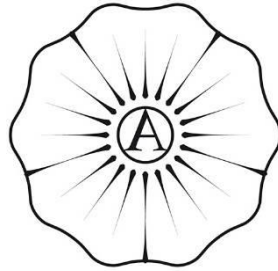


AKADEMIE ALTERNATIVA

Studijní obor: Tanečně-pohybová terapie



ABSOLVENTSKÁ PRÁCE

Vliv tanečně-pohybové terapie na klienty se smíšenou úzkostně depresivní
poruchou

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Beníček, DT

Autorka práce: Pavla Klemmová

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedených zdrojů.
Souhlasím, aby práce byla zpřístupněna ke studijním a propagačním účelům.

V Hradci Králové, dne 10.05.2023

Pavla Klemmová

Děkuji Mgr. Tomáši Beníčkoví za vedení práce, podnětné připomínky a pomoc. Akademii Alternativa za možnost se vzdělávat a osobnostně růst. Velice děkuji PhDr. Patriku Ličkoví, za supervizi během výzkumné sondy a za vyhodnocení dotazníků. Děkuji všem, kteří mně podporovali při psaní této práce, včetně mé rodiny.

ABSTRAKT

Tato práce se zaměřuje na využití tanečně-pohybové terapie při snižování subjektivního prožívání úzkosti a zlepšování subjektivního prožívání nálady.

Teoretická část je věnovaná základním pojmům: tanečně-pohybová terapie, její definice. Seznamuje s technikami Labanova analýza, autentický pohyb a psychomotorika. Dále se zabývá relaxačními technikami: autogennímu tréninku, Jakobsonově progresivní relaxaci a dýchání do trojúhelníka. Podává informaci o těchto onemocněních: deprese, úzkost, smíšená úzkostně depresivní porucha.

Praktická část se zaměřuje na anamnézy klientů, provedení šesti terapeutických setkání s klienty, kde je popsán průběh setkání, náplň setkání, reflexe klientů a celkové vyhodnocení této výzkumné sondy provedené pomocí dotazníků za pomoci klinického psychologa.

Klíčová slova: tanečně-pohybová terapie, psychomotorika, relaxační techniky, smíšená úzkostně depresivní porucha.

ABSTRACT

This paper focuses on using of dance-movement therapy to reduce the subjective experience of anxiety and improve the subjective experience of mood.

The theoretical part is devoted to basic concepts: dance-movement therapy, its definition. It introduces the techniques of Laban analysis, authentic movement, and psychomotorics. It also deals with Relaxation Techniques: Autogenic Training, Jakobson's Progressive Relaxation and Triangle Breathing. It provides information on the following disorders: depression, anxiety, mixed anxiety-depressive disorder.

The practical part focuses on the history taking of the clients, conducting six meetings with the clients, describing the process of the meetings, the content of the meetings, the clients' reflections, and the overall evaluation of this research probe using questionnaires with the help of a clinical psychologist.

Keywords: dance-movement therapy, psychomotor, relaxation techniques, mixed anxiety-depressive disorder.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE	9
1.1 Základy tanečně-pohybové terapie	10
1.2 Labanova analýza pohybu.....	10
1.3 Autentický pohyb.....	11
1.4 Psychomotorika.....	12
2 RELAXAČNÍ TECHNIKY	13
2.1 Autogenní trénink	13
2.2 Jacobsonova progresivní relaxace.....	14
2.3 Dýchání do trojúhelníku (řízené dýchání)	14
3 DEPRESE	16
3.1 Typy deprese	16
3.2 Příznaky deprese	17
3.3 Léčba deprese.....	18
4 ÚZKOST	19
4.1 Vznik úzkosti	19
4.2 Příznaky úzkosti.....	20
4.3 Léčba.....	21
5 SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA	24
5.1 Příznaky	24
5.2 Léčba.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
6 VÝZKUMNÁ SONDA	27
6.1 Realizace výzkumné sondy	27

6.1.1	Výzkumný vzorek.....	28
6.1.2	Organizace výzkumu	28
6.1.3	Použitá metoda sběru dat	29
6.2	Kazuistiky klientů	29
7	TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE V RÁMCI VÝZKUMNÉ SONDY	36
7.1	Úvodní setkání	36
7.2	Struktura setkání	37
7.3	Popis jednotlivých setkání	38
7.3.1	První setkání	38
7.3.2	Druhé setkání	40
7.3.3	Třetí setkání	42
7.3.4	Čtvrté setkání	44
7.3.5	Páté setkání	46
7.3.6	Šesté setkání.....	48
8	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉ SONDY	51
8.1	Shrnutí jednotlivých setkání s terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty	51
8.2	Vyhodnocení sebehodnotících dotazníků klinickým psychologem.....	52
8.3	Vyhodnocení hypotéz	53
8.4	Vyhodnocení stanoveného cíle	53
	ZÁVĚR.....	55
	SOUHRN.....	57
	SUMMARY.....	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Tanec je základem veškeré existence, pohyb je základem přirozeného řádu, změny a evoluce.

Rudolf Laban

Tanec patřil k lidskému projevu od nepaměti. Tančilo se z různých důvodů v každé pradávce společnosti. Postupem času s rozvojem společnosti se na jeho význam zapomnělo. Naštěstí se našli lidé, kteří jeho léčivou sílu znovu objevili.

Bez pohybu by nebyl život, bez pohybu by nebylo nic. Je to to nejpřirozenější, co existuje. Vzpomínám si na své dětství a pozoruji malé děti kolem sebe, jak jim pohyb dělá radost, jak je pro ně přirozený, jak jsou pro ně vzrušující první krůčky, jak rády poskakují, tancují a otáčejí se dokola...

V současném světě je snadné postupem času na to zapomenout při řešení každodenních problémů, prožívání starostí a stresu. To vše nám může život přinášet. Není divu, že se z toho necítíme dobře, a je to už jen krůček k propadání do beznaděje. Ve své profesi psychiatrické sestry se s tím setkávám u pacientů každý den.

Nadchla mě myšlenka, že návrat k pohybu a tanci se může stát pomocí pro duševně nemocné lidi a že se tím už zabývá tanečně-pohybová terapie. Děkuji Akademii Alternativa za vědomosti a zkušenosti, které jsem díky studiu tanečně-pohybové terapie získala.

V teoretické části této práce jsou popsány některé techniky tanečně-pohybové terapie, relaxační techniky a duševní onemocnění deprese, úzkost a smíšená úzkostně depresivní porucha.

Praktická část ověřuje pomocí výzkumné sondy, zda tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti a zlepšuje subjektivní prožívání nálady u pacientů s diagnózou smíšená úzkostně depresivní porucha a zda je pro ně vůbec vhodná.

Pro ověření byly sestaveny dvě skupiny pacientů s touto diagnózou. Jedna skupina prováděla techniky tanečně-pohybové terapie a druhá skupina byla kontrolní, která se tanečně-pohybové terapie neúčastnila. Vše probíhalo za supervize klinického psychologa, který také vyhodnotil získaná data ze sebehodnotících dotazníků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE

Definice EADMT (Evropská asociace tanečně-pohybové terapie): „Tanečně-pohybovou terapii můžeme definovat jako terapeutické využití pohybu za účelem rozšíření emoční, kognitivní, fyzické, spirituální a sociální integrace jednotlivce.“ (Beníčková, 2017, s. 37).

„ADTA (American Dance Therapy Association) definuje tanečně-pohybovou terapii jako: terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince“ (Dosedlová, 2012).

Tanečně-pohybová terapie využívá taneční a pohybové umění jako terapeutický prostředek ke komplexní integraci osobnosti. Zaměřuje se na tělesné schéma, možnosti pohybu, jeho omezení a celkový projev. Cílem tanečně-pohybové terapie je umožnit člověku porozumění, projevení a přijetí sebe sama skrze tělo. Terapie umožňuje jasnější a vědomé vnímání vlastního těla a napomáhá při vnímání druhých lidí (Beníček in Beníčková, 2017).

„Tanečně-pohybovou terapii můžeme považovat za uměleckou terapii, neboť se při ní pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média, uměleckého – pohybového. Díky využití uměleckých prostředků dochází k nižší vědomé kontrole projevu emocí uvědomovaných i skrytých, abreakci (odžití emocí) a tím i k prevenci sociálně méně přijatelného jednání. Prostřednictvím tanečně-pohybové terapie pacient lépe pozná své tělo, svůj pohybový styl a jeho souvislost s osobnostními rysy a aktuálním emočním stavem. Dochází k projevu pohybu, atmosféry a emoce a přesného pojmenování. Cílem tanečně-pohybové-terapie je umožnit člověku jasnější vnímání a orientaci ve vztazích, vztahu k sobě samému (porozumění a přijetí sebe sama, otevřené vyjadřování sebe sama)“ (Akademie Alternativa, 2020).

„Tanečně-pohybová terapie vděčí za svůj vznik rozvoji moderního tance na počátku 20. století. Této formě tance, která zdůrazňovala výraz prožitku a autenticitu pohybu, předcházela forma klasická, tedy balet“ (Čížková, 2005, s. 23).

Čížková (2005) dále uvádí, že cílem baletu bylo vytvořit iluzi beztíže, lehkosti a snadnosti. Postupem času však technika převládla nad výrazem a tím došlo ke ztrátě obsahu a hloubky. V reakci na to vznikl ve 20. století moderní tanec. Za jeho zakladatelku je považována Isadora Duncanová (1877-1927). Inspirací jí byla příroda, její tanec se vyznačoval jednoduchostí a přirozeností.

1.1 Základy tanečně-pohybové terapie

Taneční terapie (tanečně-pohybová terapie) se objevila ve 40. letech 20. století v USA spolu s hnutím terapií zaměřených na tělo. Tento proud vychází z psychoanalýzy a více či méně se na ni odvolává, hlavně však proklamuje „osvobození těla“ nebo „svobodné sebevyjádření“ (Dosedlová, 2012, s. 77). Americká tanečně-pohybová terapie je založená na moderním výrazovém tanci. Skrze něj podporuje symbolické vyjádření osobních emocí a zážitků. Prvními tanečními terapeuty byli často původně profesionální tanečníci, kteří sami ocenili vliv taneční exprese na zrání vlastní osobnosti a chtěli tuto zkušenost předat dál. Byli to například Franziska Boasová, Marian Chaceová, Mary Whitehouseová. Jejich práce našla odezvu především ve Velké Británii. V České republice proběhl v letech 1997-1999 v pražském Duncan Centru první tříletý výcvik v tanečně-pohybové terapii pod vedením terapeutů Americké asociace tanečně-pohybové terapie (ADTA). V roce 2007 vznikla Akademie Alternativa, s. r. o., která vzdělává v oblasti uměleckých terapií (muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie). V roce 2011 otevřela také první tříletý výcvik tanečně-pohybové terapie pod vedením terapeutů z Evropské asociace taneční terapie s vzácně udělenou akreditací MŠMT (Dosedlová, 2012; Akademie Alternativa, 2020).

V roce 2009 vznikla na základě jednání odborníků Mezinárodní asociace uměleckých terapií, z. s. (MAUT). Jde o konfederaci sdružující asociace, pracoviště, odborníky, studenty a zájemce o umělecké terapie. Mezi tyto umělecké terapie patří muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie. MAUT garantuje a vytváří mezinárodní registr erudovaných odborníků, supervizorů a pracovišť v oblasti uměleckých terapií. Vytváří prostor a platformu pro efektivní komunikaci, reprezentuje ČR na evropském a světovém odborném poli (Maut, 2022).

1.2 Labanova analýza pohybu

„Významnou osobností ve vývoji tance a pohybu byl v Británii Rudolf Laban (1879-1958). Jeho přínos spočíval v systematickém popisu a kategorizaci pohybu. V taneční a pohybové terapii terapeut využívá kategorizaci při pozorování pohybu, k diagnóze a při hodnocení změn v průběhu práce“ (Payne, 1999, s. 15). Působil nejen v Británii, ale stal se zakladatelem tanečních škol ve Švýcarsku, Německu a mnoha jiných zemích Evropy.

„Labanova filozofie byla založena na víře, že lidské tělo a mysl jsou spojené v jedno a neoddělitelně propojené“ (Newlove a Dalby, 2016, s. 15). „Úloha pohybu v každém životě je zřejmá: je podstatou života, samotné naší životní síly. Laban řekl, že se pohybujeme, abychom uspokojili potřebu“ (Newlove a Dalby, 2016, s. 194).

Analýza pohybu má čtyři základní kategorie: tělo, úsilí, prostor a tvar. Tělo – pozorujeme u klienta, co se pohybuje (dýchání, držení těla, napětí, uvolnění či používání, nepoužívání těla). Úsilí – pozorujeme u klienta, jak se pohybuje (pohyb z pohledu síly, poddání se či odpor vůči tomu). Prostor – pozorujeme, kde se klient pohybuje (prostorový záměr, prostorová harmonie a kinesféra). Kinesféra je osobní prostor kolem nás, ke kterému máme přístup, aniž bychom učinili jeden krok jinam. Uvnitř kinesféry můžeme vymezit významové zóny pohybu: prostor blízkého dosahu, prostor středního dosahu a prostor maximálního dosahu (Akademie Alternativa, 2020).

1.3 Autentický pohyb

„Autentický pohyb je forma taneční improvizace a vlastního vyprávění, ve kterém ten, co se pohybuje, předvádí volné asociace pohybem za přítomnosti soucitného svědka“ (Akademie Alternativa, 2019). První terapeutka, která se začala zabývat autentickým pohybem a rozvíjet ho, byla v 50. letech 20. století Mary Starks Whitehouseová. Byla první, která propojila důkladnou znalost tance a pohybu se základními myšlenkami hlubinné psychologie. Inspirovala se zejména Jungovou technikou aktivní imaginace a modifikovala ji pro svět pohybu a tance. Člověk obrátí pozornost ke svému nitru a trpělivě čeká, až se vynoří impuls k pohybu. Důležité je, aby sám vědomě nevedl pohyb, ale čekal, až se jeho tělo začne spontánně pohybovat. Ve chvíli, kdy se vynoří pohybový impuls, stačí u něj udržet pozornost, a pohyb se začne autonomně rozvíjet na základě nevědomé dynamiky. Terapeut do procesu nezasahuje, ale je jeho pozorným svědkem. Je otevřený nevědomí a zároveň vědomě reflektuje možný význam symbolické akce. Je si též vědom vlastní emoční, kognitivní (myšlenkové) i somatické odezvy, kterou klientova pohybová produkce u něj samého vyvolává (Chodorow, 2006).

