (spolek rodičů a přátel dívek s Rettovým syndromem) nebo Národní ústav pro autismus.

3. Bolest

Bolest je obvykle zprávou těla poukazující na poškození nebo poranění a směřuje naši pozornost k této části těla (Kanji, 2000, p.143). Mezinárodní asociace pro studium bolesti ji definuje jako „nepříjemný sensorický nebo emocionální prožitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně organismu“ (International Association for the Study of Pain, 2024).

Bolest se obecně rozděluje na akutní a chronickou. Akutní bolest je obvykle varovným signálem, reakcí na poškození tkání vyvolaná vnějším stimulem nebo vnitřním procesem. Adekvátní léčbou lze akutní bolest odstranit. Chronická bolest oproti tomu zůstává i poté, co je zranění zhojeno, v jiném případě je spojená s chronickou chorobou (Kohlert et al., 2022, p.531).

Přibližně 20-30% dospělé populace v Evropě a Spojených státech trpí chronickou bolestí, typicky popisovanou jako bolest trvající déle než tři měsíce. Chronická bolest má nepopiratelný vliv na každodenní aktivity, kvalitu života, psychickou pohodu trpících a má širší dopady na osobní i pracovní život. Její ekonomická stránka zahrnuje náklady ve zdravotnictví, ztrátu pracovní produktivity, chronická bolest pak může být i důvodem k časnému důchodu a výdaje mohou stoupnout až na miliardy ročně. Chronická bolest je také někdy považována za nemoc samu o sobě, a nejen pouhý příznak jiného onemocnění (Smart, 2023, pp.61-62).

Akutní bolest typicky vzniká na periférii. Jestliže se zůstane u tvrzení, že chronická bolest vychází z akutní, léčba chronické bolesti se bude stále zaměřovat na periférii jako na místo původu bolesti. Takovým přístupem však může dojít k poškození pacienta, při léčbě chronické bolesti by se mělo cílit na centrum (tzn. centrální nervovou soustavu). Centrálně udržované bolesti jsou nezávislé na bolestivých vjemech z periferie (nocicepce). Přestože mají jistý bod vzniku, nejsou důkazy, že by byl jejich mechanismus změněn po uplynutí 60 nebo 90 dnů. Takové bolesti také málokdy reagují na opioidy (Loeser, 2022, p.1671).

„Měli bychom se přestat snažit léčit centrálně udržované bolesti terapiemi, které jsou cílené na bolestivou část těla a místo toho přejít ke strategiím, které jsou navrženy tak, aby změnily způsob, jakým mozek přijímá vnitřní a vnější podněty“ (Loeser, 2022, p.1673).

Mezi centrálně udržované bolesti je podle Loesera (2022, p.1672) zařazena například fibromyalgie, nespecifická prostatitida, intersticiální cystitida, nekardiální bolest na hrudi, syndrom dráždivého tračníku, komplexní regionální bolestivý syndrom, postcholecystektomický syndrom, atypická bolest obličeje, nespecifická bolest dolní části zad, vulvodynie nebo biliární dyskineze.

Dlouhotrvající bolest má obvykle multifaktoriální původ, určitým dílem jí dávají vzniknout každá ze složek biopsychosociálního modelu. Léčba by tedy měla probíhat také na základě tohoto modelu. Pacient je ten, kdo potřebuje být léčen, ne bolest (Dragesund & Øien, 2020, p.1; Loeser, 2022, p.1671).

4. Fyzioterapie a duševní zdraví

Dle Světové zdravotnické organizace je duševní zdraví definováno jako pocit pohody, ve kterém je jedinec schopen zvládat každodenní stres, uvědomovat si své schopnosti, správně pracovat a vzdělávat se a přispívat do společnosti. Nejedná se pouze o nepřítomnost duševní choroby, ale o komplexní stav ovlivňující každého člověka jiným způsobem. Zároveň je možné duševní stav ovlivnit mnoha aspekty v životě: zdravé vztahy s rodinou a přáteli, využívání volného času pro koníčky, cvičení, dopřát si odpočinek a obecně dodržování zásad zdravého životního stylu. Duševní stav se potom projevuje na myšlení, prožitcích a chování jedince (Probst, 2017, p.180; World Health Organisation, 2022).

Nedílnými součástmi celkového zdraví jsou jeho fyzická, psychická, sociální, emocionální a spirituální složku. Ne vždy si fyzioterapeuti uvědomují, že při poskytování zdravotní péče nemocné osobě, pracují se všemi články jejího zdraví. Vědomě či nevědomě se fyzioterapeutovi za dobu jeho praxe dostanou *pod ruce* osoby s chronickým onemocněním, psychosomatickými poruchami, nemocní s duševními poruchami, které se přidaly jako symptom jiných, např. neurologických, chorob. A naopak i původně duševně nemocní jsou více náchylní na zhoršení fyzického stavu, nejen kvůli užívání psychotropních látek. Mohou se projevit např. kardiovaskulární poruchy, metabolický syndrom, obezita nebo osteoporóza (Probst, 2017, p.182).

V některých zemích, př. v Belgii nebo Skandinávii, má fyzioterapie v oblasti duševního zdraví a psychiatrie dlouhou tradici. Roku 2011 v rámci společnosti *World Confederation for Physical Therapy* vznikla speciální podskupina *International Organisation of Physiotherapy in Mental Health*. Následně byla ustanovena definice této oblasti fyzioterapie, tedy její zaměření na rozlišné stavy zdraví a duševního zdraví a její využití v psychiatrii a psychosomatické medicíně. Definice zdůrazňuje vytvoření terapeutického vztahu, navození podporující atmosféry a využívání bio-psycho-sociálního pohledu na nemocného. Mezi cíle patří spokojenost a posílení pohybové sebejistoty pacienta za využití metod na uvědomění si svého vlastního těla a pohybů, nácviku funkčních pohybů nebo aktivního cvičení. Po celou dobu terapie je snaha o propojení tělesných a mentálních složek jedince. Nezbytná je i zmínka o multidisciplinárním týmu, kterého je fyzioterapeut součástí a ve kterém spolupracují všichni členové týmu v zájmu nemocného a na základě dostupných vědeckých a klinických poznatků (World Confederation for Physical Therapy, 2011; Probst, 2017, pp.182-183).

4.1 Rehabilitace v psychiatrii

Kolář (2020, p.663) rozděluje rehabilitaci v psychiatrii na rehabilitaci zaměřenou na oblast sociálních a pracovních funkcí a na psychomotorickou terapii. Podobně Probst (2017, p.183) dělí fyzioterapii v mentálním zdraví dle zaměření na tělesný, psycho-sociální a psychoterapeutický aspekt.

V okruhu sociálním a pracovním se nazývá také psychosociální nebo psychiatrická rehabilitace. Teoretické základy vychází z myšlenky, že léčba psychiatrického pacienta dokáže zmírnit nebo odstranit symptomy, ale bohužel u něj stále přetrvává funkční porucha. Tato porucha ztěžuje život mimo nemocniční zařízení. Cílem je ovlivnění funkčních poruch, zlepšení vlastních schopností a dovedností, zároveň je důležitá podpora samostatnosti pacienta pro nezávislý život a pohyb ve společnosti. Psychosociální rehabilitace je součástí komunitní péče a lze mezi nimi nalézt i určité podobnosti. Specificky se psychiatrická rehabilitace zaměřuje na pracovní uplatnění jedince, vzdělávání, bydlení, volný čas a socializaci. (Kolář, 2020, pp. 663-670). Kromě uvedeného je dle Probst (2017, p.185) třeba pacienta edukovat v relaxačních a dýchacích cvičeních, v technikách na zvládání stresu, dále rozvíjet kognitivní, emoční a sociální schopnosti, nebo zapojit do terapie nácvik komunikačních dovedností. Konkrétně se pracuje například s technikami mindfulness, využít se může i psychofyziologický efekt cvičení síly a výdrže pro zvýšení fyzické i psychické odolnosti.

Rehabilitace zaměřená na tělesné zdraví zdůrazňuje rozvíjení obecné fyzické kondice nemocného. Jak již bylo uvedeno výše v této kapitole, lidé s duševními poruchami jsou více náchylní k nečinnosti a k sedavému životnímu stylu. Úkolem fyzioterapeuta je přizpůsobit cvičení individuální potřebám pacienta v kontextu jeho duševní poruchy a motivovat jej do aktivního životního stylu v běžném denním životě (Probst, 2017, pp.184-185).

Psychoterapeuticky orientovaná fyzioterapie využívá motoriky spíše jako vstupu k ovlivnění sociálních funkcí. Během terapie jsou pacienti pozváni řešit své chování a často nově pociťované emoce v bezpečném prostředí. Je facilitován proces změny a vyvíjí se chování a reakce na podněty, které by jinak pravděpodobně ani nebyly pacientem objeveny. Ačkoli se nemusí vyřešit původní problém stojící za tím vším, cílem terapeuta je zlepšit pacientovu schopnost řešení problémů (Probst, 2017, p.185-186). Zajímavý poznatek J. Piageta z roku 1952 upozorňuje na vliv raných preverbálních pohybových prožitků na budoucí adaptaci a strategii žití. Dojde-li ke změně pohybových vzorců, dojde i k adekvátní změně v psychice (Kolář, 2020, p.670).

Psychomotorická terapie (PMT, angl. *Psychomotor Therapy*) pracuje s vnímáním těla, efektem pohybu na duševní zdraví a zkoumá pohybové chování člověka. Výsledky terapie často závisí na terapeutovi, na jeho osobních zkušenostech a povaze. Provedení dané metody a její přijetí pacientem se potom částečně liší od terapeuta k terapeutovi, nelze je přesně předat dál studentům a nemají pevný teoretický základ. Přesto existují metody částečně experimentálně a empiricky ověřené, mezi které Kolář řadí kinezioterapii (česká verze PMT), *Adventure Therapy* (využívá zážitků v přírodě) nebo *Psychomotor Fitness Training* (psychomotorika ve sportu). Dalšími metodami jsou *Basic Body Awareness Therapy* (BBAT), využívaná hlavně ve Skandinávii, *Konzervative Bewegungstherapie* (německá forma) nebo *Dance and Movement Therapy* (Kolář, 2020, pp.670-671).

