

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství

Barbora Počtová

**Body image, body percept, body scheme,
somatoesthesie – literární rešerše
s kazuistikou**

Bakalářská práce

Praha 2008

Autor práce: **Barbora Počtová**

Vedoucí práce: **Mgr. Magdalena Lepšíková**

Datum obhajoby: **květen 2008**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

POČTOVÁ, Barbora. *Body image, body percept, body scheme, somatoesthezie - literární rešerše s kazuistikou*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Klinika rehabilitace, 2008, s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Magdalena Lepšíková.

Anotace

Bakalářská rešeršní práce „Body image, body percept, somatoesthezie“ pojednává o problematice vnímání a hodnocení vlastního těla. Zahrnuje stručný přehled vývoje a charakteristiku pojmů týkajících se této problematiky, dále způsoby vyšetření vnímání a hodnocení těla a příklady poruch vnímání těla, zasahujících nejen do oblasti fyzioterapie, ale také do neurologie a psychologie. Práce se také zabývá způsoby terapie v rámci fyzioterapie a vlivem sportu na vnímání těla.

Annotation

This bachelor's thesis on "Body image, body perception, somatoesthesia" deals with the perception and evaluation of own body by the individual. In this thesis there have been described in a brief summary the evolution and the terminology, the means of examination of the perception and evaluation of the body and also there have been given the examples of the pathology in body perception. It covers not only the physiotherapeutic but also neurological and psychological aspects of the topic. The thesis deals also with the physiotherapeutic means and with the influence of sports on the body perception.

Klíčová slova

Body image, body percept, body scheme, somatoesthesia, vnímání vlastního těla, sebehodnocení, postoj k tělu, uvědomění si těla, tělesné ohraničení, tělesná zkušenost.

Keywords

Body image, body percept, body scheme, somatoesthesia, self concept, body consciousness, body experience, body boundary, body attitudes, self-esteem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 4. 2008

Barbora Počtová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Magdaleně Lepšíkové za cenné rady a návrhy při vedení a zpracování bakalářské práce a dále děkuji Bc. Veronice Schönové za poskytnutí literatury, materiálů a podnětné připomínky k práci.

Obsah

| | |
|---|----------|
| OBSAH | 3 |
| ÚVOD | 5 |
| 2 PŘEHLED POZNATKŮ | 6 |
| 2.1 FYZIOLOGIE VNÍMÁNÍ TĚLA | 6 |
| 2.1.1 Somatoviscerální cití | 6 |
| 2.1.2 Vestibulární aparát | 8 |
| 2.1.3 Řízení hybnosti a vnímání těla | 9 |
| 2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ TERMINOLOGIE | 10 |
| 2.3 JEDNOTLIVÉ POJMY SOUVISEJÍCÍ S TĚLEM | 13 |
| 2.3.1 Body, Körper neboli tělo | 13 |
| 2.3.2 Self concept, Selbstbild neboli sebepojetí | 13 |
| 2.3.3 Body consciousness, Körper - bewusstsein neboli uvědomění si těla | 13 |
| 2.3.4 Body experience, Körpererfahrung neboli tělesná zkušenost | 14 |
| 2.3.5 Body boundary, Körperausgrenzung neboli tělesné ohraničení | 14 |
| 2.3.6 Body attitudes, KörperEinstellung neboli postoj k tělu | 15 |
| 2.3.7 Self-esteem, Self-worth, Selbstachtung neboli sebeúcta, sebehodnocení | 15 |
| 2.3.8 Somatognózie | 15 |
| 2.3.9 Stereognózie | 16 |
| 2.3.10 Somatestézie | 16 |
| 2.3.11 Body percept | 16 |
| 2.4 BODY IMAGE VERSUS BODY SCHÉMA | 17 |
| 2.4.1 Body scheme, Körperschema neboli tělesné schéma | 17 |
| 2.4.2 Body image, Physical-self, Körperbild neboli tělesné sebepojetí | 19 |
| 2.5 BODY IMAGE OD DĚTSTVÍ PO STÁŘÍ | 21 |
| 2.6 DIAGNOSTIKA | 23 |
| 2.6.1 Projekční postupy a experimentální metody | 23 |
| 2.6.2 Dotazníkové metody | 24 |
| 2.6.3 Siluety | 26 |
| 2.6.4 Rozhovory | 27 |
| 2.6.5 Chování a vztah k vlastnímu tělu | 28 |
| 2.6.6 Techniky odhadování velikosti těla | 28 |
| • Techniky odhadování částí těla | 28 |
| • Techniky odhadování celého těla | 29 |
| • Kombinované techniky | 29 |
| 2.6.7 Měření tělesných parametrů | 29 |
| • Tělesná výška | 30 |
| • Tělesná hmotnost | 30 |
| 2.7 PORUCHY | 31 |
| 2.7.1 Mentální anorexie | 32 |
| 2.7.2 Dymorfobická porucha | 33 |
| 2.7.3 HIV | 34 |
| 2.7.4 Psychické poruchy | 35 |
| 2.7.5 Alexythymie | 35 |
| 2.7.6 Fenomén fantomu, fantómové bolesti | 35 |
| 2.7.7 Cévní mozková příhoda a jiná poškození mozku | 36 |
| 2.7.8 Distorze tělesné reprezentace, Disociace | 37 |
| 2.7.9 Závislosti | 38 |
| 2.7.10 Dětská mozková obrna (DMO) | 38 |
| 2.7.11 Plicní onemocnění a CF | 39 |
| 2.7.12 Chirurgické zákroky | 39 |
| 2.8 TERAPIE | 41 |
| 2.8.1 Alexandrova metoda | 41 |
| 2.8.2 Feldenkraisova metoda | 42 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.8.3 | Bazální stimulace | 43 |
| 2.8.4 | Metoda dle Affolter..... | 44 |
| 2.8.5 | Senzorická integrační terapie dle Ayres..... | 44 |
| 2.8.6 | Kinezioterapie u psychických poruch | 45 |
| 2.8.7 | Biofeedback | 45 |
| 2.8.8 | Pohyb s hudbou..... | 45 |
| 2.8.9 | Gesault terapie a pohybové programy..... | 46 |
| 2.8.10 | Vojtův princip reflexní lokomoce | 46 |
| 2.8.11 | Bobath koncept..... | 46 |
| 2.8.12 | Jóga | 47 |
| 2.8.13 | Tai-Chi | 47 |
| 2.9 | SPORT A VNÍMÁNÍ TĚLA..... | 48 |
| 2.9.1 | Kulturistika | 48 |
| 2.9.2 | Fitness | 49 |
| 2.9.3 | Sportovní lezení | 50 |
| 2.9.4 | Kajak..... | 50 |
| 3 | CÍLE A HYPOTÉZY | 51 |
| 4 | DISKUSE | 52 |
| 5 | ZÁVĚRY | 57 |
| 6 | SOUHRN..... | 58 |
| 7 | POUŽITÁ LITERATURA | 59 |
| 8 | SEZNAM PŘÍLOH | 67 |
| | KAZUISTIKA | 68 |

Úvod

Téma své rešeršní bakalářské práce Body image, body percept, body scheme, somatoesthesie jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku.

V dnešní době neustále narůstá zájem lidí o vlastní tělo, o jeho vzhled, funkčnost možnosti korekce, tvarování a s tím související i stravování a celkovou péči o tělo. Velký podíl na tom mají média, která nám představují stále štíhlejší, svalnatější, šťastnější, úspěšnější a krásnější ženy a muže a dávají nám je za příklady, jak bychom se měli snažit vypadat, působit a co vše k tomu můžeme využít. Již ale nezmiňují možné důsledky této snahy o docílení propagovaného ideálu, které se mohou u některých jedinců vyskytnout. Nejen snaha mít krásnou postavu, ale také například chirurgické zákroky doprovázející závažná onemocnění, amputace, cévní mozkové příhody nebo vývojová poškození mozku ovlivňují vnímání těla.

Pojem body image je poměrně hojně rozšířený, v této práci jsem se snažila zodpovědět několik otázek: „Co je vlastně znamená body image? Kdo tento pojem použil poprvé? Jak souvisí body image s body schema a body percept? Existují ještě jiné pojmy vztahující se k vnímání těla, jak se vzájemně liší? Jaké mohou být poruchy body image a proč? Lze je léčit a jak? Jak souvisí se sportovními aktivitami?“

Práce obsahuje kapitoly věnované vysvětlení pojmů, vývoji vnímání těla během života člověka, možnostem diagnostiky vnímání těla, poruchám vnímání těla, terapii vnímání těla, vztahu vnímání těla ke sportu a v přílohách kazuistiku dětského pacienta.

Tato práce byla zpracována z materiálů dostupných v národní lékařské knihovně, knihovně 2. Lékařské fakulty, databázi medlline a Google.

2 Přehled poznatků

2.1 Fyziologie vnímání těla

Fyziologicky je vnímání těla, jeho polohy a pohybu zprostředkováno řadou senzorických vstupů vestibulárních, somatosenzorických, zrakových, včetně receptorů ve svalstvu a kůži atp., z nichž jsou vzruchy vedeny různými a zároveň specifickými aferentními drahami míchou, mozkovým kmenem, mozkovými hemisférami až do mozkové kůry (Stackeová, 2007). Mnoho aferentních informací ani nepřichází do vědomí, ani si je neuvědomujeme, ale jsou důležité jako pojistka správného chodu orgánu nebo některého tělesného systému. Pokud si máme některé smyslové vjemy uvědomit, musí být zachována určitá hladina vědomí; např. vnímání bolesti, kterou lze eliminovat narkózou. Receptory můžeme dělit podle struktury, lokalizace a působení, druhu adekvátního podnětu a klinicky. Podle struktury dále rozlišujeme: buněčná – opouzdřená – tělíska a volná nervová zakončení, která tvoří myelinizovaná nebo nemyelinizovaná vlákna. Lokalizace a působení podnětů rozděluje receptory na somatické a útrobní. Somatické receptory zahrnují exteroceptory, dálkové – distanční-telereceptory a proprioceptory ve svalech, šlachách, kloubech a proprioceptory vestibulární. Mezi útrobní receptory řadíme visceroreceptory, interoceptory – obsahují i vestibulární rr. – a angioceptory. Druh adekvátního podnětu od sebe odlišuje mechanoreceptory, chemoreceptory a dále radioreceptory – tedy fotoreceptory a termoreceptory. Klinicky jsou receptory rozděleny: 1) speciální smysly - podle hlavových nervů; 2) povrchové kožní čítí obsahující receptory pro hmat, teplo, chlad a bolest a 3) hluboké čítí zahrnující receptory svalů, šlach, kloubů a útrobní receptory (Kuthan, 2003, 566);(Pfeifer, 2007, 25).

2.1.1 Somatoviscerální čítí

Somatoviscerální čítí není soustředěno do kompaktního orgánu. Zprostředkovávají ho rozptýlené receptory a aferentní vlákna v různých nervech a drahách. Vnímáme kvalitu a intenzitu podnětu, který můžeme lokalizovat. Řadíme sem kožní čítí - mechanocepce, termocepce a nocicepce - dále hluboké čítí – propriocepce a vnímání bolesti v celém organismu. Kožní vjemy mají emocionální přízvuk a regulační charakter a některé reflexy se mohou realizovat bez účasti vědomí. Receptory reagující

na mechanické, termické a bolestivé podněty se nacházejí v kůži a podkoží, hlavně kolem citlivých bodů. (Kuthan, 2003, 566).

- **Mechanocepce**

Mechanocepce zahrnuje vnímání dotyku, tlaku, vibrací a lechtání, zprostředkované receptory různého typu a funkce pro vnímání dotyku a tlaku, pro rychlejší vibrace Vater - Pacciniho tělísky, pomalejší vibrace Meissnerovy tělísky, Merkelovy terče, Ruffiniho tělísky a lechtání volnými zakončeními nemyelinizovaných vláken (Kuthan, 2003, 568). Počet tlakových tělísek je na různých částech těla odlišný. Ta nejcitlivější na vnímání tlaku jsou na rtech, nose a tvářích, naopak nejméně citlivý je palec u nohy (Franěk, 2006).

- **Termocepce**

Termoreceptory kůže zprostředkovávají vnímání teplotních změn a behaviorální a autonomní reakce, podílející se na regulaci tělesné teploty. Na termoregulaci se podílejí i termoreceptory v útrokách a hypothalamus (Kuthan, 2003, 568). Receptory pro chlad a teplo jsou reprezentovány Krausovými a Ruffiniho tělísky, volnými nemyelinizovanými zakončeními nervových vláken. Receptory na chlad reagují nejen na nízké teploty, ale i na velmi vysoké teploty. Mají schopnost rozlišení teploty o 0,4°C (Franěk, 2006).

- **Nocicepce**

Zvláštní skupinu receptorů tvoří nociceptory zprostředkující vnímání bolesti. Nociceptory jsou neurony se specializovanými volnými zakončeními a vysokým prahem dráždivosti, rozložené v endomysiu a kolem svalových vláken. Jsou stimulovány uvolněním chemických látek, vyvolávajících silný bolestivý podnět. Při vnímání bolesti se uplatňuje vlastní nocicepce – senzoricke-diskriminativní komponenta, dále komponenta centrální, afektivní či emocionální – strach, hysterické stavy, odvrácení pozornosti a komponenta vegetativní neboli autonomní – porucha trofiky tkání, zvýšená sekrece epinefrinu, vzestup tlaku, zrychlení tepu, nauzea, pocení, mydriáza – která je nejvíce výrazná při svalové a viscerální bolesti a nakonec komponenta motorická – obranné flexorové reflexy, únikové reakce, úlevná poloha kloubů. Adaptace na bolest je zanedbatelná až nulová (Kuthan, 2003, 570-574).

- **Propriocepce – hluboké čítí**

Hluboké čítí zprostředkovávají proprioceptory. Jejich aferentní informaci si uvědomujeme jen částečně. Svaly obsahují zvláštní orgány čítí, svalová vřeténka a šlachová tělíška. Svalová vřeténka jsou zanořena ve svalech, z nichž vycházejí senzitivními vlákny aferentní informace o aktivním napětí nebo pasivním protažení svalu do centrálního nervového systému. Na rozhraní svalu a šlachy se nacházejí Golgiho šlachová tělíška. Mají mnohem vyšší práh dráždivosti než vřeténka, registrují stupeň napětí šlachy při svalové kontrakci, udržují napětí svalu a chrání sval proti mechanickému poškození, případně utržení šlachového úponu. V rámci komplexního proprioceptivního analyzátoru tvořeného systémem hlubokého čítí můžeme rozlišit tři kvality čítí registrující aktuální stav pohybového aparátu: 1. statezezii, polohový smysl registrující vzájemnou polohu částí těla; 2. kinestezezii, pohybový smysl kódující rozsah, rychlost a vzájemné pohyby v kloubech; 3. silový smysl, který odhaduje svalovou sílu a odpor během pohybu (Kuthan, 2003, 574-6); (Pfeifer, 2007, 31); (Novotný, n. d.).

- **Interoceptory**

Interoceptory uložené v okolí vnitřních orgánů a ve stěnách cév nazýváme visceroreceptory. Poskytují informaci o činnosti a změnách v jednotlivých orgánech a mají rozhodující úlohu při regulaci oběhového, dýchacího a svalového systému. Do úrovně vědomí vstupují minimálně. Vegetativní nervový systém podléhá řízení hypothalamu, kde jsou vůlí téměř neovladatelná vegetativní centra (Pfeifer, 2007, 38).

2.1.2 Vestibulární aparát

Receptory nazývané telereceptory jsou součástí třech základních smyslů, kterými jsou čich, zrak a sluch. Vestibulární funkce slouží k vnímání rovnováhy a prostorové orientace v trojrozměrném gravitačním poli, zrychlení a zpomalení těla – jsou se sluchem spojeny topograficky, ale sensoricky se zcela liší (Trojan *et al*, 2001, 207). Informace o poloze a pohybu těla podává centrálně vestibulární aparát, prostřednictvím receptorů uložených ve vnitřním uchu. Pro lineární pohyb jsou receptory uloženy ve vestibulárních váčcích a pro úhlový pohyb v polokruhovitých kanálcích (Pfeifer, 2007, 27). Vestibulární aparát slouží k detekci úhlového lineárního zrychlení hlavy, k udržování rovnováhy v závislosti na její poloze a k relativní stabilizaci obrázku na sítnici. Dále k tomuto účelu reflexně řídí vyrovnávací pohyby končetin a očí a reguluje svalový tonus, především extenzorů (Kuthan, 2003, 604).

2.1.3 Řízení hybnosti a vnímání těla

Činnost kosterního svalstva je řízena jako jediný funkční celek, podílejí se na ní téměř všechny oddíly CNS, počínaje mozkovou kůrou a páteřní míchou konče, přesto však můžeme jednotlivé pohybové projevy oddělit do kategorií odpovídající anatomické a funkční organizace (Trojan, 2003,612).

Centrální řízení pohybového aparátu je složitý mechanismus ovlivněný řadou faktorů. Aktuální psychický stav se vždy odráží ve stavu svalového systému. V závislosti na psychickém stavu se mění svalový tonus, postura, zvyšuje se nebo snižuje napětí v různých svalových skupinách. Propriocepce je tedy ve vnímání těla rozhodujícím druhem cití a forma pohybové aktivity, ať už v rámci profese nebo jako cílené cvičení či sport hraje ve vnímání těla velmi důležitou roli (Stackeová, 2007).

Představa těla, nebo tělové schéma, není výslovně reprezentovaná specifickou částí mozku (Brandy, 2007). Funkci významné integrační komponenty nervového substrátu tělesného schématu plní parietální kůra. Tělesné schéma je citlivé na poškození centrálních struktur ovlivňujících motoriku (motorická kůra, bazální ganglia, mozeček), avšak vliv periferního systému je prozatím méně jasný (Shwoebel *et al*, 2001).

2.2 Historický vývoj terminologie

Většina pojmů označujících všeobecné nebo specifické aspekty vztahující se k vnímání, pocitům, znalostem a zkušenostem vlastního těla je přejímána z cizích jazyků. Výzkum a odborná interpretace tohoto tématu v zahraničí proběhla mnohem dříve než u nás, přesto používání těchto pojmů není ani zde jednotné. Do češtiny jsou pak tyto pojmy přejímány mnohdy v původním znění, nebo automaticky překládány bez vysvětlení hlubších souvislostí.

Následující text je věnován historickému vývoji jednotlivých pojmů a odlišnostem v pojmosloví.

V roce 1911 zavedl anglický neurolog H. Head (1920) na základě neurofyzilogických výzkumů a studií mnoha neurologických syndromů pojem body schema. Označuje jím schematickou představu, model či obraz, získávanou prostřednictvím informací z exteroceptorů, interoceptorů a proprioceptorů pro pochopení vlastního těla, jeho polohy a pohybu (Hrachovinová & Chudobová, 2004, 501); (Fialová, 2001, 17).

Ve dvacátých letech 20. století P. Schilder používá na základě neurofyzilogie pojem Körperschema jako označení určitého rámcového obrazu jednotlivce o sobě samém, který má každý člověk o své osobě. Tedy způsob, jakým se tělo jeví nám samotným. Zahrnuje představy o jednotlivých částech těla, jejich vzájemných prostorových vztazích, odraz postojů člověka k ostatním lidem a interakci s nimi. Při rozvoji Körperschema, jako důležitého elementu v osobnostní struktuře, přikládá velký význam roli vizuálního vnímání. Schilder používal nejprve pojem Körperschema a poté Body image. Body image definoval jako způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí a začlenil ho do psychologických a sociologických souvislostí. Charakterizuje pro body image tři části: fyziologický základ body image, libidózní strukturu body image a sociologii body image. Do tělesného sebepjetí zahrnuje odhad velikosti těla (percepce), hodnocení přitažlivosti těla (stanovisko) a emoce spojené s tvarem a velikostí těla (pocity), uvědomování si vlastního těla i význam okolí (Fialová, 2001, 17); (Grogan, 2000, 11); (Hrachovinová & Chudobová, 2004, 501).

Fischer uvádí, že vědci používali od roku 1950 pojem „ body image „ k označení řady různých významů, včetně vnímání přitažlivosti vlastního těla, distorze velikosti těla, percepce hranic těla a přesnosti vnímání tělesných vjemů (Grogan, 2000, 11).