1.4 Psychomotorika

Psychomotorika je forma záměrné pohybové aktivity, přičemž je především zaměřena na prožitek z pohybu. To vede k poznávání vlastního těla, světa okolo sebe a vědomého prožití pohybu. Využívá jednoduché herní činnosti, činnosti s náradím i náčiním, kontaktní prvky a prvky pohybové muzikoterapie včetně relaxačních technik (Blahutková et al., 2015).

„Psychomotorika neznamená nic víc než to, že poukazuje na úzké spojení psyché (duševních procesů) a motoriky (tělesných procesů)“ (Herm, 1994, s. 7).

„Pravidelná tělesná aktivita se podílí na zlepšení prokrvení a celkové kondice tělesných funkcí, přispívá k normalizaci a zlepšení mozkové a také psychické činnosti“ (Orel et. al., 2012, s. 232).

„Psychomotorika je prostředek k poznání osobnosti, a právě díky poznání jsme schopni s člověkem dále pracovat na základě jeho individuality a jeho potřeb.

Vždy je důležité respektovat vlastnosti osobnosti“ (Blahutková et al., 2015, s. 38).

Podle Blahutkové et al. (2017) je cílem psychomotoriky spontánně prožívat radost z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení, při kterých dochází k vytvoření tzv. bio-psycho-socio-spirituální pohody člověka. Jde o vyrovnání biologických potřeb s duševním klidem člověka, s uspokojivým postavením v kolektivu i ve společnosti a s vírou v životní filosofii, která mu pomáhá naplňovat smysl života a s osobním růstem. Všechny tyto složky by měly být v optimální rovnováze, což přispívá k celkovému zdraví.

Psychomotorika patří k faktorům podporujícím zdraví v těchto oblastech:

- vnímání osobní zdatnosti (self-efficacy),
- zvládání náročných životních situací (optimismus, smysluplnost života, sebedůvěra),
- sociální opora,
- duševní hygiena (sebevýchova, adaptace, autoregulace) (Blahutková et al. 2017).

2 RELAXAČNÍ TECHNIKY

„Relaxace je přirozený způsob, jak pečovat o tělesné a duševní zdraví“ (Blahutková et al., 2017, s. 109).

Podle Nešpora a Babkové (2012) relaxační techniky slouží jako prevence a léčba řady onemocnění. Navozují jednu nebo více tělesných nebo psychických změn, což následně vede k dalším změnám. Lze tak ovlivňovat i tělesné funkce, které se jinak ovlivňují obtížně, např. sekrece hormonů nadledvin. Relaxací je možné tišit bolest, mírnit poruchy spánku, ovlivnit psoriázu, úzkostné a další poruchy i profesionální stres. Různé techniky mohou mít nad rámec relaxace další specifické účinky (např. sebeuvědomování).

Relaxace je vlastně uvolnění svalového a duševního napětí. Jednou z cest, jak zvládnout toto vnitřní napětí, je naučit se relaxaci. Ten, kdo ovládl umění relaxace, může zůstat uvolněn za všech situací. Vždy bude pánem sebe, uvolněný, nikoliv napjatý nebo křečovitě stažený.

K relaxaci můžeme přistoupit nejen jako k možnosti psychohygieny, ale i jako k formě sebeuvědomění a porozumění řeči těla.

Většina relaxačních technik vyžaduje kratší nebo delší čas na jejich nácvik. Je možné je využívat jak ve speciálním čase, pro to určeném, tak i během běžných denních aktivit, protože stres a negativní nebo i silné pozitivní emoce se uplatňují jako příčinný nebo komplikující faktor u většiny zdravotních problémů.

Relaxační techniky mohou být využívány samostatně, ale také s hudbou, popř. s imaginací. Imaginace (představy) mohou rovněž přinášet zklidnění. Jejich efektivita záleží na schopnosti vytvářet vizuální představy.

Tichá a klidná hudba má zklidňující efekt a může tak podpořit účinnost relaxace. Může se jednat o klasickou hudbu, pomalý jazz nebo meditační hudbu (Steinhäuselová, 2023).

2.1 Autogenní trénink

Autogenní trénink je psychoterapeutická, relaxačně koncentrační metoda, o jejíž rozvoj se zasloužil německý neurolog a psychiatr prof. Johannes Heinrich Schultz (1884-1970).

Jde o stav psychického soustředění (koncentraci) při maximálním tělesném uvolnění (relaxaci) při současném odpoutání pozornosti od vnějšího okolí. Žádoucích účinků v tělesné

i psychické oblasti se dosahuje cestou autosugestivních formulací. Využívá se pocitu tíhy v končetinách, pocitu tepla v končetinách, klidného dýchání, pravidelné srdeční činnosti, pocitu tepla v nadbřišku, pocitu chladného čela. Jde o výuku schopností ovlivňovat činnost orgánů, které za normálních okolností nelze ovládat vůlí (srdce, trávicí trakt, žlázy s vnitřní sekrecí). Pro zajímavost na podobném principu přežívají zvířata zimní spánek, protože dokáží extrémně zpomalit tep a metabolismus. Vhodný je u člověka s úzkostí, depresí, únavovým syndromem, bolestí hlavy, nespavostí, při odvykání kouření, působí na onemocnění oběhového systému (hypertenze) (Mílek a Libigerová, 2010).

2.2 Jacobsonova progresivní relaxace

Tato technika patří dnes k nejrozšířenějším a nejčastěji požívaným metodám ve světě. Jejím autorem je Edmund Jacobson, který ji poprvé publikoval v roce 1924.

Jacobson vycházel ze vztahu mezi svalovým a psychickým napětím a byl přesvědčen, že každému druhu emočního vzrušení odpovídá přesně lokalizované zvýšení svalového napětí. V této technice se aktivně navozuje svalová relaxace s využitím následné indukce. Provádí se izometrická kontrakce určité skupiny svalů, po níž následuje relaxace, kterou si klient musí uvědomit, přičemž čím větší kontrakce se ve svalu vyvolá, tím větší je následná relaxace. Takto se pokračuje zvolna po jednotlivých skupinách svalů, až klient zvládne relaxaci i velkých svalových skupin.

Mezi zásady pro provádění této techniky patří nácvik vnímání rozdílu mezi uvolněním a napětím, uvědomění si, že napětí a uvolnění se navzájem vylučují, systematický nácvik kontrakce jednotlivých svalových skupin a jejich uvolnění, procítění vlivu tělesné relaxace na psychické uvolnění (Stackeová, 2011).

2.3 Dýchání do trojúhelníku (řízené dýchání)

„Zklidnění dechu pomáhá rychle a účinně snížit napětí v situacích, kdy se pacient dostává do silné úzkosti...“ (Praško, et. al 2003, s. 24).

Dýchání je základní biologický proces a přímo či nepřímo souvisí se všemi fyziologickými funkcemi organismu. Dýchání má úzký vztah k funkci pohybového systému. Při nedostatku pohybu a při mentálních stresech dochází ke zhoršení dechových funkcí (Stackeová, 2011).

Jedná se o jednu ze základních relaxačních technik. Během řízeného dýchání dochází k postupnému rozvolnění úzkosti. Návčik trvá alespoň 15 minut. Jako pomůcka slouží představa imaginárního rovnostranného trojúhelníka, což znamená, že nádech, zadržetí dechu a výdech trvají stejnou dobu. Výhodou této metody je, že se dá použít téměř za všech okolností, a tak se stává cennou pomocí, která je vždy po ruce (Mílek a Libigerová, 2010).

3 DEPRESE

„Slyšel jsem pověst o starém muži, který na svém smrtelném loži řekl: Měl jsem v životě mnohé starosti a těžkosti, obavy a strachy, ve většině případů se však ukázalo, že to, čeho jsem se tak bál, se nikdy nestalo“ (Winston Churchill).

„Slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm sloveso *deprimo, deprimere, depressi, depressus – stlačit* (doslova de...dolů a *premere...tlačit*). Význam slovesné formy slova deprese v současné době vyjadřuje: stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, intenzitu určité snahy, náladu atp.). Znamená to i *sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu fyzickou – tělesnou sílu)*. Deprimovaný značí *postižený krizí, zbídačený, propadlý něčemu*. Deprese sama pak znamená: *pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace (ustrnutí)* atp.“ (Křivohlavý, 2005, s. 22).

Jak píše dále Křivohlavý, Světová zdravotnická organizace v Ženevě (WHO) pokládá depresi za velmi rozšířené onemocnění.

3.1 Typy deprese

Depresivní onemocnění může mít různou příčinu vzniku, různé projevy i délku trvání, proto bylo rozděleno na několik typů.

Praško (2007) udává tyto typy:

- Depresivní epizoda, která může nastat jednou nebo se opakovat.
- Rekurentní depresivní porucha, která je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez samotných epizod mánie, ale krátké epizody hypománie, povznesené nálady a zvýšené aktivity se nevyklučují.
- Dystymie, tak se nazývá méně závažný typ deprese, její příznaky však trvají dlouhou dobu a často předchází prožití většího stresu.
- Bipolární (maniodepresivní) porucha, u níž se objevují jak cykly deprese, tak cykly mánie nebo povznesené nálady.
- Sezonní afektivní porucha začíná na začátku zimy a s jarem končí.
- Reaktivní porucha nálady, která je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu.

- Poporodní deprese, u níž jsou jako možné příčiny zvažovány biologické faktory, zejména narušení serotonergního a noradrenergního systému a poruchy denních rytmtů v období náhlých hormonálních změn.
- Deprese v menopauze, která vzniká vlivem mnoha faktorů jak biologických, tak psychologických a sociálních, například poklesem hladin estrogenů.
- Larvovaná deprese, jejímž hlavním projevem jsou tělesné příznaky a porucha nálady je v pozadí.
- Deprese v pozdním věku, jejíž nejčastější příčinou je ztráta blízkých osob, konflikty ve vztazích, odchod do důchodu, změna prostředí a sociální izolace.
- Deprese při tělesném onemocnění může být souběžně spojena s vážnou somatickou nemocí.

3.2 Příznaky deprese

„Typické pro depresivní poruchu jsou prožitky smutku, ztráty energie, schopnosti se soustředit, snížení výkonnosti, ztráta sebevědomí, zpomalené psychické tempo. Smutek se může měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství“ (Praško, 2007, s. 5). Dále dle Praška (2007) pocit ztráty energie se může vystupňovat až do stavu, kdy je člověk schopný jen ležet v posteli a nehýbat se. Intenzita těchto potíží může kolísat v průběhu dne, někomu bývá nejhůře ráno, jinému naopak večer.

K příznakům deprese patří:

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo „prázdná“ nálada;
- pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci;
- pocity viny, ztráty smyslu života;
- ztráta zájmu nebo radosti z koníčků a činností, které vás těšily;
- ztráta zájmu o sexuální život;
- nespavost, předčasné ranní probuzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne;
- ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy, nebo naopak přejídání a přibývání na váze;
- pokles energie, únava, ospalost, malátnost – jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu;

- nadměrné polehávání nebo posedávání, nemožnost přinutit se k činnosti, odkládání činností;
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy o sebevraždu;
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost;
- potíže se soustředěním, zapamatováním si něčeho, rozpomínáním se a s pamětí vůbec (naštěstí přechodné), problémy s rozhodováním;
- přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti;
- tíha na hrudi, ztuhlost tělesného svalstva, snadná únavnost;
- nadměrná ustaranost, časté pocity napětí.

Ne každý, kdo je depresivní, má všechny uvedené příznaky. U některých lidí se objevuje jen několik příznaků, jiní jich mají mnoho. Také závažnost jednotlivých příznaků je u různých lidí odlišná (Praško et al., 2015).

3.3 Léčba deprese

Léčba deprese probíhá několika způsoby, které se mohou i kombinovat. Jedním ze způsobů je farmakologie, která využívá psychofarmaka zvaná antidepresiva.

Antidepresiva upravují aktivitu neuromodulátorů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Pomáhají tedy vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působků (Praško et al., 2015).

Pro lidi trpící sezónní poruchou nálady je nejvhodnější léčbou ranní aplikace intenzivního světla, která se nazývá fototerapie. Účinek je způsobený harmonizací denních biologických rytmů některých hormonů (Praško, 2007).

„Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje, učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a problémy v životě, a posléze trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze“ (Praško, 2007, s. 11).

Dynamická psychoterapie zjišťuje vnitřní síly, které se podílejí na vzniku deprese. Zjišťuje konflikty, které člověk trpící depresí zažil v raném dětství nebo v mládí a nyní se projevují formou depresivních nálad (Křivohlavý, 2003).

4 ÚZKOST

Úzkost je běžný stav organismu. Je to normální reakce na nebezpečí nebo na stres a působí člověku problémy jen tehdy, když je nepřiměřeně silná vzhledem k vyvolávající situaci nebo trvá příliš dlouho. Úzkost a strach jsou adaptivní emoce. Úzkost slouží k přípravě na možnou nebezpečnou situaci, strach pak okamžitou reakci organismu ve chvíli, kdy se nebezpečí objeví. Slouží k zachování života v nebezpečných situacích (Praško et al., 2012).

„Jakýmsi fenomenologickým dvojčtem úzkosti s podobnými až totožnými příznaky je strach. Má stejné projevy, odlišuje se však tím, že u něj existuje viditelná a konkrétní příčina, a je tedy racionální a srozumitelný.“ „Úzkost se liší od strachu pouze tím, že její příčina nebo vyvolávající moment se nenachází v oblasti reálného a konkrétního světa...“ (Honzák, 1995, s. 10).

4.1 Vznik úzkosti

Co úzkost způsobuje je pro lepší pochopení definováno v tak zvaném Obecném modulu úzkostného stavu od Mílka a Libigerové (2010).

Obecný modul úzkostného stavu:

1. *Spouštěč*. Spouštěč je něco, co spustí úzkostný stav. Může to být místo, situace, vzpomínky, myšlenky, představy, ale i tělesné příznaky, které byly nepříjemně prožity a jsou stále vnímány jako ohrožující.
2. *Myšlenky*. Myšlenky se dostávají automaticky a většinou mají tendenci hodnotit situaci jako ohrožující. Bývají to obavy z budoucnosti, o své zdraví, o své blízké. Nejdou kontrolovat ani vytěsnit.
3. *Emoce*. Obávané myšlenky vyvolají emoční reakci nazvanou úzkost. Čím více se zdá být situace ohrožující, nepříjemná, tím výraznější bude emoce, úzkost větší.
4. *Tělesné příznaky*. Emoce bývají doprovázeny tělesnými příznaky, jejichž spektrum je celkem bohaté.