Probst (2017, pp.186-191) nabízí další přidružené metody neboli určité možnosti náplně terapií podle potřeb pacienta. Jsou jimi PMT pro děti, norská psychomotorická fyzioterapie, relaxace, jóga a další mind-body přístupy, fyzioterapie v psychiatrii ve starším věku, PMT pro těžké duševní nemoci, aktivní cvičení a pohybové aktivity nebo přístup z pohledu psychosomatické fyzioterapie. Je velmi nutné zmínit, že všechny uvedené metody jsou pro efektivnější vyšetření, terapii a podporu pacienta, ale fyzioterapeut není psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut, a tudíž i s psychiatrickými pacienty pracuje v rozsahu všeobecných kompetencí fyzioterapeuta.

Roku 1996 bylo založeno *Evropské fórum psychomotoriky*, které se zaměřuje na vývoj psychomotoriky, aktuálně ve 13 členských evropských státech. Psychomotorika se vyvíjela nezávisle na sobě v různých státech a podle toho má i své odlišnosti v tradici, vzdělání, výzkumu nebo profesionálním zařazení psychomotorických terapeutů. Společným znakem je holistický přístup k jedinci a důležitost pohybu. V některých zemích (Belgie, Švýcarsko, Dánsko, Francie, Nizozemí, Portugalsko) je možné studovat bakalářský program a stát se psychomotorickým terapeutem, například v Česku lze absolvovat kurz s akreditací Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (European Forum of Psychomotricity, 2024).

5. Vybrané psychosomatické přístupy ve fyzioterapii

5.1 Norská psychomotorická fyzioterapie (NPMP)

Norská psychomotorická fyzioterapie (NPMP, angl. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy*) je metoda využívaná u pacientů s chronickými muskuloskeletálními obtížemi a psychickými problémy. Nejvíce se aplikuje ve skandinávských zemích, a to zejména v Norsku, kde má svůj původ. Vznikla v pozdních 40. letech 20. století spoluprací mezi fyzioterapeutem Aadel Bülow-Hansen a psychiatrem Trygve Braatøy. Oba měli v terapii stejné pacienty a společně probírali teorie týkající se hlavně vzájemného propojení svalového napětí, dýchání a emocí. Od roku 1952 se metoda zařadila jako specializace ve fyzioterapii a na konci 20. století vznikl v Oslu magisterský program zaměřený čistě na NPMP. Dnes se vyučuje na několika dalších norských univerzitách (Dragesund & Øien, 2023, p.20; Ekerholt & Bergland, 2004, p.403).

NPMP vychází z biopsychosociálního modelu. Metoda je založena na pozorování, že tělo reaguje na fyzické, psychické a sociální zatížení a je změněn svalový tonus, respirace, postura, pohyby, rovnováha, flexibilita, a také tzv. uvědomování si svého těla. Vše je zohledněno při odběru anamnézy, vyšetření i v průběhu léčby (Bergland et al., 2018, p.2; Dragesund et al., 2021, p.2).

Mezi indikace k NPMP terapii lze řadit ztrátu funkce spojenou se zatížením pohybového aparátu, chronické bolesti, psychosomatické nemoci i psychiatrické choroby. (Ekerholt & Bergland, 2009, p.137). NPMP má potenciál ovlivnit i depresi, úzkost, nespavost, chorobnou únavu a zlepšit kvalitu života (Dragesund & Øien, 2023, p.24). Velkou část pacientů tvoří ženy s chronickými muskuloskeletálními obtížemi. Jelikož bolestivými stavy trpí řadu let, terapie je obvykle také dlouhotrvající (Dragesund et al., 2021, p.2).

Vyšetření v rámci NPMP pomáhá pacientovi pochopit své onemocnění (Dragesund & Øien, 2023, p.24). Hodnocena je zejména respirace a kvalita pohybu. Pokud jsou výrazné odchylky od ideálních tělesných podmínek, je doporučen jiný typ terapie. Terapeut posuzuje i schopnost pacienta rozeznat reakce svého těla a jeho tělesné návyky při kontrole těchto reakcí. Pacient musí být schopen vědomě změnit svalové napětí ve svém těle. Rehabilitace je podložena teorií, že zvýšené svalové napětí inhibuje respiraci a volnost pohybu. Pokud je tedy tonus snížen, dochází ke zlepšení symptomů a zvýšení posturální stability (Bunkan, 2001, p.2847; Ekerholt & Bergland, 2004, p.404).

Cílem metody je zlepšení kvality pohybu v běžném denním životě a naučení se novým (ekonomičtějším) pohybovým návykům. Postižené funkce jsou facilitovány masážími, aktivním cvičením, balančními cviky, relaxacemi pro obnovu normální respirace, je podporována svalová kontrola a povědomí o propojenosti mysli a těla (Bergland et al., 2018, p.2; Bunkan, 2001, p.2846).

Využívá se dechových cvičení, která přispívají k prohloubení vztahu mezi kvalitním dechem a příjemnějším životem (Dragesund & Øien, 2023, p.24). Dechová cvičení se mohou mimo jiné využít ke snížení symptomů somatických poruch a k léčbě psychosomatických poruch souvisejících se stresem a emocemi (Ekerholt & Bergland, 2009, p.138).

Pacienti absolvující NPMP terapii si obvykle váží schopnosti fyzioterapeutů přizpůsobit terapii přesně jejich potřebám. Oceňují také dostatek času a prostoru k prohloubení vztahu s vlastním tělem a objevení nových možností pohybu. V kvalitativní studii pacienti zdůraznili, že jim terapie *otevřela oči*, postupně pochopili vliv minulosti na jejich aktuální symptomy a pocítili potřebu lépe se o sebe starat v každodenním životě (Dragesund & Øien, 2023, p.25).

Podobně Ekerholt a Bergland (2009, p.138) uvádí, že pečlivé naslouchání a citlivost pomáhají terapeutovi nahlížet na tělo jako zdroj informací. Dalším prvkem NPMP je terapeutova pomoc verbalizovat pacientovy pocity. Pocity popsané slovy jsou více hmatatelné a lépe pochopitelné.

Z pohledu fyzioterapeuta je rehabilitace jedinců s chronickými obtížemi někdy velkou výzvou vyžadující terapeutovu osobní životní stabilitu a schopnost flexibilně upravovat léčebný proces podle aktuálních potřeb pacienta. Tato zjištění korespondují se studii z podobných terapeutických prostředí, kde je zdůrazněno vědomí vlastního těla terapeuta, empatie, důvěra a přijetí. Byla také potvrzena důležitost komunikace v terapii. Některé fáze léčebného procesu jsou pro vzájemnou komunikaci těžší než jiné. Přínosem terapie je vnímání této *těžké fáze* jako dynamický prostor pro rozvoj a posun v léčebném procesu (Dragesund & Øien, 2023, p.25).

Na základě kvalitativních výzkumů má NPMP mnoho benefitů. Jedná se o flexibilní přístup soustředící se na pacienta a jeho potřeby. Neexistuje žádný standardizovaný postup léčby, NPMP terapeut postupuje podle svého aktuálního klinického pochopení pacienta. Z tohoto důvodu obtížné v NPMP najít měření, které zachycuje důležité změny z pacientova pohledu. To může být důvod, proč je tak málo kvantitativních výzkumů posuzující výsledky NPMP léčby. Následkem toho je tento přístup kritizován konvenční medicínou a je považován spíše za alternativní (Breitve et al., 2010, p.214; Dragesund & Øien, 2023, pp.3–25).

Pacienti s dlouhodobými muskuloskeletálními obtížemi jsou heterogenní skupinou, způsob léčby vyhovující jedné skupině nemusí vyhovovat jiné. Studie z roku 2021 porovnávala

efektivitu NPMP proti kognitivní edukaci pacienta a aktivní fyzioterapii (COPE-PT). COPE-PT se snaží snížit bolest pomocí úpravy myšlenek, názorů a pohybů udržující původ bolesti, toho je dosaženo edukací a cvičení, které je přizpůsobeno potřebám pacienta. NPMP se zaměřuje na prožití bolesti v propojení s celým tělem a životem. Symptomy se vysvětlují v kontextu těla jako nástroje vyjadřujícího a regulujícího emoce člověka. Výsledky ukázaly, že skupina v terapii COPE-PT se zlepšila v dotaznících i ve fyzických testech více než NPMP. Výsledky byly podle autorů překvapující a naznačují, že při řešení dlouhodobé bolesti a snaze zvýšit aktivitu pacienta by COPE-PT mohl být účinnějším přístupem. COPE-PT se navíc dá naučit za krátký čas od zkušených fyzioterapeutů, oproti NPMP, která vyžaduje specializaci na postgraduální úrovni (Dragesund et al., 2021, p.7-11).

5.1.1 Masáž v NPMP

Dotek byl součástí léčby v mnoha civilizacích a kulturách v průběhu dějin. O masáži je zmínka už ve spisech z 2000 let před našim letopočtem. Masáže působí na tělo na mnoha úrovních: psychologické, mechanické i fyziologické. Navozují relaxaci a zvyšují vnímavost těla. Dotek je také symbolem přijetí a ujištění pacienta, že jeho problémy nejsou brány na lehkou váhu (Dragesund & Øien, 2023, p.24; Ekerholt & Bergland, 2009, pp.137-142).

NPMP masáž je inspirována klasickou masáží. Zajímavým elementem oproti klasické masáži je její spojení s rozhovorem, který se obvykle týká pacientových prožitků během terapie. Prvním krokem ke slovnímu popsání svých psychických pocitů je definování svých tělesných pocitů (Ekerholt & Bergland, 2009, p.140).

Nepřetržitá pozornost je zaměřena na dech pacienta a jeho změny jsou využívány jako vodítko během terapie. „Volnost dechu je volnost pocitů. Hlavní otázkou v terapii je: Jak dlouho je pacient schopen tolerovat uvolňování svalů se a nezadržovat dech?“ (Ekerholt & Bergland, 2009, p.138).

