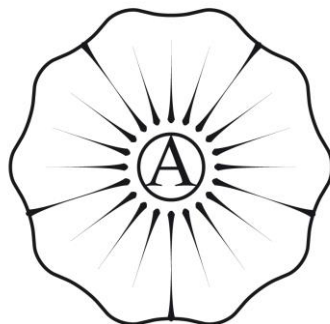


AKADEMIE ALTERNATIVA

Studijní obor: Tanečně-pohybová terapie



ABSOLVENTSKÁ PRÁCE

Využití tanečně-pohybové terapie jako pomocného nástroje pro snížení svalového i psychického napětí u pacientů s plicními chorobami, především s astmatem a s ním souvisejícím atopickým ekzémem

Vedoucí práce:

doc. PaedDr. Marie Blahutková, Ph.D.

Autorka práce:

Mgr. Ing. Romana Macháčková

Olomouc 2020

Prohlášení

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

V Brně 2020

Mgr. Ing. Romana Macháčková

Poděkování

Děkuji doc. PaedDr. Marii Blahutkové, Ph.D., za odborné vedení a poskytování rad při psaní této práce.

Děkuji klientce, která se s důvěrou svěřila do mé péče a s níž jsme strávily mnohé oboustranně obohacující chvíle.

Abstrakt

Macháčková, Romana. *Využití tanečně-pohybové terapie jako pomocného nástroje pro snížení svalového i psychického napětí u pacientů s plicními chorobami, především s astmatem a s ním souvisejícím atopickým ekzémem*. Absolventská práce. Olomouc: Akademie Alternativa, 2020. Vedoucí práce: doc. PaedDr. Marie Blahutková, Ph.D.

Autorka této práce se zabývá zkoumáním možností zapojení tanečně-pohybové terapie do komplexní zdravotní péče pacientů s astmatem bronchiale, atopickým ekzémem nebo alergickou rýmou. Klade si následující výzkumné otázky: zda lze prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie zlepšit kvalitu života lidí s chronickými plicními chorobami; zda lze zároveň pacientovi pomoci k nalezení lepšího vztahu sama k sobě a případně k pozitivnějšímu přijetí vlastního těla.

Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se autorka věnuje definování nemocí: astma bronchiale, atopický ekzém, alergická rýma a deprese. Definuje příznaky, příčiny vzniku, léčbu. Definuje také termín tanečně-pohybová terapie a vybrané příklady tanečně-pohybových technik.

V praktické části je popsán kvalitativní výzkum, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Autorka přibližuje tanečně-pohybový terapeutický proces, popisuje jednotlivá setkání, přináší výsledky kontrolního testování, zpětnou vazbu klientky a samozřejmě vyhodnocení výzkumných otázek.

Klíčová slova: tanečně-pohybová terapie, Labanova analýza pohybu, zrcadlení, astma bronchiale, atopický ekzém, alergická rýma, deprese, stres

Abstract

Macháčková, Romana. *The use of dance-movement therapy as an auxiliary tool for reducing muscle and mental tension in patients with lung diseases, primarily with asthma and related atopic eczema*. Graduate work. Olomouc: Akademie Alternativa, 2020. Leader: doc. PaedDr. Marie Blahutková, Ph.D.

The author of this work deals with the study of the possibility of involving dance-movement therapy in the comprehensive health care of patients with bronchial asthma, atopic eczema and allergic rhinitis. The author wonders: whether the techniques of dance-movement therapy can be used to improve the quality of life of people with chronic lung diseases and whether it can also help to find a better relationship with oneself and possibly a more positive acceptance of one's own body.

The work is divided into two parts. The theoretical part describes the definition of diseases: bronchial asthma, atopic eczema, allergic rhinitis and depression. It also defines their symptoms, causes, treatment. The term dance-movement therapy and are defined selected dance-movement techniques.

The practical part describes qualitative research, research goals and research questions. The author describes the dance-movement therapeutic process, describes individual meetings, brings the results of control testing, client's feedback and, of course, evaluation of research questions.

Key words: dance-movement therapy, Laban Movement Analysis, mirroring, bronchial asthma, atopic eczema, allergic rhinitis, depression, stress

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	12
1 Chronicky nemocný člověk a jeho psychohygienu	13
1.1 Chronicky nemocný člověk	13
1.2 Duševní hygiena	15
1.3 Stres	19
2 Chronicky nemocný člověk a jeho vztah k sobě samému, k jeho nejbližšímu okolí a ke světu	21
2.1 Jednotlivé aspekty somatické nemoci	21
2.2 Subjektivní vnímání nemoci	22
2.3 Psychické problémy spojené s chronickou chorobou	23
2.4 Sociální aspekty nemoci	25
3 Astma bronchiální, atopický ekzém, alergická rýma – definice, příčiny, projevy, životní styl nemocného	27
3.1 Astma bronchiální	27
3.1.1 Definice astmatu bronchiálního a jeho výskyt	27
3.1.2 Vznik astmatu bronchiálního	28
3.1.3 Léčba a stabilizace astmatu bronchiálního	29
3.2 Atopický ekzém	32
3.2.1 Definice atopického ekzému a jeho podoby	32
3.2.2 Zhoršování atopického ekzému	34
3.2.3 Léčba a stabilizace atopického ekzému	35
3.3 Alergická rýma	37
3.3.1 Definice alergické rýmy	37
3.3.2 Vznik alergické rýmy	37
3.3.3 Léčba a stabilizace alergické rýmy	39
3.4 Životní styl pacienta	40
4 Deprese	43
4.1 Definice deprese	43
4.2 Léčba deprese	44

5	Tanečně-pohybová terapie – definice, významné osobnosti, základní koncepty	45
	5.1 Definice tanečně-pohybové terapie, významné osobnosti	45
	5.2 Vybrané metody tanečně-pohybové terapie	46
	5.2.1 Psychomotorika	46
	5.2.2 Autentický pohyb	47
	5.2.3 Labanova analýza pohybu	48
	5.2.4 Taneční konstelace	49
	5.2.5 Body-ego technika Trudi Schoopové	49
	5.2.6 Bazální tanec Marian Chaceové	50
	Praktická část	51
6	Výzkumný projekt	52
	6.1 Výzkumné otázky a cíle práce	52
	6.1.1 Výzkumné otázky	52
	6.1.2 Cíle	54
	6.2 Zkoumaný soubor	55
7	Použité metody	56
	7.1 Pozorování	56
	7.2 Rozhovor	56
	7.3 Labanova analýza pohybu	57
	7.4 Testová metoda	59
8	Samotný průběh tanečně-pohybové terapie	60
	8.1 Preterapie	60
	8.1.1 Vyhodnocení testové baterie před začátkem terapie	61
	8.1.2 Terapeutické cíle	63
	8.1.3 Terapeutický plán	63
	8.1.4 Struktura setkání	64
	8.2 Terapie	64
	8.2.1 První setkání	64
	8.2.2 Druhé setkání	66
	8.2.3 Třetí setkání	67
	8.2.4 Čtvrté setkání	68

8.2.5 Páté setkání	69
8.2.6 Šesté setkání	70
8.2.7 Sedmé setkání	71
8.2.8 Osmé setkání	72
8.2.9 Deváté setkání	74
8.2.10 Desáté setkání	75
8.3 Postterapie	76
8.3.1 Vyhodnocení testové baterie po skončení terapie	76
8.3.2 Vyhodnocení stanovených cílů	76
9 Vyhodnocení výzkumného projektu	78
10 Závěrečná doporučení	80
Závěr	81
Shrnutí	82
Summary	83
Seznam příloh	84
Použitá literatura a infomační zdroje	85
Přílohy	87
Obrazové přílohy	93

Úvod

Pro svou absolventskou práci studia tanečně-pohybové terapie na Akademii Alternativa jsem si zvolila téma s názvem *Využití tanečně-pohybové terapie jako pomocného nástroje pro snížení svalového i psychického napětí u pacientů s plicními chorobami, především s astmatem a s ním souvisejícím atopickým ekzémem*. Ne zvolila jsem si ho však čirou náhodou. Zaměřila jsem se na tuto problematiku na základě vlastních životních zkušeností a velice ráda bych přinesla nový pohled na možnosti zlepšení kvality života lidem, které tyto nemoci sužují a kteří si s těmito obtížemi za pomoci klasických lékařských přístupů nedokážou poradit.

Z vlastní zkušenosti mohu srovnávat různé způsoby přístupu k těmto nemocem. Zažila jsem jako dítě školou povinné fascinující a s plným nasazením lékařského personálu připravované a realizované léčebné pobyty v krasové oblasti, využívající kombinaci možností speleologie, sportu i krásných a zajímavých zážitků pro duši. Stejně tak jsem ale zažila absolutně nudné a vlastně téměř neřízené několikaměsíční lázeňské pobyty založené pouze na tom, že je dítě odvezené „na zdravé ovzduší“. Mohu podat obsáhlé zprávy o tom, jakým způsobem se přistupuje v lékařské péči k astmatikům a ekzematikům v dospělém věku. Samozřejmě, že vše závisí na osobnosti a osobním přístupu jednotlivých pneumologů, dermatologů, alergologů. Ale jak všichni víme, západní medicína řeší většinou až následky, málokdy řeší příčiny onemocnění. Zároveň je nezpochybnitelné, že množství osob s civilizačními chorobami tohoto typu narůstá geometrickou řadou a osobní přístup k pacientům je téměř nemyslitelný také z časového hlediska. Podobnou zkušenost mohu bohužel reflektovat i z českých lázeňských zařízení. V dnešní době, kdy jsou poměrně snadno dostupné takové jednoduché techniky, jako je muzikoterapie, arteterapie, terapie barvami nebo aromaterapie, a kdy možností tichého, voňavého prostředí s tlumeným světlem a relaxační hudbou využívá řada masážních salonů a wellness center, jsou lázeňské procedury často provázeny nepřiliš přívětivým prostředím, bez laskavého lidského slova, v provozu téměř nemocničním. Pohybové aktivity jsou vměstnány do dvacetiminutovek dechového cvičení či nepřiliš nápaditého cvičení v bazénu. Pokud je v nabídce Nordic Walking, je to velká výhra. Ano, nepopírám, že management léčebných zařízení v lázeňských městech se snaží a že nabídka aktivit je veliká. Tedy intelektuální, kulturní, případně duchovní program je zajištěn. Ale pacient je tu opět jen číslo, položka, která za měsíc opět odjede, a místo něj přijede položka další. Jako individualita nemá příliš

možností, jak se projevit. Jeho psychický stav je monitorován pouze na základě zlepšení či zhoršení fyzického stavu. Fakt, že by se využilo možnosti, že je pacient daleko od domova a daleko od běžných starostí všedního dne a že by se mohl na svůj zdravotní problém, potažmo svůj životní styl a svou duševní hygienu, podívat s odstupem a v širších souvislostech, je bohužel nevyužit. Zároveň ne každý pacient (a to se týká samozřejmě i nemocničních zařízení) zvládá dobře odloučení od blízkých, dlouhodobou fyzickou blízkost cizích lidí (v osobním kontaktu na pokoji, v jídelně). I taková zdánlivá drobnost může působit na psychický stav pacienta a samozřejmě se pak může odrazit na výrazném zhoršení jeho nemoci. Astma s sebou přináší různé životní strachy – strach, že nebudu moci popadnout dech; strach, že ostatním nebudu stačit a budu na obtíž; strach, že dostanu astmatický záchvat, když budu o samotě, a nikdo mi nepomůže ad. Atopický ekzém může být natolik výrazný, že může pacienta úplně vyřadit ze společnosti – může se setkávat se štítlivými pohledy ostatních lidí, může se potkat s odmítáním, například, že mu lidé odmítnou podat ruku, aby se nenakazili. Zároveň v akutních stavech přináší ve velké míře svědění a pálení na jednotlivých částech těla, což ho nejen znemožňuje na veřejnosti, protože ho to nutí ke škrábání, ale samozřejmě to vede i ke zhoršení zdravotního stavu. Pokud je ekzém ve velmi akutním stavu, přináší s sebou nepřekonatelnou únavu, která opět postiženého vyřazuje z běžného fungování ve společnosti. Alergie a senná rýma jsou jako časované bomby, překvapí postiženého náhle a nečekaně s různou intenzitou. Někdy je pálení očí, slzení, svědění, kýchání či dušení se natolik intenzivní, že je nutné zanechat veškerých činností. Pacient je rád, že se může schoulit do klubíčka a usnout. Všechny tyto záležitosti jsou samozřejmě velmi náročné na psychiku. A v každém věku mohou přinášet rozdílné sociální problémy. V dětském věku, kdy si dítě vytváří vlastní světonázor i názor na vnímání sebe sama na základě nejen vlastního prožívání, ale především na základě reakcí nejbližšího okolí, bývá psychika dítěte ohrožena nejvíce. Dítě je srovnáváno s okolím, samo se srovnává a může přicházet nejen pocit jinakosti, nepatřičnosti, častého odmítání od vrstevníků, sourozenců, učitelů, ale samozřejmě i omezování ze strany rodičů, kteří v panickém strachu, že se ataka nemoci bude opakovat a dítě se jim bude smrtelně dusit, dítěti mnohé zakazují, od mnohého je odrazují. Mnohdy je také vyřazováno ze sportovních aktivit školy. Dítě prožívá vyloučení ze společnosti hned několikerým způsobem. Zároveň i samo dítě se setkává s výše již zmíněnými strachy. Ale o nic méně nepřináší tyto nemoci psychické problémy dospívajícím, dospělým i seniorům. Všechny tyto nemoci jsou úzce propojené s psychikou.

Osobně se ale domnívám, že výskyt těchto nemocí jak u dětí, tak dospělých může být úzce spojen s prostředím, v němž žijí (tedy především spolužitím s nejbližšími rodinnými příslušníky). Jsou to psychosomatické nemoci, odráží se v nich neschopnost se plně nadechnout a volně dýchat, přemrštěné reakce organismu na podněty zvencí, zhyzdění vlastního těla (atopický ekzém), aby se mne nikdo nechtěl dotýkat. Zajímají mne tyto záležitosti ve spojitosti s psychikou jedince. Nakolik jsou opravdu jen geneticky dané a nakolik jsou spojené s vnímáním sebe sama, se sebeláskou a se světonázorem člověka? Nakolik souvisí nemoc dítěte s jeho vztahem k rodičům a k sourozencům? A zároveň jak a nakolik lze pomoci těmto lidem minimalizovat a zmírnit jejich obtíže, přinést zlepšení kvality jejich životů, snížit stres a posílit psychiku, aby si přes všechny své obtíže dokázali sami sebe vážit, mít se rádi a dokázali nejen zvládat psychickou zátěž nemoci, ale i její sociální dopady?

I když mám prozatím pouze začátečnické zkušenosti z krásného oboru tanečně-pohybové terapie, který snoubí krásu tance a bohatých výrazových prostředků s terapeutickými technikami a který mně osobně přinesl a přináší mnoho radosti, aha efektů a pochopení, ráda bych je přenesla do vod ne příliš probádaných a zároveň mně tolik známých. Astma bronchiale, atopický ekzém, polyvalentní alergie i senná rýma, to vše mi bylo diagnostikováno v deseti měsících mého života. Tyto nemoci jsem dnes již s pokorou přijala za nedílnou součást své životní cesty a naučila jsem se s nimi nejen plnohodnotně žít, ale i je respektovat jako jakési měřítko toho, zda se můj životní styl již opět neocitl za pomyslnou hranou únosnosti mých fyzických i psychických sil, a že je tedy zapotřebí zvolnit a přehodnotit dosavadní počínání. Během svého života jsem samozřejmě tápala a hledala ty nejlepší způsoby, jak nejen s nemocemi, ale i sama se sebou pracovat. Mohu samozřejmě potvrdit známý fakt, že je jako prevence proti astmatickým záchvatům nejlepší pohyb. Způsobů pohybu, které může každý využívat, je mnoho. A jedním z nich je také tanečně-pohybová terapie. Na rozdíl od jiných pohybových aktivit dokáže nabídnout hravost, vybízí ke kreativitě. Může být individuální, může být párová či skupinová. Může tedy oslovit širokou skupinu lidí a dokonce i takové, kteří se ne úplně rádi hýbou (a vím z vlastní zkušenosti, že někteří astmatictí pacienti se rádi vymlouvají, že nemohou provozovat určité nebo dokonce žádné druhy sportů, aby se nezadýchali...). Radost z tance, navázání kontaktu s vlastním tělem může dle mého názoru umožnit odpoutání se od trýznivé reality způsobené nemocí. Může pomoci objevit pacientovi jeho vlastní krásu uprostřed pohybu. A z tohoto mého vnitřního impulzu vznikla tato absolventská práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Chronicky nemocný člověk a jeho psychohygienu

1.1 Chronicky nemocný člověk

U každého onemocnění, krátkodobého i dlouhodobého, se na nějaký čas snižuje kvalita života. Chronicky nemocný člověk se se svým zdravotním problémem potýká dlouhodobě, proto snížení kvality života může sužovat pacienta po velmi dlouhou dobu – několik měsíců, let, někdy bohužel i celoživotně.

Mohapl (1992) uvádí rozdělení zdravotně postižených do skupin:

- a) tělesně postižení – nejčastěji lidé s vadami pohybového a nosného aparátu,
- b) postižení poruchou smyslových orgánů,
- c) vnitřně postižení – např. diabetes, astma, kardiovaskulární poruchy, onkologičtí pacienti,
- d) duševní poruchy. (Mohapl, 1992, s. 44)

Dlouhodobá nemoc může přinést nejen fyzické změny v organismu, ale je také velkým náparem na psychiku. Oba tyto faktory samozřejmě zasahují do komfortu lidského prožívání, a mohou tak snížit kvalitu života. Salajka upozorňuje na fakt, že odpovědí na otázku, co to vlastně kvalita života je a jak se dá přesně definovat, se zabývá mnoho odborníků z různých vědeckých oblastí – medicíny, psychologie, sociologie ad. – ne vždy se však na hodnotících kritériích shodují. „Kvalita života spojená se zdravotním stavem je mnohorozměrná konstrukce zahrnující celou škálu vlivů včetně fyzických, funkčních, sociálních a emočních komponent.“ (Salajka, 2006, s. 15)

Chronické nebo dlouhodobé onemocnění a jeho léčba přináší pro pacienta specifické problémy. Pacient je pak stavěn před otázky:

- jak žít s fyzickými následky nemoci,
- že je zapotřebí zajímat se o léčebné metody,
- ujistit se, že komunikace mezi ním a lékařem je jasná a oboustranná,
- jak udržovat emoční rovnováhu,
- jak se vypořádat s negativními pocity,
- jak udržovat důvěru,
- jak udržovat pozitivní sebevědomí. (BetterHealth Channel, 2020)

V běžné lékařské praxi se většina pacientů setkává s klasickým přístupem. V případě ohrožení života zajišťuje lékař všechny důležité životní funkce tak, aby zabránil úmrtí.