5. *Chování.* Při prožívání úzkostných stavů bývá snaha si jakýmkoliv způsobem pomoci, nějak to napětí, nepohodu snížit. A to buď ze situace, která toto vyvolává, uniknout nebo, pokud je očekávaná, předem se jí úplně vyhnout. Obě tyto varianty však úzkostné stavy udržují, protože se tím ztrácí jistota schopnosti problém zvládnout.

4.2 Příznaky úzkosti

Úzkost zasahuje jak psychiku, tak tělo, proto může déle trvat, než člověk pochopí, co se s ním skutečně děje a že všechny příznaky patří k prožívání stavu úzkosti.

Nejčastější tělesné příznaky:

- zrychlený tep (bušení srdce),
- pocení,
- třes,
- vnitřní chvění,
- obtížné dýchání,
- pocit zalykání se,
- bolesti, nebo nepříjemné pocity na hrudi,
- žaludeční nevolnost,
- pocit slabosti v končetinách,
- návaly horka nebo chladu,
- pocity znecitlivění nebo mravenčení.

„Někteří lidé si tyto potíže vysvětlují tělesnou nemocí, a proto vyhledávají odborníky různých lékařských oborů“ (Praško, 2003, s. 37).

Nejčastější psychické příznaky:

- pocit závratě,
- pocit neklidu,
- strach z mdloby,
- strach ze ztráty kontroly,

- strach ze „zešílení“,
- strach ze smrti.

„Psychické projevy jsou stejné jako projevy strachu. Liší se však tím, že u úzkosti není známá přesná příčina těchto nepříjemných pocitů...“ (Honzák, 1995, s. 23).

Úzkost se skládá ze tří složek, které společně způsobují jednotlivé příznaky. Jsou to tělesné pocity jako napětí, třes, pocení... Chování, tedy to, co člověk udělá, když se dostane do situace vyvolávající úzkost. Například může dojít k vyhýbání se těmto situacím, k odkládání těžkých úkolů, zmatkování, časté ujišťování se u druhých, naříkání, stezky. Třetí složkou jsou myšlenky. To, co si člověk říká sám pro sebe, představy a přesvědčení. Myšlenky na situaci, která přináší obavy, že vše špatně dopadne, že to nezvládne. Tím vzniká začarovaný kruh. Člověk cítí úzkost, proto přestane dělat věci, které v něm tuto úzkost vyvolávají. Tím si ale stále méně věří, že by je zvládl, a proto se jim stále častěji vyhýbá (Praško et al., 2012).

4.3 Léčba

K léčbě úzkostných poruch lze u lehčích forem využít psychoterapii, pro těžší formy farmakoterapii, případně můžeme s výhodou využít kombinaci obou. Stejně jako u jiných psychických poruch je žádoucí včasný záchyt a včasné nasazení léčby. Čím časnější je záchyt a léčba, tím lepší je prognóza nemoci (Honzák, 2020).

Farmakoterapie

V posledních třiceti letech byla provázena zejména benzodiazepiny – zklidňujícími léky. Až v poslední době se začínají v této indikaci prosazovat také antidepresiva. Všeobecně se soudí, že krátkodobé snížení úzkosti a tělesných příznaků je možné pomocí benzodiazepinů, pro dlouhodobou léčbu jsou však vhodnější antidepresiva (Praško et al., 2012).

Z farmak se používají antidepresiva, případně antiepileptika a některá antipsychotika. Tato léčiva nezačínají působit okamžitě, většinou s odstupem dvou či tří týdnů, někdy se terapeutický efekt dokonce objeví až po šesti týdnech. Proto lze v tomto období přechodně podávat benzodiazepiny a jejich dávku postupně snižovat, protože mají řadu nežádoucích účinků, například syndrom závislosti. Při náhlém vysazení vzniká abstinční syndrom.

Farmaka by měla být podávána po dobu nejméně 12-24 měsíců, aby nedošlo k relapsu (znovu vzplanutí) úzkostné poruchy (Honzák, 2020).

Relaxace

Důležité je se zaměřit na nácvik relaxace a zklidňujícího dýchání, které může úzkostný člověk postupně sám používat ve stresujících situacích (Petr a Marková, 2014).

Psychoterapie

Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem trpícím úzkostí děje. Pomáhá nalézt události v životě, které s rozvojem úzkosti souvisí. Snaží se pomoci změnit vztahy, které úzkost udržují. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě a posléze trénuje dovednosti, které umožňují předcházet novým problémům. Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svými emocemi, myšlenkami a chováním.

Terapeut pomáhá postiženému:

- porozumět tomu, jak souvisí minulé zážitky, současné vztahové a životní problémy s příznaky úzkosti;
- najít cestu, jak současné životní problémy překonat;
- vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem.

Psychoterapie používá různé přístupy. Nejčastěji používané jsou:

- Psychoanalytický přístup je založen na předpokladu, že aktuálně přítomné chování, emoce a vztahové vzorce jsou hluboce ovlivněny minulými zkušenostmi, nejvíce z raného období života daného jedince.
- Skupinová psychoterapie svou důvěrnou atmosférou pomáhá ujasnit si svou situaci ve světě, porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Skupina je prostředím, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svou individualitu a její změnu prostřednictvím reflexí a změn ostatních členů skupiny i přes změny skupiny samotné.
- Rodinná nebo manželská terapie. Je důležité, aby do léčby byli zainteresováni i rodinní příslušníci. Pro nemocného je velmi potřebné, aby v rodině bylo vytvořeno „příznivé klima“ bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek.

- Kognitivně-behaviorální terapie: Je založena na principech teorie učení. Probíhá spíše jako výuka dovednosti s vysvětlováním, nácvikem i domácími úkoly. S rozvojem dovednosti, jak zvládat úzkostné problémy dochází i ke zvyšování sebedůvěry. Mezi základní postupy patří nácvik relaxace, vytvoření vyrovnanějších způsobů myšlení, účelové plánování aktivity, řešení problémů v životě, nácvik komunikace, změna hlubších postojů k sobě a druhým (Praško et al., 2012, s. 79-83).

5 SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA

Smíšená úzkostně depresivní porucha nespĺňuje kritéria ani pro depresivní poruchu, ani pro žádnou z úzkostných poruch. Etiologie smíšené úzkostně-depresivní poruchy není známa. Některé genetické studie nacházejí souvislost mezi depresivní a úzkostnou symptomatologií v rodinách. Na druhé straně je výrazně vyšší prevalence u nižších sociálních vrstev, u méně vzdělaných, méně kvalifikovaných nebo nezaměstnaných osob. Vlivem psychodynamických škol je řada psychiatrů přesvědčena, že příčinu úzkosti a deprese bychom měli hledat v dětství. U dětí, které do svého 10. roku ztratily některého z rodičů, je přibližně 2–3x vyšší pravděpodobnost, že u nich dojde k rozvoji deprese nebo úzkostné poruchy, nebo že budou mít horší schopnost adaptovat se na ohrožení nebo ztrátu v dospělém věku. Podobně existuje řada důkazů o tom, že předčasná separace, týrání v dětství, sexuální zneužívání, vyrůstání v chaotické rodině s četnými konflikty mezi rodiči mají za důsledek horší zvládnání dospělých interpersonálních problémů, což často ústí do úzkostných nebo depresivních příznaků (Praško et al., 2003).

5.1 Příznaky

„Příznaky deprese jsou obvykle méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch, často bývá tato porucha okolím podceňena“ (Petr a Marková, 2014, s. 231).

Příznaky se vyvíjejí v průběhu týdnů až měsíců. Problémy se spánkem, bolesti hlavy, zvýšené napětí bývají přikládány problémům v běžném životě. Tělesné příznaky jako pocení, obtížné dýchání, tíha na hrudi, žaludeční obtíže je nejprve hledána v nějakém somatickém onemocnění.

„Nálada kolísá podle zevních stresujících podnětů nebo může být horší večer, když je pacient více unaven. Typické jsou obavy do budoucna, pacient nevidí perspektivu, často se obviňuje za nejrůznější i banální prohřešky, je rozcitlivělý, snadno se pohne k slzám. Typické

jsou problémy se soustředěním, respektive pacient se soustředí na svůj nedobry stav a nedokáže udržet pozornost u jiných věcí“ (Praško et al., 2003, s. 8).

5.2 Léčba

Léčba smíšené úzkostně depresivní poruchy spočívá v léčbě psychofarmaky a psychoterapií.

Farmakologie – antidepressiva, vysoce potentní benzodiazepiny (ovlivňují jak úzkost, tak depresi, při dlouhodobém podávání však hrozí vznik závislosti).

Nejoptimálnější strategie je, když se k anxiolytiku zároveň předepíše lék ze skupiny antidepressiv. Moderní antidepressiva, která se užívají k léčbě deprese, mají i velmi dobrý účinek na úzkostné stavy. Jejich účinek na úzkosti ale většinou začíná až po několika týdnech pravidelného užívání. Proto se po tuto dobu, než antidepressivum začne účinkovat, předepíše anxiolytikum, které se pak, při nástupu účinku antidepressiva, vysadí. U antidepressiv nehrozí riziko závislosti, proto se mohou podávat dlouhodobě. Neméně důležitou možností je psychoterapie. Pokud problém přetrvává již delší dobu, třeba několik let, je nejoptimálnější oba směry zkombinovat (Mílek a Libigerová, 2010).

Psychoterapie – Kognitivně-behaviorální terapie. Základní terapeutický proces na počátku léčby je zacílený na posílení motivace pacienta ke spolupráci, zvýšení naděje na změnu, vytvoření léčebného kontaktu, navázání konstruktivního terapeutického vztahu a mobilizaci podpůrné sítě mezi příbuznými pacienta (Praško et al., 2003).

Relaxační techniky – mezi nejznámější relaxační techniky patří autogenní trénink J. H. Schultze a Jacobsonova progresivní svalová relaxace. Součástí jsou také různá dechová cvičení, meditace, imaginativní techniky, biofeedback a další (Petr a Marková, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÁ SONDA

Úzkostné poruchy (dříve neurózy) jsou poměrně častá duševní onemocnění. Od psychóz se liší tím, že u nich nedochází k hrubému narušení osobnosti a pacienti jsou schopni normálně vnímat okolní realitu. Úzkost je do určité míry normální reakce na stres, ale pokud překročí snesitelnou míru a stane se patologickou, začínáme mluvit o úzkostných poruchách. Pacienti pocítují kromě nepříjemných psychických potíží i somatické projevy. Pokud se u pacienta projeví kromě úzkosti i deprese, ale žádný z příznaků nepřevažuje, mluvíme o smíšené úzkostně depresivní poruše. V současnosti trpí touto poruchou přibližně **cca 8–10 % populace**, z toho je asi dvakrát více žen než mužů (Kubešová, 2021). Onemocnění má často chronický nebo periodický charakter a způsobuje pacientům značné problémy jak v osobním, tak pracovním životě. Kombinace úzkosti a deprese spadá podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod jiné úzkostné poruchy (F41) (Praško, 2003). Podle MKN se jedná o jednu z nejčastějších psychiatrických diagnóz zejména v primární péči (Bartečková et al., 2022, s. 153).

Tato výzkumná sonda spočívá v provádění technik v rámci tanečně-pohybové terapie při společných setkání s vybraným vzorkem klientů podle předem stanovených pravidel. Cílem provedené výzkumné sondy je ověřit na vybraném vzorku klientů se smíšenou úzkostně depresivní poruchou, zda je pro ně tanečně-pohybová terapie vhodná, konkrétně zda jim přinese zmírnění úzkosti a zlepšení nálady.

6.1 Realizace výzkumné sondy

Ke splnění cíle byla formulována výzkumná otázka, k jejímu zodpovězení vytvořeny dvě hypotézy, zvolena kritéria pro výběr vzorku a stanoven postup výzkumu.

Cíl: Ověřit, zda je tanečně-pohybová terapie pro klienty s problematikou úzkosti a deprese vhodná.

Výzkumná otázka:

Je tanečně-pohybová terapie pro klienty s úzkostí a depresí vhodná pro snížení subjektivního prožívání úzkosti a subjektivní zlepšení nálady?

Hypotézy:

H1 – Tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti.

H2 – Tanečně-pohybová terapie zlepšuje subjektivní prožívání nálady.

6.1.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořili dospělí hospitalizovaní pacienti Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové. Všichni respondenti se léčili s diagnózou smíšená úzkostně depresivní porucha pomocí anxiolytik a antidepresiv.

Na začátku výzkumné sondy bylo stanoveno vytvoření dvou skupin klientů. Výběr klientů do jednotlivých skupin byl konzultován s klinickým psychologem. První skupina, základní, se účastnila setkání, při nichž byla prováděna tanečně-pohybová terapie, druhá skupina, kontrolní, se těchto setkání neúčastnila. Aby byly tyto skupiny co nejvíce homogenní, všichni klienti byli ze stejného lůžkového oddělení a se stejnou diagnózou smíšená úzkostně depresivní porucha. Obě skupiny měly identické složení, v každé z nich byly čtyři osoby – tři ženy a jeden muž, celkem se výzkumné sondy tedy zúčastnilo osm osob. Věkové rozmezí bylo 18–65 let.

6.1.2 Organizace výzkumu

S výtípanými klienty se konala schůzka, kde jim byl vysvětlen projekt, i to, jak se jich bude týkat, rozdíl mezi oběma skupinami a jak budou setkání probíhat. Následně byly zodpovězeny jejich dotazy. Klienti se obávali v souvislosti s hospitalizací na psychiatrickém oddělení případné stigmatizace, proto s nimi byla uzavřena dohoda, že během všech setkání nebude pořizován žádný audio ani video záznam, žádné fotografické materiály. V souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR) byla veškerá data, která by mohla vést k jejich identifikaci, anonymizována. Jména použítá ve výzkumné části jsou fiktivní.

Byl domluven termín a místo úvodního setkání. Se všemi byla sjednána individuální schůzka, na níž byla o jednotlivých klientech shromážděna potřebná data.

6.1.3 Použitá metoda sběru dat

Pro sběr dat byly využity sebehodnotící dotazníky:

- BAI = Beckův inventář úzkosti (viz příloha 1),
- BDI – II = Beckova škála deprese (viz příloha 2).