Bielefeld (1986) udává jako základ výkladu vlastního těla Körperschema a Körperbild, dvě součásti jedné věci. První je struktura a proces vnímání vlastního těla a druhou subjektivně individuální uvědomění a ohodnocení tohoto vnímání. Jako zastřešující pro oba pojmy uvádí pojem Körpererfahrung. „Körperbild“ vzniká spojením „body self“ a „body fantasy“. Jeho funkce jsou závislé na zkušenostech a vyvíjí se tedy později než „körperschema“, jehož funkce dozrávají autonomně. V Schonzově hierarchickém modelu je proto „body koncept“ na nejvyšší úrovni nad „Körperschema“ a „Körperbild“. Nejen díky tomu, že jde o ucelený koncept procesu vnímání a prožívání, ale protože je také jejich produktem.

Tělesným pojetím v rámci vnímání self a jeho strukturou se zabývali také Fox a Cobin. Podle jejich výzkumů je nejužší vztah v rámci tělesného sebepojetí mezi celkovou sebeúctou a vnímaným, vzhledem (Hátlová, Dastlík & Chudějová, 2003,56).

Slade, hovoří o body image v souvislosti s hmotností jako o volné mentální prezentaci tělesného tvaru. Thompson (1990) používá body image k popisu různých fenoménů, široce varujících ve svých specifických charakteristikách.

Vlivem intenzivní výzkumné činnosti a filozofických, antropologických, pedagogických, psychologických a medicínských přístupů se objevuje mnoho dalších pojmů. Jsou jimi například Körper - ich, Körper - bild, Körper – selbst, Körper - Bewusstsein (uvědomění si těla), Körper – image, Körperliches Selbst - Leiberleben, Body image, Body concept, physical self, body self, body percept, body experience, Körpererfahrung, body awareness, body consciousness, body boundary, Körperausgrenzung (tělesné ohraničení), body attitudes, Körpereinstellung (postoj k tělu), body satisfaction (spokojenost s tělem), body dissatisfaction a body - size dissatisfaction (nespokojenost s tělem), body esteem, body image anxiety (úzkost spojená s tělesným schématem), body image distortion (zkreslená představa těla), body disparagment (odmítání vlastního těla, znechucení nad ním).

Srovnávání těchto pojmů je velmi obtížné. Někteří autoři používají tytéž obsahy pro různé pojmy jako například Head a Schiller – „Körperschema“ nebo Snithies a Bennet - Body koncept. Jiní užívají různé pojmy pro stejné obsahy, jako například Bischof - „Körper – ich“ a Bennet – „Body koncept“ nebo Bennet – „Body koncept“ a Head – „Body schema“. Podle Bielefelda na významu získávalo především Körperschema, které je empiricko experimentálně podloženo (Hrachovinová & Chudobová, 2004, 501); (Fialová, 2001, 18).

V angloamerické odborné terminologii je hojně rozšířen pojem „body koncept“, který má pro některé autory stejný význam jako znalost stavby a funkce lidského těla. Blíží se podle Bielefelda významu pojmu Körperfahrung, označujícího vše co prožíváme, cítíme a myslíme si v souvislosti s vlastním tělem (Hrachovinová & Chudobová, 2004, 502); (Fialová, 2001).

Fialová (2001,19-21) zmiňuje mnoho dalších autorů, jejich rozdílné používání pojmů vztahujících se k vnímání těla: Witkin se vrací k pojmu „body image“ a Auerperg mluví o schématech s fyziologickým a prožitkovým významem. Bischof staví proti morfologické struktuře těla redukované na pojem „körperschema“ fenomenálně pojímané „tělesné já“, označované za existenci já, které ke mně bezprostředně náleží a které mě vyjadřuje. Jaroschky chápe Körperschema a Körper - selbst za regulační principy interakcí organismu a okolí. Frostig používá pojem „tělesné vědomí“, rozlišené na „Körperschema“, „Körper image“ a „Körperbegriff“. Lipowski pod pojem Körper - bewusstsein (body awareness) řadí Körpererfahrung (body experience), které ale musí být chápáno ve smyslu Körperbildu. Lipowski, Schontz, Vayer a Bernard tímto pojmem označují koncept různých objektů vnímání a prožívání těla. Schontz udává vývoj „body experience“ ve čtyřech hierarchicky organizovaných rovinách. Základ tvoří „Körperschemata“, která jsou více závislá na sensorickém vnímání a tvoří podklad pro vztah „körper – selbst“. Další rovinu ovlivňují předpoklady pro představu o těle. Celková zkušenost všech rovin je základem pro existenci osobnosti ve smyslu zdravého a dobrého pocitu.

Mnoho autorů se pokoušelo o objasnění a systematizaci základních pojmů, ale dodnes bohužel není obecně platný, všemi akceptovatelný model užívaných výrazů. Obecně je termín body image mnohdy používán jako zastřešující označení se specifickým významem dle definice konkrétního autora daného vědního oboru - neurologie, neuropsychologie, filozofie, psychologie apod.

2.3 Jednotlivé pojmy související s tělem

Následující text je věnován podrobnějšímu vysvětlení obsahu pojmů. Odlišnostem a charakteristikám tělovému schématu a tělesného sebepojetí vzhledem k jejich nejrozšířenějšímu používání bude věnována samostatná kapitola.

2.3.1 Body, Körper neboli tělo

Tělo je podmínkou existence. Chápeme jej jako soubor orgánů, prostředek k sebechápání a seberozvíjení, se kterým lze manipulovat. Člověk „je svým tělem“ a „má své tělo“ (Fialová, 2001, 21). Tělo je prostředkem komunikace, vstupu do sociální komunikace – „řeč těla“, vypovídá o příslušnosti k rase, pohlaví a věku, stává se objektem hodnocení druhými a objektem prestiže a péče (Hrachovinová & Chudobová, 2004, 500). Do konfrontace s jinými lidmi a stávajícími ideály prezentovanými především médii se dostává vzhled, tvar postavy, hmotnost, tělesné proporce i oblečení a člověk se pak rozličnými způsoby snaží těchto ideálů docílit. Hátlová (2003) uvádí tělo je zdroj velmi příjemných, až velmi nepříjemných pocitů z tělesných funkcí, ze schopnosti vyhovět našim potřebám, z vnímaného vlastního tělesného obrazu, vnímání sebe sama, svého postavení, a svých možností v prostředí.

2.3.2 Self concept, Selbstbild neboli sebepojetí

Sebepojetí je pojem týkajícím se celého těla. Zahrnuje prvky kognitivní (sebezpoznání), emocionální (sebeúcta) a činnostně regulativní (sebekontrola). Vychází z vlastních zkušeností a názorů druhých a je jakýmsi subjektivním obrazem vlastní osoby (Fialová, 2001, 21). Může být definováno jako „jedinec, tak jak je znám sám sobě“. Je pokládáno za multidimenzionální a hierarchické, složené z charakteristik, kompetencí, atributů a rolí jedince (Murphy G., 1947, in Tomešová, 2005). Podle Marsche (1990, in Tomešová, 2005) má tyto složky: sociální, pracovní, emocionální a tělesné sebepojetím. Tyto komponenty sebepojetí mají vlastní obsah a strukturu.

2.3.3 Body consciousness, Körper - bewusstsein neboli uvědomění si těla

Uvědomění si těla je stav vědomí, ve kterém je pozornost zaměřena na vnímání a prožívání těla a sebe sama, ve smyslu kvality i kvantity. Maier (in Bielefeld, 1986)

tímto pojmem označuje schopnost vnímat vnitřní procesy těla, prožitky atd. ve spojitosti s motorickou akcí, tzn. schopností ucítit, že pohyb vlastního těla působí na venek i dovnitř a tím ovlivnit pocity, prožitky a myšlenky jedince. Někteří autoři jej používají se smyslu Körpergewusstsein nebo body awareness, jiní tyto pojmy od sebe oddělují (Fialová, 2001, 23). Vyvinutost uvědomění těla podle Bielefeld (1986) udává míru významu, který jedinec přikládá tělesným prožitkům, svému vzhledu, srovnávání s objekty těla cizími a sílu koncentrace na jednotlivé části těla. Nízká úroveň uvědomění znamená menší pozornost vlastním prožitkům a větší soustředěnost na okolí, vysoká úroveň naopak a nevědomé spojování jednotlivých tělesných partií s určitými symbolickými významy může vést k psychickým konfliktům.

2.3.4 Body experience, Körpererfahrung neboli tělesná zkušenost

Body experience zahrnuje všechny zkušenosti s vlastním tělem nabyté v průběhu individuálního a společenského vývoje - kognitivní, afektivní, vědomé i nevědomé (Fialová, 2001, 23). Něktěrymi autory je tento pojem preferován, protože lépe vyjadřuje multidimenzionální a dynamický charakter problému než termín obraz těla, který evokuje zejména vizuální představu těla (Hrachovinová & Chudobová, 2004, 503).

2.3.5 Body boundary, Körperausgrenzung neboli tělesné ohraničení

Tento pojem označuje, jak jedinec zažívá svou ohraničenost a zřetelnou oddělenost těla od okolí. Zdravý jedinec si svého ohraničení není plně vědom. Po 20 minutách nehybného ležení člověk ztrácí představu o hranicích svého těla a uložení jeho jednotlivých částí (V. Schönová, ústní sdělení). Malé děti nemají hranice svého těla jisté, což je patrné při málo koordinovaném zacházení s předměty a narážení těla do okolních předmětů. Sportovci, například tenisté nebo boxeři, své tělesné hranice zkreslují a rozšiřují jejich spojením se sportovním náčiním, tedy raketou nebo boxerskou rukavicí (Fialová, 2001, 24). Tělesné ohraničení je zkoumáno téměř výhradně u klinicko-patologických stavů jakými jsou například schizofrenie, drogová závislost, artritidy (Bielefeld, 1986). Osoby s jasným tělesným ohraničením vykazují větší autonomií chování, bývají méně ovlivnitelné vyšší výkonovou motivací, více odolné vůči stresu a jsou schopné ve vysoké míře lepší interakce a přizpůsobení ve skupině (Fialová, 2001, 25).

2.3.6 Body attitudes, KörperEinstellung neboli postoj k tělu

Stanovisko k vlastnímu tělu je zkoumáno především ne klinickými ale osobnostně psychologickými obory, pomocí připisování určitých znaků nebo vlastností k určité osobě. Míra orientace člověka na své materiální a sociální okolí objasňuje důležité funkce, jako jsou například orientace, strukturace, sebeobrana. Přijetí vlastního těla se vytváří a je reprezentováno mnoha subjektivními vztahy osoby k vlastnímu tělu a toto stanovisko je pak přínosné pro celkové sebepojetí. (Filipp, 1979, in Fialová 2001, 25). Výzkum postoje k tělu probíhá pomocí popisu sebe sama, srovnávání ideálního a reálného obrazu vlastního těla, tělesného sebepojetí jako obrazu těla a obrazu sebe. Specifický aspekt postoje k tělu je označován jako spokojenost s tělem a to s jeho vzhledem a funkcí celku nebo jeho částí. Někdy bývá označován také jako „body-satisfaction“ nebo „body-cathesis“ (Fialová 2001, 25).

2.3.7 Self-esteem, Self-worth, Selbstachtung neboli sebeúcta, sebehodnocení

Sebepojetí představuje komplex dimenzí, které zahrnují popis vlastní osoby, schopností, vlastností, rysů a rolí představovaných během života (Fialová, 2001, 25). Podle R. N.Campbella je sebehodnocení hodnotící složka sebepojetí, povědomí o tom, že mé já je hodno úcty. Poskytuje celkový přehled o stupni toho, jak se jedinec vnímá jako osoba, v závislosti na jakémkoli kritériu, které k tomuto hodnocení používá. Kritéria k tomuto posouzení mohou být nesena jedincem nebo kulturním prostředím a jsou důležitá pro úspěch (Tomešová, 2005). Sebeúcta je celkovým individuálním zhodnocením toho, jak dobře si „self“ v životě vede. Má emocionální a behaviorální souvislosti a stává se určujícím předpokladem duševního zdraví (psychického well-being), kvality života a jedním z nejsilnějších motivačních činitelů.

2.3.8 Somatognózie

Somatognózií u člověka nazýváme rozpoznávání tělesného schématu a můžeme ji spolu s jejími poruchami sledovat díky vyšší nervové činnosti – řeči a dalším funkcím. (Tichý, 2005, 204). Spolu se stereognózií jsou centrálními korovými složkami, představujícími schopnost správně identifikovat vlastní tělo a vědomí určující vztahy mezi osobou a okolím. Při zlepšení somatognózie dochází ke zlepšení pohybové kvality. Úroveň, resp. Poruchy somatognózie a stereognózie, jsou jednou z hlavních příčin chronických hybných poruch. Při zlepšení somatognózie dochází ke zlepšení pohybové

kvality (Kolář, 2007,13). Mezi poruchy somatognózie řadíme fenomén tělového a viscerálního fantomu, fantómové bolesti, autotopoagnózie, hemiasomatognózie, asymbolii bolesti, anosognózie hemiplegie, anosognózie slepoty, hluchoty, syndrom opomíjení (neglect), a dalších poruch stojících na pomezí neurologie a psychiatrie. Důvod proč v paměti zůstává vědomě i podvědomě obraz některé chybějící integrální součásti těla, zůstává nevyřešený (Tichý J., 2003, 332).

2.3.9 Stereognózie

Stereognostickou funkci lze charakterizovat jako schopnost prostorového vnímání kontaktu se zevním prostředím taktilními proprioceptivními podněty - bez pomoci zraku – ve vztahu k našemu tělesnému schématu kontaktně rozeznat okolí je předpokladem účelového pohybu (Véle, 1997, 148). Bez této funkce neexistuje cílený pohyb (Chomoutová, 2000, 96). Senzorická integrace během vyžívání mozku podmiňuje vývoj stereognostických funkcí, což je spjato s vývojem posturálních možností. Kvalita stereognózie a stereognózie je v přímé souvislosti s kvalitou pohybové diferenciaci, což znamená schopnost jemného pohybového rozlišení a schopnost kontrované relaxace (Kolář, 2007, 14); (Chomoutová, 2000, 96). Vyšetřujeme ji uchopením předmětu rukou a určujeme tvar, velikost, účel použití a materiál předmětu, bez kontroly zrakem.

2.3.10 Somatestézie

Somatestézie je jedním z klinických projevů plastičnosti vymezující kvalitu centrálních řídicích složek hybného systému. Jedná se o kvalitu rozlišovací schopnosti podnětů pomocí kožní a proprioceptivní aference. Vyšetřujeme ji rozlišovací schopností na kožní podněty, bez optické kontroly (Kolář, 2006, 168-9).

2.3.11 Body percept

Kohoutek uvádí význam tohoto pojmu: tělové schéma, mentální prezentace vlastního těla, též body koncept (internetový slovník)

2.4 Body image versus body schéma

Termín "body image" je často zaměňován s pojmem "body scheme", což v neurologických a psychologických studiích vede k trvalému metodologickému a pojmovému zmatku. Tato kapitola je věnována charakteristice pojmů body schéma a body image a jejich společným znakům a odlišení podle různých autorů.

2.4.1 Body scheme, Körperschema neboli tělesné schéma

Tělesné schéma, vnímání a přijetí vlastního těla má podstatný význam pro provádění pohybové činnosti (Hátlová, 2003, 16), je nevědomé uvědomění těla (Breuer & Schaffhauser, 2005).

Ve většině situací normální dospělý člověk udržuje pozici nebo pohyb bez vědomé monitorovací motorické aktivity. Pozice a pohyb jsou obvykle téměř automatické. Tělo, v takových případech, smazává samo sebe na úkor specifického úmyslného motorického cíle. Toto smazání je podle Heada (1920) možné díky normální funkci tělesného schématu. Tělesné schéma definuje jako systém podvědomých, subpersonalních procesů, které hrají dynamickou roli v řízení polohy a pohybu.

Cole *et al.* (1991), Gardner a Moncrieff, (1988), Schilder (1935) a Head (1920) uvádějí důležitý a často přehlížený pojmový rozdíl mezi subpersonalním tělesným schématem a vědomou ideou nebo duševní reprezentací vlastního těla, jak je obvykle nazýváno tělové schéma neboli body image. Gallagher argumentoval, že jasný pojmový rozdíl mezi body scheme a body image by byl užitečný ve vypracování jejich funkčních rozdílů. Ale pojmový rozdíl by měl brát také v úvahu, že se oba pojmy vzájemně propojují a ovlivňují. Cole & Gallagher (1995, 367) na případě pacientky s těžkou neuropatií ukázali, že optickou kontrolou přes pozici a pohyb byla dosažena částečná a nedokonalá funkční náhrada body image pro tělesné schéma.

Head a Holmes (1912) Body scheme považují za „kombinovaný standard proti kterému jsou měřeny veškeré následující změny pozice vstupující do vědomí“ a body image jako "vnitřní reprezentaci vědomé vizuální a taktilní zkušenosti a motorické informace tělesného původu". Paillard *et al.* (1999) rozšířili myšlenku dvou vizuálních systémů pro vnímání toho „kde“ je problém a toho „co“ je problém o to, že lokalizace částí těla v body scheme – „kde“ - v CNS jinak zpracováno než percepční identifikace rysů těla v body image – „co“.

Brandy (2007) uvádí, že představa těla, nebo tělové schéma, nejsou výslovně reprezentována specifickou částí mozku. Tělesná představa je psychologický výraz pro vlastní pojetí vlastního těla. Tělesné schéma je v neurologii výraz pro orgánovou reprezentaci těla v mozku. Fialová (2001, 23) uvádí označení Body scheme podle Bielefelda jako neurofyziologickou orientaci ve vlastním těle zprostředkovanou exteroceptory, interoceptory a proprioceptory. Jde především o vnímání držení a pohybů těla. Dále také o hodnocení velikostí a vztahů mezi jednotlivými částmi těla. Na perceptivně kognitivním vnímání je založena i znalost člověka o stavbě a funkci těla a jeho částí, které se odlišují od orientace a hodnocení svým medicínsko-biologickým vztahem ke znalostem vlastního těla. Podle Stackeové (2007) je tělesné schéma definováno jako mentální prezentace vlastního těla a má tři složky: 1. kognitivní - představa o rozměrech těla jako celku, o rozměrech jednotlivých částí a jejich vzájemného poměru; 2. emotivní - vztah k vlastnímu tělu jako celku, k jeho jednotlivým částem, který se může lišit a vztah k vlastní tělesnosti vůbec a 3. behaviorální - aktivity vedoucí k ovlivnění vzhledu našeho těla jako například diety, cvičení, plastické operace apod.

J. Tichý (2003, 331) definuje tělesné schéma jako představu o našem těle a jeho integrálních součástech – geneticky naprogramovanou a danou kaskádou informací ze smyslů, patřící do rámce procedurální paměti a individuálně variabilní a dynamickou. Díky zpětnovazebnímu propojení senzitivních drah míchy s motorickým systémem a ostatními smysly umožňuje podvědomé i vědomé reagování na podněty v čase a prostoru. Tichý (2004, 78) uvádí, že existuje díky neuronálním okruhům, na kterých jsou uloženy paměťové stopy jako výsledek naprogramovaných struktur a funkcí a na smyslové zkušenosti, uložených ve strukturách mozku, z nichž nejdůležitější úlohu hrají parietální laloky.

Ponti (1968, in Hátlová, Dastlík & Chudějová, 58) jako tělesné schéma označuje prožitek tělesného Já, nejhlubší zaměřenost – intenci - základ veškerého tělesného pohybu ve spolubytí – koexistenci – jedince se světem. Vnímání a pohyb tvoří celek, jeho narušením dochází k poruchám ve vnímání vlastního těla.

Z pohledu kineziologie dle profesora Vojty (Kováčiková, Beranová, 1998, 75), se stává základem pro naše budoucí motorické možnosti a schopnosti nejen ve smyslu kvality lokomoce, ale také například výkonnosti ve sportu. Jeho kvalita je dána postavením jednotlivých segmentů páteře vůči sobě, jejichž celek určuje kvalitu postury a pohybu a postavením trupu, na němž závisí postavení končetin.

2.4.2 Body image, Physical-self, Körperbild neboli tělesné sebepojetí

Duševní obraz našeho body scheme je body image (Brandy, 2007). Podle Mrazka (1984, in Fialová, 2006, 22) pod pojem tělesné sebepojetí řadíme všechny představy jedince, které mají vztah k jeho vlastnímu tělu. Tělesné sebepojetí má proto charakteristické komponenty: kognitivní (poznávací), afektivní (citové) i konativní (činnostně regulativní). Touto svou definicí body image se Mrazek neliší od definice body scheme, jak jej uvádí Stackeová (2007).