V případě akutních potíží se je snaží zmírnit a pokud možno zajistit snížení pravděpodobnosti jejich opakovaného výskytu. Zlepšení zdraví jako takového a spokojenost nemocného není v mnohých případech předmětem zájmu lékaře, případně lékař se domnívá, že zlepšení akutního stavu pacienta rovná se i zvýšení jeho spokojenosti v životě. „Tento přístup ale neakceptuje skutečnost, že každé vědomí je odlišné od každého dalšího vědomí, preference a hodnoty jednoho nejsou shodné s preferencemi a hodnotami druhých. Navíc se tyto preference a hodnoty vyvíjejí v čase. Například preference někoho, kdo je v dobrém zdravotním stavu, se mohou lišit od těch, které bude mít, bude-li nemocen a nebude schopen pokrýt své základní potřeby.“ (Salajka, 2006, s. 18) Často se v souvislosti s vnitřním prožíváním těchto pacientů hovoří o tzv. syndromu chronicky nemocných, k němuž je přiřazována zvýšená nervozita, sklon k depresivitě, agresivitě, impulzivitě, neschopnosti se prosazovat a snížená výkonnost. (Mohapl, 1992, s. 45) Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu života spojenou se zdravotním stavem, můžeme zařadit: chorobu a její léčbu, osobnostní charakteristiku, životní podmínky. Zároveň však můžeme definovat jednotlivé složky, které mají na kvalitu života vliv: tělesná (např. příznaky), emoční (např. nálada), složka vztahující se k chování, mentální (např. koncentrace) a sociální (např. kontakty s rodinou či přáteli, pracovní vztahy). Abychom mohli měřit kvalitu života, je třeba vzít v úvahu celkový stav a chování pacienta. Je tedy nutné sledovat složky rozdělené do čtyř hlavních skupin (Salajka, 2006):

- a) tělesné potíže podmíněné nemocí (případně vyvolané i následnou léčbou),
- b) psychický stav a výkonnost (pacienti často musí čelit pocitům strachu, sklíčenosti, beznaděje, bezmocnosti, depresím),
- c) výkonnost v oblastech každodenního života (častá snížení výkonnosti nejen v domácnosti nebo při volnočasových aktivitách, ale především v povolání),
- d) sociální vztahy (únavnost, malátnost, často i strach z náhlých a nečekaných ataků záchvatů či různé nepříjemné fyzické projevy mohou přinášet omezení v účasti na společenském životě). (Salajka, 2006, s. 18)

1.2 Duševní hygiena

Ze všech výše zmiňovaných důvodů je nutné zvýšení pozornosti v oblasti duševní hygieny, která je samozřejmě neméně důležitá i pro běžný život zdravého jedince. „Duševní hygiena je základem rovnováhy jednotlivce ve vztahu k jeho biologickým potřebám, k vyrovnané duševní pohodě, k začlenění jednotlivce do kolektivu a do společnosti a současně k jeho životním postojům a filosofii. Hovoříme o tzv. bio-psycho-socio-spirituální rovnováze osobnosti.“ (Blahutková, 2008, s. 6) V praxi směřuje duševní hygiena k získávání duševní rovnováhy člověka. Mohou k ní přispívat techniky a cvičení (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015, s. 28–36):

- 1) **slovo**, které je základním prostředkem mezilidské komunikace a je nositelem množství sdělitelných informací; při využívání metod práce se slovem je dobré dbát na klidnou rovnoměrnou řeč s přestávkami v mluveném projevu a na minimum doprovodné gestikulace a mimiky; využíváme-li jako doprovod hudbu, je nutné velmi zvažovat volbu, při níž respektujeme individualitu klienta stejně jako upřednostnění klidného a pomalého tempa.

Využívané metody:

- rozhovor – může přinést ulehčení od starostí a problémů; patří k základním terapeutickým metodám,
- uklidňování – slovní relaxace,
- asertivní komunikace – je charakteristická klidnou a hlasitou řečí; je to metoda, která zabraňuje manipulaci; využívá asertivní techniky („poškrábané desky“, „metody otevřených dveří“),
- využití tzv. „vnitřní řeči“ a trénink vlastních dialogů (sebepronášání, sebezkušenosti) – lze využívat v různém prostředí, je však důležité být v klidu a sám; může pomoci odbourávat strachy; umí-li se člověk pozorovat, pozná se a může najít své charakteristické rysy, které pak může rozeznávat ve svém běžném, vnějším chování; naučí-li se klient tyto situace rozeznávat, pak může v budoucnu lépe předcházet konfliktům; způsoby – pozorovat vlastní já může klient např. při procházkách, na klidném místě, při relaxaci (lázně, sauna ad.), vyjádření spirituality, psané slovo,

- 2) **hudba**, která sama o sobě dokáže navozovat jistou náladu a tím odbourávat stresy a jejíž účinky bývají umocněny při přímém kontaktu klienta s hudebníkem.

Využití:

- relaxace – pro uklidnění a odbourání dlouhodobého stresu; využití relaxační hudby (často s přírodním podtextem – zpěv ptáků, zurčení vody, zvuky lesa, pralesa či podmořského světa apod.),
- muzikoterapie – základem je muzikoterapeutický vztah, na rozdíl od hudební výchovy je muzikoterapie orientovaná především na proces „Hudební svět se zrcadlí v každém člověku a životní zkušenost je také odrazem tohoto obrazu a výsledkem vzájemného působení obou světů – světa hudby i světa každého z nás. Správně cílená muzikoterapie vede do života.“ (Beníčková, 2017, s. 30),
- tanečně-pohybová terapie – využívání tanečního a pohybového umění jako terapeutického prostředku ke komplexní integraci osobnosti,

- 3) **umění** – prostor pro uvolnění negativní energie nabízí různé výtvarné techniky.

Umění využívá:

- arteterapie – využití výtvarného umění jako terapeutického prostředku ke komplexní integraci osobnosti
„Umělecká tvorba (výtvarné dílo – artefakt) je v tomto případě prostředek, nikoli cíl (jako je tomu ve výtvarné výchově, která se zaměřuje především na umělecký „výkon“). Umělecká tvorba jako prostředek představuje jakýsi most mezi klientem a arteterapeutem. Most, který poskytuje bezpečné prostředí – tzv. bezcelní zkušební zónu. Most, který nám umožní vhled a otevře cestu k tématům klienta.“ (Tomáš Beníček In: Beníčková, 2017, s. 34),

- 4) **pohyb** – pohyb je základním projevem života, zároveň také nositelem informace o procesech vnitřních orgánů i o stavu mysli klienta; na základě analýzy pohybového projevu je možné předpokládat úroveň aktuálního fyzického i psychického stavu

„Pokud změníme pohyb těla a jeho posturu, můžeme očekávat odpovídající změny také v psychice. Je nutné přizpůsobovat se tomuto obrazu, abychom byli schopni odolávat stresům, cvičení nebo pohybové aktivity nám přitom velmi

vydatně pomáhají. Má-li člověk změnit své chování, musí změnit svůj obraz o sobě. Změna dynamiky našeho jednání je totožná se změnou nás samotných.“ (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015, s. 31),

- psychomotorika – klientovi jsou postupně nabízeny různé aktivity, na jejichž základě terapeut rozpoznává jeho pocity, s nimiž následně může pracovat

„Psychomotorika je forma pohybové aktivity, která je zaměřena na prožitek z pohybu. Vede k poznání vlastního těla, okolního světa i k prožitkům z pohybových činností. Ke svému působení využívá jednoduchých herních činností, činnosti s náčiním i s nářadím, kontaktní prvky a prvky pohybové muzikoterapie včetně relaxačních technik.“ (Blahutková, 2008, s. 31),

- kinezioterapie – využívá se tam, kde je u klienta vysoká hladina stresu na velmi vysoké úrovni a klientovi hrozí psychické či zdravotní ohrožení (někdy i smrtelné),

5) **relaxace** – slouží k uvolňování psychického napětí různými technikami zapojujícími střídání svalového napětí a uvolnění, dechové cvičení, soustředění pozornosti na různé fyziologické pochody v těle.

Příklady relaxace:

- relaxace progresivní podle E. Jacobsona – učí klienta vnímat svalové napětí a uvolnění, zbavování se napětí,
- autogenní trénink J. H. Schultze – technika koncentrativní autoregulace, soustředění se na pocity tíhy a tepla v jednotlivých částech těla,
- hathajóga – směr jógy vedoucí k psychické i fyzické stabilitě organismu,
- Kretschmerův aktivně hypnotický trénink,
- Mülbacherův autogenní trénink,
- Zemanův relaxační trénink,
- Míčkovy metody autogenního tréninku,
- technika biofeedbacku (biologická zpětná vazba),

6) **masáže** – techniky, které slouží k uvolnění a prohrátí svalstva; některé techniky jsou velmi vhodné pro navrácení ztracené duševní rovnováhy.

Typy masáží:

- stimulační masáže – využívají se v případě apatie, často se používají k stimulaci při sportu,
- s využitím vonných látek (např. esenciálních olejů), potravin (čokoláda, med ad.) nebo masážních krémů (k prohřátí, k uvolnění, k uklidnění),
- podvodní masáže, masáže mořskou vodou,
- masáže masážními či tenisovými míčky nebo dalšími netradičními pomůckami (peříčka, šátky, pytlíky s různým materiálem ad.),

- 7) **energie** – během aktivního života člověk velké množství energie vydává a potřebuje ji pak získávat; mohou sem být zařazeny různé alternativní způsoby: Jonášova metoda, tai-chi, čchi kung ad.,
- 8) **psychostimulace („psychická koupel“)** – pohybové činnosti, které přináší rovnováhu tělesnou a duševní pomocí stimulace psychických funkcí; většina těchto stimulací je kontaktní a kontakt bývá zprostředkováván pomocí velmi jemných dotyků.

Způsoby:

- stimulace chodidel (bosá chodidla),
 - stimulace pomocí různých pomůcek, např. peříčka, šátky,
- 9) **životní styl a životní filozofie** – zdravý životní styl zahrnuje zdravé životní návyky (výživa, pohybová aktivita a vyhýbání se negativním faktorům života (alkohol, kouření, drogy, workoholismus ad.), patří sem také spiritualita, sebezpřijetí a sebeláska, zdravé rodinné zázemí ad.,
- 10) **mentální trénink** – metoda vycházející z pozitivního myšlení a z autogenního tréninku; při opakovaném provozování této metody lze dosáhnout větší schopnosti se soustředit a uvolnit se; nácvik však vyžaduje od klienta velkou trpělivost – jeho součástí jsou pravidelné meditace, vhodné prostředí, vhodná poloha,
- 11) **hypnóza** – tato metoda k návratu duševní rovnováhy velmi přispívá; jde suggestivní působení na klienta ve změněném stavu vědomí, tato metoda může ovlivňovat i paměť (využívá se často ve sportovním prostředí),
- 12) **pozitivní psychologie** – tato metoda využívá působení pozitivního myšlení a pozitivních přístupů; při pozitivním přístupu jsme mnohem odolnější vůči stresu, vůči vnějšímu okolí i vůči svým vlastním negativním myšlenkám.

1.3 Stres

Podle Marie Vágnerové je „stres komplexní psychofyziologickou reakcí, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody“. (Vágnerová, 2014, s. 40) Jedinec je zahlcen událostmi, které jsou pro něj těžko zvládnutelné. Je vystaven kognitivní a emoční nejistotě, netuší, jak se v dané situaci, která se i nadále vyvíjí, má zachovat. Dosud známé a používané strategie chování selhávají.

„Stres patří k nejzávažnějším faktorům poškozujícím lidské zdraví a je často označován za spouštěče celé řady složitých životních situací počínaje stresovou situací a mnohdy končící závažným onemocněním. [...] Stres působí negativně také při léčebných procesech. [...] Dlouhodobě trvající stres způsobuje vážné psychické onemocnění, na počátku se může jevit jako deprese.“ (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015, s. 10–11)

Jaro Křivohlavý sestavil paletu stresorů:

- vztah charakteristik práce a stresu:
 - přetížení množstvím práce,
 - časový stres,
 - neúměrně velká odpovědnost,
 - nevyjasnění pravomocí,
 - vysilující snaha o kariéru,
 - kontakt s lidmi,
 - nezaměstnanost,
- hluk,
- spánek,
- vztahy mezi lidmi,
- negativní sociální jevy – obavy z kriminálních činů,
- nesvoboda a pocit bezmoci,
- dlouhodobá napětí,
- omezený prostor.

Zároveň Křivohlavý uvádí metody diagnostikování a měření stresu:

- využití poznatků o fyziologických a biochemických příznacích stresu,
- využití dotazníků zaměřených na zjišťování psychologických charakteristik příznaků stresu,
- využití dotazníků zaměřených na těžké životní události,

- využití dotazníků zaměřených na každodenní starosti. (Křivohlavý, 2009, s. 174–179)

2 Chronicky nemocný člověk a jeho vztah k sobě samému, k jeho nejbližšímu okolí a ke světu

2.1 Jednotlivé aspekty somatické nemoci

„Chronická onemocnění jsou obecně definována jako stavy trvající jeden rok nebo více a vyžadující stálou lékařskou péči či omezující činnosti každodenního života, případně obojí.“ (Centers for Disease Control and Prevention, 2020)

Chronická onemocnění jsou mnohdy charakteristická:

- dlouhým latentním obdobím (období mezi nástupem nemoci a vlastním pocítěním zdravotních potíží),
 - dlouhá nemoc může přinést různá funkční poškození,
 - většina chronických nemocí se v průběhu života nevyлéčí a přetrvává po celý život,
 - některé nemoci mohou ohrozit i životně důležité funkce.
- (BetterHealth Channel, 2020)

Každá dlouhodobá nemoc s sebou přináší samozřejmě také dlouhodobou psychickou a fyzickou zátěž. Marie Vágnerová (Vágnerová, 2014, s. 62) zmiňuje, že každé onemocnění bychom měli posuzovat hned ze tří aspektů:

- somatický – sem můžeme zahrnout především tělesné potíže spojené s nemocí, které jsou pro ni typické a které mohou znamenat případná fyzická omezení, z nichž samozřejmě mohou vyplývat následné psychické potíže, patří sem i prognóza budoucího vývoje choroby,
- psychický – je to souhrn emočních prožitků přicházejících v průběhu choroby, podstatné je, jak je daný pacient osobně vnímá a nakolik ovlivňují změnu jeho chování; tady je nutné si uvědomit, že vedle jasných charakteristických rysů nemoci, které mohou být pro jednotlivé pacienty stejné, je nutné počítat s tím, že psychické vnímání nemoci a vlastní vnitřní prožívání je velmi individuální (může záležet na psychické odolnosti, dřívějších zkušenostech, sociální situaci, věku, pracovním zařazení a na řadě dalších faktorů),
- sociální – velmi se odvíjí od všeobecného vnímání dané choroby v dané společnosti, které s sebou následně nese postoje a chování ostatních lidí

k postiženému (ať už se jedná o nejbližší rodinu a přátele, školu, kolegy a nadřízené v zaměstnání ad.).

1.2 Subjektivní vnímání nemoci

Marie Vágnerová (Vágnerová, 2014, s. 62) rozlišuje vnímání a posuzování nemoci z hlediska objektivního (např. lékařské diagnózy a popisy jejích příznaků, projevů ad.) a subjektivní prožívání a hodnocení nemoci nemocným, které rozhodně není možné podceňovat ani znevažovat. Závisí na něm totiž ochota pacienta spolupracovat s lékařem, okolím, ale i vůbec vnímání míry utrpení nemoci. „Postoj k vlastní nemoci je individuálně variabilní, různí lidé mohou prožívat stejnou chorobu odlišně.“ Pacient nemoc subjektivně přijímá tím méně, čím více nemoc zhoršuje kvalitu jeho života, čím více ho např. omezuje v soběstačnosti.

Každá somatická nemoc je poruchou fungování těla. V návaznosti na tento fakt se mění i vnímání vlastního těla pacienta a nakonec i vztah k vlastnímu tělu. Neopomenutelným somatickým projevem je bolest. Bolest může být:

- akutní – příčina jejího vzniku není známa a může u pacienta vyvolat pocity strachu,
- chronická – tedy pro pacienta známá a v případě, že není příznakem zhoršení stavu, pak se pacient tolik nevyděsí
 - avšak působí-li dlouhodobě, omezuje kvalitu života nemocného a může vést ke zhoršení emočního ladění, k depresím nebo beznaději, které může vést k rezignaci a ztrátě zájmu o cokoliv.

Pokud bolest trvá příliš dlouho, nemocného vyčerpává a tak snižuje toleranci k zátěži. „Někdy může bolest fungovat i jako prostředek komunikace, upoutávání pozornosti zdravotnického personálu či rodinných příslušníků. Může být způsobem volání po kontaktu, který zaručeně funguje. Nejde zde o předstírání, ale o vyjádření potřeby citové podpory v tíživé situaci.“ (Vágnerová, 2014, s. 64)

„S trvalým defektem zdravotního stavu se lépe vyrovnávají lidé, kteří v době před úrazem nebo změnou zdravotního stavu byli dobře společensky přizpůsobeni, měli

pozitivní sebepojetí a konstitučně neměli tendence k depresivním a úzkostným stavům.“ (Mohapl, 1992, s. 45)

Oliver Schad a Albert Haufs (Haufs, Schad, 2008, s. 98) upozorňují, že v případě chronické choroby a postoje pacienta k ní je velmi důležitá komunikace (v rodině, s přáteli, s kolegy v práci, s učiteli, s lékaři, ale i zajištění kontaktu s podobně postiženými pacienty) a zároveň podpora pozitivního myšlení.

1.3 Psychické problémy spojené s chronickou chorobou

Chronická choroba může mít vliv na kvalitu života v sociální oblasti. I v důsledku toho se může měnit sebepojetí nemocného, jeho vnímání sebehodnoty a sebeúcty. Pocit definitivní ztráty zdraví a předešlého způsobu života v nemocném vyvolává smutek a truchlení.

Smutek může vyústit až v depresi:

- symptomatická deprese – souvisí přímo s danou chorobou (diabetes, nádorová onemocnění, poruchy štítné žlázy ad.,
- psychogenní, reaktivní deprese – reakce na změnu situace – spojuje se s úzkostí, beznadějí, nemocný má zhoršené sebevědomí
 - pro pacienta může dokonce život ztratit úplně smysl, a to v případě, že si myslí, že se se ztrátou nikdy nevyrovná (suicidální tendence).

Časté obranné reakce na onemocnění:

- pocit bezmoci a beznaděje – hrozí upadnutí do apatie a rezignace,
- hněv a vztek – zloba na osud, hledání viníka,
- agrese,
- hostilita,
- negativismus,
- sebeobviňování – hledání důvodů, jimiž si pacient mohl nemoc způsobit (Vágnerová, 2014, s. 64–72),
- nečinnost,

- sebekritičnost,
- upadající sebevědomí,
- nerozhodnost,
- beznadějnost. (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015, s. 17–19)

V důsledku onemocnění se může objevit změna hierarchie hodnot. Mění se psychické potřeby pacienta:

- většinou se snižuje potřeba podnětů a nových zkušeností,
- důraz na potřebu se zorientovat ve své situaci,
- zvyšuje se potřeba bezpečí a citové jistoty,
- bývá omezena potřeba sociálního kontaktu,
- mění se potřeba seberealizace,
- pacient cítí ohrožení potřeby otevřené budoucnosti.