Beckův inventář úzkosti je široce používaný nástroj hodnocení závažnosti úzkostných příznaků. Byl přeložen do češtiny a validizován na souboru pacientů s úzkostnými a depresivními diagnózami, kteří se léčili na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc v letech 2008-2014 (Kamarádová et al., 2016, s. 154).

Beckova škála deprese pro dospělé byla rovněž přeložena do češtiny a překlad byl v roce 1999 testován na pacientech Všeobecné fakultní nemocnice a Ústřední vojenské nemocnice Praha. K ověření reliability a validity byla následně ještě provedena studie v roce 2016. BDI-II se pokládá za kvalitní a spolehlivý psychometrický nástroj (Ptáček et al., 2016, s. 271-272).

Dotazníky vyplnili respondenti z obou skupin na úvodním a závěrečném společném setkání. Data získaná od obou skupin byla vyhodnocena a porovnána klinickým psychologem.

6.2 Kazuistiky klientů

Do výzkumné sondy bylo zařazeno osm klientů, z toho šest žen a dva muži. Z rozhovorů s nimi byly získány informace o jejich zdravotním stavu. Rodinná anamnéza (RA) obsahuje údaje o zdravotním stavu nejbližších příbuzných, případně o příčině úmrtí a dožitém věku. Osobní anamnéza (OA) shrnuje údaje týkající se zdraví samotného klienta/klientky v minulosti. Nakonec jsou zaznamenány současné zdravotní problémy, které vedly k hospitalizaci pacienta. Správná anamnéza je nezbytná pro plánování další léčby. Všechny kazuistiky jsou zpracovány pod fiktivními jmény.

Anna

40 let, vdaná, dvě dcery 7 a 5 let, vystudovala Střední ekonomickou školu, nyní pracuje jako asistentka u soukromé společnosti. Žije s rodinou v malém rodinném domku, finančně zvládají. Manželství spokojené.

RA: Matka 67 let, léčena na astma bronchiale, diabetes. Otec zemřel v roce 2017 na infarkt myokardu, bylo mu 64 let. Bratr 45 let, léčí se s arteriální hypertenzí.

OA: Prodělala běžné dětské nemoci, v deseti letech zlomenina pravé horní končetiny, somaticky se s ničím neléčí, alergie na PNC a jahody, dva porody, které proběhly v pořádku. Na dětství vzpomíná ráda, cítila se dobře. Psychiatricky léčena ambulantně od roku 2015 pro špatnou náladu a časté úzkosti. Nyní 1. hospitalizace. Alkohol nepije, nekuřačka, drogy neužívá.

Nynější onemocnění: Několik týdnů zhoršující se nálada a úzkosti. Cítí se vyčerpaná, špatně spí. Trpí bolestmi hlavy. Své zaměstnání celkem zvládala, ale doma ji už nic nebavilo, neměla na nic energii. Vše musel zastat manžel i vše okolo dcer. Má z toho velké výčitky, ale nemůže si pomoci. Vyhledala svého psychiatra, snažil se upravit medikaci, ale efekt žádný nepocítovala, proto souhlasila s nabídnutou hospitalizací.

Romana

57 let, rozvedená již 6 let, partnera nyní žádného nemá, po rozvodu jen pár krátkých známostí, vyučená zahradnice, má dospělou dceru a syna. S dcerou a vnučkou se vídá. Se synem nemá téměř žádný kontakt, žije v cizině a dlouho ho neviděla. Žije sama v malém bytě. Pracuje na zkrácený úvazek, pomáhá známé v obchodě. Má invalidní důchod 1. stupně. Finančně tak tak vychází.

RA: Matka zemřela před dvěma lety, měla pneumonii, bylo jí 85 let. Otec zemřel před 8 lety ve věku 79 let na rakovinu plic, byl silný kuřák. Má o dva roky staršího bratra již dlouhá léta léčeného se schizofrenií, který je často hospitalizován v psychiatrické nemocnici. O čtyři roky mladší sestra má diabetes 2. stupně, je na dietě.

OA: V dětství časté angíny, proto v 5 letech odstraněny krční mandle, v 7 letech odstranění apendixu, ve 20 letech nehoda na kole, od té doby chronické bolesti páteře. 1x spontánní potrat, dva fyziologické porody. Léčí se na vysoký cholesterol, alergie na prach, pyl a píchnutí včelou. Třikrát provedena gastrokopie s normální nálezem. Psychiatricky léčena pro úzkosti a depresivní náladu od dvaceti let, čtyřikrát hospitalizovaná na psychiatrické klinice, 1x hospitalizace tři měsíce v psychiatrické nemocnici. Alkohol téměř nepije, kuřačka, kouří deset cigaret denně, drogy neguje.

Nynější onemocnění: Přepadly ji opět silné úzkosti a má špatnou náladu, cítí beznaděj. Cítí se osaměle, její nejlepší kamarádka se odstěhovala do vzdáleného města k synovi. Do práce se musela nutit, ale pak to tam nějak zvládla, naštěstí pracuje jen čtyři hodiny. Když přišla

z práce domů, vše na ni „padalo“. Většinu času proležela u televize. Nedokáže se radovat, mívá bušení srdce a tíseň na hrudi, bolesti hlavy a žaludku. Nechala se hospitalizovat, aby se cítila lépe a vše zase lépe zvládala.

Dana

62 let, podruhé vdaná, nyní to bude 10 let. Nemá žádné vlastní děti. Manžel má z prvního manželství dceru, která bydlí se svou rodinou v Kanadě, jednou ročně se navštěvují. Druhá manželova dcera s partnerem očekávají za čtyři měsíce holčičku, občas se u nich zastaví. Žije s manželem v panelovém bytě, mají nedaleko v zahrádkářské kolonii chatku a kousek pozemku, kde pěstují ovoce a zeleninu. Mají s manželem nějaké společné úspory, rozumí si spolu. Je vysokoškolsky vzdělaná, dlouhá léta učila na prvním stupni základní školy, poslední léta zaskakovala nemocné kolegy, před půl rokem odešla do starobního důchodu. Manžel je ve starobním důchodu tři roky.

RA: Matka zemřela před 13 lety na karcinom prsu ve věku 77 let, dlouhá léta se léčila na hypertenzi. Otec dosud žije, je mu 96 let, má Alzheimerovo onemocnění a je umístěn v Alzheimer centru, dlouhodobě léčen na diabetes inzulínem. Vlastní sourozence nemá, otec měl syna z mimomanželského vztahu, nic o něm neví.

OA: V dětství běžné dětské nemoci, ve čtyřech letech spála, v 6 letech zápal plic, léčila se na neplodnost, ale nikdy neotěhotněla. V dospělosti často vyšetřována pro bolesti žaludku, kterými trpěla i v dětství. V roce 2015 operativně odstraněn žlučník. Několikrát vyšetřovaná na interně pro tíseň na hrudi a bušení srdce, bez patologického nálezu. Alergie neguje. Alkohol pije jen příležitostně na oslavách, nekuřačka, drogy neguje.

Nynější onemocnění: Před půl rokem odešla do starobního důchodu, těšila se, že budou s manželem cestovat a aktivně užívat odpočinek, ale místo toho má velké úzkosti, nic ji neudělá radost, je stále unavená, nemá chuť nic plánovat, je nerozhodná a nesoustředěná, Tyto stavy u sebe zná už z minula, poslední čtyři roky se cítila dobře, docházela jen na kontroly ke své psychiatrice, medikaci nemuseli nijak měnit. Od roku 1986 se léčí ambulantně na psychiatrii, hospitalizovaná na psychiatrii je podruhé.

Martin

25 let, studuje na Fakultě informatiky a managementu ve čtvrtém ročníku. Žije s matkou, s otcem se nestýká, nezná ho, ani jeho rodinu. Rodiče se rozvedli, když mu byl jeden rok. Žádné sourozence nemá. Mají malý byt, ale své soukromí má. Přítelkyni nemá, před dvěma

lety se s ním rozešla po třech letech vztahu, našla si jiného. Byl to jeho jediný vážný vztah. S matkou celkem vychází, pracuje jako manažerka v obchodním řetězci s potravinami. Často však od ní slýchá, že nemají peníze, proto se snažil vždy v letních měsících něco přivydělat na brigádách. Roznášel noviny, vyrovnával zboží v obchodě a tak podobně. V dětství byl často s babičkou a dědou. Měl je moc rád. Když mu bylo 15 let, děda zemřel při autonehodě. Bylo to pro něho smutné období. Babičku dál navštěvuje. Matka měla několik partnerů, ale po krátké době se vždy od nich odstěhovali pro velké hádky. Většinou byly zdrojem hádky peníze. Vždy měl nějaké kamarády, nyní má jednoho ve škole.

RA: Matce je 43 let, léčí se s periodickou depresivní poruchou již od jeho narození, alergie na roztoče, prach a pyl, jinak zdravá. Babička z matčiny strany má artrózu kolen 2. stupně, je jí 65 let, děda se léčil s anginou pectoris, tragicky zahynul v 59 letech. O otci a jeho rodině žádné informace nemá. Matka neví, že by se s něčím léčil.

OA: Porod přirozený, fyziologického průběhu, běžné dětské nemoci, alergie na pyl a prach, má mírnou nadváhu, jinak fyzicky zdravý. Už jako malý, asi v době, kdy začal chodit do školy, míval úzkosti, bolel ho žaludek, ale vždy to nějak zvládnul a nikomu o tom neřikal. Poprvé ho na psychiatrii přivedla matka po úmrtí dědy v 15 letech, měl velmi špatnou náladu a nesnesitelné úzkosti, nemohl chodit do školy a nic ho nebavilo, nemohl jíst, chtělo se mu zvracet. Dostal nějaké léky a po měsíci začal chodit opět do školy, cítil se lépe. Od té doby dochází na kontroly. Jsou i období, kdy nemusí brát žádné léky. Hospitalizován nikdy nebyl. Nekuřák, alkohol velmi málo, jiné drogy neguje, na střední škole zkoušel kouřit marihuanu, ale nedělalo mu to dobře.

Nynější onemocnění: Poslední dobou cítí velký tlak ve škole, má mnoho učení, nezvládá to tak jak by chtěl. Už jednou na rok školu přerušil, vystřídal několik brigád, pak se rozhodl, že školu chce dodělat a nastoupil do třetího ročníku. Špatně spí, špatně se soustředí. Je úzkostný více než je potřeba, zase tak špatné výsledky nemá, ale je s nimi nespokojený. Všechno na něho padá a neví, co s tím. Léky, které mu vždy pomáhaly, nezabírají, proto mu jeho psychiatr doporučil hospitalizaci a on souhlasil.

Karolína

35 let, v současné době je rok na mateřské dovolené se synem Filipem, kterého má se svým přítelem. Je to její první dítě. Žijí ve společné domácnosti v pronajatém bytě, ale zatím se nevzali. Finančně vycházejí. Vystudovala přírodovědeckou fakultu. Přítel pracuje jako automechanik. Má oba rodiče, ale jsou 5 let rozvedení, vztahy s nimi má dobré, hlavně

s matkou. Otec vždy hodně pracoval, jezdil po montážích, a tak býval málo doma. Matka si dodělávala vysokoškolské vzdělání, proto ji musela dávat od jednoho roku do jeslí. Často si stěžovala, že je na domácnost sama a nikdo ji nepomůže. Prázdniny trávila na dětských táborech nebo u babičky a dědy, matčiných rodičů. Rodiče otce vídala málo. Má o 5 let mladší sestru, hodně se oni starala. Ta je čtyři roky vdaná a má dvě dcery. Své dětství klientka popisuje jako dobré, nemá žádné vysloveně špatné vzpomínky.

RA: Matce je 60 let, má problémy se spánkem, proto bere hypnotika, která ji předepisuje praktická lékařka, léčí se se štítnou žlázou, vysokým cholesterolem, prodělala rakovinu děložního čípku. Otec, 60 let, léčen na hypertenzi, vysoký cholesterol a diabetes na PAD. Babička z matčiny strany je 85 let, má cukrovku 2. stupně, píchá si inzulín. Děda zemřel před dvěma lety ve věku 84 let na karcinom prostaty. Rodiče z otcovy strany již také nežijí. Babička zemřela na CMP. Děda zemřel na rakovinu ledviny. Sestra je zdravá.

OA: Běžné dětské nemoci, často trpěla zánětem středního ucha, v 10 letech si zlomila malíček na pravé ruce, když skočila z prolézačky. Před třemi lety podstoupila laparoskopicky odstranění žlučníku. Léčí se se štítnou žlázou jako matka, alergii má na citrusové plody a jahody, když začala chodit do práce, trpěla nechutenstvím, nespavostí a bušením srdce. Byla několikrát vyšetřena interně, dělali ji opakovaně EKG a podstoupila gastrokopii, vše však bylo v pořádku. Když obtíže nepřestávaly, její obvodní lékařka ji poslala na psychiatrické vyšetření. Od 27 let se léčí na psychiatrii ambulantně, toto je její první hospitalizace. Je nekuřačka, alkohol jen občas, drogy nikdy neužívala.

Nynější onemocnění: Má pocit, že na ni všechno doma padá, stálá péče o malého ji vyčerpává, zdá se jí, že to nikdy neskončí. Má výčitky, že je špatná matka, měla by se z něho radovat, a ne být nešťastná. Špatně spí a nemá chuť jíst. Poslední měsíc není schopná domácnost zvládnout tak, jak zvládala, přítel si vzal dva týdny dovolenou, aby jí pomohl. I matka se jí snaží pomáhat hlídáním syna. Se svým psychiatrem se dohodli na hospitalizaci, aby si odpočinula a aby se upravila medikace.

Věra

65 let, 12 let rozvedená. S bývalým manželem má tři dospělé děti, dva syny a jednu dceru ve věku 46, 40, 38 let. S dětmi má dobrý vztah. Je ráda, když ji navštíví společně s vnoučaty. Nejstarší syn má dva kluky a dcera jednoho. Již je ve starobním důchodu. Před tím pracovala dlouhá léta jako ošetřovatelka v domově pro seniory, byla to náročná práce, ale měla ji ráda. Šest let má přítele, žijí každý sám. Oba mají vlastní malý byt ve stejném městě.

Navštěvují se, jezdí společně na výlety, chodí do kina. Vyhovuje ji to tak. Ze svého dětství si nejvíce vzpomíná na to, jak maminka měla hodně starostí, hodně si jí na to stěžovala, i na otce, který byl alkoholik a doma moc nepobýval. Měli málo peněz. Byla nejstarší ze čtyř dětí.