Pokud pacient reaguje zadržováním dechu, masáž může být přerušena a pacientovi je dána možnost reflektovat své pocity a pochopit reakce svého těla. Tento koncept je založen na tom, že být pod dotekem druhého je jednou z možností, jak posoudit své bolestivé symptomy a rozvíjet se v chápání svého těla. Každý člověk prožívá dotek od druhého člověka individuálně, masáž může působit relaxačně, ale může být i spouštěčem nepříjemných pocitů. Uvolnit se a zrelaxovat znamená vzdát se velkého množství kontroly, což je pro mnoho lidí něco neznámého, co se bojí podstoupit (Ekerholt & Bergland, 2009, pp.138-140).

Tato teorie je založena na poznání, že lidská těla v sobě nesou vzpomínky na předchozí emoční vypětí. Stresové situace prožité dříve v životě se mohou projevat v současných reakcích na vypjaté situace. Zvýšená tenze svalů může poukazovat na emoce v nich *zamčené*. Dlouhodobá tenze pak pravděpodobně způsobí změnu v respiraci a postuře, může se projevit i vegetativními symptomy. Při masáži jsou kromě svalů uvolňovány i tyto *emoční balíčky*, což může být pro pacienta nepříjemné a nové, ale velmi potřebné (Ekerholt & Bergland, 2009, p.141).

5.2 Basic Body Awareness Therapy (BBAT)

Basic Body Awareness Therapy (BBAT) je metoda uplatňovaná zejména ve fyzioterapii duševních onemocnění. Ačkoli její zakladatel, psychoterapeut Jacques Dropsy, je francouzského původu, v aktuální době je rozšířená především v severských evropských státech. Na tom má zásluhu švédský fyzioterapeut Gertrud Roxendal, který zavedl metodiku BBAT do fyzioterapeutické praxe. Další rozvoj BBAT ovlivnily západní i východní pohybové směry, prvky ze současného tance nebo z výuky herců. Svůj podíl mají i přírodní vědy jako fyziologie, neurobiologie, biomechanika, filozofie nebo psychologie orientovaná na tělo (Skjaerven et al., 2018, pp.2-7).

Metoda se využívá v léčbě úzkosti, deprese, poruch příjmu potravy nebo post-traumatického syndromu. Mimo psychiatrickou péči se BBAT ukázala být efektivní u lidí s chronickými bolestmi a psychosomatickými onemocněními. Je prospěšná také v oblastech rehabilitace po cévní mozkové příhodě, u revmatických chorob, whiplash syndromu, fibromyalgie a při chronických bolestech (Bergland et al., 2018, p.2; Gyllensten et al., 2019, p.747; Skjaerven et al., 2018, p.2).

Jacques Dropsy původně popsal teorii *třínásobného kontaktního problému*. Teorie je soustředěna na tři *problémy*: kontakt se svým tělem, kontakt s lidmi okolo sebe a schopnost realisticky vnímat okolní svět. Narušením jednoho aspektu jsou ovlivněny i další dva. Pomocí BBAT lze ovlivnit nejen vztah ke svému tělu, ale i schopnost empatie a kontaktu s ostatními lidmi. Dále se využívá pro zlepšení balance, stability nebo funkčních pohybů v běžném denním životě. Zaměřuje se také na kvalitu pohybu, tedy na způsob, jakým je pohyb uskutečněn ve vztahu k prostoru, času a spotřebované energii. Pro zlepšení funkční kvality pohybu je zapotřebí směřovat pozornost k potenciálu svého těla provést pohyb správně. BBAT nabízí rozmanitý výběr tréninkových situací včetně jednoduchých koordinačních pohybů (Gyllensten et al., 2019, pp.749-750; Gyllensten et al., 2018, p.48; Skjaerven et al., 2018, p.2).

Jak již vyplývá z názvu, tzv. *body awareness*, tedy vědomí o těle, je pro tuto metodu velmi důležité. Termín *awareness* je definováno jako ohleduplná a pozorná přítomnost, nelze jej zaměnit s koncentrací. Uvědomění si svého těla znamená neustále monitorovat vnitřní vjemy i zevní prostředí a tím zajistit zvýšenou vnímavost ke všem prožitkům. Fakt, že si jedinec podnětů všímá, ovšem neznamená, že jim musí věnovat vyšší pozornost. Existuje tedy rozdíl mezi všímavostí a pozorností. Je důležité uvědomovat si vlastní tělo i v průběhu pohybu (tzv. *movement awareness*) (Bergland et al., 2018, p.2; Skjaerven et al., 2018, p.2; Skjaerven et al., 2010, p.1480).

Utlumené vědomí o vlastním těle může vést ke snížené pohybové kvalitě, bolesti a dysfunkci celého těla. Naopak pokud pacient trpí muskuloskeletálními obtížemi z jiných příčin, bude mu také chybět jisté senzomotorické povědomí, což se odráží v nedokonalé pohybové koordinaci a změněných životních strategiích. Dobré senzomotorické citění je prvním krokem k nabytí kvality pohybu. Zvýšená pozornost ke svému tělu a sensorickým signálům ovšem může způsobit přehlcení informacemi, na které jedinec není zvyklý a může tyto informace považovat za symptomy nemoci. Na takovou situaci musí být terapeut připravený a být pacientovi v tomto stavu průvodcem (Skjaerven et al., 2018, pp.2-10; Skjaerven et al., 2010, p.1480).

Nepopiratelný přínos pro efektivní terapii má i terapeutova osobní zkušenost s uvědomováním si vlastního těla. Jestliže je schopen přijímat všechny signály svého těla a správně je interpretovat, je velmi pravděpodobné, že to zvládne naučit i svého pacienta. Terapeut s vlastní zkušeností dokáže pacienta lépe navést a pomoci mu přenést teoretické poznatky do praxe. Všímavý postoj terapeuta a schopnost být tělem i duší *ted' a tady*, je také základem profesionální komunikace (Skjaerven et al., 2018, p.10; Skjaerven et al., 2010, p.1483).

Existují i pochyby o účinnosti této metody. Obvyklým cílem BBAT je zlepšit kvalitu pohybu, což je hůře měřitelné. Systematická studie z roku 2023 poukazuje na minimální vliv BBAT na kvalitu života a funkční výsledky a doporučuje fyzioterapeutům, aby byli v oblasti této metody obezřetní (Vancampfort et al., 2023, pp.9-10).


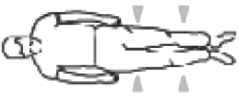

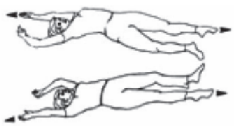

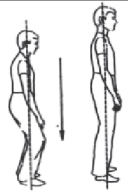






Z hlediska kvantifikace účinnosti tohoto terapeutického přístupu je možno využít škály pro hodnocení vědomí těla. Příkladem je švédská *Body Awareness Scale Movement Quality and Experience (BAS MQ-E)* nebo norská *Body Awareness Rating Scale Movement Quality and Experiences (BARS-MQE)* (Gyllensten et al., 2018, pp.57-64; Skjaerven et al., 2018, p.8).

Švédská BAS MQ-E je složena ze tří částí: pohybový test, dotazník o těle a tělesných prožitcích a kvalitativní rozhovor založený na pacientových zkušenostech z předchozích částí

hodnocení. V pohybovém testu (část BAS MQ) se testuje stabilita ve funkci, koordinace/dýchání a přítomnost v pohybu, všechny tři složky v návaznosti na originální teorie BBAT o balanci, svobodě pohybu a vědomí těla, jak je formuloval Jacques Dropsy. V hodnocení jsou zahrnuty každodenní funkční pohyby jako posazování, leh na zem a zvednutí se, skákání, chování, přenášení váhy nebo stoj na jedné noze. Každý pohyb je hodnocen čísly od 0 do 4, přičemž 0 znamená, že je pohyb proveden plynule a s lehkostí, číslo 4 obdrží pacient, který nedokázal pohyb předvést nebo jej předvedl špatně. Dotazník (část BAS-E) vyplňuje pacient sám a je zaměřen na funkčnost těla v běžném denním životě. Odpovědi jsou na škále od 0 do 3, kdy 0 znamená žádné symptomy nebo bolesti v popisované situaci a 3 poukazuje na obrovské bolesti/nevyplněnou odpověď. V dotazníku jsou i otázky na pacientovu představu o budoucnosti, zda očekává změnu k lepšímu nebo si myslí, že jeho stav již nelze změnit. Rozhovor (část BAS-E) již není hodnocen škálou s čísly, ale pacient během něj udělá pět pohybů z pohybového testu a popíše, jak se u nich cítí (Gyllensten et al., 2018, pp.57-61).

Norská BARS-MQE, podobně jako švédská škála, vychází z původních teorií BBAT. Skládá se ze dvou částí: observace a hodnocení kvality pohybu při 12 cvicích (obr. 1) a rozhovor s pacientem o jeho uvědomování si jeho těla ihned po vykonání cviku. Hodnocena je dynamika mezi dýcháním, posturální balancí a uvědoměním, rytmus a plynulost (Gyllensten et al., 2018, p.64; Skjaerven et al., 2014, p.20).

Obrázek 1: Pohyby při hodnocení pomocí škály BARS-MQE (Skjaerven et al., 2014, p.20).

