

běžné populace naráží na předsudky týkající se převážně očekávané agresivity (3). Odlišnosti v pojetích pohybových terapií jsou dány rozdílným pojetím medicíny, psychologie a tělesné kultury v historii jednotlivých zemí.

Pro znalost vývoje psychomotorické terapie je důležitá Probstova přehledová studie z roku 2010 „Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name“ publikovaná v *Medicine Journal* (5). Vybrané Probstovy publikace jsou i v českém překladu (6). Přetrvávající problém v oblasti psychomotorické terapie vidíme souhlasně s Probstem v nedostatečné znalosti principů a metod psychomotorické terapie, které jsou podpořeny výsledky výzkumných prací. Tato neznalost vede k používání širokého pole alternativních metod, které nejsou založeny na odborném ověřování svého působení. Z toho důvodu je nutné vymezit metodu, kterou označujeme Psychomotorická terapie.

### Definice: Psychomotorická terapie (7)

*„Psychomotorická terapie, je utvářející se metoda, která na historických podkladech a současném stupni poznání, rozvíjí možnosti jak vlastní pohybovou aktivitou posilovat kvalitu mentálního zdraví. Prostředkem změny je aktivní pohyb. Cílem je kvalita duševního zdraví. Psychomotorická cvičení jsou charakteristická vlastní řízenou aktivitou. K vytvoření, nebo obnovení porušených pohybových forem chování, používají aktivně prováděný pohyb s důrazem na jeho psychickou podstatu. Psychickým prostředkem jsou psychosomatické prožitky. Na podkladě zkušenosti, předpokladů a aspirací je prožívána pohybová situace, zpracována a vyhodnocena.“*

To, co odlišuje tělesnou aktivitu od dalších tradičních terapií zaměřených na problémy duševního zdraví, je potenciál současně působit na tělesné a duševní zdraví (8). Od 90. let 20. století se zvyšuje výzkum podílu tělesného cvičení při léčbě duševního zdraví. Publikovány jsou výzkumné studie zaměřené na vztah mezi tělesným cvičením a psychiatrickým onemocněním, které přináší důkazy o vztahu tělesných cvičení k psychickým onemocněním, závislostem, úzkosti, depresi, sebeúctou a obrazem těla (3, 9, 10, 11, 13–17). Vancampfort et al. (12) zkoumali vztah mezi druhem motivace a množstvím pohybové aktivity u 129 pacientů, z toho 44 se schizofrenií. Dokázali, že u nich množství pohybové aktivi-

ty významně souvisí s vnější a introjektovanou motivací. U ambulantních pacientů byl tento vztah významnější než u hospitalizovaných. Simons (14) ve své studii poukazuje na skutečnost úzké souvislosti sebevědomí s tělesnou sebeúctou. Ve vyšetřované skupině adolescentů v běžné populaci pozoroval vztah sebevědomí a tělesné sebeúcty. U adolescentů s duševními problémy byl tento vztah vyšší, bez ohledu na diagnózu. Epidemiologické studie ukázaly, že tělesná aktivita má terapeutický přínos při použití jako podpůrné léčby duševních poruch (18, 17). Rosenbaum publikoval narativní syntézu systematických recenzí a klinických studií. Uvedl důkazy, které podporují zařazení pohybových programů jako účinný a přijatelný doplněk léčby psychiatrických pacientů (19). Brokmeier (20) referuje o pozitivní účinnosti pravidelné tělesné aktivity při léčbě psychóz. V hlavních databázích byly prohledávány prospektivní studie do roku 2019, které počítaly poměr předpokladu incidentní psychózy/schizofrenie u jedinců s vyšší mírou tělesné aktivity oproti jedincům s nižší mírou tělesné aktivity. Hrubá analýza naznačuje, že tělesná aktivita může být protektivním faktorem proti vzniku psychózy/schizofrenie, ale při úpravě na kovariáty již tato souvislost není významná (20).

### Původní studie v ČR (2020–2023)

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

### Motivačně pohybový program u hospitalizovaných psychiatrických pacientů (15)

Výzkum spojuje pozitivní zkušenost s užitím motivačního pohovoru jako všeobecné metody, která napomáhá uskutečňování určité požadované změny a zážitku vykonávání tělesné aktivity. Použitý intervenční nástroj, motivační pohovor, se opírá o jeho vedení při vlastním vykonávání tělesné aktivity ve formě standardního, na odděleních užívaného (program měl různý pohybový obsah), pohybového programu vedeného 1x nebo 2x týdně po dobu 6 týdnů.

**Metody:** Zkoumaný vzorek zahrnoval 141 hospitalizovaných pacientů ze dvou psychiatrických nemocnic, u nichž byly diagnostikovány

duševní poruchy: schizofrenie, poruchy nálady a úzkostné poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Pacienti byli rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny na základě náhodného skupinového výběru. Absolvovali šestitýdenní pohybový program v rámci hospitalizace. Experimentální vzorek absolvoval šestitýdenní motivačně pohybový program a kontrolní vzorek standardní šestitýdenní pohybový program. K výzkumu byly použity desetimístné škály, které zjišťovaly úroveň vyjadřované tělesné zdatnosti (tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost), Test cesty, který měří rychlost psychomotorického tempa. Hodnoty vypovídající o úrovni úzkosti a deprese byly získány dotazníkem HADS, který má dvě subškály. Subškála HADS-A zjišťuje míru úzkosti a subškála HADS-D zjišťuje úroveň deprese.

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

### Vliv psychomotorické terapie na duševní zdraví při ústavní léčbě schizofrenie (16)

Výzkum se zaměřil na efektivitu vykonávání stabilního pohybového programu, vedeného 3x týdně po dobu 14 týdnů, jako podpůrné metody při léčbě hospitalizovaných pacientů se schizofrenií.

**Metody:** V randomizované kontrolované dvojité zaslepené studii se zúčastnilo 142 pacientů se schizofrenií (věk: průměr 50,2 let, SD = 6,5, rozmezí 21–62). Ve srovnání s kontrolní skupinou ( $n = 60$ ) byl experimentální skupině ( $n = 82$ ) podán další program psychomotorické terapie (3krát týdně po dobu 14 týdnů). K hodnocení stavu duševního zdraví byla použita Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

**Výsledek:** U pretestu byly obě skupiny srovnatelné (hodnota  $p$ -level není nikde menší než