RA: Matka zemřela ve věku 85 let na komplikace spojené s diabetem, otec v 58 letech na cirhózu jater. Sestra má hypofunkci štítné žlázy, diabetes 2. stupně, bratr se léčí s rakovinou plic, nejmladší bratr zemřel na srdeční selhání.

OA: Běžné dětské nemoci, v osmi letech prodělala zápal plic, má diabetes 2. stupně na PAD, hypofunkci štítné žlázy, arteriální hypertenzi. Tři fyziologická těhotenství a porody. Alergie na jahody, pyl a roztoče. Na psychiatrii léčena od roku 2000, stále ji bušilo srdce, a špatně se jí dýchalo, nemohla spát. Když bylo interní vyšetření v pořádku, tak ji tam poslala obvodní lékařka. Zde se dozvěděla, že jsou to úzkosti, přidala se k tomu i špatná nálada. Je hospitalizovaná potřetí. Stejně jako teď se necítila dobře, měla silné bušení srdce, nemohla spát a nic ji nebavilo. Alkohol, kouření i drogy nejuje.

Nynější onemocnění: Od té doby, co prodělala onemocnění covid-19, je unavená, a její psychické obtíže se zhoršily. Nemůže spát a buší ji srdce, má obavy, že se to již nikdy nezlepší. Bojí se, že se o sebe nepostará, má problémy ráno vstát z postele. Předchozí hospitalizace ji vždy pomohly, načerpala sílu, proto byla ráda, že ji sem paní doktorka doporučila.

Linda

18 let, studentka gymnázia, za rok bude maturovat. V létě chodí na brigády do zahradnictví. Žije s rodiči v rodinném domě a mladší sestrou. Má svůj vlastní pokoj, s rodiči celkem vychází, s mamkou více, táta hodně pracuje. Dětství měla pěkné, ve škole s dětmi vycházela, měla kamarádky. Nyní má dvě kamarádky, ve škole to celkem zvládá podle toho, jak se cítí. Má půl roku přítele, je to její první vážný vztah. Finanční problémy nemá, rodiče ji podporují. Vše vypadá dobře, jen kdyby neměla ty úzkosti a pocity, že nic nezvládne.

RA: Matka 43 let, s ničím se neléčí, otec 42 let, vyšší cholesterol, jinak se s ničím neléčí, sestra 10 let, zdravá. Babička z matčiny strany má křečové žíly na nohou, podstoupila hysterektomii. Děda z matčiny strany prodělal dvakrát infarkt myokardu, babička z otcovy strany se léčí se štítnou žlázou a anémií.

OA: Běžné dětské nemoci, adenotomie, časté záněty močového měchýře, menzes od 11 let, časté bolesti hlavy. Nyní se somaticky s ničím neléčí. Na psychiatrii léčena tři roky, pro úzkosti a špatnou náladu, nyní první hospitalizace.

Nynější onemocnění: Asi před měsícem se začala cítit čím dál hůř, i když k tomu nemá žádný důvod. Léky od paní doktorky bere pravidelně tak, jak má, ale nelepší se to, má úzkosti a bojí se, že se něco stane, co, to neví, něco nepříjemného. Tyto pocity jí kazí celý den. I přítel je z toho bezradný, bojí se, aby se s ní nerozešel. Souhlasila s navrženou hospitalizací, aby se to zlepšilo.

Aleš

56 let, rozvedený, manželka si našla jiného partnera a opustila ho i s dětmi před dvaceti lety. Má dva dospělé syny, stýkají se. Vztah má s nimi dobrý. Byl mnoho let sám, občas krátká známost. Pět let má přítelkyni, která se k němu před třemi lety přistěhovala. Bydlí v pronájmu. Vystudoval vysokou školu strojní, obor chladicí technika, má titul Ing. V období, kdy se rozváděl, mu zkrachovala soukromá firma, kterou vlastnil. Dostal se do velkých dluhů a velmi dlouho se z toho vzpamatovával. Nyní má již novou firmu, která celkem prosperuje, i když neví, jak to dlouho vydrží, situace u nás i ve světě je nejistá.

RA: Matka 80 let, má artrózu v obou kyčlích, špatně se pohybuje, diabetes 2. stupně, píchá si inzulín, je po karcinomu prsu. Otec 82 let, hypertenze, vysoký cholesterol, operace tříselné kýly vlevo. Bratr 52 let, léčí se několik let na psychiatrii s depresí a nespavostí. Důvod úmrtí prarodičů neví.

OA: Běžné dětské nemoci, v pěti letech zánět slepého střeva, které bylo operativně odstraněno, v patnácti letech si zlomil levou nohu při lyžování, občas nachlazení. Nyní se somaticky s ničím neléčí. Na psychiatrii se léčí ambulantně dva roky, pro úzkosti se somatickými příznaky a špatnou náladu. Alkohol občas, kuřák, kouří 10 někdy i více cigaret denně, drogy neguje.

Nynější onemocnění: Často zažívá pracovní stres, bojí se budoucnosti a vše vidí moc černě, svírá se mu z toho hrdlo a špatně dýchá, brní ho celé nohy. To zažil už mnohokrát, vždy to nějak zvládal, dva roky se léčí u svého psychiatra, hospitalizován je poprvé. Léky mu moc nezabíraly, tak mu zdejší lékaři snad pomůžou.

7 TANEČNĚ-POHYBOVÁ TERAPIE V RÁMCI VÝZKUMNÉ SONDY

Pro práci při setkáních byly využity informace a zkušenosti získané při studiu oboru Tanečně-pohybová terapie na Akademii Alternativa. Některé aktivity byly mírně obměněny podle vlastních zkušeností a představ a aktuální situace. Setkání se účastnili celkem čtyři klienti, jeden muž a tři ženy. Stanovená struktura setkání byla u všech šesti setkání zachována. Všechna setkání proběhla bez jediné absence a všichni klienti se vždy plně zapojili do prováděných aktivit. Původní rozplánování šesti setkání do šesti týdnů bylo z vážných důvodů pozměněno na pět týdnů.

7.1 Úvodní setkání

Na začátku úvodního setkání se sešly obě skupiny, znovu bylo probráno, co je od klientů v rámci výzkumné sondy očekáváno, v čem se obě skupiny liší, zodpovězeny byly další dotazy. Klienti poté podepsali písemný souhlas se zapojením do výzkumného šetření. Vyplnili potřebné vstupní dotazníky a byl domluven termín a místo závěrečného setkání, kde se sejdou opět obě skupiny a vyplní výstupní dotazníky. Klientům z druhé kontrolní skupiny bylo poděkováno a mohli odejít. S první, základní, skupinou byla probrána stanovená pravidla a to, že proběhne 6 setkání 1x týdně vždy v úterý od 13.00 hod. v prostoru kliniky zvaném Rotunda, délka jednoho setkání bude 45 minut. Klient může každé setkání a aktivity s ním spojené přizpůsobovat svému aktuálnímu tělesnému a psychickému stavu, případnou neúčast předem sdělí. V závěru byla dohodnuta konkrétní data všech šesti setkání.

Před čtvrtým setkáním nastaly nové skutečnosti. Vzhledem k tomu, že dva klienti ze základní skupiny měli být propuštěni dříve, než byl původní plán, a nemohli by se zúčastnit posledního setkání, bylo páté setkání přesunuto už na čtvrtek ve 13.00 hod. ve stejném týdnu jako proběhlo čtvrté setkání. Závěrečné setkání obou skupin se uskutečnilo oproti plánu o týden dříve.

7.2 Struktura setkání

Všechna setkání se řídila předem stanovenou strukturou, kterou se podařilo dodržet beze změn.

- Téma setkání,
- docházka,
- časová dotace,
- prostředky,
- hudba,
- přivítání,
- úvodní reflexe,
- rozehrání,
- vlastní práce,
- cíl cvičení,
- řízený rozhovor,
- uzavření setkání,
- závěrečná reflexe,
- rozloučení.

Úvodní reflexe

Na začátku každého setkání klienti sdělovali, jak se aktuálně cítí, případně co ovlivnilo jejich současné prožívání, jak jsou připraveni na setkání a provádění aktivit spojených s tanečně-pohybovou terapií.

Řízený rozhovor

Klienti se vyjadřovali k jednotlivým cvičením, odpovídali na otázky, jak se během cvičení cítili a jak se jim jednotlivá cvičení prováděla, co jim přinesla.

Závěrečná reflexe

Klienti měli po ukončení cvičení v rámci tanečně-pohybové terapie sdělit, jak se celkově cítí a jak jim vyhovuje vedení terapeuta.

Shrnutí setkání s terapeutem

Každé setkání je zhodnoceno ze strany terapeuta. Základem pro tato shrnutí byly výpovědi klientů, jejich pozorování během aktivit i při rozhovorech a vnímání celkové atmosféry setkání.

7.3 Popis jednotlivých setkání

Proběhlo celkem šest setkání, která se řídila předem stanovenou strukturou ve stejně vymezeném čase. Účastnili se vždy všichni klienti, což znamenalo jeden muž a tři ženy. Každé setkání obsahuje hlavní téma setkání, docházku, časovou dotaci, popis použitých aktivit a jejich cíle, popis použitých prostředků, použitou hudbu. Dále úvodní reflexi všech čtyř klientů, řízený rozhovor, závěrečnou reflexi a shrnutí setkání terapeutem. Všechna setkání probíhala se supervizí klinického psychologa.

7.3.1 První setkání

Téma setkání: Seznámení se s prostorem, navázání vztahu klienti-terapeut

Docházka: 4 klienti

Časová dotace: 45 minut

Prostředky: Míč, karimatky

Hudba: 2. cvičení mix písní Annie Lennox-A Whiter Shade of Pale a Gary Glitter-Rock And Roll, part 1and 2

Rozehřátí: Seznámení klientů s prostorem a postupné rozhýbání celého těla formou předcvičování terapeuta, kdy klienti cviky opakují.

Vlastní práce:

1. cvičení: Seznámení klientů při házení s míčem

Klienti si navzájem házejí míčem, ten, který hází míč řekne své jméno, ten, který míč chytí, jméno zopakuje a hází dalšímu. Takto se to několikrát zopakuje. Následuje

změna. Házející řekne jméno klienta, kterému míč hází a opět se několikrát zopakuje, aby se všichni prostřídali.

Cíl cvičení: Vzájemné seznámení klientů, procvičení pozornosti, soustředění a paměti.

2. cvičení: Rychle a pomalu

Klienti se pohybují volně v prostoru za doprovodu hudby. Rychlá skladba je střídána s pomalou a úkolem klientů je svůj pohyb a tempo přizpůsobovat.

Cíl cvičení: Procvičení pozornosti a soustředění. Střídání napětí a uvolnění.

3. cvičení: Relaxace

Klienti leží na zemi na podložce a provádějí nácvik řízeného dýchání do trojúhelníku.

Cíl cvičení: Celkové zklidnění a uvolnění.

Úvodní reflexe – aktuální stav klienta a s čím do setkání přichází

Anna: Na setkání přišla s nejistotou, zda vše zvládne, ale je ochotná to vyzkoušet.

Romana: Přišla a uvidí, co ji to přinese, neví, co by k tomu více řekla.

Dana: Má horší náladu, cítí úzkost, snad to bude dobré.

Martin: Dnes se špatně vyspal a nechce se mu nic moc dělat.

Řízený rozhovor – rozebrání jednotlivých cvičení, jak se klient při nich cítil, co mu šlo dobře a s čím měl problém

Anna: Házením s míčem se trochu uvolnila, jen se musela hodně soustředit na jména, aby je nespolekla. Tak to bylo i při skladbě „rychle a pomalu, ale trochu se tomu zasmála. Relaxaci zná již déle, trochu ji zklidnila.

Romana: Házení s míčem ji pobavilo, míč ji často padal na zem, někdy nevěděla jméno, byla popletená. Hýbat se podle hudby pomalu nebo rychle jí šlo. Dýchání moc ne.

Dana: Nebyla se schopná soustředit, pletla jména, u druhého cvičení reagovala opožděně. Při relaxaci na to myslela, klidnější moc není.

Martin: Ze začátku se musel hodně přemáhat, aby cvičení prováděl, ale když viděl ostatní, jak se snaží, trochu to překonal.

Závěrečná reflexe – aktuální stav klienta, jeho celkový dojem ze cvičení a vedení setkání terapeutem

Anna: Cítí se lépe, vše zvládla celkem dobře, vedení terapeuta bylo dobré.

Romana: I přesto, že by potřebovala cvičení déle trénovat, aby je dělala správně, cítí se uvolněnější. K vedení terapeuta neví, co říct.

Dana: Snad se jí příští setkání povede lépe, vedení terapeuta dobré.

Martin: U cvičení rychle a pomalu nevěděl, jak se má pohybovat, bylo mu trapně, pak se inspiroval od ostatních, a to mu pomohlo. Cítí se lépe. Vedení terapeuta celkem dobré.

Shrnutí setkání s terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Klienti se navzájem moc neznali. Vzájemný ostych byl znát celé setkání o to víc u jediného muže. Na začátku byli všichni hodně nejistí, seznamovali se navzájem mezi sebou a s novým prostorem. Snažili se provádět cvičení co nejlépe, až jim to bránilo více se uvolnit. Když poznali, že cvičení nejsou až tak náročná, nastalo větší uvolnění, zklidnění a zlepšení nálady. Cíl setkání byl splněn.

7.3.2 Druhé setkání

Téma setkání: Orientace v prostoru, práce ve dvojicích

Docházka: 4 klienti

Časová dotace: 45 minut

Prostředky: Plastová, barvená víčka od PET lahví, karimatky

Hudba: 3. cvičení Hudba proti stresu, 1. skladba Happy river

Rozehřátí: Rozcvičení: Postupné rozhybání celého těla formou předcvičování terapeuta, kdy klienti cviky opakují.

Vlastní práce:

1. cvičení: Zopakování si jmen jednotlivých klientů

Každý klient postupně řekne a vytleská své jméno (jedno jakým způsobem). Ostatní to po něm 3x zopakují.

Cíl cvičení: Upevnění znalosti jmen klientů ve skupině. Procvičení soustředění a pozornosti.

2. cvičení: Hra s barevnými víčky

- a) Rozmístění barevných víček volně po prostoru. Každý klient samostatně.
- b) Vytvoření dvojic klientů. Jeden ze dvojice si šátkem zaváže oči a druhý ho vodí po místnosti tak, aby nasbírali co nejvíce víček požadované barvy. Pak si roli ve dvojici vymění.