Body image je součástí celkového sebepojetí (self-concept) člověka. Má vliv na chování jedince a pocit životní pohody. „Body image je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí.“ Pruzinski a Cash (1990) uvádějí body image jako: „Negativní myšlenky a pocity vztahující se k vlastnímu tělu“. Zahrnuje prvky, které popsal již Schiller (1935): odhad velikosti těla (percepce), hodnocení přitažlivosti těla (úvaha), emoce spojené s tvarem a velikostí postavy (pocity) a vlastní stanovisko i význam okolí.

"Tělové schéma může být považováno za synonymní s „body koncept a „body scheme“ (Fisher, 1972, in Gallagher & Cole, 1995, 369).

Body image představuje to, jak jednotlivec vnímá své tělo a způsob, jakým se jednotlivec učil organizovat a integrovat tělesnou zkušenost". Jullian Croll (2005, 155) uvádí podobné vysvětlení pojmu: „body image je dynamické vnímání těla jedince – jak vypadá, cítí a jak jím pohybuje“. Formuje se vnímáním, emocemi, fyzickými pocity. Není statické, ale může měnit podle nálady, fyzické zkušenosti a prostředí. Dle Schaufhausera a Breuera (2005) je body image vědomou reprezentací nějakého senzomotorického aspektu těla. Jako příklad uvádějí uchopení sklenice s vodou. Pokud chceme sklenici uchopit, přesně víme, jaký pohyb rukou provedeme. Jsme si při tomto pohybu vědomi potřeby natažení paže, ohybu prstů a síly potřebné k udržení sklenice, ale neuvědomujeme si vnitřní interakce mezi jednotlivými svalů. Body image je tedy znalostí, která informuje o interakci nás samotných s okolím. Fox (1997) zdůrazňuje vliv tělesného sebepojetí na chování jedince a na pocit životní pohody (well-being). Způsob jakým člověk vnímá své tělo a jaký má k němu vztah, určuje jeho fyzickou identitu a jeho vztah k pohybové aktivitě, sportu, tělesné hmotnosti, reprezentaci své osobnosti a také způsob zvládání (coping) těžkých životních událostí jako například vážná nemoc, stárnutí apod. Jako nejdůležitější odlišnost body scheme od body image

uvádí Stackeová (2007) blízkost pojmů k jednotlivým oborům - body scheme k fyzioterapii, neurofyzilogii a kinezioterapii a body image k psychologii a sociologii.

2.5 Body image od dětství po stáří

Vnímání těla a jeho polohy začíná již v 8. – 9. týdnu těhotenství, vnímáním polohy těla v děloze (Friedlová, 2007). Základ tvoří genetické naprogramování struktur a jejich funkcí a soubor informací dodávaných ze smyslů. Postnatálně pokračuje vývoj během procesu učení, za individuální výchovy a to zejména při utváření řeči a s ní spojené schopnosti pojmenovat jednotlivé části těla, jak se jim jedinec naučil (Tichý J., 2003, 331). Tělesné schéma jako takové se utváří do tří měsíců věku a stává se základem pro naše budoucí motorické možnosti a schopnosti nejen ve smyslu kvality lokomoce, ale také například výkonnosti ve sportu. (Kováčiková, Beranová, 1998, 75). Dítě si na podkladě podnětů a pocitů vnějšího i vnitřního prostředí začíná uvědomovat svou fyzickou odlišnost od okolního světa, dochází k utváření tělového schématu, které se později projevuje v představách o vlastním těle (Hátlová, 2003, 15).

Výsledky studie zaměřené na vývoj představ o tělesných rozměrech a postojích u předškolních dívek ukázaly, že body image prochází změnami v perceptuální i subjektivní komponentě (Chudobová P, Fraňková S., 2003, 41). Výzkumů zahrnujících vývoj vnímání těla u chlapců je nedostatek (Grogan, 2000, 104).

Třileté dívky nejsou schopné postihnout rozdíly mezi vyobrazenými figurami dospělých žen a dětí, pozornost zaměřovaly na detaily. Čtyřleté dívky mají tendenci nadhodnocovat a pětileté dívky naopak rozměry dospělých žen naopak podhodnocovat. V tomto věku dochází k zpřesňování rozlišování tělesných struktur a objevuje se kritika silných figur u dívek (Chudobová P, Fraňková S., 2003, 41) a upřednostňování atletického typu postavy u chlapců (Grogan, 2000, 104). Šestileté dívky již mají realistický pohled na tělesné schéma, začínají kriticky hodnotit tělesné rozměry, je u nich zřetelná preference štíhlých figur a objevují se kulturní stereotypy v pohledu na nadváhu (Chudobová P, Fraňková S., 2003, 41). Zahraniční studie ukazují, že dívky již od osmi let kontrolují své tělesné proporce a touží po krásném těle (Fialová, 2007, 26). Ve stejném věku chlapci přebírají ideál postavy dospívajících chlapců a mužů po dvacítce (Waiwrightová in Grogan, 2000, 106). Většina dívek ve věku 13-16 let je nespokojena se svým tělem, připadá si silná a chtěla by zhubnout (Fialová, 2007, 26).

Pojetí vlastního těla má u dětí svůj vývoj v souvislosti s celkovým vývojem psychickým, že má svá rozlišitelná stadia a že je tedy nejvyšší žádoucí ve výchovném přístupu k dětem tento vývoj respektovat. (Machová & Matějček, 2001, 260). Řada prací zabývajících se poruchami příjmu potravy uvádí, že právě s jejich raným začátkem

hrají významnou úlohu první změny spojené s dospíváním ať už v rovině tělesných změn (růst prsou, ochlupení, menstruace), nebo v rovině psychosexuálního prožívání, např. intenzivní zamilování (Kocourková & Koutek, 2002, 99). Body image je v období dospívání silně ovlivňován sebeúctou a sebehodnocením, víc než hodnocením ostatních, ale přesto může být silně ovlivněno kulturními zprávami a společenskými standardy vzhledu a přitažlivosti (Croll, 2005, 155). Dotazník vzorových otázek na hodnocení vnímání těla u dětí viz příloha č.

V tělesném sebepojetí mládeže je věnována největší pozornost tělesné výkonnosti. Se vzrůstajícím věkem roste význam zdraví a spokojenost se sebou i vlastním tělem (Grogan, 2000, 64). Někteří mladí, většinou muži trpí chorobnou posedlostí vlastním zjevem – adónským syndromem. Z důvodu pocitu svalové nedostatečnosti přetěžují své tělo neadekvátním tréninkem, což nesouvisí se soutěživostí a nevede ani ke spokojenosti, ale nutí k tréninku, i když dochází ke zraněním, jako například záněty šlach, strie z nadměrného růstu svalové hmoty apod. (Fialová, 2006, 27).

Fialová (2007, 25) uvádí, že vývoj tělesného sebepojetí v životě jednotlivce směřuje od oceňování zdatnosti (výkonu) v dětství a mládí, které přetrvává déle u mužů, přechází k významu vzhledu v mládí a středním věku, kdy je důležitější pro ženy a končí péčí o zdraví ve starším věku u obou pohlaví.

Přes vzrůstající podíl významu zdraví, je pro ženy vzhled důležitý v jakémkoli věku a neváhají pro docílení ideálu krásy podstupovat diety a navštěvovat i několikrát plastického chirurga (Grogan, 2000, 50). Starší muži jsou se sebou spokojeni jako ti mladší i když se od představy mít svalnatou, středně velkou postavu, průměrně velké konstrukce s dobře vyvinutými svaly na hrudi, ramenou a pažích, štíhlý pas a boky mírně vzdalují (Grogan, 2000, 55).

2.6 Diagnostika

K diagnostice tělesného schématu lze použít různorodé metody.

Meermann a Fichter (1982, in Fialová, 2001, 115) rozlišují tři hlavní způsoby zjišťování body image: 1. projekční – navržené - postupy, 2. experimentální metody - ohodnocení tělesných proporcí probandy a srovnání s realitou a 3. dotazníkové metody.

Hodnocení siluet je další používanou metodou, která stojí mimo předchozí rozdělení. Většina z těchto technik byla původně vytvořena pro posuzování nespokojenosti s tělem u žen s poruchou příjmu potravy (Grogan, 2000).

2.6.1 Projekční postupy a experimentální metody

Projekční postupy, jak uvádí Fialová (2001), zachycují především fenomenální aspekty těla v psychoanalytickém smyslu. Je pro ně typická neprůhlednost diagnostického záměru. Mezi tyto postupy řadíme: Draw – A - Person Test, Sophistication of Body Concept Scale a Body image - boundary score.

Draw – A - Person Test (Machover, 1957) je kresba vlastního těla, u které poté hodnotíme: velikost, plynulost čáry, reálnost rozměrů a tvaru, diferencovanost kresby, vyobrazení rukou a nohou a pravolevou symetrii. Kresba je často požívána k posouzení úrovně senzomotorických dovedností, vývoje jemné motoriky a vizuální percepce a k orientačnímu posouzení celkové vývojové úrovně (Vágnerová, 2006, 409). Například u dětí s výukovými problémy, ADHD nebo DMO, kde se velmi dobře projeví porucha vnímání těla nejčastěji ve velikosti postižené strany. Děti s hemiparézou kreslí postiženou stranu většinou menší, subtilnější, tvarově odlišnou, bez prstů nebo ji zcela opomenou. Děti s diurézou kreslí DKK bizardními tvary, úzké, kratší nebo jen jejich část. Podobně u dětí s kvadruparézou jsou kresby chudé akončetiny rudimentární. U atetoidní formy DMO je kresba na mnoha místech roztřesená nejen z důvodu mimovolných pohybů. Zdravé okolí děti kreslí proporčně správně (V. Schönová - materiály z kurzů Bobath konceptu, sensorické integrace a bazální stimulace). Ukázky kresby viz. příloha č. 1, 2 a 3.

Jedinci po CMP kreslí obraz sebe většinou zelenou nebo černou pastelkou, postiženou polovinu těla nebo končetinu vynechávají. Některé děti po úraze nebo operaci nedokážou postavu svého těla nakreslit vůbec.

Sophistication of Body Concept Scale (Witkin, 1962) zachycuje nevědomé stanovisko a hodnocení vlastní postavy.

„Body image - boundary score“ (Fischer, Cleveland, 1968), škála o tělesných hranicích předpovídající u různých typů osob styk s navenek nebo dovnitř manifestním psychosomatickým onemocněním, byla původně vyvinuta pro Roschach-Test.

Experimentální metody zjišťují především perceptivní aspekty ve smyslu subjektivní představy o vlastním těle ve srovnání s reálnou velikostí. Jedinci hodnotí určití tělesné dimenze, které jsou poté srovnávány s realitou.

2.6.2 Dotazníkové metody

Dotazníky jsou další metodou zjišťování spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem, vyjadřující kvantitativní míru spokojenosti s tělem. Většina z nich vyhodnocuje stupeň souhlasu nebo nesouhlasu s tvrzením vztahujícím se k tělu jako celku nebo jeho částem.

Body Cathesis Scale (Secord, Jouard, 1953) je jedna z nejstarších a často používaných metod, zjišťující především kognitivně emocionální aspekty vnímání těla a postoje k němu. Metoda je založena na hodnocení 12 položek – části těla pomocí 7 bodové škály. Spokojenost s tělem podle Secorda a Jouarda úzce souvisí s celkovým sebevědomím, takže vysoké skóre ve škále znamená pravděpodobně vysoko hodnocené sebevědomí. Tato metoda je v poslední době vědci modifikována. Některé položky, které bývají nespolehlivé jako například lýtka, kotníky, výška, délka šije apod. jsou odebírány a jsou přidávány místo nich jiné.

Body Parts Satisfaction Scale (Berscheid, Walster, Bornsted, 1973) je předchozí metoda rozšířená na 15 položek.

Adrian Furnham a Nicola Graves vytvořili metodu rozšířenou o následující položky: rty, uši, m. biceps brachii, brada, hýždě, paže, oči, tváře, obličej, nohy, břicho a tělesné ochlupení.

Body Attitude Scale (Osgood, 1957) zjišťuje percepci vlastního těla pomocí 15 položek. Tato škála je rozšířená na 7 bodovou stupnici, zohledňující i úroveň vlastního konceptu, sebezpřijímání a ideálního já. Položky jsou uváděny ve 3 postojových dimenzích: 1. hodnotící – dobrý/špatný, krásný/ošklivý apod., 2. potencialita –

například přísný/mírný, 3. aktivita – rychlý/pomalý. Ve svých výzkumech tyto sémantické diferenciály používal např. Mrazek.

Personal Construct Theory (PCT, Kelly), zjišťující individuální mínění a přijímání těla, ve výzkumu použil Furnham ke srovnání funkčnosti těla a zjištění požadavků na skladbu těla u sportovců a nespportovců.

Tennessee Self-Concept Scale (Fitts, 1965) hodnotí sebepojetí z hlediska tělesného, psychologického – vnitřní pojetí sebe sama a sociálního – konfrontace s ohlasy z vnějšího prostředí, používá bipolarnost dimenzí a 7 bodovou škálu. Modifikovaný se používá u pacientů s psychickými poruchami.

Rosenbergova 10 bodová škála (Rosenberg, 1965) hodnotí vlastní já v kulturních, pracovních, sociálních a odborných souvislostech a dále hodnotí i tělesný výkon a vzhled. Sledovanými dimenzemi jsou: zdraví a tělesná aktivita, tělesný tuk, síla, ohebnost, vytrvalost, sportovní kompetence, vzhled, sebeúcta a sebepojetí

Satzergänzungstest je test rozšiřujících vět (Hirschenfang, Benton).

Body Dissatisfaction Scale obsažená v Eating Disorder Inventory – EDI – (Garner, Olmsted, Polivy, 1983) - tato škála dotazníku a její položky zjišťují přiměřenost nebo přílišnou velikost dolních partií těla a celkovou spokojenost s celým tělem.

EDI posuzuje vnímání příjmu potravy a vlastního těla, zaměřuje se na některé psychologické rysy a chování jedince. Dotazník obsahuje 64 bodů s 8 podškálami: štíhlost, chorobná hladovost, nespokojenost s tělem, neschopnost, perfekcionismus, nedůvěřivost, uvědomování si svých pocitů, obavy z dospělosti.

Body Shape Questionnaire (Cooper *et al.*, 1987) je dotazník zaměřený na hodnocení tvaru postavy vytvořený pro ženy s poruchou příjmu potravy, skládající se z 34 otázek: Co předcházelo zájmu o proporce a tvar postavy a co ho následovalo. Evans a Dolanová (1992, in Grogan, 2000) dotazník zkrátily na snadněji vyplnitelný, se 16 a 8 položkami.

Body Attitude Questionnaire (Ben Tovim, Walker, 1991) se týká vztahu k tělu, zahrnuje 6 odlišných aspektů prožívání a vnímání vlastního těla: pocit tloušťky, snižování sebe sama, sílu, citlivost na hmotnost, pocit přitažlivosti, uvědomování si tuku v dolní části těla. Daná škála speciálně vytvořená pro ženy vyhodnocuje širší spektrum postojů k tělu než dříve užívané metody např. Cooperova *et al.*

Physical Self – Description Questionnaire PSDQ (Marsh, 1994) vychází ze širokého pojetí sebepercepce, je modifikován pro věkové kategorie mládeže a

dospělých. Obsahuje 70 otázek zjišťujících 9 základních charakteristik vnímání těla se škálou odpovědi 1 (nesouhlasí) – 6 (souhlasí).

Self – Efficacy (Goldberg, Shepard, 1982) vytvořený modifikací několika předchozích, sleduje reálnou a ideální rovinu vzhledu pomocí 24 bipolárních přídavných jmen hodnocených 7 bodovou škálou. U nás tuto škálu použila Válková pro hodnocení sebepercepce ve smyslu fyzickém, sociálním a psychickém.

Body Esteem Scale BES (Shields, 1984) hodnotí tvary těla v 5 stupňové škále. 34 bodů sebehodnocení určuje stupeň spokojenosti s tělesnými proporcemi, udává informace o anorexii, bulimii, subklinické bulimii a stavu bez poruch jídla.

Numerickou pětistupňovou škálu spokojenosti a hodnocení aspektů tělesného vzhledu využívají: Test stravovacích postojů a Dotazník spokojenosti s jednotlivými částmi těla (Fialová, 1994).

Physical Self - Perception Profile, PSPP (Fox & Cobin, 1989) Perceived Importance Profile PIP jsou metody zjišťující 6 dimenzí: atraktivitu, tělesnou sílu, předpoklady pro sport, tělesnou kondici, sebehodnotu a sebeúctu.

Fialová (2001) uvádí další dotazníky ke zjištění komplexního stanoviska k tělu: Body Distortion Questionnaire (Fischer, 1970), Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (Brown *et al.*, 1988); (Cash, Lewis, Keeton, 1987), Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, Körperfahrungsfragebogen, Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Hrachovinová a Chudobová (2004) zmiňují ještě další dotazníky, orientující se na širší pojetí subjektivní komponenty: Physical Appearance State ad Trait Anxiety Scale (Reed *et al.*, 1991), Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (Brown *et al.*, 1988); (Cash, Lewis, Keeton, 1987), Body Area Satisfaction Scale (Cash, Winstead, Janda, 1986), Bulimia Cognitive Distortions Scale (Schulmann *et al.*, 1986), Color-A-Person Body Test (Wooley, Roll, 1991), Body Satisfaction Scale (Slade *et al.*, 1990), Extended Satisfaction With Life Scale – Physical Appearance Scale (Alfonso, Allison, In Thompson, 1996).

2.6.3 Siluety

Spokojenost s vlastním tělem se tradičně studuje pomocí techniky siluety (Falkon, Rozin, 1985; Stuncard, Sorensen, Schulsinger, 1983; Keeton, Cash, Brown, 1990; Thompson, Psaltis, 1988, in Hrachovinová, Chudobová); (Grogan, 2000); (Fialová, 2001, 119). Technika siluety je kvantitativní metodou měření stupně a

orientace nespokojenosti s tělem, využívající schematických obrazů nebo siluet na jedné škále od zcela hubené a až po velmi obézní (Fialová, 2001, 119); (Grogan, 2000, 31). Testovaný vybírá obraz ideální a subjektivně své postavě nejbližší. Rozdíl mezi oběma odhady je indikátorem (ne)spokojenosti s vlastním tělem. Zahraniční studie prokazují, že ženy mají tendenci volit ideální postavu štíhlejší, než je jejich vlastní. Jako první metodu siluet v publikované studii použili April Fallonová a Paul Rozin s použitím stupnice dle Stuncarda *et al.* (Grogan, 2000). Ukázka siluety uvedena v příloze č. 4.

Modifikací původní techniky vznikly následující metody hodnotící spokojenost s vlastním tělem:

- Hodnocení siluety pomocí počítačového stínítka. Testovaný jedinec může sám nastavit postavu v každé myslitelné podobě. Příklad uveden v příloze č. 5.

- Kresba dospělých figur – Adult figur drawing. Sedm chlapeckých a sedm dívčích obrazů od velmi štíhlých až po obézní. Testovaný hodnotí vlastní postavu, ideální, ideální pro dvě pohlaví, ideální postavu dospělou pro obě pohlaví.

- Klasifikace tělesných typů. Klasifikuje se pomocí škály imaginárních portrétů pro určení vlastní a ideální postavy, nabízející 5 základních typů a 3 podskupiny. Typy: svaly, tuk, kosti v rovnováze; převaha tuku; široká ramena a úzká pánev; úzká ramena a široká pánev. Podskupiny podle postavy: vysoká, střední, malá.

- Perceived Somatotype, grafické znázornění schématu těla vycházející ze Sheldonova somatotypu.

- Personal Construct Approach Perceptions of Body Image, zobrazující 12 siluet, z nichž je vybíráno ideální tělo pro výkonnostní sport a hodnoceno vlastní tělo. Příklad uveden v příloze č. 6.

2.6.4 Rozhovory

Dalším způsobem jak zjistit co si ženy myslí o své postavě a tělesných proporcích je metody polostrukturovaného nebo strukturovaného rozhovoru. Rozhovor probíhá většinou neformální formou, podle seznamu oblastí, které tazatel chce zjistit. Oproti dotazníkům má tato metoda výhodu větší volnosti vyjádření pocitů a volby tématu rozhovoru (Grogan, 2000, 59).

Mezi zajímavé výsledky rozhovorů patří zjištění, že dotazovaní si nepřejí přibrat na váze, přestože někteří jsou vysloveně štíhlí. Všichni uvádějí alespoň jednu část těla, kde by si přáli zhubnout (Fialová, 2001, 120).