 <p>No 1 Contact with the Ground</p>	 <p>No 2 Closing Legs Together</p>	 <p>No 3 Symmetrical Stretching</p>
 <p>No 4 Asymmetrical Stretching</p>	 <p>No 5 Sitting Balance</p>	 <p>No 6 Up-Down Along the Vertical Axis</p>
 <p>No 7 Sideways Movement</p>	 <p>No 8 Turning Around Vertical Axis</p>	 <p>No 9 Arm Movement</p>
 <p>No 10 Flexing/Extending the Trunk</p>	 <p>No 11 Relational Movement</p>	 <p>No 12 Walking in a Circle</p>

5.3 Feldenkraisova metoda

Dvěma obdobnými moderními somatickými přístupy je Feldenkraisova metoda a Alexandrova technika. Každá metoda má svou vlastní historii a přístup, ale zároveň se v některých aspektech podobají. Obě metody například užívají raději modelu *student-učitel* namísto *pacient-terapeut*. Obě techniky předpokládají, že navyklé neefektivní pohyby vedou k pohybovým problémům, bolesti nebo celkovým dysfunkcím. Změnou těchto vzorců je zlepšeno fungování celého těla. Požadovaným výsledkem obou metod je zlepšení funkce a prostorové (resp. kinestetické) uvědomění si pohybu v každodenních činnostech (Jain et al., 2004, pp.811-814).

V polovině minulého století se stal ruský fyzik a inženýr Moshe Feldenkrais zakladatelem stejnojmenné metody. Výchozí názor sestával z myšlenky, že člověk není fyzické tělo ovládané myslí, ale lidská bytost, která má svobodu volby o tom, jak se chovat a umí se učit. Metoda se zaměřuje na poznání vlastního Já pomocí vědomého pohybu. Zakládá se na objevování nových možností pohybu a rozvíjení lidské schopnosti učit se. V základu se Feldenkraisova metoda rozděluje na dvě modalities: pohybem k sebeuvědomění (ATM, angl. *Awareness Through Movement*) a funkční integrace (FI, angl. *Functional Integration*). ATM se uskutečňuje ve formě vedených společných lekcí, kdy terapeut vede své žáky slovně. Metodika ATM dbá výlučně na prohloubení koordinace než na zvýšení svalové síly či aerobní kondice. Cvičení je prováděno v leže na zádech, na břiše, na boku, v sedě, ve stoji nebo dokonce i ve stoji na hlavě, zároveň i ve všech přechodových polohách. FI je individuální terapie zaměřující se na manuální techniky, jemné manipulace a pasivní posouvání tkání, které zlepšuje propriocepci a slouží k reedukaci pohybu. Přestože je funkční integrace spíše pasivní přístup, je kladen důraz na všímavost a uvolněnost jedince, který sebou nechá manipulovat. Zároveň je FI vhodný pro osoby s potřebou speciální pozornosti, od novorozenců a dětí až po starší osoby (Berland et al., 2022, p.1; Hillier & Worley, 2015, p.1; Russell, 2020, pp.214-215).

Feldenkrais popisuje *Obraz Já* skládající se ze čtyř elementů, kterými jsou pohyb, cit, smysly a myšlení. V jeho metodě se pohybem ovlivňují zbylé tři složky (Feldenkrais, 1996, pp.26-28). Jsou využívány pohyby, které jsou pro tělo nezvyklé. Při nich se zvýrazní nepřesnost *Obrazu Já*, kterou si často lidé neuvědomují. Příkladem lze uvést odhad šířky úst nebo hloubky hrudníku se zavřenými očima, kdy osoba svými prsty nebo rukama osoba ukáže šířku či hloubku zmíněných částí těla. Obvykle tento odhad není příliš přesný a poukazuje na nedokonalou znalost vlastního těla (Feldenkrais, 1996, pp.36-37).

Důraz je kladen na rozšíření hranic vlastních možností (Feldenkrais, 1996, p.71). Feldenkrais došel k názoru, že téměř všichni lidé využívají pouze zlomku svého potenciálu. *Obraz Já* může být vždy rozmanitější, větší, dokonalejší, ať už člověk dosáhne jakéhokoliv cíle. Samozřejmě je důležité mít představu a cíl, ke kterému je možno směřovat, zároveň ale člověk nesmí být tímto cílem omezen a spokojit se s tím, že ho dosáhl a nerozvíjet se dál (Feldenkrais, 1996, pp.30-31).

Dalším klíčovým bodem je *šetření vlastní energie*. Cvičenec se snaží provést pohyb co nejekonomičtěji. Svaly, které jsou zbytečně aktivní, je nutné uvolnit a neplýtvat tak energií (Feldenkrais, 1996, pp.71-75). Pohyby se opakují několikrát po sobě, dokud je cvičenec nevykoná ekonomicky a neprocítí spojení pohybu s dechem. Za příklad lze uvést nadzvedávání paže lehce nad podložku vleže na zádech. Už vleže na zádech si cvičenec uvědomuje, v jakých místech se tělo dotýká země, zda je páteř rovná, jak jsou nastavené obratle nebo zda je možné tělo v této výchozí pozici zcela uvolnit. Při samotném pohybu paží je nutné si uvědomit, že pohyb má vycházet z ramene, zápěstí či prsty by tedy měly být zcela uvolněné. Postupným opakováním pohybu jej propojuje s dechem, pozvolna se učí pracovat s rychlostí pohybu. Je vhodné se mezi cviky zastavit a pozorovat změny (Feldenkrais, 1996, pp.105-108).

Pro vyšší facilitaci pohybového učení je žák veden k hledání vnitřní zpětné vazby. Učitel Feldenkraisovy metody nedává jasné pokyny, jak přesně má být pohyb proveden, ale pouze *vodítka* k tomu, jak má vypadat výsledek. Během lekcí ATM studenti nedostávají žádnou zpětnou vazbu, zda byl pohyb proveden správně. Posouzení je ponecháno na jejich interní zpětné vazbě, která podporuje proces poznávání (Stephens & Hillier, 2020, p.230).

Lidé různého věku a s různými diagnózami mohou využít efektu Feldenkraisovy metody. Nejedná se o léčebný přístup pro konkrétní onemocnění nebo o přístup se specifickým účinkem, ale spíše o obecnou (re)edukaci a posílení sebeuvědomění. Postupem času se potvrdilo využití metody u stárnoucí populace pro zlepšení rovnováhy jako prevence pádů (a strachu z pádů) i pro prevenci sarkopenie, osteoporózy nebo stařecké křehkosti (Berland et al., 2022, p.19-20; Hillier & Worley, 2015, p.10).

Účinnost byla ověřena i v oblasti muskuloskeletálních potíží. Pozitivně byla ovlivněna intenzita bolesti, svalové potíže, schopnost vykovávat volnočasové aktivity nebo vnímaná námaha během funkčního testu dosahu. Zkoumaný byl také vliv na chronickou bolest dolní části zad a v této oblasti měla Feldenkraisova metoda podobné nebo i lepší výsledky než klasická fyzioterapeutická intervence (tzn. škola zad, cvičení hlubokého stabilizačního systému páteře). Konkrétní zlepšení bylo zjištěno ve snížené bolesti, zlepšené kvalitě života, zvýšeném interoceptivním povědomí a svalové síle břišních svalů (Berland et al., 2022, p.20).

Feldenkraisova metoda je poměrně hojně využívána například ve Spojených státech, Austrálii či v Německu, kde se uplatňuje v terapii posturálních deformit, muskuloskeletálních obtíží, bolesti zad, neurologických patologií, chronické bolesti, vývojových poruch nebo psychosomatických onemocnění. Podle metody cvičí i někteří profesionální sportovci, atleti, hudebníci nebo tanečníci. V těchto případech je cílem Feldenkraisovy metody zlepšení pohybových vzorců a funkcí (Berland et al., 2022, p.2; Henry et al., 2016, p.71).

5.4 Alexandrova technika

Alexandrova technika je známá mezi profesionální umělci, zvláště je určena pro hudebníky, zpěváky a herce. F.M. Alexander, sám povoláním herec, začal tuto techniku vyučovat v Londýně roku 1904. Soustředí se na identifikaci nežádoucích posturálních návyků narušující výkon a na reedukaci a kompenzaci těchto navyknutých vzorců (Batson, 1996, p.3; Dennis & Cates, 2016, p.4; Jain et al., 2004, p.812).

Jedním ze základních poznatků je mechanické a neuromuskulární spojení hlavy, krku a páteře. Alexander věřil, že vzpřímené lidské tělo by se mělo pohybovat s volností a dokonalou rovnováhou mezi agonisty a antagonisty. Z mechanického hlediska srovnával nastavení hlavy a páteře moderního člověka oproti původním primátům. V průběhu vývoje byla vytvořena lumbální a cervikální lordóza a těžiště hlavy (a celého těla) se přesunulo více posteriorně. Díky tomu je pro udržení antigravitačního držení hlavy vyžadována jen malá svalová námaha (Batson, 1996, p.4; Le Huec et al., 2011, pp.559-560).

Nervový systém člověka je uzpůsoben k tomu, aby zachoval lidské tělo vzpřímené. Existuje celý komplex reflexů (tzv. postojové a vzpřimovací reflexy), které pomáhají udržovat hlavu ve vertikální poloze. Alexander ve své době experimentálně zjistil, že vztah hlavy a krku je klíčový pro kontrolu pohybu celého těla. Vědomé vnímání a využívání svalové opory i reflexních prvků ve statické postuře nebo v pohybu nazýval správné *používání sebe sama*. Ať už kvalitní nebo nekvalitní *používání* v sobě odráží základní návyky neuromuskulární organizace, které buď podporují nebo narušují snahu o koordinovaný pohyb (Batson, 1996, p.5; Mysliveček, 2003, pp.90-91).

Technika pracuje zejména s nastavením hlavy, krku a páteře. Speciální pozornost je směřována na uvolnění nežádoucího napětí těchto oblastí těla. Důležité je soustředit se na pohyb při jeho provádění. Důraz je také kladen na pochopení a ovlivnění patologie než na *šlepy* návyk na fyziologii. Například u protrakce ramen je žák instruován, aby si uvědomoval, co je na postuře nedokonalé a spíše *nedovoloval ramenům jít dopředu*, než aby se snažil *zatáhnout*

ramena dozadu. Učitelé Alexandrovovy techniky navádí lehkým dotykem, slovně nebo vizuálně. Učitelé dávají jasné pokyny, cílem je kontrolovaný, elegantní a funkční pohyb, což je rozdíl oproti Feldenkraisově metodě, kde jsou pokyny méně jasné a cílem je spontánní pohyb (ovšem také elegantní a funkční) (Batson, 1996, p.6; Jain et al., 2004, p.818; Little et al., 2008, p.1).