(Vágnerová, 2014, s. 64–72)

„Závažná nemoc člověka změní. Už není schopen zvládnout to, co zvládl dříve, a většinou si to uvědomuje. Pod vlivem zátěže se mohou měnit i některé osobnostní vlastnosti. Těžká choroba stejně jako jiné závažné zátěže některé vlastnosti akcentuje a ovlivní jeho postoj. V souvislosti s onemocněním dochází k prohloubení vědomí vlastní odlišnosti od zdravých a pocitu příslušnosti k minoritě nemocných. S tím souvisí tendence k sebepodceňování a nárůstu smutku z vlastní nedostačivosti. Sklon k pocitům méněcennosti leckdy posiluje i chování zdravých lidí.“ (Vágnerová, 2014, s. 72)

Odborníky je proto doporučována psychoterapie. Judita Hofhanzlová (Hofhanzlová, 2009, s. 165) uvádí osobní příklad klientky postižené atopickým ekzémem: „*Přesvědčila jsem se, na vlastním těle o tom, že kořeny ekzému mohou být hluboko v duši. Myslím si proto, že by lidem trpícím ekzémy mohlo velice prospět, kdyby se podle svých možností pustili do práce na své psychice, pokud vyzorovali, že i ona může mít výrazný podíl na zhoršení či zlepšení stavu jejich nemoci.*“

1.4 Sociální aspekty nemoci

Pokud člověk závažně onemocní, dojde zároveň ke změně jeho identity a postavení ve společnosti. Okolí mnohdy neví, jak se k člověku chovat, jeho postoje jsou často ovlivněny viditelnými projevy a vnějšími znaky:

- nápadnosti a deformace – změny v chování nemocného – třes, slinění, inkontinence, nápadné zhubnutí, zakulacení obličeje (užívání kortikoidů), ztráta vlasů, kožní onemocnění (vedou až k nechuti ke kontaktu s nemocným nebo k odstupu),
- předsudky – vyplývají z nedostatku informací.

Závažná choroba většinou s sebou nese změnu sociální pozice nemocného, kvalitativně horší roli. Nemocný často není schopen udržet svou profesní roli, která mu mohla zajistit uspokojení a prestiž. V některých případech může přinášet ale nemoc pacientovi i určitá privilegia, např. ohledy, trpělivost.

Velkým náporům na psychiku je i hospitalizace, kdy je nemocný anonymizován, stává se pasivním objektem (to může vnímat jako ztrátu kontroly nad svým životem). Celkově pobyt v nemocnici posiluje nejistotu a pocity dezorientace. Pacient žije na malém, omezeném prostoru, omezení aktivit, režim, nepřetržitý hluk, nepřetržité světlo. Dochází také k proměně sociálních kontaktů – nejčastější je kontakt s ostatními pacienty nebo se zdravotním personálem. Kontakt s příbuznými, přáteli je minimalizován.

V době nemoci je rodina jedinou sociální skupinou a umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci. Může mu poskytnout oporu a emoční zázemí. I tak se stává, že se nemocný cítí osamocen. Zároveň jeho nemoc ovlivňuje život celé rodiny – postavení rodiny, osobní životy jednotlivců. Dochází ke změně životního stylu rodiny. Zátěž může rodinnou jednotku posílit a stmelit, a nebo přinese její rozpad. Z dlouhodobého hlediska je péče o nemocného velmi vyčerpávající psychicky i fyzicky. (Vágnerová, 2014, s. 75–79)

Ze všech výše zmiňovaných důvodů je nutné zvýšení pozornosti v oblasti duševní hygieny, která je samozřejmě neméně důležitá i pro běžný život zdravého jedince, je základem rovnováhy jednotlivce ve vztahu k jeho biologickým potřebám, k jeho začlenění do kolektivu a do společnosti a současně k jeho životním postojům a filozofii. (Blahutková, 2008, s. 6) V praxi směřuje duševní hygiena k získávání duševní rovnováhy

člověka. Mohou k ní přispívat různé techniky a cvičení. (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015, s. 28–36)

3 Astma bronchiale, atopický ekzém, alergická rýma – definice, příčiny, projevy, životní styl nemocného

3.1 Astma bronchiale

3.1.1 Definice astmatu bronchiale a jeho výskyt

„Astma bronchiale je definováno jako chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, kde mají roli mnohé buňky a buněčné částice. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperreaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíhy na hrudi a kašle, zvláště v noci nebo časně ráno. Tyto epizody jsou obvykle spojeny s variabilní obstrukcí, která je často reverzibilní buď spontánně, nebo vlivem léčby. Astma je tedy, bez ohledu na jeho etiologii, věk či na jeho různé klinické formy, resp. fenotypy, *chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest spojené s jejich strukturálními změnami. Zánět je spojen s bronchiální hyperreaktivitou (BHR), obstrukcí a příznaky.*“ (Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 157)

Asthma bronchiale (dále jen astma) patří mezi onemocnění, které v současné době postihuje velmi početnou skupinu celosvětové populace, odhaduje se až 300 milionů. V České republice se prevalence astmatu odhaduje až 8 % populace, u dětí je výskyt vyšší, 12–15 % (Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 163). Velmi často se astma objevuje v dětském věku a stává se nejen zdravotní, ale také ekonomickou a sociální zátěží pro pacienta i nejbližší okolí.

„Slovo astma pochází z řeckého asthma a v doslovném překladu znamená ‚těžké oddychování‘. U průduškového astmatu dochází k chronickému (dlouhodobému) zánětu stěn dýchacích cest. Po kontaktu s určitými podněty se stěny zužují a vyvolávají tak často záchvatovou dušnost. Těmito mechanismy bývá narušeno především vydechování. V důsledku celkově prodlouženého výdechu dochází k zesílení zvuků při proudění vzduchu, ozývá se tak hvízdání (zostřené dýchání) a bručení.“ (Haufs, Schad, 2008, s. 9)

Podle tíže příznaků lze astma klasifikovat do čtyř stupňů: intermitentní, lehké, středně těžké a těžké perzistující. Astma je velmi často doprovázeno alergickou rýmou a atopickým ekzémem. U pacienta se může tato nemoc rozvinout v jakémkoli věku.

„První záchvat dovede pořádně vyděsit. Pacient nemůže popadnout dech! Plíce se mu nadouvají a přeplňují vzduchem, který ale dokáže vydechnout jen se značnými obtížemi,

nadýmá se mu hrudník. V důsledku zúžené průchodnosti průdušek nastupuje „pískavé“ dýchání. Plíce se zaplňují vazkým hlenem, který nelze vykašlat. Do usilovné práce se zapojují nejen dýchací svaly hrudníku, ale i svalstvo šíjové a obličejové, neboli mobilizuje se takzvané „pomocné“ dýchání.“ (Isajev, Mojsjuková, 2005, s. 11)

3.1.2 Vznik astmatu bronchiale

Na vzniku této nemoci se podílejí především dědičné faktory v kombinaci s negativním vlivem vnějšího prostředí. Alergické příznaky často předcházejí vzniku samotného astmatu. Často se objevují již v prvních měsících života dítěte. Bývá pozorováno, že do tří měsíců života dítěte se může objevit tzv. neurodermitis (suchá zarudlá kůže), která novorozence samozřejmě dokáže potrápiti – způsobuje neklid, poruchy spánku i příjmu potravy, dítě častěji pláče. Už do tří let se mnohdy objevují příznaky alergické rýmy projevující se častým kýcháním, silným výtokem z nosu, obtížným dýcháním. Mezi čtvrtým a pátým rokem lze pozorovat vznik průduškového astmatu (Isajev, Mojsjuková, 2005, s. 12). „Nejzávažnějším genetickým predisponujícím faktorem pro rozvoj astmatu je atopie, definovaná jako tvorba abnormálního množství IgE protilátek, která je odpovědí na obecné alergeny vnějšího prostředí.“ (Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 164). Ke zhoršení příznaků může dojít při kontaktu se specifickými alergeny, ale také například při tělesné námaze, extrémní emoční zátěži, při styku s nadměrným smogem, průmyslovými zplodinami, výfukovými plyny, cigaretovým kouřem, při styku s barvami, laky, deodoranty nebo při nákaze respiračními chorobami. Alergie může způsobovat také styk s domácím prachem, ptačím peřím, zvířecí kůží a šupinkami ze zvířecí kůže, plísněmi. Původcem alergie můžou být i různé potraviny (tzv. potravinová alergie), vlhko, chlad, sluneční paprsky, bodnutí hmyzem. „V průduškách dochází ke spasmu hladkého svalstva, objevuje se otok slizničního obalu průdušek, narůstá sekrece hlenu, projevují se změny ve složení filmu chránícího plicní sklípky. V důsledku toho se průchodnost průdušek zejména při výdechu prudce zhoršuje, výměna vzduchu vázne, pacient si stěžuje na dušnost. K otoku sliznice, jenž je pro alergický stav příznačný, přistupuje ještě druhotná infekce. Zánět dýchacích cest je pak chronický. [...] Časté záchvaty a chronický zánět vedou k dalšímu poškozování plicní tkáně, záchvaty mívají

stále těžší průběh, nastupuje riziko vážných komplikací, jako je rozedma plic, cor pulmonale, plicní a srdeční nedostatečnost.“ (Isajev, Mojsjuková, 2005, s. 16–17)

„Astma může velice narušit kvalitu života. Tak například dech nestačí až do konce schodiště, drobné nachlazení dá zabrat po dobu několika týdnů a kamarády je potřeba při hře stále prosit o ohleduplnost. U dospělých je astma považováno za chronické onemocnění, které se nedá vyléčit. V případě dobré péče a přizpůsobení životního stylu se dá astma ovšem velmi dobře zvládat.“ (Haufs, Schad, 2008, s. 144)

Astmatické onemocnění vstupuje do života pacienta i celé jeho rodiny. Může se stát velkým životním traumatem. Každodenní život bývá ovládán strachem a stresem. Ten samozřejmě přináší množství omezení. Michaela Krenkelová (Krenkelová, 2017, s. 51) ve své diplomové práci uvádí výpovědi postižených dětí:

Nikolka (8 let): *„Nejvíc mě na tom štve, že se nemůžu hýbat, a proto jsem oplácaná, máma mi říká, že z toho vyrostu, ale jak to může vědět, možná bych nebyla, kdybych mohla tancovat a běhat a plavat...“*

Barborka (17 let): *„ty vůně, já se vlastně nemůžu pořádně navonět, je jako pravda, že jde i o to, co je to za vůni nebo voňavku, ale to, co bych chtěla, tak nemůžu.“*

3.1.3 Léčba a stabilizace astmatu bronchiale

Hlavním cílem léčby je dosažení a udržení kontroly nad astmatem jakékoliv tíže. (Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 158)

Isajev a Mojsjuková (2005) uvádějí, že úspěšnost léčby závisí především na včasném zásahu:

- zjištění pacientovy dispozice k alergickým reakcím,
- určení hlavních alergenů – za tímto účelem se používá množství testů např. aplikační (látka se nanáší na celistvou, nenarušenou kůži), skarifikační (na pyly a na alergeny z životního prostředí), intradermální (při podezření na přecitlivělost vůči bakteriím, plísním a lékům), nazální alergický (testovaný alergen se aplikuje v podobě nosních kapek), konjunktivální (kontrolní roztok se kape do dolního spojivkového vaku), inhalační (pacient vdechuje rozstříkaný aerosolový roztok), chladový (na vnitřní předloktí se přikládá

kousek ledu), tepelný (na vnitřní předloktí se přikládá zkumavka s vodou o teplotě 40–42 °C), eliminační testy (zjišťují se potravinové alergeny),

- potlačení zánětu dýchacích cest a dalších orgánů,
- psychická podpora a pomoc při zbavení se strachu z dalšího záchvatu,
- upozornění na preventivní opatření – pacienta i jeho okolí (především u dětí),
- podpoření lepší pohyblivosti hrudního koše,
- zpevnění dýchacího svalstva,
- zlepšení celkové kondice,
- posílení imunitního systému,
- podpoření fyzické aktivity,
- posílení psychické odolnosti,
- podpoření v zařazení se do běžného života.

Při pravidelných kontrolách lékař provádí především opakované funkční vyšetření plic – spirometrii. Samozřejmě také pravidelný rentgen plic, kontrolu saturace kyslíku v krvi.

Klasická medicína využívá k léčbě kombinaci:

- nefarmakologické léčby:
 - prevence spočívající ve vyhnutí se kontaktu s tabákovým kouřem, lékům, potravinovým aditivům a lékům způsobujícím potíže, škodlivinám v pracovním prostředí, pylům, roztočům, peří, prachu ad.,
 - bronchiální termoplastika – do průdušek se zavádí pomocí fibrobronchoskopu speciální katetr, generující radiofrekvenční a tepelnou energii,
- farmakologické léčby:
 - podávání úlevových antiastmatik – rozšiřují průdušky, odstraňují příznaky,
 - podávání kontrolujících antiastmatik – působí protizánětlivě a preventivně,
 - léčba fixní kombinací. (Kolek, Kašák, Vašáková, 2014, s. 172)

Nekonvenční metody a přírodní prostředky:

- masáž,
 - klasická – s důrazem na široké svaly zádové, trapézové svaly od týlu k ramenním kloubům, zdvihač hlavy, 7. krční obratel, oblast hrudníku a prsních svalů, mezižeberní prostory a žeberní oblouky,
 - lineární a bodová masáž – orientální masáž,
 - reflexní segmentová masáž,
 - masáž pojivových tkání – působení na pokožku a podkožní vrstvu, působení na podkoží a fascie, působení na fascie,
 - periostální masáž (okosticová) – v oblasti zvýšené citlivosti působíme tlakem na okostici,
 - vakuová masáž (baňková terapie),
 - automasáž,
- parní lázeň a masáž metlami,
- léčba kovy – kovovými deskami, užití jehlových aplikátorů,
- fytotherapie (rostlinná léčba) – podávání rostlinných nálevů, odvarů, výtažků k inhalacím, koupelím i přípravě čajů,
- aromaterapie – kožní metoda (vtírání éterických olejů do pokožky), inhalační (vdechování silic),
- homeopatie,
- využití medu, mateří kašičky, propolisu, mumia, vína.

Dechová a tělesná cvičení:

- speciální soubor dechových cvičení,
- cvičení ve vodě,
- cvičení v lese a v parku,
- dechová cvičení podle N. Strelnikovové a K. Butejka,
- jóga,
- tai-či,
- či-kung.

Elektroléčba:

- využití moderních elektroterapeutických přístrojů vytvářejících stejnosměrný a střídavý proud.

Klimatoterapie a otužování:

- vzdušné koupele,
- otužování proudem vzduchu,
- otužování vodou,
- talasoterapie (léčba přímořským podnebím),
- oroterapie (léčebné pobyty v horách),
- speleoterapie (léčba v krasových jeskyních a solných dolech). (Isajev, Mojsjuková, 2005)

Albert Haufs a Oliver Schad (Haufs, Schad, 2008) doporučují také pomoc psychologickou zaměřující se na aspekty zvládnutí nemoci. Doporučují při ní i účast rodinných příslušníků.

3.2 Atopický ekzém

3.2.1 Definice atopického ekzému a jeho podoby

„Atopický ekzém, pro svůj vznik v prvních měsících života také nazývaný dětským ekzémem, je silně svědivé obvykle léta trvající zánětlivé kožní onemocnění, spojené s častým rodinným výskytem průduškové záduchy (astmatu) nebo senné rýmy. Sklon k těmto třem chorobám, pro které se používá jednotícího názvu atopie, bývá dědičný. [...] Ekzém je v podstatě obranná zánětlivá (alergická) reakce těla, které se tak snaží odstranit vyvolávající příčinu a její škodlivé účinky snížit na co nejnižší míru.“ (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009, s. 11)

„Atopici jsou lidé, kteří mají sklon k alergiím různého druhu, které se nejčastěji

projevují příznaky na kůži, ekzémem. Poslední dobou se pro ekzém rozšířilo používání pojmu neurodermitida.“ (Hofhanzlová, 2009, s. 6)

Na základě období vzniku rozlišujeme formy atopického ekzému:

1) kojenecká forma:

- začíná mezi 2. a 6. měsícem po narození na tvářích a na čele, může se rozšířit na celou hlavičku, tělíčko, ruce a nohy,
- projevuje se zčervenáním kůže, na povrchu se vysévají drobné pupínky a puchýřky, které mokvají a následně vznikají stroupky a šupiny,
- vyrážka velice svědí, dítě se škrábe, je neklidné, špatně spí,
- zhoršení mohou způsobovat potravinové alergenů (kravské mléko, vejce, citrusové plody), prořezávání zoubků, pocení, infekce, očkování aj.,
- průběh je nepravidelný,
- může se během druhého roku života dítěte úplně ztratit, a nebo naopak přejde do další fáze,

2) dětská forma:

- týká se období předškolního a školního věku dítěte,
- vyrážka se objevuje v loketních a podkolenních jamkách, na krku, zápěstí, hřbety rukou; občas se vyskytne i na trupu a celých končetinách,
- vyrážka již tolik nemokvá, ale je hrubá, drsná, zůstávají oděrky po škrábání,
- silné svědění přetrvává,
- kůže obličeje bývá velmi bledá,
- v průběhu prvních školních let vymizí atopický ekzém u 75 % nemocných dětí, velmi často se stává, že kolem 20. roku života pacienta potíže mizí úplně,

3) dospělá forma:

- obvykle předchází výskytu dospělé formy atopického ekzému v kojeneckém nebo dětském věku, případně onemocnění astmatem, mnohdy se však objeví u pacientů, kteří dříve podobnými potížemi netrpěli,
- vyrážka se objevuje ve stejných místech jako u dětské formy, je ještě více zhrubělá a rozpraskaná, kůže mnohem více svědí,
- nemoc zhoršují stresy, které pacient v životě prožívá,
- nemoc může zmizet kolem 40. nebo 50. roku života pacienta. (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009)

„Atopický ekzém je nově definován jako neuro-imuno-endokrinní zánět kůže. Jsou změněné imunitní reakce. Jsou dědičně podmíněné. Jedná se o nadměrně přehnané reakce na alergeny, na látky v potravě většinou bílkovinné potraviny, na aeroalergeny, jako jsou pyly a roztoči, na autoalergeny z lidských proteinů a na mikrobiální superantigeny. Je zvýšena hladina IgE v krvi. Produkci IgE umožňují specificky senzibilizované B buňky, B lymfocyty. Kromě toho se na tvorbě IgE podílejí plazmatické buňky v tkáních. Zvýšená hladina IgE je stimulována interleukinem 4. [...] Zvýšená hladina IgE je zejména u těch nemocných, kteří zároveň trpí sennou rýmou nebo bronchiálním astmatem.“ (Novotný, 2009, s. 16–17)

3.2.2 Zhoršování atopického ekzému

Dá se říci, že ke zhoršování atopického ekzému může docházet při sebemenší nerovnováze v těle pacienta. Napomáhají tomu chřipková a angínová onemocnění, záněty horních dýchacích cest, zvýšená teplota, zažívací potíže. Komplikací může být druhotná bakteriální infekce většinou způsobená zlatým stafylokokem, kdy dochází k mokvání ložisek ekzému, vytváří se žlutavé nebo žlutohnědé strupy, místa i hnisají. Nebezpečnou komplikací je infekce virem oparu.

Často se ekzém zhoršuje v pubertě, u žen se zdravotní stav může zhoršovat v závislosti na menstruačním cyklu, mění se v těhotenství, šestinedělí (některé ženy naopak uvádějí zlepšení problémů s ekzémem v těhotenství).