2.6.5 Chování a vztah k vlastnímu tělu

V diagnostice poruch vztahu k tělu je důležité zohlednit behaviorální ukazatele obav o tělesné rozměry ještě jiným způsobem než pomocí dotazníků, ve kterých mohou jedinci určité činnosti pouze manifestovat.

Chování vztahující se k tělu můžeme sledovat následovně: stravování pomocí kalorických deníků, dietologických dotazníků; pohybovou aktivitu denními záznamy výdeje energie, časovým záznamem denních činností a jejich intenzity; záznamy kosmetické péče a chirurgických zákroků apod.

2.6.6 Techniky odhadování velikosti těla

Techniky odhadování velikosti těla jsou rozvíjeny od 60. let 20. století, kdy bylo zjištěno zkreslené vnímání těla u anorektiček, umožňují odhadnout velikost těla a kvantitativně vyjádřit míru zkreslení. Obecně se dle Cashe a Browna rozlišují na dvě kategorie: metody zaměřené na celé tělo – *distorting image procedures* a na jeho části – *body part procedures* (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

Výsledný rozdíl mezi obrazem reálným a vybraným je mírou diskrepance u obou metod.

- **Techniky odhadování částí těla**

Tyto metody vyžadují, aby testovaný ohodnotil šířku dané oblasti těla určením odpovídající vzdálenosti dvou bodů v předloze.

Technika posuvného měřítka – *Moveable Calliper Technique* (Slade, Russel, 1973) – testovaný nastavuje dvě horizontální světla připevněná na tyči na šířku určité tělesné partie a jeho odhad je poté srovnáván se skutečnou mírou zjištěnou posuvným měřítkem.

- Thompson a Spana později metodu modifikovali přidáním dalších dvou světel. Paprsky projektoru světelných paprsků - *Adjustable Light Beam Apparatus* - představují tváře, pas, boky a stehna (Grogan, 2000); (Hrachovinová & Chudobová)

Technika tvoření obrazu dle Askevoida (1975) - *Image Making Procedure* - hodnotí předpokládanou tělesnou šířku, kterou testovaný vyznačuje na papír připevněný na zdi.

Body Image Detection Device (Ruff, Narkos, 1986) – přístroj promítá na stěnu světlo, kterým testovaný určuje odhad rozměrů dané části těla

- **Techniky odhadování celého těla**

Testovaným ženám jsou předkládány obrazy reálných postav pomocí fotografií, videa nebo zrcadel. Tyto postavy jsou modifikovány na objektivně štíhlejší nebo silnější než jsou ve skutečnosti. Testovaný volí obraz, který odpovídá jeho představě o velikosti vlastního těla. Příloha č. 7 obsahuje pomůcky k technikám hodnocení těla.

Technika zkreslujících fotografií – Distorting Photograph Technique (Garner) – využívá fotografií, u kterých lze zkreslit skutečnou velikost od mínus 20% do plus 20%. Stupeň zkreslení udává rozdíl mezi skutečnou a zkreslenou velikostí.

Technika zkreslujícího videa - Distorting Video Technique (Probst, 1992, 1995) – používá zobrazení postavy na videu zkreslené od mínus 50% do plus 50%.

Technika zkreslujícího zrcadla (Trub, Orbách, 1964).

Výsledky ukazují tendence většiny žen nadhodnocovat velikost své postavy. Testovaná žena může nadhodnocovat jen určitou část svého těla, například boky, ale protože tyto techniky části těla neodlišují, bývají často z tohoto důvodu kritizovány jako nevhodné.

- **Kombinované techniky**

Kombinací předchozích technik vytvořili Emery a jeho kolegové z univerzity v Newcastlu a Oxfordu důmyslnou počítačovou metodu, využívají obrys těla z videozáznamu. Testovaná žena obrys pozoruje a kurzorem upravuje jednotlivé části těla do podoby svého těla, jak jej vnímá. Počítač vyhodnocuje stupeň nadhodnocení nebo podhodnocení skutečné velikosti jednotlivých částí těla.

Z výzkumů vyplývá, že ženy nadhodnocují velikost nohou, hýždí a břicha a velikost ostatních částí těla podhodnocují.

2.6.7 Měření tělesných parametrů

Fialová (2006) uvádí, že k objektivnímu posouzení, zda jedinec má či nemá ideální tělesné proporce, je třeba použít alespoň tři z následujících základních parametrů: výška, hmotnost, pohlaví, tělesný typ, podkožní tuk, tělní obvody, délka kostí, proporcionalita.

- **Tělesná výška**

Výška je do určité míry dědičně daná. Podíl dědičnosti je odhadován na 80%, zbývající část připadá na vlivy prostředí. Pomocí genetických znaků vývoje a růstu lze stanovit odlišnosti v růstu, hodnotit úroveň vývoje zdravých jedinců a vliv vnějšího prostředí na tento proces a odhadovat vývoj tělesného či funkčního rozvoje. Naměřenou výšku udáváme v centimetrech a můžeme ji použít při výpočtech různých indexů, které obvykle berou v úvahu i hmotnost jedince.

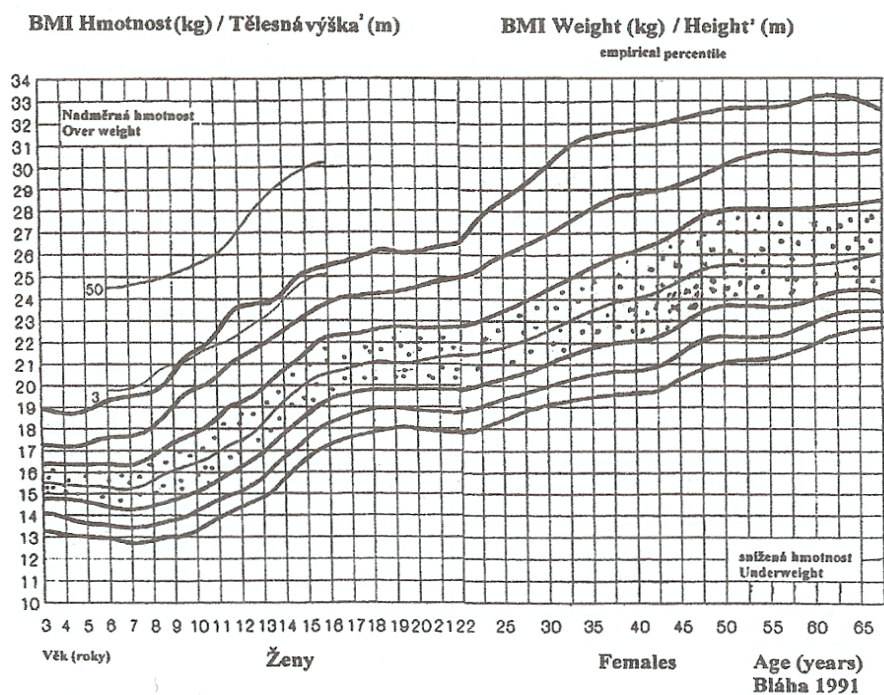
- **Tělesná hmotnost**

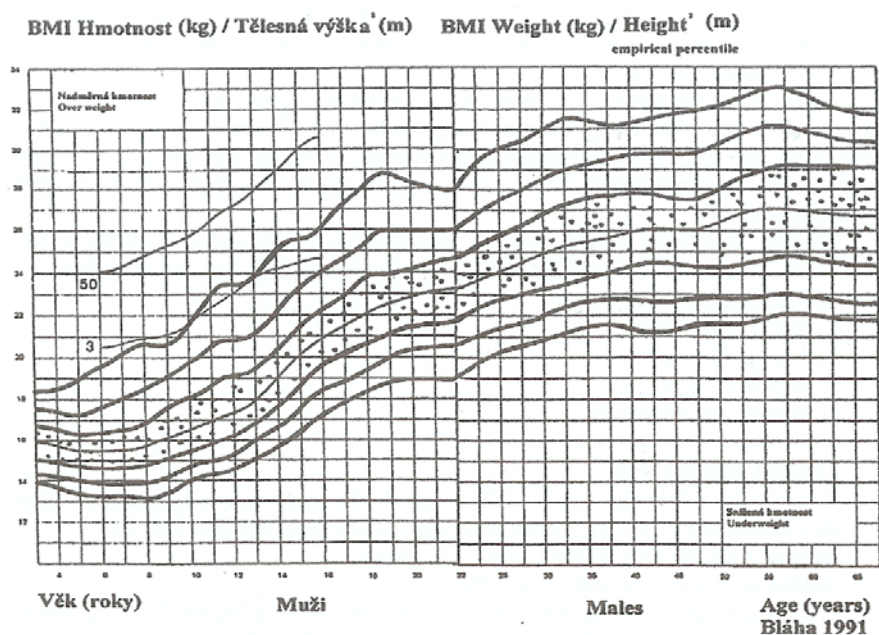
Rozvoj svalů a také nárůst množství tuku zvyšuje hmotnost. Ke snížení hmotnosti dochází, pokud narůstá svalová hmota za současného většího úbytku tuku a naopak k jejímu zvýšení dochází, pokud je úbytek tuku nižší než přírůstek svalové hmoty. Hmotnost se podstatně mění během dne i týdne, kontrolní měření se musí provádět na stejné váze zhruba ve stejnou dobu.

Výsledky měření lze použít k výpočtu indexů charakteristických pro tělo, které berou v úvahu výšku, pohlaví i věk. Těmito indexy jsou: Body Mass Index (BMI), Broccův index, Rohrerův index tělesné plnosti, optimální tělesná hmotnost dle Verdocka aj.

Následující grafy znázorňují vztah BMI a hmotnosti vzhledem k věku u žen a mužů.

Obrázek č. 1: Vztah BMI a hmotnosti vzhledem k věku u žen



Obrázek č. 2: Vztah BMI a hmotnosti vzhledem k věku u mužů

2.7 Poruchy

Tato kapitola je věnována několika nejčastěji uváděným diagnózám, jejich vlivům na vztah k tělu, jeho vnímání a hodnocení. Body image u sportu bude věnována samostatná kapitola Sport.

Body image je studováno v souvislosti s řadou tělesných i duševních onemocnění, zejména chronických a velmi závažných. Zjišťování body image a jeho poruch má největší tradici u dospívajících a mladých nemocných s poruchou příjmu potravy (Hrachovinová, Chudobová, 2004). Později byl výzkum v této oblasti realizován i na jiných souborech, převážně neklinických, na mladších a starších věkových skupinách (Lislerová, 2007) a to na dospělých mužích a ženách, zdravých adolescentech, starších ženách, studentech, studentkách, dětech, dále na homosexuálně orientovaných mužích, čtenářích různých časopisů, jedincích s nadváhou a obezitou, sportovcích především atletech, maratoncích, kulturistech, jedincích pravidelně navštěvujících fitness centra a na profesně specifických skupinách (baletkách, modelkách, manekýnách, studentkách tanečních škol atd.)

Williamson (1990, in Hrachovinová & Chudobová, 2004, 503) popsal tři základní poruchy vnímání vlastního těla nebo tělesného schématu: 1. zkrácené vnímání velikosti těla, odrážející stupeň percepční přesnosti ve vnímání aktuálních rozměrů těla;

2. preference štíhlosti – individuální představa o ideálních rozměrech je užívána jako standard určující míru spokojenosti s vlastním tělem; 3. nespokojenost s vlastním tělem - odráží diskrepanci mezi hodnocením svého těla a ideálu.

Poruchy tělového schématu mohou vrhat světlo na problém rozlišení body image od body scheme. Body scheme může být porušeno nehodou nebo nemocí, například těžká neuropatie a ztrátou propriocepce a taktilního čítí (Cole, Gallagher & Mc Nail, 2002, 132). Breuer a Schaffhauser (2005) uvádějí, že při poškození tělového schématu lidé ztrácejí proprioceptivní a taktilní čítí a bez možnosti kontroly zrakem vědomí o umístění končetin. Na každý pohyb potřebují velkou koncentraci a nejsou jej schopni provést bez zrakové kontroly. I když člověk ztratí jedno z hlavních funkčních hledisek body scheme, může ztrátu kompenzovat přes body image. Tělesné schéma selhává kvůli ztrátě zpětné vazby z propriocepce a taktilního čítí.

2.7.1 Mentální anorexie

Nejčastěji zmiňovanými poruchami tělesného sebepojetí a schématu jsou mentální anorexie a bulimie (Fialová, 2001, 2006, 2007); (Grogan, 2000); (Bechyňová & Chudobová, 2005); (Hátlová *et al.*, 2003); (Chudobová & Fraňková, 2003); (Kocourková & Koutek, 2002); (Stackeová, 2007). Mnozí autoři ale uvádějí, že i jedinci bez takové poruchy mají vzhledovou stránku tělového schématu do určité míry poškozenou např. obecnou nespokojeností s tělem, specifickou nespokojeností s váhou nebo velikostí a nepřesným vnímáním - nadhodnocením - velikostí (Cash, Winstead, Janda, 1986; Thomson & Psaltis, 1988; Thompson & Spana, 1988; Thomson, 1990; Tiggemann, 1992, in Hrachovinová & Chudobová, 2004).

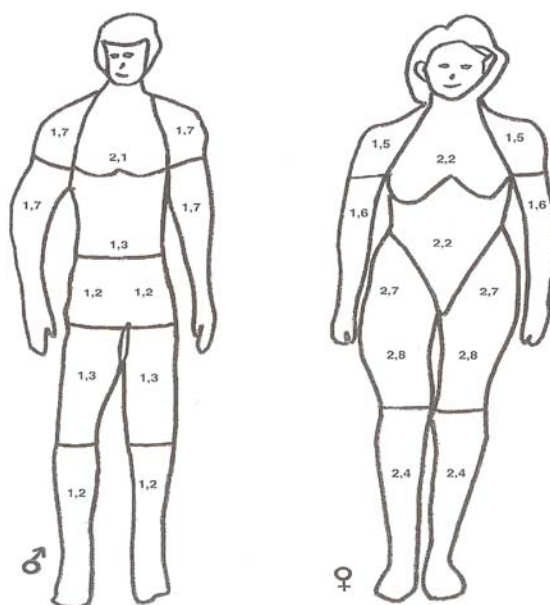
Jako první popsal přítomnost poruchy body image u mentální anorexie Laseque v roce 1873. Tuto problematiku dále rozpracovávala Hilda Bruchová (1962, in Hrachovinová & Chudobová, 2004, 503). Popsala následující tři klíčové vzájemně související percepčně kognitivní symptomy rozvoje nemoci: 1. narušený obraz vlastního těla a zkreslení jeho proporcí - porucha body image, 2. interoceptivní poruchy – neschopnost identifikovat vnitřní pocity jako hlad, nasycení a afektivní stavy, 3. paralyzující pocit osobní neschopnosti. Na její popis navazovala v souhrnu klinických projevů řada autorů.

Narušení vnímání vlastního těla je u tohoto onemocnění symptomem a diagnostickým kritériem. Nemocní jedinci, většinou dívky a ženy, nerealisticky nadhodnocují svoje tělo, mají strach z tloušťky, ale nepochybují o velikosti neutrálního objektu, mají o sobě celkově hrozné mínění, nepřijímají se, mají negativní Self (Stárková, 2005), snaží se vyhybat konfrontaci s vlastním tělem nebo tělesností a svou snahou dosahují extrémní vyhublosti (Konečná & Kulhánek, 2005, 18).

Následující obrázek znázorňuje procento spokojenosti s jednotlivými částmi těla u mužů a žen.

Obrázek č. 3: Spokojenost s jednotlivými částmi těla u mužů a žen v procentech.

Převzato z: Fialová, 2006, 61.



2.7.2 Dysmorfofobická porucha

Hrachovinová a Chudobová (2004, 503) uvádějí jako zvláštní případ narušení vztahu k tělu tělesnou dysmorfofobickou poruchu. Diagnostickým a statistickým manuálem Americké psychiatrické asociace, IV. revize (DSM – IV) je charakterizována jako nadměrné zaobírání se domnělým defektem ve vzhledu u normálně vyhlížející osoby. Jedinci s touto poruchou mají pocit, že některá část jejich těla je příliš velká nebo malá nebo nepovedená, zatímco okolí ji pokládá za normální nebo nepodstatně odlišnou

(Cash & Pruzinski, 2004). Svůj předpokládaný nedostatek maskují nebo hledají pomoc u lékařů, zejména dermatologů a estetických chirurgů, kde tvoří více než 10 % pacientů (Chromý, 2005). Tyto zákroky jim nepřinášejí úlevu, ale vystupňování zoufalství, jež může vést k sebevraždě nebo agresí vůči lékaři. Porucha obvykle začíná v adolescenci nebo časně dospělosti a je mnohem častější u žen než u mužů. Příčina této poruchy není známa, ale v úvahu připadají kulturní a sociální normy a porovnávání se s nimi (Brady, 2007). Variantou dysmorfofobické poruchy je muskulární dysmorfie. Jedinec je přesvědčen, že má nedostatečně vyvinuté svalstvo, často navštěvuje posilovny a užívají anabolika I přes enormní nárůst svalové hmoty je stále přesvědčen, že jeho svalstvo je nevyvinuté (Vokurka & Hugo). Diagnostická kritéria poruchy jsou obsažena v příloze č. a č. 8 a 9.

2.7.3 HIV

Na počátku 20. Století byla extrémní vyhublost asociována s nemocí, v souvislosti s tuberkulózou, v posledních letech je spojována s AIDS (Grogan, 2000, 17). Studie Chapmanové (1998) dává do souvislosti změny body image s průběhem onemocnění HIV. Ve své práci upozorňuje na podobné psychické, fyzické a sociální změny body image u HIV a jiných chronických či smrtelných onemocnění a dále na specifické aspekty dopadu určené mimořádnými fyzickými projevy onemocnění, negativním vlivem masmédií, představ společnosti a stigmatu. Všechny výše zmíněné aspekty vedou u HIV pozitivních jedinců k radikální změně zkušenosti s vlastním tělem.

Jeannie Huang *et al.* (2006) provedli srovnávací studii změn tělesného schématu u žen s HIV s lipodystrofií a bez ní ve srovnání s ženami HIV negativními a demonstrují důkaz o rozsahu škodlivých účinků na tělesném schématu - větší tělesná dystrofie a nižší kvalita života související s tělesným schématem - mezi HIV pozitivními ženami, které vidí jak lipodystrofie jejich tělo mění. HIV lipodystrofický syndrom je rozpoznanou komplikací silné antiretrovirové terapie a vyznačuje se často dramatickými změnami tukových zásob v různých částech těla, centrálních i periferních (internetový slovník medicíny). HIV pozitivní ženy s lipodystrofií pravděpodobněji budou cítit jejich HIV status, rozeznatelný změnami jejich těla v porovnání s HIV pozitivními ženami bez lipodystrofie.

2.7.4 Psychické poruchy

U psychicky postižených jedinců je pohybové chování a tělesné schéma změněno, dočasně nebo trvale (Hátlová, Dastlík & Chudějová). Psychopatologie je u postižených osob pozorovatelná v jejich představě o vlastním těle, související s používáním pohybu v rozsahu částí, nebo celku těla a využívání prostoru (Hátlová, 2003, 14). U schizofrenie je typický úplný rozpad tělového schématu (Stackeová, 2007). Schizofrenie je dynamický proces začínající obvykle v mladém věku, projevující se zprvu obtížemi neurotického charakteru. Typické je rozpadající se myšlení, dezorganizace psychických funkcí, ambivalence emocí, ztráta hranic „já“ doprovázená omezením vnímání vlastního těla a ztrátou samozřejmosti automatického pohybu (Hátlová, 2003, 60).

2.7.5 Alexythymie

Alexythymie je definována jako kognitivně – afektivní deviace s preferencí pozornosti k vnějším událostem před vnitřními zážitky, jejímž typickým znakem je porucha tělesného schématu. V podstatě je jedním z obranných mechanismů osobnosti. Vlastně to znamená „nechtu svoje emoce“ (Koutská, 2006). U pacientů s touto poruchou nalézáme neschopnost rozpoznávat, sdělovat a regulovat emoční hnutí a z něj plynoucí psychickou, těžko definovatelnou rozladu. Rozladu může signalizovat jediné bolest. Tělo je vnímáno jako něco cizího a stává se projekční plochou pro intrapsychické konflikty (Stackeová, 2007).