Jsou nabídnuty dvě hypotézy mechanismu účinku Alexandrovovy techniky. První teorie je založena na fyziologické úrovni a tvrdí, že technika mění nastavení klidové délky svalového vřetenka nebo ovlivňuje nastavení v systému gama-motoneuronů. Druhá hypotéza spočívá v tom, že *engramy* naučených pohybů jsou účinně změněny a nahrazeny funkčnějšími pohybovými vzorci (Jain et al., 2004, p.814).

Podle Batsona (1996, p.5) mají různé psychofyzické kondice na Alexandrovu techniku pozitivní odezvu, např. bolest dolní části zad, skolióza, bolesti hlavy, problémy s páteřními disky, whiplash syndrom, ztuhlost krku a ramen, dechové obtíže nebo úzkost a onemocnění související se stresem. Woodman & Moore (2012, p.110) poukazují na významný účinek techniky v terapii chronické bolesti dolní části zad. Sami však zároveň připouští, že v současné době je studií k této technice poměrně málo a mají nízkou kvalitu. Díky vlivu Alexandrovovy techniky na dechový systém jej provozují někteří umělci, jak bylo zmíněno na začátku této kapitoly. Klinických studií potvrzující efekt na respiraci je ovšem málo, tudíž i v tomto případě je účinek techniky nejistý (Dennis & Cates, 2016, p.4).

5.5 Schulzův autogenní trénink (AT)

Zakladatelem této metody je německý psychiatr Johannes Heinrich Schultz, první kniha o autogenním tréninku byla publikována v roce 1932. Autogenní trénink (AT) společně s progresivní svalovou relaxací (PMR, angl. *progressive muscle relaxation*) je jednou z nejpoužívanějších relaxačních technik. Relaxace je řazena mezi psychologické intervence s možností nefarmakologicky ovlivnit vznik a udržování bolesti. Určitá forma relaxace je tedy nezbytnou součástí multimodální terapie bolesti, jak je například v Německu běžnou praxí (Breznoscakova et al., 2023, p.1; Kohlert et al., 2022, p.532).

Oproti PMR není pacient nucen zvýšit napětí v bolestivých částech těla, ale do stavu relaxace přivede člověk sám sebe pomocí pasivní koncentrace na části těla a kombinací mentálních a tělesných stimulů. Navíc je možné provádět AT bez odborného dozoru (existují však stavy, u kterých je dozor doporučen) a není k němu potřeba speciálních přístrojů, jak je tomu například u biofeedbacku. Trénink sestává ze série jednoduchých mentálních cvičení, které zpomalují stresové reakce v těle a navozují hojivé procesy spojené s psychofyzickou

relaxací. Jinými slovy je využíváno autosugesce k ovlivnění fyzického těla. Z pohledu západní medicíny má AT velký potenciál, jelikož nemá kulturní nebo náboženské přesahy a pro jeho praktikování není potřeba speciální oblečení nebo znalost rituálů (Kanji, 2000, p.144; Kohlert et al., 2022, p.532).

Dalším benefitem AT (resp. relaxačních metod) je podpora již existujícího samoreparačního a samoregulačního potenciálu těla. Pravidelná relaxace je jedna z vyrovnávacích mechanismů stresových reakcí, redukuje vyplavení stresových hormonů jako je například kortizol. Jedinec má nad reakcemi svého těla lepší kontrolu. Je potom snazší dosáhnout klidné mysli a emocionální rovnováhy, posiluje se zdraví a celková pohoda (Kanji, 2000, p.145; Yumkhaibam et al., 2023, p.137).

Na začátku je vhodné vybrat místo bez rizika vyrušení po dobu 10-15 minut. Jedinec zaujme pohodlnou polohu v křesle, na židli nebo vleže na zádech a zavře oči. Základní trénink sestává ze šesti *formulí*: tíha, teplo, klidný tep, klidný dech, pocit tepla v břiše a pocit chladu na čele. Celou lekci zároveň provází věta „Jsem klidný/á“. Nejprve je navozena relaxace svalů myšlenkami jako „Moje pravá ruka je těžká“. Další myšlenka je „Moje pravá ruka je teplá“, teplo se rozvine i do dalších končetin. Postupně se přejde na kardiovaskulární soustavu: „Můj tep je klidný a pravidelný“. Zaměřuje se i na dýchání, které je volné a nemělo by vyžadovat nadměrnou námahu. Dalším bodem je teplo v břiše a pocit chladu na čele. Všechna zmíněná cvičení patří do fáze pasivní koncentrace, která je ukončena třemi kroky: energetické pokrčení horních končetin, hluboký nádech a otevření očí. Efektivita tréninku závisí zejména na schopnosti psychicky vnímat své tělo a jeho části a na vůli jedince trénovat AT poctivě a pravidelně. Původní předpis od Schultze byl 6 až 8týdenní program s každodenními lekcemi, které jsou buď individuální nebo skupinové. Dodnes je tedy ustanoveno, že pro efektivitu metody a pro její správné naučení je doporučeno absolvovat terapii alespoň 8 týdnů (Kanji, 2000, p.144; Kohlert et al., 2022, p.532; Seo et al., 2018, p.66; Yumkhaibam et al., 2023, pp.126-137).

Modifikace či doplňky standardního cvičení šesti formulí jsou například tzv. *orgánové specifické formule*, *intenční formule*, *AT se zpětnou vazbou* nebo *autogenní behaviorální terapie*. AT se zpětnou vazbou a autogenní behaviorální terapie jsou novější techniky vzniklé interdisciplinární spoluprací. Orgánové specifické formule obsahují opět tíhu, teplo nebo chlad a měly by být přidány vždy na konci standardních formulí. Intenční formule slouží k řešení specifických symptomů (bolest, nespavost) a lze zde využít i personalizované fráze. Kanji (2000) dodává *intenční cvičení*, která mohou být využita k vyvolání potlačených pocitů, které zabraňují relaxaci, jako je např. vztek, úzkost, strach, popud k pláči apod. Silnější modifikací

je tzv. *autogenní neutralizace*, složená z autogenního tréninku, autogenní abreakce (emoční odreagování) a autogenní verbalizace. Tato úprava vyžaduje příslušný odborný výcvik a přítomnost terapeuta během celého procesu (Breznoscakova et al., 2023, pp.2-7; Kanji, 2000, pp.144-145).

Mezi indikovanými diagnózami jsou například tenzní bolesti hlavy, migrény, revmatoidní artritidy, insomnie, somatoformní onemocnění, Raynovova choroba, chronické respirační obtíže, bronchiální astma, těhotenství a šestinedělí (Kanji (2000, p.145) uvádí prospěch AT i během porodu), dermatitidy, potíže se srdcem, úzkost a panické choroby, stres, kinetóza nebo osoby v paliativní péči. Obvykle je vhodné přistupovat k relaxačním metodám jako doplňku terapie a neprezentovat je pacientovi jako *všelék* pro jeho bolesti, někomu pomohou více a někomu méně (Bernstein et al., 2000, p.9).

V terapii chronické bolesti a bolestí hlavy má AT podobný účinek jako jiné psychologické intervence, např. biofeedback, PMR nebo self-hypnóza, ale má oproti nim jisté výhody popsané na začátku kapitoly (tedy možnost provádět trénink samostatně a každý den, bez zvýšeného napětí v bolestivých oblastech). V případě bolesti hlavy je možné kombinovat více psychologických terapií, avšak má to i své nevýhody: účinek se sice nesníží, ale ani nezvýší a pro další studie je sporné, zda měla lepší účinek ta či ona technika (Breznoscakova et al., 2023, p.2; Kohlert et al., 2022, pp.539-540; Seo et al., 2018, p.66).

Yumkhaibam et al. (2023, p.136) uvádí, že v léčbě úzkosti a obecně v psychiatrické péči je relaxace vhodná jako doplněk k běžné farmakologické terapii. Z jejich výsledků byla nejúčinnější formou relaxace PMR, ale i AT je žádoucí využít, obzvlášť, pokud by pacientovi tento přístup více vyhovoval. Kombinace více druhů relaxace v terapii úzkosti překvapivě snižuje její efekt, v tomto případě to tedy není doporučeno.

5.6 Progresivní svalová relaxace (PMR)

Americký lékař Edmund Jacobson ve svých výzkumech došel k závěru, že zvýšené napětí svalů lze často pozorovat ve chvílích, kdy pacient prožívá úzkost a daná úzkost může být eliminována snížením napětí svalů. Systematické zapojování a uvolňování svalů zdokonaluje schopnost rozpoznat rozdíl mezi napětím a uvolněním a jedinec dokáže detekovat svaly nebo svalové skupiny, které jsou v napětí častěji než jiné a jejich uvolněním dojít do stavu kompletní relaxace (Bernstein et al., 2000, pp.5-6).

Původní progresivní relaxace dle Jacobsona byla zaměřena na patnáct svalových skupin, jedna procedura trvala 1 až 9 hodin a celý tréninkový program obsahoval 56 až 200 lekcí. Další

vývoj metody zajistil Joseph Wolpe, který zkrátil tréninkový program na šest vedených 20minutových lekcí a dvě samostatné 15minutové relaxace denně (Bernstein et al., 2000, pp.6-7).

V současnosti je obvyklá procedura zaměřena na šestnáct svalových skupin:

- Dominantní ruka a předloktí (*zatnout pěst*)
- Dominantní paže (*zatlačit loket do opěrky židle/do podložky*)
- Nedominantní ruka a předloktí
- Nedominantní paže
- Čelo (*zvednout obočí*)
- Centrální část obličeje (*přivřít oči a nakrčit nos*)
- Čelist a ústa (*zatnout zuby*)
- Krk a hrdlo (*přitáhnout bradu ke hrudi*)
- Hrudník, ramena a horní část zad (*zhluboka se nadechnout a zároveň přitahovat lopatky k sobě*)
- Břišní svaly (*zatnout břicho*)
- Dominantní stehno (*izometricky zatnout, případně lehce zvednout nohu*)
- Dominantní lýtko (*přitáhnout špičku k sobě*)
- Dominantní noha a prstce (*odtáhnout špičku od sebe a pokrčit prstce*)
- Nedominantní stehno
- Nedominantní lýtko
- Nedominantní noha a prstce (Bernstein et al., 2000, pp.27-36).