Postižený senzitivně reaguje na přílišné teplo či chlad, ale i na rychlé změny teplot. Týká se to i teploty vody, přičemž se nedoporučuje velmi časté mytí, návštěvy například plaveckých bazénů, v nichž je chlorovaná voda. Není vhodný častý kontakt s mýdlem, saponáty, barvami, laky, práce v chemických laboratořích, práce s hlinou. Stav pokožky se může zhoršovat i při kontaktu s vlněnými tkaninami, kožešinami, ale i s oděvy z umělých vláken. U dětí může zhoršovat zdravotní stav plyšová hračka, hračky s ostrými hranami či drsnými plochami. Snad úplně nejzásadnějším faktorem pro zhoršování je jakýkoli stres. Zásadní je styk s alergeny, včetně potravinové alergie. Problematické je očkování, je třeba očkovat nejen v optimálním zdravotním stavu (bez známek akutní infekce), ale také v klidové fázi atopického ekzému. (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009)

„Atopický ekzém je mnohem hlubším problémem v organismu člověka, netýká se pouze kůže. Proto pouhým ošetřováním a mazáním pokožky, toto onemocnění ve velké většině případů nemůžeme vyléčit, pouze korigovat v určitých mezích. Ale nesprávným zacházením můžeme naše obtíže výrazně zhoršit a naopak správným přístupem si můžeme od obtíží ulevit.“ (Hofhanzlová, 2009, s. 20)

František Novotný (Novotný, 2009, s. 63) zmiňuje, že v současné době dochází v případě zhoršování potíží k omezování počtu hospitalizací, protože dle něj pobyt v nemocnici zhoršuje často psychický stav pacienta. V posledních letech se zřizují denní léčebná centra, kam pacient může pouze docházet.

3.2.3 Léčba a stabilizace atopického ekzému

„Nespoléhejte pouze na účinek léků. Dosud žádný lék nedokáže odstranit vrozený sklon k nemoci. Ten zůstává trvalou vlastností organismu.“ (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009, 29)

Na počátku je samozřejmě nutností celkové vyšetření:

- rodinná anamnéza,
- zaměření se na životní prostředí pacienta,
- rozbor způsobu stravování a zažívání,
- jednotlivé fáze vývoje ekzému,
- laboratorní vyšetření,
- alergologická a imunologická vyšetření,
- kožní testy.

Léčba ekzému:

a) vnitřní léky.

- antihistaminika – přináší úlevu, zmírňují svědivost,
- léky původem z hormonů kůry nadledvin – často se nepodávají vzhledem k dlouhodobým vedlejším účinkům,
- léky, které ovlivňují reakci buněk sliznice tenkého střeva (kromony) – podávají se při alergii na vaječný bílek, bílkoviny obilních zrn nebo na bílkoviny kravského mléka,

b) zevní léky:

- pasty s endiaronem – udržují kůži bez infekce,
- zinková pasta – má příznivý proces hojení, působí chladivě a dezinfekčně,
- dehtové přípravky – mají protizánětlivé, protibakteriální a protiplísňové účinky,
- ichtamol – účinkuje protisvědlivě, protizánětlivě, keratoplasticky (tzn. povzbuzuje epitel kůže k růstu), antiseboricky, antisepticky,
- hormonální (kortikoidní) masti a krémy – rychle ulevují od potíží, problém však neřeší, pouze ho potlačují, navíc mají mnoho vedlejších účinků,

c) obklady:

- Jarischův roztok – má protizánětlivý a mírně dezinfekční účinek,
- obklady se slabě růžovým hypermanganem – při infekcích,
- obklady hodně tmavým pravým čajem – obsahuje tříslovinu tanin, která má silně stahující a mírně protizánětlivý účinek,

d) promašťovací krémy a masti,

e) koupelové roztoky,

f) speciální šampony,

g) kosmetika z Mrtvého moře, pobyty u moře,

h) ultrafialové záření – horské slunce,

i) byliny – s protizánětlivými účinky – např. měsíček lékařský, řepík lékařský, řebříček obecný,

j) homeopatie,

k) akupunktura (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009),

Judita Hofhanzlová (Hofhanzlová, 2009) přidává:

l) léčba vodou – koupání chodidel, polévání lýtek, polévání kolen, polévání stehen,

m) čínská medicína,

n) půst,

o) léčba výživou,

František Novotný (Novotný, 2009, s. 71–76) dále doporučuje:

p) psychoterapie,

q) aromaterapie,

- r) muzikoterapie,
- s) hypnóza,
- t) autogenní trénink,
- u) léčba slovem a úsměvem.

3.3 Alergická rýma

3.3.1 Definice alergické rýmy

„Alergická rýma je zánětlivé onemocnění nosní sliznice vyvolané alergeny přítomnými ve vdechovaném vzduchu. Alergeny jsou běžné neškodné látky z prostředí, které zdravému člověku vůbec nevadí, ale u člověka se změněnou reaktivitou – alergika – vedou ke zvláštnímu typu nemístné obranné reakce: alergické reakci.“ (Seberová, 2009, s. 9)

Robert J. Davies (Davies, 2001, s. 27) se zmiňuje o celoroční alergické rýmě, kdy má pacient potíže po celý rok způsobené alergeny – roztoči v domácím prachu, domácí zvířata, pyl. Jako vnější příznaky zmiňuje ucpaný nos a vácčky pod očima.

„Alergie není v žádném případě diagnózou, je pouze označením situace, *kdy nemocný reaguje jinak, než je běžné*. Slovo pochází z řečtiny, **All** = jinak, **ergein** = reagovat.“ (Hofhanzlová, 2009, s. 6)

3.3.2 Vznik alergické rýmy

Alergická rýma na rozdíl od rýmy infekční vzniká v plném zdraví. Téměř okamžitě nebo do několika minut po vdechnutí alergenu dojde k podráždění nosní sliznice. Nastává svědění, opakované kýchání spolu s vydatnou vodnatou sekrecí. Jestliže je pacient alergenům vystaven častěji, začnou být obtíže úpornější a vzniká chronická alergická rýma, což už je zánětlivé onemocnění. Vedlejšími příznaky mohou být bolesti hlavy, poruchy čichu a plnost vedlejších nosních dutin. Jsou podrážděné oční spojivky – oči svědí,

zarudnou, slzí. První příznaky mohou přijít v jakémkoliv období lidského života. Po prvním výskytu alergické rýmy se obtíže mohou vyskytovat opakovaně nebo dokonce trvale v závislosti na prostředí, kde se pacient pohybuje, i v závislosti na pacientově celkové zdravotní kondici.

Podle Roberta J. Daviese (Davies, 2001, s. 13–14) je dokonce vyšší pravděpodobnost u dětí narozených v pylové sezóně, že se u nich pylová alergie či senná rýma rozvine.

Podle Ester Seberové (Seberová, 2017) je genetická dispozice nutnou podmínkou pro rozvoj nejen alergické rýmy, ale jakéhokoliv alergického onemocnění. Seberová také tvrdí, že alergická rýma bývá pacienty i zdravotníky velmi často podceňována.

Podle výskytu může být alergická rýma:

- 1) sezonní – vyskytuje se pouze v určitém období (především v pylové sezóně),
- 2) celoroční – vyvolávána alergeny vyskytujícími se nezávisle na sezóně (domácí prach, roztoči, plísně, mouka, kožeshiny, chemikálie ad.).

Podle míry obtíží je klasifikována alergická rýma:

- 1) lehká – obvykle dobře tolerována, pacienta příliš neomezuje, neruší spánek,
- 2) středně těžká – snižuje kvalitu života pacienta,
- 3) těžká – výrazně snižuje kvalitu života pacienta – omezuje ho v běžných denních aktivitách, ruší spánek.

Podle frekvence a trvání příznaků je alergická rýma:

- 1) intermitentní (občasná),
- 2) perzistující (trvalá). (Seberová, 2009, s. 12)

Alergická rýma není nakažlivou nemocí. Ohledně dědičnosti lze říci, že existuje genetická dispozice k alergickému onemocnění.

„U pacientů s chronickou alergickou rýmou je velmi vysoké riziko rozvoje astmatu. Z pacientů s chronickou rýmou (alergickou i nealergickou) má 30–40 % astma a naopak celých 80–90 % astmatiků má současně projevy alergické rýmy, která zhoršuje jejich průduškové obtíže.“ (Seberová, 2009, s. 16)

Vedle astmatu trpí často pacienti s alergickou rýmou alergickým zánětem očních spojivek, opakovanými nebo chronickými záněty vedlejších nosních dutin, často se

vyskytují i polypy. Může se také objevit tzv. orální alergický syndrom – nesnášenlivost některých druhů ovoce a zeleniny (svědění, pálení, otok ústní sliznice, někdy až sevření hrdla, případně dušnost).

Judita Hofhanzlová tvrdí, že: „Každá alergická reakce má svoji příčinu. Pokud ji odhalíme a odstraníme, alergie zmizí. Téměř každá alergie je léčitelná. Příčina přecitlivělosti má původ v těle a v podvědomí alergicky reagujícího člověka. Alergie ve své podstatě není nemoc, ale symptom, který nás upozorňuje na tělesný, mentální nebo duchovní problém nemocného.“ (Hofhanzlová, 2009, s. 6)

3.3.3 Léčba a stabilizace alergické rýmy

Pro léčbu alergické rýmy se užívají:

1) léky přinášející rychlou úlevu:

- antihistaminika:
 - potlačují účinky histaminu zodpovědného za obtíže na nosní sliznici; působí proti akutnímu záchvatu svědění, kýčání, podráždění očních spojivek,

2) preventivnímu podávání – jimi léčíme podstatu onemocnění – alergický zánět:

- kortikosteroidy:
 - jsou podávány v podobě tablet nebo injekcí,
 - je třeba s nimi nakládat opatrně, protože vyvolávají řadu nežádoucích účinků,
 - mohou se užívat dlouhodobě,
- specifická alergenová imunoterapie:
 - na počátku léčby se podává velmi nízká dávka alergenu a postupně se její množství zvyšuje,
 - cílem je navození tolerance alergenu, na nějž je pacient přecitlivělý.

Úplně nejlepším způsobem prevence je odstranění alergenů z prostředí pacienta. To můžeme udělat v domácím prostředí, avšak v přírodě a ve veřejných prostorech to nelze.

Podobně jako u astmatu a u atopického ekzému je dobré sledovat pylovou sezónu a přizpůsobovat se jí. (Seberová, 2009)

Robert J. Davies doporučuje vyloučení mléčných výrobků z jídelníčku. Upozorňuje na zkříženou reaktivitu mezi pylem břízy a např. jablky, také na přecitlivělost na léky – Aspirin, Ibuprofen ad. (Davies, 2001, s. 34)

3.4 Životní styl pacienta

V případě všech tří výše zmiňovaných zdravotních potíží je důležité nejen spoléhat na předepsané léky. Je dobré klást důraz na celkovou životosprávu pacienta. „Dostatek klidného spánku, nedráždivá strava, systematická péče o čistotu těla, vhodné oblékání, předcházení většímu fyzickému a psychickému vypětí a pobyt v místech s nepříznivými klimatickými podmínkami jsou nedílnou součástí léčebného režimu pacienta.“ (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009, s. 77)

V případě, že jsou určeny alergeny a spouštěče potíží a astmatických záchvatů, roztočí se kolotoč omezení, upozornění, což především děti velmi omezuje a je to pro ně množství nepříjemných zákazů a příkazů. Doporučuje se například poctivě sledovat tabulky ročního výskytu alergenů, předpověď počasí a v určitých dnech nevycházet ven, nepracovat na zahradě, neotvírat okna v příbytcích, nesusit osobní prádlo venku, denně v bytě luxovat a mnoho dalších. Lékaři doporučují pacientům vést si deník, v němž si budou sledovat stav nemoci. Tato časově sice náročnější, ale v podstatě jednoduchá metoda může napomoci vystopovat spouštěče a příčiny potíží.

Je dobré sledovat:

- jídelníček – především změny v jídelníčku, lze i experimentovat s vynecháváním či přidáváním určitých potravin,
- počasí – vliv mrazivého, větrného, horkého počasí, vlhkost ad.,
- léky – klást především důraz na zaznamenávání hormonálních léků, krémů, mastí,
- koupání – sledovat stav pokožky nejen po každodenní očištění, ale i po koupání v přírodních koupalištích, bazénech ad.,
- slunce – snášenlivost slunce,

- u dívek a žen menstruační cyklus – vliv na zhoršování potíží, především atopického ekzému,
- psychickou a fyzickou zátěž – zátěž ve škole, při radostných událostech, v konfliktních situacích, při sportovních výkonech,
- změny v životním stereotypu – pečlivě zaznamenávat delší pobyty mimo domov – pobytu u moře, na horách, na chalupě, u prarodičů, přátel,
- celkový stav – nemoci, očkování,
- domácnost – činnosti prováděné v domácnosti, které vedou ke zhoršení potíží (domácí práce, opravy, lakování ad.),
- koníčky – sledovat vliv koníčků na zdravotní stav. (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009, s. 77–78)

Výše zmiňované zdravotní potíže přináší množství nejen osobních, ale i společenských omezení. V případě atopického ekzému je důležitý faktor i správná volba materiálu osobního oblečení – například nepoužívat materiály s vlasem, z vlny, kožešiny ad. Nejvíce se doporučuje bavlna. S tím souvisí i výběr pracích prostředků. „Každý alergik je zvýšeně náchylný k další senzibilizaci, proto je na místě zvýšená opatrnost při kontaktu s látkami, o nichž je známo, že často alergii vyvolávají. Na to je důležité pamatovat např. při volbě povolání.“ (Seberová, 2009, s. 27)

Důležitá je úprava domácího prostředí alergika:

- udržovat optimální teplotu (20 °C) a vlhkost (40–50 %) prostředí,
- pravidelně větrat,
- zvlhčovat obydlí,
- podlahy raději bez kobereců,
- minimalizovat bytový textil,
- lůžko by mělo být protialergenově upraveno,
- v bytě nekouřit,
- nejsou vhodné plynové spotřebiče,
- je dobré nemít přímo v bytě domácí zvířata,
- pro děti omyvatelné hračky,
- pravidelný úklid. (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009, s. 101)

Je důležité klást důraz také na stravování. Doporučuje se zacházet obezřetně s mlékem, především kravským. Dnes už se ví, že problémy může způsobovat konzumace masa. Problematikou správného stravování se zabývá mnoho odborníků, jedním z nich je MUDr. Judita Hofhanzlová, která ve své knize *Atopický ekzém Alergie Astma* přináší množství užitečných praktických rad, ale především konkrétních receptů. Ve svém úvodu říká: „*Již jako studentka jsem se zabývala problémem atopického ekzému a alergií. Tehdy mě k tomu vedlo znepokojení nad stále přibývajícím výskytem tohoto onemocnění zejména u dětí, ale i dospělých. V klasické medicíně tito nemocní nenacházeli klíč k úplnému uzdravení, a protože mě to již tehdy táhlo k alternativním způsobům léčby, hledala jsem řešení jinde. Zaslýchla jsem, že se snad dá ekzém léčit výživou, ale nic bližšího. Krátce po ukončení fakulty jsem se seznámila s rodinou ze Zlatých Hor, která svou ‚ekzematickou‘ holčičku, na doporučení klasického lékaře, léčila dietou bez živočišných bílkovin. Vyloučili z jídelníčku dítěte maso, mléko a vejce, začali vařit obiloviny, zeleninu a luštěniny a léčba byla úspěšná. Několik měsíců změny výživy udělaly s kůží a celkovým zdravím dítěte divy.*“ (Hofhanzlová, 2009, s. 4)

Mnoho odborníků doporučuje k opatrnosti při provozování různých druhů sportu. Přesto existují i přívětivější názory k pohybu v případě těchto nemocí: „Respirační alergie rozhodně není při dnešních možnostech léčby důvodem k zákazu veškerých sportovních aktivit a zbytečnému invalidizování dětí ani dospělých. Naopak – jednou z uvažovaných příčin nárůstu alergických onemocnění je právě i nedostatek pohybové aktivity dětí, které často tráví většinu volného času vysedáváním u počítače.“ (Seberová, 2009, s. 32)

4 Deprese

4.1 Definice deprese

„Deprese sice patří k běžné lidské zkušenosti, současně však představuje jedno z nejhorších utrpení, s jakým se v životě můžeme setkat. Je to bolest duše, která je mnohdy horší než bolesti tělesné, jak dosvědčují lidé, kterým osud dopřál dožít se obojího. Je často nepochopitelná a nevysvětlitelná pro postiženého člověka, a ještě méně srozumitelná a méně pochopitelná pro jeho okolí.“ (Honzák, 1999, s. 7)

Dle Marie Vágnerové (Vágnerová, 2014) patří deprese mezi afektivní poruchy, jejichž základním projevem je chorobná nálada neodpovídající právě prožívané životní situaci. Bývá narušeno uvažování postiženého, chování nebo somatické reakce. Tyto potíže pacientovi přináší adaptační potíže a sociální selhávání.

Afektivní poruchy se dělí na:

- depresivní poruchy – různá charakteristika dle míry depresivity:
 - velká depresivní porucha – samostatná deprese různé závažnosti, může být periodická nebo ojedinělá,
 - dystymní porucha – dlouhodobě změněná nálada se znaky deprese,
- bipolární poruchy – pro ně je charakteristické střídání depresivních a manických projevů:
 - bipolární porucha typ I – střídání fází manie a deprese,
 - bipolární porucha typ II – střídání fází hypomanie a deprese,
 - cyklotymní porucha – dlouhodobě změněná nálada – střídání deprese a elace (povznesená, nadměrně veselá nálada).

„Deprese se projevuje především změnou nálady, ale i odlišným způsobem uvažování a poklesem energie a aktivity. Hlavním příznakem je patologická depresivní nálada, která neodpovídá životní situaci nemocného. Nebývá vázána na konkrétní události, resp. její intenzita a délka trvání nejsou přiměřené případné aktuální zátěži. Ani emoční reakce depresivních lidí nebývají zcela standardní. Často jsou podivně a nepochopitelně lhostejní i k významnému dění.“ (Vágnerová, 2014, s. 357)

Deprese ovlivňuje prožívání pacienta, projevuje se např.:

- ztrátou schopnosti prožívat radost,
- sklonem k úzkostnému prožívání,
- dlouhodobá úzkost může vyústit v depresi,
- zvýšený sklon k pocitům viny, často bez jasné příčiny,
- bludy,
- pocity beznaděje, zoufalství a bezmoci.

Deprese ovlivňuje somatické projevy pacienta. Může dojít k ovlivnění fyziologických procesů – zpomalení, utlumení. Zároveň pacient trpí tělesnými potížemi (svírání na hrudi, bušení srdce, bolesti hlavy a srdce, zažívací potíže, závratě, poruchy spánku ad.).