2.7.6 Fenomén fantomu, fantómové bolesti

Fenomén fantomu je považován za poruchu body image. Jde o pocit přetrvávání již chybějící končetiny po amputaci, který nastupuje prakticky ihned po probrání z narkózy nebo po týdnech až měsících a může přetrvávat velmi dlouho, ale většinou postupně oslabuje, event. deformuje – teleskopický efekt (Tichý, 2003, 332). Body image se během růstu a jiných pomalých změn, pomalu adaptuje. Amputace je drastická a rychlá změna, tělové schéma zůstává stejné jako před operací a způsobuje špatnou představu jedince o jeho těle - přetrvává představa neexistující končetiny (Schaffhauser & Breuer, 2005). Fantómovou bolestí - bolestí přízraku, označujeme u jedinců po amputaci bolest, kterou cítí na části již neexistující končetiny. Fantómové příznaky a bolesti s mnohou vyskytnout také u transversálních míšních lézí, pod místem léze (Tichý, 2004, 76). Schaffhauser uvádí, že noční fantómové bolesti někdy mohou zmizet, pokud

si pacient nasadí protézu a projde se. Tělesné schéma se přes protézu „upraví“ a zpětnou vazbou utiší bolest.

2.7.7 Cévní mozková příhoda a jiná poškození mozku

Klinický obraz postižení CNS po cévní mozkové příhodě (CMP) je kombinací strukturálních a útlumových změn. (Adamčová, 2003). Pohybové možnosti a spolupráci pacienta komplikují percepční problémy vedoucí k poruše představy vlastního těla v prostoru - body image. Jsou jimi: ztráta hybnosti – hemiplegie, porucha svalového tonu, povrchového čítí, propiocepce – polohocitu a pohybocitu a stereognózie – vnímání prostoru hmatem bez zrakové kontroly, výpadek poloviny zorného pole, fatická porucha a dyspraxie a neglect syndrom – selektivní poruchou uvědomování si podnětů z poloviny prostoru kontralaterálně k cerebrální lézi, (Brázdil, 2002). Při lézích pravého parietálního laloku je typickou poruchou tzv. unilaterální neglect, projevující se zanedbáváním levé poloviny jak vlastního těla, tak prostoru vůbec – pacient levou polovinu těla neobléká, neholí si tvář, nečte levou polovinu textu, neobkreslí levou polovinu předlohy a psát začíná až někde uprostřed papíru (Kulišťák, 2003).

Při jednostranném postižení mozku, mezi něž patří i iktus, dochází k obtížím na obou stranách těla – u levostranné hemiplegie u praváka změnou rukopisu a diskriminačního čítí na nepostižené straně. Pacient se musí naučit používat i svoji zdravou stranu tak, aby kompenzoval pohyby, jež není schopen vykonat postiženou polovinou těla (Lepšíková, n.d.). Hemiparetik má porušen motorický systém celého těla, tělesné schéma, ztratil schopnost přizpůsobit se změnám polohy i pohybům – tzv. dynamickou stabilitu – normální posturální reaktibilitu, má tendenci k fixování pohybu, nedokáže zaujmout kvalitní výchozí posturu a aktivovat ji v orientovanou posturu – atitudu, což znemožňuje provedení pohybu (Adamčová, 2003). Porucha vnímání těla je viditelná na kresbě vlastního těla viz. Příloha č. 2 a č.3.

S lézemi postcentrálního gyru a okolních oblastí se objevuje celá řada somato-percepčních poruch. Kulišťák (2003) uvádí tyto příklady: astereognózie - porucha hmatového poznávání předmětu, diskriminačního čítí - při současné aplikaci dvou dotykových podnětů uvádí osoba s poruchou pouze jeden, blind-touch - obdoba fenoménu "blindsight", při absolutní anestézii končetiny osoba ukáže druhou rukou místo, kam jsme se jí předtím dotkli; anozodiaforie - lhostejnost k vlastní chorobě; autotopagnozie - neschopnost lokalizovat a pojmenovat části těla, asymbolie bolesti - nepřítomnost normální reakce na bolest a anozognózie - neuvědomování si nebo

popírání choroby. Orfei *et al*, (2007) zmiňuje anosognózie jako nedostatek uvědomění - deficit self-awareness - nebo příliš nízký odhad specifického deficitu ve smyslové, vnímavostní, motorické, citové nebo poznávací funkci z důvodu mozkového poranění a významnou překážku rehabilitace. Cash & Pruzinski (2004) uvádějí jako další komplikaci stavu po CMP asomatognózi, ztrátu poznávání či vnímání vlastního těla nebo jeho stavu ve smyslu nepřijímání končetiny jako vlastní. Příznaky se mohou vyskytovat na obou polovinách těla, ale častěji bývají popisovány vlevo, tedy při poškození v pravém parietálním laloku. V neuropsychologii se obvykle vyšetřuje agnózie prstů obou rukou (Kulišťák, 2003).

V terapii u hemiparetiků je velmi významné polohování, ukázka je uvedena v příloze č. 10.

U jiných poškození mozku jako například nádoru mozku se také může objevit porucha vnímání vlastního těla. Kazuistika pacienta s poškozením vnímání těla a nádorem mozku je uvedena v příloze č. 16.

2.7.8 Distorze tělesné reprezentace, Disociace

Disociace je definována jako neschopnost normálně integrovat informace a prožitky, stav manifestovaný amnézií, depersonizací a derealizací. Yamamotová a Papežová (2002, 213) se pokouší ve své práci přiblížit fyziologický ekvivalent fenoménu disociace na příkladech percepce tělesných rozměrů, analgezií a při stresu (disociativní konverzní poruchy). Za distorzi tělesné reprezentace lze považovat dlouhodobé permanentní změny tělesného schématu nebo jiného senzitivního zpětnovazebného mechanismu, vyvolané amputací nebo deafferencí. Někdy i po přerušení sensorických vstupů do mozku zůstává představa tělesného schématu zachována. Při anestézii palce se subjektivně nezvětšuje jenom palec, ale i rty a naopak. Obdobnou distorzi tělesných rozměrů lze pozorovat i při bolesti. Vzhledem k tomu, že distorze tělesného rozměru se neprojevuje jen na anestetizované nebo bolestivé části těla, ale šíří se i na tu část, která na somatotopické mapě somatosenzorické kůry nebo talamu sousedí s postiženou oblastí, lze hledat příčinu jejího vzniku pravděpodobně v těchto oblastech (Yamamotová & Papežová, 2002, 214). Příklad distorze tělesných rozměrů viz příloha č. 11.

2.7.9 Závislosti

Závislostí se může stát každá činnost, pokud je prováděna nadměrně a bez vztahu ke smyslu. Tělo závislého je nemocné a je zdrojem až velmi nepříjemných pocitů z tělesných funkcí, z vlastní nemohoucnosti, negativně vnímaného vlastního tělesného obrazu, tělesného schéma a může být pocíťováno jako něco cizího a nefunkčního (Novotný, n.d.) Emoce jsou provázeny tělesnými změnami včetně pohybů, které jsou stažené, ohraničené a v prostoru málo cílené (Hátlová, 2003, 75). Vnímání vlastního těla je problémem somatoterapeutických programů a tedy i kinezioterapie a bez zlepšení vztahu k tělu a jeho vnímání u závislých není možná jakákoliv trvalejší pozitivní změna (Hátlová, 2001).

2.7.10 Dětská mozková obrna (DMO)

Lesný (1989) charakterizuje dětskou mozkovou obrnu (DMO) jako raně vzniklé poškození mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti. Dětská mozková obrna bývá doprovázena poruchami zraku, sluchu, řeči, inteligence a chování. Objevují se též záchvatovité stavy (epilepsie). Klinický obraz postižení je velmi rozmanitý.

Podle Breretonové (2005, 238) jsou u dětí s DMO nejčastěji porušeny tato základní funkce: Schopnost získávat informace dotekem věcí, hodnocení polohy vlastního těla orientace v tělovém schématu, hodnocení vzdáleností, polohy pořadí věcí, schopnost plánovat pohyb přiměřený situaci, schopnost získávat informace zrakovým pozorováním a rozvoj selektivní pozornosti. Stereognostická funkce je schopností prostorového vnímání kontaktu se zevním prostředím ve vztahu k našemu tělesnému schématu a je spjata s vývojem motoriky a tím i se schopností provést izolovaný pohyb (Kolář, 2005, 96). Za příčinu poruch vedle motorického postižení považuje spolu se Salterovou (2005) i nedostatek zkušeností, neprocvičené schopnosti analýzy syntézy a nejasné vjemy z okolí při percepčně podmíněných poruchách. Zdravé dítě získává mnoho informací o váze, velikosti, tvaru, povrchu, funkci apod. při hře, což mu umožňuje vytvářet abstrakce a poznávat předměty v dvojrozměrném prostoru (Chamoutová, 2000, 65). Dítě s DMO potřebuje více zkušeností, určitějších, nedeformovaných nejistým úchopem, nedostatečnou percepcí a nestabilní polohou, aby si je dokázalo pamatovat a poznávat je. Dostál (2002) uvádí, že uvědomit si hranice svého těla pomáhají dítěti hmatové dojmy. Hmat je tím smyslem, ve kterém splývá vnímání předmětu (nebo osoby) s vnímáním vlastní bytosti, vlastní existence: pohladí-li mě někdo, vnímám jak jeho ruku, tak vlastní tělo.

Postižené dítě, které si nevytvoří představu o sobě a svých končetinách, i když nacvičí hybnost, neumí vytvořit plán pohybu v prostoru a „netrefí“ do rukávů, myje se neobratně, nedokáže se učesat a okolí ho považuje za nepochopitelně nešikovné (Breretonová, 2005, 240). V terapii je třeba komplexní situace rozložit na jednotlivé kroky, aby se usnadnilo rozlišení podstatných a podřadnějších prvků podnětové situace, například: snížením počtu sledovaných podnětů, zvýrazněním obrysů vjemů, změnou činnosti v hru apod. Chamoutová, 200, 66).

2.7.11 Plicní onemocnění a CF

Anna Day (1998, 346) uvádí, že dívky kouření užívají jako způsob začlenění do společnosti a aby ovládaly svou váhu, mírnily úzkost a deprese. Rakovina plic překonává rakovinu prsu jako příčina úmrtí z rakoviny mezi kanadskými ženami (Risch *et al*, 1994, 1206). Gold *et al* (1996) podávají důkazy, že ženy mohou být vnímavější než muži k nepříznivým efektům kouření na plicní funkce. Analýza dlouhodobé domácí kyslíkové terapie potvrzuje lepší prognózu u žen než mužů, když začnou přijímat kyslíkovou terapii, bez ohledu na příčinu dýchacího selhání, ale je zde odpor mezi ženami k jeho používání, možná z obavy o jejich vzhled. Některé léky na snižování chuti k jídlu se výrazně podílejí na vzestupu plicního tlaku a tím zhoršování plicních a srdečních onemocnění. Dayová (1998, 348) zmiňuje problémy příbuzné s pohlavím a tělesným schématem v téměř každém aspektu léčby plicních onemocnění, včetně astmatu, embolického onemocnění, cystická fibróza, plicní fibróza a transplantace.

Wennigerová *et al* (2003) ve své studii subjektivního tělesného schématu u pacientů s cystickou fibrózou potvrdili, že tělové schéma má potenciál k tomu, aby ovlivňovalo pacientovo sebepojetí a motivaci. Výsledky jejich práce identifikovaly tělesné schéma jak důležitý předpoklad pacientova zdraví- související s kvalitou života.

2.7.12 Chirurgické zákroky

Chirurgický zákrok následuje fyzická změna a zmatení tělového schématu. Změna v tělovém schématu zahrnuje komplikovaný proces, který je po čase výsledkem psychologického vývoje, chirurgické procedury a společenského a rodinného faktoru (Grupta *et al*, 2004)

- **Gastroplastika**

Psychologické důsledky extrémní obezity jsou mimo jiné úzkost, deprese, nízká sebeúcta a záporné tělové schéma (Grili *et al*, 2005). Po vertikální páskované gastroplastice u pacientů navíc k značné a významné ztrátě na hmotnosti také dochází ke změně k lepšímu v tělesném schématu a doménách psychosociálních funkcí (Gerbrand *et al*, 2008).

- **Hysterektomie**

Děloha je považovaná za důležitou pro ženský self - image a sexuální obraz a některé ženy se obávají, že budou "menší ženy" pro sexuální partnery (Nevadunsky, 2001). Proto hysterektomie může zasahovat do tělesného schématu ženy a mohou vést ženy k tomu, aby si vybraly alternativní léčebné metody. Wouter *et al* (2007) srovnávali změny v sexualitě a tělesném schématu u pacientek s děložními fibroidy po embolizaci děložní tepny (UAE) nebo hysterektomií. Po 24 měsících nenašli žádné rozdíly mezi sexualitou a tělovým schématem mezi UAE a skupinou po hysterektomií.

- **Kraniofaciální operace**

Kraniofaciální operace způsobují rychlé a dramatické změny s cílem úpravy vzhledu. Dříve se prováděly po ustálení deformace v dospělém člověku, ale zkušenosti velí operovat v dětství a dokonce v novorozeneckém věku a minimalizovat míru znetvoření a vést k lepší anatomické korekci a zlepšení funkce. Protože dítě začíná definovat své tělesné schéma daleko dříve, než nastoupí do školy, Murray *et al* uvádějí, že je třeba provést chirurgické korekce co nejdříve s cílem dovolit dítěti normální vývoj. Chirurgický zákrok může způsobit fyzickou změnu i bez odpovídající rychlé změny v tělovém schématu.

- **Dermatologie**

Kožní tělové schéma může být definováno jako duševní vnímání vzhledu krycího systému, například kůže, vlasů a nehtů. Gupta *et al* (2004) kožní tělové schéma prezentuje jako důležitý dermatologický pojem - v širokém okruhu kosmeticky znetvořujících pleťových poruch, kde nespokojenost s kožním tělovým schématem může mít vážný dopad na kvalitu života pacienta, a také v situacích, kde kožní tělové schéma je zdeformované jako tělesný dysmorfobická porucha. Nespokojenost s kožním tělovým schématem je často považována za primární v rozhodnutí o ošetření pleťových poruch.

2.8 Terapie

Naše běžné pohyby jsou prováděny automaticky a mimovolně, což většinou způsobuje, že určité svaly používáme nedostatečně a jiné naopak celodenně zatěžujeme nadměrně, aniž bychom si to uvědomovali. Dokud nejsme schopni porozumět tomu, co způsobuje naše potíže, dokud nerozeznáme, co musíme učinit, abychom se jim budoucnu vyhnuli, do té doby nám nebude nic platná ani větší síla ani větší pohyblivost či vytrvalost (Kolář, 2007, 13). Analýzou pohybového projevu je možno předpokládat úroveň aktuálního tělesného duševního stavu. V držení postavy se objevuje i informace o ladění emočního mozku (Véle, 1995). Snahou musí být zlepšit podvědomí o našem těle, čímž dojde automaticky ke zlepšení pohybové kvality. Kolář (2007, 14) u pacientů s poruchami korové plasticity a s tím související somatognostických a stereognostických funkcí doporučuje vedle specifického výcviku stabilizačních funkcí také jednoduchá cvičení s maximálním uvědomováním si postury a pohybu.

2.8.1 Alexandrova metoda

Mezi nejznámější fyzioterapeutické školy, které se zabývají problematikou těla a jeho role při vzniku různých zdravotnických obtíží, nejčastěji funkčních poruch pohybového aparátu či různých psychosomatických onemocnění, řadí Stackeová (2007) Alexandrovu metodu.

Tuto metodu vyvinul v 19. století australský herec Frederic Matthias Alexander. Zavedl termín „sebe-užívání“, způsob, jakým používáme své tělo. Prostřednictvím navozování změn polohy a pozice těla – hlavy oproti trupu, tzv. posturálních změn a funkčních schopností vnitřních orgánů jako dýchání, zažívání, prokrvení a pohyb, zmírňuje řadu fyzických poruch (Pavlů, 2003, 190).

Podle Alexandra (1993) každý z nás vynakládá zbytečné úsilí při téměř jakékoli činnosti a tím vzniká napětí. Zvýšené napětí šíjových svalů způsobující zvýšení svalového tonu trupového svalstva zhoršuje sensoriku a koordinaci. Těžištěm jeho metodiky je nácvik určité postury, v níž klíčovou roli hraje postavení hlavy - zabránění chybné hyperextenzi v hlavových kloubech - změnou postavení hlavy a krku lze odstranit např. ztrátu hlasu. Technika vede k rozvoji kinestetického smyslu, jehož zlepšení zprostředkuje lepší uvědomění si vlastní identity (Stackeová, 2007).

Základním předpokladem metody je tedy přestat se poddávat osvojeným špatným návykům, vadnému držení těla a nahradit je novým individuálním a lepším

způsobem. Terapie zahrnuje: opakované provádění pohybů ADL, cviky na uvědomování si a vnímání částí těla a jejich polohy, pozorování se v zrcadle a srovnávání reality s představou, mentální trénink, imaginaci, vytváření obrazných představ, zdůvodňování vlastní motivace, uvědomování si špatných pohybových návyků, uvědomování si řeči těla, strečink, cvičení obratnosti, šikovnosti a pohybová cvičení (Alexander, 1993);(Pavlů, 2003, 191). Fotografie na ukázkou terapie jsou uvedeny v příloze č. 14.

Základním pohybem, polohou je „opice“ (viz. Příloha č. 14). Tato terapeutická pozice je podle Alexandra efektivním způsobem užívání těla. Hlava a kolena jdou dopředu a vyvažují tím hýždě, která jdou dozadu nad paty. To je nazýváno „protichůdná svalová aktivita“, při níž je potřeba minimální svalová námaha a nejlépe pracuje vztah hlavy, krku a páteře, čímž umožňuje koordinovanou práci těla, se správným užíváním všech jeho částí. Všechny terapeutické polohy vycházejí ze stejné mechaniky jako „opice“ (Forsstromová, 1996). Učení a navozování změn je věnováno 12 a více sezení. Úspěšné působení je udáváno při léčení depresí, vyčerpání, úzkosti, bolestí hlavy, z napětí, vysokého krevního tlaku, dýchacích obtíží, vředů trávicího traktu, syndromu dráždivého tračníku, zánětu tlustého střeva, revmatoidní artritidy, osteoartritidy, bolesti v dolní části páteře, ischiasu a astmatu (internetové odkazy).

2.8.2 Feldenkraisova metoda

Zakladatelem další podobné fyzioterapeutické metody je izraelský fyzik Moshé Feldenkrais.

Feldenkrais (1996) vypracoval svou pohybovou metodu na podkladě teorií rozlišení vnímání aktuálního self a ideálního self Rogerse a jeho kolegů. Podstatou metody je uvědomělé vnímání a ovládání pohybů a poloh jednotlivých částí těla s cílem rozšíření pohybového potenciálu. Člověk jedná v souladu s obrazem, který si o sobě vytvořil. Feldenkrais jej rozděluje do čtyř složek: pohyb, smyslové vnímání, emoce a myšlení. Pokud chceme změnit své chování, musíme změnit svůj obraz v sobě. Změnou dynamiky jednání dochází ke změně našeho „já“, pohybu a k aktivaci všech částí. Metodou korekce „já“ je zkvalitnění pohybu. (Hátlová, Dastlík & Chudějová, 2003, 56).

Mysl a tělo jsou v nepřetržitém vzájemném kontaktu a tělo může správně fungovat jen tehdy, pokud je správně vnímáno. Změny v motorické oblasti vyvolávají změny v myšlení a citění. Člověk uvědomující si sebe sama si včas uvědomuje své potřeby, a tak své obtíže může zaznamenávat již ve stavu zrodu. Faktory vyvolávající nesoulad mezi skutečným tělem a tělem vnímaným jsou: bolest, nevyužívání nebo

špatné využívání některých partií, mentální a emocionální problémy. (Feldenkrais, 1996).

Feldenkraisova metoda se v praxi provádí dvěma způsoby: 1. Uvědomění si sebe pohybem - se provádí ve skupinách, v nichž je účastník slovně veden k provádění jemných, jednoduchých pohybových sekvencí, většinou zaměřených na každodenní činnosti, ověřování si vlastních pohybových vzorců a podle potřeby jejich rozšíření či nahrazení vzorců novými a příjemnějšími. Účastníci u sebe často zpozorují spontánní zlepšení držení těla a dýchání, úlevu od chronického napětí a bolestí a uvědomují si obnovenou pružnost a lehkost svých pohybů; 2. Funkční integrace – je individuální lekci pro jednotlivce, která je utvářena specificky a vyhovuje zvláštním potřebám určité osoby. Žák je rukama učitele pasivně veden prostřednictvím organických pohybů a tímto opatrným kontaktem se dosahuje zlepšení koordinace a funkce nervo - svalově kosterního systému (Pavlů, 2003, 194).