Každá skupina je zaktivována na 5 až 7 sekund (svaly nohy kratší dobu jako prevence křeče), poté se pacient soustředí na jejich relaxaci 30 až 40 sekund, následuje druhé kolo 5 až 7sekundové kontrakce svalů stejné skupiny a druhé kolo relaxace trvající 45 až 60 sekund. Postupně se dvakrát kontrahuje a uvolňuje každá svalová skupina v pořadí, jaké je uvedeno výše. Na konci by měla následovat krátká celková relaxace a ukončení, kdy pacient počítá od 4 do 1. Na číslo 4 rozhýbe dolní končetiny, na číslo 3 horní končetiny, na číslo 2 hlavu a krk a na číslo 1 otevře oči (Bernstein et al., 2000, pp.37-44).

Jsou popsány i kratší variace PMR, kde jsou zredukovány svalové skupiny pouze na sedm nebo čtyři místo šestnácti (Bernstein et al., 2000, pp.51-56).

Indikace k PMR jsou podobné jako u předchozího autogenního tréninku. Je důležité si uvědomit, že cílem relaxace je uvolnění zvýšeného napětí svalů. Jedinci, jejichž problémy

nejsou spojeny s vyšším svalovým tonem, z takové intervence pravděpodobně nebudou mít tak velký profit. Před samotným užitím PMR v terapii je vhodné s ošetřujícím lékařem ozřejmit čtyři oblasti: zda zde není zjevná organická příčina (a její léčba by mohla být efektivnější pomocí farmaceutik), zda není kontraindikace relaxace (např. nižší schopnost pochopit a provést příkaz zapojit a uvolnit určitý sval, např. u malých dětí nebo jedinec postrádající volní kontrolu nad některými svalovými skupinami), zda je relaxace opravdu žádoucí (v některých případech je dána přednost posilování daného svalu nad uvolňováním) a zda klient nebere léky na uvolnění svalů (relaxace bude mít větší přínos bez pravidelného užívání těchto léků). Dále je na místě objasnit příčinu a spouštěč napětí v těle. Pokud je pacient napjatý například kvůli finanční situaci doma či mu někdo vyhrožuje, relaxace samotná nejspíš nepovede k vyřešení těchto problémů (Bernstein et al., 2000, pp.10-13).

Mezi konkrétní diagnózy řadí Bernstein et al. (2000, pp.10-18) insomnii, úzkost, tenzní bolesti hlavy a méně specifické symptomy celkového zvýšeného napětí v těle, což se může projevit například zmatenou a nervózní komunikací nebo somatickou chorobou (př. žaludeční vřed).

Studie z roku 2020 zkoumala vliv PMR na spánkové poruchy ve spojení s chronickými nemocemi. Mechanismů, kterými PMR může působit na spánek, je několik. Odvádí pozornost od neodbytných myšlenek a navozuje hlubokou relaxaci snížením elektrických signálů v gyrus frontalis inferior, gyrus frontalis superior a cortex cingularis posterior. Pozitivní výsledky lze pozorovat už po sedmi dnech provádění této relaxace (Mirzanah et al., 2020, pp.32-33).

PMR má také úspěchy v terapii depresi a jako prostředek zvládnání stresu u dospělých. Kombinace s jinými intervencemi podpořila efekt terapie, konkrétně byly zkoumány muzikoterapie, edukace pacienta, prohloubené dýchání, zvuky přírody a kombinace s jinými relaxačními metodami (např. mindfulness nebo vedená imaginace). Ukázalo se, že na účinnost PMR nemá vliv ani délka jedné relaxace ani jejich frekvence, ale spíše vytrvalost z dlouhodobého hlediska (Muhammad Khir et al., 2024, pp.359-362).

5.7 Mindfulness

Koncept mindfulness (česky všímavost) vychází z meditace východních náboženství a s úspěchem je implementován ve všech oblastech západní psychoterapie. Mindfulness je stav vědomého oddání se momentální zkušenosti. Meditace je pomyslným *žebříkem*, po kterém je možné se do stavu mindfulness dostat (Shapiro et al., 2006, p.374).

Tři základní postuláty mindfulness podle Jon Kabat-Zinna (popularizátora mindfulness v západní medicíně) jsou záměr, pozornost a postoj. Záměr, intence nebo jinými slovy tzv. osobní vize se v průběhu času vyvíjí a je velmi důležitá pro uvědomění si svého vlastního *proč* danou meditaci vykonávat. Druhý výchozí bod, pozornost, označuje sledování vnitřních i vnějších prožitků v každém okamžiku. Není vhodné tyto prožitky nějakým způsobem interpretovat a soudit je, ale pouze sledovat, jak se prezentují *teď a tady*. Pozornost k sobě samému je považována za základní kámen léčebného procesu v psychologii a využívá se jí například v kognitivně behaviorální terapii. Postoj, se kterým jedinec k mindfulness přistupuje je třetím klíčovým bodem. Postoj poukazuje na kvalitu pozornosti a odpovídá na otázku, *jak* je meditace prováděna (Shapiro et al., 2006, pp.375-376).

Mechanismus účinku mindfulness (zejména v ovlivnění chronické bolesti) je dodnes poměrně nejasný (Paschali et al., 2024, p.108). Shapiro et al. (2006, p.378) se domnívá, že jde o změnu perspektivy. Nazývají tuto skutečnost anglicky *reperceiving*. *Re* jako zopakování něčeho a *perceiving* jako vnímat, uvědomovat si. Tedy uvědomit si něco znovu a jiným způsobem, podívat se na problém z jiného úhlu pohledu. „Tahle bolest nejsem já, tahle deprese nejsem já, tahle úzkost nejsem já“ (Shapiro et al., 2006, p.378).

Přes *reperceiving* jsou ovlivněny čtyři oblasti. První jsou sebe-regulační mechanismy ve smyslu prohloubení zdravých *copingových strategií* ve chvílích úzkosti nebo strachu. Druhou oblastí je vyjasnění si vlastních priorit, uvědomění si toho, co v životě daného jedince má smysl. Třetí složkou je zvýšení kognitivní, emoční a behaviorální flexibility. Poslední kategorií je *odhalení se*, tedy nepopírání těžkých momentů. Člověku je díky mindfulness umožněno plně prožívání silných emocí, ale s větší objektivitou (Shapiro et al., 2006, pp.380-381).

Novější poznatky podporují teorii, že mindfulness meditace dokáže snížit bolest přes několikanásobné unikátní neurální mechanismy, včetně *top-down* inhibice ascendentních nociceptivních informací. Tato teorie tlumení bolesti říká, že descendentní vliv supraspinálních a centrálních jader přímo nebo nepřímo moduluje spinální senzoricou informaci. Mezi tyto jádra se řadí přední cingulární kůra, amygdala, periakvaduktální šedá hmota a rostrální ventromediální dřev (Paschali et al., 2024, p.108; Zhuo, 2016, p.1).

Ukazuje se, že dlouhodobé praktikování meditace vede k nastavení hranice mezi senzoricým zážitkem a významem bolesti, který jí jedinec přiřadí. Hlavním cílem je akceptování jakéhokoliv zážitku, včetně těch nepříjemných (př. bolest), bez jeho souzení a zároveň snížení rušivých vlivů bolesti v životě jedince (Paschali et al., 2024, p.108).

V klinické praxi se nejčastěji využívají tzv. intervence založené na mindfulness (MBI, angl. *Mindfulness-Based Intervention*). MBI je možno provozovat individuálně pouze po krátké

lekci vedené terapeutem, což přináší do terapie prvky samostatnosti a vlastní zodpovědnosti. Velkým benefitem je, že lekce s terapeutem může být jak osobní, tak i virtuální. Díky tomu se zvyšuje dostupnost mindfulness, potenciálně to snižuje cenové nároky a je zde možnost jeho využití v průběhu náročných situací, jako byla například pandemie covidu-19. Postupně přibývá dat slibující účinnost MBI při akutních bolestech. Dalším nadějným účinkem MBI je pozitivní vliv na imunitní systém (Black & Slavich, 2016, p.20; Paschali et al., 2024, p.108).

Nejznámější MBI jsou Redukce stresu založená na mindfulness (MBSR, angl. *Mindfulness-Based Stress Reduction*) a Kognitivní terapie založená na mindfulness (MBCT, angl. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), další oblíbené jsou *Zotavení orientované na mindfulness* (MORE, angl. *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement*), *Terapie přijetím a závazkem* (ACT, angl. *Acceptance and Commitment Therapy*) nebo *Dialektická behaviorální terapie* (DBT, angl. *Dialectical Behavior Therapy*) (Paschali et al., 2024, p.106).

MBSR se vyvinulo jako strukturovaný skupinový program, kde se učí meditace pro lepší všímavost a pro zvládání fyzických odtíží a těžkých emocí. MBCT kombinuje přístupy založené na mindfulness a kognitivní terapii, zajímavý je její účinek v terapii chronických bolestí dolní části zad. MORE sjednocuje mindfulness meditaci a dovednosti tzv. přehodnocení ke snížení bolesti a ke snížení rizika nesprávného užití opioidů. ACT se zaměřuje na přijetí bolestivých prožitků nebo myšlenek pro zlepšení funkce a zapojení v životních aktivitách, cílem je dosažení flexibility v myšlení. DBT učí radikální přijetí přítomnosti tak, jak ve skutečnosti je a zároveň pracuje na snížení symptomů. Existuje evidence pozitivního přínosu DBT v terapii chronické bolesti. Model DBT kombinuje mindfulness, regulaci emocí, vliv mezilidských vztahů a toleranci k distresu (Paschali et al., 2024, p.106).