4.2 Léčba deprese

- nefarmakologické postupy:
 - specifická psychoterapie – strukturované postupy (12–16 týdnů),
 - podpůrná psychoterapie – základními prostředky jsou empatie, laskavost, naslouchání, porozumění, podpora, povzbuzování, realistické cíle,
 - elektrokonvulzivní terapie – provádí se většinou během ústavní léčby,
 - fototerapie – doporučována např. u těhotenské deprese,
 - tělesné cvičení – příznivý účinek je znám především u aerobního cvičení,
 - modifikace životního stylu, dieta – správná výživa, redukce stresu, organizace volného času, sociální podpora,
 - další biologické léčebné prostředky – spánková deprivace, stimulace mozku,
- farmakoterapie – antidepresiva by měla být užívána při léčbě středně těžkých a těžkých forem onemocnění (Červený, Raboch, 2018, s. 8–9),
- pohyb v průběhu deprese – „Depresivní pacienti si většinou svůj tělesný stav ochablosti a tíže uvědomují a většinou kladně reagují na rytmická cvičení, která stimulují jejich aktivitu. Dobře také reagují na nabídku změny pohybového vzorce.“ (Čížková, 2005, s. 86)

5 Tanečně-pohybová terapie – definice, významné osobnosti, základní koncepty

5.1 Definice tanečně-pohybová terapie, významné osobnosti

„Tanec je pro lidi stejně přirozený jako hra, námluvy, jídlo nebo boj a často bývá pro tyto činnosti vyjádřením. Na celém světě je tanec součástí rituálů a našeho dědictví.“ (Payne, 2011, s. 14)

Na počátku vzniku tanečně-pohybové terapie stála slova Carla Gustava Junga, který výrazový tělesný pohyb, který označil jako aktivní imaginaci, pojmenoval jako jednu z možností, jak může nevědomí nabýt konkrétní podoby. Tuto svou teorii zmínil ve své přednášce v roce 1916, která pak kolovala pouze mezi jeho studenty a poprvé byla publikována až v roce 1957. (Chodorowová, 2006, s. 17) Jaroslava Dosedlová (Dosedlová, 2012) uvádí významné osobnosti, které stály u zrodu taneční terapie. Většinou přicházely z řad profesionálních tanečnicků. Jako první taneční terapeutka je označována **Franziska Boasová**, která zpozorovala léčebný efekt tance a od roku 1941 využívala tanec v New Yorku u psychotických dětí. Za zakladatelku tanečně terapeutického směru je považována Američanka **Marian Chaceová**, využívala tuto metodu u duševně nemocných dětí od roku 1942. Stala se také první prezidentkou **Asociace americké taneční terapie** založené v roce 1966, která taneční terapii definuje jako: „terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince.“ (Dosedlová, 2012, s. 77) K posunu vývoje tohoto oboru došlo díky **Lilian Espenakové** a její spolupráci se zakladatelem bioenergetiky Alexandrem Lowenem a převzetí body-readingu (čtení těla). Další vliv přinesla do Ameriky **Trudi Schoopová** vycházela z pojetí psychologie Carla Gustava Junga a Paula Eugena Bleulera a v tanci pak byla inspirována **Mary Wigmanovou** a **Rudolfem Labanem**. Z poznatků Junga vycházela i tanečnice a jedna z výrazných postav začátků taneční terapie **Mary Whitehouseová**. V Evropě postupně vznikla dvě základní centra taneční terapie – v Anglii a ve Francii. V Londýně se rozvinulo v návaznosti na práci a přínos Rudolfa Labana, člověka, který vytvořil systematický popis a kategorizaci pohybu, **Labanovo centrum pro pohyb a tanec (Laban Centre for Movement and Dance)**. V roce 1982

vznikla ve stejném městě **Association for Dance Movement Therapy** v níž byly např. **Lynn Craneová, Catalina Garvieová** nebo **Helen Payneová**. Naopak z klasického baletu se rozvíjela taneční terapie ve Francii – díky **France Schott-Billmannové**, i když i tady se objevil vliv Junga, a to v pojetí **Laury Sheleenové**.

Podle **Evropské asociace taneční a pohybové terapie**, založené v Mnichově v říjnu 2010 (Dosedlová, 2012, s. 79), můžeme „tanečně-pohybovou terapii definovat jako terapeutické využití pohybu za účelem rozšíření emoční, kognitivní, fyzické, spirituální a sociální integrace jednotlivce.“ (Tomáš Beníček, In: Beníčková, 2017, s. 37)

Tomáš Beníček (Beníčková, 2017, s. 36) definuje tento typ umělecké terapie následovně: „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. Při zvýšeném uvědomění si vlastního těla a jeho projevu skrze uměleckoterapeutické procesy dochází k projevu a odžití emocí uvědomovaných i skrytých, a tím i k prevenci sebedestruktivního jednání.“

V roce 1966 vznikla **Americká asociace taneční terapie** definující předmět svého zájmu jako „... psychoterapeutické užití pohybu. Taneční terapie je založena na předpokladu, že mysl a tělo jsou ve stálé vzájemné interakci. Taneční terapie staví na psychologických a fyziologických pojetích, které zdůrazňují vztah těla a psýché.“ (Chodorowová, 2006, s. 17)

U nás v České republice vznikla v roce 2002 **Česká asociace taneční a pohybové terapie TANTER**. (Čížková, 2005) Z potřeby vzájemného dialogu mezi uměleckými terapeuty dalších oborů (kromě tanečně-pohybové terapie také muzikoterapie, dramaterapie a arteterapie) vznikla v roce 2009 **Mezinárodní asociace uměleckých terapií – MAUT**. (Beníčková, 2017)

5.2 Vybrané metody tanečně-pohybová terapie

5.2.1 Psychomotorika

Psychomotorika je formou záměrné pohybové aktivity. Do České republiky se dostala až po roce 1989. Dle Marie Blahutkové (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015, s. 38) lze

v jejím rámci využít jednoduchých herních činností, činností s náčiním, kontaktní prvky, prvky pohybové muzikoterapie, relaxaci. Psychomotorika může být prostředkem k poznání osobnosti, díky němuž pak lze následně s osobou pracovat. Jejím cílem je bezděčné prožívání radosti z pohybu, hry i z tělesných cvičení. Může být využívána jako aktivní forma relaxace. Činnosti tohoto typu lze zařadit i do terapie. Marie Blahutková (Blahutková, 2008, s. 28) zdůrazňuje, že v psychomotorice je nutností klást důraz na vyváženost aktivit – kombinovat aktivity s náradím i bez, kruhový provoz, překážkové dráhy, hry, soutěže, tance ad.

„Psychomotorika nenahrazuje tělesnou výchovu, ale může být nejen její součástí. Prvky psychomotoriky lze implementovat ve škole do všech předmětů, v lidském životě do všech činností. Lze ji využívat v každém věku, u každého pohlaví i u osob vyžadujících speciální přístupy, včetně nemocných a upoutaných na lůžko.“ (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2005, s. 39)

5.2.2 Autentický pohyb

Za zakladatelku autentického pohybu je považována **Mary Starks Whitehousová** (1910–1979) (USA). Vycházela z Jungovy aktivní imaginace a přenesla ji do světa pohybu a tance. Kladla velký důraz na rozlišování dvou forem pohybu:

- hýbat se – odpovídá vědomé rovině, pohyb řízený z já,
- být hýbán – je nezáměrným pohybem vycházejícím z nevědomé roviny.

Joan Chodorowová vzpomíná na práci s M. S. Whitehousovou takto: „*Když jsem u ní v roce 1962 začala studovat, ještě jsem tíhla k promyšlenému, stylizovanému pohybu. V prvních měsících naší práce jsem se začala pohybovat a ona mi řekla: ‚Ne!‘ Pak jsem čekala a znovu se začala pohybovat, a ona řekla ‚Ne!‘ To se stalo tolikrát, že jsem více čekala, než se pohybovala. Postupně jsem pak pochopila, že jsem skutečně mohla dovolit, aby se něco událo. Nemusela jsem pohyb vědomě utvářet. Ten má svůj vlastní tvar. Zjistila jsem, že mohu naslouchat svému tělu, a něco se stane, pak se stane něco dalšího.*“ (Chodorowová, 2006, s. 44)

Podstatou autentického pohybu je, že klient obrátí svou pozornost do svého nitra a čeká na první impulz k pohybu. Je dobré mu věnovat pozornost, pohyb se začne rozvíjet sám. Terapeut je pozorným a tichým svědkem, do procesu nezasahuje. (Dosedlová, 2012, s. 86) Přítomnost tichého svědka, který tanečníka pozoruje je základním předpokladem autentického pohybu. Po skončení tance svědek tanečníkovi v přítomném čase jeho pohyby popíše, bez hodnocení, bez interpretace. Autentický pohyb lze využívat pouze při práci s dospělými osobami. Není vhodný pro osoby, které mají problém s vnímáním reality (psychózy, schizofrenie). Nesmí se kombinovat s návykovými látkami. (Z přednášek taneční terapeutky, tanečnice a choreografky Denise Gospodarek na Akademii Alternativa)

5.2.3 Labanova analýza pohybu

„Laban byl takovým průkopníkem svobody pohybu těla a mysli, až se někdy zdá, že vůbec nekladl důraz na kroky a bylo mu celkem jedno, kterou nohou začne. To proto, že pro něho byly kroky částí celého pohybu a ne oddělenou entitou. Určitě neuvažoval o tanci z hlediska kroků a počítání dob. Když řídil pohyb nebo tanec, nekladl důraz na kroky – ty vyplynuly z pohybu a byly správné.“ (Dalby, Newloveová, 2016, s. 18)

Rudolf von Laban (1879–1958) byl tanečník, choreograf a taneční teoretik. Vytvořil jasně definovaný systém k pozorování a analyzování pohybu. Labanovu analýzu pohybu lze využívat ve sportu, fyzioterapii, psychoterapii, herectví a dalších oborech. (Dosedlová, 2012, s. 92) Základem jsou čtyři hlavní kategorie, na kterých analýza staví – tělo, úsilí, prostor a tvar.

Podle Čížkové (2005, s. 72) analýza sleduje tyto cíle:

- rozvoj jasnosti a jednoznačnosti v pohybu,
- umožňuje vytvořit široký pohybový repertoár,
- umožňuje lepší porozumění významu pohybů,
- integraci vědeckých a uměleckých aspektů tanečně-pohybové terapie,
- přináší zvýšené kinestetické vědomí sebe sama.

Iveta Zedková (Zedková, 2012, s 63) uvádí pět obecných principů lidského pohybu, které jsou podkladem pro Labanův koncept:

- pohyb je proces, v němž dochází ke změně,
- ona změna je uspořádána do vzorců a má svůj řád,
- lidský pohyb vychází vždy z nějakého záměru a neprobíhá samoúčelně,
- základní elementy lidského pohybu mohou být pojmenovány a zkoumány,
- pro pochopení pohybu je nutné přistupovat z mnoha různých hledisek.

Na Rudolfa Labana navázala jeho studentka **Irmgard Bartenieffová** (1890–1981), tanečnice a pohybová analytička. Vytvořila systém základních principů pohybu Bartenieff Fundamentals – BF. (Dosedlová, 2012, s. 94–95)

5.2.4 Taneční konstelace

Autory uměleckoterapeutické metody Taneční konstelace jsou **Marie a Tomáš Beníčkoví**. Tato technika vychází z Tanečního orchestru, který byl inspirován tzv. pohybovým uměním sboru – chórem, který využíval Rudolf Laban. Taneční konstelace propojuje principy čtyř uměleckých terapií – dramaterapie, muzikoterapie, tanečně-pohybová terapie a arteterapie. „Metoda je zaměřená na sebepoznání, rozvoj a integraci osobnosti. Nabízí cílený emocionální a pohybový prožitek s preventivním a terapeutickým záměrem.“ (Tomáš Beníček, In: Beníčková, 2017, s. 45) Klient je prostřednictvím této metody vystavován komfortním i nekomfortním pozicím, které mohou nastavovat zrcadlo reálným životním situacím klienta. Klient může své poznatky následně aplikovat ve svém životě, lépe se v osobních situacích zorientovat.

5.2.5 Body-ego technika Trudi Schoopové

Taneční umělkyně **Trudi Schoopová** (1903–1999) se proslavila propojením moderního tance s pantomimou. Věnovala se psychotickým pacientům, snažila se o změnu jejich tělesného sebepojetí. Pracovala s přesvědčením, že změnou strnulosti, nepoddajnosti a nefunkčnosti těla pacienta lze napomoci změně v jeho myšlení a prožívání. Využívala

především techniku **zrcadlení** – opakovaně zaujímal postoje svých pacientů (držení těla, pohyby, chůzi), aby se více přiblížila jejich prožívání. „Kladla důraz na jednotu záměru a akce, na integraci všech částí těla a na jasnost a jednoznačnost vyjádření.“ (Dosedlová, 2012, s. 87)

5.2.6 Bazální tanec Marian Chaceové

Marian Chaceová (1896–1970) vycházela z poznatků C. G. Junga (psychoanalýza) a W. Reicha (vegetoterapie). Vyvinula tanečně-terapeutický přístup s důrazem na sdělování pocitů v kontextu skupinové interakce.

Praktikovala a dodnes inspiruje terapeuty těmito fázemi:

- úvodní zahřátí a rozcvičení,
- přijetí individuální situace a potřeb klienta,
- střídání intrapersonální a interpersonální komunikace,
- objevování prostoru, energie, rytmu skrze pohyb,
- taneční improvizace na určitá témata,
- využití socializačního vlivu skupiny,
- hudba jako prostředník pro sjednocení prostoru,
- verbalizace a sdílení emocí v závěru setkání. (Dosedlová, 2012, s. 85–86)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumný projekt

Tato absolventská práce je kvalitativním výzkumem, případovou studií (kazuistikou) věnující se podrobně případu vybrané klientky. Přestože se nabízí tímto příležitostí popsat daný případ podrobněji, nelze si klást na základě této práce nárok na zobecňování uplatnění získaných poznatků i na další případy.

6.1 Výzkumné otázky a cíle práce

6.1.1 Výzkumné otázky

Pro téma této absolventské práce jsem zvolila výzkum prostřednictvím případové studie, která umožňuje možnost podrobného popisu a rozboru případu jednoho klienta.

Cílem práce je popsat podíl tanečně-pohybové terapie na subjektivním pocitu zdraví u klientky s nemocemi astma bronchiale a atopický ekzém.

Základní výzkumné otázky práce:

➤ Výzkumná otázka č. 1:

Jak lze prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie zlepšit kvalitu života lidí s chronickými plicními chorobami, např. uvolnit hrudní koš, zaměřit pozornost do jiných částí těla?

Tato výzkumná otázka vychází z poznatků zachycených v teoretické části této práce. Dlouhodobá nemoc je velkým náparem na psychiku. Opakované ataky nemoci, ať už opakované astmatické záchvaty, viditelné stopy atopického ekzému na těle (včetně svědění) nebo nepříjemnosti spojené s alergií a alergickou rýmou (časté kýchání, otok a výtok z očí), u nichž nemocný nikdy neví, kdy ho postihnou, zvyšuje stres. Podle Marie Vágnerové je „stres komplexní psychofyziologickou reakcí, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody“. (Vágnerová, 2014) Je tak samozřejmě snížena kvalita života pacienta, na niž mají vliv tyto

složky: tělesná (např. příznaky), emoční (např. nálada), složka vztahující se k chování, mentální (např. koncentrace) a sociální (např. kontakty s rodinou či přáteli, pracovní vztahy). (Salajka, 2006)

Ke zmírnění náporu všech ohrožujících faktorů může napomoci duševní hygiena, která slouží k vyrovnání duševní pohody pacienta, k jeho začlenění do kolektivu, do společnosti. Jedná se o bio-psycho-socio-spirituální rovnováhu osobnosti (Blahutková, 2009). Isajev a Mojsjuková (2015) mezi faktory, které mohou ovlivňovat úspěšnost léčby, zařazují i nepříjemný strach z opakovaných záchvatů, potřebu podpoření lepší pohyblivosti hrudního koše a zlepšení celkové kondice a podpoření fyzické aktivity, posílení fyzické odolnosti.

K duševní rovnováze člověka mohou přispívat různé techniky a cvičení (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015). V terapii, v tomto případě tanečně-pohybové terapii, lze využít:

- slovo – v podobě *rozhovoru*, který může ulehčit od starostí a problémů, nebo tzv. „*vnitřní řeči*“ a *trénink vnitřních dialogů* (sebeprožívání, sebezkušenosti),
- hudbu – pro *relaxaci*, a nebo právě v rámci *tanečně-pohybové terapie*, která využívá taneční a pohybové umění jako terapeutický prostředek ke komplexní integraci osobnosti (velmi důležitá je *analýza pohybového projevu* – lze vyčíst a předpokládat úroveň aktuálního fyzického i psychického stavu).

➤ Výzkumná otázka č. 2:

Jak lze zároveň pomoci pacientovi k nalezení lepšího vztahu sama k sobě a případně k pozitivnějšímu přijetí vlastního těla?

I tato výzkumná otázka vychází z poznatků zachycených v teoretické části této práce. V případě všech tří výše zmiňovaných zdravotních potíží (astma bronchiale, atopický ekzém, alergická rýma) je důležité nejen spoléhat na předepsané léky. Je dobré klást důraz na celkovou životosprávu pacienta. „Dostatek klidného spánku, nedráždivá strava, systematická péče o čistotu těla, vhodné oblekání, předcházení většímu fyzickému a psychickému vypětí a pobyt v místech s nepříznivými klimatickými podmínkami jsou nedílnou součástí léčebného režimu pacienta.“ (Čapková, Špičák, Vosmík, 2009) Chronická choroba může mít vliv na kvalitu života v sociální oblasti. I v důsledku toho se

může měnit sebepojetí nemocného, jeho vnímání sebehodnoty a sebeúcty. Pocit definitivní ztráty zdraví a předešlého způsobu života v nemocném vyvolává smutek a truchlení, což může vyústit až v depresi:

- symptomatická deprese – souvisí přímo s danou chorobou,
- psychogenní, reaktivní deprese – reakce na změnu situace – spojuje se s úzkostí, beznadějí, nemocný má zhoršené sebevědomí).

Vedle astmatu trpí často pacienti i alergickou rýmou s alergickým zánětem očních spojivek, opakovanými nebo chronickými záněty vedlejších nosních dutin, často se vyskytují i polypy. Může se také objevit tzv. orální alergický syndrom – nesnášenlivost některých druhů ovoce a zeleniny (svědění, pálení, otok ústní sliznice, někdy až sevření hrdla, případně dušnost). Změny tělesné schránky může způsobit i užívání léků či mastí. Všechny tyto skutečnosti mohou vést k odmítání vlastního těla. Proto v rámci duševní hygieny a zdravého životního stylu patří i podpora sebepřijetí a sebelásky pacienta, kladení důrazu na zdravé rodinné zázemí, přátelské vztahy. Pro tyto případy lze využít *metody mentálního tréninku* – metoda vycházející z pozitivního myšlení a z autogenního tréninku, *meditace* (Blahutková, Jonášová, Ošmera, 2015).

6.1.2 Cíle

Na základě výše zmíněných výzkumných skutečností byly stanoveny následující cíle:

- **Cíl 1**

Prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie zlepšit kvalitu života klientky s nemocemi astma bronchiale a atopickým ekzémem, např. uvolnit hrudní koš, zaměřit pozornost do jiných částí těla.

- **Cíl 2**

Pomoci klientce prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie k nalezení lepšího vztahu sama k sobě a případně k pozitivnějšímu přijetí vlastního těla.

6.2 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor obsahuje kazuistiku vybrané klientky.

Klientkou je žena (42 let). Klientka je již několik let v invalidním důchodu. Je vdaná, má dvě děti. Žije ve společné domácnosti s manželem a mladším synem (16 let), který navštěvuje střední školu. Starší dcera (23 let) studuje a pracuje v jiném městě, domů jezdí jen na víkendy a na prázdniny.

Zdravotní diagnóza: Astma bronchiální – středně těžká až těžká obstrukční ventilační porucha (kortikoterapie od roku 2012). Atopický ekzém. Alergie – prach, bakterie, pyl, potravinová alergie. Zmiňované nemoci byly diagnostikovány v dětství (cca ve 3 letech života klientky). Další komplikace – obezita (pravděpodobně ovlivněna kortikoterapií), rhinitida (zánět nosní sliznice), deprese a osteoporóza.