2.8.3 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace vyvinul v 70. letech prof. Andreas Fröhlich, který umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení jejich komunikace s okolím. Poznatky prof. Fröhliche ukázaly, že principy konceptu bazální stimulace mají velký význam pro lidi všech věkových kategorií, zdravé i nemocné. Do ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně koncept přenesla zdravotní sestra Christel Bienstein (Vuová, 2005).

Bazální stimulace umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti, dlouhodobě nemocným, pacientům v bezvědomí, na umělé plicní ventilaci, u hemiplegiků, dezorientovaných pacientů a pacientů s apatickým syndromem či v somnolentním stavu, zlepšovat jejich stav cílenou stimulací smyslových orgánů (Tylová & Moškořová, n.d.). Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací, čímž výrazně stoupá kvalita života pacientů a snižuje se délka jejich hospitalizace. Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby docházelo k podpoře rozvoje vlastní identity, umožnění navázání komunikace s okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a zlepšení funkcí organismu. Bazální stimulace umožňuje pacientovi cítit hranice svého těla, mít zážitek ze sebe samého, cítit okolní svět i přítomnost jiného člověka (Vuová, 2005).

Nejpoužívanějšími prvky jsou dotek – iniciální dotek, polohování (viz.příloha č.12) a koupele (Tylová & Moškořová, n.d.). Všichni, kteří přijdou s pacientem do

styku (lékaři, fyzioterapeuti, radiologičtí pracovníci atd.), musí být o tomto dotyku informováni, musí ho respektovat a před zahájením a po ukončení své činnosti pacientovi poskytnout (Vuová, 2005).

2.8.4 Metoda dle Affolter

Metodika švýcarské dětské psycholožky a logopedky Felicie Affolter je určena k terapii centrálně podmíněných motorických poruch u dětí i dospělých. Využívá stimulace propriocepce. Vychází z poznatku, že při poškození centrálního nervového systému je výrazně omezeno vnímání a zpracování podnětů z okolí, které stěžuje adaptaci na neustálé změny prostředí i pohybu. Cílem je zlepšení vnímání a zpracování kinestetických informací s předpokladem usnadnění podmínek reedukace porušených motorických funkcí. Při terapii vedeme pacienta, za manuální i verbální podpory, k provádění ADL s cílem získat co nejvíce adekvátních taktilních i proprioceptivních informací. Pacient současně sleduje veškerou svou činnost zrakem a sluchem a jeho pozornost by neměla být narušována (Affolter, 1990; Pavlů, 1999; Partridge *et al.*, 1993).

2.8.5 Senzorická integrační terapie dle Ayres

Joan Ayres, americká psycholožka a ergoterapeutka v 60. 70. letech 20. století vypracovala koncept, vycházející z předpokladu poruchy senzorické integrace - nedokonalého či chybného spojování a zpracování smyslových vjemů v CNS – u lehkých mozkových dysfunkcí. Terapie následuje po testu senzorické integrace a jejím hlavním prostředkem je vhodně volená a dózovaná stimulace podporující správné uspořádání a zpracování smyslových vjemů v CNS, například kartáčování, lokální vibrace, čichové stimuly, houpáním apod. (Pavlů, 2003, 113).

Z metody Ayresové vycházela také Marianne Frostig při vypracování: **Konceptu komplexní podpory dětské osobnosti ve vztahu k poruchám učení.** Koncept zahrnuje tři hlavní oblasti: pohybovou výchovu, problémy učení, výchovu k lidské důstojnosti. Frostigová za nejdůležitější označuje pohybovou výchovu, zahrnující tři části: 1. vlastní pohyb – trénink koordinace a rytmu, rovnováhy, rychlosti, vytrvalosti, pohyblivosti a síly; 2. Uvědomění si těla – rozvoj tělesného image, schématu; 3. Kreativní pohyb – představování si pocitů nebo idejí skrz pohyb. Cílem je

probouzet radost z pohybu, podporovat flexibilitu a kooperaci, usnadňovat koncentraci, propojovat vnímání pohybu s řečí (Frostig, 1976; Pavlů, 2003).

2.8.6 Kinezioterapie u psychických poruch

Tělesná cvičení jsou vždy vnímána jako doplňující prostředek léčby psychických poruch, jako například schizofrenie, demence, závislost apod. Hátlová (2003, 126) uvádí, že uvědoměním si tělesného schéma pomocí kinezioterapie je možné zmírnit míru dezintegrovanosti. Nemocný je veden k uvědomování se vlastního těla, jeho částí i celistvosti. Skála (1971) jako nevhodné vzhledem k možným agresivním projevům zmiňuje kontaktní sportovní hry. V terapii se využívají pohybové hry, prožitkově zaměřená cvičení, lanové dráhy, relaxační techniky, taneční terapie a nekontaktní cvičení se sportovními prvky (Hátlová, 2001). Vzorová cvičební hodina je doložena v příloze č. 16.

2.8.7 Biofeedback

Cvičení svalové síly s využitím Biofeedbacku, neboli použití zpětné vazby, kde principem je využití některých receptorů k vědomé kontrole pohybu a napětí svalů. Nejjednodušší je použití zrcadla nebo kontroly fyzioterapeuta. Technika zpětné informace využívá i akustického nebo optického signálu a je založena na EMG záznamu aktivace svalů při běžných činnostech, registraci postavení kloubů a mimovolního kolísání těla (Pavlů, 1999). Metoda u pacienta zvyšuje motivaci, schopnost vnímání vlastního těla a při užití EMG i objektivní informaci o postupu terapie. Počítačové herní komplexy se využívají pro: provádění léčebně-rehabilitačních procedur, psychoterapeutickou praxi, psychologickou relaxaci u psychologa v podniku (včetně vzdělávacích zařízení), prevenci přetížení u sportovců, osvojení návyků samoregulace v domácích podmínkách (internetové odkazy).

2.8.8 Pohyb s hudbou

Různé úpravy tance pomáhají lidem s určitou disabilitou při zlepšování: body-image, výkonnosti, sebeúcty a tím i kvality života. Brigitte Graff integrovala ve svém terapeutickém programu lidi s holemi, berlemi, chodítkem i lidi na vozíčku. Pomáhala jim tvořit různé pohybové vzory jak pro sebevyjádření, tak i pro společenský tanec. (Vanden–Abeele J., Vanden–Abeele M., 2000). Během terapie se soustředíme na řízený

pohyb, jehož průběh si plně uvědomujeme jako vlnu aktivity postupující po celé části těla, ve které pohyb probíhá. Když svaly hůře pracují, je třeba jim pomoci prostřednictvím vědomého řízení - zesílením impulsů z řídicího centra. Postupujeme od vědomého pohybu menších částí těla, se zrakovou kontrolou, postupně přistupujeme k vědomému pohybu větších částí těla a bez zrakové kontroly. Důležité je využívat funkce svalů v souvislosti s dechem. Soustředíme-li pozornost na prováděnou činnost, uvolňuje se mysl a snižuje napětí. V rámci terapie se zaměřujeme i na nácvik pohybové skladby, která využívá všech prvků využívaných v terapii. Jednotlivé cviky, které spojujeme do pohybových skladeb, jsou směřovány k veřejným vystoupením, v jejichž rámci využíváme i krokové variace. V průběhu terapeutických hodin dochází postupně ke zlepšení pohybových stereotypů a vnímání vlastního těla (Zálišová, 2003).

2.8.9 Gesault terapie a pohybové programy

Kinezioterapie je terapeutický přístup, který využívá cíleného působení na fyzickou i psychickou stránku klienta skrze pohybová cvičení širokého typu (gymnastická cvičení, tanec, relaxace apod.). Gesault terapie je psychoterapeutický přístup kladoucí důraz na přítomný okamžik, emocionální prožívání a "řeč těla". Spojením obou je vytvořen systém, který napomáhá zlepšit vnímání těla (Dastlík, 2002).

2.8.10 Vojtův princip reflexní lokomoce

Dr. Václav Vojta vytvořil neurofyziologicky a vývojově orientovaný systém, s cílem znovuoobnovení vrozených fyziologických pohybových vzorů, blokových postizením mozku v dětství nebo ztracených v důsledku traumatu. Tento princip využívá dvou základních reflexních modelů - otáčení a plazení - a několika spouštěčových bodů a zón. Přesným nastavením tělesných segmentů vůči sobě, působením tlaku ve spouštěčových zónách dochází k vyvolání změny držení a pohybu.

U hemiparetika působením vojtova principu dochází k oslovení CNS a tím k zavzetí končetin do tělesného schéma.

2.8.11 Bobath koncept

Terapeuticko-ošetrovatelský koncept vytvořený manželou Bertou a Karlem Bobathovými je založen na týmové práci a vhodný pro děti i dospělé. Vychází z pozorování patologických projevů centrálně podmíněných poruch motoriky, kterými jsou: abnormální svalový tonus, vývojově nižší tonické reflexy, porucha propioceptivní

inervace a asociované reakce. Prostřednictvím inhibice patologických hybných i posturálních vzorců, facilitace normálních vzorců a stimulací ke zlepšení vnímání polohy a žádoucího zvýšení svalového tonusu, je snaha tyto projevy ovlivnit. Terapie následuje až po důkladném vyšetření zahrnujícím: kvalitu tonu, ne/přítomnost asociovaných reakcí, co pacient svede sám, s dopomocí apod.

Zlepšování senzoričkových funkcí a utváření správného, úplného tělesného schématu postižené strany u hemiplegie je podporováno při terapii informacemi od terapeuta o poloze, směru pohybu, tlaku a tahu části těla při správném průběhu prováděného pohybu. Polohování hemiparetika (viz. Příloha č. 12) do antispastických poloh také napomáhá zlepšování vnímání těla uvědomováním si polohy částí těla (Bobath, 1993, Pavlů, 2003).

2.8.12 Jóga

Jóga je dynamické cvičení jógových asán, kdy je kladen důraz na plynulé přechody mezi pozicemi a na správnou techniku dýchání. Cvičení jógy v sobě zahrnuje meditaci, relaxaci, fantazii, kontrolu dýchání, strečink, učí základům techniky pozic, koncentraci a vnímání plynulosti pohybu a uvědomování si sebe sama (Cohen, 2006). Jóga harmonizuje zároveň tělo i psychiku člověka. A podle lékařů mnohdy zastoupí účinky některé léky. Pomoci může především ženám v menopauze odstranit či zmírnit nepříjemné symptomy. Návaly horka, nespavost a nervozitu prý ale dokáže zlepšit také u žen po léčbě rakoviny prsu, u nichž není možná hormonální léčba.

Jóga má několik forem, které stále přibývají a jsou kombinovány i s jinými cvičebními technikami, jako například Fitness jóga, Pilates jóga apod.

2.8.13 Tai-Chi

Tai-Chi má dlouholetou tradici. V současnosti se cvičí po celém světě jako umění, forma prevence a cvičení na udržení zdraví. Pomáhá nelézt sebe sama, vede k pochopení sebe i druhých. Učí trpělivosti, citlivosti, vnímavosti, koncentraci. Pravidelným cvičením dochází ke zlepšení cirkulace energie, čili životní *Chi*, ta uzdravuje a harmonizuje mysl, ducha i tělo. Pomocí úvodních cviků a následného cvičení formy, za předpokladu správného postoje, chůze, rozložení váhy a uvolnění, pomáhá toto cvičení nejdříve napravit nesprávné držení těla a postupem času také uvolňovat bloky svalů (Bednářová, 2007). Tai-Chi vyžaduje ze začátku plnou soustředěnost a v pokročilejších fázích přichází relaxace v pohybu a odbourání i stresu

2.9 Sport a vnímání těla

Sport poskytuje jedinečné prostředí, které staví tělo do středu zájmu (Lieslerová, 2007). Výzkumníci se tedy zaměřili také na zkoumání cvičení a vnímání těla. Zajímá je vliv typu aktivit – aktivní či pasivní, druhu sportu - běh, kulturistika a rizikové faktory - vliv médií. (Thompson, 2000). Některé výzkumy prokázaly, že i druh sportu hraje roli v prožívání vlastního těla a určuje důležitost tělesné hmotnosti (Lieslerová, 2007). Pohyb pomáhá zlepšovat sebepojetí člověka působením na zvyšování jeho sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, povědomí o sebekázni a sebekontrolě, působí také na subjektivní pocity zdraví, síly, dostatku energie a dobrého vzhledu (Fialová, 2006, 67). Ženy, které cvičí, zažívají pozitivní změny ve vnímání těla – body image – zejména ve vztahu k úrovni energie a zdraví, a vidění sebe sama – self-concept (Grogan, 2000, 45). Při srovnání sportujících a nespportujících populace se sportovci vyznačují diferencovanějším tělovým schématem. Estetické sporty jako například gymnastika přispívají k extrémní diferencovanosti tělového schématu. Z pohledu psychologie sportu je tělové schéma prostředníkem vlivu pohybové aktivity na sebepojetí a sebevědomí. Tyto změny subjektivního prožívání vlastní osoby mohou významně přispět ke zvýšení ukazatele kvality života (Stackeová, 2001), ale zároveň může nadměrné cvičení nespokojenost s tělem ještě prohloubit (Grogan, 2000, 149).

Motivace ke cvičení je u mužů a žen odlišná. Ženy si ve většině případů přejí redukovat problémové partie - boky, stehna, hýždě a zpevnit svaly na horní polovině těla. Muži si přejí nabrat svalovou hmotu.

Kvalitní vnímání těla u jedince znamená zároveň i dobré motorický učení a tudíž schopnost ovlivňovat stereotypy a předcházet tak chronickým problémům (Sobotka, osobní sdělení).

2.9.1 Kulturistika

Kulturistika se stala předmětem zájmu teprve poté, co se výzkumy začaly týkat i mužů. Důvodem nespokojenosti mužů je pocit, že postava je příliš tenká, i naopak příliš masivní. Obecně však lze říci, že se mužům jejich postavy nelíbily, protože byly málo svalnaté (Thompson, 2000). Kulturistika u žen není běžně vnímána jako vhodný sport a

může se setkávat s diskriminací. Kulturistky ze škály velmi štíhlé až po velmi svalnatou hodnotí jako ženskou, sexy a přitažlivou tu velmi svalnatou (Grogan, 2000, 46). Siluety postav viz. příloha č. 8.

Pasman a Thompson (1988) se zabývali otázkou, zda i jedinci, kteří byli objektivně svalnatější než lidé s průměrnou postavou, mají se vztahem ke svému tělu problémy. Podle výzkumů objektivní stav nevede nutně k pocitu spokojenosti. Thompson (2000) uvádí, že muži i ženy, zabývající se kulturistikou / vzpíráním - není rozlišeno, k jakému sportu přesně se výsledky vztahují - jsou mnohem spokojenější, než běžci a lidé s neaktivním životním stylem. Mezi kulturisty / vzpěrači obojího pohlaví nebyl ve vztahu k vnímání těla žádný rozdíl. Ve srovnání s atlety a vyznavači tae kwon do Švajgl (2002) uvádí, že kulturisté byli se svým tělem výrazně méně spokojeni, odlišovali větším perfekcionismem, nižší sebeúctou a větší tolerancí k užívání steroidů, vykazovali větší sklony k masivní svalové hmotě (robustnosti) nebo naopak k vyhublosti a měli větší bulimické tendence. Pokud jde o ženy, bylo provedeno příliš málo studií, vše ale nasvědčuje tomu, že i u žen existuje podobný vztah mezi vztahem k tělu a problémy s příjmem potravin (Thompson, 2000).

Nejen kulturisté, ale i baletky, gymnasté, žokeji a zápasníci wrestlingu, vykazují sklony k rozvoji problematických osobnostních rysů a k extrémnímu chování - omezování příjmu kalorií před soutěžemi, zbavování se jídla pomocí uměle vyvolaného zvracení a nadužívání projímadel za stejným účelem (Thompson 1991). Thompson (2000) pro zajištění následného nežádoucího chování doporučuje připravit vhodné tréninkové programy pro mládež: nenátlakové prostředí v tělocvičnách a posilovnách, při sestavování tréninkových programů stanovit realistické cíle, informovat se o vhodném stravování a nebezpečích, stanovit způsob, jak vystavět sebevědomí a obrátit se na odborníky, objeví – li se výše uvedené varovné příznaky.

2.9.2 Fitness

Pod pojmem „fitness“ chápeme většinou kondiční silový trénink provozovaný ve fitness centrech. Ve skutečnosti se jedná o systém cvičení vedoucích především k tvarování postavy, zvýšení fyzické výkonnosti a redukci množství podkožního tuku, který kromě posilování zahrnuje také aerobní trénink na speciálních trenažérech, protahovací cvičení a další. V posledních letech bývá tento pojem často nahrazován pojmem „wellness“ zahrnující i dobrou psychickou kondici, pocit "životní pohody" a pozitivní prožitek při pohybové aktivitě.

Stackeová (2001) uvádí dlouhodobý účinek fitness především ve změně sebezpojetí, kde prostředníkem v této změně je změna tělového schématu, resp. tělesného sebezpojetí (physical self). Tato pozitivní změna je způsobena charakterem cvičení, které vyžaduje maximální koncentraci při izolovaném posilování jednotlivých svalových partií a následně pak navozuje diferencovanější vnímání těla a rovněž změnu emocionálního vztahu k vlastnímu tělu vyvolanou přiblížením se k vlastnímu tělesnému ideálu. Křivohlavý (2001) uvádí negativní působení fitness – pozitivní addukci - závislost na pohybové aktivitě u jedinců navštěvujících fitness a také běžců a horolezců. Při přerušení činnosti se objevují pocity úzkosti, viny, nepokoje a neklidu.

2.9.3 Sportovní lezení

Prostředí sportovního lezení je velmi specifické. Pohyb ve vertikálním terénu vyžaduje po sportovci sílu, vytrvalost, pohyb usnadňuje nízká hmotnost. Sportovní lezení se řadí do oblasti prožitkových sportů: lezec se pohybuje v kolmém terénu, musí překonávat strach a být stále ostražitý a zároveň vyvíjet náročnou fyzickou aktivitu a být i psychicky odolný. Sportovnímu lezení se věnují jedinci se specifickými strukturálními a dynamickými osobnostními charakteristikami (Lieslerová, 2007). Vztahu k vlastní osobě a tělesné sebehodnocení u sportovních lezců je lepší než u začínajících lezců, u osob s vyšší výkonností zjistila pozitivnější sebehodnocení a celkovou spokojenost s vlastní osobou. Předpokládá, že se body image u začínajících lezců po roce zlepší, u osob, které se již dříve věnovaly sportu, bude zlepšení méně výrazné než u osob, které žádný sport neprovozovaly.

2.9.4 Kajak

Amanda Daley a Beverley Hunter (2001, 327) zjistili větší zájem a nižší úroveň vnímání sebe a tělesného schématu u chlapců, zabývajících se závody na kajacích. Jako jeden z důvodů uvádějí celkově menší zájem o tento sport a účast chlapců, kteří v jiných sportech, jako například rugby, kriket, fotbal, neuspěli, podceňují svou sportovní schopnost. Snaha zlepšit tvar těla může nespokojeného atleta motivovat ke změně na úkor fyzického zdraví a sportovního výkonu.

3 Cíle a hypotézy

Cílem této rešeršní práce bylo vysvětlení hlavních pojmů týkajících se vnímání těla, jejich vzájemných rozdílů a společných znaků a pokus se o shrnutí problematiky týkající se vnímání těla - historický a ontogenetický vývoj, přehled způsobů vyšetření a diagnostiky poruch, vztah k sportovním aktivitám a jejich vzájemné ovlivňování a v neposlední řadě také možnosti léčby poruch vnímání těla nebo jejich kompenzace.

4 Diskuse

Z pohledu fyziologie je vnímání těla, jeho polohy a pohybu zprostředkováno řadou sensorických vstupů vestibulárních, somatosenzorických, zrakových, včetně receptorů ve svalstvu, kůži apod., informace z nich jsou poté vedeny ke zpracování specifickými drahami do mozkové kůry. Stackeová (2007) jako rozhodující ve vnímání těla udává propriocepci. Podle Brandy (2007) představa těla nebo tělesné schéma nemají specifickou reprezentační oblast mozku, oproti tomu Shwoebel za významnou pokládá parietální mozkovou kůru a také jako struktury ovlivňující tělesné schéma uvádí motorickou kůru, bazální ganglia a mozeček.