5.8 Jóga

Význam slova jóga vyjadřuje důležitost duševní a duchovní pohody přesahující pouze pohodu fyzickou. Jóga má více úrovní: behaviorální (*yama, niyama*), fyzickou (*asana, pranayama*), mentální (*prathyahara, dharana*) a spirituální (*dhyana, samadhi*). Nejpoužívanější ve fyzioterapii jsou tzv. *asány* a *pranajáma*, což jsou jógové praktiky orientované na tělo a pohyb. Je jednodušší soustředit se nejprve na fyzické tělo a skrze něj potom na vlastní mysl. Asány jsou tělesné cviky synchronizované s dechem a s vědomou pozorností v pohybech. Pranajáma učí ovládání dechu (Govindaraj et al., 2016, pp.242-243).

Klasická jógová sestava probíhá následovně:

- 1) Počáteční modlitba,
- 2) Pomalé pohyby s důrazem na vědomí vlastního dechu a uvolňující cviky,
- 3) Asány (tělesné polohy) – podle potřeby dané sestavy/klienta,
- 4) Pranajáma (ovládání dechu) – podle potřeb dané sestavy/klienta,
- 5) Meditace (*dharana, dhyana*),
- 6) Postmeditační relaxace s pozitivními myšlenkami,
- 7) Závěrečná modlitba (Govindaraj et al., 2016, pp.243-244).

Klíčovou teorií mechanismu asán z hlediska neuromuskulární fyziologie spočívá ve spojení pohybu a statických poloh s postojem mysli. Jestliže se mentální postoj projevuje tělesně na způsobu, jakým člověk sedí, stojí nebo chodí, potom určitá tělesná poloha dokáže ovlivnit mentální postoj (Govindaraj et al., 2016, p.244).

Příčiny psychosomatických poruch se z hlediska jógy dělí na tři skupiny: mentální příčiny (problém ega, emocionálních reakcí, zvýšené tenze atd.), *pránické* příčiny (disturbance v energickém systému těla) a fyzické příčiny (infekce, životní prostředí, strava, stárnutí atd.). Vznik psychosomatické choroby jóga popisuje ve čtyřech fázích: psychická fáze (hyperaktivita nervového systému, změna v mysli), psychosomatická fáze (změna mysli i těla), somatická fáze (porucha funkce určitého orgánu v závislosti na genetice a životním prostředí) a organická fáze (plné onemocnění určitou chorobou, např. srdeční choroba, astma atd.) (Singh, 2020, pp.68-69).

Podle zmíněných teorií psychosomatické choroby vždy začínají na mentální úrovni. Jóga také jako první působí na mysl jedince a byl vypořádáván přínos jógových technik v terapii psychosomatických chorob (Singh, 2020, p.70).

Hlavním cílem jógy je odstranění duševních konfliktů a eliminace vědomých i podvědomých problémů. Jejimi dalšími benefity je navození parasympatiku, pozitivní vliv na kognici a imunitní systém nebo zvýšení VO₂ max (Govindaraj et al., 2016, pp.246-247; Singh, 2020, p.70).

V praxi jsou častou používány intervence založené na józe, bez struktury klasické jógové lekce. Jóga (a tyto *jógové intervence*) dokáže snížit hladinu stresu, zlepšit senzitivitu baroreceptorů, zvýšit senzitivitu na inzulín a zmírnit leptinovou rezistenci. Má také schopnost normalizovat cirkadiánní rytmy snížením hladiny kortizolu a zvýšením hladiny melatoninu. Slibné jsou její účinky v oblasti mentálních poruch, úzkosti a deprese nebo u depresivních a úzkostných stavů při chronických chorobách (Ahuja et al., 2024, pp.6-7; Martínez-Calderon et al., 2023, pp.1447-1448).

Závěr

Bakalářská práce se zabývá vybranými přístupy k pacientům s psychosomatickými chorobami z pohledu fyzioterapie. Všechny metody jsou orientovány na uvědomování si vlastního těla a ovlivnění psychiky aktivním pohybem. U NPMP, BBAT a u Alexandrovovy techniky bylo zaznamenáno nejméně evidence podporující účinnost těchto metod.

NPMP je flexibilní přístup v terapii chronických muskuloskeletálních obtíží a psychosomatických poruch zaměřující se na pacienta a jeho potřeby. NPMP je založeno na teorii, že vysoké svalové napětí má negativní vliv na respiraci a volnost pohybu, snížením napětí lze dosáhnout snížení bolesti a zlepšení pohybů a stability. Bohužel zatím není dostatek kvantitativních zdrojů o účinnosti této metody, jelikož cílem terapie by mělo být zlepšení kvality pohybu, což je těžko měřitelné. Podle kvalitativních studií je ovšem efektivní a pacienti s ní mají dobré zkušenosti.

BBAT je metoda hojně aplikovaná v psychiatrické péči ve Skandinávii. Využívá se i v terapii chronických a psychosomatických poruch. Teorie BBAT spočívá ve třech aspektech, které jsou vzájemně propojené: vnímání vlastního těla, kontakt s ostatními lidmi a schopnost realisticky vnímat svět. Jestliže pacient zvládne obnovit narušené vnímání svého těla,lepší se i např. schopnost realisticky vnímat svět, což je mimo jiné důvod, proč je BBAT využívána v psychiatrické péči. V rámci *evidence-based medicine* se objevuje podobný problém jako u NPMP. Jedním z cílů BBAT je zlepšení kvality pohybu, takže výsledky jsou špatně měřitelné.

Feldenkraisova metoda je světoznámá technika, podle které cvičí profesionální tanečníci, sportovci nebo hudebníci. V klinice je využívána při terapii chronických bolestí zad, psychosomatických nemocí nebo u stárnoucí populace pro zlepšení rovnováhy. Metoda je založena na posílení sebeuvědomění a zlepšení ekonomiky, koordinace a volnosti pohybu. Jedním ze základních výchozích poznatků Feldenkraisovy metody je schopnost učit se, kterou má každá lidská bytost a je potřeba s procesem učení nikdy nepřestávat.

Alexandrova technika je podobně jako Feldenkraisova využívána hudebníky, dále i zpěváky a herci. Technika pracuje se vztahem hlavy a krku a jeho vlivem na vzpřímenou polohu člověka. Experimentálně byl prokázán vliv na dechový systém. V klinické praxi je bohužel novějších poznatků o této metodě málo a její účinek je tudíž nejistý.

Schulzův autogenní trénink je relaxační metodou, při které si jedinec navozuje určité vjemy v těle. V jednoduchosti se jedná o tíhu, teplo, klidný dech, klidný tep a studené čelo. Autogenní trénink má spoustu výhod a pozitivní výsledky, proto je jednou z nejužívanějších relaxačních metod v klinické praxi.

PMR je další velmi známou a užívanou relaxační technikou. Relaxace se navozuje zatínáním a uvolňováním určitých svalů nebo svalových skupin. PMR má také mnoho výhod, v některých případech se tento způsob relaxace ukázal být dokonce efektivnější než autogenní trénink.

Mindfulness vychází z východních praktik, v dnešní době je však koncept této metody velmi využívaný v klinické praxi. Mechanismus je založen na změně vnímání, přijímání a reakce na negativní podněty. Mezi nesporné výhody mindfulness patří jeho jednoduchost pro naučení a pouze po jedné vedené lekci je možno jej provozovat individuálně.

Jóga a cvičení založené na józe je v dnešní době dobře známé široké veřejnosti. V terapii se často využívají prvky jógy (např. práce s dechem, ásany, meditace) pro zklidnění mysli. Některým jedincům však může být nepříjemný její silný duchovní podtext.

Bakalářská práce se zabývá i tématem fyzioterapie v psychiatrické péči, kde je nejčastěji využívaná psychomotorická terapie, která pracuje s vnímáním těla, efektem pohybu na duševní zdraví a zkoumá pohybové chování člověka.

Fyzioterapie v psychosomatické medicíně a psychiatrické péči je více než kterákoli jiná citlivá na vztah pacienta a terapeuta, na terapeutovu osobnost, empatii a zkušenosti s podobnými pacienty/diagnózami. Pokud fyzioterapeut vycítí, že je daný pacient *nad jeho síly*, tedy že stav pacienta se nezlepší bez psychologické/psychoterapeutické/psychiatrické intervence, je nutné znát ostatní složky multidisciplinárního týmu (v tomto případě včetně psychoterapeuta, psychiatra nebo psychologa) a nasměrovat pacienta tímto směrem a spolupracovat v rámci inter/transdisciplinární intervence.