Dochází na pravidelné kontroly na pneumologii, revmatologii, imunologii, neurologii a psychiatrii.

Na astma bronchiální indikovány léky: Ventolin, Seretide, Flixotide, Spiriva respimat, Atrovent, Prednison

Na alergii indikovány léky: Claritine, Zenaro

Na depresi indikovány léky: Neurol, Quetiapin Mylan

7 Použité metody

7.1 Pozorování

Pozorování patří mezi klinické metody (nestandardní postupy, které nejsou psychometricky podloženy). Při takových vyšetřovacích metodách je bezprostřednější a přirozenější kontakt mezi psychologem a klientem. „Pozorování má při psychologickém vyšetřování prvořadou důležitost. Všechna data, veškerá zkušenost, kterou získáváme, musí projít smyslovými orgány. [...] Metoda pozorování spočívá v záměrném a plánovitém vnímání, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle.“ (Svoboda, 2010, s. 25)

Pozorovací metody můžeme dle Mojžíra Svobody rozdělit na:

- pozorování volné (orientační) – pozorování klienta v činnosti, nepodléhá pravidlům, pozorujeme situaci jako celek,
- pozorování zaměřené (systematické, kontrolované) – je řízeno předem stanoveným schématem, plánem, zaměřujeme se jen na určitá hlediska.

Aby pozorování splňovalo podmínky exaktní diagnostické metody, je třeba zohlednit:

- zásadu plánovitosti – plán stanoven dopředu,
- zásadu systematickosti – pozorování probíhá soustavně, dlouhodobě,
- zásadu přesnosti a objektivity – vymezená kritéria posuzování.

V této práci jsou použity obě výše zmiňované metody pozorování – **pozorování volné** bylo využito na pozorování emocí, změn nálad, psychického i fyzického stavu klientky, k pozorování jejích reakcí, její ochoty spolupracovat ad.; **pozorování zaměřené** bylo využito při Labanově analýze pohybu.

7.2 Rozhovor

Metoda rozhovoru je považována za nejobtížnější diagnostický postup. „Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních a obavách klienta, informace o jeho vnitřním světě, které nám nemohlo poskytnout pozorování.“ (Svoboda, 2010, s. 37)

Podle Mojžíra Svobody dělíme z hlediska pružnosti diagnostický rozhovor na:

- neřízený – volnost ve výběru témat,
- řízený – dotazující zaměřeným a organizovaným způsobem získává informace o zkoumané osobě, můžeme ho dělit na:
 - standardizovaný – záměr a cíl je pevně stanoven,
 - částečně standardizovaný – záměr a cíl je pevně stanoven, avšak není nutné dodržovat pořadí a formulaci otázek,
 - volný – směřuje ke konkrétnímu cíli, cesty a prostředky nejsou pevně stanoveny.

Při svém výzkumu jsem využila rozhovor především řízený, volný.

7.3 Labanova analýza pohybu

Labanova analýza pohybu je systém pro zaznamenávání pozorování a analýzu pohybu.

Pozorujeme a analyzujeme 4 základní kategorie

- tělo – pozorujeme, co se pohybuje:
 - strukturu a tělesné charakteristiky,
 - držení těla,
 - dýchání,
 - napětí × uvolnění,
 - používání × nepoužívání těla,
- úsilí (síla – dynamika):
 - váha (těžká × lehká),
 - prostor (přímý × nepřímý),
 - čas (náhlý × zadržovaný),
 - plynutí (kontrolované × volné),

- elementárních činností – 4 bojovné prvky a 4 prvky užívání si:
 - Tlačení (Pressing) – přímé, zadržené, silné,
 - Oprašování (Flicking) – nepřímé, náhlé, lehké,
 - Kroucení (Wringing) – nepřímé, zadržené, silné,
 - Ťukání (Dabbing) – přímé, náhlé, lehké,
 - Švihání (Slashing) – náhlé, silné, nepřímé,
 - přímé klouzání (Gliding) – zadržené, lehké, přímé,
 - udeření (Thrusting) – přímé, náhlé, silné,
 - vznášení (Floating) – nepřímé, zadržené, lehké,
- prostor – dělíme na jednotlivé elementy:
 - 3 zóny – spodní, střední, vrchní,
 - 3 roviny ploch – vertikální (dveře) – stabilita (vědomí sebe sama), sagitální (hloubka) – přibližování a oddalování, horizontální (stůl) – kontakt s okolím,
- tvar – tvary se stále mění:
 - zed' (placka),
 - koule (sbalení),
 - spirála (kroucení),
 - jehlan (stabilita).

Laban se také zabýval 4 rytmy změn:

- vnitřní (emoce, pocity, naše myšlenky) – vnější – vyjádření neustálého tance mezi vnitřní zkušeností a vnějším prostředím – já a ti druzí),
- námaha – zotavení – dualita v rytmu života (po vyvinutí činnosti potřebujeme odpočinek),
- stabilita – mobilita – abychom byli stabilní, potřebujeme mobilitu a naopak,
- funkce – exprese – funkce se váží k mechanickému pohybu (měřitelnému), exprese odpovídá na otázky **jak** a **proč**. (Labanova analýza pohybu 3 z přednášek Akademie Alternativa)

7.4 Testová metoda

Pro testování byl v tomto výzkumu opakovaně použit test Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu Jara Krivohlavého z roku 1994 (viz Příloha 1).

Tento test je rozdělen do tří částí dotazujících se na:

- část A zjišťuje fyziologické příznaky stresu – obsahuje 14 otázek,
- část B zjišťuje emocionální příznaky stresu – obsahuje 8 otázek,
- část C zjišťuje behaviorální příznaky stresu – obsahuje 10 otázek.

Klient má za úkol zakroužkovat ty projevy, které u sebe pozoroval ve zvýšené míře v posledních třech měsících.

Vyhodnocování testu spočívá v součtu bodů – za každý zakroužkovaný příznak se započítává jeden bod, výjimkou je šest vybraných otázek v části A (při jejich zakroužkování započítáváme body 2). Následně se počet bodů sečte ze všech částí dohromady a lze vyhodnotit hladinu stresu:

- méně než 12 bodů – normální hladina stresu (distres),
- 13–16 bodů – zvýšený stres,
- 17–23 bodů – velký stres,
- 24 a více bodů – patologický stres.

Zároveň však získáváme přesně pojmenované oblasti, v nichž klient, pacient pocítuje problémy. Lze se tedy na tyto problémy zaměřit při terapii.

Tento test byl v průběhu tohoto výzkumu použit dvakrát – před započítáním připravovaného tanečně-pohybového terapeutického procesu a po jeho skončení.

8 Samotný průběh tanečně pohybové terapie

Podle Marie Beníčkové (Beníčková, 2011, s. 26) lze proces v rámci uměleckých terapií rozdělit do tří částí:

- preterapie (příprava) – přípravná část setkání zahrnuje první seznámení s dostupnými materiály – kazuistika, anamnéza, vyšetření dalších odborníků; zahrnuje také rozhovor, stanovení terapeutického plánu, terapeutická cvičení, odbornou literaturu,
- terapie (terapeutické setkání) – zahrnuje konkrétní uměleckou intervenci,
- postterapie (hodnocení) – závěrečná část, která je zařazena na konec každého setkání; po určitém časovém úseku (např. měsíc) je dobré zhodnotit výsledky práce, na jejich základě je možné doplňovat, případně měnit terapeutický plán.

8.1 Preterapie

Pro naše pravidelná setkávání v rámci tanečně-pohybové terapie jsem zvolila prostor Zkušebny v Lidové škole umění, a to z důvodu možnosti využívat tanečně-pohybové techniky, při nichž jsou zvýšené požadavky na velikost prostoru. Pouze poslední, desáté, setkání proběhlo venku v přírodě. První vzájemný kontakt s klientkou proběhl telefonicky. Domluvily jsme se na místě a čase setkání, vysvětlila jsem jí, za jakým účelem jsem téma naší společné práce připravila a že bude zpracováno v této absolventské práci. Vysvětlila jsem jí termín tanečně-pohybová terapie a dala jí prostor k dotazům.

Při prvním setkání jsme vedly úvodní rozhovor. Věnovaly jsme se současnému zdravotnímu stavu a současné rodinné situaci, zázemí, zaměstnání a dalším tématům. Zároveň jsem ji požádala o vyplnění dotazníků:

- Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (Křivohlavý, 1994),
- Dotazník vytvořený na zmapování zdravotního stavu a subjektivního vnímání a prožívání chronických chorob (astma bronchiale, atopický ekzém, alergie, alergická rýma).

Zároveň při prvních pohybových technikách jsem se zaměřila na analýzu pohybu klientky s využitím Labanovy analýzy pohybu.

Zkoumaná osoba mi dala souhlas ke spolupráci i ke zpracování této práce.

8.1.1 Vyhodnocení testové baterie před začátkem terapie

Klientka vyplnila test J. Křivohlavého **Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu**. Test je rozdělený do tří částí:

- Fyziologické příznaky stresu – vyhodnocením této části bylo 10 bodů
 - klientka si stěžuje na bolest a svírání na hrudním koši, nechutenství a plynatost, snížení sexuální touhy, nepravidelnosti v menstruačním cyklu, svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, úporné bolesti hlavy, častější migrény, nepříjemné pocity v krku.
- Emocionální příznaky stresu – vyhodnocením této části byly 4 body
 - u klientky se objevují prudké a významné změny nálad, nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité, nadměrné pocity únavy, obtížné soustředění.
- Behaviorální příznaky stresu – vyhodnocením této části bylo 8 bodů
 - klientka označila nerozhodnost, zvýšenou nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, sklon k nepozornému řízení auta, zhoršenou kvalitu práce, snahu vyhnout se úkolům, zvýšený počet vykouřených cigaret za den, ztráta chuti k jídlu nebo přejídání, změny v životním stylu a rytmu, sníženou kvalitu i množství vykonané práce.

Celkově byl tedy součet bodů 22, což podle škály hodnocení J. Křivohlavého znamená, že klientka prožívá **velký stres**.

Z **dotazníku věnovaného omezení životního stylu klientky nemocí**, lze vyčíst, že je pro ni nepříjemné, že se zadýchává i při mluvení – což je pro ni komplikací ve společenském životě. Trápí ji i fakt, že je každou chvíli nemocná a bývá často v nemocnici.

Svou pozornost hodně věnuje pomoci druhým a je pro ni prvořadá snaha udělat druhé šťastnými.

Labanova analýza

Pozorování 4 základních kategorií u klientky:

- tělo:
 - držení těla – povolené, odevzdané,
 - dýchání povrchové, nedýchá do bránice,
 - viditelné svalové napětí,
 - při tanci používání především horní části těla,
 - pohyb pouze na omezeném prostoru bez komunikace s okolím,
- úsilí (síla – dynamika):
 - váha – lehká,
 - prostor – přímý,
 - čas – náhlý,
 - plynutí – volné,
 - z 8 elementárních činností klientka využívá:
 - tlačení – přímé, zadržené, silné,
 - oprašování – nepřímé, náhlé, lehké,
 - kroucení – nepřímé, zadržené, silné,
 - přímé klouzání – zadržené, lehké, přímé,
 - vznášení – nepřímé, zadržené, lehké,
- prostor – dělíme na jednotlivé elementy – klientka využívá při svém pohybu:
 - zóny – střední, vrchní,
 - roviny ploch – vertikální (dveře), horizontální (stůl),
- tvar – klientka používá při svém pohybu:
 - zeď (placka),
 - koule (sbalení).

Labanova analýza pohybu napovídá, že u klientky chybí důraz na sebeprosazení, výrazná je snaha mít vše uhlazené, být se všemi zadobře. V pohybu chybí mezi elementy spodní zóna – problém s materií, uzemněním. Klientka o věcech hodně přemýšlí, často se zdá nepřítomná.

Veškeré výzkumy dělala stejná osoba se stejnými instrukcemi.

8.1.2 Terapeutické cíle

Na základě vyhodnocení dotazníků, seznámení se s rodinnou anamnézou, lékařskými zprávami a poznatků z úvodního rozhovoru byly stanoveny tyto terapeutické cíle:

- krátkodobý cíl – uvolnění těla, snížení hladiny stresu,
- střednědobý cíl – zmírnění vnitřní agrese vůči vlastnímu tělu,
- dlouhodobý cíl – odstranění nočních můr, smíření se s nelehkými situacemi z dětství.

8.1.3 Terapeutický plán

Jednotlivá terapeutická setkání probíhala od prosince 2019 do července 2020. Potkávaly jsme se vždy v pátek mezi 10 a 11 hodinou dopoledne. Setkání trvalo 60 minut. Délku setkání jsem upravila na základě evidentní potřeby klientky řadu problémů verbalizovat. Nepřišlo mi žádoucí, abychom musely odcházet od rozpracovaných témat.

V průběhu našich setkání jsem využívala přehrávací techniku a hudební skladby různých žánrů. Využily jsme papíry, pastelky, psací potřeby, činelky na označování konce cvičení, kalimbu pro uvolňování do meditací, podložku. Abych dala našemu setkávání jednotný rámeček, nazvala jsem našich deset setkání souhrnným názvem **Já a můj svět**. I když jsem si vytvořila rámcovou představu, kam bych chtěla naši práci posunovat, věděla jsem, že musím naslouchat procesu a potřebám klientky. Mým záměrem bylo pomoci klientce rozeznat signály vlastního těla s ohledem na přicházející životní situace. Zároveň jsem jí chtěla poskytnout techniky, které jí mohou pomoci jednotlivé části těla uvolnit a nenechávat v nich nakumulovaný stres a strachy.

8.1.4 Struktura setkání

Pro členění jednotlivých fází terapeutického procesu jsem zvolila názvosloví Tomáše Beníčka (Beníčková, 2017, s. 41). Součástí jednotlivých sezení byla:

- úvodní reflexe – zmapování aktuálního stavu klienta, možné i reflektování doznění předešlého setkání,
- rozehrání – smyslem je co největší uvolnění a naladění se,
- vlastní práce – specificky vybrané téma s ohledem na aktuální potřeby klienta,
- řízený rozhovor a reflexe vlastní práce – terapeutická práce s ohledem na prožitek, otevření témat, verbální shrnutí.

8.2 Terapie

8.2.1 První setkání

Název setkání: Já

Cíl: Seznámení a navázání kontaktu s klientkou, získání důvěry, zmapování prožívání emocí v těle, zjištění KDO je klientka.

Pomůcky: papíry, psací potřeby, pastelky, přehrávací technika, hudba

Vytvoření kontraktu: Na této úvodní hodině jsme se domluvily na počtu našich setkání, na jejich délce, na pravidelném čase začátku a konce našich setkání. Domluvily jsme se na tom, že v případě, že klientka nebo terapeutka nebude moci na setkání dorazit, včas si tuto skutečnost sdělíme.

Dotazníky: Požádala jsem klientku o vyplnění dvou dotazníků:

- Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (Křivohlavý, 1994),
- Dotazník vytvořený na zmapování aktuálního zdravotního a subjektivního stavu, vnímání a prožívání chronických chorob (astma bronchiale, atopický ekzém, alergie, alergická rýma).

Úvodní rozhovor: V úvodním rozhovoru jsme se věnovaly současnému zdravotnímu stavu a současné rodinné situaci, zázemí, v krátkosti dětství, zaměstnání ad. Velmi důležitou součástí rozhovoru bylo uvědomění si, co sama klientka od terapeutických sezení očekává.

Rozeřtání: V plynulém pohybu za doprovodu hudby seznámení se s prostorem – nacítění atmosféry, sledování jednotlivých detailů v místnosti. Uvědomění si pocitů pohody × nepohody / bezpečí × nebezpečí / tepla × zimy, zaměření se na pocity právě teď, v daný okamžik.

Jedna skladba věnována tématu – Jak se právě teď cítím. Klientka měla za úkol prostřednictvím pohybu vyjádřit své aktuální pocity.

Vlastní práce: Cvičení: Emoční mapa

Klientka se volně pohybovala po prostoru za doprovodu hudby. Po určitém časovém úseku jsem jí postupně vyjmenovávala jednotlivé emoce (bolest, hněv, strach, radost, láska) a požádala jsem ji, aby jim přiřadila barvu a zavnímala, kde danou emoci pociťuje v těle.

Po skončení pohybové části byla požádána, aby na papír namalovala lidskou postavu a postupně barevně zakreslila místa na těle, kde si uvědomovala dané emoce.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: V reflexi jsme probraly mapu těla a vrátily se k prožitku cvičení. *„Bolest je pro mne modrá-tyrkysová, je všude, jakoby se po těle plazili tyrkysoví hadi. Hněv je fialový a sedí mi na ramenou. Strach vidím hnědý a je uvnitř hrudníku, táhne se z břicha. Radost je jako bych měla kytičky po celém těle. Láska, láska je perleťová. Nejsilnější byl pro mne smutek, přinesl slzy.“*

Klientce jsem doporučila, že takto může mapovat své pocity v těle i sama a při různých životních situacích si může uvědomovat, kde cítí nepohodlí v těle a s čím to souvisí.

Zhodnocení setkání: Hned od počátku se projevila ochota klientky spolupracovat, včetně důvěry vůči terapeutce. Při cvičení Emoční mapa se nebála jednotlivé emoce

opravdově prožívat. Na základě mapy jsme si mj. pojmenovaly fyzické bolesti, především bolesti v oblasti hrudníku.

8.2.2 Druhé setkání

Název setkání: Já a ty

Cíl: Hledání odpovědi na otázky: **Kdo jsem?** a **Jaké jsou mé vztahy?** prostřednictvím pohybu a zrcadlení. Ujasnění si, v jakých žije vztazích a jak tyto vztahy ovlivňují její osobní život.

Pomůcky: přehrávací technika, hudba

Reflexe: V krátkosti jsme si popovídaly o tom, jak se v daný den cítí a co se událo během týdne.

Rozehrátí: Chůze v prostoru a naladění se na sebe sama a své vlastní pocity. Pohyb prostorem a pozorování druhého – nejdříve jednotlivých detailů – oblečení, šperků ad., následně pohled na celou postavu, pohled do očí druhého.

Vlastní práce: Zrcadlení – klientka tančí a terapeutka jí její pohyby zrcadlí. Zadalý jsme si otázky:

- Jak se dnes cítíš?
- Kdo jsi?
- Co je na tobě nejlepší?
- Kde se cítíš nejlépe?
- Co máš nejraději?
- Jak se cítíš s rodinou?
- Jak se cítíš s přáteli?

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Reflexe na cvičení – jak se klientka cítila, když tančila odpovědi na jednotlivé otázky. A jaké to bylo, dívat se na svůj „obraz“. Pojmenovala si svá oblíbená místa: *„Nejraději mám procházky lesem a u vody. Jsem moc ráda v přírodě, hlavně na chalupě na zahradě.“* Rozhovor jsme zaměřily na téma

nejdůležitější lidé v mém životě a vztahy s nimi. „Jsem tu pro druhé, abych jim pomohla. Dělam radost druhým. Přátelé ale často očekávají, že vše udělám já.“

Zhodnocení setkání: Klientka si prostřednictvím pohybu více uvědomovala kvalitu svých mezilidských vztahů. Mohla si esenci, kterou nesou, hluboce prožít a zároveň se při pohybu na sebe dívat do „zrcadla“. Mohla si tak více uvědomit KDO JE, prožít si, jak se cítí, jak vypadá a jakou esenci vysílá, když je v pozitivním či negativním nastavení. Prostřednictvím řízeného rozhovoru jsme pojmenovaly nejpálčivější témata a vztahová napětí v příběhu klientky, např.: *„Podporu rodiny pociťuji tak napůl.“*

8.2.3 Třetí setkání

Název setkání: Já a my

Cíl: Prostřednictvím pohybu prožití silných emočních zážitků z minulosti s možností jejich transformace.