Pojmy označující problematiku vnímání těla jsou přejímány z cizích jazyků, do češtiny jsou přejímány v původním znění nebo překládány, mnohdy bez vysvětlení širší souvislosti. Již vývojem pojmů v odlišných zemích a označování v podstatě též problematiky různými výrazy vzniknul zmatek v používání pojmů i v tom, co který pojem - výraz - označuje. Někteří autoři se pokusili pojmy vzájemně odlišit, ale dosud není stanoveno jednotné standardizované používání těchto pojmů.

Nejprve se objevuje pojem schéma, zavedený neurologem Headem (1920). Pojem označující schematickou představu nebo obraz pro pochopení vlastního těla, jeho polohy a pohybu, získávanou prostřednictvím informací z exteroceptorů, interoceptorů a proprioceptorů. Tato definice je shodná s vysvětlením vnímání těla pohledem fyziologie. Schilder (1935) vycházel z neurofyziologických poznatků, nejprve používal pojem tělesné schéma (Körperschema) jako obraz jedince o sobě samém, zahrnujícím představy o jednotlivých částech těla, jejich vzájemných prostorových vztazích, odraz postojů člověka k ostatním lidem a interakci s nimi. Později začal používat pojem Body image, vyjadřující způsob jakým člověk o svém těle přemýšlí, jak ho vnímá a cítí a začlenil ho do psychologických a sociologických souvislostí.

Fischer k body image zahrnuje také vnímání přitažlivosti vlastního těla, distorzi velikosti těla, percepci hranic těla a přesnost vnímání tělesných vjemů. Vývojem výzkumné činnosti se objevuje mnoho dalších pojmů, které se podle pojetí jednotlivých autorů ve svém obsahu buď shodují či odlišují, nebo jsou označeny různými pojmy a označují totéž. Některé pojmy v podstatě označují části celkového pojetí, jaké zavedl Head nebo Schilder, jako například body boundary, body satisfaction, body percept apod. Vytváření nových pojmů ve snaze prohloubit problematiku vnímání těla ještě zvětšilo

zmatek v již zavedeném pojmosloví. Což potvrzuje tvrzení Fishera, který uvádí, že body image bylo užíváno k označení řady významů, včetně přitažlivosti těla, distorze velikosti těla, percepce hranic těla přesnosti vnímání tělesných vjemů.

Nejčastěji používanými jsou pojmy body image a body scheme. Body schème definované jako neurofyziologická orientace na těle pomocí receptorů a smyslů a body image jako duševní obraz body scheme, neboli představy jedince vztahující se k jeho tělu. V podstatě je tedy body schème tím, jak jej definoval Head a Schilder a body image body schématem obohaceným o emoce a pocity. Gallagher (1995) odlišnost pojmů vidí v odlišnosti funkčních rozdílů, ale na druhou stranu uvádí, že se vzájemně ovlivňují a prolínají. Fisher oba pojmy považuje v podstatě za synonymní.

V české literatuře nejednoznačnost pojmů a jejich obsahů ještě ztěžuje překlad z cizích jazyků, který poměrně podstatně liší. Fialová mluví o body image a překládá jej jako tělesné sebepojetí. Tělesné sebepojetí používá také Grogan (2000). Stackeová (2007), Hátlová, Kováčiková a Beranová (2004) mluví o tělesném schématu. Neuvádějí však, jestli vycházejí z pojmu body scheme nebo body image. Podle toho, že Stackeová považuje pojem body scheme blíže k fyzioterapii a body image k psychologii a sociologii, pravděpodobně vychází z pojmu body scheme. Někteří autoři jako například Machová a Matějček (2001) mluví o pojetí vlastního těla.

Nejvhodnějším označením této problematiky – body image, je podle mého názoru „vnímání vlastního těla“. Toto označení zahrnuje vnímání jak v rovině fyziologické, prostřednictvím receptorů apod., i v rovině emotivní a citové prostřednictvím vztahu k vlastnímu tělu a jeho subjektivního hodnocení. Podobnou myšlenku vyslovila také Brandy: „Duševní obraz našeho body scheme je body image“.

Již v těhotenství je plodem vnímána poloha v děloze. S postupným vývojem a růstem jedince se utváří tělesné schéma a objevují se pocity spojené s vzhledem těla a spokojenost či nespokojenost s jeho proporcemi. Období puberty je jedním z prvních a nejrizikovějších období možného vzniku poruchy vnímání těla a to mentální anorexie nebo bulimie a adónským syndromem. Chlapci by chtěli být svalnatější, podhodnocují svalnatost svého těla a své vzory vidí ve svalnatých hercích typu Arnolda Schwarzenegera. Dívky by chtěli být štíhlejší, mít delší nohy, větší prsa a své vzory mají ve světově uznávaných topmodelkách. Období dospělosti zahrnující několik

desítek let skrývá další rizika vzniku poruch vnímání těla, které bychom mohli zařadit nejen do oboru psychologie a fyzioterapie, ale také neurologie. I v tomto období se objevují poruchy příjmu potravy – anorexie, především postihující ženy. Muži jsou v tomto období častěji postiženi cévní mozkovou příhodou a sní spojenou hemiplegií a neglect syndromem. Muži jsou také více náchylní k podceňování vlastní svalnatosti a ve snaze získat ideálně svalnaté tělo se častěji uchylují k nevhodnému stravování, používání diuretik a anabolik a tím poškozování vlastního těla. V jakémkoli životním období se mohou vyskytnout další z poruch vnímání těla a to fantómové bolesti po amputacích a různě změněné vnímání těla po operacích nutných z důvodu onkologických onemocnění nebo jiných operací.

Poruchy vnímání těla zasahují do oboru psychologie, neurologie, sportu a fyzioterapie. U většiny poruch je diagnostika i následná terapie velmi náročná. Především proto, že si postižený jedinec svou poruchu neuvědomuje, nebo ji nepřijímá.

Mentální anorexie, porucha příjmu potravy, je nejčastěji zmiňovanou poruchou vnímání těla, spadající spíše více do oboru psychologie než fyzioterapie. Dívky nadhodnocují velikosti částí svého těla, přestože k ostatním dívkám a hodnocení jejich proporcí jsou objektivní. Při snaze docílit, podle jejich mínění ideální váhy, se dopouštějí mnohých ublížení na svém vlastním těle a zdraví.

Většina diagnostických technik vznikla z důvodu snahy objektivizace a hodnocení velikosti těla a jeho částí právě pro anorektičky. Používají se různé typy dotazníků, s několika škálami a podškálami, ve kterých ale dotazovaná nemusí uvést pravdu výsledek je neobjektivní. Jinou metodou volby jsou techniky na hodnocení velikostí těla, které jdou hůře ošálit. Dále je možné využít ke zjištění názoru na vlastní postavu strukturovaného nebo polostrukturovaného rozhovoru. Jako nejlepší se mi z možných metod zdá technika siluety. Testovaný může buď kreslit siluetu vlastní postavy, na které se velmi dobře projeví nespokojenost s určitými částmi těla jejich nadhodnocení nebo podhodnocení, nebo může vybírat ze škály postav od nejhubenějších až po obézní. V tomto případě vybírá postavu odpovídající té své a postavu ideální rozdíl mezi oběma určí míru nespokojenosti s postavou.

Terapie u poruch příjmu potravy je spíše psychologická, podobně jako u ostatních psychických poruch jako schizofrenie, dysmorfofobie, závislosti apod. Ke zlepšení vnímání těla, jeho přijetí mohou přispět cvičení k uvědomění si těla jako například Feldenkrais, jóga, tai-chi. Při těchto cvičeních nedochází k výraznému nárůstu svalové hmoty a ztrátě hmotnosti, ale spíše k harmonizaci těla a ducha, uvědomování svého já, což je v terapii těchto poruch prvotní.

Další nejčastěji zmiňovanou poruchou vnímání těla, spadající spíše do oboru neurologie, jsou fantómové bolesti. Mechanismus vzniku není přesně znám. Snad proto, že se tělo na tak rychlou změnu ve schématu nedokáže adaptovat. Zajímavé je, že období vzniku i vymizení jsou individuální i u stejných amputací a u někoho mohou mizet prostým prodloužením nebo spíše obnovením schématu, nasazením protézy. Žádný z výše uvedených diagnostických postupů není označen jako vhodný pro použití u fantómových fenoménů. Většina z nich je koncipována k hodnocení velikosti a nikoli přítomnosti částí těla. Z terapeutických přístupů jsou vhodné de facto všechny. Jakákoli stimulace v tomto případě může jen přispět k „aktualizaci“ tělesného schématu a přijetí nové situace.

Poruchy tělesného schématu vzniklé jako důsledek CMP a DMO jsou ze všech v této práci uvedených, nejvíce součástí fyzioterapie. Jsou poruchami již na první pohled zřejmými, nepřijímáním částí těla a nestaráním se o ni u hemiplegií po CMP a nedostatečnými zkušenostmi a schopnostmi získávání informací u DMO. U obou je možné použít jako diagnostickou techniku například metody siluety. Na kresbě je dobře znatelné nevnímání a neuvědomování si poloviny těla jejím zkreslením v tvaru i umístění v prostoru. Pro zlepšení uvědomování si těla lze využít všech zmiňovaných technik, prováděných individuálně, s přihlédnutím k míře poškození CNS a aktuálnímu stavu jedince. Cílem všech terapeutických postupů je zlepšení vnímání těla, jeho zavzetí do tělesného schématu a tím získání co možná největší míry soběstačnosti, samostatnosti a kvality života.

HIV, chirurgické zákroky, plicní onemocnění a CF způsobují kosmetické změny na těle a tím také poruchy vnímání těla, které jsou na pomezí psychologie a fyzioterapie. Nechtěné změny spojené s onemocněním a následná nutnost chirurgického zákroku jsou obrovským psychickým vypětím. Objevuje se úzkost, deprese, nízká sebeúcta, negativní

sebepojetí. Snahou je, pokud je již operace nutná, provádět ji co nejdříve, jedná-li se o úpravu vrozené vady dítěte, nebo co nejšetrněji, aby vzhled jedince a tím i jeho tělesné schéma bylo co nejméně změněno. Literatura uvádí, že zlepšení vnímání těla, zlepšení tělesného schématu má obrovský vliv na kvalitu života těchto jedinců. Ke zlepšení vnímání těla je možné použít všech uvedených technik, jen s přihlédnutím k individuálnímu aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Vnímání těla a jeho úroveň může sportovci v jeho cestě k úspěchu pomoci, nebo i uškodit. Jedinci s vysokou úrovní vnímání těla jsou obratnější, šikovnější, protože svoje tělo lépe vnímají a ovládají. Naopak jedinci, kteří mají nižší úroveň vnímání těla a sport jako například kulturistika je pro ně více snahou mít svalnatější a ideálnější tělo, než zálibou v samotném sportu, mohou si přílišným tréninkem způsobit zranění a mají větší sklony k poruchám příjmu potravy, užívání diuretik a anabolik.

Srovnání jednotlivých terapeutických postupů není snadné. Všechny se snaží určitými technikami zlepšit vnímání těla, uvědomování si polohy a pohybů částí těla. Určité odlišení vidím v tom, že například Feldenkrais, alexander, jóga, Affolter, Ayres nebo bazální stimulace mají zlepšení vnímání těla jako hlavní podstatu metody. Oproti tomu třeba PNF nebo Vojtova metoda zlepšuje vnímání těla jako „doprovodný“ efekt terapie zaměřené prvotně na jiný cíl.

V terapii poruch vnímání těla shledávám jako ideální utvoření individuálně utvořené terapeutické jednotky, kombinací všech vybraných technik.

5 Závěry

Problematika vnímání těla je velmi obsáhlá, zasahuje obory jako psychologie, neurologie, rehabilitace, ale v kontextu fyzioterapie nemá mnoho literárních a výzkumných podkladů.

Jedním z cílů práce bylo vysvětlení a rozlišení jednotlivých pojmů týkajících se vnímání těla. Vzhledem k přetrvávajícímu zmatku v pojmosloví, který tuto problematiku provází již od počátku, se jasné odlišení pojmu body image od body scheme a přesná definice těchto dvou prolínajících se pojmů nepodařila.

Pozitivním výsledkem je v rámci rozsahu bakalářské práce přehled diagnostických možností a náhled do problematiky poruch vnímání těla a jejich terapeutického ovlivnění a vztah k některým sportovním činnostem.

6 Souhrn

V dnešní době neustále narůstá zájem lidí o vlastní tělo, o jeho vzhled, funkčnost možnosti korekce, tvarování a s tím související i stravování a celkovou péči o tělo. Fyziologicky je vnímání těla, jeho polohy a pohybu zprostředkováno řadou senzorických vstupů vestibulárních, somatosenzorických, zrakových, včetně receptorů ve svalstvu a kůži atp., z nichž jsou vzruchy vedeny různými a zároveň specifickými aferentními drahami míchou, mozkovým kmenem, mozkovými hemisférami až do mozkové kůry. Subjektivně, již od předškolního věku jsou hodnoceny rozměry jednotlivých částí těla a těla jako celku. V této rešeršní práci jsou přiblíženy pojmy vztahující se k vlastnímu tělu, je pojednáno o nejčastěji zmiňovaných poruchách vnímání vlastního těla, jakými jsou například mentální anorexie, fantómové bolesti, hemiplegie apod. Dále jsou v práci zahrnuty možnosti jejich diagnostiky a terapie a vtaž vnímání vlastního těla a sportu.

Summary

Remarkably is increasing recently the interest of humans in the treatment, look, functionality, possible corrections, modelling including the modification of the catering, with regards to the body. The own body perception have been physiologically transmitted by means of vestibular, somatosensory, visual, cutaneous and muscular receptors via the specific afferent paths in the medulla, brain stem, brain hemispheres until the cortex. Subjectively, individuals perceive already in preschool age the dimensions of the areas of their body and of the body in total. This thesis summarises the terminology which regards the own body of the individual and also the most often reported pathology of the perception of own body as e.g. mental anorexia, phantom pains, hemiplegia etc. There have been also briefly described the diagnostic and therapeutic opportunities and the relation of the sports and the body perception.

7 Použitá literatura

- ADAMČOVÁ, H. (2003). Cévní mozkové příhody – rehabilitace. In Kolektiv autorů. (Ed), *Neurologie 2003*. Praha: Triton 2003. s. 386. ISBN: 80-7254-431-4 [on line] [cit. 12. března 2008] Dostupný z WWW: <http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&cname=Neurologie&termId=1392&tname=C%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A9+p%C5%99%C3%ADhody+-+rehabilitace&h=empty#jump>
- ALEXANDER, F. M. *Der Gebauch des Selbst*. Goldmann. München. 1993
- AFFOLTER, F. Perception, Integration and Language Interaction of Daily Living; the Root of Development. *Springer Verlag*, New York – Berlin. 1990
- BECHYŇOVÁ, B. CHUDOBOVÁ, P. Využití práce s tělem u pacientek s poruchami příjmu potravy (V. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy, Praha, 17-19. března 2005). *Čes. slov. Psychiat.*, Suppl., Roč. 101, č. S1 (2005), s. 18-19. ISSN: 1212-0383.
- BEDNÁŘOVÁ, Olga. Bolesti zad a Tai-Chi. 2007. [on line]. 2007 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.bolesti-zad.net/>>
- BIELEFELD, J., *Körperfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*. 1986. Gottingen: Horgrefe.
- BOBATH, K. *The Bobath Concept of Care*. Butterworth. London. 1993
- BRANDY, Rachel. Distortions of Body Image. [on line]. 2007 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://serendip.brynmawr.edu/exchange/blog/59>>
- BRERETON, A., le GAY, SATTLER, J. *Cerebral Palsy. Basic Abilities*. New South Wales Spastic Society. 1975
- CASH, Thomas F; PRUZINSKI, Thomas. *Body Image A Hand Book of Tudory Research and Clinical Praktice*. The Guilford Press. New York, London. 2004. ISBN 1-57230-777-3
- DALEY, Amanda, HUNTER, Beverley. Boys physical self-perception - When Boys Care More than Girls About their Body Image. 2001. roč. 93, č. 3. s. 626-30. on line]. 2007 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.pponline.co.uk/encyc/0993.htm>>
- COHEN, Lorenzo. Jóga pomáhá ženám s rakovinou prsu. 2006. [on line]. 2005 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.novinky.cz/clanek/87573-joga-zlepsuje-zivot-nemocnym-s-rakovinou-prsu.html>>

- COLE, Jonathan, GALLAGHER, Shaun, McNAIL, David. Phenomenology and the Cognitive Science, 2002, s. 49-67, Kluwer Academic Publishers
- CROLL, Jillian. Body Image and Adolescents. Stang J, Story M (eds) Guidelines for Adolescent. Nutrition Services (2005) s. 155-166. [on line]. 2005 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.shtm
- DASTLÍK, L. (2002): *Kinezio – psychoterapeutický program*. Diplomová práce. Vedoucí práce: B. Hátlová. FTVS UK Praha.
- DOSTÁL, Lukáš. O dotýkání se. *Regenerace*. [on line]. 2004. [cit. 8. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek3833.htm>
- DYL, Jennifer, KITTLER, Jennifer, PHILLIPS, Katharine A. and HUNT, I. Jeffrey Body Dysmorphic Disorder and Other Clinically Significant Body Image Concerns in Adolescent Psychiatric Inpatients: Prevalence and Clinical Characteristics. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2006. č. 36. Roč. 4. S. 369-382. [on line]. 2006 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1613832>>
- FELDENKRAIS, Moshé. *Feldenkraisova metoda: pohybem k sebeuvědomění*. Praha: Pragma, 1996. s. 186. ISBN 80-7205-058-3.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. s. 269. ISBN 80-246-0173-7.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Body image. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. s. 98. 1. vyd. ISBN 80-247-1350-0.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů. Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Karolinum. 2007. s. 136. 1. Vyd. ISBN 978-80-274-1622-0.
- FORSSTROMOVÁ, Brita, HAMPSONOVÁ, Mel. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu*. Brno. Barrister &Principal. 1996. ISBN 80-85947-11-0
- FRANĚK, Miloslav. Fyziologie somestezie. Fyziologie propriocepce a motoriky [on line]. 2006 [cit. 4. března 2008] Dostupný z WWW:<http://old.lf3.cuni.cz/ustavy/physio/Physiology/education/materialy/cns/senmot.pdf>
- FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha. Grada. 2007. ISBN 80-247-1314-4.
- GALLAGHER, Shaun, COLE, Jonathan.. "Body Schema and Body Image in a Deafferented Subject," *Journal of Mind and Behavior* 16 (1995), s. 369-390.

- GERBRAND, C., van Hout M., FORTUIN, Frederiek A. M., PELLE, Aline J.M., and van HECK Guus L.. Psychosocial Functioning, Personality, and Body Image Following Vertical Banded Gastroplasty. *Obes. Surg.* roč. 18. č. 1(2008). s. 115–120 [on line]. 2007 [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW:<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2226018&rendertype=abstract>>
- GOLD DR, WANG X, WYPIJ D, SPEIZER FE, WARE JH, DOCKERY DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med* 1996; 335(13). 931-7.
- GRILO CM, REAS DL, BRODY ML, et al. Body checking and avoidance and the core features of eating disorders among obese men and women seeking bariatric surgery. *Behav Res Ther* 43 (2005). s. 629–37.
- GROGAN, Sarah. *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1. vyd. Havlíčkův Brod. Grada Publishing, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.
- GUPTA Madhulika A, GUPTA, Aditya K. and Andrew M . Cutaneous Body Image: Empirical Validation of a Dermatologic Construct. *Journal of Investigative Dermatology*. 123 (2004), s. 405–406
- HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapy. Movement Therapy in Psychiatric Treatment*. Praha: Karolinum. 2003. 1. vyd. ISBN 80-246-0787
- HÁTLOVÁ, Běla, DASTLÍK, Lukáš, CHUDĚJOVÁ, Petra. Prožitek tělesného já v pohybové terapii. *Čes. Kinantropol.*, Roč. 7, č. 1 (2003), s. 55-61. ISSN: 1211-9261. Lit. 17
- HEAD, Henry. *Studies in neurology*. London: H. Frowde; Hodder & Stoughton. 1920. S. 356. [on line].[cit. 4. března 2008] Dostupný z WWW: <http://www.archive.org/details/studiesinneurolo01headiala>
- MORANT, Helen. BMA demands more responsible media attitude on body image, *British Medical Journal*, 2000 June 3; 320(7248): 1495
- HRACHOVINOVÁ, Tamara, CHUDOBOVÁ, Petra. Body image a možnosti jeho měření. Praha: *Čs. Psychol.*, Roč. 48, č. 6 (2004), s. 499-509. ISSN: 0009-062X. Lit. 81
- HRACHOVINOVÁ, Tamara; CSÉMY, Ladislav; BIDLOVÁ, Eva. Screening jídelního chování u vysokoškolských studentů (Screening of dining behaviour of academic students) editor: Houdek, L.; *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. 2003. Praha: Galén. ISBN 80-7262-162-9.