Cíl cvičení: Procvičení spolupráce ve dvojici – nácvik důvěry, soustředěnosti a jemné motoriky. Být v přítomném okamžiku.

3. cvičení: Relaxace

Klienti leží na zemi na podložce a provádějí nácvik řízeného dýchání do trojúhelníku.

Cíl cvičení: Celkové zklidnění a uvolnění.

Úvodní reflexe-aktuální stav klienta a s čím do setkání přichází

Anna: Po zkušenosti z prvního setkání přichází s daleko menší nejistotou, zda to zvládne, má mírnou úzkost, ani neví z čeho, bolí ji hlava. Zamračené počasí na ni působí negativně.

Romana: Přišla i když dnes nemá nejlepší den, kamarádka měla přijít na návštěvu, ale je nemocná, cítí se sama a unavená, tak uvidí, jak to půjde.

Dana: Cítí tíhu v celém těle, snad se rozhýbe.

Martin: Přemýšlel o zkušenosti z minulého setkání, čím více se snažil, tím méně mu to šlo, ale zkusí vytrvat. Nálada nic moc. Raději by ležel v posteli.

Řízený rozhovor – rozebrání jednotlivých cvičení, jak se klient při nich cítil, co mu šlo dobře a s čím měl problém

Anna: Rozhýbání těla bylo dobré, pamatovat si tři jména jí už nedělá problém, netušila, že se dá cvičit s víčky, chodit se zavázanýma očima bylo horší, hlavně když se měla spolehnout na kolegu. Relaxace dobrá.

Romana: Předcvičované cviky zvládala, hraní s víčky ji pobavilo, chodit po slepu musela velmi pomalu, kolegyně jí hodně pomáhala. Dýchání jí moc nešlo.

Dana: Cvičení na začátku ji trochu pomohlo s rozhýbáním, vytleskání svého jména zvládla, ostatní to po ní bez problému zopakovali. Při cvičení s víčky se nechala od kolegyně pomalu vést s důvěrou. Dýchání musí ještě trénovat, v hlavě se jí honí hodně myšlenek.

Martin: Rozcvičení dobrý, jméno taky vytleskal, s víčky si pohrál a byl rád, že to nebylo nic těžšího, chodit se šátkem na očích za pomoci kolegyně bylo v pohodě. U relaxace občas myslel na něco jiného.

Závěrečná reflexe – aktuální stav klienta, jeho celkový dojem ze cvičení a vedení setkání terapeutem

Anna: Celkově se cítí lépe, bolest hlavy je menší, děkuje terapeutce.

Romana: Na své starosti aspoň na chvíli zapomněla a je to lepší, vedení dobré.

Dana: Rozhýbala se, je ráda, že cvičení zvládala, to jí zlepšilo náladu. Vše dobré.

Martin: Je rád, že přišel a něco dělal. Vedení terapeuta celkem dobré.

Shrnutí setkání terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Klienti přišli v pokleslé náladě, unavení a jen s malou chutí něco dělat, k čemuž zřejmě přispělo i deštivé počasí. Proto jsem zvolila klidnější cvičení. I to jim, jak se zdálo, dodalo chuť se zapojit. Začali se snažit, což se stále zlepšovalo. Navzájem se k sobě chovali přátelsky. Ženy jediného muže podporovaly. Na koci setkání bylo znát uvolnění a zlepšená nálada. Cíl splněn.

7.3.3 Třetí setkání

Téma setkání: Napětí a uvolnění

Docházka: 4 klienti

Časová dotace: 45 minut

Prostředky: Karimatky

Hudba: 2. cvičení Lost Frequencies feat. Janieck Devy – Reality, 3. cvičení Hudba proti stresu, 1. skladba Happy river

Rozehřátí: Rozcvičení: Postupné rozhýbání celého těla formou předcvičování terapeuta, kdy klienti cviky opakují.

Vlastní práce:

1. cvičení: Ztvárnění jména pohybem

Postupně každý klient ztvární své jméno libovolným pohybem, aniž by ho řekl, ostatní pohyb zopakují a řeknou jeho jméno.

Cíl cvičení: Procvičení pozornosti, soustředění a paměti.

2. cvičení: Rozjezd a stop

Při rychlejší hudební skladbě se všichni klienti pohybují po prostoru. Při nečekaném přerušení skladby se musí zastavit a zůstat v poloze, ve které se právě nacházejí. Při opětovném spuštění skladby pokračují v pohybu. Přerušení a spuštění se provede několikrát během skladby.

Cíl cvičení: Procvičení pozornosti a soustředění, střídání napětí a uvolnění.

3. cvičení: Relaxace

Klienti leží na zemi na podložce a provádějí nácvik řízeného dýchání do trojúhelníku.

Cíl cvičení: Celkové zklidnění a uvolnění.

Úvodní reflexe-aktuální stav klienta a s čím do setkání přichází

Anna: Cítí se celkem dobře, jen občas mírná úzkost, je zvědavá, co budeme dnes dělat.

Romana: Má trochu horší náladu, ale nic špatného se jí neděje. Snad to dnes dá.

Dana: Jde to, bude se snažit.

Martin: Celkem dobré, ale nutil se, aby přišel.

Řízený rozhovor-rozebrání jednotlivých cvičení, jak se klient při nich cítil, co mu šlo dobře a s čím měl problém

Anna: rozcvička dobrá, i doma si sama někdy zacvičí, s myšlenkou, jak pohybem ztvárnit své jméno je spokojená, při 2. cvičení se i nasmála, bylo těžké se rychle zastavit, cítila velké uvolnění, relaxace dobrá.

Romana: trochu se rozhýbala, trochu nejistě ztvárnila své jméno, jména ostatních už zná dobře, špatně zvládá udržet rovnováhu, Na dýchání si zvyká, jde to líp.

Dana: cvičení dobré, měla problém se včas zastavit, ale spíš ji to rozesmálo a zlepšilo náladu, dýchání si cvičí i sama.

Martin: Vše šlo, dělalo se mu to dobře, akorát moc nevěděl, jak ztvárnit své jméno, při hudbě se uvolnil.

Závěrečná reflexe-aktuální stav klienta, jeho celkový dojem ze cvičení a vedení setkání terapeutem

Anna: Zlepšila se jí nálada, úzkost necítí, cvičení i vedení dobré.

Romana: Dala to, zlepšila se jí nálada, se vším je spokojená.

Dana: Unavená z pohybu, ale cítí se dobře. Vedení terapeutky je fajn.

Martin: Je zase rád, že přišel, tady ho to nutí něco dělat, cítí se lépe, tak dobrý.

Shrnutí setkání s terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Bylo znát, že klienti se již lépe znají, chovali se k sobě podpůrně a ohleduplně, snažili se cvičení provádět správně, napětí a nejistota z nich ustoupila, dokázali se zasmát sami sobě. V prostoru se pohybují bez problémů. Jedinému muži, ještě trochu nejistému, se to ženy snažily ulehčit přátelským povzbuzováním. To se jim z velké části podařilo. Cíl splněn.

7.3.4 Čtvrté setkání

Téma setkání: Ženská část v nás

Docházka: 4 klienti

Časová dotace: 45 minut

Prostředky: Nafukovací balónky, plastová barevná víčka od PET lahví, karimatky

Hudba: 2. cvičení Lara Fabian – Je suis Malade, 3. cvičení Hudba proti stresu, 1. skladba Happy river

Rozehřátí: Postupné rozhýbání celého těla. Každý klient chvíli předcvičuje několik cviků a ostatní klienti po něm cviky opakují.

Vlastní práce:

1. cvičení: Házení s nafukovacími balónky

Klienti si nafouknou každý svůj balónek a pinkají si s ním o různé části těla tak, aby nespadol na zem. Po chvíli vytvoří dvojice. Každá dvojice má jen jeden balónek a pinkají si společně, opět tak aby nespadol na zem.

Cíl cvičení: Orientace v prostoru, nácvik koordinace, spolupráce, uvolnění.

2. cvičení: Tanec s balónkem

Každý klient má svůj nafukovací balónek, zaposlouchá se do pomalé skladby a roztančí se s balónkem, jakkoliv ho napadne.

Cíl cvičení: Naladění se na svou ženskou část v sobě, získání sebedůvěry, uvolnění.

3. cvičení: Relaxace s víčky

Klienti vytvoří dvojice, jeden z dvojice si lehne na záda na podložku a druhý klient postupně pokládá na jeho tělo víčka a celé ho jimi pokryje a opět postupně víčka sbírá. Po dokončení si role vymění.

Cíl cvičení: Celkové zklidnění, uvolnění.

Úvodní reflexe-aktuální stav klienta a s čím do setkání přichází

Anna: Nálada nic moc, dcera má ve škole nějaké neshody se spolužačkou, musí na to myslet, je z toho úzkostnější. Věří, že se tu trochu odreaguje.

Romana: Nálada lepší, úzkost téměř žádná, je zvědavá, co ji dnes čeká.

Dana: Dnes je dobře, jen jí trochu bolí hlava.

Martin: Snažil se učit do školy, to ho zúzkostnilo, raději šel sem.

Řízený rozhovor-rozebrání jednotlivých cvičení, jak se klient při nich cítil, co mu šlo dobře a s čím měl problém

Anna: Rozcvičení pohoda, pinkání s balónkem uvolnění a legrace, tanec s balónkem krása, relaxace s víčky příjemná.

Romana: Některé cviky nezvládla správně provést, šetřila se, pinkání s nafukovacím balónkem ji bavilo, ale často ho sbírala ze země, tančit s balónkem byl příjemný pocit, nevnímala nic jiného, relaxace pěkná.

Dana: Některé cviky byly náročnější, už není tak ohebná, pinkání dobré, jen by potřebovala více šikovnosti, tanec s balónkem ji rozesmál, relaxaci si užila.

Martin: rozcvička dobrá, pinkání s balónkem ho bavilo, u tance s balónkem měl pochyby, kde tu ženskou část v sobě najde, ale moc ho překvapilo, že když překonal počáteční rozpaky, měl dobrý pocit, relaxace ujde.

Závěrečná reflexe – aktuální stav klienta, jeho celkový dojem ze cvičení a vedení setkání terapeutem

Anna: Dnešní setkání ji hodně bavilo, odreagovala se od starostí o dceru a uvolnila. K vedení terapeutkou bez připomínek.

Romana: Cítí se dobře, vše dobré, nemá co dodat.

Dana: Taky se cítí dobře i hlava jí přestala bolet, terapeutka je vede dobře.

Martin: Bylo to vše pro něho uvolňující, cítí se dobře pod vedením terapeuta.

Shrnutí setkání terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Klienti si na sebe již zvykli, snížila se jejich sebekontrola. Prováděli jednotlivá cvičení se zájmem, každý v rámci svých možností, v radostné a uvolňující atmosféře. Působili, jako by se znali už dlouho. Proběhlá setkání a společně prováděná cvičení je stmelila do hromady, což potvrdila přátelská atmosféra. Cíl splněn.

7.3.5 Páté setkání

Téma setkání: Muž a ženy

Docházka: 4 klienti

Časová dotace: 45 minut

Prostředky: Míč, karimatky

Hudba: 1. cvičení ABBA – I Still Have Faith In You, 2. cvičení The B-52's-Love Shack, 3. cvičení Hudba proti stresu, 2. skladba Leaves and feathers

Rozehřátí: Rozhýbání a uvolnění pomocí hry s míčem. Klienti si libovolně navzájem házejí s míčem, pinkají a pobíhají.

Vlastní práce:

1. cvičení: Zrcadlení

Klienti vytvoří dvojice. Jeden klient vede, to znamená, že předvádí pohyby, které druhý po něm napodobuje. Nejprve na stejnou stranu, poté na opačnou. Po určitém čase si klienti role vymění.

Cíl cvičení: Procvičení pozornosti a soustředění, naladění se na toho, kdo vede, uvolnění.

2. cvičení: Muž a ženy

Klienti tančí na skladbu. Na část skladby, kde zpívá muž, tančí klient, na část, kde zpívají ženy, tančí klientky. Na část skladby, kde zpívá muž i ženy, tančí všichni dohromady.

Cíl cvičení: Procvičení pozornosti a soustředění, prožití si ženské a mužské energie, spolupráce, uvolnění.

3. cvičení: Relaxace – zkrácený autogenní trénink

Klienti leží v relaxační pozici na podložce a podle pokynů terapeuta při relaxační hudbě se soustředí na svůj dech a pocity v těle.

Cíl cvičení: Celkové uvolnění a zklidnění.

Úvodní reflexe – aktuální stav klienta a s čím do setkání přichází

Anna: Má dobrou náladu, úzkosti vymizely, přišla ráda a bez obav.

Romana: Špatně spala, přemýšlí, jak to bude po propuštění a má z toho mírné obavy.

Dana: Má dobrou náladu, dnes přijde manžel a půjdou spolu na procházku.

Martin: Cítí se dobře, zlepšilo se mu soustředění při učení.

Řízený rozhovor-rozebrání jednotlivých cvičení, jak se klient při nich cítil, co mu šlo dobře a s čím měl problém

Anna: Už hra s míčem ji pobavila a uvolnila, zrcadlení jí šlo nejlépe, když napodobovala na stejnou stranu, 2. cvičení se jí líbilo, relaxace to pěkně ukončila.

Romana: Házení s míčem dobré, při zrcadlení si byla dost nejistá, když měla předvádět, napodobování bylo jednodušší, při tančení na ženský zpěv to chtělo více pozornosti, při relaxaci se uvolnila.

Dana: Rozhýbání s míčem bez problému, zrcadlení ji celkem šlo v obou případech, při napodobování na opačnou stranu se musela víc soustředit stejně jako při tanci ženy, muž. Relaxace ji přinesla zklidnění.

Martin: Cvičení s míčem v pohodě, u zrcadlení nejistota, větší při vedení, při tancování na mužský zpěv byl nejprve hodně nejistý, protože tancoval sám, ale společně se tomu zasmáli, to ho uvolnilo stejně jako relaxace.

Závěrečná reflexe – aktuální stav klienta, jeho celkový dojem ze cvičení a vedení setkání terapeutem

Anna: Cítí se dobře, uvolněná, má dobrou náladu, děkuje terapeutce.

Romana: Je uvolněná, cítí se lépe, na své obavy při setkání zapoměla. Vedení dobré.

Dana: Cítí se stále dobře, terapeutka si vše dobře připravila.

Martin: Cítí se dobře, už si na ostatní zvykl a nevádí mu, že je tu jediný muž. To je vše co chtěl říct.