Pomůcky: papíry, psací potřeby, pastelky, přehrávací technika, hudba

Reflexe: V úvodním rozhovoru jsme se především zaměřily na vztahy – tedy na téma z minulého setkání. Klientka zmínila, že o nich nyní více přemýšlí.

Rozehřátí: Naladění se na sebe sama volným roztančením se na vybrané písni.

Vlastní práce: Klientka byla vyzvána, aby za doprovodu hudby vyjádřila tancem příběh, který prožila s osobou:

- s níž prožila velikou radost,
- která jí nejvíce pomohla,
- která jí nejvíce ublížila.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Po každé části byla klientka požádána o výtvarné vyjádření prožitku. Při rozhovoru jsme si o prožitcích povídaly hlouběji. Klientka chtěla hovořit o části poslední, tedy o osobě, která jí nejvíce ublížila. *„Už jsem je slyšela*

před puštěním písně, oni čekají. Byli to rodiče, přišli spolu. Chtěli po mně odpuštění. Já už se na ně nezlobím, ale nedokážu jim odpustit. Já už s nimi nechci jít, já už jim nemůžu pomoci. Řekla jsem jim, že už s nimi nechci být.“

Zhodnocení setkání: Při sledování klientky bylo možno pozorovat:

- setkání s osobou, s níž prožila velikou radost – bylo vidět, že nad výběrem přemýšlí, na začátku váhání, následovaly drobné krůčky, zastavení, pohyby rukou ve střední rovině, pohyby rukou ve vrchní rovině, pohyb na malém prostoru, viditelná radost z tance, pohyby rameny, radostný tanec s druhou osobou,
- setkání s osobou, která jí nejvíce pomohla – objetí druhé osoby, drží ji u sebe a hladí, pláč, pouze drobné pohyby, klientka téměř stojí na místě, pláč,
- setkání s osobou, která jí nejvíce ublížila – přivítání, 2 osoby? – drží je za ruce, pohyb ve vrchní rovině, točení dokola, velké napětí v obličeji, zatnuté pěsti, poklepávání rukou na plíce, pohyb jakoby posílala někoho pryč, odchází do rohu místnosti, zvedá ruce nad hlavou, tančí zády do místnosti, ruce stále nad hlavou, tančí a najednou zabírá mnohem větší část prostoru.

Nejsilnější částí bylo zadání: osoba, která jí nejvíce ublížila. Přestože na začátku skladby bylo patrné na klientce citové rozrušení, napětí v těle, v závěru došlo ke smíření, odpuštění, což klientka i v rozhovoru potvrdila.

8.2.4 Čtvrté setkání

Název setkání: Já a svět

Cíl: Prostřednictvím pohybového cvičení reflexe vlastního životního stylu

Pomůcky: papíry, psací potřeby

Reflexe: V této reflexi přišla klientka s velmi pozitivní zprávou, že ji opustily opakující se a nepříjemné noční můry.

Rozehřátí: Rozehřátí – prostřednictvím vlastního doteku na jednotlivých částech těla naladění se na vlastní tělo.

Vlastní práce: Klientka byla požádána, aby si zapsala aktivity, pocity, zážitky posledního týdne. Každému dni měla přiřadit jednu kvalitu – název, který bude charakterizovat esenci daného dne. Postupně jsme společně jednotlivé dny probraly. Následně klientka vyjádřila esenci dne pohybem. Terapeutka ho po ní zopakovala. (Tímto cvičením mne inspiroval Tomáš Beníček při setkáních na Akademii Alternativa).

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Analýza důvodů, proč se v některých dnech cítila velmi dobře, v jiných naopak. Postupovaly jsme chronologicky do minulosti. „*Čtvrtek bych pojmenovala **Zoufalství**. Dopoledne lékaři – infuze, pravidelná schůzka na psychiatrii. Mnoho zařizování pro syna. Mám migrénu. Chci utéct! Uteču na chatu. Ptám se: Co pro koho znamenám? Nemohu to vymyslet.*“ Středeční den nazvala klientka **Vopruz**. „*Přemlouvám se, abych vstala. Vlastně vstávám díky zvířatům, potřebují nakrmit. Nákupy. Prý mne miluje. Zní to jako 10 dkg šunky.*“ Úterý – **Bolest**: „*Celou noc jsem nespala, dostala jsem astmatický záchvat, infuze. Jsem unavená, otupělá.*“ Další den – pondělí – **Deprese**: „*Tíha mi sedí na ramenou. Manžel na mne s určitou věcí tlačí, já nechci. Návštěva neuroložky.*“ Neděle – **Strach**: „*Na chatě jsem byla týden, bylo to super. Přišla kamarádka, pozvala mne k nim na návštěvu. Ale jen proto, že něco potřebovala.*“ Sobota – **Krása**: „*Nepotkala jsem se s kamarádkou. Práce na zahradě, procházka.*“ Neděle – **Očekávání**: „*Čekám příjezd milé osoby. Celý týden byl v pohodě, kromě úterý, kdy jsem byla s kamarádkou.*“

Zhodnocení setkání: Klientka velmi senzitivně reagovala na vlastní pocity a zprávy, které jí její tělo zprostředkovalo. Došlo k pochopení propojení zhoršování astmatických potíží ve spojitosti s danými situacemi.

8.2.5 Páté setkání

Název setkání: Já a mé vnitřní dítě

Cíl: Posílení sebelásky a sebehodnoty.

Pomůcky: podložka, přehrávací technika, hudba

Reflexe: Klientka v reflexi zmínila, že mnohem více začala být vnímavá na situace, jimž se vystavuje. Mnohem více začala vážit, nakolik je nutné sama sebe chránit.

Rozehřátí: Projítí se prostorem, osahání si prostoru. Klientka dostala za úkol osahat si stěny, podlahovou krytinu, jednotlivé předměty, které ji zaujmou.

Vlastní práce: Klientka si lehla na podložku do pohodlné polohy, slovem jsem ji provedla, aby si uvolnila všechny části celého těla. Následovala meditace – setkání s vnitřním dítětem (Kolaříková, 2015, s. 172–175). Po této meditaci jsem klientce nabídla možnost si s vnitřním dítětem, které v meditaci potkala, zatančit.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Reflexe na cvičení – jak se klientka cítila, zda se jí podařilo s vnitřním dítětem setkat, jakou mělo podobu, zda mělo nějaké požadavky. Dostaly jsme se k tomu, že její život je ovládán strachem, který pochází z traumatických zážitků z dětství. *„Moje vnitřní dítě je vyplašené, velice zalepené a ušpiněné.“* Pláč. *„Už se nebojím.“* Vybídla jsem klientku, aby s vnitřním dítětem promlouvala pravidelně.

Zhodnocení setkání: Při meditaci se uvolnily emoce prostřednictvím pláče. Pojmenovaly jsme si, jak se cítila jako malá holčička. Při tanci bylo možné pozorovat velké uvolnění, něžnost a tichou radost. Tanec byl něžný a niterný.

8.2.6 Šesté setkání

Název setkání: Já a můj strach

Cíl: Uvědomění si strachu, který klientka celoživotně pociťuje.

Pomůcky: papíry, psací potřeby, pastelky, přehrávací technika, hudba

Reflexe: Klientka se vrátila k zážitku předešlého setkání, zmínila, že si vizualizuje pravidelně své vnitřní dítě a snaží se naslouchat jeho potřebám.

Rozehřátí: Tanec na vybrané písni – uvolnění.

Vlastní práce: Vzhledem k výsledku předešlého setkání jsem tentokrát požádala klientku, aby výtvarně ztvárnila svůj strach, viz Obrázek 1 – **Můj strach**. Jako techniku si zvolila pastelky. Po nakreslení obrázku jsem ji požádala, zda by mohla svůj strach vyzvat k tanci a požádala ho, zda může odejít a rozloučila se s ním.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Na základě kresby jsme si povídaly o důvodu, proč její strach vypadá tak, jak ho nakreslila. Dostaly jsme se k silnému traumatu z dětství. Klientka zmínila: „*Mám strach ho komukoli svěřovat. Cítím se nečistá a mám strach, že díky mé nečistotě se každý, kdo o mé záležitosti bude vědět, znečistí. Vím, že své tajemství můžu svěřit vodě.*“ Po těchto slovech jsem na konci setkání ještě zařadila techniku očišťování energetickou sprchou, provedla jsem klientku vizualizační technikou, která jí nabídla představu, že vše, co v sobě cítí špinavé, může nechat očistit proudem vody a odevzdat zemi.

Zhodnocení setkání: Při tanci byla klientka téměř paralyzována. Přesto se snažila zadaný úkol splnit. Velmi úlevně však reagovala na závěrečné cvičení.

Naši plynulou práci přerušilo období karantény, kdy byl omezen pohyb občanů České republiky. Vzhledem k tomu, že klientka trpí astmatem bronchiale, patřila do ohrožené skupiny. A protože bydlíme každá v jiném městě, dohodly jsme se, že uděláme v naší práci neplánovanou pauzu. Přesto jsme zůstaly v pravidelném kontaktu přes sociální síť a telefonické hovory. Klientka i přes obtíže, které ji v soukromém životě v tomto období potkaly, zvládala toto psychicky náročné období velmi dobře, pobývala v ústraní na čerstvém vzduchu na chalupě.

8.2.7 Sedmé setkání

Název setkání: Já a můj příběh

Cíl: Snaha ukázat klientce, že sebehodnota nesouvisí s vnějšími okolnostmi.

Pomůcky: přehrávací technika, hudba, dort

Reflexe: Povídky jsme si především o období karantény, s jakými konkrétními problémy a radostmi se potýkala. Přišla se zraněním kolene.

Rozehřátí: Společné roztančení. Vzájemně jsme si prostřednictvím tance sdělily, jak se cítíme, prostřednictvím zrcadlení.

Řízený rozhovor: V průběhu našich telefonických hovorů vyšlo najevo, že klientka jako dítě nikdy nedostala dort. Považovala to za velkou újmu, a jak jsem zjistila, odvíjelo se od tohoto zdánlivě nedůležitého detailu vnímání její vlastní sebehodnoty. Proto jsem pro tentokrát otočila pořadí průběhu hodiny a vedly jsme řízený hovor o tom, co pro ni **dostat dort** znamená a co přesně znamená, že ho nikdy nedostala. „*Nebýt něčím, co je na obtíž. Co všude překáží, co dělá problémy už jen tím, že je...*“ Zeptala jsem se také, co by s dortem, který by dostala, udělala. „*Rozdělila bych se s kamarády.*“ A pak jsem ji požádala, aby si představila, že dort opravdu dostala, a s tím pocitem si zatančila.

Vlastní práce a reflexe vlastní práce: Když tanec skončil, postavila jsem před ni dort reálný. Došlo k uvolnění emocí. Zeptala jsem se jí, zda si mi myslí, že předtím byla jiná než teď. Tímto cvičením jsem ji chtěla upozornit na fakt, že její hodnota se neodvíjí od toho, co pro ni někdo udělal či neudělal.

Zhodnocení setkání: Toto setkání, vzhledem k životnímu příběhu, bylo pro klientku velmi traumatizující. Jednalo se o model, který se opakoval v jejím životním příběhu několik let po sobě, a to v období dětství, tedy v době, kdy byla velmi zranitelná. Přesto, že jsem cítila, že má snahu z povídání unikat, dokázala se překonat a společně jsme vytáhly jisté okolnosti ze vzpomínek, dokázala o nich mluvit. Tato práce byla velmi silná a emotivní.

8.2.8 Osmé setkání

Název setkání: Já a mé tělo

Cíl: Uvolnění těla a zaměří se na správné dýchání v rámci koordinovaných pohybů.

Pomůcky: přehrávací technika, hudba

Reflexe: Vrátily jsme se k prožitku z minulého setkání. Vystaly i otázky právě uplynulého týdne.

Rozehřátí: Začaly jsme třesením těla. Lehké rozcvičení.

Vlastní práce: Při práci jsme využily Metodu rytmické dynamiky J. E. Dalcroze (z přednášek Marie Blahutkové na Akademii Alternativa). Naučila jsem klientku jednotlivé pohyby rukou – taktování. Nejdříve jsme je dělaly jen pomalu, postupně, bez hudby. Pak jsme je plynule na sebe navazovaly a pomaličku jsme je cvičily na hudbu. Posléze zrychlily. Následně jsme využily pohyb v prostoru – pomalu, rychle, dopředu, dozadu. Přidaly jsme střídání poloh – nízká, střední, vysoká. A zároveň jsme přidaly různé trajektorie pohybu – po přímce, vlnovka, vytváření ostrých zubů, osmičku, spirálu, kruh. Kladly jsme důraz na dýchání.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Reflexe na cvičení – klientce se toto cvičení velmi líbilo. Z pohybů se jí nejvíce zamlouval pohyb přímý, vlnovka a spirála. Nejméně se jí zamlouvaly ostré změny směru pohybu (tedy zuby). Vzhledem k bolestem v koleni se jí příliš nelíbila nízká poloha. „*Cítím příliv energie. Tento stav mám ráda, je to jako když si sama cvičím. Jen to, co chci. Mimo sestavu.*“

Zhodnocení setkání: Metoda rytmické dynamiky J. E. Dalcroze může být využívána pro zpěváky, aby se naučili správně dýchat. Zároveň taktování slouží k tomu, aby se lidé naučili hýbat. Proto jsem tuto techniku zvolila s ohledem na klientčino astma bronchiale. Bylo vidět, že se v průběhu cvičení uvolnila. Toto uvolnění bylo viditelné jak na lehkosti pohybů, tak na uvolnění v obličeji, klientka se usmívala. Vzhledem k jejímu poranění kolene a nadváze jsem nepřistoupila k zařazení série poskoků, které tato metoda také zahrnuje.

8.2.9 Deváté setkání

Název setkání: Já a vejce

Cíl: Využití autentického pohybu, možnost otevření témat, která by na vědomé rovině nevyvstala.

Pomůcky: papíry, psací potřeby, pastelky

Reflexe: Povídky jsme si o změnách, které ve svém životě klientka učinila.

Rozehřátí: Uvolnění prostřednictvím dechu – využívaly jsme brániční (břišní) dech.

Vlastní práce: Autentický pohyb na základě imaginace. Zadala jsem klientce pro pohyb pokyn, že je mládě ve vejci. Ať si představí jaké je mládě. Také ať si představí, že se z vejce vyklube a dostane se na svět. Své pocity měla vyjádřit pohybem. Pohybovala se v tichu, bez doprovodu hudby (inspirováno cvičením z přednášek Nieka Gheikeire na Akademii Alternativa). Následně jsem ji požádala, aby svůj prožitek zaznamenala na papír, viz obrázek 2 – **Vejce**.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Reflexe na cvičení: *„Cítím se velmi frustrována. Ve vejci se cítím velice divně, ohrožovalo mne, limitovalo. Cítila jsem úzkost, že nevím, co jsem za zvíře.“* Ve svém zážitku popisovala, že se dostala ven z vejce a čekala, kde je její bratr, kdy i on vyletí z rodného hnízda. Zjistila, že ona sama je pštros – neohrabaný, ale rychlý, v případě, že bude potřeba utéct. *„Chtěla jsem bránit rodinu. Snažila jsem se pomoci bratrovi dostat se ven z vejce. Každý den jsem poodletěla, ale zase jsem se vracela. Nemohla jsem odletět bez bratra, věděla jsem, že je v nebezpečí. Jsem ochotná vždy pomoci.“*

Sama klientka si uvědomila, že tato připoutanost a snaha neustále ostatní zachraňovat jí svazuje ruce.

Zhodnocení setkání: Klientka na začátku velice hluboce dýchá, první pohyb vychází z rukou. Tře si každou dlaň, přes střední polohu vede ruce do horní polohy, přes obličej jdou ruce na hrudník – schoulení. Zkříží ruce před tělem, poskoky, úsměv. Ruce kmitají. Dává ruce za tělo – tam zůstávají až do konce celého procesu. Začíná chodit po místnosti. Nejdřív jen malý úsek, vrátí se, větší úsek, vrátí se zpět na místo, rádius vzdalování se

neustále zvětšuje. Když se vrátí na místo, odkud původně vyšla, nervózně poposedává, protahuje se. Pomalu se zvyšuje napětí v těle, rozhlíží se po větším prostoru.

Reflexe tohoto cvičení byla velice emotivní. Klientka si uvědomila, že opakuje podobný model i u svého manžela a syna.

8.2.10 Desáté setkání

Název setkání: Já a mé znovuzrození

Cíl: Nadechnutí se a vnímání krásy života.

Pomůcky: příroda

Reflexe: Dozvídám se, že ve snu se jí zjevil otec, s nímž měla klientka za jeho života velmi napjatý vztah. Sen byl krásný a klientka pocítila k otci velikou lásku. Také mi klientka oznámila, že se po několika letech vrátila k malování (je to její koníček a přestala malovat v období, kdy u ní propukla deprese).

Rozehřátí: Vydaly jsme se ven, do přírody. Požádala jsem klientku, aby se naladila na přírodu – na trávu, květiny, keře, stromy, oblohu a zavnímala zvuky, které k nám doléhaly.

Vlastní práce: Požádala jsem klientku, aby si vybrala strom, květinu nebo keř, který ji nejvíce přitahuje. Měla za úkol spojit se s esencí této rostliny a zatančit si s ní tanec. Následně jsem ji požádala, aby mi prostřednictvím tance předala esenci tohoto setkání. Zrcadlila jsem ji.

Řízený rozhovor a reflexe vlastní práce: Následně jsme si o jejím prožitku povídaly. Proč si vybrala danou rostlinu, jakou esenci daná rostlina nese a co by si chtěla z daného okamžiku a tance přenést do svého běžného života. Požádala jsem ji, aby svůj pocit nakreslila. A upozornila ji, že si ho může uschovat, aby se do onoho krásného pocitu mohla opakovaně vracet.

Zhodnocení setkání: Klientka byla mnohem uvolněnější než v uzavřeném prostoru.

Její pohyby byly krásné, ladné. Nebylo v nich viditelné téměř žádné napětí. Bylo viditelné, že se v přírodě cítí nejlépe. Její obrázek byl velmi pozitivní.

7.3 Postterapie

7.3.1 Vyhodnocení testové baterie po skončení terapie

Na konci celého výzkumu jsem provedla opětovné testování.

Test Jara Křivohlavého **Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu** ukázal markantní zlepšení – došlo k velkému uvolnění až k normální hladině stresu (11 bodů).

Z pohledu **Labanovy analýzy pohybu** se klientka začala více pohybovat v nižších polohách. Držení těla bylo pevnější, bez známek odevzdanosti. Dýchání prohloubenější. Při některých technikách klientka využívala i švihání a tlačení – do vnějšího projevu se začala vkrádat razance a sebezprosazení.