Referenční seznam

- Ahuja, N., Bhardwaj, P., Pathania, M., Sethi, D., Kumar, A., Parchani, A., Chandel, A., & Phadke, A. (2024). Yoga Nidra for hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, *15*(2), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2023.100882>
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Grada.
- Batson, G. (1996). Conscious Use of the Human Body in Movement: The Peripheral Neuroanatomic Basis of the Alexander Technique. *Medical Problems of Performing Artists*, *11*(1), 3-11. <http://www.jstor.org/stable/45440562>
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, *23*(4). <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Berland, R., Marques-Sule, E., Marín-Mateo, J., Moreno-Segura, N., López-Ridaura, A., & Sentandreu-Mañó, T. (2022). Effects of the Feldenkrais Method as a Physiotherapy Tool: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(21), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113734>
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals* (1st ed.). Praeger Publishers.
- Black, D. S., & Slavich, G. M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1373*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>
- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, *53*(16), 7504-7511. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>

- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/pri.462>
- Breznoscakova, D., Kovanicova, M., Sedlakova, E., & Pallayova, M. (2023). Autogenic Training in Mental Disorders: What Can We Expect? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054344>
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer [Psychomotor physiotherapy – principles and guidelines]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(24), 2845-2848. <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Portál.
- Dennis, J. A., & Cates, C. J. (2016). Alexander technique for chronic asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10), 1-6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000995.pub2>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2023). Norwegian Psychomotor Physiotherapy: A scoping review. *Fysioterapeuten*, 90(2), 20-35. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/norwegian-psychomotor-physiotherapy-a-scoping-review/146142>
- Dragesund, T., Nilsen, R. M., & Kvåle, A. (2021). Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education and active physiotherapy—A randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*, 26(2). <https://doi.org/10.1002/pri.1891>
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410. <https://doi.org/10.1080/14034940410029441>

- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2009). Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8(3), 137-144. <https://doi.org/10.1080/14038190600836809>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- European Forum of Psychomotricity (2024). *History*. European Forum of Psychomotricity. Retrieved January 31, 2024, from <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>
- Fava, G. A., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine. *International Journal of Clinical Practice*, 64(8), 1155-1161. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02266.x>
- Feldenkrais, M. (1996). *Feldenkreisova metoda: pohybem k sebeuvědomění*. Pragma.
- Govindaraj, R., Karmani, S., Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2016). Yoga and physical exercise – a review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 28(3), 242-253. <https://doi.org/10.3109/09540261.2016.1160878>
- Gyllensten, A. L., Jacobsen, L. N., & Gard, G. (2019). Clinician perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in mental health physical therapy: An international qualitative study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 23(4), 746-751. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.04.012>
- Gyllensten, A. L., Skoglund, K., & Wulf, I. (2018). *BASIC BODY AWARENESS THERAPY: embodied identity* (1st ed.). Studentlitteratur AB.
- Henry, L. J., Paungmali, A., Mohan, V., & Ramli, A. (2016). Feldenkrais method and movement education – An alternate therapy in musculoskeletal rehabilitation. *Polish Annals of Medicine*, 23(1), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2015.05.007>
- Hillier, S., & Worley, A. (2015). The Effectiveness of the Feldenkrais Method: A Systematic Review of the Evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2015/752160>

- Houge, N. (1979). Physiotherapy in certain aspects of psychosomatic medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(1-4), 302-305. <https://doi.org/10.1159/000287400>
- Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Grada.
- International Association for the Study of Pain (2024). *Terminology*. International Association for the Study of Pain. Retrieved April 8, 2024, from <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Jain, S., Janssen, K., & DeCelle, S. (2004). Alexander technique and Feldenkrais method: a critical overview. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 15(4), 811-825. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2004.04.005>
- Kanji, N. (2000). Management of pain through autogenic training. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 6(3), 143-148. <https://doi.org/10.1054/ctnm.2000.0473>
- Kohlert, A., Wick, K., & Rosendahl, J. (2022). Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 531-542. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10038-6>
- Kolář, P. (2020). *Rehabilitace v klinické praxi* (2nd ed.). Galén.
- Le Huec, J. C., Saddiki, R., Franke, J., Rigal, J., & Aunoble, S. (2011). Equilibrium of the human body and the gravity line: the basics. *European Spine Journal*, 20(S5), 558-563. <https://doi.org/10.1007/s00586-011-1939-7>
- Lipsitt, D. R. (2006). Psychosomatic medicine: History of a “new” specialty. In M. Blumenfield & J. J. Strain (Eds.), *Psychosomatic medicine* (pp. 3–20). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Little, P., Lewith, G., Webley, F., Evans, M., Beattie, A., Middleton, K., Barnett, J., Ballard, K., Oxford, F., Smith, P., Yardley, L., Hollinghurst, S., & Sharp, D. (2008). Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *BMJ*, 337(aug19 2), a884-a884. <https://doi.org/10.1136/bmj.a884>

- Loeser, J. D. (2022). A new way of thinking about pains. *Pain*, 163(9), 1670-1674. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002583>
- Martínez-Calderon, J., Casuso-Holgado, M. J., Muñoz-Fernandez, M. J., Garcia-Muñoz, C., & Heredia-Rizo, A. M. (2023). Yoga-based interventions may reduce anxiety symptoms in anxiety disorders and depression symptoms in depressive disorders: a systematic review with meta-analysis and meta-regression. *British Journal of Sports Medicine*, 57(22), 1442-1449. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106497>
- Maté, G. (2019). *Když tělo řekne ne: jak stres souvisí s nemocemi* (přeložil Viktor JUREK). PeopleComm.
- Mescouto, K., Olson, R. E., Hodges, P. W., & Setchell, J. (2022). A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disability and Rehabilitation*, 44(13), 3270-3284. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1851783>
- Mirzanah, S. 'atun, Yona, S., & Dahlia, D. (2020). EFFECT OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION ON SLEEP QUALITY AMONG PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES: A LITERATURE REVIEW. *Belitung Nursing Journal*, 6(2), 30-34. <https://doi.org/10.33546/bnj.1060>
- Muhammad Khir, S., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S., Mohd Sukor, M. S., & Nordin, N. (2024). Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 17(1), 345-365. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S437277>
- Mysliviček, J. (2003). *Základy neurovědy*. Triton.
- Paschali, M., Lazaridou, A., Sadora, J., Papianou, L., Garland, E. L., Zgierska, A. E., & Edwards, R. R. (2024). Mindfulness-based Interventions for Chronic Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 40(2), 105-113. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001173>
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí* (2nd extended ed.). Triton.

- Poněšický, J., Hnízdil, J., Honzák, R., Chvála, V., Kabát, J., Růžička, J., Skorunka, D., Šavlík, J., Šimek, J., Trapková, L., & Večeřová-Procházková, A. (2021). *Duše a tělo v psychosomatické medicíně*. Stanislav Juhaňák - Triton.
- Probst, M. (2017). Physiotherapy and Mental Health. In T. Suzuki (Ed.), *Clinical Physical Therapy* (pp. 179-204). InTech. <https://doi.org/10.5772/67595>
- Russell, R. (2020). Perspectives on the Feldenkrais Method. *Kinesiology Review*, 9(3), 214-227. <https://doi.org/10.1123/kr.2020-0028>
- Seo, E., Hong, E., Choi, J., Kim, Y., Brandt, C., & Im, S. (2018). Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 39(4), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.05.005>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Schwab, J. J. (1985). Psychosomatic Medicine: Its Past And Present. *Psychosomatics*, 26(7), 583-593. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(85\)72821-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(85)72821-6)
- Singh, P. (2020). Psychosomatic Management through Yoga. *International Journal of Yoga and Allied Sciences*, 9(1), 68-73. <https://indianyoga.org/wp-content/uploads/2020/03/v9-issue1-article10.pdf>
- Skjaerven, L. H., Gard, G., Sundal, M. A., & Strand, L. I. (2014). Reliability and validity of the Body Awareness Rating Scale (BARS), an observational assessment tool of movement quality. *European Journal of Physiotherapy*, 17(1), 19-28. <https://doi.org/10.3109/21679169.2014.992470>
- Skjaerven, L. H., Kristoffersen, K., & Gard, G. (2010). How Can Movement Quality Be Promoted in Clinical Practice? A Phenomenological Study of Physical Therapist Experts. *Physical Therapy*, 90(10), 1479-1492. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090059>
- Skjaerven, L. H., Mattsson, M., Catalan-Matamoros, D., Parker, A., Gard, G., & Gyllensten, A. L. (2018). Consensus on core phenomena and statements describing Basic Body Awareness

- Therapy within the movement awareness domain in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 80-93. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1434578>
- Smart, K. M. (2023). The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: past, present and future. *Physical Therapy Reviews*, 28(2), 61-70. <https://doi.org/10.1080/10833196.2023.2177792>
- Stephens, J., & Hillier, S. (2020). Evidence for the Effectiveness of the Feldenkrais Method. *Kinesiology Review*, 9(3), 228-235. <https://doi.org/10.1123/kr.2020-0022>
- Vancampfort, D., Brunner, E., Van Damme, T., & Stubbs, B. (2023). Efficacy of basic body awareness therapy on functional outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiotherapy Research International*, 28(1). <https://doi.org/10.1002/pri.1975>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Woodman, J. P., & Moore, N. R. (2012). Evidence for the effectiveness of Alexander Technique lessons in medical and health-related conditions: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 66(1), 98-112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02817.x>
- World Confederation for Physical Therapy (2011). *World Physiotherapy – subgroup: International Organisation of Physiotherapy in Mental Health*. World Physiotherapy. Retrieved January 26, 2024, from <https://world.physio/subgroups/mental-health>
- World Health Organisation (2022, June 17). *Mental Health*. World Health Organisation. Retrieved January 26, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yumkhaibam, A. H., Farooque, S., & Bhowmik, S. K. (2023). EFFECTIVENESS OF AUTOGENIC TRAINING ON REDUCING ANXIETY DISORDERS: A COMPREHENSIVE REVIEW AND META-ANALYSIS. *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 10(3), 124-141. <https://doi.org/10.46827/ejpe.v10i3.5059>

Zeman, M. (2009). Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt*, 11(2), 467-470.
<https://doi.org/10.32725/kont.2009.071>

Zhuo, M. (2016). Descending facilitation. *Molecular Pain*, 13(16), 1-12.
<https://doi.org/10.1177/1744806917699212>

Seznam zkratek

ACT – Acceptance and Commitment Therapy

AT – autogenní trénink

ATM – Awareness Through Movement (pohybem k sebeuvědomění)

BARS-MQE – Body Awareness Rating Scale Movement Quality and Experiences

BAS MQ-E – Body Awareness Scale Movement Quality and Experience

BBAT – Basic Body Awareness Therapy

BMM – biomedicínský model

BPSM – biopsychosociální model

COPE-PT – Cognitive Patient Education and Physical Therapy

DBT – Dialectical Behaviour Therapy

FI – Functional Integration (funkční integrace)

MBI – Mindfulness-Based Intervention

MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction

MCBT – Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MORE – Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement

NPMP – Norwegian Psychomotor Physiotherapy (Norská psychomotorická fyzioterapie)

PMR – progresivní svalová relaxace

PMT – Psychomotor Therapy (Psychomotorická fyzioterapie)

Seznam obrázků

Obrázek 1: <i>Pohyby při hodnocení pomocí škály BARS-MQE</i>	27
---	----