Shrnutí setkání terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Při setkání bylo znát, že se už všichni dobře znají, opadl počáteční ostych a dokázali si cvičení užít, když jim něco nešlo, neodradilo je to. Vždy se setkali s podpůrnou odezvou od ostatních. Mladého muže si ženy hýčkaly ve svém středu. Setkání proběhlo převážně v uvolněné a radostné atmosféře. Cíl splněn.

7.3.6 Šesté setkání

Téma setkání: Smutek a radost

Docházka: 4 klienti

Časová dotace: 45 minut

Prostředky: Malý molitanový míček, karimatka

Hudba: 1. cvičení Robbie Williams – Angels, ABBA – Dancing Queen, 2. cvičení Altamira – Slavnostní tanec, 3. cvičení Hudba proti stresu, 3. skladba Watchful giants

Rozehřátí: Rozhýbání a uvolnění při hře na vybíjenou. Klienti se navzájem snaží vybít malým míčkem.

Vlastní práce:

1. cvičení: Smutek a radost

Klienti se libovolně pohybují a tančí na skladby nejprve smutně laděnou, poté vesele laděnou.

Cíl cvičení: prožití a uvolnění smutku, prožití radosti a uvolnění.

2. cvičení: Rytmické bubny

Klienti při skladbě s bubny vyjadřují tělesnými pohyby tento rytmus. Mohou dupat, tleskat, poskakovat, mávat rukama, zakřičet....

Cíl cvičení: Vybití napětí pomocí spontánního projevu, uvolnění.

3. cvičení: Relaxace – zkrácený autogenní trénink

Klienti leží v relaxační pozici na podložce a podle pokynů terapeuta při relaxační hudbě se soustředí se na svůj dech a pocity v těle.

Cíl cvičení: Celkové zklidnění, uvolnění.

Úvodní reflexe-aktuální stav klienta a s čím do setkání přichází

Anna: Je už myšlenkami doma, neví, jak to zase bude zvládat, věří, že ano. Z toho má mírnou úzkost jinak dobré.

Romana: Udělala si plán aktivit až bude doma, víkendovou propustku zvládla dobře, je klidnější, nálada ujde.

Dana: Cítí se dobře, dnes je ale mírně nesoustředěná, nálada lepší.

Martin: Nálada fajn, občas mírná úzkost z dohánění zameškaného učení.

Řízený rozhovor – rozebrání jednotlivých cvičení, jak se klient při nich cítil, co mu šlo dobře a s čím měl problém

Anna: Hra s míčem ji vždycky rozhýbe, překvapilo ji, že si 1. cvičení dokázala užít. Uvolnilo ji to a přidalo energii. Rytmické bubny skvělé, při relaxaci se krásně vydýchala.

Romana: Při hře s míčem byla často vybitá, ale nevádí jí to, nasmála se, při prožívání smutku a radosti toho moc necítila, byla nejistá, jak to ztvárnit pohybem. Na bubny se snažila a hodně se u toho zadýchala, to pomohla relaxace.

Dana: Hraní s míčem ji baví, 1. cvičení jen tak protančila sama se sebou, bubny si užila.

Martin: S míčem zábava a rozhýbání, na smutek se jen tak pohyboval, radost ho bavila, bubny dost dobrý. Relaxací pěkné ukončení.

Závěrečná reflexe – aktuální stav klienta, jeho celkový dojem ze cvičení a vedení setkání terapeutem

Anna: Cítí se výborně a má pocit, že vše zvládne. Vedení terapeutky v pohodě.

Romana: Náladu má dobrou, všechna ta setkání rychle utekla. Vedení terapeutky bez připomínek.

Dana: Náladu má lepší než před setkáním, vše dobré.

Martin: Náladu má stále dobrou, je rád, že ta setkání jako jediný muž ustál, přes počáteční rozpaky. Je rád, že se zúčastnil a děkuje za to.

Shrnutí setkání terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Klienti si byli schopní jednotlivé aktivity více užít, s tím, že jim nešlo vše dokonale, se nestresovali, chovali se k sobě navzájem přátelsky a ohleduplně bez ostychu. Cítit byla mírná únava a dobrý pocit, že všechna setkání zvládli a jsou zakončená. Naproti tomu byla znát mírná lítost, že se již nebudou společně potkávat. Cíl splněn.

8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉ SONDY

Sběr dat byl proveden pomocí sebehodnotících dotazníků (BAI, BDI-II) (viz příloha 1 a 2) od klientů lůžkového oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové se společnou diagnózou smíšená úzkostně depresivní porucha. Jednalo se o vzorek klientů, kteří vytvořili dvě skupiny. Základní skupinu tvořil jeden muž a tři ženy, tito klienti se účastnili setkání s technikami tanečně-pohybové terapie. Kontrolní skupinu tvořil také jeden muž a tři ženy, tito klienti se setkání s technikami tanečně-pohybové terapie neúčastnili. Dotazníky klienti vyplnili dvakrát, jednou před zahájením prvního setkání v rámci tanečně-pohybové terapie a podruhé po ukončení všech setkání s aktivitami tanečně-pohybové terapie. Součástí vyhodnocení výzkumné sondy je také shrnutí na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty.

8.1 Shrnutí jednotlivých setkání s terapeutem na podkladu pozorování a rozhovorů s klienty

Na **první** setkání se klienti dostavili nejistí, nevěděli, co je čeká, což u jedné z klientek (Dana) dokonce vyvolávalo úzkost. Ale již po tomto setkání se klienti cítili lépe, jen Dana cítila jistou nespokojenost a doufala, že se jí příště povede lépe. Martin se dokonce chvíli cítil trapně, nevěděl si s pohybem rady, ale nakonec tyto pocity překonal.

Na počátku **druhého** setkání klienti cítili z různých důvodů rozladění, k němuž přispělo i nevlídné počasí. Všichni udávali únavu. Při závěrečné reflexi naopak všichni mluvili o úlevě a celkovém uvolnění. Dokonce i Martin, který byl ve svých reflexích poměrně rezervovaný, byl „*rád, že přišel a něco dělal*“.

Na **třetí** setkání přišli klienti celkově pozitivněji naladěni. Anna byla dokonce zvědavá, „*co dnes budeme dělat*“. Martin sice uvedl, že se cítí celkem dobře, ale musel se nutit, aby přišel. Po setkání byl rád, že se setkání zúčastnil a cítil se lépe, Také mu vyhovovalo, že se něčím zaměstnal. Ostatní tři klientky se také cítili subjektivně lépe a zlepšila se jim nálada.

Na **čtvrté** setkání přišli všichni s nadějí, že jim terapie pomůže se odreagovat, zbavit se úzkosti (Anna) a budou se cítit lépe. Martin dal dokonce přednost terapeutickému setkání před učením. Ze strany klientů bylo patrné pozitivní očekávání. Po setkání se vyjádřili všichni klienti

výrazně pozitivně, Annu setkání „*hodně bavilo, odreagovala se a uvolnila*“, Romana se „*cítí dobře... nemá co dodat*“, Danu „*přestala bolet hlava a cítí se dobře*“ a pro Martina byla terapie „*uvolňující a cítí se dobře*“.

Na začátku **pátého** setkání se všichni kromě Romany cítí dobře a mají dobrou náladu, Martin dokonce uvádí lepší soustředění při učení. Romana se špatně vyspala a má „*mírné obavy*“ z očekávaného propuštění. Při závěrečné reflexi jsou všichni klienti spokojení, cítí se dobře, chválí terapeutku. Martinovi přestalo vadit, že je ve skupině jediný muž, což svědčí o přátelském a bezpečném prostředí, které se podařilo vytvořit.

Na začátku **šestého**, závěrečného setkání bylo znát určitá roztěkanost, klientky, které očekávaly propuštění z nemocnice, už jsou „*myšlenkami doma*“ a dělají si starosti, jak novou situaci zvládnou (Anna a Romana). Ani Dana není plně soustředěná, ale náladu má lepší a Martin uvádí, že náladu má „*fajn*“. Při závěrečné reflexi se všichni cítí dobře, mají dobrou náladu, znát je jen mírná lítost, že se již nebudou potkávat.

Shrnutí

Před začátkem terapeutických setkávání neměli klienti velká očekávání. Zejména zpočátku u nich bylo možné pozorovat různé příznaky smíšené úzkostně depresivní poruchy – potíže s koncentrací, celkovou podrážděnost, špatnou náladu, přecitlivělost, pesimistické myšlenky, kolísání nálad, únavu, nízké sebevědomí, přílišnou sebekritiku i poruchy spánku. V průběhu pěti týdnů se na setkání začali těšit, vznikla mezi nimi pozitivní atmosféra a setkání jim nakonec přinášela úlevu, což nakonec potvrdilo i hodnocení klinického psychologa.

8.2 Vyhodnocení sebehodnotících dotazníků klinickým psychologem

Výsledky sebehodnotících škál sebrané od kontrolní a experimentální skupiny jsou vyplněny validně a jsou vhodné k interpretaci. Ze získaných dat z Beckova inventáře úzkosti (BAI) vyplývá snížení subjektivně prožívané úzkosti u experimentální skupiny v porovnání se skupinou kontrolní. Experimentální skupina také dosahuje nižších hodnot na Beckově

sebezpozorovací škále pro dospělé (BDI-II) měřící aktuální hloubku deprese. Data byla vyhodnocena dle doporučených norem na základě české standardizované verze.

8.3 Vyhodnocení hypotéz

Na začátku této výzkumné sondy byly k výzkumnému cíli stanoveny dvě hypotézy. Cílem tohoto projektu bylo tyto hypotézy na základě dat ze sebezpozorovacích dotazníků Beckův inventář úzkosti (BAI) a Beckova škála deprese pro dospělé (BDI-II) potvrdit nebo vyvrátit.

Podle hodnocení klinického psychologa jsou výsledky sebehodnotících škál sebrané od kontrolní a experimentální skupiny vyplněny validně a jsou vhodné k interpretaci. Data byla vyhodnocena dle doporučených norem na základě české standardizované verze.

Hypotéza H1 pracovala s domněnkou, že tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti. Z dat získaných z Beckova inventáře úzkosti (BAI) podle hodnocení klinického psychologa vyplývá snížení subjektivně prožívané úzkosti u experimentální skupiny v porovnání se skupinou kontrolní. **Hypotéza H1 byla potvrzena.**

Hypotéza H2 předpokládala, že tanečně pohybová terapie zlepšuje subjektivní prožívání nálady. Podle hodnocení klinického psychologa experimentální skupina také dosahuje nižších hodnot na Beckově škále deprese pro dospělé (BDI-II) měřící aktuální hloubku deprese. **Hypotéza H2 byla potvrzena.**

Šetření potvrdilo obě stanovené hypotézy, to znamená, že tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti (H1) a zlepšuje subjektivní prožívání nálady (H2).

8.4 Vyhodnocení stanoveného cíle

Cílem této výzkumné sondy bylo ověřit, zda je tanečně-pohybová terapie pro klienty s problematikou úzkosti a deprese vhodná. Rozpoložení klientů s touto diagnózou se mění podle momentálních problémů a psychického stavu, jejich stav může ovlivnit mnoho faktorů, ať už se jedná např. o situaci v rodině nebo o počasí. Jeden klient svým negativním projevem a nechtívá pracovat může ovlivnit celou terapeutickou skupinu, nebo naopak. Na terapeuta to

klade zvýšené nároky, na setkání se nelze přesně předem připravit, často je nutné improvizovat a naučit se na vzniklé situace rychle reagovat. Nejzásadnější ale je, aby vytvořil pro klienty během setkání prostředí, v němž se cítí bezpečně. Podle závěrečné reflexe klientů, kteří se účastnili terapie, se to podařilo. Dokázali se během terapie uvolnit, nestresovali se, vzájemně se k sobě chovali ohleduplně a přátelsky. Všichni projevíli po absolvování terapie uspokojení jak z jejího průběhu, tak z jejího přínosu.

Klinický psycholog na základě vyhodnocení dotazníků v obou skupinách potvrdil pozitivní přínos tanečně-pohybové terapie pro klienty, kteří se jí zúčastnili. Výsledky výzkumného šetření potvrdily jak hypotézu 1, že tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti, tak hypotézu 2, že tanečně-pohybová terapie zlepšuje subjektivní prožívání nálady. Znamená to, že tanečně-pohybová terapie je pro klienty s problematikou úzkosti a deprese vhodná. **Výzkumný cíl byl splněn.**

K podobnému výsledku došla také studie provedená Vaňkovou et al. (2014) v pečovatelském domě, která zkoumala vliv taneční terapie na symptomy deprese klientů. Ve skupině, která se účastnila taneční terapie, se významně zlepšily symptomy deprese a došlo ve srovnání s kontrolní skupinou k poklesu preskripce antidepresiv. Závěrem autorky konstatují, že cvičení založené na tanci se jeví jako velmi vhodné a prospěšné.

Výzkumná sonda zaměřená na tanečně-pohybovou terapii trvala pět týdnů (šest setkání v průběhu pěti týdnů), což je vzhledem k dlouhodobému charakteru smíšené úzkostně depresivní poruchy poměrně krátká doba. Zajímavé by bylo pacienty dále sledovat a zjistit, jak dlouho pozitivní přínos terapie potrvá. Dále by bylo vhodné provést dlouhodobější studii účinků tanečně-pohybové terapie u pacientů se smíšenou úzkostně depresivní poruchou. Z mého pohledu se jeví jako nejvhodnější, aby se tanečně-pohybová terapie stala pevnou součástí životní rutiny klientů s problematikou úzkosti a deprese.

ZÁVĚR

Tato malá výzkumná sonda měla za cíl ověřit, zda je tanečně-pohybová terapie vhodná pro klienty s problematikou úzkosti a deprese. Měla přijmout či zamítnout stanovené hypotézy, a to, zda tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti a zda zlepšuje subjektivní prožívání nálady.

Byly sestaveny dvě skupiny. První, základní, skupina, ve které se klienti aktivně zúčastnili tanečně-pohybové terapie, což znamenalo celkem šest setkání v rozmezí pěti týdnů, přičemž jedno setkání probíhalo 45 minut. Druhá, kontrolní, skupina byla sestavena z klientů, kteří se tanečně-pohybové terapie neúčastnili. Klinický psycholog provedl supervizi u všech setkání a také se podílel na vyhodnocení sesbíraných dat pomocí sebehodnotících dotazníků od obou skupin. Všichni klienti tyto dotazníky vyplnili před zahájením výzkumné sondy a znovu po ukončení. Získaná data obou skupin byla porovnávána klinickým psychologem.