- JUANY, Jeannie S., HARRITY, Lee, SHAWN, Daniel, BECERRA, Karen, SANTOS, Rosanne, and MATHEWS W. Christopher. Body image in women with HIV: a cross-sectional evaluation. *AIDS Res. Ther.* č. 3. [on line]. 2006 [cit. 4. března 2008]
Dostupný z WWW:
<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1553466>>
- CHAMOUTOVÁ, K. Psychologická problematika dětí s DMO. s. 48-53. In KOMÁREK, Vladimír, ZUMROVÁ, Alena (Ed.). *Dětská mozková obrna*. Praha: Karolinum. 2000. s. 195. ISBN 80-246-0190-7
- CHROMÝ, K. Proč je důležité rozpoznat dysmorfofobii. *Praktický lékař*, 85, č. 9 (2005), s. 506-507. ISSN: 0032-6739
- CHUDOBOVÁ, P., FRAŇKOVÁ, S. Vývoj body image u dívek předškolního věku (4. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, 20-22. 3. 2003. Postery. Klinické práce.) *Čes. slov. Psychiat.*, Suppl., Roč. 99, č. S1 (2003), s. 41. ISSN: 1212-0383.
- KOCOURKOVÁ Jana, KOUTEK Jiří. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Pediatr. pro prax*, Solen s.r.o., Roč. 2002, č. 3 (2002), s. 98-100, ISSN - 1213-0494
- KOLÁŘ, Pavel. Vývojová kineziologie. S. 93-109. In KRAUS (Ed.). Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 2005. 1. vyd. s. 384. ISBN 80-24-1018-8.
- KOLÁŘ, Pavel. Vertebrogenní obtíže a stabilizační funkce svalů – diagnostika. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, č. 4, 2006, s. 155-170. ISSN 1211-2658
- KOLÁŘ, Pavel. Vertebrogenní obtíže a stabilizační funkce svalů – terapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, č. 1, 2007, s. 3-17. ISSN 1211-2658
- LISLEROVÁ. *Mladí ve vědě na počátku nového tisíciletí*. Sborník příspěvků Studentské vědecké konference 12. – 13. dubna 2006. Editor: Karel Kovář, Martin Šefl. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Praha 2007. ISBN 80-86317-47-1
- KONEČNÁ, Z., KULHÁNEK, J. Artetherapie a body image u poruch příjmu potravy. *Čes. Slov. Psychiat.* Supplementum. Roč. 101, č s1.(2005), s. 18, ISSN 1212-0383.
- KOVÁČIKOVÁ, V, BERANOVÁ, B. Tělesné schéma a jeho zátěž ve vertikále z pohledu ontogeneze, otázka tréninku, trénink u pacienta s CP, logopedie. *Rehabilitacia*. 1998, roč. 31, č. 2, s. 75-77.
- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. 2005. 1. vyd. s. 384. ISBN 80-24-1018-8.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2001. s. 134-142. ISBN 80-7178-551-2
- KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. Portál s.r.o. 2003. s. 336. ISBN: 80-7178-554-7
- KUTHAN, V.(2003). Senzorické funkce. In Trojan Stanislav a kolektiv (Ed.). *Lékařská fyziologie* (555-608). Praha: Grada Publishing. s. 772. ISBN 80-247-0512-5
- KOUTSKÁ. Dejte mi piluli. *Psychol.dnes*. č. 12 (2006). [on line]. 2006 [cit. 8. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=21123>>
- LEPŠÍKOVÁ, Magdalena. Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku. [on line]. 2006 [cit. 29. března 2008] Dostupný z WWW: <<http://www.cerebrum2007.cz/poraneni-mozku-profesionalove.php>>
- MACHOVÁ, Jitka, MATĚJÍČEK, Zdeněk. Pojetí vlastního těla u dětí před pubertou a během ní. *Pediatr. pro prax*, Solen s.r.o., Roč. 2001, č. 6 (2001), s. 258-260, ISSN - 1213-0494
- NEVADUNSKY, N. S., BACHMANN, G. A., NOSHER, J., et al. Women's decision-making determinants in choosing uterine artery embolization for symptomatic fibroids. *Reprod Med*. roč 46. Č. 10 (2001). S. 870–874
- NOVOTNÝ. Receptor: Účinky mechanoterapie. Systém nervový – hormonální [on line]. N.d. [cit. 4. března 2008]. Dostupný z WWW: <http://fsps.muni.cz/~novotny/DOC/RECEPTOR.DOC>
- NOVOTNÝ, Miroslav. Závislost na alkoholu KBT přístupy. [on line]. N.d. [cit. 8. března 2008] Dostupný z WWW:<http://www.kbtinstitut.cz/materialy/mirek/zavislost_na_alkoholu_k_tisku.pdf>
- ORFEI, M. D., ROBINSON, R. G., PRIGATANO, G. P., STARKSTEIN, S., RÜSCH, N. BRIA, P., CALTAGIRONE, C. and SPALLETTA, G. Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature. *Brain*. Oxford Journals. ISSN 1460-2156 [on line]. 2007 [cit. 26. února 2008] Dostupný z WWW: <<http://www.brain.oxfordjournals.org/brain/awm106>>
- PAILARD, J. Body image and body schema – double dissociation in deafferent patients. *Motor Control Today and Tomorrow*. Eds. G N. Ganschev, S Morri, J Massion 1999. s. 198-214
- PARTRIDGE, C., CORNALL, C., LYNCH, M., & GREENWOOD, R. (1993). Physical therapies. In Greenwood, R., Barnes, M. P, Thomas, McMillan, T. M., & Ward, Ch.

- D. (Eds.), *Neurological Rehabilitation* (pp. 485-504). Edinburg: Churchill Livingstone.
- PAVLŮ, D. (1999). Přístupy speciálních fyzioterapeutických konceptů k ovlivňování spasticity. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 4, 138-141.
- PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. 1. vyd. s. 3 ISBN 978-80-247-1135-5.
- RAMACHADRAN, V. S. Consciousness and body image: lessons from phantom limbs, Capras syndrome and pain asymbolia. *Phil. Trans. The Royal Society. Land B* 1998,353, 1851-1859 *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1998 November 29; 353(1377): 1851–1859.
- RISCH HA, HOWE GR, JAIN M, BURCH JD, HOLOWATY EJ, MILLER AB. Lung cancer risk for female smokers. *Science*. 1994;263(5151):1206-8.
- RICHMAN RM, ELLIOTT LM, BURNS CM, BEARPARK HM, STEINBECK KS, CATERSON, I.D. The prevalence of obstructive sleep apnoea in an obese female population. *Int J Obes* 1994;18:173-7.
- SCHAFFHAUSER, Dominik, BREUER, Marc. Body image/Body schema. [on line]. 2005 [cit. 26. února 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.ifi.unizh.ch/ailab/teaching/semi2005/presentations/bodyImage_schema.pdf>
- SCHWOEBEL John, FRIEDMAN Robert, DUDA Nanci, COSLETT Branch H. Pain and the body schema Evidence for peripheral effects on mental representations of movement. *Brain*, roč. 124, č. 10 (2001), s. 2098-2104. Dostupný z WWW: <<http://brain.oxfordjournals.org/cgi/content/full/124/10/2098>>
- STACKEOVÁ, Daniela. Psychologické aspekty fitness. [on line]. 2001 [cit. 8. března 2008] Dostupný z WWW: <http://www.sweb.cz/svajgl/stackeova/psychologicke_aspekty_fitness.htm>
- STACKEOVÁ, Daniela. Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění [on line]. 2007 [cit. 27. prosince 2007] Dostupný z WWW: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm>
- STARKOVÁ, Libuše. Body image a poruchy příjmu potravy - kognitivně behaviorální terapie (4. česká konference kognitivně behaviorální terapie (Kroměříž, 20. - 22. května 2004).) *Čes. a slov. Psychiat.*, Roč. 100, č. S1 (2004), s. 87-90. ISSN: 1212-0383. Lit. 6
- STÁRKOVÁ, Libuše. Body image u poruch příjmu potravy - diagnostika, terapie, význam (V. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy,

- Praha, 17. - 19. března 2005). *Čes. slov. Psychiat.*, Suppl., Roč. 101, č. S1 (2005), s. 24-25. ISSN: 1212-0383.
- THOMPSON J. K. *Vnímání těla, kulturistika a kulturní ideál svalnatosti* [on line]. 2000 [cit. 4. března 2008] Dostupný z WWW:<http://svajgl.sweb.cz/thompson/vnimani_tela_kulturistika_a_kulturni_ideal_svalnatosti.html
- TICHÝ, Jiří. Somatognózie, tělesné schéma, fenomén tělového a viscerálního fantomu a fantomové bolesti. Praha 2. *Časopis Lékařů českých*, Roč. 142, č. 6 (2003), s. 331-334. ISSN: 0008-7335. Lit: 36
- TICHÝ, J. Fantomové pocity u transversálních lézí míšních. *Bolest: časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti*, Roč. 7, č. 2 (2004), s. 76-80. ISSN: 1212-0634. Lit: 42
- TICHÝ J. Fantomová bolest. *Bolest: časopis Společnosti pro studium a léčbu bolesti*. Praha: Tigis , č. 4 (2005). ISSN 1212-0634
- TOMEŠOVÁ Eva. *Tělesné sebepojetí a sebeúcta: Mezikulturní převod a validizace profilu tělesného sebepojetí*. Praha, rok, s. Autoreferát disertační práce v oboru kinantropologie. Univerzita karlova v Praze Fakulta tělesné výchovy a sportu
- TROJAN, Stanislav, DRUGA, Rastislav, PFEIFFER, Jan, VOTAVA, Jiří. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada. 2001. 2. Vyd. s. 228. ISBN 80-2470-031-X
- TROJAN, Stanislav. Fyziologie hybnosti. In Trojan Stanislav a kolektiv (Ed.). *Lékařská fyziologie* (612-649). Praha: Grada Publishing. s. 772. ISBN 80-247-0512-5
- VÁGNEROVÁ, M. (2006) Neporjektivní kresebné techniky. s. 409-418. In ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. (Ed.) *Dětská klinická psychologie*. Grada. 2006. 4. vyd. s. 604. ISBN 80-247-1049-8
- VÉLE, František. *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada. 1997. 1. vyd. s. 272. ISBN 80-7169-256-5.
- VUOVÁ, Markéta. Bazální stimulace v praxi. *Multidisciplinární péče*. roč. 0, č. 2, 2005. ISSN 1801-0199. [on line]. 2007 [cit. 8. března 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=13>
- VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada. 1993
- WENNINGER, Kerstin , WEISS, Christa, WAHN, Ulrich and STAAB, Doris. Body Image in Cystic Fibrosis. Development of a Brief Diagnostic Scale. *Journal of Behavioral Medicine*. roč. 26, č. 1 (2003) s. 81-94. ISSN 0160-7715. [on line]. 2007 [cit. 8. března 2008]. Dostupný

z WWW:<http://openurl.ingenta.com/content?genre=article&issn=0160-7715&volume=26&issue=1&spage=81&epage=94>

WOUTER J.K., HEHINKAMP, VOLKERS Nicole A., WOUTER, Bartholomeus, SJOERD de Blok, BIRNIE Erwin, REEKERS Jim A., and ANKUM Willem M.. Sexuality and Body Image After Uterine Artery Embolization and Hysterectomy in the Treatment of Uterine Fibroids: A Randomized Comparison. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2007 September; 30(5): 866–875. [on line]. 2007 [cit. 8. března 2008].

Dostupný z WWW:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2039794&rendertype=abstract>

YAMAMOTOVÁ, Anna, PAPEŽOVÁ, Hana. Neurobiologické mechanismy disociace, bolesti a vnímání vlastního těla. *Psychiatrie pro praxi.* Č. 5 (2002). s. 213-218. [on line]. 2006 [cit. 20. února 2008]. Dostupný z WWW:

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200205-0003.php>

ZÁLIŠOVÁ, Marcela. Ověření vlivu pohybu s hudbou na psychický a fyzický stav jedinců s roztroušenou sklerosou mozkomíšní. FTVS UK v Praze [on line]. 2003 [cit. 4. března 2008] Dostupný z WWW: www.ftvs.cuni.cz/eknihy/sborniky/2003-11-20/rtf/P3-003%20-%20Zalisova3p-e.rtf

NOVOTNÝ, Miroslav. Závislost na alkoholu KBT přístupy. [on line]. N.d. [cit. 8. března 2008] Dostupný

z WWW:<http://www.kbtinstitut.cz/materialy/mirek/zavislost_na_alkoholu_k_tisku.pdf>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Alexander-Technik>

<http://ambulatorium-nestatni-zdravotn.takeit.idnes.cz/biofeedback-snizovani-tepove-frekvence-69634?63795>

<http://www.cviceni.org/modules.php?name=News&file=article&sid=60>

<http://www.volny.cz/alexandrovatechnika>

<http://www.fitlight.cz/cviceni/57-Yoga--joga-/>

<http://www.fitlight.cz/cviceni/41-Tai-Chi/>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Draw-A-Person-Test – pacientka s mentální anorexií (obrázek)

Příloha č. 2: Draw-A-Person-Test – pacientka s pravostrannou hemiparézou (obrázek)

Příloha č. 3: Draw-A-Person-Test – pacientka s levostrannou hemiparézou (obrázek)

Příloha č. 4: the Body Image Scale (BIS) (dotazník)

Příloha č. 5: Screening Questions: Asking About Body Image (dotazník)

Příloha č. 6: siluety postav mužů a žen (obrázek)

Příloha č. 7: hodnocení siluety pomocí počítače (foto)

Příloha č. 8: Personal Construct Approach Perception of Body Image

Příloha č. 9: Pomůcky pro techniku odhadování velikosti těla (foto)

Příloha č. 10: Diagnostická kritéria dysmorfofobické poruchy a svalové dysmorfofobie (dotazník)

Příloha č. 11: Dotazník ke zjištění svalové dysmorfofobie (dotazník)

Příloha č. 12: Polohování hemiparetika (obrázek)

Příloha č. 13: Kresba palce a rtů před a po anestezii palce (obrázek)

Příloha č. 14: Alexandrova metody (foto)

Příloha č. 15: Polohování – bazální stimulace (foto)

Příloha č. 16: Kazuistika pacienta

Kazuistika

M. V. ročník 1989

Dg: Ependymom IV. Komory mozkové C 71.6, radioterapeutická série Z510, kvadruparéza s expresivní afázií

RA: matka nar. 1962 – povolání stavebnictví, otec nar. 1960 – povolání stavebnictví, otec matky léčen pro CA recta, sestra bratr zdraví, jinak RA bezvýznamná ve smyslu základního onemocnění

OA: Z 1. gravidity, těhotenství bez komplikací, porod v termínu, spontánní, záhlavím, PH 3500g, PD 50cm, poporodní adaptace v normě, por ikterus sledován bez fototetrapie, kyčel v pořádku, kojen 1,5 roku, příkrmy toleroval dobře, očkovan dle kalendáře, navíc hepatitis B, bez reakcí, prodělal neštovice, vážněji nestonal, operace – tržná rána vlevo 2001, jiné úrazy 0

SA: úplná rodina

ŠA: 1 rok stavební průmyslovky – přerušené studium, domluven návrat a speciální program

FA: negativní

AA: negativní

Průběh onemocnění:

5/2004 – bolesti hlavy, zvracení, únava – po CT vyšetření prokázán expanzivní proces ve IV. komoře

10/2005 operace - subtotální odstranění tumoru IV. Komory

- histologický nález: anaplastický ependymom gr. III
- reziduum v oblasti pravé hemisféry mozečku, supratentoriální hydrocefalus, pneumocefalus, zevní drenáž vpravo

11/2005 hospitalizace KAR – podkožní emfyzém, pooperačně UPV, otok zadní jámy lební, přetrvávající porucha vědomí

Hospitalizace na lůžkové rehabilitaci

- centrální paréza n. VII bilat., chabá paraparéza HK, spastická paréza DK, podezření na syndrom krční intumescence

1/2006 progrese onemocnění – meta proces v oblasti mozku a páteřního kanálu

2/2006 radioterapie, chemoterapie – poté zlepšení čítí a hybnosti DKK,

3/2006 kvadruparéza s expresivní afázií

11/2006 šestitýdenní pobyt v denním stacionáři na Albertově, se zaměřením na funkční trénink HKK a pADL aktivity, cílení pohybu

3/2006 – 2/2007 opakovaná terapie v Motole – stimulace HK pomocí ježka, kartáče, hra se slovy pomocí kostek – skládání slov a cílený pohyb, práce s plastickou hmotou, grafomotorika, kreslení do písku, funkční test ruky, házení s míčem, cvičení koordinace a cílení pohybu, nácvik stability v poloze na čtyřech, kreslení postavy vlastního těla

Kineziologický rozbor:

- Orientovaný místem i časem
- Komunikativní, veselý
- Řeč pomalejším tempem, bez poruchy pozornosti a paměti
- Kvadruparéza, připohybu se projevuje ataxie
- HKK: Aktivní rozsahy ve všech kloubech zachovalé, celkově snížená svalová síla ovlivňující kvalitu a rychlost při činnostech HKK, úchop pomaleji s porušenou taxí, poruchy přesného cílení pohybu, ulnární deviace zápěstí při některých činnostech
- Porucha vnímá í těla znatelná podle kresby vlastního těla
- Sebeobsluha – potřebuje pomoc při hygieně a přesunu na WC, očistu zvládne sám, oblékání zvládá sám ale s pomocí, sebesycení – vidličkou nebo lžičkou a pití z hrnečku, v upraveném prostředí – stejná výška postele vozíku - zvládne sám
- Pomůcky: mechanický polohovací vozík, schodolez, polohovací postel, zvedák do vany

Terapie:

Zaměřená na funkční trénink HKK, cílení pohybu a úchop, postupné zmenšování uchopovaných předmětů, trénink přesunů a ovládnání vozíku.

Terapie probíhala ambulantně s ergoterapeutkou, kde byla zaměřena na kvalitu úchopu, práci s HKK, cílení pohybu, stabilitu trupu při práci, grafomotoriku, práci s tělem s vizuální kontrolou v zrcadle. Po dobu 6 týdnů ve stacionáři na Albertově, kde ke

zlepšování vnímání těla využívají metodu Affolter, prvky z Bobathova konceptu, autokontrolu pohybů před zrcadlem.

Během několika návštěv s odstupem týdnů byl prováděn test kresby vlastního těla, na němž je viditelné zlepšení (viz obrázky 1-4). První kresba (viz. obrázek 1) brzy po operaci, postavu připomíná jen velmi vzdáleně, poměr hlava trup neodpovídá skutečnosti, osa těla je posunuta doprava, chybí levá HK a zobrazení tváře. Kresba odpovídá typickému vzoru, jak jej kreslí děti s kvadruparézou v kombinaci s kresbou jedinců po operaci – chudost kresby, problém s kresbou jako takovou, chybění částí těla. S postupným zlepšováním stavu pacienta se zlepšovala i kresba těla. Na obrázku č. 2 je již znatelná tvář, poměry jednotlivých částí těla jsou již odpovídající, ale přetrvává posunutí osy těla do prava a nesouměrnost HKK. Další kresba (obrázek č. 3) má již výraz ve tváři, horní končetiny jsou sousměrnější, stále přetrvává posun osy těla. Na obrázku č. 3 je viditelné prodloužení trupu, ale mírný posun osy těla do leva, kresba je propracovanější – znatelná ramena, pas, výraz ve tváři.

Závěr:

Během celého období terapie došlo u pacienta ke zlepšení cílení a koordinace pohybů HKK, zvládá ovládání vozíku i v menších prostorech, zvládne obléknout si sám kalhoty, lépe vnímá své tělo. Postupné zlepšení vnímání vlastního těla je viditelné na kresbách.