Při **rozhovoru** jsem se kromě toho, že se mnohem lépe cítí, dozvěděla, že si poněkud upravila nastavení osobních vztahů s blízkým – rodinou a přáteli. Začala i přemýšlet nad faktem, zda je nutné za každou cenu některé lidi v okolí „zachraňovat“, když oni sami nechtějí. Začala znovu po několika měsících malovat. Prosadila si, že mnohem více času bude trávit mimo město, v přírodě, kde je jí mnohem lépe než ve městě, kde žije.

7.3.2 Vyhodnocení stanovených cílů

Na základě vyhodnocení dotazníků, seznámení se s rodinnou anamnézou, lékařskými zprávami a úvodního rozhovoru jsme na začátku terapie stanovily tyto cíle:

- krátkodobý cíl – uvolnění těla, snížení hladiny stresu,

- střednědobý cíl – zmírnění vnitřní agrese vůči vlastnímu tělu,
- dlouhodobý cíl – odstranění nočních můr, smíření se s nelehkými situacemi z dětství.

Paradoxně se nám úplně nejdříve podařilo dosáhnout části dlouhodobého cíle, a to odstranění nočních můr. Zmírnění vnitřní agrese vůči vlastnímu tělu bylo částečně pozorovatelné po provedení meditace a s ní spojené tanečně-pohybové techniky s vnitřním dítětem klientky. Dosažení krátkodobého cíle bylo v době ukončení výzkumu prokázáno prostřednictvím testu Jara Křivohlavého.

9 Vyhodnocení výzkumného projektu

Na základě výše zmíněných cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky a hypotézy:

- **Výzkumná otázka 1**

Prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie lze zlepšit kvalitu života lidí s chronickými plicními chorobami, např. uvolnit hrudní koš, zaměřit pozornost do jiných částí těla.

Dechová cvičení a metoda J. E. Dalcroze byla velice užitečná pro zaměření se na pohyb a prohloubení dechu. Tyto techniky dokázaly na nějaký čas odvést trýznivé myšlenky klientky do pozadí. Tím docházelo k postupnému uvolňování napětí v těle. Pozitivně samozřejmě působil i vliv hudby a prožívaných dalších tanečně-pohybových technik, kdy alespoň na nějaký čas byla klientka opravdu tady a teď. Klientka zpevnila držení svého těla, začala používat prohloubenější dech. Zároveň techniky s využitím zrcadlení, které v průběhu výzkumu byly klientce nabídnuty, rozšířily klientčin pohybový slovník.

Velmi důležitou složkou jednotlivých setkání bylo slovo – ať už to byly reflexe na začátku hodiny, reflexe po provedení jednotlivých technik, řízený rozhovor, tak také vnitřní dialogy, které přinášela určitá zadání technik a také zprávy jejího vlastního těla, které mohla díky bezpečnému prostředí a důvěře, vytvořené v průběhu procesů mezi klientkou a terapeutkou, zachytit.

Vyhodnocení testu Jara Křivohlavého exaktně potvrzuje snížení hladiny stresu u klientky. Její vlastní reflexe napovídá o zlepšení kvality jejího života. **Lze tedy říci, že prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie lze zlepšit kvalitu života lidí s chronickými plicními chorobami.**

- **Výzkumná otázka 2**

Prostřednictvím technik tanečně-pohybové terapie lze klientovi pomoci k nalezení lepšího vztahu sama k sobě a případně k pozitivnějšímu přijetí vlastního těla.

U klientky bylo v úvodním šetření opravdu zjištěno snížené vnímání sebehodnoty a sebeúcty. Nahrává k tomu nejen fakt, že její život a prožívání limituje sama nemoc, ale i fakt, že je v plném invalidním důchodu, tedy je stranou pracovních sociálních kontaktů. Klientka dlouhodobě trpí depresemi. Ty mohou být podpořeny nejen smutkem ze ztráty předešlého způsobu života, ale také nadváhou, která je pravděpodobně velmi silně umocněna užíváním kortikoidních léků. Cítí se omezována zadýcháváním při mluvení. Nesebelásku podporuje v klientčině případě také velmi silné trauma z dětství.

Na podporu sebelásky a podpoření sebehodnoty jsme využily jednu z metod mentálního tréninku – meditaci – práci s vnitřním dítětem, čímž jsme podpořily pozitivní myšlení. Zároveň klientka přistoupila na pravidelnou mentální práci s představou vnitřního dítěte a zařadila meditaci do svého denního režimu – tato technika se stala jednou z podpůrných aktivit její psychohygieny. Autentický pohyb a techniky reflektující její osobní život klientce pomohly uvědomit si, jak svazuje sama sebe tím, že neustále dává přednost ostatním před sebou. Začala se mnohem lépe cítit, dokázala si urovnat vztahy ve svém okolí, začala znovu malovat, odpustila rodičům.

Ze všech těchto zjištěných skutečností lze říci, že tanečně pohybová terapie, i např. ve spojení s meditací, lze využít na podporu sebelásky a sebevnímání.

10 Závěrečná doporučení

Na základě zjištěných zkušeností bych pro praxi tanečně-pohybových terapeutů s klienty s diagnózou astma bronchiale a atopický ekzém zde zmínila tato praktická doporučení:

- používat při práci s klienty i diagnostické metody (viz Test stresu),
- využívat rozhovor a bedlivé pozorování pro větší popisnou oblast případové studie a současně i pro uvolnění klienta,
- přizpůsobovat cvičení dle aktuálního stavu klienta – ataky všech tří nemocí (astma bronchiale, atopický ekzém, alergická rýma) bývají psychicky i fyzicky velmi vyčerpávající, často ovlivňují kvalitu spánku; podobně může přicházet klient v různé psychické a fyzické kondici při změnách depresivních stavů – proto respektovat aktuální stav klienta je víc než důležité,
- respektovat fyzické možnosti klienta (nadváha, zdravotní potíže),
- naslouchat a přizpůsobovat plán klientovým potřebám,
- vnímat klientovu oblíbenou hudbu – pro něj příjemná hudba zvyšuje prožitek, naopak nepříjemná hudba může proces zpomalovat,
- být kreativní,
- využívat techniku zrcadlení – dokáže klienta přimět ke změnám vnějším i vnitřním,
- využívat práci s dechem,
- zapojit techniky, v nichž se klient zabývá jednotlivými částmi těla – procítění napětí, zvyšování citlivosti k vlastnímu tělu,
- dochází-li klient zároveň k psychologovi nebo psychiatrovi, zajímat se rámcově o proběhlá setkání,
- využívat meditace a techniky mindfulness,
- osvědčilo se taktování dle J. E. Dalcroze,
- zaměřit pozornost klienta na vnímání jednotlivých částí těla (zvláště při problémech s atopickým ekzémem).

Závěr

Cílem této absolventské práce bylo ověřit stanovené výzkumné otázky a z nich vycházející stanovené cíle práce. To, že se tento záměr ve větší míře zdařil, je velmi pozitivní zpráva a otevírá se tímto možnost zařadit pacienty s astmatem i dalšími plicními chorobami mezi klienty tanečně-pohybových terapeutů. Přesto je nutné zdůraznit, že výzkum byl veden jako případová studie, byl tedy prováděn pouze s vybranou klientkou. Nelze proto tuto práci brát jako jasné vodítko pro práci s podobně postiženými klienty. Jednak je každý klient jedinečný, ať už ve svém prožívání, tak v tom, nakolik jsou jeho zdravotní potíže závažné, i jak se s náporom nemoci dokáže vyrovnávat.

Klientka z tohoto výzkumu je velmi specifickým případem, protože její psychiku i tělo zatěžuje velmi hluboké trauma z dětství. V takovém případě samozřejmě tanečně-pohybová terapie může hodně pomoci, ale rozhodně není dostačující terapeutickou metodou. Klientka i nadále pravidelně dochází také na sezení k psychiatrovi. Bylo jí doporučeno, aby v některých prováděných technikách i nadále pokračovala sama a zařadila je jako součást své duševní hygieny ke svému pravidelnému fyzickému cvičení.

V průběhu práce jsem mnohokrát seděla před klientkou s myšlenkou, zda jí vůbec dokážu pomoci. A naopak bylo množství chvil, kdy jsem žasla, jak rychle a účinně jednotlivé techniky dokázaly zacílit a rozloupnout dlouho začarované oříšky. Je krásné, že tanečně-pohybová terapie nabízí veliký rozsah jednotlivých technik. Být tanečně-pohybový terapeut je náročný, ale zároveň nádherný způsob komunikace s klientem. Tato práce nabízí veliký prostor pro kreativitu. Je ale nutné mít na paměti, že tanečně-pohybová terapie není samospásná. Avšak její zapojení do celkové zdravotní péče a psychohygieny pacienta/klienta může výrazně zvýšit kvalitu jeho života.

Shrnutí

Tato absolventská práce se věnuje tématu *Využití tanečně-pohybové terapie jako pomocného nástroje pro snížení svalového i psychického napětí u pacientů s plicními chorobami, především s astmatem a s ním souvisejícím atopickým ekzémem.*

Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části se autorka věnuje podrobnému definování nemocí – astma bronchiale, atopický ekzém, alergická rýma a deprese. Dále jejich příznaky, příčinami vzniku, léčbou. Zároveň tato část přináší definování tanečně-pohybové terapie, jednotlivých vybraných tanečně-pohybových technik, z nichž některé byly prakticky využity při práci s klientem.

V praktické části popisuje autorka kvalitativní výzkum, výzkumné otázky a cíle výzkumu. Praktická část obsahuje charakteristiku výzkumného souboru, použité metody. Přibližuje tanečně-pohybový terapeutický proces, popisuje jednotlivá terapeutická setkání, přináší výsledky kontrolního testování, zpětnou vazbu klientky a samozřejmě vyhodnocení výzkumných otázek. Vyhodnocení potvrdilo možnost pozitivního vlivu využití technik tanečně-pohybové terapie u pacientů s astmatem bronchiale a atopickým ekzémem. Tato práce přináší poznání, že zapojení tanečně-pohybové terapie do celkové zdravotní péče a psychohygieny pacienta s výše zmiňovanými potížemi může výrazně zvýšit kvalitu jeho života.

Summary

This graduate thesis deals with the topic *The use of dance-movement therapy as an auxiliary tool for reducing muscle and mental tension in patients with lung diseases, primarily with asthma and related atopic eczema.*

The work is divided into two parts. In the theoretical part, the author deals with a detailed definition of diseases – bronchial asthma, atopic eczema, allergic rhinitis and depression. Their symptoms, causes, treatment. At the same time, this part brings the definition of dance-movement therapy, individual selected dance-movement techniques, some of which were practically used in working with the client.

In the practical part, the author describes qualitative research, research questions and research goals. This part contains the characteristics of the research set, the methods used. The author approaches the dance-movement therapeutic process, describes individual therapeutic meetings, brings the results of control testing, client's feedback and, of course, evaluation of research questions. The evaluation confirmed the possibility of a positive effect of the use of dance-movement therapy techniques in patients with bronchial asthma and atopic eczema. It brings the knowledge that the involvement of dance-movement therapy in the overall health care and psychohygiene of the patient can significantly improve the quality of his/her life.

Seznam příloh

1. Test 1: **Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (Jaro Křivohlavý, 1994)**
2. Test 2: **Dotazník na zmapování zdravotního stavu a subjektivního vnímání a prožívání chronických chorob**
3. **Obrázek 1 – Můj strach**
4. **Obrázek 2 – Vejce**

Použitá literatura a informační zdroje:

- Beníčková, Marie. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2017.
- Beníčková, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada Publishing, 2011.
- Blahutková, Marie a kol. *Psychomotorická terapie*. Brno: Masarykova univerzita – Fakulta sportovních studií, 2008.
- Blahutková, Marie, Jonášová, Daniela a Ošmera, Milan. *Duševní zdraví a pohyb*. Brno: Centrum sportovních aktivit VUT v Brně, 2015.
- Čapková, Štěpánka, Špičák, Václav a Vosmík, František. *Atopický ekzém*. 4. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009.
- Červený, Rudolf, Raboch, Jiří. *Deprese. Novelizace 2018*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství, 2018.
- Čížková, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: TRITON, 2005.
- Dalby, John, Newloveová, Jean. *Laban pro každého*. Šternberk: Akademie Alternativa, 2016.
- Davies, Robert J. *Alergie a senná rýma. Informace a rady lékaře*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Praha: Grada Publishing, 2001.
- Dosedlová, Jaroslava. *Terapie tancem. Role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada Publishing, 2012.
- Haufs, Albert, Schad, Oliver. *Můj problém... astma. Prevence a vhodná péče*. Praha: Olympia, 2008.
- Hofhanzlová, Judita. *Atopický ekzém Alergie Astma. Možnosti léčby pro děti i dospělé. Ošetřování Výživa Recepty*. Jihlava: Calendula, 2009.
- Honzák, Radkin. *Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999.
- Chodorowová, Joan. *Taneční terapie a hlubinná psychologie imaginace v pohybu*. Praha: TRITON, 2006.
- Isajev, Jurij, Mojsjuková, Ludmila. *Průduškové astma. Dýchání, masáže, cvičení*. Praha: Granit, 2005.
- Kolaříková, Lucie. *Učebnice sebelásky*. [Česko]: Nakladatelství Ženy ženám, 2015.
- Kolek, Vítězslav, Kašák, Viktor, Vašáková, Martina a kol. *Pneumologie*. 2. roz. vyd. Praha: Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury, 2014.

Krenkelová, Michaela. *Dětské astma: kvalita života „nemocných“ rodin z pohledu sociologie zdraví a nemoci. Diplomová práce.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017.

Křivohlavý, Jaro. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2009.

Mohapl, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví.* In: *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas Philosophica Supplementum 33–1992.* Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992.

Novotný, František. *Atopický ekzém.* Praha: Triton, 2009.

Payne, Helen. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* 2. vyd. Praha: Portál, 2011.

Salajka, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2006.

Seberová, Ester. *Alergická rýma v otázkách a odpovědích.* Praha: Maxdorf, 2009.

Seberová, Ester. *Alergická rýma. Průvodce ošetřujícího lékaře.* 2. aktual. vyd. Praha: Maxdorf, 2017.

Svoboda, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých.* Praha: Portál, 2010.

Vágnerová, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2014.

Zedková, Iveta. *Tanečně pohybová terapie. Teorie a praxe.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.

Elektronické zdroje:

Chronic illness. *Better Health Channel.* In: Web [online]. Poslední změna 2020 – Copyright State of Victoria 2020 [cit. 2020-25-08]. Dostupné z:

<https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/chronic-illness#>

About Chronic Diseases. *Centers for Disease Control and Prevention.* In: Web [online].

Poslední změna 23. října 2019 [cit. 2020-25-08]. Dostupné z:

<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

PŘÍLOHY

Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu

(Křivohlavý, 1994)

A. Fyziologické příznaky stresu

1. Palpitace – bušení srdce – vnímání zrychlené, zintenzivněné a často i nepravidelné činnosti
2. Bolest a svírání na hrudní kosti
3. Nechutenství a plynatost – tlaky v břišní oblasti
4. Křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha, případně spojené s průjemem
5. Časté nucení na močení
6. Snížení až nedostatek sexuální touhy, případně sexuální impotence či frigidita (sexuální chlad)
7. Změny (nepravidelnosti) v menstruačním cyklu
8. Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou
9. Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi
10. Úporné bolesti hlavy – často začínající vzadu v zátylku (krční oblasti) a rozšiřující se vpřed od temene hlavy k čelu
11. Častější migréna – záchvatová bolest jedné poloviny hlavy
12. Exantém – vyrážka v obličeji
13. Nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík)
14. Potíže v soustředění vidění na jeden bod, případně až dvojitě vidění

B. Emocionální příznaky stresu

1. Prudké a výrazné změny nálad (od radosti k smutku a naopak)
2. Nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité
3. Neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii či empatii (soucítění)
4. Nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev
5. Nadměrné denní snění a stažení se ze sociálního styku (omezení kontaktu a komunikace s druhými lidmi)
6. Nadměrné pocity únavy
7. Obtížné soustředění (koncentrace) pozornosti (nepozornost v práci, společenské interakci atp.)
8. Zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost (anxiozity)

C. Behaviorální příznaky stresu

1. Nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky
2. Zvýšená absence v práci, zvýšená nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech
3. Sklon k nepozornému řízení (auta atp.) a zvýšená nehodovost
4. Zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, vyhýbání se odpovědnosti, častější používání výmluv a růst falešných forem jednání i mluvení (podvádění, lhaní atp.)
5. Zvýšený počet vykouřených cigaret za den
6. Zvýšená konzumace alkoholických nápojů
7. Větší závislost na drogách všeho druhu (viz např. i používání většího počtu tabletek na uklidnění a na spaní i na dobrou náladu)
8. Ztráta chuti k jídlu, nebo naopak přejídání
9. Změny v denním životním stylu a rytmu – dlouhé noční bdění a pozdní vstávání (často s pocitem velké únavy hned po ránu), problémy s usínáním a zaspáním po probuzení apod.)
10. Snížená kvalita práce i snížené množství vykonané práce vůbec

Zakroužkujte ty projevy, které se u Vás za poslední tři měsíce vyskytovaly ve zvýšené míře.

Za každý příznak započítejte 1 bod, za příznaky A. 1 – 5 a A. 12 si započítejte 2 body.

- ← 12 bodů normální hladina stresu (distresu)
- 13 – 16 bodů zvýšený stres
- 17 – 23 bodů velký stres
- 24 → bodů patologický stres

Příloha 1 – Test 1: Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (Jaro Křivohlavý, 1994)

Dotazník k závěrečné práci Romany Macháčkové na Akademii Alternativa

1. Moje první astmatické problémy se projevily:

v dětství v pubertě v dospělosti nepamatuji se
jiná odpověď:

2. V současné době jsou mé astmatické potíže:

stabilizované akutní
jiná odpověď:

3. Jsem pravidelnou pacientkou:

alergologie pneumologie (plicní) kožní ambulance kardiologie
revmatologie jiná odpověď:

4. Užívám pravidelně léky:

ano ne

Pokud ano, konkrétní názvy:

5. Poslední astmatický záchvat přišel:

6. Jako první pomoc při astmatickém záchvatu využívám:

klid a rozdýchání sprej léky pomoc lékaře (kapačka, kyslík)

jiná odpověď:

7. Mé zdravotně nejoblíbenější období:

jaro léto podzim zima jiná odpověď:

8. Mé zdravotně nejneoblíbenější období:

jaro léto podzim zima

jiná odpověď:

9. Mám kožní problémy:

ano ne

atopický ekzém lupenka jiné

10. Trápí mne alergie:

11. Mé zdravotní problémy mi komplikují běžné fungování ve společnosti:

ano ne

Pokud ano, proč?

12. Nejraději relaxuji následující činností:

13. Mám podporu rodiny:

Ano ne

14. Činnosti, které můj zdravotní stav zhoršují:

15. Pravidelně sportuji:

ano ne

Pokud ano, jaký druh sportu?:

16. Mám ráda tanec?

ano ne

17. Moje koníčky:

18. Co mi udělá největší radost?:

19. Jaká činnost mne naplňuje?

20. Důležití lidé v mém okolí:

Pohlaví:

Věk:

Zaměstnání:

Datum:

Z důvodu ochrany klienta je tento dotazník anonymní
Sestavila Romana Macháčková, 2019

Příloha 2 – Test 2: Dotazník na zmapování zdravotního stavu a subjektivního vnímání a prožívání chronických chorob

OBRAZOVÉ PŘÍLOHY



Obrázek 1 – **Můj strach**



Obrázek 2 – Vejce