Jednotlivá setkání byla sestavena ze cvičení, využívajících získané informace a zkušenosti při studiu oboru Tanečně-pohybová terapie na Akademii Alternativa. Byla jsem si vědoma, že nejen vybraná cvičení, ale i výběr hudby k jednotlivým cvičením bude mít na prožívání klientů velký vliv. Proto jsem se při jejím výběru snažila, aby co nejvíce podpořila daný záměr. Podle reakcí klientů, z jejich verbálních i neverbálních projevů se dá soudit, že byl výběr správný. Záměrem každého setkání byla pro klienty nepřiliš náročná, různorodá a nenudící cvičení, která by v nich podnítila lehkost a hravost. Tento záměr byl naplněn. Práce s klienty během všech těchto setkání byla pro mne velikou zkušeností.

Stanovené hypotézy, že techniky tanečně-pohybové terapie přispívají ke snížení subjektivního prožívání klientů s problematikou úzkosti a ke zlepšení nálady byly přijaty. Tím byl ověřen cíl a prokázalo se, že tanečně-pohybová terapie je pro pacienty s problematikou úzkosti a špatné nálady vhodná.

V tanečně-pohybové terapii vidím velký potenciál pro práci s klienty s psychickými problémy jako je úzkost a deprese. Tato malá výzkumná sonda prokázala, že aspoň částečně dokáže tyto obtíže zmírnit. Jsem v této pomoci na začátku, učím se být terapeutem, získávám cenné zkušenosti, a to i díky studiu oboru Tanečně-pohybová terapie na Akademii Alternativa. Vždy je velmi důležité vybrat pro konkrétní cvičení vhodnou hudbu a prostředky. Každé setkání není stejné a nedá se do detailů připravit. Je nutné se naučit rychle reagovat a cvičení přizpůsobovat aktuální situaci. Rozpoložení klientů se mění podle momentálních problémů a psychického stavu. Jeden klient svým negativním projevem a nechutí pracovat může ovlivnit

celou skupinu a naopak. Zároveň je velice důležité vytvořit během setkání bezpečné místo, kde si klient může dovolit necítit se dobře. I počasí může působit pozitivně nebo negativně na psychiku klientů a přispět k průběhu setkání. Tato výzkumná sonda trvající pět týdnů potvrzuje, že v krátkém časovém horizontu terapie přináší klientům úlevu. Domnívám se, že pokud by se v setkáních pokračovalo delší čas, dosáhlo by se u nich ještě větší psychické pohody. Jako ideál vidím začlenění tanečně-pohybové terapie do pravidelných aktivit klientů s problematikou úzkosti a deprese.

SOUHRN

Tato absolventská práce se v teoretické části zaměřuje na tanečně-pohybovou terapii, její definici a techniky, které je možné využít u klientů s úzkostně depresivní poruchou při subjektivním snižování prožívání úzkosti a špatné nálady. Popisuje základní relaxační techniky. Věnuje se problematice deprese, úzkosti a smíšené úzkostně depresivní poruše.

Praktická část absolventské práce popisuje výběr klientů, jejich kazuistiky, průběh terapeutických setkání, jednotlivá cvičení, reflexi klientů, shrnutí terapeuta. V práci byly stanoveny hypotézy, že tanečně-pohybová terapie snižuje subjektivní prožívání úzkosti a zlepšuje subjektivní prožívání nálady. Jejím cílem bylo ověřit, zda je tanečně-pohybová terapie pro klienty se smíšenou úzkostně depresivní poruchou vhodná. Ověření proběhlo pomocí získaných dat sebehodnotících dotazníků.

Provedená výzkumná sonda potvrdila, že tanečně-pohybová terapie je pro klienty se smíšenou úzkostně depresivní poruchou vhodná. U klientů, kteří prováděli cvičení v rámci tanečně-pohybové terapie, došlo ke snížení subjektivního prožívání úzkosti a ke zlepšení subjektivního prožívání nálady v porovnání s kontrolní skupinou. Hypotézy byly přijaty. Cíl byl ověřen.

SUMMARY

The theoretical part of this graduate thesis focuses on dance-movement therapy, its definition and techniques that can be used with clients with anxiety-depressive disorder to subjectively reduce the experience of anxiety and low mood. It describes basic relaxation techniques. Addresses depression, anxiety, and mixed anxiety-depressive disorder.

The practical part of the graduate thesis describes the selection of clients, their case studies, the course of the sessions, individual exercises, client reflection, and therapist summary. The thesis hypothesized that dance-movement therapy reduces the subjective experience of anxiety and improves the subjective experience of mood. The aim was to test whether dance-movement therapy is appropriate for clients with mixed anxiety-depressive disorder. Validation was conducted using data obtained from self-assessment questionnaires.

The research conducted confirmed that dance-movement therapy is appropriate for clients with mixed anxiety-depressive disorder. Clients who performed exercises in dance-movement therapy experienced a reduction in the subjective experience of anxiety and an improvement in the subjective experience of mood compared to the control group. The hypotheses were accepted. The objective has been verified.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTEČKOVÁ, Eliška, Jana HOŘÍNKOVÁ a Pavel KŘENEK, 2022. Smíšená úzkostná a depresivní porucha: přehled literatury. *Psychiatrie pro praxi*. **23**(3), 153-159. ISSN 1213-0508.

BENÍČKOVÁ, Marie, 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4238-0.

BLAHUTKOVÁ, Marie et al., 2017. *Psychomotorika pro tebe*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-954-7.

BLAHUTKOVÁ, Marie, Daniela JONÁŠOVÁ a Milan OŠMERA, 2015. *Duševní zdraví a pohyb*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-916-5.

ČÍŽKOVÁ, Klára, 2005. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-547-7.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3711-9.

HERM, Sabine, 1994, *Psychomotorické hry: 92 her zaměřených na motorický rozvoj dětí v mateřské škole*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-018-9.

HONZÁK, Radkin, 1995. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-05-5.

HONZÁK, Radkin, 2020. *Úzkostný pacient. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-475-0.

CHODOROW, Joan, 2006. *Taneční terapie a hlubinná psychologie: imaginace v pohybu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-554-X.

KAMARÁDOVÁ, Dana et al., 2016. Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a slovenská psychiatrie*. **112**(4), 153-158. ISSN 1212-0383.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Jak zvládat depresi. 2., rozš. vyd.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0575-3.

- MÍLEK, Petr a Eva LIBIGEROVÁ, 2010. *Manuál pro pacienty s úzkostnou poruchou* [interní materiál pro pacienty psychiatrické kliniky, oddělení C]. Verze 3. Hradec Králové: Fakultní nemocnice.
- NEŠPOR, Karel a Alžběta BABKOVÁ, 2012. Relaxační techniky: co uvolnit a proč? *Praktický lékař*. **92**(3), 171-172. ISSN 0032-6739.
- NEWLOVE, Jean a DALBY, John, 2016. *Laban pro každého*. Moravský Beroun: Akademie Alternativa. ISBN 978-80-906567-0-3.
- OREL, Miroslav et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAYNE, Helen, 1999. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-887-6.
- PEŠEK, Roman a Ján, PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88136-00-8.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, Ján, 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti: (psychologie pro každého)*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0185-5.
- PRAŠKO, Ján, 2007. *Co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-065-2.
- PRAŠKO, Ján et al., 2003. *Směšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-86257-34-7.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1697-8.
- PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana, PAŠKOVÁ, Jana 2012. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-986-6.
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana, 2015. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0859-4.
- PTÁČEK, Radek et al., 2016. Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*. **112**(6), 270-274. ISSN 1212-0383.

STACKEOVÁ, Daniela, 2011. *Relaxační techniky ve sportu: autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3646-4.

VANKOVA, Hana et al., 2014. The effect of dance on depressive symptoms in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **15**(8), 582–587 [cit. 2023-04-19]. ISSN 1525-8610. Dostupné z: doi:[10.1016/j.jamda.2014.04.013](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.013)

Informační zdroje

AKADEMIE ALTERNATIVA, 2020. [Interní studijní materiály].

KUBEŠOVÁ, Barbora, 2021. Smíšená úzkostně depresivní porucha často uniká pozornosti lékařů. *Zdraví.euro.cz* [online]. Publikováno 5. 7. 2021 [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/smisena-uzkostne-depresivni-porucha/>

MAUT, 2022. *O asociaci* [online]. Mezinárodní asociace uměleckých terapií. ©2022 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: <https://www.maut.cz/>

STEINHÄUSELOVÁ, Dagmar, 2023. *Relaxační techniky* [online]. Psychologie a psychoterapie Plzeň, ©2015 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: www.psychologie-stein.cz/index.php/druhy-terapii/relaxacni-techniky

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Beckův inventář úzkosti (BAI).....	64
Příloha 2 Beckova škála deprese (BDI-II)	65

Příloha 1 Beckův inventář úzkosti (BAI)

Jméno:

BAI

Datum:

Před sebou máte seznam obvyklých příznaků úzkosti. Čtěte pozorně a rozhodněte, jak moc Vás každý z příznaků obtěžoval během POSLEDNÍHO TÝDNE, VČETNĚ DNEŠKA.

Pro každý příznak zakroužkujte příslušné číslo v sloupci.

	VŮBEC NE	MÍRNĚ (příliš mě to neobtěžovalo)	STŘEDNĚ (někdy to bylo nepříjemné)	SILNĚ (velmi mě to obtěžovalo)
1. Snížená citlivost, brnění	0	1	2	3
2. Pocity horka	0	1	2	3
3. Nejisté nohy	0	1	2	3
4. Nemožnost uvolnit se	0	1	2	3
5. Obavy z nejhoršího	0	1	2	3
6. Závrať, motání hlavy	0	1	2	3
7. Bušení srdce	0	1	2	3
8. Labilita / nejistota	0	1	2	3
9. Být vyděšený(á), plný(á) obav	0	1	2	3
10. Nervozita	0	1	2	3
11. Pocit dušení	0	1	2	3
12. Třes rukou	0	1	2	3
13. Rozechvělost / nestabilita	0	1	2	3
14. Strach ze ztráty kontroly	0	1	2	3
15. Potíže s dýcháním	0	1	2	3
16. Strach ze smrti	0	1	2	3
17. Vystrašenost	0	1	2	3
18. Trávící potíže	0	1	2	3
19. Pocity na omdlení	0	1	2	3
20. Červenání se	0	1	2	3
21. Pocení (studený pot)	0	1	2	3

Příloha 2 Beckova škála deprese (BDI-II)

BDI-II

Jméno:

Věk:

Datum:

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1. Smutek

- 0 Nejsem smutná.
- 1 Většinou jsem smutná.
- 2 Pořád jsem smutná.
- 3 Jsem tak smutná, že se to nedá vydržet.

2. Pesimismus

- 0 O svou budoucnost nemám obavy.
- 1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.
- 2 Myslím, že se mi nebude dařit.
- 3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.

3. Minulá selhání

- 0 Nemám dojem, že selhávám.
- 1 Selhala jsem častěji, než bych měla.
- 2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.
- 3 Jako člověk jsem úplně selhala.

4. Ztráta radosti

- 0 Raduji se stejně jako dříve.
- 1 Neraduji se stejně jako dříve.
- 2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda.
- 3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda.

5. Pocit viny

- 0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.
- 1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělala nebo měla udělat.
- 2 Mívám často pocity viny.
- 3 Pořád mám pocity viny.

6. Pocity potrestání

- 0 Nemyslím, že mě život trestá.
- 1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.
- 2 Očekávám trest.
- 3 Myslím, že jsem životem trestána.

7. Znechucení sama ze sebe

- 0 Myslím si o sobě pořád to samé.
- 1 Ztratila jsem důvěru sama v sebe.
- 2 Jsem ze sebe zklamaná.
- 3 Sama sebou jsem znechucena.

8. Sebekritika

- 0 Nekritizuji nebo neobviňuji sama sebe více než obvykle.
- 1 Jsem sama k sobě více kritická než dříve.
- 2 Kritizuji se za všechny své chyby.
- 3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.

9. Sebevražedné myšlenky a přání

- 0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabila.
- 1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělala bych to.
- 2 Chtěla bych se zabít.
- 3 Kdybych měla možnost, tak bych se zabila.

10. Plačtivost

- 0 Nepláču více než dříve.
- 1 Pláču více než dříve.
- 2 Pláču kvůli každé maličkosti.
- 3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopna.

11. Agitovanost

- 0 Nejsem více neklidná nebo napjatá než obvykle.
- 1 Cítím se více neklidná nebo napjatá než obvykle.
- 2 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že je těžké to vydržet.
- 3 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že nemohu zůstat v nečinnosti.

12. Ztráta zájmu

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratila.

- 1 Méně se zajímám o jiné lidi a věci.
- 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13. Nerozhodnost

- 0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve.
- 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
- 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
- 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14. Pocit bezcennosti

- 0 Necítím se bezcenná.
- 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívala.
- 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenná.
- 3 Cítím se úplně bezcenná.

15. Ztráta energie

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
- 1 Mám méně energie, než jsem mívala.
- 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělala.
- 3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

- 0 Nevšimla jsem si žádných změn u svého spánku.
- 1a Spím trochu víc než obvykle.
- 1b Spím trochu méně než obvykle.
- 2a Spím mnohem více než obvykle.
- 2b Spím mnohem méně než obvykle.
- 3a Většinu dne prospím.
- 3b Probouzím se o 1–2 hodiny dříve a už nemohu usnout.

17. Podrážděnost

- 0 Nejsem podrážděná více než obvykle.
- 1 Jsem podrážděná více než obvykle.
- 2 Jsem mnohem více podrážděná než obvykle.
- 3 Bývám pořád podrážděná.

18. Změny chuti k jídlu

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
- 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
- 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
- 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
- 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
- 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
- 3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
- 1 Nejsem schopná se soustředit jako obvykle.
- 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
- 3 Nejsem schopná se soustředit na nic.

20. Únava

- 0 Nejsem unavená více než obvykle.
- 1 Unavím se snadněji než obvykle.
- 2 Jsem příliš unavená, než abych dělala tolik věcí, jako jsem dělávala.
- 3 Jsem tak unavená, že nedokážu dělat skoro nic.

21. Ztráta zájmu o sex

- 0 V současnosti jsem nezaznamenala změnu zájmu o sex.
- 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
- 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
- 3 Úplně jsem ztratila zájem o sex.

Celkové skóre: